

Ernstige Psychische Aandoeningen

1. Inleiding

1.1. Algemeen

Deze module beschrijft hoe de zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen (vaak afgekort tot EPA) eruit zou moeten zien. De visie van waaruit deze module is opgesteld, is dat goede zorg het herstel van mensen met ernstige psychische aandoeningen ondersteunt en bevordert. Het voorgaande impliceert dat de zorg goed moet aansluiten op individuele hulpbehoeften en het realiseren van persoonlijke doelen, gevoelig is voor de verschillende fasen en dimensies van herstel en zoveel mogelijk moet bestaan uit bewezen effectieve interventies. Dat kan het beste als de zorg integraal wordt geboden, dat wil zeggen sector overschrijdend en niet gefragmenteerd.

De module is een uitwerking van de ambitie uit [Over de Brug](#), het plan van aanpak bij ernstige psychische aandoeningen (2014), opgesteld door de partijen van het Bestuurlijk Akkoord GGz. Daarin is het streven opgenomen om mensen met ernstige psychische aandoeningen hun huidige achterstanden ten opzichte van de algemene bevolking te laten inlopen en zo te komen tot (minimaal) een derde meer herstel. Tot deze ambitie rekenen we ook de vereiste inspanning om mensen met ernstige psychische aandoeningen die nog niet, of ongewenst niet meer in zorg zijn, toe te leiden naar de zorg die zij nodig hebben.

Het is van groot belang dat mensen met ernstige psychische aandoeningen laagdrempelig een beroep kunnen doen op goede medisch-psychiatrische en psychologische behandeling.

Het is van groot belang dat mensen met ernstige psychische aandoeningen laagdrempelig een beroep kunnen doen op goede medisch-psychiatrische en psychologische behandeling.: Deze behandeling betreft ook de (psychiatrisch) verpleegkundige behandeling.

Echter, hun behoeften hebben zelden alleen betrekking op het werkterrein van de ggz. Vaker gaat het om universele thema's als geaccepteerd worden als persoon, sociale relaties, destigmatisering en deelname aan het maatschappelijk verkeer. Zij hebben dezelfde levenswensen als andere burgers, maar verkeren doorgaans in een nadelige positie om hun wensen te realiseren. Zo zijn er forse achterstanden in lichamelijke gezondheid, behandeling, veiligheid, inkomen, arbeid en relaties. De helft zegt meer ondersteuning te willen om deel te kunnen nemen aan de samenleving.

Pogingen om de besproken achterstanden in te halen of weg te werken zijn niet voorbehouden aan (zorg)professionals. We kunnen allemaal werken aan een samenleving waarin mensen met ernstige psychische aandoeningen worden geaccepteerd en gelijkwaardig kunnen participeren. Maar we kunnen patiënten ook veel schade berokkenen door net te doen alsof we de maatschappij 'wel even' kunnen veranderen. Bescheidenheid over wat we kunnen en erkenning van wat we niet kunnen bereiken, is dan ook een belangrijke waarde (naast de waarden verantwoordelijkheid en solidariteit) in de behandeling en begeleiding van mensen met psychische aandoeningen.

Bron: Dröes, J. (2003). Persoonlijke en professionele waarden in het rehabilitatieproces. Passage: Tijdschrift voor Rehabilitatie, 12(4), 209-218.

Deze inleiding bevat een omschrijving van het begrip [Ernstige psychische aandoeningen](#), een beschrijving van de [Doelstelling](#) en [Doelgroepen](#) van de generieke module, en een samenvatting van de belangrijkste [Uitgangspunten](#). Ten slotte volgt een opsomming van zowel de leden van de werkgroep en de adviesgroep als van de organisaties die zij vertegenwoordigden.

1.1.1. Ernstige psychische aandoeningen

De term 'ernstige psychische aandoening' (vaak afgekort tot EPA) wordt gebruikt om een bepaalde groep patiënten aan te duiden. Het predicaat 'ernstig' heeft mede betrekking op de bijkomende beperkingen op meerdere levensgebieden die mensen hebben. In de dagelijkse praktijk is de groep mensen met ernstige psychische aandoeningen heel divers. Misschien zijn de verschillen tussen deze mensen opvallender dan de overeenkomsten. Niet alleen zijn de klachten van deze mensen heel verschillend, ook hun omstandigheden kunnen sterk uiteenlopen en fluctueren over de tijd. Zo kunnen sommige mensen uit de doelgroep met weinig behandeling en/of begeleiding aan huis zelfstandig wonen en werken, terwijl het voor anderen nodig is om langdurig op instellingsterreinen te verblijven. Onderstaand worden de definitie en omvang, maar ook de verschillen binnen de groep met ernstige psychische aandoeningen beschreven.

1.1.2. Definitie

Er wordt van 'ernstige psychische aandoeningen' gesproken wanneer:

- er sprake is van een psychiatrische stoornis (inclusief middelenmisbruik en verslaving) die zorg/behandeling noodzakelijk maakt (niet in symptomatische remissie);
- die met ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren gepaard gaat (niet in functionele remissie);
- waarbij de beperking oorzaak en gevolg is van een psychiatrische stoornis;
- die niet van voorbijgaande aard is (structureel c.q. langdurig, ten minste enkele jaren);
- en waarbij gecoördineerde zorg van professionele hulpverleners in zorgnetwerken geïndiceerd is om het behandelplan te realiseren.

1.1.3. Omvang

Op basis van deze definitie en analyse zijn er naar schatting 281.000 mensen met ernstige psychische aandoeningen wat neerkomt op 1,7% van de totale bevolking. Daarvan is ongeveer 75% in zorg (inclusief verslavings- en forensische zorg), waarvan 160.000 mensen tussen de 18 en 65 jaar (12-maandszorgprevalentie van 1,6%). In de Amerikaanse literatuur omschrijft men severe mental illness (SMI) als een psychische stoornis die zorg vraagt. In Nederland is de doelgroep mensen met ernstige psychische aandoeningen veel specifiek omschreven en moet er naast een psychische stoornis ook sprake zijn van een persisterend verloop en disfunctioneren.

1.1.4. Remissie

Mensen met ernstige psychische aandoeningen hebben gemeenschappelijk dat zij op meerdere levensgebieden problemen hebben of beperkingen ondervinden, en dat zij voor langere tijd hulp nodig hebben. Zij kunnen 'in remissie' komen, wanneer zij zes maanden lang geen symptomen hebben (symptomatische remissie) en in hun dagelijks en maatschappelijk functioneren geen beperkingen ondervinden (functionele remissie). Na vijf jaar remissie worden zij niet meer tot de doelgroep gerekend. Overigens is de term ernstige psychische aandoeningen niet bedoeld om mensen als 'onbehandelbaar', 'chronisch' of 'uitbehandeld' te bestempelen. Mensen met ernstige psychische aandoeningen vormen namelijk geen statische, maar een vlottende populatie: individuen kunnen er in sommige fasen van hun leven wel, en in andere fasen niet toe behoren.

1.1.5. Grote verschillen

Ondanks hun gemeenschappelijke problemen vormen mensen met ernstige psychische aandoeningen een

zeer heterogene groep. De definitie van deze groep valt niet samen met een bepaalde diagnose: personen uit deze groep hebben uiteenlopende aandoeningen. Degenen met psychotische aandoeningen vormen de grootste groep, maar ook sommigen met een verslaving, stemmings- of persoonlijkheidsstoornis worden ertoe gerekend. Bovendien is er vaak sprake van comorbiditeit. Tot slot kunnen behandel- en ondersteuningsbehoeften sterk uiteenlopen, zowel tussen individuen als gedurende het leven van ieder individu. Sommigen kunnen in bepaalde perioden met weinig tot geen hulp toe, terwijl anderen vrijwel altijd veel zorg nodig hebben.

De indeling naar diagnostische subgroep is voor deze generieke module niet leidend. De doelstelling is om te komen tot een hulpaanbod dat mensen met ernstige psychische aandoeningen zo goed mogelijk ondersteunt in hun individuele herstel. Voor de behandeling van specifieke clusters van symptomen, verwijzen wij naar de stoornisspecifieke zorgstandaarden.

1.2. Doelstelling

Deze generieke module geeft handvatten aan alle actoren die een rol spelen in het kader van de zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen: patiënten zelf, informele steungevers (naasten en het sociale netwerk), zorgprofessionals en professionals uit het sociale domein. Daarnaast geeft de module handreikingen voor de organisatie van zorg zoals de visie, randvoorwaarden en samenwerking binnen de ggz én daarbuiten (het sociale domein). Hoewel sommige mensen met ernstige psychische aandoeningen ook in aanraking komen met justitie, is hier in deze module niet nader op ingegaan. Deze generieke module biedt geen pasklare antwoorden. Professionals, informele ondersteuners, teams en organisaties zullen zelf de visie en aanbevelingen – op hoofdlijnen - moeten vertalen naar concrete actiepunten in hun eigen praktijk.

Sommige aanbevelingen van de generieke module zijn met name van toepassing voor zorginstellingen. Binnen de praktijk van vrij gevestigde psychologen en psychotherapeuten kan de module niet als een samenhangend geheel geïmplementeerd worden. Zo is de inzet van ervaringsdeskundigen niet standaard te realiseren en niet bij voorbaat opportuun. Voor vrij gevestigden zijn de aanbevelingen van toepassing die in redelijkheid kunnen worden uitgevoerd binnen de individuele behandelrelatie en die bijdragen aan de versterking van de zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Een bewuste keuze voor passende aanbevelingen sluit daarmee aan bij de geest van de module.

De module sluit aan bij – en is relevant voor – een groot aantal stoornisspecifieke zorgstandaarden, zoals de zorgstandaarden [Psychose](#), [Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving](#), [Opiaatverslaving](#), [Persoonlijkheidsstoornissen](#), [Bipolaire Stoornissen](#), Trauma en stressorgerelateerde stoornissen, [Depressieve stoornissen](#), [Angstklachten en angststoornissen](#), en Multidisciplinaire richtlijnen Somatische screening en Leefstijl interventies bij ernstige psychische aandoeningen, Werk en ernstige psychische aandoeningen. Deze module behandelt de generieke aspecten in de zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. De zorgstandaarden behandelen de diagnose specifieke aspecten. Ook zijn er veel raakvlakken met andere generieke modules. Via een proces van adaptatie is voortgebouwd op de generieke modules [Herstelondersteuning](#), [Destigmatisering](#), [Ondersteuning en samenwerking naasten van mensen met psychische problemen](#). Verder is afgestemd met de generieke modules [Acute Psychiatrie](#), [Daginvulling en participatie](#) en [Vaktherapie](#).

1.3. Doelgroepen

De module is bedoeld voor mensen met een ernstige psychische aandoening inclusief verslavingsproblemen (zie [Algemene inleiding / onderwerp](#)), hun naasten en de professionals die betrokken zijn bij hun behandeling, begeleiding en ondersteuning. Met deze generieke module wordt beoogd zowel professionals uit de ggz, de verslavingszorg, de huisartsenzorg, het beschermd en begeleid wonen, de maatschappelijke opvang, de wijkteams en andere betrokkenen uit het gemeentelijk domein te betrekken. Dat laatste is gezien de decentralisatie van de (ambulante) begeleiding van groot belang.

1.4. Uitgangspunten

1.4.1. Algemeen

Een generieke module beschrijft vanuit het perspectief van patiënten en naasten wat onder goed professional handelen (goede zorg) wordt verstaan. De meest actuele kennis vormt het uitgangspunt. Het gaat over kennis gebaseerd op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek, praktijkkennis en de voorkeuren van patiënten en naasten. De beschreven zorg in de standaarden zijn geen wetten of voorschriften, maar bieden handvatten voor de professional om matched care en gepersonaliseerde zorg te kunnen leveren.

Het werken volgens de kwaliteitsstandaard is geen doel op zich. De combinatie van factoren die tot ziekte hebben geleid en de sociale context waarin de aandoening zich voordoet zijn voor iedere patiënt uniek. Daarnaast heeft iedere patiënt unieke behoeften om regie te voeren over zijn of haar herstel en leven. Zorgprofessionals ondersteunen dit proces vanuit hun specifieke expertise en de kennis die een kwaliteitsstandaard hen biedt. De kwaliteit van een professional kenmerkt zich wellicht meer door de wijze waarop hij of zij in staat is in de juiste gevallen en op het juiste moment (goed beargumenteerd) van een standaard af te wijken. Mede op basis van de kwaliteitsstandaard bepalen de patiënt (en diens naasten) en de professional, ieder met hun eigen expertise, samen wat de gewenste uitkomsten van zorg zijn en welke behandel- en ondersteuningsopties daarbij passend zijn.

Het is voor een succesvolle implementatie van de standaard belangrijk om aandacht te hebben voor de mogelijke benodigde veranderingen in het zorgveld die de standaard met zich meebrengt. Voorbeelden zijn mogelijke effecten op de beschikbare capaciteit van zorgverleners, budgetvraagstukken of ict-aanpassingen. Soms is niet elk onderdeel van deze standaard per direct uitvoerbaar. Bij deze standaard zijn een implementatieplan en de rapportage uitvoerbaarheidstoets opgeleverd. Deze bieden inzicht in hoeverre de standaard uitvoerbaar is. In de komende periode worden de stappen voor implementatie nader uitgewerkt.

1.4.2. Uitgangspunt bij deze module

De inhoud van deze generieke module is gebaseerd op wetenschappelijke literatuur (systematische literatuurreview) en kennis uit de praktijk (focusgroepen, overwegingen werkgroep). Daarnaast is gebruik gemaakt van beleidsnotities, grijze literatuur (publicaties die niet in gerefereerde tijdschriften zijn verschenen) en sleutelpublicaties op het terrein van zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. De module is ontwikkeld aan de hand van negen thema's die zijn uitgewerkt in twaalf uitgangsvragen (overzicht in achtergronddocument [Uitgangsvragen en methoden](#)).

1.5. Leeswijzer

Hoewel de term 'ernstige psychische aandoeningen' veel wordt gebruikt, staat de term om meerdere redenen ter discussie. Ten eerste ervaart een aantal patiënten het als een stigmatiserend label dat weinig recht doet aan hun persoonlijke situatie en ontwikkelingspotentieel. Daarnaast zou met deze term ten onrechte worden gesuggereerd dat stoornissen van andere doelgroepen niet ernstig kunnen zijn. Bij gebrek aan consensus over een andere, betere benaming zal deze module de huidige naamgeving hanteren, waarbij we ons bewust zijn van genoemde gebreken.

Het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz spreekt in alle generieke modules en zorgstandaarden consequent over patiënt. Deze term zullen wij hier daarom ook hanteren. Wanneer over naasten wordt gesproken, gaat het om familieleden, een eventuele partner, maar ook andere naastbetrokkenen zoals burens en vrienden. Waar 'hij' of 'hem' wordt gebruikt, kan ook 'zij' of 'haar' worden gelezen.

2. Patiëntenperspectief

2.1. Inleiding

Om bouwstenen voor zorg vanuit patiënten- en familieperspectief te concretiseren heeft Mind Landelijk Platform Psychische Gezondheid het visiestuk Focus op Gezondheid - Zorg voor Herstel en de Basisset Kwaliteitscriteria GGZ opgesteld. Ook is er bij de start van de ontwikkeling van deze module een focusgroep met patiënten en familieleden georganiseerd door Mind (zie achtergronddocument [Verslag focusgroep](#)). De focusgroep had als doel om de knelpunten aan het licht te brengen waar patiënten binnen de groep EPA en hun naasten tegenaan lopen met betrekking tot de zorg. Het visiestuk, de basisset en de uitkomsten van de focusgroep vormen de basis voor Patiëntenperspectief. Allereerst worden algemene uitgangspunten voor zorg vanuit het perspectief van patiënten en naasten uiteengezet. Vervolgens wordt ingegaan op specifieke aandachtspunten.

2.2. Wensen en ervaringen van patiënten

Het doel van de zorg is het bevorderen, behouden en herstellen van de gezondheid van patiënten. Mensen zoeken hulp bij psychische problemen omdat ze zich zorgen maken over hun gezondheid of zich belemmerd voelen in hun functioneren. Gezondheid is 'geen statisch concept van optimaal welbevinden zonder ziekten of gebreken, maar een dynamisch vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren in het licht van de sociale, mentale en fysieke uitdagingen van het leven.'

Bron: Huber, M. (2014). Towards a new, dynamic concept of Health. Its operationalisation and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food. Proefschrift Universiteit Maastricht.

