

Toolkit Effectieve Interventies

Wat is de Toolkit?

De Toolkit van het verbeterproject Schizofrenie bevat beknopte beschrijvingen van de verschillende effectieve interventies en best practices die in het project geïmplementeerd worden. Elke Tool bevat een beschrijving van het begrip (wat verstaat men er onder), een beschrijving van de kenmerken van goede uitvoering in de praktijk (hoe ziet een best-practice er uit) en een verwijzing naar relevante modules. Een verbeterteam kan de Toolkit gebruiken bij het bespreken van het eigen aanbod (komt het overeen met hetgeen we bieden) en bij het selecteren / ontwerpen van verbeteracties.

Waar is de Toolkit op gebaseerd?

De Tools uit de Toolkit zijn opgesteld door het expertteam vanuit de twee Doorbraakprojecten Schizofrenie. De inhoud is gebaseerd op de multidisciplinaire richtlijn schizofrenie, goede voorbeelden van zorg en op de expertise en publicaties van deskundigen op een bepaald onderwerp. De Toolkit dient dan ook niet beschouwd te worden als een bron van wetenschappelijke kennis, maar als een handzame leidraad bij het uitvoeren van het verbeterproject Schizofrenie.

Wat kan men in de Toolkit vinden?

In de Toolkit staan 8 effectieve interventies omschreven en 3 best practices, te weten:

Evidence based interventies:

1. (Functie-) Assertive Community Treatment (F-)ACT)
2. Cognitieve Gedragstherapie (CGT)
3. Psycho-educatie (PE)
4. Psychiatrische Crisiszorg Thuis (PCT)
5. Acute Dagbehandeling (ADB)
6. Gezinsinterventies (GI)
7. Individual Placement Support (IPS)
8. Farmacotherapie (Fth)

Best practices:

9. Zorgplannen
10. Inzet Ervaringsdeskundigheid
11. Reductie wachttijden en verbetering doorstroom (nadere uitwerking volgt)

Tool 1a. Assertive Community Treatment (ACT)

Begripsomschrijving

Assertive Community Treatment (ACT) is aanvankelijk ontwikkeld in de zeventiger jaren van de vorige eeuw als antwoord op de ziekenhuissluitingen in de westerse wereld. Het is een teamsgewijze organisatie van zorgverlening die er op gericht is om contact te behouden met mensen met een ernstige psychiatrische aandoening, zodat zorgverlening plaats kan blijven vinden, de ziekenhuisopnames verminderd worden en het sociaal-maatschappelijk functioneren verbetert en de kwaliteit van leven toeneemt.

Kenmerken van goede uitvoering

- ACT wordt geboden aan mensen met schizofrenie en andere ernstige aanverwante stoornissen. In het bijzonder wordt het geboden aan de groep met een hoge klinische zorgconsumptie en weinig binding met de zorg, met heropnames en maatschappelijk verval. Ook de groep die dakloos is of dreigt te worden is bij deze zorgorganisatie gebaat;
- De meest effectieve, basale, ingrediënten van ACT zijn frequente hulpverlening bij de patiënt aan huis en langdurige continuïteit van zorg;
- De zorg wordt geleverd door een breed samengesteld multidisciplinair team (met o.a. psychiaters, verpleegkundigen, SPV, psycholoog, arbeidsspecialist, verslavingsdeskundige en ervaringswerker), waarbij alle cliënten contact hebben met meerdere teamleden en per dag wordt bezien wie de patiënt bezoekt;
- Het team is verantwoordelijk voor het voortbestaan van de hulpverlenerrelatie;
- Er is 7 x 24 uren beschikbaarheid en toegang tot diensten en opname en bed-op-recept;
- De caseload is meestal klein (1 op 10-15);
- De nadruk ligt op management van ziekte en symptomen en praktische hulp bij het dagelijkse leven.

Modules / voorbeelden

- In de VS is een implementatiepakket voor ACT ontwikkeld (coördinatie R.E. Drake). Dit omvat o.a. de modelgetrouwheidsschaal DACTS en een handboek voor hulpverleners. Dit is in Nederlandse vertaling op de 'ruilmarkt' van kennisnet;
- "Assertive Community Treatment" onder redactie van C.L. Mulder en H. Kroon, 2005, Cure and Care Publishers, beschrijft alle facetten (teambegeleiding, rehabilitatie, ervaringsdeskundigen, dubbele-diagnose behandeling, implementatie, effecten);
- In Nederland is de functie ACT (FACT) een veelvoorkomende variant. Zie tool 1a ;
- In GGZ Groep Europoort te Rotterdam is ervaring opgedaan met ACT-trainingen op maat.
- Cursus "Bemoeizorg in ACT" van 4 dagdelen door Simone van de Lindt (Trimbos-instituut) en Harry Gras (Altrecht Utrecht stad).

Tool 1b.

Functie - Assertive Community Treatment (F-ACT)

Begripsomschrijving

Functie Assertive Community Treatment (FACT) is de Nederlandse variant van ACT, ontwikkeld door van Veldhuizen in GGZ NHN. Terwijl klassieke ACT zich richt op de 20 % aller-moeilijkste cliënten uit de langdurige ambulante zorg, richt FACT zich op de hele LZA groep. Binnen één multidisciplinair team hanteert men twee werkwijzen: *individueel casemanagement* voor de stabiele groep en *ACT zorg* voor de cliënten in crisis, dreigende terugval, recidief psychose, draaideur problemen en zorgmijders. Door de twee werkwijzen binnen hetzelfde team is de continuïteit tussen stabiele en onstabiele fasen gegarandeerd, dat biedt voordelen bij rehabilitatie en herstel en continuïteit in contact met de familie en steunsystemen.

FACT behoort formeel *niet* tot de *evidence based practices*. Echter in de praktijk blijkt de aanpak goed implementeerbaar en werkzaam (van Veldhuizen, 2006). Ook op grond van vergelijkend onderzoek in Engeland en eerste bevindingen in Nederland (o.a. Kroon 2006 en van Os en Delespaul 2007) is er goede reden om werkzaamheid aan te nemen. De multidisciplinaire teamopbouw en gerichtheid op alle LZA patiënten in een regio bevorderen de implementatie van andere evidence based interventies (CGT, GI, etc).

