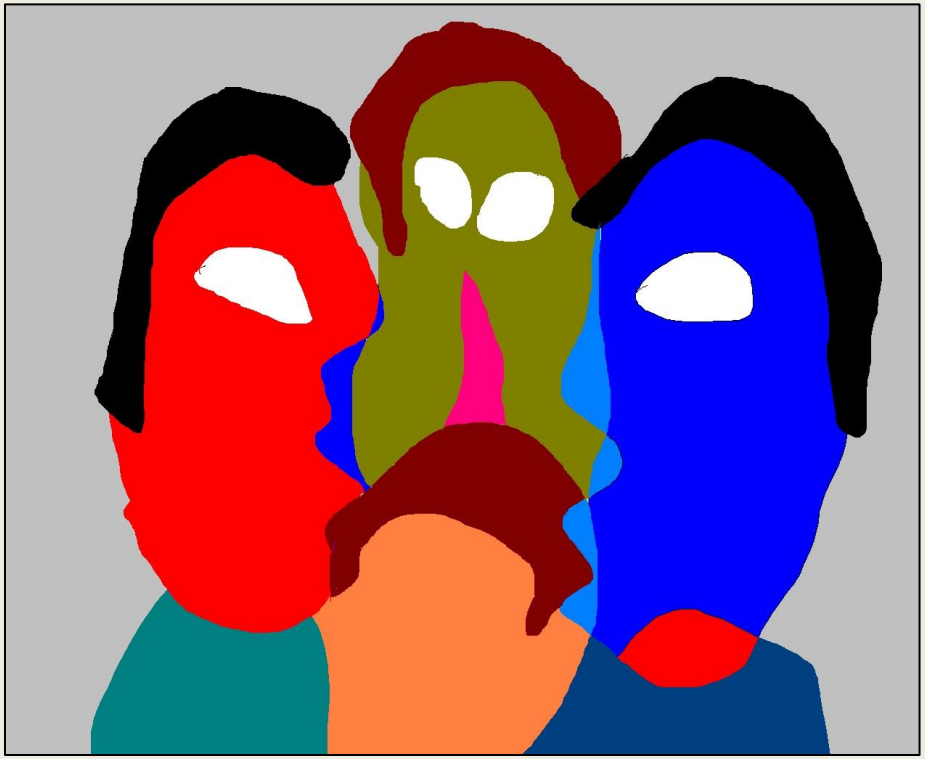
Resultaten boeken in Psychische zorg



Jaap van der Stel
Lector GGz | Hogeschool Leiden
Brijder-Parnassia | GGZ inGeest
Sint Niklaas| 15 – 5 - 17

Overzicht

DEEL I | Gepersonaliseerde psychische gezondheidszorg

=> I.h.b.: noodzaak transdiagnostisch kijken/handelen

DEEL II | Visie op de toekomst in 10 thema's

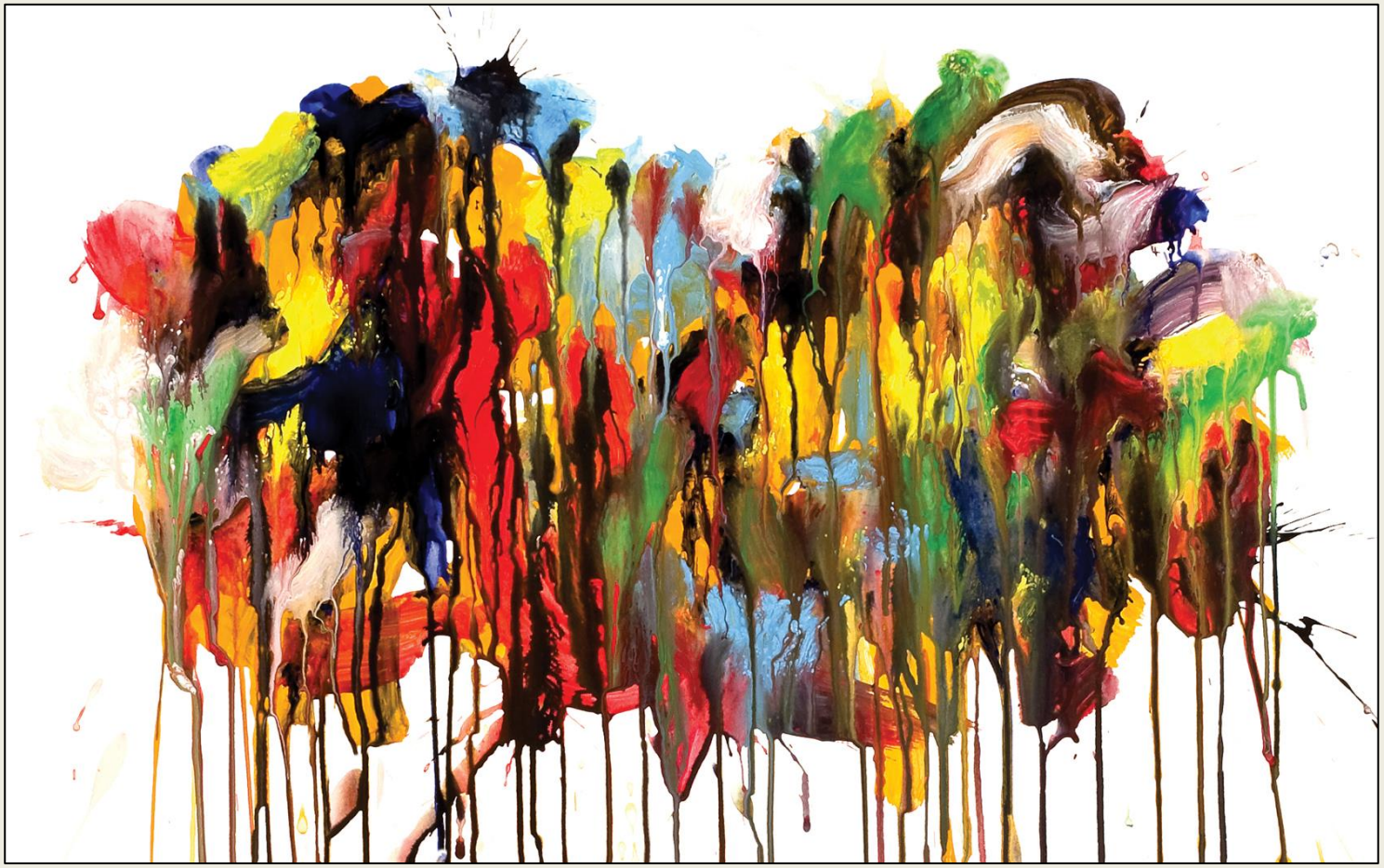
Spagaten

Verwarring alom:

- **Mooie vergezichten op symposia *versus* praktijk van alledag.**
- **Inperking vrijheidsruimte professionals *versus* tegemoet komen aan legitieme wensen cliënten.**
- **Denken van managers *versus* nieuwe visies over herstel.**
- **One-size-fits-all oplossingen *versus* zorg op maat (personalized medicine).**
- **Eis tot inzet ervaringsdeskundigheid *versus* gebrekkige financiering daarvan.**
- **Focus op abstracte doelen (productie) *versus* inhoudelijke doelen (incidentie / prevalentie).**

Maart 2015

BSL

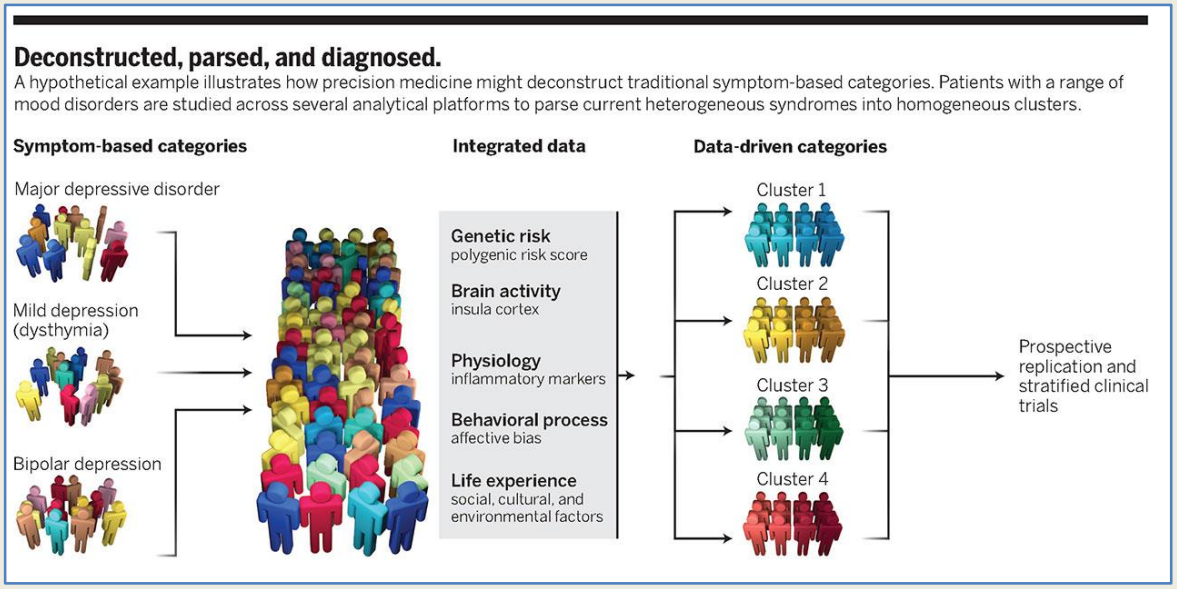


DEEL I

Gepersonaliseerde psychische gezondheidszorg

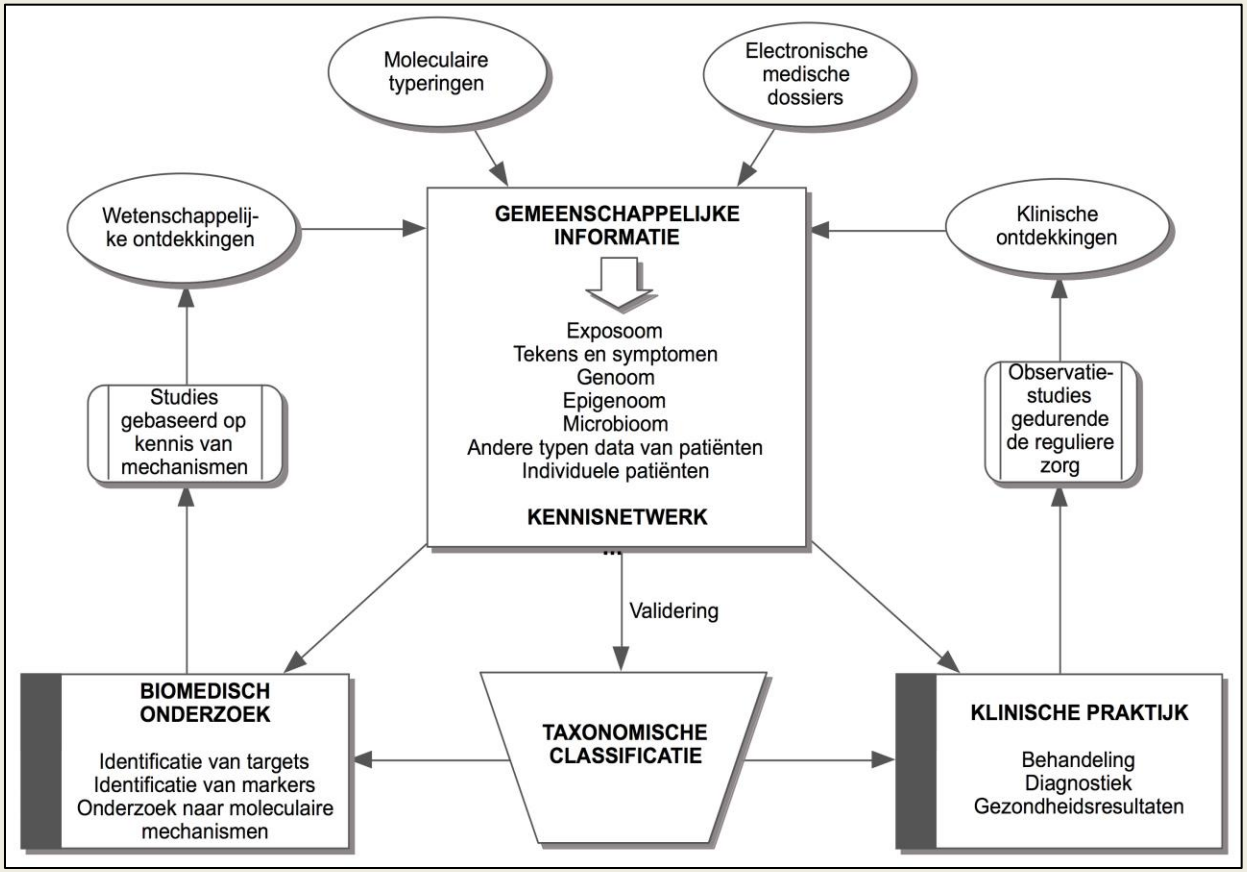
Precisie in de psychiatrie

In essentie: voorbij het symptoom kijken → integratie heel veel data → meer relevante clustering patiënten → beter voorspellen → preciezer handelen.



Thomas R. Insel & Bruce N. Cuthbert (2015). Brain disorders? Precisely. Precision medicine comes to psychiatry. *Science*, 384, 499-500.

Nieuwe taxonomie (valide categorieën) vergt groot kennisnetwerk én brug tussen onderzoek en praktijk

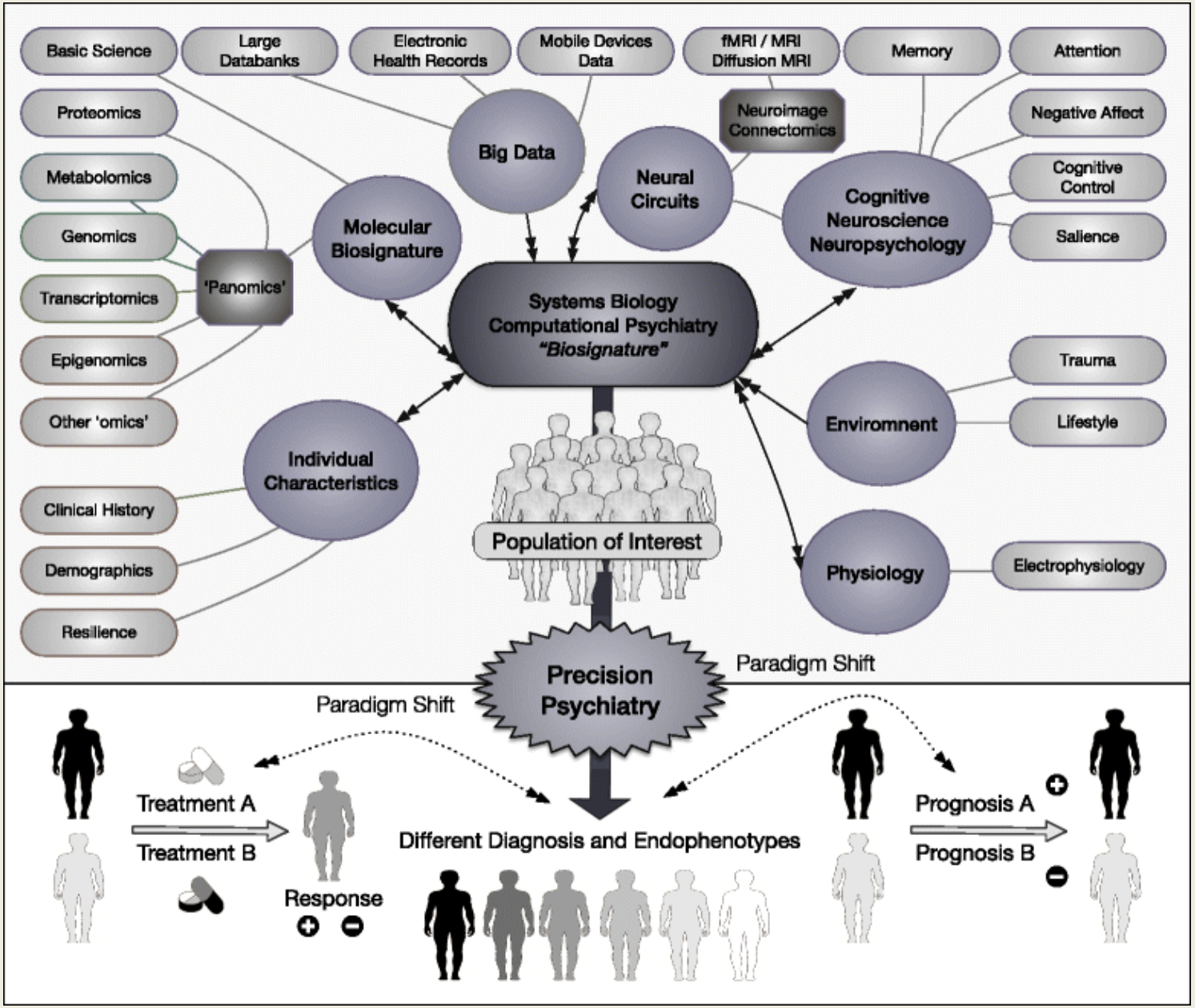


Structuurvoorstel National Research Council (VS)

Onderzoekscriteria (NIMH)

			UNITS OF ANALYSIS					
DOMAINS/CONSTRUCTS	**Genes**	**Molecules**	**Cells**	**Circuits**	**Physiology**	**Behavior**	**Self-Reports**	**Paradigms**
Negative Valence Systems								
Acute threat ("fear")								
Potential threat ("anxiety")								
Sustained threat								
Loss								
Frustrative nonreward								
Positive Valence Systems								
Approach motivation								
Initial responsiveness to reward								
Sustained responsiveness to reward								
Reward learning								
Habit								
Cognitive Systems								
Attention								
Perception								
Working memory								
Declarative memory								
Language behavior								
Cognitive (effortful) control								
Systems for Social Processes								
Affiliation/attachment								
Social communication								
Perception/understanding of self								
Perception/understanding of others								
Arousal/Modulatory Systems								
Arousal								
Biological rhythms								
Sleep-wake								

Structuur RDoC


Basic Science
Large Databanks
Electronic Health Records
Mobile Devices Data
fMRI / MRI Diffusion MRI
Memory
Attention
Proteomics
Big Data
Neuroimage Connectomics
Negative Affect
Metabolomics
Neural Circuits
Cognitive Control
Genomics
Molecular Biosignature
Cognitive Neuroscience Neuropsychology
Salience
'Panomics'
Transcriptomics
Systems Biology Computational Psychiatry "Biosignature"
Epigenomics
Trauma
Other 'omics'
Enviromnent
Lifestyle
Individual Characteristics
Clinical History
Population of Interest
Demographics
Physiology
Electrophysiology
Resilience
Precision Psychiatry
Paradigm Shift
Paradigm Shift
Treatment A
Treatment B
Response
Different Diagnosis and Endophenotypes
Prognosis A
Prognosis B

Focus op psychische gezondheid

- **Paradigmaverschuiving:**
  - **van ziekte naar (behoud van) gezondheid.**
- **Streven:**
  - **meetbare afname van incidentie en prevalentie van mensen met ernstige psychische aandoeningen.**
- **Naast meer preventief, eerder/vroeger (proactief) handelen, accuratere diagnostiek en prognoses, ook**
  - **preciezer handelen <= gepersonaliseerde psychische gezondheidszorg.**
- **Precisiepsychiatrie ontwikkelt alternatief voor:**
  - **one size fits all- & stepped-care-benadering.**

Vereisten (1)

1. Kunnen onderscheiden van subgroepen (=> het individu). Daardoor:

- **Betere match tussen individuele kenmerken en (geselecteerde of voorgestelde) interventie**
- **Gemiddeld betere behandelresultaten / afname van overbehandeling.**

2. Kennis onderliggende mechanismen en (bio <=> socio) markers. Daardoor:

- **Beter voorspellen bij wie wat, wanneer, hoe werkt.**

Vereisten (2)

3. Participatie patiënten en naasten is voor precisie in psychiatrie cruciaal. Hierdoor:

- **Meer kans tijdig / proactief handelen <= zorg is doelmatiger in beginstadia.**
- **Meer kans op preventie terugval / voorkomen resistentie.**

4. Naast doelmatiger inzetten bestaande repertoire aan interventies is innovatie vereist:

- **Ontwikkelen betere behandelmethoden,**
- **die nauwer aansluiten bij de individuele kenmerken (en wensen) patiënten.**

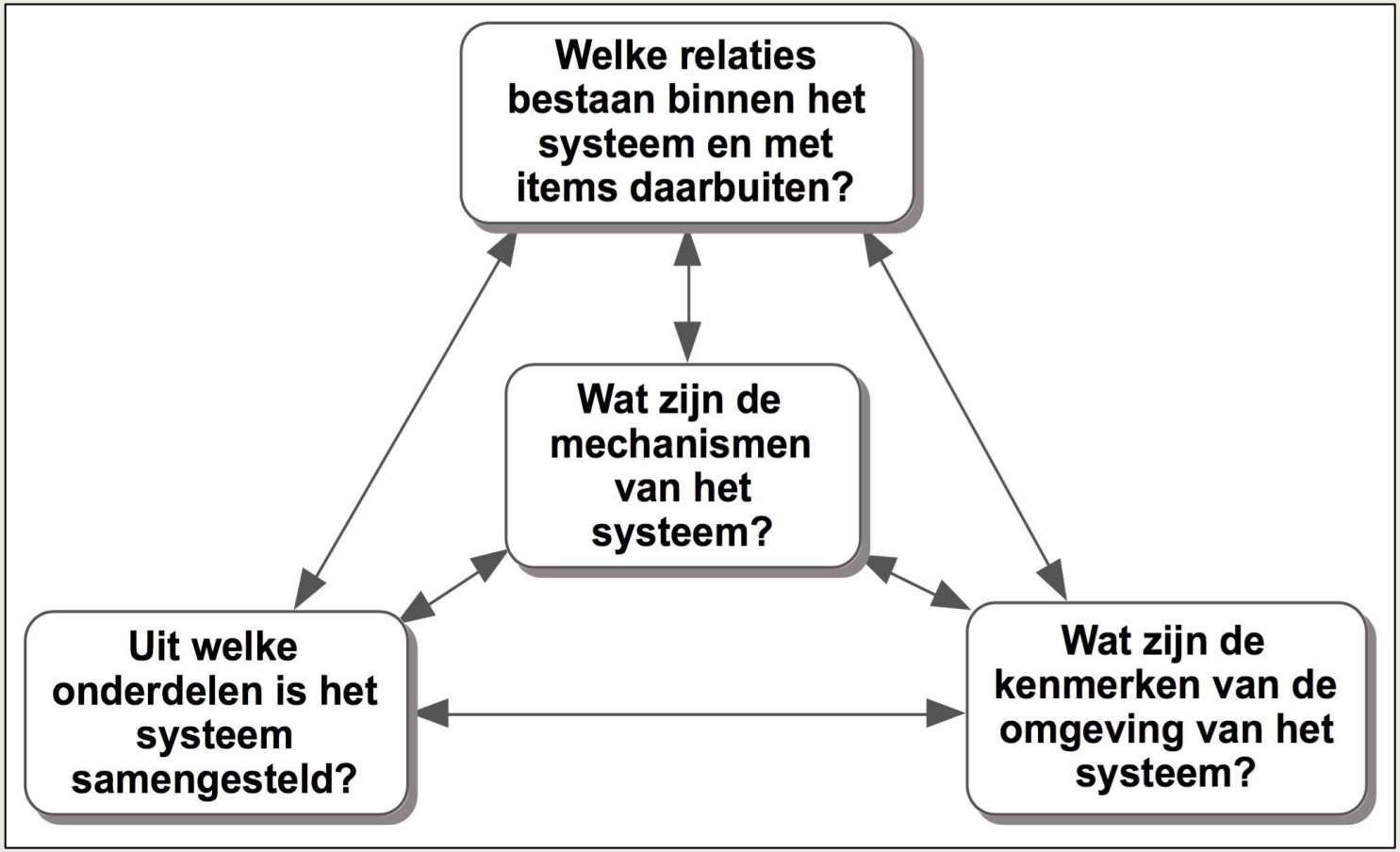
Vereisten (3)

5. Precisie in de psychiatrie vereist ook:

- **Ga na of bestaande zorgorganisatie nog voldoet of ook een differentiatie behoeft (idem m.b.t. zorgverleners).**

6. Creëer ruimte voor expertise van 'mensen met ervaring' in de onderzoeksprogrammering.

Vereisten (4)



Verricht een systeembenadering, op meerdere niveaus.

Nut van ‘transdiagnostisch’ kijken en handelen

De DSM-5

Wat wel:

- **Nog steeds gefocust op symptomen.**
- **Aandoeningen ± 'eindstadia' (voorstadia [stadiëring] missen].**

Wat niet:

- **Voldoende informatie over (objectieve) tekens <= precieze / accurate (bio- ⇔ socio-) markers.**
- **Kennis over mechanismen (en nauwelijks over psychische disfuncties).**
- **Behulpzaam voor diagnosiek / onderzoek => oplossing voor omgekeerd probleem.**
- **Idem: voor stellen prognoses.**
- **Klinisch relevant? Geen of nauwelijks aanwijzingen voor behandeling / preventie.**

Criteria transdiagnostische factoren

Harvey e.a. (2004):

- **Risicofactor => ontstaan / beloop psychische stoornis.**
- **Rol bij ontstaan comorbiditeit**
- **Verklaart chroniciteit verschillende stoornissen verklaart.**
- **Aangrijpingspunt voor reductie klachten.**

Voorbeelden (Van Heycop ten Dam e.a., 2014):

- **Verslavingsgedrag, eetstoornissen, slaapstoornissen, executieve functies, emotieregulatie, emotionele gewaarwording, perfectionisme, onzekerheid, dwangmatig gedrag, zelfbeeld, motieven psychisch lijden, mentaliseren, existentiële angst, zelfcompassie, leefstijl, welbevinden.**

Bij elkaar dus heel breed uitgewerkt.

Voordeel ‘transdiagnostische’ factoren

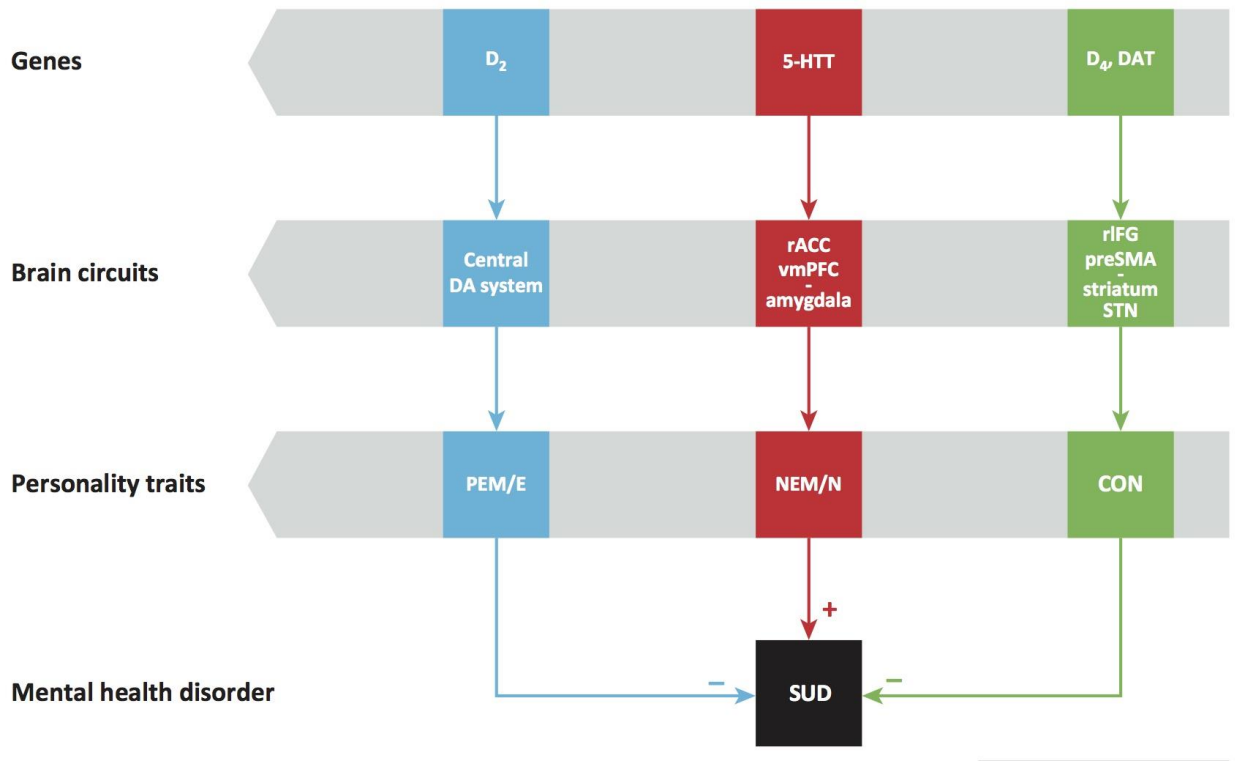
Fundamentele vragen blijven:

- **Wat is diagnostiek, wat is een symptoom & psychische stoornis, waarom < aandacht voor psychische disfuncties, hoe doe je onderzoek. Maar:**

Voordeel is verruiming van perspectieven =>

- **Aandacht voor dimensies, < afkappunten.**
- **Aandacht voor psychosociaal functioneren / welbevinden.**
- **Preciezere benadering van aangrijpingspunten tbv behandeling.**
- **Zicht op risico’s en ontstaan van prodromen / comorbiditeit.**
- **Concretere thema’s voor voorspellen / meten resultaten.**
- **Bijdrage aan zoektocht naar mechanismen.**
- **Mede hierdoor: kansen voor vroegtijdig handelen, preventie.**
- **Ook: preventie (psychische, somatische) comorbiditeit.**

Persoonlijkheidstrekken als endofenotypen verslaving



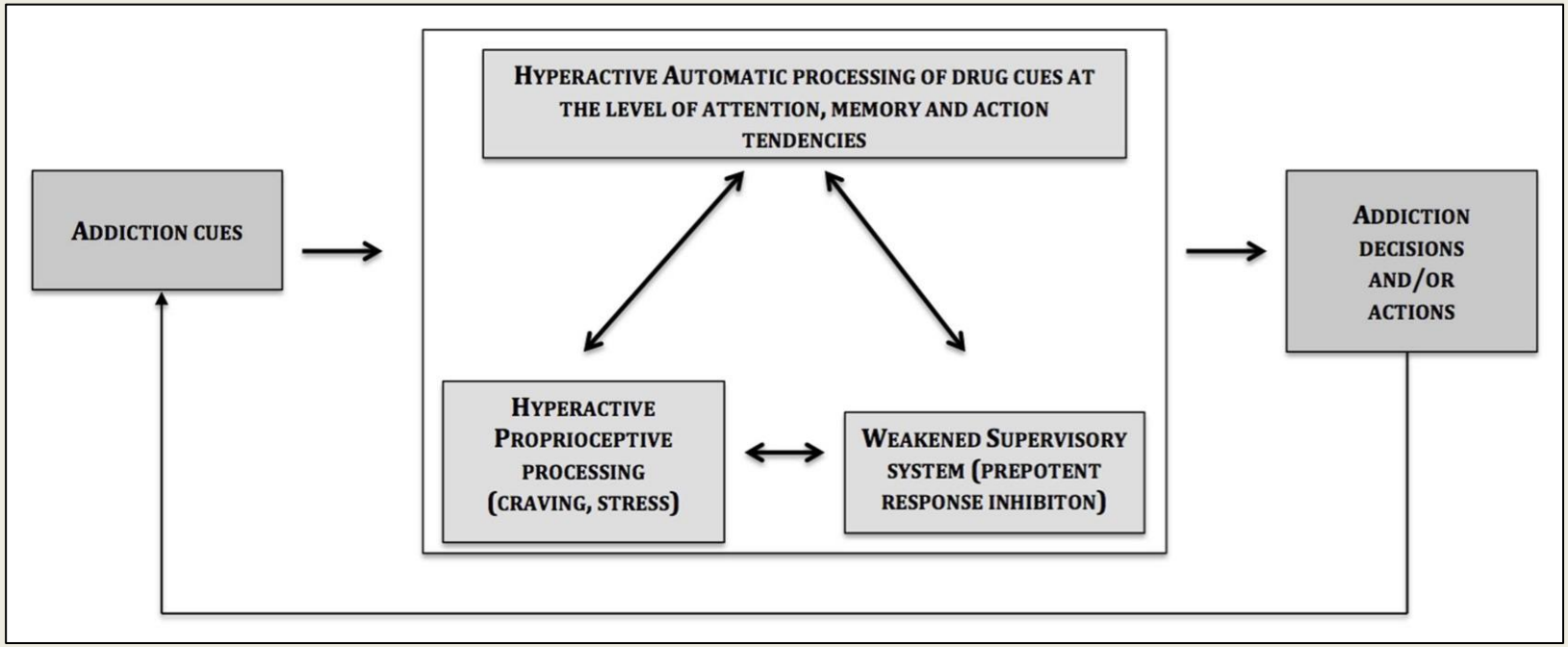
PEM/E = > + emotionaliteit /extraversie

NEM/N = > - emotionaliteit /neuroticisme

CON = > + controle

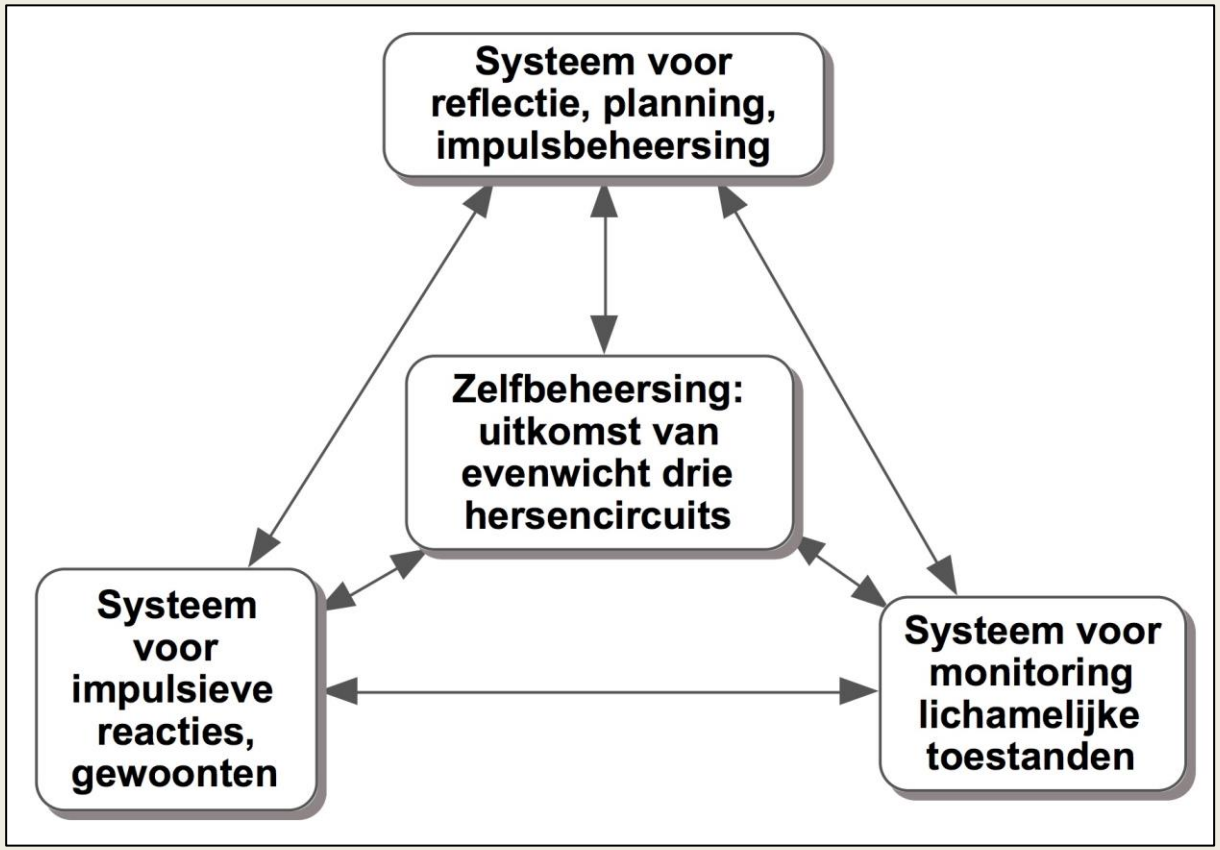
Bron: Belcher, A.M. et al (2014). Personality traits and vulnerability or resilience to substance use disorders. *Trends Cogn Sci.*, 18:211-7.

Neurocognitief model verslaving



Bron: Noël, X. et al. (2013). A triadic neurocognitive approach to addiction for clinical interventions. *Front Psychiatry*, 4:179.

Triadische benadering



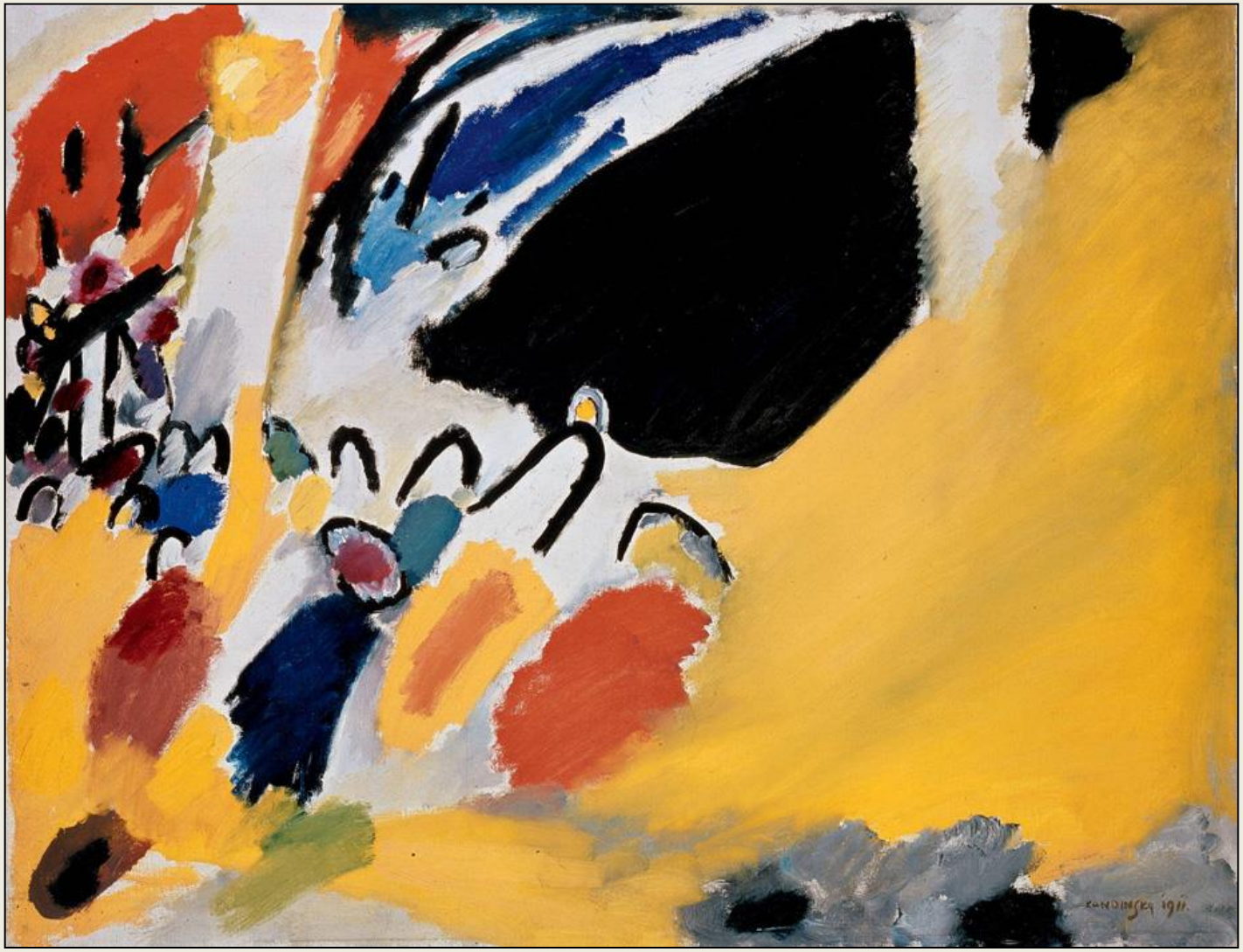
Interactie vmPFC, amygdala-striatum en insula voorspelt mogelijk welk type behandeling bij *deze* patiënt werkt.

Nadeel ‘transdiagnostische’ factoren

De term:

1. **Sterk gepositioneerd tegenover de DSM-5-categorieën, terwijl ‘DSM-diagnose’ niet bestaat;**
2. **Frequent gebruik woord ‘factor’ duidt veelal op conceptuele onrijpheid.**
3. **Zeer breed gedefinieerd => behoefte aan precisie / onderverdeling => ‘classificatie’.**

Overweging: aansluiting vinden bij RDoC (NIMH) of vergelijkbaar systeem.


KANDINSKY 1911.

DEEL II

Visie op de toekomst in 10 thema’s

1. HERSTEL GAAT IN VIEREN

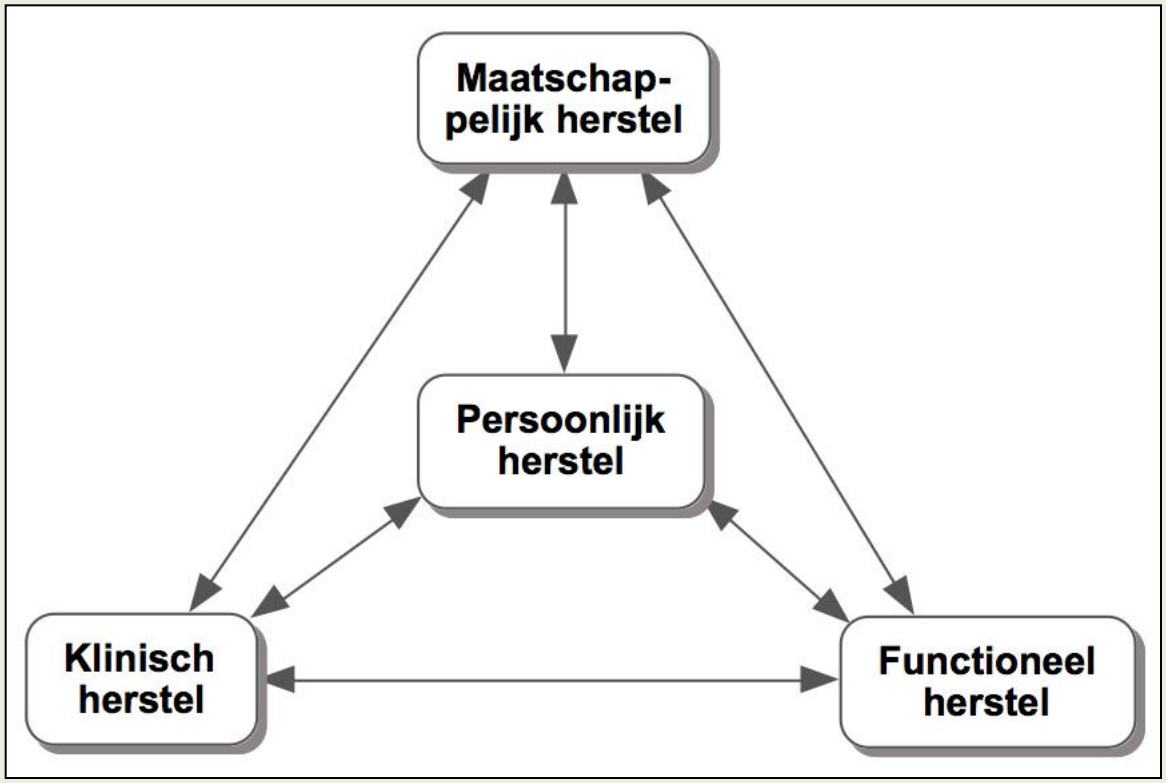
Herstel omvat vier componenten:

- **klinisch,**
- **functioneel,**
- **maatschappelijk en**
- **persoonlijk herstel.**

Aandacht voor alle vier aspecten is vereist voor bereiken ambitieuze doelstellingen. Overigens:

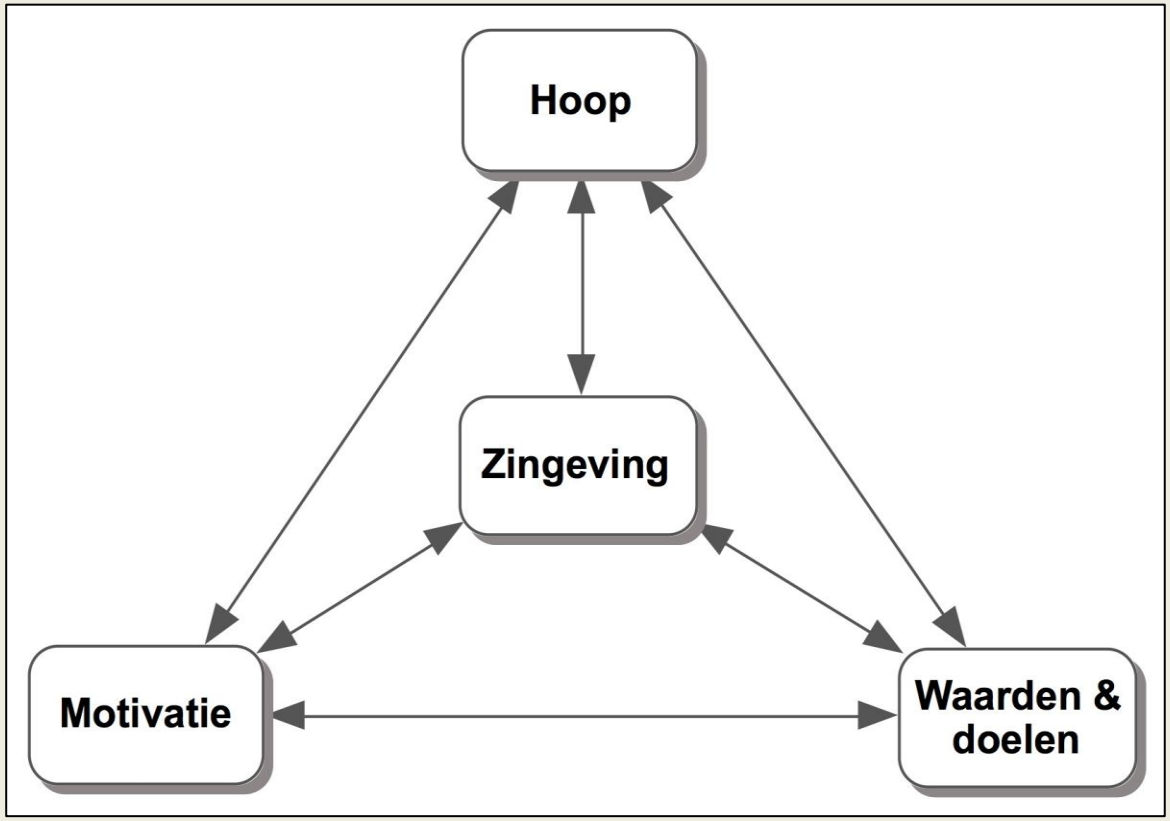
- **Niet elke organisatie of zorgverlener moet alles kunnen of doen.**
- **Maar samenhang en samenwerking is wel vereist.**

Vier aspecten van herstel



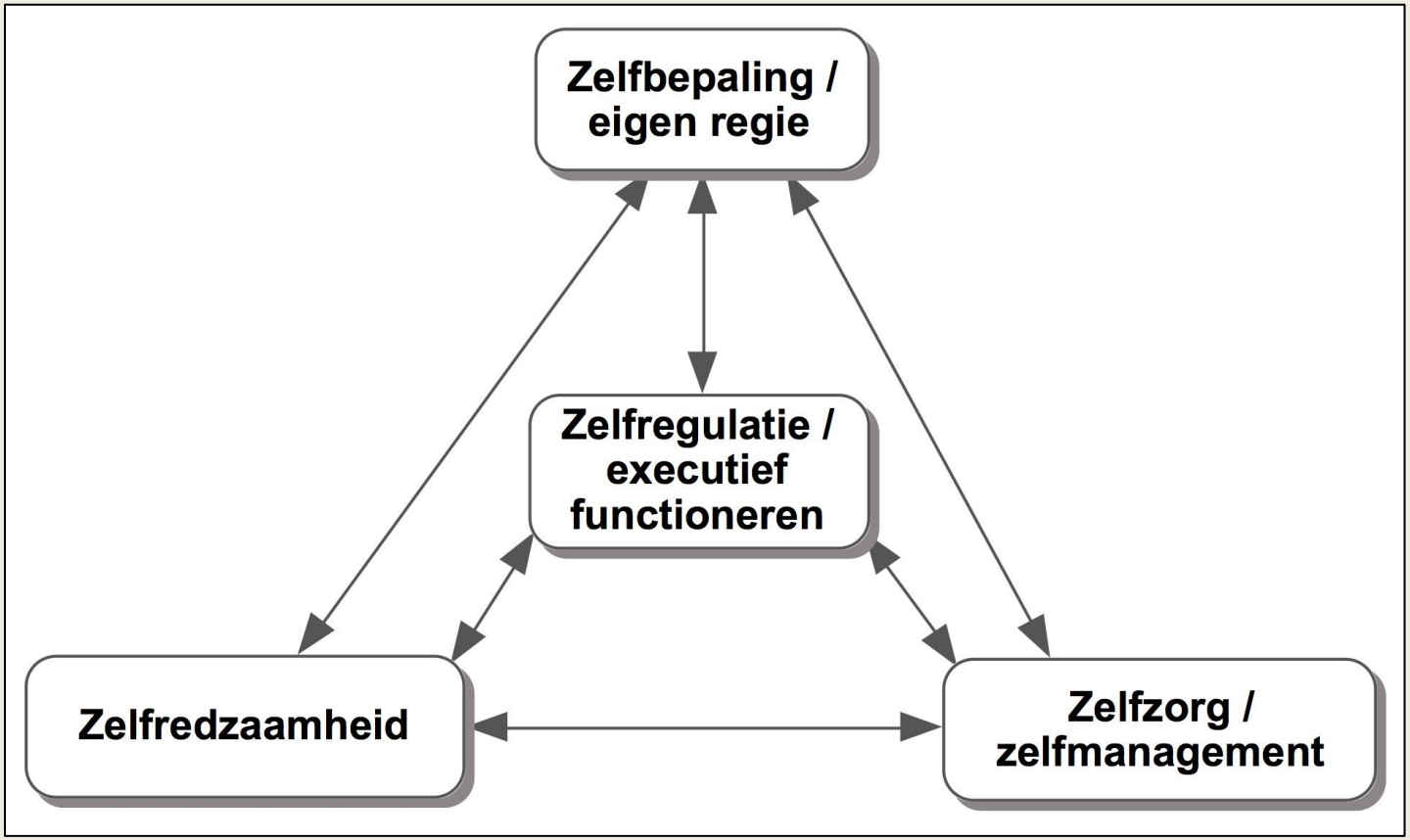
Wie wat, wanneer, hoe, wel of niet doet, is afhankelijk van specifieke problemen + wensen en behoeften betrokkenen.

Persoonlijk herstel



Kernbestanddelen persoonlijk herstel

Zelfregulatie centraal



Zelfregulatie als motor voor zelfbepaling, zelfzorg en zelfredzaamheid.

2. PREVENTIE KAN

Bij voorkeur voorkomen we ernstige problemen.

Gezien epidemiologische en interventiestudies:

- **Is / wordt ook in de psychiatrie mogelijk.**

Risicofactoren zijn deels beïnvloedbaar. Idem:

- **Omstandigheden waarin verhoogde kwetsbaarheid wel / niet tot expressie komt.**

Preventie kan vaak door niet-specialisten worden uitgevoerd:

- **Mits hiervoor voldoende toegerust.**

3. VROEGER IS BETER

Voorkomen (ernstige) problemen kan door:

- **Eerder signaleren.**
- **Als benodigde hulp beschikbaar is.**
- **Verhinderen ongunstig beloop door een tijdige interventie.**

Kansen op vroegtijdig handelen liggen in het bijzonder in de eerste decennia van het leven. Maar:

- **Ook later doen zich telkens gelegenheden voor.**
- **Vroegtijdig signaleren heeft slechts zin als koppeling tussen uitkomst en relevant handelingsperspectief.**

Verschuiven van focus

Meeste ernstige psychische aandoeningen zijn 'jeugdaandoeningen'. Verder:

- **Veel problemen zijn intergenerationeel.**
- **Vergen systemische benadering (jeugd + volw'n).**

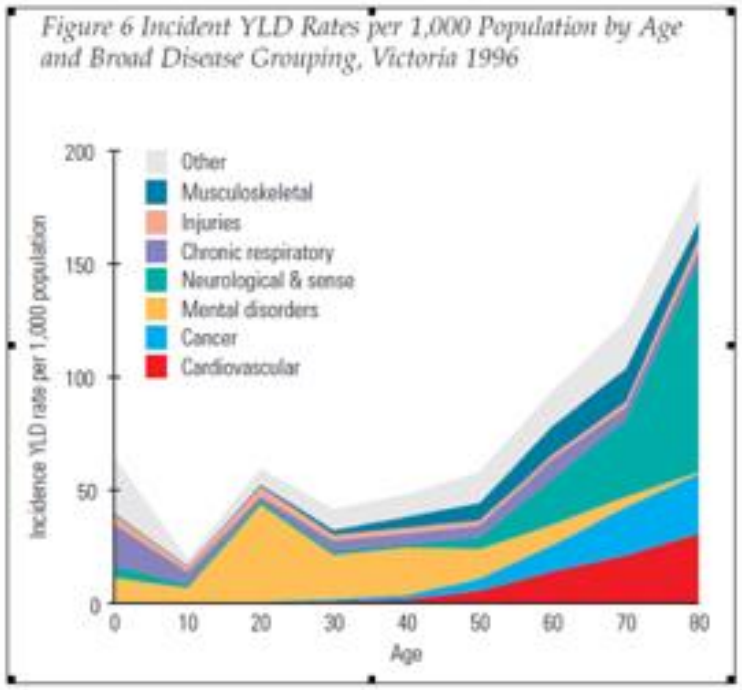
Ontstaan in periode 0-25 jaar, afhankelijk van type aandoening.

- **Leeftijdsgrens van 18 jaar is niet handig.**

Kennis groeit: vroegtijdig handelen en zelfs preventie liggen in het verschiet.

- **Impliceert: gezamenlijk plannen maken => kijken voorbij je taakopdracht; institutioneel ondernemen.**
- **Gemeenten kunnen voortouw nemen.**

VROEGER IS BETER



Figuur 1: De leeftijdsverdeling van incidente 'Years Lived with Disability' per 1000 mensen in de bevolking weergegeven in brede diagnostische categorieën.

Uit: Victoria Burden of Disease Study. Public Division Victorian Department of Human Services, Melbourne 1999.

4. FOCUS OP HET DAGELIJKS LEVEN

Centraal staat het zo goed mogelijk functioneren in de eigen leefomgeving / relevante contexten.

Bij voorkeur:

- **De zorg sluit daar praktisch op aan.**
- **Persoon en zijn/haar naasten zó ondersteunen dat dagelijkse routines bij ongewenste episodes behouden blijven.**

5. IEDEREEN IS ANDERS

Er zijn subtiele verschillen op alle niveaus van het individu en in zijn of haar sociale en fysieke omgeving.

Deze kunnen belangrijke effecten hebben op:

- **(Kans op) het ontstaan en beloop aandoening.**
- **Plus: werkzaamheid van (preventieve) interventie.**

Dit roept om:

- **Gestratificeerde (risicoprofielen) + gepersonaliseerde (precieze) psychiatrie.**
- **Innovatie: betere voorspellers en preciezere interventies.**

Kosten zorg en voor samenleving van psychische aandoeningen kunnen omlaag.

Individuele verschillen tellen

Er zijn enkele universele eigenschappen die gelden voor alle mensen, zoals (Deci & Ryan):

- **Behoefte => zelfbepaling / autonomie / zelfregulatie.**
- **Behoefte => sociale verbondenheid / sociale participatie.**
- **Behoefte jezelf te ontwikkelen => competenties.**

Wijze waarop dat gebeurt + resultaat is nooit hetzelfde.

Geldt ook voor psychische gezondheid / problemen =>

- **‘Evidence based’ werken (kennis over groepen) werkt slechts deels.**
- **Behoefte aan kennis en kunde => zorg op maat.**

6. FOCUS OP DIAGNOSTIEK

Klassering van aandoening in DSM-5-categorie is nog geen diagnostiek.

Vereist:

- **Goed opgeleide specialisten in onderzoek van kenmerken en achtergronden van de toestand van patiënten.**

Plus:

- **In staat bij patiënten stadium van aandoening(en) te bepalen (stadiëring).**
- **Profiel kunnen maken van belangrijkste aspecten van de aandoening(en) in (profilering).**

7. FOCUS OP PROGNOSES

Stellen van prognoses is het hart van de geneeskunde.

Behoefte patiënten en naasten:

- **Adequate en genuanceerde prognoses.**

Liefst gekoppeld aan vooruitzicht over handelingsopties.
D.w.z.:

- **Werkelijkheid van dít individu.**
- **Of en hoe de persoon kan herstellen.**
- **Wat hij of zij daarvoor zelf kan doen.**
- **Hoe anderen daaraan kunnen bijdragen.**

8. LEVENSLOOP IS LEIDEND

De ontwikkeling van mensen, en eventuele problemen die daarin kunnen ontstaan, is leidend voor de organisatie van de zorg.

- **Impliceert: radicale differentiatie in de arrangementen van zorg.**

Stappen:

- **Onderscheiden van subgroepen (in clusters).**
- **De patiënt werkelijk centraal stellen in manier van handelen.**
- **Rekening houden met ontwikkeling-specifieke kennis.**

Vereist: adequate en duurzame informatievoorziening.

9. WEES PROACTIEF

Ook al is er meer kennis en zijn er volop werkzame interventies, cruciaal is deze …

- **proactief,**
- **op het juiste moment,**
- **bij de juiste persoon (onder de aandacht) te brengen.**

Vereist:

- **Nieuwe werkwijzen.**
- **Attitudes.**
- **Andere organisatievormen van de psychische zorg.**

10. PARTICIPATIE IS VEREIST

Proactief handelen (zorgprofessionals) en actieve participatie (directbetrokkenen) versterken en veronderstellen elkaar.

Preventie en vroegtijdig handelen betekenis geven lukt als:

- **Bevolking en specifieke groepen daarbinnen bereid en in staat zijn hieraan mee te werken.**

Impliceert:

- **Betrekken van alle belanghebbenden bij beleids- en besluitvorming.**

Het einde