

ERNSTIGE PSYCHISCHE AANDOENINGEN (EPA)

WAT VERSTAAN WE ONDER ERNSTIGE PSYCHISCHE AANDOENING?

Bij een 'ernstige psychische aandoening':

- heeft iemand een psychische stoornis die zorg noodzakelijk maakt;
- die met ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren gepaard gaat;
- waarbij de beperking oorzaak en gevolg is van een psychiatrische stoornis;
- die langdurig is (ten minste enkele jaren);
- en waarbij gecoördineerde zorg van professionele hulpverleners in zorgnetwerken geïndiceerd is om het behandelplan te realiseren.

De term 'ernstig' heeft dus mede betrekking op de bijkomende beperkingen op meerdere levensgebieden die mensen ervaren. De groep mensen met ernstige psychische aandoeningen is heel divers.

ZORG GERICHT OP MEER HERSTEL

Herstel is het persoonlijke proces van mensen die proberen om ondanks de ingrijpende gevolgen van de aandoening hun leven weer op te pakken. Maar herstellen is behalve een individueel ook een sociaal proces: herstellen van uitsluiting en de gevolgen daarvan. In een maatschappelijk herstelproces moeten mensen met ernstige psychische aandoeningen competenties kunnen verwerven en kansen krijgen. Om dat te bereiken dient de zorg het herstel van mensen te ondersteunen.

HERSTELONDERSTEUNING

- Besteed in de begeleiding aandacht aan betekenisgeving en zingeving.
- Respecteer en ondersteun de eigen regie van de patiënt. Dit houdt in dat de persoon zoveel mogelijk zelf richting geeft aan diens leven en de doelen, methode en stijl van zorg.
- Betrek (familie-)ervaringsdeskundigen in ggz- en sociale wijkteams. Zij spelen een belangrijke rol in de ondersteuning van het herstelproces van mensen met ernstige psychische aandoeningen en hun naasten.
- Stimuleer deelname aan zelfhulp- en herstelcursussen (zoals Herstellen doe je Zelf en WRAP).
- Maak zelfstigma en stigmatisering door anderen 9binnen en buiten de ggz) bespreekbaar.
- Creëer actieve betrokkenheid van maatschappelijke organisaties (zoals wijk en buurtcentra, arbeidsintegratie, sportclubs, herstelacademies) om participatiewensen te helpen realiseren.
- Maak gebruik van kwartiermaken om mensen toe te leiden naar maatschappelijke activiteiten en maatschappelijke voorzieningen beter toegankelijk te maken.

NAASTEN EN SOCIAAL NETWERK

- Nodig - als de patiënt dat wil - naasten of een andere vertrouwenspersoon (bijvoorbeeld een ervaringsdeskundige) uit bij begeleidingsgesprekken en informeer ze over de begeleiding.
- Maak gebruik van Triadekaart, Eigen Kracht-conferenties, Resourcegroepen en familie-ervaringsdeskundigen om naasten bij de begeleiding te betrekken.
- Investeer in het herstellen en leren onderhouden van contacten met naasten. Heb daarbij ook aandacht voor het herstellen of behouden van de ouderrol.
- Besteed in de behandeling en begeleiding positieve aandacht aan sociale relaties, intimiteit en seksualiteit. Voorkom dat deze onderwerpen alleen als probleem worden gezien en bespreek de mogelijkheden van maatjesprojecten, relatiebemiddeling of seksuele dienstverlening.
- Stimuleer de toepassing van sociale netwerkinterventies zoals de IRB-module Uitbreiden en verbeteren van je sociale netwerk en de Liberman module Omgaan met sociale relaties en intimiteit.
- Stimuleer deelname aan activiteiten met een wederkerigheidsprincipe (het levert niet alleen de patiënt, maar ook de samenleving iets op), zoals creatieve en sportieve activiteiten, activiteiten in buurt- en wijkcentra etc.

