

# Ernstige psychiatrische ziekten: cure en care?

I.P.M. KEET

Behandelaars van ernstige psychiatrische ziekten, ook wel *severe mental illnesses* genaamd, maken een spannende tijd door. Enerzijds is er de verheugende ontwikkeling dat deze ernstige aandoeningen zijn herontdekt als het hart van de psychiatrie. Het behandel pessimisme verliest terrein en maakt plaats voor het werken naar haalbare doelen, zoals remissie bij schizofrenie (Van Os & Kahn 2007). De traditie van de sociale psychiatrie is nieuw leven ingeblazen met de toenemende ambulantisering, die men in Nederland in het bijzonder ziet bij de teams die werken met (functie-) *assertive community treatment of (F-)ACT*. Er wordt weer toenemend behandeld, de 'cure' is terug.

Anderzijds is er ook een trend van verwaarlozing van de ernstige psychiatrische aandoeningen. Zowel bij de zorginstellingen als bij de ziektekostenverzekeraar bestaat de neiging de langdurende psychiatrie onder te brengen onder het begrip 'care', in een verbond van het traditionele behandel pessimisme en financiële belangen. Al met al zijn dit redenen om de begrippen 'cure' en 'care' verder uit te diepen en de plaats van de psychiatrie hierin ten opzichte van andere medische specialismen te bepalen.

*De begrippen 'cure' en 'care'* Sinds de jaren zeventig van de vorige eeuw wordt een onderscheid gemaakt tussen 'cure' en 'care'. Cure is daarbij gericht op genezing en herstel. De daarbij behorende activiteiten zijn kortdurende medische zorg en de daarbij behorende verpleging en verzorging. Het tijdsbestek is kort en de plaats van handeling is het ziekenhuis. Denk bijvoorbeeld aan een (succesvolle) operatie of een behandeling van een infectieziekte. Care heeft als doel het zoveel mogelijk beperken van nadelen van ziekten, stoornissen en beperkingen. De daarbij horende activiteiten zijn verpleging, begeleiding en verzorging. Het tijdsbestek is chronisch en langdurend. Cure bevindt zich geheel binnen het domein van de gezondheidszorg, care treedt daarbuiten. Dit onderscheid was in Nederland ook tot voor kort de basis van de financiering: de overheid zorgde voor de care, de ziektekostenverzekeraar voor de cure.

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2001) stelde vast dat deze indeling kunstmatig en vanuit patiëntenperspectief ongewenst is. Aan beide kanten wringt de schoen. Cure in de betekenis van het blijvend elimineren van een oorzaak waardoor genezing optreedt, is ook binnen de curatieve sector eerder uitzondering dan regel. Cure is in de praktijk vaak helemaal niet kortdurend en vindt steeds vaker buiten het ziekenhuis plaats. Omgekeerd wordt er in de caresector heel wat meer gedaan dan liefdevol verzorgen en is er daar ook steeds meer een behandel oriëntatie. Bovendien is er tussen care en cure een tussengebied te onderkennen, de revalidatie – in de psychiatrie de rehabilitatie – die bestaat uit het trainen van vaardigheden en het compenseren van beperkingen.

Vanuit het patiëntenperspectief is samenhang in de zorg essentieel. Een patiënt die herstelt van een operatie kan tijdelijk thuiszorg nodig hebben. Een patiënt bij wie na jaren de positieve symptomen van schizofrenie in remissie gaan, kan pas echt herstellen met actieve begeleiding op het gebied van dagbesteding. Voor een samenhangend zorgaanbod is het dus van belang dat cure en care met elkaar verweven zijn. Geen cure zonder care.

*Andere medische specialismen* In de snijdende specialismen was er nog lang een scheidslijn aan te geven tussen cure en care. De chirurg deed met de operatie de cure, de verpleegkundige de post-operatieve zorg en de patiënt ging naar huis, waarbij er zo nodig nog thuiszorg werd geregeld. Toch ziet men ook hier dat de cure en care door elkaar lopen. Chirurgen opereren ook vaak patiënten met chronische aandoeningen, zo reseceren zij tumoren bij niet-curabele vormen van kanker of plaatsen kunstheupen die vaak tot beter functioneren, maar niet tot genezing leiden. Verder zien we dat er naast cure en care vaak revalidatie nodig is voor echt herstel.

Bij de niet-snijdende specialismen lopen cure en care nog meer door elkaar. De meeste aandoeningen die onder anderen internisten, neurologen, revalidatieartsen en dermatologen behandelen, zijn chronisch en hangen gedeeltelijk samen met de leefstijl. Ook hier wordt de behandeling in toenemende mate multidisciplinair en wordt bijvoorbeeld motiverende gespreksvoering ingezet om de therapietrouw te bevorderen en een ongezonde leefstijl te beïnvloeden. De somatische disciplines die sterk gericht zijn op de cure hebben dus vooral patiënten die care nodig hebben. Ook in deze disciplines is daarom nauwelijks aan te geven waar de cure eindigt en de care begint en vice versa.

*Aanbevelingen voor de psychiatrie* De psychiatrie is het grootste en meest multidisciplinaire specialisme. De medische interventies bestaan in vergelijking met die bij andere specialismen meer uit praten en adviseren, maar medicatie is een hoeksteen van het vak en er is een groeiend arsenaal van biologische behandel mogelijkheden, zoals transcraniële magnetische stimulatie (TMS) en nervus-vagusbehandeling. In de toekomst mogen we farmacogenetica en *neuroimaging* verwachten als hulpmiddelen voor het instellen van medicatie.

Dit is het best zichtbaar bij de behandeling van ernstige psychiatrische aandoeningen. Bij de behandeling van schizofrenie is er bijvoorbeeld evidentie voor de effectiviteit van antipsychotica, maar ook van cognitieve gedragstherapie, gezinsinterventies, sociale vaardigheidstrainingen en ondersteuning bij dagbesteding en werk (Mueser & McGurk 2004). Dit zijn dus geneeskundige interventies

## LITERATUUR

- Mueser, K.T., & McGurk, S.R. (2004). Schizophrenia. *Lancet*, 363, 2063-2072.
- Os, J. van, & Kahn, R. (2007). Remissiecriteria voor de diagnose schizofrenie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 49, 21-26.
- Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. (2001). *Advies Care en Cure*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. <http://www.rvz.net/data/download/publ99-26adv.pdf>

## AUTEUR

I.P.M. KEET is inhoudelijk beleidspsychiater bij het Wijkteam Alkmaar Centrum van GGZ Noord-Holland-Noord.

Correspondentieadres: dr. I.P.M. Keet, Wijkteam Alkmaar Centrum GGZ Noord-Holland-Noord, 1813 KV Alkmaar.

E-mail: r.keet@ggz-nhn.nl.

TITLE IN ENGLISH Severe mental illness: cure and care?

die de herstel mogelijkheden van de patiënt bevorderen. Het herstel zelf is het proces van de patiënt. De psychiaters lopen voorop in het integreren van cure en care en zijn daar specialisten in. Onze primaire missie is de zorgende, herstelgerichte behandeling van patiënten: cure en nog eens cure.