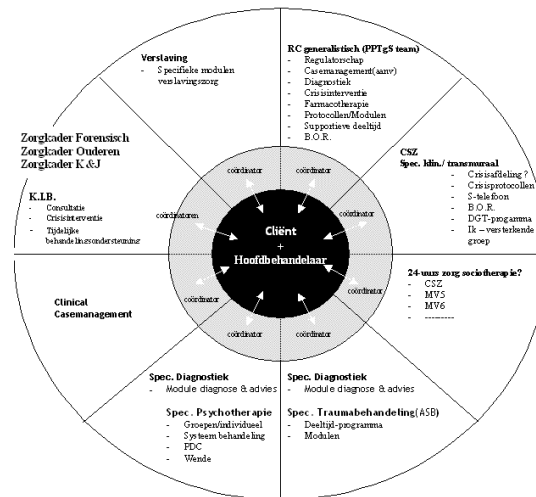


Meerjarenbeleidsplan 2005-2007 Programma Persoonlijkheidspathologie & Traumagerelateerde stoornissen

Zorgprogramma: PPTgS
R.J. van Montfoort - Programmaleider

Ten behoeve van jaartijks begrotingen vanaf 2005

Zorgprogramma



Persoonlijkheidspathologie & Traumagerelateerde Stoornissen

Het zorgprogramma Persoonlijkheidspathologie & Traumagerelateerde stoornissen (PPTgS)

Missie

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.

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

Visie

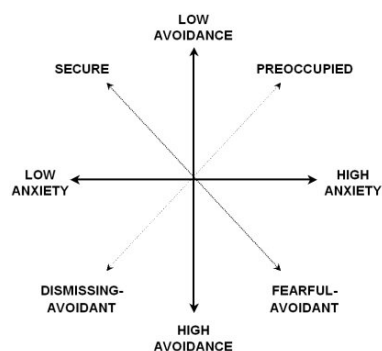
Ieder mens is in principe zelfbepalend met betrekking tot zijn leven en zal daarvoor verantwoordelijkheid moeten dragen. Cliënten worden beschouwd en aangesproken als competente volwassenen en gestimuleerd om verantwoordelijkheid te dragen voor hun leven en hun behandeling. Het stimuleren in het maken van eigen keuzes en het actief en gelijkwaardig betrekken van cliënten bij de behandeling moet deze autonomie versterken. De behandeling in het zorgprogramma streeft naar maximale zelfstandigheid en het vertrekpunt is dat de behandelduur binnen de deelprogramma's eindig is, net zoals verblijf binnen de klinische behandelafdelingen tijdelijk is. De indicatie voor 'chronische behandeling' c.q. langdurig klinisch verblijf wordt met grote terughoudendheid gesteld.

Als uitgangspunt bij de beschrijving van de verschillende onderdelen van het zorgprogramma is het bio-psycho-sociale model gehanteerd, hierin zijn biologische, psychologische en sociale gezichtspunten geïntegreerd.

Doelgroep

Het zorgprogramma voor Persoonlijkheidspathologie & Traumagerelateerde stoornissen richt zich op cliënten vanaf 18 jaar met als hoofddiagnose klachten tengevolge van opgelopen traumatische ervaringen (posttraumatische stressstoornis of dissociatieve stoornis) en/of een persoonlijkheidsstoornis. Het onderhouden van relaties is problematische en verwaarlozing en misbruik in de ontwikkelingsgeschiedenis is aanwezig of is aannemelijk. Doordat de problemen diep in de persoonlijkheid zijn doorgedrongen, zijn langer durende behandelingen noodzakelijk. Voor de indicatiestelling voor het zorgprogramma moet naast de diagnose, ook de hulpvraag en de meest gewenste behandelmethodiek meegenomen worden in de besluitvorming. Naast de diagnose (stoornisgeoriënteerd uitgangspunt) betreft het cliënten, die om te kunnen komen tot een therapeutisch proces, de "holding" van een complex en geïntegreerd behandelaanbod nodig hebben, waarin het methodisch hanteren van de relatie, centraal staat (procesgeoriënteerd

uitgangspunt). De doelgroep behelst cliënten die gedurende hun behandeling behoefte zullen hebben aan meerdere behandelvormen naast of na elkaar en die gebruik zullen maken van diverse voorzieningen.



Cliënten voor het zorgprogramma PPTgS kenmerken zich door een onveilige of ambivalente hechtingsstijl aan andere mensen. Vooral dit aspect van hun psychische disfunctioneren zal toewijzing aan het zorgprogramma noodzakelijk maken en zal in veel gevallen een discriminerende factor in de toewijzingscriteria voor het zorgprogramma protocollen & arrangementen betekenen. De hechtingstijl van cliënten is m.b.v. gestructureerde interviews redelijk objectief vast te stellen en kan dus een transparant zorgtoewijzingscriterium vormen, dit zal nader uitgewerkt worden.

Figuur 1 Overzicht hechtingsstijlen

Prevalentie

Het verzorgingsgebied van de GGzE omvat ca. 500.000 personen, daarnaast hebben De Wende, het klinische Linehan programma, de K.I.B. en de forensische settingen een functie in het behandelen van persoonlijkheidsstoornissen van mensen van buiten de regio.

