
UIT DE PRAKTIJK

Interview met **Niels Mulder**: psychiater en onderzoeker ten dienste van moeilijke patiënten

Peter Braem

Ter gelegenheid van het verschijnen van een nieuwe druk van het boek *Assertive Community Treatment* (Mulder & Kroon, 2009) sprak Sociale Psychiatrie met Niels Mulder, bijzonder hoogleraar OGGZ, werkzaam als psychiater met patiënten met langdurige psychiatrische stoornissen, voornamelijk op het gebied van de ACT en de acute psychiatrie. Hij is werkzaam bij Bavo Europoort, de GGD Rotterdam en is programmaleider van het Erasmus Onderzoekscentrum O3. Niels Mulder vertelt over de nieuwste uitgave van het ACT-boek, de stand van zaken rondom ACT, zijn Rotterdamse ACT teams, dwang en drang, de nieuwe Wet Verplichte GGZ, risico taxatie en zijn ambities als bijzonder hoogleraar. Zijn onderzoeken stelt hij in dienst van de moeilijkste groep patiënten, waarbij hij zoekt naar manieren om zo min mogelijk dwang aan te wenden.

'Van het boek is een nieuwe druk uitgekomen Wat is de reden voor deze nieuwe uitgave?'

'Daar waren een paar redenen voor. De belangrijkste hiervan is dat er zich een aantal nieuwe ontwikkelingen hebben voorgedaan op het gebied van ACT sinds de uitgave van het boek in 2006. In Nederland zijn een paar op ACT gerichte onderzoeken afgerond die we graag in het boek wilden verwerken (Sytema, 2007; Bak, Drukker, De Bie, A Campo, Poddighe, Van Os & Delespaul, 2008; Kroon & van Vugt; 2009). Daarnaast vonden we dat we toch niet helemaal volledig waren. Er is een hoofdstuk over ethiek opgenomen dat handelt over dwang en drang maar ook over 'bemoeienis' zelf. Hoe ver ga je daar mee? Of wanneer gaat bemoeizorg over in bemoeizucht of *stalken*? Hoe kan je in teams over deze onderwerpen nadenken? Ook is er een hoofdstuk over familie interventies opgenomen. Het ontbreken daarvan ervoeren we als een gemis. Gelukkig is er voor dit onderwerp weer toenemend aandacht. Het is altijd al belangrijk geweest maar het lijkt alsof het de laatste jaren, althans in mijn omgeving, iets is teruggezak in de belangstelling. Er komt steeds meer evidence dat dit belangrijk is. We hebben een hoofdstuk toegevoegd over dwang en drang, er zijn hoofdstukken bijgekomen over specialistische ACT-teams, bijvoorbeeld ACT voor jeugd, ACT voor ouderen of forensische ACT. Het boek is dan ook bijna twee keer zo dik.'

'Hoe staat ACT er voor?'

De evidence is niet groot dat het echt werkzaam is.'

'Dat klopt inderdaad, met name studies in Europa hebben tegenvallende resultaten laten zien, bijvoorbeeld in Engeland. Terwijl onderzoek in Amerika aantoonde dat ACT daar succesvol was, werden die resultaten in Europa niet gerepliceerd. De verklaring daarvoor is dat de zorg waarmee ACT vergeleken werd, in Engeland zijn dit de Community Mental Health teams, al van een dusdanige kwaliteit was dat de meerwaarde van ACT moeilijk was aan te tonen.

