

Zorg in Samenwerking

(Collaborative Care)

voor patiënten met een bipolaire stoornis:

Achtergronddocument

Nienke van der Voort-Scholten¹, RN, PhD

Berno van Meijel², RN, PhD

Ralph Kupka³, MD, PhD

Peter Goossens⁴, RN, MANP, PhD

Aartjan Beekman⁵, MD, PhD

¹ GGZ inGeest; Vrije Universiteit, EMGO instituut, Amsterdam; Dimence GGZ, Deventer; Hogeschool Inholland Amsterdam

² Hogeschool Inholland Amsterdam

³ GGZ inGeest; Vrije Universiteit Amsterdam; Altrecht GGZ, Utrecht

⁴ Dimence GGZ, Deventer; Universiteit Nijmegen, Nijmegen; Hogeschool Saxion, Enschede

⁵ GGZ inGeest; Vrije Universiteit, EMGO instituut, Amsterdam

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	3
1. Introductie	4
1.1. Achtergrond en doel van dit interventieprotocol.....	4
1.2. De patiëntenpopulatie	4
1.3. De behandeling.....	5
1.4. Voorwaarden voor effectief gebruik van dit interventieprotocol.....	7
1.5. Methodische verantwoording	8
2. Zorg in Samenwerking: uitgangspunten	10
2.1. ZiS in grote lijnen	10
2.2. Vormgeven van samenwerking	12
2.3. Zelfmanagement.....	14
3. Organisatie van zorg	15
3.1. De vorming van het ZiS team.....	15
3.2. Het vaststellen van zorgbehoeften en opstellen van het behandelplan	17
3.3. Afspraken maken over continuïteit van zorg en outreachend werken.....	17
3.4. Periodiek evalueren	18
4. Uitvoering van zorg.	19
4.1. Psycho-educatie.	19
4.2. Monitoring en terugvalpreventie.	20
3.3. Farmacotherapie en somatische risico's	22
3.5. Probleem Oplossende Behandeling	23

Bijlage: De expertgroep

September 2015 Tweede, herziene, versie. Alle rechten voorbehouden.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand en/of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de eerste auteur.

Voorwoord

Voor je ligt het Achtergronddocument voor de training 'Zorg in Samenwerking (ZiS) voor patiënten met een bipolaire stoornis'. ZiS (in het Engels: Collaborative Care) is een interventieprogramma dat gekenmerkt wordt door intensieve samenwerking met de patiënt en zijn naastbetrokkene en waarbij een aantal interventies systematisch wordt aangeboden. De verpleegkundige is de spil in deze behandeling. Deze behandeling is in Nederland in een gerandomiseerde trial onderzocht (2010-2014) en er werden veelbelovende effecten gevonden.

Voor de effectieve uitvoering van deze interventie is een training ontworpen, bedoeld voor hulpverleners die patiënten met een bipolaire stoornis behandelen en begeleiden. Doel van de training is dat de deelnemers na afronding in staat zijn om ZiS uit te voeren. Dit Achtergronddocument is hier een hulpmiddel bij. In dit Achtergronddocument vind je informatie over het ZiS programma en een toelichting op de interventies die er deel van uitmaken.

Het tweede deel, het Handboek voor de verpleegkundige, biedt concrete ondersteuning bij de uitvoering van het programma. Hierin zijn alle interventies van ZiS gedetailleerd uitgewerkt. Het is als losbladig systeem samengesteld, waarbij de verschillende onderwerpen zijn geordend met behulp van tabbladen. Formulieren, werkbladen en meetinstrumenten zijn achterin als bijlagen opgenomen.

Een derde deel, dat los wordt bijgeleverd, is het Werkboek. Hiermee gaan de patiënt, de naastbetrokkene en de verpleegkundige samen aan het werk.

Voor de leesbaarheid is ervoor gekozen om zowel naar de patiënt als de hulpverlener te verwijzen met 'hij'; het zal duidelijk zijn dat daarmee zowel 'hij' als 'zij' wordt bedoeld.

Nienke van der Voort

Berno van Meijel

Ralph Kupka

Peter Goossens

Aartjan Beekman

1. Introductie

In dit hoofdstuk worden kort achtergrond en doel van het ZiS programma weergegeven. Tevens wordt de doelpopulatie van het programma nader omschreven. Vervolgens vindt een toelichting plaats op de behandeling van deze groep en wordt gemotiveerd waarom het inzetten van een nieuwe interventiewijze in bepaalde gevallen gewenst is. Dan volgt een korte introductie van ZiS. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een beschrijving van de voorwaarden die nodig zijn om ZiS goed te kunnen implementeren. Ook wordt een methodische verantwoording gegeven.

1.1. Achtergrond en doel van dit interventieprotocol

De bipolaire stoornis is een ernstige, langdurige psychiatrische ziekte die veel gevolgen heeft voor het dagelijks leven van patiënten en naastbetrokkenen. De behandeling, meestal bestaande uit farmacotherapie en basale psychosociale ondersteuning, levert bij een deel van de patiënten niet het gewenste resultaat op. Daarom is ZiS ontwikkeld dat een aanvulling vormt op het bestaande aanbod. ZiS is in het buitenland in een aantal onderzoeken onderzocht op effectiviteit, dit met positieve resultaten. Daarom hebben we inmiddels ook de invoering van ZiS in Nederland ter hand genomen en de effecten van het programma onderzocht. Het programma dat voor je ligt werd ten behoeve van dit onderzoek geschreven. ZiS werd middels training en coaching worden aangeboden aan een aantal teams in Nederland. Vervolgens werden de effecten gemeten en vergeleken met de effecten van de gebruikelijke zorg. ZiS bleek een positief effect te hebben op depressieve symptomen en op functioneren.

1.2. De patiëntenpopulatie

In Nederland lijden circa 100.000 volwassenen (evenveel vrouwen als mannen) aan een bipolaire stoornis^{1,2}. De stoornis kan op elke leeftijd beginnen, maar de piek ligt tussen het 15e en 19e levensjaar. Een bipolaire stoornis wordt gekenmerkt door het herhaald optreden van episoden met extreme stemmingsveranderingen³. De stemming is dan gedurende een langere periode verlaagd (depressief), verhoogd (manisch of hypomaan), of er zijn gelijktijdig manische en depressieve symptomen (gemengde episode). Bij een hypomane episode zijn de manische symptomen minder ernstig: ze leiden niet tot een duidelijk verstoord functioneren. De episoden kunnen geïsoleerd optreden, dat wil zeggen dat ze worden afgewisseld door een interval met minimale symptomen of een geheel normale stemming, maar ze kunnen ook direct in elkaar overgaan. De lengte van een episode vertoont grote variatie, met een duur uiteenlopend van enkele dagen tot maanden of zelfs jaren. Onbehandeld duurt een depressieve episode gemiddeld 2 tot 5 maanden en een manische

episode ongeveer 2 maanden⁴, maar recent onderzoek laat zien dat functionele beperkingen wel tot een jaar kunnen duren⁵. Er bestaat een hoge mate van comorbiditeit met angststoornissen, middelenmisbruik en persoonlijkheidsstoornissen⁶, alsook met lichamelijke stoornissen zoals hart- en vaatziekten, hoge bloeddruk en diabetes, al dan niet samenhangend met het langdurig gebruik van (onderhouds-)medicatie⁷.

Uit verschillende studies⁸⁻¹⁰ blijkt dat patiënten met een bipolaire stoornis - ondanks behandeling - gemiddeld de helft van de tijd last blijven houden van depressieve, manische, hypomane of gemengde symptomen. Vooral depressieve symptomen blijven aanwezig. Ongeveer 25% van de patiënten doet een keer in zijn leven een suïcidepoging, tussen de 8% en 15% overlijdt door suicide¹¹. Opvallend is dat de iets mildere verschijnselen van de bipolaire stoornis, die tezamen niet voldoen aan de criteria van een manische, depressieve of gemengde episode, gedurende een groot deel van de tijd aanwezig zijn. Uit onderzoek van Goossens e.a.¹² blijkt dat patiënten ook tijdens deze ogenschijnlijk stabiele periodes frequent last hebben van een breed scala aan psychopathologische symptomen die hun kwaliteit van leven negatief beïnvloeden.