Prevalentie cijfers voor persoonlijkheidsstoornissen geven grote spreidingen te zien. De samenstelling van de onderzochte populatie bepaald in grote mate de prevalentie cijfers. Gegevens van Mattia en Zimmerman, die uitgaan van de 2 grootste Amerikaanse epidemiologische studies naar persoonlijkheidspathologie. De Epidemiologic Catchment Area Study (ECA) uit 1988 met ruim 18000 subjecten en de National Comorbidity Study (NCS) uit 1994 met 8000 subjecten en gegevens van experimentele controlegroepen (b.v. verwanten van geïdentificeerde patiënten of specifieke doelgroepen zoals militairen of studenten) geven als mediane prevalentie van de aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis van 12,9% aan met een range van 6,7% tot 33,1%. Een Zweedse studie onder de algemene bevolking komt tot een prevalentie van 11%. In specifieke populaties (gedetineerden, verslaafden) wordt een prevalentie tot 50% gevonden. Het Nederlands Handboek Psychiatrische Epidemiologie geeft als prevalentie van minstens 1 persoonlijkheidsstoornis onder een normale populatie 10,0 - 14,8 % (mediaan 13,5 %), onder een psychiatrische populatie 45,2 - 80,0% (mediaan 60,4%) en onder behandelde verslaafden 34,8 - 73,0 % (mediaan 56,5 %). Bij mensen met een bipolaire stoornis komt in 28,8 - 38% tevens een persoonlijkheidsstoornis voor, 27% had daarbij ook nog een verslavingsziekte. Bij unipolaire depressies en dysthymie komen bij resp. 52% en 69% ook een persoonlijkheidsstoornis voor. Onder een psychiatrische populatie is de borderline persoonlijkheidsstoornis dominant met een percentage van 6,2 - 63,0 (mediaan 35,7 %).

De prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen ligt hoger bij jongeren. Bij ouderen wordt een prevalentie tussen de 2,8% en 13 % opgegeven. Bij de ambulante psychiatrische populatie van ouderen 5% tot 33%. Bij klinisch behandelde ouderen tussen 7% en 61,5%. Een gemiddelde prevalentie bij volwassenen boven de 50 jaar is 20%. In het bijzonder cluster A en C wordt onder ouderen gevonden. Cluster B is ondervertegenwoordigd.

De life-time prevalentie voor PTSS wordt geschat op 7,8% (van de bevolking van 15 -54 jaar) met het hoogste relatieve risico bij vrouwen in het algemeen, bij gehuwde en gescheiden vrouwen en bij gescheiden mannen. Meest voorkomende trauma's waren bij mannen geweld (slachtoffer en getuige) en seksueel geweld bij vrouwen.

Prevalentie cijfers van specifieke groepen in onze regio zoals asielzoekers en niet-westerse alloctonen zijn niet voorhanden.

Lang niet iedereen met een persoonlijkheidsstoornis zoekt behandeling. Incidentie cijfers zijn niet voorhanden. Uitgaande van een mediane prevalentie van 13,5% kunnen we in het verzorgingsgebied van de GGzE ca. 60000 mensen met een of andere vorm van een persoonlijkheidsstoornis verwachten. (ca. 8000 met een borderline persoonlijkheidsstoornis)

Hiervan zijn ca. 1250 momenteel in behandeling bij de GGZE (ca. 2%). Lijdensdruk, sociale context en mate van (over)last bepaald in grote mate of men in behandeling komt of niet. Of er meerwaarde te verwachten is van actieve casefinding c.q. vroeg diagnostiek, is niet bekend. Een actief opsporingsbeleid is dus niet wenselijk op basis van wetenschappelijke gegevens. De verwachting is dat door demografische of sociale ontwikkelingen de instroom van nieuwe cliënten niet spectaculaire zal veranderen in positieve of negatieve zin. Mogelijk zal het verminderen van mogelijkheden tot langdurige ambulante psychotherapie in de vrijgevestigde praktijk een toestroom van cliënten met persoonlijkheidspathologie naar het zorgprogramma PPTgS laten zien.

Momenteel zijn er, zover na te gaan, op de diverse locaties de volgende aantal cliënten in behandeling bij het zorgprogramma.

RCG: 292 op een totaal van 900 (ex. wachtlijst)

RCV: 186 op een totaal van 670 (ex. wachtlijst)

RCE: 458 op een totaal van 1600 (ex. wachtlijst)

Specialistische psychotherapie: 77 cliënten

Clinical Casemanagement: 80 cliënten

Centraal Specialistische Zorg: 10 (duale c.q. triple problematiek)

Klinische Linehanbehandeling: 9

K.I.B.: 12 (gemiddeld 1,5 regionale patiënt)

Aanvullende Specialistische Behandeling: ?

Acute zorg:?

FPC: ?

Totaal ca. tussen de 1200 - 1300 cliënten.

Implementatie.

In het jaarplan worden lange termijn doelstelling neergelegd, die de komende jaren richtinggevend zijn voor het beleid. Binnen het zorgprogramma PPTgS zien we beleidsontwikkeling en implementatie als een cyclisch proces tussen programmalijn en zorglijn en tussen 'top' (programmagroep) en 'down' (uitvoerende professionals). Programma-coördinatoren spelen daarin een cruciale rol.

De gewenste situatie

PPTGS TEAMS IN DE REGIONALE CENTRA.

