



Landelijk Platform GGz

LPGGz

Zelfmanagement en passende zorg

Programma's van Eisen

Versie 3

LPGGz
Maart 2014



Inhoudsopgave

1. Inleiding	3
2. Programma van Eisen Cliëntgroep 1	7
3. Programma van Eisen Cliëntgroep 2	11
4. Programma van Eisen Cliëntgroep 3	15
5. Programma van Eisen Cliëntgroep 4	21

Inleiding

Voor u liggen de Programma's van Eisen vanuit cliënt-/familieperspectief voor zelfmanagement en passende zorg. Voor vier cliëntgroepen in de ggz geeft het LPGGz aan met welke aspecten de zorg rekening moet houden. De komende veranderingen in de ggz, inzet op ambulantisering, beddenreductie, besparingen in de zorg, 'GGZ nieuwe stijl', in combinatie met de wens vanuit de cliënten- en familiebeweging – én noodzaak – voor een grotere inzet op zelfmanagement, eigen regie, herstel en herstelondersteunende zorg, vragen om een uitgewerkte visie vanuit cliënt- en familieperspectief. Binnen het project Zelfmanagement en passende zorg is hier gehoor aan gegeven. Met de komende veranderingen en de huidige bezuinigingen is het zo belangrijk dat cliënten met zo min mogelijk ingrijpende middelen zo veel mogelijk de zorg krijgen die bij hen pást, dat zij gestimuleerd worden in hun herstel, de zelfregie (her)pakken, en met de juiste behandeling of begeleiding zo goed en snel mogelijk geholpen zijn.

Maar wat is dan passende zorg volgens cliënten en familie? Hoe kan de zelfmanagement het beste worden gestimuleerd, onder welke voorwaarden en op welke manier? Voor het project Zelfmanagement en passende zorg heeft het LPGGz een meldactie gehouden. Cliënten en familie hebben aangegeven welke ervaringen zij hadden met zelfmanagement en passende zorg, en welke goede ideeën. Ook zijn inspirerende praktijken geïnventariseerd. Daarnaast hebben we een deskresearch uitgevoerd, en hebben we diverse bijeenkomsten gehouden met cliënten/familie en cliënt-/familievertegenwoordigers. De uitkomsten zijn vertaald in een visie en verschillende criteria. Deze zijn te vinden in de voor u liggende Programma's van Eisen voor de vier cliëntgroepen.

Cliëntgroepen

In het vervolg van dit document wordt een viertal cliëntgroepen beschreven. De kwaliteitseisen die worden genoemd, zijn ook ingedeeld per cliëntgroep. Omdat de cliënt leidend is, wordt er in eerste instantie vanuit de cliënt gekeken, naar diens hulpvraag, complexiteit van problemen, daarop aansluitend de zorgbehoefte en vervolgens hoe de zorg daar omheen dient worden vormgegeven. Ieder mens is uniek, en verdient een humanistische en individuele benadering. We hebben er echter voor gekozen om wel in groepen in te delen. Er is nu eenmaal onderscheid te maken in behoeften en wensen, tussen mensen die voor het eerst bij de huisarts langskomen, en mensen die langdurig in een instelling verblijven. Waarbij we voorop stellen dat alle cliënten (en dit zijn de gemene delers) een individuele benadering verdienen, dat familie (onder bepaalde condities) wordt betrokken, dat zo veel mogelijk wordt ondersteund in het herstelproces, en zo veel mogelijk een beroep wordt gedaan op de zelfmanagement (met ondersteuning en stimulering waar nodig).

Cliëntgroep 1

Mensen die voor het eerst met hun psychische of psychosomatische klachten bij de huisarts komen en vervolgens hulp krijgen van de huisarts, POH GGZ, of na doorverwijzing bij de eerstelijns of basis-ggz. Voor hen verzamelen we kenmerken van passende zorg, in het traject bij de huisarts/POH, het traject in de basis-ggz en het traject tot toeleiding naar de specialistische zorg. Voor deze mensen is het doel van de zorg of begeleiding zo veel mogelijk dat de klachten verminderen of worden verholpen.

Cliëntgroep 2

Mensen die een psychiatrische diagnose hebben gekregen na een onderzoeksfase en die in eerste instantie zorg uit de basis-ggz of uit de gespecialiseerde ggz psychiatrische behandeling/zorg nodig hebben. Deze cliëntgroep heeft doorgaans geen begeleiding of ondersteuning op andere levensterreinen nodig. We verzamelen kenmerken voor het behandeltraject in de basis- en gespecialiseerde ggz, met de focus op curatieve behandeling voor enkelvoudige problematiek. Voor deze mensen is het doel van de behandeling of zorg zo veel mogelijk te herstellen, de klachten te verminderen of met een psychische kwetsbaarheid te leren leven. Mogelijk kan na voldoende herstel begeleiding/zorg door de huisarts of vanuit de basis-ggz volstaan.

Cliëntgroep 3

Mensen met langdurige complexe psychiatrische en/of verslavingsklachten, die (na een opnameperiode) behandeling en begeleiding, en soms ook bemoezorg, nodig hebben. Zij krijgen bijvoorbeeld hulp van een ambulante team of ander vergelijkbaar extramuraal zorgaanbod. We verzamelen kenmerken voor ambulante, integrale zorg, inclusief eventuele tijdelijke opnames tijdens perioden van terugval. Het kan gaan om (een combinatie van) specialistische zorg, basis-ggz en maatschappelijke ondersteuning. De zorg en begeleiding heeft tot doel het herstel te bevorderen, de kwaliteit van leven van deze cliënten en hun naasten te bevorderen, hun klachten beheersbaar te houden, en participatie te stimuleren (daginvulling, activiteiten, werk, etc.).

Cliëntgroep 4

Mensen die langdurig in een psychiatrische instelling (ziekenhuis of instelling voor beschermd wonen) leven, omdat zij niet in staat zijn om (dat kan om diverse redenen zijn) zelfstandig of semizelfstandig te leven. Deze mensen verlangen kwaliteit van leven en zorg, die hen een betekenisvolle daginvulling, leefomgeving en ontspanning biedt binnen de vrijheidsgraden die hen geboden kunnen worden. Passende zorg/begeleiding draagt bij aan kwaliteit van leven en herstel binnen een beschermde leefomgeving, al of niet binnen een gesloten setting.

Gebruik

De Programma's van Eisen kunnen bij diverse activiteiten worden ingezet. In een groot aantal situaties is het van belang te weten wat de cliënt en hun familie belangrijk vinden. Dit leidt tot waardevolle inbreng van ervaringskennis, zoals bij het ontwikkelen van richtlijnen en kwaliteitsstandaarden, als leidraad bij de ontwikkeling van nieuwe samenwerkingsverbanden op gemeentelijk niveau of als netwerk rond de cliënt, binnen recente en nieuwe e-health projecten, bij de ontwikkeling van elektronische informatie-uitwisseling en bij de ontwikkeling en implementatie van innovatie in de praktijk. De mogelijk inspirerende praktijken zijn een greep, er zijn er meer.

Binnen het project Zelfmanagement en passende zorg zetten we samen met de partners uit het Bestuurlijk Akkoord een stap richting het bevorderen van de inzet van passende zorg binnen de ggz. Nadrukkelijk wordt daarbij gekeken naar het vergroten van mogelijkheden voor eigen regie en zelfmanagement. Het LPGGz gebruikt de in dit document opgestelde visie en criteria om met de andere deelnemers van het Bestuurlijk Akkoord te komen tot een gemeenschappelijk gedragen visie en bij het bepalen van kenmerken van zelfmanagement en passende zorg. Een goede gezamenlijke visie zorgt ervoor dat we met alle partijen in het veld samen kunnen voorkomen dat er geen cliënten tussen wal en schip vallen bij de komende veranderingen in de ggz. De Programma's van Eisen in dit document vormen het beginpunt van deze discussie.

Zelfmanagement is ...

- ... Zelf de regie voeren over het leven, ook over het leven met een psychisch probleem
- ... Zelfstandig keuzes kunnen maken, zowel in het alledaagse leven als in de zorg en ondersteuning
- ... Verantwoordelijkheid nemen voor het leven met een psychisch probleem, en de keuzes die daarbij komen kijken
- ... Met de juiste informatie zo veel mogelijk zelfstandig kunnen oppakken en uitvoeren, en zo goed mogelijk eigen beslissingen maken. Dit kan overigens ook een beslissing tot meer zorg of ondersteuning zijn.

Zelfmanagement ontstaat niet vanzelf. In de relatie met een professional krijgt een persoon de juiste informatie, de tools en de vrijheid om zelfstandig keuzes te kunnen maken, de regie over het eigen leven te kunnen voeren en zo de verantwoordelijkheid hiervoor op zich te nemen.

Begrippenkader

Passende zorg is ...

- “... Zorg waar cliënten wat aan hebben, effectief en kwalitatief*
- ... Geen onderbehandeling en geen overbehandeling*
- ... Zorg op maat, ‘stepped care’, of ‘matched care’*
- ... Zorg die in samenspraak tussen de cliënt en zijn hulpverlener wordt bepaald*
- ... Betrokkenheid en motivatie zijn hierbij belangrijke factoren*
- ... Zorg die aansluit bij de beleving en leefwereld van de cliënt*
- ... Die samen met de cliënt wordt vormgegeven*
- ... Zorg die de mogelijkheden benadrukt, niet de beperkingen van de cliënt*
- ... Zorg die motiveert en het herstel ondersteunt*
- ... Effectieve zorg, die samen met de cliënt wordt bepaald en die als minst belastend wordt ervaren*
- ... Werken vanuit een integraal model, met aandacht vanuit een biopsychosociaal model. Bij de diagnostiek wordt niet alleen gekeken naar klachten en wat niet goed gaat, maar ook naar sterke kanten en wat iemand wel kan.*
- ... Zorg die zo veel mogelijk een beroep doet op de eigen kracht en het herstelproces van de cliënt*
- ... Zo veel mogelijk ambulant plaatsvindt, erger voorkomt en participatie stimuleert”*

Begrippenkader



Relevante begrippen bij zelfmanagement en passende zorg

Zelfmanagement en passende zorg zijn termen die nauw samenhangen met andere begrippen en stromingen in de psychiatrie. Bijvoorbeeld het samen bepalen van de best passende zorg vraagt om een Shared Decision Making model. Daarbij is het van belang te weten wat de cliënt wil en wat de cliënt kan. Het is minstens net zo van belang dat een cliënt dit zelf weet. Het veronderstelt dus een inzicht in het eigen kunnen en (nog) niet kunnen, het kennen van de eigen kracht, daarin kunnen 'staan' en dit ook kunnen inzetten in de zorg of behandeling. Dit zorgt voor een betrokkenheid en motivatie. Zorgverleners hebben daarbij de juiste tools nodig ter ondersteuning van dit proces bij cliënten.