1.3. De behandeling

De behandeling van bipolaire stoornissen bestaat nu vooral uit de inzet van farmacotherapie, soms gecombineerd met psychotherapie, psycho-educatie en het bevorderen van zelfmanagementvaardigheden. Er wordt tijdens de behandeling vooral ingezet op symptoomreductie, soms in combinatie met interventies gericht op de acceptatie van de aandoening, het bevorderen van therapietrouw, stabilisatie van het levensritme, herkenning van vroege voortekenen van terugval, vermindering van psychosociale problematiek, en maximale maatschappelijke participatie¹³.

Een deel van de patiënten reageert goed op de ingezette behandeling. Bij hen heeft de stoornis een overwegend gunstig beloop. Een periodiek bezoek aan de polikliniek, samengaand met bloed- en medicatiecontrole, volstaat om een acceptabel evenwicht te behouden met minimale symptomen, beperkingen en bijwerkingen van medicatie.

Bij een aanzienlijk deel van de patiënten heeft de bipolaire stoornis echter een veel minder gunstig beloop, en het is deze groep patiënten waar ZiS voor is ontwikkeld. Zij reageren minder goed op de behandeling en hebben relatief vaak een terugval, veel restverschijnselen, cognitieve functiestoornissen, beperkte sociale steun en een slecht sociaal functioneren. Bij deze patiëntengroep is intensieve multidisciplinaire samenwerking van professionals vereist. Hierbij is het belangrijk dat specialistische hulp wordt ingezet op bepaalde deelaspecten van de stoornis. Verder is het belangrijk dat er goed wordt samengewerkt om tot een samenhangend behandelaanbod te komen. Ook in de recent herziene Richtlijn Bipolaire Stoornissen wordt een dergelijke multidisciplinaire aanpak

aanbevolen¹⁴. In deze richtlijn wordt tevens geadviseerd naastbetrokkenen zoveel mogelijk bij de behandeling te betrekken. De laatste 30 jaar vindt de zorg voor patiënten met een bipolaire stoornis steeds meer plaats buiten de psychiatrische instellingen, waardoor een groot deel van de dagelijkse zorg voor deze patiënten neerkomt op familieleden en andere naastbetrokkenen¹⁵. Zij ervaren vaak een hoge belasting. Goede voorlichting en ondersteuning, onder meer door professionele hulpverleners, is dan noodzakelijk zodat zij de zorg voor de patiënt goed vol kunnen houden^{16, 17}. Het is voor naastbetrokkenen belangrijk dat zij inzicht hebben in de ziekte en de gevolgen ervan, en dat zij weten hoe ermee om te gaan¹⁸.

ZiS bestaat uit een relatief intensief en samenhangend, multidisciplinair behandel aanbod waarbij de organisatie en inhoud van zorg nauwkeurig zijn omschreven^{19 20}. De patiënt en zijn naastbetrokkene maken deel uit van het behandelteam. Beslissingen over de behandeling worden in dit team gezamenlijk genomen. Verder wordt een aantal gestructureerde interventies op methodische wijze aangeboden. In het protocol dat voor u ligt beschrijven wij het ZiS programma dat in Nederland werd onderzocht tussen 2010 en 2014, en vergeleken met gebruikelijke zorg²¹. Patiënten die ZiS ontvingen waren minder tijd depressief en na 12 maanden ook minder ernstig depressief dan patiënten die gebruikelijke zorg ontvingen²². Ook bleek ZiS effectief op een aantal domeinen van functioneren, en op een domein van kwaliteit van leven²³. De Nederlandse Richtlijn beveelt ZiS (Collaborative Care) aan bij patiënten met een bipolaire stoornis¹⁴

Een soortgelijk model was tot nog toe vooral onderzocht bij mensen met een depressie²⁴ en de resultaten zijn hoopgevend. Bauer en collega's^{25, 26} hebben Collaborative Care (CC) in de Verenigde Staten op effectiviteit onderzocht bij mensen met een bipolaire stoornis. Ze vergeleken een groep die CC kreeg met een groep patiënten die gangbare zorg kreeg. Zij vonden een verbetering op manische symptomen, maar niet op depressieve symptomen. Simon e.a.²⁷ en Suppes e.a.²⁸ deden een soortgelijke studie en hun bevindingen kwamen grotendeels overeen met die van Bauer. Het is opvallend dat in de drie beschreven onderzoeken CC leidde tot een verbetering van manische symptomen, maar niet duidelijk tot een verbetering van depressieve symptomen.

Verpleegkundigen vervullen een spilfunctie binnen het ZiS programma. Het programma biedt goede mogelijkheden om de positie van de verpleegkundige in de zorg voor patiënten met een bipolaire stoornis zowel organisatorisch als inhoudelijk te expliciteren en versterken. De centrale, coördinerende positie van de verpleegkundige kan binnen dit model doelgericht worden vormgegeven. Verder kan de methodische werkwijze van de verpleegkundige meer

inhoud gegeven worden. De relevantie van deze versterking blijkt onder meer uit de studie van Goossens e.a.²⁹ waaruit naar voren kwam dat de huidige werkwijze van sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen juist gekenmerkt wordt door een sterk gebrek aan systematisch en methodisch handelen.

1.4. Voorwaarden voor effectief gebruik van dit interventieprotocol

Om het interventieprotocol effectief te kunnen gebruiken dient aan een aantal voorwaarden voldaan te zijn. Het gaat om gedeelde verantwoordelijkheid, ondersteuning van verpleegkundigen, organisatorische randvoorwaarden, en gestructureerde implementatie.

Gedeelde verantwoordelijkheid

De verpleegkundige is de eerste contactpersoon voor de patiënt binnen ZiS, maar de verantwoordelijkheid dient wel gedeeld te zijn met andere disciplines in het behandelteam. Afstemming met de patiënt, diens naastbetrokkene(n) en collega's binnen het multidisciplinaire team is van groot belang. Binnen het team kan de verpleegkundige de eigen bevindingen en dilemma's kenbaar maken en toetsen aan de oordelen van anderen. Vervolgens kunnen de leden van het ZiS team samen vaststellen welke behandeling en zorg nodig zijn.

Ondersteuning van de verpleegkundigen

Intervisie en coaching voor de verpleegkundigen is erg belangrijk tijdens de uitvoering van ZiS. Intervisie en coaching vergroten de reflectie op het eigen handelen in de zorg voor mensen met een bipolaire stoornis. Dit is een voorwaarde om te leren werken volgens het ZiS model en om patiëntgerichte en effectieve zorg te kunnen bieden. Het kan verder een empathische houding bevorderen.

Randvoorwaarden

Bij het uitvoeren van ZiS voor mensen met een bipolaire stoornis is het van belang dat de volgende randvoorwaarden zijn gewaarborgd:

- Scholing: de uitvoering van het interventieprotocol ZiS wordt vooraf gegaan door scholing voor de verpleegkundigen. Per team wordt ook één andere betrokken behandelaar (meestal de psychiater) geschoold, of individueel door de onderzoeker op de hoogte gebracht van relevante informatie uit de scholing.
- De verpleegkundigen nemen tijdens de uitvoering van ZiS deel aan intervisiebijeenkomsten en ontvangen coaching, gericht op de kwaliteit van de uitvoering van het ZiS programma.
- Andere betrokken disciplines zijn gemotiveerd om hun aandeel te leveren in het ZiS team.

- Verlengde consulten met patiënten in het kader van ZiS: enige flexibiliteit in het aantal, de duur en de planning van consulten is nodig voor een effectieve uitvoering van het ZiS programma. In sommige fasen van de uitvoering van het programma wordt gewerkt met verlengde consulten (40 tot 60 minuten). We verwachten dat deze extra investering in de beginfase zich later terug zal verdienen door een betere organisatie van de zorg en door een gunstiger ziektebeloop met minder zorgconsumptie.
- Afstemming tussen werkboek en Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) of papieren dossier: Het werkboek behorende bij het ZiS programma bevat een aantal documenten (behandelplan, stemmingsbeloopkaart en signaleringsplannen etc.) die bij voorkeur een plaats dienen te krijgen binnen het EPD of papieren dossier. Per locatie moet gezocht worden naar de mogelijkheden hiervoor.