De gewenste situatie is dat uitgaande van de matrix structuur we binnen 3 jaar herkenbare PPTgS teams binnen de Regionale centra tot ontwikkeling willen brengen. Dit zijn ambulant en transmuraal werkende specialistische teams voor mensen met PPTgS problematiek. Zij bestaan naast de huidige specialistische voorzieningen als Klinische psychotherapie (Wende en PDC), Linehan programma (ambulant en klinisch), Deeltijdbehandeling voor getraumatiseerde vrouwen (ASB), Clinical Casemanagement en Forensische zorgkaders. De medewerkers van de regionale PPTgS teams 'committeren' zich tot hoogstens 2 zorgprogramma's om specialisatie mogelijk te maken. Geormerkte uren voor PPTgS medewerkers met caseload¹ normering in verhouding met zorgwaarde van de doelgroep is nodig. Behandelpanning en evaluatie in doelgroep specifieke specialistische PPTgS-teams, alsmede intervisie is noodzakelijk om kwalitatief verantwoord met deze doelgroep te kunnen werken.

Om een standaard aan basisvaardigheden bij deze medewerkers te vestigen zal een intern deskundigheidsbevorderings programma ontwikkeld worden, wat in een meerjarige cyclus draait en metertijd alle medewerkers bereikt kan hebben. Voor nieuwe medewerkers is het onderdeel van de introductie en inwerk periode.

Wanneer er binnen 3 jaar geen herkenbaar PPTgS programma binnen de matrix is ontstaan t.g.v. het in de dagelijkse praktijk niet te managen spanningsveld tussen 'generalistisch' en 'specialistisch', is evaluatie van huidige organisatie-structuur nodig en zal gekeken moeten worden of een specialistisch centrum voor de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen en traumagerelateerde stoornissen niet wenselijker is.

O & O

Als regionaal kenniscentrum nemen we deel aan onderzoeksactiviteiten. Zelf een onderzoeksprogramma te initiëren heeft geen prioriteit. Voor de komende jaren willen we, om onderzoekservaring op te doen, deelnemen aan het onderzoek Monitoring psychotherapie² (Trijsburg - Rotterdam) en een preventie onderzoek mantelzorgers van borderline patiënten (Krook - Tilburg). Wanneer medewerkers van het zorgprogramma persoonlijke ambities hebben om onderzoek te gaan doen (promotie, onderzoekspublicatie) wordt dit van harte ondersteund binnen het programma.

Intern deskundigheidsprogramma PPTgS voor alle medewerkers van het zorgprogramma in een continue cyclus..

- Kennis over het opstellen van een crisispreventie protocol.
- Basis cursus en opfris sessies relationship management.
- Kennis van de fasen in traumabehandeling.
- Overzicht van alle opinion- / evidence-based behandelingen voor persoonlijkheidsstoornissen en de globale indicaties hiervoor.
- Systematiek van het plannen van behandelingen van persoonlijkheidsstoornissen uitgaande van het framework van Livesley.
- Herkennen van en omgang met dissociatieve stoornissen.
- T.a.v. KOPP problematiek is deskundigheid om opvoedingsthema's op een niet oordelende wijze ter sprake te brengen nodig. Cursussen vanuit preventie "Praten met kinderen" en "Praten met ouders" helpen daarin.

¹ 20-25 cliënten per F.T.E.

² Afhankelijk van het verkrijgen van onderzoekssubsidie.

PREVENTIE

Preventie activiteiten zullen zich richten op de risico groepen kinderen van cliënten met persoonlijkheidsstoornissenactiviteiten en/of trauma (KOPP) en op familieleden van mensen met borderline pathologie.

T.a.v.:

- KOPP consultatie mogelijkheden vanuit K & J propageren, deskundigheidsbevordering in de vorm van cursussen Praten met Kinderen, Praten met Ouders.
- Familieleden van borderline patiënten. Preventiecursus in het kader van onderzoek Krook – Tilburg.

KWALITEIT

- Van iedere cliënt binnen PPTgS wordt de volledige DSM-IV TR classificatie in IRIS-G ingevoerd. (kwaliteitsindicator)
- Iedere cliënt binnen PPTgS beschikt over een schriftelijk behandelplan. (kwaliteitsindicator)
- Protocolleren van de assessmentprocedure binnen PPTgS. Hiertoe is een [assessmentformulier](#) ontwikkeld, wat nu door medewerkers in de praktijk getoetst wordt. Die ervaringen dragen bij aan het definitieve format. Na vaststelling van het format wordt iedere nieuwe cliënt conform dat format getypeerd. (kwaliteitsindicator)
- Iedere low-level borderline cliënt of PPTgS cliënt met crisogeen gedrag heeft een crisis preventieprotocol. (kwaliteitsindicator)
- Invoeren Cliëntthermometer Trimbos (kwaliteitsindicator)
- Starten out-come evaluatie.

