

# De tijd is rijp voor inclusieve specialis- tische psychiatrie bij ‘complexe’ problematiek

L. TAK



In de specialistische ggz is het eerder regel dan uitzondering dat patiënten voldoen aan diagnostische criteria voor meerdere stoornissen (Spinhoven e.a. 2018). Toch behandelen we doorgaans in stoornisspecifieke teams, met hun eigen in- en exclusiecriteria en behandelprogramma's. Dat klinkt onlogisch (comorbiditeitsparadox), maar er zit meerwaarde in het selecteren van patiënten van wie je inschat dat je ze effectief kunt behandelen. Een vastgelegd behandelprogramma biedt de mogelijkheid deze criteria te evalueren en aan te scherpen. Als behandelteam word je ook min of meer gedwongen vast te leggen wat je doet en voor wie – voor de buitenwereld en voor duidelijkheid binnen het eigen team. De meeste stoornisspecifieke teams in de specialistische ggz bieden in de praktijk ook behandeling aan mensen met meerdere stoornissen die frequent voorkomen.

## Exclusieve psychiatrie

Toch kent iedereen het probleem van de ‘patiënt met complexe problemen’, patiënten met twee of meer stoornissen of met relatief zeldzame combinaties van psychiatrische stoornissen, somatische comorbiditeit en maatschappelijke problemen – en een groot risico om van het kastje naar de muur gestuurd te worden. Als zo'n patiënt wordt verwezen naar de ggz, is het verleidelijk te steggelen over wat de ‘belangrijkste diagnose’ zou zijn en te denken dat als de patiënt naar het bijbehorende stoornisspecifieke team verwezen wordt, het probleem is opgelost.

Zelfs als er iets zinnigs te zeggen valt over deze ‘belangrijkste diagnose’ (want er is weinig bekend over de aangewezen behandelvolgorde bij comorbiditeit), is er nog een horde, namelijk die van de exclusieve expertise. Exclusieve expertise is het verschijnsel dat stoornisspecifieke behandelteams vaak patiënten afwijzen, omdat hun problematiek ‘te complex’ zou zijn, bijvoorbeeld als er ook sprake is van een lichte verstandelijke beperking, verslaving, acute suïcidaliteit, et cetera.

Een ander voorbeeld is dat een academisch centrum een patiënt niet wil behandelen met als argument dat deze een ‘typische ggz-patiënt’ zou zijn. Ook komt het voor dat hoogspecialistische teams in de ggz, die eigenlijk niets te complex mogen vinden vanwege hun positie, na een lange wachtlijstperiode concluderen dat ‘de hulpvraag niet aansluit bij hun behandel aanbod’. Wie gaat die patiënt met complexe problemen dan wél behandelen?

## Vergelijking met somatische zorg

In de somatische zorg speelt hetzelfde probleem van deze aanbodgerichte zorg. Marcel Levi schreef over sub- en superspecialisatie ('*kinderreumatologen, voorste-oogkamerspecialisten, gynaeco-oncologen, flebo-dermatologen, migraineneurologen*'), waar hij op zich veel voor te zeggen vindt, maar 'Waar het echter misgaat is dat veel subspecialisten vervolgens de rest van hun vak – laat staan de geneeskunde in bredere zin – niet meer kunnen of willen uitoefenen. En dat is een probleem voor patiënten met een opeenstapeling van verschillende problemen [...]. Subspecialisatie leidt tot kokerzien, het behandelen van ziektes en niet van zieken.' (Levi 2018).

## 'Dit kunnen wij niet?'

Zijn de argumenten 'te complex' en 'wij hebben geen expertise' überhaupt wel valide? Een van de interessante verschillen van specialisatie in de psychiatrische geneeskunde in vergelijking met de somatische, is dat je als psychiater redelijk makkelijk van specialisatie kan wisselen. Ook als je jaren op een afdeling gespecialiseerd in eetstoornissen werkt, wil dat niet zeggen dat je daarna niet meer op een afdeling gespecialiseerd in autismespectrumstoornissen kan werken. Een internist-endocrinoloog echter, zal niet snel daarna nog internist-nefroloog worden. Ik beweer hiermee niet dat psychiatrische diagnostiek en behandeling makkelijker zijn dan interne geneeskunde, maar wel dat het blijkbaar mogelijk is voor psychiaters en andere ggz-behandelaars zich vrij snel een ander aandachtsgebied eigen te maken. Waardevolle zaken voor succesvolle behandeling zijn waarschijnlijk transdiagnostische vaardigheden.