Implementatieplan

Voor de implementatie van ZiS is een goed uitgewerkte implementatiestrategie nodig. Deze zal per instelling of team vastgelegd worden in een implementatieplan. Hierin zullen in ieder geval de volgende punten uitgewerkt worden:

- De doelen die de organisatie concreet beoogt met de invoering van ZiS.
- De concrete resultaten die invoering van ZiS voor de organisatie op moet leveren.
- Een sterkte/zwakteanalyse waarin de bevorderende en belemmerende factoren met betrekking tot de invoering van ZiS worden geanalyseerd.
- Aanstelling van een plaatselijke projectleider die het project ter plekke aanstuurt en de uitvoering van ZiS stimuleert.
- Een plan van aanpak met bijbehorend tijdspad waarin de verschillende stappen van de invoering van ZiS worden besproken, rekening houdend met de uitgevoerde sterkte/zwakteanalyse. Wellicht moeten vooraf activiteiten worden verricht gericht op verandering van belemmerende factoren. Gedacht kan worden aan het bevorderen van een gemeenschappelijke visie, het realiseren van draagvlak onder leidinggevendenden, of de bevordering van motivatie van medewerkers.
- De wijze van evaluatie van de invoering van ZiS.

1.5. Methodische verantwoording

Ten behoeve van de ontwikkeling van het ZiS programma voor patiënten met een bipolaire stoornis is allereerst relevante literatuur geraadpleegd. Aanvullend zijn wetenschappelijke experts en experts uit de praktijk geraadpleegd (bijlage I), waaronder een ervaringsdeskundige patiënt en een naastbetrokkene. De experts adviseerden de ZiS-

ontwikkelaars over de inhoud en vorm van het op te stellen programma. Een conceptversie van het programma is vervolgens ter toetsing voorgelegd aan een multidisciplinair samengesteld expertpanel. De commentaren van dit panel zijn verwerkt in de definitieve versie van het ZiS programma.

In de tekst van dit achtergronddocument is gekozen om de gebruikte bronnen op te nemen als nummers. Aan het eind van dit document vind je de bijbehorende lijst met de geraadpleegde literatuur.

2. Zorg in Samenwerking: uitgangspunten

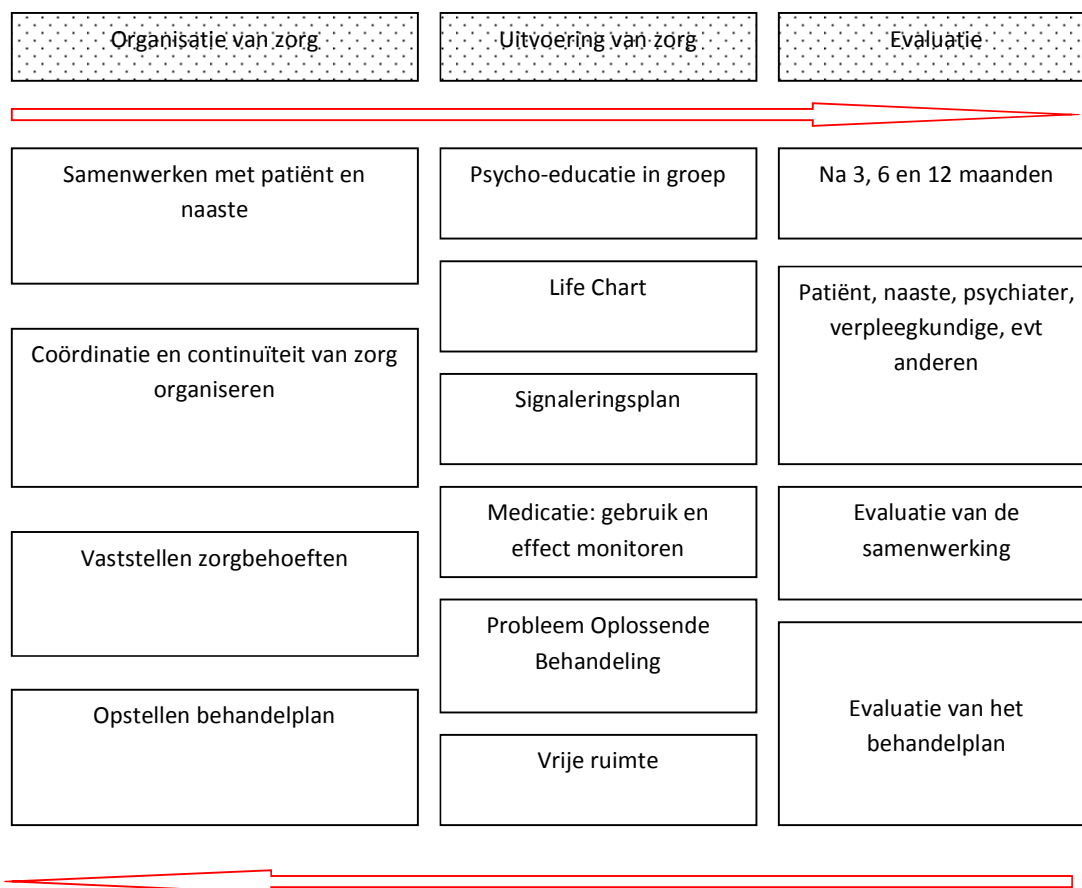
We zien in de begeleiding van mensen met een bipolaire stoornis een centrale regierol weggelegd voor de verpleegkundige. De zorg richt zich behalve op de ziekte zelf, immers ook (en soms vooral) op de *gevolgen* van de ziekte in het dagelijks leven. Patiënten die niet volledig stabiel zijn, maar ook niet in een acute fase van de ziekte verkeren, zullen naar verwachting gebaat zijn bij deze gestructureerde vorm van relatief intensieve en laagdrempelige begeleiding.

2.1. ZiS in grote lijnen

ZiS kent drie fasen die elkaar voortdurend blijven opvolgen (zie figuur 1): organisatie van zorg, het uitvoeren van de zorg en evaluaties.

- *Een goede organisatie van de zorg* en van *optimale samenwerking* tussen alle betrokkenen (patiënt, hulpverleners en naastbetrokkenen) vormt de basis van ZiS. Dit doen we onder meer via de vorming van een ZiS team, waar besluiten over behandeling en zorg gemeenschappelijk worden genomen. Verder worden familieleden of andere naastbetrokkenen structureel bij de behandeling betrokken. De intensiteit van de zorg wordt aangepast aan wat er nodig is en continuïteit van zorg wordt gewaarborgd. Er wordt methodisch gewerkt: de zorgbehoeften van de patiënt worden regelmatig geïnterviewd en vormen het uitgangspunt voor het maken van een behandelplan op maat.
- Het uitvoeren van de zorg is gericht op het verbeteren van *zelfmanagementstrategieën*, met als doel dat de patiënt zelf leert om zo goed mogelijk om te gaan met de ziekte en de gevolgen ervan. Hierbij wordt gewerkt met psycho-educatie en voortdurende monitoring van de stemming en de behandelresultaten, waarbij het voorkomen van terugval centraal staat. Ook aan het verminderen van problemen in het leven van de patiënt wordt gewerkt, waarbij gebruik wordt gemaakt van een gestructureerde methode, namelijk Probleem Oplossende Behandeling (POB). Op indicatie, bijvoorbeeld bij aanhoudende depressie, zullen extra sessies POB in een aangepaste vorm aangeboden worden die gericht zijn op verbetering van de stemming. Het eigen herstelproces van de patiënt staat centraal en wordt zo goed mogelijk ondersteund.
- *Evalueren na 3, 6 en 12 maanden* van de samenwerking en de behandeling, om voortdurend goed te kunnen blijven aansluiten bij wat de patiënt nodig heeft.

Figuur 1: Schematische voorstelling van Zorg in Samenwerking:



2.2. Vormgeven van samenwerking

Een optimale samenwerking vormt de basis voor het hulpverleningsproces binnen ZiS. Vrijwel iedere hulpverlener zal desgevraagd zeggen dat hij of zij een goede samenwerking met de patiënt belangrijk vindt. Samenwerking betekent goed luisteren naar wat de patiënt en zijn betrokkene(n) belangrijk vinden en dit echt als uitgangspunt van de zorg nemen. Samenwerking betekent ook informatie geven zodat patiënt en betrokkene zelf onderbouwde keuzes kunnen maken. Samenwerking betekent verder duidelijke afspraken maken over wie wat doet op welk tijdstip, hoe de samenwerkende partners elkaar kunnen bereiken en wat ze dan van elkaar kunnen verwachten. Samenwerking betekent ook het nakomen van afspraken, en het samen nemen van aanvaardbare risico's.

