
Effecten van transitie in de geestelijke gezondheidszorg

Carla Timmerhuis

"Zijn er risico's verbonden aan transitie van zorg bij mensen met een ernstige psychiatrische aandoening? Welke risico's? Zijn er effectieve interventies bekend om deze risico's te verkleinen?"

Inleiding

In deze studie is gezocht naar de effecten van transitie in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). In de nabije toekomst zullen patiënten met een bipolaire stoornis, die voldoen aan vooraf gestelde criteria van stabiliteit, worden overgedragen vanuit de specialistische geestelijke gezondheidszorg (SGGZ), naar de basis geestelijke gezondheidszorg (BGGZ). Dit is een ontwikkeling die voortkomt uit de behoefte de kosten in de zorg te verminderen met behoud van kwaliteit. De wachtlijst voor diagnostiek en behandeling bij de SGGZ afdeling bipolaire zorg, bij GGZ instelling Altrecht, is nu 7 maanden en de overdracht van stabiele bipolaire patiënten kan de wachtlijst verkorten.

De overgang van SGGZ naar BGGZ zorgt voor een verandering van het behandelteam van de patiënt. In dit verslag wordt onderzocht welke factoren van belang zijn om de continuïteit van zorg te optimaliseren en de mogelijke terugkeer van klachten te voorkomen.

De bipolaire stoornis

Een bipolaire stoornis veroorzaakt ongebruikelijke recidiverende wisselingen in stemming, energie, activiteitsniveau en beïnvloedt de mogelijkheid om dagelijkse taken te verrichten (APA, 2000). Een bipolaire stoornis is een chronische, ernstige psychiatrische aandoening.

Omschrijving begrip: Continuïteit van zorg.

Uit een systematisch review van literatuur werd continuïteit van zorg gedefinieerd in termen van dienstverlening, bereikbaarheid, relatie basis en individuele zorg. (Joyce, 2004). De meest gebruikte omschrijving van het begrip wordt gedefinieerd als een proces betreffende een ordelijke, niet geïnterrumpeerde beweging van patiënten tussen de diverse elementen van het GGZ hulpverlenerssysteem. (Adair C.E., 2005)

Continuïteit van zorg en het effect op kwaliteit van zorg en leven.

In de Nederlands richtlijn bipolaire stoornissen (Nolen, 2008) staat beschreven dat er gestreefd moet worden naar continuïteit van zorg. Patiënten en naast betrokkenen ervaren dat als zeer belangrijk. Het zorg proces dient daarom gekenmerkt te worden door een eenduidig behandelbeleid tijdens zowel ambulante als klinische behandeling. Het heeft daarbij de voorkeur te streven naar continuïteit van behandelaar, een vaste psychiater of case manager die een patiënt over meerdere jaren kan begeleiden. Er worden geen bronnen genoemd die deze tekst kan ondersteunen. Het is daardoor niet duidelijk of deze stelling voortkomt uit onderzoek of dat het een algemene ervaring is. Adair (Adair C.E., 2005) vond dat een betere continuïteit van zorg geassocieerd kan worden met een betere kwaliteit van leven, beter functioneren in de gemeenschap, minder ernstige klachten en grotere tevredenheid van de geboden hulp.

Als een patiënt met een bipolaire stoornis geen goede psychiatrische behandeling krijgt kan het grote consequenties hebben voor zowel de patiënt als de gemeenschap (Kupka, 1999). De bipolaire stoornis wordt geassocieerd met een significante hogere risico op suicide vergeleken met andere psychiatrische stoornissen (Goodwin, 1990). Factoren die een stemmingsontregeling kunnen veroorzaken zijn soms niet duidelijk. Wel is bekend dat stressvolle gebeurtenissen, uitlokkend kunnen zijn (Kupka R., 2006).

Een transitie van SGGZ naar BGGZ kan als stressvol ervaren worden. Patiënten zijn vaak al lange tijd bij een vaste behandelaar. De behandelaar kent het ziekteverloop, de sterke en minder sterke punten van de patiënt, diens levensomstandigheden en levensloop. De patiënt kent de werkwijze van de behandelaar, de manieren om contact op te nemen, weet wat hij aan de behandelaar heeft in tijden van nood en is vertrouwd met de omgeving waar de zorg geboden wordt.

Een transitie is per definitie een tijdelijk proces, waarin betekenisvolle veranderingen plaatsvinden. (Lange de J., 2004) Als mensen een deel van hun vertrouwde routines en referentiepunten kwijtraken, verliezen ze houvast. Onzekerheid maakt kwetsbaar en veroorzaakt stress. (Lange de J., 2004). De centrale opgave voor mensen in transitie is het opheffen van onzekerheid en het opnieuw construeren van de realiteit. Tijdens het transitie proces staat het terugvinden van de integriteit van het zelf centraal (Selder, 1989). Tot stand brengen van een gevoel van verbondenheid met de omgeving en ontwikkelen van vertrouwen in eigen kracht zijn bepalend voor een succesvol verloop (Meleis A.I., 2000).

