

# Als het tij verloopt, verzet men de bakens

*De verpleegkundig specialist als hoofdbehandelaar van EPA-patiënten*

In Nederland wordt het aantal patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) in de leeftijd tussen 18 en 65 jaar geschat op 160.000. EPA-patiënten kenmerken zich door een ernstige psychiatrische aandoening, met een langdurig beloop en beperkingen op meerdere levensgebieden in het sociaal en maatschappelijk functioneren (Delespaul, & Consensuswerkgroep EPA, 2013). Deze patiënten hebben vaak een gering ziektebesef en zijn weinig gemotiveerd tot behandeling, waardoor het reguliere psychiatrische en somatische behandelaanbod niet voldoet. De komende jaren zullen steeds meer patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen worden begeleid in de eigen omgeving. Ambulantisering staat hoog op de agenda van de politiek en van de GGZ. Deze ontwikkeling is een nieuwe uitdaging voor de GGZ-instellingen die vraagt om een creatieve oplossing. De zorgvraag neemt namelijk toe met daarbij oplopende kosten, die niet synchroon lopen met de economische groei (Van Ewijk, Van der Horst, & Besseling (2013). Verpleegkundig specialisten kunnen een deel van deze toenemende zorgvraag op zich nemen omdat zij juist gespecialiseerd zijn in het behandelen van de gevolgen van de psychiatrische aandoening. Daar waar een psychiater zich richt op de ziekte en de genezing daarvan, richt een verpleegkundig specialist (vs) zich op de ziekte en de consequenties van die ziekte. Hierbij is niet alleen aandacht voor de negatieve gevolgen, maar juist ook voor de mogelijkheden die er nog zijn om de kwaliteit van leven te optimaliseren. Niet de hiërarchie van een oude beroepsstructuur moet daarom leidend zijn bij het bepalen wie de hoofdbehandelaar wordt, maar de hulpvraag van de patiënt en de competenties van de beroepsgroep die daar het beste bij aansluit (RVZ, 2002).

## Ter illustratie

Het is drie uur in de middag, ik ga nog even snel bij Anja langs. Zij is een jonge vrouw van 21 jaar. Ondanks haar jonge leeftijd is zij al drie

jaar in zorg bij GGZ Friesland. Ze heeft al op straat gezworven, maar woont nu zelfstandig. Ze is gediagnosticeerd met een borderline persoonlijkheidsstoornis en er is sprake van verslavingsproblematiek met een psychotische kwetsbaarheid. Haar ziekte heeft een grote invloed op haar dagelijkse functioneren. Het lukt Anja niet de dagelijkse taken te plannen, ze is niet meer in staat zichzelf en haar woning te verzorgen. Daar komt nog bij dat ze eenzaam leeft, niet of nauwelijks eet en niet naar de huisarts wil. Als verpleegkundig specialist in opleiding (vs i.o.) word ik behandelaar van Anja. De verpleegkundige evidence-based interventies worden afgestemd met andere zorgprofessionals. De behandeling zal zich richten op de gevolgen van haar ziekte, op herstel, empowerment en zelfmanagement. Daartoe wordt een gefaseerd behandelplan opgesteld en worden de betrokken verpleegkundig casemanagers gecoacht zodat zij de evidence-based interventies planmatig kunnen uitvoeren. Deze bestaan uit motiveerende gesprekstechnieken, het monitoren van medicatiegebruik, het systematisch afnemen van een routine outcome monitoring en een jaarlijkse somatische screening. Anja en haar familie krijgen psychoeducatie, voorlichting over drugsgebruik en zij stellen samen een terugvalpreventieplan op. Ook wordt samengewerkt met externe instanties zoals de woningbouwcorporatie, de bewindvoering en de uitkeringsinstantie.

Bij Anja is nooit een duidelijke psychiatrische diagnose gesteld. Achteraf blijkt dat zij gedurende een lange periode last van negatieve symptomen heeft gehad, deze zijn een voorbode voor een schizofrene ontwikkeling. De negatieve symptomen zijn nooit herkend omdat grondig psychiatrisch onderzoek door haar middelengebruik lastig was en veel tijd nam. Deze tijd had haar voormalig behandelend psychiater niet. Hij moest als hoofdbehandelaar het overzicht houden over alle patiënten. In de praktijk wil dat zeggen dat hij verantwoordelijk is voor de diagnostiek, de farmacotherapie, het multidisciplinaire overleg en dat hij de behandelplannen opstelt en de familiegesprekken doet. Dit geldt ook ten aanzien van patiënten die al langdurig in zorg zijn en bij wie een curatieve behandeling niet op de voorgrond staat.

