


De Complexiteit van Mentale Gezondheid(szorg)

en de Consequenties
voor het Oordeel Goede Zorg



DOOR DINEKE SMIT

'We need a kind of thinking that reconnects that which is disjointed and compartmentalized, that respects diversity as it recognizes unity, and that tries to discern interdependencies...'



... We need a radical thinking (which gets to the root of problems), a multidimensional thinking, and an organizational or systemic thinking.'

–Edgar Morin, 2008



‘Het werd een wetenschapsfilosofisch onderzoek in de directe praktijk met al haar uitdagingen.’

Dineke Smit

In 2010 ben ik begonnen met wetenschappelijk onderzoek naar de complexiteit van goede geestelijke gezondheidszorg. Het waren de hoogtijdagen van “Stepped Care” en “Cognitieve Gedragstherapie” en de tijd waarin stoornisgerichte zorgstandaarden werden geïntroduceerd. Het jaar 2010 was ook een keer-punt voor de reeds geïntroduceerde filosofie van marktgerichte Routine Outcome Monitoring. Het Trimbos Instituut, GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland, bereikten een overeenstemming over het aanleveren van Routine Outcome data. Met de verplichting om Routine Outcome data te leveren kwam de noodzaak om behandelresultaten uit te drukken in meetbare en kwantitatieve termen. Dit opende de deur naar cliënten voor wie een “meetbaar

resultaat” kon worden bereikt. Helaas bracht het de groep cliënten met complexe problemen in een moeilijke positie, omdat hun behandelresultaten moeilijk waren te meten. Hoe meet je het voorkomen van een terugval en/of verbetering van kwaliteit van leven? Toch werd gedacht dat het ‘meten=weten’ een bijdrage zou leveren aan goede geestelijke gezondheidszorg.

Dit ‘meten=weten’ en het negeren van de complexiteit van psychische klachten baarde mij grote zorgen. Hoe meer je denkt aan (meetbare) hokjes, hoe groter de kans dat meer mensen daar buiten gaan vallen. De criteria voor een psychische stoornis, daar was inmiddels wel genoeg over gepubliceerd. Mijn interesse ging uit naar de wijze waarop de verschillende factoren,

gerelateerd aan mentale gezondheid, samenhangen. Dit is de aanleiding geweest voor ruim 10 jaar onderzoek naar de vraag: *Wat is de complexiteit van geestelijke gezondheidszorg en welke consequenties heeft deze complexiteit voor het bepalen van goede zorg?*

Het werd een wetenschapsfilosofisch onderzoek in de directe praktijk met al haar uitdagingen. Dit magazine beschrijft — in het kort — de onderzoeksresultaten.

.....

Meer dan een dozijn problemen

Wordt het niet eens tijd om op een ander wetenschappelijk paradigma over te gaan?

Er zijn een aantal structurele problemen binnen de GGZ. Het aantal mensen dat kampt met psychische problemen en hulp zoekt bij de GGZ groeit terwijl de financiering stabiliseert **probleem 1: capaciteitsprobleem**.

De tijd tussen aanmelden en behandeling is lang en projecten om dit op te lossen hebben tot op heden beperkt effect gehad **probleem 2: wachtlijstproblematiek**.

De vraag naar GGZ blijft groeien omdat de 'koninklijke route' bijna altijd naar de GGZ leidt **probleem 3: handelingsverlegenheid**.

Mensen zoeken ook niet naar alternatieve opties omdat gesteld wordt dat de GGZ *de beste zorg* levert voor mensen met psychische klachten **probleem 4: arrogantieprobleem**.

Om de toestroom in de GGZ toch te beperken is het noodzakelijk dat men eerst een diagnose van een psychische stoornis krijgt **probleem 5: medicaliseringsprobleem**.

Omdat mensen nog steeds *de beste zorg* willen, nemen zij de gediagnosticeerde psychische stoornis voor lief **probleem 6: hospitaliseringsprobleem**.

.....
Eenmaal gediagnosticeerd (entreeticket GGZ), begint de zoektocht naar passende zorg. Staat de depressie voorop of toch juist de verslaving of is er ook sprake van een onderliggende persoonlijkheidsstoornis... naar welk team moet deze cliënt dan? **probleem 7: categoriseringsprobleem**.

.....
Hoe complexer de psychische problemen hoe lastiger het is om de juiste behandeling te krijgen **probleem 8: het van-de-zotte-probleem**.

.....
De zorgfinanciers willen vooral succesvolle behandelresultaten zien om de kosten zo laag mogelijk te houden **probleem 9: financieringsprobleem**.

.....
Zorgverzekeraars en in hun kielzog de beroeps- en brancheverenigingen stellen steeds meer eisen waardoor zorgprofessionals steen en been klagen over alle formulieren en procedures **probleem 10: bureaucratiseringsprobleem**.

.....
Terwijl het handelen van de zorgprofessionals gelijktijdig vooral wordt gelegitimeerd door stoornisgerichte richtlijnen met bijbehorende protocollen en meetinstrumenten **probleem 11: het kip of het ei probleem**.



De GGZ, gespecialiseerd in ernstige psychische problemen, is zover doorgespecialiseerd dat er steeds minder ruimte is voor comorbiditeit **probleem 12: hyperspecialisatieprobleem.**

.....
Door de alsmear groeiende complexiteit wordt het oplossen van de uitdagingen steeds complexer **probleem 13: cirkelredenatie.**

De hierboven genoemde problemen bestaan al jaren. Een fundamentele rol speelt hier het wetenschappelijk paradigma van 'meten=weten'. Een wetenschappelijk paradigma bepaalt hoe wordt gekeken naar 'de werkelijkheid' en hoe vorm en inhoud wordt gegeven aan de wetenschappelijke methode. Wordt het niet eens tijd om op een ander wetenschappelijk paradigma over te gaan?



Begrippen

Biomedisch Model

Het biomedisch model gaat uit van een lineaire denkwijze met haar oorzaak-gevolg relatie en het 'meten=weten'. Weet je de oorzaak en de gevolgen, dan kun je effectieve behandelmethodes ontwikkelen en uitvoeren. Omdat bij psychische problemen de oorzaak zelden bekend is, neemt men de symptomen, die tezamen een psychische stoornis vormen, als 'oorzaak'. Het genezen van de psychische stoornis of het verminderen van de symptomen zijn het doel van de behandeling. Er is een hoge waardering voor theoretische en vakkennis.

Complexe psychische problemen

In het algemene debat wordt met complexe psychische problemen vaak bedoeld, die problemen die bij reguliere behandelmethodes onvoldoende effect laten zien. Vanuit een wetenschappelijk perspectief wordt met complex bedoeld, psychische problemen waarbij (nog) geen oorzaak-en-gevolg relatie bekend is, waar meerdere factoren elkaar beïnvloeden waardoor emergentie ontstaat.

Complex Adaptief Model

Het complex adaptief model gaat er vanuit dat psychische problemen zijn ontstaan door een veelheid aan factoren zonder bij aanvang zicht te hebben op oorzaak en gevolg. Het is een samenloop van omstandigheden, die weer andere factoren kunnen veroorzaken (emergentie). Het verminderen van klachten gebeurt op twee niveaus: het niveau van onderzoek naar de dynamiek van relevante factoren (feedback loops) en het niveau 'save trial and error' interventies om zo te onderzoeken wat werkt om het

psychisch lijden te verminderen. Het adaptief vermogen, het verbreden van vaardigheden en perspectieven, wordt gestimuleerd. Theoretische kennis, professionele kennis en ervaringskennis zijn gelijkwaardig aan en aanvullend op elkaar.

