

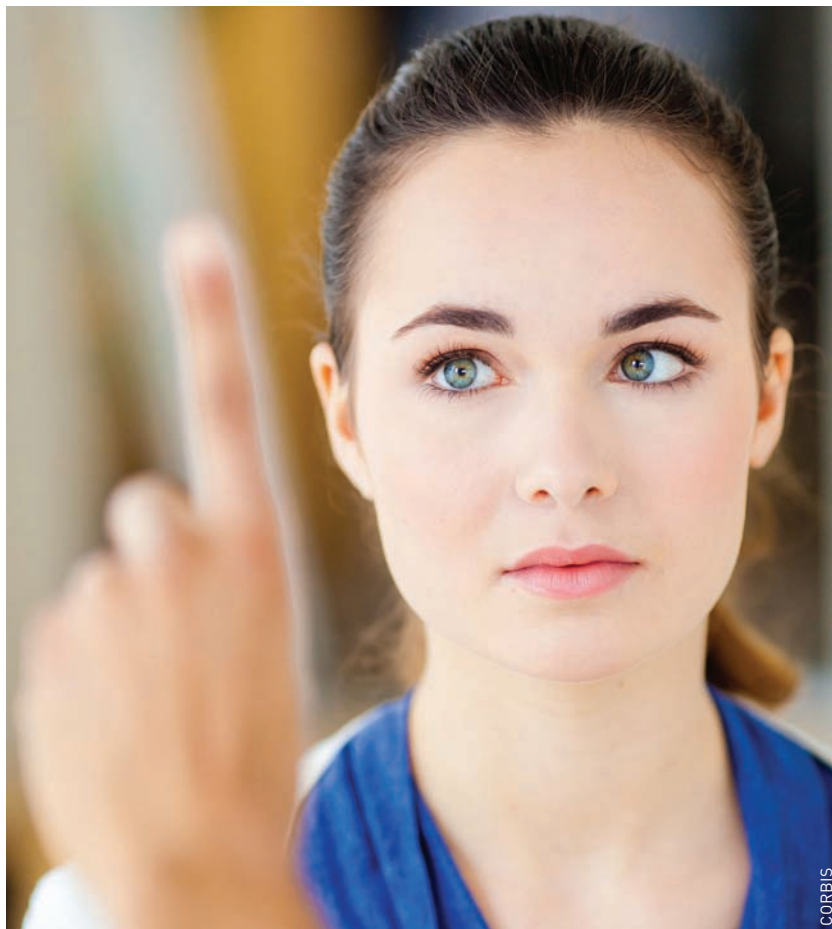
René Keet

psychiater GGZ Noord-Holland-Noord, namens de afdeling Ernstige Psychiatrische Aandoeningen van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)

SAMENWERKING MET GEMEENTE ONONTBEERLIJK

Werk aan de winkel in de langdurende psychiatrie

Was de langdurende psychiatrie in het verleden vooral gericht op stabiliseren en verzorgen van de patiënt, inmiddels ligt de focus op herstel. Niet alleen herstel van symptomen, maar ook van het maatschappelijk functioneren en van de eigen identiteit. Om dit te kunnen realiseren is de gemeente een belangrijke bondgenoot.



Steeds vaker worden trauma's ook behandeld met *eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR).

Binnen de langdurende psychiatrie heeft zich een stille revolutie afgespeeld. Tot het begin van deze eeuw was dit een verwaarloosd domein, aangeduid als chronische zorg. Voor de ambulante praktijk betekende dit vaak niet meer dan een psychiater en een verpleegkundige met te grote *caseloads* die zich van crisis naar crisis begaven. Het enige antwoord op een ernstige crisis was opname in een psychiatrisch ziekenhuis; aan behandeling anders dan medicatie kwamen nauwelijks toe. De academische psychiatrie hield zich hier weinig mee bezig. Het overheersende verklaringsmodel van schizofrenie was het handicapmodel, met de overtuiging dat stabilisatie het hoogst haalbare doel was. De eigen doelen van een patiënt speelden daarbij een minimale rol, de familie werd niet of nauwelijks betrokken.

