

Van stabiliseren naar herstellen

OVER DE ZORG VOOR PATIËNTEN MET CHRONISCHE, STABIELE PSYCHISCHE PROBLEMATIEK IN DE HUISARTSENPRAKTIJK EN DE GENERALISTISCHE BASIS GGZ

De zorg voor patiënten met chronische, stabiele psychische problematiek was altijd het domein van de specialistische GGz, voorheen de tweedelijns GGz. Sinds 2014 verplaatst deze zorg zich naar de huisartsenpraktijk en de generalistische basis GGz (BGGz). Het behandeldoel van deze patiënten is bij de introductie van de BGGz benoemd als 'stabiliseren', maar volgens de inzichten uit de zogenaamde herstelondersteunende zorg kan er altijd aan verder herstel worden gewerkt. We beschrijven hier hoe dat er uit zou kunnen zien in de huisartsenzorg en de BGGz en wat daar voor nodig is.

B. Tiemens et al

Mevrouw B is een 55 jarige vrouw. Ze woont zelfstandig, ziet haar dochter regelmatig, past op haar kleindochter en ze gaat regelmatig naar de sportschool. Chronische rugklachten geven blijvende pijn, waarvoor ze fysiotherapie krijgt.

Mevrouw B is gedurende zeven jaar intensief behandeld in de gespecialiseerde GGz voor haar depressie en chronische posttraumatische stressstoornis (PTSS). Ze kreeg groepsbehandelingen voor de PTSS, cognitieve gedragstherapie en antidepressiva bij een polikliniek voor stemmingsstoornissen, en is later in zorg gekomen bij een FACT team. FACT betekent Flexible Assertive Community Treatment, een multidisciplinaire 'outreachende' werkwijze voor patiënten met ernstige psychische aandoeningen (EPA). In het FACT team kreeg mevrouw B ondersteunende gesprekken, werd haar medicatie verstrekt en gecontroleerd op bijwerkingen en

werd er een signaleringsplan gemaakt. Bij de psycholoog van het FACT team kreeg ze gesprekken gericht op het leren grenzen stellen naar haar dochter. De dochter van mevrouw B heeft een borderline persoonlijkheidsstoornis en doet vaak een beroep op haar.

Ondanks de behandelingen heeft mevrouw B nog herbelevingen en regelmatig last van depressieklachten. Ze heeft nog steeds moeite haar grenzen aan te geven naar haar dochter, ook al zijn op dit vlak haar vaardigheden verbeterd. Patiënte is het er mee eens dat multidisciplinaire FACT zorg nu niet meer nodig is, maar ze voelt zich nog niet sterk genoeg om zonder zorg op de been te blijven.

De overstap

Sinds 1 januari 2014 verschuift de zorg voor patiënten met chronische, stabiele psychische problematiek, zoals mevrouw B, naar de huisarts en de Praktijkondersteuner Huisarts Geestelijke Gezondheidszorg (POH-GG) en naar het zogenaamde product chronisch in de BGGz (KPMG 2015). Patiënten met chronische, stabiele problematiek zijn mensen met ernstige psychische aandoeningen (EPA) (Delespaul en de Consensusgroep EPA 2013) zoals psychotische problematiek, depressie of angst die veel invloed heeft op hun dagelijks functioneren, of met EPA in het verleden. Ze hebben veelal geen specialistische GGz (SGGz) meer nodig, maar er zijn nog wel klachten en beperkingen in het functioneren en er bestaat vaak een vrij hoog risico op terugval. Bij verwijzing naar de huisartspraktijk

of BGGz wordt verondersteld dat er beschermende omstandigheden zijn, zoals een steunsysteem en daginvulling (Bakker 2013). Delespaul (2013) schat de totale groep patiënten met EPA in Nederland op 281.000, ongeveer 1,7% van de bevolking. Voor een huisarts met gemiddeld 1972 patiënten (Vektis, www.zorgprismaopenbaar.nl), betekent dat 33 patiënten met EPA. Ongeveer 75% kreeg voorheen zorg in de SGGz en verslavingszorg. De omvang van de groep patiënten bij wie de klachten stabiel zijn, is onbekend. Hoe de zorg voor deze groep cliënten met stabiele klachten er in de huisartsenpraktijk of BGGz uit moet zien was tot voor kort niet helder. Het doel van de behandeling voor deze groep patiënten werd veelal geformuleerd in termen van stabiliseren of stabiel blijven (Bakker 2013; Werkgroep 'Chronisch in de Basis GGz' 2014). Dit suggereert het inzetten van zorg die moet voorkomen dat de klachten toenemen.

