
3 Culturele psychiatrie in het licht van drie ggz-vernieuwingen: herstel, De Nieuwe ggz en integrale psychiatrie

Rogier Hoenders, Jim van Os en Stynke Castelein

Introductie door de hoofdredactie

Net zoals de culturele psychiatrie en psychotherapie niet los te zien zijn van de beperkingen en tekortkomingen van de vigerende aanpak in de ggz, zo zijn vernieuwingen als herstelondersteunende zorg, De Nieuwe GGZ en integrale psychiatrie een reactie op de psychiatrie in crisis. Daarom bezien Hoenders, Van Os en Castelein culturele psychiatrie en psychotherapie in een breder licht en gaan zij op zoek naar overeenkomsten en raakvlakken tussen enerzijds culturele psychiatrie en psychotherapie en anderzijds deze drie ggz-vernieuwingen.

- In herstelgericht denken en handelen zien de auteurs raakvlakken tussen de brede focus op herstel en de persoonsgerichte insteek van de culturele formulering.
- Door de westers-etnocentrische psychiatrie te relativeren ten gunste van weerbaarheidsvorming en van universele waarden van ritueel en relatie, zet De Nieuwe GGZ in op een waarde-transformatie die aansluit bij de culturele psychiatrie en psychotherapie.
- De integrale psychiatrie deelt met culturele psychiatrie en psychotherapie een brede visie op gezondheid, het belang van de therapeutische relatie, het kijken naar heel de mens, en de relevantie van andere, vaak lokale geneeswijzen.

In de aanbevelingen aan hulpverleners en beleidsmakers worden de raakvlakken tussen culturele psychiatrie en psychotherapie en deze drie ggz-vernieuwingen direct zichtbaar: stel de patiënt centraal, benut zijn eigen steunbronnen en kwaliteiten, erken het belang van de patiënt-therapeutrelatie en waak voor medicaliseren van variaties in normaal menselijk gedrag.

1 Psychiatrie in crisis?

De Nederlandse psychiatrie lijkt in een crisis te verkeren. De volgende factoren hebben daarop invloed gehad.

- De overheid heeft in korte tijd veel grote veranderingen op verschillende gebieden doorgevoerd, zoals:
 - afbouw van beddenaantallen;
 - strengere kwaliteitsbewaking;
 - marktwerking;
 - transitie van delen van de geestelijke gezondheidszorg (ggz) naar de gemeente.
- Maatschappelijke ontwikkelingen vormen uitdagingen, zoals:
 - een schijnbare toename van psychische stoornissen waaronder depressie;
 - een politiek klimaat van kostenbeheersing en bezuinigingen;
 - een roep om transparantie.
- Al deze ontwikkelingen hebben geleid tot beheersing van zorgkosten en een focus op ambulantisering, maar gaan ook gepaard met:
 - een toename van bureaucratie;
 - lange wachttijden;
 - ontevredenheid en overbelasting bij zorgverleners;
 - een versnipperd zorglandschap;
 - financiële problemen bij grote zorginstellingen.
- De wetenschappelijke fundamenten van de psychiatrie lijken steeds meer op losse schroeven te staan.

Op al deze ontwikkelingen gaat dit hoofdstuk in.

1.1 Kostenbeheersing en routine outcome monitoring (ROM)

De ggz wordt soms als een dure inefficiënte black box gezien, met als gevolg een roep om transparantie, kostenbesparing en verhelderen van de maatschappelijke relevantie van de ruim zes miljard euro die de Nederlandse ggz jaarlijks kost (Van Os & Delespaul, 2018). Er zijn maatregelen genomen zoals productie beperken, vergoedingen inperken bij bepaalde diagnoses en bepaalde behandelvormen, en strengere controles door verzekeraars. Het lijkt erop dat dit effect heeft gehad. Steeds meer grote zorgorganisaties rapporteren een negatief jaarresultaat. Het financiële resultaat van de hele ggz-sector is in 2016 gehalveerd ten opzichte van 2015 (Verstegen, 2017).

Behalve deze maatregelen zien sommigen dataverzameling voor routine outcome monitoring (ROM) als antwoord op beheersing van kosten en transparantie (De Beurs, 2017), maar anderen zijn sceptisch (Van Os e.a., 2012; Hoenders e.a., 2013). In een individueel behandelcontact valt er veel winst te behalen met het verzamelen van ROM-gegevens, zeker wanneer dit gekoppeld wordt aan nog niet-behaalde hersteldoelen uit het behandelplan via een algoritme dat deze informatie koppelt aan de richtlijnen en zorgstandaarden, zoals het beslisinstrument Treatment E-Assist (TREAT) (zie paragraaf 3.3). Op het benchmarken van ROM-data zijn echter stevige wetenschappelijke kritieken geuit (Hoenders e.a., 2013; Van Os e.a., 2012). Er zijn ook morele bezwaren tegen het verzamelen van ROM-data omdat er meestal geen expliciete toestemming wordt gevraagd, er zeer persoonlijke vragen worden gesteld (over seksualiteit en suïcidaliteit), en de anonimiteit (nog) niet

gegarandeerd is (Stop benchmark ROM, 2016). Wanneer het bespreken van seksualiteit of suïcidaliteit taboe is, zoals bij sommige migrantengroepen, zijn deze morele bezwaren nog klemmender. Zo vergt bijvoorbeeld het taboe op rapporteren van suïcidale ideatie in de orthodoxe islam – net als in sommige andere wereldreligies – aanvullende klinische vaardigheden. Het ROM'en van migranten is sowieso ingewikkeld. De behandeling kost meestal meer tijd, omdat deze groepen minder kennis hebben van westerse concepten en behandelwijzen, vaak meer psycho-educatie nodig hebben en er gewerkt wordt met beperkte taalvaardigheden en/of tolken. Ook hebben zij vaak een achterstand in digitale vaardigheden.

1.2 Wetenschappelijke fundamenten

Een ander belangrijk punt is dat veel ggz-hulpverleners worstelen met hun identiteit, doordat de wetenschappelijke fundamenten van de psychiatrie op losse schroeven lijken te staan (Van Os e.a., 2019) door:

- medicalisering door de DSM-5;
- teleurstellende resultaten van neurowetenschappen en genetisch onderzoek;
- twijfels over effectiviteit behandelingen;
- gunstige respons door non-specifieke factoren.

DSM-5

Het diagnosticeren aan de hand van de *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (APA, 2000; 2013; 2014), 'de bijbel van de psychiatrie', ondervindt stevige kritiek omdat dit handboek variaties in gewone menselijke ervaringen medicaliseert (Dehue, 2008; Frances, 2012; Van Os, 2014). Dit kan leiden tot een fictieve toename van psychische stoornissen en tot overbehandeling. Er zijn ernstige twijfels of de formuleringen in de DSM die voortkomen uit de westerse (Noord-Amerikaanse) cultuur, wel universeel valide zijn. Dit heeft in Nederland bijvoorbeeld geleid tot het formuleren van culturele addenda bij de multidisciplinaire richtlijnen angst, depressie en schizofrenie.

Tegelijkertijd zijn er ook aanwijzingen voor onderbehandeling. Uit onderzoek van het Landelijk Platform ggz blijkt dat ongeveer de helft van mensen met psychische stoornissen geen behandeling krijgt. Dit komt bij autochtonen deels door wachtlijsten, de kosten voor zorg, zoals eigen risico, en vermoedelijk ook uit angst voor stigma (Livingston, 2010). Bij mensen met een migratieachtergrond komt onderbehandeling mogelijk doordat zij klachten op een andere manier ervaren en uiten en zij op een andere wijze of op andere plekken hulp zoeken (Boom e.a., 2010; 2012).

Neurowetenschappen en genetisch onderzoek

De neurowetenschappen hebben hun belofte nog niet ingelost en genetisch onderzoek levert minder op dan was gehoopt (Bracken e.a., 2012). Neuro-imaging levert soms boeiend materiaal, dat echter zelden wordt gerepliceerd en dat zijn weg (nog) niet heeft gevonden naar de klinische praktijk (Delespaul e.a., 2016).

