



De psychiater komt over de brug

Handreiking voor psychiaters

Het perspectief en de positie van
de psychiater bij de behandeling
van mensen met ernstige
psychische aandoeningen

Maart 2018

NEDERLANDSE
VERENIGING VOOR
PSYCHIATRIE



Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1 Inleiding en methode	4
1.1 Inleiding	4
1.2 Doelstelling en doelgroep.....	5
1.2.1 Doelstelling	5
1.2.2 Doelgroep	5
1.3 Integratie van organisatiemodellen	5
1.4 Patiënten met ernstige psychische aandoeningen.....	6
1.5 Uitgangsvragen	6
1.6 Betrokken organisaties	7
1.7 Onderbouwing	8
1.8 Leeswijzer	9
1.9 Referenties	10
Hoofdstuk 2 Domeinen bij de behandeling van mensen met ernstige psychische aandoeningen waar de psychiater een belangrijke rol speelt.....	11
2.1 Inleiding	11
2.1.1 Rol en taak van de psychiater.....	11
2.1.2 Onderbouwing	12
2.2 Herstel	12
2.2.1 Herstelschalen	14
2.2.2 Aanbevelingen herstel	15
2.3 Behandeling	15
2.3.1 Basishouding	15
2.3.2 Stagering en profilering	16
2.3.3 Somatiek	16
2.3.4 Aanbevelingen	18
2.4 Beperken van schade door ontregeling	18
2.4.1 Bemoeizorg	18
2.4.2 Dwang en drang	19
2.5 Referenties	22
Hoofdstuk 3 Biologische interventies	26
3.1 Inleiding	26
3.1.1 Rol en taak van de psychiater.....	26
3.1.2 Onderbouwing	26
3.2 Uitgangspunten van behandeling	26
3.2.1 Medicatie als gereedschap.....	26
3.2.2 Aandacht voor bijwerkingen van medicijnen	27

3.2.3 Samenwerking	28
3.2.4 Gezondheidsvaardigheid vergroten.....	29
3.2.5 Goal framing	30
3.2.6 Ambivalentie	30
3.2.7 Transparantie.....	31
3.2.8 Maatwerk.....	32
3.3 Aanbevelingen.....	34
3.4 Referenties	35
Hoofdstuk 4 Psychologische interventies	36
4.1 Inleiding	36
4.1.1 Rol en taak van de psychiater.....	36
4.1.2 Onderbouwing	36
4.2 Overwegingen bij indicatiestelling	36
4.3 Aandachtspunten indicatiestelling	38
4.4 Behandeling.....	38
4.5 Psychotherapeutische begrippen als referentiekader	39
4.6 Aanbevelingen.....	40
4.7 Referenties	41
Hoofdstuk 5 De psychiater in de wijk: sociale interventies vanuit persoonlijk en maatschappelijk perspectief	42
5.1 Inleiding	42
5.1.1 Rol en taak van de psychiater.....	42
5.1.2 Onderbouwing	42
5.2 Sociale domeinen en herstel.....	42
5.2.1 Het beloop van een ernstige psychische aandoening en de rol van de psychiater daarin	42
5.2.2 Sociale domeinen in de context van de patiënt, interventies en regie.....	45
5.3 Aanbevelingen.....	48
5.3.1 Aanbevelingen herstel	48
5.3.2 Aanbevelingen Werk.....	48
5.3.3 Aanbevelingen Wonen en verblijf	49
5.3.4 Aanbevelingen naastbetrokkenenen sociaal netwerk:	49
5.4 Referenties	50
Hoofdstuk 6 Extra aandacht voor diagnostiek.....	52
6.1 Inleiding	52
6.1.1 Rol en taak van de psychiater.....	52
6.1.2 Onderbouwing	52

6.2	Doorlopende diagnostiek	53
6.3	Aandachtspunten voor heroverweging diagnostiek en classificatie	53
6.4	Specifieke aandacht voor verstandelijke beperkingen, verslaving, autisme en PTSS	55
6.4.1	Licht verstandelijke beperking en zwakbegaafdheid	55
6.4.2	Verslaving	56
6.4.3	Autisme Spectrum Stoornis (ASS)	57
6.4.4	Posttraumatische stressstoornis	59
6.5	Diagnostiek, organisatie van zorg en multidisciplinaire teams	60
6.6	Aanbevelingen	60
6.7	Referenties	61
Hoofdstuk 7 Organisatie van zorg		62
7.1	Inleiding	62
7.1.1	Onderbouwing	62
7.2	Ambulantisering	62
7.3	E-health	62
7.4	Maatschappelijke psychiatrie	63
7.5	(Flexible) ACT als model voor maatschappelijke psychiatrie	63
7.6	Aanbevelingen	64
7.7	Referenties	65

Hoofdstuk 1 Inleiding en methode

1.1 Inleiding

De behandeling van mensen met ernstige psychische aandoeningen wordt in toenemende mate het kerndomein van psychiaters, een proces dat wordt versterkt door de stelselwijziging die is ingezet met het Bestuurlijk Akkoord tussen vertegenwoordigers van ggz-organisaties, patiënten, verschillende beroepsgroepen, zorgverzekeraars en Ministerie van VWS (2013). Psychiaters krijgen daardoor relatief meer mensen met ernstige psychische aandoeningen in behandeling. Daardoor verschuift hun rol. Op initiatief van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) heeft een monodisciplinaire werkgroep van psychiaters en ervaringsdeskundigen - methodologisch en organisatorisch ondersteund door het Trimbos-instituut – zich over deze rol gebogen. Dit heeft geresulteerd in deze Handreiking voor psychiaters: *De psychiater komt over de brug* (Projectgroep PvA EPA, 2014).

De afgelopen jaren is de zorg voor mensen met een ernstige psychische aandoening een specifiek domein in de ggz geworden. We spreken van 'Ernstige psychische aandoeningen' als psychische problemen structureel verbonden zijn met maatschappelijk disfunctioneren. Het begrip 'ernstig' verwijst daarmee naar de zorgbehoeftes op meerdere levensdomeinen, en niet naar specifieke diagnoses.

Bij alle diagnosegroepen komen patiënten met de aantekening ernstige psychische aandoening voor. Bij de grootste groep, naar schatting 60-70%, is er sprake van psychotische symptomen. Vandaar dat een groot deel van de casuïstiek en literatuur daarover gaat.

De psychiater komt over de brug is primair geschreven om de psychiater een handreiking te geven hoe hij samen met de patiënt, naastbetrokkenen, andere disciplines en sociaal netwerk zowel de behandeling als de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg vorm kan geven als gelijkwaardige partners. Het gaat bij deze handreiking nadrukkelijk niet om de stoornisspecifieke behandeling - deze wordt besproken in de betreffende zorgstandaarden en richtlijnen - maar om de diagnose overstijgende aspecten van de behandeling, op meerdere levensdomeinen. Wij benadrukken dat nog te vaak wordt gesteld dat in de chronische en langdurige zorg patiënten onbehandelbaar of uitbehandeld zijn en enkel nog verzorgd of gestabiliseerd moeten worden. Een interventie die vandaag niet het gewenste effect heeft, kan dat volgend jaar wel hebben.

Sleutelwoorden bij de behandeling van deze groep zijn: maatschappelijke psychiatrie, herstel ondersteunende behandeling, samenwerking met patiënten en de-institutionalisering. De psychiater zal zijn taken als diagnosticus en behandelaar daarbij primair moeten inzetten binnen een maatschappelijke context en in nauwe samenwerking met andere disciplines en partijen buiten de geestelijke gezondheidszorg (ggz).

Hulp aan mensen met ernstige psychische aandoeningen is dus per definitie interdisciplinair werk waarbij meer en meer over de grenzen van de ggz met andere partners in een netwerk moet worden samengewerkt. De zorg voor deze patiënten vereist een multidisciplinaire, multisectorale, geïntegreerde en herstelgerichte manier van werken.

Deze handreiking richt zich vooral op de ambulante behandeling. Wij zijn ons daarbij bewust dat patiënten met ernstige psychische aandoeningen bij een episode soms

worden opgenomen in een kliniek. Het is van belang dat een opname niet tot een breuk in behandeling en bejegening leidt. De handreiking is daarom ook relevant voor psychiaters die in psychiatrische ziekenhuizen werken. Een toenemend deel van de mensen met ernstige psychische aandoeningen zijn in behandeling bij F-ACT teams. Een minstens even groot deel is in behandeling bij poliklinieken. Deze Handreiking richt zich op beide praktijkvormen, al wordt wel regelmatig verwezen naar het F-ACT organisatiemodel, aangezien dat is ontworpen voor de behandeling van mensen met ernstige psychische aandoeningen.

1.2 Doelstelling en doelgroep

1.2.1 Doelstelling

Psychiatrie is een multidisciplinair werkveld, waarin de psychiater als medische specialist een verantwoordelijkheid draagt, vaak als regiebehandelaar om de kwaliteit van de behandeling te garanderen voor deze doelgroep. Doel is om de rol van de psychiater bij mensen met een ernstig psychische aandoening te verduidelijken en de daaruit voortvloeiende verantwoordelijkheden te beschrijven. Het beschrijft zijn rol bij de zorg voor patiënten uit deze groep en gaat in op specifieke onderdelen van deze zorg die bij de taak van de psychiater horen. Daarbij geeft de handreiking aanbevelingen over het toepassen van generieke biologische- en psychosociale interventies en begeleiding.

Afstemming met Generieke module ernstige psychische aandoeningen

In deze monodisciplinaire tekst ligt de focus op de rol van de psychiater en op voor de psychiater specifieke onderdelen van de zorg. In de generieke module is meer nadruk gelegd op een brede beschrijving van goede zorg voor patiënten met ernstige psychische aandoeningen, met daarbij een gedetailleerde onderbouwing (zie (concept) Generieke Module Ernstige Psychische Aandoeningen [[link](#)]).

1.2.2 Doelgroep

De psychiater komt over de brug is geschreven voor alle psychiaters en arts-assistenten die mensen met ernstige psychische aandoeningen behandelen.

1.3 Integratie van organisatiemodellen

Psychiaters behandelen in toenemende mate patiënten met ernstige psychische aandoeningen (Bloch, Green & Holmes, 2014). In de praktijk zijn twee aparte organisatiemodellen ontstaan voor behandeling: *Flexible Assertive Community Treatment* (F-ACT) teams en diagnose specifieke behandeling in zorgpaden of polikliniek-teams. Integratie van deze gescheiden wegen doet recht aan mensen met ernstige psychische aandoeningen en hun zorgbehoeften. Het zal er toe leiden dat patiënten in F-ACT teams meer profiteren van de beschikbare evidentie voor diagnose specifieke behandeling terwijl patiënten in zorgpaden meer profiteren van een behandeling die medische en maatschappelijke interventies integreert.

Het biopsychosociale model is voor de behandeling van mensen met ernstige psychische aandoeningen niet alleen een verklaringsmodel, maar eveneens een aanduiding van de drie domeinen voor interventies. Vandaar dat in aparte hoofdstukken de biologische, psychologische en sociale interventies worden besproken.

1.4 Patiënten met ernstige psychische aandoeningen

De Generieke Module Ernstige Psychische Aandoeningen heeft de casedefinitie zoals geformuleerd door Delespaul (2013) doorontwikkeld (zie concept Generieke Module Ernstige Psychische Aandoeningen [[link](#)]).

Er wordt van 'ernstige psychische aandoeningen' gesproken wanneer:

- er sprake is van een psychiatrische stoornis (inclusief middelenmisbruik en verslaving) die zorg/behandeling noodzakelijk maakt (niet in symptomatische remissie);
- die met ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren gepaard gaat (niet in functionele remissie);
- waarbij de beperking oorzaak en gevolg is van een psychiatrische stoornis;
- die niet van voorbijgaande aard is (structureel c.q. langdurig, ten minste enkele jaren);
- en waarbij gecoördineerde zorg van professionele hulpverleners in zorgnetwerken geïndiceerd is om het behandelplan te realiseren.

1.5 Uitgangsvragen

De handreiking is ontwikkeld op geleide van uitgangsvragen, die gebaseerd zijn op knelpunten die worden ervaren rondom screening, diagnostiek en behandeling van volwassenen met ernstige psychische aandoeningen. Deze vragen worden behandeld in verschillende hoofdstukken.

Uitgangsvragen zijn:

Hoofdstuk	Uitgangsvragen
Hoofdstuk 2	- Wat zijn specifieke domeinen voor de psychiater als behandelaar van mensen met ernstige psychische aandoeningen? - Wat is de rol van de psychiater bij het toepassen van dwang? - Hoe zet de psychiater zijn vaardigheden herstelgericht in?
Hoofdstuk 3	- Hoe kunnen biologische interventies bij patiënten met ernstige psychische aandoeningen worden uitgevoerd zodat die bijdragen aan sociaal en persoonlijk herstel?
Hoofdstuk 4	- Welke psychologische interventies kan de psychiater inzetten als behandelaar van mensen met ernstige psychische aandoeningen? - Welke andere toepassingsmogelijkheden zijn er voor psychotherapie en het psychotherapeutische gedachtegoed in de praktijk van de zorg voor patiënten met ernstige psychische aandoeningen?
Hoofdstuk 5	- Wat is de rol van sociale interventies bij de behandeling van patiënten met ernstige psychische aandoeningen? - Hoe kan de psychiater medische en sociale interventies integreren? - Hoe zet de psychiater zijn vaardigheden herstelgericht in?

Hoofdstuk	Uitgangsvragen
Hoofdstuk 6	- Welke diagnose-groepen verdienen speciale aandacht van de psychiater naast psychotische en bipolaire stoornissen?
Hoofdstuk 7	- Wat is de optimale zorgorganisatie voor patiënten met ernstige psychische aandoeningen?

1.6 Betrokken organisaties

De psychiater komt over de brug is uitgevoerd in opdracht van de NVvP met financiering van Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS).

Er is samengewerkt met de projectgroep van de 'Generieke module Ernstige Psychische Aandoeningen', die multidisciplinair en multisectoraal is opgesteld (zie (concept) Generieke Module Ernstige Psychische Aandoeningen [[link](#)]).

De werkgroep, onder voorzitterschap van dr. René Keet, bestond uit psychiaters en een ervaringsdeskundige. Naast de werkgroep is een groep van adviseurs samengesteld, die zijn gevraagd voorafgaand aan de commentaarfase schriftelijk te reageren op onderdelen van de concepttekst. De werkgroep werd methodologisch en organisatorisch ondersteund door het technisch team van het Trimbos-instituut. De werkgroep bestond uit de volgende organisaties:

Werkgroep

Voorzitter: René Keet, psychiater en directeur zorgontwikkeling en implementatie , GGz-Noord-Holland-Noord, Alkmaar.

Werkgroepleden:

Naam	Organisatie	Functie
Catherine van Zelst	Universiteit Maastricht	Ervaringsdeskundige
Michael van den Boogaard	PsyQ	Psychiater
Henriette Cuperus	Bouman GGz	Psychiater
Frank van Es	Universitair Medisch Centrum Groningen	Psychiater
Laura van Goor	Antesgroep	Psychiater
Ad Kaasenbrood	Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen	Psychiater
Charlotte Smits	GGz Friesland	Psychiater

Technisch team van het Trimbos-instituut:

- Projectleiding: Ireen de Graaf / Daniëlle van Duin
- Reviewers: Bob van Wijngaarden, Angita Peterse, Daniëlle Meije
- Projectondersteuning: Nelleke van Zon

1.7 Onderbouwing

Deze handreiking is ontwikkeld volgens een aangepaste variant van de methodiek van de Evidence Based Richtlijnontwikkeling (EBRO), waarbij transparant wordt gemaakt op welke informatiebronnen de aanbevelingen zijn gebaseerd, zoals systematisch gezochte en beoordeelde literatuur, systematische kwalitatieve dataverzameling of 'expertoverwegingen', inclusief grijze literatuur.

Omdat het onderwerp 'ernstig psychische aandoeningen' een brede categorie binnen de psychiatrie omvat, is binnen de systematische literatuur reviews gebruik gemaakt van bestaande richtlijnen en (concept) zorgstandaarden voor de verschillende psychische aandoeningen binnen de groep 'ernstig psychische aandoeningen'.

De informatie is gebaseerd op diverse bronnen, zoals beschreven in de volgende tabel 1. Bij alle hoofdstukken geldt dat deze bronnen zijn aangevuld met de expertkennis van de werkgroepleden. Ook is afstemming geweest met de werkgroep van de Generieke Module Ernstige Psychische Aandoeningen waarnaar in deze handreiking regelmatig wordt verwezen.

Tabel 1: Onderbouwing van de hoofdstukken

Hoofdstuk	Onderbouwing
Hoofdstuk 2. Domeinen van de psychiater	- Concept map (bijlage 1) - Adoptie/adaptatie aanbevelingen (concept) generieke modules: Herstel ondersteunende zorg, Zelfmanagement, Ondersteuning familie systeem en mantelzorg, E-health, Drang en Dwang, Psychische stoornissen en een licht verstandelijke beperking
Hoofdstuk 3. Biologische interventies	- Adoptie/adaptatie aanbevelingen richtlijn Schizofrenie (2012); raadpleging (concept) generieke module: Bijwerkingen door Geneesmiddelen voor Psychiatrie aandoeningen, raadpleging (concept) zorgstandaard Bipolaire stoornissen.
Hoofdstuk 4. Psychologische interventies	- Adoptie/adaptatie conclusies Spaanse Richtlijn (Guideline development group of the Clinical Practice Guideline on Psychosocial Interventions in Severe Mental Illness, 2009) - Aanvullende systematische review psychologische interventies - Raadpleging generieke module Psychotherapie
Hoofdstuk 5. De psychiater in de wijk, sociale interventies	- Adoptie systematische review sociale interventies van Generieke module ernstige psychische aandoeningen
Hoofdstuk 6. Extra aandacht in diagnostiek	- Interviews met 4 F-ACT-teams (bijlage 3) - Adoptie/adaptatie conclusies en aanbevelingen bestaande richtlijnen: Richtlijn Schizofrenie (van Alphen et al., 2012); Richtlijnen voor de praktijk van onderzoek en diagnostiek van problemen met de geestelijke gezondheid bij volwassenen met een verstandelijke beperking (2002); Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek

	en behandeling van autismespectrumstoornissen bij volwassenen (2013)
Hoofdstuk 7. Organisatie van zorg	- Extrapolatie conclusies richtlijn Schizofrenie, (concepten) zorgstandaarden: Bipolaire stoornissen en Persoonlijkheidsstoornissen - Adaptatie aanbevelingen 'Over de brug' (Projectgroep PvA EPA, 2014) over zorgorganisatie - Adaptatie 'De toekomst van F-ACT'. F-ACT Nederland 2016) [link] - Zorgstandaard Psychose [link]

Toelichting enkele begrippen

- adoptie: het letterlijk overnemen van de aanbevelingen uit andere kwaliteitsstandaarden;
- adaptatie: het bewerken of aanpassen van een aanbeveling om het geschikt te maken voor een andere doelgroep of doel;
- extrapolatie: het op basis van gegevens uitspreken van verwachtingen over iets waarvan je geen gegevens hebt.

1.8 Leeswijzer

We spreken consequent over de patiënt of mens, waar ook cliënt of burger gelezen kan worden.

Wanneer over naastbetrokkenen wordt gesproken, gaat het over voor de patiënt belangrijke anderen, zoals familie, partner of vrienden.

Waar 'hij' of 'hem' wordt gebruikt, kan ook 'zij' of 'haar' worden gelezen.

Behandeling binnen een multidisciplinaire context betekent dat er geen exclusieve domeinen zijn. Waar in deze handreiking wordt gesproken over taken of verantwoordelijkheden zijn dit dus per definitie geen exclusieve domeinen van de psychiater. Het zijn wel domeinen waar de psychiater een expert in is.

Ieder hoofdstuk begint met een inleiding met een uitgangsvraag, toelichting wat de rol en taak van de psychiater is en de onderbouwing. Vervolgens wordt informatie gegeven over het betreffende onderwerp waarbij gebruik is gemaakt van de onderbouwingen aangevuld met praktijkkennis. Daarna volgen de aanbevelingen.

In hoofdstuk 2 worden de belangrijkste domeinen waarin de psychiater het multidisciplinaire team versterkt beschreven, namelijk diagnostiek en behandeling, farmacotherapie en, samen met de psycholoog, de psychologische interventies. De farmacotherapie wordt in hoofdstuk 3 beschreven en psychologische interventies in hoofdstuk 4. In hoofdstuk 5 worden de rollen, taken van de psychiater in de wijk en de sociale interventies beschreven. Hoofdstuk 6 betreft de diagnose groepen die extra aandacht verdienen. In hoofdstuk 7 wordt de organisatie van zorg beschreven.

1.9 Referenties

- Alphen, C. van, Ammeraal, M., Blanke, C., Boonstra, N., Boumans, H., Bruggeman, R., Van Wel, T. (2012). *Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Bloch, S., Green, S.A. & Holmes, J. (Eds.). (2014). *Psychiatry: Past, present and prospect*. Oxford University Press.
- Delespaul, P. H. (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 55, 6, 427–438.
- GGZ Nederland, Landelijk Platform GGZ, Zorgverzekeraars nederland, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Nederlands Instituut van Psychologen, landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn, Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen, MEER GGZ, Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2013). *Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg 2014-2017*. Utrecht.
- Guideline development group of the Clinical Practice Guideline on Psychosocial Interventions in Severe Mental Illness (2009). *Clinical Practice Guideline on Psychosocial Interventions in Severe Mental Illness*. Quality Plan for the National Health System, Ministry of Health and Social Policy. Aragon Health Sciences Institute – I+CS. Clinical Practice Guidelines in the Spanish NHS.
- Projectgroep PvA EPA, Couwenberg, C., & Weeghel, J. van (2014). *Over de brug: Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen: Aanpak in vogelvlucht*. Utrecht: Kenniscentrum Phrenos.

Hoofdstuk 2 Domeinen bij de behandeling van mensen met ernstige psychische aandoeningen waar de psychiater een belangrijke rol speelt

2.1 Inleiding

De uitgangsvragen voor dit hoofdstuk zijn:

- Wat zijn specifieke domeinen voor de psychiater als behandelaar van mensen met ernstige psychische aandoeningen?
- Wat is de rol van de psychiater bij het toepassen van dwang?
- Hoe zet de psychiater zijn vaardigheden herstelgericht in?

2.1.1 Rol en taak van de psychiater

Uitgangspunt bij een interdisciplinaire behandeling van mensen met ernstige psychische aandoeningen is dat er geen exclusieve domeinen zijn die voorbehouden zijn aan één discipline. Wel is de psychiater vaak de regiebehandelaar en is hij specialist op de volgende domeinen (van Veldhuizen, Polhuis, Bähler, Mulder & Kroon, 2015):

1. bijdragen aan herstel;
2. diagnosticeren en behandelen;
3. beperken van schade door ontregeling.

