

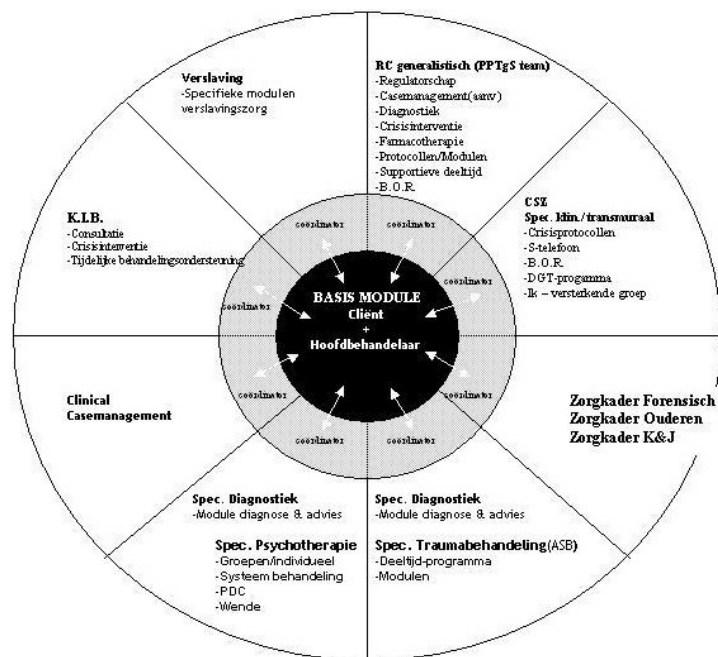
Jaarplan 2003 - 2004

Zorgprogramma

Persoonlijkheidspathologie

&

Traumagerelateerde Stoornissen



Missie

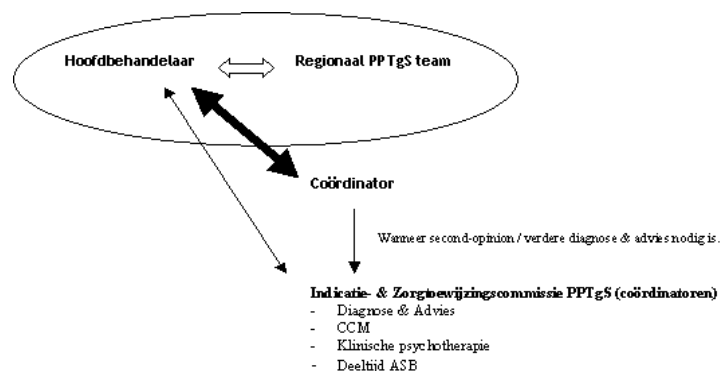
We leveren een actieve bijdrage aan het ontwikkelen, uitvoeren en verbeteren van behandelingen voor cliënten met persoonlijkheidspathologie en traumagerelateerde problematiek. Het zorgprogramma dient als een kenniscentrum voor de regio en houdt zich bezig met diagnostiek, consultatie, second-opinion, behandeling en wetenschappelijk onderzoek.

Visie

Mensen met psychiatrische beperkingen, op grond van interferenties in hun emotionele en relationele ontwikkeling c.q. op grond van traumatische levenservaringen, helpen in het accepteren hiervan en ze begeleiden in hun herstelproces, zodat ze met succes en tevredenheid kunnen wonen, werken, leren en socialiseren in de omgeving van hun keuze met zo min mogelijk professionele hulp. Er wordt daarbij uitgegaan van een bio-psycho-sociale visie op psychopathologie.

Procesbeschrijving

- Toewijzing zorgprogramma door programma entreeactiviteiten.
- Start met matching aan een ambulante hoofdbehandelaar (AHB), die onderdeel is van een binnen een regionaal centrum gesitueerd ambulant team voor de behandeling van persoonlijkheidspathologie (PPTgS-team). Dit regionaal PPTgS-team heeft een specifieke, aangepaste caseload-normering en adequate mogelijkheden tot multidisciplinair overleg en intervisie. In een dergelijk team zijn psychiatrische, psychodiagnostische, psychotherapeutische, systeemtherapeutische en sociaal-psychiatrische kennis en vaardigheden voorhanden. Het team werkt volgens de visie en uitgangspunten voor het zorgprogramma PPTgS. Een dergelijk team is ambulant/transmuraal werkzaam. De behandelregie ligt binnen het regionale PPTgS team. Voor de verdere uitwerking zie de integrale nota zorgprogramma persoonlijkheidspathologie en traumagerelateerde stoornissen. De behandeling volgt een stepped care principe waarbij de kernmodules introductie/motivatie, diagnostiek, contract, behandeling, crisismanagement eventueel farmacotherapie en casemanagement de eerste stap vormen.
- Programmacoördinatoren vormen de aanspreekpunten voor de behandelaren wanneer uitbreiding met specialistische modules of activiteiten gewenst is. In overleg met de coördinatoren voor de betreffende onderdelen passen ze het behandel aanbod aan.
- Programmacoördinatoren vormen een indicatiestellings- en zorgtoewijzingscommissie voor het zorgprogramma. *(Hier komen alleen dië cliënten waar therapeut en coördinator niet tot consensus komen of waar nadere diagnostiek, second-opinion of consultatie gevraagd wordt).*