In Nederland zijn er nu een paar nieuwe onderzoeken gedaan. Wunderink en Sytema (Sytema, 2007) in Winschoten vergeleken ACT met *care as usual* en vonden dat bij ACT meer patiënten in zorg bleven. Ze vonden geen effect op diverse psychosociale uitkomsten. Voor wat betreft de continuïteit van zorg is dit een relevante bevinding, hoewel sommigen mensen het een mager resultaat vinden. Ook is er een onderzoek in Maastricht gebeurt, dat heeft laten zien dat met de introductie van ACT het aantal patiënten dat in remissie is geraakt, significant toenam (Bak, Drukker, De Bie, A Campo, Poddighe, Van Os & Delespaul, 2008). Het meest illustratieve onderzoek is het onderzoek van Kroon en Van Vught (Vught e.a, in druk), dat laat zien dat hoe modelgetrouwer je ACT implementeert, hoe groter de effecten zijn. Met name de effecten op psychische symptomen en sociaal functioneren verbeteren. Wat als werkzaam element binnen het ACT model van het meest wezenlijke belang is, hebben we nog niet goed kunnen onderzoeken. Burns (2007a; 2007b; 2006) in Engeland heeft dat wel onderzocht, niet speciaal in relatie tot ACT maar meer in het algemeen voor thuiszorg en case management. Het blijkt niet zozeer om een kleine caseload te gaan, maar om het bieden van alle noodzakelijke hulp (integrale zorg) en het doen van huisbezoeken. ACT en FACT bieden een model waarin juist die ingrediënten goed bewaakt zijn. Overigens dient een caseload wel minder dan één op 30 te zijn. Als je daar boven uitkomt, kan je niet meer voldoende hulp bieden.'

'Is er sprake van competitie tussen ACT en FACT?'

'In het begin was er inderdaad enige competitie tussen ACT en FACT, alsof het één beter zou zijn als het andere. FACT en ACT hebben echter andere indicatie criteria. FACT is voor alle patiënten met *severe mental illness* en ACT is bedoeld voor de 20 procent meest moeilijke patiënten. In een regio waar niet zo veel van dat soort moeilijke patiënten zijn is FACT mogelijk effectiever, denk bijvoorbeeld aan reisafstanden. Ik denk dat in Nederland FACT misschien wel het hoofdmodel wordt, met ACT vooral in de grote steden. Daarnaast denk ik dat de specialistische ACT-teams voor jeugd, ouderen en forensische patiënten een belangrijke functie hebben omdat je voor die moeilijke doelgroepen mogelijk met ACT beter uit bent.'

'Hoe modelgetrouw werken de Rotterdamse ACT teams?'

'Wij hebben nu 7 ACT teams bij Bavo Europoort waarvan er zeker twee zeer modelgetrouw werken en de andere vijf redelijk modelgetrouw. We hebben wel te maken met de wet van de remmende voorsprong, denk ik. We zijn in Rotterdam als eerste met de ACT-teams gestart en aanvankelijk scoorden we qua modelgetrouwheid 4,2 op een schaal van nul tot vijf [Dartmouth Assertive Community Treatment Scale, een score van '1' betekend dat het model niet is geïmplementeerd, een score van '5' dat het model volledig is geïmplementeerd, red.]. Weliswaar hebben we nu de meeste ACT-teams van Nederland binnen 1 organisatie, maar het lukt daarbij wat minder goed om bepaalde elementen van het ACT model echt goed voor elkaar te krijgen, waardoor niet alle teams DACTS-topscoorders zijn. Die elementen zijn bijvoorbeeld het kunnen leveren van goede rehabilitatiehulpverlening in het team met behulp van een rehabilitatie deskundige of het bieden van goede verslavingszorg. Als we dat zouden bieden, zou dat voor de patiënten beter zijn. Misschien dat een patiënt dan immers zodanig bejegend wordt dat hij gemotiveerd wordt om iets aan zijn verslavingsgedrag te doen. Verder hebben we ook geen verslavingsgroepen en niet al onze teams hebben ervaringsdeskundigen. Persoonlijk vind ik het heel belangrijk om een ervaringsdeskundige in ieder team te hebben. Waar we denk ik ook nog onvoldoende goed in zijn is heel vroeg signaleren wanneer iets mis gaat. We hebben wel de kern van het model goed staan, maar we hebben het nog niet vervolmaakt. De meeste teams scoren nu tussen de 3,2 en de 3,7 en dat betekend dat er sprake is van middelmatige modelgetrouwheid.'