Het bovenstaande concept van gezondheid sluit aan bij het patiëntenperspectief, waarbij het gaat om het functioneren van de patiënt in zijn of haar context en het eigen levensverhaal. Iedereen moet (leren) leven met zijn eigen (on) mogelijkheden, kwetsbaarheden en weerbaarheden en omgaan met de stressoren in het leven. Het onderkennen van en de omgang met de stressoren achter de problemen en het bevorderen van veerkracht en vitaliteit vormen de focus van de behandeling. Uiteindelijk moet behandeling ertoe leiden dat iemand de regie heeft op zijn eigen leven en zo veel als mogelijk kan deelnemen aan de samenleving en kan functioneren in zijn leefomgeving.

De relatie tussen de patiënt, diens naasten en de hulpverlener (de triade) is cruciaal voor het succesvoller verlenen van zorg. Gezamenlijk proberen ze antwoorden op de zorgvraag van de patiënt te vinden. Ze hebben elkaar nodig bij de zoektocht naar gepaste zorg. Tijdens de zoektocht worden een aantal vragen gesteld, namelijk rond de context van het probleem (wat is je probleem, hoe is het gekomen, wat zijn je mogelijkheden en kwaliteiten), doel (wat wil je bereiken en hoe pakken we het aan), zorgvraag (wat gaan we doen en wat is het resultaat) en evaluatie (wat is ons oordeel en hoe gaan we/ga je verder). De antwoorden op deze vragen moeten aansluiten bij het persoonlijke verhaal van de patiënt in zijn relationele en maatschappelijke context.

2.3. Kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief

Het begrip kwaliteit van zorg wordt omschreven als de mate van overeenkomst tussen de criteria van wenselijke zorg en de praktijk van feitelijke zorg. Het is belangrijk te beseffen dat er een verschil kan bestaan in de kwaliteitsperceptie van patiënt en hulpverlener. Indien de patiënt iets anders verwacht dan de hulpverlener beoogt, kunnen de kwaliteitsoordelen tussen patiënt en hulpverlener uiteenlopen. Het is noodzakelijk om helderheid te verkrijgen over de wederzijdse verwachtingen van de patiënt en de hulpverlener ten aanzien van de behandeling en eventuele visieverschillen met elkaar te bespreken. Ook kan een spanningsveld optreden tussen wat de patiënt wil en de eisen die door de maatschappij gesteld worden. Verder is het belangrijk om

meer aandacht te richten op de kwaliteit van de werkrelatie en het persoonlijke verhaal van de patiënt. Het concept kwaliteit is uitgewerkt in vier domeinen.

Focus van zorg (uitkomst)	<i>Kwaliteit van leven:</i> patiënten ervaren een verbetering van hun welbevinden op hun relevante levensgebieden en in het behouden van maatschappelijke rollen en relaties’.
	<i>Herstel van vitaliteit:</i> patiënten ervaren een verbetering van hun levenslust en hun vermogen om dingen te doen.
Vorm van zorg (relaties)	<i>Patiënt centraal:</i> het gaat om het persoonlijke verhaal van de patiënt en de regie over de zorg ligt bij de patiënt.
	<i>Zorg in triade:</i> naasten worden - als de patiënt dit wil - betrokken bij de zorg en worden geïnformeerd en ondersteund.
Inhoud van zorg (proces)	<i>Adequate zorg:</i> er is zorg op maat en de zorg is herstelgericht, effectief, outreachend, assertief, efficiënt, veilig, tijdig en toegankelijk.
	<i>Integrale zorg:</i> er is integratie van zorg en welzijn, coördinatie van zorg en continuïteit van zorg.
Eisen aan zorg (structuur)	<i>Professionele Zorg:</i> er zijn competente professionals, deugdelijke faciliteiten en adequate richtlijnen.
	<i>Transparante Zorg:</i> er is inzicht in het aanbod van zorg, de kosten van zorg en de kwaliteit van zorg.

2.3.1. Focus van zorg

De zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen is vooral gericht op het bevorderen van de kwaliteit van leven van de patiënt en het herstellen van diens veerkracht en vitaliteit op basis van diens wensen en behoeften. De professional schept ruimte op dusdanige wijze dat de patiënt zijn zelfredzaamheid en zelfmanagement kan versterken in de door de patiënt gewenste richting, waardoor de patiënt met inachtneming van diens wensen, behoeften en mogelijkheden zo veel mogelijk zelfstandig verder kan leven en deel kan nemen aan zijn leefomgeving en de samenleving.

2.3.2. Vorm van zorg

et persoonlijke verhaal van de patiënt vormt het startpunt voor de zorg en de professional probeert aan te sluiten bij het verklaringsmodel en de betekenisverlening van de patiënt. De patiënt behoudt zo veel mogelijk de regie over de zorg. Besluiten over het behandelbeleid worden steeds gezamenlijk genomen (gezamenlijke besluitvorming). Indien noodzakelijk krijgen naasten individuele begeleiding en behandeling. Indien mogelijk worden naasten – als ze kunnen, willen en mogen van de patiënt – bij de zorg betrokken. Zie hiervoor ook de generieke module [Ondersteuning en samenwerking naasten van mensen met psychische problemen](#).

2.3.3. Inhoud van zorg

De professional verleent zorg op maat, afgestemd op de wensen en behoeften van de patiënt en de mogelijkheden van de professional. Ervaringsdeskundigen worden ingezet als rolmodel, zodat de patiënt zich bewust kan worden van zijn mogelijkheden en hoop kan krijgen voor de toekomst. De professional geeft de patiënt zo veel mogelijk verantwoordelijkheid en blijft het zelfinzicht van de patiënt stimuleren. In samenspraak met de patiënt initieert de professional afstemming en samenwerking met ervaringsdeskundigen, welzijnsprofessionals, informele zorg en naasten van de patiënt.

2.3.4. Eisen aan zorg

De professional bezit een herstelondersteunende attitude en relevante competenties (zie generieke module [Herstelondersteuning](#)), beschikt over de adequate kwalificaties, kennis en methodieken. Hij vervult de rol van coach/adviseur bij zelfmanagement, gaat uit van de wensen en de behoeften van de patiënt en neemt de tijd voor de patiënt. De professional moet ruimte hebben en nemen om zowel inhoudelijk als qua omvang van de zorg mee te bewegen met de behoefte van de patiënt. De patiënt kan wisselen van professional indien (ook na onderling overleg) de klik ontbreekt of de voortgang stagneert. Er is flexibiliteit in het zorgaanbod (op/afschalen, avond/weekend). De zorg is goed bereikbaar, ook buiten kantoor tijd, en bij crisis zo nodig op heel korte termijn.

3. Zorg bij mensen met ernstige psychische aandoeningen

3.1. Inleiding

Dit gedeelte beschrijft waaraan zorg bij mensen met ernstige psychische aandoeningen zou moeten voldoen. Daarbij houden we de ordening van de fasen van het zorgproces aan: diagnostiek; monitoring; behandeling en begeleiding; herstel, participatie en re-integratie. Dit betekent niet dat deze fasen elkaar opvolgen, als zou er eerst behandeld worden en daarna pas oog moeten zijn voor herstel, participatie en re-integratie. Dat geeft om te beginnen het risico dat mensen afhaken en vervolgens dat maatschappelijke rollen en relaties verloren gaan die daarna weer opgebouwd moeten worden. Goede zorg bevordert herstel door aan te sluiten op individuele hulpbehoeften en het realiseren van persoonlijke doelen.

Wij hanteren een cyclisch model: op verschillende momenten zouden elementen van zorg uit eerdere fases (opnieuw) overwogen moeten worden, al naar gelang de behoefte van de patiënt en de (eventueel) gewijzigde omstandigheden.

3.2. Vroege onderkenning en preventie

In het algemeen ontstaat een psychische aandoening door een combinatie van een onderliggende kwetsbaarheid bij het individu en stress, als gevolg van ingrijpende levensgebeurtenissen of ongunstige sociale omstandigheden. Er zijn enkele risicofactoren bekend, die de kans op een psychische aandoening vergroten, zoals:

- Genetische kwetsbaarheid (bijv. een ouder of broer/zus met een ernstige psychische aandoening);
- Milde (subklinische) symptomen;
- (Sociaal) disfunctioneren.

Deze risicofactoren zijn voorspellend voor verschillende aandoeningen.

3.2.1. Preventieve behandeling

De laatste jaren ontstaat steeds duidelijker het inzicht dat vroege onderkenning en behandeling met cognitieve gedragstherapie een rol kunnen spelen in de preventie van psychoses.

Bron: Gaag, M. van der, Smit, F., Bechdolf, A., French P., Linszen, D.H., Yung, A.R., McGorry P. & Cuijpers, P. (2013). Preventing a first episode of psychosis: meta-analysis of randomized controlled prevention trials of 12 month and longer-term follow-ups. *Schizophrenia Research*, 149 (1–3), 56–62.

Ook andere psychologische en psychotherapeutische interventies kunnen bijdragen aan de preventie van de

ontwikkeling van aandoeningen, zie hiervoor de betreffende zorgstandaarden. Aan groepen met een hoog risico (zoals mensen met psychose in de familie, drugsgebruikers, daklozen, migranten) dient vroegtijdig een behandeling te worden geboden om te voorkomen dat psychische problemen verergeren (zie ook het [Handboek Vroege Psychose](#)). Omdat hiermee kan worden voorkomen dat mensen uit een hoog risicogroep aangewezen raken op intensievere zorg en sociaal geïsoleerd raken, is dit onderwerp niet alleen relevant voor de ggz maar juist ook voor gemeenten en andere maatschappelijke partners.

In het nieuwe zorgstelsel spelen huisartsen en praktijkondersteuners huisartsenzorg GGz (POH-GGZ) een belangrijke rol bij vroegsignalering en preventie van (ernstige) psychische aandoeningen en verslavingsproblemen. Ook wijkteams vervullen hier een rol. Door dichtbij de burgers te komen en snel een oplossing te bieden, zouden zij een escalatie van problemen kunnen voorkomen. Daarom is het van belang dat professionals van wijkteams, huisartsen en praktijkondersteuners kennis hebben over waarschuwingssignalen, risicovolle situaties en de mogelijkheden voor preventieve behandeling. Samenwerkingspartners in de wijk en huisartsenzorg moeten dus worden voorgelicht over vroegsignalering en de mogelijkheden voor geïndiceerde preventieve CGT-behandeling binnen de ggz. Deze informatie dient ook beschikbaar te zijn voor naasten. Met hen kan worden samengewerkt en waar nodig ondersteuning worden geboden.

3.3. Diagnostiek

In deze module is gekozen voor een transdiagnostische en fasegevoelige benadering van (ernstige) psychische aandoeningen. Bekijk bij iedere patiënt de problematiek vanuit de persoonlijke context en fase van herstel. Breng in kaart in welke mate specifieke symptomen aanwezig zijn en hoe deze over de tijd veranderen. Betrek naasten hierbij als informant en signaleerder en heb ook oog voor hun problemen en behoeften. Wees u zich daarbij wel bewust van uw beroepsgeheim naar naasten toe; omgekeerd kan de patiënt via inzage in het medisch dossier kennis nemen van de informatie verkregen van naasten als informanten. Wees naar patiënten en naasten daarom open over dit aspect.

3.3.1. Transdiagnostische benadering

Patiënten met uiteenlopende stoornissen ondervinden vaak klachten van meerdere en overlappende symptoomdomeinen (transdiagnostisch), zoals psychotische symptomen bij angst en bipolaire stoornissen. Diagnostiek richt zich daarom niet op de aandoening als geheel, maar op specifieke symptoomdomeinen daarbinnen. Daarbij geldt dat hoe specifiekere je kunt zijn, hoe hoger de kans dat de behandeling slaagt. Daarnaast is van belang dat de diagnostiek aansluit bij specifieke zorgstandaarden met state of-the-art kennis voor die klachten. Indien nodig kan gespecialiseerde diagnostiek of een second opinion worden overwogen.

3.3.2. Fasegevoelige benadering

Een fasegevoelige benadering gaat er bovendien vanuit dat het verloop van de aandoening een uniek en dynamisch proces is. Na perioden van teruggang kan weer herstel optreden en vice versa. De specifieke situatie en context van een patiënt (diens levensverhaal en de betekenisverlening hieraan) dient het individuele zorgaanbod te bepalen. Daarom dient jaarlijks een herevaluatie van de (farmaco)therapie en aanvullende diagnostiek van klachten en contextuele factoren te worden uitgevoerd. Een toestandsbeeld is niet statisch, maar kan over de tijd variëren in interactie met levensomstandigheden. Het maken van een diagnose overstijgend model waarbij ernst en lijden in kaart wordt gebracht van elk symptoomdomein, een zogenoemde casusconceptualisatie, is daarbij behulpzaam. Hierbij kan - indien mogelijk - worden gekozen voor korte, fasegerichte psychologische en psychotherapeutische interventies. Ook kan worden aangesloten bij nieuwe ontwikkelingen en onderzoek passend bij deze fasegerichte en transdiagnostische zorg, bijvoorbeeld op het terrein van eHealth, mHealth en virtual reality.

Een op deze psychotherapeutische principes gebaseerde benadering versterkt ook de andere disciplines betrokken bij de zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen en zou als grondhouding voor het

hele multidisciplinaire team moeten dienen.

3.3.3. Speciale aandacht voor traumagerelateerde klachten

Bij de diagnostiek bij ernstige psychische aandoeningen is speciale aandacht nodig voor het signaleren van trauma gerelateerde klachten. Deze klachten komen vaak voor bij mensen met ernstige psychische problemen.

Bron: Kamperman e.a. (2014). Criminal Victimization in People with Severe Mental Illness: A Multi-site Prevalence and Incidence Survey in the Netherlands. PLOS ONE.

Het gaat dan zowel om klachten veroorzaakt door trauma in de voorgeschiedenis als traumatisering na het ontstaan van een (ernstige) psychische aandoening. Het routinematig uitvragen van traumatische gebeurtenissen en de gevolgen daarvan, als wel het aanbieden van een behandeling hiervoor, wordt aanbevolen bij patiënten met ernstige psychische aandoeningen. Wij verwijzen hiervoor en voor de behandeling ervan naar de zorgstandaard Trauma en stressorgerelateerde stoornissen.

3.3.4. Andere aandachtspunten bij diagnostiek

Daarnaast verdienen ook andere veel voorkomende onderwerpen de aandacht in de diagnostiek, zoals suïcidaliteit en zelfbeschadiging, verslavingsproblemen, comorbiditeit, seksualiteitsproblemen en cognitieve problemen en/of een lager begripsniveau. Het voert te ver om deze thema's alle uit te werken, maar wij wijzen u graag op relevante producten op deze specifieke thema's, zoals de zorgstandaarden [Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving](#) en [Opiaatverslaving](#) en de generieke modules [Psychische stoornissen en zwakbegaafdheid \(ZB\) of een licht verstandelijke beperking \(LVB\)](#), [Comorbiditeit](#), Psychotherapie en [Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag](#).

3.4. Behandeling, begeleiding en terugvalpreventie

3.4.1. Behandeling

Medisch-psychiatrische, psychotherapeutische en psychologische behandeling zijn van groot belang voor het herstel van mensen met (ernstige) psychische aandoeningen. Omdat deze behandelingen uitgebreid aan bod komen in de stoornisspecifieke zorgstandaarden, ligt in deze generieke module de nadruk op generieke principes in de behandeling. Een uitwerking hiervan voor de beroepsgroep van psychiaters, is te vinden in de Handreiking EPA van de NVvP (nog in ontwikkeling).

3.4.2. Grondhouding

De behandeling van mensen met ernstige psychische aandoeningen vraagt om een basishouding die zich als volgt laat omschrijven:

- Bereidwillige, verwelkomende en hoopvolle bejegening;
- Alliantie met de patiënt aangaan door een houding van interesse, nieuwsgierigheid, respect, warmte, positieve houding, openheid en flexibiliteit;
- De werkrelatie wordt voortdurend gemonitord om breuken in de relatie te detecteren en via zelfreflectie, supervisie en teambespreking te herstellen;
- Voor continuïteit is van belang zich langere tijd te verbinden en een lange adem te hebben;

- Actief, structurerend en betrokken coachen van de patiënt bij het behalen van de hersteldoelen;
- Oog hebben voor de gevolgen van de stoornis op het dagelijkse leven (bijvoorbeeld opleiding, werk, naastbetrokkenen), maar ook voor mogelijkheden, kwaliteiten en krachten bij de patiënt en zijn netwerk;
- Reacties van de patiënt op de behandeling en op de werkrelatie routinematig monitoren.