Herstel

Passende zorg gaat uit van herstel en herstelondersteunende zorg. Het vraagt om een actieve betrokkenheid van de cliënt in zijn* eigen zorgproces, om zelf te doen wat men kan en zelf beslissingen te nemen waar mogelijk. Hiervoor dient de zorg ook op een bepaalde manier ingericht te zijn, namelijk herstelondersteunend, om cliënten randvoorwaarden te kunnen bieden voor toeleiding naar herstel. Hieronder wordt een aantal andere relevante begrippen uitgelegd, die nauw samenhangen met 'passende zorg'.

Empowerment

Empowerment betekent dat mensen hun eigen kracht ontdekken en de controle over hun bestaan herwinnen. Empowerment betekent ook dat men eigen keuzes kan maken en iets met die keuzes kan doen. Dit geldt ook voor mensen met een psychische kwetsbaarheid. Empowerment hangt nauw samen met het herstelbegrip. Herstel vereist empowerment en leidt tot empowerment. Het verwijst naar het vermogen van mensen om zich aan een hopeloze situatie te onttrekken en een nieuwe wending aan hun leven te geven. Daarbij bepalen zij zelf hoe ze met de uitdagingen van hun leven omgaan en welke ondersteuning ze willen hebben. In die zin gaat het niet alleen om een psychologisch proces, maar ook om erkenning van eigen wensen en ambities.

Zeggenschap en eigen regie

Door zeggenschap en eigen regie kunnen mensen de baas blijven over hun eigen bestaan. De cliënt bepaalt de zorg: het hoe, wie, wanneer, waar en welke soort. Versterking van de eigen regie begint bij een zorgverlener die vraagt wat de cliënt wil, en een cliënt die hier antwoord op geeft.

Eigen kracht

In eigen kracht staan houdt in dat een cliënt de dingen doet die bij hem passen, die hij kan en waar hij/zij in gelooft. Dat hij/zij doelen bereikt en vrede heeft met zichzelf. En dat hij/zij soms doelen niet bereikt en nog steeds vrede heeft met zichzelf. In eigen kracht staan is uitgaan van het 'zelf'. Met wensen, verlangens en motivatie.

Shared Decision Making

Om tot optimale zelfmanagement te komen, is het nemen van goede, passende gedeelde besluiten door de cliënt en zorgverlener essentieel: Shared Decision Making. Hiermee wordt de cliënt geholpen om de juiste keuzes te maken in zijn zorg of behandeling. Het goed inrichten en ondersteunen van het besluitvormingsproces helpt cliënten: ze zijn beter geïnformeerd, ze zijn zich meer bewust van de voor- en nadelen van bepaalde keuzes, ze voelen zich vaker tevreden en twijfelen minder over hun genomen beslissing. Een goede informatievoorziening leidt ook weer tot meer betrokkenheid van de cliënt in zijn eigen zorgproces. Hoe meer kennis de cliënt heeft over zijn behandeling, hoe meer sturing hij hier ook zelf aan kan geven. Shared Decision Making zorgt voor meer tevredenheid bij cliënten, een betere kwaliteit van leven, en het draagt bij tot een betere behandelrelatie. Bij Shared Decision Making stelt de zorgverlener veel open vragen, geeft en vraagt veel informatie, vraagt of de cliënt wil participeren in de besluitvorming en houdt expliciet rekening met diens omstandigheden en voorkeuren.

Programma van Eisen Cliëntgroep 1

Mensen die met psychische of psychosomatische klachten naar de huisarts gaan en vervolgens hulp krijgen van de huisarts, de eerstelijns of basis-ggz. Voor hen verzamelen we kenmerken van passende zorg, in het traject bij de huisarts/POH, het traject in de basis-ggz en het traject tot toeleiding naar de specialistische zorg. Voor deze mensen is het doel van de zorg of begeleiding zo veel mogelijk dat de klachten verminderen of worden verholpen.

Inleiding

Mensen die voor het eerst in aanraking komen met de zorg om psychische klachten, kunnen een verscheidenheid aan problematiek laten zien. Het kan gaan om mensen met somberheidsklachten, depressieve gevoelens, misschien een eerste psychose, of met aanwijzingen voor andere problemen zoals een eetstoornis of persoonlijkheidsproblematiek. Belangrijke vragen die hier nu spelen, zijn: wat is er met mij aan de hand? En wat gaat er gebeuren? Waarmee ben ik geholpen, zo goed mogelijk, zo snel mogelijk, en met zo min mogelijk ingrijpen in mijn leven? Belangrijk is de juiste zorg voor de juiste persoon: matched care. En een aanbod van zorgvormen die zo veel mogelijk een beroep doen op de eigen kracht van mensen.

Visie

De wijze waarop het eerste gesprek van mensen met hulpverleners over hun psychische klachten verloopt, kan erg bepalend zijn voor het vervolg. Mensen hebben soms al langere tijd gewacht met het zoeken naar hulp en voelen zich erg kwetsbaar. Eén ongevoelige opmerking van de hulpverlener kan voldoende zijn om het contact prompt weer te verbreken.

Cliënten vinden het belangrijk dat de tijd genomen wordt voor de klachtenverkenning, om hun eigen verhaal op hun eigen wijze te vertellen. Vervolgens kan de hulpverlener inhaken met het stellen van verhelderende en verkennende vragen, waarbij meerdere relevante levensgebieden de revue passeren en waarbij aandacht voor de directe sociale omgeving (familie, partner, etc.) zeker tot de prioriteiten behoort.

Een plan van aanpak wordt gezamenlijk opgesteld, waarbij de door de cliënt als primair belastende klachten prioriteit krijgen. Geef als hulpverlener aan wat je wel en wat je niet kunt bieden. Ga samen op weg en bezie in overleg welke route het beste gevolgd kan worden. Informeer de cliënt over de mogelijkheden en/of maak hem attent op de vindplaatsen voor deze informatie.

Sluit aan op het tempo en andere individuele specificiteiten van de cliënt en stel hem in staat zo veel mogelijk zelf de regie te voeren over het verloop van het hulp- en ondersteuningsproces; en de eventuele doorverwijzing (binnen of buiten de zorg), voor zover dat aan de orde is.

Criteria

Wat is passende zorg voor mensen, die voor de eerste keer met klachten, psychisch of psychosomatisch, bij de huisarts komen? Aan welke zorg of ondersteuning hebben zij behoefte? Hoe moet de zorg hier ingericht zijn? Onderstaand een overzicht van de geïnventariseerde criteria.

Klachtenverkenning/diagnosestelling

- Neem de tijd en pas de juiste expertise toe voor klachtenverkenning en diagnosestelling. Een POH GGZ kan hier uitkomst bieden. Vooral de eerste kennismaking is zeer van belang. Neem de klachten serieus.
- Zorg ook dat zogenaamde 'taboe' onderwerpen aan bod komen, bijvoorbeeld een doodswens. Dit maakt de bespreekbaarheid laagdrempelig.



- Sluit aan bij de eigen ervaringen (klachten in het alledaagse leven, waar loopt hij/zij tegenaan) en de leefwereld van de cliënt (taal, cultuur, intelligentie, tempo). Wanneer iemand bijvoorbeeld stemmen hoort, vraag hiernaar door.
- Zorg voor tijdige en accurate screening van klachten en juiste doorverwijzing indien nodig. Dit bevordert vroegtijdige onderkenning en preventief optreden. Aansluitend is het belangrijk zo snel mogelijk de juiste hulp inschakelen, en bij wachtlijsten door te verwijzen naar een andere locatie waar men gelijk terecht kan.
- Zorg voor de aanwezigheid van goede screeningsinstrumenten en diagnosetools. Dit is van essentieel belang. Diagnosestelling is bepalend voor het hele verdere traject, en verdient veel aandacht. Eerlijkheid over de moeilijkheid van diagnosticeren is geboden.
- Intake, onderzoek, diagnostiek, behandelplan: dit proces dient binnen een afzienbare termijn plaats te vinden (bijvoorbeeld maximaal 5 weken).
- Combineer de klachtenverkenning met een somatische screening.
- Indien van toepassing: minstens een maal per jaar vindt een evaluatie met cliënt en familie plaats om opnieuw in kaart te brengen in welk opzicht de hulp nog aansluit bij de behoeften van de cliënt. Dit biedt de gelegenheid om (meer) eigen regie uit te kunnen oefenen, en de mogelijkheid tot veranderingen.
- Adequate en tijdige doorverwijzing, naar andere hulpverleners of andere vormen van begeleiding/ondersteuning, of algemeen aanbod in de buurt: sportclub, koor, buurthuis. Ook hier is een goede klachtenverkenning en doorvragen van de poortwachter van belang. Is er bijvoorbeeld ook sprake van eenzaamheid?

Gelijkwaardige relatie met de behandelaar

- Gelijkwaardigheid is de basis van een gezonde relatie, zo ook in de hulpverlening. Cliënten in de ggz hebben behoefte aan iemand die respect, oprecht interesse en medeleven toont, de mens ziet, vraagt wat hij of zij wil, iemand die luistert, de tijd neemt, zich verplaatst in de ander, en aansluit bij de leefwereld van de ander. Een behandelaar dient aan te sluiten bij het niveau, de taal, cultuur en intelligentie van de cliënt. Alles dient bespreekbaar te zijn. Betrokkenheid, een vertrouwensband en gelijkwaardigheid zijn hierbij vereisten.
- Een cliënt is niet alleen patiënt, maar ook ouder, partner, broer of zus, vriend of vriendin. Zie de persoon in behandeling als mens met meerdere rollen. Een behandelaar is ook niet alleen behandelaar, maar ook mens. Deze mag ook aangeven dat hij/zij iets niet weet. Of is bereid zich te verdiepen in andere opvattingen. Ga de samenwerking met elkaar aan, waarbij beiden zich verdiepen in de leefwereld van de ander om deze beter te begrijpen.