Huidige zorgmodel overdracht BGGZ

Indigo biedt geestelijke gezondheidszorg binnen de BGGZ. Hier wordt gestreefd naar laagdrempelige zorg, dichtbij de woonomgeving van de patiënten. De medewerkers zijn vaak werkzaam binnen de muren van een eerstelijns medisch centrum, daar waar o.a. de huisartsen werken. Om als patiënt in aanmerking te komen moet er sprake zijn van een stoornis die binnen de DSM-IV valt.

Casus

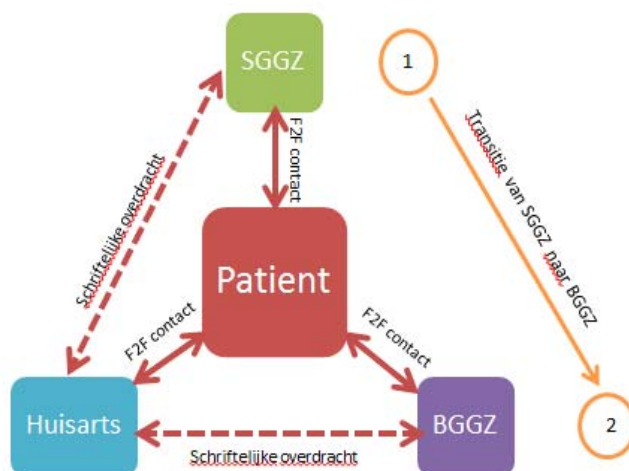
Er wordt een patiënt aangemeld bij de BGGZ die al 10 jaar behandeld is bij de SGGZ voor zijn bipolaire stoornis. De patiënt heeft al die tijd gebruik gemaakt van dezelfde polikliniek. De routine van afspraken en de manier van contact opnemen zijn bekend. Nu wordt deze patiënt overgedragen naar de verpleegkundig specialist die kantoor houdt in een gezondheidscentrum. De patiënt kent dit centrum niet goed en er is geen kennis gemaakt met de verpleegkundig specialist. Deze werkt zelfstandig in een multidisciplinaire samenwerking die vorm gegeven wordt door een overleg van 1 uur per week. De patiënt kent de overige disciplines niet.

De overdracht zoals deze nu georganiseerd is

Patiënten die in aanmerking komen voor transitie van SGGZ naar BGGZ worden vanuit de SGGZ via de huisarts verwezen naar de BGGZ. De SGGZ stuurt de huisarts een afsluit brief met daarin de diagnose en het advies voor verdere behandeling en begeleiding door BGGZ. Het is aan de huisarts om de verdere verwijzing te vervolgen door een aanmelding te doen bij de BGGZ. Of de huisarts daar toe overgaat en op welke termijn, is niet vastgelegd. Als de aanmelding binnen komt bij Indigo wordt deze gescreend door een team van professionals (het entree team), die beoordelen of de aanmelding juist is voor de doelgroep bij Indigo. Is dat het geval, dan wordt de aanmelding doorgegeven aan de manager. Deze wijst de aanmelding toe aan een hulpverlener Dit is in de regel een hulpverlener die op de locatie van de huisarts werkt. Kan dat niet, dan gaat de aanmelding naar een hulpverlener in de buurt van de huisarts. De hulpverlener die de aanmelding ontvangt leest de informatie over de patiënt en zijn psychiatrische diagnose in het dossier.

De huisarts geeft vaak als toelichting dat er gemeld is door de SGGZ dat de patiënt klachten heeft die niet meer passend zijn voor de betreffende instelling. Het gebeurt vaak dat andere gescande informatie mee komt, zoals een ontslagbrief. Bovenstaande informatie komt voort uit eigen ervaring en op juistheid gecontroleerd door de teamleider van het entree team. De huidige werkwijze heeft als groot voordeel dat de huisarts de centrale regie houdt.

In figuur 1 wordt de huidige situatie schematische weergegeven:



De werkwijze brengt echter ook met zich mee dat:

- er geen rechtstreeks overdracht is van de SGGZ naar de BGGZ.
- de SGGZ en BGGZ behandelaars elkaar niet spreken
- de stap via de huisarts extra tijd kost
- er een risico is dat de patiënt niet of verlaat wordt doorverwezen van de huisarts naar de BGGZ

Naast de verandering van de behandelaar en therapeutische omgeving hebben alle bovenstaande factoren mogelijk ook een effect op de continuïteit van zorg. Het BGGZ behandelteam wil daarom graag weten welke interventies de continuïteit van zorg kunnen behouden of bevorderen, zodat -indien nodig- verbeteringen in de huidige overdracht doorgevoerd kunnen worden. Men heeft als doelstelling om de transitie van zorg zodanig op te zetten, dat de continuïteit van zorg optimaal is.

Onderzoek

Vraagstelling

Hoe kan transitie van zorg bij mensen met een ernstige psychiatrische aandoening opgezet worden zodat de continuïteit van zorg optimaal is? Zijn er effectieve interventies bekend om deze continuïteit te optimaliseren?