In dit hoofdstuk wordt gefocust op deze drie domeinen. Over de laatste twee voert de psychiater van oudsher al de regie. Hoewel er accentverschillen zijn, komt de wijze waarop de psychiater patiënten met ernstige psychische aandoeningen behandelt overeen met de wijze waarop hij de overige patiënten met een psychische stoornis behandelt. Hetzelfde geldt voor het 'beperken van de schade van ontregeling': de regievoering over dwangtoepassing komt in grote lijnen overeen bij alle patiëntengroepen. Dit werd bevestigd tijdens een concept mapping bijeenkomst die is georganiseerd voor de onderbouwing van dit hoofdstuk (zie bijlage 1). Een aantal professionals (n=8) heeft zich daar uitgesproken over de specifieke rol en taak van de psychiater bij de zorg voor patiënten met ernstige psychische aandoeningen. Zij bleken het meeste belang te hechten aan taken die traditioneel tot de taken van de psychiater gerekend worden zoals diagnostiek, verantwoordelijkheid voor de behandeling en het behandelbeleid.

Het domein 'bijdragen aan herstel' wijkt wat af van de traditionele taakopvatting. De psychiater betreedt hier samen met de patiënt en diens naastbetrokkenen het maatschappelijke veld. Hij gaat met de patiënt de wijk in en besteedt aandacht aan andere voor patiënten relevante levensdomeinen zoals het maatschappelijk functioneren. In de praktijk kan deze zorg op maat betekenen dat er bewust wordt afgeweken van de richtlijnen.

Naast de functie als specialist op bovenstaande domeinen kan de psychiater bij mensen met ernstige psychische aandoeningen ook een belangrijke rol spelen bij:

- het zorgdragen voor continuïteit van zorg op individueel niveau;
- het zorgdragen voor samenwerking in het maatschappelijke en zorgnetwerk;
- het behartigen van de belangen van de kwetsbare populatie in het maatschappelijke veld.

Shared decision making

Ook bij de behandeling van mensen met ernstige psychische aandoeningen is *shared decision making* het uitgangspunt. Psychiater en patiënt brengen beiden hun eigen deskundigheid in, het gaat om een ontmoeting tussen twee experts. De deskundigheid van de psychiater betreft competenties in diagnostiek en behandelmogelijkheden, die van de patiënt betreft het zicht op eigen mogelijkheden en voorkeuren. Bij voorkeur is er nog een derde partij die toegevoegde deskundigheid heeft: de naastbetrokkenen. Door directe samenwerking met de patiënt kunnen zij het zicht op de problemen verbreden/nuanceren en een steun zijn bij de behandeling. *Shared decision making* brengt de perspectieven van de hulpverlener, de patiënt en eventueel de naastbetrokkenen samen in een door twee/drie partijen erkende probleemformulering en gedragen voorstel voor behandeling.

2.1.2 Onderbouwing

Dit hoofdstuk is gebaseerd op:

1. De concept map 'Wat zijn de verantwoordelijkheden (rol) van een goede psychiater voor patiënten met ernstige psychische aandoeningen?' (zie bijlage 1);
2. Adoptie/adaptatie aanbevelingen van de (concept) generieke modules: Herstel ondersteunende zorg, Zelfmanagement, Ondersteuning familie systeem en mantelzorg, E-health, Drang en Dwang, Diversiteit, Destigmatisering, Arbeid, Dagbesteding, Verstandelijke Beperking, Comorbiditeit, Suïcidaal gedrag, Acute psychiatrie;
3. expertkennis van de werkgroepleden aangevuld met literatuur.

2.2 Herstel

Er is toenemende belangstelling voor het begrip herstel in de psychiatrie, als vertaling van het begrip *recovery* uit de Engelstalige literatuur. Het gaat daarbij niet alleen, of volgens sommigen zelfs helemaal niet, om herstel van symptomen (remissie), maar veel meer om het herstel van het maatschappelijk functioneren (functionele remissie) en - belangrijker nog - het persoonlijk herstel ofwel herstel van de eigen identiteit (*recovery of self*) (Projectgroep PvA EPA, 2014).

Deze invulling van het begrip herstel is het uitgangspunt van een snel groeiende, wereldwijde herstelbeweging. Het heeft ingrijpende consequenties voor de rol en het handelen van de psychiater. In Engeland is dit uitgewerkt in een *position statement* voor en door psychiaters met de titel: *Recovery is for all* (Boardman et al., 2010). Daarin stellen zij dat herstel het proces is van de patiënt. Zij gebruiken daarvoor de metafoor van een 'reis': de '*patient's journey*'. De psychiater kan deze reis faciliteren, maar ook belemmeren. Om patiënten te ondersteunen bij hun herstel moet de geneeskunde toe naar een model van meer samenwerken, samen keuzes maken en erkennen dat patiënten en diens naastbetrokkenen, experts zijn in hun eigen aandoening. De psychiater moet daarbij niet zijn medische vaardigheden verlaten maar juist accentueren. Deze maken hém namelijk tot expert. Het gesprek tussen psychiater en patiënt is volgens de schrijvers van *Recovery is for all* dan ook een gesprek tussen twee experts. (Zij stellen overigens vast dat een herstelgerichte behandeling niet alleen gunstig is voor de patiënt, het zorgt ook voor meer voldoening van de mensen die in de geestelijke gezondheidszorg werken.)

Deze nieuwe invulling van het vak past ook bij een overstijgende transitie in de gehele geneeskunde. Onderzoekers Huber en Van Vliet hebben in dit kader een nieuw concept

voor gezondheid ontwikkeld en getoetst: 'Gezondheid als het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven.' Huber stelde vast dat de definitie van de Wereld Gezondheids Organisatie (1948) niet meer voldoet. Die luidt: 'Gezondheid is een toestand van volledig fysiek, geestelijk en sociaal welbevinden en is niet louter het ontbreken van ziekte of gebrek'. Dit heeft bijgedragen aan een geneeskunde waarbij 95% van het zorgbudget gaat naar het bestrijden van ziekte en aan patiënten die hun focus op ziekte houden, terwijl - ondanks ziekte - een kwalitatief hoogwaardig en zinvol leven mogelijk is.

De term Positieve Gezondheid is afgeleid van dit nieuwe gezondheidsconcept en staat voor een brede kijk op gezondheid en welbevinden. Hierin wordt gezondheid niet meer als een statische conditie beschouwd, maar als het dynamische vermogen van mensen om zich met veerkracht (*resilience*) aan te passen, en zelf regie te voeren over hun welbevinden. Dit vermogen wordt door patiënten heel relevant gevonden (Huber, van Vliet, & Boers, 2016; Huber et al., 2016).

De psychiater wordt in dit nieuwe model een herstelgerichte behandelaar met een centrale positie. Hij integreert de drie dimensies van herstel - herstel van symptomen, herstel van maatschappelijk functioneren en persoonlijk herstel - in het totaal van diagnostiek en behandeling.

De psychiater als herstelgericht behandelaar staat bijvoorbeeld ook stil bij de impact van de diagnostiek, zoals geïllustreerd in het volgende vignet:

Vignet Depressie en/of zelfstigma

Een vrouw heeft sinds bij haar de diagnose 'schizofrenie' is gesteld meer last gekregen van minderwaardigheidsgevoelens. Daarnaast vraagt zij zich af of zij nog wel moet proberen om sociale contacten aan te gaan. Zij is immers toch niet goed genoeg en heeft volgens haar sociale omgeving een aandoening die chronisch is en waarbij er weinig hoop is voor de toekomst.

Toelichting: Wanneer het onderwerp stigma uitgelegd en besproken wordt kunnen mensen dit mogelijk bij zichzelf herkennen. Het proces van zelfstigma herkennen kan een eerste stap zijn naar een hoger gevoel van eigenwaarde en helpen de vicieuze cirkel van zelfstigma te doorbreken. Er moet oog zijn voor het feit dat zelfstigma (internalisering van een maatschappelijk verschijnsel) en depressieve symptomen een vergelijkbaar beeld met zich mee kunnen brengen.

2.2.1 Herstelschalen

Herstel van symptomen

Er zijn verschillende schalen om remissie van psychische symptomen te definiëren. Voor schizofrenie bestaat bijvoorbeeld een symptomatische remissieschaal die zes symptoomvrije maanden vraagt om het predicaat 'in remissie' te verlenen (van Os & Kahn, 2007).

Herstel van maatschappelijk functioneren

Bij de behandeling van mensen met ernstige psychische aandoeningen is herstel van het maatschappelijk functioneren per definitie een behandeldoel. Naar analogie met de symptomatische remissieschaal is hiervoor een instrument ontwikkeld: de functionele remissieschaal (Wiersma et al., 2015). Deze legt in een bondig format vast of er sprake is van remissie op drie domeinen: wonen en zelfzorg; werken, (beroeps)opleiding of doelgerichte dagbesteding; sociale contacten. Deze gebieden worden op een driepuntsschaal gescoord: zelfstandig, deels zelfstandig en niet zelfstandig.

Verder is er de WHO-Disability Adjustment Scale (WHO-DAS), een belangrijk instrument om het functioneren te meten en te vergelijken met somatische aandoeningen (WHO, 2010).

Persoonlijk herstel: herstel van identiteit

Persoonlijk herstel is een voor elk individu uniek proces; het zich in persoonlijk opzicht hervinden. Het vraagt om de inzet van naastbetrokkenen en een geschikte sociale en culturele context en is minder door 'interventies' te beïnvloeden. De samenwerking met zorgprofessionals kan ondersteunend, maar ook ondermijnend werken. Persoonlijk herstel vraagt van zorgprofessionals een paradigmaverandering. De behandeling van het psychiatrisch beeld is daarbij geen doel op zich, maar een middel om het doel (van de patiënt) te bereiken.

De expertraad ROM-EPA van de Stichting Benchmark GGz (SBG) ontwikkelt de 'integrale herstelschaal' [[link](#)]. Daarmee wordt gemeten in welke mate een patiënt zich gesteund voelt door andere mensen, hoop en dromen heeft voor de toekomst, zich goed voelt over zichzelf, dingen doet die van belang zijn en controle ervaart zijn of haar leven. Deze schaal, die ook gaat over herstel van gezondheid en functioneren, moet nog worden gevalideerd [[link](#)].

Herstel van de aanduiding ernstige psychische aandoening

De behandeling van mensen met ernstige psychische aandoeningen is vaak een langer durende behandeling. Het is essentieel dat er daarbij perspectief op verbetering is. Daarbij past dat de psychiater zich zelf steeds de vraag stelt of er nog wel sprake is van een ernstige psychische aandoening. Wij stellen voor dat na minimaal twee jaar functionele remissie, een patiënt niet meer wordt ingeschaald bij de groep mensen met een ernstige psychische aandoeningen. Dit betekent niet dat de kwetsbaarheid over is en dat de omgeving deze niet meer serieus hoeft te nemen. Het betekent wel dat het functioneren dusdanig is hersteld dat deze aanduiding losgelaten kan worden.

2.2.2 Aanbevelingen herstel

Slade (2013) beschrijft honderd manieren waarop professionals herstel van patiënten kunnen bevorderen en faciliteren. Voor deze handreiking is dit samengevat in de volgende aanbevelingen:

De kerntaak van de psychiater, samen met zijn teamgenoten, is het inzetten van zijn expertise om herstel te bevorderen. Ieder hersteltraject van een patiënt is een uniek individueel proces, dat zich het beste laat beschrijven als een reis, waarbij de behandelaar zo lang als nodig en zo kort als mogelijk zijn expertise inzet om deze reis te faciliteren.

Daarbij helpen de volgende tien principes:

1. ondersteun herstel van gezondheid, functioneren en identiteit;
2. bied hoop op herstel;
3. vraag je bij alle interventies af of deze bijdragen aan het bereiken van de doelen van de cliënt en het verminderen van stigma;
4. ga van klacht naar kracht;
5. beslis niets over de patiënt zonder de patiënt;
6. beschouw het gesprek met de patiënt als een gesprek van twee deskundigen;
7. werk samen met netwerkpartners;
8. erken het recht van de patiënt op het nemen van risico's;
9. werk samen met de naastbetrokkenen bij de behandeling als hulpbron en partner;
10. deel en integreer kennis.

2.3 Behandeling

2.3.1 Basishouding

Een goede tijdige herstelgerichte behandeling is het belangrijkste instrument van de psychiater, niet alleen om bij te dragen aan herstel van mensen met ernstige psychische aandoeningen, maar ook om te voorkomen dat patiënten tot die categorie gaan behoren. Behandeling op maat (*personalized medicine*) is daarmee ook een vorm van secundaire en tertiaire preventie en draagt door het versterken van de veerkracht (*resilience*) bij aan het doel dat is geformuleerd in 'Over de Brug': een derde minder mensen met ernstige psychische aandoeningen. De psychiater integreert als behandelaar van mensen met ernstige psychische aandoeningen de kennis en vaardigheden van sociale psychiatrie en herstelondersteunende zorg met medisch-psychiatrische kennis. Alles wat hij doet heeft niet alleen consequenties voor de patiënt, maar ook voor diens naastbetrokkenen, het eigen team en de maatschappij.

Dit vraagt van de psychiater om een basishouding die zich als volgt laat omschrijven:

- bereidwillige, verwelkomende, enthousiaste en hoopvolle bejegening;
- alliantie met de patiënt aangaan door een houding van interesse, presentie, nieuwsgierigheid, respect, authenticiteit, positieve houding, openheid en flexibiliteit. De therapeutische relatie wordt voortdurend gemonitord om breuken in de relatie te detecteren en via zelfreflectie, supervisie en teambespreking te herstellen;
- actief, structurerend en betrokken coachen van de patiënt bij het behalen van de hersteldoelen;

- oog hebben voor de gevolgen van de stoornis op het dagelijkse leven (bijvoorbeeld opleiding, werk, naastbetrokkenen), maar ook voor mogelijkheden, kwaliteiten en krachten bij patiënt en zijn netwerk;
- reacties van de patiënt op de behandeling en op de therapeutische relatie routinematig, maar ook volgend, meebewegend, contextueel, analyserend monitoren.

Deze basishouding is terug te vinden binnen bijvoorbeeld Motiverende Gespreksvoering (Miller & Rollnick, 2006) en Handleiding Geïntegreerde Richtlijn behandeling voor de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen (Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen (2014)).

2.3.2 Stagering en profilering

Sleutelwoorden bij de behandeling van mensen met ernstige psychische aandoeningen zijn stagering en profilering (de Haan et al., 2012; Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2015).

Stagering impliceert dat ziekten zich ontwikkelen in stadia, die elk een optimale behandeling kennen. Profilering impliceert dat binnen de stadia prognostische factoren aangewezen kunnen worden die een indicatie vormen voor bepaalde specifieke interventies. Voorbeelden van een dergelijke profilering zijn school- en werkprestaties, relaties, woonsituatie, alcohol en drugsgebruik, leeftijd van ontstaan, geslacht, cognitie of geneigdheid tot het aangaan van behandeling.

Stagering en profilering kunnen bijdragen aan een behandeling op maat met fase gerichte interventies. Bij ernstige psychische aandoeningen betekent dit dat de professional steeds actief met de patiënt zoekt wat de wensen en mogelijkheden zijn om te interveniëren. Het gaat daarbij om 'samen keuzes maken' (Hamann, Leucht & Kissling, 2003). Dit heeft gevolgen voor de invulling van de professie van de psychiater. Het vraagt om een brede deskundigheid en de bereidheid flexibel medische en sociale interventies in te zetten en te integreren. Daar komt bij dat comorbiditeit, het naast elkaar bestaan van verschillende aandoeningen, zoals psychose en verslaving², en somatische comorbiditeit eerder regel is dan uitzondering bij patiënten met ernstige psychische aandoeningen (Hartz et al., 2014; De Hert et al., 2011). Dit maakt dat de psychiater als behandelaar van mensen met ernstige psychische aandoeningen zowel een specialist als een generalist is.

2.3.3 Somatiek

De psychiater is een arts die niet alleen psychische maar ook somatische symptomen diagnosticeert en waar nodig behandelt (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2015). De twee domeinen worden beschouwd als niet te scheiden maar wel te onderscheiden dimensies. In de praktijk van de psychiater gaat het om:

- 1) bijwerkingen van medicatie;
- 2) somatische comorbiditeit;
- 3) somatische oorzaken van psychische aandoeningen.

Op het gebied van de somatiek kan de psychiater zich laten ondersteunen door een verpleegkundige (sociaal psychiatrische verpleegkundige of verpleegkundig specialist). Deze kan een gestructureerde somatische screening. Bij complexe medische

specialistische differentiaal diagnostiek is de psychiater, als medisch specialist, degene met de daartoe behorende specialistische kennis en verantwoordelijkheden.

De psychiater kan na somatische screening zo nodig een huisarts of een collega medisch specialist raadplegen.

1) Bijwerkingen van medicatie

Psychofarmaca, zoals antipsychotica en stemmingsstabilisatoren zijn effectieve medicijnen die veel worden voorgeschreven. Zij kennen echter bijwerkingen die tot ernstige complicaties kunnen leiden. De psychiater dient alert te zijn op het herkennen van metabole, cardiovasculaire, neurologische, hematologische, gastro-intestinale en seksuele bijwerkingen en schildklierafwijkingen (Cahn et al., 2008; Meeuwissen et al., 2015).

Knegtering en collega's (2007) constateren dat patiënten en hulpverleners de ervaren bijwerkingen nogal eens als een gegeven aannemen, zonder dat gezocht wordt naar alternatieve oplossingen, zoals switch naar een ander antipsychoticum, verlaging van de dosering, toevoegen van comedatie, zoals mirtazapine (Terevnikov et al., 2016), of voorschrijven van sildenafil (Keks, Hope & Culhane, 2014), om bijwerkingen tegen te gaan.

Studies wijzen erop dat het negeren van bijwerkingen vaak leidt tot steeds grotere problemen: Hoe langer een geneesmiddel wordt gebruikt des te groter zijn namelijk de ongewenste effecten voor patiënten (Knegtering et al., 2007). Daardoor neemt de kans op therapieontrouw (medicijnen niet meer of niet volgens de voorschriften nemen) aanzienlijk toe (Kane, 2013).

Op het beleid ten aanzien van bijwerkingen wordt verder ingegaan in paragraaf 3.2.2.

2) Somatische comorbiditeit

De levensverwachting van patiënten met ernstige psychische aandoeningen is aanzienlijk verkort. De schattingen lopen uiteen van 10 tot 25 jaar (De Hert et al., 2011). Dit hangt samen met te beïnvloeden factoren zoals een ongezonde leefstijl, bijwerkingen van medicatie en roken (Olfson, Gerhard, Huang, Crystal & Stroup, 2015). Daarnaast is de somatische zorg voor patiënten met ernstige psychische aandoeningen minder effectief, ook voor aandoeningen die niet met de ziekte of medicatie samenhangen. Dit wordt enerzijds veroorzaakt door inadequaate hulpzoekgedrag van de patiënt. Anderzijds dragen stigma door somatische hulpverleners en zelfstigma bij aan minder effectieve diagnostiek en onderbehandeling. Dit heeft geleid tot een substantiële kloof tussen de gezondheidstoestand van mensen met ernstige psychische aandoeningen in vergelijking met de algemene bevolking. Deze kloof lijkt zich in het afgelopen decennium te verbreden omdat patiënten uit deze groep minder profiteren van de verbetering van de gezondheidstoestand in de algemene bevolking (Cohen, 2015). Het risico op overlijden onder patiënten met schizofrenie is bijvoorbeeld 2,5 maal groter geworden dan in de algemene bevolking (Saha, Chant & McGrath, 2007). De kloof tussen patiënten met ernstige psychische aandoeningen en de rest van de bevolking verdiept zich verder. Roken is de belangrijkste te beïnvloeden factor (Banham & Gilbody, 2010; Olfson et al., 2015).

Bij alle mensen met een ernstige psychische aandoening dient daarom jaarlijks een somatische screening te worden gedaan die bestaat uit een algemene somatische screening, medicatiemonitoring, en leefstijlanamnese (zie ook: Richtlijn Somatische screening bij patiënten met een ernstige psychische aandoening (2014), Somatische

Screening (2014) en Leefstijl bij patiënten met een ernstige psychische aandoening (2014) (www.ggzrichtlijnen.nl [link]). Omdat de aanbevolen somatische screening omvangrijk is, wordt aanbevolen om in ieder geval prioriteit te geven aan het screenen op bijwerkingen van psychofarmaca, metabole stoornis en op nader onderzoek bij klachten, vragen of indicaties.

3) Somatische oorzaken van psychische aandoeningen

Tenslotte dient de psychiater goed te letten op de mogelijkheid van somatische oorzaken van psychische aandoeningen. Bij plotselinge en niet begrepen veranderingen in het klinisch beeld dient aan een infectieuze, vasculaire, oncologische of endocrinologische (met name de schildklier) oorzaak gedacht te worden. Diagnostiek en behandeling kan complex zijn, vooral als de patiënt geen adequate anamnese kan geven, bijvoorbeeld door desorganisatie of cognitieve stoornissen. In dat geval is het extra van belang dat die vergezeld wordt naar de huisarts of specialist ter ondersteuning en om aanvullende informatie te verstrekken.

2.3.4 Aanbevelingen

- Structurele aandacht voor somatiek hoort bij een geïntegreerde behandeling van mensen met ernstige psychische aandoeningen.
- Het structureel aandacht hebben voor somatiek bij patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen is primair de verantwoordelijkheid van de psychiater,
- De structurele aandacht voor somatiek bij patiënten met ernstige psychische aandoeningen kan eenvoudiger, goedkoper en doeltreffender worden wanneer dat wordt ondersteund door een daartoe geschoold psychiatrisch verpleegkundige of verpleegkundig specialist.
- Om gebrek aan geneigdheid tot behandeling bij een deel van de patiënten en met ernstige psychische aandoeningen te ondervangen, is naast psychiatrische 'bemoeizorg' eveneens somatische bemoeizorg geïndiceerd (Cohen, 2015).
- Verbetering van leefstijl, met name rookgedrag, dient onderdeel te zijn van het behandelplan.

2.4 Beperken van schade door ontregeling

Bij ontregeling doet de psychiater onderzoek naar mogelijk onderliggende problemen, bijvoorbeeld somatische pathologie of middelenmisbruik, en biedt hij intensieve behandeling voor herstel van sociaal functioneren. Behandeling vindt bij voorkeur ambulant plaats, vanuit het principe 'beter worden doe je thuis' (Keet, 2011). Ter voorkoming van gevaar en/of uitputting van de patiënt of zijn omgeving kan klinische opname toch nodig zijn. De psychiater werkt transmuraal: Hij houdt nauw contact met zijn klinische collega, is aanwezig bij zorg afstemmingsgesprekken, bezoekt ook de patiënt zelf in de kliniek en draagt er zorg voor dat er wordt samengewerkt met de naastbetrokkenen (Mierlo, Bovenberg, Voskes & Mulder, 2013; Mierlo et al., 2016).