De metafoor van de gezamenlijke autoreis helpt om te begrijpen hoe deze samenwerking eruit ziet.



Samen op reis gaan: eerst samen bepalen wat het reisdoel zal zijn en er dan vervolgens samen zorg voor dragen dat je daar komt. En als er redenen voor zijn om van het reisdoel af te wijken, dan wordt samen besloten wat het nieuwe reisdoel moet worden. De patiënt zit achter het stuur, het gaat immers om zijn of haar leven, en alleen de patiënt kan bepalen welke doelen belangrijk zijn in zijn leven. De naastbetrokkene zit op de achterbank, hij reist mee en wil ook graag meedenken over waar de reis heengaat. De verpleegkundige biedt de patiënt alle hulp die nodig is om de reis goed te volbrengen. Ze zit naast de patiënt en leest de kaart, om zo het einddoel van de reis goed voor ogen te houden en samen de eindbestemming te kunnen bereiken.

Samenwerken zoals hier beschreven is niet altijd eenvoudig. Er zal af en toe strijd en onenigheid zijn. Patiënten zullen op sommige momenten geen regie willen of kunnen voeren

over hun leven. Ernstige crises zullen niet altijd te voorkomen zijn. Het kan ook voorkomen dat er een verschil van mening bestaat tussen hulpverleners, familieleden en de patiënt over welke zorg nodig is. Maar in al deze situaties wordt de basisattitude van de hulpverlener gekenmerkt door respect voor de mening van de patiënt (en diens naasten), het niet veroordelen en afwijzen, openheid in het contact en aansluiting zoeken bij wat de patiënt wil en kan. Ook als de hulpverlener een door de patiënt gemaakte keuze als onverstandig beoordeelt, zal hij er met respect mee om moeten gaan.

Er wordt binnen ZiS dus een open houding van de verpleegkundige gevraagd, met respect voor de inbreng, de wensen en behoeften van patiënt en diens naastbetrokkenen. Tegelijkertijd dient de verpleegkundige voldoende structuur in de behandeling en begeleiding aan te brengen om de gewenste resultaten te kunnen bereiken. De verpleegkundige heeft veel kennis over de stoornis, het beloop en de behandeling en wil dat overbrengen op patiënt en naasten. Een voorwaarde voor gezamenlijke besluitvorming is dan ook dat de patiënt goed geïnformeerd is over de verschillende behandelmogelijkheden. Maar het uitgangspunt is en blijft voortdurend dat de patiënt zelf de keuzes maakt die bijdragen aan het bereiken van zijn levensdoelen.

Wij kiezen met ZiS dus voor een benadering waarin we de patiënt als regievoerder van zijn eigen leven erkennen. We willen samenwerken met de patiënt en zijn naastbetrokkenen, en samenwerken impliceert wederkerigheid. Wij hebben veel kennis en kunde, en we nodigen de patiënt uit om duidelijk te maken hoe hij daarvan gebruik wil maken om te kunnen werken aan de door hem/haar zelf gestelde doelen. De patiënt is verantwoordelijk voor zijn eigen leven en wij hebben daarin als hulpverleners een ondersteunende rol. Het uitgangspunt moet zijn dat er geen interventies worden ingezet waar de patiënt en de verpleegkundige het niet samen over eens zijn. Gemeenschappelijk besluitvorming staat centraal. Een uitzondering wordt slechts gemaakt wanneer er een acuut en onafwendbaar gevaar voor de patiënt en/of anderen optreedt, waardoor er conform de wet BOPZ gehandeld dient te worden.

De *verpleegkundige* is de ZiS caremanager. Hij is daarmee het eerste aanspreekpunt voor de patiënt en heeft een centrale regiefunctie in de behandeling en begeleiding.

2.3. Zelfmanagement

Binnen ZiS zijn alle interventies erop gericht het zelfmanagement van de patiënt zo veel mogelijk te bevorderen. We hanteren de volgende definitie:

Zelfmanagement is het individuele vermogen van de patiënt om effectief om te gaan met alles wat bij een chronische ziekte hoort. Het gaat om het herkennen van en omgaan met symptomen, en het omgaan met de consequenties van de ziekte op het gebied van lichamelijk, emotioneel en sociaal functioneren. Ook het maken van keuzes met betrekking tot behandeling en leefstijl hoort erbij. Er is sprake van effectief zelfmanagement als het iemand telkens weer lukt om in een continu proces zichzelf te reguleren ofwel grip op zijn leven te vinden en behouden³⁰.

Wanneer de diagnose recent gesteld is zijn er vaak gevoelens van verlies en rouw. De hulpverlener dient hier expliciet aandacht aan te besteden en tevens heldere informatie te geven over oorzaken van de ziekte en beïnvloedende factoren: niet alles is te beïnvloeden door zelfmanagementactiviteiten. De patiënt is niet 'schuldig' als het hem niet lukt de ziekte en haar gevolgen onder controle te krijgen.

Een veel voorkomend gevolg van een chronische ziekte is dat de patiënt afhankelijkheid ervaart van anderen, onder meer van hulpverleners. Een doel van het bevorderen van zelfmanagement is het waar mogelijk verminderen van deze afhankelijkheid, en waar dat niet mogelijk is het juist leren accepteren van beperkingen en afhankelijkheid. De patiënt heeft zelf de centrale rol in het actief leren omgaan met de bipolaire stoornis, bijvoorbeeld via het aanpassen van zijn leefstijl. Dit alles wordt hem niet opgelegd door de hulpverlener, maar de patiënt geeft er zelf richting en inhoud aan. Kortom, de patiënt geeft zijn leven met de ziekte opnieuw vorm, en de verpleegkundige steunt hem daarbij.

Diverse studies laten zien dat het zeer goed mogelijk is dat patiënten met een bipolaire stoornis grip op hun ziekte en hun leven krijgen zodat ze hierdoor in het dagelijks leven minder beperkingen ervaren van de stoornis. Onderzoek³¹ laat bijvoorbeeld zien dat patiënten heel goed kunnen leren vroegtijdig verschijnselen van een naderende manische of depressieve episode te herkennen, om vervolgens zelf adequate actie te ondernemen om een ernstige terugval te voorkomen. Ook voor familieleden en andere betrokkenen kan het rust geven wanneer zij voldoende kennis hebben over de ziekte en weten dat de patiënt de vaardigheden heeft om – indien nodig met ondersteuning van derden - een terugval zo goed mogelijk te voorkomen.

3. Organisatie van zorg

In deze paragraaf staat het *organiseren* van de samenwerking en de zorg centraal. De verpleegkundige is de care manager, dat wil zeggen degene die de zorg organiseert en coördineert. We onderscheiden drie stappen, die als voorbereiding dienen voor de uiteindelijke uitvoering van de behandeling.

- 1 De vorming van het ZiS-team
- 2 Het vaststellen van zorgbehoeften en het opstellen van het behandelplan
- 3 Het maken van afspraken over continuïteit van zorg en outreachend werken.

3.1. De vorming van het ZiS team.

ZiS zal worden ingezet bij patiënten die meestal al gedurende langere tijd in zorg zijn. Het is van belang om aan de patiënt goed duidelijk te maken wat er anders (en hopelijk beter) zal gaan binnen zowel de samenwerkingsrelatie als de feitelijke behandeling. Daarnaast is het belangrijk om met collega's af te stemmen hoe de nieuwe rolverdeling eruit zal gaan zien. De verpleegkundige zorgt er als care manager voor dat ieder op de hoogte is van de nieuwe werkwijze. Daarnaast is hij degene die andere professionals op de hoogte houdt van waar de meest recente inzichten op het gebied van de behandeling van patiënten met een bipolaire stoornis te vinden zijn. De verpleegkundige bereidt elke ZiS teamvergadering voor met de patiënt en diens naaste.