De behandeling, die voor Anja volgde op haar niet juist gestelde psychiatrische diagnose, heeft een negatieve invloed gehad op de kwaliteit van zorg, maar ook op haar gezondheid. Het behandelteam ging er namelijk van uit dat de psychotische stoornis vooral drugs gerelateerd was. Haar drugsgebruik was voor haar echter juist een manier om de negatieve symptomen te bestrijden.

## De EPA-patiënten

EPA-patiënten hebben, net zoals Anja, een ernstige psychiatrische aandoening, soms gepaard gaande met middelengebruik. Deze aandoening leidt tot meerdere behandelvragen op verschillende levensgebieden. Patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening zoals schizofrenie, bipolaire stoornissen of ernstige angststoornissen, hebben vaak een slechte fysieke gezondheid. Dit resulteert in een verhoogde morbiditeit en mortaliteit in vergelijking met de algemene bevolking en een daaraan gerelateerde verkorting van de levensverwachting met 13 tot 30 jaar. EPA-patiënten bewegen minder, hebben een ongezonder eetpatroon en roken meer (Tenback et al., 2013). Behalve voor hart- en vaatziekten is er ook sprake van een verhoogde prevalentie van kanker, longaandoeningen en seksueel overdraagbare ziekten (Gray, Hardy, & Hoehn Anderson, 2009).

De toegang tot de reguliere gezondheidszorg is voor deze patiënten niet vanzelfsprekend. Sommigen van hen zijn zorgmijndend en willen daarom geen contact met de GGZ, dit terwijl zij soms qua functioneren een gevaar voor zichzelf of voor hun omgeving vormen. Zo nu en dan zorgen zij voor overlast, vaker echter zijn zij zelf slachtoffer van ongewenst gedrag zoals stigmatisering en discriminatie (Theunissen, Duurkoop, Kikkert, Peen, & Dekker, 2013). De integratie in de maatschappij gaat hen moeilijk af, zij leven meestal een teruggetrokken bestaan, met weinig sociale contacten.

## Doel van de behandeling

Het belangrijkste doel van de behandeling van EPA-patiënten is het bevorderen van de psychische stabiliteit waardoor ook het zelfstandig functioneren in de eigen omgeving bevorderd wordt. Deze patiënten zijn al langdurig in zorg en hun behandeling is niet gericht op curatie maar op het leren omgaan met de psychiatrische ziekte en de gevolgen daarvan. Het gaat hierbij om het monitoren van de farmacotherapie, het screenen van de lichamelijke gezondheid, het opstellen van een terugvalpreventieplan, het stoppen of reduceren van middelengebruik en het bevorderen van zelfmanagement.

Om het zelfstandig functioneren van de patiënt te bevorderen is een psychiatrische behandeling van de individuele patiënt niet toereikend. Het sociale steunsysteem is een onmisbaar onderdeel van de behandeling. Deze integrale benadering houdt in dat het accent zal liggen op een goede multidisciplinaire samenwerking met de betrokken zorgverleners, familieleden, naastbetrokkenen en de externe instanties.

## Competenties van de verpleegkundige specialist

Verpleegkundig specialisten zijn op basis van een eigen deskundigheid in staat een zelfstandige behandelrelatie aan te gaan met de patiënt, aan wie evidence-based verpleegkundige zorg en geprotocolleerde geneeskundige zorg wordt geboden (Lambregts, Projectgroep V&V, & Grotendorst, 2012).

Verpleegkundig specialisten vormen een zelfstandige beroepsgroep met eigen competenties en taken. Het zijn juist deze competenties en taken die zo goed aansluiten bij de behandeling van de EPA-patiënten omdat bij hen de verpleegkundige interventies centraal staan (Van Veldhuizen, Bahler, Polhuis, & Van Os, 2008). Deze interventies zijn gericht op de complexe gevolgen van de psychiatrische aandoening en/of verslaving, het bevorderen van een gezonde levensstijl, somatische screening, het in stand houden van vaardigheden die er nog zijn en daar waar mogelijk bevorderen van het zelfstandig functioneren van de patiënt.

Deze vorm van behandeling is niet per definitie een onveranderlijke voortzetting van de oorspronkelijke psychiatrische behandeling. De patiënt is immers al langdurig in zorg, de psychiatrische diagnose is lang geleden gesteld, de medicatie is al voorgeschreven, dus is het geprotocolleerd evalueren van de farmacotherapie meestal afdoende. Het gaat er vooral om dat de patiënt de gevolgen van zijn psychiatrische aandoening accepteert en zelfstandig kan functioneren met een ambulante behandeling.

Naast het zelfstandig uitvoeren van een behandelrelatie met de patiënt, committeren de verpleegkundig specialisten zich tot een leven lang leren (Lambregts et al., 2012). Zij zullen op de hoogte blijven van de recente wetenschappelijke ontwikkelingen binnen het verpleegkundig domein. Zij zullen evidence-based zorg bevorderen, coachen en bewaken in het verpleegkundig team waar zij werken.