Het Programma is opgebouwd uit 4 subprogramma's.

- Subprogramma cliënten met psychotische reacties op stress of contact (Cluster A)
- Subprogramma cliënten met een ernstige borderlinestoornis (Cluster B)
- Subprogramma cliënten met dissociatieve stoornissen, posttraumatische stress-stoornis en/of persoonlijkheidspathologie (Cluster C)
- Subprogramma ontheemden/asielzoekers met verblijfstitel

Voor alle subprogramma's is er aandacht voor een specifiek forensisch zorgkader.

De subprogramma's zijn opgebouwd uit **kernmodules, specialistische modules, specialistische modules met geïntegreerd aanbod en algemene modules.**

De kernmodules horen tot het standaard-behandelingsaanbod voor alle ambulante cliënten van het zorgprogramma. Het is als het ware een profiel van 'state of the art' behandeling van persoonlijkheidspathologie en traumagerelateerde problematiek. Deze behandeling wordt op maat aangevuld met algemene of specialistische modules. Op indicatie vindt behandeling plaats in specialistische modules met geïntegreerd aanbod. (Klinische psychotherapie, Deeltijdbehandeling voor trauma(ASB), clinical casemanagement, Linehan programma, Klinische behandeling persoonlijkheidspathologie (Ik-versterkende groep).

Er wordt gestart met de volgende 3 (sub-)programma's:

SUBPROGRAMMA
CLUSTER A
CLIËNTEN MET PSYCHOTISCHE REACTIES OP STRESS OF CONTACT

Korte typering van het zorgprogramma

De hulpvraag heeft vaak te maken met angst voor contacten met anderen, een angst die regelmatig niet rechtstreeks geuit wordt, maar meer naar voren komt door vreemde belevingen, achterdocht of teruggetrokkenheid. De cliënten voor wie dit subprogramma bedoeld is kenmerken zich door een teruggetrokken bestaan met perioden van verward of moeilijk te begrijpen gedrag. In het interpersoonlijk functioneren overheerst wantrouwen en achterdocht, bij een aantal kunnen cognitieve en perceptuele vervormingen, idiosyncratische gedragingen alsmede sociale en intermenselijke beperkingen aangetroffen worden. Ook afstandelijkheid in sociale relaties en beperkingen in het uiten van emoties en intermenselijke situaties kan voorkomen. We hebben hier te maken met meer schizoïde trekken. Er bestaat in deze groep een grote kans op misbruik en afhankelijkheid van middelen. Verwaarlozing en misbruik in de ontwikkelingsgeschiedenis kan aanwezig zijn of is aannemelijk en soms zijn er klachten passend bij posttraumatische en/of dissociatieve stoornissen. Deze groep vormt in diagnostisch opzicht een probleem. Ze hebben doorgaans een al wat langere voorgeschiedenis en hebben een uitgebreid scala aan psychiatrische diagnoses gekregen. Het is een groep met een psychotische kwetsbaarheid, die tussen de groep van permanent psychotische mensen en de ernstige borderline cliënten instaat en die niet in aanmerking komen voor de diagnose schizofrenie. Het is van belang om te proberen een interactionele vertaling van de problemen of klachten te maken.

Doelstellingen

- De algemene doelstellingen van behandeling van deze groep mensen zijn :
- Preventie van verergering van de symptomatologie c.q. psychotische decompensatie in de richting van chronische psychose.
- Aanleren c.q. verbeteren van vaardigheden.
- Optimaliseren van het dagelijks leven: wonen, financiën, vrije tijd, dagbesteding/opleiding/werk, netwerk.
- Verminderen c.q. hanteerbaar maken van angst in contacten met anderen en intieme relaties.
- Acceptatie van de stoornis.
- Indien haalbaar thematiseren, benoemen en bewerken van interpersoonlijke problematiek.
- Indien haalbaar zicht krijgen op en verwerken van traumatische ervaringen.
- Bij overheersen van paranoiaïdie geldt het verminderen, hanteerbaar maken van wantrouwen en achterdocht waarbij de aandacht uitgaat naar projectie en de daarmee samenhangende aannames dat de ander misbruik maakt van betrokkene als een belangrijke doelstelling.
- Bij de meer schizotypische reacties is het verminderen van cognitieve en perceptuele vervormingen, gedragseigenaardigheden, sociale en intermenselijke beperkingen een hoofddoelstelling.
- Bij de meer schizoïde reactiewijze is het verminderen en het hanteerbaar maken van de afstandelijkheid in sociale relaties en beperkingen in het uiten van emoties in intermenselijke situaties een belangrijk behandelfocus.