'Ik ben nog niet tevreden over de effecten van onze ACT-teams. Eén van de dingen die ons niet goed gelukt zijn tot nu toe, is dat we het aantal dwangopnames nog steeds niet naar beneden hebben kunnen krijgen. Ik denk dat onze zorg nog niet intensief genoeg is, waardoor als het echt tegenzit we toch naar een dwangopname moeten grijpen. Alhoewel ik denk dat je daar soms niet aan ontkomt, gebeurt het nu te veel.'

'Wat moet er anders gebeuren om dwang te voorkomen?'

'We hopen door meer wijkgericht te werken het aantal dwangopnames te verminderen. Alhoewel nog een aantal ACT-teams doelgroepgericht zijn, gaan we waarschijnlijk steeds meer toe naar wijkgerichte ACT-teams. ACT-jeugd en ACT-ouderen, de specialistische ACT-teams, zijn veel meer wijkoverstijgend. Het zijn elkaar aanvullende structuren, maar misschien moeten we op termijn toe naar ACT voor veel bredere leeftijdsgroepen. We kunnen verder meer gebruik maken van goeie bewindvoering voor patiënten. Want als je iemand zijn financiën goed beheerd is er veel minder kans op een uithuiszetting, minder kans dat gas, water en licht worden afgesloten en kan je zodoende iemand soms net aan de goede kant van de streep houden. Van curatele maken we ook te weinig gebruik. Bewindvoering en curatele zijn in Rotterdam, ik weet niet hoe dat in de rest van Nederland is, niet goed geregeld. We zijn nu in overleg met de GGD om daar wat aan te doen. We willen goede bewindvoerders en goede curatoren die de belangen van de patiënten echt goed behartigen. Bewindvoerders die goed grenzen kunnen bewaken en toch meedenken met de patiënt. Die als er toch wat extra nodig is bereikbaar zijn en een beetje flexibel, maar die toch streng kunnen zijn. Dat is natuurlijk het moeilijke, want het moet niet grenzeloos worden. Datzelfde geldt voor curatoren. Goede curatoren kunnen bijvoorbeeld bepalen of bij patiënten het huis moet worden schoongemaakt. Zij kunnen zelfs bepalen dat als patiënten veel overlast geven zij in een ander huis worden gezet. Zodoende zouden veel minder vaak dwangopnames nodig zijn, want de belangrijkste reden voor een dwangopname met een rechterlijke machtiging is maatschappelijke teloorgang en zelfverwaarlozing. Maatschappelijke teloorgang en zelfverwaarlozing kun je voor een belangrijk deel oplossen met curatele. Een rechterlijke machtiging voor iemand die uit zijn huis wordt gezet helpt niet, want daarmee is het probleem, de uithuiszetting, niet opgelost. Het hele palet van verleiden, motiveren, belonen, bewindvoering, curatele, allerlei alternatieven zetten we te weinig in om dwang te voorkomen. We denken vaak te snel: het gaat niet: dus opnemen.'

'We zijn bezig met een ontzettend leuk experiment: we belonen patiënten voor therapietrouw en gaan na of ze daardoor trouwer medicatie nemen. De patiënten krijgen voor het innemen van hun medicatie geld. Maximaal € 20 per maand. We hebben daar een pilot mee gedaan en we zien dat patiënten en hulpverleners dat geweldig leuk vinden. Het roept geen jaloezie op bij patiënten die al trouw hun medicatie gebruiken en die dus geen beloning krijgen, wat we wel hadden verwacht. We zien daardoor dramatische verminderingen in het aantal opnamedagen. Bij vijf patiënten hebben we een pilot gedaan, en we zagen dat het aantal opnamedagen van ongeveer 170 per jaar gedaald is naar bijna nul. Deze pilot hebben we inmiddels aangeboden voor publicatie. Voor zover we weten de was dit de tweede pilot in de literatuur over dit onderwerp. De eerste liet dezelfde resultaten zien. De kostenbesparing is enorm, de kosten per patiënt bedragen nog minder dan één opnamedag. Er zijn wel allerlei ethische kanttekeningen door mensen bij geplaatst. Men vindt bijvoorbeeld dat een patiënt niet moet worden beloond voor een behandeling van een ziekte van hemzelf. De patiënten mogen blij zijn dat zij worden geholpen, daar moeten wij hen niet ook nog eens een keer voor belonen. Ik heb daar zelf totaal geen moeite mee, we weten immers allemaal dat de patiënten waarover het hier gaat vaak geen ziekte inzicht hebben.'