## Conclusie

Doordat de hulpvraag van de EPA-patiënten goed in kaart is gebracht, kan het hulpaanbod ook beter worden omschreven. Daar waar het hulpaanbod voornamelijk bestaat uit verpleegkundige zorg, zal deze in de uitvoering gecoacht en gecoördineerd worden door een verpleegkundig specialist, opdat de kwaliteit van de zorg gewaarborgd blijft. Iedere hulpverlener is verantwoordelijk voor zijn eigen functioneren, zo ook een verpleegkundig specialist. Zo lang de zorg zich voornamelijk afspeelt binnen het verpleegkundig domein, kan de verpleegkundig specialist de behandelverantwoordelijke zijn en hoeft de psychiater niet tot in lengte van dagen de eindverantwoordelijkheid te

dragen. Hierdoor verbetert de kwaliteit van de zorg en blijft deze ook betaalbaar. Verpleegkundig specialisten zijn immers goedkoper en kunnen als hoofdbehandelaar zelfstandig verantwoordelijkheid dragen voor de patiënten met wie zij binnen hun eigen deskundigheid een behandelrelatie hebben. Daardoor zal er minder administratieve verantwoordelijkheid zijn voor de psychiaters als hoofdbehandelaar en kan efficiënt gebruik gemaakt worden van hun expertise, in het geval van Anja bijvoorbeeld het stellen van een juiste psychiatrische diagnose bij de complexe problematiek.

Wil de bij ambulantisering voorgestane behandeling van EPA-patiënten in hun eigen omgeving slagen, dan zal er een andere verdeling van eindverantwoordelijkheid in de behandeling moeten komen. De verpleegkundig specialisten hebben de juiste competenties en zijn in staat het meest geschikte zorgaanbod te bieden voor de specifieke hulpvraag van deze kwetsbare doelgroep. Het wordt tijd dat daar erkenning voor komt.

#### **Nawoord**

Ik dank mijn opleider Nynke Boonstra en praktijkopleider Ype van der Brug en ook Femke Tolsma en Michiel Beekman voor hun feedback bij het tot stand komen van dit artikel.

**Literatuur**

- Delespaul, Ph., en de Consensusgroep EPA (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 55, 427-438.
- Ewijk, C. van, Horst, A. van der, & Besseling, P. (2013). *Toekomst voor de zorg*. Centraal Planbureau. Geraadpleegd op 25 september 2013 via <http://www.cpb.nl/publicatie/toekomst-voor-de-zorg>
- Gray, R., Hardy, S., & Hoehn Anderson, K. (2009). Physical Health and Severe Mental Illness: If we don't do something about it, who will? *International Journal of Mental Health Nursing*, 18,(5), 299-300. doi: 10.1111/j.1447-0349.2009.00640.x
- Lambregts, J., Projectgroep V&V 2020, & Grotendorst, A. (Eds.) (2012). *Verpleegkundigen & Verzorgenden 2020. Deel 4: Beroepsprofiel Verpleegkundig Specialist*.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (rvz) (2002). *Taakherschikking in de gezondheidszorg*. Zoetermeer: rvz. Geraadpleegd op 10 augustus 2013 via <http://www.rvz.net/publicaties/bekijk/taakherschikking-in-de-gezondheidszorg>
- Tenback, D.E. et al. (2013). Risicofactoren voor inactiviteit bij patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen in de langdurige zorg, *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 55,(2), 83-88.
- Theunissen, J.R., Duurkoop, P., Kikkert, M., Peen, J., & Dekker, J. (2013). Na de extramuralisering. II. Een crossectionele studie naar psychisch en sociaal functioneren en kwaliteit van leven van een steekproef van chronische psychiatrische patiënten in de Amsterdamse ggz, *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 55,(3) 153-160.
- Veldhuizen, R. van, Bähler, M., Polhuis, D., & Os, J. van (2008), *Handboek FACT*, Utrecht: De Tijdstroom.

### **Samenvatting**

Ambulantisering staat hoog op de agenda van de Geestelijke Gezondheidszorg, dit geldt ook voor patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA). Deze patiënten zijn al langdurig in behandeling en hebben door hun psychiatrische aandoening problemen op meerdere levensgebieden. Deze problemen maken dat een ambulante traject om een specifieke aanpak vraagt. Dit artikel bevat een pleidooi voor de verpleegkundig specialist (vs) als hoofdbehandelaar van EPA-patiënten. De vs kan een waardevolle bijdrage leveren in de hoogcomplexe zorg voor deze kwetsbare doelgroep zodat deze ook in de toekomst gewaarborgd blijft.

*Trefwoorden* Opinie, behandelverantwoordelijkheid, EPA-patiënten, verpleegkundig specialist