Ecosysteem Mentale Gezondheid

In een Ecosysteem Mentale Gezondheid wordt — op basis van gelijkwaardige co-creatie en mede op basis van complexiteitswetenschappen — gewerkt aan het veranderen van de (lokale) dynamiek ter verbetering van de mentale gezondheid van de bevolking. Het is een lokale samenwerking tussen de huisartsenzorg, de publieke en medische mentale gezondheidszorg, het sociaal domein, zelfregie en herstel organisaties, e-communities, sport en bewegen, creatieve of alternatieve therapie, enz. gericht op de collectieve mentale gezondheid met ruimte voor individuele keuzes.

Emergentie

Emergentie ontstaat in complexe situaties. Er ontstaan nieuwe factoren van invloed die niet verklaard kunnen worden als gevolg van de losse elementen. Ook wel bekend onder "*het geheel is meer dan de som der delen*".

De traditionele GGZ

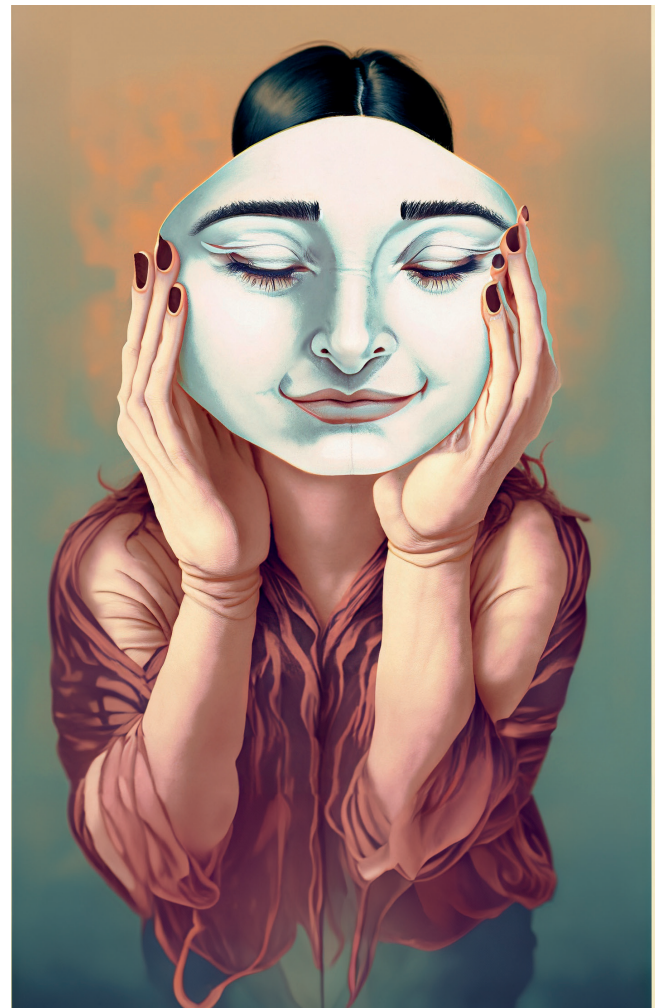
De afgelopen jaren is de GGZ in toenemende mate geprofessionaliseerd, gemedicaliseerd, gestandaardiseerd en gebureacratiseerd. De groep mensen die werken aan de GGZ, de groep die de GGZ beter zou gaan 'organiseren', is flink uitgedijd. Onderzoeksinstituten en consultancy bureaus leven van de 'problemen' in de GGZ. Specialistische klinieken moesten daarentegen sluiten, deze zorg was niet meer betaalbaar.

Wetenschappelijk onderzoek naar effectieve behandelingen leverde veel kennis op maar reduceerde de persoon met psychisch lijden, diens competenties en persoonlijke context tot een enkelvoudige psychische stoornis. Een gediagnosticeerde psychische stoornis werd noodzakelijk, want zonder psychische stoornis geen bewezen effectieve behandeling. Effectieve behandelingen voor psychische stoornissen zijn gericht op symptoomreductie en op meetbare (korte termijn) resultaten. Spelen er meerdere problemen? Dan was er sprake van comorbiditeit. Comorbiditeit was complex en complex bleek zelfs (te vaak) onbehandelbaar te zijn... En toch noemt men dit samenspel van diagnose en meetbare behandelresultaten volgens stoornisgerichte richtlijnen *de beste zorg* voor psychische klachten.

De context, de persoonlijk veerkracht die nodig is voor herstel en zelfregie hebben in dit paradigma nauwelijks een rol. De normale context van mensen met psychische klachten is te veelzijdig om te kunnen meten. Als je alles meeneemt, hoe meet je dan wat uiteindelijk heeft bijgedragen aan het behandelresultaat? Nee, om de schaarse financiële

middelen goed te besteden is meer zekerheid nodig! Meten is immers weten.

Dit 'meten=weten' resulteerde echter in een papieren wetenschappelijke werkelijkheid die in beperkte mate overeenkomt met de complexe werkelijkheid. De afhankelijkheid en verbondenheid van economische, sociale of politieke factoren op de mentale gezondheid bleven onterecht buiten beeld. Nieuwe oplossingen binnen het oude denken bleken niet te werken.



De denkfout

Dit ‘meten=weten’ van de traditionele GGZ hangt samen met het Newtoniaanse wetenschappelijk paradigma.

Dit paradigma gaat uit van het reductionisme (een veelzijdig verhaal wordt gereduceerd tot enkele criteria) en het determinisme (vaststellen wat iets is, bijvoorbeeld specifieke psychische klachten zijn een psychische stoornis). Hier hoort een lineaire manier van denken bij: je hebt een oorzaak en er is een causaal verband met de gevolgen.

De GGZ haalt uit het narratief van de cliënt die klachten die passen bij een psychische stoornis (reductionisme), stellen met behulp van vragenlijsten vast dát het gaat om een psychische stoornis (determinisme) en gaan vervolgens uit van een causaal verband tussen de stoornis en de klachten (cirkelredeneratie). De GGZ heeft methodes ontwikkeld om de gevolgen te beïnvloeden dan wel de oorzaak te genezen.

Let op! Hier zit een cruciale denkfout. Dé oorzaak van een psychische stoornis is veelal helemaal niet bekend. We weten welke factoren een negatieve invloed *kunnen* hebben en welke factoren beschermend kunnen werken, maar over dé oorzaak — op individueel niveau — weten we heel weinig. Wanneer oorzaak en gevolg (nog) niet bekend zijn, is het vreemd en eigenlijk onwetenschappelijk, om de psychische stoornis als *de oorzaak* aan te wijzen. De psychische stoornis is immers een cluster van veel samen voorkomende symptomen die we bijvoorbeeld depressie zijn gaan noemen.

Een depressie kan daarom nooit *de oorzaak* van de symptomen van depressie zijn. Hoe kun je dan oorzaak en gevolg goed van elkaar onderscheiden?

