

# **Van intramurale naar transmurale werking in de psychosezorg**

**Ludi Van Bouwel 19 september 2012**

## **Inleiding**

Het behoort tot de taak van een psychiater een zo nauwkeurig mogelijke diagnose te stellen om het behandelplan hierop af te stemmen. In onze medische discipline is het eveneens onze opdracht vanuit een bio, psycho, sociaal model onze patiënten te benaderen. Bij uitstek in de psychiatrie horen deze drie interagerende aspecten van de mens bij elke diagnostiek en ook behandeling een plaats te krijgen.

De psychotherapeutische opleiding die ik volgde, had een sterk impact zowel op de manier van diagnosticeren alsook op het therapeutisch werk met patiënten. Een loutere DSM-diagnostiek bleek al gauw onvolledig en oppervlakkig en gaf me onvoldoende houvast om over patiënten na te denken. De mogelijkheid van het voorschrijven van psychofarmaca biedt voor de psychiater een grote meerwaarde in zijn therapeutisch beleid maar zeker in de psychosezorg stelde ik vast dat patiënten naast deze biologische benadering ook een nood hebben aan andere therapeutische interventies: patiënten vragen helemaal niet om psychofarmaca, ze hebben er een afkeer van, en willen liever op een andere manier worden bijgestaan in hun menselijk lijden, als ze al willen geholpen worden. Mijn psychotherapeutische opleiding is daarom ook meer dan een gewone aanvulling op het medisch diagnostisch en therapeutisch handelen, het maakt er een essentieel deel van uit. Dat dit voor het contact met de individuele patiënt geldt, zal niemand verbazen, maar zeker ook in de *organisatie van de zorg* voor jonge psychotische patiënten heeft deze psychotherapeutische insteek de voorbije jaren een grote invloed gehad. Deze psychotherapeutische visie heeft ertoe geleid (nog vooraleer vanuit de overheid stimulansen werden gegeven tot afbouw van psychiatrische bedden ten voordele van het ambulante werk (art 107)) de muren van het ziekenhuis open te breken en het accent meer te leggen op extramurale en transmurale werking.

## A. Ervaringen in het residentieel werk met psychotische patiënten en hun families

Om dit te illustreren, wil ik vooreerst toelichten wat het jarenlange werk met psychotische patiënten en hun families ons geleerd heeft. We stuiten immers op een aantal moeilijkheden in de intramurale zorg van psychotische patiënten.

1. Een psychotische patiënt heeft meestal zelf **geen hulpvraag**. De psychiatrie spreekt vaak over ‘een gebrek aan ziekteinzicht’. Zijn psychotische symptomen, zeker wanneer ze zijn geëscaleerd tot een full blown psychotische episode, zijn veeleer een oplossing voor een aantal moeilijkheden in zijn leven waarvoor hij geen andere uitweg vond. Vaak gaan ze immers gepaard met een gevoel van ‘gelukzaligheid’. In de paranoia of de melancholie is er echter wel een duidelijk lijden aanwezig maar heeft de patiënt de neiging zich af te keren van anderen. Het is echter meestal de omgeving (in casu de familieleden, de ouders, partner of de school) die het eerst de symptomen onderkent en met een hulpvraag komt. In de prodromale fase van de psychose zien we meestal specifieke, algemene moeilijkheden die vooral de omgeving verontrusten, maar waarvoor niet altijd een adequaat antwoord vanuit de hulpverlening geboden wordt.
2. Het eerste contact met de psychiatrie, zeker wanneer het gaat over een floriede psychotische episode, is vaak **erg bruusk en intrusief voor de patiënt**: gedwongen opname, confrontatie met politie, intramusculaire inspuitingen en onderbrengen in separeerkamers. Isolatie, fixatie en sedatie (of de repressieve triade in de akute psychiatrie) is het tegenovergestelde van het creëren van een ruimte waarin de mentale pijn een plaats en betekenis kan krijgen. Deze eerste kennismaking met psychiatrie gebeurt vaak in pijnlijke omstandigheden en het vraagt heel wat tijd en zorgvuldig werk vooraleer een patiënt het beschadigde vertrouwen in de psychiatrie kan herstellen.
3. Het innerlijke leven van een psychotische patiënten is vaak erg verbrokken en bovendien wordt hij dan geconfronteerd met een **verbrokkende hulpverlening**. Opname op spoedgevallen, verwijzing naar afdeling voor verhoogd toezicht, verwijzing naar vervolgafdeling en tenslotte terug in de ambulante zorg. Overgangsmomenten die zowel voor de patiënt zelf als voor familieleden moeilijk te maken zijn en vaak tot uitputting leiden. Elk overgangsmoment dat niet goed voorbereid is, kan een aanleiding geven tot frustratie met een groot risico op afhaken als gevolg.
4. Uitgesproken psychotische symptomen leiden vaak tot verbijstering en uitputting van de directe omgeving met **neiging tot exclusie van de psychotische patiënt** als gevolg. Het ondersteunen en het verhogen van dragende capaciteit van de directe omgeving,

