

Congres Kenniscentrum Phrenos: 'Psychose in perspectief', Zwolle 8 december 2016

Laat ik net als de meeste sprekers op deze dag zelf ook beginnen met een 'disclosure'. Ik beken te zijn een fan van Phrenos vanwege zijn brede gerichtheid op interessante praktijken in binnen- en buitenland met een niet aflatende oriëntatie op vernieuwing. De aanwezigen hebben het gevoel 'the state of the art' van de onderscheiden onderwerpen, te krijgen voorgeschoteld. In de goed gevulde Buitensociëteit werd weer een geslaagde proeve afgeleverd.

De diverse perspectieven die geschetst werden hadden veelal een 'wenkende' signatuur met een hoog realiteitsgehalte, want de nieuwe praktijken en instrumenten zijn er al of zouden zó toegepast kunnen worden. Bijna alle presentaties zijn te vinden op de website van Phrenos vanaf 14 december.

De aftrap werd gegeven door Carl Verheijen, ex topschaatser, nu huisarts en vanaf januari aanstaande operationeel directeur van het Institute for Positive Health/Huis voor de gezondheid in Amersfoort. Spreker inspireerde de aanwezigen door te laten zien dat de positieve insteek van het hersteldenken in de GGZ zich heel goed ook laat toepassen in de eerstelijnsgezondheidszorg. Hij schetste hoe IPH het gedachtegoed van Machteld Huber wil vertalen naar een dynamische eerstelijnszorg waarbij de zorg voor patiënten doordeesemd is met aandacht voor maatschappelijk meedoen, zingeving, veerkracht, levensloop en leefstijl. Men raadplege hiertoe: www.ipositivehealth.com. Een bijbehorend instrumentarium is in ontwikkeling en richt zich met name op bruikbare tools/apps. Er valt over te lezen op de site www.mijnpositievegezondheid.nl

De vernieuwing van de zorg en attitude in de eerste lijn vergt, zo benadrukt Verheijen, een kanteling, een paradigmaverschuiving richting een proactief preventiebeleid waarbij van 'de verzekeraar' wordt gevraagd een langetermijnperspectief te hanteren en de zorgfinanciering anders in te richten. "Laten we samen met de verzekeraar overgaan van een controlemodel naar een adaptatiemodel en uitgaan van de beleefde werkelijkheid in plaats van een vanaf de tekentafel ontworpen geclassificeerde werkelijkheid", riep hij de aanwezigen op.

Therese van Amelsvoort vraagt als transitiepsychiater vervolgens aandacht voor de onwenselijke maar al te reële kloof tussen de jeugdzorg tot het 18^e levensjaar en de dan verplichte overgang naar de volwassenenzorg. De 18-jarige wordt maatschappelijk en formeel meerderjarig en volwassen verklaard op een moment dat deze lichamelijk, intellectueel en sociaal-emotioneel nog volop in ontwikkeling is, want dat loopt gemiddeld nog door tot circa 25 jaar. Die kloof moet op een goede manier worden overbrugd en dat is nu nog lang niet het geval.

Van Amelsvoort spreekt in deze van jeugdzorg en volwassenenzorg als twee verschillende planeten. Daardoor is bij de organisatorische overgang de voortgang niet goed te monitoren, wordt deze niet goed uitgevoerd en ontstaan problemen met de planning. Het institutionele systeem is het zwakst waar het juist het sterkste zou moeten zijn.

Dat het een serieus probleem is wijzen de cijfers uit. Bij jongeren tussen de 15 en 25 is *suicide doodsoorzaak nummer één en het is ook de periode waarin psychoses zich voor het eerst en voor velen niet voor het laatst voordoen. Driekwart van de psychische stoornissen manifesteert zich voor het 25^e levensjaar. Daar komt bij dat jongeren niet snel hulp vragen en zich meer laten leiden door leeftijdsgenoten dan door hun ouders.*

Dit alles maakt het van uitermate groot belang in te zetten op preventie en beleid gericht op vroegtijdige interventie. Waarbij we moeten beseffen dat de helft van de jongeren in de ggz in de vroege jeugd een trauma, bijvoorbeeld als gevolg van seksueel misbruik, heeft opgelopen.

Van Amelsvoort roept op tot het opstellen van een Actieplan voor zorg aan 12 tot 25 jarigen zonder het schot dat nu bij 18 jaar wordt opgeworpen!! En, benadrukt zij: "Het op deze wijze anders inrichten van de zorg hoeft geen cent extra te kosten"!