Het denken in
oorzaak

en gevolg

Het denken in oorzaak-en-gevolg zit diep verankerd in de mens

We hebben behoefte te weten wat de oorzaak is, omdat we daarmee meer grip (denken te) krijgen hoe wij de oorzaak kunnen beïnvloeden. Op zich is daar niks mis mee. Het achterhalen van de oorzaak kan nuttig zijn.

Het is belangrijk te beseffen dat het wel of niet weten van de oorzaak invloed heeft op het handelen. Is de oorzaak bekend, dan is het handelen anders dan wanneer de oorzaak (nog) niet bekend is. David Snowden, socioloog en filosoof, heeft het Cynefin Framework ontwikkeld om dit onderscheid en het handelen te verduidelijken. Joachim Sturmberg, huisarts en filosoof, heeft dit Cynefin Framework meer uitgewerkt voor de gezondheidszorg.

Bij **enkelvoudige klachten** is de oorzaak-gevolg-relatie bekend. Er is kennis beschikbaar om te kunnen reageren op de oorzaak. De stappen die gemaakt worden zijn: aanvoelen wat er speelt, het categoriseren van de factoren en op basis van beschikbare kennis kan er (gestandaardiseerd) gehandeld worden. *Sense, categorize, respond.*

Bij **gecompliceerde klachten** is de oorzaak-gevolg-relatie niet meteen helder. Ook hier wordt eerst een inschatting gemaakt van wat er speelt. Vervolgens wordt met behulp van expertise en onderzoeksinstrumenten de oorzaak-gevolg-relatie geanalyseerd. Het handelen wordt ondersteund door professionele behandelrichtlijnen. *Sense, analyze, respond.*

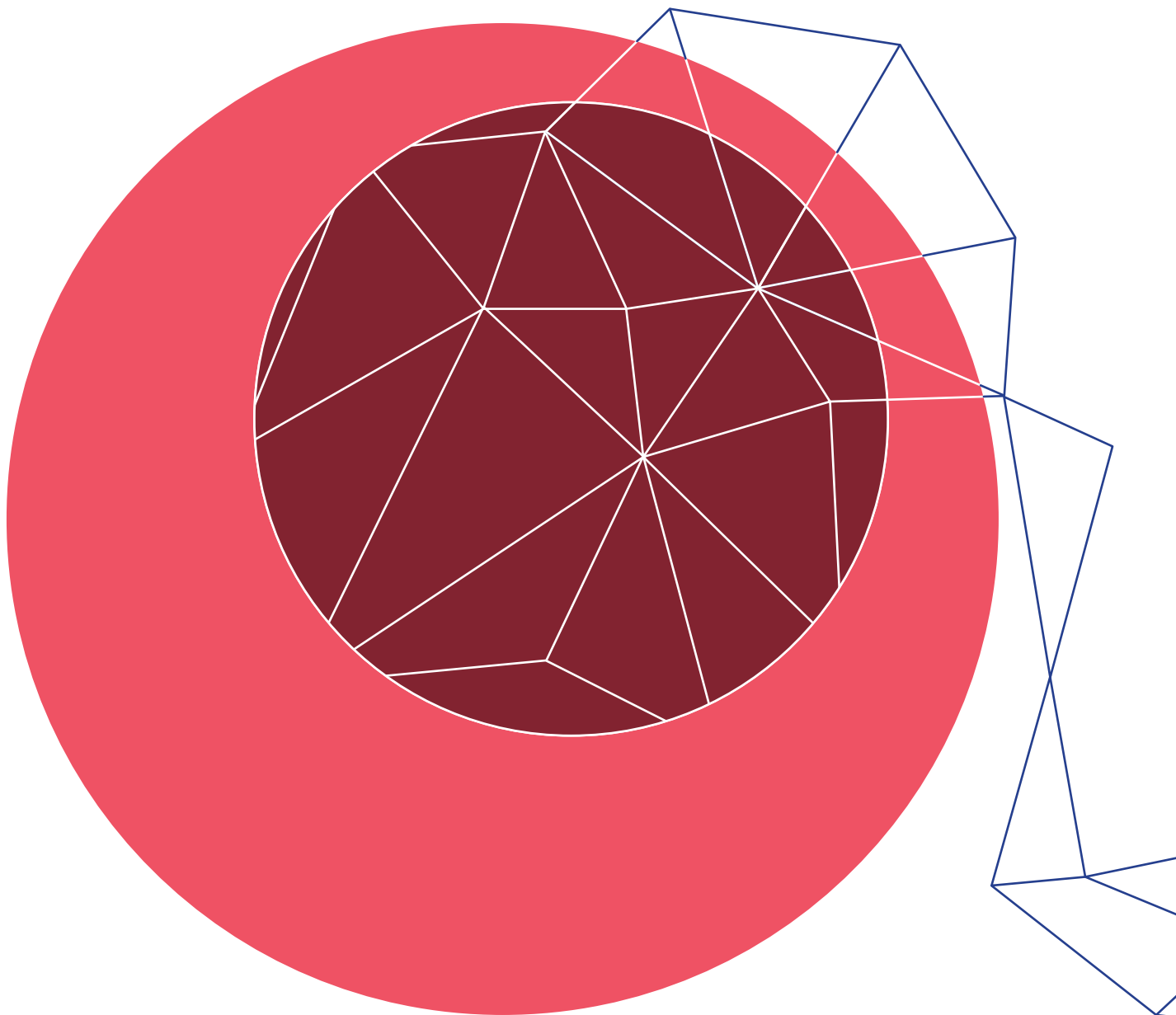
Bij **complexe klachten** is de oorzaak-gevolg-relatie op voorhand niet bekend. Er zijn veel factoren die elkaar wederzijds beïnvloeden, er ontstaat emergentie. Handelen op basis van de oorzaak-en-gevolg relatie is daarmee niet mogelijk. Inzicht verkrijgen in de dynamiek

is zinvol. Het systeem is uniek en kan dus niet op basis van standaard richtlijnen of protocol benaderd worden. Het handelen begint met safe trial and error interventies, waarna de reacties worden geanalyseerd die weer van invloed zijn op het handelen. *Probe, sense, respond.*

Bij **chaotische klachten** is de oorzaak-gevolg-relatie onbekend. Alle factoren van invloed veranderen voortdurend. Ook achteraf is niet vast te stellen wat de chaos heeft doen ontstaan. Handelen — naar beste weten — staat voorop om te zorgen dat de chaos vermindert. *Act, sense, respond.*



Complex adaptief model binnen het ecosysteem mentale gezondheid



De wijze van handelen binnen de huidige GGZ valt samen met het handelen van *gecompliceerde* psychische problemen. Het wordt daarmee ook inzichtelijk waarom de GGZ moeite heeft met complexe psychische problemen.

Bij complexe psychische problemen, waarbij de oorzaak en gevolg relatie (nog) niet bekend is én je dus niet weet welke symptomen oorzaak, gevolg of emergent zijn, dient er gewerkt te worden met een model dat recht doet aan de gegeven complexiteit: het *Complex Adaptief Model*.

Complex Adaptief Model

Een *Complex Adaptief Model* functioneert goed in een *Ecosysteem Mentale Gezondheid* waarbij de context met alle dynamiek van emotionele, economische, sociale of politieke factoren integraal onderdeel van is.