ROUTING EN ZORGTOEWIJZING

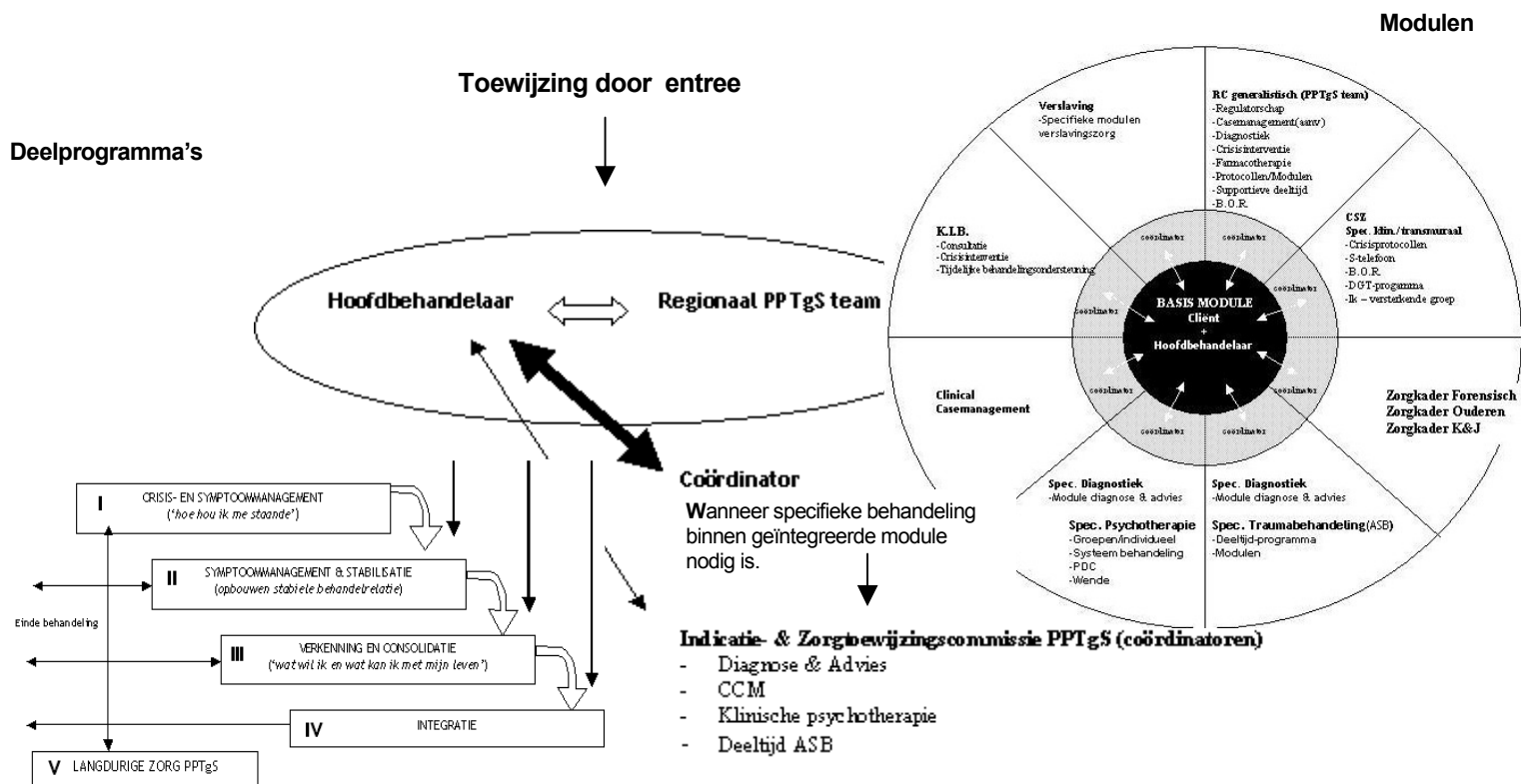
Ten behoeve van verantwoorde toewijzing aan PPTgS wordt aan het programma entreeactiviteiten de volgende gegevens gevraagd. Meer dan globale diagnostiek is niet nodig. Deze gegevens moeten idealiter binnen 1 contact verkregen zijn, om niet te veel hechting of dynamiek binnen entree contacten te krijgen. Cursief gedrukte items zijn facultatief.

- Reden aanmelding
 - Context (leefomstandigheden, *toekomst*)
 - Klachten (begin, ontwikkeling, beloop)
 - Lijdensdruk en gevaarsaspecten
 - Eerdere hulpverlening (aard, duur, effect, beëindiging)
 - Hulpvraag (doel, verwachting)
 - *Globale levensloop (+ eventuele traumatische levenservaringen)*
 - Psychiatrisch onderzoek c.q. psychiatrisch oordeel wanneer intake niet door psychiater werd gedaan.
 - *Interactie met hulpverlening*
 - Somatische problematiek
 - Medicatiegebruik / interacties
 - Familiaire belasting
 - Middelen misbruik.
-
- Met behulp van een 8 tal screenings vragen (Standardised Assessment of Personality - Abbreviated Scale - SAPAS³) is met sensitiviteit 0.94 en specificiteit 0.85 het bestaan van een persoonlijkheidsstoornis vast te stellen, mits er niet te veel actuele as 1 symptomatologie is. Met deze screening valt binnen het zorgprogramma entree goed te werken.
 - De hechtingsstijl is een belangrijk toewijzingscriterium. Onveilig- en ambivalent gehechte mensen zijn aangewezen op de specifieke behandelproces mogelijkheden binnen PPTgS. Veilig gehechte mensen zullen doorgaans goed kunnen goed profiteren van protocollaire behandelvormen bij as I problematiek. De Adult Attachment Inventory (Ainsworth)⁴ of modificaties daarvan lijkt een bruikbaar instrument. Dit zal verder uitgewerkt worden.