Zij vinden medicatie vervelend, wat het natuurlijk ook is.'

'We zijn nu bezig met een gerandomiseerde studie waarbij we kijken of het met geld belonen ook werkt bij dubbele diagnose patiënten. We willen ook zien of het werkt tegen middelenmisbruik. We kwamen op het idee door een artikel over dit onderwerp (Claassen, Fakhoury, Ford & Priebe, 2007), en waarbij ik gelijk dacht 'jeetje dit is hartstikke leuk!'. Als we in de literatuur kijken naar wat werkt voor dubbele diagnose patiënten dan zijn dat alleen maar contingentie management technieken (belonen) en langdurige klinische opname. Dit is een simpele manier van belonen: voor je depotprik krijg je geld. Ik verwacht dat het aantal opnames en daarmee ook het aantal dwangopnames daardoor sterk zal verminderen. We zouden het volgens mij veel meer in dat soort interventies moeten zoeken, interventies die patiënten leuk vinden, waardoor ze het gevoel hebben dat ze bij ons iets kunnen halen in plaats van dat ze alleen maar achter hun broek gezeten worden.'

'Wordt er volgens u voldoende geïnvesteerd in het contact met de patiënten? Er komt nog al wat dwang voort uit de zorgen rondom een cliënt ten gevolge van een slechte relatie met de hulpverlener.'

'Daar ben ik zelf wat minder pessimistisch in. Ik zie dat ACT-medewerkers veel investeren in relaties. Het aantal huisbezoeken is groot, ook bij mensen die niets willen. De ACT-medewerkers draaien soms jaren om een patiënt heen om maar een werkrelatie tot stand te krijgen, maar er is nou eenmaal een groep patiënten bij wie dat moeizaam blijft gaan, omdat die niets met de hulpverlening te maken willen hebben. Zodra je zegt dat je van de Bavo Europort bent, wordt gelijk de deur dicht gesmeten. Soms opeens lukt het dan toch weer wel, dat is dan heel verrassend. Maar het lukt beter als je iets anders in de aanbieding hebt dan het puur psychiatrische.'

'Er is tegenwoordig een richtlijn voor dwang (Van Tilburg, van Veldhuizen, Beijaart, van de Ven-Dijkman, Mulder, Schulte, Sikkens & Tholen, 2008) waarvan u één van de auteurs bent. Merkt u effect van die richtlijn?'

'Het is misschien nog iets te vroeg om effect te bemerken. Volgens mij moet de richtlijn nog wat steviger belanden bij collega's. De richtlijn is niet bedoeld om allerlei vernieuwende praktijken in te voeren. Zij is bedoeld om de huidige praktijken in kaart te brengen en te standaardiseren waar mogelijk. We hebben in de richtlijn bijvoorbeeld ook uitspraken gedaan over risicotaxatie met behulp van een instrument. Het gebruik van een risicotaxatie instrument wordt in de richtlijn niet aanbevolen omdat er geen evidence is dat het meerwaarde heeft boven risicotaxatie met een klinische blik (althans binnen de civiele psychiatrie).'

'In de richtlijn wordt aangegeven dat psychiaters soms te veel op de stoel van de rechter gaan zitten, maar dat ze dat eigenlijk niet zouden moeten doen om de jurisprudentie vollediger te krijgen. Wat vind u hiervan?'