Spreekster wijst op de site www.opeigenbenen.nu dat ook vanuit de somatische hoek functioneel kan zijn om te raadplegen en vermeldt dat de Engelse transitierichtlijnen somatiek en ggz integreren.

Ze wijst op een mooi Australisch voorbeeld naar een idee van Patrick McGorry: 100 vestigingen met de naam Headspace Centre die zich als een 'pre-ggz volledig richten op preventie' met een multidisciplinaire aanpak en screeningsmethoden om daadwerkelijk beroep op de ggz te voorkomen. Uitgangspunt: "Praat niet over cliënten, maar met cliënten". Headspace start nu in Nederland met twee pilots in Maastricht en in Amsterdam. De gemeente is hierbij betrokken en de kosten voor de pilot -getypeerd als 'scharrelruimte'- worden gefourneerd door het Innovatiefonds van de Zorgverzekeraars (<http://www.innovatiefondszorgverzekeraars.nl/databank-zorginnovatie-projecten/projecten-lopend-jaar/1398-verbeterde-aanpak-psychische-problemen-bij-jongeren-300-000>).

De derde spreker voor de pauze is Ralph Kupka die het publiek een mooi historisch overzicht presenteert van de tijd vóór 1960 toen de ggz het nog zonder medicatie moest stellen en zijn houding ten aanzien van psychosen maatschappelijk moest bepalen. Hij ging in op de communicatie met mensen die in een vitale manie verkeren en geen last van ziekte-inzicht hebben; dat is niet eenvoudig en *je kunt dan maar beter vertrouwen op hetgeen vanuit de partner of andere naastbetrokkene over de patiënt wordt meegedeeld. Daarbij is het Kupka wel opgevallen dat diegene die dezelfde ervaringen delen met de persoon in een acute manie of met stemmingsstoornissen er makkelijker in slagen wezenlijk contact te leggen.* Of psychotherapie zou kunnen helpen in geval van manie, bleef een open vraag.

Spreker kondigt de zorgstandaard Bipolaire Stoornis aan, maar daar zal nog werk gemaakt moeten worden van de relatie, verbinding met de zorgstandaard inzake Psychotische Stoornissen.

Workshop Peer Supported Open Dialogue

Dienke Boertien, Bob Monter, Tom van Wel en Dirk Corstens maakten deel uit van een gezelschap dat begin dit jaar twee dagen Engeland bezocht om zich te oriënteren inzake deze Engelse variant op de originele versie van Open Dialogue(OD) die in Lapland met veel succes en wereldwijde aandacht wordt toegepast door 'auctor intellectualis' Seikkula en de zijnen. Open Dialogue is een sociale netwerkbenadering. De grootte van het sociale netwerk wordt bepaald door diegenen die hulp vragen. Dat kan alleen familie zijn, maar ook hulpverleners, burens, leerkrachten. De Engelse variant bestaat eruit dat met nadruk peerworkers, ervaringsdeskundigen, worden betrokken in de behandeling bij deze aparte vorm van ambulante crisiszorg waarbij ook peer support groepennadrukkelijk ingezet kunnen worden. Lapland doet dat niet, omdat het fenomeen van ervaringswerkers daar nog onbekend is.

Sprekers lichtten POD toe, als een nieuwe loot aan de stam van HerstelOndersteunende Zorg (HOZ) en die behelst een hele andere manier van werken en betekenis geven. Daarover is de Phrenos-site na te pluizen en zeker de site www.herstelondersteuning.nl.

De crisis van cliënt wordt niet benaderd als een individueel probleem, maar als een probleem voortkomend uit sociale interactie.

Veelbelovende resultaten van OD bij mensen met een eerste psychose zijn o.a. minder voorschrijven van medicatie, minder restsymptomen, veel mensen weer aan het werk, (zelf)stigmatisering vermindert, meer vertrouwen in de ggz.

Onderliggende principes: bij crisis onmiddellijke hulp en een team beschikbaar binnen 24 uur; er wordt gesproken met diegenen die in crisis zijn en hun sociaal netwerk; vanaf eerste contact wordt door hetzelfde team verantwoordelijkheid genomen voor het gehele proces; flexibel zijn inzake plaats en tijd; psychologische continuïteit ook bij terugval; acceptatie van onzekerheden en het niet-weten; gericht op het versterken van de dialoog binnen het sociale netwerk; reflecterende opmerkingen van het behandelend team.