³ Moran, e.a. Br. J. of Psych (2003), 183, 228 - 232

⁴ Nicolai, T. voor Psych. (2001), 43, 333 - 343

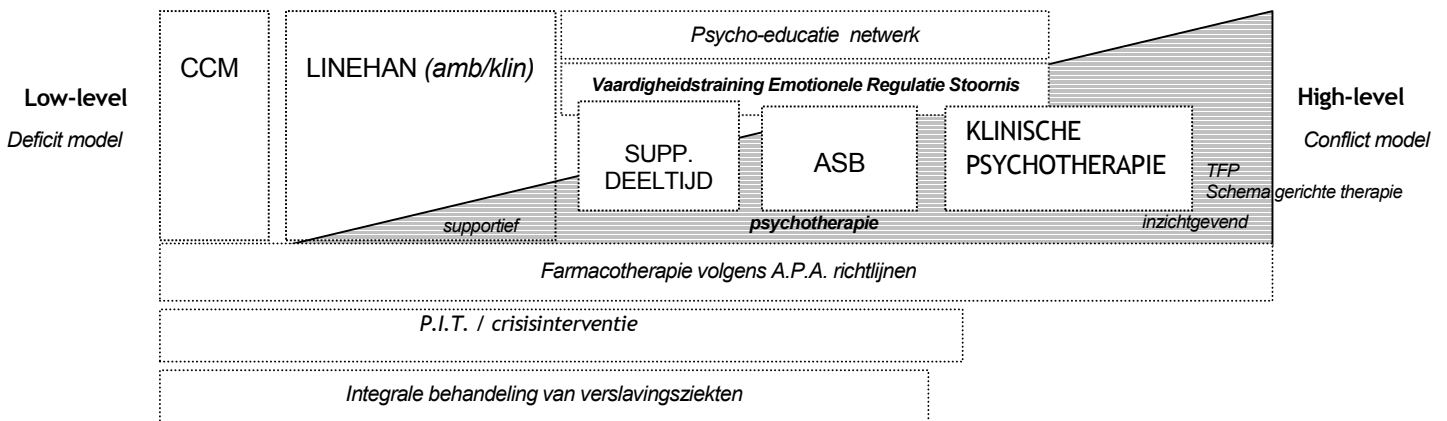
- Cliënten met een veilige hechtingsstijl en symptoomstoornissen (b.v. depressie / dysthyme stoornis, angststoornissen) waarbij een mono-methodische psychotherapie volstaat of cliënten die lijden aan de gevolgen van een type 1 trauma kunnen behandeld worden in het zorgprogramma protocollen en zorgarrangementen.
- Een voorgeschiedenis met diverse protocollaire behandeling gericht op angst- of stemmingsklachten, kan een verwijzing naar PPTgS rechtvaardigen.
- De indicatiestelling is verder uitgewerkt in de programmabeschrijving PPTgS.
- In onderstaande diagrammen wordt het hele zorgprogramma in kaart gebracht. De toelichting op dit schema is te vinden op <http://www.pptgs.netmenu.nl>



- Aan het halen van de Treeknormen wordt een hoge prioriteit gegeven. Inzicht en doorzicht in aanmelding, indicatiestelling en wachtlijst is daarvoor nodig. Veel wordt verwacht van een PCP PPTgS. Het intern wachtlijstmanagementsysteem GGzE lijkt een goede aanzet om inzicht in de diverse wachtlijsten te krijgen. Met het ZP entree zal nader afgestemd moeten worden om een zo efficiënt mogelijke toeleiding naar het ZP PPTgS te realiseren.
- De indicatiestelling langdurige zorg zal zorgvuldige bekeken worden en nadere indicatiestellings procedures zullen ontwikkeld moeten worden, binnen het programma.

BEHANDELING

- Voor de behandeling van cluster B persoonlijkheidsstoornissen (i.h.b. BPS) is het streven om een sluitend pakket aan behandelingen te implementeren, waarmee het hele spectrum van low- tot high-level borderline pathologie al of niet in combinatie van trauma van behandeld kan worden, volgens zover mogelijk evidence-based en anders consensus- / expert-based behandelingen.



- De afgrenzing naar het programma psychose en A&A mag niet te rigide worden voor de groep cliënten met cluster A persoonlijkheidsstoornissen en voor de groep van mensen met zowel een persoonlijkheidsstoornis en een psychose. Het star vasthouden aan een diagnostisch criterium voor programmatoewijzing, is hier niet wijs. Wanneer aannemelijk is dat de basis behandelattitude (bijvoorbeeld rehabilitatie) van een programma passend is voor een cliënt, moet hij of zij binnen dat programma kunnen instromen ondanks de diagnose. Dit geldt uiteraard ook voor cliënten met primair psychotische problematiek, die binnen een rehabilitatiebenadering zoveel interpersoonlijke dynamiek geven dat een op relationship management gebaseerde aanpak effectiever is.

- Cluster C persoonlijkheidsstoornissen.

Afhankelijke- en vermijdende persoonlijkheidsstoornissen hebben een mediane prevalentie onder een psychiatrische populatie van resp. 14,6 en 15,4. Dit is beduidend minder dan de borderline stoornissen, maar vormt een niet te verwaarlozen groep. Er is nog weinig onderzoek bekend over effectieve behandel strategieën. De vermijdende persoonlijkheid heeft een beduidend hogere co-morbiditeit t.o.v. ander cluster C-persoonlijkheidsstoornissen aan stemmingsstoornissen, middelenmisbruik, obsessieve- en fobische klachten en bulimia. Deze groep zal zich vrijwel altijd vanwege bestaande as 1 symptomatologie bij de GGZ melden. Bekend is dat protocolaire behandelingen bij mensen met comorbide persoonlijkheidsstoornissen minder effectief zijn, langer duren en modificaties in aanpak vergen. Effectieve behandelstrategieën zullen verder uitgewerkt moeten worden, o.a. in samenwerking met het zorgprogramma Protocollen en Zorgarrangementen. Er zijn aanwijzingen dat ook hier psychotherapie de behandeling van eerste keuze is.⁵ Ook de verwijsmogelijkheden voor klinische programma's (Viersprong en Gedragstherapeutische Kliniek Venraij) dienen breed bekend te zijn.