Zoals toegelicht in [Diagnostiek](#), is in deze module gekozen voor een transdiagnostische en fasegevoelige benadering van ernstige psychische aandoeningen. Deze benadering gaat ervan uit dat de klachten, krachten en omgeving elkaar beïnvloeden en dat de individuele hulpvraag daardoor over de tijd sterk kan wisselen. De ggz-behandelaar heroverweegt (minimaal) jaarlijks de inzet van behandelinterventies. De persoonlijke context en focus op de klacht zijn belangrijke factoren bij de besluitvorming over inzetten van interventies.

Gezamenlijke besluitvorming is nodig om de patiënt en zijn eventuele naaste(n) invloed te geven op de keuze en invulling van de behandeling. Het argument 'we hebben dat al geprobeerd en dat werkte niet' mag nooit reden zijn om een interventie in een vervolgfase achterwege te laten. Voor de keuze van de behandelinterventies kan worden aangesloten bij specifieke zorgstandaarden met state-of-the-art kennis voor die klachten.

3.4.3. Behandel mogelijkheden voor trauma gerelateerde klachten

Voor trauma gerelateerde klachten zijn goede behandel mogelijkheden. Recent Nederlands onderzoek laat zien dat deze behandelingen (EMDR en prolonged imaginaire exposure protocollen) effectief, veilig en goed toepasbaar zijn bij patiënten met PTSS en ernstige psychotische stoornissen.

Bron: Berg DP van den, de Bont PA, van der Vleugel BM, de Roos C, de Jongh A, van Minnen A, van der Gaag M. Prolonged exposure vs eye movement desensitization and reprocessing vs waiting list for posttraumatic stress disorder in patients with a psychotic disorder: a randomized clinical trial. JAMA Psychiatry 2015; 72: 259-67.

Gezien de belangrijke rol van trauma bij ontstaan en beloop van stoornissen en de grote belasting ervan voor patiënten, moet de behandeling altijd worden overwogen (zie zorgstandaard Trauma en Stressorgerelateerde stoornissen).

3.4.4. Andere aandachtspunten in de behandeling

Naast trauma gerelateerde klachten verdienen ook andere veel voorkomende onderwerpen specifieke aandacht in de behandeling van ernstige psychische aandoeningen, zoals suïcidaliteit en zelfbeschadiging, verslavingsproblemen, comorbiditeit, seksualiteitsproblemen, cognitieve problemen en/of een lager begripniveau. Voor patiënten met cognitieve problemen kunnen ook interventies worden ingezet die het dagelijks functioneren kunnen verbeteren, bijvoorbeeld Cognitieve Adaptatie Training (CAT). Deze interventie biedt verpleegkundigen praktische handvatten om patiënten te helpen zelfstandiger te functioneren. Het voert te ver om in deze module alle hiervoor genoemde onderwerpen uit te werken, hiervoor verwijzen wij graag naar de generieke modules [Psychische stoornissen en een licht verstandelijke beperking](#), [Comorbiditeit](#), [Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag](#).

3.4.5. Vaktherapieën

Vaktherapie is een psychosociale interventie die veel wordt ingezet bij de behandeling van transdiagnostische factoren (zoals emotieregulatie, verwerking en adaptatie rondom levensgebeurtenissen en verlieservaringen, sociaal functioneren) van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Vaktherapie is vooral aangewezen wanneer patiënten moeite hebben om gevoelens onder woorden te brengen, of wanneer een meer praktische/ ervaringsgerichte benadering is aanbevolen (zie de generieke module [Vaktherapie](#)).

3.4.6. Medicatie

Inname van medicatie is nooit een behandeldoel. Medicatie is tenslotte een middel om persoonlijke doelen te helpen bereiken. De psychiater heeft geen exclusieve toegang tot dit gereedschap. Samen met teamleden deelt die overwegingen met patiënt en met de naasten die de patiënt daarbij wil betrekken en betrokken familie om dit gereedschap optimaal aan te wenden, om zo eigen doelen te bereiken. Ieder behandeladvies en recept sluit zo aan op het hersteldoel en op de zorgbehoeften van patiënt en betrokkenen. Allereerst wordt een middel gekozen op basis van specifieke voorkeuren en zorgen van de patiënt. Daarvoor wordt het gehele profiel besproken van werking en mogelijke bijwerkingen van de beschikbare opties. Zo kiezen patiënt en psychiater samen een middel of een combinatie van middelen met een nauwkeurig afgestemd doseringsschema voor een bepaalde periode.

De acceptatie van het gebruikte middel hangt sterk af van de waardering van de verschillende bijwerkingen. Ook milde bijwerkingen van bijvoorbeeld antipsychotica belemmeren het functioneel herstel op alle levensgebieden en kunnen grote gevolgen geven op lange termijn, namelijk gezondheidsproblemen en voortijdig staken van het middel. De kans dat bijwerkingen worden verdragen is sterk afhankelijk van ervaren doelmatigheid van de medicatie. Motivatie om bijwerkingen te verdragen ontstaat alleen als de patiënt ervan overtuigd is dat met medicatie een persoonlijk doel kan worden behaald en daarmee ook een ernstig risico kan worden afgewend.

Het bieden van goede zorg vraagt om de persoonlijke situatie van de patiënt goed in kaart te hebben, en dus ook de factoren die persoonlijk en maatschappelijk herstel bevorderen of belemmeren. Deze context dient een centrale plaats te hebben bij diagnostiek en behandeling. De doelstellingen die de patiënt heeft op het gebied van persoonlijk en maatschappelijk herstel, bepalen de richting van de zorg.

3.4.7. Belang van de werkrelatie

Behalve de interventie is de werkrelatie een belangrijk instrument voor het bereiken van behandelresultaten. Beide elementen zijn belangrijk en versterken elkaar. De werkrelatie wordt gedefinieerd als de houdingen en gevoelens van patiënt en hulpverlener ten opzichte van elkaar en de wijze waarop deze tijdens de behandeling tot uitdrukking worden gebracht. Uit onderzoek blijkt een positieve werkrelatie tussen patiënt en hulpverlener samen te hangen met therapiesucces, al weten we niet precies of de werkrelatie het therapiesucces veroorzaakt of vice versa.

Bron: Waller G, Turner H. Therapist drift redux: Why well-meaning clinicians fail to deliver evidence-based therapy, and how to get back on track. Behav Res Ther. 2016 Feb; 77:129-37. doi: 10.1016/j.brat.2015.12.005.

Ook zijn er aanwijzingen dat een slechte relatie een negatief effect heeft.

Bron: Goldsmith, L. P. , Lewis S. W. , Dunn, G., Bentall, R. P. (2015). Psychological treatments for early psychosis can be beneficial or harmful, depending on the therapeutic alliance: an instrumental variable analysis. Psychological Medicine, Volume 45, Issue 11 August 2015, pp. 2365-2373. <http://dx.doi.org/10.1017/S003329171500032X>

Het is dus van belang te investeren in het opbouwen van een positieve werkrelatie in het gehele behandelproces. Tijdens de behandeling kunnen zich breuken voordoen, geassocieerd met de moeilijkheden van deze patiënten om langdurige stabiele intieme relaties aan te gaan. De hulpverleners zullen daarom op een open, creatieve en betrokken manier patiënten moeten benaderen, waarbij ze sensitief zijn voor breuken in de werkrelatie en vaardig genoeg om deze breuken te herstellen. Zelfs wanneer ze gepaard gaan met heftige emoties (zoals agressie) (zie [Geïntegreerde richtlijnbehandeling voor de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen](#)).

3.4.8. Gezamenlijke besluitvorming

Gezamenlijke besluitvorming is nodig om de patiënt invloed te geven op de keuze en invulling van de behandeling. Het omvat alle onderdelen van de zorgcyclus, zowel de diagnostiek als de behandeling, begeleiding en re-integratie. Het is een vorm van samenwerken waarin de gelijkwaardigheid tussen patiënt, professional en naaste(n) tot uitdrukking komt. De basis is een goede onderlinge relatie (zie ook de generieke modules [Zelfmanagement](#) en [Ondersteuning en samenwerking naasten](#)). Om de patiënt en zijn naasten echt invloed te geven op de behandeling is het belangrijk om niet alleen de uiteindelijke beslissingen, maar ook de onderliggende overwegingen gezamenlijk overeen te komen. Hierbij dient ook oog te zijn voor de problemen en behoeften van de naaste(n). Er kan gebruik worden gemaakt van de methodiek Samen keuzes maken.

Tevens dient aandacht uit te gaan naar mogelijke spanningsvelden in de behandeling, bijvoorbeeld wanneer het professionele perspectief op gespannen voet staat met het perspectief van de patiënt. Dit kan voorkomen bij het gebruik van medicatie, bij acute crisissituaties, bij het nemen van risico's (de 'dignity of risk') en bij de toepassing van dwang en drang (zie ook [generieke module Herstelondersteuning](#)). Eigen regie van de patiënt is hierbij een belangrijke uitgangswaarde. Eigen regie houdt in dat de persoon zoveel mogelijk zelf richting geeft aan diens leven, de doelen van de zorg, gebaseerd op zijn eigen waardensysteem, en de methode en stijl van zorg. Veel mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen zien hun eigen regie in het leven door de aandoening en omstandigheden die daarmee samengaan verminderd. Ook is bij hen de waarde van eigen regie belangrijk geworden, omdat zij in het verleden te weinig zelf de doelen hebben mogen bepalen en hulpverleners met alle goede bedoelingen soms teveel voor hen invulden in het leven. Hierom is het bij deze doelgroep van belang om de eigen regie waar mogelijk expliciet te stimuleren en verbeteren. Zo heeft de patiënt in principe de eigen regie in het bepalen van levensdomein doelen, zoals waar hij wil wonen, dat hij meer sociaal contact zou willen, of welk werk hij wenst te doen. De hulpverlener geeft hierbij nadrukkelijk aan dat de patiënt bepaalt wat de doelen zijn. Onrealistische doelen worden besproken en bekeken op hun haalbaarheid. De hulpverlener denkt zoveel mogelijk mee in de eerste stappen naar een dergelijk doel. De eigen regie, alsook dromen over de toekomst – en de activerende kracht hiervan – krijgen hierbij een hogere prioriteit dan iemand behoeden voor mogelijke teleurstelling ('dignity-of-risk').

3.4.9. Behandeldoelen

Ook heeft de patiënt in principe de eigen regie in het bepalen van de behandeldoelen. Uitzonderingen zijn doelen die niet ondersteunend zijn voor de eigen regie van de patiënt, maar juist vanuit de aandoening komen (bijvoorbeeld: 'ik wil de wereldproblemen oplossen door op TV te komen, want zo communiceer ik met de wereldleiders') of die het herstel ondermijnen (bijvoorbeeld: 'ik wil leren om minder buiten te hoeven zijn, zodat ik beter veilig blijf en niet aan paniekaanvallen overlijdt'). De hulpverlener tracht met respectvolle gesprekstechnieken te onderhandelen over dit soort doelen. Wanneer de patiënt een behandelmethode wenst, die niet onderbouwd is in reguliere zorgstandaarden, dan biedt de hulpverlener dit niet en stimuleert dit evenmin. Daar zit een grens van de reguliere zorg die de hulpverlener duidelijk aangeeft.

3.4.10. Dwang en drang

Dwang en drang kunnen leiden tot stigma en trauma. Het onderscheid tussen dwang en drang heeft te maken met de mate van keuzevrijheid die men nog heeft als cliënt. Beide kunnen de autonomie van de cliënt schaden. Men spreekt van *dwang* als iemand tegen zijn wil genooddaakt wordt iets te doen of te laten. Van *drang* spreekt men wanneer de persoon zodanig wordt beïnvloed dat hij minder keuze heeft.

Bron: Centrum voor Ethiek en Gezondheid, ca. 2015

Het toepassen van dwangmaatregelen heeft belangrijke gevolgen voor het zoeken van hulp, het engagement met diensten van geestelijke gezondheidszorg, en ook voor stigmatisering van mensen met psychische aandoeningen. Vroegere en effectievere interventies zouden kunnen bijdragen aan het minimaliseren van het

gebruik van dwangmedicatie.

Bron: Jarrett, Bowers en Simpson (2008)

Betere training van personeel in vaardigheden zoals de-escalatie strategieën, zou ook van waarde kunnen zijn bij het vermijden van dwang.

Dit neemt niet weg dat er situaties zijn waarin het wenselijk of zelfs noodzakelijk is om tijdelijk de regie van de patiënt over te nemen. Dat kan het geval zijn als de patiënt dat voor een bepaalde situatie heeft vastgelegd in een crisiskaart of veiligheidsplan of als er sprake is van 'wilsonbekwaamheid'.

Dit neemt niet weg dat er situaties zijn waarin het wenselijk of zelfs noodzakelijk is om tijdelijk de regie van de patiënt over te nemen. Dat kan het geval zijn als de patiënt dat voor een bepaalde situatie heeft vastgelegd in een crisiskaart of veiligheidsplan of als er sprake is van 'wilsonbekwaamheid'. : Zie Handreiking voor de beoordeling van wilsbekwaamheid.

[Meer informatie](#)

Bij wilsbekwaamheid gaat het om de vraag of iemand in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake. In dit geval over de eigen doodswens en over de behoefte om zich al dan niet te laten behandelen. Zo ja, dan is er geen rechtvaardiging om in te grijpen op de autonomie van de patiënt. Zo nee, dan neemt de noodzaak toe om de autonomie te beperken en verantwoordelijkheden over te nemen, bijvoorbeeld via aanwijzing van een vertegenwoordiger. Zie verder de generieke module [Acute psychiatrie](#) en de [richtlijn Dwang en Drang](#) van de NVvP.

3.4.11. Ernstig probleemgedrag of vastgelopen behandeling

Als zorgverleners vast te lopen met een patiënt met ernstig en langdurig probleemgedrag en geen handelingsperspectief meer zien, kan dit besproken worden in het team of binnen intervisie of supervisie. Mocht dit onvoldoende werken, dan kan consultatie worden aangevraagd bij de hoogspecialistische ggz (HS GGZ), zoals [High & Intensive Care \(HIC\)](#), [Klinieken voor Intensieve Behandeling \(KIB\)](#), het [Centrum voor Consultatie en Expertise \(CCE\)](#) of een [TOPGGZ](#) afdeling. De patiënt zelf, naasten of vertegenwoordigers kunnen dat ook doen, bij voorkeur in samenspraak met de betrokken hulpverleners en zorginstelling.

3.4.12. Begeleiding

Met begeleiding worden activiteiten bedoeld:

1. waarmee iemand wordt ondersteund bij het uitvoeren van algemene dagelijkse levensverrichtingen;
2. en bij het aanbrengen en behouden van structuur in en regie over het persoonlijk leven.

De term begeleiding is in het kader van de Wmo, de Jeugdwet en de Langdurende zorg beleidsmatig gedefinieerd.

3.4.13. Rehabilitatie

Rehabilitatie is een proces dat als doel heeft mensen te ondersteunen bij hun eigen herstelproces en hen te helpen binnen hun mogelijkheden zo optimaal mogelijk te functioneren op levensgebieden zoals wonen, werken, leren en sociale contacten met zo min mogelijk professionele hulp. Investeren in kwalitatief betere rehabilitatiegerichte zorg blijkt meer autonomie op te leveren bij mensen met ernstige psychische aandoeningen.

Bron: Killaspy, H., Zis, P. Predictors of outcomes for users of mental health rehabilitation services: a 5-year retrospective cohort study in inner London, UK. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol (2013) 48: 1005. doi:10.1007/s00127-012-0576-8.

Er zijn verschillende methodieken voorhanden die professionals kunnen toepassen. De best onderzochte en effectief bevonden algemene rehabilitatiemethode is de Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB). IRB is erop gericht om mensen met ernstige psychische aandoeningen op een systematische manier te helpen bij het expliciteren en realiseren van hun individuele wensen op het gebied van wonen, sociale contacten, dagbesteding, leren en werken. [Andere methodieken](#) zoals Systematische Rehabilitatiebenadering (SRH) en Strengths model zijn wel goed beschreven en theoretisch onderbouwd, maar zijn nog niet op effectiviteit onderzocht. Professionals dienen gebruik te maken van deze rehabilitatiemethodieken om het zelfstandig functioneren en maatschappelijk herstel van mensen met psychische aandoeningen te helpen realiseren.

De implementatie van rehabilitatiemethodieken behoeft extra aandacht. Veel professionals vinden het nog lastig om de vertaalslag te maken van training naar praktijk.

Bron: Heer-Wunderink, C. de (2012). Successful community living: a 'Utopia'? A survey of people with severe mental illness in Dutch Regional Institutes for Residential Care. Proefschrift. Groningen: RGOc-reeks, nummer 31, Rijksuniversiteit Groningen.