Om de continuïteit en coördinatie van zorg te optimaliseren is goede samenwerking nodig binnen het ZiS team. Het ZiS team bestaat uit de patiënt, diens naaste(n), de verpleegkundige en de psychiater. Eventueel worden anderen toegevoegd aan het team. Alle belangrijke beslissingen aangaande de behandeling worden genomen in dit team door middel van gezamenlijke besluitvorming. De patiënt staat centraal in dit beslissingsproces. Bij verschillen van mening wordt er goed overleg gevoerd totdat alle betrokkenen een besluit kunnen onderschrijven. We noemen dat 'gezamenlijke besluitvorming' en 'contracting'. Naasten hebben in het team een prominente rol. Wij verwachten dat door het betrekken van deze naaste(n) de sociale steun voor de patiënt vergroot kan worden en dat de (vaak langdurige) ervaring van de naaste in het omgaan met de patiënt de behandeling ten goede kan komen. Daarnaast kan een naaste vaak ook steun gebruiken in het leren omgaan met de ziekte van de patiënt, alsook in het (her-) ontdekken hoe hij zijn eigen leven zoveel mogelijk vorm kan geven. Het is van belang dat heldere afspraken worden gemaakt over de taakverdeling tussen de verschillende deelnemers van het team.

ZiS partners zijn de andere partijen die mogelijk een rol hebben in de behandeling en begeleiding van de patiënt. Te denken valt aan de huisarts, de behandelaar bij een verslavingsinstelling, een begeleider van een RIBW of een thuiszorgmedewerker. Deze partners kunnen op indicatie deelnemen aan het ZiS team.

Gezamenlijke besluitvorming

In het ZiS team worden beslissingen over de behandeling genomen door middel van gezamenlijke besluitvorming. Gezamenlijke besluitvorming, internationaal bekend als Shared Decision Making, wordt al enkele decennia gezien als de meest wenselijke manier van besluiten nemen in het contact tussen hulpverlener en patiënt. Er zijn veel definities van verschenen waarvan we de volgende in ons ZiS programma hanteren:

*Gezamenlijke besluitvorming is het proces waarbij een keuze omtrent behandeling wordt gemaakt in gezamenlijkheid door hulpverlener en patiënt*³².

Positieve effecten van een dergelijke gezamenlijke besluitvorming zijn:

- er wordt minder paternalistisch door hulpverleners gehandeld, er is meer sprake van partnerschap,
- de autonomie van de patiënt wordt vergroot,
- waarden, voorkeuren en persoonlijke levensdoelen van de patiënt komen aan de orde en beïnvloeden mede het besluit,
- er is een grotere kans op herstel en verbeterd functioneren van de patiënt.

Een 'goed besluit' kan in dit licht omschreven worden als een besluit dat de behoeften, waarden en voorkeuren van een goed geïnformeerde patiënt weerspiegelt. Soms wordt gebruik gemaakt van hulpmiddelen bij de besluitvorming, zoals een informatiefolder voor patiënten. Goede informatieverstrekking draagt bij aan het vertrouwen van de patiënt in zijn eigen mogelijkheden tot meebeslissen over de behandeling.

Contracting

Wanneer een besluit is genomen door het ZiS team wordt dit expliciet door alle aanwezigen onderschreven. Dit gebeurt letterlijk door het zetten van een handtekening. Hiermee verbinden alle aanwezigen zich aan het besluit en aan de taken die ze op zich nemen in het aanstaande behandelproces. Dit 'contract' zal echter nooit een belemmering zijn om werkwijze of doelen te veranderen als daar aanleiding toe is. Belangrijkste doel van contracting is dat er een voorspelbare structuur voor de behandeling wordt gecreëerd en wordt vastgehouden, ondanks de vaak aanwezige verleidingen om deze structuur los te

laten. Een tweede doel is dat een gezamenlijke verantwoordelijkheid bestaat voor de afspraken.

3.2. Het vaststellen van zorgbehoeften en opstellen van het behandelplan

Binnen ZiS is het van belang dat er overeenstemming wordt bereikt over de doelen van de behandeling en over de wijze waarop aan deze doelen zal worden gewerkt. Om deze doelen zorgvuldig vast te kunnen stellen is het eerst van belang om een grondige analyse van zorgbehoeften uit te voeren: welke zorgbehoeften heeft de patiënt en welke verdienen prioriteit? De verkorte versie van de Camberwell Assessment of Need (CANSAS)³³ wordt ingevuld, zowel door de patiënt als door de verpleegkundige. In gesprek hierover met patiënt, verpleegkundige en naaste worden vervolgens overeenkomsten en verschillen in beschreven zorgbehoeften besproken en worden prioriteiten voor behandeling en zorg vastgesteld. De resultaten worden besproken in het ZiS team en vastgelegd in een behandelplan. Desgewenst worden ZiS-partners geconsulteerd (bijvoorbeeld huisarts, verslavingsdeskundige of arbeidsbemiddelaar). Andere leden van het multidisciplinaire team kunnen worden ingezet voor uitvoering van onderdelen van het behandelplan. Afname van de CANSAS wordt na 3, 6 en 12 maanden herhaald om veranderingen in zorgbehoeften (en hiermee de voortgang van de behandeling) vast te stellen en nieuwe doelen te formuleren, indien nodig.

3.3. Afspraken maken over continuïteit van zorg en outreachend werken

De verpleegkundige is de spil in de zorg en is hiermee ook verantwoordelijk voor de continuïteit van zorg. Daarnaast heeft de verpleegkundige de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van (een deel van) de zorg. De verpleegkundige bouwt een goede en duurzame samenwerkingsrelatie op met de patiënt en zijn betrokkenen. Beschikbaarheid en bereikbaarheid zijn hierbij leidende principes: de patiënt en diens naaste moeten zich vrij voelen om contact met de verpleegkundige op te nemen als zij dat nodig achten. In samenspraak met de patiënt en diens naasten worden afspraken gemaakt over de gewenste contactfrequentie en over de rollen van de verschillende hulpverleners in de zorg. In geval van het niet nakomen van de gemaakte afspraken door de patiënt handelt de verpleegkundige actief outreachend (via telefoon, mail of huisbezoek). Er wordt een vaste vervanger voor de verpleegkundige aangewezen voor tijden waarop deze afwezig is. Bij klinische opname van de patiënt blijft de ZiS verpleegkundige contact onderhouden met de patiënt en zijn naasten. Hij volgt nauwkeurig de voortgang van de behandeling, onderhoudt het contact met de verpleegkundigen van de afdeling en zorgt voor continuïteit van de zorg bij ontslag van de patiënt uit de klinische behandeling.

3.4. Periodiek evalueren

Om voortdurend te kunnen blijven aansluiten bij de veranderende behoeften van de patiënt en diens naasten, zal elke drie maanden geëvalueerd worden. Dit gebeurt in gezamenlijk overleg tussen de patiënt, diens naaste, de verpleegkundige en de psychiater. Eventueel worden andere bij de behandeling betrokken hulpverleners gevraagd een bijdrage te leveren of aanwezig te zijn. Centrale vragen bij de evaluatie zijn: Zitten we nog op de goede weg? Werken we aan de juiste doelen en doen we dat op de goede manier?

De verpleegkundige bereidt de evaluatie voor met de patiënt en diens naaste. Dit gebeurt onder andere door het opnieuw invullen van de CANSAS door de patiënt, nu niet apart van elkaar maar direct samen met de hulpverlener. Ook wordt het medicatiegebruik zorgvuldig geëvalueerd aan de hand van een korte vragenlijst.

4. Uitvoering van zorg.

In dit hoofdstuk worden in grote lijnen de interventies beschreven die worden aangeboden binnen het ZiS programma. Alle interventies zijn gericht op het bevorderen van zelfmanagement en herstel. Aan de orde komen achtereenvolgens psycho-educatie, monitoring en terugvalpreventie, farmacotherapie en Probleem Oplossende Behandeling. In het tweede deel behorende bij dit Achtergronddocument, het Handboek, worden alle interventies gedetailleerd uitgewerkt in handleidingen voor de verpleegkundige. Het derde deel, het Werkboek, is bestemd voor de patiënt en hierin zullen verpleegkundige, patiënt en naaste daadwerkelijk aan de slag gaan met de beschreven interventies.

