

Enkele voorbeelden van patiënten die zelfstandig gevestigde psychiaters frequent behandelen in hun praktijk

Combinatie van somatisch probleem en psychotherapie

De patiënt heeft een zware hersenschudding gehad en daarna een angststoornis ontwikkeld. Cognitieve gedragstherapie bij een psycholoog heeft tijdelijk effect. Daarna heeft hij verschillende behandelaren en second opinions gehad. De revalidatiearts vindt hem te angstig voor behandeling, de klinisch psycholoog gespecialiseerd in niet aangeboren hersenletsel wil eerst angstdemping door een psychiater, terwijl hij al veel benzodiazepines gebruikt. Door zijn somatische kennis is de ZGP niet onder de indruk van de rol van de hersenschudding, en kan hij de psychotherapie doen; na twaalf sessies is de angststoornis vrijwel genezen en zijn de benzodiazepines vrijwel afgebouwd. Nu is hij geschikt voor de revalidatie, maar die is eigenlijk niet meer nodig

Combinatie van farmacotherapie en psychotherapie

De patiënt heeft een aanhoudende depressieve stoornis, ADHD en een persoonlijkheidsstoornis en is in de kinder- en jeugd jaren onveilig gehecht ten gevolge van emotionele verwaarlozing. Komt in behandeling na een relatiebreuk 2 jaar geleden en nu hij van zijn ex zijn kinderen niet meer mag zien. Hij wordt behandeld met sertraline, methylfenidaat en off label quetiapine voor de nacht en daarnaast eerst wekelijks schematherapie, naderhand op geleide van het psychotherapeutische proces in afnemende frequentie.

Complexe farmacotherapie

De patiënt heeft al verschillende behandeltrajecten bij grote instellingen gehad, inclusief een intensieve klinische behandeling voor PTSS. Loopt vast in haar leven. Er blijkt sprake van complexe problematiek met zowel een nog nooit gediagnosticeerde bipolaire stoornis, een nog nooit gediagnosticeerde persoonlijkheidsstoornis en onderbehandelde ernstige ADHD. Nodig is een stabiliserend behandeltraject met farmacotherapie voor zowel de bipolaire stoornis als de ADHD.

Crisisgevoeligheid

De patiënt is in een GGZ-instelling behandeld voor een angststoornis na een psychotraumatische vroeggeboorte van haar eerste kind. Recent is ze na de geboorte van het tweede kind opgenomen op een PAAZ. De angstklachten nemen verder toe, ze wordt zeer suïcidaal. De medicatie wordt verhoogd maar de patiënt voelt zich toenemend slechter worden. Ze heeft geen vertrouwen meer in artsen en ervaart het beleid als verwarrend en chaotisch. Ze gaat tegen advies met ontslag. Ze kan niet alleen thuis zijn vanwege de suïcidaliteit en kan niet zorgen voor de kinderen. De behandeling wordt gericht op het winnen van vertrouwen en het samen beslissen over de te nemen stappen. Ook de partner wordt erbij betrokken. Na een jaar kan ze weer de opvoeding van de kinderen geheel zelfstandig doen en gaat ze weer voor het eerst naar het werk. Ze ervaart weer grip op haar leven.

Verminderen van de wachtlijsten bij de ggz-instellingen

De patiënt is jaren geleden bij de ZGP in behandeling is geweest. Hij heeft zich vanwege de combinatie van somatische en psychische problematiek aangesteld bij een GGZ-instelling. Deze

vraagt de ZGP om de behandeling op zich te nemen vanwege de zeer lange wachtlijst, terwijl de patiënt eigenlijk niet zo lang kan wachten.

Budgetplafonds leiden tot onnodige wachtlijsten

Drie patiënten worden aangemeld bij de ZGP. Eén patiënt was jaren geleden bij de ZGP in behandeling en wil graag weer bij de ZGP terugkomen. Maar alle drie de patiënten moeten worden afgewezen omdat hun zorgverzekeraar een contractueel vastgelegd zorgkostenplafond hanteert. De ZGP heeft een korte wachtlijst van 4-5 weken, de behandelduur is relatief kort en de waardering van de behandeling door patiënten op Zorgkaart Nederland is heel goed. De wachtlijst van de regionale GGZ-instelling is vijf maanden plus daarna een onbepaalde wachttijd tot behandeling.