Herstellen anders gedefinieerd

Afgelopen decennium is er een andere ontwikkeling gaande, die van de zogenaamde herstelondersteunende zorg. Daarin wordt een verschuiving bepleit van louter symptoomstabilisatie als doel van de zorg naar persoonlijk en maatschappelijk herstel (Werkgroep PVA Ernstige psychische aandoeningen 2014). Persoonlijk herstel betreft het hervinden van zelfvertrouwen, hoop en regie over het eigen leven. Maatschappelijk herstel gaat over het weer innemen van betekenisvolle rollen, bijvoorbeeld een bevredigend sociaal netwerk hebben, een opleiding volgen of (betaald) werk hebben (Hendriksen-Favier 2012).

Het begrip herstellen heeft dus een ruimere betekenis gekregen. Herstel wordt gezien als een proces, vaak beschreven volgens de vier fasen van herstel die Spaniol (2002) in een kwalitatieve studie heeft onderscheiden:

1. overweldigd worden door de aandoening, waarbij ontredde en verwarring op de voorgrond staan;
2. worstelen met de aandoening, waarin cliënten nog steeds bang zijn om 'overmand' te worden door de aandoening, maar zich ook afvragen hoe zij met de aandoening kunnen leven;
3. leven met de aandoening, waarin cliënten zich steeds sterker realiseren dat zij kunnen leren leven met de aandoening;
4. leven voorbij de aandoening, waarbij de aandoening meer op de achtergrond raakt; oude rollen worden hersteld en nieuwe ontdekt.

Er wordt vanuit gegaan dat in elke fase aan herstel kan worden gewerkt. Daarbij variëren de behandeldoelen steeds, wat in een eerdere fase nog niet mogelijk was, kan in een latere fase een reëel behandeldoel zijn.

Mevrouw B en fasen van herstel

Als Mevrouw B wordt verwezen naar de BGGz is ze voorbij fase 2, maar haar klachten staan nog behoorlijk op de voorgrond. De verpleegkundig specialist stelt voor om in plaats van te werken aan de klachten een andere stap te zetten, namelijk samen te kijken hoe ze met en ondanks haar klachten zo goed mogelijk het leven kan leiden zoals ze dat zou willen. Hoe zou dat er voor mevrouw B uit zien? Wat zou ze daarvoor nodig hebben of moeten leren? Wie zouden haar daar bij kunnen helpen? Met deze vragen gaan ze aan de slag.

Herstelondersteunende zorg: een andere attitude

Herstel verwijst naar het persoonlijke proces van mensen met psychische kwetsbaarheid waarin zij de draad weer oppakken en hun

Een huisartsenpraktijk kent gemiddeld 33 patiënten met ernstige psychische aandoeningen

leven nieuwe vorm en inhoud geven (Boevink 2009). Herstellen is ook goed mogelijk wanneer de aandoening niet geheel verdwijnt. Het impliceert een actieve acceptatie van kwetsbaarheden, problemen en beperkingen en bewustwording van eigen krachten en talenten,

Wat is bekend

De verplaatsing van zorg voor patiënten met stabiele, chronische psychische problematiek naar de huisartsenpraktijk en de generalistische basis GGZ leverde voor behandelaren onduidelijkheid op over doel/focus van de hulpverlening. Veelal werd gesproken over stabiliseren.

Wat is nieuw

Volgens de inzichten uit de zogenaamde herstelondersteunende zorg is stabiliseren een te beperkt doel omdat dit vooral over de klachten gaat. Herstellen is goed mogelijk wanneer de aandoening niet geheel verdwijnt. In een herstelproces leert iemand zichzelf te helpen om zijn leven weer vorm en inhoud te geven.

Wat kun je ermee

Herstelondersteunende zorg vraagt een andere attitude van behandelaren, waardoor juist nadruk ligt op de mogelijkheden, kennis en vaardigheden van de patiënt en zijn omgeving. Daarnaast moet de behandelaar goed in staat zijn samen te werken in de keten en met de somatische zorg. Richtlijnen, modules en trainingen zijn inmiddels beschikbaar als hulpmiddelen.



