

Ambulant als het kan, outreaching als het moet

J. VANDENBERGHE

'One should treat as many patients as possible with a new drug while it still has the power to heal.' (William Osler, 1849-1919)

Zou onze positieve bias voor wat nieuw is cultureel bepaald zijn? Of is het algemeen menselijk dat we hoop en verlangen naar beter projecteren op het nieuwe? Als het geneesmiddelen betreft, kunnen we de geslepen marketingmachine de schuld geven. Maar marketing is niet de hele verklaring. Misschien oud nieuws in Nederland, maar in België is het buzzwoord nu *outreachinge zorg*, of een stap verder: *aanklampende zorg*. Beide worden vaak in één adem genoemd, maar ze kennen toch een verschillende achterliggende visie. In wat volgt, gebruik ik de term 'zorg' waar ik 'zorg en behandeling' bedoel.

Outreaching Deze vorm van zorg houdt in dat patiënten niet naar ons komen, maar wij naar hen. Achterliggende visie is dat mensen met psychiatrische aandoeningen maximaal in de samenleving thuishoren eerder dan in aparte instituten: vermaatschappelijking van de zorg. Door de deïstitutionalisering verschuift de zorg van ziekenhuisgebonden naar laagdrempelige geïntegreerde zorg in de samenleving (*community-based treatment*). Merk op dat volgens deze visie de zorg zowel ambulant als outreachend kan zijn.

Aanklampende zorg Bij aanklampende zorg (of bemoeizorg) wacht men niet op het initiatief van de patiënt. Achterliggende visie is eigenlijk paternalistisch. Geestesstoornissen kunnen leiden tot zorgmijding of zorgonderbreking als ze gepaard gaan met chaotisch denken, geheugenproblemen, impulsiviteit, wanen, executieve functiestoornissen, verminderd ziekte-inzicht, ontkenning, achterdocht, ... Zorgmijding als symptoom van de ziekte impliceert dat de patiënt zelf niet altijd weet wat goede zorg is voor hem of haar: de stoornis ondergraaft zijn of haar autonomie en wils- of beslissingsbekwaamheid. Toegankelijke zorg aanbieden volstaat dan niet en onvermijdelijk komen we in een meer paternalistisch model terecht, waarin vertegenwoordigers van de patiënt en hulpverleners pretenderen beter te weten wat goed is voor de patiënt. Niet de patiënt, maar zij nemen dan de regie in handen, met motivationele en andere strategieën, zelfs zonder duidelijk mandaat van de patiënt zelf. Zo balanceert aanklampende zorg tussen zorg voor hulpzoekenden en gedwongen zorg, met als doel ook zorgmijders en zorgonderbrekers te bereiken in een vroeger stadium om de prognose te verbeteren en overlijden, (gedwongen) opnames, en sociale, familiale, educatieve, professionele, psychologische en lichamelijke schade te voorkomen.

Risico's Principieel is aanklampende zorg problematischer dan outreachende zorg *tout court*. Over situaties van sterk verminderde autonomie zal weinig discussie zijn. Maar in het grijze

tussengebied is deze voortdurende evenwichtsoefening minder evident. Onze visie op psychisch ziek zijn is bepalend bij de interpretatie van de keuzevrijheid van de patiënt (Verbrugghe e.a. 2008) en het risico van impliciet maatschappelijk conformisme loert om de hoek. Hoe groot is de restautonomie en welke plaats geven we die? Hoe onderscheiden we zorgweigerig, -onderbreking of -mijding als bewuste keuze en als gevolg van psychisch ziek zijn? Hoe klampen we aan zonder dwang en op zo'n manier dat de patiënt zich gerespecteerd voelt? Hoeveel respect brengen we op voor het circulaire karakter van het veranderings- en hulpzoekproces? Hoe weten we wanneer het ons op lange termijn juist verder brengt een afwachtende houding aan te nemen en niet aan te klampen?

