

Centrale doelen

In dit document staan de centrale doelen beschreven voor cliënten met schizofrenie. Daarbij gebruik je ook de documenten over 'Belangrijke begrippen verbeterprogramma' en 'Indicatoren overzicht'.

Centrale doelen

Concreter, in Smart-termen uitgedrukt, zijn de centrale doelen als volgt omschreven:

Het aantal **terugvallen** bij cliënten met schizofrenie is in de laatste 6 maanden van de projectperiode met 30% gedaald ten opzichte van het aantal terugvallen in de eerste 6 maanden van de projectperiode, gemeten met de Clinical Global Impression (CGI). Bij eerste episode projecten is er in de laatste 6 maanden van het project een toename van 30% van het aantal cliënten dat in (partiële) remissie is.

En / of

Het **sociaal functioneren** van de cliënten met schizofrenie is in de laatste maand van het project met 2 punten verbeterd ten opzichte van de eerste maand van het project, gemeten met de subschaal sociaal functioneren van de Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS).

Om deze doelen te realiseren gaat het verbetersteam werken aan:

1. Het (beter) toepassen van effectieve interventies zoals die zijn opgenomen in de multidisciplinaire richtlijn schizofrenie;
2. Het verbeteren van de continuïteit van zorg;
3. Inzet van ervaringsdeskundigen.

Met betrekking tot het thema 'continuïteit van zorg' is het volgende centrale doel geformuleerd:

Aan het einde het project hebben alle cliënten een individueel zorgplan dat niet ouder is dan een jaar.

Lokale doelen

Om de Schizofreniezorg te verbeteren en de centrale doelen te behalen is het belangrijk om aan 3 thema's te werken. Deze thema's zijn: Effectieve interventies, Continuïteit van zorg en inzet ervaringsdeskundigen. Bij deze thema's is het van belang om SMART-doelen te stellen die van toepassing zijn op de lokale situatie.

Thema 1: Effectieve interventies

Omdat de psychiatrie een medisch bedrijf is en antipsychotische medicijnen de hoeksteen van de behandeling zijn, zijn medicamenteuze behandelingen in hoge mate geïmplementeerd. Diagnostiek en medicatieverstrekking zijn overal aan de orde. Het optimaliseren van de behandeling in de zin van het opzoeken van een zo laag mogelijke effectieve dosering en aandacht besteden aan bijwerkingen en het verminderen daarvan blijft een aandachtspunt. De richtlijn laat zien dat over het algemeen lage doseringen zijn aan te bevelen om de bijwerkingen zo minimaal mogelijk te houden. Over de verschillende medicatie laat staan klassiek versus atypisch doet de richtlijn geen uitspraken, behalve dat op termijn atypische middelen hoewel duurder toch kosteneffectiever kunnen zijn vanwege minder vaak stoppen.

Toch is het gewoon voorschrijven van medicamenten niet toereikend. Dat komt doordat:

- cliënten stoppen omdat ze last hebben van bijwerkingen,
- zij de gunstige werking van de medicamenten niet zelf merken,
- zij te verward zijn om een medicatieregime te kunnen volgen,
- zij afspraken vergeten en zonder medicatie komen te zitten,

- zij onvoldoende weten van bijwerkingen, waarschuwingssignalen, blijvende symptomen,
- zij stemmen opvatten als daadwerkelijke existentiële bedreiging en niet als symptoom,
- zij zich onvoldoende laten adviseren door familie, betrokkenen en hulpverleners,
- zij zich niet schikken in een eenzijdig opgesteld behandelplan,
- en veel andere redenen.

Hier komen de psychosociale interventies in het spel. De interventies richten zich op het vergroten van medicatietrouw, het verminderen van de lijdensdruk bij blijvende symptomen, het kunnen herkennen van een dreigende terugval, het vinden van een betekenisvol en hoopvol bestaan door het vervullen van sociale rollen als werknemer, vriend, partner, clublid, enzovoorts.

Een aantal psychosociale interventies worden in de richtlijn inmiddels als bewezen effectief beschreven en mogen eigenlijk niet aan de patiënt worden onthouden. De doelstelling van dit project is een vertaling van de volgende aanbevelingen uit de multidisciplinaire richtlijn schizofrenie: Assertive Community Treatment (ACT), Cognitieve Gedragstherapie (CGT), Psycho-educatie (PE), Psychiatrisch Intensieve Thuiszorg (PIT) – Psychiatrische Crisiszorg Thuis (PCT) – Substituerende Psychiatrische Intensieve Thuiszorg Service (SPITS), Acute dagbehandeling (ADB), Gezinsinterventie (GI), Individual Placement and Support (IPS), Vaardigheidstrainingen, Aandacht voor lichamelijke gezondheid en Farmacotherapie (FTh).