Aandacht op organisatieniveau voor de implementatie van de methodieken in de werkprocessen zou hieraan kunnen bijdragen. Daarnaast is aandacht nodig voor de houding en competenties van professionals uit de ggz en het sociale domein, onder andere voor destigmatisering van ernstige psychische aandoeningen en om een herstel- en ontwikkelingsgerichte attitude te bevorderen.

Naast bovenstaande methodieken die vooral door de professionals worden toegepast, zijn er ook werkwijzen ontstaan waarbij zelfhulp en de inzet van ervaringsdeskundigheid het uitgangspunt zijn. Deze komen in [Herstel, participatie en re-integratie](#) aan de orde.

3.4.14. Betrekken van naasten

In elke fase van de behandeling en begeleiding van mensen met ernstige psychische aandoeningen is het belangrijk om aandacht te hebben voor naasten, zoals ouders, partner, kinderen, etcetera. De patiënt dient zelf aan te geven wie zijn eerste aanspreekpunt is. Mocht de patiënt geen contact met naasten voorstaan, dan kan worden doorgevraagd wat er in de weg staat. Ook kan de hulpverlener met de patiënt bespreken wat wel en niet besproken wordt met naasten en dat betrokkenheid van naasten belangrijk is voor beiden.

3.4.15. Informeren van naasten en doorbreken zwijgplicht

Als de patiënt zijn naasten niet bij de zorg wil betrekken en geen toestemming geeft voor het verstrekken van informatie aan hen, dan dient de behandelaar dat te respecteren. Uitzondering zijn situaties waarin ouders met gezag/de voogd of een door de rechter benoemd vertegenwoordiger recht heeft op informatie en namens of met de patiënt toestemming moet geven voor een behandeling).

Indien naasten niettemin vragen hebben, kan de hulpverlener algemene, niet patiëntgebonden informatie geven over de aandoening en de impact daarvan op de naasten.

Er zijn situaties waarin de ggz-professional zijn beroepsgeheim mag of zelfs moet doorbreken. Doorbreken van het beroepsgeheim is volgens de bestaande wetgeving toegestaan in de volgende situaties.

- als er toestemming van de patiënt is (dan mag worden doorbroken);
- als er een meldplicht is (bijvoorbeeld de Meldcode bij onveiligheid van kinderen) of andere wettelijk

verplichting (bijvoorbeeld meewerken aan inzage door IGZ in dossiers) (dan moet worden doorbroken);

- als er een conflict van plichten is (bijvoorbeeld suïcide gevaar) (dan mag worden doorbroken);
- als er een wettelijk meldrecht is (dan mag worden doorbroken).

Let wel: de professional schendt zijn beroepsgeheim altijd zo min mogelijk en verstrekt alleen noodzakelijke informatie. Zie ook de generieke module [Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek](#) en de [Handreiking Beroepsgeheim](#) uit 2012 van GGZ Nederland.

3.4.16. Herstel van contact met naasten

Sommige patiënten hechten belang aan het herstellen van contacten met naasten die soms al lang geleden verbroken zijn. Hier kan de sociaal netwerkbenadering voor gebruikt worden (zie [bevorderen van sociale relaties](#)). Daartoe behoort ook, indien gewenst, aandacht voor het herstellen of behouden van de ouderrol.

3.4.17. Kindcheck bij volwassen patiënten met kinderen

Sinds juli 2013 de Kindcheck verplicht. Deze Kindcheck moet worden uitgevoerd als een volwassen patiënt in een situatie verkeert die minderjarige kinderen ernstige schade kan berokkenen. De [Kindcheck](#) helpt oudersignalen in kaart te brengen en vergroot de mogelijkheden om kindermishandeling te signaleren.

Een vertrouwenspersoon van de patiënt (b.v. naaste of een ervaringsdeskundige) dient standaard betrokken te worden bij de intakes, het opstellen van een behandel- en begeleidingsplan en bij de uitvoering ervan. Methodieken als Triadekaart, Eigen Kracht-conferenties en Resourcegroepen kunnen de betrokkenheid van naasten bij de behandeling ondersteunen. Een Resourcegroep is een groep mensen, uitgekozen door de patiënt, die voor de patiënt belangrijk is en die hem helpt persoonlijke, zelfgekozen hersteldoelen te bereiken. Het belangrijkste kenmerk van de Resourcegroepen-methode is eigenaarschap en regie van de patiënt. Hij is de regisseur van de groep en bepaalt wie er in de groep komt. Daarnaast kunnen bijvoorbeeld vrienden en familie-avonden worden georganiseerd om voor de patiënt de drempel te verlagen om naasten bij de behandeling te betrekken of om zichzelf in een andere rol te laten zien.

3.4.18. Bevorderen van sociale relaties

In de begeleiding van mensen met ernstige psychische aandoeningen dient positieve aandacht worden besteed 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. Sociale en intieme relaties zijn belangrijk voor patiënten, maar omdat het vanwege hun aandoening soms moeilijk is deze te onderhouden en gerichte ondersteuning hierbij vaak ontbreekt, blijven hun wensen op dit gebied veelal onvervuld. Mogelijk onderschatten hulpverleners de problemen en wensen van patiënten op dit gebied, of achten zij zichzelf onvoldoende in staat om patiënten hierin effectief te ondersteunen. Dat is onwenselijk, want betekenisvolle relaties stimuleren het herstelproces.

Soms is er sprake van contacten die schadelijk kunnen zijn voor een persoon (bijvoorbeeld in het verslavingscircuit). Zo'n verarmd en weinig steunend netwerk werkt gevoelens van vereenzaming, een geringe zelfachting en een lage ervaren kwaliteit van leven in de hand.

Om het netwerk te vergroten en de kwaliteit van het netwerk te verbeteren, kunnen sociale netwerkinterventies (zoals de IRB-module 'Uitbreiden en verbeteren van je sociale netwerk' en de Liberman module 'Omgaan met sociale relaties en intimiteit') worden ingezet. Deze Interventies moeten goed aansluiten op de betekenis die patiënten zelf aan sociale relaties toekennen. Resourcegroepen kunnen hier ook een bijdrage aan leveren. Daarnaast is het belangrijk om interventies te baseren op een goed inzicht in de factoren en omstandigheden die het sociale leven van mensen met ernstige psychische aandoeningen inperken.

Verder zijn in allerlei gemeenten praktijkvoorbeelden ontwikkeld die het uitbreiden van het aantal sociale contacten en sociale netwerken kunnen ondersteunen, zoals ontmoetingsplekken, maatjesprojecten, buurtcirkels, kwartiermaken en netwerktafels. Deelname aan deze activiteiten dient gestimuleerd te worden, evenals activiteiten op creatief en sportief terrein, zoals KWIK Kijk wat ik kan, Kunst verbindt, muziekwerkplaatsen, beweegactiviteiten en sportevenementen.

Daarnaast bieden nieuwe technologieën mogelijkheden tot het bevorderen van sociale relaties. Zo is de [‘MiiND community’](#) ontwikkeld: een lotgenoten community, die deelnemers de mogelijkheid geeft om in een gesloten groep op verschillende manieren virtueel met elkaar contact te hebben. In Nederland bestaat het [Project Network](#), waarin gebruikers met behulp van een app worden ondersteund in het behouden en verstevigen van hun netwerk.

3.4.19. Wonen

Goede huisvesting, die uitgaat van de wens op dit gebied, en ondersteuning bij dagelijkse zaken zijn van groot belang voor herstel en het verwerven van meer regie op het eigen leven. Om niet alleen in de samenleving te wonen, maar er deel van uit te kunnen maken, zijn niet alleen beschikbare en betaalbare woningen, maar ook toegankelijke voorzieningen nodig. Mensen met een ernstige psychische aandoening hebben recht op eenzelfde voorzieningenniveau als andere burgers. Extra ondersteuning is daarbij soms nodig.

De wensen en behoeften van de persoon moeten het uitgangspunt zijn voor het realiseren van goede huisvesting en de ondersteuning daarbij. Uit verschillende studies blijkt dat de meerderheid van mensen met ernstige psychische aandoeningen liever in de maatschappij woont dan in een instelling. Ook lieten verschillende studies betere uitkomsten zien voor wonen in de maatschappij dan wonen in een instelling.

Bron: Taylor e.a. (2009). A systematic review of the international published literature relating to quality of institutional care for people with longer term mental health problems. BMC Psychiatry 2009. 9:55. DOI: 10.1186/1471-244X-9-55.

Mensen in woon- of verblijfsvoorzieningen worden nog vaak weerhouden om een keuze voor een meer zelfstandig bestaan te maken vanuit onzekerheid over de (continuïteit van) ondersteuning en geschikte woonruimte.

Een stabiele woonomgeving is dus van groot belang voor mensen met een ernstige psychische aandoening en sluit aan bij ontwikkelingen in de zorg (het scheiden van wonen en zorg) en gemeenten.

Bron: Advies Commissie Toekomst beschermd wonen In opdracht van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (2015). Van beschermd wonen naar een beschermd thuis. Den Haag: VNG.

De zorg zou bij deze eigen woning moeten aansluiten (in plaats van andersom) en in intensiteit variëren (‘woning blijft, zorg wisselt’). In de eigen woning kan de ondersteuning worden opgeschaald naar een intensiteit die vergelijkbaar is met die welke in de huidige beschermd wonen setting wordt geboden. Samenwerking en aansluiting moet worden gezocht met andere partners in de wijk, zoals F-ACT of andere multidisciplinaire sociaal psychiatrische teams, maar ook wijkteams en informele zorg zijn bij alle woonvarianten van belang.

3.4.20. Wooninitiatieven

Om voldoende beschikbare en betaalbare wooneenheden te realiseren, zullen gemeenten met corporaties en particuliere initiatiefnemers moeten komen tot nieuw toewijzingsbeleid bij uitstroom uit woonvoorzieningen en/of opvang of klinieken. Gemeenten zoeken ook steeds vaker naar flexibele varianten (bijvoorbeeld

flexwonen) en kijken naar huisvesting vanuit een breder perspectief. Ggz-aanbieders en gemeenten zouden samen kunnen inzetten op innovatie van de begeleidings- en woonconcepten, zoals het wonen in hofjes. Wooninitiatieven van ouders maken ook deel uit van het brede arsenaal aan woonvarianten. Daarnaast is ook een tijdelijke vorm van groepswonen, waarbij abstinentie verplicht is, te overwegen om het middelengebruik en de psychiatrische symptomen van mensen met verslavingsproblemen of dubbele diagnose te verminderen.

Bron: Reif, S. e.a. (2014). Recovery housing: assessing the evidence. *Psychiatric Services* 2014; 65(3): 295-300

Housing First is aan te bevelen voor mensen met een psychische aandoening die dakloos zijn.

Bron: Patterson, M. e.a. (2013). Housing First improves subjective quality of life among homeless adults with mental illness: 12-month findings from a randomized controlled trial in Vancouver, British Columbia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2013; 48(8): 1245-1259.

Deze methodiek is ook toepasbaar voor mensen die uitstromen vanuit woon- of opvang voorzieningen.

Vanuit patiëntperspectief is hierbij extra aandacht nodig voor problemen die kunnen ontstaan in de overgangen tussen functies en voorzieningen. Om deze overgangen te vergemakkelijken, kan gebruik worden gemaakt van interventies zoals de Critical Time Interventie en worden samengewerkt met naasten en/of ervaringsdeskundigen.

3.4.21. Draagvlak in de wijk

Een belangrijke taak voor samenwerkende partijen is om draagvlak voor inclusie te creëren in de wijk en om wijkbewoners en belangrijke spelers in de wijk te ondersteunen. Hoe zijn de verhoudingen tussen bewoner(s) met ernstige psychische problemen en andere buurtbewoners, en hoe gaat de hulpverlening daarmee om? Samenwerking en informatie-uitwisseling tussen hulpverleners in de wijk is hierbij van belang. Preventief kunnen ook buurtcirkels, het eigen netwerk en de Resourcegroep ingeschakeld worden.

Omwonenden weten niet altijd met wie ze contact moeten opnemen als de situatie uit de hand dreigt te lopen. Dan wordt de politie gebeld. Dat leidt niet altijd snel tot de juiste hulp en kan mensen onnodig traumatiseren. Een telefoonnummer waar buurtbewoners gericht hulp kunnen vragen kan helpen dit proces effectiever en efficiënter te maken. Bijvoorbeeld van een meldpunt overlast, vangnet en advies, woningcorporatie of veilig thuis. Wijkgerichte communicatie hierover is belangrijk, zodat buurtbewoners weten wie waarover gebeld kan worden. Het vergroten van kennis bij sociale wijkteams en het creëren van een goede consultatiefunctie (bijvoorbeeld bij de POH GGZ) zijn andere mogelijke ingrediënten. Andersom moeten de algemene voorzieningen in een wijk ook toegankelijk zijn (of worden gemaakt) voor mensen met ernstige psychische aandoeningen.

3.4.22. Indicatiestelling domeinoverstijgend

Inclusie kan worden gerealiseerd door een indicatie of beschikking niet te richten op één aspect van de zorgbehoefte, maar op de breder gewenste en benodigde ondersteuning. Dit betreft niet alleen ggz-zorg. Voor toenemende of blijvende zelfstandigheid van mensen met ernstige psychische aandoeningen is vooral de beschikbaarheid van een netwerk gericht op maatschappelijke ondersteuning van belang. Besteed bij indicatiestelling daarom aandacht aan de breedte van ondersteuning (domeinoverstijgend) die de patiënt wenst.

3.4.23. Bemoeizorg

Veel mensen leven in zorgwekkende omstandigheden, maar krijgen geen ondersteuning omdat ze elke vorm van zorg vermijden. Al ruim twintig jaar bestaan er in Nederland bemoeizorgprogramma's voor mensen die geen contact hebben met de reguliere hulpverlening zoals de geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg of het maatschappelijk werk. In deze programma's worden patiënten opgezocht door bemoeizorgers nadat er een melding is gedaan door bijvoorbeeld familie, burens of woningbouw. Bemoeizorgers verlenen vervolgens laagdrempelige, praktische hulp in de eigen leefomgeving van patiënten. Met als doel hen na een aantal maanden door te kunnen verwijzen naar reguliere voorzieningen.

Bron: D. Roeg, S van de Lindt, G. Lohuis, L. van Doorn (2015). Bemoeizorg van A tot Z. Assertieve en outreachende Zorg. Amsterdam: SWP, 2015.

Onderzoek toont aan dat bemoeizorg gedwongen psychiatrische opnames en gedwongen huisuitzettingen vermindert.

Bron: Poodt, H.D.; Wierdsma, A.I.. Lokale zorgnetwerken: een kwestie van bemoeizorg? Tijdschrift Gezondheidswetenschappen, 2001;79:275–81.

Wierdsma, A.I.; Poodt, H.D.; Mulder, N., Effects of community-care networks on psychiatric emergency contacts, hospitalisation and involuntary admission; Journal of Epidemiology Community Health 2007;61:613–618.

Bemoeizorg stelt hoge eisen aan kennis, vaardigheden en attitude van de hulpverleners. Zij moeten deskundig zijn op zeer verschillende terreinen en bereid zijn om kleine stappen te zetten, samen met de patiënt.

3.4.24. Langdurig verblijf en ART

Ondanks de toenemende vermaatschappelijking van behandeling en begeleiding, zal een kleine groep mensen blijvend of langdurig aangewezen zijn op intramurale 7x24-voorzieningen, bijvoorbeeld vanwege degeneratie van cognitieve of mentale functies.

Active Recovery Triad (ART), ook wel Actief Herstel in de Triade, kan gebruikt worden voor de inrichting van langdurig klinische woonzorg. Dit is een model voor behandeling en (woon)zorg dat is ontwikkeld vanuit de ambitie om nieuwe perspectieven te realiseren voor de betrekkelijk kleine groep mensen met een ernstige psychische aandoening, waarbij het herstelproces vastgelopen is.

Bron: Mierlo, T. van, e.a. (2016). De kunst van ART. Utrecht: De Tijdstroom.

Het gaat om mensen bij wie alle andere zorg al is geprobeerd, die voor langere tijd 24 uurszorg nodig hebben die niet gekoppeld is aan een bepaalde setting of locatie, en die specifieke behandeling, begeleiding en ondersteuning behoeven op verschillende levensgebieden om het herstelproces alsnog op gang te brengen. ART wil een landelijk verbindend, inspirerend en richtinggevend kader bieden voor de langdurige woonzorg, zowel in psychiatrische ziekenhuizen als in de Regionale Instellingen voor Beschermd en Begeleid Wonen (RIBW). Verder biedt ART een eerste aanzet tot het formuleren van een zorg- en begeleidingsstandaard, die hulpverleners ondersteunt in het optimaliseren van herstelondersteunende zorg.