BEHANDELING

- Medisch-psychiatrische, psychotherapeutische en psychologische behandeling is van groot belang voor het herstel van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Sluit voor de keuze van de behandeling aan bij specifieke zorgstandaarden met state-of-the-art kennis voor die klachten.
- Investeer in het opbouwen van de werrelatie in het gehele behandelproces.
- Begrijp de aandoening en problematiek vanuit de persoonlijke context en fase van herstel en breng ernst en leed in kaart van symptomen. Maak dit de grondhouding voor het hele team.
- Bepaal de inzet van behandelinterventies op basis van de persoonlijke context en de klachten en heroverweeg dit (minimaal) jaarlijks.
- Heb aandacht voor veelvoorkomende problematiek, zoals trauma, suicidaliteit, comorbiditeit, een lager begripsniveau, verslavings-, seksualiteits- en/of cognitieve problemen.
- Overweeg om voor patiënten met cognitieve problemen ook interventies in te zetten die het dagelijks functioneren kunnen verbeteren, bv. Cognitieve Adaptatie Training (CAT).
- Bied vaktherapie aan wanneer patiënten moeite hebben om gevoelens onder woorden te brengen, of wanneer een meer ervaringsgerichte benadering is aanbevolen.
- Vraag zo nodig consultatie aan bij gespecialiseerde centra, zoals zoals High & Intensive Care (HIC), Klinieken voor Intensieve Behandeling (KIB), het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) of een TOPGGZ afdeling.

SOMATISCHE SCREENING EN LEEFSTIJL

- Doe jaarlijks een somatische screening die bestaat uit een algemene screening, medicatiemonitoring, en leefstijlanamnese.

- Wanneer patiënten langdurig gestabiliseerd zijn en/of wensen behandeld te worden door de huisarts, kan de screening geleidelijk worden overgedragen naar de huisarts, als die zich daar deskundig voor voelt. Dit dient plaats te vinden in nauw overleg met alle betrokkenen en middels een 'warme' overdracht.
- Maak samen met de patiënt en naasten een plan voor de lichamelijke gezondheid en overweeg het inzetten van leefstijlinterventies.
- Bevorder de cultuur van een gezonde leefstijl in ggz-instellingen en geef voorlichting onder professionals. Extra aandacht is nodig voor middelengebruik en ondersteuning bij stoppen met roken en mondzorg.

WONEN EN VERBLIJF

- Gebruik rehabilitatie methodieken (zoals IRB) om het zelfstandig functioneren en maatschappelijk herstel van mensen met psychische aandoeningen te helpen realiseren. Besteed aandacht aan de implementatie van de methodieken in de werkwijzen van de hulpverleners.
- Zorg voor een breed arsenaal van permanente en betaalbare huisvesting met flexibele op- en af te schalen ondersteuning.
- Overweeg een tijdelijke vorm van groepswoon om het middelengebruik en de psychische symptomen van mensen met verslavingsproblemen of dubbele diagnose te verminderen.
- Ontwikkel Housing First voor mensen met een psychische aandoening die dakloos zijn.
- Creëer draagvlak in de wijk om inclusie mogelijk te maken. Ondersteun wijkbewoners en belangrijke spelers in de wijk en beleg verantwoordelijkheid en bereikbaarheid bij problemen.
- Gebruik ART voor de inrichting van langdurige klinische zorg.