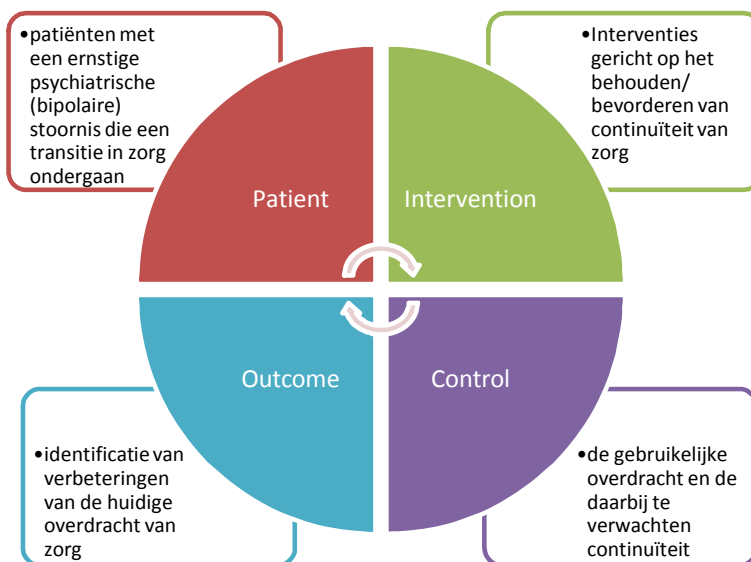
Om de vraag uit de praktijk te goed kunnen beantwoorden heb ik gebruik gemaakt van de PICO methode.

De afkorting PICO staat voor:

- Patiënt: de kenmerken van de patiënt of de patiëntengroep (bv. leeftijd, geslacht, aandoening)

- Intervention: de interventie, ofwel de ingreep of behandeling die je wilt onderzoeken. Het kan hierbij ook gaan om een experimentele diagnostische test of om blootstelling aan een risicofactor.
- Control: de behandeling of test waarmee je de interventie wilt vergelijken. Vaak is dit een zogenoemde 'gouden standaard' (een werkwijze die al jaren met goed resultaat wordt toegepast). Het kan ook gaan om een placebo.
- Outcome: de uitkomst: bijvoorbeeld het effect van de interventie op een of meerdere symptomen, de sterftekans, of het optreden van een ziekte na blootstelling aan een risicofactor.

De PICO voor de vraagstelling ziet er dan als volgt uit:

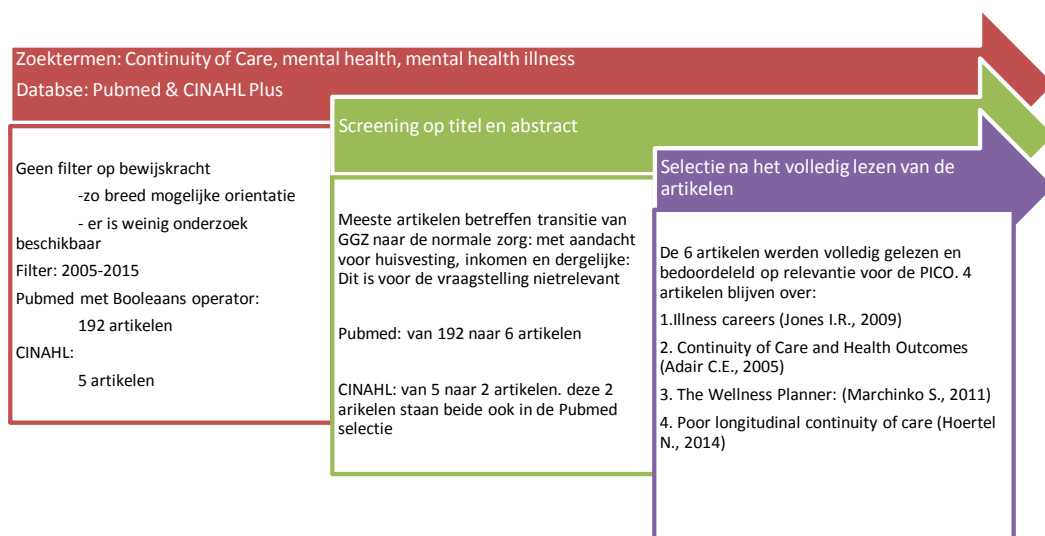


Zoektermen: *Continuity of Care, mental health, mental health illness.*

Literatuurstudie en zoek/selectie strategie

Eerst is er een literatuurstudie verricht met de zoektermen die pasten bij de PICO. Gekozen is om bipolaire stoornis niet als zoekterm op te nemen maar daarvoor te zoeken op mental health illness waar onder ook de bipolaire stoornis valt. Deze keus gaf meer resultaat. Het literatuur onderzoek biedt de kans om te ontdekken welke kennis er is op het gebied van continuïteit van zorg en welke methode interventies biedt om de huidige transitie te verbeteren. et onderzoek dateert van 14 februari 2015. De databanken die geraadpleegd zijn: PubMed en CINAHL Plus with Full text met de volgende Engels zoektermen: Continuity of care, mental health, mental illness. De enige beperking in het zoek resultaat is de termijn van 2005-2015. De keus om niet te selecteren op basis van artikelen met een zo hoog mogelijke bewijskracht is gemaakt om breed te kunnen oriënteren. Deze keus heeft ook te maken met de ervaring dat er op gebied van continuïteit van zorg niet veel onderzoek is gedaan met hoge bewijskracht. Deze ervaring is opgedaan bij het voorbereiden op dit onderzoek. Het screenen van artikelen vindt allereerst plaats op basis van de titel en abstract. Bij aanvullende relevantie wordt het artikel als geheel gescreend. De artikelen worden vervolgens geselecteerd die het meest van belang zijn voor de PICO vraagstelling. De geselecteerde artikelen worden gescreend volgens de methode van Dassen (Dassen Th.W.N, 2014) en de CBO richtlijnen. (CBO, Evidence Based Richtlijn Ontwikkeling, 2007) om de bewijskracht te kunnen beoordelen.

Figuur 2 geeft de zoekstrategie en selectie visueel weer.



Zoek resultaten

De zoekstrategie start bij Pub MED door invoering van de zoektermen afzonderlijk zonder het filter niet ouder dan tien jaar. Dat levert voor continuity of care 10975 resultaten op. Voor mental health 114962 en voor mental health illness 18290 resultaten.

Door gebruik van de Booleaans operator combineren van continuity of care met mental health komt het op 1745 resultaten. Deze resultaten zijn weer gecombineerd met mental health illness en met het filter van 10 jaar. Dit gaf 192 resultaten.

De invoering van de drie zoektermen op CINAHL met filter niet ouder dan 10 jaar levert 5 artikelen op. Van de 5 zijn er 2 relevant, deze staan ook tussen de eerder gevonden resultaten van Pub MED. De zoekactie bij CINAHL levert geen nieuwe resultaten.

Screening op titel en abstract

Veel artikelen betreffen een onderzoek naar continuïteit van zorg van patiënten die ontslagen worden uit een GGZ ziekenhuis naar de samenleving. Vaak gaat dan ook de aandacht naar basis voorwaarden voor gezond leven zoals huisvesting, inkomen en dergelijke. Dit is voor de doelgroep niet aan de orde. Veel artikelen vallen af omdat de doelgroep niet overeenkomt, zoals populatie die te maken heeft met justitie en jongeren. Uit de grote groep, 192 artikelen, van Pub MED blijken na screening 6 artikelen over te blijven.

Na het geheel doorlezen bleken 4 artikelen het meest relevant. De artikelen van keus vormen samen een geheel waarbij er een artikel de ervaringen van patiënten en mantelzorgers onderzoekt. Een ander artikel onderzoekt een nieuwe interventie methodiek ter verbetering van continuïteit. Er is een artikel die onderzoekt of er verband bestaat tussen continuïteit van zorg en mortaliteit. Het vierde artikel onderzoekt het verband tussen continuïteit van zorg en uitkomsten op gezondheid van patiënten.

Voor het beantwoorden van de PICO zijn de volgende artikelen gebruikt:

- Illness careers and continuity of care: a qualitative study of service users and carers. (Jones I.R., 2009)
- Continuity of Care and Health Outcomes Among Persons With Severe Mental Illness. (Adair C.E., 2005)

- The Wellness Planner: Empowerment, Quality of Life, and Continuity of Care in Mental Illness. (Marchinko S., 2011)
- Poor longitudinal continuity of care is associated with an increased mortality rate among patients with mental disorders: results from the French National Health Insurance Reimbursement Database. (Hoertel N., 2014)

Resultaten

Methodologische beoordeling volgens Dassen and CBO

De kwaliteit van de artikelen is matig. Er is geen RCT op dit onderwerp van waar uit de onderzoekers verder onderzoek kunnen doen. Alle artikelen besluiten dat er meer onderzoek gedaan moet worden om de resultaten meer overtuigingskracht te geven. Er is een onderzoek op basis van een quasi experiment uitgevoerd in mix methods, (Marchinko S., 2011) de andere drie onderzoeken zijn observationeel. Een artikel komt uit Frankrijk, (Hoertel N., 2014), twee uit Canada, (Marchinko S., 2011) (Adair, 2005) en een artikel uit Engeland (Jones I.R., 2009). Een beschrijving van de beoordeling per artikel volgt in onderstaande tekst.

