

REACTIE OP**'De tijd is rijp voor inclusieve specialistische psychiatrie bij 'complexe' problematiek'**

Wij lazzen met belangstelling het redactioneel van collega Tak (2020). De ontwikkeling van hoogspecialistische teams heeft enerzijds geleid tot een grote toename van expertise, en anderzijds paradoxaal tot een ggz waar voor patiënten/cliënten met complexe, meervoudige problematiek geen plaats is. Complexe problemen passen namelijk niet binnen het profiel van een (hoog)specialistisch team. Voor complexe problemen moet er vooral elders een plaats zijn, niet binnen het team. Complexiteit is zo een reden geworden voor exclusie.

Tak pleit overtuigend voor een inclusieve specialistische psychiatrie, met de prangende vraag of patiënten nu zulke complexe problemen hebben of dat de organisatie van onze zorg zo complex is. We zijn het eens met haar betoog, ook met de boodschap dat we het heft in eigen handen moeten nemen. Als oplossing stelt zij als eerste stap voor dat de hoogspecialistische teams blijven bestaan, maar wel 20% van hun tijd besteden aan patiënten met complexe problemen. Wij plaatsen twee kanttekeningen bij haar betoog.

Ten eerste. Complexe problemen vragen om een brede maatschappelijke aanpak. Deze dimensie missen wij in het betoog van Tak. De afgelopen 30 jaar zijn geen ontdekkingen gedaan die tot grote veranderingen in de psychiatrische praktijk hebben geleid. Het omarmen van een sociaal paradigma kan echte vooruitgang opleveren (Priebe e.a. 2013). Wij pleiten voor een integrale *community mental health* visie op geestelijke gezondheid, vanuit meerdere perspectieven: mensenrechten, publieke gezondheid, herstel, evidence-based geneeskunde, netwerkbenadering en ervaringsdeskundigheid (Keet e.a. 2019).

Ten tweede. De gekozen oplossingsrichting van Tak is dusdanig behoudend dat het maar de vraag is of deze voldoende bijdraagt aan de gewenste inclusiviteit. Bij GGZ Noord-Holland-Noord (GGZ NHN) kozen wij voor een radicalere uitwerking onder de titel 'specialisten samen in de wijk' (ssiw). Wij gingen over tot het integreren van flexibele *assertive community treatment* (F-ACT)-teams met de hoogspecialistische teams. Dit proces startte met het formuleren van een geïntegreerd behandelkader en vervolgens werden nieuwe teams samengesteld die in september 2017 van start zijn gegaan.

De borging én ontwikkeling van expertise worden georganiseerd in interdisciplinaire expertnetwerken, zowel aan-doeninggericht als transdiagnostisch. Alle medewerkers zijn daarmee lid van een behandelteam en een of meerdere expertnetwerken. De visie vanuit het geïntegreerde behandelkader strekt zich binnen GGZ NHN uit naar de

LITERATUUR

- Keet R, Miedema A, van Rooijen S, van Dijk M. Integrated mental health care in the community: a new model in the Netherlands, GGZ NHN. In: European Assertive Outreach Foundation Conference. Verona: 2019. p. 123-5. <http://www.eaof2019-futurementalhealth.com/docs/abstract-book.pdf>.
- Keet R, de Vetten-Mahon M, Shields-Zeeman L, Ruud T, van Weeghel J, Bahler M, e.a. Recovery for all in the community; position paper on principles and key elements of community-based mental health care. *BMC Psychiatry* 2019; doi: 10.1186/s12888-019-2162-z.
- Priebe S, Tom B, Craig TKJ. The future of academic psychiatry may be social. *Br J Psychiatry* 2013; doi: 10.1192/bjp.bp.112.116905.
- Tak L. De tijd is rijp voor inclusieve specialistische psychiatrie bij 'complexe' problematiek. *Tijdschr Psychiatr* 2020; 62: 244-6.

AUTEURS

RENÉ KEET, psychiater, directeur FIT-Academy GGZ Noord-Holland-Noord.

ARDAN MIEDEMA, psychiater, directeur Divisie Maatschappelijk en Specialistisch, GGZ Noord-Holland-Noord.