3.5. Monitoring

Monitoring en evaluatie zijn belangrijk om inzicht te krijgen in de resultaten van zorg en om beleid en processen te volgen en tijdig bij te stellen. Monitoring past bij gezamenlijke besluitvorming en ondersteunt het proces van systematische evaluatie met de patiënt en zijn naasten en het bespreken van diverse

behandelopties. Volgens de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO), dient een behandelplan minimaal jaarlijks te worden geëvalueerd met de patiënt, waarbij ook relevante naasten worden uitgenodigd.

3.5.1. Routine Outcome Monitoring

Voor de verplichte jaarlijkse gegevensverzameling van de Routine Outcome Monitoring (ROM), wordt door de Stichting Benchmark GGZ een speciale ROM EPA ontwikkeld. Hierbij staan de vorderingen van de patiënt op de drie verschillende domeinen van herstel (persoonlijk, maatschappelijk en symptomatisch) centraal. Integreer de uitkomsten van de ROM in de jaarlijkse evaluatie van het behandel-/begeleidingsplan met patiënt en relevante naasten. Maak op basis van deze evaluatie afspraken over de zorginhoud, waarbij de inzet van interventies wordt (her)overwogen, én over de taakverdeling en verantwoordelijkheden tussen de betrokkenen bij de behandeling/begeleiding.

3.5.2. Somatische gezondheid

Mensen met een ernstige psychische aandoening hebben een relatief slechte lichamelijke conditie, vergeleken met de algemene bevolking. Recente studies laten zien dat door de gezondheidsproblemen de levensverwachting van deze patiënten 20-25 jaar lager is dan die van de algemene bevolking. Ook leiden de gezondheidsproblemen tot hoge directe en indirecte kosten van zorgvoorzieningen.

Bron: Wetenschappelijke onderbouwing multidisciplinaire richtlijn Somatische screening bij patiënten met een ernstige psychische aandoening (2015). Utrecht: V&VN i.s.m. Trimbos-instituut.

Daarnaast is de somatische zorg voor patiënten met ernstige psychische aandoeningen minder effectief, ook voor aandoeningen die niet met de ziekte of medicatie samenhangen. Dit wordt enerzijds veroorzaakt door inadequaat hulpzoekgedrag van de patiënt. Anderzijds dragen stigma door somatische hulpverleners en zelfstigma bij aan minder effectieve diagnostiek en onderbehandeling. Dit heeft geleid tot een substantiële kloof tussen de (somatische) gezondheidstoestand van mensen met ernstige psychische aandoeningen in vergelijking met de algemene bevolking. Deze kloof heeft zich in het afgelopen decennium verbreed omdat mensen met ernstige psychische aandoeningen minder profiteren van de verbetering van de gezondheidstoestand in de algemene bevolking.

3.5.3. Jaarlijkse somatische screening

Bij alle mensen met een ernstige psychische aandoening dient jaarlijks een somatische screening te worden gedaan die bestaat uit een algemene somatische screening, medicatiemonitoring, en leefstijlanamnese (zie ook de Multidisciplinaire Richtlijnen Somatische Screening en Leefstijlinterventies bij Ernstige Psychische Aandoeningen). Omdat de aanbevolen somatische screening omvangrijk is, wordt aanbevolen om in ieder geval te screenen op bijwerkingen van psychofarmaca, cardiovasculair risico (CVRM) en om nader onderzoek te doen bij klachten, vragen of indicaties. Voor mensen met ernstige verslavingsproblematiek is er een specifieke somatische screeningslijst die beter bij de populatie aansluit. Zie [USS 2.0](#).

3.5.4. Taakverdeling ggz en huisarts

Bij ernstige psychische aandoeningen zijn vaak meerdere hulpverleners betrokken en patiënten hebben behoefte aan meer duidelijkheid over welke hulpverlener ze voor welke gezondheidsproblemen moeten raadplegen. Bij patiënten die zijn verwezen naar de generalistische basis of gespecialiseerde ggz blijft de huisarts regisseur van de somatische zorg. De huisarts heeft vaak veel kennis over de levensloop en sociale

context van zijn patiënten. Op basis van de wensen en mogelijkheden van de patiënt zouden ggz-behandelaar en huisarts moeten komen tot een duidelijke taakverdeling en goede informatie-uitwisseling over de somatische screening en zorg. Bij belangrijke gebeurtenissen of wijzigingen in het beleid is het daarom altijd nodig elkaar te informeren. Voor patiënten in zorg bij de ggz, is de ggz verantwoordelijk voor deze afstemming over de somatische screening en leefstijlbegeleiding. Zo nodig betrekken zij hierbij expertise uit hun professionele netwerk. Voor patiënten die niet in de ggz behandeld worden, draagt de huisarts of diens praktijkondersteuner zorg voor continuering van de somatische screening (inclusief medicatiemonitoring).

Op basis van de uitkomsten van de screening maakt de ggz-behandelaar of de huisarts samen met de patiënt en naasten een plan voor het organiseren van de lichamelijke gezondheid en eventueel het inzetten van leefstijlinterventies. De wensen en mogelijkheden van de patiënt zijn hierbij uitgangspunt. Het is daarbij ook belangrijk om de cultuur van een gezonde leefstijl in ggz-instellingen te bevorderen en voorlichting hierover te geven aan professionals.

3.5.5. Leefstijl

Speciale aandacht verdient middelenmisbruik (inclusief roken) en mondzorg, omdat problemen op deze gebieden vaak niet onderkend of aangepakt worden. Bij signalen van alcoholmisbruik kunnen screeningsvragenlijsten (AUDIT of de Five-shottest) worden afgenomen. Bij een vermoeden van druggebruik kan gebruik worden gemaakt van de CAGE-AID (Dubbele Diagnose, Dubbele Hulp, Richtlijnen voor diagnostiek en behandeling, 2003).

Speciale aandacht verdient middelenmisbruik (inclusief roken) en mondzorg, omdat problemen op deze gebieden vaak niet onderkend of aangepakt worden. Bij signalen van alcoholmisbruik kunnen screeningsvragenlijsten (AUDIT of de Five-shottest) worden afgenomen. Bij een vermoeden van druggebruik kan gebruik worden gemaakt van de CAGE-AID (Dubbele Diagnose, Dubbele Hulp, Richtlijnen voor diagnostiek en behandeling, 2003). Zie ook Handboek cognitieve gedragstherapie bij middelengebruik en gokken (2016) van G.M. Schippers, M. Smeerdijk, M.J.M. Merx.

[Meer informatie](#)

Speciale kwaliteitscriteria voor mondzorg vanuit het patiëntenperspectief zijn beschikbaar (zie [Kwaliteitscriteria mondzorg](#)).

3.6. Herstel, participatie en re-integratie

3.6.1. Herstel

Het begrip 'herstel' verwijst naar het persoonlijke proces van mensen met ernstige psychische aandoeningen die proberen om ondanks de ingrijpende gevolgen van de aandoening hun leven weer op te pakken. Daarnaast is herstellen 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 erop gericht te zijn het herstel van mensen te ondersteunen.

3.6.2. Betekenisgeving en zingeving

Binnen en buiten de ggz schiet de aandacht voor zin- en betekenisgeving vaak tekort. Ggz-professionals kunnen patiënten beter ondersteunen op dit terrein door meer oog te hebben voor hun innerlijke veerkracht en hun levensbeschouwelijke of spirituele bronnen.

Bron: Stel, J. van der (2013). Zelfregulatie, ontwikkeling en herstel. Verbetering en herstel van cognitie, emotie, motivatie en regulatie van gedrag. Amsterdam: SWP.

Aansluitend bij het levens- of herstelverhaal van de patiënt dient er zowel aandacht te zijn voor verliesverwerking als voor levenskracht en positieve levenszin. De inzet van geestelijk verzorgers kan hierbij stimulerend werken.

3.6.3. Herstelverhaal

Het maken van een herstelverhaal is zowel belangrijk voor het eigen persoonlijk herstel als voor de boodschap aan anderen dat herstel mogelijk is. Het werken aan het eigen verhaal dient meerdere doelen: het verwerken van ervaringen, het herkaderen van ervaringen in hersteltaal om zelfstigma te verminderen en eigen kracht te ontwikkelen, en het hervinden van de eigen identiteit. Betekenisgeving is een belangrijk aspect van het eigen verhaal maken, maar is breder. Het heeft te maken met hoe iemand in het leven staat, welke plek hij daarin inneemt, en de betekenis die iemand daaraan toekent. Betekenisgeving aan gebeurtenissen in het leven en aan eigen ervaringen is een manier van zingeving. Voor de ondersteuning van het maken van het eigen verhaal zijn verschillende cursussen en trainingen ontwikkeld, zoals de digitale cursus Bouwstenen van je herstelverhaal, Ervan verhalen en Fotovoice (zie ook [generieke module Herstelondersteuning](#)).

3.6.4. Zelfhulp en herstelgroepen

Uit de wetenschappelijke literatuur blijkt dat zelfhulp- en herstelgroepen effectief zijn als aanvulling op gebruikelijke zorg.

Bron: Fuhr, D.C. e.a. (2014). Effectiveness of peer-delivered interventions for severe mental illness and depression on clinical and psychosocial outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2014; 49(11):1691-1702.

Deelname aan zelfhulp- en herstelgroepen ondersteunt het herstelproces van mensen met ernstige psychische aandoeningen en vergroot hun kwaliteit van leven en zelfregie. Daarnaast krijgen deelnemers meer oog voor hun kwaliteiten en talenten. Daarom dienen zorgverleners de mogelijkheden op dit terrein actief bij mensen onder de aandacht te brengen. Bewezen effectief zijn Wellness Recovery Action Plan (WRAP)

Bron: Cook, J.A., e.a. (2012). Results of a randomized controlled trial of mental illness self-management using Wellness Recovery Action Planning. *Schizophr Bull*, 2012. 38(4): p. 881-91.

en Herstellen doe je Zelf.

Bron: Gestel-Timmermans, H. van e.a. (2012). Effects of a peer-run course on recovery from serious mental illness: a randomized controlled trial. *Psychiatric Services*, 2012. 63(1): p. 54-60.

WRAP ondersteunt mensen bij het benutten en ontwikkelen van ervaringskennis, de verbetering van welbevinden en om gerichte activiteiten te ontwikkelen in de verschillende stadia van herstel. WRAP wordt standaard aangeboden in acht groepsbijeenkomsten, die worden geleid door geschoolde facilitators (ervaringsdeskundigen).

Herstellen doe je Zelf is een cursus van twaalf bijeenkomsten waarin deelnemers in een veilige omgeving onder leiding van twee getrainde ervaringsdeskundige cursusleiders informatie krijgen over, reflecteren op, ervaringen uitwisselen over en oefenen met vaardigheden aangaande thema's die te maken hebben met

herstel.

3.6.5. Ondersteuning door ervaringsdeskundigen

Ervaringsdeskundigen spelen een belangrijke rol in de individuele ondersteuning van het herstelproces van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Ze zijn een rolmodel en bieden hoop dat herstel mogelijk is. Ook kunnen ervaringsdeskundigen de weg openen voor een breder scala van steun dan alleen de professionele hulpverlening, zoals peer support en steun door naasten.

Bron: Boertien, D.J.. & Bakel M. van (2012). Handreiking voor de inzet van ervaringsdeskundigheid vanuit de GGz. Utrecht, Trimbos-instituut.

Daarom wordt aanbevolen om (familie-)ervaringsdeskundigen te betrekken in ggz-teams (van behandelaars en begeleiders) en wijkteams. (Familie-)ervaringsdeskundigen kunnen ervoor zorgen dat er meer oog komt voor de rol, ervaringen en ondersteuning van patiënten en hun naasten (zie ook de [generieke module Herstelondersteuning](#)).

3.6.6. Participatie en re-integratie

Mensen met ernstige psychische aandoeningen ervaren naast lijdensdruk vaak ook andere beperkingen in hun functioneren. De aandoening neemt een deel van de ruimte in beslag om voluit te kunnen leven. Het verrichten van dagelijkse activiteiten en het vervullen van maatschappelijke rollen wordt hierdoor beperkt. De focus van de zorg moet naast het reduceren van de lijdensdruk tevens liggen op het herstel van het sociaal maatschappelijk functioneren. Uiteindelijk is het doel van de zorg dat mensen met ernstige psychische aandoeningen weer een zelfstandig leven kunnen leiden met hun beperkingen en hun mogelijkheden.

3.6.7. Arbeid, opleiding en dagbesteding

Een zinvolle daginvulling vormt een belangrijk element bij het bevorderen van herstel, zodat iemand weer naar vermogen kan meedoen in de samenleving. Het streven daarbij is om ook economisch zelfstandig te kunnen functioneren, binnen de eigen mogelijkheden. Het is belangrijk dat in elke gemeente of regio mogelijkheden voor laagdrempelige dagbesteding (maatwerk) beschikbaar is, zowel betaald als onbetaald. Aanbod van Individuele Plaatsing en Steun (IPS) kan de kans op een betaalde baan vergroten en bespoedigen (zie ook [generieke module Daginvulling en participatie](#)). Ook binnen ggz-organisaties zijn er nog weinig mogelijkheden voor patiënten om werkervaring op te doen. De ggz zou hierin juist een voortrekkersrol moeten vervullen.

3.6.8. Individuele Plaatsing en Steun (IPS)

Voor ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen bij het vinden en behouden van betaald werk wordt Individuele Plaatsing en Steun (IPS) aanbevolen (zie multidisciplinaire richtlijn Werk en Ernstige psychische aandoeningen). IPS is een goed uitgewerkte en effectief gebleken interventie met de volgende kenmerken: iedereen die regulier werk wil, mag meedoen. Er wordt snel gezocht naar betaald werk, waarbij de wensen van de werkzoekende centraal staan. Er wordt langdurige ondersteuning aan de persoon in de werkomgeving geboden (jobcoach). De arbeidsbegeleider is lid van het ambulante behandelteam. Daarnaast is het aanbrengen van werkaanpassingen een belangrijk onderdeel van IPS. Voorbeelden hiervan zijn:

- Op de persoon aangepaste (flexibele) werktijden. Een werknemer met psychische beperkingen kan bijvoorbeeld later aan zijn werkdag beginnen als hij juist in de ochtend moeizaam functioneert.
- Taakaanpassing. Bijvoorbeeld als iemand moeite heeft bepaalde taken te combineren, dan zouden deze na

elkaar kunnen worden uitgevoerd of met anderen gedeeld kunnen worden.

- Communicatie en ondersteuning. Hiertoe behoren een heldere stijl van leidinggeven en het zoeken van een vertrouwenspersoon of 'maatje' op de werkplek.
- Werkplekaanpassingen. Hierbij kan worden gedacht aan een 'rustkamer' waarin de werknemer zich tijdelijk kan terugtrekken om overstimulatie te voorkomen.

Jobcoaching kan worden ingezet met het oog op persoonlijke factoren (veerkracht, vaardigheden, cognitief vermogen) en omgevingsfactoren (zoals de werkomgeving en de thuissituatie) en op de interactie daartussen. Daarnaast kan ondersteuning nodig zijn bij het volgen van een opleiding of stage.

3.6.9. Destigmatisering

Stigmatisering vormt een belangrijk obstakel voor de participatie van mensen met psychische aandoeningen in de maatschappij. Naarmate negatieve beelden over mensen met psychische aandoeningen hun weerslag krijgen op het zelfbeeld van betrokkenen, neemt zelfstigma toe. Om negatieve beeldvorming ten aanzien van mensen met psychische aandoeningen tegen te gaan, dienen professionals en ervaringsdeskundigen (zelf)stigma bespreekbaar te maken binnen en buiten de ggz. Face-to-face contact waarbij een patiënt of ervaringsdeskundige zijn eigen verhaal vertelt, werkt hierbij het beste.

Bron: Weeghel, J. van, Pijnenborg, M., Veer, J. van 't, Kienhorst, G. (red.) (2016). Handboek destigmatisering bij psychische aandoeningen. Principes, perspectieven en praktijken. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Voor meer informatie over (effectieve) stigmapbestrijding verwijzen we naar de generieke module [Destigmatisering](#).

3.6.10. Inclusie bevorderen

Om inclusie te bevorderen is het van belang dat mensen met psychische aandoeningen kunnen participeren binnen algemene maatschappelijke voorzieningen, zoals buurt- en welzijnscentra, vrijwilligersorganisaties en arbeidsvoorzieningen. Dit vereist dat deze voorzieningen voldoende toegankelijk zijn en – waar nodig – specifieke ondersteuning kunnen bieden voor deze doelgroep.