Effectiviteit behandelingen

Meta-analyses tonen aan dat het effect van cognitieve gedragstherapie en psychotherapie (Cuijpers e.a., 2010; 2011), maar ook van medicatie (Herrmann e.a., 2011; Kirsch e.a., 2008) vaak overschat wordt. Sommigen uiten nog steviger kritiek op psychofarmaca: ze

zouden helemaal niet of nauwelijks werken, de invloed van de farmaceutische industrie is veel te groot en bijwerkingen worden onderschat (Gøtzsche, 2015). Anderen nuanceren deze kritiek: de effectiviteit is wellicht kleiner dan eerder gedacht, maar wel significant en klinisch relevant (Maassen, 2015).

De kern van de discussie over effectiviteit is heterogeniteit en non-specificiteit. Er zijn mensen die een zeer gunstige reactie op psychofarmaca en/of psychotherapie hebben, maar ook veel mensen die er geen baat bij hebben of er zelfs slechter van worden. Deze heterogeniteit in respons op de behandeling is niet van tevoren te voorspellen. Niet iedereen profiteert in gelijke mate van beschikbare evidencebased behandelingen, zoals bijvoorbeeld blijkt uit verschillen in behandelresultaat naar etnische herkomst of culturele achtergrond (Imel e.a., 2011). Er is dan culturele aanpassing vereist om deze behandelingen even effectief te maken (zie ook hoofdstuk 14).

Gunstige respons door non-specifieke factoren

Er is groeiend bewijs dat bij veel mensen een gunstige respons op psychofarmaca of psychotherapie niet zozeer wordt gemedieerd door de behandeling zelf, maar door non-specifieke factoren die onderdeel zijn van het behandelritueel: een therapeutische relatie, positieve verwachtingen, een behandelrationale, en een actieve participatie van behandelbaar en hulpvrager in uitvoering van procedure en rituelen (Frank & Frank, 1993). Goed aansluiten bij het (culturele) referentiekader van de hulpvrager is hierbij essentieel (zie ook hoofdstuk 2, 13 en 17).

1.3 Positie van de patiënt

Door maatschappelijke veranderingen en veranderingen in de ggz op het gebied van beleid, financiering en wetenschap, zoals geschetst in de introductie van dit hoofdstuk, die vaak gepaard gaan met chaos, worstelen patiënten en hun naasten met stigmatisatie, zelfstigmatisatie, onvoldoende eigen regie, en bij hun behandelaren minder tijd en een meer zakelijke houding. Patiëntenorganisaties en ervaringsdeskundigen melden al jaren dat er tijdens een ggz-traject te weinig regie ligt bij de patiënt en dat de ggz zijn partner, dierbaren en familie te weinig betreft bij de behandeling. Er moet meer aandacht komen voor alle aspecten van herstel, ook maatschappelijk en persoonlijk: niet alleen voor klachten verminderen, maar ook de eigen kracht van de patiënt vergroten (empowerment) en ervaringsdeskundigheid inzetten (Boevink, 2017).

Ondanks vele bewustwordingscampagnes blijft stigmatisatie een groot probleem (Samen Sterk zonder Stigma, 2017, <https://www.samensterkzonderstigma.nl/wat-is-stigma/overstigma/cijfers-spreken/>). Van de mensen met een psychische aandoening:

- ervaart 70% vooroordelen en/of discriminatie;
- ervaart 80% discriminatie in minstens een levensdomein: wonen, werken, en/of sociale contacten;
- vindt 72% dat de maatschappij weinig tolerant is: anders met hen omgaan, moeilijk praten, verbroken vriendschappen.

Stigmatisatie en zelfstigmatisatie onder migranten zijn mogelijk een nog groter probleem bij autochtonen doordat in landen van herkomst vrijwel uitsluitend aandacht is voor ernstige psychiatrische stoornissen en dat gemakkelijk generaliseert naar alle psychische aandoeningen. In het herkomstland is er vaak ook nog gebrek aan kennis over

de ernst en de behandelbaarheid van lichtere psychische problemen, wat stigmatisatie en zelfstigmatisatie verder in de hand werkt. Gelukkig zijn er de laatste jaren ook vele positieve ontwikkelingen, zoals gedeelde besluitvorming (*shared decision-making*), behandeling op maat (*personalised medicine*) en de patiëntgerichte benadering (*patiënt-centered care*). Deze empowermentbenadering is voor de migrant soms onwennig, omdat in het land van herkomst een autoritair directieve opstelling van de arts vaak gebruikelijk is. Het Cultural Formulation Interview uit de DSM-5 (APA, 2013) is voor hen vermoedelijk passender (zie hoofdstuk 11).

1.4 Culturele competenties

- Door de huidige digitale samenleving is gedetailleerde kennis over gezondheid voor iedereen makkelijk toegankelijk. Patiënten hebben, veel meer dan vroeger, toen kennis alleen via boeken en colleges beschikbaar was, een eigen mening over wat er aan de hand is (diagnose) en wat er gedaan moet worden (beleid).
- Professionals moeten zich realiseren dat ze geen monopolie hebben op hulp en op zorg verlenen. Er zijn vele anderen om de patiënt heen die dit ook doen, zoals de pastoor, de maatschappelijk werker, de alternatief genezer en de coach.
- In Nederland leven we bij uitstek in een sociaal en cultureel diverse samenleving. Dit gaat gepaard met verschillen in visie over hoe ziekte tot stand komt en welke behandelingen legitiem en/of geïndiceerd zijn (zie ook hoofdstuk 9). Deze verschillen worden versterkt door de problematiek van de wetenschappelijke fundamenten, zoals beschreven in paragraaf 1.2.
- Samen beslissen, een persoonlijke benadering en de patiënt centraal stellen, gaan daarom niet alleen om de hulpverlener en de patiënt, maar hebben ook te maken met alle belangrijke anderen in zijn zorgnetwerk. Dit vraagt veel van de culturele kennis, vaardigheden en houding van de professional, vooral wanneer die zich ook moet houden aan evidencebased werken, richtlijnen en zorgpaden.

1.5 Crisis als gevaar of als kans

Het Chinese teken voor crisis bestaat uit twee delen: een deel staat voor gevaar en het ander voor kans. Een crisis kan beide opleveren. Velen maken zich zorgen en wijzen op de gevaren van het huidige beleid, zoals beschreven in de vorige paragrafen. Echter, er ligt ook een kans nu vrijwel alles ter discussie staat en verandert. Een bekend Turks spreekwoord luidt: waar de breuken liggen, liggen ook de bronnen. Er zijn nu dus bronnen of kansen om een nieuwe psychiatrie vorm te geven die beter aansluit bij de behoeften en wensen van patiënten en hun naasten en bij de eisen van deze tijd, en die ook kosteneffectief en betaalbaar is. Bovendien kan die nieuwe psychiatrie de achterstand recht trekken bij mensen met een migratieachtergrond zodat zij passende zorg ontvangen – een universeel mensenrecht. In welke oplossingsrichtingen moeten we denken? Welke kansen kunnen er ontstaan als gevolg van de eerdergenoemde problemen en uitdagingen? Wat is het wenkend perspectief van de culturele psychiatrie van de toekomst? In dit hoofdstuk beschrijven we drie nieuwe stromingen die oplossingen aandragen voor de huidige problemen in de psychiatrie. Daarbij onderzoeken we de raakvlakken met de culturele psychiatrie en sluiten we af met een casus en met aanbevelingen aan behandelaren, onderzoekers en beleidsmakers.

2 Drie ontwikkelingen in de ggz

In Nederland zijn er diverse innovatieve initiatieven om mogelijke oplossingen te vinden voor de crisis in de psychiatrie. Dit zijn initiatieven voor innovaties in:

- patiëntenzorg;
- technologie, organisatie, financiering, beleid;
- preventie en leefstijl;
- de rol van de patiënt en zijn naasten;
- zelfsturing van teams;
- zelfredzaamheid van de patiënt.