ELSBETH DE RUIJTER, psychiater, bestuurder, GGZ Noord-Holland-Noord.

ALBERT BLOM, psychiater, directeur Divisie Acute en Forensische Psychiatrie, GGZ Noord-Holland-Noord.

MARCO BOTTELIER, psychiater, directeur divisie Kind en Jeugdpsychiatrie, GGZ Noord-Holland-Noord.

SONJA VAN ROOIJEN, sociaal wetenschapper, adviseur FIT-academy GGZ Noord-Holland-Noord.

ANNET NUGTER, psycholoog, hoofd afd. Onderzoek en Monitoring, GGZ Noord-Holland-Noord.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

TITLE IN ENGLISH

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

kinder- en jeugdpsychiatrie en de acute en de forensische psychiatrie.

Hebben wij daarmee het probleem van de inclusiviteit en complexiteit opgelost? Wij denken op weg te zijn. Het



ARTIKEL



is onderwerp van een doorlopende evaluatie volgens de principes van de *plan-do-study-act*-methode. Wij hebben het model beschreven in een SSIW-modelgetrouwheidschaal, die gebaseerd is op de FACT-schaal (<https://ccaf.nl/wp-content/uploads/sites/2/2018/03/FACT-Schaal-2017-Def-vs-291206-n.pdf>) en waar specifieke elementen van SSIW aan zijn toegevoegd. Daarnaast doen wij een procesevaluatie en een evaluatie van patiëntuitkomsten. Wij hebben eerste resultaten van dit organisatie-model al op diverse congressen gepresenteerd (Keet e.a. 2019) en zullen dit in meer detail doen bij het FACT-congres in juni 2021.

ANTWOORD AAN

Keet, Miedema, De Ruijter, Blom, Bottelier, Van Rooijen, e.a.

Keet en zijn collega's van GGZ Noord-Holland-Noord (GGZ NHN) herkennen zich in mijn betoog voor een inclusieve specialistische psychiatrie. Ze plaatsen echter twee kanttekeningen.

De eerste kanttekening is dat complexe problemen een brede maatschappelijke aanpak vergen. Dit kan ik in het algemeen onderschrijven, in mijn ogen geldt dat overigens niet alleen voor complexe problemen. Het is de dagelijkse bril waardoor we iedere patiënt moeten bekijken. En niet alleen in de psychiatrie, in de gehele geneeskunde. Hoe vaak denk ik niet bij een symposium over het betrekken van naasten, gebruik van ervaringsdeskundigheid, logica van herstelgericht denken, onvoldoende evidence-based werken bij patiënten en verbetering daarvan, public health, preventie, et cetera: 'Ja, hier moet ons team ook meer aandacht voor hebben!'

Echter, ik vind het ook te gemakzuchtig een brede maatschappelijke aanpak alléén maar te omarmen. Wat de maatschappij van de psychiatrie mag en kan verwachten, moeten we ook zelf begrenzen. Bij een brede maatschappelijke aanpak kan men van alle losse onderdelen waterdicht betogen dat ze essentieel zijn voor goede zorg, maar ze kunnen alle tezamen toch een moeras vormen. Immers, bij behandeling van patiënten met complexe problemen worden vaak niet alleen meerdere ggz-hulpverleners, maar ook ketenpartners betrokken. Daarbij is het nog niet zo eenvoudig elkaars gedachtegoed over wat er moet gebeuren te begrijpen en tot een overzichtelijk traject te komen. Een dergelijk groot team rondom de patiënt heeft bovendien vaak weer allerlei tijd-, geld-, energierovende dynamieken tot gevolg.

Een patiënt met complexe problemen heeft soms wel, maar zeker niet altijd een complexe behandeling nodig. Soms is het juist noodzakelijk de behandeling weer simpeler te maken. Bij sommige paginalange second opinions

kan bijvoorbeeld het belangrijkste advies zijn dat iemand één vaste ambulant begeleider krijgt voor praktische steun, binnen of buiten de ggz, die langdurig voorkomt dat patiënt naar allerlei instanties verwezen wordt.