'Dat psychiaters te vaak vanuit de optiek van de rechter denken en beslissen, is inderdaad wat uit alle onderzoeken blijkt. We hebben er zelf ook onderzoek naar gedaan en vonden dat de rechter in bijna alle gevallen dat een Rechterlijke Machtiging (RM) werd aangevraagd ermee akkoord ging. En als we dan die hele cascade teruggaan en nagaan op welk moment besloten wordt om het traject in gang te zetten, dan blijkt dat te zijn in de teams, waarbij er gediscussieerd over de vraag of een RM moet worden aangevraagd of niet. Het team weegt dan de kansen af in de trant van 'deze krijgen we waarschijnlijk niet dus we vragen hem maar niet aan' en vice versa. Als de kans gunstig wordt ingeschat en de knoop is doorgemaakt om de aanvraag te doen is het resultaat bijna altijd een dwangopname.'

Maar eigenlijk zou al bij twijfel een RM moeten worden aangevraagd, zowel door het team als door de onafhankelijk psychiater. We zouden daar minder terughoudend in moeten zijn.'

'Als wij in ons team lang om een patiënt heen draaien waarbij we niet verder komen en we twijfelen of de casus RM-waardig is of niet, dan besluiten we tegenwoordig om het, in eerste instantie aan de onafhankelijke psychiater en dan hopelijk vervolgens aan de rechter voor te leggen. Of een RM wordt toegekend wisselt per patiënt, per advocaat en per rechter en is van tevoren niet in te schatten. Ik merk dat de rechters toch vrij terughoudend blijven. Ze gaan er zo snel niet mee akkoord. Op die manier ontstaat er jurisprudentie.'

'Er komt een nieuwe wet die de Wet BOPZ gaat vervangen, de Wet Verplichte GGZ. In deze wet zal een multidisciplinaire commissie de rechter adviseren over verplichte zorg en als verzoeker optreden. Zij zal tevens als adviseur optreden bij beëindiging van verplichte zorg. Wat verwacht u van deze wet?'

'De commissies kunnen er goed voor waken dat een patiënt niet zomaar op straat komt te staan als een RM wordt opgeheven, maar voor de rest verwacht ik er eerlijk gezegd niet zoveel van. Integendeel, ik ben bang dat het een vreselijke bureaucratische wet wordt met allerlei nieuwe papieren en formulieren. Omtrent de inzet van die commissies heeft er een pilot plaatsgevonden in Rotterdam. De patiënten waren hiertoe uitgenodigd om bij die commissies gaan komen, wat echter volstrekt onmogelijk was. De patiënten die een voorlopige RM moeten krijgen en die meestal thuis zitten en niets met de psychiatrie te maken willen hebben, maken hun post niet open en verschijnen zodoende niet bij die commissies. Dit betekende dat slechts de patiënten waar enigszins contact of overleg mee mogelijk was kwamen. De commissies zouden beslisbevoegdheid krijgen rondom het hele dwangtraject, vanaf de indicatiestelling tot en met de opheffing. Echter zoals het nu lijkt is er geen sprake van beslisbevoegdheid omdat de beslissing uiteindelijk nog steeds bij de rechter ligt. Aanvankelijk was het idee dat ook de rechter onderdeel zou uitmaken van de commissie, waardoor je een slagvaardig geheel krijgt. Nu vervangt de commissie geen enkele instantie die nu ook nodig is - de onafhankelijke psychiater en de rechter - dus er komt een extra laag bij. Als je bovendien het aantal activiteiten nagaat wat zo een commissie moet gaan doen, dan wordt dat een kostbare zaak.'

'Hoe denkt u over dwang en drang en hoe past u het toe?'

'In grote lijnen denk ik daar over zoals de wet bedoeld is: als een ultimatum remedium. We moeten het toepassen op het moment dat niets anders meer lukt. Ik ben heel blij dat we dat kunnen want als we geen mogelijkheid zouden hebben tot dwangopname en dwangbehandeling vermoed ik dat een heel aantal patiënten ernstig zou verkommeren en verloederen en dat we dan toch het beeld van de zwervers op straat met ernstige stoornissen zouden blijven houden.'

'Als u dwang toepast, hoe toetst u dan of u dat op een goede manier gedaan hebt?'