In dit project zijn niet alle bovenstaande interventies opgenomen. Er is alleen voor die interventies gekozen waarvan bekend is dat deze een positief effect hebben op de relapse en heropnames en op het sociaal functioneren. In onderstaande tabel staan de geselecteerde interventies (en de effecten) voor dit project opgenomen. Teams maken lokaal de keuze welke interventie(s) zij beter gaan toepassen.

Tabel 1 De effecten van interventies op terugval en sociaal functioneren

	Terugval vermindering	Verbetering sociaal functioneren
ACT	- 40% ziekenhuisdagen	+ 10-15% huisvesting en werk
CGT	- 14% relapse - 50% ziekenhuisdagen Verbetering medicatietrouw	Verbetering GAF Verbetering Role functioning
PE	- 12% relapse Verbetering medicatietrouw	Verbetering sociaal functioneren
PCT	- 55% opnames	
ADB	Gelijk aantal opnames Minder ziekenhuisdagen	
GI	- 13% relapse - 10% heropname - 48% ziekenhuisdagen	
IPS		10-20% meer werk
FTh	- 50% relapse	

Drie interventies hebben een dubbel effect, dat wil zeggen dat zij zowel terugval terugdringen als het sociaal functioneren bevorderen. Dit zijn ACT, CGT en PE. Psychiatrische Crisiszorg Thuis (PCT), ADB en GI hebben effect op de terugval en niet op het sociaal functioneren. IPS heeft effect op werk en niet op terugval.

Thema 2: Continuïteit van zorg

Naast het beter toepassen van effectieve psychosociale interventies gaat het verbetersteam ook aan de slag met het verbeteren van de continuïteit van zorg. Bij het werken aan continuïteit van zorg denken we in dit project aan de volgende onderwerpen:

- Sneller in zorg
Dit betekent het beter toepassen van goede screening bij de 1e psychosegroep
- In zorg houden
Dit betekent een assertieve houding van de hulpverlener. De hulpverlener is verantwoordelijk voor het voortbestaan van de hulpverleningsrelatie. De cliënt kan de relatie niet beëindigen. Zo wordt het onttrekken aan zorg en behandeling een verantwoordelijkheid van de hulpverlener.
- Reductie wachttijden
Het zorgteam moet snel en traploos kunnen overgaan van laagintensieve zorg naar hoogintensieve zorg (dit vraagt om capaciteitsplanning en flexibiliteit in werkschema's).
- Een individueel zorgplan
Het opstellen van een voor de cliënt individueel gericht behandel-, zorgplan (inclusief signaleringsplan) dat door alle betreffende hulpverleners wordt nageleefd is noodzakelijk om continuïteit van zorg te garanderen. Hiervoor is aanpassing / verbetering van de zorgorganisatie nodig in de vorm van óf een betere overdracht in de keten óf een team levert alle zorg aan een vastgestelde doelgroep.
- Systematische screening
Bij doelgroep 3 is een regelmatige inventarisatie van het functioneringsniveau gewenst. Tevens dient bij elk domein van functioneren ook geïnventariseerd te worden of er wensen tot verandering zijn. Op deze wijze wordt de rehabilitatievraag goed in kaart gebracht en kan een adequaat zorgaanbod gedaan worden. Het gaat hierbij om het bevorderen van domeinen van functioneren zoals het beheer van geld, zorg voor gezondheid en medicatie, voedselbereiding, werk, vervoer vaardigheden, contacten met vrienden, hobby's en vrije tijd, zelfverzorging, (begeleid) leren en zorg voor persoonlijke bezittingen. Verbetering van het functioneren in deze domeinen leidt tot een hogere kwaliteit van leven en een toegenomen maatschappelijke participatie.

Individueel zorgplan

Met individueel zorgplan wordt bedoeld: een behandelplan (symptoomreductie en -hantering) + een rehabilitatieplan (verbeteren maatschappelijke participatie) + een crisisplan (voorkomen terugval).

Thema 3: Inzet ervaringsdeskundigen

Naast het beter toepassen van effectieve psychosociale interventies en het werken aan individuele zorgplannen kan het verbetersteam ook aan de slag gaan met de inzet van ervaringsdeskundigen. Bij het inzetten van ervaringsdeskundigen denken we in dit project onder andere aan de volgende onderwerpen:

- Inzet in (F)-ACT teams
- Inzet op klinische afdelingen
- Het (mede) geven van psycho-educatie
- Het leiden van lotgenotengroepen
- Het afnemen van vragenlijsten