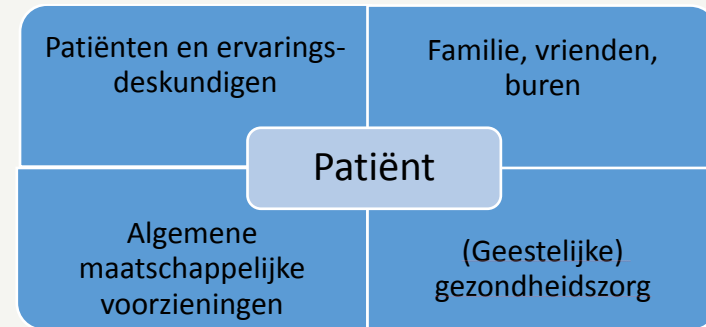
WERK, OPLEIDING EN DAGBESTEDING

- Zorg voor een breed spectrum aan mogelijkheden van dagbesteding die samen een keten vormen en op elkaar aansluiten in een gemeente/regio.
- Bied niet alleen ondersteuning bij het werk, maar ook bij het volgen van een opleiding of stage.
- Bied IPS (individuele Plaatsing en Steun) zo modelgetrouw mogelijk aan mensen met ernstige psychische aandoeningen die een reguliere betaalde baan wensen (te behouden).
- Zorg ervoor dat werknemers met ernstige psychische aandoeningen een beroep kunnen doen op op maat gesneden jobcoaching. De coaching moet zich zowel op de betreffende werknemer richten als op zijn sociale en fysieke werkomgeving.
- Leg de inhoudelijke regie van het arbeidstraject bij de persoon zelf. Bespreek met hem zowel de beperkingen als de kwaliteiten.
- Zet interventies in op persoonlijke factoren (veerkracht, vaardigheden, cognitief vermogen) en omgevingsfactoren (zoals de werkomgeving en de thuissituatie) en op de interactie daartussen.

ORGANISATIE VAN ZORG

Betrokken zorgverleners

In de zorg en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen zijn vele formele en informele actoren uit verschillende sectoren betrokken. Het vergt een netwerk van personen en voorzieningen waarin verschillende partijen (GGz, verslavingszorg, justitie, gemeente, patiënten- en familieorganisaties, zorgverzekeraars, welzijn, etc.) samenwerken. Mensen met ernstige psychische aandoeningen en hun naasten hebben een belangrijke positie in het netwerk, als consument én als producent van hulpverlening.



Samenwerking

Bij zo veel betrokken actoren is een belangrijke voorwaarde dat er een goed overzicht is van alle voorzieningen en functies en dat snel kan worden op- of afgeschaald. Dit vraagt om samenwerkingsafspraken tussen de verschillende partijen op uitvoeringsniveau rond één persoon, op wijkniveau en op regionaal niveau:

Samenwerking rond een persoon (ggz- en sociale professionals)

- Creëer een persoonlijk netwerk rond de persoon met mensen die voor hem belangrijk zijn en die hem helpen persoonlijke, zelfgekozen herstel doelen te bereiken. Dit kunnen naasten zijn maar ook (familie-)ervaringsdeskundigen en professionals van binnen of buiten de ggz (Resourcegroep).

Samenwerking in de wijk (managers zorg en sociaal domein)

- Ontwikkel een geïntegreerde, wijkgerichte benadering voor en mét mensen met ernstige psychische aandoeningen en hun naasten. Besteed hierbij extra aandacht aan de overgangen tussen functies en voorzieningen (bijv. van beschermd naar begeleid wonen).
- Bevorder de samenwerking op wijkniveau door het uitwisselen en detacheren van personeel met verschillende expertise en het delen van functionarissen op functies waar overlap bestaat.
- Zorg ervoor dat (in crisisgevallen) de mogelijkheid bestaat om direct op te schalen naar intensieve en/of specialistische interventies.
- Maak afspraken voor een effectieve en efficiënte samenwerking tussen de huisarts (inclusief POH-GGz) en de behandelaars in de generalistische basis ggz en de gespecialiseerde ggz. Zie hiervoor de Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis GGz en gespecialiseerde GGz (LGA, feb 2016).

Samenwerking in de regio

Daarnaast is het essentieel dat er door verschillende partijen wordt samengewerkt op regionaal niveau. Gemeenten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties moeten regionale bestuurlijke afspraken maken om de benodigde integrale samenwerking vorm te geven.