Uitgangspunten

1. De algemene attitude is echtheid, openheid, duidelijkheid en enige gedoseerde zelfdisclosure (geen strikte therapeutische neutraliteit). Verder is flexibiliteit en creativiteit van de therapeut van groot belang. Het kunnen 'containen' van chaotische overdracht en tegenoverdracht is van belang in de behandeling van deze cliëntengroep.
2. We gaan er vanuit dat mensen die lijden aan een ernstige vorm van een persoonlijkheidsstoornis of een posttraumatische stoornis beperkingen kennen op alle levensgebieden en derhalve dient een zorgprogramma naast behandeling, activiteiten te ontwikkelen met betrekking tot o.a. wonen, crisismanagement, dagbesteding en sociale contacten.
3. De aangeboden activiteiten voor een bepaald probleem/hulpvraag worden getoetst aan de 'State of the Art' opvattingen over behandeling van de doelgroep. Het moet niet van toevallige omstandigheden of idiosyncratische opvattingen van behandelaar of cliënt afhangen wat voor zorg iemand krijgt.
4. Middelen misbruik is eerder regel dan uitzondering bij de cliënten van de doelgroep, daarom is behandeling van verslavingsproblematiek een geïntegreerd onderdeel van de behandeling binnen het zorgprogramma.
5. De doelgroep heeft door gedragsproblemen en emotie-/agressieregulatie problematiek kans in aanraking te komen met justitie. Een forensische zorgkader hoort daarom onderdeel te zijn van het zorgprogramma.

Kern Modules

Introductie/motivatie
Diagnostiek
Contract
Psychotherapie 2 Begeleiding 1 Begeleiding 2
Farmacotherapie
Behandelingscoördinatie
Crisismanagement/noodplan

SUBPROGRAMMA

Cluster B

CLIËNTEN MET EEN ERNSTIGE BORDERLINESTOORNIS.

Korte typering van het zorgprogramma

De hulpvraag komt van cliënt zelf, maar vaak ook van de omgeving. In het geval van een crisissituatie brengt de cliënt zelf een alles-of-niets hulpvraag in de trend van "red mij, anders maak ik er een eind aan". De omgeving kan vanuit deze drang en/of klempositie een sterk appèl doen op hulp. Buiten crisissituatie is de hulpvraag grillig variërend van "red me" tot "je kan toch niets voor me doen en laat me maar met rust".

Tot de groep waarop dit subprogramma zich richt horen cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis volgens DSM IV (meer dan 7 kenmerken positief), een borderline persoonlijkheidsstructuur volgens Kernberg (lower level). Bij deze cliënten is onderliggend o.a. sprake van heftige separatieangst en van een gefragmenteerd of labiel beeld van zichzelf en anderen. Gevolg hiervan is dat symptomatologie vaak toeneemt bij dreigende verlaten of bij een door de cliënt beleefd te veel aan nabijheid. Wat betreft de symptomatologie staat acting out gedrag zoals suïcidepogingen, automutilatie, misbruik van alcohol of drugs, agressieve impulsdoorbraken en promiscuïteit op de voorgrond. Er doen zich verder psychotische momenten, paniekaanvallen en dissociatieve fasen voor. Deze cliënten hebben meestal een gebrekkig sociaal netwerk, weinig daginvulling en een grillige en sterk wisselende motivatie voor behandeling. Er is meestal een langere psychiatrische voorgeschiedenis met meerdere opnamen.

Doelstellingen

- De algemene doelstellingen van behandeling van deze groep mensen zijn o.a.:
- Voorkomen van suïcide.
- Voorkomen van toename van symptomatologie.
- Verminderen van symptomatologie, verbeteren van sociaal netwerk en daginvulling.
- Als al deze doelen gehaald zijn en het acting out gedrag niet meer op de voorgrond staat, zal cliënt volgens de subgroepdefiniëring niet meer tot deze cliëntencategorie horen, maar

in subgroep 3 (de cluster B en C persoonlijkheidsstoornissen).