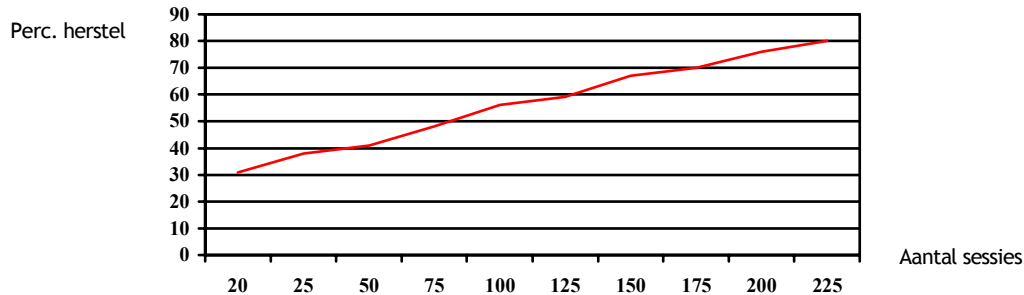
⁵ Am J Psychiatry 161:810-817, May 2004

Randomized, Controlled Trial of the Effectiveness of Short-Term Dynamic Psychotherapy and Cognitive Therapy for Cluster C Personality Disorders Martin Svartberg, M.D., Ph.D., Tore C. Stiles, Ph.D., and Michael H. Seltzer, Ph.D.

- Psychotherapie.

Psychotherapie is een effectieve behandelvorm voor zowel as 1 stoornissen als voor persoonlijkheidsstoornissen. In protocollen & zorgarrangementen en PPTgS zal deze behandelvorm dus ingezet moeten worden. De doelgroepomschrijving van beide programma's levert voldoende handvaten voor programmatoewijzing. De discussie of psychotherapie (al of niet mono-methodisch) nu een activiteit, die in het kader van het zorgprogramma PPTgS of in protocollen & zorgarrangementen verloopt, is daarmee niet langer actueel.

Langdurige psychotherapie is een effectieve behandeling voor persoonlijkheidsstoornissen. Bij een maximum van 50 sessies (de door het ministerie voorgenomen norm)) herstelt maar 42%. Een studie van Perry laat zien dat met ambulante psychotherapie per jaar 25% herstelt (tot ca. 80% herstel), versus 3,8% natuurlijk herstel.



Langdurige psychotherapie moet dan ook een integraal aanbod binnen het zorgprogramma PPTgS blijven ongeacht politieke besluitvorming. Naar alternatieve financiering zal dan ook gezocht moeten worden. Voor de randvoorwaarden om psychotherapie optimaal te behouden in het zorgprogramma PPTgS verwijs ik naar de aanbevelingen van de werkgroep psychotherapie onder voorzitterschap van W. den Boer. Het standpunt van programmaleiding PPTgS is dat isoleren van psychotherapie op een aparte locatie een onwenselijke situatie is.

Voor BPS worden momenteel een psychodynamische vorm (Transference focused psychotherapy - TFP) en schema gerichte therapie onderzocht op effectiviteit. Het is wenselijk dat we bij psychotherapie voor BPS ons in de toekomst meer gaan richten op deze vormen van behandeling om in de pas te blijven lopen met de ontwikkelingen op het gebied van borderline behandeling .

- Crisispreventie en cliënten leren hun crisis zelf te gaan managen is een belangrijke peiler in de behandeling binnen het zorgprogramma. Het crisispreventieprotocol is daarin een middel. Het opstellen van een crisispreventieprotocol volgens de regels van de kunst is een vaardigheid die alle medewerkers binnen PPTgS moeten beheersen. Hiervoor is deskundigheidsbevordering voorzien. Onderhoud en beheer van crisisprotocollen wordt nu gecoördineerd vanuit de centraal specialistische zorg. Ook de klinische unit van het RCE en de PAAZ-en kunnen hierin een rol gaan krijgen. Zie hiervoor de betreffende implementatie notitie crisisprotocollen. Op jaar basis wordt op crisisprotocol bedden minstens 1,5 bed productie gehaald, waarschijnlijk meer. Er kunnen dus vaste productie afspraken gemaakt worden. Crisisprotocol bedden staan nu op CSZ en de K.I.B. In de notitie crisispreventieprotocol van Dijkhuizen/Horemans is inhoud en procedure beschreven.

- Als aanvulling op ambulante behandeling van BPS wordt vaardigheidstraining emotionele regulatie stoornis gemist (VERS). Dit is een in 20 wekelijkse sessies trainingsprogramma dat als deeltijdverrichting (4 uur) wordt aangeboden. Het is gebaseerd op DGT (Linehan) maar is minder arbeidsintensief en heeft minder overhead. Binnen het programmacoördinatoren overleg wordt een implementatie traject voorgesteld. (zie nota werkgroep VERS - Horemans/ Peeters)

Dialectische gedragstherapie. Het is wenselijk dat kennis van indicatiecriteria en inhoud Linehanprogramma breed aanwezig is bij medewerkers uit de Regionale Centra en acute zorg. Voorlichting vanuit de module Linehan is nodig. Om continuïteit van het bestaande Linehan programma te garanderen is investeren in werving en opleiding van nieuwe therapeuten / trainers nodig om in de komende jaren het aanbod te kunnen blijven aanbieden. Voor

cliënten die het programma hebben doorlopen is een onderhoudsprogramma (boostersessies) een manier om het bereikte resultaat te consolideren. Het starten van een dergelijk onderhoudsprogramma is wenselijk om een volwaardig Linehan aanbod te bieden. Het is gewenst dat meer mensen zich scholen voor het trainerschap van de vaardigheidstraining en of herhalingsessies. Er begint een wachtlijst te ontstaan van ongeveer een ½ jaar.