Pluspunten Terug naar de gewone outreachende zorg. Niemand zal betwisten dat deze zorgmodaliteit een noodzakelijk element is van een goede ggz. Outreaching is drempelverlagend en bereikt degene die anders tussen de mazen van het net valt door mobiliteitsproblemen of door reële of gepercipieerde drempels. Soms gaat het over mensen die de weg naar de eerste lijn wel vinden, maar – ondanks verwijzing – niet die naar tweedelijnszorg. Uiteraard moet de tweede lijn dan naar de patiënt en de eerste lijn stappen. Outreaching levert bovendien een bredere inschatting: de patiënt in zijn thuis- en woonsituatie zien leert zoveel meer. Het wordt ook makkelijker om familieleden en andere mantelzorgers bij de zorg te betrekken en om hen te informeren en te ondersteunen. Met dit brede, systemische perspectief en de vroege interventie die outreaching vaak realiseert, kan men dwang vermijden, de prognose verbeteren en erger voorkomen. Voorwaarde is wel dat de outreaching verloopt volgens een integrale, *evidence-based* benadering, al is hierbij steeds minder duidelijk of het specifieke model van *assertive community treatment* (ACT) een meerwaarde biedt (Burns 2010). De vertrouwde omgeving kan faciliterend werken voor de patiënt. Outreaching is uitdagend en afwisselend voor de zorgverlener en vraagt creativiteit en bereidheid vertrouwde paden te verlaten. Via outreaching contact leggen laat toe een vertrouwensrelatie op te bouwen waar anders geen of onvoldoende zorg was.

Relativering Echter, zoals het (relatief) nieuwe zaken vergaat, leidt de positieve bias tegenover het nieuwe tot idolatrie. De tekst van de Belgische overheid (2010) stelt dat zorg 'bij voorkeur in de woonplaats van de patiënt' wordt aangeboden en verheft outreaching zo tot ideaal. Er zijn echter geen onderzoeksgegevens die de superioriteit van outreachende boven ambulante zorg in het algemeen aantonen. Bovendien heeft ambulante zorg ook voordelen ten op-

LITERATUUR

Burns, T. (2010). The rise and fall of assertive community treatment? *International Review of Psychiatry*, 22, 130-137.

Federale, Vlaamse, Brusselse en Waalse overheden (2010). *Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg*. Brussel: www.psy107.be.

Verbrugghe, A., Nys, H., & Vandenbergh, J. (2008). Wanneer is een psychose gevaarlijk? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50, 149-158.

AUTEUR

J. VANDENBERGHE is docent aan de KU Leuven en werkt als psychiater-psychotherapeut in het UZ Gasthuisberg, UPC KU Leuven en bij het Centrum Geestelijke Gezondheidszorg Vlaams-Brabant Oost, Leuven.

Correspondentieadres: prof. dr. J. Vandenbergh, liaisonpsychiatrie, UZ Gasthuisberg, Herestraat 49, 3000 Leuven, België.

email: joris.vandenbergh@uzleuven.be.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

TITLE IN ENGLISH Outpatient if possible, outreaching if necessary

zichte van outreaching. Ze is minder intrusief, maakt de patiënt zelf meer verantwoordelijk, legt het initiatief bij hem en is zo vaak meer emancipatorisch. Ze respecteert meer de vrijheid van patiënten om – bijvoorbeeld uit schaamte – bepaalde zaken zoals woon- en leefomstandigheden aanvankelijk verborgen te houden. Vanuit het perspectief van de hulpverlener is ambulante zorg tijdsefficiënter omdat deze geen verplaatsingstijden vergt, een belangrijk argument in een land met één van de drukste wegennetwerken.

Ook de zorg voor de hulpverlener scoort vaak beter in ambulante zorg: er zijn meer informele contacten met teamgenoten en de werkomgeving is vaak minder stresserend, comfortabeler en veiliger, zowel wat betreft hygiëne als op fysiek en psychisch vlak. Belangrijkste voordeel van ambulante zorg ten opzichte van outreaching is waarschijnlijk dat naar een ambulante centrum komen vaak therapeutisch is, omdat het activeert, structureert, socialiseert en regressie tegengaat. Tot slot is de setting van een ambulante centrum vaak meer aangepast aan psychotherapeutische benaderingen die veel belang hechten aan een constant kader en een op introspectief spreken gerichte ‘therapeutische ruimte’ die afgegrensd is van alledaagse realiteit. Daar staat tegenover dat leren contextgebonden is en men kan argumenteren dat leereffecten in de thuissituatie makkelijker overgedragen worden in het dagelijks leven. Cognitieve gedragstherapeuten bijvoorbeeld hebben al langer de gewoonte om te gepasten tijde de therapieruimte te verlaten.

Slotsom Outreaching is dus geen ideaal, maar heeft voor- en nadelen. Als hype of modefenomeen dreigt het te veel als zaligmakend te worden gezien. Tot zijn ware proporties teruggebracht, is het een belangrijke zorgmodaliteit naast ambulante zorg, die beter is aangepast aan bepaalde doelgroepen en fasen van de zorg. Onderzoek moet ons daarin gidsen. Cruciaal is dat zowel outreachende als ambulante zorg vertrekt vanuit een visie van vermaatschappelijking. Binnen die visie geldt volgens mij: ambulante als het kan en outreaching waar ambulante zorg tekortschiet of een aangetoonde meerwaarde biedt.