2.4.1 Bemoeizorg

De motivatie paradox beschreven door Mulder, Jochems en Kortrijk (2014) beschrijft de paradoxale associatie tussen zorgbehoeften en motivatie om hulp te zoeken. Bij lichte tot

matige zorgbehoeften zal de motivatie om hulp te zoeken omhoog gaan met de ernst van de problemen. Bij grote zorgbehoeften buigt deze associatie om en is er juist minder motivatie voor behandeling. Hier zijn verschillende verklaringen voor: negatieve stigmatiserende ervaringen met eerdere zorg, cognitieve beperkingen, een zorgaanbod dat niet past bij de zorgvraag of praktische bezwaren. Deze paradox maakt dat in tegenstelling tot de somatiek, hoog gespecialiseerde centra niet de groep bereiken met de grootste behoeften aan de zorg. Dit maakt kleinschalig organiseren, *assertive outreach* en bemoeizorg tot het kerndomein van de psychiater. Bemoeizorg betekent in de eerste plaats het verleiden en motiveren van een patient in zorg te komen door aan te sluiten bij diens doelen. Pas wanneer deze mogelijkheden zijn uitgeput of als de situatie zo ernstig en urgent is dat direct handelen vereist is, worden drang en dwang ingezet (Henselmans, 1993).

De noodzaak van bemoeizorg is duidelijk bij een manifeste crisis, bijvoorbeeld gekenmerkt door agressie of ander acuut gevaar. Naast de manifeste crisis bestaat er echter ook 'stille ontregeling'. In dat geval verwaarloost de patiënt zichzelf en zijn omgeving zonder dat anderen daar veel van merken. Soms wordt verwaarlozing pas vastgesteld bij een patiënt die ogenschijnlijk al in de herstelfase verkeert. Contact wordt afgehouden of is minimaal, gevaarscriteria of overlast ontbreken en er is een stabiele maar slechte situatie ontstaan. Het primaire doel van de behandeling is dan de ontregeling te doorbreken, waarbij het focus vooral bij het sociale functioneren ligt. Om te zorgen voor blijvende betrokkenheid gebruikt de psychiater zowel attractieve (inloop, herstelwerkplaats) assertieve als juridische maatregelen indien noodzakelijk (RM, budgetbeheer)

Als vrijwel ieder contact wordt afgehouden, dan kan een complexe situatie ontstaan. In dat geval moet de psychiater de verantwoordelijkheid nemen voor de zorg van een patiënt die niet vanzelf in beeld komt. Er dient dan creatief gezocht te worden naar alternatieven. Soms is contact met een naastbetrokkene die nog wel contact met de patiënt houdt voldoende om een oogje in het zeil te houden en bij het ontstaan van een gevaarlijke situatie alsnog (waar nodig met dwang) in te grijpen. Dit vereist wel de moed om een patiënt in zorg te houden die niet of nauwelijks in beeld komt. Uitschrijving om de negatieve reden dat een patiënt niet in beeld komt is een vorm van verwaarlozing. Overleg met de Eerste Geneeskundige en Inspectie kan helpen bij het omgaan met dit dilemma.

2.4.2 Dwang en drang

De psychiater speelt in wet en regelgeving een sleutelrol bij het toepassen van dwang. Hij is bij toepassing van dwang verantwoordelijk voor diagnostiek, het opstellen van het behandelplan en de psychiatrische behandeling, en ook voor de besluitvorming over de toepassing van dwangbehandeling en middelen of maatregelen. De wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ) legt daarnaast bepaalde specifieke verantwoordelijkheden in de handen van de psychiater. Het gaat dan onder andere om het opstellen van de geneeskundige verklaring, het besluiten tot dwangbehandeling en verantwoordelijkheid voor informatievoorziening aan de patiënt.

Voor deze handreiking beperken wij ons tot het inzetten van dwang en drang vanuit de ambulante behandelsituatie. Voor een uitgebreide beschrijving, inclusief maatregelen die worden ingezet tijdens opname verwijzen wij naar de generieke modules Drang en Dwang en Acute Psychiatrie [[link](#)].

Over het toepassen van dwang en drang is weinig wetenschappelijke evidentie beschikbaar. Daarom wegen de meningen van betrokken professionals, experts, ervaringsdeskundigen en familievertegenwoordigers zwaar bij het opstellen van deze paragraaf en de aanbevelingen.

Dwang en drang in de psychiatrie

De mate waarin in de psychiatrie druk uitgeoefend wordt op patiënten kan beschouwd worden volgens een hiërarchie van 'overhalen' tot 'dwang'. Er is in toenemende mate bewijs dat veel patiënten zich onder druk gezet of gedwongen voelen en dat dit stigma verhoogt en leidt tot vertragingen bij het zoeken van hulp (Molodynski, Rugkasa & Burns, 2010).

Bij ggz-professionals dient er routinematig aandacht te zijn voor het gegeven dat iedere patiënt een interventie mogelijk als dwang kan ervaren. Voor patiënten kan dwang samenhangen met gevoelens van dehumanisering en de ervaring zich niet gehoord te voelen. Positieve begrippen lijken vaak gebaseerd te zijn op reflecties van patiënten een tijd na de opname. Dit wijst eerder op begrip van de noodzaak van de interventie dan dat het zou betekenen dat patiënten dwang niet als negatief zouden ervaren (Newton-Howes & Mullen, 2011).

In een onderzoek van Paksarian et al. (2014) had meer dan tweederde van de patiënten met psychotische aandoeningen ten minste één opname die beleefd werd als traumatisch of extreem leed veroorzakend (Paksarian et al. 2014).

Schaamte en zelfverachting als reacties op onvrijwillige opname en ook stigmastress kunnen leiden tot zelfstigma, minder empowerment en slechtere kwaliteit van leven. Interventies die gericht zijn op het verminderen van de negatieve effecten van dwangopnames zouden aandacht moeten hebben voor emotionele reacties, zoals schaamte en zelfverachting, en stigma als stressor (Rüsch et al., 2014).

Dwangopname en trauma

Een aandachtspunt in de behandeling is dat mensen met een ernstige psychische aandoening een psychiatrische dwangopname als *traumatisch* kunnen beleven. Paksarian en collega's (2014) onderzochten de mate waarin psychiatrische hospitalisaties als traumatisch worden waargenomen en associaties van zulke ervaringen met deelname aan behandeling. Zij vonden dat, hoewel waarnemingen van trauma tijdens psychiatrische hospitalisatie veel voorkomen, deze mogelijk niet gerelateerd zijn aan deelname aan behandeling. In deze studie had minstens tweederde van de deelnemers met psychotische stoornissen ten minste één hospitalisatie die ze traumatisch of extreem schrijnend vonden. Zelf gerapporteerde gedwongen medicatie was significant geassocieerd met minder tijd doorgebracht in behandeling over een periode van 10 jaar. Waargenomen trauma werd vaker gerapporteerd door vrouwen dan door mannen (Paksarian et al., 2014).

Newton-Howes en Mullen (2011) vonden dat één op de vier *vrijwillig opgenomen* patiënten dwang ervaren. Ook dit heeft ethische implicaties voor de praktijk. Er is in toenemende mate bewijs dat veel patiënten zich onder druk gezet of gedwongen voelen en dat dit kan leiden tot meer stigma en meer uitstel met betrekking tot het zoeken van hulp (Molodynski, Rugkasa & Burns, 2010).

Dwangopname en stigma

Ander aandachtspunt is dat gedwongen opname door mensen met ernstige psychische aandoeningen ervaren kan worden als *disempowerment* en stigmatiserend. Rüscher en collega's onderzochten in een kwantitatieve studie de voorspellers van zelfstigma en empowerment onder mensen die recent een dwangopname hadden meegemaakt. Ze richtten daarbij de aandacht op emotionele reacties op onvrijwillige hospitalisatie in termen van schaamte en zelfverachting en op stigma gerelateerde stress. Emotionele en cognitieve reacties op dwang bepalen de impact hiervan mogelijk meer dan de kwaliteit van ervaringen met dwang. Interventies voor het verminderen van negatieve effecten van dwangopnames zouden aandacht moeten hebben voor emotionele reacties en stigma als stressor (Rüscher et al., 2014).

Normenkader over toepassen van dwang

Het Landelijk Platform GGZ (LPGGZ) ziet het toepassen van dwang tegen de wil van de patiënt als een zeer ingrijpend uiterst middel. Als dwang toch moet worden ingezet dan dient dit zo *kort, veilig* en *humaan* mogelijk te gebeuren. De wensen, behoeften en voorkeuren van cliënten en naastbetrokkenen staan daarbij centraal. In het [Normenkader patiëntveiligheid bij toepassing van dwang](#) is daarom een set van normen opgesteld vanuit het cliënt- en familieperspectief over de toepassing van dwang. Dit Normenkader kan door ggz-instellingen worden benut als instrument en als hulpmiddel bij de besluitvorming rondom dwang, het verder terugdringen van dwang en bij de toepassing van dwang als uiterste optie. Daarnaast kan het Normenkader worden ingezet als toetsingsinstrument bij audits over patiëntveiligheid (Landelijk Platform GGZ, ca. 2015).

Interventies nodig

Er zijn interventies nodig om patiënten en naastbetrokkenen niet alleen te helpen omgaan (coping) met hun symptomen gedurende een acute crisis, maar ook om hen te helpen omgaan met de moeilijke ervaring van onvrijwillig opgenomen worden en met de daarmee samenhangende schaamte, zelfverachting en stigma.

2.4.2.1 Aanbevelingen dwang en drang

- Het toepassen van dwang leidt altijd tot iatrogene schade en kan bijdragen aan stigma en trauma. Het toepassen van dwang begint daarom bij de afweging tussen de toegebrachte schade bij het toepassen van dwang en de schade die een patiënt oploopt bij het afzien van dwang.
- Bij het inzetten van dwang wordt bewaakt dat dit enkel gebeurt om schade af te wenden en niet als straf wordt ingezet. In juridische termen: civielrecht (BOPZ) en strafrecht dienen uit elkaar gehouden te worden. Strafbare feiten en delicten dienen een justitiële afhandeling te hebben die begint bij aangifte. In de praktijk leidt dit vaak tot een sepot vanwege de psychische aandoening. Daarom is een korte lijn tussen psychiater enerzijds en politie (zorg coördinator Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ)) en officier van justitie bij Openbaar Ministerie (OM) anderzijds van belang.
- De behandelend psychiater dient ook stil te staan bij ervaren dwang buiten de context van de BOPZ.
- De behandelend psychiater maakt bij het nemen van beslissingen gebruik van de deskundigheid van andere leden van het multidisciplinair team.

- De motieven en doelen van het inzetten van dwang worden voor besproken met patiënt en naastbetrokkenen. Dit maakt dat het voor alle partijen duidelijk is wat het beoogde doel is van het inzetten van dwang.
- Het inzetten van dwang wordt voorafgegaan door consultatie en intervisie met een collega-psychiater.
- Het inzetten van een Inbewaringstelling dient te worden beschouwd als een mogelijk falen van het tijdig signaleren van gevaar waardoor minder intrusieve maatregelen, zoals drang of een Rechterlijke machtiging (RM) en consultatie niet meer mogelijk zijn. Dit dient beschouwd te worden als een incident dat vraagt om een reconstructie en evaluatie.
- Dwang wordt ingezet vanuit een totaalvisie op de behandeling die een patiënt nodig heeft. Alleen vanuit een dergelijk professioneel gezichtspunt kan de psychiater inzicht krijgen in effectiviteit en schadelijkheid van een voorgenomen dwangtoepassing.
- De psychiater vraagt zich af in hoeverre hij bekwaam is om de besluitvorming te kunnen uitvoeren, zoals dat in het kader van de Wet BOPZ vereist is. Waar dat tekort schiet dient hij consultatie aan te vragen.

2.5 Referenties

- Banham, L., & Gilbody, S. (2010). Smoking cessation in severe mental illness: What works? *Addiction*, 105, 1176–1189.
- Boardman, J., Craig, T., Goddard, C., Henderson, C., McCarthy, J., McInerney, T., ... Whicher, E. (2010). *Recovery is for all: Hope, agency and opportunity in psychiatry: A position statement by consultant psychiatrists*. London: South London and Maudsley NHS Foundation Trust and South West London and St George's Mental Health NHS Trust.
- Boer, M.K. de, Castelein, S., Wiersma, D., Schoevers, R.A., & Knegtering, H. (2015). The facts about sexual (dys)function in schizophrenia: An overview of clinically relevant findings. *Schizophrenia Bulletin*, 41(3), 674–686.
- Cahn, W., Ramlal, D., Bruggeman, R., Haan, L. de, Scheepers, F.E., Soest, M.M. van, ... Slooff, C.J. (2008). Preventie en behandeling van somatische complicaties bij antipsychoticagebruik. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50(9), 579–591.
- Cohen, D. (2015). Een ernstige psychiatrische aandoening verkort de levensverwachting. *Huisarts & Wetenschap*, 58 (1, 16–18).
- De Hert, M., Cohen, D., Bobes, J., Cetkovich-Bakmas, M., Leucht, S., Ndeti, D.M., ... Corell, C.U. (2011). Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. *World Psychiatry*, 10, 138–151.
- Haan, L. de, Klaassen, R., Beveren, N. van, Wunderink, I., Rutten, B.P.F. & Os, J. van (2012). Stagering van psychotische stoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54(11), 927–933.
- Hamann, J., Leucht, S., & Kissling, W. (2003). Shared decision making in psychiatry. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107, 403–409.

- Harten, P.N. van, Bakker, P.R., & Os, J. van (2015). Bewegingsstoornissen als prodroom bij personen met een sterk verhoogd risico op psychose. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 57(2), 77–82.
- Hartz, S.M., Pato, C.N., Medeiros, H., Cavazos-Rehg, P., Sobell, J.L., Knowles, J. ... Pato, M.T. (2014). Comorbidity of severe psychotic disorders with measures of substance use. *JAMA Psychiatry*, 71, 248–254.
- Henselmans, H. (1993). Bemoezorg: Ongevraagde hulp voor psychotische patiënten. Delft: Eburon.
- Huber, M., Vliet, M. van & Boers, I. (2016). Heroverweeg uw opvatting van het begrip 'gezondheid'. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 160, A7720, p. 1-5.
- Huber, M., Vliet, M. van, Giezenberg, M., Winkens, B., Heerkens, Y., Dagnelie, P.C. & Knottnerus, J.A. (2016). Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: A mixed methods study. *BMJ Open* 2016;5:e010091. doi:10.1136/bmjopen-2015-010091.
- Hughes, R., Hayward, M., & Finlay, W.M.L. (2009). Patients' perceptions of the impact of involuntary inpatient care on self, relationships and recovery. *Journal of Mental Health*, 18, 152–160.
- Kane, J.M. (2013). Improving patient outcomes in schizophrenia: Achieving remission, preventing relapse, and measuring success. *Journal of Clinical Psychiatry*, 74(9):e18. doi: 10.4088/JCP.12117tx1c.
- Keet, I.P.M. (2011). Beter worden doe je thuis. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 53(10), 691-693.
- Keks, N.A., Hope, J., & Culhane, C. (2014). Management of antidepressant-induced sexual dysfunction. *Australasian Psychiatry*, 22(6), 525-528. doi: 10.1177/1039856214556323.
- Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen (2014). *De Geïntegreerde Richtlijn Behandeling: Een behandelkader voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis*. Handleiding voor professionals. Utrecht: Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen.
- Knegtering, H. (2003). *Antipsychotic treatment and sexual functioning: Role of prolactin*. Groningen: s.n., 181 p. (Thesis).
- Knegtering, H., Bruggeman, R., Castelein, S., & Wiersma, D. (2007). Antipsychotica en seksueel functioneren bij mensen met psychosen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 49, 10, 733-742.
- Landelijk Platform GGZ (ca. 2015). *Wat doet het LPGGz aan patiëntveiligheid?* Geraadpleegd op 31 oktober 2016 op: http://www.platformggz.nl/lpggz/thema_patiëntveiligheid/wat_doet_het_lpggz_aan_patiëntveiligheid
- Meeuwissen, J.A.C., Meijel, B. van, Piere, M. van, Bak, M., Bakkenes, M., Kellen, D. van der, ... Hermens, M. (Werkgroep Richtlijnontwikkeling Algemene somatische screening & Leefstijl) (2015). *Multidisciplinaire richtlijn Somatische screening bij mensen met een ernstige psychische aandoening*. Utrecht: V&VN.
- Mierlo, T. van, Bovenberg, F., Voskes, Y. & Mulder, N. (2013). *Werkboek HIC: High en intensive care in de psychiatrie*. Utrecht: De Tijdstroom.

- Mierlo, T. van, Meer, L. van der, Voskes, Y., Berkvens, B., Stavenuiter, B., & Weeghel, J. van (2016). *De kunst van ART: Werkboek Active Recovery Triad*. Wanneer het herstel in de langdurige psychiatrische zorg stagneert. Utrecht: De Tijdstroom.
- Miller, W.R., Rollnick, S. (2005). *Motiverende gespreksvoering: Een methode om mensen voor te bereiden op verandering*. Ouderkerk aan den IJssel: Ekklesia.
- Molodynski, A., Rugkasa, J., & Burns, T. (2010). Coercion and compulsion in community mental health care. *British Medical Bulletin*, 95, 105–119.
- Montejo, A.L., Llorca, G., Izquierdo, J.A., & Rico-Villademoros, F. (2001). Incidence of sexual dysfunction associated with antidepressant agents: A prospective multicenter study of 1022 outpatients. Spanish Working Group for the Study of Psychotropic-Related Sexual Dysfunction, *Journal of Clinical Psychiatry* 62(Suppl 3), 10-21.
- Mulder, C.L., Jochems, E., & Kortrijk, H.E. (2014). The motivation paradox: Higher psychosocial problem levels in severely mentally ill patients are associated with less motivation for treatment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49, 541–548.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), (2015). Richtlijn psychiatrische diagnostiek. Tweede, herzien versie, De Tijdstroom, Utrecht.
- Newton-Howes, G., & Mullen, R. (2011). Coercion in psychiatric care: Systematic review of correlates and themes. *Psychiatric Services*, 62, 465–470.
- Östman, M., & Björkman, A.C. (2013). Schizophrenia and relationships: The effect of mental illness on sexuality. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, 7(1), 20-24.
- Olfson, M., Gerhard, T., Huang, C., Crystal, S., & Stroup, T.S. (2015). Premature mortality among adults with schizophrenia in the United States. *JAMA Psychiatry*, 72, 1172–1181.
- Os, J. van, & Kahn, R. (2007). Remissiecriteria voor de diagnose schizofrenie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 49(1), 21-26.
- Pacchiarotti, I., Murru, A., Kotzalidis, G.D., Bonnin, C.M., Mazzarini, L., Colom, F., & Vieta, E. (2015). Hyperprolactinemia and medications for bipolar disorder: Systematic review of a neglected issue in clinical practice. *European Neuropsychopharmacology*, 25(8), 1045-1059.
- Paksarian, D., Mojtabai, R., Kotov, R., Cullen, B., Nugent, K.L., & Bromet, E.J. (2014). Perceived trauma during hospitalization and treatment participation among individuals with psychotic disorders. *Psychiatric Services*, 65, 266–269.
- Park, Y.W., Kim, Y., & Lee, J.H. (2012). Antipsychotic-induced sexual dysfunction and its management. *The World's Journal of Men's Health*, 30(3), 153–159.
- Projectgroep PVA EPA, Couwenberg, C., & Weeghel, J. van (2014). *Over de brug: Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen: Aanpak in vogelvlucht*. Utrecht: Kenniscentrum Phrenos.
- Rüsch, N., Müller, M., Lay, B., Corrigan, P.W., Zahn, R., Schönenberger, T., ... Rössler, W. (2014). Emotional reactions to involuntary psychiatric hospitalization and stigma-related stress among people with mental illness. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 264, 35–43.

- Saha, S., Chant, D., & Mcgrath, J. (2007). A systematic review of mortality in schizophrenia: Is the differential mortality gap worsening over time? *Archives of General Psychiatry*, 64, 1123–1131.
- Slade, M. (2013). *100 Ways to support recovery: A guide for mental health professionals*. London, Rethink Mental Illness.
- Smith, S.M., O'Keane, V. & Murray, R. (2002). Sexual dysfunction in patients taking conventional antipsychotic medication. *British Journal of Psychiatry*, 181, 49-55.
- Terevnikov, V., Stenberg, J.H., Tiihonen, J., Burkin, M., & Joffe, G. (2016). Add-on mirtazapine improves orgasmic functioning in patients with schizophrenia treated with first-generation antipsychotics. *Nordic Journal of Psychiatry*, Oct 5, 1-4.
- Veldhuizen, R. van, Polhuis, D., Bähler, M., Mulder, N., & Kroon, H. (Red.). (2015). *Handboek (Flexible) ACT*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Volman, L., & Landeen, J. (2007). Uncovering the sexual self in people with schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(4), 411–417.
- Wiersma, D., Visser, E., Bähler, M., Bruggeman, R., Delespaul, P.A., Gaag, L. van der ... Mulder, C.L. (2015). Functionele remissie bij mensen met een ernstige psychiatrische aandoening; psychometrische eigenschappen van een nieuw ROM-instrument. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 57(6), 395-404.
- World Health Organization, 2010. Measuring Health and Disability. Manual of WHO Disability Assessment Schedule. WHODAS 2.0.
(<http://www.who.int/classifications/icf/whodasii/en/>)

Hoofdstuk 3 Biologische interventies

3.1 Inleiding

De uitgangsvraag voor dit hoofdstuk is:

Hoe kunnen biologische interventies bij patiënten met ernstige psychische aandoeningen worden uitgevoerd zodat die bijdragen aan sociaal en persoonlijk herstel?

3.1.1 Rol en taak van de psychiater

Een psychiater heeft overzicht van de symptoomdimensies, onderhoudende factoren en zorgbehoeften. Volgens het principe van gezamenlijke besluitvorming deelt de psychiater samen met teamleden deze expertise met de patiënt en naastbetrokkenen. Daarbij zoekt hij samen met de patiënt naar diens persoonlijke doelen. Om die doelen te helpen bereiken kan de psychiater biologische interventies voorstellen en inzetten. Dit hoofdstuk biedt een handreiking voor de praktijk van psychiatrische consultvoering en is uitdrukkelijk bedoeld om te lezen naast de bekende richtlijnen en handboeken.

3.1.2 Onderbouwing

De onderbouwing van dit hoofdstuk bestaat uit:

- adoptie/adaptatie aanbevelingen MDR Schizofrenie (van Alphen et al., 2012);
- raadpleging (concept) zorgstandaarden: Bipolaire stoornissen en Psychose;
- raadpleging generieke module Naasten en generieke module Bijwerkingen door geneesmiddelen voor psychiatrische aandoeningen [[Link](#)];
- expertkennis;
- grijze literatuur.