zijn belangrijke elementen om de patiënt toch in zijn natuurlijk milieu te behouden en het stigma van een psychiatrische opname te vermijden.

Een psychotherapeutische visie, van welke school of strekking ook, is ervan overtuigd dat de relatie tussen patiënt en hulpverlener de belangrijkste therapeutische hefboom is. Binnen deze relatie kan een ruimte ontstaan waarin de psychotische symptomen kunnen worden opgevangen en een betekenis krijgen. Niet zozeer het bestrijden van de psychotische symptomen maar veeleer het creëren van een ruimte waarbinnen kan geluisterd worden naar de patiënt en zijn familie staat centraal. Onze overtuiging is dat de aanpak van een psychotische patiënt een **interdisciplinair teamwerk** vraagt. En dit om verschillende redenen:

1. Een psychotische patiënt ontwikkelt vaak heftige overdrachtsreacties tegenover zijn hulpverlener: al het pijnlijke dat de patiënt in de hulpverlener evacueert, is niet altijd gemakkelijk om dragen. Indien deze overdracht kan verdeeld worden over verschillende teamleden is deze gemakkelijker te hanteren.
2. Bovendien geeft een breed samengesteld team aan de patiënt een mogelijkheid uit te kiezen bij wie hij aanhaakt: soms is dat de verpleegkundige, soms de maatschappelijk werkster, dan weer de dokter of de psycholoog.
3. De gebundelde krachten van een therapeutisch team en ook de samenwerking tussen het team en andere partners in de zorg, zoals huisarts, de school, JAC... maken het mogelijk dat rondom de patiënt en zijn familie een netwerk wordt gebouwd waarin de patiënt en zijn familie kan gedragen en ondersteund worden.
4. Een psychotische patiënt heeft vaak noden in verschillende deelaspecten van zijn bestaan. Strik medisch/hygiënisch vlak waar arts en verpleegkundige een centrale rol vervullen, de psycholoog die helpt woorden te vinden of preverbaal therapeut die mee vorm geeft aan een innerlijk lijden waarvoor nog geen woorden ter beschikking zijn, een maatschappelijk werkster om de patiënt te helpen opnieuw een project op vlak van studie of werk uit te bouwen in zijn leven.

Het probleem is echter dat zulke teams vooral in residentiële settings sterk zijn uitgebouwd en dat de individuele hulpverlener die in een CGGZ of in een ambulante privépraktijk een psychotische patiënt bij voorkeur naar een ziekenhuis oriënteert. Wanneer een psychotische patiënt me werd doorverwezen voelde ik me genoodzaakt deze patiënt in het ziekenhuis een bed te geven om hem te kunnen omringen met een team ook al bleek opname niet steeds medisch noodzakelijk.

Al deze vaststellingen deden bij mezelf en mijn therapeutisch team reeds meer dan 10 jaar geleden de vraag ontstaan naar onze hoofdgeneesheer, toen was dit nog Prof Peuskens, de zorg voor onze jonge psychotische patiënten te herorganiseren. ‘Geef me een team met wie ik ambulant met onze patiënten aan de slag kan gaan’. Ongeveer 5 jaar geleden ging prof Peuskens op deze vraag in en samen met andere medewerkers in het ziekenhuis, vooral ook de kinderpsychiatrie, gaf dit aanleiding tot een nieuw ‘vroege psychose project VRINT dat in 2009 van start ging.

## **B. VRINT een ambulant vroege psychose project**

Bij de uitbouw van het VRoege INterventie Team VRINT waren volgende ideeën belangrijk.