Daarom is meer begrip voor mensen met psychische aandoeningen en actieve betrokkenheid van maatschappelijke organisaties nodig om op wijkniveau ruimte te creëren voor mensen uit deze doelgroep. In de meeste wijken bestaan reeds projecten, die ondersteunend kunnen zijn aan herstelprocessen, zoals creatieve en culturele projecten, sport- en beweegactiviteiten. Maar niet iedereen kent het bestaan van deze plekken, durft er zomaar binnen te stappen, voelt zich welkom en wordt zomaar geaccepteerd door de andere betrokkenen. Kwartiermaken kan gebruikt worden om mensen toe te leiden naar maatschappelijke activiteiten en om maatschappelijke voorzieningen beter toegankelijk te maken. Ook dient de bekendheid van deze plekken te worden vergroot, ongeacht of ze vanuit de zorg, het sociale domein, de patiëntenbeweging of particulier initiatief opgezet zijn. Voorbeelden van deze initiatieven zijn: Wijk en Participatie, Wijkgericht Kwartiermaken, Vriend GGz, zelfregiecentra en herstelacademies (zie ook de [generieke module Herstelondersteuning](#)).

4. Organisatie van zorg bij mensen met ernstige psychische aandoeningen

4.1. Inleiding

4.1.1. Intersectorale zorg

Het uiteindelijke doel om mensen met ernstige psychische aandoeningen hun huidige achterstanden ten opzichte van de algemene bevolking te laten inlopen, heeft grote consequenties voor de organisatie van zorg. Onderdelen van behandeling, begeleiding en ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen overstijgen de verschillende wettelijke kaders en bekostigingsstructuren. Mede vanwege de uiteenlopende aard van hun problemen, zijn mensen met ernstige psychische aandoeningen verdeeld over verschillende sectoren. Ruim de helft is in behandeling bij de gespecialiseerde ggz, inclusief de verslavingszorg. Daarnaast ontvangt bijna een vijfde behandeling of ondersteuning in een ander verband, waaronder de maatschappelijke opvang, de huisartsenzorg of de generalistische basis ggz. Een kwart van de mensen is echter niet in zorg.

Bron: Delespaul, Ph en de Consensus Groep EPA (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. Tijdschrift voor Psychiatrie, juni 2013.

4.1.2. Decentralisatie

Met de invoering van de Wmo 2015 is de verantwoordelijkheid voor de organisatie van het thema beschermd wonen, samen met andere belangrijke functies (bv. inloop en dagbesteding), gedecentraliseerd en bij de gemeenten belegd. Gemeenten spelen hierdoor een cruciale rol op het gebied van wonen, dat nu deel uitmaakt van het bredere gemeentelijke beleid voor het sociale domein. Met deze decentralisatie wordt een betere aansluiting op maatschappelijke ondersteuning verondersteld voor ggz-patiënten.

In het plan van aanpak [Over de Brug](#) werd een aantal uitgangspunten geformuleerd voor de organisatie van herstelgerichte zorg, die we hier ook overnemen:

- Behandeling, begeleiding en ondersteuning worden zoveel mogelijk in de samenleving aangeboden.
- Alle behandel-, begeleidings- en ondersteuningsfuncties zijn goed bereikbaar (flexibel op- en af te schalen) en toegankelijk voor patiënten (en naasten, ongeacht achterliggende bekostigingsstructuren).
- Nauwe samenwerking tussen netwerkpartners (inclusief, en op gelijkwaardig niveau, mensen met ernstige psychische aandoeningen en hun naaste omgeving) is een eerste vereiste.
- In het ondersteuningsnetwerk dient men zowel herstelgericht als evidence-based te werk te gaan.

4.1.3. Geïntegreerde aanpak

Het opknippen van de verschillende dimensies van herstel naar wettelijke domeinen en verantwoordelijke sectoren heeft geleid tot fragmentatie van zorg en doet geen recht aan de complexe en dynamische samenhang tussen deze dimensies. De behandeling van mensen met ernstige psychische aandoeningen beperkt zich daarom niet tot het bevorderen van gezondheid in een 'curatieve ggz'. Het integreren van de coördinatie en het uitvoeren van de zorg is de spil van de behandeling van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Een geïntegreerde aanpak is hierbij een belangrijke voorwaarde voor succes.

4.2. Betrokken zorgverleners

Ambulantisering en afbouw van de intramurale voorzieningen leiden tot een grotere behoefte aan ondersteuning in de samenleving, dichtbij huis. De drie dimensies van herstel (persoonlijk-, klinisch- en

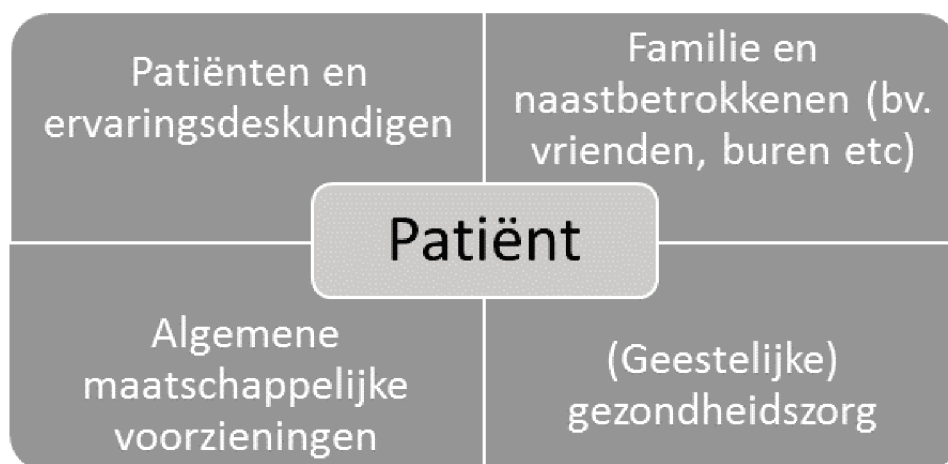
maatschappelijk herstel) zijn leidend bij het inrichten van het behandel-, begeleidings- en ondersteuningsaanbod. Het vergt een integrale aanpak van een netwerk van personen en voorzieningen waarin verschillende sectoren (ggz, verslavingszorg, justitie, gemeente, patiënten- en familieorganisaties, zorgverzekeraars, 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. Zij behartigen hun belangen en ondersteunen het persoonlijke herstel vanuit regionale herstelacademies, zelfregiecentra en voorzieningen in zelfbeheer.

4.2.1. Framework for Support

We zien deze verdeling terug in het 'Framework for Support' waarin de belangrijkste bijdrage van patiënten en ervaringsdeskundigen komt in de vorm van eigen regie, zelfhulp en lotgenotencontact.

Bron: Carling, P.J. (1995). Return to community: building support systems for people with psychiatric disabilities. New York / London: Guilford Press.

Daarnaast is ondersteuning van familie en vrienden belangrijk en vervolgens de dienstverlening door maatschappelijke instanties. Als laatste wordt de bijdrage van de (geestelijke) gezondheidszorg genoemd die, behalve specialistische behandeling, een back-up functie vervult voor primaire steunverleners.



Belangrijke actoren zijn:

1. Patiënten- en familieorganisaties, herstelacademies, zelfregiecentra en andere patiëntgestuurde organisaties.
2. Sociale wijkteams. Deze vanuit de gemeenten ingestelde teams werken voor alle kwetsbare burgers in de wijk, volgens een integrale en generalistische aanpak. Deze teams onderhouden werkrelaties met alle andere functies en participanten van het zorgnetwerk.
3. Ambulante en specialistische behandelteams voor de doelgroep (F-ACT). Deze teams bieden integrale en specialistische, outreachende herstelgerichte ggz-behandeling aan mensen met ernstige psychische aandoeningen. Ook deze teams onderhouden werkrelaties met alle andere functies en participanten van het zorgnetwerk.
4. Gespecialiseerde begeleiding op het gebied van (beschermd-)wonen, gericht op rehabilitatie en persoonlijk en maatschappelijk herstel.
5. Huisarts en praktijkondersteuner huisartsenzorg ggz. De huisarts biedt integrale somatische en psychische zorg, is dossierhouder en poortwachter en heeft toegang tot een consulent-psychiater voor advies.
6. Generalistische basis ggz, OGGz, crisisdienst en outreaching, Intensive Home Treatment (IHT), opnamevoorzieningen (HIC), respijthuizen of -voorzieningen, klinische middellange zorg.

7. Maatschappelijke opvang.
8. Ondersteuning bij werk, opleiding, of dagbesteding en inkomen (inclusief schuldhulpverlening).
9. Veiligheid (politie en justitie).

Bij de betrokkenheid van zo veel actoren en sectoren is het belangrijk dat state-of-the-art behandeling en begeleiding toegankelijk is voor alle mensen uit de doelgroep, ongeacht hun (ingangs)positie in het (zorg)landschap. Behandelen en begeleidingsbehoeften dienen door de (regie)behandelaar in ieder geval jaarlijks opnieuw en op alle levensdomeinen in kaart gebracht te worden en de inzet van interventies heroverwogen. De verantwoordelijke professionals en actoren moeten daarvoor op de hoogte zijn van state-of-the-art zorg en de toegang daartoe. Zorg moet snel kunnen worden op- of afgeschaald indien nodig.

4.3. Samenwerking

4.3.1. Samenwerking rond een persoon

Het is van belang om een persoonlijk netwerk rond de persoon te creëren met mensen die voor hem belangrijk zijn en die hem helpen persoonlijke, zelfgekozen hersteldoelen te bereiken. Dit kunnen naast zijn maar ook (familie-)ervaringsdeskundigen en professionals van binnen of buiten de ggz (Resourcegroep). Tussen de zorgverleners moet effectief worden samengewerkt, met name tussen generalistisch werkende hulpverleners, trajectbegeleiders, rehabilitatiewerkers en behandelaars. Iedere partij binnen het zorgnetwerk heeft hierin zijn eigen expertise en bijbehorende taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Belangrijke voorwaarde hierbij is een goede informatie-uitwisseling, bijvoorbeeld via een persoonlijk zorgdossier van de patiënt waarbij de patiënt kan beslissen wie toegang krijgt en met inachtneming van privacywetgeving en beroepscodes. Informatie-uitwisseling dient zorgvuldig en respectvol te gebeuren. Hulpverleners wisselen alleen noodzakelijke informatie uit en geen privé-informatie die onnodig is voor de samenwerking. Wanneer de patiënt expliciet aangeeft geen informatie-uitwisseling tussen hulpverleners toe te staan, dienen hulpverleners hier gehoor aan te geven. Bij toenemende nadelen of toenemend gevaar (bijvoorbeeld bij suïcidaal gedrag), gaat de prioriteit van het respecteren van de eigen regie en privacy van de patiënt naar beneden en wordt er toch meer samengewerkt.

4.3.2. Samenwerking in de wijk

Om de gezamenlijke doelstelling – het bevorderen van herstel en participatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen – te kunnen verwezenlijken is een geïntegreerde, wijkgerichte benadering nodig, met beschikbare en toegankelijke voorzieningen op meerdere levensgebieden, voor en mét patiënten en hun naasten. Mogelijk geeft het model van het 'maatschappelijk steunsysteem' hiervoor een goede basis.

Naast de F-ACT-teams of andere multidisciplinaire sociaal psychiatrische teams spelen wijkteams (en de achterliggende algemene voorzieningen) een belangrijke rol in de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Voor sommige mensen kan het aantrekkelijk zijn om als gewone wijkbewoner door zo'n generalistisch werkend team ondersteund te worden. Om een goede afstemming tussen sociale wijkteams, F-ACT teams en de teams voor specialistische ambulante begeleiding te realiseren, kunnen vanuit de verschillende teams over en weer teamleden worden gedetacheerd en expertise wordt geleend of uitgewisseld. Zo kan het F-ACT-team mede gebruik maken van de vele werkcontacten van de sociale wijkteams, waardoor men er beter in slaagt om patiënten niet alleen behandeling te bieden maar ook hun participatiewensen te helpen realiseren. Bovendien kan men qua werkwijze naar elkaar toe groeien. Zo is het wenselijk dat de drie teams functionarissen zoals ambulante begeleiders, participatiecoaches en IPS-trajectbegeleiders gaan delen. Hierbij dienen de teams er zorg voor te dragen dat (in crisisgevallen) de mogelijkheid bestaat om direct op en af te schalen naar intensieve en/of specialistische interventies. De (hoog) specialistische zorg moet bereikbaar blijven voor de mensen die worden bediend door de wijkteams en ambulante begeleiders en behandelaars.

Voor een geïntegreerde wijkaanpak is ook een overleg op individueel niveau nodig met de actoren uit de wijk. Hiervoor zijn allereerst de patiënt en naasten, de huisarts, de behandelaar van F-ACT, de ambulant begeleider en de generalist van het sociale wijkteam nodig. Daarnaast, afhankelijk van de problematiek, bijvoorbeeld jeugdzorg, verslavingszorg, de school van de kinderen, de wijkagent. De generalist van het wijkteam kan de initiatiefnemer van dit overleg zijn. Een medewerker van het wijkteam onderhoudt met alle partners samenwerkingsrelaties en heeft een goed overzicht van de sociale kaart van de wijk.

Ook moeten er op wijkniveau afspraken worden gemaakt tussen de huisarts (inclusief POH-GGZ) en de behandelaars in de generalistische basis ggz en de gespecialiseerde ggz voor een effectieve en efficiënte samenwerking en over consultatiemogelijkheden. Wanneer patiënten langdurig gestabiliseerd zijn en/of wensen behandeld te worden door de huisarts, kan de zorg geleidelijk worden overgedragen naar de huisarts, mits die zich hier bekwaam en deskundig voor voelt. Dit dient plaats te vinden in nauw overleg met alle betrokkenen en middels een 'warme' overdracht. Op de volgende momenten moeten ggz-behandelaar en huisarts elkaar in ieder geval informeren: bij intake, jaarlijkse evaluatie, tussentijds bij belangrijke gebeurtenissen of wijzigingen in het (medicatie)beleid, bij uitstroom of terugverwijzing. Zie hiervoor de [Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis GGz en gespecialiseerde GGz](#).

4.3.3. Samenwerking op regionaal niveau

Bij de samenwerking op regionaal niveau spelen drie actoren een belangrijke rol: bestuurders (van gemeenten, zorgverzekeraars, en ggz-aanbieders), professionals en zorgmanagers. Het regionale netwerk voor ernstige psychische aandoeningen heeft naast patiënten en hun naastbetrokkenen, alle drie deze actoren nodig. Daarnaast weten we uit onderzoek dat een regionaal zorgnetwerk alleen effectief is als het door een centrale instantie wordt gecoördineerd, 'a group of dedicated people'.

Bron: Grusky O. (1995). The organization and effectiveness of community mental health systems. Administration and Policy in Mental Health, 22:361-88.

Een gedeelde, domeinoverschrijdende visie op herstel en een duidelijke agenda voor de uitvoering tussen gemeenten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties schept de juiste randvoorwaarden om houvast en richting voor de uitvoering te geven. Bestuurders van de vier genoemde partijen hebben een gezamenlijke regierol en zijn een aanspreekpunt voor gesignaleerde problemen vanuit de praktijk.

Gemeenten spelen een steeds belangrijker rol. Zij moeten ervoor zorgen dat voor mensen met ernstige psychische aandoeningen een breed spectrum aan mogelijkheden van beschermd of begeleid wonen en opvang, en ondersteuning bij maatschappelijke participatie aanwezig is, welke een keten vormt en op elkaar aansluit. Ook moeten gemeenten en woningbouwcorporaties zorgen voor een breed arsenaal aan permanente en betaalbare huisvesting.

4.4. Competenties

Belangrijke competenties voor zorgverleners zijn: omgevingsgevoeligheid, herstelgericht werken (aansluiten bij het verhaal van de patiënt, verbinding zoeken, zelfregie stimuleren), en wijkgerichte werkwijze.

4.4.1. Omgevingsgevoeligheid

In de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen is grote behoefte aan professionals die systemisch denken en netwerkgericht werken, vooral bij complexe problematiek en in onwelwillende omgevingen. Dit vraagt om goede samenwerking en afstemming met informele steungevers en andere professionals. Dit wordt ook wel 'omgevingsgevoeligheid' genoemd: rekening houden met, aansluiting zoeken bij en ondersteuning bieden aan de sociale omgeving.

Bron: Hoof, F. van & Van Rooijen, S. (2013), Werkplaats ambulantisering. Naar een regionaal transitiekader ambulantisering en vermaatschappelijking. Utrecht: Trimbos instituut.