3.2 Uitgangspunten van behandeling

3.2.1 Medicatie als gereedschap

Ieder behandeladvies en recept hoort optimaal aan te sluiten op het hersteldoel en op de zorgbehoeften van patiënt en betrokkenen. Medicatie is gereedschap, dat de patiënt kan aanwenden om persoonlijke doelen te helpen bereiken (Diamond, 2011). De psychiater heeft geen exclusieve toegang tot dit gereedschap. Het is de patiënt die dit uiteindelijk gebruikt, vaak in nauwe afstemming met teamleden en naastbetrokkenen.

Allereerst wordt een middel gekozen op basis van specifieke voorkeuren en zorgen van de patiënt. Daartoe wordt van de beschikbare opties de werking en mogelijke bijwerkingen besproken. Op basis daarvan kiezen patiënt en psychiater samen een middel of een combinatie van middelen. Door psychiatrische symptomen te behandelen kan de patiënt weer een positief zelfbeeld ontwikkelen, contact met anderen herstellen en eigen doelen bereiken. Vervolgens wordt een nauwkeurig afgepast doseringsschema voor een bepaalde periode vastgesteld (Elwyn et al., 2012).

Psychiaters hebben voor patiënten met ernstige psychische aandoeningen krachtig gereedschap tot hun beschikking: de ernstigste symptomen laten zich in verreweg de meeste gevallen goed behandelen. Van tevoren is echter onduidelijk welk

antipsychoticum, en in welke dosering, bij iemand werkt en daarnaast de minste bijwerkingen geeft. De meeste psychofarmaca hebben bijwerkingen die de therapietrouw in de weg kunnen staan. Ook milde bijwerkingen belemmeren vaak het functioneel herstel op verschillende levensgebieden. Zo kunnen antipsychotica al bij lage doseringen leiden tot affectvervlakking. Ook kunnen medicijnen onwenselijke gevolgen hebben op de lange termijn, zoals het metabool syndroom. De kans dat bijwerkingen worden verdragen is sterk afhankelijk van de door de patiënt ervaren doelmatigheid van de medicatie. Met andere woorden: motivatie om bijwerkingen te verdragen ontstaat alleen als patiënt en betrokkenen ervan overtuigd zijn dat met medicatie een persoonlijk doel kan worden behaald of een ernstig risico kan worden afgewend.

3.2.2 Aandacht voor bijwerkingen van medicijnen

Psychofarmaca kennen bijwerkingen die tot ernstige complicaties kunnen leiden. De psychiater dient alert te zijn op het herkennen van metabole, cardiovasculaire, neurologische, hematologische, gastro-intestinale en seksuele bijwerkingen en schildklierafwijkingen (Cahn et al., 2008; Meeuwissen et al., 2015).

Knegtering en collega's (2007) constateren dat patiënten en hulpverleners de ervaren bijwerkingen nogal eens als een gegeven aannemen, zonder dat gezocht wordt naar alternatieve oplossingen, zoals switch naar een ander antipsychoticum, verlaging van de dosering, toevoegen van comedatie, zoals mirtazapine (Terevnikov et al., 2016), of voorschrijven van sildenafil (Keks, Hope & Culhane, 2014), om bijwerkingen tegen te gaan.

Studies wijzen erop dat het negeren van bijwerkingen vaak leidt tot steeds grotere problemen: Hoe langer een geneesmiddel wordt gebruikt des te groter zijn namelijk de ongewenste effecten voor patiënten (Knegtering et al., 2007). Daardoor neemt de kans op therapieontrouw (medicijnen niet meer of niet volgens de voorschriften nemen) aanzienlijk toe (Kane, 2013).

Hieronder gaan we nader in op bewegingsstoornissen, metabole bijwerkingen en seksuele disfuncties.

Bewegingsstoornissen

Bewegingsstoornissen komen voor bij alle antipsychotica, met uitzondering van clozapine. Het betreft overigens niet enkel een bijwerking, psychotische stoornissen zijn op zichzelf verbonden met een verhoogd risico op bewegingsstoornissen (van Harten, Bakker & van Os, 2015). De prevalentie wordt onderschat, omdat subtiele bewegingsstoornissen lang niet altijd worden herkend.

Metabole bijwerkingen

De meeste eerste en tweede generatie antipsychotica hebben metabole bijwerkingen, zoals obesitas, dyslipidemie, hypertensie en hyperglycemie. Deze factoren hangen samen met een verhoogd risico op diabetes mellitus en hart- en vaatziekten. Dit maakt dat het voorschrijven van antipsychotica onlosmakelijk verbonden is met het monitoren van deze risicofactoren. De psychiater zorgt er voor dat de patiënt en naastbetrokkenen voldoende geïnformeerd en gesteund worden in zijn denkproces om zelf weloverwogen keuzes te maken in het eigen medicatie gebruik.

Seksuele disfuncties

Psychofarmaca kunnen leiden tot seksuele disfuncties (De Hert et al., 2011).

Gebruik van antipsychotica gaat bij 30 tot 60% van de groep mensen met ernstige psychische aandoeningen gepaard met seksuele problemen zoals libidoverlies, erectieproblemen, orgasme- of ejaculatiestoornissen (Knegtering, 2003; Knegtering, Bruggeman, Castelein & Wiersma, 2007; de Boer et al., 2015). Antipsychotica verschillen sterk in de mate waarin het hormoon prolactine in het bloed wordt verhoogd. Deze stijging is afhankelijk van de dosering. Dit is een van de belangrijkste oorzaken van seksuele functiestoornissen. Stijging van prolactine verlaagt het libido, vermindert de opwindning en kan de oorzaak zijn van anorgasmie. Daarnaast is prolactinestijging een risicofactor voor gynaecomastie en, op termijn, osteoporose. Vooral sterke dopamine-blokkerende antipsychotica, zoals haloperidol, risperidon en amisulpride kunnen de prolactinespiegel verhogen, maar ook zwakke dopamineblokkers zoals quetiapine en olanzapine kunnen leiden tot prolactinestijging. Aripiprazol leidt soms tot verlaging van prolactine. Veel antipsychotica hebben daarnaast anti-adrenerge en anti-cholinerge effecten, waardoor bij mannen erectie problemen en problemen met ejaculatie kunnen optreden en bij vrouwen vaak droogheid van de vagina optreedt. De minste seksuele bijwerkingen worden beschreven bij olanzapine, clozapine, quetiapine en aripiprazol (Park, Kim & Lee, 2012; Smith, O'Keane & Murray, 2002).

Gewichtstoename, het meest uitgesproken bij olanzapine, quetiapine en clozapine heeft door het veranderende zelfbeeld en zelfvertrouwen ook weer indirect een impact op seksualiteit.

Gebruik van antidepressiva en stemmingsstabilisatoren leidt niet tot prolactinestijging (Pacchiarotti et al., 2015). Antidepressiva, vooral de SSRIs, geven echter toch seksuele bijwerkingen bij meer dan 10% van de patiënten, zowel bij mannen als bij vrouwen. Libidoverlies is daar de belangrijkste van, maar ook anorgasmie en erectieproblemen worden beschreven (De Hert et al., 2011). Tussen de verschillende SSRIs worden geen significante verschillen gemeld. Bij MAO-remmers, mirtazepine en lithium worden minder seksuele bijwerkingen gerapporteerd (Montejo, Llorca, Izquierdo & Rico-Villademoros, 2001).

Andere bijwerkingen van psychofarmaca, zoals sedatie, duizeligheid en gewichtstoename maken dat men zich minder aantrekkelijk voelt, het zelfvertrouwen daalt en er meer moeite ontstaat om zich seksueel te ontplooien (Volman & Landeen, 2007; Östman & Björkman, 2013).

3.2.3 Samenwerking

Om met de biologische behandeling aan te sluiten op het herstelproces investeert de psychiater vanaf de eerste kennismaking in het onderling vertrouwen met patiënt en naastbetrokkenen, met anderen binnen het behandelteam en met zorgverleners daarbuiten. Dit doet hij onder meer door gezamenlijk een concreet behandelplan te ontwikkelen met een gemeenschappelijke doelstelling en door afspraken goed vast te leggen. Zo ontstaat een band. Vervolgens evalueert de psychiater met alle betrokkenen laagfrequent het beloop van de biologische behandeling. Als het even kan of als het nodig is vinden gesprekken hierover niet plaats op kantoor, maar in de wereld van de patiënt. De psychiater steekt als het ware zijn hand uit, door op huisbezoek te gaan of het gesprek te voeren op de werkplek van medebehandelaren of van externe begeleiders.

Een belangrijk uitgangspunt is om zo veel mogelijk samen te werken met naastbetrokkenen, ook in rustig vaarwater. Zijn naastbetrokkenen niet meegekomen? Bel die dan op tijdens het consult.

Medicatie voorschrijven is niet langer het exclusieve domein van de psychiater. Sinds 2013 mogen verpleegkundig specialisten zelfstandig medicatie voorschrijven. Hiervoor geldt wel een aantal voorwaarden. Zij zijn bijvoorbeeld verplicht zich regelmatig te laten bijscholen. Organisaties kunnen aanvullende voorwaarden stellen zoals supervisie bij een psychiater gedurende de eerste twee jaar na hun aanstelling. Tijdens die supervisie worden zaken besproken als dosering, bijwerkingen en voorzorgen.

Het advies aan de patiënt en naastbetrokkenen over biologische behandeling wordt sterker als alle betrokken teamleden de onderliggende overwegingen begrijpen en weten hoe het advies is verwoord. Zij kunnen dan de informatie nog eens uitleggen, het advies herhalen en het proces van motivering steunen. Zo neemt de kans toe dat het behandeladvies wordt overgenomen en dat de behandeling bijdraagt aan het herstelproces.

3.2.4 Gezondheidsvaardigheid vergroten

Het is belangrijk om de gezondheidsvaardigheid van mensen met ernstige psychische aandoeningen te vergroten. De psychiater helpt patiënt en naastbetrokkenen om deskundige en zelfstandige gesprekspartners te worden en zo veel mogelijk zelf de regie te voeren. Daarvoor leert hij ze in enkele jaren relevante informatie te vinden, die kritisch te lezen, daarover van gedachten te wisselen met anderen, alternatieven te overwegen en concrete behandelvoorstellen te doen.

De informatie, adviezen en checklists in de folder Antipsychotica, Zo blijf je ze de Baas (Landelijk Platform GGZ, 2013) [\[Link\]](#) ondersteunen de patiënt om beloop van de behandeling te evalueren, vragen te verzamelen, overwegingen te structureren en daarmee het consult voor te bereiden. Tijdens de consulten deelt de psychiater informatie, stelt hij vragen, daagt hij uit en discussieert hij mee.

Zoals gezegd gebruikt iemand pas medicatie als hij het gevoel heeft dat dit nuttig is. De psychiater probeert daarom te achterhalen welke overwegingen bij patiënten en/of naastbetrokkenen kunnen leiden tot de beslissing om al dan niet medicatie te gebruiken. Indien de indruk bestaat dat de patiënt nog onvoldoende heeft nagedacht over de medicatie, dan kan het denken daarover zelfs bevorderd worden door enige twijfel te zaaien.

Ook bij het bepalen van de dosering wordt de patiënt gevraagd om actief mee te denken. De psychiater legt uit hoe het middel kan worden gedoseerd, met suggestie voor minimale en maximale doseringen en de mogelijke gevolgen. De patiënt zelf beslist.

Als er sprake is van laaggeletterdheid of een laag IQ dan vergt dat extra inspanning van zowel psychiater als patiënt om gezondheidsvaardigheid te trainen. Laaggeletterdheid wordt echter vaak niet herkend omdat mensen meestal niet voor dit probleem uit durven komen. De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) heeft de Toolkit Laaggeletterdheid ontwikkeld om laaggeletterdheid sneller te kunnen herkennen en om daar rekening mee te houden.

3.2.5 Goal framing

Om de motivatie voor het gebruik van medicijnen te vergroten kan de boodschap vanuit een bewust gekozen perspectief naar de patiënt worden gezonden. Daarbij zijn de principes van *Goal Framing* van toepassing. De psychiater kiest daarbij voor een *Gain Frame*, vanuit het perspectief van winst, gezondheid en succes, of juist voor een *Loss Frame*, vanuit het perspectief van verlies, ziekte en falen. Zie ter illustratie het voorbeeld van framing hieronder.

Voorlichting is effectiever als de psychiater vooraf en tijdens een consult bewust een *frame* kiest en vasthoudt. Met een bemoedigende boodschap over veerkracht (*Gain Frame*) wordt vaak meer bereikt dan met een beschermende boodschap over beperkingen (*Loss Frame*). Door successen en mogelijkheden te benadrukken raken mensen gemakkelijker gemotiveerd dan door problemen of gevaren te benadrukken. (van der Moolen, Bruggeman & Knegtering, 2008).

Voorbeeld van framing

Patiënt heeft opnieuw een psychose doorgemaakt als reactie op verhoogde spanning op het werk. Hij is ontslagen na een ernstig conflict met collega's. Nu zorgt hij voor zijn kinderen en heeft hij plezier in vrijwilligerswerk. Hij overweegt betaald werk te zoeken en met de medicatie te stoppen.

- *Loss-frame*: "U heeft een psychose doorgemaakt. De kans is groot dat u zonder medicatie weer psychotisch wordt. Als u weer fulltime gaat werken, dan loopt u nog hoger risico om weer een psychose te krijgen. Dan zou u weer in conflict kunnen raken en opnieuw uw werk kwijtraken. Daarnaast zou u dan niet meer goed voor uw kinderen kunnen zorgen. Om dat te voorkomen kunt u beter uw vrijwilligerswerk vasthouden in plaats van betaald werk te zoeken. Daarnaast is het van belang om de komende tijd medicatie te blijven nemen."
- *Gain-frame*: "U heeft een psychose doorgemaakt. Door uw gevoeligheid daarvoor is het van belang goede maatregelen te nemen om in goede conditie te blijven. U wilt graag goed voor uw kinderen blijven zorgen. Daarnaast wil u graag weer aan het werk. Daarvoor wilt u zich goed kunnen focussen en optimaal bestand te zijn tegen oplopende spanning. Tijdens uw vrijwilligerswerk kunt u uw stressbestendigheid trainen. Medicatie helpt u daarbij om stabiel te blijven. Over een half jaar kunnen we samen bekijken of u toe bent aan een volgende stap."

3.2.6 Ambivalentie

Mede door het toegepaste *Goal frame* heeft medicatie een bijzondere betekenis voor de patiënt en naastbetrokkenen. Medicatie betekent bijvoorbeeld veiligheid, vertrouwen in stabiliteit of controle over de ziekte. In sommige omstandigheden is die betekenis voor de gezondheid zelfs groter dan het farmacologisch effect. Sommige mensen hebben echter geen baat bij medicijnen, hoe groot de betekenis of hoe sterk de indicatie ook is. Daarom is het belangrijk om bij ieder consult opnieuw antwoord te vinden op de fundamentele vraag: heeft deze patiënt echt medicatie nodig, en zo ja, voor welk probleem en voor hoe lang?

Ambivalentie over medicatie-inname is normaal. Als er al veel is geprobeerd, met teleurstellingen en tegenslagen, is er meer reden voor twijfel over de doelmatigheid en de proportionaliteit van biologische behandeling. Vaak heeft de patiënt zelf dan weinig vertrouwen meer in medicatie of vreest hij voor nieuwe bijwerkingen. Herstelprocessen bij patiënten met ernstige psychische aandoeningen verlopen tenslotte met vallen en opstaan, *trial and error*. Daarom worden medicijnen bij deze groep met nog meer omzichtigheid ingezet en veranderd dan gewoonlijk. Daarbij pleiten wij voor *slow medication management*: "*start low... increase slow... reduce slow...*"

3.2.7 Transparantie

Juist bij patiënten met ernstige psychische aandoeningen is het van belang om samen met patiënt en de naastbetrokkenen een transparant behandelplan op te stellen. Het doel waaraan medicatie zou kunnen bijdragen moet haalbaar en duidelijk omschreven zijn. Is het doel symptoombestrijding dan moeten eenduidige symptomen worden vermeld, zoals angstniveau, somberheid of vermoeidheid. Is het doel de versterking van sociale rollen dan moeten die worden benoemd, bijvoorbeeld de rol van partner, ouder, student of werknemer.

Tijdens het volgend consult wordt het medicatie-effect geëvalueerd: draagt medicatie inderdaad bij aan het bereiken van het doel?

Bij iedere grote behandelbeslissing wordt overwogen om een zogenaamd 'n=1 rapport' op te bouwen: zorgvuldig worden de verschillende symptomen en mogelijke bijwerkingen in kaart gebracht met een tijdlijn en systematisch geëvalueerd. De meest succesvolle en desastreuze voorspellingen worden beschreven in de woorden van de patiënt. Op basis daarvan wordt het doseringsschema afgestemd en frequentie van evaluatie afgesproken.

Als de patiënt ervoor kiest om geen medicatie te nemen, terwijl dit noodzakelijk is om gevaar of langdurig isolement af te wenden, dan kan het doelmatig, proportioneel en onafwendbaar zijn om dwangmedicatie te overwegen. Overwegingen bij dwang worden elders beschreven.

Ook psycho-educatie versterkt de transparantie van zorg. Het is daarbij van belang om binnen het team af te spreken welke boodschappen worden afgegeven tijdens psycho-educatie, zodat die aansluiten bij doelen van symptomatisch, maatschappelijk en persoonlijk herstel.

Er zijn goede websites met praktische en herstelgerichte informatie over medicatie bij patiënten met ernstige psychische aandoeningen, zoals:

- Psychosenet [[link](#)];
- Help, ik heb een psychose! [[link](#)];
- Familievereniging Ypsilon [[link](#)];
- Vereniging voor Manisch Depressieven en Betrokkenen [[link](#)];
- het Kenniscentrum Bipolaire Stoornissen [[link](#)];
- Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen [[link](#)];
- Trimbos-instituut Keuzehulp [[link](#)].

Vooraf de korte films van deze sites versterken de voorlichtingsboodschap.

3.2.8 Maatwerk

Redenen om op te treden

Individueel maatwerk is aangewezen bij het vaststellen van de juiste doseringsstrategie. Er zijn psychiaters die menen dat dat in acute situaties of bij ernstige symptomen onvoldoende hoge doseringen worden beproefd. Er zijn soms goede redenen om tijdelijk zeer hoge doseringen van combinaties van psychofarmaca voor te schrijven, vooral bij combinaties van ernstige symptomen met meerdere onderhoudende factoren. Zo wordt regelmatig gekozen voor twee antipsychotica met sterk verschillend receptorprofiel, of toevoeging van een stemmingsstabilisator voor behandeling van specifieke symptomen. Er zijn echter vaak niet veel argumenten voor gebruik van hogere doseringen of van polyfarmacie (Dold & Leucht, 2014). Daarom is het van belang om te proberen om met een enkel middel uit te komen, liefst in een lage dosering. Krachtig optreden is soms ook nodig bij polifarmacie, bij langdurig gebruik van benzodiazepinen en bij aanhoudend gebruik van hoge doseringen psychofarmaca. De psychiater moet dan soms moeite doen om de patiënt te overreden door doelgerichte voorlichting te geven over matige effectiviteit en mogelijke schade door aanhoudend gebruik van deze psychofarmaca.

Voor herstel van sociaal functioneren is het soms nodig om stevig in te grijpen. Vooral bij sluimerende psychotische symptomen zonder ernstige gevolgschade wachten we soms te lang af. De richtlijn Schizofrenie voorziet in de mogelijkheid om al na enkele weken te switchen van middel. Gebruik van de meest krachtige middelen, zoals Lithium en Clozapine, gaat helaas gepaard met de meest complexe voorzorgsmaatregelen en potentiële bijwerkingen. Bij onvoldoende effect van de bestaande behandeling is het voor spoedig herstel van groot belang dat de psychiater leiderschap toont, door tijdig voor te stellen om te switchen naar het meest krachtige middel.

Redenen om af te bouwen

Als het herstelproces is ingezet nemen de ervaren bijwerkingen vaak toe, zoals emotionele vervlakking of sedatie, of worden sluipende problemen van medicatie manifest, zoals metabole of hormonale onregeling. Dit geldt vooral voor antipsychotica en stemmingsstabilisatoren. Om de therapietrouw te ondersteunen is het dan nodig om doseringen terug te brengen. Er wordt gezocht naar de laagst mogelijke onderhoudsdosis.

Zowel binnen de GGZ als binnen andere delen van de gezondheidszorg stoppen patiënten vaak binnen een jaar met de onderhoudsbehandeling, meestal zonder overleg met behandelaren. Althans, achteraf blijkt vaak dat de patiënt daar al wel vooraf op heeft gezinspeeld, door bijvoorbeeld te vragen naar de noodzaak van behandeling, problemen met medicatiegebruik te bespreken of doseringen al zonder overleg te verminderen. Patiënten hebben daar vaak begrijpelijke en goede redenen voor: het medicijn heeft niet het effect dat zij verwachtten, dagelijkse inname van medicatie vergt veel discipline, het middel geeft bijwerkingen en /of draagt bij aan stigmatisering en negatief zelfbeeld. Patiënten kunnen verschillende redenen hebben om daar niet duidelijk met de psychiater over te spreken. Zo kan iemand bang zijn dat de overwegingen om medicatie te stoppen niet serieus worden genomen of dat er dwang of drangmaatregelen worden genomen. Soms ook heeft iemand geen motivatie of energie om de discussie met de psychiater aan te gaan. Een psychiater dient de patiënt daarom regelmatig te vragen naar hoe deze het gebruik van de medicatie ervaart en duidelijk te maken dat deze hier open over kan spreken.

Internationale richtlijnen adviseren langdurige preventieve medicatie na een doorgemaakte psychose, manie of depressie en geven weinig ruimte voor begrip voor persoonlijke afwegingen van patiënten om medicatie te stoppen. Het advies is gebaseerd op het bekende zeer hoge terugvalrisico. Het is echter niet gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek, omdat studies meestal binnen een jaar zijn afgerond (Leucht 2012). Er zijn echter aanwijzingen dat langdurig gebruik van hoge gedoseerde dopamine-blokkerende antipsychotica het herstelproces kan remmen, door verhoogde sensitisatie van het dopamine-systeem (Murray 2016). Om meer zicht te krijgen op dit effect hebben Wunderink et al (2013) een *randomised controlled trial* (RCT) uitgevoerd bij 128 patiënten in remissie na een eerste psychose. Zij vergeleken een groep die als onderhoudsbehandeling doorging met dezelfde antipsychotica in dezelfde dosering met een groep waarbij een dosisreductiestrategie werd toegepast (de medicatie werd verminderd of gestopt). Na 18 maanden werd er bij de laatste groep een tweemaal zo hoog terugvalpercentage geconstateerd (42 vs. 21%). Bovendien verbeterde het gemiddelde niveau van functioneren bij de dosisreductiestrategie niet. Echter, in een tweede meting zeven jaar later bleek onderhoudsbehandeling de terugval slechts uit te stellen, maar niet te voorkomen. Opvallender nog was dat mensen uit de groep waar de dosis was verlaagd of met de medicatie was gestopt twee keer zo hoog scoorden op het gebied van maatschappelijk herstel. Het is daarom belangrijk om ook de mogelijkheid van minderen of geheel stoppen met medicatie aan patiënt en naastbetrokkenen voor te leggen, met alle voor- en nadelen ervan.