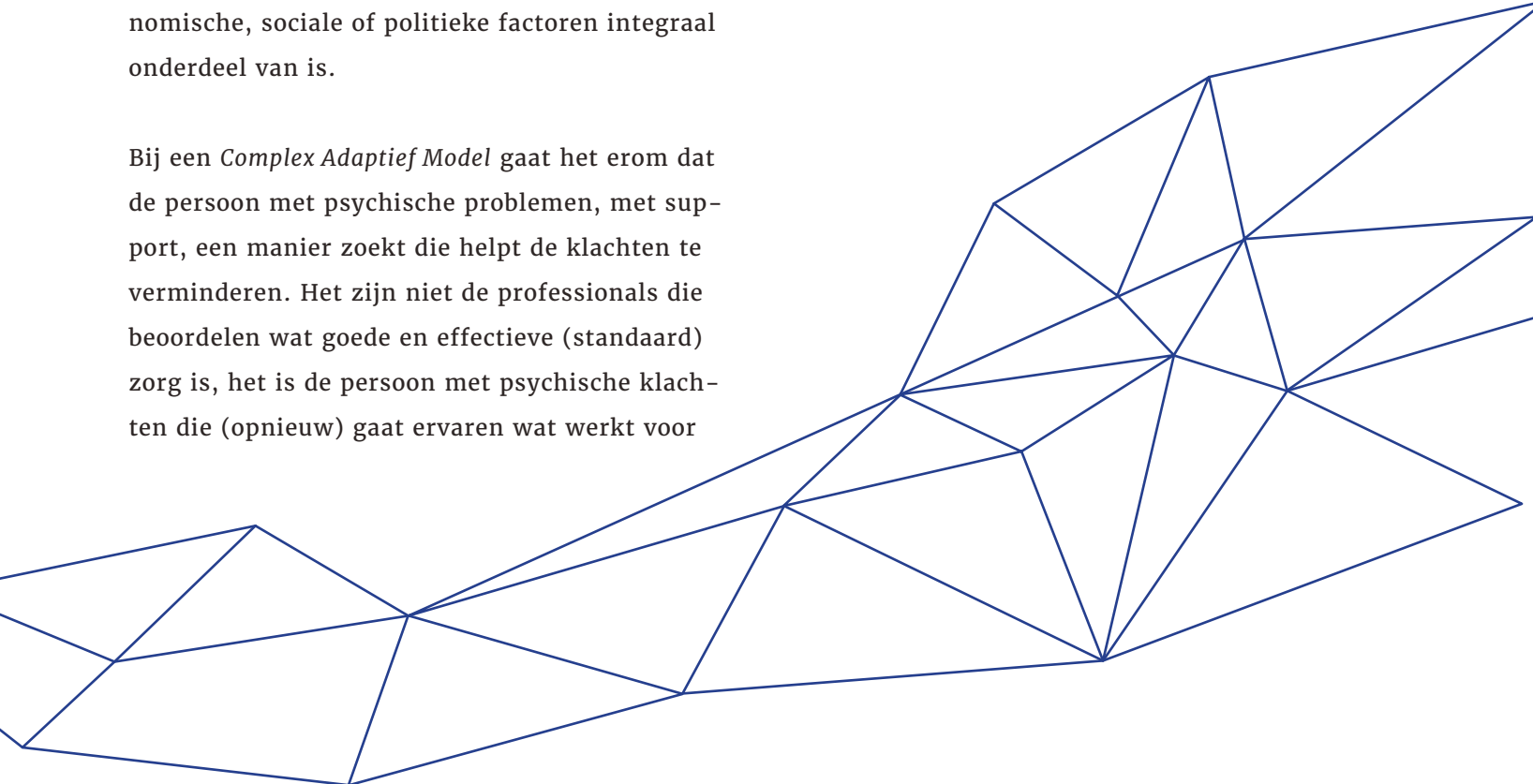
Bij een *Complex Adaptief Model* gaat het erom dat de persoon met psychische problemen, met support, een manier zoekt die helpt de klachten te verminderen. Het zijn niet de professionals die beoordelen wat goede en effectieve (standaard) zorg is, het is de persoon met psychische klachten die (opnieuw) gaat ervaren wat werkt voor

hem of haar om het psychisch lijden te verminderen. De professionals bieden laagdrempelige 'save trial and error' interventies aan en richten zich tevens op de sociale determinanten van psychisch lijden. Deze interventies vallen binnen het brede spectrum van Positieve Gezondheid, het sociaal domein en het medisch domein.

Ecosysteem Mentale Gezondheid

Het *Ecosysteem Mentale Gezondheid* wordt gevormd door een gelijkwaardige samenwerking in de publieke, sociale en verzekerde zorg. Het is een complex adaptief systeem dat werkt op basis van co-creatie waarbij ook zaken als bestaanszekerheid en zingeving worden meegewogen. De focus is gericht op de collectieve mentale gezondheid waarbij er voldoende ruimte is voor individuele keuzes.

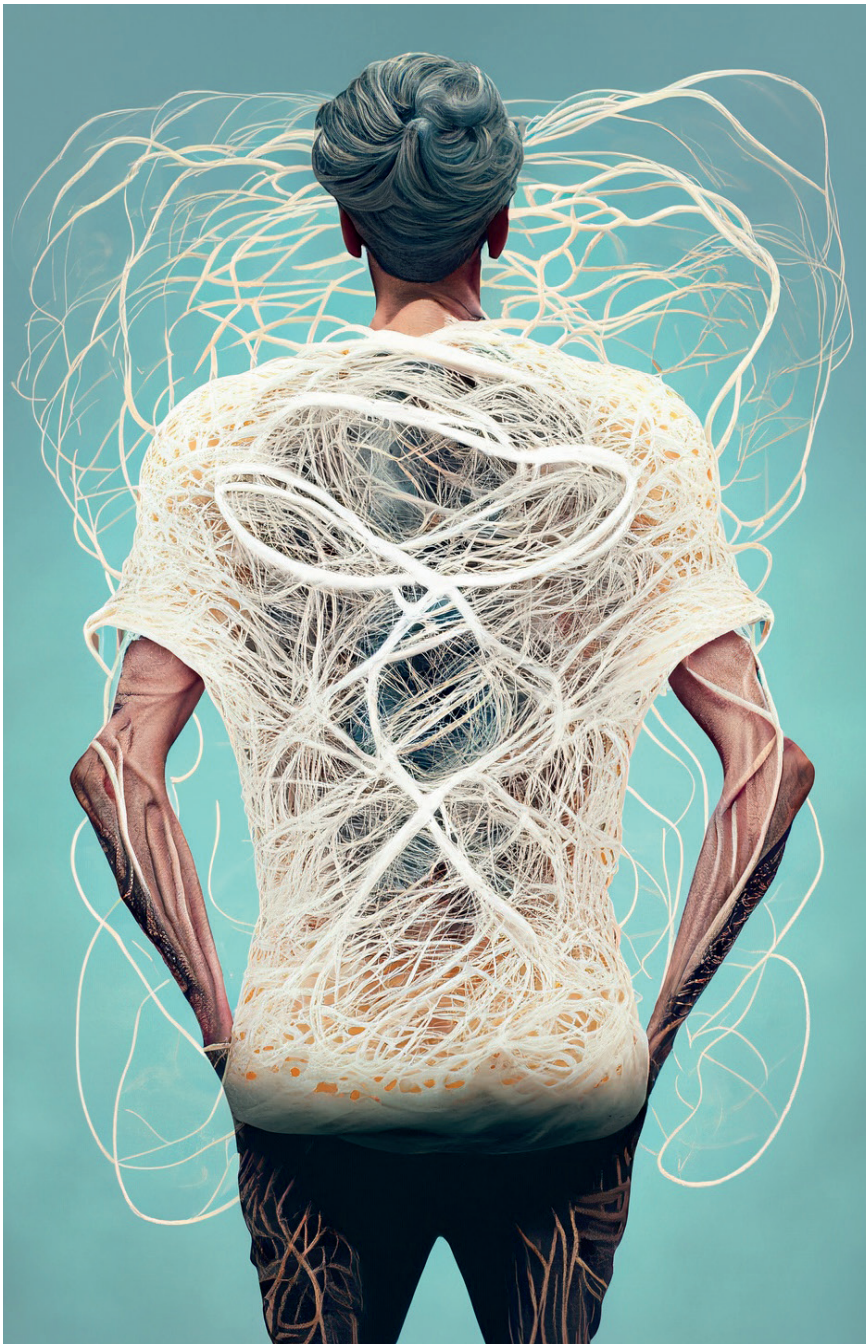
.....