- Het programma voor de behandeling van mannelijke slachtoffers van seksueel geweld, wat in samenwerking met het FIOM werd uitgevoerd, zal opnieuw opgestart worden en ingebed moeten worden in het zorgprogramma. Indicatiestelling, crisisfunctie en nabehandeling moeten nader uitgewerkt en beschreven worden. Ook zal het bestaande programma geactualiseerd worden en aangepast aan de binnen het zorgprogramma bestaande opvattingen over gefaseerd behandelen van PPTgS. Het bestaande FIOM programma is een mix van stabilisatie en verwerking. Het advies is om dit te scheiden. Individueel stabiliseren en verwerking in de groep. Om een stabilisatieprogramma te maken zou het programma totaal herschreven moeten worden. De inbedding zou deels analoog kunnen geschieden aan de groep voor vrouwen met seksueel misbruikervaringen. Er dient naast de groepstherapeuten een aparte individuele behandelaar te zijn, ter vermijding van interferentie tussen de verschillende behandelrollen en voor opvang bij crises.

Er dient cliënten een voortraject van individuele behandeling te worden aangeboden, waarbinnen verschillende fasen moeten zijn doorlopen, voordat deelname aan de groep zinvol is. In elk geval dienen assessment en confrontatie te zijn gedaan. Voor overgang naar verwerking zijn de criteria van Suzette Boon een goede handleiding.

In het voortraject kunnen naast individuele behandeling ook modules non-verbale therapie en psycho-educatie worden ingezet. Na het groepsprogramma zal bij een aantal cliënten een vervolgbehandeling nodig zijn. Ook bij voortijdig beëindigen van de groep zal individuele na-behandeling vaak nodig zijn.

De bestaande module wordt dus arbeidsintensiever, er zal een ambulante behandelaar moeten zijn, die een assessment en eventueel een stabilisatie voor-traject gaat vormgeven en het na-traject begeleid. De training zou moeten bestaan uit 20 sessies. Met voor- en na-therapie zou dit wel eens 45 sessies gaan beslaan. Een en ander zou gerealiseerd kunnen worden als er in het kader van Zorg op Maat extra middelen komen.

- Richting BB & BW zijn er initiatieven nodig om voor die groep van PPTgS cliënten optimale bejegening vormen te vinden, die de dynamiek rond die cliënten in de huizen te kunnen managen. Consultatie en deskundigheidsbevordering c.q. nadenken over optimale groepssamenstelling zijn de eerste aandachtspunten.

- Er zijn verschillende vormen van thuiszorg (activerende begeleiding met als doel zelf gaan leren activiteiten te doen. Ondersteunende begeleiding met als doel stabilisatie en blijvende ondersteuning). Beide vormen kunnen via PGB via RIO aangevraagd worden. Verstrekking in natura of door cliënt zelf in te kopen. Thuiszorg, loket W, particuliere bureau's en PGB bureau GGzE leveren allen dergelijke zorg. GGzE mikt op cliënten en krijgt doorgaans de cliënten die psychiatrische expertise behoeven en vindt samenwerking met behandelaar van betrokken cliënt voorwaarde om begeleidingsvraag te honoreren. Deze lijn wordt vanuit de programmalijn onderschreven. De PGB begeleidkundigen hebben in hun omgang met PPTgS cliënten behoefte aan consultatie en coaching. Vanuit PPTgS zal dit opgepakt worden.

- Voor specifieke op borderline - persoonlijkheidsstoornis gerichte intensieve thuiszorg als opname vervangende activiteit zal vanuit PPTgS nauwe samenwerking met acute zorg nodig blijven.

- Onderzoek of Liberman-modules omgaan met verslaving, vrije tijd en werk ook bruikbaar zijn voor cliënten met PPTgS.