En is het wel waar dat voor sommige relatief zeldzame stoornissen bijzondere expertise nodig is? Neem bijvoorbeeld de behandelingen van een dissociatieve stoornis of narcistische persoonlijkheidsstoornis, die misschien vooral jarenlang tijd nodig hebben en waarbij de uitkomst onzeker is. Niemand heeft dus in zijn opleiding tot psychiater een volledig behandeltraject meegemaakt. Omdat dit ook geldt voor supervisors, ontstaat dan een soort algemene wijsheid – zonder zich in de behandeling te verdiepen – dat 'wij dit niet kunnen'.

## Organisatie van zorg

Eigenlijk is het de vraag of patiënten nu echt zulke complexe problemen hebben, of dat onze organisatie van zorg zo complex is, door de gevolgen van de marktwerking en kunstmatige schotten. Het is aantrekkelijk om, hoewel grotendeels terecht, het systeem de schuld te geven en te wachten tot iemand dit verandert.

Staatssecretaris Blokhuis heeft gezegd dat hij ggz-instellingen wil gaan verplichten op korte termijn gespecialiseerde behandeling te bieden aan patiënten met complexe problemen. Los van financieringskwesties, is het nog onduidelijk hoe dit eruit zou moeten zien. Hopelijk gaan ggz-instellingen geen nieuwe behandelteams oprichten voor 'patiënten met complexe problemen'. Dit zou een klassiek voorbeeld zijn van een probleem willen oplossen door meer van hetzelfde te doen: een nieuwe doelgroep definiëren vanuit aanbodskader; semantische discussies over welke patiënten hier wel en niet onder vallen; een extra schot plaatsen. De recente geschiedenis van de ggz laat zien dat het niet bepaald positief uitpakt wanneer we de organisatie van zorg overlaten aan andere partijen dan de zorgprofessionals. We zullen zelf moeten veranderen.

## LITERATUUR

- Levi M. Professionals, neem zelf de leiding over de zorg. Medisch Contact 15 januari 2018.
- Simpkin AL, Schwartzstein RM. Tolerating uncertainty - The next medical revolution? N Engl J Med 2016; 375: 1713-5.
- Spinhoven P, Bockting C, Ruhe E, Spijker J (red.). Comorbiditeit van psychische stoornissen. Utrecht: De Tijdstroom; 2018.

## AUTEUR

**LINEKE TAK**, psychiater, Specialistisch Centrum SOLK & Somatisch-symptoomstoornissen, Dimence, Deventer.

## CORRESPONDENTIEADRES

Lineke Tak, Dimence,  
Nico Bolkesteinlaan 1, 7416 SB Deventer.  
E-mail: l.tak@dimence.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

## TITLE IN ENGLISH

The time is ripe for inclusive specialized psychiatry for patients with complex problems

## Het heft in eigen handen

Wat zouden we meteen morgen anders kunnen doen? Mij lijkt het een haalbare oplossingsrichting als alle teams in de (hoog)specialistische en academische ggz, voor zover ze dat nog niet doen, de verantwoordelijkheid gaan delen door het volgende inclusieve uitgangspunt: *‘Als er voor deze patiënt niet snel en redelijk in de buurt een beter aansluitende behandeling beschikbaar is, dan gaan we het zelf doen.’*

Een team zou dan bijvoorbeeld 80% van hun capaciteit kunnen blijven besteden aan de patiëntengroep waarvoor er expertise en een behandelprogramma is, en 20% aan patiënten met complexe problemen. In de praktijk zal dit betekenen dat een behandeling uitgevoerd moet worden waarin het team nog geen expertise heeft. Dit zal weerstand oproepen, want het kost tijd zich hierin te verdiepen.

Maar misschien nog veel belangrijker: het geeft onzekerheid. Deze onzekerheid is inherent aan de behandeling van patiënten met complexe problemen, waar geen enkele richtlijn volledig voldoet (Simpkin & Schwartzstein 2016). Men moet de fantasie loslaten dat er een plek in Nederland bestaat die veel betere behandeling zou kunnen bieden. Wanneer we deze verantwoordelijkheid nemen, kan dat ook juist energie geven, door de creativiteit bij het personaliseren van een behandeling en de samenwerking met andere teams en experts. Ouderenpsychiaters zullen misschien hoofdschuddend denken: wij bieden al jaar en dag inclusieve psychiatrische behandeling. Laat dat een voorbeeld zijn voor de volwassenenpsychiatrie: het is dus goed mogelijk.