
ONDERZOEK NAAR HET SOCIALE IN DE PSYCHIATRIE: TE SOCIAAL VOOR DE PRAKTIJK?

Bauke Koekkoek, lector Sociale en Methodische Aspecten van Psychiatrische Zorg en Verpleegkundig Specialist

Eerder verschenen in zonder sociaal geen psychiatrie

Er bestaat geen sociale psychiatrie meer

Al jaren klinkt er een soort somberheid door in publicaties van sociaal-psychiatrische auteurs. Die somberheid gaat over het verloren gaan van 'de sociale psychiatrie'. De auteurs zijn niet zelden sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen die hun sporen in het vak verdiend hebben. Niet altijd is duidelijk wat er precies niet goed gaat, al kan ik me daar wel het een en ander bij voorstellen. De steeds grotere nadruk op de DSM-classificatie, nog eens benadrukt door het verschijnen van het 5e deel in deze bestsellerreeks in 2013, baart zorgen. De moeilijkheden die professionals ondervinden als ze een huisbezoek willen afleggen: te duur, te traag, niet declarabel. De vergaande inperking van de beroepsautonomie door richtlijnen, verlengde arm en BIG-registratie. Voeg daarbij de forse bezuinigingen, of beter gezegd de minder sterke groei van de GGZ in het algemeen en de tranen springen je in de ogen. Vroeger was alles beter. Vroeger, toen de RIAGG een bolwerk van therapeutische koninkrijkjes was. En het algemeen psychiatrisch ziekenhuis de onge kroonde keizer was. Waar weliswaar een afdeling Sociale Psychiatrie bestond, maar waar men zich vooral met pappen en nathouden bezig hield. Waar iedere professional kon doen waar hij of zij zin in had en waar de cliënt maar moest hopen op een bevlogen professional.

Sociale psychiatrie heeft nooit bestaan

Het is altijd buitengewoon lastig geweest om de sociale psychiatrie te definiëren. Een kleine twintig jaar geleden werd door Kok en Donker, onder de vlag van het Trimbos Instituut, een zogenaamde concept map uitgevoerd. Een concept map is een methode om een concept waarvoor veel verschillende namen of definities bestaan, of dat veel betekenissen heeft, gestructureerd in kaart te brengen. Uit die exercitie kwamen vijf uitgangspunten van sociale psychiatrie die u vast ooit wel eens heeft gehoord of gezien: (1) hulpverlening richten op de cliënt in zijn context, (2) tegengaan van marginalisering en uitstoting, (3) flexibel aanbieden van hulp, (4) geestelijke gezondheidsproblemen plaatsen in een epidemiologisch perspectief en (5) hulp bieden bij praktische problemen. In de meeste SPV-opleidingen worden deze uitgangspunten nog altijd gedoceerd als de Big Five van de sociale psychiatrie. Er valt, ook in 2013, m.i. inhoudelijk nog altijd niets op aan te merken. Behalve één ding: deze uitgangspunten bieden een heel beperkt zicht op wat sociale psychiatrie is of zou kunnen zijn. Ze zijn vooral normatief over hoe sociaal-psychiatrische hulpverlening eruit zou moeten zien, maar helpen ze ons ook om een beter begrip van psychische problemen te krijgen en tot een betere hulpverlening voor psychische problemen te komen? Ik denk het niet.

Ten eerste maskeert het gebruik van de term *sociale* psychiatrie, of *biologische*, *diagnostische* of *forensische* psychiatrie (of *kosmische* psychiatrie zo je wil),

de bredere context van psychische problemen en de daarvoor in zwang zijnde hulpverlening. Er bestaat maar één psychiatrie en die is biopsychosociaal, naar het model van Engel uit 1977. Biologische factoren, al dan niet genetisch bepaald, interacteren met sociale en psychologische factoren en kunnen leiden tot stoornissen of problemen, maar dat hoeft niet. Hoewel Engels model niet heel precies is uitgewerkt, verwoordt het wel heel duidelijk dat er altijd een wisselwerking bestaat tussen dat wat een mens meekrijgt (de biologie) en dat wat een mens meemaakt of ervaart (de omgeving). Het is dan ook raar om over sociale psychiatrie te spreken, hoe zeer ik ook van die term hou. De enige reden om dat te doen is om het statement te maken dat het sociale element van psychische problemen niet vergeten moet worden. En dat is iets waar veel voorvechters van sociale psychiatrie zich mee bezig houden: voorschrijven hoe er gehandeld zou moeten worden. Hoeveel daar ook voor te zeggen is, deze manier van doen houdt niet zo veel rekening met de bredere context.