Niet alleen stabiliseren, ook herstellen in de basis GGz.

waarbij gaandeweg een persoonlijk en hoopvol perspectief wordt ontwikkeld. In een herstelproces leert iemand in feite zichzelf te helpen om een zinvol leven te leiden.

Dit vereist dat de hulpverlener verder kijkt dan de kwetsbaarheid van de patiënt. Juist de mogelijkheden, kennis en vaardigheden van de patiënt en zijn omgeving staan centraal. Dit lijkt eenvoudig, maar de meeste hulpverleners zijn in een ander paradigma geschoold. Hulp-middel is bijvoorbeeld een krachtenanamnese waarin krachtbronnen in de omgeving van de patiënt worden verkend, persoonlijke vaardigheden en eigenschappen en andere bronnen waaruit de patiënt steun ervaart (Kruidhof 2015). Daarnaast kunnen hulpverleners zich ontwikkelen in deskundigheid en herstelgerichte attitude door training (Wilrycx 2015). Hiervoor wordt door het Trimbos-instituut een handreiking 'Ondersteuning bij Zelfmanagement van patiënten met chronisch psychiatrische aandoeningen' ontwikkeld en in een pilot

getest door Indigo, Leidsche Rijn Julius Gezondheidscentra en Vicino. De handreiking is bedoeld voor hulpverleners in de huisartsenzorg en generalistische basis GGz en is eind 2016 beschikbaar.

Herstelondersteunende zorg: samenwerken

Herstelondersteunende zorg vereist nauwe samenwerking met de omgeving zoals het gezin en de buurt, huisvesting en onderwijs, rehabilitatiewerkers en de somatische zorg zoals fysiotherapeut en apotheker (Werkgroep PvA Ernstige psychische aandoeningen). De samenwerking met de somatische zorg is dikwijls nodig omdat veel patiënten met chronische problematiek ook somatische klachten hebben. Bekend is dat door somatische comorbiditeit de levensverwachting van patiënten met EPA 20/25 jaar korter is dan in de algemene bevolking. Met behulp van de nieuwe richtlijn Somatische screening bij patiënten met een ernstige psychische aandoening

(Meeuwissen 2015b) kunnen somatische problemen in kaart worden gebracht. Aansluitend is in de richtlijn Leefstijl bij patiënten met een ernstige psychische aandoening (Meeuwissen 2015) beschreven welke interventies ingezet kunnen worden om de leefstijl van patiënten te verbeteren (Beide richtlijnen zijn te vinden op www.GGzrichtlijnen.nl). Diverse interventies vereisen samenwerking met bijvoorbeeld sportscholen, diëtisten of fysiotherapeuten.

Daarnaast moet helder zijn welke stappen gezet kunnen worden bij terugval. Is er een terugvalpreventieplan, hoe snel is er bij terugval een psychiater of een bed beschikbaar? Zijn er mogelijkheden om snel en soepel af te stemmen over medicatie? Het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz (2016) heeft de Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis GGz en gespecialiseerde GGz uitgebracht. Deze zijn tot stand gekomen in samenwerking tussen alle betrokken partijen en beschrijven aandachtspunten die het overleg op regionaal of lokaal niveau kunnen structureren. Er zijn goede voorbeelden van ketenafspraken in specifieke regio's. Hierin worden bijvoorbeeld de criteria geregeld voor overdracht, wat er bij de overdracht wordt besproken en hoe het proces verloopt. Ook de afbakening tussen POHGGz en BGGz kan hierin aan de orde komen. Hoewel in het algemeen die afgrenzing niet zo scherp is, is de BGGz bedoeld voor afgebakende, eindige zorgtrajecten (Kruidhof 2015, Hutschemaekers 2015).

Redt mevrouw B het in een nieuwe setting?

In de gesprekken met de verpleegkundig specialist vertelt mevrouw B dat ze vroeger erg genoot van haar werk in de buurtwinkel. Wat ze daar leuk vond was het adviseren van de klanten en het contact met haar collega's. Door de rugpijn en de traumatische herinneringen aan de overval in de winkel kan mevrouw B dit werk niet meer aan. In overleg met het sociale wijkteam uit de buurt waar mevrouw B woont is een plek als vrijwilliger bij de wekelijkse inloop in het buurthuis gevonden. Mevrouw B werkt daar nu een ochtend in de week als gastvrouw. Het doet haar goed om onder de mensen te zijn en anderen te kunnen helpen hun weg te vinden. De fysiotherapeute is op de hoogte van de nieuwe werkzaamheden en adviseert haar over een balans tussen activiteit en rust in haar nieuwe werkzaamheden. Mevrouw B merkt dat haar zelfvertrouwen langzaam groeit, zodat ze steeds minder ondersteuning van de GGz nodig heeft.