Tabel: Overzicht literatuur met CBO beoordeling

Titel	Auteur Jaartal land	Type onderzoek patienten populatie	Follow up	Interven tie controle	Uitkomsten	mate van bewijs
The wellness planner: empowerment, quality of life, and continuity of care in mental illness	Marchinko S., Clarke D. 2011 Canada	Quasi experimenteel	Ja, 3 maanden	Nee	De uitkomsten zijn relevant voor de omschreven praktijk situatie omdat de Wellness planner een interventie omschrijft die mogelijk een positieve invloed heeft op bevorderen van continuïteit van zorg. Deze interventie is mede interessant omdat het uitgaat van een theoretische zorgmodel, namelijk het bevorderen van de zelfredzaamheid.	C
Continuity of care and health outcomes among persons with severe mental illness	Adair C.E., McDougall G.M., Mitton C.M., Joyce A.S., Wild T.C., Gordon A., Costigan N., Kowalsky L., Pasmenny G., Beckle A. 2005 Canada	observationeel	Nee	Nee	Dit onderzoek is het eerste longitudinale observatie onderzoek dat een verband legt tussen de mate van continuïteit van zorg en ziekte uitkomsten, waar eerdere onderzoeken dit vermoedden	C
Poor longitudinal continuity of care is associated with an increased mortality rate among patients with mental disorder: results from the French national health insurance reimbursement database	Hoertel N., Limosin F., Leleu H. 2011 Frankrijk	Observationele studie, retrospectief cohort onderzoek	Nee	Nee	Dit onderzoek is van belang om te betrekken bij de conclusie in kader van de vraagstelling in dit verslag, aangezien het een verband aangeeft tussen klachten met betrekking op psychische stoornis en continuity of care.	C

Illness careers and continuity of care in mental health services: a qualitative study of service users and carers	Jones I.R., Ahmed N., Catty J., McLaren S., Rose D., Wykes T., Burns T. 2009 Engeland	Observationeel cohortonderzoek met een meetmoment.	Nee	Nee	Dit artikel licht verbetermogelijkheden uit op het gebied van de overdracht ten opzichte van de huidige praktijksituatie waar de overdracht schriftelijk plaatsvindt.	C
---	---	--	-----	-----	---	---

Resultaat per artikel

Illness careers and continuity of care: a qualitative study of service users and carers (Jones I.R., 2009):

Er is een kwalitatief, observationeel cohort onderzoek gedaan om de mening van GGZ patiënten en hun mantelzorgers te ontdekken rondom transitie in het aanbod van ggz hulp. Vanuit een groter onderzoek is er een sample van 31 patiënten en 14 mantelzorgers geselecteerd. Er zijn kwalitatieve interviews afgenomen die betrekking hadden op de jaren van GGZ hulp [hulpverlening carrière]. Er werden vijf kern thema's geïdentificeerd: ervaring met de relatie met de service verleners, ontvangen zorg, discontinuïteit, onpersoonlijk transitie, onzichtbaarheid en crisis, lacunes in de communicatie en sociale kwetsbaarheid. Een van de belangrijke ontdekkingen was de kwetsbaarheid van continuïteit van zorg en het effect op de tevredenheid. Steunende, langdurende relaties kunnen snel ondermijnd worden door een groot aantal factoren. Tevredenheid over de zorg is nauw verbonden met de momenten van zorgtransitie waarbij op die momenten de relatie kwetsbaar is. Terugkerende wisselingen van hulpverleners betekende dat zij experts waren geworden om hun de belangrijke life events en ziekte geschiedenis in gecondenseerde vorm weer te geven. Dit leidde tot frustratie met het systeem en het gevoel dat hun ervaringen gedevalueerd werden tot een verzameling van symptomen. Voorbeelden waarbij continuïteit goed werd gemanaged benadrukte het belang van professionals om de transitie te personaliseren en het in de context van dagelijks leven van de patiënten een plaats te geven. Dit artikel kan de verbetermogelijkheden uitlichten op het gebied van de overdracht zoals deze in de huidige praktijksituatie verloopt.

De resultaten zijn beperkt betrouwbaar. De geselecteerde groep is klein en niet representatief voor heel Engeland. Er is selectie bias (bias is een vertekening van de uitkomsten) door de kleine aantal respondenten in de steekproef en recall bias, doordat men de respondenten vraagt vanuit hun herinneringen vragen te beantwoorden. Wat wel spreekt voor de betrouwbaarheid van de resultaten is dat de uitkomsten ook in eerder onderzoek gevonden is (Kai, 2001) (Lester, 2005). Tevens vertonen ervaringen van de patiënten en de mantelzorgers grote overeenkomsten.

Continuity of care and health outcomes among persons with severe mental illness, (Adair C.E., 2005):

Een onderzoeksgroep in Canada heeft een nieuw meetinstrument getest de 'Alberta Continuity of Service Scale of Mental Health (ACSS-MH) om het verband te onderzoeken tussen continuity of care en outcomes. De onderzoek populatie bestond uit 411 van de 485 volwassenen met ernstige psychische aandoeningen in de Alberta regio. Het betrof een longitudinaal onderzoek met een observatie tijd van 17 maanden. Er waren positieve verbanden tussen hogere continuïteit scores en hogere leeftijd, lager inkomen, psychotische diagnose, en geen alcohol misbruik en geen suicidaliteit. Continuïteit van zorg is significant gecorreleerd met een betere kwaliteit van leven bij het eind meetpunt, beter functioneren in de maatschappij, minder klachten en hogere service tevredenheid.

De onderzoekers concluderen dat de positieve correlaties en verbanden het de moeite waard maken om in continuïteit van zorg te investeren.

