

Reactie op 'Ernstige psychiatrische ziekten: cure en care?'

In het Redactioneel van het tijdschriftnummer van september 2008 houdt collega Keet een op het eerste gezicht afgewogen pleidooi om het *care*-aspect in onze discipline te relativeren of ten minste niet los van *cure* te zien. Immers, *care* valt dikwijls moeilijk te onderscheiden van curatieve interventies, *care* is vaak noodzakelijk om het *cure*model te laten werken en dit is niet anders binnen andere geneeskundige disciplines. Dus eindigt het stuk retorisch: *cure* en nog eens *cure* als missie van ons vakgebied.

Wat overrompeld door zoveel dadendrang lezen we het Redactioneel toch een tweede maal. Hierbij lijkt zowel argumentatie als conclusie te eenkennig, waardoor belangrijke aspecten van het psychiatrische vakgebied onder de mat geveegd dreigen te worden. Zo haalt de auteur bij de introductie twee voorbeelden aan om de terugkeer van de *cure* te illustreren: het remissieconcept bij schizofrenie en de ambulantisering van een hernieuwde sociale psychiatrie: de (functie-)assertive *community treatment* ofwel (F-)ACT. Nader onderzoek dringt zich op naar deze begrippen, die volgens de auteur het 'behandelpessimisme' hebben doen afnemen.

Ten eerste, het remissieconcept bij schizofrenie. Bij de introductie van dit concept wezen Remington en Kapur (2005) terecht op het probleem van vlag en lading. De term 'remissie' leek immers gelijk te staan met herstel, hoewel de symptoomreductie die wordt gemeten niet noodzakelijk samenhangt met een beter psychosociaal functioneren (Robinson e.a. 2004). Terecht wezen zij op de gevaren bij een onnauwkeurig gebruik van deze term, namelijk dat beleidsmensen en verzekeringsmakelaars, 'gespeend van de genuanceerde sofisticatie van de bedenkers', de patiënt in remissie zouden beschouwen als iemand die klaar is om zijn leven uit te bouwen, nu hij bevrijd is van zijn ziekte (Remington & Kapur 2005, p. 2393). De

prognose van schizofrenie is jammer genoeg niet verbeterd sinds de invoering van dit begrip. De zorgbehoefte voor een deel van deze patiënten is dus niet veranderd.

Als tweede voorbeeld haalt Keet de heropleving van de sociale psychiatrie in de vorm van de F-ACT aan. ACT is in de jaren zeventig ontstaan als een ambulante vorm van zorg om de leemte op te vangen die was ontstaan na de sluiting van psychiatrische ziekenhuizen in de Verenigde Staten. Gebleken is dat vooral ernstig zieke patiënten met weinig ziekte-inzicht baat hebben bij deze specifieke vorm van interventie (Killaspy e.a. 2006). Voor andere patiënten volstaan andere vormen van ambulante hulpverlening. ACT is dus geen middel tot ambulantisering van de sociale psychiatrie, maar een goed georganiseerde vorm van hulpverlening voor patiënten met behoefte aan langdurige zorg ten gevolge van hun ernstige psychiatrische aandoening.

Het blijft ons, na herhaalde lezing van dit Redactioneel, onduidelijk waar het pleidooi voor *cure* precies toe moet leiden. Misschien bepleit de auteur een herwaardering van de zorg voor ernstige psychiatrische ziekten die, door behandel-pessimisme en vooral een tekort aan middelen, inderdaad kan verworden tot een louter institutionele psychiatrie, met onvoldoende oog voor groeikansen van de patiënt. In een context van voortdurende privatisering van de geneeskunde moet echter ook de *care* voor deze patiënten zorgvuldig bewaakt worden. Ook de psychiatrie dreigt immers, zoals andere specialismen, te worden afgerekend op basis van het prestatiedenken, met meer dan waarschijnlijk negatieve resultaten voor de (zorg voor) patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening. Een discours waarbij begrippen en noden te weinig worden uitgediept en schijnbaar vanzelfsprekend onder één noemer worden geplaatst, zal dit probleem niet oplossen. Realisme over de behandeluitkomsten en de beperkingen van de langdurig zieke patiënt en een pleidooi voor goed uitgebalanceerde zorg, zowel ambulant als residentieel (Thornicroft & Tansella 2004), lijken eerder de missie. Anders bestaat het

gevaar dat de care helemaal over het hoofd wordt gezien als specifieke en zeer waardevolle opdracht van ons multidisciplinair psychiatrisch werk.