Literatuur

- Bakker P, Jansen P. *Generalistische Basis GGz. Verwijsmodel en productbeschrijvingen*. Enschede, Bureau HHM 2013.
- Delespaul PH, Consensusgroep EPA. Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2013;55:427-38.
- Hendriksen-Favier A, Nijns K, Van Rooijen S. *Handreiking voor de implementatie van herstelondersteunende zorg in de GGz*. Utrecht, Trimbos-instituut 2012.
- Hutschemaekers G, Al M, Eslami M, Nekkers M, Peperkamp I, Tiemens B, Wittkamp L. *Focus in de Basis GGz. Indigo Handboek voor de Basis GGz*. Utrecht, Indigo Service Organisatie 2015.
- KPMG. *Monitor Generalistische Basis GGz. Periode januari 2011 – december 2014*. Juni 2015.
- Kruidhof I, Boonstra N. Herstelondersteunende behandeling in de generalistische basis-GGz. *Nurse Academy*, 4, 2015.
- Meeuwissen JAC, Meijel B van, Piere M van, Bak M, Bakkenes M, Kellen D van der, Hamersveld S van, Gool R van, Dermout K, Feldmann CT, Risseeuw AH, Wijtsma-van der Kolk A, Vuuren I van, Rümke M, Sloots-Jongen EMJN, Heij P de, Starmans R, Daatselaar C, Veen C van, Hermens M (Werkgroep Richtlijnontwikkeling Algemene somatische screening & Leefstijl bij EPA). *Multidisciplinaire richtlijn Somatische screening bij mensen met een ernstige psychische aandoening*. Utrecht: V&VN 2015.
- Meeuwissen JAC, Meijel B van, Gool R van, Hamersveld S van, Bakkenes M, Risseeuw AH, Feldmann CT, Wijtsma-van der Kolk A, Rümke M, Sloots-Jongen EMJN, Vuuren I van, Bak M, Dermout K, Piere M van, Kellen D van der, Heij P de, Starmans R, Daatselaar C, Veen C van, Hermens M (Werkgroep Richtlijnontwikkeling Algemene somatische screening & Leefstijl bij EPA). *Multidisciplinaire richtlijn Leefstijl bij mensen met een ernstige psychische aandoening*. Utrecht: V&VN 2015.
- Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz. *Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis GGz en gespecialiseerde GGz*. Utrecht, 2016.
- Projectgroep PvA Ernstige psychische aandoeningen. *Over de brug. Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen*. Utrecht, Kenniscentrum Phrenos 2014.
- Spaniol L, Wewiorski NJ, Gagne C, Anthony WA. The process of recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry* 2002;14:327-336.
- Wilrycx G, Croon M, Van den Broek A, van Nieuwenhuizen C. Evaluation of a recovery-oriented care training program for mental healthcare professionals: effects on mental health consumer outcomes. *Int J Soc Psychiatry*. 2015 Mar;61(2):164-73. doi: 10.1177/0020764014537638. Epub 2014 Jun 25.

Informatie over de auteurs

- Bea Tiemens**, hoogleraar Radboud Universiteit, programmaleider onderzoek Indigo en onderzoeker Pro Persona Research
- Els Dozeman**, verpleegkundig specialist en onderzoeker GGz inGeest
- Henny Sinnema**, programmahoofd zorginnovatie Trimbos-instituut
- Noor Pelger**, kaderhuisarts GGz
- Jan Spijker**, hoogleraar Radboud Universiteit en hoofd zorgprogramma Depressie Pro Persona
- Annemieke Hendriksen**, wetenschappelijk medewerker Trimbos-instituut
- Fred Koster**, sociaal psychiatrisch verpleegkundige Vicino
- Hans Kroon**, programmahoofd reïntegratie Trimbos-instituut
- Daniëlle Meije**, wetenschappelijk medewerker Trimbos-instituut
- Marcel Vergunst**, verpleegkundig specialist GGz BasisGGz Arkin