De professionals, altijd minstens twee personen, vormen een 'reflecting team' dat open vragen stelt, het gesprek bevordert, maar geen advies geeft noch interventies pleegt. Daarmee wijkt het af van de systeemtherapeutische benadering. Het gaat erom met de aanwezigen een 'polyfonie' te ontwikkelen een meerstemmig verhaal voortkomend uit het netwerk onderling, niet gericht op consensus maar op het ontwikkelen van een nieuwe en eigen taal voor datgene – bijvoorbeeld de psychose – dat zo moeilijk is te vatten.

In het Engelse model wordt de hulpverleners ook geleerd mindfulness op zichzelf toe te passen, juist om niet teveel gevangen te worden in interpretaties, maar vanuit een bewuste positie het gesprek binnen het netwerk te kunnen ondersteunen en vooral gevoelsreflecties te geven.

OD is zich internationaal aan het verbreiden: bij acute teams in Zweden en Denemarken, een opleidingsinstituut is begonnen in de VS, Duitsland werkt met OD in 'hometreatment programs' en in Engeland wordt er onder bezielende leiding van Russell Razzaque (google hem!) op zes locaties gewerkt met POD in afstemming met grondlegger Seikkula.

Er werd afgesloten met het citaat: "Nothing about us, without us" en "betracht openheid". Dat wil zeggen alle samenspraak ook tussen professionals vindt plaats in aanwezigheid van cliënt en netwerk en daar buiten niet, dus ook niet door hulpverleners onderling. De Peersupported OD veronderstelt een oordeelloos kunnen omarmen van wat zich aandient. "It is simple, but not easy".

Vier organisaties sturen teams naar de opleiding in Engeland in het kader van de Werkplaats HOZ (zie www.herstelondersteuning.nl) die uiteindelijk aan de slag zullen gaan met Open Dialogue: Altrecht/Lister, GGZ Eindhoven en MetGGZ.

De pauze werd opgeluisterd door een mooi optreden van het duo 'Hou me los' die een selectie presenteerde uit haar theaterprogramma waar gevoelens en beleving van de naaste op indringende wijze aan bod komen.

Workshop Remco de Winter: Wat te doen bij suïcidaal gedrag bij een psychotische aandoening?

Er is inzake suïcide geen goed voorspellingsinstrument. De richtlijnen wijzen op het belang van contact maken. Het zgn. Case interview (Chronical Assessment of Suicidal Episodes) is een goede methode om de geschiedenis van de cliënt in kaart te brengen. Clozapine is in deze een bruikbaar middel, omdat het werkt op de depressie, maar activering en psychosociale interventies kunnen ook van nut zijn. Er is eigenlijk betrekkelijk weinig literatuur dat een handvat bieden kan. *CAMS (Collaborative Assessment and Management of Suicide) is verschenen als een nieuw instrument dat effectiviteit belooft. Het is in Denemarken inmiddels 'de gouden standaard', nu is de introductie in Nederland aan de orde met behulp van de vertaling in het Nederlands. De Winter noemt hier: www.empathosresources.com. Deze site brengt CAMS in beeld en heeft als kern het versterken van suïcidepreventie door onderwijs/opvoeding. De missie is: professionals beter bewerktuigen, opdat de risicogroep betere vooruitzichten verkrijgt. Inhoudelijk idee van CAMS is suïcidaal gedrag net zo benaderen als mensen worden benaderd die een dubbele diagnose hebben. M.a.w. de onderliggende psychopathologie en het suïcidaal gedrag worden integraal benaderd waarbij de cliënt als medeauteur wordt beschouwd. Patiënt moet wel samenwerking willen aangaan over een periode van minstens 3 maanden.*

Aspecten van de behandeling op basis CAMS: behandeling heeft een duidelijk begin, gebruikte structurende vragenlijst Suïcide Status Formulier-SSF), Behandelplan en Stabilisatieplan worden bij eerste sessies opgesteld, gerichtheid op het wegnemen lethale methoden (mes, pillenvoorraad), verbeteren compliance. Iedere vorm van suïcidaal gedrag wordt inclusief benaderd het gaat erom net als de huidige richtlijnen aanwijzen om in contact te komen. De redenen om te leven en om dood te gaan worden beide geïventariseerd. Tijd als factor is belangrijk en opmerkelijk: ook leken zouden kunnen werken met deze CAMS, aldus De Winter. Waarna de sessie eindigt met een invuloefening van de lijst.