Uitgangspunten

1. Bij begeleiding van de ernstige borderline cliënt is de houding van de hulpverlener belangrijk. De algemene attitude is duidelijk zijn over inhoud en vorm van de therapie en bereikbaar zijn. Serieus nemen van cliënt met een hoopvolle en optimistische attitude is van belang. Flexibiliteit van de hulpverlener is belangrijk, waarbij wel heel duidelijk de grenzen bewaakt moeten worden. Het moeten hulpverleners zijn die zeer goed uit de voeten kunnen met afstand en nabijheid en die heel duidelijk een therapeutische alliantie aan kunnen gaan die hartelijk bereikbaar en nabij is, zonder grensvervaging.
2. We gaan er vanuit dat mensen die lijden aan een ernstige vorm van een persoonlijkheidsstoornis of een posttraumatische stoornis beperkingen kennen op alle levensgebieden en derhalve dient een zorgprogramma naast behandeling, activiteiten te ontwikkelen met betrekking tot o.a. wonen, crisismanagement, dagbesteding en sociale contacten.
3. De aangeboden activiteiten voor een bepaald probleem/hulpvraag worden getoetst aan de 'State of the Art' opvattingen over behandeling van de doelgroep. Het moet niet van toevallige omstandigheden of idiosyncratische opvattingen van behandelaar of cliënt afhangen wat voor zorg iemand krijgt.
4. Middelen misbruik is eerder regel dan uitzondering bij de cliënten van de doelgroep, daarom is behandeling van verslavingsproblematiek een geïntegreerd onderdeel van de behandeling binnen het zorgprogramma.
5. De doelgroep heeft door gedragsproblemen en emotie-/agressieregulatie problematiek kans in aanraking te komen met justitie. Een forensische zorgkader hoort daarom onderdeel te zijn van het zorgprogramma.

Kern Modules

Introductie/motivatie
Diagnostiek
Contract
Psychotherapie 3 (DGT) Begeleiding 1 Begeleiding 2
Farmacotherapie
Behandelingscoördinatie
Crisismanagement/noodplan

Aangewezen specialistische module met geïntegreerd aanbod:

- Linehan programma
- Clinical Casemanagement

**SUBPROGRAMMA
CLIENTEN MET DISSOCIATIEVE STOORNISSEN, POSTTRAUMATISCHE
STRESS-STOORNIS**

en/of

PERSOONLIJKHEIDSPATHOLOGIE (Cluster C)

Korte typering van het zorgprogramma

De symptomatologie en dus ook de hulpvraag is binnen deze doelgroep zeer divers. Daarom is voor deze groep het moeilijk om een nauwkeurig uitgewerkt programma op te stellen. In deze sub-groep zijn het aantal behandelmogelijkheden dus rijker geschakeerd dan in de vorige sub-groepen. Cliënten presenteren zich met uiteenlopende klachten, bijvoorbeeld depressieve symptomen, angstklachten, dissatisfactie met meerdere levensgebieden. Vanwege meer complexe persoonlijkheidsproblematiek kunnen ze niet door een symptoom behandeling geholpen worden of eerdere symptoombehandeling hebben onvoldoende resultaat gegeven. Er zal in het algemeen een nauwe verwevenheid met 'hechtingsproblemen' en posttraumatische beelden zijn.

Bij een aantal mensen zal een crisis (t.g.v. verstoring van het evenwicht tussen draaglast en draagkracht) aanleiding zijn tot het vragen van hulp, bij anderen zullen jaren aanslepende klachten of problemen de aanleiding vormen.

De manier van klacht presentatie kan zeer verschillend zijn en zeker bij het aanbieden in crisis kan het moeilijk zijn om onderscheid te maken met een cliënt uit subprogramma 2. Ook bij deze cliënten bestaat er dikwijls een zekere ambivalentie t.o.v. behandeling. Dit kan te maken hebben met de onderliggende traumasymptomatologie die gekenmerkt wordt door herbeleving en vermijding. Bij deze cliënten kan uitleg over deze ambivalentie en uitleg over de gefaseerde aanpak van de behandeling (waarbij er pas op het trauma ingegaan kan worden als er voldoende stabilisatie bestaat), voorkomen dat mensen voortijdig afhaken.

Tot deze groep horen cliënten met, in (descriptieve) DSM-IV termen, een dissociatieve stoornis (vooral dissociatieve identiteitsstoornis of dissociatieve stoornis N.A.O.) en/of een posttraumatische stress-stoornis en eventueel daarnaast een persoonlijkheidsstoornis (borderline, narcistische of theatrale persoonlijkheidsstoornis, een persoonlijkheidsstoornis uit Cluster C of een persoonlijkheidsstoornis N.A.O.).