LITERATUUR

- Killaspy, H., Bebbington, P., Blizard, R., e.a. (2006). The REACT study: randomised evaluation of assertive community treatment in north London. *BMJ*, 332, 815-820.
- Remington, G., & Kapur, S. (2005). Remission: what's in a name? *The American Journal of Psychiatry*, 162, 2393-2394.
- Robinson, R.G., Woerner, M.G., McMeniman, M., e.a. (2004). Symptomatic and functional recovery from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 161, 473-479.
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (2004). Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. *British Journal of Psychiatry*, 185, 283-290.

AUTEURS

- J. VAN HECKE is psychiater in het Ziekenhuis Netwerk Antwerpen, campus Stuivenberg.
- V. MATTHYSEN is psychiater in het Ziekenhuis Netwerk Antwerpen, campus Stuivenberg.
- S. DEBRUYNE is psychiater in het PC Sint-Hiëronymus, Sint-Niklaas.
- L. JOOS is psychiater in het PC Bethanië, Zoersel.
- J. DAEMS is psychiater in het PC Bethanië, Zoersel.
- Correspondentieadres: dr. J. Van Hecke, Lange Beeldekensstraat 267, 2060 Antwerpen, België.
- E-mail: jan.vanhecke@zna.be.

TITLE IN ENGLISH Reaction on 'severe mental illness: cure and care?'

ANTWOORD aan Van Hecke, Matthysen, Debruyne, Joos en Daems

Ik dank mijn Vlaamse collega's voor hun door-dachte commentaar en waardeer hun betrokkenheid bij de behandeling van patiënten met ern-stige psychiatrische aandoeningen. Zij zetten mij

aan tot reflectie en verdieping van mijn stand-punt.

Er staan drie zaken in het betoog van Van Hecke e.a. waar ik op in wil gaan: ten eerste betreft het begrip 'remissie' uitsluitend symptomatisch en niet functioneel herstel. Ten tweede is ACT een specifieke vorm van ambulante zorg, uitsluitend bedoeld voor ernstig zieke patiënten en geen mid-del tot ambulantisering op zichzelf. Ten derde moeten we de care juist goed bewaken en moeten we de noden van de patiënt vooral niet onder één noemer (cure) plaatsen ten behoeve van een uitge-balanceerde zorg.

Met de kritiek van Van Hecke e.a. op het begrip 'remissie' ben ik het eens. De conceptuali-sering van dit begrip betreft inderdaad enkel symptomatisch herstel. Zij stellen terecht dat dit niet noodzakelijk samenhangt met beter psycho-sociaal functioneren. Pas als hiervan sprake is, kan niet alleen van remissie, maar ook van maatschap-pelijk herstel worden gesproken. Overigens is symptomatisch herstel niet eens altijd een voor-waarde voor maatschappelijk herstel. Wel nodig zijn het wegnemen van het sociale isolement en het vinden van een aansprekende dagbesteding, bij voorkeur in de vorm van betaald werk. Voor deze doelen zijn psychologische en sociale inter-venties noodzakelijk. Deze worden al gauw als 'care' aangeduid, maar zijn dus ook 'cure'.

Dat ik het begrip 'remissie' ondanks deze beperkingen aanhaal, is omdat het een stap in de goede richting is, weg van het doemdenken dat vooral aan schizofrenie is verbonden, en op weg naar haalbare doelen. Er is ook internationale con-sensus over dit begrip, maar helaas is er (nog) geen consensus over de conceptualisering van het maat-schappelijk herstel. Dit hoeft ons er natuurlijk niet van te weerhouden om zelf criteria hiervoor te ontwikkelen. Wellicht kan deze discussie een aan-zet geven tot een Vlaams-Nederlandse consensus met betrekking tot het definiëren en meten van maatschappelijk herstel.