Kenmerken van goede uitvoering

- FACT wordt geboden aan de LZA groep: langdurig zorgafhankelijke mensen met schizofrenie en andere ernstige aanverwante stoornissen.
- De zorg wordt geleverd door een breed samengesteld multidisciplinair team (met o.a. psychiater, verpleegkundigen, SPV, psycholoog, arbeidsspecialist (SE / IPS) , verslavingsdeskundige en ervaringswerker); ongeveer 10-11 FTE op 220 patiënten.
- Het hele team werkt met twee werkwijzen:
 - A) *ACT zorg*, waarbij alle cliënten contact hebben met meerdere teamleden en per dag wordt bezien wie de cliënt bezoekt; hier wordt gewerkt met een white board of planbord waar alle namen opstaan van cliënten die intensieve zorg nodig hebben.
 - B) *Individueel casemanagement* vanuit het multidisciplinaire team voor de overige patiënten. De casemanager kan alle disciplines raadplegen of bij de zorg betrekken.
- Er zijn standaardprocedures rond het starten (en beëindigen) van intensieve zorg;
- Tenminste 1 x per jaar wordt het zorgplan multidisciplinair besproken, met actuele informatie uit de HoNOS en MANSA.
- De teams werken in kantoorruimten en bieden ook in het weekend huisbezoek; er is nauwe transmurale afstemming en zonodig een Bed Op Recept (BOR) hulpverlenerrelatie; de 7 x 24 uren beschikbaarheid verloopt via de GGZ;
- Een FACT wijkteam begeleidt ongeveer 200 -220 patiënten in een regio van 50.000 inwoners en heeft nauwe contacten met (andere werkers in) de wijk;
- De nadruk ligt op management van ziekte en symptomen en praktische hulp bij het dagelijkse leven, rehabilitatie en herstel.
- De FACT aanpak kan ook van nut zijn bij teams die zich richten op vroegtijdige interventies bij psychose (VIP teams)

Modules / voorbeelden

- In GGZ Noord Holland Noord wordt een implementatiepakket voor FACT ontwikkeld met een 'Standaard FACT'; tevens zijn er adviestrajecten en modules voor (startende) FACT teams en een opleiding voor FACT-werkers; www.ggz-nhn.nl
- Literatuur: FACT, de Functie ACT, J.R. van Veldhuizen, M. Bahler & W. Teer, MGv juni 2006, pag 525-534); Zie ook "Almaar Ambulanter" (red. van Veldhuizen, Snijdwind) uitgave Mension, 2006, te verkrijgen via GGZ NHN; Een praktische

beschrijving van de Standaard FACT komt op het digitale netwerk.

- Cursus "Bemoeizorg in FACT" van 4 dagdelen door Simone van de Lindt (Trimbos-instituut) en Harry Gras (Altrecht Utrecht stad).

Tool 2. Cognitieve Gedragstherapie (CGT)

Begripsomschrijving

Cognitieve Gedragstherapie (CGT) richt zich op het beïnvloeden van interpretaties over de herkomst en bedoeling van stemmen en op denkstijlen die iemand achterdochtig houden. CGT heeft tot doel om bij mensen met schizofrenie angst, depressie en andere stoornissen te voorkomen of te beperken. CGT kan de symptomen verder terugdringen bij cliënten met blijvende symptomen.

Kenmerken van goede uitvoering

- CGT is geïndiceerd bij cliënten met blijvende positieve symptomen. Ook bij cliënten met een gebrekkig ziekte-inzicht en matige medicatietrouw is het te overwegen;
- Een behandeling van minimaal 6 maanden of 10 zittingen is noodzakelijk om effecten te bewerkstelligen;
- CGT kenmerkt zich door een therapeutische werkrelatie, het gezamenlijk formuleren van het probleem en het stellen van concrete te bereiken doelen. De werkwijze is een vorm van gezamenlijk empirisch onderzoek bij het beschouwen van opvattingen en interpretaties van de werkelijkheid en de psychose. Het onderzoeken van alternatieve verklaringen neemt een belangrijke plaats in. Het vergroten van het relativiseringsvermogen van de patiënt leidt tot een afname van emotionele problemen zoals angst, depressie en hopeloosheid die het gevolg zijn van de psychose;
- De therapie kan gegeven worden door een daartoe opgeleide cognitief gedragstherapeut. Gedragstherapeutische medewerkers verrichten onder supervisie van een cognitief gedragstherapeut onderdelen van de behandeling, bijvoorbeeld de cursus 'Gedachten Uitpluizen'.

Modules / voorbeelden

- De toolkit 'Gedachten Uitpluizen' beschrijft theorie, praktijk, vaardigheden en werkwijze van CGT bij psychose. Inhoudelijke informatie en informatie over scholing is te vinden op de website van de stichting Cognitie en Psychose: www.gedachtenuitpluizen.nl en op de website van het Kenniscentrum Schizofrenie: www.kenniscentrumschizofrenie.nl; Verder deel IV reeks Kenniscentrum Schizofrenie, Van der Gaag, Withaar, Slooff "Cognitieve gedragstherapeutische behandelingen bij mensen met een psychose".
- Tevens zijn er subprotocollen beschikbaar voor psychose en comorbide stoornissen zoals paniek, depressie, PTSS, sociale fobie, etc. op www.gedachtenuitpluizen.nl;
- Algemene informatie over CGT is te vinden bij de Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie: www.vgct.nl.

Tool 3. Psycho-educatie (PE)

Begripsomschrijving

De interventie 'psycho-educatie' bestaat uit herhaalde, gestructureerde informatie, training en voorlichting aan patiënten of hun familieleden. Het persoonlijke perspectief staat centraal; psycho-educatie is erop gericht dat begrepen en doorvoeld wordt hoe schizofrenie ingrijpt in het leven van de betrokken patiënt, vrienden en familieleden. Dit persoonlijke inzicht stelt de betrokkenen in staat emotionele en praktische aanpassingen te maken. Psycho-educatie wordt meestal in cursusvorm gegeven, waarbij gedragstraining onderdeel kan uitmaken van de psycho-educatie.

Psycho-educatie heeft verschillende doelen, waarvan de belangrijkste zijn:

- Informatie geven over ziektebeeld, diagnostiek, behandelmogelijkheden, omgaan met beperkingen, bijwerkingen van medicatie, wetgeving, contacten, werk en opleiding en stigma;
- Komen tot een weloverwogen behandelingsovereenkomst;
- Bevorderen van begrip van en inzicht in het ziektebeeld bij de cliënt en diens omgeving;
- Bevorderen van acceptatie van ziekte en kwetsbaarheid bij cliënt en diens omgeving;
- Bevorderen van de therapietrouw van de cliënt;
- Relapspreventie door het veranderen van de relatie tot de ziekte.

Psycho-educatie is iets anders dan goed informeren en voorlichten. 'Voorlichting' wordt in tegenstelling tot psycho-educatie niet gestructureerd of herhaald gegeven. Voorlichting kan ook gegeven worden door patiënten- en familieorganisaties of een Lotgenotenlijn.