Zelfregie, zelfzorg, zelfmanagement

- Zet zo veel als mogelijk (en bepaal in samenwerking hoeveel dat is) in op zelfmanagement van de cliënt. Bied praktische ondersteuning bij de keuze voor de inzet van zelfzorgmiddelen, e-health, websites waarop kennis en ervaringen worden uitgewisseld en gelijkgestemden elkaar kunnen treffen.
- De cliënt voert zelf de regie en zeggenschap over de eigen behandeling en het eigen herstelproces. Laat zo veel als mogelijk de beslissingen en keuzes bij de cliënt. De cliënt krijgt de ruimte om zelf conclusies te trekken en zelf stappen te zetten. Dit kan ook in het alternatieve, creatieve of anderszins buiten de reguliere zorg vallend circuit zijn: mindfulness, sporten, voeding, kunst. Dit zijn aanvullingen, geen vervangingen van het bestaande aanbod. Maak dit mogelijk door de cliënt van de juiste informatie te voorzien. Bied ondersteuning waar nodig.
- Hanteer een positieve benadering, kijken samen naar wat mogelijk is, ga hier naar op zoek. Kijk niet alleen naar de psychische kwetsbaarheid, maar ook naar de mens, hun interesses en mogelijkheden. Stel op basis daarvan samen doelen op.

- Cliënten bereiden zo veel als mogelijk het gesprek voor, maar men dient er rekening mee te houden dat niet iedereen dit kan. De emancipatie van de cliënt, het in gesprek durven gaan, over wat iemand werkelijk bezighoudt en welke behoefte iemand heeft, is nog gaande. Dit kan bevorderd worden door de cliënt voldoende tijd en ruimte te geven om met deze zelfregie aan de slag te gaan.

Betrekken van familie^{1 2}

- Het betrekken van de familie wordt altijd in samenspraak met de cliënt bepaald. Herstel waar mogelijk het contact met de familie. Indien betrokkenheid gewenst is, kan dit op onderstaande manier worden vormgegeven.
- Het betrekken van familie kan bij het gehele traject, van klachtenverkenning tot ambulante begeleiding. Neem hen serieus, en sluit ook hier aan bij hun leefwereld (taal, cultuur, intelligentie, rouwproces). Familie is een bron van informatie, signaleert vaak als eerste onrust, en zorgt voor steun en opvang. Informeer hen over de cliënt, en informeer bij hen naar de cliënt.
- Laat familie ook een rol spelen bij andere aspecten in het leven van de cliënt. Denk aan werk, sport, hobby's. Ook als het slechter gaat met de cliënt, is tijdig betrekken van familie van belang.
- Heb oog voor de belastbaarheid van de familie/naasten. Zij kunnen zelf ook ondersteuning gebruiken, bijvoorbeeld in het leren omgaan met een partner met psychische problemen. Informeer hen tijdig over ondersteuningsaanbod: familie (psycho-)educatie, cursussen voor ouders, familieverenigingen en lotgenotencontact.
- Zorg in overleg met de cliënt voor back-up van mantelzorg als de aangewezen mantelzorgers even niet beschikbaar zijn, bijvoorbeeld als de draagkracht even minder is.
- Een cliënt staat niet op zichzelf. Schenk aandacht aan het systeem: de relatie, het gezin, de mantelzorgers.

Zorg aan/dichtbij huis

- Bied behandeling zo dicht mogelijk bij huis. Denk bij begeleiding na herstel of het stabiliseren van de klachten aan de inzet van de praktijkondersteuner in de wijk, zelfzorgmiddelen, e-health, een maatschappelijk werker of SPV-er. De inzet van ervaringsdeskundigen (therapeuten) bevordert hierbij begrip, contact, en dat cliënten zich als echte mensen gezien weten.

Behandeling/therapievorm

- Het aanbod sluit aan bij de zorgvraag van de cliënt. Dit kan inzichtverhogend aanbod zoals voorlichtingsavonden, een kortdurende laagdrempelige interventie, of een langdurend intensief traject. Houd rekening met de wensen en behoeften van de cliënt. Een POH GGZ kan hier uitkomst bieden.
- Adequate doorverwijzing, mits de huisarts de patiënt met ondersteuning van POH-GGZ niet (verder) kan helpen, naar de basis-ggz voor patiënten met lichte en matige problematiek, of specialistische ggz voor patiënten met een hoog risico en/of (zeer) complexe aandoeningen. Dat vraagt om de aanwezigheid van een sociale kaart bij de huisarts. Verwijzing buiten de ggz, naar maatschappelijk werk, buurthuis, sportclub is ook mogelijk, mits dit aan de behoefte en problematiek voldoet.

¹ Veiligheid van de cliënt is belangrijk, ook bij het betrekken van familie; de hulpverlener dient te erkennen dat in uitgangspunt de familie een rol speelt bij de behandeling/begeleiding (de familie maakt deel uit van het leven van de cliënt), tenzij de cliënt dit niet wil. Familie kan de hulpverlener benaderen. Andersom kan de hulpverlener niet achter de rug van de cliënt de familie benaderen.

² Waar familie staat, kan ook naaste worden gelezen. Het gaat om de betrokkenheid van de persoon (personen) die dicht bij de cliënt staat. Dit kan de partner, de ouder, of de beste vriend zijn.



- Goede begeleiding en continuïteit in begeleiding, kennis en expertise is een vereiste. Dat betekent geen tijdelijke krachten, en goed opgeleide professionals, geen studenten.
- Een goede leefstijl, lichamelijke beweging en gezonde voeding hebben een positief effect op het gevoel van welbevinden, biedt ontspanning en is een goede dagbesteding. Schenk aandacht aan de fysieke gezondheid en leefstijl. Maak het bespreekbaar en informeer of verwijz indien nodig. Dit kan in de hele behandel-/begeleidingsperiode, maar vooral indien medicijnen worden voorgeschreven.
- De behandelaar is op de hoogte van actuele ontwikkelingen en mogelijkheden teneinde adequaat mee te kunnen denken over wat bij de cliënt past.
- Er is aandacht voor het traject na de behandeling of begeleiding. Houd de eerste periode contact met de cliënt voor een vinger aan de pols, maak enkele (telefonische) vervolgspraken en check hoe het gaat. Dit werkt preventief en voorkomt terugval.

Samenwerking hulpverleners met verschillende achtergrond

- Een goede afstemming en samenwerking, coherentie, gezamenlijke informatie-uitwisseling, in goed overleg tussen verschillende hulpverleners en met cliënt, liefst in samenwerking met familie, is zeer waardevol. Betrokken partijen zijn bijvoorbeeld: huisarts, POH GGZ, psychiater, SPV-er, specialist (ook somatisch), maar ook maatschappelijk werk. Zorg voor een netwerk in plaats van een keten, met een heldere verantwoordelijkheidsverdeling.
- Zorg hierbij wel voor één aanspreekpunt voor de cliënt. De inzet van een casemanager biedt hier de oplossing. Deze dient goed bereikbaar te zijn.

Informatievoorziening

- Stel de cliënt op de hoogte van zijn/haar keuzemogelijkheden
- Informeer de cliënt over de (voorlopige) diagnose, over de diverse mogelijkheden van de behandeling, zeggenschap over de behandeling/behandelaar, psycho-educatie, lotgenotencontact, de mogelijkheden rond juridische ondersteuning, medicatie, en waar men terecht kan voor extra informatie.
- Zorg voor informatie in publieksvriendelijke taal. Een sociale kaart voor cliënt en familie biedt hier uitkomst.

Medicatie

- Zorg dat een tijdige doorverwijzing naar een specialist mogelijk is als de cliënt dit in verband met medicatie wenselijk acht.
- Wees zeer terughoudend met het inzetten van medicatie. Het eenzijdig inzetten van medicatie belemmert het verkrijgen van zelfinzicht van de cliënt. De opties zijn altijd bespreekbaar. Bepaal samen een adequate dosering en geef een cliënt een hulpmiddel voor het monitoren van de werking en bijwerkingen. Begin met een lage dosering, totdat de juiste passende dosering is bereikt.
- Aanpassing in middel en dosering is mogelijk indien het middel niet het gewenste effect heeft, of niet voldoet aan de wensen en behoeften van de cliënt. Blijf in gesprek over de gevolgen van de medicatie voor de cliënt, zolang als nodig is.
- Zorg voor samenwerking met de apotheker. Betrek diens expertise.

Gespreksgroepen/lotgenotencontact/herstelwerkgroepen

- De cliënt wordt geïnformeerd over de mogelijkheden van lotgenotencontact en zelfhulpgroepen.

Programma van Eisen Cliëntgroep 2

Mensen die een psychiatrische diagnose hebben gekregen na een onderzoeksfase en die in eerste instantie zorg uit de basis-ggz of uit de gespecialiseerde ggz psychiatrische behandeling/zorg nodig hebben. We verzamelen kenmerken voor het behandeltraject in de basis- en gespecialiseerde ggz, met de focus op curatieve behandeling voor enkelvoudige problematiek. Voor deze mensen is het doel van de behandeling of zorg zo veel mogelijk te herstellen, de klachten te verminderen of met een psychische kwetsbaarheid te leren leven. Mogelijk kan na voldoende herstel begeleiding/zorg door de huisarts of vanuit de basis-ggz volstaan.

Inleiding

Deze cliëntgroep bestaat uit de volgende mensen:

- Doorverwezen door de huisarts, onder behandeling bij een psycholoog of psychiater voor een enkelvoudig behandeltraject, al of niet in combinatie met een korte opname
- Onderhoudsbegeleiding door huisarts/POH-GGz of casemanager uit basis-ggz.

Er wordt een traject aangeboden uit de basis-ggz: kort, middel, intensief of chronisch; of uit de gespecialiseerde ggz. Belangrijke vragen die hier nu spelen, zijn: met welke behandeling ben ik zo goed en snel mogelijk geholpen, en met zo min mogelijk ingrijpen in mijn leven? En op welke manier kan ik zo veel mogelijk mijn leven blijven leiden of weer oppakken, maar wel (op afstand) de juiste begeleiding ontvangen? Waar kan ik terecht als ik daar weer behoefte aan heb, wie houdt er een vinger aan de pols? Belangrijk is de juiste zorg voor de juiste persoon: matched care. Een aanbod van zorgvormen die zo veel mogelijk een beroep doen op de eigen kracht van mensen. En ook: communicatie, informatie, tijdige hulp, aansluitende hulp, een luisterend oor, samenwerken vanaf het begin, laagdrempelige toegang tot zorg, de mogelijkheid aangereikt krijgen tot lotgenotencontact, enzovoort.

Visie

De relatie met de behandelaar is minstens zo belangrijk als de inhoud van de behandeling. Menselijkheid, gelijkwaardigheid, steun, tijd en ruimte voor het opbouwen van wederzijds vertrouwen staan hierbij voorop. Het aansluiten bij de leefwereld van de cliënt is een belangrijke voorwaarde. Het gaat hierbij onder andere om het taalgebruik, de intelligentie, de cultuur, het tempo van de cliënt (bijvoorbeeld in het geval van rouwverwerking, of bij de acceptatie dat men is vastgelopen).

Stel de cliënt in staat om zelf met oplossingen te komen door hem te inspireren met uitnodigende vragen, suggesties en tips. Check voortdurend in onderling overleg of de behandeling aansluit bij wat de cliënt nodig heeft, of hij er sterker door wordt. Maak de cliënt attent op mogelijke andere relevante behandelopties en/of interventies, zoals contact met lotgenoten en/of ervaringsdeskundigen.

Continuïteit in de persoon van de behandelaar is voor de cliënt een belangrijke vertrouwenwekkende voorwaarde.

Criteria

Wat is passende zorg voor mensen met een psychiatrische diagnose, met enkelvoudige problematiek die een beroep doen op behandeling vanuit de basis- of gespecialiseerde ggz, of na hun zorgtraject nog begeleiding op afstand nodig hebben? Aan welk zorg of ondersteuning hebben zij behoefte? Hoe moet dit ingericht zijn? Onderstaand een overzicht van de geïnventariseerde criteria.

Klachtenverkenning en diagnosestelling

- Neem de tijd voor klachtenverkenning en diagnosestelling. Neem de klachten serieus. Sluit hierbij aan bij de eigen ervaringen (klachten in het alledaagse leven, waar loopt hij/zij tegenaan) en de leefwereld van de cliënt (taal, cultuur, intelligentie, tempo). Wanneer iemand bijvoorbeeld stemmen hoort, vraag hiernaar door.
- Zorg voor tijdige en accurate screening van klachten en juiste doorverwijzing indien nodig. Dit bevordert vroegtijdige onderkenning en preventief optreden. Aansluitend is het belangrijk zo snel mogelijk de juiste hulp inschakelen, en bij wachtlijsten door te verwijzen naar een andere locatie waar men gelijk terecht kan.
- Zorg voor de aanwezigheid van goede screeningsinstrumenten en diagnosetools. Dit is van essentieel belang. Diagnosestelling is bepalend voor het hele verdere traject, en verdient veel aandacht. Eerlijkheid over de moeilijkheid van diagnosticeren is geboden.
- Intake, onderzoek, diagnostiek, behandelplan: dit proces dient binnen een afzienbare termijn plaats te vinden (bijvoorbeeld maximaal 5 weken).
- Combineer de klachtenverkenning met een somatische screening.
- Minstens een maal per jaar vindt een evaluatie met cliënt en familie plaats om opnieuw in kaart te brengen in welk opzicht de hulp nog aansluit bij de behoeften van de cliënt. Dit biedt de gelegenheid om (meer) eigen regie uit te kunnen oefenen, en de mogelijkheid tot veranderingen.

Zorg aan/dichtbij huis

- Bied behandeling zo dicht mogelijk bij huis. Denk bij begeleiding na herstel of het stabiliseren van de klachten aan de inzet van de praktijkondersteuner in de wijk, zelfzorgmiddelen, e-health, een maatschappelijk werker of SPV-er. De inzet van ervaringsdeskundigen (therapeuten) bevordert hierbij begrip, contact, en dat cliënten zich als echte mensen gezien weten.

Behandeling/therapievorm

- Aandacht voor het herstelvermogen en de eigen kracht van de patiënt is belangrijk: motivatie bevorderend interviewen, psycho-educatie, websites waarmee informatie met lotgenoten, hulpverleners en familie kan worden uitgewisseld, en activiteiten van patiëntenorganisaties. Bied zekerheid en veiligheid voor meer zelfvertrouwen en eigen regie.
- Aandacht voor de leefwereld van de cliënt is van belang: bij het betrekken van hulpverlening dient men bijvoorbeeld rekening te houden met het intelligentieniveau van de cliënt (hoogbegaafdheid/zwakbegaafdheid).
- Het gebruik van de onafhankelijke crisiskaart maakt het mogelijk dat de cliënt zelf bepaalt wat er gebeurt bij een (dreigende) crisis. Hij of zij geeft van tevoren aan wat in een dussdanig geval dient te gebeuren. Het bevordert de eigen regie, en voorkomt erger.
- Continuïteit, bereikbaarheid en diversiteit in keuzemogelijkheid van behandelaar en behandeling is van belang. Zorg voor voldoende beschikbare tijd en ruimte voor de cliënt, een vangnet bij terugval, de mogelijkheid tot langdurige zorg indien nodig, en snelle contactmogelijkheden (e-mail, telefoon).
- Heb oog voor het verleden, het ontstaan van de problemen. Dit kan een trauma zijn die het psychisch lijden heeft veroorzaakt.
- Een goede leefstijl, lichamelijke beweging en gezonde voeding hebben een positief effect op het gevoel van welbevinden, biedt ontspanning en is een goede dagbesteding. Schenk aandacht aan de fysieke gezondheid en leefstijl. Maak het bespreekbaar en informeer of verwijs indien nodig. Dit kan in de hele behandel-/begeleidingsperiode, maar vooral indien medicijnen worden voorgeschreven.
- De behandelaar is op de hoogte van actuele ontwikkelingen en mogelijkheden teneinde adequaat mee te kunnen denken over wat bij de cliënt past.

Gelijkwaardige relatie met de behandelaar

- Gelijkwaardigheid is de basis van een gezonde relatie, zo ook in de hulpverlening. Cliënten in de ggz hebben behoefte aan iemand die respect, oprecht interesse en medeleven toont, de mens ziet, vraagt wat hij of zij wil, iemand die luistert, de tijd neemt, zich verplaatst in de ander, en aansluit bij de leefwereld van de ander. Een behandelaar dient aan te sluiten bij het niveau, de taal, cultuur en intelligentie van de cliënt. Alles dient bespreekbaar te zijn. Betrokkenheid, een vertrouwensband en gelijkwaardigheid zijn hierbij vereisten.
- Een cliënt is niet alleen patiënt, maar ook ouder, partner, broer of zus, vriend of vriendin. Zie de persoon in behandeling als mens met meerdere rollen. Een behandelaar is ook niet alleen behandelaar, maar ook mens. Deze mag ook aangeven dat hij/zij iets niet weet. Of is bereid zich te verdiepen in andere opvattingen. Ga de samenwerking met elkaar aan, waarbij beiden zich verdiepen in de leefwereld van de ander om deze beter te begrijpen.

Zelfregie, zelfzorg, zelfmanagement

- Zet zo veel als mogelijk (en bepaal in samenwerking hoeveel dat is) in op zelfmanagement van de cliënt. Bied praktische ondersteuning bij de keuze voor de inzet van zelfzorgmiddelen, e-health, websites waarop kennis en ervaringen worden uitgewisseld en gelijkgestemden elkaar kunnen treffen, activiteiten van cliëntenorganisaties, een herstelcoach.
- De cliënt voert zelf de regie en zeggenschap over de eigen behandeling en het eigen herstelproces. Laat zo veel als mogelijk de beslissingen en keuzes bij de cliënt. De cliënt krijgt de ruimte om zelf conclusies te trekken en zelf stappen te zetten. Dit kan ook in het alternatieve, creatieve of anderszins buiten de reguliere zorg vallend circuit zijn: mindfulness, sporten, voeding, kunst. Dit zijn aanvullingen, geen vervangingen van het bestaande aanbod. Maak dit mogelijk door de cliënt van de juiste informatie te voorzien. Bied ondersteuning waar nodig.
- Hanteer een positieve benadering, kijken samen naar wat mogelijk is, ga hier naar op zoek. Kijk niet alleen naar de psychische kwetsbaarheid, maar ook naar de mens, hun interesses en mogelijkheden. Stel op basis daarvan samen doelen op.
- Cliënten bereiden zo veel als mogelijk het gesprek voor, maar men dient er rekening mee te houden dat niet iedereen dit kan. De emancipatie van de cliënt, het in gesprek durven gaan, over wat iemand werkelijk bezighoudt en welke behoefte iemand heeft, is nog gaande. Dit kan bevorderd worden door de cliënt voldoende tijd en ruimte te geven om met deze zelfregie aan de slag te gaan.

Betrekken van familie^{3 4}

- Het betrekken van de familie wordt altijd in samenspraak met de cliënt bepaald. Herstel waar mogelijk het contact met de familie. Indien betrokkenheid gewenst is, kan dit op onderstaande manier worden vormgegeven.
- Het betrekken van familie kan bij het gehele traject, van klachtenverkenning tot ambulante begeleiding. Neem hen serieus, en sluit ook hier aan bij hun leefwereld (taal, cultuur, intelligentie, rouwproces). Familie is een bron van informatie, signaleert vaak als eerste onrust, en zorgt voor steun en opvang. Informeer hen over de cliënt, en informeer bij hen naar de cliënt.
- Laat familie ook een rol spelen bij andere aspecten in het leven van de cliënt. Denk aan werk, sport, hobby's. Ook als het slechter gaat met de cliënt, is tijdig betrekken van familie van belang.

³ Veiligheid van de cliënt is belangrijk, ook bij het betrekken van familie; de hulpverlener dient te erkennen dat in uitgangspunt de familie een rol speelt bij de behandeling/begeleiding (de familie maakt deel uit van het leven van de cliënt), tenzij de cliënt dit niet wil. Familie kan de hulpverlener benaderen. Andersom kan de hulpverlener niet achter de rug van de cliënt de familie benaderen.

⁴ Waar familie staat, kan ook naaste worden gelezen. Het gaat om de betrokkenheid van de persoon (personen) die dicht bij de cliënt staat. Dit kan de partner, de ouder, of de beste vriend zijn.



- Heb oog voor de belastbaarheid van de familie/naasten. Zij kunnen zelf ook ondersteuning gebruiken, bijvoorbeeld in het leren omgaan met een partner met psychische problemen. Informeer hen tijdig over ondersteuningsaanbod: familie (psycho-)educatie, cursussen voor ouders, familieverenigingen en lotgenotencontact.
- Zorg in overleg met de cliënt voor back-up van mantelzorg als de aangewezen mantelzorgers even niet beschikbaar zijn, bijvoorbeeld als de draagkracht even minder is.
- Een cliënt staat niet op zichzelf. Schenk aandacht aan het systeem: de relatie, het gezin, de mantelzorgers.

Medicatie

- Wees zeer terughoudend met het inzetten van medicatie. Het eenzijdig inzetten van medicatie belemmert het verkrijgen van zelfinzicht van de cliënt. De opties zijn altijd bespreekbaar. Bepaal samen een adequate dosering en geef een cliënt een hulpmiddel voor het monitoren van de werking en bijwerkingen. Begin met een lage dosering, totdat de juiste passende dosering is bereikt.
- Aanpassing in middel en dosering is mogelijk indien het middel niet het gewenste effect heeft, of niet voldoet aan de wensen en behoeften van de cliënt. Blijf in gesprek over de gevolgen van de medicatie voor de cliënt, zolang als nodig is.
- Zorg voor samenwerking met de apotheker. Betrek diens expertise.

Gespreksgroepen, lotgenotencontact, herstelwerkgroepen

- Herstelondersteunende zorg, hersteltrajecten, herstelwerkgroepen, cursussen HEE en Zicht op herstel; ook de focus op herstel en rehabilitatie, niet alleen het verminderen van klachten; uiteindelijk leidt dit tot minder afhankelijkheid van dure GGZ en verbetering van levenskwaliteit.
- De hulpverlening weet de cliënt te informeren over contact met lotgenoten en ervaringsdeskundigen, en over opleidingen tot werken als ervaringsdeskundige.
- In gespreksgroepen kan een cliënt de eigen krachten en kwaliteiten onderzoeken. Wijs een cliënt hierop.

Informatievoorziening

- Stel de cliënt op de hoogte van zijn/haar keuzemogelijkheden
- Informeer de cliënt over de (voorlopige) diagnose, over de diverse mogelijkheden van de behandeling, zeggenschap over de behandeling/behandelaar, psycho-educatie, lotgenotencontact, de mogelijkheden rond juridische ondersteuning, medicatie, en waar men terecht kan voor extra informatie.
- Zorg voor informatie in publieksvriendelijke taal. Een sociale kaart voor cliënt en familie biedt hier uitkomst.

Hobby's, dagbesteding, werk, opleiding

- De behandelaar inspireert de cliënt om eigen kwaliteiten te benutten, om eigen interesses te volgen.

Samenwerking hulpverleners met verschillende achtergrond

- Een goede afstemming en samenwerking, coherentie, gezamenlijke informatie-uitwisseling, in goed overleg tussen verschillende hulpverleners en met cliënt, liefst in samenwerking met familie, is zeer waardevol. Betrokken partijen zijn bijvoorbeeld: huisarts, POH GGZ, psychiater, SPV-er, specialist (ook somatisch). Denk aan de inzet van netwerkzorg in plaats van ketenzorg, met een heldere verantwoordelijkheidsverdeling.
- Zorg hierbij wel voor één aanspreekpunt voor de cliënt. De inzet van een casemanager biedt hier de oplossing

Programma van Eisen Cliëntgroep 3

Mensen met langdurige complexe psychiatrische en/of verslavingsklachten, die (na een opnameperiode) behandeling en begeleiding, en soms ook bemoeizorg, nodig hebben. Zij krijgen bijvoorbeeld hulp van een ambulante team of ander vergelijkbaar extramuraal zorgaanbod. We verzamelen kenmerken voor ambulante, integrale zorg, inclusief eventuele tijdelijke opnames tijdens perioden van terugval. Het kan gaan om (een combinatie van) specialistische zorg, basis-ggz en maatschappelijke ondersteuning. De begeleiding heeft tot doel de kwaliteit van leven van deze cliënten en hun naasten te bevorderen, hun klachten beheersbaar te houden, en participatie te stimuleren (daginvulling, activiteiten, werk, etc.).

Inleiding

Deze cliëntgroep kenmerkt zich door langdurige complexe problematiek, eventueel gecombineerd met verslavingsproblematiek. Het zijn mensen die zelfstandig thuis (begeleid) wonen, mogelijk met ambulante woonbegeleiding en/of begeleiding op andere leefterreinen (dagbesteding, werk). Een combinatie van behandeling en begeleiding staat op de voorgrond. Bij een deel van deze mensen is er sprake van geen of weinig ziektebesef, of zijn het zorgwekkende zorgmijders. In elk geval heeft deze groep doorgaans een lang behandeltraject achter de kiezen en/of voor de boeg. In eerste instantie zijn ze doorverwezen door de huisarts, of anderszins terecht gekomen bij een psychiater of instelling voor een langdurig ambulante behandeltraject, eventueel met een periode van opname. Daarnaast betreft het mensen die langdurig opgenomen zijn geweest en nu weer (begeleid) zelfstandig (gaan) wonen. De groep kenmerkt zich door (behoefte aan) behandeling en/of begeleiding, door een ambulante team, een specialist, een casemanager of de huisarts/POH.

Visie

Door de komende transformatie in de ggz zullen er, zo is de verwachting, meer mensen met een zwaardere zorgvraagwaarde vanuit hun eigen woonplek de juiste behandeling en begeleiding moeten krijgen. Veel begeleiding zal vanuit de Wmo georganiseerd worden. In deze vorm zal er een grotere beroep worden gedaan wat een persoon zelf kan regelen, hulp uit de sociale omgeving, vrijwilligers en collectieve voorzieningen. De rol van de professionele hulpverleners wordt bescheidener. Dit vraagt om meer ggz deskundigheid op wijkniveau, in de buurt van en bij deze kwetsbare groep thuis. Het is een must om daarbij de informele zorgers te betrekken: de familie, naasten, partner, de sociale omgeving. Als men met een persoon (cliënt) te maken heeft, is deze niet los te zien van zijn of haar sociale omgeving.

In de wijk, in de samenleving. Naast een outreachende benadering van de ggz is het ook belangrijk dat er ingezet wordt op het stimuleren van de sociale en maatschappelijke participatie van mensen met een psychische kwetsbaarheid. Meedoen. Er is een grote behoefte aan praktisch ondersteuning: begeleiding bij zelfstandig wonen, de administratie, boodschappen, koken, kleding kopen. Dagbesteding en aandacht voor werk zijn belangrijk, net als kunnen meedoen aan sociale activiteiten: sporten, een kopje koffie drinken in het buurthuis, zingen bij het koor, een praatje met de buurvrouw. Al deze activiteiten zorgen ervoor dat men in de loop van de tijd met meer zelfvertrouwen, en soms ook met minder begeleiding, meer zelfstandig, het leven aankan. Dit voorkomt een sociaal isolement en werkt preventief voor terugval. Van de gemeente vraagt dit dus ook een meer outreachende benadering, en een samenwerking met de regionale cliëntenorganisatie (RCO) en met bijvoorbeeld lokale bedrijven en corporaties.

Mensen hebben nog wel eens meer in hun mars dan wordt verondersteld. Passende ondersteuning draagt ook bij deze cliëntgroep bij aan het vergroten van de eigen regie en zelfmanagement, en



daarmee aan het herstel. Belangrijk is dat zorg of begeleiding geboden wordt vanuit de principes van herstelondersteuning. Cliënten kunnen misschien wel begeleiding nodig hebben op het ene vlak, maar heel goed zelfstandig keuzes of beslissingen kunnen nemen op andere vlakken. Soms is ondersteuning slechts voor een bepaalde tijd nodig. Het is gewenst om samen doelen op te stellen, begeleiders moeten open staan voor verschillen en veranderingen. De cliënt moet waar nodig gestimuleerd worden om ook bij zichzelf na te gaan wat hij of zij mogelijk (na verloop van tijd) zelfstandig kan.

Deze kwetsbare groep heeft echter ondersteuning nodig, langdurig of tijdelijk. Mogelijk van meerdere instanties, van mensen die hen bijstaan als dit nodig is, die hen stimuleren en de juiste woorden of interventies kunnen aanreiken op de juiste momenten. Dit kan een hulpverlener maar ook de familie zijn, of personen uit de sociale omgeving.

Kan op terugval is reëel. Bij deze groep moet preventief worden ingezet op het tegengaan van sociaal isolement, wat mede kan door het vergroten van de eigen regie. Laagdrempelige en toegankelijke hulpverlening, die bijvoorbeeld altijd gebeld kan worden als dit nodig is. Familie of naasten spelen daarnaast een belangrijke signalerende en mogelijk kalmerende rol. Tenslotte kan de inzet van de onafhankelijke crisiskaart, met daarin (door de cliënt) omschreven wat wel en soms vooral niet dient te gebeuren in geval van (dreigende) crisis, erger voorkómen.

Soms is preventieve zorg echter niet genoeg. Bij een (dreigende) crisis of terugval, is het zaak snel de juiste opvang te kunnen bieden. Kortdurende specialistische interventies moeten beschikbaar zijn. En dat betekent ook: een opname als niet anders kan.

Geconcludeerd kan worden dat deze groep behoefte heeft aan enerzijds een wijkgerichte benadering, zo veel mogelijk thuis passende hulp bieden, maar dat wanneer nodig daarnaast toegang is tot (tijdelijke) meer of intensievere specialistisch zorgaanbod.

Criteria

Wat is passende zorg voor mensen met langdurige complexe psychiatrische problemen, mensen die op meerdere vlakken in hun leven ondersteuning nodig hebben, voor wie zorg uit de generalistische basis-ggz onvoldoende is? Aan welk zorg of ondersteuning hebben zij behoefte? Hoe moet de zorg hier ingericht zijn? Onderstaand een overzicht van de geïnventariseerde criteria.

Gelijkwaardige relatie met de behandelaar

- Gelijkwaardigheid is de basis van een gezonde relatie, zo ook in de hulpverlening. Cliënten in de ggz hebben behoefte aan iemand die respect, oprecht interesse en medeleven toont, de mens ziet, vraagt wat hij of zij wil, iemand die luistert, de tijd neemt, zich verplaatst in de ander, en aansluit bij de leefwereld van de ander. Een behandelaar dient aan te sluiten bij het niveau, de taal, cultuur en intelligentie van de cliënt. Alles dient bespreekbaar te zijn. Betrokkenheid, een vertrouwensband en gelijkwaardigheid zijn hierbij vereisten.

Zelfregie, zelfzorg, zelfmanagement

- Laat zo veel als mogelijk de beslissingen, keuzes en regie bij de cliënt. Dit kan in elk stadium al met kleine beslissingen (welke kleding aan te trekken; koffie of thee). Maak dit mogelijk door de cliënt van de juiste informatie te voorzien. Bied ondersteuning waar nodig.
- Als de regie overgenomen moet worden, geef dit aan en geef een tijdsplan wanneer deze weer terug te geven is.
- Hanteer een positieve benadering, kijken samen naar wat mogelijk is, ga hier naar op zoek. Kijk niet alleen naar de psychische kwetsbaarheid, maar ook naar de mens, hun interesses en mogelijkheden. Stel op basis daarvan samen doelen op.



- Bied de cliënt de mogelijkheid om zo zelfstandig, zelfzorgend mogelijk te leven. Bied hulp waar nodig, en stimuleer de eigen regie waar kan. Zelfs voor cliënten in curatele geldt dat een bepaalde mate van zelfregie nog mogelijk is, al is het minder.
- Cliënten bereiden zo veel als mogelijk het gesprek voor, maar men dient er rekening mee te houden dat niet iedereen dit kan. De emancipatie van de cliënt, het in gesprek durven gaan, over wat iemand werkelijk bezighoudt en welke behoefte iemand heeft, is nog gaande. Dit kan bevorderd worden door de cliënt voldoende tijd en ruimte te geven om met deze zelfregie aan de slag te gaan.

Betrekken van familie^{5 6}

- Het betrekken van de familie wordt altijd in samenspraak met de cliënt bepaald. Herstel waar mogelijk het contact met de familie. Indien betrokkenheid gewenst is, kan dit op onderstaande manier worden vormgegeven.
- Het betrekken van familie kan bij het gehele traject, van klachtenverkenning en behandelplanbespreking tot (preventie van) terugval en crisisopname, en ambulante begeleiding. Neem hen serieus. Familie is een bron van informatie, signaleert vaak als eerste onrust, en zorgt voor steun en opvang. Informeer hen over de cliënt, en informeer bij hen naar de cliënt.
- Laat familie ook een rol spelen bij andere aspecten in het leven van de cliënt. Denk aan werk, sport, hobby's. Ook als het slechter gaat met de cliënt, is tijdig betrekken van familie van belang.
- Heb oog voor de belastbaarheid van de familie/naasten. Zij kunnen zelf ook ondersteuning gebruiken, bijvoorbeeld in het leren omgaan met een partner met psychische problemen. Informeer hen tijdig over ondersteuningsaanbod: het bestaan van de familievertrouwenspersoon (FVP), cursussen voor ouders, familieverenigingen en lotgenotencontact.

Klachtenverkenning

- Neem de tijd voor klachtenverkenning.
- Zorg voor tijdige en accurate screening van klachten. Dat is ook indien nodig: zo snel mogelijk de juiste hulp inschakelen, en bij wachtlijsten doorverwijzen naar een andere locatie waar men gelijk terecht kan.
- Minstens een maal per jaar vindt een evaluatie met cliënt, casemanager en familie plaats om opnieuw in kaart te brengen in welk opzicht de hulp nog aansluit bij de behoeften van de cliënt. Dit biedt de gelegenheid om (meer) eigen regie uit te kunnen oefenen, en de mogelijkheid tot veranderingen.

Behandeling/therapievorm

- Er is bij deze cliëntgroep een grote behoefte aan ambulante begeleiding die zo veel mogelijk gericht is op het ondernemen van praktische alledaagse activiteiten. Dit voorkomt crisis, en geeft voldoening van zelfstandig wonen. Niet alleen 'praten' maar ook 'doen' is het credo. De begeleiding is passend, dat is in samenspraak vastgesteld. Zie 'Hobby's, dagbesteding, werk, opleiding' voor concrete invulling. Aansluiting bij activiteiten op wijkniveau kan niet ontbreken.
- De begeleiding is continu. Hier geldt de presentiebenadering.

⁵ Veiligheid van de cliënt is belangrijk, ook bij het betrekken van familie; de hulpverlener dient te erkennen dat in uitgangspunt de familie een rol speelt bij de behandeling/begeleiding (de familie maakt deel uit van het leven van de cliënt), tenzij de cliënt dit niet wil. Familie kan de hulpverlener benaderen. Andersom kan de hulpverlener niet achter de rug van de cliënt de familie benaderen.

⁶ Waar familie staat, kan ook naaste worden gelezen. Het gaat om de betrokkenheid van de persoon (personen) die dicht bij de cliënt staat. Dit kan de partner, de ouder, of de beste vriend zijn.



- In bepaalde gevallen is het denkbaar dat cliënten deze begeleiding langdurig nodig hebben. Stel deze beschikbaar zolang als nodig is.
- Bij opname: schenk vanaf het begin aandacht aan de periode na opname. Bereid dit samen voor, werk hier gezamenlijk naar toe.
- Zet in op het herstelvermogen van de patiënt: motivatie bevorderend interviewen door de hulpverlener, psycho-educatie, websites waarmee informatie met lotgenoten, hulpverleners en familie kan worden uitgewisseld, en activiteiten van patiëntenorganisaties, IRB, IPS, niet alleen de focus op psychisch probleem maar ook bijkomende problemen: schulden, isolement, huisvesting, etc. Stel samen een zorgplan op. Bied zekerheid en veiligheid voor meer zelfvertrouwen en eigen regie.
- Het gebruik van de onafhankelijke crisiskaart maakt het mogelijk dat de cliënt zelf bepaalt wat er gebeurt bij een (dreigende) crisis. Hij of zij geeft van tevoren aan wat in een dussdanig geval dient te gebeuren. Het bevordert de eigen regie, en voorkomt erger.
- Heb oog voor het verleden, het ontstaan van de problemen. Dit kan een trauma zijn die het psychisch lijden heeft veroorzaakt. Maar ook het doorstaan van bijvoorbeeld een psychose kan een trauma zijn.
- Zorg voor de mogelijkheid tot (kortdurende) specialistische interventies die snel toegankelijk zijn. Dit kan ook een korte opname betekenen, wanneer thuis even niet voldoende hulp geboden kan worden.
- Bied de begeleiding zo dicht mogelijk bij huis. Denk aan de inzet van de praktijkondersteuner in de wijk, zelfzorgmiddelen, e-health, een maatschappelijk werker of SPV-er.
- Indien nodig wordt zorg aan huis multidisciplinair (FACT) of in een revalidatietraject aangeboden.
- Bied ruimte voor tijdelijke extra ondersteuning, in de vorm van een huisbezoek of de mogelijkheid tot een (telefoon)gesprek. Dit zorgt voor een gevoel van veiligheid
- Maak gebruik van een casemanager: het eerste en vaste aanspreekpunt voor de cliënt, die ook bekend is met het netwerk van hulpverleners rond de cliënt, en uiteraard bij de familie / naastbetrokkenen. Dit is overzichtelijk, maakt de hulp laagdrempelig en goed toegankelijk.
- Alternatieve therapieën biedt voor velen verlichting. Denk aan mindfulness, yoga, haptonomie, lichaamsgerichte therapie, PMT, neurofeedback, creatieve therapie of een training 'bewust ontspannen'.
- De behandelaar is op de hoogte van actuele ontwikkelingen en mogelijkheden teneinde adequaat mee te kunnen denken over wat bij de cliënt past.

Hobby's, dagbesteding, werk, opleiding

- Bied praktische ondersteuning, spoor aan en begeleid van huis naar bezigheid. De cliënt kiest daarbij. De betrokkenheid bij groepsactiviteiten, creatieve activiteiten, alledaagse bezigheden zoals boodschappen, koken, het huishouden biedt sociale contacten, veiligheid en handvatten bij het ontwikkelen van zelfvertrouwen, verantwoordelijkheidsgevoel, en het oppakken van het eigen leven. Daarnaast is het patiëntencontact onderling zeer waardevol. Niet alleen 'praten' maar ook 'doen' is het credo.

Medicatie

- Medicatie is voor velen een blijvend onderdeel van de behandeling. De opties zijn echter altijd bespreekbaar. Bepaal samen een adequate dosering en monitor de werking en bijwerkingen.
- Aanpassing in middel en dosering is mogelijk indien het middel niet het gewenste effect heeft, of niet voldoet aan de wensen en behoeften van de cliënt. Blijf hierover in gesprek, zolang als nodig is. Als dit niet kan, bijvoorbeeld bij startmedicatie bij opname, houd rekening met het feit dat een te hoge dosis kan leiden tot veel wegzakken en vermoeilijken van het herstel.



- Aandacht voor passende medicatie is noodzakelijk, maar ook aanvullend aan aandacht voor de klachten en het dagelijks leven van de cliënt.

Gespreksgroepen, lotgenotencontact, herstelwerkgroepen

- Herstelondersteunende zorg, hersteltrajecten, herstelwerkgroepen, cursussen HEE en Zicht op herstel; ook de focus op herstel en rehabilitatie, niet alleen het verminderen van klachten; uiteindelijk leidt dit tot minder afhankelijkheid van dure GGZ en verbetering van levenskwaliteit.
- De hulpverlening weet de cliënt te informeren over contact met lotgenoten en ervaringsdeskundigen, en over opleidingen tot werken als ervaringsdeskundige.

Lichamelijke gezondheid

- Een goede leefstijl, lichamelijke beweging en gezonde voeding hebben een positief effect op het gevoel van welbevinden, biedt ontspanning en is een goede dagbesteding. Schenk aandacht aan de fysieke gezondheid en leefstijl. Maak het bespreekbaar en informeer of verwijst indien nodig. Dit kan in de hele behandel-/begeleidingsperiode, maar vooral indien medicijnen worden voorgeschreven.
- Naast voorlichting en verwijzing kan men ook zelf faciliteren, door bijvoorbeeld met elkaar te koken, te sporten, of een cursus aan te bieden.

Informatievoorziening

- Stel de cliënt op de hoogte van zijn/haar keuzemogelijkheden
- Informeer de cliënt over de (voorlopige) diagnose, over de diverse mogelijkheden van de behandeling, zeggenschap over de behandeling/behandelaar, patiëntenvertrouwenspersoon (PVP), herstelwerkgroepen, lotgenotencontact, de mogelijkheden rond juridische ondersteuning, medicatie, en waar men terecht kan voor extra informatie.
- Zorg voor goede overdracht bij overplaatsing.
- Zorg voor informatie in publieksvriendelijke taal. Een sociale kaart voor cliënt en familie biedt hier uitkomst.

Samenwerking hulpverleners met verschillende achtergrond

- Samenwerking tussen de ggz en gemeenten is een opkomende vereiste, om zo goed mogelijke zorg in de wijk te kunnen bieden. Zorg voor een netwerk in plaats van een keten, met een heldere verantwoordelijkheidsverdeling. Denk aan een samenwerking van FACT teams, POH bij de huisarts, sociale wijkteams, en netwerken in de buurt, om te komen tot interdisciplinaire, ambulante en proactief opererende teams. Deze bestaan uit beroepskrachten vanuit onder meer gemeente, politie, opbouwwerk, woningcorporaties, maatschappelijke dienstverlening en zorg die op wijk- en huishoudensniveau (multi-)problematiek signaleren en zorgen dat kwetsbare bewoners op een passende manier geholpen worden. Maak in deze samenwerking ook een koppeling met meer informele vormen van zorg en ondersteuning zoals burens, familie en het sociale netwerk. De problematiek maar vooral de oplossingen kunnen zo benaderd worden op een integrale wijze.
- Er is veel interesse in aandacht voor werken en wonen. Dit betekent dat het netwerk rond de cliënt ook uit contacten bestaat met werkgevers, re-integratiebureaus, woningbouwcorporaties, etc. Zorg voor dit contact in de regio en de aanwezigheid van een sociale kaart.
- Zorg ook voor goede afstemming en korte lijnen tussen de zorg en andere dienstverleners zoals maatschappelijke en buurtorganisaties, politie en reguliere zorgaanbieders.
- Adequate doorverwijzing is van belang voor een zo passend mogelijke hulp en voor continuïteit in het hulpverleningstraject. Geef cliënten de mogelijkheid te 'schuiven' in het systeem, zwaarder/lichter indien nodig: geen over- of onderbehandeling maar matched care.



- Een goede afstemming en samenwerking, in goed overleg en met de daarbij noodzakelijke onderlinge communicatie, tussen de verschillende hulpverleners, liefst in samenwerking met familie, is zeer waardevol. Zorg hierbij wel voor één aanspreekpunt voor de cliënt. De inzet van een casemanager biedt hier de oplossing.

Wonen

- Een goede woonsituatie, en begeleiding daar naartoe, is van essentieel belang. Met op maat: een persoonlijk begeleider, een laagdrempelige inloop, veiligheid en bescherming – ook tegen zichzelf indien nodig, en een ‘zinnvolle’ dagbesteding. Dat is: wat iemand zélf zinvol vindt.

Anders namelijk:

- Zorg voor regio-overstijgende hulp, en landelijk beschikbare expertise, zodat de juiste hulp altijd op juiste plek terecht kan.
- Zorg voor behoud van het PGB zodat de waaier aan andersoortige hulp die is ontstaan behouden blijft. Ook kan hiermee beter passende zorg vormgegeven worden: bijvoorbeeld zorg uit een andere regio, of zorg aan huis.

Programma van Eisen Cliëntgroep 4

Mensen die langdurig in een psychiatrische instelling (ziekenhuis of instelling voor beschermd wonen) leven, omdat zij niet in staat zijn om (dat kan om diverse redenen zijn) zelfstandig of semizelfstandig te leven. Deze mensen verlangen kwaliteit van leven en zorg, die hen een betekenisvolle daginvulling, leefomgeving en ontspanning biedt binnen de vrijheidsgraden die hen geboden kunnen worden. Passende zorg/begeleiding draagt bij aan kwaliteit van leven en herstel binnen een beschermde leefomgeving, al of niet binnen een gesloten setting.

Inleiding

Het gaat bij deze cliëntgroep om mensen die beschermd wonen of die langere tijd verblijven in een psychiatrisch ziekenhuis. Dit programma van eisen betreft alle mensen die zijn opgenomen. Als ze eenmaal uitgestroomd zijn, vallen ze in cliëntgroep 3. Belangrijke omgevingsfactoren bij het opstellen van dit programma van eisen zijn:

- Langdurende verblijfszorg wordt grotendeels uit de AWBZ betaald, met uitzondering van eerste jaar behandeling intramuraal. Overheid wil deze zorg per 2015 overhevelen naar ZVW en WMO.
- In het Bestuurlijk Akkoord zijn afspraken gemaakt over verschuiving van zorg binnen de instelling naar zorg in de wijk: perspectief is om 30 procent beddenreductie te realiseren ten opzichte van 2008. NB: in periode 2008-2013 is het aantal bedden nog gegroeid, met name bij RIBW-instellingen.
- Eerste initiatieven zijn er om het concept van High Intensive Care (HIC) ook uit te werken voor (langdurende) verblijfscliënten.

Visie

Hoe groot de inzet ook zal zijn op minder bedden en meer zelfstandig wonen, er zal altijd een groep cliënten zijn met een zware zorgvraag die langdurig – soms zelfs levenslang – aangewezen is op zorg binnen een beschermde woonomgeving. Dit vraagt om aandacht voor goede zorg en kwaliteit van leven. Het is een kwetsbare groep mensen, met behoefte aan een veilige omgeving en 24 uur per dag aanwezigheid of bereikbaarheid van hulpverlening of woonbegeleiding. Zoals de zorg vroeger was gericht op het beheersen, regels stellen en distantie, dient deze herzien te worden: liefdevolle betrokkenheid, oprechte aandacht, presentie, coaching. Behandeling, zorg, aandacht en stimulering vormen samen passende zorg anno nu.

Ook wonen is een belangrijk thema bij deze cliëntgroep. Cliënten geven aan een keuzevrijheid te willen in hoe ze wonen, hoe zelfstandig ze wonen, waar ze wonen, en de hoeveelheid privacy. Het gaat hier om de juiste woonvoorzieningen, maar ook om zeggenschap. Terugkeergarantie voor mensen die zelfstandiger gaan wonen is ook belangrijk. Als er onverhoeds toch weer behoefte is aan meer woonbescherming, moet dit mogelijk zijn. Het 'meer' zelfstandig wonen wordt onmogelijk als men niet de veiligheid ervaart om (tijdelijk) terug te kunnen vallen indien noodzakelijk. Door de aangekondigde ambulantisering en extramuralisering bestaat de kans dat mensen gedwongen moeten verhuizen. Voor deze cliëntgroep is dit echter (nog) te veel gevraagd. Voor hen moet er een voldoende aanbod beschikbaar zijn van goede wooninitiatieven.

Aandacht voor kwaliteit van leven werd al even genoemd. Het gaat om enthousiasmeren en activeren, een combinatie van aandacht voor ontwikkeling en zingeving, dagbesteding en activiteiten, sociale contacten (ook buiten de instelling) en gezond leven (voeding, sport en beweging). Het kan al klein: samen koken, samen wandelen. Er wordt hierbij uitgegaan van de individuele mogelijkheden en beperkingen van de cliënt, er wordt ingezet op herstelmogelijkheden en waar mogelijk zelfregie.

Beheersmaatregelen zoals dwang en drang dienen zo veel mogelijk te worden vermeden. Dit houdt ook in: zo veel mogelijk preventie van en beperken van juridische maatregelen, aangiftes en politie-ingrijpen, en in gesprek blijven met de cliënt en de groep over veiligheid op afdeling. Dit geeft meer rust en een gevoel van veiligheid. Andere alternatieven zijn goed denkbaar. Een voorbeeld is het initiatief om High Intensive Care (HIC) uit te breiden naar de groep langdurige verblijfscliënten.

Tenslotte is het betrekken van familie en naasten een ander aandachtspunt. Niet alleen bij de behandeling maar ook bij het dagelijks leven. Daarbij is ondersteuning aan familie en familie-initiatieven belangrijk, samen met het versterken van onderlinge hulp.

Criteria

Wat is passende zorg voor mensen, die langdurig in een psychiatrische instelling leven? Aan welke zorg of ondersteuning hebben zij behoefte? Hoe moet de zorg hier ingericht zijn? Onderstaand een overzicht van de geïnterviewde criteria.

Gelijkwaardige relatie met behandelaar / hulpverleners

- Gelijkwaardigheid is de basis van een gezonde relatie, zo ook in de hulpverlening. Cliënten in de ggz hebben behoefte aan iemand die respect, oprecht interesse en medeleven toont, de mens ziet, vraagt wat hij of zij wil, iemand die luistert, de tijd neemt, zich verplaatst in de ander, en aansluit bij de leefwereld van de ander. Een behandelaar dient aan te sluiten bij het niveau, de taal, cultuur en intelligentie van de cliënt. Alles dient bespreekbaar te zijn. Betrokkenheid, een vertrouwensband en gelijkwaardigheid zijn hierbij vereisten.

Zelfregie, zelfzorg, zelfmanagement

- Laat zo veel als mogelijk de beslissingen, keuzes en regie bij de cliënt. Dit kan in elk stadium al met kleine beslissingen (welke kleding aan te trekken; koffie of thee). Maak dit mogelijk door de cliënt van de juiste informatie te voorzien. Bied ondersteuning waar nodig.
- Als de regie overgenomen moet worden, geef dit aan en geef een tijdspad wanneer deze weer terug te geven is.
- Hanteer een positieve en levensbrede benadering, kijken samen naar wat mogelijk is, ga hier naar op zoek. Kijk niet alleen naar de psychische kwetsbaarheid, maar ook naar de mens, hun interesses en mogelijkheden. Stel op basis daarvan samen een integraal zorgleefplan op, en evalueer deze regelmatig.
- Bied de cliënt de mogelijkheid om zo zelfstandig, zelfzorgend mogelijk te leven. Bied hulp waar nodig, en stimuleer de eigen regie waar kan. Zelfs voor cliënten in curatele geldt dat een bepaalde mate van zelfregie nog mogelijk is, al is het minder.
- Het gebruik van de onafhankelijke crisiskaart maakt het mogelijk dat de cliënt zelf bepaalt wat er gebeurt bij een (dreigende) crisis. Hij of zij geeft van tevoren aan wat in een dusdanig geval dient te gebeuren. Het bevordert de eigen regie, en voorkomt erger.
- Bied geen standaardcontracten voor cliënten, en geen contracten of huisregels die de zelfregie belemmeren.
- Zorg voor cliëntondersteuning, bijvoorbeeld een ervaringsdeskundige die meekijkt als de cliënt niet tevreden is over (de uitvoering van) het zorgleefplan.
- Heb aandacht voor een doodswens. Pas waar nodig de richtlijn 'Omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis'.
- Cliënten bereiden zo veel als mogelijk het gesprek voor, maar men dient er rekening mee te houden dat niet iedereen dit kan. De emancipatie van de cliënt, het in gesprek durven gaan, over wat iemand werkelijk bezighoudt en welke behoefte iemand heeft, is nog gaande. Dit kan bevordert worden door de cliënt voldoende tijd en ruimte te geven om met deze zelfregie aan de slag te gaan en door ondersteuning door bijvoorbeeld een familielid of een ervaringsdeskundige mogelijk te maken.

Wonen

- De cliënt moet keuzevrijheid hebben in zijn woonsituatie, meer of minder beschermd wonen, eigen voordeur, eigen voorzieningen. Dit betekent ook inspraak bij overplaatsingen en verhuizingen.
- Beoordeel individueel welke (beschermd) woonomgeving passend is. Neem hierbij ook leeftijd, levensfase en ziektebeeld in ogenschouw.
- Zorg voor een terugkomgarantie bij de overgang naar (meer) zelfstandig wonen. Het biedt de veiligheid van terug kunnen vallen op (meer) beschermd wonen, stimuleert het zelfstandiger wonen, en is in de lijn van passende zorg.
- Alle cliënten hebben recht op een eigen voordeur, en bijbehorende privacy.
- Cliënten hebben zo veel mogelijk eigen voorzieningen, zoals een keuken om zelf te kunnen koken.
- Een eigen voordeur, privacy en meer zelfstandigheid mogen niet tot verwaarlozing leiden. Blijf in contact met de cliënt, zorg voor een evenwicht op maat tussen privacy en actieve zorg.

Dwang en drang

- Breng dwangtoepassingen terug tot een ultimum remedium, een laatste middel als alles is geprobeerd om de situatie niet te laten escaleren. Denk hierbij ook aan de inzet van een high intensive care unit (HIC).
- Ga en blijf in gesprek met cliënten over veiligheid, de incidenten, de ervaren veiligheid, en dwang en drang op de afdeling. Wees helder over het beleid en de regels op de afdeling ten aanzien van dwang en drang.
- Gebruik geen standaardregels met betrekking tot het ontzeggen van vrijheden.
- Wees terughoudend met juridische maatregelen. Veelal is er geen sprake van onwil, maar van onmacht.

Veiligheid

- Geef aandacht aan een veilige omgeving, cultuur, en een veilig gevoel. Dit zorgt voor rust en voorkomt agressie.
- Zet in op suïcidepreventie.
- De inzet van ervaringsdeskundigen vergroot de veiligheid op een afdeling.
- In geval van een incident: zorg voor opvang van de (overige) groepsleden, laat de groep niet alleen.
- Wees terughoudend met het doen van aangiften of ingrijpen van politie. Als zaken uit de hand lopen, heeft dat vaak te maken met onvoldoende bezetting van personeel.

Betrekken van familie

- Het betrekken van de familie wordt altijd in samenspraak met de cliënt bepaald. Herstel waar mogelijk het contact met de familie. Indien betrokkenheid gewenst is, kan dit op onderstaande manier worden vormgegeven.
- Het betrekken van familie kan bij het gehele traject, van klachtenverkenning en behandelplanbespreking tot (preventie van) terugval en crisisopname, en ambulante begeleiding. Neem hen serieus, zorg voor een goede relatie met de familie. Familie is een bron van informatie, signaleert vaak als eerste onrust, en zorgt voor steun en opvang. Informeer hen over de cliënt, en informeer bij hen naar de cliënt.
- Zorg voor begeleiding en informatie aan familie bij IBS.
- Laat familie een rol spelen bij andere aspecten in het leven van de cliënt. Denk aan werk, sport, hobby's. Ook als het slechter gaat met de cliënt, is tijdig betrekken van familie van belang.

- Heb oog voor de belastbaarheid van de familie/naasten. Zij kunnen zelf ook ondersteuning gebruiken, bijvoorbeeld in het leren omgaan met een partner met psychische problemen. Informeer hen tijdig over ondersteuningsaanbod: het bestaan van de
- familievertrouwenspersoon (FVP), cursussen voor ouders, opleidingen tot familie/ervaringsdeskundigen, familieverenigingen en lotgenotencontact.
- Zorg voor een eigen contactpersoon voor familie binnen de instelling.
- Zorg voor een klachtenregeling voor familie.

Klachtenverkenning

- Minstens een maal per jaar, of als de cliënt daar behoefte aan heeft, vindt een evaluatie met cliënt en familie plaats om opnieuw in kaart te brengen in welk opzicht de hulp nog aansluit bij de behoeften van de cliënt. Dit kan ook zijn als de behandeling vastloopt of als inzichten veranderd zijn. Dit biedt tevens de gelegenheid om (meer) eigen regie uit te kunnen oefenen.
- Regelmatig (bijvoorbeeld elke zes maanden) wordt gekeken of de diagnose nog klopt, of dat nieuw diagnostisch onderzoek gewenst is.
- Zorg voor een klachtgerichte diagnose in plaats van 'labels plakken'; wees duidelijk in de communicatie wanneer en waarom een diagnose wel nodig is, bijvoorbeeld voor administratie en verantwoording.

Behandeling/therapievorm

- Zorg voor een integrale behandeling die ook gericht op het opbouwen van sociale relaties en maatschappelijke participatie.
- Biedt voldoende deskundige behandeling, wat ook inhoudt geen verwaarlozing en geen uitbehandeling, en maatwerk (in behandelduur en -tempo, en bij complexe casussen).
- Alternatieve, creatieve en bewegingstherapieën bieden voor velen verlichting. Denk aan mindfulness, yoga, haptonomie, lichaamsgerichte therapie, PMT, neurofeedback, creatieve therapie of een training 'bewust ontspannen'.
- Zorg zo veel mogelijk voor continuïteit van therapie en behandelaar, en basiszorg van een persoonlijk begeleider.
- De behandelaar is op de hoogte van actuele ontwikkelingen en mogelijkheden teneinde adequaat mee te kunnen denken over wat bij de cliënt past; de behandelaar kijkt daarbij ook over de grenzen van het aanbod van de eigen instelling heen.

Lichamelijke gezondheid

- Een goede leefstijl, lichamelijke beweging en gezonde voeding hebben een positief effect op het gevoel van welbevinden, biedt ontspanning en is een goede dagbesteding. Integreer aandacht voor de fysieke gezondheid en leefstijl in de behandeling. Maak het bespreekbaar en informeer of verwijs indien nodig. Dit kan in de hele behandel-/begeleidingsperiode, maar vooral indien medicijnen worden voorgeschreven.
- Naast voorlichting en verwijzing kan men ook zelf faciliteren, door bijvoorbeeld met elkaar te koken, te sporten, of een cursus aan te bieden.
- Zorg voor en regelmatige somatische screening, en eventueel de nodige somatische zorg en behandeling.
- Ook voor de geestelijke verzorging dient aandacht te zijn.

Hobby's, dagbesteding, werk, opleiding

- Bied praktische ondersteuning bij regels, aanvragen, voorzieningen, administratie, enzovoort. Spoor aan en bied begeleiding naar bezigheid. Bij voorkeur is er één persoon die de cliënt hierbij helpt. De cliënt kiest daarbij. De betrokkenheid bij groepsactiviteiten, creatieve

- activiteiten, alledaagse bezigheden zoals boodschappen, koken, het huishouden biedt sociale contacten, veiligheid en handvatten bij het ontwikkelen van zelfvertrouwen,
- verantwoordelijkheidsgevoel, en het oppakken van het eigen leven. Daarnaast is het patiëntencontact onderling zeer waardevol.
- Schenk aandacht aan de eigen talenten, vaardigheden en hobby's van cliënten. Bied toeleiding hiernaar, met name in de eindfase van de opname. Dit zorgt voor een soepelere overgang van interne begeleiding naar nazorg.
- Iedereen heeft recht op betaald werk of zinvolle dagbesteding. Verken met de cliënt de mogelijkheden hiertoe.
- Bied variëteit in het aanbod van dagbesteding. Ook sport en beweging, zo mogelijk buiten de instelling, behoort tot de mogelijkheden. Zorg voor maatwerk.
- Bied ondersteuning met de inzet van ervaringsdeskundigen.

Medicatie

- Medicatie is voor velen een blijvend onderdeel van de behandeling. De opties zijn echter altijd bespreekbaar. Bepaal samen het middel en een adequate dosering en biedt de cliënt een hulpmiddel om zelf de werking en bijwerkingen te monitoren.
- Aanpassing in middel en dosering is mogelijk indien het middel niet het gewenste effect heeft, of niet voldoet aan de wensen en behoeften van de cliënt. Blijf hierover in gesprek, zolang als nodig is. Als dit niet kan, bijvoorbeeld bij startmedicatie bij opname, houd rekening met het feit dat een te hoge dosis kan leiden tot veel wegzakken en vermoeilijken van het herstel.
- Aandacht voor passende medicatie is noodzakelijk, maar ook aanvullend aan aandacht voor de klachten en het dagelijks leven van de cliënt.
- Bied continuïteit in de medicatie indien de cliënt van behandelaar wisselt.

Gespreksgroepen/lotgenotencontact/herstelwerkgroepen

- Zorg voor de aanwezigheid van ervaringsdeskundigen op afdelingen.
- HEE-werkgroepen, zelfhulp en lotgenotencontact zijn ook voorhanden in de intramurale setting. Biedt dit aan.

Sociale contacten

- Bied hulp bij het versterken van de sociale contacten en herstel van oude contacten. Dit kan ook de familie zijn.
- Maak gebruik van buddies, stimuleer het contact met mensen buiten de instelling (niet-lotgenoten).
- Bied ruimte voor intimiteit en seksualiteit; bied de mogelijkheid tot het bespreken ervan, en bespreek de mogelijkheden, bijvoorbeeld het ontvangen van een escort.

Informatievoorziening en keuzevrijheid

- Stel de cliënt op de hoogte van zijn/haar keuzemogelijkheden
- Informeer de cliënt over de (voorlopige) diagnose, over de diverse mogelijkheden van de behandeling en dagbesteding (binnen én buiten de instelling), zeggenschap over de behandeling en behandelaar, klachtenregelingen patiëntenvertrouwenspersoon (PVP), herstelwerkgroepen, cliëntenorganisaties, lotgenotencontact, de mogelijkheden rond juridische ondersteuning, medicatie, experimentele therapieën (voor- en nadelen) en waar men terecht kan voor extra informatie.
- Zorg voor goede overdracht bij overplaatsing.
- Zorg voor informatie in publieksvriendelijke taal. Een sociale kaart voor cliënt en familie biedt hier uitkomst.



Samenwerking hulpverleners met verschillende achtergrond

- In intercollegiaal contact is er ter lering ruimte voor feedback en discussie over de handelwijzen.
- Zorg voor een casemanager. Deze vormt het eerste en vaste aanspreekpunt voor de cliënt, maar moet ook als zodanig bekend zijn in het netwerk van hulpverleners rond de cliënt, en bij de familie.

Ketenzorg

- De overgang naar een andere leefsituatie dient lang van te voren ingezet te worden. Dit geldt bijvoorbeeld ook voor overgang van behandelsetting naar beschermd wonen.
- Bied zo veel mogelijk continuïteit in de zorg. Daarbij moet de zorg een cliënt in zijn of haar ontwikkeling blijven volgen. Dit komt de kwaliteit en effectiviteit van zorg optimaal ten goede.
- Bied zo veel mogelijk continuïteit bij ouderen met psychiatrische problematiek, denk aan dementie en terminale zorg. Dit kan bijvoorbeeld door de inzet van een aparte palliatieve unit.