Vervolgens wordt het tweede deel van de middag zeer gevarieerd plenair afgesloten.

Nynke Boonstra introduceert de aanstaande Zorgstandaard Psychotische Stoornissen bij de zaal. Het is één van de 18 zorgstandaards die naast 24 generieke modules per 1 januari as. beschikbaar komen.

De onderhavige standaard is een update van de multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie gecombineerd met de nieuwe module Vroege psychose.

De standaard is goed leesbaar en etaleert een nieuwe visie op gezondheid met een duidelijke focus op herstel en samenwerking met cliënt en naaste, aldus Boonstra. Psycho-educatie is altijd aanbevolen, WRAP en lotgenotencontact worden in de standaard nadrukkelijk als mogelijke opties opgevoerd.

Dan worden een moeder en zoon geïnterviewd over hun bijzondere relatie. Met behulp van het PGB heeft moeder met succes een eigen vorm van mantelzorg voor 3 zonen en andere kwetsbare generatiegenoten gerealiseerd in het belendende huis, waarbij zelfs een vorm van crisisopvang onderdeel uitmaakt. Er is samenwerking met de reguliere hulpverlening, met Ypsilon en de triadekaart wordt gebruikt. Ook hier is sprake van last met de kloof tussen jeugd- en volwassenenzorg. Uit de zaal wordt gemeld dat in het Zeeuwse een vergelijkbaar project door ouders van de grond getrokken is.

Dan is het voor dagvoorzitter en voorzitter van de posterjury Marieke Pijnenburg tijd om de prijzen uit te reiken zowel voor posters op wetenschappelijke basis als die gericht op innovatie. Deze zijn stuk voor stuk interessant en waard om te bestuderen. En dat kan want ze zijn geplaatst op de Phrenos site!!!

De wetenschappelijke posterprijs werd gewonnen door promovendus Jeroen Deenink waarin een gestructureerde aanpak voor succesvolle leefstijlinterventies wordt geschetst op basis van uitgevoerd onderzoek. Het laat bijvoorbeeld zien welk een impact het bevorderen van 'bewegen' heeft. Een toename van kwaliteit van leven gaat bij voorbeeld gepaard met een aanzienlijke afname in gewicht. Het aanstaande Voorjaarscongres Psychiatrie kan een presentatie van deze prijswinnaar tegemoet zien. De prijs voor de innovatieposter ging naar een presentatie van Saskia Nijman waarin met behulp van 'virtual reality' cliënten getraind kunnen worden in gespreksvoering waarmee ze in de dagelijkse communicatie hun voordeel kunnen doen. Op congres konden deelnemers zelf ervaren hoe deze nieuwe hulpverleningsmethodiek werkt.

Ja die 'virtual reality' komt eraan en is zeer zeker ook een 'wenkend perspectief' voor de ggz. Zoveel maakte Roos Pot-Kolder in haar Jong Talent Lezing wel duidelijk. Zij benut Virtual Reality als een hulpmiddel, als een brug tussen de vervreemdende behandelkamer en het echte leven. In het kader van de behandeling is het een goede zaak om samen met cliënt de door hem ervaren problemen in de supermarkt te lijf te gaan. Dat levert in de praktijk, in de echte supermarkt veel praktische problemen op en juist die problemen laten zich goed tackelen met het scheppen van een virtual reality waarbinnen de voorkomende situaties kunnen worden opgeroepen en goed oefenmateriaal aan de cliënt bieden met daaruit voortkomende gespreksstof voor de behandeling. Voor hetzelfde geld kan een slagveld worden opgeroepen voor traumabehandeling van oorlogsveteranen of kunnen spinnen worden opgeroepen om met behulp van de 'virtual reality' van spinfobie af te komen.

Kortom ervan uitgaande dat de toepassing van 'virtual reality' nog een ontwikkeling zal doormaken, mag je aannemen dat het een nuttig instrument en verrijking kan zijn voor de behandelpraktijk. Net zoals 'apps', zoals 'Tem Stem' aan een opmars zullen beginnen.

Dat was het en met een ggz-geïnspireerde rap van The Blind Spots kwam deze inhoudrijke dag ten einde, om vervolgens te beginnen aan de netwerkborrel.

Nico de Louw