Kenmerken van goede uitvoering

- Psycho-educatie beperkt zich niet tot de cliënt, ook naasten zoals partners, familieleden en vrienden kunnen worden betrokken;
- In het kader van de WGBO is het noodzakelijk dat mensen dusdanig geïnformeerd zijn over hun aandoening dat zij weloverwogen beslissingen kunnen nemen over de behandeling en/of in kunnen stemmen met een voorgestelde aanpak. Dit pleit in *alle* gevallen voor een vorm van psycho-educatie;
- Psycho-educatie besteedt aandacht aan: de ziekte, de behandeling, de wetgeving, de beperkingen, de bijwerkingen van medicatie, contacten, opleiding en werk en stigma;
- Naast overdracht van kennis is het inpassen van deze kennis in de persoonlijke situatie van belang, zodat het de betrokken in staat stelt de nodige aanpassingen in hun leven te maken;
- Psycho-educatie is systematisch opgebouwd. Achtereenvolgens komen de volgende onderdelen aan de orde: de symptomatologie, het beloop, de oorzaak, behandeling en rehabilitatie;
- Psycho-educatie bestaat uit meerdere gesprekken. Op basis van praktijkervaring blijken voor cliënten ongeveer 20 sessies nodig voor psycho-educatie met een systematische opbouw. Voor psycho-educatie aan naasten van de cliënt zijn minder sessies nodig, vanwege het grotere vermogen tot opname van informatie in deze groep.
- Psycho-educatie kan gegeven worden door verschillende hulpverleners: maatschappelijk werker, (sociaal) psychiatrisch verpleegkundige, psycholoog, psychiater, huisarts of psychotherapeut.

Modules / voorbeelden

- *Psycho-educatie voor patiënten* is beschreven in een handleiding ondersteund door sheets op CD door H. van Peperstraten en uitgegeven door het kenniscentrum Schizofrenie Nederland / Schizofrenie Stichting Nederland. De module is te verkrijgen

via Plan Support te Assen, telefoonnummer 0592 – 370773;

- *Psycho-educatie voor familieleden van mensen met schizofrenie, Draaiboek voor de cursusleider*. Frans van Mierlo, Klaas de Boer Jacqueline Heygele. Uitgave: Trimbos-instituut, 2004, (Draaiboek/cursusmap, 200 pagina's) ISBN 90-5253-480-2, Prijs: € 45.00, Bestelnummer: AF0514;
- *Psycho-educatie voor familieleden van mensen met schizofrenie. Werkmaterialen voor cursusdeelnemers*. Els Bransen, Frans van Mierlo. Trimbos-instituut, 2005 (Rapport, 66 pagina's), Prijs: € 7.50, Bestelnummer: AU0289;
- Psycho-educatie bestaat in verschillende varianten:
 - a. als ondersteuning van de totale behandeling;
 - b. als op zichzelf staande interventie voor individuele patiënten en hun netwerk;
 - c. als cursus of groepsgewijze interventie voor patiënten en hun ondersteunend netwerk.De te kiezen vorm is afhankelijk van enerzijds de behoefte van de patiënt en anderzijds het gebrek aan kennis bij de patiënt over het ziektebeeld.

Alle publicaties van het Trimbos-instituut zijn te bestellen via www.trimbos.nl/producten, of 030-2971180.

Tool 4. Psychiatrische Crisiszorg Thuis (PCT)

Begripsomschrijving

Psychiatrische Crisiszorg Thuis (PCT) bestaat uit crisiszorg aan huis geleverd door een team van verpleegkundigen. De crisiszorg wordt 'ingehuurd' door de disciplines die de patiënt in behandeling hebben: psychiaters, psychologen en SPV-ers. Deze disciplines bieden medicatie, behandeling en gerichte crisisinterventie. Het PCT biedt verpleegkundige zorg en praktische hulp bij de huishouding, vaardigheden om zelfstandig te blijven en ondersteuning van het netwerk van de cliënt. Na het bestrijden van de crisis wordt de cliënt weer overgedragen aan de behandelaars.

Doelen van deze crisisinterventie zijn:

- Het voorkomen van ziekenhuisopname door alle benodigde zorg en ondersteuning aan huis te leveren;
- Het voorkomen van verdere toename van symptomen en verminderd functioneren;
- Het ondersteunen van de familieleden en andere betrokkenen (stressreductie).

Voor kortdurende thuiszorg bij crises worden ook andere benamingen gehanteerd:

- 1) SPITS (Substituerende Psych. Intensieve Thuiszorg Service); dit is hetzelfde als PCT.
- 2) PIT (Psychiatrische Intensieve Thuiszorg). Dit is minder intensief dan PCT.

Bij SPITS / PCT gaat om een teamaanpak (shared caseload): alle teamleden bezoeken alle patiënten. Bovendien werkt men vaak ook buiten kantooruren. De verpleegkundigen draaien net als in de kliniek vroege en late en weekenddiensten. Daardoor kan SPITS / PCT patiënten 7 dagen per week desnoods 2 x daags begeleiden. PIT is minder intensief: De cliënt krijgt één verpleegkundige die hem of haar 2-4 maal per week bezoekt. PIT is dus minder crisis gericht en gaat langer door.

Kenmerken van goede uitvoering

- PCT is geïndiceerd voor cliënten met een psychose in de acute fase;
- PCT wordt geleverd door een team verpleegkundigen in nauwe samenwerking met de behandelende disciplines die de PCT-zorg 'inhuren';
- PCT bestaat uit verpleegkundige zorg en omvat: diagnostiek, uitleg over de crisiszorg en het zorgtraject, risico-inschatting, medicatiebegeleiding, emotionele ondersteuning, praktische en huishoudelijke ondersteuning;
- De teams zijn van 08.30 – 21.00 bereikbaar, daarna is er een telefonische

bereikbaarheid;

- Bed-op-recept (BOR) is beschikbaar voor alle gevallen, waarin 's avonds of 's nachts of in het weekend de cliënt en/of de familie zich zorgen maken over veiligheid van de patiënt of wanneer zij meer zorg willen hebben. Het BOR kan door een verpleegkundige worden aangeboden bij elke PCT patiënt;
- PCT kan zeven dagen per week, zo nodig meerdere malen per dag geleverd worden;
- PCT is beperkt in tijd. Over het algemeen 6 weken met een mogelijkheid tot 12 weken te verlengen;
- PCT wordt vaak aangeboden in combinatie met de acute dagbehandeling (ADB). Het kan een goede combinatie zijn dat patiënten 3-4 dagdelen op de ADB zijn en daarnaast in huis worden begeleid.
Soms kan het in het begin goed zijn dat de medewerker van Het PCT-team de patiënt naar de ADB brengt/haalt.

Modules / voorbeelden

- *Kortdurende zorg-aan-huis* J.R. van Veldhuizen, in: Wij komen er aan, (redactie S.v. Rooijen e.a,) SWP Amsterdam 2003;
- *Een standaard voor PCT*, J.R. van Veldhuizen (2004), interne publicatie in GGZ NHN, zie www.ggz-nhn.nl.
- Beide artikelen zijn ook opgenomen in: "Almaar Ambulanter" (red. van Veldhuizen, Snijdewind) uitgave Mension, 2006, te verkrijgen via GGZ NHN; met hoofdstukken over omgaan met risico's (Polhuis e.a.), crisiskaart (Nederveen) en Preventie aan de voordeur (Bavo RNO)
- Theoretische en praktische handvatten bij crisisinterventie in deel V Kenniscentrum Schizofrenie "Complicaties bij behandelingen van mensen met een psychose".