De ethische commissie vond het niet goed dat er gegevens gebruikt werden van niet deelnemende participanten met betrekking tot continuïteit van zorg. Daardoor is het waarschijnlijk dat de steekproef helt naar patiënten die minder ernstig ziek waren en daarmee meer meegaand. Dit onderzoek betreft een observatie studie, dus het oorzakelijk verband tussen continuïteit en uitkomst kan niet worden vastgesteld. Om verschillende redenen hebben de onderzoekers geen begin metingen verricht. Verder, grote verschillen in intensiteit van genoten zorg maken het vergelijken van de informatie moeilijker. [wel maakt het de resultaten meer generaliseerbaar]. Als verdere beperking wordt genoemd dat men alleen patiënten hebben onderzocht die al zorg ontvingen en geen patiënten die nieuw in zorg kwamen. Dit kan de resultaten verzwakt hebben, nieuwe patiënten zullen meer effect ervaren van gebrek aan continuïteit dan meer 'ervaren' patiënten.

The wellness planner: empowerment, Quality of life, and continuity of care in mental illness (Marchinko S., 2011):

Vijftig individuen die gebruik maken van GGZ hebben een nieuwe interventie the Wellness planner gebruikt. Dit is een interventie dat een persoonlijk document vormt met als componenten crisisplan, geformuleerde doelen, hulpbronnen planner. Er is een onderzoek gedaan op basis van pretestposttest design met meetinstrumenten die empowerment, continuity of care, quality of life en tevredenheid met de dienstverlening meet. Er is een statistisch significante verbetering, $P < 0.05$ en $P < 0.1$, gevonden op alle onderzochte gebieden na 3 maanden gebruik van de interventie. De uitkomsten zijn relevant voor het komen tot een uitspraak over mogelijkheden tot het beantwoorden van de vraagstelling.

De resultaten zijn beperkt betrouwbaar. Er zijn twee belangrijke bias, selectie en responsie. Het is onbekend hoe ze tot een steekproef zijn gekomen. De onderzoekers menen dat het een representatieve groep is, echter uit de tabel blijkt dat 44% alleen woont en 53% wetenschappelijk onderwijs te hebben gevolgd. Door de kleine groep en beperkte informatie over het sample zijn de resultaten niet generaliseerbaar. De responsie bias is aanwezig doordat men een nieuwe interventie introduceert hetgeen metingen kan beïnvloeden door onbewuste percepties. Verder is het een quasi experimenteel onderzoek waardoor er wel informatie naar boven komt maar die informatie geen goed bewijs levert. De sterke kanten zijn het gebruik maken van gevalideerde onderzoeksinstrumenten en een goede statistische verwerking door bivariabele correlaties uit te voeren op primaire variabelen.

Poor longitudinal continuity of care is associated with an increased mortality rate among patients with mental disorder: Results from the French National Health Insurance Reimbursement database (Hoertel N., 2014):

Er is onderzoek gedaan met als vraagstelling of langdurige continuïteit van zorg geassocieerd kan worden met een verminderde mortaliteit bij patiënten met psychische stoornissen. Het primair eindpunt was dood, ongeacht de oorzaak. Het onderzoek werd uitgevoerd tussen 2007 en 2010. Onder 14.515 patiënten die een psychiater bezochten, op zijn minst twee keer in 6 maanden werd gevonden dat de kans op sterven duidelijk kleiner was bij patiënten met een betere continuïteit van zorg. Dit betrof vooral patiënten met een bipolaire stoornis, ernstige depressie en schizofrenie. Hazard ratio voor vermindering van mortaliteit in 0.1 op continuïteit van zorg aangepast op leeftijd, sekse en gestratificeerd op co-morbiditeit en sociale status: confidence interval (95%CI): 0.83-0.83. De conclusie van de onderzoekers is dat verbetering van langdurende continuïteit van zorg bij kan dragen aan een duidelijke vermindering van mortaliteit.

Dit is van belang om te betrekken bij de conclusie in kader van de vraagstelling in dit verslag, het kan het verband aangeven tussen klachten met betrekking op psychische stoornis en continuïteit van zorg.

De resultaten zijn beperkt betrouwbaar door de beperkingen van dit onderzoek. De patiënten van het sample zijn mensen die hulp zoeken en daardoor mogelijk een grotere ziektelast hebben. Dit kan ook de reden van verhoogde mortaliteit zijn. Verder is er geen doodsoorzaak bekend vanuit de data. Belangrijke variabelen die vertekening kunnen geven zoals leeftijd en co-morbiditeit konden niet zichtbaar gemaakt worden. Ook werd er alleen gekeken naar patiënten die een zelfstandig werkende psychiater bezochten. Andere vormen van ggz hulp werd niet gezien. Generaliseren is minder mogelijk doordat een groep mensen die elders verzekerd waren, 16%, niet betrokken waren bij het sample. De gebruikte instrumenten zijn valide en betrouwbaar.