1. Vroegtijdige interventie om impact van therapie zo groot mogelijk te maken:  
(zogenaamde DUP zo kort mogelijk houden)
  - a. Vlotte bereikbaarheid: vaste telefoon waar coördinator permanentie biedt
  - b. Snelle beschikbaarheid: geen wachtlijst!
    - i. bij urgentie binnen 48u
    - ii. bij niet urgentie: binnen de twee weken
  - c. Laagdrempelig contact: huis in de stad, bij huisarts, in café, in park van stad
2. Aspect tijd:
  - a. Voldoende tijd geven om op niet intrusieve manier therapeutisch proces op gang te laten komen
  - b. Voldoende lang met iemand aan het werk gaan: eenmaal engagement voor behandeling start minstens voor 5 jaar met patiënt en zijn familie onderweg
3. Continuïteit van zorg (ipv verbrokkelde zorg). Het vasthouden op een dragende voorspelbare manier met hulpverleners die vertrouwd overkomen. Een vaste ‘zorgverantwoordelijke’ volgt patiënt in gans zijn parcours in de verschillende fasen van het ziekteproces. Wordt de patiënt toch opgenomen dan blijft de zorgverantwoordelijke patiënt volgen in samenwerking met het residentiële team.
4. Flexibiliteit in aanbod. Geen standaardbehandeling maar steeds zorg op maat volgens de noden van de patiënt. (*Need adapted treatment van Alanen*).
5. Indien opname toch noodzakelijk, deze zo kort mogelijk houden en steeds in continuïteit met ambulante team. Opname op vroege psychose afdeling volgens soepel systeem geleidelijk toeleiden, opname, dagtherapie, postkuur...
6. Essentieel psychotherapeutische visie staat centraal in benadering van de patiënt. In het therapeutisch proces worden steeds twee vragen gesteld.
  - a. Welke factoren hebben ertoe geleid dat de patiënt zijn psychotische symptomen als oplossing verkoos, met andere woorden: wat waren de omstandigheden waarin de psychose uitbrak?.
  - b. Wat waren de processen die voor het uitbreken van de psychose het evenwicht bewerkstelligden?

Deze vragen wordt best gesteld aan de patiënt en zijn familie. Het is vooral de familie die ons zaken kan aanreiken uit de persoonlijke geschiedenis of de familiegeschiedenis van de patiënt. We kunnen de patiënt bijstaan in het creëren

van betekenis zonder onze eigen betekenis op te leggen. We lieten ons inspireren door het *open dialogue model van Seikkula*.

De stap van intramurale, naar extra en transmurale werking biedt heel wat nieuwe mogelijkheden:

1. een voldoende lang engagement naar de patiënt toe kan worden gegarandeerd
2. indien een opname onafwendbaar is, kan de patiënt geleidelijk naar het ziekenhuis worden toegeleid
3. ondersteuning van familieleden geeft de mogelijkheid de jongvolwassenen zo lang mogelijk in het thuismilieu te behandelen
4. minder stigmatisering door opname zo kort mogelijk te houden
5. contacten met de peergroep kunnen gemakkelijker worden onderhouden of gestimuleerd wanneer de opnameduur wordt beperkt

### C. VRINT in het vernieuwde landschap van de GGZ

In 2009 gaf de Vlaamse Overheid in het kader van suïcidepreventie ons de mogelijkheid de VRINT-werking aan te sluiten bij de VDIP pilootprojecten waardoor nog andere partners betrokken werden in de werking en we extra subsidies voor ons ambulante project konden verkrijgen. We werkten tijdelijk onder de naam VRINT-VDIP Leuven. Twee symposia op het GGZ-congres met onze bevindingen werden hierrond georganiseerd: ‘De ondraaglijke lichtheid van vroege psychose: deel I en deel II’. Het was een prettige ervaring vast te stellen hoe men in verschillende Vlaamse provincies bezig was met ambulante vroege psychose werking. Toch bestaat er een aantal verschilpunten tussen onze oorspronkelijke ambities en de doelstellingen van de VDIP werking.