Tool 5.

Acute Dagbehandeling (ADB)

Begripsomschrijving

Acute dagbehandeling (ADB) biedt diagnostiek en behandeling voor acuut zieke mensen die anders in een ziekenhuis opgenomen zouden moeten worden. Het betreft opname voorkomende dagbehandeling, waarbij een bed-op-recept (BOR) aanwezig moet zijn. De inhoud van de behandeling is gevarieerd. De nadruk ligt op structuur en helpen bij praktische oplossingen voor problemen. ADB biedt steun en een soort gestructureerd lotgenotencontact. De opzet van het therapieprogramma is dat de patiënt in een moeilijke fase toch iets positief beleeft.

Acute dagbehandeling vermindert het aantal ziekenhuisdagen, zonder de familie extra te belasten of het herstel te vertragen. Het kan leiden tot beter sociaal functioneren.

ADB kan opname helpen voorkómen, maar wordt vaak ook gebruikt om de opname te bekorten. ADB kan heel goed worden aangeboden samen met PCT. De patiënt krijgt dan naast ADB ook (dagelijks) huisbezoek van een verpleegkundige uit het PCT-team.

Kenmerken van goede uitvoering

- ADB is geïndiceerd voor acuut zieke cliënten, die vaak veel steun, uitleg en structuur nodig hebben. Veel van hen zijn net ingesteld op medicatie of nog erg in de war. De nadruk ligt op diagnostiek, behandeling en het structureren van de dag (dagritme) en praktische ondersteuning;
- ADB wordt voornamelijk aangeboden door verpleegkundigen en activiteitenbegeleiders. Veelal zijn behandelaren op afroep beschikbaar;
- De ADB is een modulaire dagbehandeling, waar de patiënt, in afstemming met zijn behandelaar per week 1 tot 10 dagdelen kan komen;
- Bij ADB wordt ook het netwerk van de cliënt ondersteund (informatie en uitleg over

ADB en BOR);

- Bij ADB is het van belang dat de verpleegkundigen van de ADB tenminste éénmaal een huisbezoek doen om te weten wat de sociale situatie is;
- Een BOR is beschikbaar voor alle gevallen, waarin 's avonds of 's nachts of in het weekend de cliënt en / of de familie zich zorgen maken over veiligheid van de patiënt of wanneer zij meer zorg willen hebben. Het BOR kan door een verpleegkundige worden aangeboden bij elke ADB cliënt;
- In de ADB moet een cliënt ook eventueel een lunch of warme maaltijd kunnen gebruiken en sommige patiënten zullen behoefte hebben om even te rusten.

Modules / voorbeelden

- *Opname vervangende dagbehandeling in Ontwikkeling, J.R. van Veldhuizen e.a. MGv, 1988;*
- *Standaard voor ADB, J.R. van Veldhuizen, interne publicatie GGZ NHN, www.ggz-nhn.nl;*
- *Day hospital versus out-patient care for psychiatric disorders. 2002. Marshall M., Crowther psychiatric disorders (Cochrane Review). Oxford : update Software.*
- *Almaar Ambulanter (red. van Veldhuizen, Snijdewind) uitgave Mension, 2006, te verkrijgen via GGZ NHN; met hoofdstukken over standaard PCT en transmuraal werken (B. Koekoek en J. van Zaanen).*

Tool 6.

Gezinsinterventie (GI)

Begripsomschrijving

Gezinsinterventie (GI) richt zich op problemen in de omgang tussen cliënt en familieleden met als doel een langdurig ondersteunende relatie te combineren met adequate gezinsrollen. Gezinsinterventie bestaat uit meerdere gezinssessies met minimaal één van de volgende behandelcomponenten: psycho-educatie, probleemoplossing/crisismanagement, individuele interventie.

De doelen van gezinsinterventie zijn:

- het functioneren van de gezinsleden bevorderen;
- langdurige conflicten helpen oplossen;
- bevorderen van het functioneren van het oudersysteem;
- bevorderen van het functioneren van het partnersysteem;
- verminderen van individuele lijdensdruk van familieleden;
- het voorkomen van terugval;
- het verminderen van heropnames;
- bevorderen van medicatietrouw;
- het verminderen van de 'burden of family'.

Kenmerken van goede uitvoering

- Gezinsinterventie is aan te bevelen aan gezinnen die met een gezinslid met schizofrenie wonen of daarmee nauw contact onderhouden en dan vooral gezinnen met een gezinslid met een recente terugval, een groot terugvalrisico, of blijvende symptomen;
- Eén of meer cognitief gedragstherapeuten en/of systeemtherapeuten gaan een therapeutische werkrelatie aan met het gezin;
- De belangen van de patiënt en de gezinsleden wegen even zwaar;
- De nadruk ligt op het normaliseren van de ziekte en het onderkennen van de beperkingen en behoefte aan hulp van anderen;
- Belangrijke thema's zijn: a. controle en autonomie; b. rouw en verdriet; c. overbetrokkenheid, vijandigheid en kritiek; d. stigma en sociaal maatschappelijk functioneren;
- Uit onderzoek blijkt dat de interventie het meest effectief is wanneer de cliënt erbij aanwezig is;

- Gezinsinterventie die zich richt op het individuele gezin en die bij voorkeur aan huis plaatsvindt, is het meest effectief met betrekking tot het uitstellen van terugval.
- Afhankelijk van de uitkomstmaat moeten de gezinsinterventies langer dan 6 maanden duren en meer dan 10 zittingen bevatten of de duur moet minimaal zes weken zijn.

Modules / voorbeelden goede zorg

- In Nederland is de adolescentenkliniek in Amsterdam de plaats waar de gezinsinterventie gedurende lange tijd in de praktijk is gebracht;
- Het kenniscentrum Schizofrenie Nederland/ Schizofrenie Stichting Nederland heeft een *trainingsmodule* beschreven, deel IV reeks Kenniscentrum Schizofrenie "Cognitieve gedragstherapeutische behandelingen bij mensen met een psychose".
- *Multifamilygroups in the treatment of severe psychiatric disorders*. McFarlane, WM. (2002). New York, Guilford press (boek);
- *Coping with schizophrenia: a guide for families*. Mueser, K, S. Gingerich (1994). Oakland, New harbinger Publications;
- *Schema drietrapsinterventie voor naastbetrokkenen van mensen met schizofrenie*. Ellen Siegert. Centrum preventieve ggz, GGz Groningen. februari 2006.

Tool 7.

Individual Placement and Support (IPS)

Begripsomschrijving

Individual Placement and Support (IPS) is een uit de Verenigde Staten afkomstig programma voor arbeidsrehabilitatie. IPS is bedoeld voor mensen met ernstige, vaak langdurende, psychische beperkingen. De begrippen Supported Employment en IPS worden vaak naast elkaar gebruikt. In feite is IPS de standaardisatie van Supported Employment ten behoeve van voornoemde doelgroep. In de praktijk wordt IPS vooral aangeboden aan cliënten van ambulante GGZ-teams. Onderzoek heeft uitgewezen dat 50 tot 60% van deze mensen graag wil werken. In Nederland heeft minder dan 10% van hen een betaalde baan. Het IPS-model kent de volgende principes:

- Het doel van IPS is dat de cliënt regulier, betaald werk vindt. Dit betekent een baan waar in principe iedereen in de samenleving op kan solliciteren, met niet-gehandicapte collega's en waarmee een normaal salaris wordt verdiend.
- De trajectbegeleider maakt deel uit van een GGZ-team zodat het traject richting werk nauw kan worden afgestemd op de GGZ-behandeling en -begeleiding.
- Elke cliënt die wil werken, kan IPS-trajectbegeleiding krijgen, ongeacht bijvoorbeeld zijn arbeidsverleden, middelengebruik of symptomen.
- De trajectbegeleider helpt cliënten zo snel en zo gericht mogelijk bij het zoeken naar een betaalde baan. In plaats van lange voorbereidingstrajecten met uitgebreide assessments, trainingen en plaatsingen in werkprojecten of vrijwilligerswerk ('*train-then-place*') worden cliënten eerst in de zelf gekozen functie geplaatst en pas daarna gericht getraind en gecoacht in de benodigde werkvaardigheden ('*place-then-train*').
- De cliënt en zijn omgeving (familieleden, maar ook werkgevers en collega's) worden, zolang als zij daar behoefte aan hebben en het zinvol is, ondersteund door de trajectbegeleider.
- De IPS-trajectbegeleider helpt cliënten bij het beëindigen van een baan en het zoeken naar een nieuwe baan. Voor de meeste mensen geldt immers dat ze pas na een aantal banen geprobeerd te hebben, een geschikte baan vinden.
- De voorkeuren van de cliënt staan centraal. De trajectbegeleider en de cliënt zoeken samen naar een baan die zoveel mogelijk aansluit bij de kwaliteiten, interesses en werkervaring van de cliënt.
- De cliënt en de werkgever worden hulp en advies aangeboden bij het regelen van administratieve zaken (bijvoorbeeld het regelen van de uitkering, het inzetten van re-integratie-instrumenten en het regelen van het arbeidscontract). De angst

om een uitkering te verliezen is voor veel cliënten een reden om niet te willen werken. Goede informatie over de gevolgen voor de uitkering van het weer aan het werk gaan is daarom gewenst.

Kenmerken van goede uitvoering

- IPS is geïndiceerd voor alle cliënten die graag willen werken;
- IPS begeleidt cliënten bij werk in een normale baan met minstens het minimumloon en niet-psychiatrische collega's;
- De trajectbegeleider maakt deel uit van een multidisciplinair behandelteam, zodat behandeling van psychiatrische symptomen en het begeleiden van het functioneren op het werk gelijktijdig aan bod komen;
- Streef bij de samenstelling van het IPS-team naar een mix van trajectbegeleiders met werkervaring in de GGZ en trajectbegeleiders met werkervaring in de re-integratie sector;
- Praktische oplossingen moeten het functioneren op het werk ondersteunen en verbeteren; de trajectbegeleider faciliteert daarin niet alleen de cliënt maar ook de werkgever.
- Het werk van de IPS-trajectbegeleider leent zich niet goed voor kleine part time banen. Daarom adviseren we IPS-trajectbegeleiders voor minimaal 28 uur aan te stellen. Binnen die aanstelling richt de trajectbegeleider zich alleen IPS.
- Een IPS-programmaleider geeft leiding aan de IPS-trajectbegeleiders en werkt op managementniveau samen met andere leidinggevenden binnen de GGZ-instelling. Idealiter begeleidt de IPS-programmaleider zelf ook een aantal cliënten (maximaal 15) zodat hij als rolmodel kan fungeren.
- We raden aan om een IPS-programmaleider op fulltime basis aan te stellen, in ieder geval gedurende het eerste half jaar.
- Naast het geven van leiding aan trajectbegeleiders is het monitoren van de resultaten een andere belangrijke taak van de IPS-programmaleider. Het monitoren van de resultaten op cliëntniveau doet hij door mijlpalen als een sollicitatiegesprek en een eerste werkdag, en gegevens over de verkregen banen te registreren. Ook houdt hij bij welke cliënten hun baan kwijt raken en redenen hiervoor. Op basis van deze gegevens kan op gezette momenten het IPS-programma worden geëvalueerd.

Modules / voorbeelden goede zorg

- Het Trimbos-instituut heeft een implementatieonderzoek naar IPS uitgevoerd op vier proeflocaties: Groningen, Utrecht, Den Haag en Eindhoven. Het onderzoeksrapport: *'Implementatie van Individual Placement and Support (IPS) in Nederland'* (Erp N van, F Giesen, Leeuwen L van, Weeghel J van, 2005) is verkrijgbaar bij het Trimbos-instituut onder artikelnummer AU0291.
- Mede op basis van de resultaten van voornoemd onderzoek heeft het Kenniscentrum Rehabilitatie een praktische handreiking geschreven voor de implementatie van IPS in een reguliere GGZ-praktijk (*'Een IPS-programma opzetten, hoe doe je dat?'*). Deze handreiking is op te vragen bij Jaap van Weeghel (jweeghel@kenniscentrumrehabilitatie.nl)
- Het Kenniscentrum Rehabilitatie ontwikkelt een trainingsprogramma voor trajectbegeleiders en andere betrokken functionarissen (GGZ-teamleiders, andere leden van multidisciplinaire GGZ-teams) die met IPS werken of willen gaan werken. Dit trainingsprogramma gaat in het voorjaar van 2007 de pilotfase in. Belangstellenden voor deze training kunnen zich melden bij Riet Lochy, programmacoördinator Opleidingen (rlochy@kenniscentrumrehabilitatie.nl).

Begin 2007 is het *Landelijk Platform IPS* van start gegaan. Tijdens de Platformbijeenkomsten (drie á vier per jaar) wisselen de deelnemers kennis en ervaringen over IPS uit, discussiëren over belangrijke thema's in de IPS-praktijk en nemen desgewenst gezamenlijke initiatieven. Deelnemers aan dit platform zijn personen die in hun eigen stad of regio een IPS-praktijk zijn begonnen of willen beginnen, en andere personen die geïnteresseerd zijn in IPS. Geïnteresseerden kunnen zich aanmelden bij jweeghel@kenniscentrumrehabilitatie.nl

Tool 8. Farmacotherapie

Begripsomschrijving

Farmacotherapie vermindert een belangrijk deel, zo niet alle, van de positieve, negatieve en depressieve symptomen van schizofrenie en schizofreniforme stoornis bij de meerderheid van de cliënten. Behandeling zonder antipsychotica wordt niet aanbevolen, omdat de evidentie daarvoor beperkt is.

Kenmerken van goede uitvoering

Algemeen

- Farmacotherapie is geïndiceerd voor alle cliënten met schizofrenie;
- Voorschrijven van antipsychotische medicatie én het aanvragen en beoordelen van de bloedspiegel van betreffend antipsychoticum gebeurt door een arts;
- Bij gebruik van antipsychotica dient de cliënt regelmatig somatisch te worden gescreend. Een somatische screening wordt door een arts aangevraagd en beoordeeld.

Behandelduur na remissie van een psychose.

- Aanbevolen wordt om na een psychotische episode de behandeling met een antipsychoticum tenminste twee jaar voort te zetten, als fundament onder rehabilitatie-inspanningen. Daarbij dient in overleg met de cliënt voortdurend een afweging te worden gemaakt tussen de verwachte effecten, de bijwerkingen en de voorkeur van de cliënt. Kenmerken als volledige en onvolledige remissie van positieve symptomen zijn hierbij van belang.

Bijwerkingen en de keuze voor een antipsychoticum.

- Zorgvuldige afweging van de ongelijksoortige bijwerkingen en risico's van de verschillende antipsychotische medicatie dienen in een dialoog tussen psychiater/arts en cliënt tot een behandeling met een zo laag mogelijke dosis antipsychoticum te leiden.
- Als de cliënt niet in staat is tot een redelijke afweging van de voor- en nadelen van de verschillende medicamenteuze opties en een dialoog met de naasten dan wel wettelijke vertegenwoordigers van de cliënt evenmin leidt tot een duidelijke conclusie, verdient het aanbeveling om in verband met de extrapiramidale bijwerkingen een atypisch middel voor te schrijven, tenzij er vanuit de voorgeschiedenis informatie beschikbaar is die erop wijst dat de cliënt goed heeft gereageerd, zonder bijwerking, op een eerder voorgeschreven klassiek middel. Zo gauw als een redelijke dialoog (weer) mogelijk is, dient het medicatiebeleid aangepast te worden aan de resultaten van de dialoog.

Farmacotherapie, psychiatrische comorbiditeit en somatische screening.

- Bij de toepassing van antipsychotica dient men gedurende drie maanden het gewicht van de cliënt vast te stellen, een keer per jaar of op indicatie.
- Voorts dient bij instelling en na 6 weken en 3 maanden en een jaar het nuchter glucose te worden bepaald. En bij instelling en na 3 maanden en een jaar (zodig vaker) het nuchtere vetspectrum en de bloeddruk en de buikomvang en lengte (eenmalig bij instelling).
- Bij elke controle dient navraag te worden gedaan naar bewegingsproblemen (soepelheid, tremoren, stijfheid), seksuele functiestoornissen, duizeligheid, maag bezwaren dorst en polyurie. Bij klachten dient verandering van medicatie te worden overwogen.
- Bij cliënten die olanzapine krijgen, dient men na 3 maanden de leucocyten te laten controleren.
- Patiënten die leponex krijgen, worden 18 weken wekelijks en daarna één keer per maand op leucodifferentiatie gecontroleerd en minimaal jaarlijks op leverfuncties.

Tijdens instellen ook op de bloeddruk, pols en temperatuur letten. Bij temperatuurverhoging gedurende de leponexbehandeling moet altijd leucodifferentiatie overwogen worden.

- Van alle cliënten wordt jaarlijks de schildklierfunctie gecontroleerd middels een TSH-bepaling (thyroïd stimulerend hormoon).
- Van cliënten die carbamazepine krijgen, wordt minimaal een keer per jaar de bloedspiegel gecontroleerd en maandelijks gedurende 3 maanden na instelling op thrombozyten.
- Lithiumcontrole vindt plaats volgens het daarvoor bestaande protocol.

Modules / voorbeelden

- *Behandelprotocollen bij schizofrenie en verwante psychosen* (R. Knegtering, C.J. Slooff, J. Arends e.a., 2003), deel I reeks Kenniscentrum Schizofrenie en "Somatisch protocol bij antipsychotica" in deel V reeks Kenniscentrum Schizofrenie via C. Slooff. Ook te verkrijgen als losse uitgave bij het kenniscentrum schizofrenie: www.kenniscentrumschizofrenie.nl.
- GGZ Noord-Drenthe heeft ervaring met de somatische screening van schizofrene patiënten. Informatie is te verkrijgen bij dhr. C. Slooff (psychiater): Cees.slooff@ggzdrenthe.nl

Tool 9. Zorgplannen

Begripsomschrijving

In een zorgplan beschrijven we op welke wijze we antwoord geven op de zorgvragen van cliënten. Een zorgplan is onderverdeeld in:

- een behandelplan;
- een signaleringsplan;
- een rehabilitatieplan.

- *Behandelplan*

Elke cliënt heeft volgens de Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO) recht op een behandelplan. In het behandelplan maken cliënt en behandelaar afspraken over de behandeling. De doelstellingen van de behandeling en de werkwijze worden besproken en op papier gezet. De resultaten van de behandeling worden regelmatig besproken. Zo nodig wordt het behandelplan bijgesteld.

- *Signaleringsplan*

Het signaleringsplan richt zich op de vroegtijdige signalering van de voortekenen van een psychose. Hierdoor wordt vroegtijdig ingrijpen in de ontwikkeling van de psychose mogelijk. De ervaring is dat een psychose meestal niet van het ene op het andere moment ontstaat, maar geleidelijk in ernst toeneemt. Er kunnen dagen of zelfs weken verstrijken van het moment dat de eerste tekenen van terugval zichtbaar zijn (bijvoorbeeld in de vorm van angst, onrust en slecht slapen), tot het moment van volledige psychose. Juist deze periode biedt mogelijkheden voor preventieve interventies. Door snel te reageren op de vroege voortekenen van een psychose, kan een volledige psychotische terugval mogelijk voorkómen worden.

De kanttekening dient hier geplaatst te worden dat bij een klein deel van de patiënten de terugval zo onverwachts optreedt, dat er nauwelijks of geen tijd is om preventief in te grijpen. Het werken met een signaleringsplan zal voor hen minder effectief zijn.

- *Rehabilitatieplan*

Rehabilitatie is het op systematische wijze ondersteunen van de cliënt.

Een rehabilitatieplan maakt onderdeel uit van dit methodische proces.

Het methodische proces is ingedeeld in zes fasen:

1. Oriëntatie en kennismaking

2. Inventarisatie en analyse
3. Doelbepaling
4. Planning
5. Uitvoering
6. Evaluatie en terugkoppeling

Het plan vloeit voort uit de werkzaamheden die zijn verricht in de fasen 1 t/m 4.

De rehabilitatie methodieken hechten een grote waarde aan deze fasen. Begrippen als readiness en doelvaardigheid spelen hierin een centrale rol.

Het rehabilitatieplan is opgebouwd rondom de *levensdomeinen*:

1. wonen
2. werken
3. leren
4. recreëren

En de *persoonlijke domeinen*:

5. zelfzorg
6. gezondheid
7. zingeving
8. sociale relaties

Kenmerken van goede uitvoering

Om de inhoud van een zorgplan vast te stellen is het raadzaam om gebruik te maken van een bestaand screeningsinstrument. Hiermee waarborg je de procedure van het systematisch aftasten van de verschillende zorg- en levensdomeinen. Bruikbare instrumenten zijn: CAN, MECCA, ZAL, HONOS, MANSA.

- *Behandelplan*

In het behandelplan zijn ten minste de bepalingen opgenomen betreffende:

1. de doelstelling van de behandeling
2. de wijze waarop de doelstelling wordt gerealiseerd
3. de diagnose
4. continuïteit van zorgverlening in doorlooptijd en in discipline
5. de voorwaarden van de instelling waaronder zorg wordt verstrekt
6. de zorgverleners met wie de cliënt in het kader van zijn behandeling in aanraking komt
7. de periodieke evaluatie en bijstelling wensen, behoeften en keuzen van de cliënt

- *Signaleringsplan*

Hier worden een vijftal uitgangspunten weergegeven die van groot belang zijn voor het succesvol werken met signaleringsplannen:

1. De belevingswereld van de patiënt is het vertrekpunt
2. Het signaleringsplan is een 'plan op maat'
3. Het werken met een signaleringsplan is een gezamenlijke activiteit van de patiënt, de hulpverleners en de familieleden
4. Het signaleringsplan heeft voortdurende bijstelling
5. Een positief waarderende houding van de hulpverlener

- *Rehabilitatieplan*

1. een rehabilitatieplan is uitgewerkt in: een algemeen doel, specifieke doelen, belemmeringen en aandachtspunten. De, uit het doel voortvloeiende, taken/activiteiten worden duidelijk verdeeld onder de cliënt, de hulpverlener en mogelijke hulpbronnen/ sociaal netwerk en uitgezet in een tijdsplanning.
2. doelen sluiten aan bij de wensen en behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt
3. doelen zijn geformuleerd op het niveau van de cliënt, men houdt rekening met het overschatten en onderschatten van cliënten
4. het initiatief tot het stellen van doelen ligt zowel bij de cliënt als bij de hulpverlener
5. je zoekt, te alle tijde, d.m.v. onderhandeling, aansluiting bij de hulpvraag van de cliënt
6. doelen zijn positief geformuleerd

7. taalgebruik is begrijpelijk voor de cliënt
8. de stappen zijn overzichtelijk en sluiten aan bij het tempo van de cliënt
9. het plan wordt actief gebruikt in de begeleiding van de cliënt. Het is geen bureaucratische formaliteit. Het is een hulpmiddel bij de evaluatie van zorg.

Modules / voorbeelden goede zorg

Zorgplan

Binnen de Trimbos-reeks is een boekje verschenen dat een methodiek beschrijft voor een zorgplan voor de gehele GGZ en verslavingszorg: "Het Zorgplan: leidraad bij het werken met zorgplannen in de GGZ en de verslavingszorg", Ooyen-Houben, M. van., 1998, Trimbos-instituut, Utrecht. ISBN: 90-5253-273-7.

Signaleringsplan

- Individuele Rehabilitatie Benadering. Stichting Rehabilitatie '92.
- Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen. STORM rehabilitatie.
- Benno van Meijel, verpleegkundig wetenschapper, publiceerde over signaleringsplannen in onder meer Maandblad Geestelijke Volksgezondheid.
- Methodiek voor het opstellen van het signaleringsplan ontwikkeld door L.J. van der Werf
- Instructieprotocol signaleringsplan op www.kenniscentrumschizofrenie.nl
- Liberman module "Omgaan met psychotische symptomen".

Rehabilitatieplan

Voor de uitwerking van een rehabilitatieplan is het gebruik van verschillende rehabilitatiemethodieken mogelijk. In Nederland zijn de meest gebruikte methodieken:

- Individuele Rehabilitatie Benadering. Stichting Rehabilitatie '92.
- Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen. STORM rehabilitatie.

Tool 10. Inzet Ervaringsdeskundigheid

Begripsomschrijving

Met 'inzet van ervaringsdeskundigheid' bedoelen we het inzetten van ervaringsdeskundigen (mensen met ervaringsdeskundigheid i.r.t. de doelgroep) in verschillende onderdelen van de zorg. Ervaringsdeskundigen kunnen worden ingezet bij het ontwerpen van zorg en/of bij de uitvoering van zorg.

Van Slooten en van Bakkum (2005) noemen de volgende voordelen van de inzet van ervaringsdeskundigheid:

- Ervaringswerkers verhogen de sensitiviteit van de zorg voor de behoeften van haar gebruikers, inspireren voor een rehabilitatie gerichte hulpverlening, bevorderen een cliëntgerichte bejegening en verminderen stigmatisering.
- Ten aanzien van cliënten kunnen ervaringswerkers zorgbehoeften herkennen, fungeren als rolmodel, een geloofwaardige bron van hoop zijn en kunnen ze een educatieve rol vervullen bij het aanleren van effectieve copingstrategieën.
- Verder worden ervaringswerkers ingezet voor de zogenaamde hand in hand zorg waar de professionele hulpverleners vaak geen tijd voor hebben. Ook kunnen ervaringsdeskundigen een rol spelen bij het realiseren van of toe leiden naar lotgenotengroepen voor sociale steun en sociale contacten.¹

Voorbeelden van de inzet van ervaringsdeskundigen zijn:

- inzet in (F)ACT-teams,
- inzet op klinische (gesloten) afdelingen,
- het (mede) geven van psycho-educatie,
- het leiden van lotgenotengroepen,

¹ Van Slooten e.a. 2005, p.133

- het afnemen van vragenlijsten en
- het bijdragen aan zorg(vernieuwing)beleid.

Het verdient aanbeveling om ervaringsdeskundigheid, afhankelijk van de competenties en draagkracht van de ervaringsdeskundigen, in te zetten op verschillende niveaus in de zorgorganisatie.