Discussie

In deze studie is gezocht naar de effecten van transitie in de GGZ. In de huidige praktijk komt het vaak voor dat mensen met een ernstige psychiatrische aandoening van de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg over gaan naar de basis geestelijke gezondheidszorg. De mensen zijn vaak al jaren in zorg bij een vast behandelteam die gezamenlijk gehuisvest zijn.

Doel van de studie is het ontdekken van mogelijke risico's met betrekking tot verminderde continuïteit van zorg. Daarnaast richtte de aandacht zich op het identificeren met mogelijke interventies die de transitie ondersteunen waarbij de continuïteit van zorg de minste schade oploopt.

De artikelen die gebruikt zijn voor deze studie laten zien dat er een duidelijk verband bestaat tussen continuïteit van zorg en gezondheidsuitkomsten (Adair C.E., 2005). Dit is gezien op betere kwaliteit van leven bij het eind meetpunt, beter functioneren in de maatschappij, minder klachten en hogere service tevredenheid. Er is tevens een verband gevonden tussen mortaliteit en continuïteit van zorg. Een betere continuïteit van zorg gaf een lagere mortaliteit (Hoertel N., 2014).

Met betrekking tot identificeren van verbeterpunten geeft een artikel over de ervaringen van gebruikers van de GGZ en hun mantelzorgers (Jones I.R., 2009) duidelijk aan dat een 'dovetailed' overdracht beter resultaat biedt met betrekking op tevredenheid van de geboden hulp. Deze overdracht kenmerkt zich door het overlappen van de hulpverlening. De patiënt is kortdurend bij zowel de hulpverlener die afscheid neemt als bij de opvolger in zorg. Een ander artikel over een ingezette interventie, The Wellness planner, (Marchinko S., 2011) identificeerde een significante verbetering op vier gebieden: empowerment, continuïteit van zorg, kwaliteit van leven en tevredenheid met de dienstverlening. Het onderliggende uitgangspunt van deze planner is zelfmanagement waarbij de patiënt eigenaar en verantwoordelijke is om persoonlijke kracht en zelfvertrouwen te bevorderen.

Alle artikelen kennen hun beperkingen. Het begrip continuïteit van zorg is moeilijk te vatten vanwege de grote hoeveelheid verschillende componenten en factoren die meespelen. Daarbij zijn er grote verschillen in de intensiteit van de genoten zorg en daarmee de generaliseerbaarheid van de uitkomsten. De onderzoekers van de studies hebben veel gedaan om deze beperkingen en bias te ondervangen. Wat overblijft lijkt een significant verband te duiden tussen continuïteit van zorg en gezondheid uitkomsten. De bevindingen uit het onderzoek naar de ervaring van patiënten en hun mantelzorgers zijn helder te noemen. In meerdere studies kwamen vergelijkbare uitkomsten naar voren.

De situatie zoals deze is in de huidige praktijk (zie fig. 1) lijkt daarmee een risico te introduceren in de continuïteit van zorg met de risico's die hier beschreven worden.

Voor de patiënten kan de onderbreking inhouden dat de volgende zorgaanbieder, de BGGZ, vertraagd ingezet wordt door de tussenkomst van de huisarts. De huisarts ontvangt een ontslag brief van de SGGZ waarbij zij een aanbeveling doen om patiënt aan te melden bij de BGGZ. De administratie tijd die hiermee gepaard gaat is niet bekend maar zal al gauw een paar weken zijn. Daarbij bestaat de mogelijkheid dat de huisarts om verschillende redenen niet reageert op het verzoek. Wanneer een patiënt het laatste contact heeft gehad bij de SGGZ zal er eerst een ontslag brief geschreven moeten worden die vervolgens door een secretariaat verwerkt wordt. De ervaring leert dat dit proces al gauw ook weken in beslag neemt.

Deze studie geeft antwoord op de vraag of er risico's verbonden zijn aan transitie van zorg bij mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen en welke interventie er opgezet kan worden om te komen tot optimale continuïteit van zorg. Zichtbaar is geworden dat er risico's verbonden zijn aan vermindering van continuïteit van zorg. Als mogelijke interventies zijn gevonden de warme "dovetail" overdracht en een zelfmanagement tool zoals de Wellness planner.

Conclusie en aanbevelingen

Door de resultaten van deze studie lijken redenen aanwezig om in de huidige praktijk te onderzoeken hoe de continuïteit van zorg kan verbeteren. Voor de patiënten zou een mogelijke verbetering kunnen zijn de transitie zo op te zetten dat er een overlap is van hulpverlening, de zogenaamde warme overdracht. Daarbij vindt de overdracht plaats waarbij behandelaars aanwezig zijn, de hulpverlener die afscheid neemt, de huisarts en de hulpverlener die de zorg overneemt. Dit zou de tevredenheid van zorg verbeteren en de risico's (op gebied van gezondheid) die verbonden zijn aan verminderde continuïteit van zorg ondervangen.