De maatschappij – en de naasten in het bijzonder – zijn altijd een betrokken partij. Dit pleit voor het tot stand brengen van een uitgebreide triade: die tussen patiënt, naasten/maatschappij en zorgverlening.

Bron: Delespaul, Ph., Keet, R., Van der Feltz-Cornelis, C. (2014). Inrichting van de sociale psychiatrie in de moderne tijd. In: Van der Feltz-Cornelis en N. Mulder (red.), Handboek Sociale Psychiatrie. Utrecht: De Tijdstroom, p. 85-102.

4.4.2. Herstelgericht werken

Voor herstelondersteunende zorg zijn persoonlijke kwaliteiten van hulpverleners even hard nodig als hun formele kwalificaties. Tielens spreekt over een verbindende werkrelatie: toon echte interesse in het verhaal en de achtergronden van de persoon in kwestie; doe dat neutraal en onbevangen, als behandelaar heb je niet de ultieme waarheid in pacht. Trek niet te snel conclusies en geef geen ongevraagde adviezen. Investeer in het zoeken naar gemeenschappelijke doelen en het scheppen van een duidelijk kader van taken en verantwoordelijkheden om tijdens de behandeling op terug te kunnen vallen.

Bron: Tielens, J. (2013). Verbindende gesprekstechniek: een praktische handleiding om in contact te komen en te blijven met mensen met een psychose. Voordracht op het Wetenschappelijk Middag Programma Dijk en Duin. Castricum, 10 oktober 2013.

Om die reden zijn goede methodieken nodig maar ook preventieve afspraken bij verlies aan regie of tijdelijke terugval.

Professionals vinden het in de praktijk vaak moeilijk om de regie bij de persoon zelf te leggen. Hoewel veel medewerkers de noodzaak voor het teruggeven van de regie aan de persoon onderschrijven, geven veel professionals ook aan dat ze niet goed weten hoe zij deze slag kunnen maken.

4.4.3. Wijkgerichte competenties

Daarnaast vraagt de integrale, wijkgerichte werkwijze ook om specifieke competenties van zorgverleners, zoals:

- Creativiteit: originele of nieuwe oplossingen kunnen bedenken, invalshoeken vinden die afwijken van gevestigde denkpatronen;
- Coachen: mensen begeleiden en motiveren om hen beter te laten functioneren door hun zelfinzicht, eigen regie en empowerment te vergroten;
- Samenwerken: op effectieve wijze (mee)werken aan een gezamenlijk resultaat, ook als dit niet direct een persoonlijk belang dient;
- Netwerken: ontwikkelen, verstevigen van relaties en coalities binnen en buiten de eigen organisatie;
- Flexibiliteit: zich bij veranderende omstandigheden gemakkelijk aanpassen;
- Overtuigingskracht: anderen voor standpunten en ideeën proberen te winnen en draagvlak creëren.

4.5. Kwaliteitsbeleid

Het sturen op uitkomsten in een intersectorale aanpak dreigt al gauw een doel op zich te worden. Als in de uitvoering de nadruk wordt gelegd op verantwoorden en beheersen zal dit zelden leiden tot enthousiasme of

vernieuwing. Een inhoudelijk kader op basis van het Service Outcome-schema kan een goed beginpunt zijn.

Bron: Anthony, W. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health system in the 1990s. Psychosocial Rehabilitation Journal, 16(4), 11-23.

Aantrekkelijk aan dit schema is vooral dat de benodigde voorzieningen en functies in termen van de gewenste resultaten voor cliënten worden beschreven. Het biedt daarmee een duidelijk ordeningsschema en een gemeenschappelijke taal voor alle betrokken partijen en niveaus (zie tabel functionele voorzieningen voor herstelondersteuning hieronder).

zie tabel functionele voorzieningen voor herstelondersteuning hieronder): Gebaseerd op notitie GGZ Breburg en Trimbos-instituut, 2012.

Funcities (resultaten voor de cliënt)	Essentiële voorzieningen
Waarborg persoonlijke veiligheid	Crisishulp, time-out voorzieningen, buurtzorg, politie
Waarborg basale, fysieke levensbehoeften	Woon- en opvangvoorzieningen, thuiszorg, maaltijdverstrekking
Toegang tot hulpverlening en andere sociaal-maatschappelijke diensten	Casemanagement
Afname van symptomen en psychisch lijden	Behandeling
Verbetering fysieke gezondheid en welbevinden	Algemene gezondheids- en welzijnszorg, preventie, lifestyle
Toename sociale steun	Ondersteuning bij (ontwikkeling van) sociaal netwerk
Empowerment, ontwikkeling eigen kracht	Zelfhulpgroepen, hersteltrainingen, ervaringsdeskundigheid
Meer mogelijkheden tot persoonlijke ontplooiing, een rijk leven	Ondersteuning bij ontdekken/ontwikkelen capaciteiten
Meer mogelijkheden tot activiteiten en participatie	Ondersteuning bij (leren) wonen, werken en leren (rehabilitatie)
Waarborgen gelijke rechten en kansen	Belangenbehartiging, rechtshulp

Tabel: Functionele voorzieningen voor herstelondersteuning

Verder zijn alle aanbieders van 'geneeskundige ggz', dat wil zeggen generalistische basis ggz en gespecialiseerde ggz, binnen de Zorgverzekeringswet per 1 januari 2017 verplicht een kwaliteitsstatuut openbaar te maken (zie [GGZ kwaliteitsstatuut](#)).

Bij het meten van de resultaten voor de patiënt zou pragmatisch gekozen kunnen worden voor beschikbare administratieve gegevens. De Integrale Herstelschaal, die de drie dimensies van herstel meet en opgenomen zal worden in de ROM EPA, zou hiervoor geschikt zijn. Daarnaast zou een koppeling van andere bestaande en gemakkelijk te verkrijgen administratieve gegevens veel nieuwe inzichten opleveren. Tabel beschikbare uitkomstmaten voor sturen op kwaliteit geeft een eerste opzet met al beschikbare uitkomstmaten voor de verschillende niveaus (zie [Plan van aanpak Over de Brug](#)).

	Zorg	Veiligheid	Participatie
Individueel (cliëntniveau)	ggz ROM EPA Proxymaten (bv. (crisis)opnames, somatische zorg en opnames)	ggz ROM, Proxymaten (politiecontacten/ veroordelingen, victimisatie)	Participatieladder Functionele remissie maat Zelfredzaamheidsmatrix Proxymaten (bv. zelfstandige woning, fte werk)
Organisatie (managementniveau)	ggz ROM ggz prestatie indicatoren	Monitor dwang en drang ggz prestatie indicatoren	Participatieladder Zelfredzaamheidsmatrix Wmo prestatie indicatoren
Regio (beleidsniveau, geaggregeerde en geanonimiseerde gegevens)	ggz ROM ggz prestatie indicatoren Wmo prestatie indicatoren Kwaliteitstoetsing Regionaal Aanbod Schizofreniezorg	Veiligheidsmonitor, monitor dwang en drang	Wmo prestatie indicatoren GGD gegevens (incl. bemoeizorg/ MO)

Tabel: Beschikbare uitkomstmaten voor sturen op kwaliteit

4.6. Kosteneffectiviteit en doelmatige zorg

Er zijn aanwijzingen dat preventie van ernstige psychische aandoeningen kosteneffectief is. Ook zijn er aanwijzingen dat integrale zorg kosteneffectief en doelmatig is, maar initiatieven en onderzoek op dit gebied, bijvoorbeeld de proeftuinen populatiebekostiging GGZ van het RIVM, zijn nog in uitvoering.

Een kwaliteitsstandaard beschrijft wat goede zorg is, ongeacht de financieringsbron (Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), aanvullende verzekering of eigen betaling door de cliënt/patiënt). Onderschrijving van de kwaliteitsstandaard door een financier, dan wel opname in het Register van Zorginstituut Nederland, betekent niet dat de beschreven zorg per definitie vergoed wordt door een financier.

Voor vergoeding van de beschreven zorg heeft de patiënt/cliënt mogelijk een aanspraak op een van de financiers. In het geval van de Zvw is het echter aan het Zorginstituut Nederland om te duiden wat verzekerde zorg is binnen het basispakket. Hetgeen betekent dat de goede zorg beschreven in de kwaliteitsstandaard niet gelijk staat aan verzekerde zorg conform het basispakket.

4.7. Financiering

4.7.1. Algemeen

Een kwaliteitsstandaard beschrijft wat goede zorg is, ongeacht de financieringsbron (Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), aanvullende verzekering of eigen betaling door de cliënt/patiënt). Onderschrijving van de kwaliteitsstandaard door een financier, dan wel opname in het Register van Zorginstituut Nederland, betekent niet dat de beschreven zorg per definitie vergoed wordt door een financier.

Voor vergoeding van de beschreven zorg heeft de patiënt/cliënt mogelijk een aanspraak op een van de financiers. In het geval van de Zvw is het echter aan het Zorginstituut Nederland om te duiden wat verzekerde zorg is binnen het basispakket. Hetgeen betekent dat de goede zorg beschreven in de kwaliteitsstandaard niet gelijk staat aan verzekerde zorg conform het basispakket.

4.7.2. Specifiek

Fasegerichte en op de persoon afgestemde zorg is in de huidige situatie een moeizaam proces, vooral in de ambulante (outreaching) zorg, omdat de behandeling, begeleiding en ondersteuning van één patiënt vaak vanuit meerdere financieringskaders wordt bekostigd: Zorgverzekeringswet, Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, Wet langdurige zorg, Wet maatschappelijke ondersteuning, justitie en re-integratiegelden vanuit de UWV en gemeenten. De uitdaging is ervoor te zorgen dat alle functies goed bereikbaar (flexibel op- en af te schalen) en toegankelijk zijn voor patiënten (en naasten), ongeacht de achterliggende bekostigingsstructuren. Resultaten kunnen immers pas bereikt worden met een integrale, persoonsgerichte aanpak met meer accent op preventie en maatschappelijke participatie, geïmplementeerd is.

In de huidige praktijk belemmert een goede afstemming in de financiering het bieden van goede zorg en het ontwikkelen van activiteiten en projecten op het grensvlak van zorg en samenleving. Belangrijke randvoorwaarde voor het realiseren van de integrale, persoonsgerichte aanpak is dat de uiteenlopende financieringskaders (bijvoorbeeld op regionaal niveau) goed op elkaar worden afgestemd.

5. Kwaliteitsindicatoren

5.1. Algemeen

Het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz ontwikkelt een indicatorenset inclusief bijbehorende meetinstrumenten die van toepassing zijn op alle ggz standaarden.

6. Achtergronddocumenten

6.1. Afkortingslijst

- ART = Active recovery triad
- AWBZ = Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
- BW = Beschermd Wonen
- CAT = Cognitieve Adaptie Training
- CCE = Centrum voor Consultatie en Expertise
- CGT = Cognitieve Gedragstherapie
- CVRM = Cardiovasculair Risicomanagement
- EMDR = Eye Movement Desentization and Reprocessing
- EPA = Ernstige psychische aandoeningen
- F-ACT = Flexible Assertive Community Treatment
- GGz = Geestelijke gezondheidszorg
- GRADE = Grading of Recommendations Assesment,, Development and Evaluation
- HIC = High Intensive Care
- IGZ = Inspectie voor de Gezondheidszorg
- IHT = Intensive Home Treatment
- IRB = Individuele Rehabilitatie Benadering
- IPS = Individuele Plaatsing en Steun
- MO = Maatschappelijke Opvang
- PE = Prolonged Exposure
- POH GGz = Praktijkondersteuner Huisartsenzorg geestelijke gezondheidszorg
- PTSS = Posttraumatische stressstoornis
- RIBW = Regionale Instellingen voor Beschermd en Begeleid Wonen
- ROM = Routine Outcome Monitoring
- Wmo= Wet maatschappelijke ondersteuning

- UUV = Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen
- Wlz = Wet langdurige zorg
- WRAP = Wellness Recovery Action Plan
- Zvw = Zorgverzekeringswet

6.2. Handvatten voor de verschillende betrokken partijen

De generieke module Ernstige psychische aandoeningen geeft concrete handvatten aan alle actoren die een rol spelen bij het herstel van patiënten met ernstige psychische aandoeningen: patiënten zelf, naasten, vrijwilligers, ervaringsdeskundigen, zorg- en sociale professionals. Daarnaast geeft de module handreikingen voor de organisatie van herstelondersteuning, zoals de visie, randvoorwaarden en samenwerking binnen de GGZ, verslavingszorg en het sociale domein. Onderstaand volgen de belangrijkste aanbevelingen.

Aanbevelingen voor patiënten, (familie-)ervaringsdeskundigen en naasten

- (Familie-)ervaringsdeskundigen dienen ervoor te zorgen dat zij betrokken worden bij 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) om het herstelproces te ondersteunen en de kwaliteit van leven en zelfregie te vergroten.
- Stimuleer betrokkenheid van naasten - of een andere vertrouwenspersoon (bijvoorbeeld een ervaringsdeskundige) – bij de intake, het opstellen van een behandelplan en bij de uitvoering ervan.

Aanbevelingen voor GGZ- en andere zorgprofessionals

- Respecteer en ondersteun de eigen regie van de patiënt. Eigen regie houdt in dat de persoon zoveel mogelijk zelf richting geeft aan diens leven en de doelen, methode en stijl van zorg.
- Bied risicogroepen een preventieve behandeling om te voorkomen dat psychische problemen verergeren.
- Begrijp de aandoening en problematiek vanuit de persoonlijke context en fase van herstel en breng ernst en leed in kaart van symptomen. Maak dit het referentiekader en de grondhouding voor het hele team.
- Doe systematische jaarlijkse herevaluatie en aanvullende diagnostiek van klachten en contextuele factoren. Het routinematig uitvragen van (de gevolgen van) traumatische gebeurtenissen wordt hierbij aanbevolen.
- Evalueer jaarlijks het behandel-/begeleidingsplan met patiënt en relevante naasten, en integreer hierbij de uitkomsten van de ROM. Maak afspraken over de zorginhoud, waarbij de inzet van interventies wordt (her)overwogen, én over de taakverdeling en verantwoordelijkheden tussen de betrokkenen.
- Doe jaarlijks bij alle mensen met een ernstige psychische aandoening een somatische screening die bestaat uit een algemene somatische screening, medicatiemonitoring, en leefstijlanamnese.
- Wanneer patiënten langdurig gestabiliseerd zijn en/of wensen behandeld te worden door de huisarts, kan de zorg geleidelijk worden overgedragen naar de huisarts als die zich hiervoor deskundig voelt. Dit dient plaats te vinden in nauw overleg met alle betrokkenen en middels een 'warme' overdracht.
- Maak gebruik van rehabilitatie methodieken om het zelfstandig functioneren en maatschappelijk herstel van mensen met psychische aandoeningen te helpen realiseren.
- Maak gebruik van Triadekaart, Eigen Kracht-conferenties, Resourcegroepen en familie-ervaringsdeskundigen om naasten bij de begeleiding te betrekken.
- Besteed in de 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. Maak gebruik van sociale netwerkinterventies om het netwerk te vergroten en de kwaliteit van het netwerk te verbeteren.
- Besteed in de begeleiding aandacht aan de betekenisgeving en zingeving van mensen met ernstige psychische aandoeningen.
- 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.
- Bied niet alleen ondersteuning bij het werk(hervatten), maar ook bij het volgen van een opleiding of stage.

Aanbevelingen voor sociale of GGz-professionals

- Maak zelfstigma en stigmatisering door anderen binnen 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.
- Stimuleer deelname van mensen met ernstige psychische aandoeningen aan creatieve en sportieve activiteiten, activiteiten in buurt- en wijkcentra etc.
- Creëer draagvlak in de wijk om inclusie mogelijk te maken. Ondersteun wijkbewoners en belangrijke spelers in de wijk (sociale wijkteams, huisartsen en POH-GGz) en beleg verantwoordelijkheid en bereikbaarheid bij problemen.

Aanbevelingen voor managers

- Ontwikkel een geïntegreerde, wijkgerichte benadering voor en mét mensen met ernstige psychische aandoeningen en hun naasten, met beschikbare en toegankelijke voorzieningen op meerdere levensgebieden. Besteed hierbij extra aandacht aan problemen die kunnen ontstaan in de overgangen tussen functies en voorzieningen (bijv. van beschermd naar begeleid wonen).
- Overweeg een tijdelijke vorm van groepswonen om het middelengebruik en de psychiatrische symptomen van mensen met verslavingsproblemen of dubbele diagnose te verminderen.
- Ontwikkel Housing First voor mensen met een psychische aandoening die dakloos zijn.
- Gebruik ART voor de inrichting van langdurige klinische zorg.
- Maak de drie dimensies van herstel (persoonlijk-, klinisch- en maatschappelijk herstel) leidend bij het inrichten van het behandel-, begeleidings- en ondersteuningsaanbod; betrek daarbij partners uit meerdere maatschappelijke sectoren voor een integrale aanpak.
- 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.
- Zorg voor een effectieve en efficiënte samenwerking tussen de huisarts, POH-GGz en de behandelaars in de generalistische basis GGz en de gespecialiseerde GGz.