Langzaam afbouwen

Als de symptomen en de omstandigheden het toelaten, wordt met de patiënt besproken of de dosering teruggebracht kan worden. Zo zal de kans worden verkleind dat de patiënt medicatie abrupt staakt, met het risico op een rebound effect. Verlaging van medicatie behoort zeer langzaam te verlopen, in stappen van weken tot maanden, in een proces van enkele maanden tot een jaar. Iedere stap wordt zorgvuldig voorbereid en regelmatig geëvalueerd. Bij terugval wordt de dosis tijdig weer verhoogd, maar als de symptomen en omstandigheden dat weer toelaten wordt er weer afgebouwd.

Vaak overwegen patiënten op een goed moment om het gebruik van preventieve medicatie helemaal te staken. In goed overleg met patiënt en naastbetrokkenen wordt soms besloten om eerst de dosering verder te verlagen tot zeer, zeer laag, bijvoorbeeld Haloperidol 0,5 mg, Olanzapine 2,5 mg dagelijks of Aripiprazol 2,5 mg om de dag. Als dat goed bevalt, dan wordt vervolgens soms besloten om het gebruik geheel te stoppen, maar het komt ook voor dat patiënten geen last meer hebben van bijwerkingen en besluiten om gebruik daarom toch voort te zetten.

Drug holidays

Bij gebruik van antidepressiva en stemmingsstabilisatoren ter preventie van recidief stemmingsstoornissen is het van belang om continue bescherming te adviseren zonder tussenpozen, voor optimaal effect. Bij gebruik van antipsychotica kunnen echter soms intermitterende behandeling met *drug holidays* worden overwogen. Patiënten kiezen daar soms zelfstandig voor, zonder met de arts te overleggen, maar vragen soms om medewerking en advies daarbij. In dat geval kan de patiënt met naastbetrokkenen overwegen om alleen medicatie te gebruiken tijdens periodes van oplopende belasting, in plaats van te kiezen voor voortdurend gebruik. De patiënt kiest voor regelmatig terugkerende perioden zonder medicatie, variërend van duur tussen om de andere dag tot tweemaandelijks. Met deze strategie vermindert het risico op nadelige effecten van langdurige blootstelling aan middelen, terwijl het risico van terugval wordt beheerst.

Door ernstige bijwerkingen te voorkomen wordt bovendien het functioneel herstel soms bevorderd (Remington & Kapur, 2010). In een Cochrane-meta-analyse is gevonden dat de intermitterende doseringsstrategie minder effectief was dan continue antipsychotische behandeling ter voorkoming van terugval bij mensen met schizofrenie. De strategie bleek echter beduidend effectiever in het voorkomen van terugval dan geen preventieve behandeling (Sampson, Joshi, Mansour & Adams, 2013).

Afspraken maken

Bij het overwegen van dosisreductie of intermitterende dosering is het belangrijk om goed vast te leggen welk effect de patiënt daarvan verwacht. Wil deze bijvoorbeeld weer emoties voelen? Helder nadenken? Zich minder patiënt voelen? Het is ook een goede aanleiding om samen met de patiënt en de naastbetrokkenen een Terugval Preventie Plan of Signaleringsplan te maken of verder te ontwikkelen (van Meijel, van der Gaag, Kahn & Grypdonck, 2003). Het plan bevat een omschrijving van alle vroege signalen van een eventuele volgende psychose, risicovolle situaties en het te voeren beleid, zoals te nemen maatregelen en noodmedicatie. Daarnaast bevat het ook telefoonnummers van alle betrokkenen. Tenslotte is het van belang voor goede samenwerking en voor uitdrukken van vertrouwen om email-adressen met patiënt en familie uit te wisselen, zoals dat gebruikelijk is binnen een projectteam. Patiënten zullen in emails niet hun hele (privacygevoelige) verhaal verspreiden en u hoeft niet het dossier toe te zenden, maar in emails kunnen betrokkenen elkaar gemakkelijk en doeltreffend gerichte vragen stellen die niet spoedeisend zijn. De KNMG geeft daar ruimte voor, maar legt de verantwoordelijkheid voor zorgvuldige toepassing expliciet bij de arts. Zie verder op de [website van de KNMG](#). Het opstellen van een signaleringsplan is tevens een prima techniek om structuur terug te vinden in een complex dossier of bij een complexe behandelrelatie. Aan de hand van het plan wordt vervolgens regelmatig en doelgericht het beloop tijdens het terug brengen van de dosering geëvalueerd. Zo wordt de verantwoordelijkheid voor signalering gedeeld binnen de Triade en wordt het onderling vertrouwen in elkaar versterkt.

3.3 Aanbevelingen

- Stel bij ieder consult vast met uw patiënt en met naastbetrokkenen welk behandelgoal met de medicatie kan worden bereikt en wanneer u dat evalueert. Vergroot zelfredzaamheid, door de gezondheidsvaardigheid van patiënten en naastbetrokkenen te trainen.
- Heb doorlopend aandacht voor mogelijke bijwerkingen en maak deze bespreekbaar.
- Kies vooraf aan ieder voorlichtingsgesprek uw *goal frame*.
- Ambivalentie bij patiënten over medicatie-inname is normaal. Transparante besluitvorming en motiverende gespreksvoering zijn daarom de norm.
- Overweeg bij iedere grote behandelbeslissing om een 'n=1 rapport' op te bouwen en stel een signaleringsplan of terugvalpreventieplan op of werk dit bij.
- Bied continue persoonsgerichte psycho-educatie, samen met teamleden, aan patiënt en naastbetrokkenen, en gebruik daarbij herstelgerichte websites.
- Overweeg steeds opnieuw of dosering van medicatie kan worden verlaagd en bedenk of medicatie kan worden gestaakt. Leg in dat geval de risico's vast in een signaleringsplan

3.4 Referenties

- Alphen, C. van, Ammeraal, M., Blanke, C., Boonstra, N., Boumans, H., Bruggeman, R., Van Wel, T. (2012). *Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Diamond, R.J. (2011). *The medication question: Weighing your mental health treatment options*. New York: Norton.
- Dold, M., & Leucht, S. (2014). Pharmacotherapy of treatment-resistant schizophrenia: a clinical perspective. *Evidence Based Mental Health*, 17(2), 33-37. doi: 10.1136/eb-2014-101813. Epub 2014 Apr 8.
- Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P. ...Barry, M. (2012). Shared decision making: A model for clinical practice. *Journal of General Internal Medicine*, 27(10), 1361–1367.
- Landelijk Platform GGZ (2013). Antipsychotica. Zo blijf je ze de baas. Medicatieveiligheid.
- Leucht, S., Tardy, M., Komossa, K., Heres, S., Kissling, W., Salanti, G., & Davis, J.M. (2012). Antipsychotic drugs versus placebo for relapse prevention in schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 379, 2063–71.
- Meijel, B. van, Gaag, M. van der, Kahn, R.S., & Grypdonck, M.H. (2003). Relapse prevention in patients with schizophrenia: The application of an intervention protocol in nursing practice. *Archives of Psychiatric Nursing*, 17(4), 165-172.
- Moolen, A. van der, Bruggeman, R., & Knegtering, H.J. (2008). *Overdracht: Over voorlichting in de psychiatrie. Van theorie naar praktijk*. Groningen: Universitair Centrum Psychiatrie van het Universitair Medisch Centrum Groningen.
- Murray, R.M., Quattrone, D., Natesan, S., Os, J. van, Nordentoft, M., Howes, O., Di Forti, M., & Taylor, D. (2016). Should psychiatrists be more cautious about the long-term prophylactic use of antipsychotics? *The British Journal of Psychiatry*, 209, 361–365.
- Remington, G. & Kapur, S. (2010). Antipsychotic dosing: How much but also how often? *Schizophrenia Bulletin*, 36(5), 900-903.
- Sampson, S., Joshi, K., Mansour, M., & Adams, C.E. (2013). Intermittent drug techniques for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 39(5), 960-961.
- Wunderink, L., Nieboer, R.M., Wiersma, D., Sytema, S., & Nienhuis, F.J. (2013). Recovery in remitted first episode psychosis at 7-years of follow-up of an early dose-reduction/discontinuation or maintenance treatment strategy. *JAMA Psychiatry*, 70, 913-920.

Hoofdstuk 4 Psychologische interventies

4.1 Inleiding

De uitgangsvragen voor dit hoofdstuk zijn:

- Welke psychologische interventies kan de psychiater inzetten als behandelaar van mensen met ernstige psychische aandoeningen?
- Welke andere toepassingsmogelijkheden zijn er voor psychotherapie en het psychotherapeutische gedachtegoed in de praktijk van de zorg voor patiënten met ernstige psychische aandoeningen?

4.1.1 Rol en taak van de psychiater

De psychiater is bij de indicatiestelling voor psychotherapie in staat om tot een gewogen keuze voor een behandeloptie te komen (en af te wegen tegen andere behandelopties), mede tegen de achtergrond van het levensverhaal, de context, klachten, hulpvraag, voorkeuren en aard en fase van het herstelproces van de cliënt.

De psychiater is opgeleid om individuele psychotherapie vanuit een (cognitief) gedragstherapeutisch kader en elementaire therapie-ingrediënten vanuit een psychodynamisch, cliëntgericht en systemisch kader te kunnen toepassen bij verschillende ziektebeelden (Braakman et al., 2016). Hij is bovendien getraind in het vestigen en in stand houden van een goede therapeutische alliantie.

De psychiater dient hierbij actief afstemming te zoeken met de psycholoog en/of psychotherapeut in het team, maar ook met de andere disciplines. Naast de psychologische interventies dient de psychiater in het multidisciplinaire team de inzet te bevorderen van familie-interventies, de vaktherapeutische interventies (zie: concept Generieke module vaktherapie ([link](#))) en de diverse rehabilitatie-methodieken zoals de individuele rehabilitatiebenadering en de cognitieve adaptatietraining (zie (concept) Generieke Module Ernstige Psychische Aandoeningen [[link](#)]).

4.1.2 Onderbouwing

De onderbouwing van dit hoofdstuk bestaat uit:

1. Adoptie/adaptatie conclusies Spaanse Richtlijn uit 2009 (zie bijlage 2);
2. Aanvullende systematische review psychologische interventies (zie bijlage 2);
3. (concept) Generieke Module Psychotherapie ([link](#));
4. Praktijkkennis aangevuld met (grijze) literatuur.

4.2 Overwegingen bij indicatiestelling

Patiënten met ernstige psychische aandoeningen profiteren onvoldoende van de bewezen effectieve psychologische interventies zoals die ingezet worden voor de behandeling van patiënten met uiteenlopende stoornissen. Er is veelal sprake van onderbehandeling, vaak ook ten gevolge van onvoldoende diagnostiek (bijvoorbeeld een niet erkend trauma). Deze onderbehandeling staat het herstel van de patiënt in de weg. Cognitieve gedragstherapie, interventies ten aanzien van het horen van stemmen (Generieke Module Stemmen horen [link](#)) farmacotherapie, familie-interventies en EMDR behoren tot de kern van de behandeling van patiënten met ernstige psychische aandoeningen,

ongeacht de stoornis (van Veldhuizen et al., 2015; van den Berg, 2015; van den Berg et al., 2015).

Het is een verkeerde veronderstelling dat psychologische interventies niet toegepast dienen te worden bij iemand met een ernstige psychische aandoening. Onderzoek waaruit naar voren komt dat psychologische interventies bij patiënten met ernstige psychische aandoeningen beperkt werkzaam zijn, is namelijk sterk gericht op symptomen, zelden op functioneren en vrijwel nooit op identiteit. Herstel op alle drie dimensies als uitkomstmaat van een psychologische interventie is in onderzoek nauwelijks aan de orde. De vele studies gericht op vermindering van symptomen zijn daarom slechts van beperkt belang. Het advies om psychologische interventies in te zetten, is dan ook niet op wetenschappelijk bewijs te baseren maar is een professioneel afwegingsproces. Systematische her-evaluatie, aansluiten bij de actuele persoonlijke context en focus op de klacht zijn belangrijke factoren bij de besluitvorming over het inzetten van psychologische interventies.

Bij patiënten met ernstige psychische aandoeningen is de interventie bovendien meestal gericht op comorbide aandoeningen. Psychologische interventies gericht op deze comorbide aandoeningen zijn ook bij mensen met een hoofddiagnose als bijvoorbeeld schizofrenie effectief gebleken. Zo dient er gezien de belangrijke rol van trauma bij ontstaan en beloop van stoornissen en de grote belasting ervan voor patiënten, routinematig gevraagd te worden naar traumatische gebeurtenissen (zie (concept) Generieke Module Ernstige Psychische Aandoeningen [\[link\]](#); van den Berg, 2015; van den Berg et al., 2015). Andere comorbide aandoeningen kunnen zijn: een obsessief-compulsieve stoornis, stemmingsklachten, stoornis in het gebruik van middelen, cognitieve problemen, suïcidale gedachten, klachten van seksuele dysfunctie en transdiagnostische stoornissen als de piekerstoornis en de slaapstoornis.

Het is daarnaast van belang om de inzet van psychologische interventies in iedere fase van de behandeling van mensen met een ernstige psychische aandoening te overwegen. Ook als er nog onvoldoende maatschappelijk en functioneel herstel is opgetreden betekent dat niet dat gewacht moet worden met psychologische behandeling. Wat in een eerdere fase van de behandeling ineffectief is gebleken hoeft dat nu niet te zijn. Als een in het verleden ingezette interventie niet voldoende resultaat heeft opgeleverd is het zaak om met de patiënt te evalueren waarom deze interventie toen niet tot het gewenste resultaat heeft geleid. Tevens kan men bij de herevaluatie tot de conclusie komen dat een op acceptatie van de symptomen gerichte therapie is aangewezen (Acceptance and Commitment Therapy).

Het methodisch uitvoeren van de interventie in een kansrijke context, met reële middelen, een heldere focus en heldere doelen, concrete eindtermen en geplande evaluatie dragen bij aan een succesvolle interventie.

Voor de specifieke behandeling van symptoomdomeinen verwijzen wij naar de zorgstandaarden.

4.3 Aandachtspunten indicatiestelling

Aandachtspunten bij de indicatiestelling zijn:

- Sociale stabiliteit is geen absolute voorwaarde om psychotherapie te starten. Soms is het wel noodzakelijk om eerst meer orde te krijgen in het dagelijks leven alvorens een psychotherapeutische behandeling te starten.
- Een interventie die eerder niet effectief was kan dat nu wel zijn.
- Overweeg psychotherapie bij iedere patiënt.
- De behandeling van Posttraumatische Stressstoornis (PTSS) leidt bij patiënten met ernstige psychische aandoeningen niet tot toename van klachten (van den Berg et al., 2015; van den Berg, de Bont, & van der Vleugel, 2015).
- De psychiater dient actief met de patiënt te zoeken wáár de wensen en mogelijkheden liggen voor psychologische interventies (shared decision making). Het is dan ook van groot belang om in de diagnostische fase met de patiënt te bekijken welke behandelingen al hebben plaatsgevonden, of die behandelingen adequaat zijn uitgevoerd, in welke context dat is gebeurd, in welke fase van het herstelproces dat is gebeurd, wat het effect van die behandelingen is geweest en welke attitude ten opzichte van de patiënt het meest passend is.

Op basis van bovenstaande zijn de volgende vragen geformuleerd die helpend zijn bij de indicatiestelling.

Helpende vragen bij de indicatiestelling:

- Hinderen (sterk op de voorgrond staande) symptomen het uitvoeren van psychologische interventies?
- Zijn er geen belemmerende sociale factoren?
- Is de werkrelatie goed?
- Wat wil patiënt bereiken? Wat is zijn herstelplan?
- Waar liggen de wensen en mogelijkheden voor psychologische interventies?
- Waarom is een eerdere psychologische interventie niet gelukt?

4.4 Behandeling

Samen met de patiënt wordt op basis van *shared decision making* (zie 2.1.1) actief gezocht waar wensen en mogelijkheden liggen voor psychologische interventies. Daarnaast dient aandacht besteed te worden aan de omstandigheden van de patiënt en hier de behandelcontext op aan te passen: als bijvoorbeeld sociale vermijding op de voorgrond staat kan een psychologische interventie bij patiënt thuis aangeboden worden: "Cognitieve Gedragstherapie (CGT) aan de keukentafel". Deze interventies kunnen verschillende foci hebben maar spelen bij patiënten met ernstige psychische aandoeningen altijd een belangrijke rol in het herstelproces. Zo kan psychologische behandeling van een sociale angststoornis of posttraumatische stress stoornis een belangrijke bijdrage leveren aan maatschappelijk herstel. Maar ook een steunende psychotherapie gericht op het hervinden van de eigen identiteit (persoonlijk herstel) hoort tot die verantwoordelijkheden.

De psychologische interventies worden uitgevoerd door de psychiater zelf of door de psycholoog en/of de psychotherapeut. Hoewel zorgprofessionals als de gz-psycholoog, de klinisch psycholoog en de psychotherapeut de afgelopen jaren een meer prominente plek in de behandelteams hebben gekregen, is een ondercapaciteit van deze professionals een van de redenen van de psychotherapeutische onderbehandeling van patiënten met ernstige psychische aandoeningen. Daarom valt meerwaarde te verwachten van het scholen van verpleegkundigen tot gedragstherapeutisch medewerkers (Smits & van der Gaag, 2010). Gedragstherapeutisch medewerkers kunnen onder supervisie van een cognitief gedragstherapeut delen van de cognitief gedragstherapeutische behandeling uitvoeren. Zij kunnen hierbij samenwerken met de ambulante woonbegeleiders.

Een gestructureerde en geïntegreerde psychologische behandeling door de diverse disciplines is van groot belang. De gedragstherapeutisch medewerker bijvoorbeeld voert deelinterventies uit in afstemming met de psycholoog en de psychiater.

4.5 Psychotherapeutische begrippen als referentiekader

In het voorgaande heeft de toepassing van psychotherapie betrekking op de behandeling. Naast deze toepassing is psychotherapie van belang als referentiekader voor de context van de behandeling en voor het begrip van relaties, zowel binnen het team als tussen hulpverlener en patiënt (Kaasenbrood, Smit, Nillezen & Hutschemaekers, 2010). Wat betreft de context van de behandeling en de therapeutische relatie is het reëel om er, voor zover het de interpersoonlijke kwetsbaarheid betreft, van uit te gaan dat de bejegening van patiënten met ernstige psychische aandoeningen te vergelijken is van mensen met een persoonlijkheidsstoornis (er is ook overlap tussen de groepen).

Daarmee zijn de behandelprincipes en de aanbevelingen voor het behandelkader, de therapeutische relatie en de attitude-aspecten van hulpverleners uit de Geïntegreerde Richtlijnbehandeling voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis (Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen, 2014) en (concept) zorgstandaard persoonlijkheidsstoornissen [[Link](#)] ook van toepassing voor patiënten met ernstige psychische aandoeningen. Toepassing van die aanbevelingen en principes zijn erop gericht om een veilige, voorspelbare en betrouwbare behandelcontext te creëren als omgeving waarin verandering kan plaatsvinden.

Werken met patiënten met ernstige psychische aandoeningen vraagt veel van hulpverleners en samenwerkingsverbanden van die hulpverleners: de multidisciplinaire teams. Het langdurend begeleiden van mensen met ernstige psychische aandoeningen en soms ook onregelend gedrag kan bij hulpverleners leiden tot inadequate vormen van emotionele betrokkenheid of afstandelijkheid, zich uitend in ongewenste reacties op de patiënt of ontregeling van onderlinge relaties binnen het team. Psychotherapeutische principes en deelttechnieken kunnen behulpzaam zijn bij de analyse van individuele reacties van hulpverleners en spanningen in het team. Psychotherapie is kortom als vorm van behandeling onverminderd van toepassing op mensen met ernstige psychische aandoeningen. Maar bovendien vindt de behandeling van patiënten met ernstige psychische aandoeningen psychotherapie-geïnspireerd plaats.

Vignet gedragstherapie patiënt met demonen

Een 31-jarige vrouw volgt sinds kort cognitieve gedragstherapie voor het hanteren van de gevaarlijke opdrachten van demonen in haar hoofd. De individuele cognitieve gedragstherapie wordt gegeven door de klinisch psycholoog van een F-ACT-team.

De demonen geven haar de opdracht om in de sloot achter haar woning te lopen en zichzelf te verdrinken, zij is een kwade vrouw die dood moet.

Het lukt haar niet om weerstand te bieden aan de opdracht en zij loopt in het donker de sloot in. Haar man mist haar en vindt haar binnen enige minuten in de sloot met haar hoofd net boven water.

De crisisdienst besluit tot een opname met een Inbewaringstelling.

Patiënte wordt geplaatst in de separeer omdat zij met haar hoofd tegen een muur blijft dreunen, de demonen moeten immers uit haar hoofd.

Naast het opnieuw instellen op een antipsychoticum schakelt het team van de opname-afdeling de behandelend psycholoog van het F-ACT-team in met het doel om de cognitieve gedragstherapie voort te zetten. De psycholoog helpt patiënte zich te herinneren dat zij de eigenaar is van de stemmen en niet hoeft te handelen naar hun opdrachten. Hierdoor neemt het risico op gevaarlijk gedrag af.

4.6 Aanbevelingen

- Zet psychologische interventies in als mogelijke behandelstrategie voor mensen met ernstige psychische aandoeningen, deze dragen bij aan het herstel. Specifiek beveelt de werkgroep aan om cognitieve psychotherapie en/of familie-interventies te overwegen.
- Pas elementen van psychotherapie toe in de reguliere behandeling om deze te integreren tot een psychotherapeutisch geïnformeerd model.
- Exploreer met iedere patiënt de mogelijkheden voor psychologische interventies. Houd hierbij rekening met persoonlijke context en de herstelfase van patiënt: een interventie die vandaag niet werkt kan morgen wel werken.
- Sluit voor de behandeling van klachten (symptoomdomeinen) aan bij de specifieke zorgstandaarden en pas patiëntgebonden maatwerk toe bij meerdere comorbide stoornissen.
- Indicatiestelling en inzet van psychologische interventies vereist een geïntegreerde interdisciplinaire teambenadering.
- Train psychiaters in opleiding in het hanteren van een therapeutische relatie die werkt aan herstel. Laat ze kennismaken met de indicatiestelling en de toepassing van de gewenste psychologische interventies bij mensen met een ernstige psychische aandoening.
- Zorg voor voldoende capaciteit aan GZ-psychologen, klinisch psychologen, psychotherapeuten en gedragstherapeutisch medewerkers in de specialistische teams.