'Idealiter zou je iedere situatie waar dwang aan te pas kwam moeten nabespreken met de patiënt. Tegen de tijd dat een dwangopname afloopt zou je met de patiënt eens moeten gaan zitten om een gesprek te voeren over wat hij er van vond, waarbij ook de bejegening aan bod moet komen. Het blijkt namelijk dat de bejegening tijdens de opname de belangrijkste factor is die bepaalt of een patiënt achteraf vindt dat een opname terecht is geweest.'

In het hele voortraject kan het enorm helpen een patiënt waar mogelijk steeds uitleg te geven en door te laten schemeren dat er geen alternatieven meer zijn, anders dan een dwangopname.'

'Wat zijn volgens u de effecten van dwang en de daaruit voortkomende behandeling?'

'Verrassend vind ik dat het bijna nooit voorkomt dat een patiënt nadat wij hem onder dwang hebben opgenomen niets meer met ons te maken wil hebben. Ik ken daar legio voorbeelden van. Ook de therapietrouw vermindert niet door een dwangopname. Daar hebben we onderzoek naar gedaan (Kortrijk, Staring, van Baars & Mulder, 2009) waarbij we zien dat de patiënten die, natuurlijk per definitie, ongemotiveerd waren voor behandeling voordat ze met de dwang werden opgenomen na de opname veel gemotiveerder waren, zelfs net zo gemotiveerd als patiënten die niet onder dwang zijn opgenomen. Dit komt waarschijnlijk omdat door de behandeling het ziekte-inzicht en het ziektebesef terugkomen. Bij sommige patiënten spuit je als het ware de motivatie voor behandeling per injectie in.'

'U doet onderzoek naar ziekte-inzicht en motivatie voor behandeling. Wat is uw kijk op deze onderwerpen?'

'Ik vind het onderwerp 'ziekte-inzicht' fascinerend. Het is typisch iets dat de psychiatrische patiënt onderscheidt van de somatische patiënt. Naarmate psychiatrische patiënten ernstiger ziek worden, krijgen ze minder ziekte-inzicht. Wat het wel of niet hebben van ziekte-inzicht bepaalt, is een van onze onderzoeksonderwerpen. Het is een ontzettend lastig onderwerp. Eén van de vragen die we bijvoorbeeld hebben is of ziekte-inzicht *state* of een *trait* is, met andere woorden, hebben bepaalde patiënten voortdurend geen ziekte-inzicht of is het tijdelijk? Wat we zien is dat een groepje patiënten nooit ziekte-inzicht krijgt. De moeilijkste zorgmijders kunnen bijvoorbeeld onder dwang worden opgenomen maar daarna blijft toch het ziekte-inzicht afwezig. In deze patiënten moet je met bemoeizorg blijven investeren. Er is ook een groep die onder dwang wordt opgenomen die wel ziekte-inzicht krijgt. Van tevoren is dat niet helemaal te voorspellen. Niemand weet nog waar gebrek aan ziekte-inzicht precies door veroorzaakt wordt. Het is waarschijnlijk toch voor een belangrijk deel een neurobiologisch proces. Voor goed inzicht in ziekte-inzicht is neurobiologisch onderzoek vereist. Dat doen we ook in samenwerking met André Aleman, hoogleraar Cognitieve Neuropsychiatrie bij het Universitair Medisch Centrum te Groningen. In Groningen is inmiddels een ziekte-inzicht bevorderende therapie ontwikkeld.

Het is overigens niet de variabele waar ik het meest op zou willen inzetten voor de behandeling. Wat ik het meest belangrijk onderwerp vind is 'motivatie voor behandeling', dát is voor mij het centrale concept. Ziekte inzicht draagt bij aan motivatie voor behandeling, maar het merkwaardige is dat het niet automatisch zo is dat mensen zonder ziekte-inzicht niet gemotiveerd zijn voor behandeling. Je hebt mensen die kunnen ontkennen dat ze ziek zijn en toch pillen willen nemen en je hebt mensen die vinden dat ze ontzettend psychotisch zijn en toch geen pillen nemen. Wat bepaalt of iemand behandeling wil accepteren is afhankelijk van veel factoren en daar is ziekte-inzicht er één van. Ziekte-inzicht vind ik een belangrijk theoretisch principe, maar een interventie ter bevordering van ziekte-inzicht vind ik niet zonder meer nuttig. Het leidt niet per sé tot verbetering van de motivatie voor behandeling dus de vraag is gerechtvaardigd wat je daar dan aan hebt? Eén van de negatieve bijwerkingen van ziekte-inzicht is namelijk depressie. Depressie en ziekte-inzicht zijn hoog gecorreleerd. Patiënten die meer ziekte-inzicht krijgen worden vaak meer depressief. Zij gaan beseffen hoe ze er aan toe zijn.