F-ACT-teams

De praktijk anno nu is geheel anders. Ambulantisering en de-institutionalisering zijn sleutelwoorden van die verandering. Voor de ambulante behandeling van ernstige psychiatrische aandoeningen zijn er nu multidisciplinaire Flexible Assertive Community Treatment (F-ACT)-teams. In een F-ACT-team zetten tien tot vijftien professionals zich in voor het herstel van rond de tweehonderd patiënten. Deze teams integreren medische en sociale interventies en bestaan uit een psychiater, psycholoog, verpleegkundigen, ervaringsdeskundigen, een arbeidsdeskundige én verslavingsexperts. Ook dienen zich de eerste familie-ervaringsdeskundigen aan. Er is een schaal om de modeltrouw te meten van deze teams, en op dit moment zijn er ruim tweehonderd gecertificeerde F-ACT-teams. Interessant is dat deze beweging bottom-up is ontstaan in de praktijk van de ggz. Het is inmiddels ook een exportproduct geworden, met F-ACT-teams in onder andere Engeland, Australië, Hongkong, Zweden, Bonaire en Canada. Er is sinds kort ook belangstelling in Oost-Europa; in 2015 startten in Moldavië vier F-ACT-teams.

Herstel

Het F-ACT-model heeft anno 2016 grote betekenis als organisatiemodel voor de behandeling, zorg en herstel van mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen. Voor deze groep patiënten is het doel – zoals geformuleerd in het rapport ‘Over de brug’ – om met de patiënt te werken aan een derde méér herstel. Het gaat daarbij niet alleen om herstel van symptomen (remissie), maar evenzeer om het herstel van het maatschappelijk functioneren (functionele remissie) en belangrijker nog, herstel van de eigen identiteit. De behandeling richt zich daarom op drie domeinen:

- optimale curatieve behandeling;
- bevorderen van (autonome) participatie op het gebied van wonen, werken en vrije tijd en bevordering van bevredigende sociale contacten;
- realisatie van persoonlijk herstel, de mogelijkheid van het individu om de eigen doelen in het leven te realiseren.

Definitie

Het begrip ernstige psychiatrische aandoeningen speelt bij deze ontwikkeling een belangrijke rol. De definitie hiervan is gebaseerd op de zorgbehoefte en niet op de diagnose. Het gaat om de combinatie van ernstige psychopathologie, met langdurige beperkingen, meerdere zorgbehoeften en de noodzaak om behandeling en ondersteuning op meerdere levensdomeinen op elkaar af te stemmen. De prevalentie in Nederland is 1,3 procent van de totale bevolking (216.000). De term wordt door sommigen begrijpelijkerwijs als stigmatiserend beschouwd. De uiteindelijke ambitie is dan ook dat we niet meer hoeven te spreken over ernstige psychiatrische aandoeningen. Dit kan pas wanneer de maatschappij zo inclusief is geworden, dat er geen doelgroepen meer omschreven hoeven worden om te voorkomen dat mensen met reële en ernstige zorgbehoeften tussen wal en schip vallen. Voorlopig is dat een brug te ver.

Behandeling

Naast de gebruikelijke medicamenteuze behandelingen is er de laatste jaren een

snelle toename in additionele mogelijkheden om patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen te behandelen en te begeleiden. Voorbeelden hiervan zijn de behandeling van trauma met *eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR) en/of cognitieve gedragstherapie bij patiënten met psychotische stoornissen, de geïntegreerde behandeling van verslaving in combinatie met andere psychiatrische aandoeningen, het actief begeleiden naar betaald werk: individuele plaatsing en steun (IPS) en interventies gericht op persoonlijk herstel. De psychiatrie loopt voorop in de integratie van het medische en sociale domein en andere disciplines kunnen daarvan leren bij de behandeling van ‘langdurende of chronische’ ziekten.

Integratie is daarmee het sleutelwoord bij de ontwikkelingen in de langdurende psychiatrie. Allereerst natuurlijk van de patiënt in de maatschappij, daarnaast gaat het om integratie tussen cure en care, herstel en behandeling, psychiatrie en de verstandelijkgehandicaptensector, ggz en sociale partners. De ggz kent nu twee parallelle systemen: F-ACT-teams en diagnosespecifieke teams, bijvoorbeeld teams die zich geheel toeleggen op de behandeling van verslaving, depressie, autisme of persoonlijkheidsstoornissen. De praktijk van ernstige psychiatrische aandoeningen is echter dat comorbiditeit de regel is. Een volgende logische stap is daarom de integratie van deze twee organisatiemodellen met als doel: een wijkgerichte én specialistische geïntegreerde behandeling.