*‘Inzicht in
kwetsbaarheid
en weerbaarheid
sluit goed aan
bij de items
van positieve
gezondheid.’*

Complex adaptief model in de praktijk

Het Complex Adaptief Model bij psychische klachten biedt geen standaard one size fits all oplossing



Van klachten is vaak niet bekend welke klachten oorzaak zijn en welke klachten juist het gevolg zijn. Ook emergente klachten, klachten die zijn ontstaan in de dynamiek van de situatie, zijn niet te onderscheiden van mogelijke oorzaak of gevolg.

Het *Complex Adaptief Model* accepteert dat mentale klachten complex zijn. Dat betekent dat er geen standaard oplossing is. Het streven is dus niet het genezen of het oplossen van problemen, maar het (her)ontdekken wat werkt voor het individu. CAM stimuleert het adaptief of herstellend vermogen van de persoon met mentale klachten. Een context van *wat werkt voor wie* vraagt om veel laagdrempelige 'safe trial and error' interventies en sluit aan bij de vier vragen van Jim van Os (2014): wat is er met je gebeurd, wat is je kwetsbaarheid en weerbaarheid, waar wil je naar toe en wat heb je daarbij nodig?

‘Wat is er met je gebeurd?’ vraagt om een open houding waarbij het verhaal van de persoon in kwestie voorop staat en niet een stoornisgericht of probleemgericht framework. Peersupport Open Dialogue is een methode die goed aansluit bij crisisgevoelige situaties. Inzicht in kwetsbaarheid en weerbaarheid sluit goed aan bij de items van positieve gezondheid.

Het (h)erkennen van flinke uitdagingen in het leven van mensen met psychische klachten, zonder het te medicaliseren en/of zonder meteen met oplossingen te komen, vraagt om een nieuwe set competenties. Inzet van ervaringsdeskundigen en het gebruik maken van e-communities zijn hierbij ondersteunend. Omgaan met de vraag ‘waar wil je naar toe’ klinkt eenvoudiger dan hij in wezen is. Natuurlijk, een ideaalbeeld kunnen we nog wel bedenken, maar een realistisch toekomstperspectief is van een andere orde. We zijn de laatste decennia zo gewend geraakt aan het adagium dat de ‘professional weet wat goede zorg is’ en dat ‘anderen’ het beter hebben dan wij, dat de vraag ‘waar wil je naar toe’ hard werken met vallen en opstaan betekent. Het bezoeken van een Zelfregie en Herstelorganisatie met een breed scala aan herstelactiviteiten en ervaringsdeskundigen als

rolmodel, kan hier een goede bijdrage aanleveren. Er is behoefte aan laagdrempelige plekken waar multidisciplinair wordt samengewerkt. Denk hierbij aan stresstrainingen (Pharos) en aan de Wellness recovery action plan (Phrenos), of de logeerhuizen voor jongvolwassenen met mentale problemen (IMEZ). Maar denk ook aan de Doorbraakmethode (IPW) die een structurele aanpak biedt om de bestaanszekerheid een beter fundament te geven. Tot slot vraagt ‘wat is nodig om daar te komen’ om een totale omslag in het denken en financieren: Een sterkere positie voor de persoon met een psychische kwetsbaarheid, meer focus op publieke mentale gezondheid en tot slot het leren werken vanuit een ander wetenschappelijk paradigma wanneer het gaat om mentale gezondheid.

.....



{ WORK }

**is het goede doen
volgens het systeem.**

{ ACTION }

**is het goede doen op
basis van een ieders
maatschappelijke
verantwoordelijkheid.**

- Hannah Arendt -> The Human Condition, 1958

Goede zorg

Wat goede zorg is, is de afgelopen decennia steeds meer geformuleerd in meetbare criteria. Stoornisgerichte richtlijnen spelen een belangrijke rol. Iedereen weet hoe belangrijk de werkrelatie tussen cliënt en behandelaar is, maar deze wordt slechts mondjesmaat besproken of getoetst. Onderliggende waarden, zoals vertrouwen, betrouwbaarheid en deskundigheid, worden wel genoemd maar vormen geen wezenlijk onderdeel van het debat over goede zorg.

.....

Wanneer psychische klachten complex zijn, oorzaak en gevolg onbekend zijn, alles met elkaar verbonden is, er emergentie ontstaat en 'wat werkt' voor iedere persoon met psychische klachten anders is, hoe bepalen we dan wat goede zorg is?

Om op deze vraag antwoord te geven, keren we terug naar de ethiek. Het onderscheid dat Hannah Arendt maakt tussen *Work* en *Action* is hierbij helpend. *Work* is het goede doen volgens het systeem, denk aan protocollen met meetbare criteria voor goede zorg. *Work* is een lineair proces met een duidelijk begin en einde. Het is wat we produceren, bijvoorbeeld gezondheidszorg, therapie, management of administratie. *Action* is het goede doen op basis van een ieders maatschappelijke verantwoordelijkheid. *Action* is het middel waarmee de mens zich toont in de maatschappij en zich kan onderscheiden van anderen. Het omvat spraak en handelen, de dialoog aangaan. Elkaar constructief aanspreken wanneer je twijfels hebt over wat het goede is. Wanneer het nu over goede zorg gaat, dan gaat het vaak meteen over de beperkte financiële middelen.