4.7 Referenties

- Berg, D. van den (2015). Traumabehandeling bij psychose: Gewoon doen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 57, 374-375.
- Berg, D. van den, Bont, P. de, Vleugel, B. van der, Roos, C. de, Jongh, A. de, Minnen, A. van der & Gaag, M. van der (2015). Prolonged exposure vs eye movement desensitization and reprocessing vs waiting list for posttraumatic stress disorder in patients with a psychotic disorder: A RCT. *JAMA Psychiatry*, 72, 259-267.
- Braakman, M., Breuning, L. Sevinga, R., Smeets-Janssen, M., Tendolkar, I., Troost, P., & Tuerlings, J. (Red.). (2016). *HOOP 2.0: Tweede Herziening Opleiding en Onderwijs Psychiatrie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Guideline development group of the Clinical Practice Guideline on Psychosocial Interventions in Severe Mental Illness (2009). *Clinical practice guideline on psychosocial interventions in severe mental illness*. Quality Plan for the National Health System, Ministry of Health and Social Policy. Aragon Health Sciences Institute. Clinical Practice Guidelines in the Spanish NHS: I+CS No 2007/05.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (2012). Acceptance en commitment therapie: Veranderingen door mindfulness: Het process en de praktijk. Amsterdam: Pearson.
- Kaasenbrood, A.J.A., Smit, A., Nillezen, M.C., & Hutschemaekers, G.J.M. (2010). Misgelopen: De therapeutische relatie met 'moeilijke' mensen. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 65(1) 51-62.
- Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen (2014). *De Geïntegreerde Richtlijn Behandeling: Een behandelkader voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis*. Handleiding voor professionals. Utrecht: Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen.
- Kenniscentrum Phrenos (ca. 2016). *Generieke module ernstige psychische aandoeningen (EPA)*. Utrecht: Kenniscentrum Phrenos. (Concept in commentaarfase).
- Smits, C.T., & Gaag, M. van der (2010). Cognitieve gedragstherapie bij schizofrenie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 52(2), 99-109.
- Veldhuizen, R. van, Polhuis, D., Bähler, M., Mulder, N., & Kroon, H. (Red.). (2015). *Handboek (Flexible) ACT*. Utrecht: De Tijdstroom.

Hoofdstuk 5 De psychiater in de wijk: sociale interventies vanuit persoonlijk en maatschappelijk perspectief

5.1 Inleiding

De uitgangsvragen voor dit hoofdstuk zijn:

- Wat is de rol van sociale interventies bij de behandeling van patiënten met ernstige psychische aandoeningen?
- Hoe kan de psychiater medische en sociale interventies integreren?

5.1.1 Rol en taak van de psychiater

Afbouwen van de grote klinische capaciteit en investeren in ambulantisering vraagt van de psychiater om over de brug te komen. De psychiater verlaat zijn ivoren toren en gaat de wijk in om dichtbij de burger en in de maatschappij te staan. Hierbij betreedt de psychiater het sociale domein en komt letterlijk in aanraking met de patiënt en diens context, de naastbetrokkenen, de huisarts en POH, de wijkagent, het sociale-wijkteam (van de gemeente), de woningbouwvereniging en overige ketenpartners. In het herstellenden staat de patiënt als burger centraal. Vanuit dit perspectief (de patiënt en de maatschappij) is dit hoofdstuk belicht. De psychiater is de medische behandelaar in de context van de patiënt in al zijn rollen. (Projectgroep PvA EPA, 2014).

5.1.2 Onderbouwing

De onderbouwing van dit hoofdstuk bestaat uit:

- adoptie en adaptie van een systematische review en aanbevelingen over sociale interventies uitgevoerd bij de Generieke Module ernstige psychische aandoeningen over Werk, Wonen, Wonen en Verblijf, Naasten en Sociaal Netwerk;
- praktijkkennis en (grijze) literatuur.

5.2 Sociale domeinen en herstel

Omdat het domein Herstel in hoofdstuk 2, (paragraaf 2.4) uitgebreid is beschreven, verwijzen we hier verder naar die paragraaf.

5.2.1 Het beloop van een ernstige psychische aandoening en de rol van de psychiater daarin

Het bieden van goede zorg vraagt om de persoonlijke situatie van de patiënt goed in kaart te hebben, en dus ook de factoren die persoonlijk en maatschappelijk herstel bevorderen of belemmeren. Deze individuele context dient een centrale plaats te hebben bij diagnostiek en behandeling. De doelstellingen die de patiënt heeft op het gebied van persoonlijk en maatschappelijk herstel, bepalen de richting van de zorg.

Het opknippen van de verschillende dimensies van herstel naar wettelijke domeinen en verantwoordelijke sectoren heeft geleid tot fragmentatie van zorg en doet geen recht aan de complexe en dynamische samenhang tussen deze dimensies. De psychiater als behandelaar van mensen met ernstige psychische aandoeningen beperkt zich daarom

niet tot het bevorderen van gezondheid in een 'curatieve ggz'. Het integreren van de coördinatie en het uitvoeren van de zorg is de spil van de behandeling van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Uit onderzoek weten we dat een geïntegreerde aanpak een belangrijke voorwaarde is voor succes (Yesufu-Udechuku et al., 2015; Lambert et al., 2016; Mueser et al., 2010). In figuur 1 is de omgeving van de patiënt weergegeven.



Figuur 1. Omgeving van de patiënt

Het beloop van een (ernstige) psychische aandoening wordt verdeeld in verschillende fases (zie figuur 2):

1. het krijgen van een eerste episode van psychische ontregeling of een terugval (relapse);
2. sociale en vaak maatschappelijke ontregeling;
3. behandeling met als doel herstel.

Als er een terugval optreedt, begint de cirkel opnieuw.

Beloop ernstige psychische aandoening



Figuur 2. Beloop ernstige psychische aandoening

Om herstel in alle fases te bevorderen kan de ggz zich met verschillende interventies richten op de verschillende fases:

1. vroegsignalering en (terugval)preventie;
2. schadebeperking;
3. verlenging van de periode in herstel;
4. voorkomen van (mogelijke) terugval (overlap met vroegsignalering).

Vroegsignalering en Terugvalpreventie (1 en 4)

Bij de vroegsignalering en terugvalpreventie maakt de patiënt gebruik van zijn netwerk. De context van de patiënt (netwerk en wijk) kan in deze fases ook gebruik maken van de verbinding met de ggz. Presentie van de (s)ggz in de wijk en beschikbaarheid van de psychiater (ook op huisbezoek) zijn hierbij daarom noodzakelijk.

Bij het bevorderen van herstel is het ook van belang aandacht te geven aan het voorkómen van een ernstige psychische aandoening. Wij verwijzen hiervoor naar de (concept) zorgstandaard vroege psychose [[link](#)].

Indien sociale problematiek (op het gebied van wonen, werken, sociaal netwerk) voorkomen of vroegtijdig beperkt kan worden, zal de patiënt met een psychische kwetsbaarheid (bv. een psychose) niet tot de 'doelgroep' van de patiënten met ernstige psychische aandoeningen gaan behoren.

Mental Health First Aid

Bij vroegsignalering en voor terugval preventie is voorlichting in de wijk, bv. door MHFA (Mental Health First Aid) belangrijk voor het vergroten van de kennis over psychische klachten. Om het leren toepassen van vaardigheden om deze klachten bij anderen vroeg te herkennen en te weten wat je dan het best kunt doen, is er een cursus MHFA beschikbaar. MHFA Nederland verzorgt cursussen aan een grote verscheidenheid van doelgroepen om eerste hulp te kunnen geven aan mensen met ernstige en/of acute psychische klachten.

MHFA is in 2000 in Australië ontwikkeld. Het is een succesvolle cursus die inmiddels al in 23 landen door vele deelnemers is gevolgd en hoog gewaardeerd wordt. Het model is gebaseerd op uitgebreid wetenschappelijk onderzoek en betrokkenheid van een groot aantal ervaringsdeskundigen. 'MHFA vergroot de kennis van de deelnemers over psychische gezondheid, vermindert negatieve attitudes en vergroot hulpgedrag jegens mensen met psychische gezondheidsproblemen (Hadlaczky, Hökby, Mkrtchian, Carli & Wasserman, 2014).' Voor meer informatie [[link](#)].

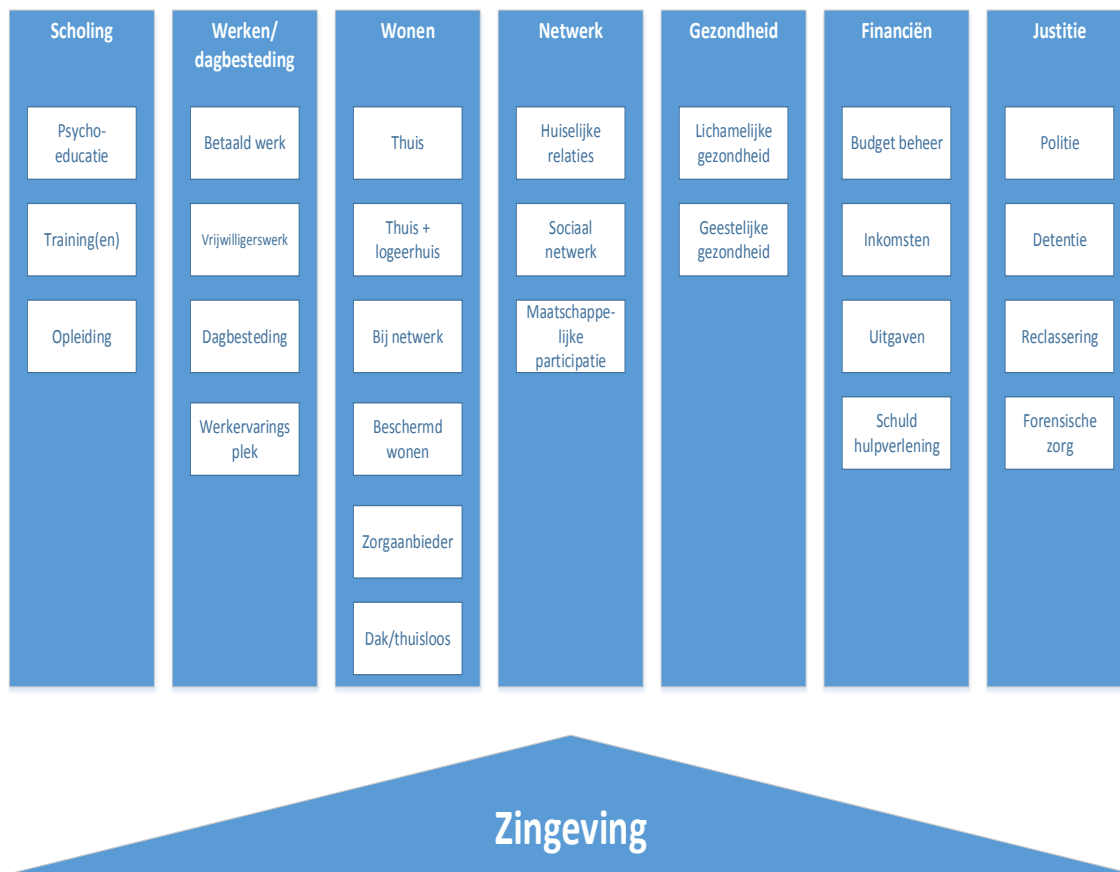
Schadebeperking en verlengen van de periode in herstel (2 en 3)

Samenwerken met de omgeving van de patiënt speelt ook een grote rol in de fase van 'het beperken van de sociale en maatschappelijke schade' en in het 'verlengen van de periode in herstel'. De context van de patiënt moet in de behandeling worden betrokken en daar waar wenselijk en noodzakelijk geïntegreerd.

5.2.2 Sociale domeinen in de context van de patiënt, interventies en regie

De context van de patiënt laat zich schematisch verdelen in verschillende (sociale) domeinen (zie figuur 3). Hieronder ligt altijd de zingeving die bepaalt hoe de patiënt invulling wil geven aan zijn leven.

Patiënten met ernstige psychische aandoeningen ervaren vaak, in de fases van een episode, problemen op een of meerdere van deze domeinen. Omdat de zingeving van de patiënt de oplossingsrichtingen kleurt, zullen die ook gepersonaliseerd moeten worden ingevuld. Het is wenselijk als de expertise binnen deze domeinen ter beschikking wordt gesteld voor de patiënten met ernstige psychische aandoeningen en de expertisehouders de verantwoordelijkheid voor hun domein voor de patiënt nemen.



Figuur 3. Sociale domeinen vanuit patiëntenperspectief

Interventies in de verschillende domeinen kunnen plaatsvinden vanuit de ggz en daarbuiten. Onafhankelijk van het perspectief dient helder te zijn dat de regie over een betreffend domein uiteindelijk ligt bij de expert op dat domein. De expertise voor wonen ligt bijvoorbeeld bij de gemeente en de woningbouwvereniging; zij beheren het geld en de middelen. De interventies kunnen evenwel gestart worden vanuit de ggz. De interventies staan altijd in het teken van de doelen van de patiënt (zingeving).

Het principe *first place, then train* is het leidinggevende principe voor de psychiater in de behandeling van patiënten met ernstige psychische aandoeningen. Dat betekent gezamenlijk met de patiënt en diens naastbetrokkenen en context risico's durven nemen. De basis van deze behandeling ligt in vertrouwen, en niet in het controleren en beheersen van het ziektebeeld.

De volgende sociale domeinen moeten in alle fases (zie figuur 3) betrokken worden bij de behandeling.

1. Werk/dagbesteding

Het hebben van werk en een betekenisvolle dagbesteding is een van de prominente zorgbehoeften van patiënten met ernstige psychische aandoeningen. Van de mensen onder de 35 jaar wil 65% een baan, op oudere leeftijd neemt deze vraag af (Place, Hulsbosch & Michon, 2014; Michon & van Weeghel, 2010). Minder dan 20% van hen heeft echter betaald werk. Patiënten met ernstige psychische aandoeningen is de groep met de grootste afstand tot de arbeidsmarkt. Daarom is een van de belangrijkste bijdragen aan maatschappelijk herstel het bevorderen van betaald werk. Samenwerking met UWV, jobcoaches en andere instanties is daarbij van belang (Adler, 2016).

Individual Placement & Support (IPS) is de best bewezen effectieve methodiek voor het vinden van werk (Bejerholm, Areberg, Hofgren, Sandlund & Rinaldi, 2015). Het IPS-model vraagt om inbedding in een ggz-team. Het is dus een van de disciplines waar de psychiater direct mee samenwerkt. De interventie onderscheidt zich van andere interventies, doordat de patiënt eerst begeleid wordt naar werk, om vervolgens op de werkplek de benodigde vaardigheden aan te leren: *first place then train*. Dit motto vraagt om de bereidheid van de psychiater in de behandeling risico's te nemen en niet altijd vanzelfsprekend te kiezen voor stabiliteit als doel.

Werk heeft voor de meeste mensen een positieve functie die gezondheid en welzijn vergroten. Het geeft voldoening en het vergroot het gevoel van eigenwaarde door deelname aan een belangrijk maatschappelijk proces. Door het werk worden in het algemeen sociale contacten bevorderd. Het hebben van betaald werk is in toenemende mate van belang voor voldoende inkomen, waardoor een volwaardige deelname aan de maatschappij mogelijk wordt gemaakt. Werk geeft bovendien invulling en structuur aan de dagelijkse activiteiten.

De Multidisciplinaire richtlijn werk en ernstige psychische aandoeningen [[link](#)], geeft aanbevelingen ter ondersteuning van mensen met langdurige en ernstige psychische aandoeningen die graag mee willen doen in het arbeidsproces (van Weeghel et al., 2013). Uit de richtlijn komt naar voren dat het aannemelijk is dat een geïntegreerde aanpak – waarbij arbeidsbegeleiders (jobcoaches en trajectbegeleiders) en GGz-hulpverleners samenwerken in één team – effectiever is voor het verkrijgen en behouden van werk dan een niet-geïntegreerde aanpak (Rosenheck et al., 2016).

Een conservatieve schatting van het deel van de cliënten die willen werken en in zorg zijn bij een GGz-instelling is 40.000 (van der Voort-van Beusekom, Visser & Overeem, 2016). Op dit moment (2016) zijn er 345 gecertificeerde IPS trajectbegeleiders. Dit betekent dat het nodig is de capaciteit van IPS trajectbegeleiders aanzienlijk uit te breiden. Voor de psychiater als behandelaar betekent het dat het doel 'betaald werk' een prominente rol verdient in de behandelplannen.

2. Wonen

Een dak boven je hoofd hebben is een van de basisbehoeften van een mens. Het komt regelmatig voor bij de behandeling van mensen met ernstige psychische aandoeningen dat zij hun huis kwijtraken door schulden of andere problemen.

Voor deze patiënten zijn verschillende opties voor huisvesting of opvang mogelijk:

- opvang door het netwerk;
- huurwoning;
- 24 uren opvang voor daklozen;
- housing first;

Housing First is bedoeld voor dakloze mensen met meervoudige problemen, bijvoorbeeld psychische stoornissen in combinatie met verslaving, die niet zelfredzaam zijn en onvoldoende aansluiting vinden bij het aanbod van (opvang)voorzieningen.

Van de doelgroep wordt daarnaast verwacht dat ze (met begeleiding) in staat zijn om zo zelfstandig mogelijk te wonen. Zij krijgen een woning aangeboden met intensieve begeleiding en ondersteuning op alle leefgebieden. Het gaat primair om mensen die al langer dakloos zijn. Ook komen mensen in aanmerking, die door hun gedragsproblemen steeds maar korte tijd binnen een instelling kunnen worden ondergebracht of anderszins niet goed passen in een (doorstroom) voorziening en hierdoor grote kans lopen om uit te vallen. Incidenteel is Housing First beschikbaar

voor personen voor wie binnen het bestaande 24 uren-aanbod geen passende opvang beschikbaar is.

3. Netwerk

Aandacht voor de positie van kinderen is van groot belang. Doe altijd de kindcheck.

Eenzaamheid wordt als belangrijkste probleem gezien door patiënten met ernstige psychische aandoeningen (Boucher, Groleau & Whitley, 2015). Ongeveer 80% geeft aan eenzaam te zijn, blijkt uit de Health of the Nation Outcome Scales (HoNoS)-vragenlijst die verplicht wordt afgenomen bij mensen met in grote ggz instellingen. Vaak zijn netwerken, familie en relaties op afstand gekomen door het gedrag van de patiënt.

We weten ook dat de prognose voor patiënten met ernstige psychische aandoeningen beter is als de omgeving van de patiënt betrokken is bij de behandeling.

Herstelacademies, zelfhulpgroepen, *consumerrun*-organisaties zijn laagdrempelige plaatsen waar patiënten kunnen binnenlopen en contact leggen met andere mensen. Ook hebben veel gemeentes sociale wijkteams met een wijkcentrum waar veel gezamenlijke activiteiten worden ondernomen.

Binnen de behandeling van patiënten met ernstige psychische aandoeningen is een aantal interventies effectief voor het samenwerken met het netwerk en het doorbreken van eenzaamheid, namelijk:

- resource groepen ACT (R-ACT) zijn een effectieve en *evidence based* manier om de betrokkenen van de patiënt in kaart te brengen en te integreren in de behandeling van de patiënt. Ten behoeve van diens (behandel)doelen (van Veldhuizen, Delespaul, Kroon & Mulder, 2015);
- ook het doorlopen van een sociale vaardigheidstraining in een lotgenotengroep kan ondersteunend zijn.

5.3 Aanbevelingen

De aanbevelingen voor Werk, Wonen en Verblijf, Naasten en Sociaal netwerk, zijn geadopteerd en geadapteerd uit de Generieke Module Ernstige Psychische Aandoeningen (zie (concept) Generieke Module Ernstige Psychische Aandoeningen [[link](#)]).

5.3.1 Aanbevelingen herstel

- Hanteer de symptomatische remissieschaal behorende bij de aandoening waarvoor iemand wordt behandeld. En/of adapteer deze bij andere classificaties dan schizofrenie.
- Schrijf het behandelplan samen met de patiënt en stel daarbij vast op welke domeinen een patiënt in functionele remissie is. Stel doelen op de domeinen waarop dit nog niet het geval is.
- Stel bij minimaal 2 jaar functionele remissie vast dat een patiënt niet langer behoort tot de groep van mensen met ernstige psychische aandoeningen.

5.3.2 Aanbevelingen Werk

Adoptie/adaptatie van de Aanbevelingen Generieke module Ernstige Psychische Aandoeningen:

- Maak gebruik van rehabilitatie methodieken (zoals IRB) om het zelfstandig functioneren en maatschappelijk herstel van mensen met psychische aandoeningen te helpen realiseren.
- Bied IPS (individuele Plaatsing en Steun) zo modelgetrouw mogelijk aan mensen met die een reguliere betaalde baan wensen (te behouden) aan.
- Zorg ervoor dat werknemers met ernstige psychische aandoeningen een beroep kunnen doen op op maat gesneden jobcoaching. De coaching moet zich zowel op de betreffende werknemer richten als op zijn sociale en fysieke werkomgeving.
- Leg de inhoudelijke regie van het arbeidstraject bij de persoon zelf. Bespreek met hem zowel de beperkingen als de kwaliteiten.
- Bied niet alleen ondersteuning bij het werk(hervatting), maar ook bij het volgen van een opleiding of stage.
- Zet interventies in op persoonlijke factoren (veerkracht, vaardigheden, cognitief vermogen) en omgevingsfactoren (zoals de werkomgeving en de thuissituatie) en op de interactie daartussen.

5.3.3 Aanbevelingen Wonen en verblijf

Adoptie van de aanbevelingen Generieke module Ernstige Psychische Aandoeningen:

- Maak gebruik van rehabilitatie methodieken (zoals IRB) om het zelfstandig functioneren en maatschappelijk herstel van mensen met psychische aandoeningen te helpen realiseren. Besteed aandacht aan de implementatie van de methodieken in de werkwijzen van de hulpverleners.
- Zorg voor een breed arsenaal van permanente en betaalbare huisvesting met flexibele op- en af te schalen ondersteuning.
- Overweeg een tijdelijke vorm van groepswonen, waarbij abstinentie verplicht is, om het middelengebruik en de psychische symptomen van mensen met verslavingsproblemen of dubbele diagnose te verminderen.
- Ontwikkel Housing First voor mensen met een psychische aandoening die dakloos zijn.
- Richt een indicatie of beschikking niet enkel op de behoefte aan ondersteuning bij, maar veeleer op een indicatie voor de breder gewenste en benodigde ondersteuning bij participatie.
- Creëer draagvlak in de wijk om inclusie mogelijk te maken. Ondersteun wijkbewoners en belangrijke spelers in de wijk en beleg verantwoordelijkheid en bereikbaarheid bij problemen.
- Gebruik Active Recovery Triad (ART) voor de inrichting van langdurige klinische zorg.