Het therapeutisch proces is gericht op ambulante behandeling van persoonlijkheidspathologie, ernstig getraumatiseerden cq. specifieke behandeling van dissociatieve stoornissen.

Doelstellingen

- De algemene doelstellingen van behandeling van deze groep mensen zijn o.a.:
- Herstellen van / of bevorderen van evenwicht tussen draagkracht en draaglast
- Crisisinterventie en crisispreventie
- Vergroten van vaardigheden
- Optimaliseren van dagelijkse levensomstandigheden
- Verbeteren, versterken van het sociaal netwerk

- Acceptatie van de gevolgen van de traumatische voorgeschiedenis
- Symptoomreductie
- Verwerking van traumatisch verleden als draagkracht en draaglast dit toelaat
- Leren leven als persoon en niet langer als slachtoffer of overlevende van trauma (reïntegratie, rehabilitatie)

Uitgangspunten

1. De hulpverlener werkt vanuit/staat open voor de principes van de emancipatorische hulpverlening en heeft oog voor persoonlijke ontwikkelingsprocessen bij cliënten.
2. De algemene attitude bestaat uit echtheid, openheid, duidelijkheid, betrouwbaarheid. Bij deze groep cliënten is goed om kunnen gaan met afstand en nabijheid en overdrachts- en tegenoverdrachtsfenomenen van cruciaal belang in de therapie.
3. We gaan er vanuit dat mensen die lijden aan een ernstige vorm van een persoonlijkheidsstoornis of een posttraumatische stoornis beperkingen kennen op alle levensgebieden en derhalve dient een zorgprogramma naast behandeling, activiteiten te ontwikkelen met betrekking tot o.a. wonen, crisismanagement, dagbesteding en sociale contacten.
4. De aangeboden activiteiten voor een bepaald probleem/hulpvraag worden getoetst aan de 'State of the Art' opvattingen over behandeling van de doelgroep. Het moet niet van toevallige omstandigheden of idiosyncratische opvattingen van behandelaar of cliënt afhangen wat voor zorg iemand krijgt.
5. Middelen misbruik is eerder regel dan uitzondering bij de cliënten van de doelgroep, daarom is behandeling van verslavingsproblematiek een geïntegreerd onderdeel van de behandeling binnen het zorgprogramma.
6. De doelgroep heeft door gedragsproblemen en emotie-/agressieregulatie problematiek kans in aanraking te komen met justitie. Een forensische zorgkader hoort daarom onderdeel te zijn van het zorgprogramma.

Kern Modules

Introductie/motivatie
Diagnostiek
Contract
Psychotherapie 1 Psychotherapie 2 Psychotherapie 3 (DGT) Begeleiding 1 Begeleiding 2
Farmacotherapie
Behandelingscoördinatie
Crisismanagement/noodplan

Visie op zorgprogrammering (met dank aan E. Smulders)

Binnen het zorgprogramma voor PPTgS is het streven te komen tot een *sluitend aanbod* van hulp ten aanzien van de doelgroep, binnen de regio en binnen de grenzen van de psychiatrie. Het aanbod moet *flexibel* inzetbaar en transparant zijn, en de vraag van de doelgroep, de wetenschappelijke inzichten, snel en adequaat kunnen volgen.

Een zeer belangrijk geacht winstpunt van zorgprogrammering is de *inzichtelijkheid* van het aanbod voor zowel verwijzers, cliënten, zorgverzekeraars, maar ook professionele medewerkers.

Verwijzers en cliënten wensen vooral snelle, adequate hulp, en willen de werking en bijwerkingen, alsook de duur, verwachte inspanning en eventuele alternatieven van bepaald aanbod gemakkelijk inzichtelijk hebben.

Behalve dat bovengenoemde groepen inzicht vereisen in het aanbod, eist de zorgverzekeraar (en andere geldschieters) steeds meer dat ook inzicht verschaft wordt in de kosten van hulpaanbod. Zeker met de ontwikkelingen rondom DBC's, PGB's, modernisering van de AWBZ, wordt inzicht verschaffen meer en meer noodzaak. Als kwaliteitsinstrument én als beheersinstrument (van de kosten) wordt zorgprogrammering uitermate belangrijk.

Professionele medewerkers staan steeds meer onder druk. Cliënten worden mondiger, krijgen PGB's, keuzevrijheid etc. De professional is meer en meer persoonlijk aanspreekbaar en verantwoordelijk voor de kwaliteit die hij/zij levert, getuige o.a de wet B.I.G. Met de toename van de professionele verantwoordelijkheid, geldt ook dat de rol van de verantwoordelijke voor de inhoud van de hulp, een ander accent krijgt. Daarmee wordt de besluitvorming over welke hulp geïndiceerd is, dichterbij het "team" hulpverlener en klant gelegd. Het is voor beiden zaak dat de professional weet heeft van het meest geëigende, beschikbare, werkzame aanbod.