Het streven naar inzicht op zich vind ik geen doel, je streeft ernaar dat iemand beter kan leven, dat iemand minder last heeft van zijn symptomen en beter functioneert, dat vind ik belangrijke uitkomsten.'

'We hebben nu net de resultaten van een onderzoek waarbij we de motivatie voor behandeling proberen te verbeteren. Ik vind het een hele leuke behandeling waarbij gekeken wordt naar de mate waarin psychotische patiënten gemotiveerd zijn voor behandeling. Het is een op de individuele patiënt toegesneden motiverende behandeling waarbij uitgegaan wordt van de vraag waarom iemand niet gemotiveerd is voor behandeling. Grosso modo zijn er drie redenen waarom iemand niet gemotiveerd is: ten eerste kan het zijn dat een patiënt geen enkel besef heeft dat hij ziek is of daar niet over wil of kan nadenken. Ten tweede kan het zijn dat een patiënt veel last heeft van bijwerkingen van zijn medicatie en daarom geen medicatie wil gebruiken en ten derde kan het zijn dat een patiënt erg vergeetachtig is en afspraken en innemen van medicijnen vergeet. We gaan met een patiënt in gesprek om uit te vinden waarom deze persoon matig gemotiveerd is voor behandeling. Daarop baseer je vervolgens de interventie. Een belangrijke reden is bijvoorbeeld dat iemand heel vaak zijn pillen vergeet, cognitieve beperkingen. Dat kunnen we soms heel simpel oplossen met een weekbox voor medicatie, door een SMS'je te sturen, door vaker de patiënt te zien waardoor de medicatietrouw verbetert. De vraag doet zich voor of je deze interventie die tot positieve resultaten leidt meteen breed moet implementeren. Daar heb ik aarzelingen over, je moet zo een onderzoek eigenlijk een keer repliceren.'

'Wat is de stand van zaken omtrent het risicotaxatie instrument voor de acute psychiatrie?'

'De SPI (Severity of Psychiatric Illness) wordt nu gebruikt bij de acute dienst hier in Rotterdam, in Amsterdam en in Apeldoorn. De hulpverleners die ermee werken vertellen mij dat ze het plezierig vinden om de SPI te gebruiken en dat ze niet meer zonder willen. De meerwaarde van de SPI is echter nooit aangetoond. Het structureert het nadenken over moeilijke situaties. Je ontrafelt die moeilijke situaties in allerlei deelaspecten waardoor je makkelijker tot een beslissing komt.'

'Sinds 2007 bent u bijzonder hoogleraar, wat zijn uw ambities?'

'Wat ik graag zou willen is het aantal dwangopnames omlaag krijgen. Ik hoop dat dit eens zal lukken door een (nog) intensievere ambulante zorg en door het fenomeen motivatie voor behandeling beter te begrijpen en er op in te spelen. Ik zou ook veel meer patiënten aan het werk willen zien. Daarnaast wil ik mij bezig houden met het stigma van psychiatrische patiënten en een vrij onderbelicht onderwerp dat daarmee samenhangt: slachtofferschap onder patiënten. Verkennend onderzoek toont aan dat psychiatrische patiënten veel vaker slachtoffer van geweld zijn dan dader. We zouden patiënten weerbaarder willen krijgen waardoor ze minder vaak slachtoffer worden, vaker aan het werk komen en minder vaak onder dwang worden opgenomen. We kunnen dit bewerkstelligen door patiënten bijvoorbeeld vaardigheden aan te leren. Met onze 'Illness Management and Recovery' groepen, zijn we gestart onze patiënten te leren formuleren wat ze willen en de daartoe benodigde vaardigheden aan te leren. Bijvoorbeeld: we willen dat als een patiënt weer de regie wil over zijn eigen ziekte en behandeling, hij in staat is om daar met zijn behandelaar een gesprek over aan te gaan en over het voetlicht kan brengen wat hij wil, dat er naar geluisterd wordt en er iets mee gedaan wordt. Ik denk dat wij te vaak een bevoogdende houding aannemen in plaats van goed in te spelen op wat de patiënt wil en wat zijn familie wil. De hulpverlener dient zijn expertise in te brengen en tegelijkertijd de patiënt deelgenoot te maken over hoe een behandeling eruit moet gaan zien.'

Binnen ons team gebruiken we een nieuw format voor onze behandelplannen waarbij voor ieder levensgebied de formulering begint met de frase: 'Wat is het doel van de patiënt.'

'Iets anders waar ik ook veel waarde aan zou hechten is het verbeteren van de continuïteit van zorg. Er is nu een ontzettende versnippering van alle activiteiten waarmee patiënten mee te maken krijgen. Het is daarnaast niet ongebruikelijk in de carrière van patiënten dat zij in de loop der jaren tientallen hulpverleners meemaken. In de psychiatrie doen we dat echt heel slecht. Het komt onder andere door de voortdurende reorganisaties van de GGZ en de steeds wisselende indicatie criteria van afdelingen.'

Literatuur

- Bak, M., Drukker, M., Bie, A. de, Campo, J. à, Poddighe, G., Os, J. van & Delespaul, P.H. (2008). Een observationele trial naar 'assertive outreach' met remissie als uitkomstmaat. *Tijdschrift voor psychiatrie* 50 5, 253 - 262.
- Burns, T., Catty, J. & Wright, C. (2006) Deconstructing home-based care for mental illness: can one identify the effective ingredients? *Acta Psychiatrica Scandinavica* 113 (Suppl 429): 33-35.
- Burns, T., Catty, J., Becker, T., Drake, R.E., Fioritti, A., Knapp, M., Lauber, C., Roessler, W., Tomov, T., van Busschbach, J., White, S. & Wiersma (2007a). The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *The Lancet* 370: 1146-52.
- Burns, T., Yiend, J., Doll, H., Fahy, T., Fiander, M. & Tyrer, P. (2007b). Using activity data to explore the influence of case-load size on care patterns. *British Journal of Psychiatry* 190: 217-222.
- Claassen, D., Fakhoury, W.K., Ford, R. & Priebe, S. (2007). Money for medication: financial incentives to improve medication adherence in assertive outreach. *Psychiatric Bulletin* 31: 4-7
- Kortrijk, H.E., Staring, A.B.P., Baars, A.W.B. van & Mulder, C.L. (2009). *Involuntary admission may support treatment outcome and motivation in patients receiving assertive community treatment*. Ontleend aan het internet op 30-11-2009 van: <http://www.springerlink.com/content/4r26g21264p67n44/>
- Vught, M. van e.a. (in press). *Invoering van Assertive Community Treatment in Nederland : het belang van modelgetrouwheid en de kwaliteit van de implementatie*. Utrecht: Trimbos-Instituut
- Mulder, N. & Kroon, H. (2009). *Assertive Community Treatment. Bemoeizorg voor patiënten met complexe problemen*. Amsterdam: Boom uitgeverij.
- Sytema, S. (2007). Assertive community treatment in the Netherlands: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116, 105-112.
- Tilburg, W. van, Veldhuizen, van J.R., Beyaart, E.W., Ven van de-Dijkman, M.W., Mulder, C.L., Schulte, P.F.J., Sikkens, E.P.K., Tholen, A.J. (2008). *Richtlijn besluitvorming dwang: opname en behandeling*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. De Tijdstroom.