5.3.4 Aanbevelingen naastbetrokkenenen sociaal netwerk:

Adoptie van de aanbevelingen Generieke module Ernstige Psychische Aandoeningen:

- Nodig - als de patiënt dat wil - naastbetrokkenen of een andere vertrouwenspersoon (bijvoorbeeld een ervaringsdeskundige) uit bij begeleidingsgesprekken en informeer ze over de begeleiding.
- Maak gebruik van Triadekaart, Eigen Kracht-conferenties, Resource Groepen en familie-ervaringsdeskundigen om samen te werken met naastbetrokkenen bij de begeleiding.
- Investeer in het herstellen en leren onderhouden van contacten met naastbetrokkenen. Daartoe behoort ook, indien gewenst, aandacht voor het herstellen of behouden van hun ouderrol.
- Besteed in de begeleiding positieve aandacht aan sociale relaties, intimiteit en seksualiteit. Voorkom dat deze onderwerpen alleen als probleem worden gezien en bespreek de mogelijkheden van maatjesprojecten, relatiebemiddeling of seksuele dienstverlening.
- Stimuleer de toepassing van sociale netwerkinterventies (zoals de Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB) module 'Uitbreiden en verbeteren van je sociale netwerk' en de Liberman module 'Omgaan met sociale relaties en intimiteit' om het netwerk te vergroten en de kwaliteit van het netwerk te verbeteren.
- Stimuleer deelname aan activiteiten met een wederkerigheidsprincipe (het levert niet alleen de patiënt, maar ook anderen iets op), zoals creatieve en sportieve activiteiten, activiteiten in buurt- en wijkcentra etc.
- Doe altijd de kindcheck.

5.4 Referenties

- Adler, D.A. (2016). Work is integral to mental health. *Psychiatric Services*, 67(10), 1051.
- Bejerholm, U., Areberg, C., Hofgren, C., Sandlund, M., & Rinaldi, M. (2015). Individual placement and support in Sweden: A randomized controlled trial. *Nordic Journal of Psychiatry*, 69(1), 57-66. doi: 10.3109/08039488.2014.929739
- Boucher, M., Groleau, D., & Whitley, R. (2016). Recovery and severe mental illness: The role of romantic relationships, intimacy, and sexuality. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 39(2), 180-182. doi:10.1037/prj0000193.
- Hadlaczky, G., Hökby, S., Mkrtchian, A., Carli, V., & Wasserman, D. (2014). Mental Health First Aid is an effective public health intervention for improving knowledge, attitudes, and behaviour: A meta-analysis. *International Review Of Psychiatry*, 26(4), 467-475. doi:10.3109/09540261.2014.924910.
- Lambert, M., Schöttle, D., Sengutta, M., Ruppelt, F., Rohenkohl, A., Luedecke, D., ... Karow, A. (2016). Early detection and integrated care for adolescents and young adults with severe psychotic disorders: Rationales and design of the Integrated Care in Early Psychosis Study (ACCESS III). *Early Intervention in Psychiatry*, 2016 Sep 12. doi: 10.1111/eip.12361. [Epub ahead of print].
- Michon, H., & Weeghel, J. van (2010). Rehabilitatieonderzoek in Nederland: Overzicht van onderzoek en synthese van recente bevindingen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 52(10), 683-694.
- Mueser, K.T., Pratt, S.I., Bartels, S.J., Swain, K., Forester, B., Cather, C., & Feldman, J. (2010). Randomized trial of social rehabilitation and integrated health care for older

- people with severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(4), 561-573. doi: 10.1037/a0019629
- Place, C., Hulsbosch, L. & Michon, H. (2014). *Factsheet panel psychisch gezien 2014: Het landelijke panel voor mensen met langdurige psychische problemen*. Utrecht: Trimbo-instituut.
- Projectgroep PvA EPA, Couwenberg, C., & Weeghel, J. van (2014). *Over de brug: Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen: Aanpak in vogelvlucht*. Utrecht: Kenniscentrum Phrenos.
- Rosenheck, R., Mueser, K.T., Sint, K., Lin, H., Lynde, D.W., Glynn, S.M., ... Kane, J.M. (2016). Supported employment and education in comprehensive, integrated care for first episode psychosis: Effects on work, school, and disability income. *Schizophrenia Research*, 2016 Sep 22. doi: 10.1016/j.schres.2016.09.024. [Epub ahead of print]
- Veldhuizen, R. van, Delespaul, P., Kroon, H., & Mulder, N. (2015). Flexible ACT & Resource-group ACT: Different working procedures which can supplement and strengthen each other: A response. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 27(11), 12-15. doi: 10.2174/1745017901511010012
- Voort-van Beusekom, I. van der, Visser, E.C.M. & Overeem, O. (2016). *Bevorderen van participatie van cliënten met een psychische stoornis*. Diemen: Zorginstituut Nederland.
- Weeghel, J. van, Bruinvels, D., Huson, A., Kamstra, D., Lanssen, M., Michon, H., ... Wezep, M. van (2013). *Multidisciplinaire richtlijn werk en ernstige psychische aandoeningen*. Utrecht: De Tijdstroom.

Hoofdstuk 6 Extra aandacht voor diagnostiek

6.1 Inleiding

De uitgangsvraag voor dit hoofdstuk is:

Welke diagnosegroepen verdienen speciale aandacht van de psychiater naast psychotische en bipolaire stoornissen?

6.1.1 Rol en taak van de psychiater

Bij de behandeling van patiënten met ernstige psychische aandoeningen is er sprake van doorlopende diagnostiek. Het motto is: juist bij de patiënten met ernstig psychische aandoeningen wordt de kern van het psychiatrisch vak zichtbaar. Ook in complexiteit en bij een veranderend beeld zijn psychiaters in staat om, samen met de patiënt, de juiste diagnose te stellen. Diagnose in de brede zin van het woord. Niet slechts een DSM-classificatie, maar een verklaringsmodel voor de klachten en het functioneren gebaseerd op een evaluatie van de cognitieve, sociale, communicatieve en compenserende vaardigheden vanuit een ontwikkelingsperspectief.

Daarbij werkt de psychiater nadrukkelijk samen met de patiënt en diens naastbetrokkenen in het diagnostisch proces.

De psychiater verricht zijn diagnostiek bij aanmelding gedurende de fase van intake/kennismaking. Maar daarnaast houdt de psychiater er gedurende het proces van begeleiding en behandeling rekening mee dat:

- psychiatrische stoornissen die bij de intake niet aan de orde zijn geweest zich later wel als zodanig manifesteren. Een voorbeeld hiervan is PTSS die bij een psychotische patiënt voor een uiting van die psychose is gehouden maar bij nadere beschouwing terug te voeren blijkt op traumatisering;
- een of meerdere nieuwe psychiatrische stoornissen zich gedurende de behandeling ontwikkelen.

Gedurende het proces van behandeling en begeleiding is het dan ook van belang dat in geval van stagnering van de zorg, uitblijven van het beoogde resultaat en/of het optreden van onverwachte resultaten of bijwerkingen, één van de opties steeds controle van de diagnostische hypothese is. In feite gaat het om behandeldiagnostiek: aan de hand van de uitkomsten van of professionele ervaringen gedurende de behandeling stelt de psychiater de diagnose bij.

6.1.2 Onderbouwing

De onderbouwing van dit hoofdstuk bestaat uit:

- interviews met vier F-ACT-teams (bijlage 3);
- richtlijn psychiatrische diagnostiek 2015 [\[link\]](#);
- adoptie/adaptatie conclusies review psychologische interventies;
- adoptie/adaptatie conclusies en aanbevelingen bestaande richtlijnen: Richtlijn Schizofrenie (2012) [\[link\]](#); Richtlijnen voor de praktijk van onderzoek en diagnostiek van problemen met de geestelijke gezondheid bij volwassenen met een verstandelijke beperking (2002) [\[link\]](#); Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van autismespectrumstoornissen bij volwassenen (2013) [\[link\]](#); Zorgstandaard Psychose

[\[link\]](#); Generieke Module Psychische stoornissen en een lichte verstandelijke beperking (ZB/LVB) [\[link\]](#); Zorgstandaard Autismespectrumstoornissen [\[link\]](#).

6.2 Doorlopende diagnostiek

Patiënten met ernstige psychische aandoeningen vormen een heterogene groep. De groep met psychotische aandoeningen vormt de grootste groep (60%), maar ook zijn er velen met problematisch alcohol- en middelengebruik, een angst- en stemmingsstoornis, een persoonlijkheidsstoornis of een combinatie hiervan, al dan niet gecombineerd met een verstandelijke beperking.

Tevens kan de diagnose veranderen in de loop van het leven. Voor de psychiater als behandelaar van patiënten met ernstige psychische aandoeningen is het daarom essentieel om altijd oog te houden voor de diagnostiek in de brede zin van het woord. Is de diagnose die gesteld is nog actueel? Is er andere problematiek bijgekomen? Is het noodzakelijk een andere diagnose te stellen? Welke behandeling en ondersteuning past nu het beste? Is er voldoende oog voor het gebruik van middelen, voor traumata die opgelopen kunnen zijn in het ziekteproces, voor de eventueel aanwezige verstandelijke beperking? Is er iatrogene schade?

Diagnostiek is een voortgaand proces, we noemden het hierboven al doorlopende diagnostiek. Een belangrijke bijdrage van de psychiater aan het herstel van zijn patiënten is zich steeds af te vragen of een diagnose (profiel, dimensie en classificatie) nog klopt en of er behandelmogelijkheden zijn blijven liggen.

De diagnostiek bij mensen met ernstige psychische aandoeningen omvat een aantal elementen. In willekeurige volgorde zijn dat:

- formele classificatie. Een formele classificatie is – hoe beperkt ook bij deze groep patiënten – toch nuttig. Door de langdurigheid van het ziekteproces is er een groot risico op missers, bijvoorbeeld van stoornissen die zich gedurende voorgaande behandelingen hebben ontwikkeld of gemanifesteerd maar nog niet zijn vastgesteld. Onder dit kopje valt ook het in kaart brengen van de somatische gezondheidstoestand;
- beschrijvende diagnostiek: De formulering van de psychiatrische diagnose omvat de stagering van het ziektebeeld waarin de ernst, de duur, de uitbreiding, de complicaties en de functionele gevolgen van de stoornis wordt omschreven. Er wordt getracht de samenhang en onderlinge verwevenheid van de verschillende dimensie van de psychopathologie te beschrijven. Tevens worden eventuele subtypen en specificaties beschreven.
- functionele diagnostiek, gericht op kansen en mogelijkheden van de patiënt om zich sociaal te gaan/te blijven redden;
- sociale diagnostiek, gericht op het in kaart brengen van de sociale relaties van de patiënt en de kwaliteit daarvan;
- inventarisatie voorgaande hulpverlening. Wat is er aan behandeling gedaan, wat is het effect daarvan geweest en welk type hulpverlener/welke attitude is in de hulp aan de patiënt het meest passend gebleken;
- overleg met de huisarts. Niet alleen als aanvullende informatiebron voor bovenstaande punten maar ook als startschot voor samenwerking in de toekomst.

6.3 Aandachtspunten voor heroverweging diagnostiek en classificatie

Hieronder drie situaties waarbij de diagnostiek en classificatie heroverwogen dient te worden en de vragen die dan kunnen worden gesteld.

1. De behandeling verloopt niet conform de verwachting en geboden interventies blijken niet effectief.

De volgende vragen kunnen dan worden gesteld:

- Past het symptomencomplex ook bij een andere stoornis?
- Past een deel van de symptomen ook bij een andere stoornis?
- Zijn alle symptomen goed in beeld? Is er een behoorlijke hetero-anamnese gedaan?
- Hoe zijn de cognitieve functies?
- Is er sprake van een verstandelijke beperking?
- Hoe zijn de gezondheidsvaardigheden? Is er sprake van laag geletterdheid?
- Is er voldoende cultuursensitiviteit betracht?
- Passen de symptomen bij bijwerkingen van (onttrekking van) medicatie?
- Is er sprake van alcohol of middelengebruik?
- Welke interventies zijn er allemaal gedaan, en wat was het effect daarvan?
- Is de sociaal maatschappelijke context goed in beeld? Is dit systematisch uitgevraagd?
- Zijn er Factoren die veel spanning geven zoals schulden? Uitsluiting? (zelf)stigmatisering?
- Heeft het (leven met het) ziektebeeld op zich aanleiding gegeven voor bijvoorbeeld traumatisering of demoralisatie?
- Hoe is de somatische conditie?
- Is er voldoende oog voor de andere aspecten van herstel dan alleen klinisch herstel?

2. Er is een cumulatie van diagnoses/ classificaties in de loop van de tijd.

De volgende vragen kunnen dan worden gesteld:

- Zijn de gestelde diagnoses nog actueel?
- Zijn de symptomen nog actueel? Misschien is de behandeling geslaagd?
- Bij een classificatie op AsII: Was de gestelde diagnose een gevolg van een toestandsbeeld? Is er de diagnose antisociale persoonlijkheidsstoornis gesteld terwijl er sprake was van een geagiteerde depressie? Een psychose? Middelengebruik? Was er sprake van overvraging?

3. De patiënt is al lang in behandeling, is redelijk stabiel, maar er verandert weinig.

De volgende vragen kunnen dan worden gesteld:

- Is er nog een onbehandeld ziektebeeld dat een patiënt belemmert om nieuwe stappen te nemen?
- Hoe is de somatische conditie?

- Hoe is de sociaal maatschappelijke situatie? Is er sprake van uitzichtloze schulden of eenzaamheid?
- Is er voldoende oog voor de andere aspecten van herstel dan alleen klinisch herstel? Denk aan Wellness Recovery Action Plan (WRAP) groepen, IPS, betekenisgeving, etc.
- In welke fase van de aandoening zit de patiënt, kan ik misschien iets zeggen over de stadiëring, kan ik daarbij aansluiten?

6.4 Specifieke aandacht voor verstandelijke beperkingen, verslaving, autisme en PTSS

Bij patiënten met ernstige psychische aandoeningen komen alle diagnose groepen voor. In de praktijk blijkt met name sprake te zijn van onder-diagnostiek van verstandelijke beperkingen, verslaving, autisme en PTSS. Hieronder gaan we nader op deze groepen in.

6.4.1 Licht verstandelijke beperking en zwakbegaafdheid

De kans als psychiater in aanraking te komen met patiënten met zwakbegaafdheid (ook wel ZLVB: zeer licht verstandelijk beperkt) of een lichte verstandelijke beperking (LVB) is in het algemeen al bijzonder groot. Bij patiënten met een ernstig psychische aandoening is die kans nog groter. Het is bekend dat er in deze populatie een onevenredig groot aantal zit met een laag IQ. In de generieke module Psychische stoornissen en een lichte verstandelijke beperking (LVB) [\[link\]](#) wordt uitgebreid ingegaan op de zorg voor mensen met een psychische stoornis uit deze groep. Hieronder beperken wij ons tot de belangrijkste aandachtspunten in het kader van deze handreiking.

In de DSM-5 bevatten de diagnostische criteria géén IQ-scores meer (APA 2013). Het doel hiervan is de nadruk niet meer in de eerste plaats te leggen op het IQ, maar meer op de impact van de verstandelijke beperking op het aanpassingsgedrag. De mate van de verstandelijke beperking wordt dan met name gebaseerd op de mate van adaptief functioneren; een klinische inschatting (Wieland, Kapitein, Otter & Baas, 2014). IQ-scores worden overigens in de tekstuele beschrijving nog wel gebruikt en gestandaardiseerde IQ-scores zijn nog steeds noodzakelijk. Dit geldt in Nederland zeker ook nog voor indicatiestelling en financiering.

Dat er bij mensen met ernstige psychische stoornissen relatief vaak ook sprake is van een verstandelijke beperking is niet verbazingwekkend. Wanneer mensen heftige levensgebeurtenissen in de ontwikkelingsgeschiedenis meemaken, over onvoldoende coping strategieën beschikken, veel faalervaringen hebben en een laag zelfbeeld, is er een grotere kans op het krijgen van psychische stoornissen. Het is echter zorgwekkend dat zwakbegaafdheid en LVB vaak niet worden (h)erkend. Het gevolg is dat er in de behandeling van mensen uit deze groep kansen worden gemist. De behandeling is daardoor inadequaat.

In de eerste plaats is er een groter risico op non-compliance. Als de in de communicatie en bejegening geen rekening wordt gehouden met de verstandelijke beperking is de kans groot dat de patiënt het belang een interventie niet begrijpt en /of geen overzicht heeft over zijn situatie.

In de tweede plaats is er een groter risico op het verkeerd voorschrijven van medicatie. Aan een verstandelijke beperking kunnen namelijk genetische syndromen ten grondslag liggen die zorgen voor bepaalde bijwerkingen.

Het is essentieel dat de psychiater en alle andere teamleden bij de zorg voor mensen met ernstige psychische problemen zich hiervan bewust zijn en een mogelijke verstandelijke beperking sneller signaleren en onderzoeken. Hieronder een aantal aanwijzingen:

- schoolopleiding: het hebben gevolgd van speciaal onderwijs (MLK/ZMLK), niet afgemaakt vervolgonderwijs, veel verschillende scholen, veelvuldige doublures;
- sociale contacten: een zeer beperkt sociaal netwerk;
- rekenen: Kan iemand eenvoudige rekensommen maken? Kan iemand met geld omgaan (accuraat geld teruggeven?);
- schrijven: Vermijdt iemand te schrijven?;
- taalgebruik: opvallende fouten in het taalgebruik;
- gedrag: moeite met klokkijken, kindertv-programma's kijken.

Een hulpmiddel om meer duidelijkheid te krijgen is de SCIL: de *Screener voor intelligentie en licht verstandelijke beperking* (SCIL; Kaal, Nijman & Moonen, 2012). Verder verwijzen wij naar de generieke module.

6.4.2 Verslaving

Met verslaving bedoelen we problematisch gebruik volgens DSM-5 en misbruik en afhankelijkheid van middelen volgens DSM IV-TR.

Verslaving komt veel voor bij patiënten met ernstige psychische aandoeningen. Ongeveer de helft van de patiënten met de diagnose schizofrenie, kent tijdens het leven een verslavingsprobleem (Emmelkamp & Vedel, 2007). Van de mensen met een cluster B-persoonlijkheidsstoornis, *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (ADHD) of *Conduct Disorder* (CD) kampt tussen de 50 en 80% met verslavingsproblemen en van de mensen met stemmings- of angststoornissen ongeveer 30% (met name patiënten met Posttraumatische Stresstoornis (PTSS)).

Comorbiditeit met verslavingsproblemen blijkt voornamelijk zeer uitgesproken te zijn bij stoornissen in het psychotische en het externaliserende spectrum stoornissen, waarbij gedragsdisinhibitie, met vooral symptomen naar buiten toe, het kernaspect vormt (Conduct Disorder, ADHD, antisociale persoonlijkheidsstoornis) (Dom & Schroevers, 2013).

Helaas is het lang zo geweest dat problematisch middelengebruik niet als psychische stoornis werd gezien en er gescheiden circuits zijn ontstaan voor behandeling van verslaving met een gebrek aan overeenstemming over welke stoornis eerst behandeld moet worden. Door het gebruik van middelen worden andere psychische stoornissen veroorzaakt, verergerd, gemaskeerd, of komen deze op een andere manier tot uiting. Er is hierdoor een risico op onder-diagnostiek.

Wanneer de diagnostiek wel goed wordt gedaan blijkt vaak dat de therapietrouw matig is, dat er veel uitval uit behandeling is. Dit heeft vaak te maken met a) de functie van het gebruik en b) dat er geen rekening wordt gehouden met de manier waarop verandering van gedrag kan worden beïnvloed.

Het heeft geen zin om slechts een van beide problemen te adresseren. Het is duidelijk dat de behandeling van patiënten met ernstige psychische aandoeningen en problematisch gebruik geïntegreerd plaats moet vinden. Enkele aanwijzingen voor problematisch middelengebruik of verslaving zijn:

- een moeilijk te duiden/ ander patroon van psychische klachten. Bijvoorbeeld (meer) rusteloosheid, of juist passiviteit en vermoeidheid, prikkelbaarheid, achterdocht, verwardheid, slecht concentreren of plotseling agressief gedrag;
- lichamelijke symptomen zoals overmatig zweten;
- ernstige verwaarlozing van de gezondheid, slecht eten;
- verwaarlozing van de sociale contacten;
- signalen van naastbetrokkenen;
- onverklaarde schulden.

6.4.3 Autisme Spectrum Stoornis (ASS).

Ruim 1% van de Nederlanders heeft een vorm van autisme. Omdat er pas de laatste tien jaar meer aandacht voor is, is deze aandoening bij een groot aantal volwassen patiënten nog niet herkend. Dat de symptomen minder zichtbaar worden naarmate men volwassen wordt, maakt de herkenning niet eenvoudiger.

De kans dat de diagnose ASS wordt toegekend aan blanke Europese mannen is groter dan aan andere groepen. Er zijn aanwijzingen (met name uit onderzoek bij jeugdigen) dat er bij allochtone groepen minder vaak de vraag gesteld wordt of er sprake is van ASS, mogelijk wordt dit veroorzaakt omdat communicatieproblemen vaker aan taal- of cultuurproblemen geweten worden (Begeer et al., 2009). Daarnaast bestaat het vermoeden dat ASS bij vrouwen lastiger te herkennen is dan bij mannen.

De diagnostiek van ASS is ingewikkeld en dit is nog sterker bij patiënten met een ernstig psychische aandoening. Er zijn niet altijd gegevens bekend over de ontwikkeling van de patiënt, er zijn vaak geen mensen bij wie een betrouwbare hetero anamnese kan worden gedaan en er is veelal comorbide problematiek ontstaan. Het daarbij belangrijk te beseffen dat het ontbreken van een betrouwbare ontwikkelingsanamnese op zich geen reden is om de diagnose niet te stellen. Uiteraard moet in dat geval extra aandacht worden besteed aan de motivering in de beschrijvende diagnose.

Het is belangrijk om ASS bij mensen met ernstige psychische aandoeningen serieus te onderzoeken. De aandoening heeft immers gevolgen voor het behandelbeleid. Zo moet er rekening worden gehouden met ASS in de communicatie en bejegening. Ook somatische factoren moeten steeds in overweging worden genomen. Bij mensen met een ASS kunnen sensorische overgevoeligheid, motorische en darmproblematiek en allergieën spelen zonder dat dit altijd spontaan wordt gerapporteerd.

In de richtlijn Diagnostiek en behandeling van Autisme Spectrum Stoornissen en zorgstandaard ASS [[link](#)] wordt een lijst met symptomen en signalen weer gegeven [[link](#), zie pg 101-106).