Algemeen

Binnen het zorgprogramma PPTgS is het streven voor het jaar 2004 stappen te zetten in de richting van :

1. Creëren overlegstructuur, die de netwerkgedachte van het zorgprogramma PPTgS faciliteerd.
2. Programmatische werken en verder ontwikkelen van transmuralisering,
3. Wachtlijst beheer en wachtlijstvoorkomende strategieën ontwikkelen
4. Evaluatie kwaliteit (benchmarking / bewaking), inclusief evaluatie cliënttevredenheid.
5. Cliëntparticipatie vormgeven
6. Starten van een module specialistische diagnostiek (quick win).

1. Creëren overlegstructuur

- **Indicatie & Zorgtoewijzings Cie PPTgS (PL + alle PC's)**

Deelnemers; programmaleider en programmacoördinatoren PPTgS

Taken

- Signaleren omissies programma en programma ontwikkeling
- Diagnose & advies, second opinion
- Specialistische indicatiestelling voor subprogramma's en specialistische modulen met geïntegreerd aanbod (klinische psychotherapie, ASB, CCM, Linehan, Ik-versterkende groep)

Freq: 1x p.w.

- **Stand van zaken:** agendaplanning deelnemers wordt uitgevoerd secretariaat programmadirectie
- **Start:** 1- 9- 2003

- **Programmagroep = PPTgS team**

Deelnemers: programmacoördinator + werkers in het zorgprogramma

Taken

- Primair proces: evaluatie (*cliëntenbespreking*)
- Beleidsontwikkeling/Innovatie (*beleidsbespreking*)
- Kwaliteitsbewaking primair proces (*intervisie*)

Samenstelling

- Man-vrouw verhouding.
- Evenwichtige discipline verdeling.
- Eigen affiniteit.
- Niet te groot (*ca 10 personen*).
- Zo nodig programmagroepen splitsen in subteams, met niet te rigide grenzen als het om cliëntenbespreking gaat, wel t.a.v. intervisie.
- Programmacoördinator heeft helikopterfunctie en participeert in alle subteams, (minimaal op afroep).

Welke PPTgS teams

- Ambulant/Transmuraal (RC's).
- Klinische psychotherapie (PDC/Wende).
- Specialistische zorg (Linehan/specialistisch crisismanagement CSZ)
- Traumabehandeling (ASB).
- Clinical Casemanagement.
 - **Stand van zaken:** overleg moet worden gevoerd met zorgmanager RC's en programmacoördinatoren t.a.v. vorming PPTgS-groepen. Verschillende eenheden zijn al zodanig georganiseerd.
 - **Tijdsplanning:** heden tot einde 2004

- **Projectgroepen (thematisch)**

Deelnemers: inhoudsmensen a.t.p. in de context van tijdelijke werkgroepen

Taken

- Denktank
- Innovatieprogrammaontwikkeling

Welke projectgroepen

- Psychotische persoonlijkheidsstructuur & Psychose/Persoonlijkheidspathologie.
- Wachtlijstvoorkomende strategieën
- Trauma/Ontheemding.
- Effect Evaluatie & Onderzoek.
- Diagnostiek/Classificatie.
- Verslaving en andere vormen van co-morbiditeit.
- **Persoonlijkheidspathologie/Verstandelijke handicap.**

Stand van zaken: geen activiteiten

- **Tijdsplanning:** geen, prioriteit aan wachtlijstvoorkomende strategieën.

2. Programmatisch werken

- **Formaliseren van de positie van programmacoördinatoren**

- **Doel:** De benodigde programmacoördinatoren zijn formeel benoemd.
- **Stand van zaken:** Voor het zorgprogramma PPTgS zijn 8 programmacoördinatoren begroot, voor elk van de volgende onderdelen één: de 3 RC's, Klinische Psychotherapie (Wende/PDC), Traumabehandeling (ASB), Linehan & spec. crisismanagement, clinical casemanagement, forensisch zorgkader. Behoudens het forensisch zorgkader zijn de functies geformaliseerd en de benoemingen gedaan..
- **Activiteiten:** Formalisering en benoeming programmacoördinator Forensisch Zorgkader
- **Tijdsplanning:** Werving en benoeming per 1-9-2003 pc. forensisch.

- **Modulenbeschrijving completeren**

Aandacht heeft de completering van de formele beschrijving (volgens NIZW-normen) en AWBZ typering van de modulen die reeds voorhanden zijn.

- **Doel:** De formele beschrijving van de huidige modulen (volgens NIZW-normen) inzetbaar binnen het zorgprogramma PPTgS is afgerond *en* er is een procedure vastgesteld voor het vastleggen van toekomstige modulen.

- **Stand van zaken:** Het huidige aanbod van de zorgseenheden waar doelgroepcliënten PPTgS zijn is niet beschreven volgens NIZW-normen.
- **Activiteiten:** Voor het bereiken van dit doel is het nodig dat programmaleider andere werkzaamheden kan overdragen (t.b.v. een snel resultaat), programmacoördinatoren ingewerkt worden in het beschrijven van een module volgens NIZW-normen en geormerkte uren komen voor overige medewerkers die in de toekomst nieuw aanbod zullen moeten gaan schrijven. Daarnaast moet de reeds geautomatiseerde ondersteuning ten alle tijden beschikbaar zijn.
- **Tijdsplanning:** Vóór 1-1-2004 is de beschrijving gecompleteerd.

- **Medewerkers voorlichten/trainen**

Voorwaarde voor het welslagen van programmatisch werken is dat medewerkers (en cliënten!) op de hoogte zijn van het wat en hoe van programmatisch werken. D.w.z. zij voelen zich verantwoordelijk voor het totale spectrum aan PPTgS cliënten, denken vanuit een netwerkgedachte, sluiten aan bij stepped care uitgangspunten en toetsen interventies en behandelingen aan opinion- en evidence based criteria. Zij moeten er bovendien de meerwaarde van inzien, het als ondersteuning en uitdaging ervaren.

- **Doel:** Medewerkers beschikken over de kennis en vaardigheden die nodig zijn om programmatisch te werken.
- **Stand van zaken:** Er zijn geen nog geen stappen gezet om medewerkers te informeren.
- **Activiteiten:** Programmacoördinatoren zullen hier een grote rol in moeten spelen.
- **Tijdsplanning:** Eerst de programmacoördinatoren outillieren voor hun taak, zij zijn namelijk de meest nabije personen voor de medewerkers en cliënten. Gesteld kan worden dat nog vóór het einde van het jaar 2003 minimaal het plan scholing duidelijk is.

- **Website**

Integreren van de huidige web-site, <http://www.pptgs.netmenu.nl> in de GGzE-website. Autonomie en verantwoordelijkheid voor eigen keuzen zijn uitgangspunten in het zorgprogramma PPTgS. Gelijkwaardigheid tussen hulpverleners en cliënten is daarin filosofie en strategie. Wij streven ernaar deze gelijkwaardigheid zichtbaar te maken. Gelijkwaardige partners onderhandelen met elkaar over het beste, meest passende hulpaanbod op een bepaald moment. Gelijkwaardig onderhandelen kun je pas, wanneer je beschikt over gelijke informatie. Wij verwachten van cliënten dat zij de informatie aanleveren die nodig is om goed hulp te verlenen. Daar tegenover staat dat wij, hulpverleners cliënten moeten voorzien van de informatie die nodig is om een keuze uit het aanbod te kunnen maken. Het mag niet van een individuele hulpverlener afhankelijk zijn, welk hulpaanbod gedaan wordt.

- **Doel:** Alle activiteiten, modulen, subprogramma's, van het zorgprogramma PPTgS zijn overzichtelijk en passend bij de doelgroep beschreven op een voor cliënten en medewerkers begrijpelijke taal op intranet en internet te vinden. Interactieve mogelijkheden moeten worden opgevoerd.
- **Stand van zaken:** De meeste specialistische modulen van PPTgS zijn goed beschreven in folders. Gemist wordt een compleet, in samenhang beschreven overzicht van het aanbod, indicatie, routing etc.. Internet- en intranet kunnen die samenhang verzorgen, waarbij de folders als downloads bruikbaar blijven.

Programmaleider van PPTgS is redacteur voor de GGzE voor de Borderline-Triade website.

- **Activiteiten:**
 - Onderhandelingen moeten gevoerd worden over het te besteden budget.
- **Tijdsplanning:**
 - Voor de internetversie van de teksten zijn we afhankelijk van medewerkers en de prioriteit van hun overige werkzaamheden. Hopelijk is aan het einde van 2003 minstens driekwart van het aanbod in modulen beschreven.