Somatische zorg

Patiënten met ernstige psychische aandoeningen hebben een sterk verkorte levensverwachting; schattingen lopen uiteen van 15 tot 25 jaar. De hoofdoorzaak is een relatief hoge cardiovasculaire mortaliteit door de combinatie van een ongezonde leefstijl, bijwerkingen van medicatie en een genetische kwetsbaarheid. De somatische zorg voor patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen is minder effectief, ook voor aandoeningen die niet met de ziekte of medicatie

samenhangen. Stigma door somatische hulpverleners en zelfstigma dragen bij aan een minder effectieve diagnostiek en onderbehandeling. De somatische behandeling van deze patiënten vraagt om een actieve, assertieve aanpak: het screenen op somatische symptomen en een goede samenwerking met huisarts, internist, neuroloog en andere medisch specialisten. In de praktijk van veel F-ACT-teams is een jaarlijkse metabole screening al een vanzelfsprekend onderdeel van het behandelaanbod.

Gemeentepolitiek

Kortom, anno 2016 bruist de langdurende psychiatrie. Er is daarbij nog wel veel werk aan de winkel. Dit geldt allereerst voor de samenwerking met de gemeente, een belangrijke bondgenoot. De bezuiniging van 25 procent waarmee de transitie van de zorg naar de gemeenten gepaard ging, zet deze prille samenwerking echter onder druk en vraagt dat wij slim gebruikmaken van elkaars expertise. Het creëert wel een afhankelijkheid van gemeentepolitiek en -financiën bij het werken aan herstel op de sociale domeinen werk, wonen en dagbesteding. Daarnaast is er werk te doen in de relatie met politie en justitie. Er zijn mooie lokale initiatieven, die momenteel worden overschaduwd door het mediadebat over wie verantwoordelijk is voor verwarde burgers. Veel werk is te doen in de organisatie van de zorg. Ggz en huisarts opereren nog onvoldoende als bondgenoten. De ggz blijft voor veel huisartsen een moeilijk te doorgronden bolwerk. De ambulantisering dient verder niet alleen beleden maar ook echt doorgevoerd te worden. De bedden die in de psychiatrische ziekenhuizen zijn afgebouwd, werden tot twee jaar geleden op andere plekken weer opgebouwd (verslavingszorg, beschermde woonvormen). Voor de verslavingszorg bestaan aparte organisaties, een fenomeen dat de notie versterkt dat verslaving niet tot het kerndomein van de psychiatrie behoort. Wellicht is er nog het meeste werk aan de winkel op het domein betaald werk zelf. De afstand tot de arbeidsmarkt is voor geen enkele groep zo groot als voor die met ernstige psychiatrische aandoeningen.

Samenwerken

De belangrijkste brug in de langdurende psychiatrie is die tussen de professional, patiënt en naasten. Dit vraagt ons om afscheid te nemen van een paternalistische invulling van ons vak. Het is daarbij van belang te beseffen dat stigma niet alleen een fenomeen is van de boze buitenwereld, maar ook van de ggz zelf. Daarom vraagt de langdurende psychiatrie om een aanpak die begint en eindigt bij de doelen van de patiënt, en die de familie en andere naastbetrokkenen daarbij betreft als bondgenoot en partner. ■

contact

r.keet@ggz-nhn.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

web

Zie voor de referenties en voor relevante websites dit artikel op medischcontact.nl

OPGELUCHT

Terwijl ik een implantatiestaafje na vijf jaar uit de arm van een Ethiopische jongedame haal, voel ik tot mijn verbazing dat er naast de eerste staaf nog een tweede is ingebracht. 'Zo word je zeker niet zwanger', gaat er door mijn hoofd. Terwijl ik mijn tweede incisie maak, draait mevrouw met haar ogen weg. Ik ga door met mijn ingreep, want het blijkt niet zo'n gemakkelijke klus als ik aanvankelijk dacht.

Na wat bloed, zweet en wroeten trek ik het tweede staafje eruit. Ik vraag de assistente mevrouw te verbinden. Patiënte reageert echter niet op ons aanspreken...

Ook de tolk Amharisch maakt geen verschil en mijn overwinningsgevoel van het verwijderen van twee staafjes die te lang aanwezig en dus vergroeid zijn, is van korte duur. Ik ga ervan uit dat hier sprake is van een vasovagale collaps. Pijnprikkels werken niet. De assistente besluit wat alcohol voor haar neus te zwaaien, maar geen reactie. Ik roep de verpleegkundige erbij; wellicht dat zij wat cultureel sensitieve interventies uit haar hoge hoed kan toveren?

Ondertussen zoek ik in het dossier naar een verklaring voor dit gedrag. Opgelucht lees ik: PTSS. Ik concludeer dat hier sprake is van dissociatieve symptomatologie en laat patiënte op de bank liggen.

Na anderhalf uur krijg ik een belletje van de verpleegkundige: mevrouw is weer bij.