De respondenten geven terecht aan dat ACT ambulante hulpverlening is voor een specifieke groep. ACT richt zich op de ernstigste subgroep

(20%) van de zogenaamde *severely mentally ill*. Deze subgroep zou zonder ACT vaker en langer klinische zorg nodig hebben. Ik ben daarom van mening dat dit juist wel een middel is voor ambulantisering.

Bovendien wil ik de auteurs wijzen op de ontwikkeling van een Nederlandse variant op ACT, namelijk functie-ACT (FACT). FACT-wijkteams zorgen in een omschreven regio of wijk van ongeveer 50.000 inwoners voor de zorg en de behandeling van alle patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen. Binnen FACT-teams kan ACT als teamaanpak worden aangeboden aan patiënten die intensievere zorg nodig hebben. Binnen het multidisciplinaire FACT-team kan op die wijze individueel casemanagement worden opgeschaald naar ACT, waarbij een patiënt dagelijks door het team wordt besproken en waarbij het gehele team verantwoordelijk wordt voor de behandeling. Dit kan bij een FACT-team tijdelijk worden aangeboden, bijvoorbeeld bij een (dreigende) crisis, maar zo nodig ook langdurend. De kracht van dit model ligt erin dat bij overgang naar ACT de continuïteit van zorg behouden blijft, omdat de patiënt in zorg blijft bij het zelfde team (Van Veldhuizen e.a. 2006).

Dat dit daadwerkelijk tot betere behandeling leidt, moge blijken uit een recente studie in Limburg, waarbij de onderzoekers rapporteerden dat de kans op remissie na invoering van FACT met een factor twee werd vergroot (Bak e.a. 2008). Inmiddels zijn er ruim zestig FACT-teams in Nederland, versijnt dit najaar het *Handboek FACT* (Van Veldhuizen e.a. 2008) en is er ook al internationale belangstelling (Bond & Drake 2007; Van Veldhuizen 2007). Het zou interessant zijn te bezien of dit model ook iets kan bieden binnen de ggz in België.

Ik beoogde met mijn Redactioneel inderdaad een herwaardering van de behandeling van patiënten met ernstige psychiatrische ziekten. Realisme en niet pessimisme over de uitkomsten en de beperkingen van de langdurig zieke is daarbij de leidraad. Psychosociale interventies zijn essentieel bij de behandeling en maken dus deel uit van de

cure. Meer wetenschappelijk onderzoek is nodig naar de effectiviteit van interventies vanuit een behandelperspectief.

De afsluiting van mijn Redactioneel met de mededeling dat onze primaire missie 'cure en nog eens cure' is, was niet vrij van retoriek. Het gevaar bestaat dat men deze zin, los van het voorafgaande, kan beschouwen als het over het hoofd zien van de care. Mijn boodschap was dat het onderscheid tussen cure en care niet goed te maken valt. In het hart van goede cure zit goede care en vice versa. Ten onrechte dreigt behandeling van patiënten met ernstige psychiatrische stoornissen - in ieder geval in Nederland - juist eenzijdig als care te worden beschouwd. Ik wilde dit niet simpelweg omkeren door het accent eenzijdig op cure te leggen, maar wilde juist een lans breken voor het beschouwen van behandeling als een integratie van cure en care. Onze primaire missie is namelijk, daar blijf ik bij, een zorgende, op herstel gerichte behandeling.

LITERATUUR

- Bak, M., Drukker, M., de Bie, A., e.a. (2008). Een observationele trial naar 'assertive outreach' met remissie als uitkomstmaat. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50, 253-262.
- Bond, G.R., & Drake, R.E. (2007). Should we adopt the Dutch version of ACT? Commentary on 'FACT: a Dutch version of ACT'. *Community Mental Health Journal*, 43, 435-437.
- Veldhuizen, J.R. van (2007). FACT: A Dutch version of ACT. *Community Mental Health Journal*, 43, 421-433.
- Veldhuizen, J.R. van, Bähler, M., Polhuis, D., e.a. (Red.) (2008). *Handboek FACT*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Veldhuizen, J.R. van, Bähler, M., & Teer, W. (2006). FACT: de 'Functie ACT'. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 61, 525-534.

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