Naar een nieuwe beschrijving van het sociale in de psychiatrie

Psychiatrie alleen *sociaal* noemen is dus een reductie van de werkelijkheid, en dat is nu juist wat we niet voorstaan in dit vakgebied. Tegelijkertijd is reductie ook nodig om grip op zaken te houden en daarmee de wereld om ons heen te begrijpen. In navolging van Bhugra en Morgan (2010) delen we sociale psychiatrie in drie hoofdstromen in: (1) sociale oorzaken van psychische problemen, (2) sociale gevolgen van psychische problemen en (3) sociale interventies bij psychische problemen. Naar mijn mening hebben de sociaal-psychiatrische vaandel dragers in Nederland zich heel lang uitsluitend met sociale interventies, vaak te weinig met sociale gevolgen en nauwelijks met sociale oorzaken bezig gehouden. Oorzaak en gevolg daarvan zijn mogelijk dat sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen en sociaal geïntereerde psychologen en psychiaters vaak vooral doeners zijn. Mogelijk ook daardoor heeft het wetenschappelijk onderzoek naar sociale oorzaken, gevolgen en interventies in Nederland lang weinig bekendheid gekregen in de praktijk. Daarin komt verandering en dat is geheel terecht want het Nederlandse onderzoek is juist uitstekend en geniet internationaal aanzien. Om bovengenoemde indeling te illustreren bespreek ik deze aan de hand van Nederlands (en buitenlands) onderzoek naar het sociale in de psychiatrie.

Sociale oorzaken

Al sinds tientallen jaren is bekend dat psychische problemen meer voorkomen bij bepaalde groepen mensen dan bij andere groepen. Mensen in slechtere sociale omstandigheden hebben meer psychische problemen dan mensen in betere omstandigheden. Al in de jaren zeventig van de vorige eeuw ontwierpen Dohrenwend en anderen (1992) van Columbia University in New York een ingenieuze onderzoekspopzet om te bepalen of mensen nu ziek werden door hun slechte omstandigheden (*social causation*) of door hun ziekte in slechtere omstandigheden terecht kwamen (*social selection*). Ze vonden verschillende uitkomsten voor verschillende stoornissen: slechte sociale omstandigheden leken voor depressie en antisociale persoonlijkheidsstoornis de *oorzaak*, en voor schizofrenie het *gevolg*.

Maar eenvoudig ligt het niet want mensen die in een oorlog verzeild raken, en daarmee vaak in beroerde sociale omstandigheden, krijgen niet per definitie psychische problemen. Als iedereen in slechte sociale omstandigheden verkeert dan is het leed veel minder groot dan door zogenaamde structurele sociale ongelijkheid (systematische achterstelling van bepaalde groepen). Blootgesteld worden aan ongunstige omstandigheden leidt vooral, of misschien zelfs alleen maar, tot problemen als die omstandigheden merkbaar afwijken van die in de omgeving.

Wim Veling (2010) toonde na eerder onderzoek in Engeland ook in Nederland overtuigend aan dat allochtonen met hetzelfde risicoprofiel eerder schizofrenie krijgen als ze in een 'witte' wijk wonen dan in een 'zwarte' wijk. Ofwel: met je eigen groep wonen werkt beschermend, als buitenstaanders in een andere groep wonen werkt risicovergroterend. Grootschalig bevolkingsonderzoek in o.a. de Verenigde Staten laat zien dat negatieve jeugdervaringen vaak samen gaan met psychische problemen maar zeker niet altijd. Wel is het zo dat hoe meer negatieve jeugdervaringen er zijn, des te groter de kans wordt - waarbij dan weer weinig verschillen bestaan tussen stemmingsstoornissen, angststoornissen en middelenstoornissen (Green e.a., 2010). In al dit onderzoek wordt in toenemende mate rekening gehouden met niet alleen de sociale omstandigheden maar ook met genetische kwetsbaarheid - vastgesteld door DNA-profilering of vergelijking met familieleden.