1. VDIP richtte zich aanvankelijk tot vroegdetectie en interventie bij *schizofrenie*, terwijl bij VRINT in navolging van de internationale literatuur ervoor gekozen wordt het diagnostisch label schizofrenie niet te vroeg te gebruiken en eerder te spreken over psychotische stoornissen. In 2010 lieten ook de VDIP projecten het woord schizofrenie vallen.
2. VDIP had voornamelijk een preventieve functie en beoogde vooral aan *vroegdetectie* te doen. Hoewel VRINT ook heel wat investeerde in het sensibiliseren van mogelijke verwijzers om ons kenbaar te maken, ligt de nadruk zeker niet op vroegdetectie maar veeleer op *vroege interventie of daadwerkelijke behandeling*.
3. Continuïteit van zorg staat zowel bij VDIP als VRINT hoog in het vaandel geschreven. Rekening houdende met de kritische periode de eerste vijf jaar na een psychotische episode, kozen we ervoor de zorg minstens vijf jaar aan te houden éénmaal we ons voor een patiënt en zijn familie hebben geëngageerd. De VDIP werking is een tijdelijk pilootproject en kon moeilijk (zo blijkt nu ook in 2012) deze 5 jaar continuïteitsgarantie waarborgen.
4. VRINT is voornamelijk gestart vanuit een klinische bekommernis voor de psychotische patiënt die vertrekt van een psychotherapeutische visie (cfr supra), terwijl VDIP meer top down vanuit een overheidsbekommernis zijn oorsprong kent (preventie van suïcide in de maatschappij).

In 2012 bleek de Vlaamse Overheid haar toekenning voor subsidiëring van VDIP projecten te herzien. (ministrieel besluit 15 juni 2012). Zij besloot niet langer exclusief te investeren in vroegdetectie en vroege interventie van psychose maar wil in de toekomst de Centra voor

Geestelijke Gezondheidszorg financieren voor bredere preventiegerichte projecten (en niet voor curatieve zorg) voor algemene psychopathologie (en niet alleen psychose). Dit was een grote teleurstelling voor alle VDIP teams die op verschillende plekken in Vlaanderen uiterst zinvol werk hadden gepleegd en hun subsidiëring zagen wegsmelten als sneeuw voor de zonnen van de voordelen van een nieuw groots project dat zowel bij Zorgnet Vlaanderen alsook de Federatie grote vraagtekens opwierp (brief 6 juli 2012). Op dit CGG congres dachten we er even aan een symposium te organiseren met als titel ‘De ondraaglijke lichtheid van vroege psychoseprojecten’. De meeste vroege psychoseprojecten centraliseren zich nu bij mijn weten opnieuw rond de ziekenhuissector die ambulante werk vanuit eigen middelen verder tracht te ondersteunen. Op deze manier komen we in het terrein van art 107.

Ondertussen veranderde in 2010 ook het landschap van de geestelijke gezondheidszorg op initiatief van zowel de Federale als Vlaamse Overheid. Toen in 2010 vanuit zowel de Federale als Vlaamse Overheid het voorstel kwam de psychiatrische zorg te herorganiseren volgens het befaamde artikel 107, klonk dit ons bekend in de oren. Optimale zorg bieden in het thuismilieu en continuïteit van zorg zijn immers belangrijke doelstellingen voor art 107. Het geldt dat tot nu toe in ziekenhuizen wordt geïnvesteerd zou meer moeten geïnvesteerd worden voor ambulante projecten. Met andere woorden de afbouw van psychiatrische bedden ten voordele van ‘treatment in de community’. We menen met het vroege psychoseproject VRINT hieraan tegemoet te komen. Toch zijn er ook hier belangrijke verschilpunten:

1. Artikel 107 pleit voor de uitbouw van *generalistische teams* terwijl VRINT een gespecialiseerde werking inhoudt voor psychotische pathologie.
2. De continuïteit van zorg wordt door het VRINT-team nog meer consequent doorgedreven *door zowel functie 1A, 2B als 2A* op te nemen in de werking. Het vroege psychoseproject doet zowel aan sensibilisatiecampagnes bij de verschillende organisaties in de hulpverlening (huisartsen, scholen, CLB’s, psychiaters via LOK’s, PAAZen ed). Daarnaast biedt ze een snelle opvang binnen 24u waar mogelijk en engageert ze zich voor minstens 5 jaar. Dus geen triagefunctie.

Het blijft voor ons een vraagteken dat 4 jaar na de start van VRINT deze drie functies met een klein team gegarandeerd worden, zonder wachtlijsten die wel wel hebben zien ontstaan bij de huidige 2B-teams. (Ik verwijs ook naar een van de discussieforums van gisterenmiddag onder leiding van collega Van Hecke).