4.1. Psycho-educatie.

Onderzoek van Colom en collega's laat zien dat psycho-educatie een zeer effectieve interventie is bij bipolaire stoornissen: het aantal episodes – en de ernst ervan - verminderden na een 6 maanden durende psycho-educatie cursus. Deze effecten zijn duurzaam, zelfs nog 5 jaar na de cursus³⁴. Psycho-educatie vormt, naast medicatie, dan ook de basis van de behandeling voor patiënten met een bipolaire stoornis. Het Kenniscentrum Bipolaire Stoornissen heeft recent (2014) een nieuwe psycho-educatie cursus (van 12 sessies) ontwikkeld, gebaseerd op de meest recente internationale onderzoeksresultaten. Deze cursus wordt momenteel onderzocht op effectiviteit en is nog niet beschikbaar. De psycho-educatie cursus binnen het ZiS programma is nu nog gebaseerd op een op effectiviteit getoetste Nederlandse groepspsycho-educatiecursus die bestaat uit zes sessies. Deze cursus is opgezet in samenwerking met de Vereniging voor Manisch Depressieven en Betrokkenen³⁵. Aan iedere patiënt en zijn naastbetrokkenen wordt sterk geadviseerd deze cursus in de groep te volgen, omdat ook het delen van de eigen ervaringen met lotgenoten een zeer leerzame ervaring is voor de meeste patiënten en naasten. Deelnemers vertellen dat adviezen die gegeven zijn door lotgenoten vaker worden opgevolgd dan adviezen die ze krijgen van hulpverleners.

In de cursus wordt informatie gegeven en gedeeld over de ziekte. Er wordt specifieke aandacht gegeven aan hoe om te gaan met de problemen die samengaan met de stoornis. Comorbide psychiatrische en fysieke aandoeningen worden besproken, zoals verslavingsproblemen, angststoornissen en andere gezondheidsproblemen, zoals hart -en vaataandoeningen. Het bevorderen van een gezonde leefstijl, gericht op het stabiel houden van de stemming alsook op het verbeteren van de gezondheid in het algemeen, maakt altijd deel uit van de cursus.

4.2. Monitoring en terugvalpreventie.

Het verwerven van kennis over het eigen ziekteproces kan een belangrijke bijdrage leveren aan een goed zelfmanagement van de ziekte. De Life Chart methode^{36, 37} en het Signaleringsplan³¹ zijn hulpmiddelen die hierbij ondersteunend zijn.

De Life Chart Methode

De Life Chart (LCM), in het Nederlands “stemmingsbeloopkaart”, is een instrument dat in verschillende versies verkrijgbaar is. We gebruiken bij ZiS de zelf-rapportage versie, waarin de patiënt met een vooraf afgesproken frequentie scoort hoe hij zijn stemming heeft ervaren. Tevens noteert hij welke medicatie hij gebruikt, zijn dag- en nachtritme, en eventuele bijzondere gebeurtenissen. Er ontstaat zo een beeld van de eigen stemmingspatronen en van de factoren die deze patronen mogelijk beïnvloeden.

De patiënt zal gevraagd worden de Life Chart bij ieder gesprek met de verpleegkundige of arts mee te nemen, zodat het stemmingsbeloop van de afgelopen periode zichtbaar wordt en onderwerp van gesprek kan zijn. Ook in de vergadering van het ZIS team zal het beloop besproken worden. De ervaring leert dat veel patiënten niet gemotiveerd zijn om gedurende langere tijd dagelijks de Life Chart te scoren, zeker niet in de stabiele fasen van de ziekte. Binnen het ZiS team zal hier aandacht voor zijn en zal worden besproken met welke frequentie zal worden gescoord (dagelijks/wekelijks/tweewekelijks) en op welke momenten het scoren zal worden geïntensiveerd. Als het de patiënt niet lukt dan zal de verpleegkundige tijdens de consulten met de patiënt samen de LC invullen. Als ook dat niet lukt dan houdt de verpleegkundige voor zichzelf de LC bij en bespreekt de bevindingen met de patiënt en de arts.

Het Signaleringsplan

Het Signaleringsplan (SP) is ontwikkeld om vroegtijdig een beginnende manische of depressieve decompensatie³¹ te kunnen signaleren. Dit gebeurt via vroegsignalering en vroege interventie, dat wil zeggen: het leren herkennen van de eerste voortekenen die erop wijzen dat er een ontregeling van de stemming dreigt, om vervolgens vroegtijdig in te grijpen gericht op evenwichtsherstel.

In gesprek met de patiënt en diens naaste worden eerst de uitlokkers en beschermende factoren beschreven, dat wil zeggen die factoren waarvan zij uit ervaring weten dat ze mogelijk van invloed zijn op het al dan niet ontstaan van een episode. Vervolgens worden de vroege voortekenen van terugval zo concreet mogelijk beschreven (gevoelens, gedachten en gedrag).

De patiënt en zijn naaste wordt beiden gevraagd zo gedetailleerd mogelijk de allereerste signalen die voorafgaan aan een manische of depressieve episode te beschrijven. Daarna volgt een gesprek met de verpleegkundige hierover. De verpleegkundige stelt verduidelijkingsvragen waardoor de vroege voortekenen zo concreet mogelijk beschreven kunnen worden. De verpleegkundige vult aan vanuit eigen kennis en ervaring.

Aansluitend op de vroege voortekenen worden vervolgens acties geformuleerd die bijdragen aan evenwichtsherstel. Acties om zo goed mogelijk om te gaan met de ziekte noemen we 'coping gedrag'. Patiënten hebben zelf vaak al allerlei copingstrategieën ontwikkeld. Ook deze nemen we op in het SP. De verpleegkundige zal ook stabiliserende acties adviseren waarvan gebleken is dat ze effectief kunnen zijn. Van een aantal maatregelen is bekend dat ze vaak positief werken, bijvoorbeeld het inzetten van 'contragedrag'. Dit betekent dat de patiënt bij de eerste tekenen van een depressie of manie die dingen doet waar hij zich juist niet toe gemotiveerd voelt. Dus bij een beginnende depressie kan dat zijn: uit bed komen en activiteiten gaan ondernemen, in plaats van in bed blijven. Bij een beginnende manie kan dat zijn: een paar uur rust nemen en geen mensen uitnodigen, terwijl er juist een sterke behoefte bestaat aan veel interactie en activiteit. Een andere maatregel die kan helpen bij het voorkomen van of herstellen na terugval is het handhaven van een goed ritme. Bewust en regelmatig afwisselen van rust en activiteit, en het vasthouden van een zekere regelmaat in het leven kunnen helpend zijn.

Een Signaleringsplan is een zeer persoonlijk instrument, dat nooit 'klaar' is. Het verandert mee met de patiënt en met de omstandigheden. Het plan heeft dan ook met regelmaat bijstelling. In een stabiele fase kan het Signaleringsplan eens per jaar worden geëvalueerd, in niet stabiele situaties zal dat vaker moeten, in ieder geval kort na elke terugval. Ook dit wordt afgesproken in het ZIS team.

Zowel de Life Chart Methode als het Signaleringsplan dragen bij aan het zelfmanagement van de patiënt en diens naasten. Er vindt periodieke bespreking van de bevindingen plaats tussen de patiënt en de verpleegkundige. Standaard vindt een bespreking plaats na elke periode van terugval, waarbij het SP wordt bijgesteld op basis van de meest recente bevindingen. In ieder geval wordt het SP jaarlijks geëvalueerd.

3.3. Farmacotherapie en somatische risico's

Farmacotherapie en somatische zorg nemen in de behandeling van patiënten met een bipolaire stoornis een belangrijke plaats in. Mensen met een bipolaire stoornis lopen bijzondere risico's. We beschrijven deze daarom kort.

Medicatie is een essentieel onderdeel van de behandeling van patiënten met een bipolaire stoornis. In de 'Richtlijn Bipolaire Stoornissen' worden heldere adviezen gegeven aan artsen, gebaseerd op de nieuwste inzichten¹⁸. Medicatie wordt voorgeschreven in overleg met de patiënt en zijn betrokkene, waarbij de patiënt en betrokkene voldoende informatie krijgen om mee te kunnen beslissen.