Er zijn in deze innovaties drie overlappende en aan elkaar gerelateerde stromingen te onderscheiden:

- herstel (Castelein, 2017);
- De Nieuwe GGZ, ook wel goede ggz genoemd (Van Os, 2014; Delespaul e.a., 2016);
- integrale psychiatrie (*integrative psychiatry*: Hoenders, 2014b; Hoenders & Castelein, 2018).

In de paragrafen 3, 4 en 5 geven we deze stromingen beknopt weer en verkennen we de raakvlakken met culturele vraagstukken.

3 Brede focus op herstel

We schetsen hier een brede focus op herstel en drie ontwikkelingen die niet alleen die brede focus hebben, maar ook de regie meer bij de patiënt leggen.

3.1 Vormen van herstel

In de klinische praktijk en in wetenschappelijk onderzoek onderscheiden we symptomatisch, maatschappelijk en persoonlijk herstel.

Symptomatisch herstel

Symptomatisch herstel, ook wel klinisch herstel, is het herstel van de psychische klachten die iemand heeft. Deze vorm van herstel heeft vanuit het medisch model in de mainstream ggz tot nu toe de meeste aandacht gekregen. Psychische klachten zorgen ervoor dat iemand tijdelijk dan wel voor langere duur uit balans raakt op meerdere levens-terreinen.

Maatschappelijk herstel

We komen daarmee op de tweede vorm van herstel, namelijk het maatschappelijk herstel (Wiersma e.a., 2015). Als iemand maatschappelijk hersteld is, houdt dat in dat er op het gebied van 1) wonen en zelfzorg, 2) werken, opleiding of zinvolle dagbesteding en 3) sociale contacten geen zorgbehoeften zijn. In Nederland zijn de maatschappelijke problemen groter in de migrantengroep (lees: hoger percentage werkloosheid, uitkeringen, slechtere huisvesting, taalproblemen) met alle gevolgen van dien. Ervaren interculturele hulpver-

leners hebben gezien de grotere zorgbehoeften van migranten op dit gebied altijd veel aandacht gehad voor maatschappelijk herstel en ziekmakende factoren (discriminatie, uitsluiting (social defeat), verblijfsonzekerheid), en de rol van die factoren bij het ontstaan van psychopathologie. Het verband tussen psychopathologie bij migranten en de maatschappelijke positie waarin zij verkeren werd in onderzoek van Veling en collega's (2008) bevestigd. In hun onderzoek was dat niet eens zozeer het gevolg van stigma, maar vooral van sociale stress door te behoren tot een minderheid in een bepaalde wijk. Migranten hadden een 2,4 groter risico op het ontwikkelen van psychotische klachten in vergelijking met autochtone bewoners als zij in een overwegend autochtone wijk wonen. Maatschappelijke problemen kunnen dus zowel bijdragen aan het ontstaan van psychopathologie, maar omgekeerd ook het gevolg zijn van psychopathologie.

Persoonlijk herstel

De derde vorm van herstel is persoonlijk herstel. Deze vorm van herstel heeft vanuit de patiëntenbeweging de ggz verrijkt. Persoonlijk herstel is hervinden van een psychische balans na psychische ontwrichting. Verbondenheid, hoop, identiteit, zingeving en zelfvertrouwen zijn termen die aan het begrip gerelateerd zijn (Leamy e.a., 2011).

3.2 Ontwikkelingen in brede aanpak van herstel

Door oog te hebben voor alle drie de vormen van herstel in de zorg en de interactie ertussen, ondersteunen we een veel bredere aanpak (Werkgroep Plan van Aanpak EPA, 2014; Castelein, 2017; Van Eck e.a., 2017). Deze aanpak is nodig omdat herstel voor iedereen verschillend is en geen vast patroon kent. Het is een complex individueel proces dat tijd en ruimte nodig heeft.

Ontwikkelingen Herstel en eigen regie bevorderen

In de ggz zijn er meerdere ontwikkelingen die oog hebben voor deze brede aanpak van herstel. We schetsen drie ontwikkelingen die niet alleen die brede focus hebben, maar ook de regie meer bij de patiënt leggen:

- resourcegroepen opzetten;
- ervaringswerkers inzetten;
- zowel optimale zorgorganisatie als herstelgerichte-zorgorganisatie.

3.3 Resourcegroepen

Wetenschappelijk onderzoek laat zien dat iemand met een sociaal netwerk met voldoende steun op de lange termijn zowel symptomatisch als maatschappelijk beter herstelt, een betere kwaliteit van leven ervaart en een groter gevoel van eigenwaarde heeft (Eklund, 2007; Hendryx, 2008; Soundby, 2015). Betrek daarom de naaste omgeving van mensen met psychische aandoeningen bij de behandeling.

In migrantengroepen heeft de familie reeds een belangrijke plek in iemands leven. Dit kan het herstelproces zowel positief als negatief beïnvloeden. In de RACT-methodiek (Resource Assertive Community Treatment) ligt de regie van het herstelproces bij de patiënt zelf en heeft de patiënt een eigen resourcegroep (Nordén e.a., 2012a). Hij kiest zelf wie er plaatsneemt in de resourcegroep. Dit hoeven dus niet per se familieleden te zijn. Het gaat erom dat de patiënt degenen uitkiest die voor hem belangrijk zijn in het herstelproces.

De effectiviteit van de RACT-methodiek is wetenschappelijk onderbouwd. Een meta-analyse met daarin zes gerandomiseerde Europese onderzoeken heeft laten zien dat patiënten die behandeld zijn volgens de RACT-methode significant verbeterden in klinische symptomen, functioneren en welzijn (Nordén e.a., 2012a) vergeleken met de controlegroep. De effecten op sociaal functioneren waren na vijf jaar follow-up nog steeds aanwezig en patiënten waren meer tevreden over de zorg. De steekproeven waren echter relatief klein (minder dan 100 proefpersonen in ieder onderzoek). Dit was een van de redenen om een landelijk gecontroleerd multicenteronderzoek te starten naar RACT (Tjaden e.a., 2019).

3.4 Ervaringswerkers

Ervaringskennis in de ggz staat voor kennis die mensen hebben van psychische problemen en hoe ermee om te gaan nadat zij zelf klachten hebben ervaren op dit gebied. Deze kennis is waardevol.

Sommige mensen – al dan niet met een migratieachtergrond – helpen met hun ervaringen graag ook anderen op een professionele manier en laten zich opleiden tot ervaringswerker. Het hebben van psychische klachten, bijvoorbeeld bij psychotische ervaringen, wordt niet per definitie als iets negatiefs gezien in sommige culturen, eerder als een gave (De Jong, 2012a). Ervaringswerkers (en andere hulpverleners) nemen deze kennis mee in hun ondersteuning. In Nederland zijn er veel ervaringswerkers met uiteenlopende culturele achtergronden werkzaam in de FACT-teams. Sterker nog: FACT-teams die zich willen certificeren door het Centrum voor Certificatie van ACT en FACT (CCAF), dienen in hun team een ervaringswerker te hebben. Hierdoor heeft ervaringswerk in de FACT-teams in Nederland een vlucht genomen ten opzichte van andere landen waar ervaringswerk veelal alleen is ondergebracht in meer op zichzelf staande patiëntenorganisaties.

Ook in verschillende groepsinterventies wordt ervaringskennis gedeeld. Zo zijn er onder andere lotgenotengroepen voor patiënten met een migratieachtergrond en voor mensen met een psychotische aandoening (Castelein, 2008a; 2008b) en Herstel, Ervaringsdeskundigheid en Empowerment-groepen (HEE-groepen) (Boevink, 2017) hebben als doel ervaringen delen om elkaar te ondersteunen, van elkaar te leren en daardoor herstel te optimaliseren. Ook de herstelacademies zetten goed in op het delen van ervaringskennis.