Daarbij kan men wellicht vaker denken aan ambulante *mentalisation based integrative treatment* (AMBIT), oorspronkelijk ontwikkeld voor adolescenten (Bevington e.a. 2015). Een van de ideeën is dat je bij mensen met complexe problemen investeert in de relatie en het vertrouwen tussen patiënt en één of een beperkt aantal hulpverleners binnen of buiten de ggz, en dat het team daaromheen zich vooral richt op het faciliteren van deze hulpverlener. Bij AMBIT gebruikt men het gedachtegoed van mentaliseren-bevorderend werken en richt zich dus niet alleen op de patiënt, maar bovenal op de samenwerking binnen het eigen team en organisaties en betrokkenen rondom de patiënt. Kortom: soms moeten we een patiënt niet met nog meer perspectieven bekijken, maar lijkt het belangrijker dat er langdurig één richting waargemaakt en volgehouden kan worden.

De tweede kanttekening is dat Keet en collega's de gekozen oplossingsrichting, namelijk 'als een patiënt niet op korte termijn elders in de regio beter behandeld kan worden, dan doen we het zelf', te 'behoudend' vinden. Ik herken me niet in deze kwalificatie. Het gaat erom te zoeken naar wat de meest effectieve bijdrage aan herstel voor deze groep patiënten is. Men kan het over een geheel andere boeg gooien, zoals men bij GGZ NHN heeft gekozen voor een organisatie van zorg met als titel 'specialisten samen in de wijk'. We zullen echter de resultaten van het aangekondigde effectonderzoek moeten afwachten alvorens dat breed te implementeren. Het huidige transdiagnostisch onderzoek in de psychiatrie is namelijk heterogeen, incoherent en methodologisch zwak, en mag daardoor nog geen impact hebben op de klinische zorg, werd geconcludeerd in een review over 111 studies (Fusar-Poli e.a. 2019).

De FACT-teams zijn bij GGZ NHN geïntegreerd met de hoogspecialistische teams en er zijn naast de transdiagnostische- ook specialistische netwerken. Dit lijkt mij op zich een organisatie van zorg volgens principes van inclusieve specialistische psychiatrie. Echter, geen enkele organisatievorm is alleen de beloofde gouden berg. Iedere radicale organisatieverandering geeft ook verliezen. In het aangehaalde abstract wordt bijvoorbeeld genoemd dat het ongeveer twee jaar heeft gekost alvorens de medewerkers aan deze werkwijze gewend waren. Dit is een lange tijd voor de mensen die nu nergens aangenomen worden voor behandeling. Daarnaast vraag ik me af of het verlies van de fysieke context waarin specialistische teams nauw samenwerken - het essentiële sociale aspect (Savelsbergh

& Nauta 2014) - niet tot een verlies van specialistische scherpste en vooral durf leiden.

Ik wilde graag tot iets oproepen wat iedereen de volgende dag anders kan gaan doen en waarvoor niet (de zoveelste) organisatorische verandering noodzakelijk is. Morgen al kan bijvoorbeeld een specialistisch team met een FACT-team gezamenlijk gaan behandelen. Daarom zou ik mijn oplossingsrichting juist als een voor iedereen haalbare stap willen zien. Sterker nog, ik denk juist dat op positieve ervaringen met werken volgens inclusieve psychiatrie, fundamentele veranderingen (gefaciliteerd in de organisatie van zorg) vanzelf organisch kunnen volgen vanuit de werkvloer.

LITERATUUR

- Bevington D, Fuggle P, Fonagy P. Applying attachment theory to effective practice with hard-to-reach youth: The AMBIT approach. *Attach Hum Dev* 2015; 17: 157-74.
- Fusar-Poli P, Solmi M, Brondino N, Davies C, Chae C, Politi P, e.a. Transdiagnostic psychiatry: a systematic review. *World Psychiatry* 2019; 18: 192-207.
- Savelsbergh C, Nauta N. Hoofdstuk 9: Samenwerken in teams. In: Hammelburg R, Lubbers WJ, Nauta N, e.a., red. *Veranderende samenwerking in de zorg*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2014.

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