In Nederland wordt momenteel uitstekend oorzakelijk onderzoek verricht naar o.a. angst en depressie door middel van de internationaal vermaarde langlopende NESDA-studie (www.nesda.nl), geleid door het VuMC, enkele andere universiteiten en grote GGZ-instellingen. Onder vlag van de Universiteit Maastricht en met geld van de Europese unie wordt een omvangrijke studie (EU-GEI; www.eu-gei.eu) naar de oorzaken van schizofrenie uitgevoerd waarin niet alleen de biologische kwetsbaarheid nauwkeurig in kaart wordt gebracht maar ook sociale variabelen zeer precies worden bepaald. We kunnen voorzichtig concluderen dat deze twee studies behoren tot de wereldtop en hopelijk zullen bijdragen aan verdere bepaling van de *biopsychosociale* oorzaken van psychische problemen.

Sociale gevolgen

De gevolgen van psychische problemen zijn vaak groot. We denken dan meestal aan persoonlijk leed, verloren rollen, niet meer uit te voeren taken of werkzaamheden e.d. Daarnaast wordt echter ook veel onderzoek gedaan naar stigma en het hulpzoekgedrag van mensen met psychische problemen. Als we kijken naar dat laatste dan zien we dat hulpzoekgedrag sterk verschilt per land, per bevolkingsgroep, etniciteit, sekse en problematiek. Erg belangrijk daarbij is ook het gezondheidszorgsysteem waarin iemand hulp zoekt. Is er goede huisartsenzorg (zoals in Nederland) dan komen relatief minder mensen in de specialistische GGZ terecht. Zijn er daarentegen in die specialistische GGZ veel bedden (zoals in Nederland) dan worden veel mensen opgenomen - en blijven dat langdurig. In figuur 1 (zie volgende bladzijde) wordt dat geïllustreerd aan de hand van al oude gegevens die echter nog steeds behoorlijk actueel zijn.

Figuur 1: het geschatte aantal mensen per 1000 met een psychiatrische stoornis in verschillende niveaus van zorg in de GGZ, vergelijking tussen Engeland, Nederland en de VS

Estimated annual period prevalence rates (per 1,000 adults) for mental disorders at all five levels in two European cities and provisional figures for the Unites States			
Level	Manchester, England ¹⁾	Groningen, The Netherlands ²⁾	Seattle, WA
1 Community	250-315	250-303	221-281 ³⁾
2 Primary care (total)	210-230	224	164 ⁴⁾
3 Primary care (detected)	101	94	78 ⁴⁾
4 Mental health services (total)	20.8	34	58 ³⁾
5 Inpatients (mental)	3.4	10	9 ³⁾

1) From Goldberg and Huxley (4)
 2) From Giel et al. (13)
 3) From Regier et al. (6)
 4) From the Group Healyh Cooperative of Puget Sound, Seattle, WA.

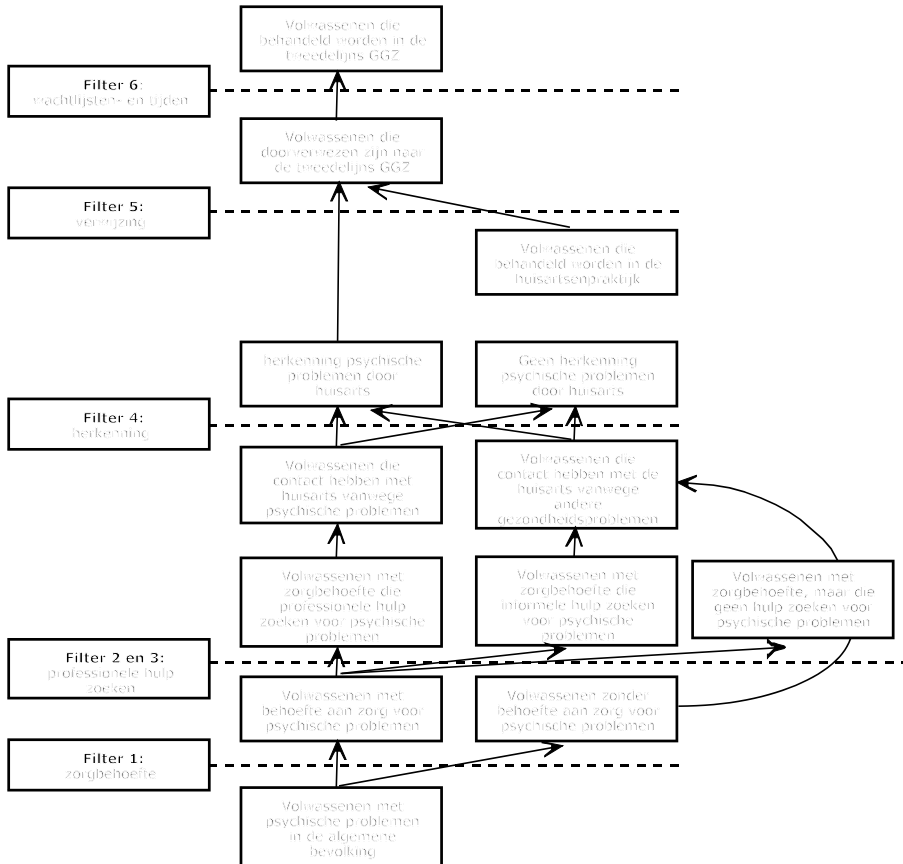
Bron: Goldberg (1995)

Een ander belangrijk fenomeen in onderzoek dat zich bezighoudt met sociale gevolgen, is de werking van vraag en aanbod in de GGZ. Er is momenteel veel discussie of de nieuwe stoornissen in de DSM-5 zullen zorgen voor een toevloed van nieuwe patiënten, ofwel of het labelen van problemen als psychiatrische stoornissen (medicaliseren) leidt tot meer 'ziekte' in de samenleving. Er komen uit de NEMESIS-studies, grootschalige surveys onder de een representatief deel van de Nederlandse bevolking, door het Trimbos Instituut geen aanwijzingen dat Nederland 'zieker' wordt (www.nemesis.gfk.nl). Wat wel duidelijk is dat de ruimte die enkele jaren geleden voor nieuwe GGZ-aanbieders is gecreëerd om kleinschalige concurrerende praktijken te starten, heeft geleid tot een sterke groei in het gebruik en de kosten van de GGZ. De nieuwe aanbieders hebben zich over het algemeen gericht op minder ernstige problematiek en kregen geen productieplafond opgelegd van de minister, waardoor een groep mensen die voorheen geen gebruik maakte van de GGZ dat nu wel doet. Onderzoek naar dit type fenomenen is complex en wordt vaak bemoeilijkt door de grote belangen die verschillende partijen hebben op basis van hun 'marktaandeel' en 'concurrentiepositie'.

Grote surveys zoals NEMESIS en gelijksoortige onderzoeken in Europa en in andere werelddelen, helpen om meer zicht te krijgen op het hulpzoekgedrag van mensen met psychische problemen. Ook hierover wordt door ons eigen Trimbos Instituut gepubliceerd, doorgaans in gratis via de site te downloaden rapporten.

Verfijningen van het oude filtermodel van Goldberg en Huxley in figuur 1 zijn te vinden in recente Trendrapportages (Nuijen e.a., 2010) over de Nederlandse GGZ.

Figuur 2: filters op weg naar de 2e lijns GGZ



Bron: Nuijen e.a. (2010)

Hoewel niet direct bruikbaar in de praktijk, is het voor sociaal-psychiatisch georiënteerde hulpverleners fascinerend om te zien hoeveel mensen het blijktbaar op een andere manier redden dan met hulp van de specialistische, 2e lijns GGZ. Daaruit wordt maar weer eens duidelijk hoe klein de rol van die specialistische GGZ is in het totale spectrum van ervaren problemen, (eigen) oplossingen en het totale hulpaanbod.

Sociale interventies

Het onderzoek naar sociale interventies staat het dichtst bij professionals in de praktijk maar wordt helaas maar weinig benut. De laatste decennia is het meest belangwekkende onderzoek vooral in Engeland gedaan waar veel onderzoeksgroepen op het gebied van community mental health care actief zijn.

Zo weten we o.a. dat crisisprotocollen helpen om psychiatrische opnames te voorkomen (Henderson e.a., 2004), dat focussen op samenwerking leidt tot betere resultaten (Priebe e.a., 2007) en dat Assertive Community Treatment (ACT) het in Europa niet zo veel beter doet dan het actieve case management dat we hier al deden - in tegenstelling tot ACT in de Verenigde Staten (o.a. Killaspy e.a., 2006). Vanuit Amerika is veel onderzoek gedaan naar het verrichten van betaald werk door mensen met ernstige psychische problemen: mits goed gecoacht op de werkplek leidt is dit heel goed mogelijk.

Ook in Nederland wordt belangwekkend onderzoek gedaan.

De rehabilitatiemethodiek IRB (Individuele Rehabilitatie Benadering), ontwikkeld in Boston en al vele jaren gepromoot in ons land als een goede methode, is voor het eerst op effectiviteit onderzocht door Nederlandse onderzoekers (Swildens e.a., 2011). Momenteel is FACT (Flexibele of Functie Assertive Community Treatment) bezig aan een enorme opmars in de Nederlandse GGZ. FACT heeft met IRB gemeen dat het breed wordt geïmplementeerd zonder dat er uitgebreid onderzoek naar effectiviteit is gedaan. Hoewel dat onderzoek nu steeds meer op gang komt, geven dit soort ontwikkelingen ook aan dat (kostbaar) beleid in de gezondheidszorg niet altijd gebaseerd is op wetenschappelijke overwegingen.

In het geval van FACT is de aantrekkingskracht van het model waarschijnlijk een belangrijke factor: de duidelijke organisatorische randvoorwaarden, de krachtige stellingname over wat er in hoort en de zeer relevante aanvulling op het ACT-model dat in Nederland niet zo heel veel extra bood.

We kunnen wel stellen dat FACT sociale psychiatrie nieuwe stijl is: goede, complete zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen (EPA), multidisciplinair uitgevoerd, ingebed in een transmuraal zorgsysteem met veel nadruk op zowel zorg- als behandel-elementen.

De certificeringprocedure voorziet in een keurmerk en houdt daardoor potentieel de kwaliteit van de uitvoering hoog. Tegelijkertijd is FACT momenteel sterk vanuit aanbodoverwegingen gestuurd en stevig ingebed in de specialistische GGZ. De uitdaging voor de GGZ, zowel de specialistische als de Basis GGZ, zal de komende jaren zijn om de zorg voor mensen met EPA te differentiëren en te streven naar een goede match tussen vraag en aanbod.

Vanuit onze eigen onderzoeksgroep, het lectoraat Sociale en Methodische Aspecten van Psychiatrische Zorg, vinden we het matchen van zorg buitengewoon belangrijk. Met het onderzoek naar deze afstemming, onder de vlag van het 4-jarige project MATCH (www.p-match.org), begeven we ons op het grensvlak van sociale gevolgen en sociale interventies.

We ontwikkelen onder andere instrumenten, die kort en gebruiksvriendelijk zijn voor daadwerkelijke toepassing in de praktijk, om de behoefte en noodzaak aan zorg in te schatten en daarmee onderscheid te maken tussen de intensiviteit van zorg. Fundamenteel uitgangspunt daarbij is steeds dat we het midden zoeken tussen de ouderwetse gedachte dat de professional het altijd het beste weet en de naieve gedachte dat de behoefte van de cliënt altijd leidend moet zijn.

Bij het lectoraat voeren we een aantal onderzoeksprojecten uit met meer of minder sociale elementen erin, ten behoeve van mensen met Ernstige Psychische Aandoeningen (EPA). We kijken naar het ontstaan van zorgafhankelijkheid en complexe zorgsituaties in een longitudinale studie.

We onderzoeken de effectiviteit van de methode Interpersoonlijke Sociaal Psychiatrische Begeleiding (ISPB, www.han.nl/ispb) en ontwikkelen nieuw, innovatief aanbod zoals het werken aan sociale contacten met behulp van een smartphone, een interactieve sociale kaart van de regio en andere projecten in samenwerking met regionale GGZ-instellingen en kenniscentra.