3.5 Herstelgerichte zorgorganisatie

Door in de behandeling en begeleiding in te zetten op de drie vormen van herstel en daarbij kennis te benutten van zowel lotgenoten als naastbetrokkenen kan de zorg een positieve ontwikkeling doormaken. Echter, met alleen interventies aanbieden voor deze brede aanpak zijn wij er nog niet. De zorg moeten wij ook optimaal organiseren, lees: de zorgbehoeften van patiënten zo goed mogelijk laten aansluiten bij bestaande behandelingen. Een instrument om de zorgbehoeften optimaal te laten aansluiten bij bestaande behandelingen, is het beslisinstrument Treatment E-Assist (TREAT) (Tasma e.a., 2018; Roebroek e.a., 2019). Eerder Nederlands onderzoek toonde aan dat er een kloof is tussen de zorgbehoeften van de patiënt en de aangeboden zorg (Tasma e.a., 2016; 2017a; 2017b). Om beter zicht te krijgen op het behandelproces, is het TREAT-project opgezet. TREAT koppelt jaarlijkse uitkomsten uit de Phamous-screening (Bartels e.a., 2018) aan de behandelingen die worden genoemd in de landelijke richtlijn Schizofrenie (Van Alphen e.a., 2012) én de zorgstandaard Psychose (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling ggz, 2017) met behulp

van algoritmes. Per zorgbehoefte van de individuele patiënt geeft het beslissingsondersteunende systeem de behandeling aan die conform de richtlijn dan wel zorgstandaard aangeboden zou kunnen worden. De patiënt en zorgprofessional gebruiken samen de TREAT-applicatie bij het opzetten van het behandelplan. Niet elke zorgbehoefte hoeft daarbij meteen te leiden tot behandeling. Vaak hebben mensen comorbide problemen en wordt er stapsgewijs behandeld afhankelijk van de voorkeuren van de patiënt.

TREAT zorgt ervoor dat gedeelde besluitvorming (shared decision-making, SDM) wordt gestimuleerd en de regie van de behandeling meer bij de patiënt komt te liggen. Wereldwijd wordt shared decision-making langzaam geïmplementeerd in de ggz, al dan niet gebruikmakend van beslistools. Slade (2017) beschrijft enkele uitdagingen, waarbij het rekening houden met culturele verschillen (wel/niet gebruikelijk om mee te beslissen) een belangrijke voorwaarde is voor het succesvol implementeren van shared decision-making, evenals verschillen tussen verschillende patiëntengroepen (meer/minder behoefte om mee te beslissen al dan niet afhankelijk van de herstelfase).

3.6 Herstelgericht werken voor interculturele ggz

Naast het herstelgericht organiseren van de zorg is het van groot belang dat professionals herstelgericht gaan werken. Zorgprofessionals zijn jarenlang gewend geweest zelf sterk bepalend te zijn in het behandeltraject van patiënten. Velen maken duidelijk dat ze graag herstelgericht willen gaan werken, maar de nodige hulpmiddelen ontbreken hiervoor nog in de zorg. De komende jaren zullen dergelijke hulpmiddelen ontwikkeld moeten worden.

Bij de ontwikkeling van deze hulpmiddelen zal soms een vertaalslag gemaakt moeten worden wanneer ze ingezet worden bij patiënten met een migratieachtergrond. Herstelgericht denken en handelen, inclusief een grotere regie bij de patiënt, komen immers voort uit de westerse cultuur en visie op wat wenselijk is voor de gezondheid en welzijn van de patiënt, zoals autonoom en onafhankelijk zijn. Tevens veronderstelt herstelgericht denken en handelen een duidelijke visie op wat men wil gaan doen of bereiken. Deze aspecten gelden vaak minder voor migranten vanwege hun voorgeschiedenis, maatschappelijke positie en culturele achtergrond.

Toch lijkt een aantal uitgangspunten universeel geldig. Hendriksen-Favier e.a. (2012) noemen een aantal kenmerken van herstelondersteunende zorg die ook relevant zijn voor migranten en die raakvlakken hebben met het Cultural Formulation Interview (Lewis-Fernández e.a., 2015, zie hoofdstuk 9):

- maak ruimte voor, ondersteun en sluit aan bij het eigen verhaal van de patiënt;
- herken en stimuleer het benutten van eigen kracht van de patiënt (*empowerment*), zowel individueel als collectief;
- erken en benut de ervaringskennis van de patiënt;
- erken, benut en stimuleer de ondersteuning van de patiënt door belangrijke anderen.

In paragraaf 7 integreren we deze principes met die uit de andere stromingen tot algemene aanbevelingen voor behandelaren, onderzoekers en beleidsmakers.

4 De Nieuwe ggz als vehikel voor culturele psychiatrie

De Nieuwe GGZ is een beweging die vernieuwing op basis van de inhoud van de ggz nadrukkelijk verbindt aan vernieuwing van de organisatie en financiering van de zorg en die zich richt op het gehele spectrum van psychische klachten in de cultureel diverse populatie. De Nieuwe GGZ zet in op een waardentransformatie die culturele psychiatrie mogelijk maakt, omdat het de westers-etnocentrische psychiatrie in de vorm van het diagnose-evidencebased-practice-richtlijnbehandeling-symptoomreductie-routine-outcome-monitoring-model relateert ten faveure van universele waarden van ritueel, relatie en het proces van *heal and deal* of weerbaarheidsbevordering. De onderliggende gedachte is dat een duurzame ggz alleen mogelijk is als inhoud en organisatie van de ggz bij elkaar worden gebracht volgens het Enhanced Primary Care model van de Wereldgezondheidsorganisatie, in nauwe samenwerking – of beter: integratie – met het sociaal domein, en in combinatie met een nieuw op te richten publieke ggz (Van Os e.a., 2018). De Nieuwe GGZ heeft geen blauwdruk, maar nodigt het veld uit tot multideskundige cocreatie van innovatieve praktijken aan de hand van een kritische analyse van wetenschap en ervaringskennis, vanuit een perspectief van culturele diversiteit. Experimenten van De Nieuwe GGZ vinden momenteel plaats in een tiental pilotwijken, waaronder ook wijken met significante migrantenpopulaties (www.samenbeter.org).

4.1 Een publieke ggz

Het feit dat significant psychisch lijden een jaarprevalentie heeft van 18-24%, terwijl de maximale capaciteit van de ggz 6-8% van de populatie bedraagt, wijst op de noodzaak voor erkenning van psychisch lijden als een publiek gezondheidsprobleem met een publieke aanpak. Immers, als er geen goede afstemming is van vraag (potentieel 18-24%) en aanbod (maximaal 6%) dreigt zowel overbehandeling (van problemen die goed passen in het businessmodel van de gereguleerde marktwerking waar de focus ligt op meetbaarheid en maakbaarheid) als onderbehandeling (van problemen die niet passen in het productiesysteem van de moderne ggz, zoals comorbiditeit met verstandelijke beperking, chronische suïcidaliteit, agressie, psychose, persoonlijkheidsproblematiek, autisme en problemen inherent aan cultuurgerelateerde factoren). De noodzaak van een publieke ggz naast de ggz van een-op-eenzorg is algemeen erkend (De Jong, 2002; 2011; Wahlbeck, 2015), maar nog nergens in het Westen vormgegeven. De Nieuwe GGZ neemt het principe van de eCommunities als uitgangspunt van de publieke ggz. Voorbeelden van eCommunities zijn Proud2bme.nl, PsychoseNet.nl en Dementieweb.nl en Dwang.eu, die jaarlijks vele miljoenen bezoekers trekken. Ze zijn georganiseerd als multideskundige onafhankelijke online ontmoetingsplekken waar patiënten en betrokkenen terecht kunnen voor informatie, duiding van klachten, online spreekuur met experts, inclusief fora en chatrooms, zelfmanagementstrategieën, kritische informatie over de staat van wetenschap bij traditionele en niet-traditionele behandelingen, persoonlijk herstel, herstel van zingeving, en wegen naar sociaal herstel. Ook is er uitgebreide informatie over navigeren tussen reguliere en niet-reguliere hulpverlening in en buiten de ggz (zie paragraaf 5.3). De verwachting is dat deze vorm van publieke ggz snel zal doorgroeien naar een groep van 10-15 verzamelde eCommunities, die (naar verwachting) jaarlijks rond de twintig miljoen bezoekers zullen trekken. De Nieuwe GGZ wil ‘achter’ de online eCommunities een uit-

Tabel 3.1 Contrasten tussen ggz in transitie en De Nieuwe ggz

<i>Aspect</i>	<i>De ggz in transitie</i>	<i>De Nieuwe ggz</i>
Substraat	Ziekte	Gevoeligheid
Taal	Diagnose	Formulering persoonlijke variatie
Fundament	Richtlijnbehandeling	Leren leven met (<i>heal and deal</i>), leefstijlgeneeskunde, integrale psychiatrie
Werkzame mechanisme	Technische ingrediënten richtlijnbehandeling	Relatie en ritueel onderdeel behandeling
Kerdoel	Symptoomreductie	Weerbaarheidsbevordering
Schaalgrootte	Mega-ggz-instelling	Healing community in wijkpopulatie van 15.000
Preferente bekostiging	Diagnose-behandelcombinatie (dbc)	Populatiebekostiging
Kwaliteit	Mate van symptoomreductie bij individuele patiënten	Mate van samenwerking tussen instellingen in relatie tot de populatiezorgbehoefte
Instrumenten sociaal domein	Geen	– Social holding – Sociale economie
Instrumenten existentieel domein	(Existentieel herstel)*	Existentieel herstel
Publieke component	Geen	Landelijk dekkend systeem van publieke e-communities
Kenniscomponent	Professionele kennis	Daar waar professionele kennis en ervaringskennis elkaar raken
Culturele positie	Westers-etnocentrisch	Universele waarden en culturele diversiteit

* Existentieel herstel is een belangrijk beoogd doel in de ggz. Maar het werken hieraan is moeilijk in het huidige systeem gericht op diagnose-evidencebased-practice-richtlijn-symptoomreductie, als vastgelegd in de dbc (Van Sambeek e.a., 2011).

gebreide ‘markt’ van gratis online eHealth en mHealth-hulpmiddelen introduceren die gebruikers actief beoordelen volgens het model van bijvoorbeeld Uber en Airbnb. Het is bemoedigend dat zowel eCommunities en de online ‘markt’ van gratis eHealth langzaam vorm beginnen te krijgen in Nederland, buiten de reguliere ggz om en vooralsnog zonder vast budget. Net zoals thuisarts.nl een succes bleek als een disruptieve vorm van publieke geneeskunde, met 12% reductie van een-op-eenconsultaties met de huisarts (Spoelman e.a., 2016), is de verwachting dat de verzamelde eCommunities een component zullen gaan vormen van een nieuwe publieke ggz met impact op de psychische gezondheid van de populatie. Hierbij is er de eerdergenoemde beperking dat mensen met een migratieachtergrond vaak een achterstand hebben in digitale en taalvaardigheden, hoewel dat veel minder geldt voor de tweede en derde generatie. Aanvullende initiatieven in de publieke ggz zijn beschreven om eerste generatie doelgroepen beter te bedienen (De Jong e.a., 2005; Kamperman e.a., 2007)

4.2 Kleinschaligheid van de ggz-organisatie in de wijk

Hoe kunnen we De Nieuwe GGZ zo inrichten dat de mensen met de ernstigste zorgbehoeften het meest gebruik kunnen maken van een-op-eenzorg in de ggz, terwijl lichtere problematiek vooral in de publieke ggz wordt gekanaliseerd? Gaan de schaarse intensieve behandelingen naar de mensen met de moeilijkste problemen en comorbiditeit? In de bureaucratische verwijskanalen van grote ggz-instellingen kan een dergelijke selectie niet gemaakt worden. Ook de kleine ggz-instelling die een enkel sterk specialistisch filter hanteert zonder zicht te hebben op de totale variatie in de wijk en zonder af te stemmen met de lokale partners, kan niet bijdragen aan een rechtvaardige selectie en afstemming van de populatiezorgbehoeften. In De Nieuwe GGZ ligt de nadruk daarom op organisatie en afstemming in het lokale (wijk)netwerk. Men kiest bewust voor kleinschaligheid van de lokale ggz-organisatie in de regio, in nauwe samenwerking met een tiental huisartspraktijken, in een populatie van niet meer dan 15.000-20.000, zodat men zicht heeft op lokale variatie in psychisch lijden. Dit maakt het mogelijk om lokale regievoering te introduceren rond selectie en verdeling van middelen. Hiermee komt een van de grote problemen van de huidige ggz te vervallen. Bijkomend voordeel is dat met het wegvallen van de grote ggz-instellingen er aanzienlijke middelen vrijkomen uit ten eerste de opheffing van de overhead van dergelijke organisaties (hoewel er tegelijk op sommige plekken in Nederland nog steeds fusies gaande zijn), en ten tweede uit de reductie van bedden die het werken in de wijk mogelijk maakt. Ook gaan we ervan uit dat in het wijkmodel kan worden gewerkt op basis van een (virtueel) populatiebudget waardoor veel van de kostbare interacties met zorgverzekeraars overbodig worden. Deze stappen maken dat het effectieve ggz-budget dat kan worden ingezet ten behoeve van de EPA-patiëntenzorg in de wijk kan verdubbelen (Delespaul e.a., 2016; Van Os e.a., 2019). Het probleem van de huidige ggz is dan ook niet een gebrek aan middelen, maar een gebrek aan doelmatigheid in het inzetten van deze middelen direct ten behoeve van patiënten.

4.3 Principe van de zelfsturende Healing community in de wijk

Met de middelen die vrijkomen uit 30-60% beddensluiting en het vervallen van de overhead van grote ggz-instellingen en van administratieve interacties met zorgverzekeraars komen middelen vrij die een aanzienlijk sterkere bemensing van de ambulante ggz mogelijk maken in de wijk. Deze menskracht is te organiseren volgens de principes die patiënten in de ggz zelf als essentieel zien. Een uitgebreide analyse van de herstelliteratuur in de psychiatrie toont aan dat voor patiënten de belangrijkste ingrediënten voor verbetering liggen op het niveau van de narratieve ontwikkeling, de verbinding met anderen, het ontmoeten van hoop en optimisme, empowerment en eigen regie, identiteit, zingeving en oog voor moeilijkheden, de zogenoemde CHIME-D-principes (Connectedness, Hope, Identity, Meaning, Empowerment, Difficulties) (Leamy e.a., 2011; Stuart e.a., 2016). Deze principes sluiten aan bij onderzoek dat het 'veranderlijke' in de ggz, vooral bij de mensen met de ernstigste psychische problemen, niet zozeer ligt op het niveau van symptomatische verandering, maar in verandering op het niveau van zingeving of persoonlijk herstel (Macpherson e.a., 2015). Met andere woorden: patiënten ervaren verbetering vooral als er een ggz is die social holding kan bieden in een lokale, zelfsturende 'healing' community, gebaseerd op werken volgens relationele, open dialogue en resource group-principes, met mogelijkheid tot respite en retreat in de wijk.

4.4 Visie op kennis en behandelen

De Nieuwe GGZ gaat uit van een wetenschappelijke visie op psychisch lijden als menselijke variatie die het beste geduid kan worden op het niveau van transdiagnostische dimensies en een beperkt aantal brede spectrumsyndromen van specifieke gevoeligheden (Van Os, 2014; Van Os e.a., 2019). Psychopathologie op het niveau van het brede syndroom, bijvoorbeeld het Psychose Spectrum Syndroom, dat alle diagnoses binnen het spectrum van psychotische stoornissen omvat en steeds meer wordt gebruikt als organisatieprincipe van psychotische psychopathologie (Guloksuz & Van Os, 2018), kan eventueel nader worden geduid op het niveau van persoonlijke netwerkanalyse van psychopathologie (Wigman e.a., 2015; Bak e.a., 2016). De klinisch-diagnostische focus is echter op de narratieve ontwikkeling eerder dan op de technische benaming van het syndroom. Tevens gaat men uit van een wetenschappelijke visie op de interpretatie van het behandelonderzoek, dat aantoont dat veel van de effecten van psychotherapeutisch en ook farmacologisch onderzoek worden gemedieerd door niet-specifieke factoren in het behandelritueel en de kwaliteit van de relatie met de hulpverlener; dat behandelingen weliswaar goed kunnen werken voor subgroepen maar dat voorspelling wie waarop reageert niet mogelijk is; en dat dus behandeling een kwestie is van trial en error; en dat de waarde van professionele hulpverleners vooral is gelegen in de combinatie van relationele vaardigheden, cultuursensitiviteit en de mate van ervaring over de tijd (Van Os e.a., 2019). Behandelen in De Nieuwe GGZ is primair gericht op het bevorderen van weerbaarheid en het bieden van social holding over de tijd afhankelijk van de context en met een focus op relationeel, multideskundig en multicultureel werken, mede gebaseerd op het gedachtegoed van de integrale psychiatrie (zie hieronder) (Van Os e.a., 2019). Hiermee worden afhankelijkheid en overbehandeling in een model van symptoomreductie op basis van escalerende richtlijnen voor niet-bestaande gemiddelde patiënten voorkomen (Delespaul e.a., 2016; Van Os e.a., 2019). Verantwoording wordt afgelegd op het niveau van de Community Vital Signs van de bewoners in de wijk, in een big data approach (Hughes e.a., 2016), en niet op het niveau van symptoomreductie van mensen in de zorg (Van Os & Delespaul, 2018).

4.5 Een consumer-run sociale economie

Van de ongeveer zes miljard euro die elk jaar wordt besteed aan de ggz, wordt voor dezelfde mensen eveneens zes miljard uitgegeven in het sociaal domein. In Nederland zijn deze twee geldstromen onafhankelijk van elkaar, zodat ze niet integraal kunnen worden aangewend om het bestaan van patiënten leefbaarder te maken. Met andere woorden: het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (uwv) weet niet van het behandelteam en vice versa opereert het behandelteam grotendeels geïsoleerd van het sociaal domein. In De Nieuwe GGZ worden de twee geldstromen bij elkaar gebracht in een geïntegreerd populatiebudget in de wijk en mede ingezet ter ondersteuning van een consumer-run sociale economie, gebaseerd op flexibele betalingen van €10-€20 in een opstap naar participatie in de reguliere economie (Van Os e.a., 2019).

4.6 User Co-Creatie en User Research

De inzet van ervaringsdeskundigheid in zorg en welzijn is nooit een doel op zichzelf geweest. Het is een middel om de kloof te overbruggen tussen het zorgaanbod en de wensen en behoeften van hulpvragers. Het gaat om het overbruggen van de user-science-ser-

vice gap. Een veel steviger positie van ervaringsdeskundigen en ervaringsdeskundigheid in de zorgsector dan nu het geval is, is essentieel als alle transities en transformaties in de zorg een succes willen worden. Daarbij is een nieuwe stap nodig: de ontwikkeling van een gedegen infrastructuur voor gezamenlijke kennisontwikkeling en -uitwisseling, verdere talentontwikkeling, het 'aanjagen' van nieuwe initiatieven en ontwikkelingen en disseminatie en implementatie van ervaringskennis. Belangrijkste opgave voor een User Research Network in De Nieuwe GGZ moet zijn om die infrastructuur te ontwikkelen.

5 Integrale psychiatrie

Integrale psychiatrie werd in Nederland in 2006 geïntroduceerd (Milders, 2006; Hoenders e.a., 2006; 2008). Het betreft de toepassing van het Amerikaanse concept integratieve medicine (integrale geneeskunde) in de Nederlandse psychiatrie (*Integrale psychiatrie: theorie en praktijk*: Hoenders & Castelein, 2018; Hoenders, 2014b).

5.1 Integrale geneeskunde

Eind jaren negentig van de vorige eeuw werd door een Amerikaans consortium van acht academische ziekenhuizen een nieuw concept gelanceerd: integrale geneeskunde. Het (1) stelt de therapeutische relatie tussen patiënt en hulpverlener weer centraal, (2) kijkt naar de gehele mens, (3) maakt op basis van wetenschappelijk onderzoek gebruik van alle geschikte therapeutische benaderingen, gezondheidszorgprofessionals en disciplines, om zo (4) tot een optimale gezondheid en een optimaal herstel te komen (The Consortium, 2004). Vanaf het begin is er voor deze nieuwe stroming veel interesse getoond vanuit de medische en de wetenschappelijke wereld. Dit heeft ertoe geleid dat er vandaag de dag in de Verenigde Staten en Canada meer dan zeventig medisch academische gezondheidscentra actief lid zijn van dit consortium. In Nederland is begin 2018 onder begeleiding van ZonMw door twee academische ziekenhuizen, twee samenwerkende topklinische opleidingsziekenhuizen (STZ-ziekenhuizen), een grote ggz-instelling en een kennisinstituut, een Nederlands consortium opgericht: het Consortium voor Integrale Zorg en Gezondheid (CIGZ, 2019; ZonMw, 2018). Inmiddels heeft een zevende instelling (een groot algemeen ziekenhuis) zich aangesloten en hebben drie andere instellingen belangstelling getoond. De groei van integrale geneeskunde komt doordat het elementen bevat die steeds meer ingang vinden in de geneeskunde zoals samen beslissen, de patiënt centraal stellen, een persoonlijke benadering, focus op gezonde leefstijl en herstel en positieve gezondheid (Huber e.a., 2011). De groei komt ook doordat integrale geneeskunde aansluit bij breder waargenomen vormen van integratie binnen de hedendaagse tijdgeest. Zowel in de religie, filosofie, spiritualiteit en psychotherapie is deze trend te herkennen (Hoenders e.a., 2012).

5.2 Integrale psychiatrie

De integrale geneeskundige benadering wordt binnen de psychiatrie in Nederland sinds 2007 toegepast in het Centrum Integrale Psychiatrie (CIP) van Lentis, een ggz-instelling in Groningen. Sinds enkele jaren wordt de integrale benadering eveneens toegepast in enkele andere ggz-instellingen, ggz Noord-Holland Noord, Huis vol compassie en Cirya GGZ, en in vijf vrijevestigde praktijken in het land.

Tabel 3.2 Definities en voorbeelden van reguliere en niet-reguliere geneeswijzen

Naam		Omschrijving	Voorbeelden
Integrale geneeskunde	Reguliere geneeskunde	Zoals onderwezen en toegepast wordt in universiteiten en ziekenhuizen.	Operatie, medicatie, cognitieve gedragstherapie (CGT)
	Leefstijl-geneeskunde	Preventie en behandeling van ziekten door therapeutische leefstijlveranderingen (Egger e.a., 2017; ACPM, 2009).	Bewegen, dieet, relaxatie, yoga en mindfulness
	Natuurlijke middelen	Natuurlijke preparaten die goede bewijsvoering hebben, maar vanwege praktische, ideologische of sociale redenen (nog) niet geïntegreerd zijn in het reguliere behandelaanbod (Lake, 2007).	Kruiden, vitaminen en supplementen
Complementaire zorg*		Niet-reguliere behandelingen die (te) weinig bewijsvoering hebben en die tevens andere verklaringsmodellen van ziekte en gezondheid hanteren (Lake, 2007).	Healing en homeopathie

* Deze behandelingen worden niet toegepast binnen de integrale psychiatrie (er wordt wel geadviseerd over zorgvuldig gebruik ervan buiten de instelling (Hoenders e.a., 2018).

Lentis heeft het initiatief genomen, met de idee dat integrale psychiatrie mogelijk kan bijdragen aan oplossingen voor hedendaagse problemen binnen de gezondheidszorg, ook de geestelijke gezondheidszorg (Sarris e.a., 2013; Hoenders, 2014b), zoals beschreven in de inleiding van dit hoofdstuk. De daar beschreven problemen maken duidelijk dat er een nieuwe aanpak nodig is binnen de geestelijke gezondheidszorg (Bracken e.a., 2012).

5.3 Brede kijk

Een integrale gezondheidszorg (integrale geneeskunde en psychiatrie) biedt zo'n nieuwe aanpak. Het hanteert een bio-psycho-socio-spiritueel-ecologisch model dat gebruik voorstaat van evidence based behandelingen vanuit verschillende geneeskundige tradities. Naast reguliere interventies (psychofarmaca, psychologische-, verpleegkundige- en vaktherapieën), een uitgebreid aanbod van leefstijlinterventies (zoals mindfulness, running therapie, relaxatie en voedingsadviezen), maakt de integrale gezondheidszorg op zorgvuldige wijze gebruik van evidence based natuurlijke medicatie, zoals bepaalde kruiden, vitaminen en voedingssupplementen (Hoenders, 2018; Sarris e.a., 2011; 2013; ZonMw, 2014). Zie tabel 3.2 voor definities en indeling in verschillende groepen geneeswijzen. Ook kan zingeving een onderdeel van de behandeling zijn (ZonMw, 2016; Hoenders & Castelein, 2018). Complementaire zorg wordt niet aangeboden in het CIP, maar patiënten krijgen wel advies en begeleiding om verstandige keuzes te maken en de kans op schadelijke effecten te minimaliseren. Patiënten met psychische problemen over de hele wereld maken vaak gebruik van complementaire geneeswijzen en het is belangrijk dat ze met hun behandelaar hierover kunnen spreken (De Jonge e.a., 2017). Hierbij wordt in de integrale psychiatrie gebruikt gemaakt van een protocol om te komen tot zorgvuldige afwegingen die rekening houden met richtlijnen, wetgeving en gedragsregels van de Koninklijke

Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP) (CIZG, 2019; Hoenders e.a., 2010; 2018).

Diverse aspecten van de integrale psychiatrie hebben raakvlakken met de culturele psychiatrie: de brede visie op gezondheid (het biopsychosociale model uitgebreid met zingeving en het ecologisch perspectief), het belang van de therapeutische relatie, kijken naar heel de mens en de relevantie van andere, vaak lokale, geneeswijzen (vaak aangeduid als traditionele, complementaire of alternatieve geneeswijzen).

5.4 *Klacht, kracht en proces*

Naast symptoomreductie (klachtgericht) is integrale psychiatrie ook gericht op het vergroten van veerkracht (krachtgericht) en waar mogelijk gericht op inzicht en traumaverwerking (procesgericht). Zorgpaden zijn ingericht op basis van een van deze drie soorten hulpvragen (of een combinatie ervan). Integrale psychiatrie combineert de eerdergenoemde principes van samen beslissen, een persoonlijke benadering en de patiënt centraal, door beslissingen te baseren op de basisprincipes van evidence based medicine (Hoenders e.a., 2010):

- zoeken naar de hoogste vorm van bewijsvoering;
- de wensen en voorkeuren van de patiënt (ook wanneer het niet-reguliere behandelingen betreft);
- de eigen ervaring en professionaliteit.

De focus is hierbij niet alleen op (het ontstaan van) ziekte (pathogenese) en verminderen van symptomen maar ook op het in stand houden en vergroten van gezondheid (salutogenese; positieve gezondheid). Als symptomen niet verder kunnen worden verminderd, verschuift de focus naar coping en 'leren leven met' door derdegeneratiegedragstherapie (zoals mindfulness, compassie en acceptance and commitment therapie, ACT). Deze methodieken kunnen ook worden ingezet om patiënten te leren om zelf om te gaan met normaal menselijk leed (Appelo, 2016). Naast symptoomvermindering zijn maatschappelijk en persoonlijk herstel van groot belang, zoals beschreven in paragraaf 3.1. Ten slotte ligt voor, tijdens en na de behandeling veel nadruk op het optimaliseren van een gezonde leefstijl op het gebied van voeding, beweging, ontspanning, slaap en zingeving (Hoenders e.a., 2014a; Hoenders & Castelein, 2018).

5.5 *Pluriform*

Integrale psychiatrie houdt er rekening mee dat mensen verschillen in culturele achtergrond, etniciteit, wereldbeeld en sekse en dat er meerdere wegen zijn die naar herstel leiden. Daarom zoekt zij naar pluriformiteit in de antwoorden op de gecompliceerde vragen die de hedendaagse multiculturele samenleving aan de ggz stelt. Een integraal-psychiatrische attitude getuigt van respect voor de overtuiging van de patiënt en voor andere culturen en hun vaak eeuwenoude tradities. Daar moet kritisch naar gekeken worden, want traditie is geen garantie voor werkzaamheid en niet zonder meer overdraagbaar van de ene naar de andere context. Tegelijk moeten we beseffen dat onze westerse geneeskunde ook sterk cultureel bepaald en aan verandering onderhevig is, en dus niet zonder meer aanspraak kan maken op universele geldigheid (Hoenders e.a., 2008).

6 Praktijkvoorbeeld herstel, De Nieuwe ggz en integrale psychiatrie

In de volgende casus illustreren we hoe herstel, De Nieuwe ggz en integrale psychiatrie in de klinische praktijk toegepast kunnen worden.

Casus: Sara heeft angst, depressie en slaapproblemen

Als ze 50 jaar is, verwijst een andere ggz-instelling Sara door naar de integrale psychiatrie. Sara is 20 jaar getrouwd en is moeder van 2 kinderen. Ze is 30 jaar geleden met haar gezin gevlucht naar Nederland vanuit Armenië.

Al meer dan 10 jaar wordt Sara behandeld voor angst, depressie en slaapproblemen. Ze voelde zich continu gestrest, onrustig en gespannen. Ze heeft hiervoor jarenlang cognitieve gedragstherapie gehad, maar heeft daar niet zoveel aan gehad. Haar symptomen zijn wel wat minder geworden en ze heeft een aantal dingen geleerd om ermee om te gaan, maar de klachten komen steeds terug. Ook vindt ze de aanpak te cognitief en de therapeuten formeel en afstandelijk. Daarnaast heeft ze het idee dat er niets gebeurt met de echte oorzaak. Waar komen die continue onrust en spanning toch vandaan? Ze heeft wel een vaag idee, maar durft dat niet goed te bespreken met haar therapeut. Ze heeft ook diverse soorten medicatie geprobeerd. Eerst het antidepressivum paroxetine. Hierdoor is haar depressie wel wat afgevlakt, maar haar gevoelsleven ook. Ze is 15 kilogram aangekomen en heeft nog minder zin in seks. Ze was al nooit zo'n liefhebber, want seks geeft haar vaak een ellendig en verdrietig gevoel, hoewel het vroeg in haar huwelijk weleens fijn is geweest. De relatie loopt al een aantal jaar niet meer zo goed en deze bijwerking maakt het niet makkelijker.

Sara heeft temazepam gekregen voor haar slaapprobleem, maar dat heeft slechts een paar weken gewerkt: daarna had ze meer nodig, want ze raakte eraan gewend. Na zes weken moest ze ermee stoppen en toen ging het slapen nog slechter. Daarna volgde promethazine. 'Dat was echt vreselijk,' vertelt ze. Het gaf haar een 'kater-gevoel' en duizeligheid waardoor ze niet meer kon autorijden. Daarop kreeg ze quetiapine waardoor het iets beter ging, maar hiervan kreeg ze hartkloppingen en hoofdpijn. 'Deze middelen zijn erger dan de kwaal,' dacht ze gefrustreerd.

Casus: Sara krijgt integrale psychiatrie

Sara vraagt om verwijzing naar de integrale psychiatrie, omdat ze heeft gehoord dat men het daar anders aanpakt en de informatie op de website haar aanspreekt. Een ruime week later valt een dikke envelop bij Sara door de brievenbus. Nieuwsgierig maakt ze die open. Naast een uitnodigingsbrief en diverse folders zat er een uitgebreid vragenformulier in. Ze is verrast om te lezen dat er niet alleen gevraagd wordt naar wat er is misgegaan, naar klachten en problemen, maar ook naar wat er goed gaat, naar haar kwaliteiten en interesses. Er zijn zelfs vragen over haar levensovertuiging, over religie en spiritualiteit. 'Goh, willen ze dat echt allemaal weten?' denkt Sara, en ze denkt aan haar inmiddels overleden Indiase moeder die haar altijd vertelde over yoga, meditatie, karma en reïncarnatie. Saras vader is streng Russisch-orthodox christelijk opgevoed en wil daar niets van weten.

Ook staan er op het formulier van de integrale psychiatrie vragen over haar leefstijl: over voeding, beweging en ontspanning. Ontspanning? Ze kan zich niet herinneren hoelang het geleden is dat ze daarmee bezig is geweest. Er zijn ook vragen over relaties, familie en vrienden. Het invullen van de uitgebreide lijst zet haar aan het denken over deze onderwerpen. Ze besluit om weer contact op

te nemen met haar kinderen en haar vader, die ze te lang niet had gezien. Ze neemt zich ook voor om gezonder te gaan eten, meer te bewegen en op zoek te gaan naar iets om te ontspannen: als ze nu stil gaat zitten en haar ogen dichtdoet, voelt ze zich eerder onrustiger dan minder onrustig! Haar gedachten vliegen door haar heen en lijken een eigen wil te hebben; ze krijgt ze maar niet stil. ‘Hmm, daar kan ik wel wat hulp bij gebruiken,’ denkt ze. Ze krijgt weer wat hoop en met enige spanning gaat ze op weg naar de intake.

‘Ik heb een brief van mijn collega-psychiater gekregen. Ik lees dat u last heeft van angst, depressie en slaapproblemen en dat de behandelingen tot nu toe onvoldoende hebben opgeleverd. Voordat ik daar met u verder over ga praten, wil ik u vragen of u mij iets wilt vertellen over iets wat juist heel goed gaat in uw leven, iets waar u blij van wordt, tevreden mee bent, of iets waar u met genoeg aan terugdenkt,’ zegt de psychiater die tegenover haar zit. ‘Eh, iets wat goed gaat?’ Sara is even van haar stuk gebracht. Ze merkt dat ze al zo lang in de ggz zit dat ze bijna als vanzelf haar symptomen begint op te sommen: dat is toch wat die dokters altijd willen weten? Ze is blij met deze vraag en is even stil. Opeens welt het gevoel op van afgelopen weekend, toen ze in de zolderkamer van hun bovenwoning aan het schilderen was. Dat vertelt ze aan de psychiater. Schilderen is haar passie en het brengt haar soms even wat rust in haar hectische leven.

Daarna nemen de psychiater en Sara samen de medicatie door. De psychiater stelt voor de venlafaxine te vervangen door een goed sint-janskruidpreparaat (er zijn ook veel slechte op de markt, hoort Sara), en de quetiapine door Lasea, een lavendelpreparaat dat in vergelijkend onderzoek even effectief is gebleken als SSRIs tegen angst en net zo effectief als temazepam tegen slaapproblemen.

Casus: Sara gaat aan de slag

Zo gezegd, zo gedaan. Sara merkt dat haar symptomen weer een klein beetje terugkomen, maar lang niet zo erg als vroeger. De bijwerkingen verdwijnen helemaal, zoals 15 kilo overgewicht, en daar is ze erg blij mee; ze voelt meer zelfvertrouwen. Ondertussen gaat ze aan de slag met creatieve therapie en leert ze haar negatieve emoties ‘van zich af te schilderen’.

Sara is blij met de aanpak en het resultaat, krijgt steeds meer vertrouwen in haar behandelaar en besluit dan haar geheim te vertellen: de verkrachting op haar 14e door haar schoolvriendje in het steegje achter school. Ze was zo bang dat het haar keel dichtkneep en ze niet om hulp kon roepen. Als ze haar therapeut erover wil vertellen, knijpt haar keel weer dicht en kan ze niets zeggen. Haar therapeut vraagt daarom of ze het kan schilderen.

Als Sara de week erna met een groot schilderij bij de therapeut komt, zegt die spontaan: ‘Wat een vreselijk verdrietig angstig tafereel; wat moet jij je alleen hebben gevoeld.’ Sara knikt en moet hevig huilen. Hortend en stotend komen er een paar woorden uit. Zo gaat het week in, week uit. Ze deelt haar verhaal met lotgenoten en met een ervaringswerker en dat lucht haar enorm op. Ze merkt dat ze niet de enige is met deze problemen. Na 40 weken en 20 schilderijen worden haar schilderijen steeds kleuriger en positiever, net als haar gemoed. Het leidt er uiteindelijk toe dat ze een ruimte huurt en begint als zelfstandig kunstenaar.

In dezelfde periode spreekt Sara af en toe met de mindfulness-trainer over meditatie en yoga en hoe dit te rijmen met haar christelijke geloof. Dat lucht haar op. Ze heeft partner-relatiegesprekken over contact, intimiteit, seksualiteit en grenzen aangeven. Ook start Sara haar eigen resourcegroep die haar helpt met haar verdere herstel. Haar man, haar beste vriendin, haar mindfulness-trainer, en een van haar kinderen zit in de resourcegroep.

Na 2 jaar gaat Sara met ontslag. In het ontslaggesprek vraagt haar therapeut wat gemaakt heeft dat ze zo vooruit is gegaan en het nu weer zelf kan. ‘De combinatie van factoren,’ zegt Sara, ‘het vragen naar wat er goed ging, de natuurlijke medicijnen zonder bijwerkingen, meer rust en regelmaat, steun van naasten en lotgenoten, leren mediteren, zingeving, creatieve expressie en de compassievolle bejegening; ik voelde me veilig.’

7 Praktische aanbevelingen

7.1 Voor beleidsmakers

Organiseer zorg kleinschaliger, dicht bij de leefwereld van de patiënt, en betrek daarbij zijn familie en sociale netwerken.

- Stimuleer de ontwikkeling van een publieke ggz.
- Onderzoek alternatieve financieringsvormen, zoals populatiebepoortstelling (Van Os, 2019).
- Geef regie terug aan professionals en teams (zelfsturing).
- Verminder bureaucratie en kosten aan overhead.
- Financier en stimuleer initiatieven van patiënten en hun naasten voor:
 - het vergroten van vaardigheden en zelfredzaamheid;
 - een gezondere leefstijl;
 - maatschappelijke participatie.
- Financier en stimuleer initiatieven om zingeving te betrekken bij de zorg.

7.2 Voor hulpverleners

- Stel de patiënt centraal en benut de eigen steunbronnen en kwaliteiten van de patiënt.
- Erken het belang van de patiënt-therapeutrelatie.
- Waak voor medicaliseren van variaties in normaal menselijk gedrag.
- Leg de regie weer bij de hulpvrager en start resourcegroepen (R-ACT, empowerment).
- Investeer in herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid (HEE).
- Neem de lokale wereld van de patiënt als ijkpunt en betrek het systeem (R-ACT en EKC).
- Gebruik een bio-psycho-socio-spirito-ecologisch model (Hoenders, 2014b: integratieve psychiatrie, p. 9).
- Heb oog voor culturele variatie en hybriditeit: realiseer de contextualiteit en beperkte validiteit en betrouwbaarheid van eigen (medische) concepten, diagnoses, modellen en theorieën.
- Train culturele competenties en communicatieve vaardigheden om te komen tot optimale zorg rekening houdend met:
 - evidence en richtlijnen;
 - eigen professionaliteit;
 - maar ook de visie op ziekte en gezondheid;
 - en de wensen en (culturele) voorkeuren van de patiënt en zijn familie en naasten, ook wanneer die sterk verschillen of zelfs op gespannen voet staan met uw eigen opvattingen.

- Besteed, naast aandacht voor volledig symptomatisch, persoonlijk en maatschappelijk herstel, meer aandacht aan:
 - volledig herstel;
 - de noodzaak om patiënten en hulpverleners hierbij te ondersteunen (Beslistool TREAT).
- Maak meer gebruik van e-health, m-health en e-communities.
- Integreer leefstijlinterventies voor, tijdens en na behandeling.
- Focus niet alleen op wegnemen van ziekte, problemen en beperkingen, maar ook op vergroten van iemands kwaliteiten, welzijn, verkracht en gezondheid: positieve gezondheid.
- Integreer zingeving en spiritualiteit in de behandeling (FICA en SPIRIT), zoals in samenwerking met cultuureigen genezers.
- Begeleid en adviseer uw patiënt professioneel en zorgvuldig bij:
 - aanpassingen in leefstijl;
 - complementaire en alternatieve behandelingen (CAG-protocol).
- Hanteer de CHIME-D-principes: *connectedness, hope, identity, meaning, empowerment, difficulties*.