Hiermee kan geen diagnose worden gesteld, maar kan wel alert gemaakt worden.

Sociaal-emotionele vaardigheden

In contacten verschillen mensen met een ASS sterk van elkaar. Hierin zijn uitersten zichtbaar: er zijn mensen die geen contact aangaan met de mensen in hun omgeving of dit alleen op uitnodiging van de ander doen, en er zijn mensen die juist opvallend veel contact leggen, bijna zonder aanzien des persoons. Aanwijzingen voor ASS zijn: formaliteit, egocentrisch gedrag, het niet hanteren en begrijpen van sociale gedragscodes, emotioneel jonger overkomen, onvermogen om de communicatiestijl aan te passen aan de sociale situatie, relatieproblemen en een gebrek aan initiatief.

Taal en spraak

Net als op sociaal-emotioneel gebied verschillen mensen met een ASS sterk van elkaar in communicatie en het taalgebruik. Binnen de groep mensen met een ASS zien we mensen die verbaal zeer begaafd zijn en hiermee hun leven lang hun omgeving kunnen imponeren. Er is echter ook een subgroep die weinig spraakzaam is. Aanwijzingen voor ASS zijn: gespreksregels onvoldoende hanteren, formeel taalgebruik, misverstanden door letterlijk nemen van betekenis, beperkt praten of juist excessief praten.

Non-verbale communicatie

Aanwijzingen voor ASS zijn: afwezigheid van begroetings- en afscheidsrituelen, gebrek aan bewustzijn van andermans persoonlijke ruimte, of grote gevoeligheid voor het betreden van de eigen persoonlijke ruimte.

Gewoonten en veranderingen, interesses, rigiditeit

Aanwijzingen voor ASS zijn: rigide, star aan eigen gewoonten vasthouden, het tempo van handelen niet kunnen aanpassen aan (veranderde) omstandigheden, normatieve bejegening van anderen, opvallende vaardigheden of kennis op één gebied, excessief bezig zijn met specifieke interesses en/of hobby's.

Fantasie en voorstellingsvermogen

kan zowel sprake zijn van een onderontwikkelde fantasie en verbeelding in als van een over ontwikkelde fantasie met het risico is dat de grenzen tussen realiteit en fantasie uit het oog worden verloren.

Cognitieve problemen

Aanwijzingen voor ASS zijn: beperkte Theory of Mind, detailgerichtheid, contextblindheid, problemen met het plannen, organiseren en uitvoeren van taken, relatief trage informatieverwerkingssnelheid en werk of een functie onder intellectueel niveau of opleidingsniveau, of geen werk.

Motoriek

Aanwijzingen voor ASS zijn: een vreemde, houterige, stramme, onhandige grove of houterige motoriek (bij sporten, rennen).

Zintuigen en overgevoeligheid

Aanwijzingen voor ASS zijn: een overgevoeligheid voor bijvoorbeeld geluid, licht, geur, tast, smaak, temperatuur en/of pijn die een sterke negatieve reactie kan geven (paniek, onrust, agressie). Naast deze overgevoeligheid zien we vaak

(eveneens) een ondergevoeligheid, hetgeen tot uiting kan komen in bijvoorbeeld een hoge pijngrens of een afwijkende temperatuurbeleving.

Overige signalen en symptomen

- de aanwezigheid van bloedverwanten bij wie de classificatie autisme, stoornis van Asperger of Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified (PDD-NOS) is gesteld;
- contact hebben gehad met (psychiatrische) hulpverlening voor jeugd en/of volwassenen;
- er kan sprake zijn van (plotselinge) angsten, paniek-, agressie- of driftaanvallen, waarbij lang niet altijd de oorzaak duidelijk is.

6.4.4 Posttraumatische stressstoornis

Posttraumatische stressstoornis (PTSS) komt vaak samen voor met andere psychiatrische stoornissen zoals psychotische stoornissen, verslaving, persoonlijkheidsstoornissen. Het is niet altijd helder hoe de symptomen geduid moeten worden: hier ligt een uitdaging voor de psychiater. Zijn de hallucinaties een symptoom van de psychotische stoornis of van PTSS? Is de afgestomptheid een symptoom van een depressie, is het een negatief symptoom bij schizofrenie, of een uiting van chronische PTSS?

PTSS bij een levensstijl die bij verslaving wordt gezien is niet ongebruikelijk, en helaas ook niet als gevolg van onbegrepen gewelddadige bejegening door politie, hulpverleners of anderen bij een crisis op dwangopname. Het (h)erkennen van PTSS is erg belangrijk. Mensen met een combinatie van psychose en PTSS hebben ernstiger symptomen dan mensen met een enkelvoudige diagnose en behandeling is op zijn plaats. Het idee dat PTSS bij psychotisch stoornissen niet behandeld kan worden met bijvoorbeeld EMDR of een andere effectieve behandeling is niet correct gebleken. Een groot onderzoek in verschillende ggz instellingen (van den Berg et al., 2015) heeft laten zien dat standaardbehandeling van PTSS effectief en veilig is en zonder noodzaak de behandeling te vertragen middels psychotherapeutisch stabiliserende technieken.

Vignet Gemiste diagnose

Een man met persoonlijke ervaring met psychose merkt op dat zijn klachten van herbelevingen en intrusies jaren na diagnostisering van zijn eerste psychotische episode verminderen bij EMDR. Deze therapievorm werd aangeboden, nadat deze klachten naast zijn psychotische klachten gediagnosticeerd werden.

Toelichting: Bij mensen die een psychose hebben gehad kunnen ook niet alleen traumatische ervaringen in het verleden voorkomen, maar ook klachten van PTSS. Wanneer deze laatste categorie van ervaringen niet opgemerkt wordt als zijnde PTSS klachten, kan de juiste behandeling uitblijven.

6.5 Diagnostiek, organisatie van zorg en multidisciplinaire teams

Uit de interviews met de F-ACT teams blijkt dat de diagnostiek in eerste aanleg al eerder gebeurd is bij ander organisatieonderdeel/ een verwijzende instelling . Wanneer een patiënt met ernstige psychische problemen verwezen wordt naar een Multidisciplinair Team (MDT) als een F-ACT-team, wordt meestal niet automatisch gestart met een diagnostisch proces. Tevens blijkt het van de samenstelling en de expertise van de individuele leden van het team af te hangen of er oog is voor specifieke problematiek.

Dit is een gemiste kans. Het is van groot belang om in kaart te brengen wat er tot dan toe is gebeurd, welke interventies er zijn geweest, wat er effectief en niet effectief is geweest en waar de voorkeuren van de patiënten liggen.

Van belang is dat alle problematiek herkend wordt binnen een MDT, ook bij diagnose specifieke teams. De psychiater speelt daarin een belangrijke rol, maar ook andere teamleden kunnen hun deskundigheid daarvoor inzetten. Organisaties maken verschillende keuzes om integratie van de verschillende expertise domeinen te verwezenlijken. Uitgangspunt is dat de behandelmogelijkheden die de specialistische ggz kent worden ontsloten voor alle burgers met ernstige psychische aandoeningen. Een benadering is om te behandelen vanuit integrale multidisciplinaire teams van specialisten met expertise op de meest belangrijke domeinen en een brede diagnostische blik. De uitdaging bij deze benadering is het borgen en doen groeien van (diagnose) specifieke expertdomeinen, bijvoorbeeld in team overstijgende netwerken. Een andere benadering is om de teams met (diagnose) specifieke expertdomeinen apart te organiseren met goede afstemming. Borging van de expertise gebeurt dan binnen de teams. De uitdaging bij deze benadering is dat veel afstemming nodig is voor een brede diagnostische blik. Er is geen consensus wat het beste model is. Wel is het van belang dat organisaties hierin keuzes maken en met elkaar afstemmen, zoals gebeurt bij het Actieforum herstel voor iedereen (www.herstelvooriedereen.nl)

De aanwezigheid van een psycholoog vereenvoudigt de screening; alertheid op de herkenning van symptomen van diverse stoornissen moet dagelijks werk zijn. Brede aanwezigheid van kennis van specialisaties zoals verslavingsproblematiek zorgt voor een grotere alertheid: de kans is groter dat deze problematiek opgemerkt wordt.

Teams kunnen de specifieke deskundigheid ook periodiek in het team inbrengen door professionals met deze kennis regelmatig te laten aanschuiven bij multidisciplinair overleg. Diverse F-ACT-teams hebben ervaring met een dergelijke werkwijze. Ook het uitwisselen van deskundigheid tussen teams is een mogelijkheid. Expertise in het team voor behandeling is praktisch, maar afwezigheid hiervan moet geen beletsel zijn voor behandeling. Het is essentieel dat behandeling voor specifieke klachten en stoornissen beschikbaar is voor elke patiënt, in elke setting. Samenwerking in het netwerk is hierbij van belang. De patiënten van bijvoorbeeld F-ACT-teams kunnen therapieën volgen bij andere zorgprogramma's of andere zorgpaden, terwijl ze in primair in behandeling blijven van het F-ACT-team. Multidisciplinaire teams doen er goed aan om actief op zoek te gaan naar netwerkpartners die lacunes in de deskundigheid en behandelmogelijkheden van het MDT kunnen aanvullen. De psychiater kan hierin een trekkersrol vervullen daar hij de regie over de totale behandeling en de behandelverantwoordelijkheid heeft.

6.6 Aanbevelingen

- Maak een tijdlijn ter ondersteuning van de diagnostische afwegingen met contextuele en feitelijke informatie gedurende de levensloop.
- Werk samen met de patiënten en naastbetrokkenen, ook bij het diagnostisch proces
- Houdt oog voor verandering, evalueer regelmatig met patient en naastbetrokkenen zodat veranderingen van gedragspatronen snel worden gesignaleerd
- Zorg voor voortdurende deskundigheidsbevordering in het gehele MDT met betrekking tot het herkennen van specifieke problematiek.
- Haal specifieke deskundigheid het MDT in
- Onderzoek de mogelijkheden om professionals met specifieke deskundigheid uit een ander team in te zetten voor behandelonderdelen/therapieën binnen de eigen setting.
- Samenwerking in het netwerk heeft meerwaarde voor de patiënten met ernstige psychische aandoeningen wanneer ze in een andere setting specifieke therapieën kunnen volgen.

6.7 Referenties

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington DC: APA.
- Beer, Y. de (2012). *De kleine gids mensen met een licht verstandelijke beperking: Moeilijke zaken makkelijk uitgelegd*. Alphen aan den Rijn: Wolters Kluwer.
- Begeer, S., El Bouk, S., Boussaid, W., Meerum Terwogt, M. & Koot, H. (2009). Autisme en etnische minderheden: Onderdiagnose en diagnostische vertekening. *Cultuur, Migratie, Gezondheid*, 3, 122-129.
- Berg, D.P. van den, Bont, P.A. de, Vleugel, B.M. van der, Roos, C. de, Jongh, A. de, Minnen, A. van, & Gaag, M. van der (2015). Prolonged exposure vs eye movement desensitization and reprocessing vs waiting list for posttraumatic stress disorder in patients with a psychotic disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 72, 259-267.
- Dom, G. & Schoevers, R. (2013). Comorbiditeit. In Dom, G., Dijkhuizen, A., Hoorn, B. van der (Red.). *Handboek dubbele diagnose*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Emmelkamp, P., & Vedel, E. (2007). *Alcohol- en drugsverslaving: Een gids voor effectief gebleken behandelingen*. Amsterdam: Nieuwezijds.
- Kaal, H., Nijman, H., & Moonen, X. (2012). *SCIL: Screener voor intelligentie en licht verstandelijke beperking*. Amsterdam: Hogrefe.
- Wieland, J., Kapitein, S., Otter, M., Baas, R.W.J. (2014). Diagnostiek van psychiatrische stoornissen bij mensen met een (zeer) lichte verstandelijke beperking. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 56(7), 463-470.

Hoofdstuk 7 Organisatie van zorg

De uitgangsvraag voor dit hoofdstuk is:

Wat is de optimale zorgorganisatie voor patiënten met ernstige psychische aandoeningen?

7.1 Inleiding

Zoals vastgesteld in hoofdstuk 1 is hulp aan mensen met ernstige psychische aandoeningen per definitie multidisciplinair werk in een multisectorale context, waarbij meer en meer over de grenzen van de GGz met andere partners in een netwerk moet worden samengewerkt. De zorg voor deze groep vereist een multidisciplinaire, multisectorale, geïntegreerde en herstelgerichte manier van werken. De psychiater kan in verschillende hoedanigheden betrokken zijn bij de behandeling: als beleidspsychiater, teamlid in een lijnorganisatie of in een zelfsturend team of in de rol van consulterend psychiater. Wat zijn functie ook is, de organisatie van de zorg speelt altijd een sleutelrol bij de behandeling van mensen met ernstige psychische aandoeningen.

7.1.1 Onderbouwing

De onderbouwing voor dit hoofdstuk bestaat uit:

- extrapolatie conclusies richtlijn Schizofrenie, (concepten) zorgstandaarden: Bipolaire stoornissen en Persoonlijkheidsstoornissen;
- adaptatie aanbevelingen 'Over de brug' (Projectgroep PvA EPA, 2014) over zorgorganisatie;
- adaptatie 'De toekomst van F-ACT' (F-ACT Nederland, 2016: [LINK](#)).

7.2 Ambulantisering

Al enige decennia voltrekt zich in westerse landen het proces van deinstitutionalisering, de transitie van inrichtingspsychiatrie naar zorg in de samenleving. Dit is een ingrijpende ontwikkeling en betekent voor de psychiater dat hij een medisch specialist midden in de maatschappij is. Opname in een psychiatrisch ziekenhuis is een intermezzo in een ambulante behandeling (van Mierlo, Bovenberg, Voskes & Mulder, 2013).

7.3 E-health

E-health ontwikkelt zich snel in de geestelijke gezondheidszorg. Er zijn veel innovatieve ideeën, ervaringen, studies en onderzoek naar (de effectiviteit van) eHealth. De beweging 'Nieuwe GGz' stelt voor een e-community te starten (Delespaul, Milo, Schalken, Boevink & van Os, 2016). Desondanks blijft grootschalig gebruik en implementatie ervan achter bij de psychiaters. Het is ook het onderwerp van een Generieke Module Ernstige Psychische Aandoeningen [\[link\]](#) en generieke module E-health [\[link\]](#)

De start van e-health bestaat vooral uit digitale kopieën van de bestaande zorg. Dit is niet voldoende. De herstelgerichte toepassing van e-health vraagt om een toenemende interactie tussen psychiater en patiënt naar een circulair netwerk. Daarbij gaat het niet alleen om behandeling maar ook om andere toepassingen van e-health, zoals het maken van afspraken, of zelfs de beoordeling van een Rechterlijk Machtiging (RM) via een app,

internet of een scherm. De technologie biedt vele mogelijkheden om te komen tot persoonlijke zorg op maat die altijd en overal toepasbaar is en de zelfredzaamheid van cliënten verhoogt. Om meer vaart te brengen in de ontwikkeling van eHealth stellen wij voor om ieder specialistisch ggz team te verrijken met een digitale coach om samen na te gaan welke mogelijkheden er zijn voor digitale ondersteuning van de zorg met apps, online behandeling en telezorg en bij interesse ook te ondersteunen in het opstarten daarvan.

7.4 Maatschappelijke psychiatrie

Thornicroft, Szmukler, Mueser & Drake (2011) beschrijven dat maatschappelijke psychiatrie (community mental health) handelt vanuit een volksgezondheid-perspectief op geestelijke gezondheid. Dit betekent voor de psychiater dat hij niet enkel denkt en handelt vanuit de behandelrelatie, maar tevens vanuit het inzetten van de beschikbare middelen ter bevordering van de volksgezondheid. De primaire taak is het bevorderen van de geestelijke gezondheid in de maatschappij. Om gezondheid te bevorderen is het belangrijk dat de zorg aansluit bij de doelen en krachten van een patiënt. Herstellen doet een patiënt niet alleen, en ook niet alleen met de ggz. Daarom is het van belang dat een breed netwerk wordt ingezet, van naastbetrokkenen, sociale netwerken en huisarts. Maatschappelijke psychiatrie combineert medische wetenschap met de herstelprincipes. De samenwerking met de patiënt is er een van, tenminste, twee deskundigen die samen de zorg vormgeven. *Assertive outreach*, het flexibel kunnen opschalen is een essentieel onderdeel van de zorg. Dit laat zich samenvatten in de volgende zes kenmerken van maatschappelijke psychiatrie:

1. toegankelijk en aantrekkelijk voorzien in zorgbehoeftes;
2. uitgaan van de doelen en krachten van mensen met psychische aandoeningen;
3. een breed netwerk betrekken van diensten en hulpbronnen;
4. handelen vanuit *evidence based medicine* en herstelprincipes;
5. met de patiënt samenwerken als co-creator van hulpverlening en evaluatie;
6. *assertive outreach* beschikbaar maken voor alle patiënten die daar behoefte aan hebben;
7. samenwerken met naastbetrokkenen;
8. op indicatie samenwerken met partijen die veiligheid bevorderen

7.5 (Flexible) ACT als model voor maatschappelijke psychiatrie

De behandeling van patiënten met ernstige psychische aandoeningen is per definitie behandeling door een multidisciplinair team in een multisectorale context. Flexible ACT biedt een goed omschreven organisatiemodel voor deze multidisciplinaire team en in oktober 2016 waren er 293 teams die het certificaat voor modelgetrouwheid voor Flexible ACT hebben behaald (www.ccaf.nl) . Dit betekent dat de praktijk van de psychiater als behandelaar van mensen met ernstige psychische aandoeningen in Nederland vaak die van het werken in een Flexible ACT team is. De navolgende aanbevelingen richten zich op Flexible ACT maar zijn ook van toepassing op andere multidisciplinaire teams.

F-ACT-teams bieden specialistische tweedelijnszorg die middenin de gewone gemeenschap wordt geleverd. De effectiviteit van dit model is nooit met een RCT aangetoond. In observationele studies in Limburg, Londen en West-Friesland bleek de introductie van F-ACT gepaard te gaan met o.a. meer kans op remissie, minder

bedgebruik en betere kwaliteit van leven (van Veldhuizen et al., 2015; Bak et al., 2008). Onderzoek in Zweden toonde dat het een model is waar professionals graag mee werken (Lexén & Svensson, 2016).

Vanuit hun doelstelling van integraliteit onderhouden deze teams werkrelaties met alle andere functies en deelnemers in het zorgnetwerk. F-ACT-teams werken in een klein verzorgingsgebied van plm. 50.000 inwoners. Daarin bedient een F-ACT-team alle mensen met chronisch-psychische problematiek. De behandeling en ondersteuning kan (tijdelijk) flexibel worden op- en afgeschaald. De krachten van een F-ACT-team zijn de continuïteit van behandeling en ondersteuning en het mogelijk maken van langdurige hersteltrajecten.

7.6 Aanbevelingen

F-ACT Nederland beschreef in oktober 2016 wat de gewenste toekomst is van Flexible-ACT (F-ACT Nederland, 2, [\[link\]](#)). Adaptatie hiervan resulteert in de volgende aanbevelingen voor de praktijk van de psychiater:

- Betere implementatie van de effectieve componenten van F-ACT. Dit betekent het uitvoeren van een doorlopende diagnostiek, met een brede blik zodat diagnoses niet over het hoofd worden gezien binnen een maatschappelijke context, dus buiten het ziekenhuis.
- Doorontwikkeling technologie en inzet van de omgeving.
Dit betekent (leren) werken met apps en domotica en structureel samenwerken met gemeente, familie en naastbetrokkenen.
- Voldoende capaciteit en toegankelijk voor alle mensen met ernstige psychische aandoeningen.
Dit betekent een actieve triagering van wie wel en niet (meer) de specialistische ggz nodig heeft. De psychiater dient hiervoor een actief netwerk te vormen met kind- en jeugdpsychiatrie en huisarts/POH-ggz/generalistische basis ggz. Bij complexe farmacotherapie, 1x per 1 à 2 jaar evaluatie bij een psychiater, bij voorkeur de vroegere psychiater in de specialistische ggz, indien dat niet mogelijk is bij een psychiater in de generalistische basis ggz of bij een consulent-psychiater in eerste lijn. Daarbij kan ook geadviseerd worden over verantwoord afbouwen van de medicatie en (bijstelling van) een signaleringsplan. Daarbij kunnen ook expliciet afspraken gemaakt worden over voortzetting metabole screening en evt. bloedspiegelcontroles.
- Zowel crisismanagement als up-to-date en evidence-based behandelingen beiden en dat op een herstel gerichte wijze.
Dit vraagt een flexibele inzet van de competenties van de psychiater.
- Presente houding, aanwezig zijn en zich integraal richten op wat speelt en/of relevant is voor de patiënt en betrokkenen;
Dit betekent dat de psychiater binnen en buiten de domeinen van zijn vak actief is in dienst van de relatie met de patiënt
- Maakt gebruik van niet-professionele zorg o.a. door Resource (Ruggensteun) Groepen;
Dit betekent de erkenning dat de interventies van de psychiater een optie zijn voor herstel, naast de mogelijkheden die het systeem van de patiënt kan bieden

- Op cliëntniveau optimaal samenwerken met andere partners in de samenleving zoals sociale wijkteams, UWV, werkgevers of woningbouwverenigingen.
Dit betekent dat de psychiater in een netwerk van maatschappelijke partners opereert.

7.7 Referenties

- Bak, M., Drukker, M., Bie, A. de, Campo, J. à, Poddighe, G., Os, J. van & Delespaul, Ph. (2008). Een observationele trial naar 'assertive outreach' met remissie als uitkomstmaat. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50, 5, 255-262.
- Delespaul, P., Milo, M., Schalken, F., Boevink, W. & Os, J. van (2016). *Goede GGZ! Nieuwe concepten, aangepaste taal en betere organisatie*. S.L.: Diagnosis.
- Lexén, A. & Svensson, B. (2016). Mental health professional experiences of the flexible assertive community treatment model: A grounded theory study. *Journal of Mental Health*, Aug, 25(4), 379-384. DOI: 10.1080/09638237.2016.1207236
- Mierlo, T. van, Bovenberg, F., Voskes, Y. & Mulder, N. (2013). *Werkboek HIC: High en intensive care in de psychiatrie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Projectgroep PVA EPA, Couwenberg, C., & Weeghel, J. van (2014). *Over de brug: Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen: Aanpak in vogelvlucht*. Utrecht: Kenniscentrum Phrenos.
- Thornicroft, G., Szmulker, G., Mueser, K.T. & Drake, R.E. (2011). *Oxford textbook of community mental health*. Oxford University Press.
- Veldhuizen, R. van, Polhuis, D., Bähler, M., Mulder, N., & Kroon, H. (Red.). (2015). *Handboek (Flexible) ACT*. Utrecht: De Tijdstroom.