Figuur 3: logo MATCH



Een zeer sociale psychiatrie

Bovenstaand - zeer selectief - overzicht laat zien dat gesomber over de sociale psychiatrie, in ieder geval op basis van het onderzoek dat plaats vindt, volledig ongegrond is. Wat wel zorgen baart is de mate waarin de Nederlandse sociaal-psychiatrische professional, vaak maar niet uitsluitend de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige, kennis neemt en heeft van deze ontwikkelingen. Ook in de hoofden van sociaal georiënteerde professionals is de DSM-IV (en nu de DSM-5) stevig verankerd, net als de aanname dat schizofrenie toch vooral een biologisch, genetisch bepaalde stoornis is - die daadwerkelijk als zodanig bestaat. Over die zo werkzame crisisplannen vinden we weinig terug in de Nederlandse literatuur en ook lang niet altijd in de dossiers van onze cliënten. Er wordt gemopperd over de DSM en DBC's maar er is relatief weinig kennis over alternatieven. Nederlandstalige handboeken over sociaal-psychiatrische hulpverlening met een stevig aandeel wetenschappelijke kennis en aanwijzingen voor de praktijk, zijn bijna totaal afwezig. Terwijl iedereen, ondanks het met de mond beleden verzet, bezig is om zich bij te scholen in de DSM-5 criteria, maakt 's werelds grootste subsidieverstrekker voor GGZ-onderzoek, het National Institute of Mental Health (NIMH) bekend dat het geen onderzoek meer zal financieren op basis van DSM-criteria. Ofwel: onderzoekers zullen op zoek moeten naar andere indelingsprincipes dan de door ons zelf bedachte DSM-criteria. De hoop is dat andere indelingsprincipes ons dichterbij de oorzaken van psychische problematiek brengen dan de op consensus gebaseerde DSM-categorieën.

Conclusie

Het onderzoek naar sociale oorzaken en gevolgen van en interventies bij psychische problematiek slaat steeds meer nieuwe wegen in. Wegen die over het algemeen creatiever, hoopgevender en leuker zijn dan gesomber over 'de sociale psychiatrie'. Er is echter nog altijd een aanzienlijke kloof tussen de praktijk van de zorg en de praktijk van het onderzoek. Gelukkig zijn er steeds meer onderzoekers die zowel onderzoek als patiëntenzorg doen, steeds meer instellingen die nauw samenwerken met onderzoeksinstituten en publicaties die een breed publiek bedienen. Het zal echter hard nodig blijven om de brug tussenbeiden te onderhouden. Daarin hebben professionals een taak door nieuwsgierig en leergierig te zijn, en onderzoekers door hun kennis te delen met een breed publiek - op een manier die dat brede publiek aanspreekt.

Referenties

- Bhugra, D., & Morgan, C. (Eds.) (2010). *Principles of social psychiatry*. New York: Wiley.
- BP Dohrenwend, I Levav, PE Shrout, S Schwartz, G Naveh, BG Link, AE Skodol, and A Stueve (1992). Socioeconomic status and psychiatric disorders: the causation-selection issue. *Science* 255: 946-952

- Engel, George L. (1977). "The need for a new medical model: A challenge for biomedicine". *Science* 196: 129-136.
- Green JG, McLaughlin KA, Berglund PA, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, Kessler RC (2010). Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication I: associations with first onset of DSM-IV disorders. *Arch Gen Psychiatry* 67(2): 113-23.
- Goldberg D. (1995). Epidemiology of mental disorders in primary care settings. *Epidemiol Rev.* 17(1): 182-90.
- Henderson C, Flood C, Leese M, Thornicroft G, Sutherby K, Szmukler G. (2004). Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind randomised controlled trial. *BMJ.* 329 (7458): 136.
- Killaspy H, Bebbington P, Blizard R, Johnson S, Nolan F, Pilling S, King M. (2006). The REACT study: randomised evaluation of assertive community treatment in north London. *BMJ* 332: 815-20.
- Nuijen, J. e.a. (2010). *Tendrapportage GGZ 2010. Deel 2: Toegang en zorggebruik*. Trimbos Instituut, Utrecht.
- Priebe S, McCabe R, Bullenkamp J et al (2007) Structured patient-clinician communication and 1-year outcome in community mental healthcare. Cluster randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 191:420-426.
- Swildens W, van Busschbach JT, Michon H, Kroon H, Koeter MW, Wiersma D, van Os J. (2011). Effectively working on rehabilitation goals: 24-month outcome of a randomized controlled trial of the Boston psychiatric rehabilitation approach. *Can J Psychiatry* 56(12): 751-60.
- Veling W, Hoek HW, Wiersma D, Mackenbach JP (2010). Ethnic identity and the risk of schizophrenia in ethnic minorities: a case-control study. *Schizophrenia Bulletin* 36: 1149-1156.