#### **D. Epiloog. Enkele citaten uit het boek van Leader: wat is waanzin?**

‘Een groot deel van de vreemde en ogenschijnlijke bizarre dingen die psychotische patiënten doen , betreft pogingen een remedie te vinden voor intense gevoelens van angst, verbrokkeling en overweldiging. Het ondermijnen van deze pogingen tot zelfgenezing van de patiënt kan rampzalige gevolgen hebben. Psychotische patiënten zijn voortdurend bezig dingen te benoemen, te scheppen, te construeren, verzinnen en documenteren: stel je dat ter discussie of probeer je het uit te bannen, dan beroof je de patiënten van iets wat voor hen van levensbelang is. (Leader p 391)

‘Het is heel gevaarlijk wanneer psychotische subjecten het idee van de toekomst kwijraken, vaak door toedoen van een goedbedoelende therapeut die hen ‘realistischer’ of gelukkiger wil maken in het hier en nu’ (Leader p 253)

‘Schrijven is vaak een manier om toegang te krijgen tot een prothetische symbolische dimensie....(Leader p 256)

Schrijven is ongelooflijk belangrijk voor de psychoticus, omdat het rust brengt. Als de symbolische keten in de psychose schade oploopt, is het schrijven een manier om die te herstellen, om woorden en de libido aan elkaar te knopen, bijeen te houden.

‘Het werk van een therapeut voor een psychoticus is te vergelijken met het werk van een secretaris.’ (Leader p 370 ev).

Toelichting: Een secretaris dringt zich niet te veel op. Hij noteert dingen, hij controleert en bevestig en vraagt toelichting. Hij herinnert je zo nodig aan dingen. Hij helpt je de programma’s en de moeilijke aspecten van het leven te organiseren. Hij is – mag je hopen – betrouwbaar. Hij is een stabiele factor. Hij kan je net als de clinicus, vragen dingen toe te lichten, te dateren, uit te werken, te benoemen en te isoleren om zijn aantekeningen te kunnen maken. Hij probeert je geen levensopvatting op te dringen, hij zegt niet dat je ongelijk hebt. En soms doet hij iets ongebruikelijks, brengt hij nadrukkelijk zijn mening naar voren. En, uiteraard, een secretaris is geen baas. Een secretaris zal zijn baas dikwijls vragen langzamer te praten, een woord dat hij niet helemaal heeft verstaan te herhalen, of hem aan iets herinneren. Dat is punctuatie, en met behulp van punten, komma’s en gedachtestrepen construeren we een geschiedenis.

‘Het is essentieel dat een therapeut ermee instemt gedurende lange tijd het gehate object te zijn voor zijn patiënt.’ (Leader p 377)

Een psychotische patiënt heeft nood aan een ontvanger.

Het is van belang in geval van crisis bereikbaar te zijn om de ontvangersfunctie open te houden. Als psychotische patiënten een ontvanger hebben, kunnen ze beginnen met het schrijven of creëren van hun geschiedenis. Zolang de therapeut deze ontvangersfunctie **alleen** vervult, is het niet zonder gevaar om tijdslimieten aan de behandeling te stellen.

‘Een psychotherapie met een psychotische patiënt zal in de meeste gevallen niet falen omdat de behandelaar een onberaden interventie pleegt of een blunder begaat, maar omdat diens animo om door te gaan verslapt’ (Leader p 387)

‘In psychotherapie van psychose gaat het in wezen om de kleine dingen – linten om een pakje, een bonbon, regendruppels op rozen – het zijn investeringen, symbolen van een affectieve band met het leven.

Ze doen he onheil op de achtergrond niet verdwijnen, maar laten wel een beperkte vorm van hoop en vreugde toe. Zo nu en dan kan belangstelling van de therapeut voor zulke kleine dingen voor de patiënt heel waardevol zijn. Psychotische patienten prikken door de schone schijn van de consumentencultuur heen en weten heel goed waar het in het leven werkelijk om gaat.’ (Leader, p 390)

‘Therapeuten zouden de patiënt niet moeten zien als een vat vol afwijkende biologische mechanismen, maar moeten investeren in een dialoog en nieuwsgierigheid opbrengen voor de logica voor de wereld van de patiënt. Dan kunnen ze nieuwe therapeutische wegen inslaan en veranderingen mogelijk maken. Therapie kan niets meer en niets minder doen dan de patiënten helpen bij wat ze hun hele leven al proberen te doen: een veilige ruimte creëren om in te leven.’ (Leader p 400)