3. Wachtlijstbeheer

- **Het programmacoördinatiepunt installeren**

Binnen het zorgprogramma PPTgS, zoals ook voor andere programma's, dient binnen afzienbare tijd een PCP gestalte te krijgen. Dit punt heeft als taak de cliëntstroom inzichtelijk te krijgen, alsook de hulpvragen. Het inzichtelijk krijgen moet gezien worden als o.a. het turven van aantallen hulpvragen, registreren van het aanbod (in subprogramma's en modulen) waarvan een cliënt gebruikt maakt, of het aanbod dat gewenst is (en nog niet voorhanden). Vanuit het PCP wordt de wachtlijst beheerd en de cliëntzaken verdeeld aan de hulpverleners. Deelnemers zijn de programmacoördinatoren, programmaleider, logistiek medewerker/ secretariael medewerker.

- **Doel:** Het programmacoördinatiepunt (PCP) is geïnstalleerd en komt wekelijks bijeen.
- **Stand van zaken:** De RC's kennen een cliëntverdeling (eens per week). Klinische psychotherapie, Clinical Casemanagement, Traumabehandeling, Linehan en CSZ kennen eigen aanmeldpunten en indicatie gremia. Deze laatste worden geïntegreerd in de indicatie en zorgtoewijzingscie PPTgS. Het PCP is logistiek ondersteunend daaraan.
- **Activiteiten:** Het PCP kan geïnstalleerd worden nadat:
 - De betrokken medewerkers op de hoogte zijn gebracht van de taakstelling en een werkwijze is afgesproken en vastgelegd.
 - De secretariële en logistieke medewerker benoemd zijn.
 - De ondersteuning middels een geautomatiseerd systeem van wachtlijstbeheer op moduleniveau en subprogramma-niveau is gerealiseerd.
- **Tijdsplanning:** Installatie van het PCP zal per 1-1-2004 geschieden. Integratie van de diverse indicatiegremia per 1-9-2003.

4. Evaluatie kwaliteit, inclusief evaluatie cliënttevredenheid.

- **Doel:** Benchmarking en kwaliteitsbewaking
- **Stand van zaken:**
- **Tijdsplanning:**

5. Cliëntparticipatie vormgeven

Binnen het zorgprogramma PPTgS wordt veel waarde gehecht aan cliëntparticipatie. Er wordt naar gestreefd deze optimaal vorm te geven op allerlei niveaus. Te weten:

- Niveau van de individuele cliënt, oftewel op het niveau van de hulpvraag.
 - Niveau van de collectieve hulpvraag van de doelgroep (en subgroepen)
 - Niveau van het beleid van de zorgeenheden waar hulp in het kader van PPTgS geboden wordt.
- **Doel:** Binnen bovengenoemde drie niveaus participeren cliënten in besluitvormende overlegvormen. De manier waarop geparticipeerd wordt, wordt in overleg met de cliënt en/of cliëntvertegenwoordigers vormgegeven.
 - **Stand van zaken:**
 - Op het niveau van het vaststellen van het individuele behandelplan, van de individuele hulpvraag wordt op veel plaatsen reeds standaard, de behandelplan bespreking in aanwezigheid van de cliënt gedaan. Het starten van de module 'contract maken' is een formalisatie van dit uitgangspunt.
 - Op het niveau van de collectieve hulpvraag van de doelgroep krijgt cliëntparticipatie nog geen invulling.
 - Op het niveau van de zorgeenheden (binnen het programma PPTgS) bestaan Zorgeenhedsraden.
 - **Activiteiten:**
 - Voor een goede onderhandelingspositie van cliënten is zoals eerder genoemd het belang van goede, onafhankelijke informatieverstrekking van groot belang.
 - Contact leggen met cliëntorganisaties, voor cliënten participatie op het 2^e niveau.
 - Voor de vormgeving van cliëntparticipatie op het derde niveau ligt de verantwoordelijkheid bij de zorgmanager (-lijn). Advies daarover kan vanzelfsprekend worden ingewonnen bij de programmalijn.
 - **Tijdsplanning:**
 - Voor het eerste punt, zie Website
 - In de loop van 2004 kan er wel contact gemaakt zijn met cliënten organisaties.
 - NVT

6. Module diagnostiek

- **Doel:** Creëren van een quick win, door te voorzien in een bestaande vraag naar psychodiagnostiek en psychometrie bij hulpverleners die met de doelgroep werken.

- **Stand van zaken:**
 - Overleg met zorgprogramma entree en P&A over centrale of decentrale diagnostiek.
 - Overleg en planning met zorgmanagers uitbreiding testpsychologische capaciteit.
- **Tijdsplanning:** 1-1-2004

Deskundigheidsbevordering 2003 - 2004

- Training DGT voor medewerkers CSZ (S-telefoon), therapeuten Linehanprogramma.
- Supervisie leden consultatieteam.
- Onderhoud Relationship management vaardigheden.