Verpleegkundigen moeten op de hoogte zijn van de werking en bijwerkingen van medicatie om de patiënt goed te kunnen begeleiden bij het gebruik ervan. Uit onderzoek blijkt dat veel patiënten het moeilijk vinden om dagelijks en langdurig medicijnen te gebruiken³⁸. Tussen de 23 en 68% van de patiënten gebruikt de medicatie niet altijd volgens voorschrift³⁸ en stelt de arts daar niet altijd van op de hoogte. Het bespreken van obstakels die medicatietrouw in de weg staan is dus een belangrijk aandachtspunt van de verpleegkundige. Als onderdeel van ZiS vraagt de verpleegkundige de patiënt regelmatig een korte vragenlijst in te vullen over het medicatiegebruik. Deze is ondersteunend voor het gesprek hierover. De verpleegkundige doet op een niet oordelende manier navraag bij de patiënt naar zijn ervaringen met het slikken van de medicatie en naar het feitelijke medicatiegebruik. Een dergelijke houding draagt bij aan een open gesprek, waarbij de belemmeringen die de patiënt ervaart ten aanzien van het medicijngebruik kunnen worden besproken en indien mogelijk verholpen. Vaak kan informatieverstrekking over medicatie ertoe bijdragen dat patiënten het beter kunnen opbrengen om deze te blijven gebruiken³⁹. In het ZiS team is medicatie een van de onderwerpen die altijd op de agenda staan.

De medicatie, die vaak langdurig wordt voorgeschreven bij een bipolaire stoornis, kent een scala aan mogelijke en soms ernstige bijwerkingen. Zo kunnen nier- en schildklierfunctiestoornissen ontstaan ten gevolge van langdurig lithiumgebruik.

Somatische aandoeningen komen bij patiënten met een bipolaire stoornis relatief vaak voor. Steeds meer onderzoeken bevestigen dat deze groep extra kwetsbaar is voor somatische aandoeningen⁴⁰⁻⁴³. Het sterk wisselende karakter van de bipolaire stoornis zorgt er vaak voor dat ook het leefpatroon niet stabiel is, wat de risico's op somatische complicaties verder vergroot. Zo komt het metabool syndroom veel vaker voor bij mensen met een bipolaire stoornis dan bij mensen in de algemene bevolking⁴⁴. We spreken van een metabool syndroom als er sprake is van overgewicht (teveel buikvet), hoge bloeddruk, verhoogde

bloedsuikerwaarden en een hoge cholesterolspiegel. Deze combinatie van factoren ontstaat als gevolg van een stoornis in de stofwisseling, die op haar beurt weer bevorderd wordt door teveel eten en te weinig bewegen. De atypische neuroleptica, die veel worden voorgeschreven aan mensen met een bipolaire stoornis, blijken de kans op het ontstaan van het metabool syndroom te vergroten. Het syndroom kan leiden tot ernstige cardiovasculaire aandoeningen en diabetes.

Mensen met een bipolaire stoornis ontvangen vaak niet de behandeling voor hun somatische klachten die nodig is ⁴³ en lopen daardoor dus nog meer risico's. Dit wordt waarschijnlijk mede veroorzaakt door het feit dat patiënten hun primaire zorg ontvangen van hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg, waardoor de meeste aandacht uitgaat naar de psyche. De zorg is bovendien vaak erg versnipperd. Contact tussen de huisarts en de psychiater of verpleegkundige komt niet vanzelfsprekend tot stand. De specifieke kennis over de risico's die deze patiënten lopen is vaak niet bekend bij de huisarts, en de volledige gegevens over de fysieke conditie van de patiënt zijn vaak niet bekend bij de psychiater. De verpleegkundige kan binnen ZiS als care manager een goede bijdrage leveren aan de uitwisseling van gegevens tussen hulpverleners (o.a. tussen de eerste en tweede lijn) en mogelijke hiaten in de somatische zorg signalen.

Volgens voorschrift van de psychiater en afhankelijk van de gebruikte medicijnen zullen controles van bloeddruk, gewicht, bloedsuikerwaarden, nierfunctie, leverfunctie, schildklierfunctie en cholesterol plaatsvinden teneinde de somatische situatie van de patiënt te monitoren ⁴⁴. In het ZiS programma zal waar dat maar mogelijk is aandacht zijn voor de somatische risico's die de patiënt mogelijk loopt. Zo kan de Probleem Oplossende Behandeling worden ingezet om doelen te bereiken op het gebied van een gezondere leefstijl. De verpleegkundige neemt in overleg met de patiënt contact op met de huisarts van de patiënt voorafgaand aan de eerste ZiS vergadering, als daar aanleiding voor is.

3.5. Probleem Oplossende Behandeling

In de voorbereidende fase is een systematische inventarisatie van zorgbehoeften uitgevoerd met behulp van de CANSAS (zie 2.2.3.). In het behandelplan zijn vervolgens doelen geformuleerd die zijn gebaseerd op deze individuele zorgbehoeften. Veel van deze zorgbehoeften zullen naar verwachting samenhangen met allerlei dagelijkse problemen die de patiënt ervaart, zoals het vinden van zinvolle dagbesteding, het omgaan met schulden, problemen met huisvesting en inter-persoonlijke problemen. Dagelijkse problemen blijken van invloed te zijn op de stemming ⁴⁵. Daarom wordt Probleem Oplossende Behandeling (POB) aangeboden. Dit is een korte cursus die individueel wordt gegeven aan de patiënt en eventueel zijn naastbetrokkene(n). De patiënt leert in deze cursus probleemoplossende

vaardigheden toe te passen in zijn dagelijkse leven. Door deze cursus ervaart de patiënt dat hij zelf invloed kan hebben op zijn stemming. Alledaagse problemen blijken te kunnen worden opgelost op een eenvoudige en gestructureerde manier. POB is effectief bevonden in verschillende studies bij mensen met een depressie ⁴⁵. Het is een van de kerninterventies van ZiS.

Bij aanhoudende depressiviteit kan een aantal sessies in een aangepaste vorm van Probleem Oplossende Behandeling worden aangeboden. Deze sessies zijn ontleend aan Systematische Activering ⁴⁶, een methode die is gebaseerd op dezelfde principes als POB. Hierin wordt patiënten geleerd dat er een verband bestaat tussen stemming en het uitvoeren van prettige of voldoende biedende activiteiten. De patiënt wordt gemotiveerd door de verpleegkundige en naastbetrokkenen om meer plezierige activiteiten te ondernemen waarmee hij zijn stemming kan verbeteren. Al oefenend leren de patiënten om stapsgewijs het aantal (positieve) activiteiten in hun weekprogramma uit te breiden.

Als de patiënt problemen ervaart of wensen heeft op het gebied van participatie in de samenleving (zoals m.b.t. contacten of dagbesteding) zullen we met behulp van POB op zoek gaan naar passende oplossingen. Het gaat hier dus om rehabilitatiegerichte interventies, waarbij de patiënt, zoals in het hele ZiS programma, uitdrukkelijk degene is die bepaalt wat het doel is en langs welke weg hij of zij dat doel wil bereiken. Het blijft altijd belangrijk om goed in te schatten waar de patiënt steun van anderen bij nodig heeft en deze vervolgens samen te organiseren!

Nawoord

Nu je aan het einde van dit Achtergronddocument bent gekomen kun je daadwerkelijk aan de slag gaan met het uitvoeren van ZiS. Je gebruikt hierbij het Handboek (met instructies voor jezelf) en het Werkboek, waar je samen met de patiënt en zijn naaste in gaat werken. We hopen dat je zelf ook ontdekt wat de meerwaarde kan zijn van een dergelijk programma.

We wensen je veel succes met het vervolg!