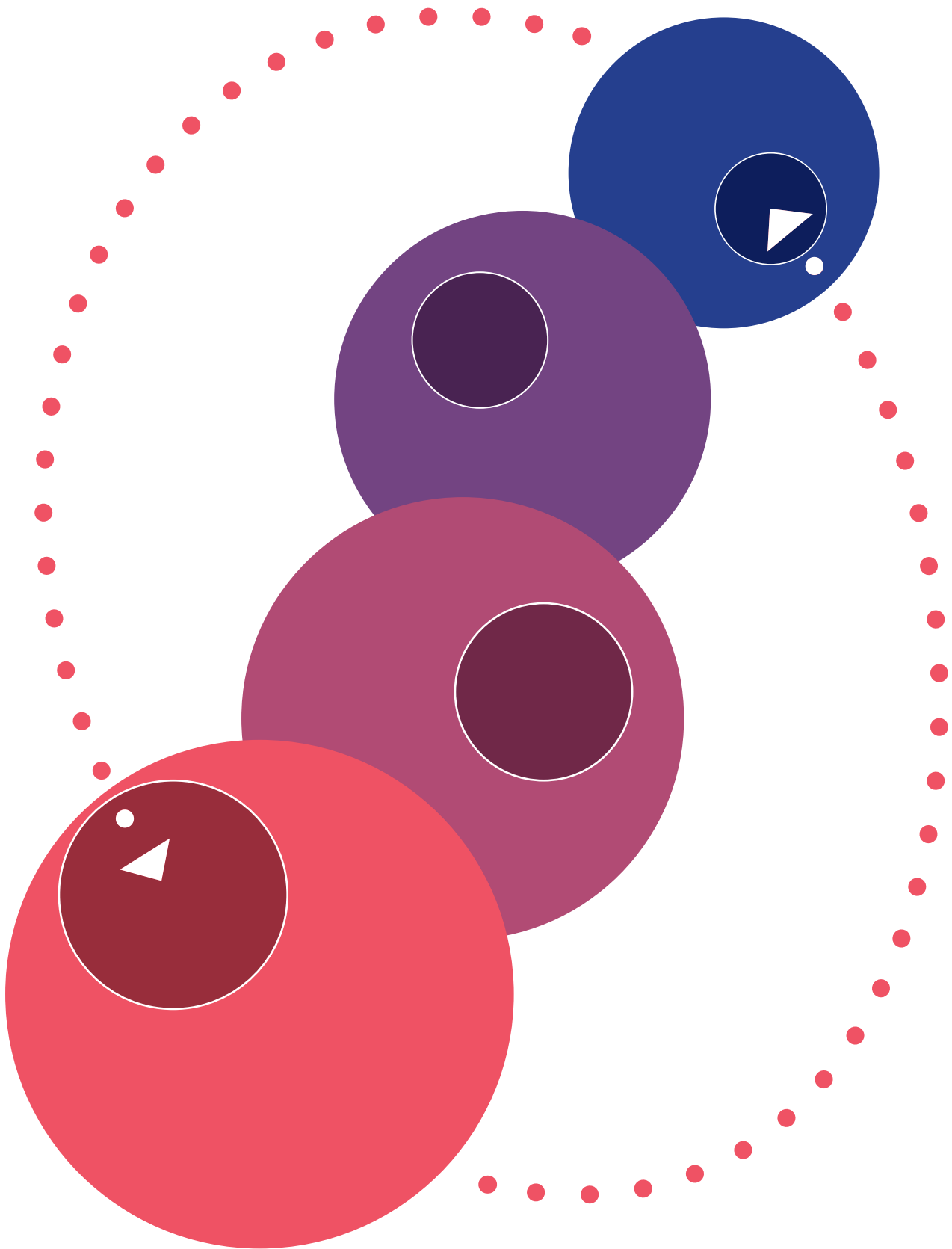
.....

.....

Wanneer er binnen het Ecosysteem Mentale Gezondheid sprake is een gelijkwaardige co-creatie tussen het publieke, sociale en verzekerde zorg, hoe verdelen we dan de beschikbare financiële middelen?

Binnen het Ecosysteem Mentale Gezondheid is er sprake van een gelijkwaardige co-creatie. Dit geldt niet alleen ten aanzien van de doelen, maar ook ten aanzien van de (financiële) middelen en de strategie. Wanneer er bijvoorbeeld gezamenlijk wordt bepaald dat we toewerken naar 30% minder suïcides of 25% meer participatie, dan draagt een ieder bij aan het behalen van deze doelen. Er is sociale controle waarbij men zich opstelt als betrouwbare partner. De een met kennis, de ander met financiële middelen of het zorgdragen voor de optimale randvoorwaarden.

.....



Time to change!

Complexe psychische problemen benaderen vanuit een Complex Adaptief Model binnen een Ecosysteem Mentale Gezondheid vraagt een enorme omslag



Deze omslag vindt niet alleen plaats in ons denken, maar ook in de wijze waarop wij binnen de psychiatrie kennis vergaren en kunnen nadenken over zorgsystemen. De bezwaren zullen daarom ook legio zijn, veranderen is niet eenvoudig... maar de tijd is rijp voor echte verandering!

De persoon met psychische klachten kan zijn/haar leed niet meer overdragen aan de zorgprofessional die weet wat *de beste zorg* is. Hij/zij moet zelf aan de bak en krijgt met peersupport meer zelfregie. Uiteindelijk wordt hier maatwerk geleverd vanuit een breed laagdrempelig aanbod.

De zorgprofessional, werkend met complexe psychische klachten, krijgt een andere rol en kan niet meer volstaan met werken op basis van lineair denken en stoornisgerichte richtlijnen. Het samenwerken met peer support, naasten en het sociaal domein vraagt een heroverweging van de eigen sociaal-maatschappelijke positie. Het (eindelijk) daadwerkelijk kunnen bijdragen aan de kwaliteit van leven van de cliënt zal hen bevrijden van de ‘zorgmarkt’ en een gevoel van professionele autonomie geven.

Wetenschappelijke onderzoekers die statistisch onderzoek doen naar de effectiviteit van behandeling bij complexe psychische problemen zullen daarnaast andere onderzoeksmethodes moeten gaan aanleren.

Het denken vanuit complex adaptieve systemen, emergentie, feedback loops en attractors zal de ware wetenschapper op langer termijn een enorme intellectuele boost geven.

De financiering voor complexe psychische problemen zal op de schop moeten, vermeende zekerheden zijn gebakken lucht. Veel geld voor het ‘genezen’ van psychische stoornissen terwijl de druk op presteren voor mensen alsmaar groeit, is water naar de zee dragen. Mentale gezondheid kan niet los gezien worden van bijvoorbeeld bestaans(on)zekerheid, sociale inclusie en zingeving. Dit vraagt om meer focus op publieke mentale gezondheid.

De politiek dient verantwoordelijkheid te nemen voor het *wrong pocket problem* en kan dit niet langer afschuiven op de ‘markt’. Ook lineaire oplossingen voor complexe problemen zijn uit den boze. En zie: het adagium Mentale gezondheid: van ons allemaal, blijkt dan ook echt te kloppen!

De psychiatrie hecht veel waarde aan haar wetenschappelijke onderbouwde fundamenteën. Elke wetenschapper dient niet alleen bevestiging te vinden van wat hij/zij al weet, maar ook zichzelf uit te dagen om afwijkingen binnen het huidige paradigma te onderzoeken en bespreekbaar te maken (Thomas Kuhn). Zeer regelmatig ontwikkelen wetenschappers nieuwe kennis die het perspectief op de 'werkelijkheid' doet verschuiven. De psychologie / psychiatrie lijkt stil te staan... Waarom wijst men wel naar zorgverzekeraars, de Nederlandse Zorg Autoriteit en Zorginstituut Nederland, maar is men zo weinig bereid naar het eigen wetenschappelijk paradigma te kijken?



Goede voorbeelden

Sarah heeft als kind de nodige verwaarlozing en seksueel misbruik meegemaakt en weet zich als kind desondanks staande te houden. Eenmaal 18 jaar lukt dit niet meer en zoekt zij hulp. Er volgt een lange zoektocht langs vele behandelaren, diagnoses en behandelmethodes. Wat Sarah mankeert lijkt steeds meer leidend, wat zij nodig heeft voor herstel verdwijnt naar de achtergrond. Na vele jaren behandeling meldt de GGZ instelling dat Sarah is uitbehandeld. Per toeval komt Sarah in contact met een zelfregie en herstel centrum. Schoorvoetend neemt ze deel aan activiteiten en gaat ze zelf bijdrage aan het herstel van anderen. Momenteel is Sarah weer voor een aantal dagen per week aan het werk.

Hanane is de oudste dochter uit een Turks-Nederlands gezin. Ze heeft een goede opleiding gevolgd, maar vult haar dagen met mantelzorg taken voor een familielid. Ze worstelt met de waarden van twee culturen en ontwikkelt steeds meer psychische klachten. De GGZ professional behandelt haar depressie, de worsteling tussen twee culturen blijft onbesproken. De huisarts adviseert haar naar een zelfregie en herstel centrum te gaan om daar in gesprek te gaan met een ervaringsdeskundige. Hanane sluit zich aan bij een mantelzorggroep voor mantelzorgers met een migratieachtergrond en gaat later zelf een groep leiden voor mensen met psychische klachten die worstelen tussen twee culturen.

Het eerste Ecosysteem Mentale Gezondheid is gestart met samenwerking van de gemeente Deventer, GGZ instelling Dimence en zelfregie en herstel centrum

Vriendendienst. In dit ecosysteem wordt gezamenlijk gekeken wat er nodig is om te komen tot herstel voor een grotere groep inwoners van Deventer met psychische problemen. Het is geen walhalla met pasklare oplossingen maar een geweldige context om uitdagingen voor verandering op basis van breed gedragen waarden constructief aan te gaan.

Het Zelfregie en Herstel Plan, van Steunpunt Zelfregie en Herstel in Utrecht, is een methode om het adaptief vermogen van mensen met psychische problemen te stimuleren en zelfregie te bevorderen. Tijdens de kennismaking op basis van peersupport wordt 'wat is er met je gebeurd' besproken. Met behulp van positieve gezondheid wordt in kaart gebracht 'waar de kwetsbaarheid en veerkracht zit' en 'waar iemand naar toe wil' voor ervaren herstel. Wat 'voor herstel nodig is' wordt vastgelegd in het concept Zelfregie en Herstel Plan (ZHP) met verschillende opties. De persoon met psychische problemen maakt een keuze, waarna het (ZHP) wordt uitgewerkt, waarbij inzicht is wie daarbij kan helpen. Het herstelproces wordt begeleid door een naaste of ervaringsdeskundige en kan eenvoudig worden bijgesteld.



Inspiratie voor de toekomst

Veranderen is niet makkelijk. Motivatie vasthouden wanneer het tegenzit vraagt om structurele inspiratie

'Few new truths have ever won their way against the resistance of established ideas save by being overstated.'

–Isaiah Berlin

'We build too many walls and not enough bridges.'

–Isaac Newton

'Eine neue wissenschaftliche Wahrheit pflugsich nicht in der Weise durchzusetzen, daß ihre Gegner überzeugt werden und sich als belehrt erklären, sondern vielmehr dadurch, daß ihre Gegner allmählich aussterben und daß die heranwachsende Generation von vornherein mit der Wahrheit vertraut gemacht ist.'

–Max Planck

'Gezondheid is het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van sociale, fysieke en emotionele uitingen van het leven.'

–Machteld Huber

'True ignorance is not the absence of knowledge, but the refusal to acquire it.'

–Karl Popper

'It is never a question of whether an individual is good but whether his behavior is good to the world he lives in.'

–Hannah Arendt

'The answers you get depend on the questions you ask.'

–Thomas Kuhn

'Science has two faces, one that knows, the other that does not know yet.'

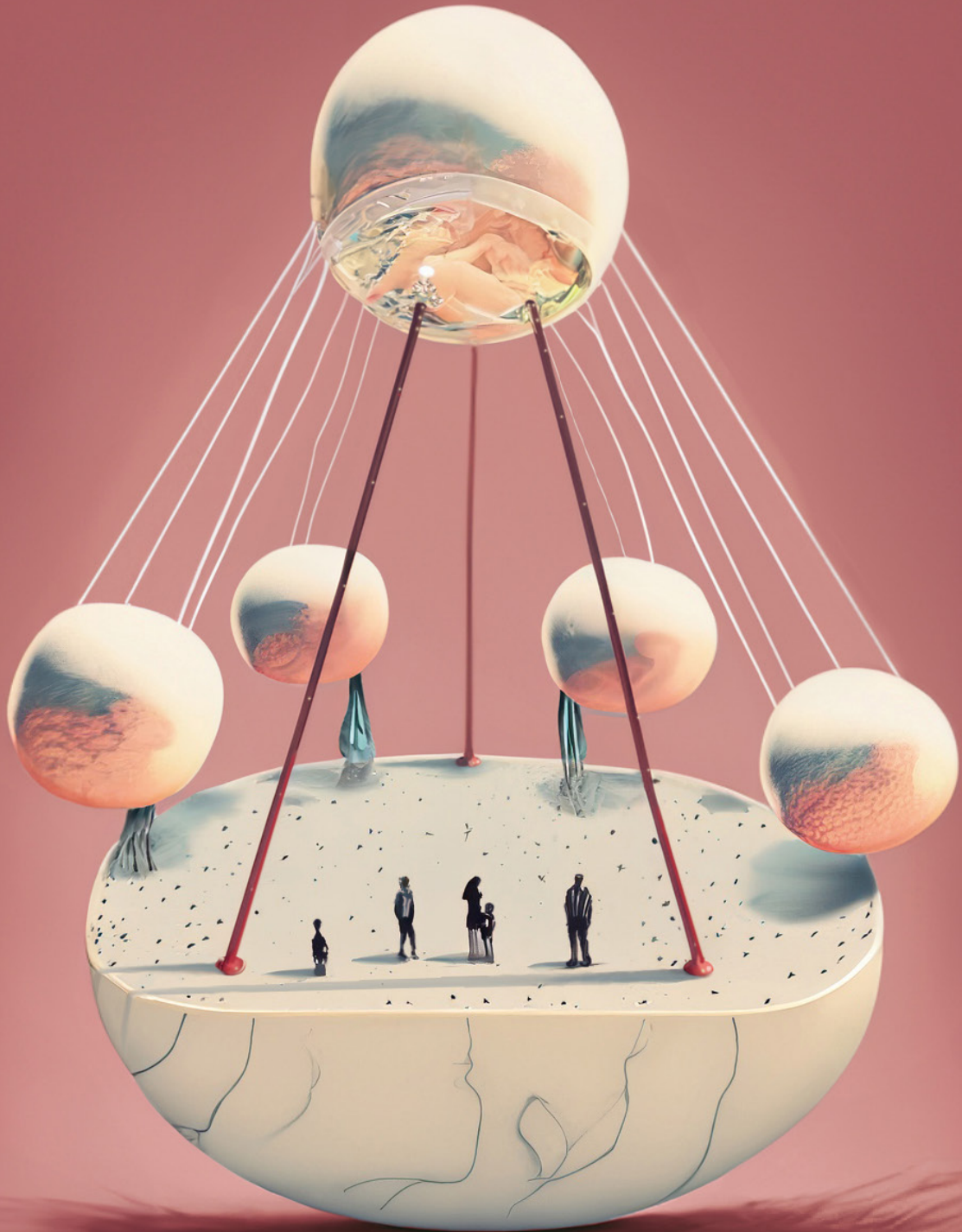
–Bruno Latour

'All the most advanced sciences arrive to fundamental philosophical problems that they thought to have eliminated. They do not only find them, but they also renew them.'

–Edgar Morin

Publicaties

1. Smit D. Over meten is weten en de behoefte aan zekerheid.... Psychopraktijk. 2010;2(3):23-6.
 2. Smit D, Helms A, Helms F. De eerstelijnspsycholoog gaat voor leiderschap! GZ-Psychologie : Tijdschrift over gezondheidszorgpsychologie. 2011;3(3):41.
 3. Smit E. Bezuiniging: samen werken, niet samen vechten! GZ-psychologie. 2011;3(5):12-5.
 4. Nuijen J, Emmen M, Smit D, Stirbu-Wagner I, Veerbeek M, Verhaak P. GGZ in de eerste lijn: de rol van de huisarts en de eerstelijnspsycholoog. Trendrapportage GGZ 2012 Deel 2A: toegang en zorggebruik. 2012:117.
 5. Prins M, Verhaak P, Smit D, Verheij R. De positie van de eerstelijnspsycholoog in de eerstelijns-GGZ. Huisarts en wetenschap. 2012;55(4):146-50.
 6. Smit D. Bestuurlijk Akkoord GGZ en de praktische haalbaarheid. Psychopraktijk. 2012;4(5):30-3.
 7. Smit D. Deze behandeling dient u (helaas) zelf te betalen... : Adviezen van NZa en CVZ. GZ - Psychologie : Tijdschrift over gezondheidszorgpsychologie. 2012;4(2):30-3.
 8. D Smit. Wat is goede zorg? In: Kunneman HvEH, editor. Praktijken van Normatieve Professionalisering: SWP books; 2013. p. 179-95.
 9. De Lepeleire J, Smit D, Verhaak P, Akbiyik DI, Walton I, Hill L, et al. A journey through mental health in primary care in European countries. International Journal of Integrated Care. 2013;13(6).
 10. Smit D. De vrijheid van concurrentie. GZ - Psychologie : Tijdschrift over gezondheidszorgpsychologie. 2013;5(5):23.
 11. Smit D, Bosch FD. Het einde van de solist? Psychopraktijk. 2013;5(6):32-4.
 12. Prins MA, Verhaak PFM, Smit D, Verheij RA. Healthcare utilization in general practice before and after psychological treatment: a follow-up data linkage study in primary care. Scandinavian journal of primary health care. 2014;32(3):117-23.
 13. Smit D. Veelvoud van goede zorg is...? GZ - Psychologie : Tijdschrift over gezondheidszorgpsychologie. 2014;6(3):19.
 14. Smit D. Richtlijnen: gouden standaard of keurslijf? Psychopraktijk. 2014;6(3):28-31.
 15. Smit D, Bosch FD. Wanneer is verandering een verbetering? Psychopraktijk. 2014;6(5):25-8.
 16. Smit D, Derksen JPD. Einde van dertig jaar eerstelijnspsychologie? Psychopraktijk. 2014;6(2):25-7.
 17. Smit DE, Derksen JJ. Organisatie van de GGZ-zorg: wat gaat werken en wat niet? Bijblijven. 2014;30(9):7-12.
 18. Smit EH, Derksen JLL. The Complexity of Primary Care Psychology: Theoretical Foundations. Nonlinear dynamics, psychology, and life sciences. 2015;19(3):269-84.
 19. Smit D. De complexiteit van christelijke geestelijke gezondheidszorg. Psyche & Geloof. 2016(4):206-16.
 20. Smit EH, Derksen JLL. Vignette research on messy and confusing problems in primary mental healthcare. Europe's Journal of Psychology. 2017;13:300-13.
 21. Smit D. Worstelende professionals en onwetende cliënten. Sociaal Bestek : Tijdschrift voor werk, inkomen en zorg. 2018;80(4):59-61.
 22. Smit D, J Hill, L. Walton, I. A European PRImary care Multi-professional Researcher network (PRIMORE). 2018-2021.
 23. De Lepeleire Jan SD, Hill Lisa Walton Ian Kendall Sally. EFPC Mental Health Position Paper. Internet; 2020 December. 75
 24. Smit D, Derksen J. The complexity of healthcare fraud - ethical and practical considerations. ethic@ - An international Journal for Moral Philosophy. 2020;19(2):367-85.
 25. Smit D, Hill L, Walton I, Kendall S, de Lepeleire J. European Forum for Primary Care: Position Paper for Primary Care Mental Health. Primary health care research & development. 2020;21:e56.
 26. Smit EH. It's all about the Family: Research on Dutch Families with Multiple and Complex Problems. Canadian Journal of Family and Youth / Le Journal Canadien de Famille et de la Jeunesse. 2022;14(3):106-30.
 27. Smit, D., & van Os, J. (2022). De praktijk binnen de GGZ is in ontwikkeling, volgt de wetenschap? Tijdschrift voor psychiatrie, 692-695.
 28. Smit, D., & van Os, J. (2023). Het moet beter, het kan beter, maar gaan we het ook beter doen? GGZ Vaktijdschrift. <https://doi.org/10.31739/GGZV.2023.1.2>
- Proefschrift The complexity of mental healthcare and its consequences for doing good. doi: 10.33540/1907



‘Dit onderzoek toont aan hoe belangrijk het is om de complexiteit van psychisch lijden echt te begrijpen. Het sluit goed aan bij het Ecosysteem Mentale Gezondheid en stimuleert ons anders na te denken over Goede Zorg.’

–Jim van Os, Hoogleraar Psychiatrische Epidemiologie en Publieke GGZ

‘Onderzoek naar de complexiteit van mentale gezondheidszorg maakt duidelijk dat iets anders nodig is voor mensen die psychisch lijden. Dit onderzoek voedt de landelijke ontwikkeling van zelfregie en herstel organisaties en de meerwaarde van ervaringskennis.’

–Sonja Visser, Directeur NVZH

‘De manier waarop we zorg organiseren moet eenvoudiger, maar dat kan niet zonder dat we de complexiteit ervan goed doorgronden en hanteerbaar maken. Dat is wat Dineke Smit in dit onderzoek doet.’

–A.J. Kruijer, Instituut Publieke Waarden

‘Fijn! Een wetenschappelijk onderzoek waarin beschreven en onderbouwd wordt wat er in mijn leven gebeurde en in dat van mijn lotgenoten. En waar het alsmat onbegrijpelijk verkeerd blijft gaan. Het is meer dan de hoogste tijd dat dit verandert en dat kan met dit onderzoek in de hand!’

–Marcia Kroes, Ervaringsdeskundige

Copyright © 2023 Dineke Smit / info@4sophia.nl

Beeld en vormgeving: Grisha Karakozov / www.watknapp.nl

Druk: Proefschriftspecialist, Zaandam

Oplage: 100 stuks

Mede mogelijk gemaakt door: L.M. Klinkert Fonds