Aanbevelingen voor bestuurders en financiers (gemeenten, zorgverzekeraars)

- Bestuurders en financiers moeten met patiëntenorganisaties regionale bestuurlijke afspraken maken om de benodigde integrale samenwerking voor de uitvoering te faciliteren. Formuleer een gedeelde, domeinoverschrijdende visie op herstel en een duidelijke agenda voor de uitvoering.
- Ontwikkel een meerjarige investeringsagenda om de overgang naar een integrale, persoonsgerichte aanpak met meer accent op preventie en maatschappelijke participatie te realiseren.
- Zorg ervoor dat alle functies goed bereikbaar zijn (flexibel op- en af te schalen) en toegankelijk voor patiënten (en naasten), ongeacht de achterliggende bekostigingsstructuren.
- Gemeenten en woningbouwcorporaties moeten zorgen voor een breed arsenaal van permanente en betaalbare huisvesting met flexibele op- en af te schalen ondersteuning.
- Gemeenten moeten zorgen voor een breed spectrum van dagbesteding die samen een keten vormt en op elkaar aansluit.

6.3. Uitgangsvragen en methoden

De inhoud van deze generieke module is gebaseerd op wetenschappelijke literatuur (systematische literatuurreview) en kennis uit de praktijk (focusgroepen, overwegingen werkgroep). Daarnaast is gebruik

gemaakt van beleidsnotities, grijze literatuur (publicaties die niet in gerefereerde tijdschriften zijn verschenen) en sleutelpublicaties op het terrein van zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. De module is ontwikkeld aan de hand van negen thema's die zijn uitgewerkt in twaalf uitgangsvragen. Voor elke uitgangsvraag zijn de gebruikte methoden aangegeven.

1.	Psychologische behandeling Welke (niet stoomisspecifieke) psychosociale interventies zijn effectief bij mensen met ernstige psychische aandoeningen? <i>Methoden: Stoomisspecifieke zorgstandaarden, grijze literatuur, overwegingen werkgroep</i>
2.	Wonen en verblijf Wat zijn effectieve vormen van begeleiding en ondersteuning van wonen en verblijf voor mensen met ernstige psychische aandoeningen? <i>Methoden: systematische literatuursearch en review (GRADE), grijze literatuur, overwegingen werkgroep</i>
3a.	Leefstijl en somatische screening Welke interventies zijn geschikt om in te zetten voor het bevorderen van een gezonde leefstijl bij mensen met ernstige psychische aandoeningen?
3b.	Welke instrumenten zijn geschikt om in te zetten voor somatische screening bij mensen met ernstige psychische aandoeningen? <i>Methode: Adaptatie aanbevelingen Richtlijn Leefstijl bij patiënten met EPA (2014)</i>
4.	Sociale contacten en sociaal netwerk Wat zijn effectieve vormen van ondersteuning bij het uitbreiden en verbeteren van het aantal sociale contacten en het sociale netwerk bij mensen met ernstige psychische aandoeningen? <i>Methoden: systematische literatuursearch en review (GRADE), grijze literatuur, overwegingen werkgroep</i>
5	Werk Wat zijn effectieve vormen van ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen bij het vinden en behouden van betaald werk? <i>Methode: Adaptatie aanbevelingen MDR Werk en EPA (2013)</i>
6a.	Herstelondersteuning Wat zijn effectieve initiatieven, methoden, instrumenten voor georganiseerde zelfhulp en voor herstelondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen onderling en door ervaringsdeskundigen?
6b	Wat zijn effectieve initiatieven, methoden, instrumenten voor herstelondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen door zorg- en welzijnsprofessionals en informele steunverleners binnen en buiten de GGZ? <i>Methode: Adaptatie aanbevelingen Generieke module Herstelondersteuning</i>
7	Destigmatisering Wat zijn effectieve strategieën en interventies om publiek stigma, zelfstigma en stigmatisering in de medische en maatschappelijke hulpverlening tegen te gaan bij mensen met ernstige psychische aandoeningen? <i>Methode: Adaptatie aanbevelingen Generieke module Destigmatisering</i>
8	Ondersteuning Naasten Welke vormen van ondersteuning van naastbetrokkenen zijn effectief en passend in het verbeteren van psychische gezondheid, zelfmanagement, herstel, welbevinden en het verminderen van sociaal isolement bij mensen met ernstige psychische aandoeningen? <i>Methoden: Adaptatie aanbevelingen Generieke module Samenwerking en ondersteuning naasten</i>
9a	Zorgorganisatie Wat zijn effectieve vormen van zorgorganisatie voor mensen met ernstige psychische aandoeningen?

6.4. Verslag focusgroep MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid

Datum: 15 juni 2015; 14.00 – 16.00 uur, Vergadercentrum Vredenburg, te Utrecht.

Achtergrond focusgroep

Aanleiding van deze focusgroep is de ontwikkeling van de generieke module 'EPA'. Deze zorgstandaard wordt de maatstaf voor het minimaal vereiste niveau van kwaliteit van zorg bij mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA), zowel zorginhoudelijk als procesmatig.

Doelstelling focusgroep: knelpunten-analyse

De focusgroep had als doel om de knelpunten aan het licht te brengen waar patiënten binnen de groep EPA en

hun naasten tegenaan lopen met betrekking tot de zorg.

De volgende organisaties waren bij de focusgroep vertegenwoordigd: MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid (discussieleider), Ypsilon, VMDB, Anoiksis, Altrecht – De Kei (opvang langzaamlerende dak- en thuislozen), Stibo Resultaten, Phrenos.

De knelpunten die benoemd zijn tijdens de focusgroep zijn onderverdeeld in verschillende domeinen: Persoonlijk, Classificatie & Behandeling, Sociaal, en Maatschappelijk.

Domein Persoonlijk

De zorg is te generiek: iedere patiënt zou persoonlijk afgestemde zorg moeten kunnen krijgen.

De benadering van patiënten binnen de EPA-groep is te generiek. Men krijgt in veel gevallen een classificering, wordt daarmee in het bijbehorende behandeltraject geplaatst, en vervolgens wordt men geacht om dit traject van begin tot einde te volgen.

Echter, niet iedere patiënt is hetzelfde. Het is niet realistisch om te verwachten dat iedereen op dezelfde manier geholpen kan worden. Daarbij wordt er van patiënten verwacht dat ze zichzelf kunnen genezen maar dat is gewoonweg niet voor iedereen mogelijk. Op de eerste plaats kan niet iedereen daadwerkelijk genezen en daarnaast houdt de te behalen zelfstandigheid voor velen op een bepaald niveau op. De vraag die gesteld moet worden is: Hoe autonoom kun jij zijn?

Bij EPA is het noodzakelijk dat er heel regelmatig wordt geëvalueerd of men met de behandeling nog op de goede weg zit. Periodiek moet er bekeken worden of het nog mogelijk is om een stapje verder te gaan of dat de grenzen zijn bereikt.

Er moet een individueel evenwicht zijn tussen care en cure. Verschuivingen binnen deze balans verschillen namelijk per persoon en per moment gedurende de behandeling en daar moet meer rekening mee gehouden worden.

Persoonlijke en periodieke evaluaties zijn dus van essentieel belang voor een goede behandeling. Hoe vaak evaluaties plaatsvinden is afhankelijk van het onderwerp. Zo hoeft de huisvesting minder vaak onder de loep genomen te worden dan zaken zoals dagbesteding en medicatie.

Domein Classificatie en Behandeling

De focus ligt te sterk op het stellen van de diagnose: de behandeling zelf moet centraal komen te staan.

Bij EPA is het stellen van een diagnose erg complex. De vaak uiteenlopende symptomen zorgen voor een onduidelijk beeld van wat er precies aan de hand is. Als gevolg hiervan duurt het in veel gevallen lang voordat er een diagnose wordt gesteld en blijkt een gestelde diagnose gaandeweg ook nog onvolledig. Het probleem hierbij is dat patiënten dan wel al een vaststaand behandeltraject zijn gestart en geacht worden dit tot het einde te volgen. In de praktijk worden patiënten tijdens hun behandeling niet op alle vlakken geholpen omdat niet alles aan bod komt in het zorgpad dat hen is toegewezen. Het moet mogelijk worden om gaandeweg de diagnose bij te stellen zodat ook de behandeling aangepast kan worden.

In plaats van het gehele behandeltraject standaard van tevoren vast te stellen zou het beter zijn om ook de mogelijkheid te hebben om met korte trajecten te werken. Hierbij wordt steeds geëvalueerd hoe het met de patiënt gaat en hoe de behandeling het beste voortgezet kan worden. Behandeling in korte trajecten zou een aanvullende optie moeten zijn. Per case moet bekeken kunnen worden of men meer gebaat is bij een vooraf uitgestippeld behandeltraject of bij een behandeling in kleine stappen. De voorkeur van de patiënt moet bij deze keuze bepalend zijn. Er is geen standaardprocedure wat betreft de overname van de regie wanneer 'eigen regie' niet mogelijk is.

In het verlengde van de bovenstaande 'voorkeur van de patiënt' ontstaat het volgende knelpunt: het is de vraag of de patiënt zelf kan bepalen hoe het behandeltraject eruit moet zien. Alhoewel er gestreefd wordt naar 'eigen regie' behoort dit niet altijd tot de opties. Wie neemt de verantwoordelijkheid in dat geval over? Het moet mogelijk zijn om te bepalen wie de regie overneemt als een patiënt hier zelf niet toe in staat is.

Nu is het de psychiater die de verantwoordelijkheid overneemt maar dit zou ook een familielid of iemand anders mogen zijn. Het is in ieder geval noodzakelijk dat er een vaste back-up kan worden aangesteld. Wie kan deze rol het beste vervullen?

Het is moeilijk om de regie over te dragen aan een behandelaar omdat behandelaars vaak wisselen. Degene die de rol overneemt moet dit juist voor een langere termijn kunnen doen; er moet sprake zijn van continuïteit. Daarbij speelt een rol dat patiënten veel verschillende hulpverleners tegelijk over de vloer krijgen en het hierdoor moeilijk is om een beeld te krijgen van het totaalplaatje. Een behandelaar kijkt toch alleen naar zijn of haar eigen onderdeel binnen de behandeling. Bovendien streven verschillende zorgverleners ook verschillende belangen na.

Domein Sociaal

Veel patiënten komen in een sociaal isolement terecht: de hulpverlening is hier nu onvoldoende op gericht.

De meeste hulpverleners zien het sociale isolement van patiënten niet als hulp probleem. Ze kijken alleen naar hun eigen onderdeel binnen de behandeling en niet verder. Als gevolg hiervan is de hulpverlening binnen het sociale domein zeer beperkt ondanks dat hier in de praktijk veel knelpunten ontstaan en dit juist een belangrijk onderdeel van het dagelijks leven is. Immers, het gevoel dat je ergens bij hoort is erg bepalend voor het gevoel van eigenwaarde.

Het zou systematisch geëvalueerd moeten worden hoe het sociaal gesteld is met de patiënt. Als er geen problemen zijn hoeft men verder geen actie te ondernemen maar de evaluatie zou wel een regelmatig terugkomend onderdeel van het zorgplan moeten zijn.

Domein Maatschappelijk

Er is sprake van een stigma rondom patiënten met een psychische aandoening.

In onze maatschappij is de tolerantie wat betreft de patiënten binnen de groep EPA zeer beperkt. Er heerst angst en onbekendheid omtrent deze patiënten en vaak wordt hen verweten dat ze het zelf schuld hebben dat ze niet geholpen kunnen worden.

Veel patiënten schamen zich daardoor voor hun situatie en trekken zich terug uit de samenleving. Vragen om hulp wordt hierdoor steeds lastiger. Ook hier speelt het eerder genoemde sociale isolement dus weer een belangrijke rol.

Om de schaamte voorbij te kunnen gaan is het van essentieel belang dat patiënten een vertrouwensrelatie kunnen opbouwen met een zorgverlener. Het moet mogelijk zijn om een band op te bouwen en alles moet bespreekbaar kunnen zijn. Continuïteit is hierbij belangrijk.

De patiënten vormen een kwetsbare groep binnen de maatschappij. De kwetsbaarheid van patiënten binnen de EPA wordt geïllustreerd door dat ze ten prooi vallen aan criminaliteit –denk bijvoorbeeld aan identiteitsfraude. Zonder daar zelf aan bij te dragen komen patiënten hierdoor in nog grotere problemen terecht. Het is belangrijk dat er hulp komt om hen te beschermen en zich veilig te laten voelen.

De maatschappij wordt steeds complexer en ingewikkelder. Het is voor patiënten steeds moeilijker om volwaardig mee te draaien in de samenleving doordat alles steeds complexer wordt.

Er is steeds vaker sprake van een overbelasting van de patiënten en hun omgeving. Door de ambulantisering komen steeds meer zorgtaken bij de familie van de patiënten terecht. Het is belangrijk dat de familie en naasten zo goed mogelijk ondersteund worden en op die manier zo lang mogelijk in hun kracht kunnen blijven.

Door de marktwerking is de zorg niet meer gericht op kwaliteit maar op het betaalbaar houden van de kosten. De focus ligt te sterk op het financiële aspect van de zorg en niet op de kwaliteit. Als hier geen verschuiving plaatsvindt is het verbeteren van de zorg voor de EPA-groep niet mogelijk. Als verzekerde heb je nu geen invloed op de zorg die je ontvangt maar wordt alles bepaald via de verzekering en de PGB's. Behandelingen moeten weer afgestemd worden tussen vrager en aanbieder; zonder tussenkomst van de verzekeraar.

6.5. Samenstelling werkgroep

Deze generieke module is tot stand gekomen binnen het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ en is ontwikkeld door de Nederlandse Vereniging van Psychiatrie (NVvP), uitgevoerd door een projectgroep van Kenniscentrum Phrenos en het Trimbos instituut (Chrisje Couwenbergh, Nicole van Erp, Hans Kroon, Jaap van Weeghel) in samenwerking met de volgende organisaties:

Werkgroep

Werkgroep: Op het moment van publicatie is deze generieke module nog niet geautoriseerd door de LVVP. InEen en NVKG hebben afgezien van autorisatie.

De prioriteit van Ineen ligt bij onderwerpen die betrekking hebben op bestuurlijke en organisatorische aspecten van eerstelijnszorg. Deze module is vooral zorginhoudelijk. Met de hoeveelheid zorgstandaarden en modules die op dit moment aan ons voorgelegd worden, zijn wij genoodzaakt prioriteiten te stellen. Wij zien daarom af van het beoordelen en autoriseren van deze module.

De NVKG heeft niet geparticipeerd in deze standaard en de inhoud hiervan is minder relevant voor de dagelijkse praktijk van de klinisch geriater; daarom heeft deze standaard de autorisatieprocedure van de NVKG niet doorlopen.

Onafhankelijk voorzitter: Elsbeth de Ruijter, bestuursvoorzitter GGZ inGeest, bestuurslid afdeling EPA NVvP

Organisatie	Vertegenwoordiger(s)
Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)	Niels Mulder en René Keet
Mind Landelijk Platform Psychische Gezondheid	Richard Makkinga en Hafiza William
Zwarte Gat	Marcel Mooij
HEE	Marcia Kroes
GGZ Nederland	Laura van Goor
Kenniscentrum Bipolaire Stoornissen (KenBiS)	Laura van Goor
Vereniging v Gedragstherapie en Cognitieve Therapie (VGct)	Rob van Grunsven
Ned. Vereniging v Gezondheidszorgpsychologie (NVGzP)	Rob van Grunsven
Ned. Huisartsen Genootschap (NHG)	Marian Oud en Ingrid Houtman
RIBW Alliantie	Frederike Kroon
Nederlands Kenniscentrum Angst en Depressie (NedKAD)	Henny Visser
Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen	Saskia Knapen
Resultaten Scoren	Geurt van de Glind
Psychosenet	Philippe Delespaul
Vereniging van Verpleegkundigen en verzorgenden (VenVN)	Ronald van Gool
Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG)	Lenie Scholten
Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)	Lisette van der Meer
Federatie Opvang	Louise Olij
Zorgverzekeraars Nederland (ZN)	Joan Onnink
Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB)	Karin Timmerman