Kenmerken van goede uitvoering

- Het team is voorbereid op de komst van een ervaringswerker en wil rekening houden met diens kwetsbaarheid (eventuele werkaanpassingen en mogelijk ziekteverzuim)
- Taken en verantwoordelijkheden zijn vooraf duidelijk met de ervaringswerker doorgesproken en zijn afgestemd op diens competenties en draagkracht.
- Taken en verantwoordelijkheden zijn bij voorkeur vastgelegd in een passende functieomschrijving.
- De ervaringswerker kan zich ontwikkelen in de dingen waar hij/zij goed in is, wordt carrière perspectief geboden en krijgt de mogelijkheid om een opleiding te volgen.
- Betaling is (minimaal) in overeenstemming zijn met de verantwoordelijkheden en er wordt, indien nodig en mogelijk, gebruik gemaakt van loonaanvullingsregelingen.
- Vanwege de minderheidspositie die de ervaringswerker vervult is het wenselijk dat voor hem/haar ondersteuning wordt geboden door een externe coach of supervisor (bij voorkeur naar keuze van de ervaringswerker)
- Vooraf worden afspraken gemaakt over de scheiding tussen professionele contacten en privé-contacten. (Het is raadzaam om geen professionele contacten aan te gaan met cliënten waar men buiten de zorgcontext contact mee heeft. Dus niet in het dossier kijken en niet bij die cliëntbesprekingen aanwezig zijn)
- De instelling stelt stageplaatsen beschikbaar voor ervaringswerkers in opleiding.

NB. De ontwikkeling en inzet van ervaringsdeskundigheid is in volle gang en aan verandering onderhevig. Ervaringsdeskundigen worden steeds meer ingezet in verschillende zorgsettings in het gehele land.

Modules / voorbeelden

- Slooten, J.D.F. van en C.A.J van Bekkum, 'Ervaringsdeskundigheid in ACT: de winst en de weerstand'. In: *Assertive communitytreatment*. Onder redactie van C.L.Mulder en H.Kroon. Nijmegen, 2005, p.129-147
- BGE-opleiding (Begeleider GGz met Ervaringsdeskundigheid). De BGE wordt aangeboden in Rotterdam (ROC Zadkine), Haarlem (Academie voor psychiatrie) Utrecht (ROCMN) en Apeldoorn (ROC). Het is een opleiding op SPW-4 niveau en een geschikte vooropleiding is vereist. De opleiding wordt verkort, in twee jaar aangeboden. De cursist moet minimaal 20 uur per week op een relevante plek werken of stage lopen.
- TOED (Traject Opleiding ErvaringsDeskundigheid) In Amsterdam en Eindhoven wordt de TOED (Traject Opleiding Ervarings Deskundigheid) gegeven. In deze opleiding wordt de ervaringskennis in een aantal weken uitgediept waarna vervolgcursussen kunnen worden gevolgd die zijn afgestemd op diverse functies zoals voorlichter, ondersteuner, trainer, onderzoeker en ondernemer vanuit cliëntenperspectief.
- De Hogeschool van Amsterdam (HVA) is een traject aan het ontwikkelen voor ervaringswerkers. De opleiding gaat waarschijnlijk in september 2007 van start. Toelating op basis van Elders Verworven Competenties (EVC)
- Landelijk platform ervaringswerkers in F-ACT teams. Dit platform komt 4 keer per jaar bij elkaar en richt zich op zowel de belangen van de ervaringswerkers als de inhoudelijke ontwikkeling van ervaringsdeskundigheid. Contactpersoon: M.Baehler@ggz-nhn.nl

Tool 11. **Reductie wachttijden en verbetering doorstroom**

Begripsomschrijving

Er zijn verschillende vormen van logistiek waarin problemen zich kunnen voordoen (Beltman et al., 2006). In deze Tool bespreken we:

1. Doorstroomlogistiek
2. Ketenlogistiek

1. Bij *doorstroomlogistiek* gaat het om de gang van cliënten met schizofrenie door de instelling. De doorstroom kan stagneren door wachttijden op verschillende momenten in het proces. Dit resulteert in vaak lange wachttijden (2-4 maanden) voordat psychotherapie (gedragstherapie, CGT, inter-persoonlijke therapie) is gestart.

2. *Achterdeur of ketenlogistiek*: hierbij gaat het om het managen van cliëntenstromen door de verschillende hulpverleners en organisaties, die samen een schizofrenie keten vormen. Stagnatie in de doorstroom van minder intensieve zorg naar intensieve zorg en andersom kunnen veroorzaakt worden door onvoldoende samenwerking met partners binnen de keten. Door fusies zijn grote GGZ instellingen ontstaan waardoor een deel van de ketenproblematiek tot interne doorstroom problematiek is omgedoopt. Bijvoorbeeld onterechte bedbezetting in het psychiatrische ziekenhuis doordat cliënten lang moeten wachten op een plaatsing in een RIBW.

Samenvattend kunnen problemen op het gebied van logistiek zich voordoen als wachttijden en doorstroomtijden voor cliënten, wachttijden voor hulpverleners, verkeerde bedbezetting en problemen bij het uitplaatsen van patiënten. Om logistieke problemen op te sporen en op te lossen is het noodzakelijk om de wachttijden voor patiënten met schizofrenie binnen en tussen instellingen/zorgverleners in kaart te brengen.

Een aantal interventies binnen de keten kunnen tot een betere doorstroom leiden (Beltman et al., 2006). Deze zijn onder andere:

- *Hanteer een pullsysteem*
In plaats van dat het programma/de afdeling, die op dat moment zorg verleent aan de cliënt, verantwoordelijk is voor de overplaatsing naar de volgende stap in het zorgproces, moet de volgende schakel in de keten voor een tijdige en soepele overgang zorgen.
- *Plan het ontslag/overplaatsing*
Voor ieder ontslag moet een vast aantal handelingen plaatsvinden. Door het vaststellen van de ontslagdatum en een vastgestelde periode waarin die handelingen verricht dienen te zijn kan de doorstroom verbeterd worden.
- *Verleng de keten*
Vooral wanneer hulpverleners moeten samenwerken en verwijzen naar andere hulpverleners/afdelingen ontstaan er logistieke problemen. Het verbeteren van de samenwerking tussen de aanmeldingskant en de uitstroomkant van de keten helpt logistieke knelpunten in de keten verminderen.
- *Verbeter de werkstroom door piekmomenten beter te organiseren.*
Pieken moeten voorkomen worden, en werkprocessen zouden door een betere organisatie constanter zijn. Fysieke afstand tussen opeenvolgende stadia van zorg kunnen de doorstroom vertragen. Organisaties met meerdere locaties moeten hier extra alert op zijn.
- *Verminder de variatie*
Doordat de variatie in aanbod groter is dan de variatie in zorgvraag kan winst worden behaald door de variatie in aanbod te minimaliseren. Dit kan door het: van te voren inplannen van spoed en niet ingeroosterde zorg, organiseren van een 'fast track' voor een snelle veel voorkomende en eenduidige zorgvraag, opstellen van een protocol voor triage, intake, tests en behandeling van de meest voorkomende zorgvragen.

- *Verander de werkomgeving*
Om te kunnen veranderen is het van belang dat de organisatiecultuur kenmerken heeft van een ontwikkelingsgerichte cultuur.

Modules / voorbeelden

- Beltman, M., Glind, I., Goossensen, A. Voorstudie patiënten logistiek. In het kader van het project LAK GGZ/Vz. Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (IbMG), oktober 2006. Rotterdam.