De huidige situatie

- Van het jaarplan 2003 -2004 is gerealiseerd dat de programmacoördinatoren benoemd zijn en wekelijks vergaderen sinds september 2003. De in het jaarplan 2003-2004 genoemde taakstelling is gerealiseerd (programmaontwikkeling, second opinion & advies, indicatiestelling voor specialistische functies als ASB en CCM).
- Het starten van PPTgS teams op de regionale centra is in diverse stadia van ontwikkeling. De overige PPTgS teams (ASB, Linehan, Klinische psychotherapie, CCM) zijn als vanouds operationeel en hebben via het programma coördinatoren overleg een relatie gekregen met het zorgprogramma PPTgS.
- Inzicht in de cliënten stroom is niet voorhanden, het voornemen PCP's te installeren is niet gerealiseerd. Wachtlijst beheer specifiek voor PPTgS cliënten is dus niet mogelijk. Voor programmaleider is het niet duidelijk hoeveel PPTgS cliënten precies in het programma aanwezig zijn, ook is niet duidelijk welke behandeling ze krijgen. Het wachtlijstmanagement systeem kan gaan voorzien in de mogelijkheid inzicht te krijgen in omvang van de wachtlijst. Om overzicht te krijgen in welk type behandeling PPTgS cliënten krijgen zal men het nieuwe E.P.S. moeten afwachten.
- Een inhoudelijke verandering t.o.v. vorig jaarplan is dat de subprogramma opbouw gewijzigd is. Aanvankelijk werd uitgegaan van subprogramma's gericht op diagnostische typering. Dit is verlaten en er is gekozen voor subprogramma's die aansluiten op fasen in het behandel proces. Voor toelichting zie het affiche van het zorgprogramma PPTgS en de website.
- De module beschrijving is niet klaar. Dit heeft na een eerste impuls, waarbij de modulen benoemd zijn, geen prioriteit meer gehad. Er is eerst energie gestoken in het vaststellen van een logische structuur van sub-programma's, die het kader vormen waarbinnen modulen kunnen worden ingezet. Een 'module-bak' zonder onderlinge samenhang is voor de doelgroep PPTgS-clieñten niet wenselijk. Het blijkt overigens lastig huidige praktijk in het NIZW stramen te passen. Een kosten/baten analyse van de grote investering die complete module beschrijving vergt, valt m.i. nadelig uit. Globale beschrijving van activiteiten is voorlopig voldoende en mettertijd komt de 'modulebak' wel vol.
- De website www.pptgs.netmenu.nl heeft in 1 jaar tijd 2300 bezoekers gehad en wordt als voorbeeld voor zorgprogrammering persoonlijkheidsstoornissen genoemd op de site van GGZ Nederland. Het integreren van deze site in de GGZE site bleek tot op heden niet mogelijk.
- De cliëntenparticipatie binnen het zorgprogramma is niet tot stand gekomen.
- De deskundigheidsbevordering wordt nog niet programmatisch vormgegeven.
- Vacatures worden in overleg met programma coördinatoren ingevuld, maar niet in overleg met betreffende programmaleiders. Dit is onwenselijk, om op programma niveau te sturen is het noodzakelijk aan te geven welk type hulpverlener nodig is en aan welke kwalificaties hij moet voldoen.
- T.a.v de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen en traumagerelateerde pathologie beschikt de GGZE voor de groep van borderline patiënten en getraumatiseerden met hechtingsstoornissen nog niet over het gehele spectrum aan evidence-/opinion based

behandelingen. Het heeft prioriteit dit wel te realiseren. Concreet betekent dit dat we op korte termijn een vaardigheidstraining emotionele regulatie stoornis (VERS) aan het pakket willen toevoegen. De hoge prioriteit wordt gegeven omdat we verwachten dat met dit ½ jaar durende programma, de duur van de langdurige ambulante begeleidingen en het langdurig verblijf in supportieve deeltijd groepen bekort kan worden.

- De GGzE biedt mogelijkheden tot langdurige behandelingen. Dit is een voordeel t.o.v. vrijgevestigde aanbieders van zorg, die met afkalvende mogelijkheden tot langdurige zorg van doen hebben. Voor de groep van PPTgS cliënten die langdurige en/of complexe zorg nodig hebben zien we dan ook geen dreiging c.q. concurrentie van andere aanbieders. Ook de PAAZ psychiatrie gaat geen serieuze competitie voor onze doelgroep betekenen. De mogelijkheid tot integrale behandeling van comorbide verslavingsziekten zien we als een positief onderscheidingskenmerk, t.o.v. andere aanbieders van zorg. De doelgroep PPTgS cliënten voor de GGzE zal dus niet veranderen door concurrentie of door veranderingen in prevalentie en demografische ontwikkelingen. Dit houdt in dat deeltijd en klinische capaciteit intact moet blijven en ambulante productieafspraken aangepast moeten worden om wachtlijsten niet te ver op te laten lopen.
- Er is een toename van door PAAZ'ers verwezen PPTgS cliënten op de centraal specialistische zorg. Dit vergt nadere analyse.

De belangrijkste verschillen tussen gewenste en huidige situatie.

- Een PCP PPTgS ontbreekt. Monitoren van Treeknormen en wachtlijst beheer is onmogelijk.
- Diagnostische faciliteiten binnen de specialistische zorgeenheden (ASB, SPT, CSZ, Linehan) ontbreken en moeten indien wordt vastgehouden aan huidige structuur van decentraal voorhanden zijn van testdiagnostische faciliteiten begroot worden voor genoemde eenheden.
- Voor low-level BPS of PPTgS cliënt met crisogeen gedrag is een crisispreventie protocol nodig. Bedden t.b.v. het crisispreventieprotocol zijn onvoldoende gegarandeerd. Productie afspraken zijn te maken voor 2 á 3 bedden op jaarbasis. Beheer van crisispreventie protocollen conform desbetreffende notitie vanuit het programmacoördinatoren overleg.
- Vaardigheidstraining Emotionele Regulatie Stoornis als gewenste therapeutische activiteit is niet aanwezig. Om op ieder regionaal centrum en de poli FPC een trainingsgroep te starten is een pool van 12 á 14 trainers nodig, verdeelt over de diverse locaties. Opleiden van trainers kan in een 2 daagse 'Train de trainer cursus'. (streefdatum oktober 2004)
- Linehan. Het aantal DGT therapeuten en vaardigheidstherapeuten moet uitgebreid worden.
- Psychotherapie. Er zijn vacatures binnen de psychotherapeutische deeltijd (schema gerichte cognitieve groepsprogramma) en de deeltijd voor traumabehandeling (ASB) vervulling van die vacatures heeft hoge prioriteit.