Een tweede verbetering kan liggen in het ontwikkelen van een zelfredzaamheid planner, waarbij de patiënt zelf zijn zorgdossier beheert met daarin de voor hem belangrijke informatie, telefoonnummers, persoonlijke doelen, afspraken, wat te doen bij vermindering gezondheid en crisis interventie maatregelen. Dit zijn effectieve onderdelen ter bevordering van zelfredzaamheid.

De volgende aanbevelingen kunnen verder onderzocht worden:

- 1) Het opzetten van een warme overdracht. De literatuur geeft aan dat dit de patiënt tevredenheid positief beïnvloedt en de review een verband lijkt aan te tonen tussen welbevinden en klachten. Het is niet duidelijk of de extra kosten een zodanige verbetering van zorg oplevert dat klachten vermindering, en daarmee zorgconsumptie, in de toekomst afneemt. Onderzoek kan opgezet worden om dit effect te meten.
- 2) Het ontwikkelen van een zelfredzaamheid of zelfmanagement planner. Zelfmanagement is een theoretisch zorgmodel dat in de huidige zorg een grote rol speelt. Op een site over zelfmanagement (CBO) staat geschreven: "Dankzij zelfmanagement kunnen patiënten hun chronische ziekte beter inpassen in hun leven. Het veronderstelt dat ze weten wat hun ziekte inhoudt, wat de consequenties zijn en waar ze de juiste zorg kunnen ontvangen. Essentieel hierbij is de patiënt de mogelijkheid te bieden om de regie te nemen in het eigen zorgproces". Daarbij wordt uitgegaan van de kracht van de patiënt: de patiënt neemt een actieve rol waar hij/zij dat wil en kan. Er kan gezocht worden naar de mogelijkheden om een dergelijk instrument te gaan gebruiken voor deze doelgroep waarbij tevens de specifieke transitie problemen ondervangen wordt. Daarnaast kan onderzocht worden of het mogelijk is aan te sluiten bij al lopende trajecten om een zelfmanagement planner te gebruiken.

Referenties

- Adair. (2005). Continuity of Care and Health Outcomes among Persons with Severe Mental Illness. *Psychiatric Services*, 1061-1069.
- Adair C.E., M. G. (2005). Continuity of care and health outcome among persons with severe mental illness. *psychiatric services*, 1061-1069.
- APA. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed., text revision)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- CBO. (2007). *Evidence Based Richtlijn Ontwikkeling*. Retrieved april 08, 2015, from www.CBO.nl: <http://old.cbo.nl/thema/Richtlijnen/EBRO-handleiding/>
- CBO. (n.d.). *Zelfmanagement , samen werken aan zorg die bij de patient past*. Retrieved april 04, 2015, from zelfmanagement: <http://www.zelfmanagement.com/>
- Dassen Th.W.N, K. F. (2014). *Lezen en beoordelen van onderzoekspublicaties*. Amersfoort: ThiemeMeulenhoff.
- Goodwin, F. &. (1990). *Manic-Depressive Illness*, 1st edn. New York: Oxford University Press.
- Hoertel N., L. F. (2014). Poor Longitudinal Continuity of Care is associated with an Increased Mortality Rate among Patients with Mental Disorder: Results from the French National Health Insurance Reimbursement Database. *European Psychiatry*, 358-364.
- Jones I.R., A. N. (2009). Illness Careers and Continuity of Care in Mental Health Service: A qualitative study of service users and carers. *Social Science@medicine*, 632-639.
- Joyce, A. S. (2004). Continuity of Care in Mental Health Services: Toward clarifying the construct. *Can J Psychiatry*, 539-550.
- Kai, j. C. (2001). People with Enduring Mental Health Problems described the importance of communication, continuity of care. *Brithish Journal of General Practice*, 30-35.
- Kupka, R. &. (1999). Bipolaire stoornissen. In B. v. Jong A. D., *Handboek Psychiatrische Epidemiologie* (pp. 281-299). Maarsen: Elsevier/De Tijdstroom.
- Kupka, R. (2006, april 7). *Bipolaire stoornis: een beknopt overzicht*. Retrieved januari 28, 2015, from www.kenbis.nl: <http://www.kenniscentrumbipolairestoornissen.nl/bipolaire-stoornis/de-bipolaire-stoornis-een-beknopt-overzicht>
- Lange de J., S. v. (2004). Transities in ziekte en zorg: op zoek naar een nieuw evenwicht. *Verpleegkunde*, 142-150.
- Lester, H. T. (2005). Patients and health professionals'views on primary care for people with serious mental illness: focus group study. *Brithisch Medical Journal*, 1122-1128.
- Marchinko S., C. D. (2011). The Wellness Planner: Empowerment, Quality of life, and continuity of care in mental illness. *Psychiatric Nursing*, 284-293.
- Meleis A.I, S. L. (2000). Experiencing Transitions: an Emerging Middel-range Theory. *Advances in Nursing Science*, 12-28.
- Nolen, W. (2008). *Richtlijn bipolaire stoornissen*. Utrecht: Nederlandse vereniging voor psychiatrie.
- Selzer, F. (1989). Life Transition Theory: the Resolution of Uncertainty. *Nursing en Health Care*, 437-451.