Referenties

- (1) Regeer E, ten Have M, Rosso M, Hakkaart-van Roijen L, Vollebergh W, Nolen WA. Prevalence of bipolar disorder in the general population: a Reappraisal Study of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Acta Psychiatr Scand* 2004 November;110(5):374-82.
- (2) ten Have M, Vollebergh W, Bijl R, Nolen W. Bipolar disorder in the general population in The Netherlands (prevalence, consequences and care utilisation): results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *J Affect Disord* 2002 April;68(2-3):203-13.
- (3) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, third Edition - Text Revision (DSMIV-TR) . American Psychiatric Publishing Incorporated; 2000.
- (4) Marneros A, Brieger P. *Bipolar Disorder*. Chichester: Wiley & Sons; 2002.
- (5) Voort T van der, Seldenrijk A, Meijel B van et al. Functional versus syndromal recovery in patients with major depressive disorder and bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2015 June;76(6):e809-e814.
- (6) van Zaane J, van den Brink W, Draisma S, Smit J, Nolen W. The effect of moderate and excessive alcohol use on the course and outcome of patients with bipolar disorders: a prospective cohort study. *J Clin Psychiatry* 2009.
- (7) McIntyre R, Soczynska J, Beyer J et al. Medical comorbidity in bipolar disorder: re-prioritizing unmet needs. *Curr Opin Psychiatry* 2007 July;20(4):406-16.
- (8) Judd L, Akiskal H, Schettler P et al. The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2002 June;59(6):530-7.
- (9) Judd L, Akiskal H, Schettler P et al. A prospective investigation of the natural history of the long-term weekly symptomatic status of bipolar II disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2003 March;60(3):261-9.
- (10) Kupka R, Altshuler L, Nolen W et al. Three times more days depressed than manic or hypomanic in both bipolar I and bipolar II disorder. *Bipolar Disord* 2007 August;9(5):531-5.
- (11) Oquendo M, Currier D, Liu S, Hasin D, Grant B, Blanco C. Increased risk for suicidal behavior in comorbid bipolar disorder and alcohol use disorders: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry* 2010;71(7):902-9.
- (12) Goossens P, Hartong E, Knoppert-van der Klein E, van Achterberg T. Self-reported psychopathological symptoms and quality of life in outpatients with bipolar disorder. *Perspect Psychiatr Care* 2008 October;44(4):275-84.
- (13) Renes J., Prinsen J, Kupka R. Multidisciplinaire behandeling. In: Kupka R, Knoppert-van der Klein EA, Nolen WA, editors. *Handboek bipolaire stoornissen*. Utrecht: de Tijdstroom; 2007.

- (14) Kupka R, Goossens P, van Bendegem M et al. *Multidisciplinary guideline for the treatment of bipolar disorders (in dutch)*. 3d ed. Utrecht: De Tijdstroom; 2015.
- (15) Cuijpers P, Stam H. Burnout among relatives of psychiatric patients attending psychoeducational support groups. *Psychiatr Serv* 2000 March;51(3):375-9.
- (16) Voort T van der , Goossens P, van der Bijl J. Burden, coping and needs for support of caregivers for patients with a bipolar disorder: a systematic review. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2007 October;14(7):679-87.
- (17) Voort T van der , Goossens P, van der Bijl J. Alone together: A grounded theory study of experienced burden, coping, and support needs of spouses of persons with a bipolar disorder. *Int J Ment Health Nurs* 2009 December;18(6):434-43.
- (18) Nolen W, Kupka R, Schulte P et al. *Richtlijn bipolaire stoornissen*. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Utrecht; 2008.
- (19) Unutzer J, Katon W, Callahan C et al. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. *JAMA* 2002 December 11;288(22):2836-45.
- (20) Katon W, Von Korff M, Lin E et al. Collaborative management to achieve treatment guidelines. Impact on depression in primary care. *JAMA* 1995 April 5;273(13):1026-31.
- (21) Voort T van der, van Meijel B , Goossens P, Renes J, Beekman A, Kupka R. Collaborative care for patients with bipolar disorder: a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry* 2011;11:133.
- (22) Voort T van der, van Meijel B, Goossens P et al. Collaborative Care for Patients with Bipolar Disorder: Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry, in press* 2015.
- (23) Voort T van der, Meijel B.van, Hoogendoorn A, Goossens P, Beekman A, Kupka R. Collaborative care for patients with bipolar disorder: Effects on functioning and quality of life. *J Affect Disord* 2015 July 1;179:14-22.
- (24) Christensen H, Griffiths KM, Gulliver A, Clack D, Kljakovic M, Wells L. Models in the delivery of depression care: a systematic review of randomised and controlled intervention trials. *BMC Fam Pract* 2008;9:25.
- (25) Bauer M, McBride L, Williford W et al. Collaborative care for bipolar disorder: part I. Intervention and implementation in a randomized effectiveness trial. *Psychiatr Serv* 2006 July;57(7):927-36.
- (26) Bauer M, McBride L, Williford W et al. Collaborative care for bipolar disorder: Part II. Impact on clinical outcome, function, and costs. *Psychiatr Serv* 2006 July;57(7):937-45.
- (27) Simon G, Ludman E, Unutzer J, Bauer M, Operskalski B, Rutter C. Randomized trial of a population-based care program for people with bipolar disorder. *Psychol Med* 2005 January;35(1):13-24.
- (28) Suppes T, Leverich G, Keck P et al. The Stanley Foundation Bipolar Treatment Outcome Network. II. Demographics and illness characteristics of the first 261 patients. *J Affect Disord* 2001 December;67(1-3):45-59.

- (29) Goossens P, Beentjes T, Leeuw J de, Knoppert-van der Klein E, Achterberg T van. The nursing of outpatients with a bipolar disorder: what nurses actually do. *Arch Psychiatr Nurs* 2008 February;22(1):3-11.
- (30) Grumann, von Korff. Indexed bibliography on self-management for people with chronic disease. 1996. Centre for Advancement in Health, Washington DC.
Ref Type: Catalog
- (31) Perry A, Tarrier N, Morriss R, McCarthy E, Limb K. Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *BMJ* 1999 January 16;318(7177):149-53.
- (32) Legare F, Ratto S, Stacey D et al. Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Library* 2010;(5).
- (33) Phelan M, Slade M, Thornicroft G et al. The Camberwell Assessment of Need: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *Br J Psychiatry* 1995 November;167(5):589-95.
- (34) Colom F., Vieta E, Sanchez-Moreno J et al. Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5-year outcome of a randomised clinical trial. *Br J Psychiatry* 2009 March;194(3):260-5.
- (35) Honig A, Hofman A, Rozendaal N, Dingemans P. Psycho-education in bipolar disorder: effect on expressed emotion. *Psychiatry Research* 1997;72:17-22.
- (36) Kupka R, Akkerhuis G, Nolen W, Honig A. De LifeChartmethode voor de manisch/depressieve stoornis. *tijdschrift voor psychiatrie* 1996;39:232-40.
- (37) Denicoff K, Leverich G, Nolen W et al. Validation of the prospective NIMH-Life-Chart Method (NIMH-LCM-p) for longitudinal assessment of bipolar illness. *Psychol Med* 2000 November;30(6):1391-7.
- (38) Perlick D, Rosenheck R, Kaczynski R, Kozma L. Medication Non-adherence in Bipolar Disorder: a Patient-centered Review of Research Findings. *Clinical Approaches in Bipolar Disorders* 3, 56-64. 2010.
Ref Type: Generic
- (39) Copeland L, Zeber J, Salloum I, Pincus H, Fine M, Kilbourne A. Treatment adherence and illness insight in veterans with bipolar disorder. *J Nerv Ment Dis* 2008 January;196(1):16-21.
- (40) McIntyre R, Soczynska J, Beyer JL et al. Medical comorbidity in bipolar disorder: re-prioritizing unmet needs. *Curr Opin Psychiatry* 2007 July;20(4):406-16.
- (41) McIntyre R, Danilewitz M, Liauw S et al. Bipolar disorder and metabolic syndrome: An international perspective. *J Affect Disord* 2010 June 10.
- (42) Birkenaes A, Opjordsmoen S, Brunborg C et al. The level of cardiovascular risk factors in bipolar disorder equals that of schizophrenia: a comparative study. *J Clin Psychiatry* 2007 June;68(6):917-23.
- (43) Fiedorowicz J, Palagummi N, Forman-Hoffman V, Miller D, Haynes W. Elevated prevalence of obesity, metabolic syndrome, and cardiovascular risk factors in bipolar disorder. *Ann Clin Psychiatry* 2008 July;20(3):131-7.

- (44) Gumber R, Abbas M, Minajagi M. Monitoring the metabolic side-effects of atypical antipsychotics. *The Psychiatrist* 2010;34:390-5.
- (45) Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L. Problem solving therapies for depression: a meta-analysis. *Eur Psychiatry* 2007 January;22(1):9-15.
- (46) Kanter J, Manos R, Bowe W, Baruch D, Busch A, Rusch L. What is behavioral activation? A review of the empirical literature. *Clin Psychol Rev* 2010 August;30(6):608-20.

Bijlage I: De expertgroep

Dhr. T. Beentjes (Verpleegkundige)

Mevr. E. van den Heuvel (Ervaringsdeskundige)

Mevr. J. de Jong (Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige)

Dhr. S. Van Oostveen (Naastbetrokkene)

Mevr. J. Prinsen (Verpleegkundig Specialist)

Mevr. Drs. B. Stringer (Verplegingswetenschappelijk Onderzoeker)

Mevr. R. Vijfhuizen (Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige)