

Zorgprogramma  
Persoonlijkheidspathologie  
en  
Traumagerelateerde stoornissen

## Vooraf

Het uitgangspunt van deze notitie is het in het voorjaar 1999 verschenen "Zorgprogramma Persoonlijkheidspathologie en Traumagerelateerde stoornissen" dat door het Circuit behandeling ontwikkeld is. Het behandelaanbod dat in dit programma beschreven wordt heeft m.n. betrekking op de behandeling en begeleiding van de cliënt. Het nader uitwerken van activiteiten t.b.v. dagbesteding, wonen, crisismangement en het sociale netwerk behoeft uitwerking.

Verder heeft een notitie over behandeling van persoonlijkheidsstoornissen van het Forensisch Circuit en de aanwezige protocollen m.b.t. behandeling van kinderen en jeugd met (seksuele) traumata in de voorgeschiedenis van het circuit Kinderen en Jeugd, als basis van ons denken gediend.

Met betrekking tot de problematiek bij ouderen hebben we ons laten informeren door het programmamanagement van Circuit Ouderen.

Dit programma is verder uitgewerkt in samenwerking met leden van de werkgroep Zorgprogramma Psychosen en A&A. Onderdelen van het programma hebben dan ook een gelijklopende tekst. Dit om de leesbaarheid en de samenhang te bevorderen. Het onderscheid blijft de invulling van de verschillende activiteiten.

Een tweede versie is tot stand gekomen vanuit een drie-daagse conferentie te Commanster in maart 2001 waar met medewerking van een groot aantal medewerkers uit verschillende circuits die zowel werkzaam zijn in de programmalijn als ook binnen diverse zorgeenheden gezocht werd naar een verdere uitwerking.

Naast een inhoudelijke aanvulling op de eerste versie heeft de bijdrage van de zorglijnwerkers de bestaande kloof tussen programmalijn en zorglijn aanzienlijk verkleind. Gedurende de drie dagen, die werden geïnvesteerd om tot een tweede versie van dit zorgprogramma te komen, bleek het mogelijk te zijn om de theorie te koppelen aan praktijk en werd bovendien het formuleren van een eenduidige doelgroep, visie op de zorgverlening, maar ook de op de hulpvraag afgestemde zorgactiviteiten succesvol tot een einde gebracht.

Deze voorlopig laatste versie is ontstaan na de zorgprogrammaconferentie te Kapellerput in augustus 2001. Op deze conferentie werd naast het verslag van Commanster ook het verslag van een werkgroep implementatie van het zorgprogramma persoonlijkheidspathologie en traumagerelateerde stoornissen van circuit behandeling besproken. Deze verslagen, met de aangebrachte wijzigingen, werden ingevoegd in onderstaande tekst.

## I. INLEIDING

### A. DOELGROEP

Het zorgprogramma is bedoeld voor cliënten met als hoofddiagnose een persoonlijkheidsstoornis en/of traumagerelateerde stoornis (stoornisgeoriënteerd uitgangspunt).

Daarnaast dient het zorgprogramma ook voor 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).

Soms is de persoonlijkheid nog weinig uitgerijpt of diagnostisch moeilijk in te schatten omwille van een manifest toestandsbeeld of onvoldoende informatie. Verder is co-morbiditeit in de vorm van bijvoorbeeld angst- en stemmingsstoornissen, impulsregulatieproblemen of middelen misbruik eerder regel dan uitzondering in deze groep. In de praktijk zal dan ook onderscheid tussen persoonlijkheidsstoornis, "neurotische stoornis" en symptoom-stoornis (alleen een as I aandoening in DSM-termen, zonder as II classificatie) soms moeilijk te maken zijn, met als gevolg onduidelijkheid in het vaststellen wat het primaire aangrijpingspunt van de behandeling/begeleiding moet zijn.

De volgende indicatoren kunnen een toewijzing aan het zorgprogramma rechtvaardigen:

Cliënten maken de relatie met de intaker/behandelaar snel tot de kern/crux van de behandeling en geven daarbij blijk van sterke overdrachtsvervormingen (ophemelen, verguizen, verleiden, dwangmatig controleren, wantrouwen, boycotten...)

Een eerdere symptomatische behandeling heeft niet tot voldoende effect geleid (snel recidief, steeds weer andere klachten...) en dit is niet afdoende te verklaren vanuit matchingsvariabelen (sexe, leeftijd van de behandelaar), biologische factoren of nieuwe c.q. persisterende negatieve life-events.

Verlatingsgevoeligheid en/of een hechtingsstoornis zijn belangrijke uitlokkende of onderhoudende factoren van de symptomatologie.

Er is sprake van zodanig verzwakte Ik-functies dat een langer durende, complexe therapeutische context noodzakelijk is om te komen tot voldoende zelfhandhaving. Er moet met andere woorden gewerkt worden aan:

- ontwikkeling van bestaansrecht en basisvertrouwen;
- versterking van het vermogen onderscheid te maken tussen fantasie en werkelijkheid en tussen zichzelf en de ander;
- versterking van de impulscontrole, angst- en frustratietolerantie (emotieregulatie);
- versterking van het vermogen om ambivalenties te verdragen;
- versterking van het vermogen om alleen te kunnen zijn;
- verbeteren van het vermogen betekenisvolle relaties aan te kunnen gaan;
- ontwikkelen van een coherent en realistisch zelfgevoel.

Na uitvoerige discussie is er gekozen voor een niet te brede omschrijving van de doelgroep. De doelgroep behelst vooral cliënten die gedurende hun behandeling behoefte zullen hebben aan multidisciplinaire of multimethodische behandelvormen.

Enkele afbakeningen ter verduidelijking:

Cliënten met persoonlijkheidsstoornissen waarbij een monomethodische psychotherapie volstaat en cliënten die lijden aan de gevolgen van een type 1 trauma, worden behandeld binnen het zorgprogramma protocollen en zorgarrangementen.

Cliënten die lijden aan de gevolgen van een type 2 trauma worden behandeld binnen het zorgprogramma persoonlijkheidspathologie en traumagerelateerde stoornissen omdat het bij deze cliënten niet te voorspellen is in hoeverre ze gedurende hun behandeling aanvullende behandelvormen nodig zullen hebben.

Vluchtelingen met traumagerelateerde problematiek (meestal type 2 trauma's) worden behandeld binnen het zorgprogramma persoonlijkheidspathologie en traumagerelateerde stoornissen op voorwaarde dat ze een verblijfsstatus gekregen hebben. Zonder verblijfsstatus is de toekomst van deze vluchtelingen te onzeker en verdient het aanbeveling deze cliënten in het entreeprogramma of in het zorgprogramma protocollen en zorgarrangementen onder te brengen.

Om de zorgtoewijzing aan zorgprogramma's te optimaliseren is een pragmatische indicatiestelling gewenst waarbij, naast de diagnose, ook de hulpvraag en de meest gewenste methodiek meegenomen wordt in de besluitvorming.

## B. RAMING VAN DE OMVANG VAN DE DOELGROEP

Bij het ontwikkelen van het programma "Persoonlijkheidspathologie en Traumagerelateerde stoornissen" heeft het Circuit Behandeling binnen haar circuit een inventarisatie gedaan ten behoeve van het aantal cliënten dat in aanmerking komt voor dit programma. Bij navraag bij de andere Circuits is er een grove schatting tot stand gekomen m.b.t. de grootte van dit programma. Ten aanzien van jeugdigen zijn alleen cliënten meegeteld waarbij een AS II diagnose gesteld is en die een hulpvraag hebben die betrekking heeft op meerdere levensgebieden en waarbij continuïteit van zorg vereist is.

Circuit Behandeling 400

Circuit C&LH 80

Circuit Ouderen 50

Circuit Kinderen en Jeugd 10

Forensisch Psychiatrisch Circuit:

    volwassenen 40

    jeugdigen 8

Totaal circa 600

Bovenstaande schatting is gebaseerd op de cliëntenpopulatie die momenteel in zorg is bij de GGzE.

Ongetwijfeld is er ook sprake van cliënten uit de doelgroep die momenteel niet door de GGzE bereikt worden. Onduidelijk is bij hoeveel van deze cliënten het wel wenselijk zou zijn dat ze in zorg zouden komen bij de GGzE.

## II. FILOSOFIE/VISIE

### II.A MISSIE:

Mensen met psychiatrische beperkingen 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.

### II B. UITGANGSPUNTEN

De werkrelatie met de cliënt staat centraal in de behandeling van mensen met een persoonlijkheidsstoornis. De interactionele aspecten zoals overdracht en tegenoverdracht, afstand en nabijheid, grenstelling in het contact bepaalt de handelwijze van de behandelaar/hulpverlener. Dit gegeven stelt bijzondere eisen aan de interactionele vaardigheden van de behandelaar. Gelet op de verschillen in de structuur van de persoonlijkheid en het daarmee samenhangende verschil in attitude waarmee de hulpverlener zich dient op te stellen, zijn er in de nota "persoonlijkheidspathologie en trauma gelegateerde stoornissen", d.d. maart 1999, voorstellen gedaan voor verschillende behandelarrangementen/methodieken. Het verschil in aanpak per subgroep wordt herkend in alle leeftijdscategorieën. Bij mensen met bovengenoemde problematiek lijkt het van wezenlijk belang om de activiteiten in het kader van het zorgprogramma toe te spitsen op jongeren, volwassenen en ouderen. De indeling in de vier subgroepen clusters geldt voor alle leeftijden.

Bij jongeren tot 18 jaar kan niet in formele zin gesproken worden over persoonlijkheidsstoornissen. Wel zijn er indicatoren voor een ontwikkeling in die richting. Wij zijn van mening dat jongeren onder de 18 jaar in principe niet in aanmerking komen voor het zorgprogramma. We achten het wel noodzakelijk dat er samenhang gebracht wordt tussen dit zorgprogramma en de overige zorgprogramma's.

Als voorbeeld kunnen jeugdige cliënten gelden omdat hierop een ander juridisch kader van toepassing is.

Gelet op ouderen met bovengenoemde problematiek kan het volgende gezegd worden: er zijn drie "presentatievormen" (afhankelijk van het moment en onder welke omstandigheden cliënten in beeld komen bij het Circuit Ouderen):

- mensen die al vroeg in de psychiatrie terecht gekomen zijn en daarin ouder zijn geworden (de primaire AS I problematiek is verweven geraakt met hun persoonlijkheid. Met andere woorden "mensen zijn hun symptoom");
- mensen die een complementaire relatie hebben gehad en dankzij die relatie niet in beeld zijn geweest binnen de psychiatrie. Pas na het overlijden van de partner komen ze in beeld. Dit zegt niets over het type persoonlijkheidsstoornis;
- mensen bij wie de persoonlijkheidsstoornis in beeld komt door een knik in de levenslijn. Zij komen over het algemeen laat in beeld.

Bij de cliënten van het Forensisch Psychiatrisch Circuit betreft het vooral mensen met een cluster A en B persoonlijkheidsstoornis, waarbij met name de Anti-sociale Persoonlijkheidsstoornis veel aandacht verdient.

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 onder andere wonen, crisismanagement, dagbesteding en sociale contacten.

De aangeboden activiteiten voor een bepaald probleem/hulpvraag dienen afhankelijk te zijn van de State of the art mogelijkheden voor de doelgroep. Het moet niet van toevallige (persoonlijke) omstandigheden afhangen wat voor zorg iemand krijgt.

### III. STRUCTUUR

#### III A. Beleid

Uitgaande van de geformuleerde missie en de uitgangspunten zou het beleid gericht moeten zijn op de ontwikkeling van minimaal de volgende Programmaonderdelen:

Programmaonderdeel:	Beoogd resultaat voor de cliënt:
Behandeling	Vermindering van symptomen en lijden
Crisisinterventie	Waarborg voor persoonlijke veiligheid
Resocialisatie / Rehabilitatie (training en scholing)	Verbetering van rolfunctioneren
Basale ondersteuning	Waarborg dat persoon in leven blijft
Casemanagement	Verkrijgen van die hulp die nodig en gewenst is

Bovengenoemde opsomming is een conceptueel schema. Duidelijk is dat individuele werkers dan wel zorgenheden activiteiten kunnen verrichten die te plaats zijn binnen de verschillende programmaonderdelen.

Het bovenstaande schema onderscheidt zich in conceptuele zin niet van het Zorgprogramma Psychosen en A&A. Het onderscheid ligt in het accent op en de invulling van de verschillende activiteiten waar met name de activiteit behandeling een andere invulling krijgt en met betrekking tot de activiteiten het bijzondere karakter van de werkrelatie met de cliënt bepalend is voor het hoe van de activiteit.

Kerntaken van alle circuits met betrekking tot deze groep zijn te herleiden tot bovengenoemde programmaonderdelen.

#### III B. PROCEDURES

Procedurebepaling is belangrijk om te komen tot de implementatie van het programma en de daadwerkelijke organisatie van de activiteiten.

In het ontwikkelen van procedures dient rekening gehouden te worden met wet en regelgeving. Vooral met betrekking tot cliënten uit het forensische circuit zal onderstaand traject daarom nog kritisch bekeken dienen te worden.

##### III B.1 Plaats van de client binnen de behandeling en binnen het zorgprogramma.

Vanuit de zorg op maat gedachte staat de client centraal.

De behandeling zal dan ook op vraag en in onderhandeling met de client vormgegeven dienen te worden.

Tijdens behandelplanbesprekingen, waarbij alle betrokken hulpverleners van de client aanwezig of vertegenwoordigd zijn, wordt bekeken in hoeverre bijstellingen in het behandelarrangement noodzakelijk zijn. Indien nodig worden die nadien voor zorgtoewijzing voorgelegd aan de

daarvoor gepaste overlegvormen; het teamoverleg, het regionaal of centraal zorgtoewijzingsoverleg (zie verder).

Er moet steeds een goede terugkoppeling naar de client plaatsvinden, open communicatie wordt bevorderd door de client aanwezig te laten zijn bij de behandelplanbespreking, zonder dat dit voor de client een verplichting is.

Vooraleer aanvullende zorg aangevraagd wordt, is het uiteraard nodig dat de client hiermee akkoord is (of bij gedwongen statuut hierover geïnformeerd is).

Voor de verdere uitwerking, evaluatie en bijsturing van het zorgprogramma is het verder gewenst dat er aandacht besteed wordt aan de cliëntenparticipatie.

Het verdient aanbeveling om tijdens de implementatiefase regelmatig af te stemmen met een cliëntenvertegenwoordiging. Verder dient er onderzocht te worden in hoeverre de huidige cliëntenraden per circuit dienen omgevormd te worden tot cliëntenraden per zorgprogramma.

### III.B.2 Clientenrouting

#### III.B.2.1 Uitgangspunten:

Voor de cliëntenrouting is van onderstaande principes uitgegaan:

- het moet een snelle indicatiestelling en zorgtoewijzing zijn. Dit betekent dat de client zo snel als mogelijk kan starten met zijn behandeling en dat we ernaar streven dat de client zijn verhaal tegen een zo beperkt aantal mensen als mogelijk dient te vertellen vooraleer zijn behandeling start.
- er moet zo veel mogelijk gebruik gemaakt worden van de deskundigheid die binnen de diverse teams of elders aanwezig is.
- het moet zorgtoewijzing op mensenmaat zijn en niet volgens een bureaucratisch principe.
- het moet zorgtoewijzing op maat zijn waardoor er flexibel omgegaan kan worden met specifieke hulpvragen.
- de zorgtoewijzing moet zorgvuldig gebeuren, zodat minder gepaste toewijzingen zoveel mogelijk vermeden worden.
- er moet opgevolgd kunnen worden welk soort zorg er toegewezen wordt zodat deze informatie gebruikt kan worden om het aanbod zo goed mogelijk op de vraag af te stemmen.

#### III.B.2.2 Indiciestelling voor het Zorgprogramma PPTgS

De indicatiestelling voor zorgprogramma's vindt in zijn algemeenheid, en dus ook voor dit zorgprogramma, dicht bij de voordeur plaats in het MDIO.

Het is belangrijk dat het traject voor de start in het zorgprogramma zo kort mogelijk is, daarom dienen gesprekken om te bepalen welk zorgaanbod voor de client gewenst is, binnen het zorgprogramma plaats te vinden met de coördinerende behandelaar (zie verder onder coördinatie van behandeling).

In het MDIO dient voldoende deskundigheid over de toewijzing aan de diverse zorgprogramma's aanwezig te zijn zodat de eerste keuze ook zoveel mogelijk de juiste is. Het is aangewezen MDIO's te vormen met een beperkt aantal leden en waarbij onafhankelijke zorgtoewijzing gewaarborgd is.

Om de indicatiestelling voor het zorgprogramma Persoonlijkheidspathologie en Trauma-gerelateerde Stoornissen zo optimaal mogelijk te laten verlopen is het mogelijk om diagnostisch of therapeutisch advies (zie verder bij diagnostiek en effectmeting) in te winnen. Dit kan aangevraagd worden vanuit het MDIO of vanuit andere zorgprogramma's als dit gewenst is (om te kijken of het zorgprogramma Persoonlijkheidspathologie en Trauma-gerelateerde Stoornissen meer geschikt is, of om een andere reden).

Indien cliënten behandeld worden in een ander zorgprogramma en het team van dat zorgprogramma is van mening dat behandeling in een ander zorgprogramma meer gepast is, worden deze cliënten opnieuw aangeboden aan het MDIO met de vraag een ander zorgprogramma te indiceren. Hierop volgt dan een gemotiveerde verwijzing naar een ander zorgprogramma.

Het regionaal zorgtoewijzingsoverleg van het zorgprogramma Persoonlijkheidspathologie en Trauma-gerelateerde Stoornissen (zie verder bij zorgtoewijzing) bekijkt de aangemelde cliënten en bekrachtigt in principe de indicatiestelling voor het zorgprogramma. Indien er discussie ontstaat over de zorgtoewijzing welke niet in onderling overleg beslecht kan worden, kan de casus voorgelegd worden aan een ZOFO (zorgprogramma-overstijgend-forum-overleg), opvolger van het huidige COFO, om de knoop door te hakken.

### III.B.2.3 Wachtlijsten

De ervaring leert dat wachtlijsten een gegeven zijn in hulpverlenersland en we dienen ons dus niet te buigen over de vraag hoe we wachtlijsten voorkomen, maar eerder over de vraag hoe we hiermee omgaan.

Aangezien cliënten van dit zorgprogramma dikwijls moeite hebben om zo'n wachttijd te overbruggen, is het belangrijk om de wachttijd zo kort mogelijk te houden en ervoor te zorgen dat de Treek-normen (maximum 12 tot 14 weken wachttijd) gerespekteerd worden.

Het zorgprogramma dient verder verantwoordelijk te zijn voor alle cliënten van het zorgprogramma, dus ook voor die cliënten die op de wachtlijst staan.

Deze verantwoordelijkheid opnemen heeft een uitnodigende houding naar cliënten toe, wat overeenstemt met de houding die we cliënten willen bieden om therapeutische verandering te bespoedigen.

Aangezien opvang tijdens een wachttijd nooit de eigenlijke behandeling kan vervangen, zal de opvang van wachtlijstcliënten gebeuren volgens de methodiek van relationship management en crisismanagement en zal het overbruggen van de wachttijd als enige doel hebben.

Hiervoor worden er binnen het zorgprogramma middelen (personeel en tijd) vrijgemaakt in de vorm van een telefonisch spreekuur tijdens de werkdagen waarbij er gekeken wordt of er meer zorg ingezet dient te worden om cliënt te helpen om de wachttijd te overbruggen. De hulpverleners die zich hierop toeleggen, dienen goede contacten te onderhouden met andere mogelijkheden van crisisopvang binnen (b.v. crisisdienst, PIT) of buiten (huisartsen) de GGzEe zodat er laagdrempelig crisis hulp geboden kan worden als cliënt dit nodig heeft. Het moet duidelijk zijn wie er verantwoordelijkheid draagt over de cliënten die op de wachtlijst staan.

In de praktijk verwachten we dat de meeste cliënten geen gebruik hoeven te maken van een overbruggend aanbod op voorwaarde dat de Treeknorm gerespekteerd wordt. We verwachten dat de uitnodigende houding integendeel crisisvoorkomend zou kunnen werken.

Bij het schriftelijk melden aan de client dat hij geïndiceerd is voor het zorgprogramma en dat hij voorlopig op een wachtlijst geplaatst wordt, zou melding gemaakt kunnen worden van het telefonisch spreekuur als hulpmiddel voor het opvangen van de duur van de wachttijd.

Binnen het zorgprogramma dient er steeds een goed overzicht bijgehouden te worden van het aantal mensen dat op de wachtlijst staat en het aantal mensen dat gebruik dient te maken van crisishulp gedurende de wachttijd.

Dit kan het management ondersteunen bij het aanvragen van meer personeel of het uitwerken van aanvullende opvang voor cliënten op de wachtlijst.

Bij cliënten die verwezen worden vanuit een ander zorgprogramma, en die ook niet onmiddellijk binnen het zorgprogramma een coördinerend behandelaar kunnen krijgen, kan met de behandelaar uit het vorige zorgprogramma overlegd worden op welke manier de wachttijd best overbrugd wordt en welke crisishulp eventueel gewenst is.

#### III.B.2.4 Diagnostiek en effectmeting

Om de indicatiestelling en de zorgtoewijzing te ondersteunen dient een centrum voor onderzoek, diagnostiek en effectmeting opgericht te worden dat ingeschakeld kan worden om vragen met betrekking tot diagnostiek en zorgtoewijzing te beantwoorden en dat het "klinisch oordeel" kan aanvullen en ondersteunen.

Om te vermijden dat er schotten ontstaan t.o.v. de andere zorgprogramma's moet dit centrum voor onderzoek, diagnostiek en effectmeting ook geraadpleegd kunnen worden voor cliënten die (nog) niet geïndiceerd zijn voor het zorgprogramma Persoonlijkheidspathologie en Trauma-gerelateerde Stoornissen.

Aangezien het waarschijnlijk is dat ook voor de andere zorgprogramma's een soortgelijk centrum nuttig en wenselijk is, kan de oprichting van een centrum dat werkzaamheden verricht voor de verschillende zorgprogramma's leiden tot een bundeling van krachten en tevens kostenbesparend werken.

Alhoewel er reeds vele ideeën leven over wat de diagnostiek zou moeten inhouden, lijkt het zinvol om de keuze van de diagnostische instrumenten te bepalen op het moment dat zo'n centrum voor onderzoek, diagnostiek en effectmeting daadwerkelijk opgericht wordt. De keuze zal immers in belangrijke mate bepaald worden door de reeds aanwezige en de nog te ontwikkelen deskundigheid van de medewerkers van dit centrum voor onderzoek, diagnostiek en effectmeting en de omvang die dit centrum zal krijgen.

Zoals de naam al aangeeft kan dit centrum voor onderzoek, diagnostiek en effectmeting ook een rol spelen bij het ontwikkelen en uitvoeren van effectmetingen en kan ook het mee opzetten en uitvoeren van onderzoek een taak worden van dit centrum. Dit centrum zou zo mee kunnen bijdragen aan het vormgeven van een kenniscentrum persoonlijkheidsstoornissen.

#### III.B.2.5 Zorgtoewijzing

Om de zorgtoewijzing binnen het zorgprogramma op (mensen)maat uit te kunnen voeren kan de zorgtoewijzing best op verschillende niveaus plaatsvinden. Een hoger niveau wordt slechts ingeschakeld bij specifieke behandelvormen, bij niet bereiken van consensus (keuze maken, i.c. knoop doorhakken) of als het lagere niveau onvoldoende kennis bezit om tot zorgtoewijzing te komen (advies vragen).

We kunnen verschillende niveau's onderscheiden. Afhankelijk van de grootte van het zorgprogramma en de grootte van de verschillende centra waarbinnen het zorgprogramma Persoonlijkheidspathologie en traumagerelateerde stoornissen uitgevoerd wordt, kan ervoor gekozen worden om bepaalde niveau's samen te voegen.

1. Client en coördinerend behandelaar
2. Teamoverleg
3. Regionaal Zorgtoewijzingsoverleg
4. Centraal Zorgtoewijzingsoverleg

Hieronder zullen we bespreken hoe de zorgtoewijzing er op de diverse niveau's kan uitzien. Afhankelijk van de grootte van het zorgprogramma en het stadium van het zorgprogramma (in het begin zullen alle bestaande cliënten na indicatie voor het zorgprogramma Persoonlijkheidspathologie en Trauma-gerelateerde Stoornissen in een zorgtoewijzingsoverleg moeten besproken worden, nadien vooral de nieuwe instromers) zal er ook bepaald moeten worden hoeveel regionale en centrale zorgtoewijzingsoverleggen er nodig zullen zijn. De eerste zorgtoewijzing binnen het zorgprogramma vindt steeds binnen het regionaal zorgtoewijzingsoverleg plaats.

#### III.B.2.5.1 Client en coördinerend behandelaar

Aan elke cliënt wordt een individuele hulpverlener toegewezen die de coördinatie van de behandeling voor zijn rekening neemt. Naast de coördinatie heeft deze hulpverlener meestal ook een belangrijke taak in de eigenlijke behandeling.

Deze hulpverlener zet samen met de cliënt de rode draad uit en doet bijstellingen. Hierbij dient hij natuurlijk rekening te houden met de aanwijzingen vanuit het zorgtoewijzingsoverleg en het teamoverleg en met de verantwoordelijkheden en grenzen van andere hulpverleners en modules die hij bij de behandeling wil inschakelen.

De verantwoordelijkheden van deze coördinerend behandelaar zijn verder enerzijds afhankelijk van diens beroepsstatus (SPV-er, psychotherapeut, psychiater,...), anderzijds ook van afspraken die deze coördinerend behandelaar maakt met de andere hulpverleners en met de andere modules die bijdragen aan de behandeling van zijn cliënt.

Bij cliënten die opgenomen zijn, een module of deeltijd volgen, ligt de verantwoordelijkheid voor de opname, de module, de deeltijd bij het team dat de opname, de deeltijd, de module vorm geeft.. Deze verantwoordelijkheid binnen een team kan vorm krijgen in de persoon van een regulator. De verdeling van de verantwoordelijkheden tussen deze regulator en de coördinerend behandelaar dienen duidelijk te zijn voor alle betrokkenen (hulpverleners en cliënt).

De coördinerende behandelaar zal tijdens een opname dus meestal in beeld blijven en doorbehandelen.

Het is belangrijk dat er op indicatie van deze standaarden kan afgeweken worden.

Om dit coördinerend behandelaarschap goed te kunnen uitoefenen is regelmatig contact met en over de cliënt noodzakelijk.

Bij opnames kan dit enige flexibiliteit vereisen, maar aangezien ernaar gestreefd wordt dat de opgenomen cliënt voor de gesprekken met zijn coördinerend behandelaar zoveel als mogelijk de

verplaatsing maakt naar de werkplek van die hulpverlener is dit wat de clientkontakten betreft meestal geen probleem.

Slechts bij cliënten die gedurende langere tijd geen vrijheden hebben kan het voor de coördinerend behandelaar moeilijk zijn om het intensieve contact wat soms nodig is in zo'n crisissituatie te onderhouden. Indien zo'n situatie zich voordoet, dient dit besproken te worden en dient beoordeeld te worden of het coördinerend behandelaarschap tijdelijk overgenomen wordt door een hulpverlener uit de kliniek of dat, indien de werkrelatie met de coördinerende behandelaar verstoord is, er een andere coördinerend behandelaar gezocht wordt via b.v. overdracht naar het team clinical casemanagement.

De caseload per hulpverlener dient rekening te houden met het noodzakelijke multidisciplinaire overleg en de benodigde reistijd.

In verband met continuïteit van zorg, afstemming en verantwoordelijkheden dient er aandacht besteed te worden aan een goede en heldere vervanging bij ziekte of vakantie.

Beslissingen over zorgtoewijzing en verdeling van verantwoordelijkheden worden zoveel als mogelijk in overleg en in consensus genomen. Indien er geen overeenstemming bereikt kan worden tussen de hulpverleners onderling kan het probleem voor advies voorgelegd worden aan een hoger niveau van zorgtoewijzing.

#### III.B.2.5.2 Teamoverleg

Binnen de teamoverleggen (zie ook onder teamsamenstelling en teamhygiëne) worden de aangemelde cliënten verdeeld volgens de raadgevingen van het regionaal zorgtoewijzingsoverleg (matching). Het teamoverleg heeft ook een bewakende en signalerende functie t.a.v. de draagkracht van hulpverleners t.o.v. de zwaarte van hun caseload.

De cliënten die in zorg zijn worden ook regelmatig (minimum in een frequentie van 2 keer per jaar) binnen het teamoverleg besproken wat kan leiden tot een voorstel tot wijziging van het zorgaanbod (cliëntenbespreking).

De informatie uit een zorgtoewijzings- of teamoverleg wordt door de coördinerende behandelaar teruggekoppeld naar een cliënt (b.v. tijdens behandelplanbespreking) en hij maakt hiervan ook aantekeningen binnen IRIS-G.

Voor een overzicht van het soort zorgtoewijzingen per overleg (regionaal zorgtoewijzingsoverleg, centraal zorgtoewijzingsoverleg, teamoverleg) zie bijlage 1.

Wijzigingen in zorgaanbod, die rechtstreeks met de aanbieder van dit aanvullend zorgaanbod kunnen geregeld worden, dienen niet voorgelegd te worden aan een zorgtoewijzingsoverleg om de behandeling van cliënten zo soepel mogelijk te laten verlopen.

Om overzicht te houden op de routing van cliënten is het wel noodzakelijk dat wijzigingen in de zorg of aanvullende zorg op een uniforme wijze geregistreerd worden. Dit vergemakkelijkt het opvolgen en bijsturen van het aanbod.

#### III.B.2.5.3 Regionaal Zorgtoewijzingsoverleg

In dit overleg bevinden zich vertegenwoordigers van de verschillende behandelmethodes (ambulant, deeltijd, klinisch) die binnen het zorgprogramma aangeboden worden.

Als een client geïndiceerd wordt voor het zorgprogramma Persoonlijkheidspathologie en Trauma-gerelateerde Stoornissen, vindt hier altijd een eerste bespreking plaats.

Na deze eerste bespreking in het regionale zorgtoewijzingsoverleg wordt gestart met de zorguitvoering.

Meestal zal de eerste zorgtoewijzing bestaan uit het beslissen welk type hulpverlener de coördinerend behandelaar van de client wordt (Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige, Psychotherapeut, Psychiater) en volgens welk subprogramma (zie nota Persoonlijkheidspathologie en traumagerelateerde stoornissen van maart 1999) iemand zal behandeld worden.

Het huidige TIP-overleg dient in dit regionaal zorgtoewijzingsoverleg geïntegreerd te worden. Ook wordt geëvalueerd of de eventueel bestaande behandelaar (bijkomst uit een ander zorgprogramma) geschikt en gepast is om de taak van coördinerend behandelaar binnen het zorgprogramma op zich te nemen. Voorwaarde hiervoor is wel dat deze hulpverlener ook binnen het zorgprogramma Persoonlijkheidspathologie en Trauma-gerelateerde Stoornissen werkzaam is, anders is deelname aan het teamoverleg en de intervisie, wat erg belangrijk gevonden wordt, niet mogelijk.

Bij complexe problematiek zal er soms ook voor gekozen worden om de behandeling door een duo te laten plaatsvinden.

#### III.B.2.5.4 Centraal Zorgtoewijzingsoverleg.

Voor de toewijzing van specifieke vormen van zorg binnen het zorgprogramma (b.v. clinical casemanagement, specialistische deeltijd, klinische vervolgbehandeling, opname op De Wende) is een centraal zorgtoewijzingsoverleg gewenst. Dit zorgtoewijzingsoverleg kan ingeschakeld worden voor specifieke vormen van zorg (clinical casemanagement) of als er twijfel bestaat over een rechtstreekse verwijzing (b.v. specialistische deeltijd, klinische vervolgbehandeling, opname op De Wende).

Zo nodig vindt er, vooraleer een client binnen een zorgtoewijzingsoverleg verder toegewezen wordt aan een bepaalde behandelmethodiek of activiteit, aanvullende diagnostiek en/of intakegesprekken plaats (zie onder diagnostiek en effectmeting).

Indien er in de loop van de behandeling, na bespreking in het teamoverleg, behoefte bestaat aan het advies van het regionale of centrale zorgtoewijzingsoverleg, kan de client door de behandelaar ingebracht worden en wordt er bekeken in hoeverre er nieuwe of andere zorg dient toegewezen te worden.

Door hulpverleners van buiten het zorgprogramma deel te laten nemen aan dit centraal zorgtoewijzingsoverleg kan de onafhankelijke toetsing van zorgtoewijzing aan langdurig zorgafhankelijken gewaarborgd worden. Een optie zou kunnen zijn om clienten van het zorgprogramma om de drie jaar te bespreken binnen dit centraal zorgtoewijzingsoverleg.

### III C. ACTIVITEITEN

Bij deze componenten is het van belang dat de activiteiten in meerdere vormen (ambulant, deeltijd of klinisch) kunnen worden aangeboden en dat dat bovendien geïntegreerd of modulair kan. Bij het leveren van een bepaalde activiteit dient daar steeds bij worden stilgestaan.

Component	Behandeling + creëren van stabiliteit
Beoogd resultaat voor cliënt	Verdwijnen / verminderen symptomen en lijden
Beschrijving	Reduceren van symptomen en lijden

- bewegingstherapie
- cognitieve gedragstherapie
- consultatie / (specialistische) diagnostiek / Preventie
- delictpreventie
- dialectische gedragstherapie (Linehan)
- farmacotherapie
- netwerkinterventies
- non-verbale therapie
- protocollaire as 1 behandeling
- psycho-educatie
- psychomotore therapie
- psychotherapeutische interventies
- psychotherapie in engere zin
- sociotherapie
- sociaal psychiatrische - interventies
- systeemtherapie
- vaardigheidstraining
- verpleegkundige begeleiding

p.s.

Deze activiteiten kunnen modulair maar in sommige settings alleen als geïntegreerde vorm verkregen worden.

Voor uitgebreide documentatie en uitwerking van de verschillende onderdelen van deze activiteit verwijzen we naar het "Zorgprogramma Persoonlijkheidspathologie en Traumagerelateerde stoornissen" van het Circuit Behandeling.

Component	Crisisinterventie
Beoogd resultaat voor cliënt	Bewerkstelligen van persoonlijke veiligheid
Beschrijving	Beheersen en oplossen van kritieke of gevaarlijke problemen

- bed op recept
- bereikbaarheidsdienst
- bieden van een beschermende omgeving (separatie)
- crisis-assessment
- crisis management

- intensieve outreachende zorg
- netwerk interventies
- noodplan controle/aanpassing
- psychiatrische intensieve thuiszorg

Component	Resocialisatie / Rehabilitatie
Beoogd resultaat voor cliënt	Verbeteren van rolfunctioneren, doelvaardigheid
Beschrijving:	Het ontwikkelen van vaardigheden en hulpbronnen voor cliënten in relatie tot hun zelfgekozen doelen

- activiteitenbemiddeling
- arbeidsbemiddeling
- begeleid leren
- doelen stellen
- doelvaardigheid bepalen
- functionele diagnostiek ten aanzien van vaardigheden
- het helpen bij kiezen, verkrijgen en behouden van rollen
- hulpbronnen diagnostiek
- individuele hulpbronnen ontwikkeling
- plannen activiteiten
- (sociale) vaardigheidstraining
- trajectbegeleiding

Component	Basale ondersteuning
Beoogd resultaat voor cliënt	Waarborg dat de persoon in leven blijft
Beschrijving:	Leveren van menskracht, plaatsen en middelen die een cliënt nodig heeft om te overleven, bijvoorbeeld onderdak, maaltijd, lichamelijke zorg (Asyl)

- asiel functie
- inloopvoorziening
- leveren van bed, bad en brood.
- ondersteunen van ADL-functies
- RIBW-woonvoorziening
- verpleegkundige thuiszorg

Component	Casemanagement
Beoogd resultaat voor cliënt	Toegang tot hulpverleningsvormen is verkregen
Beschrijving:	Functie die hulpverleningsvormen (die hij wil en nodig heeft) voor de cliënt toegankelijk maakt.

- aanbieden van een passende omgeving
- actieplan opstellen en verslagleggen

- band scheppen met de cliënt
- brug slaan met hulpverleners / hulpverleningsvormen
- connecting en linking:
- verbeteringen van hulpdiensten signaleren en verbeteren op macro/doelgroepniveau
- verhogen van besef van behoeften, waarden, keuzen en interesses.
- verhogen van omgevingsbewustzijn / -besef

### III D. VERSLAGLEGGING

Verslaglegging vindt binnen de GGzE plaats in het momenteel gebruikte IRIS-G systeem. Bij de ontwikkeling van het systeem is het programmamanagement betrokken geweest. Het is van essentiële belang voor de communicatie en daarmee voor de kwaliteit van zorg, dat er een uitstekend informatiesysteem is. Daarnaast is het van belang dat er eenduidigheid bestaat over de wijze van gebruiken van het systeem.

## IV OMGEVINGEN

### IV. A. NETWERK VAN VOORZIENINGEN

Voor definiëring van begrippen verwijzen we naar het Zorgprogramma Psychosen en Autisme en Aanverwante stoornissen (Hoofdstuk 5).

Voor de zorg voor zowel ouderen al jeugdige cliënten is het van buitengewoon groot belang dat er veel geïnvesteerd wordt in de andere partners in zorg zoals familie, school, jeugdhulpverlening, verzorgingstehuizen, huisartsen, buurtwerk etc. Zonder deze partners zal de zorg ernstig tekort schieten.

Het spreekt voor zich dat de partners voor de afzonderlijke leeftijdsgroepen voor een groot deel andere partners zijn en dat er specifieke kennis en deskundigheid nodig is t.b.v. de noodzakelijke zorg voor de cliënt en de specifieke situatie van de partner in zorg.

### IV. B. ORGANISATIE CULTUUR

In de discussie en voorlopige conclusie is dat het programma in de kern is te plakken op de doelgroep en dat het ook geldt voor bijvoorbeeld de forensische patiënt. De grote verschillen treden op op het niveau van de verschillende procedures en de vereiste verslaglegging.

Binnen dit programma pleiten we voor een organisatiecultuur waarbij de organisatievorm de inhoud volgt (en niet andersom).

Managers/leidinggevenden moeten hierbij worden "afgerekend" op het bewaken van het belang van het totale programma en niet op het goed draaien van de eigen toko.

Beleidsbeslissingen zullen geënt moeten zijn op wat volgens de huidige "state of the art" bekend is over deze doelgroep.

Oneigenlijk gebruik van professionele autonomie moet naar onze mening geminimaliseerd worden.

IV B. Enkele voorstellen t.a.v. de te ontwikkelen cohesie binnen het zorgprogramma en binnen de teams die binnen het zorgprogramma zullen werken:

#### IV B.1. Algemeen

Het zorgprogramma zal samengesteld zijn uit verschillende multidisciplinaire teams van hulpverleners die affiniteit hebben om met deze doelgroep te werken.

Er komen teams binnen Regionale Centra en teams die werkzaam zijn binnen b.v. Specialistische Psychotherapie, Centraal Specialistische Zorg. Het aantal teams zal afhangen van de grootte van het zorgprogramma.

Naast cohesie binnen het zorgprogramma is ook cohesie binnen de afzonderlijke teams noodzakelijk.

Dit maakt verbindingen tussen deze teams noodzakelijk en vraagt ook dat de afzonderlijke teams niet te groot zijn.

Voor elk afzonderlijk team is een teamgrootte van 6 tot 10 personen aangewezen om de noodzakelijke veiligheid, holding en opvang bij ziekte en vakantie te waarborgen. Verder is er nood aan medewerkers die specifieke taken in het zorgprogramma uitvoeren (b.v. functie binnen MDIO; zorgtoewijzingsoverleg; centrum voor onderzoek, diagnostiek en effectmeting) en is het belangrijk ook de mogelijkheid te hebben om externe deskundigen over zowel onderwerpen specifiek voor het zorgprogramma als over meer algemene onderwerpen (b.v. juridisch adviseur, afdeling preventie...), laagdrempelig te kunnen raadplegen. De specialisatie en het overleg dat het werken in zorgprogramma's met zich meebrengt, betekent dat er bij het indelen van medewerkers in zorgprogramma's kritisch gekeken dient te worden of iemand in staat is om in verschillende zorgprogramma's te werken. Naast deskundigheidsaspecten spelen hierbij ook organisatorische aspecten een rol. Ook bij het organiseren van de overlegmomenten en bij sollicitatiegesprekken dient hiermee rekening gehouden te worden.

#### IV B.2. Intervisie en casuïstiekbespreking

Terwijl een zorgtoewijzingsoverleg mogelijk voor verschillende teams binnen het zorgprogramma zorgtoewijzing doet, is het zinvol om de casuïstiekbespreking en de intervisie per team in het teamoverleg te organiseren.

Terwijl een casuïstiekbespreking een clientgebonden bespreking is waar matching, cliëntenbesprekingen en voorstellen voor wijziging van de behandeling (laagdrempelige zorgtoewijzing) besproken kunnen worden is de intervisie een plaats waar ook thema's of aspecten kunnen besproken worden waar de hulpverlener in de interactie met de client tegenaan loopt.

De coördinerende behandelaar neemt de voorgestelde afspraken mee in het overleg met zijn client en rapporteert hierover in IRIS-G.

De inhoud van de intervisie heeft een minder gestructureerd karakter.

Om de cohesie binnen het team en het leerproces van de individuele hulpverlener te bevorderen en te waarborgen is het bijwonen van casuïstiekbespreking en intervisie een vanzelfsprekende aangelegenheid. Dit dient dan ook een zeer hoge prioriteit te hebben bij de individuele hulpverlener en binnen het team.

Intervisie in gemengde groepen (hulpverleners uit diverse teams) is een mogelijke optie voor de toekomst. Om de teamcohesie te bevorderen is het raadzaam hier niet mee te starten.

Om de intervisie te begeleiden is het inschakelen van een externe deskundige met kennis van psychodynamische en/of systeemelementen een optie die verder onderzocht zou kunnen worden.

Deze externe deskundige zou eventueel ook iemand kunnen zijn die hulpverlener is binnen een ander team van het zorgprogramma. Dit zou de samenhang binnen het zorgprogramma kunnen bevorderen. Ook een rouleren van deze externe begeleiders zou hiertoe bij kunnen dragen.

Voor de casuïstiekbespreking wordt een wekelijkse frequentie geadviseerd, voor de intervisie een maandelijks frequentie met telkens een duur van 1.5 uur.

Binnen het zorgprogramma dient er ook ruimte vrijgemaakt te worden om elkaar te kunnen opvangen bij calamiteiten. Dit is nu reeds geregeld op sommige klinisch afdelingen. Mogelijk kan deze werkwijze ook binnen de ambulante teams ingevoerd worden.

Het kiezen voor werken binnen een zorgprogramma en dit zowel centraal als regionaal vorm geven betekent een grotere overhead (verhouding overhead - f.t.f.kontakten 50/50?).

Indien er geen extra middelen ingezet worden om dit mogelijk te maken, is het opzetten van een GGzE-breed zorgprogramma persoonlijkheidspathologie en traumagerelateerde stoornissen een onmogelijke opdracht.

Dit inzetten van extra middelen zal wel kwaliteitswinst voor cliënten en een grotere tevredenheid bij hulpverleners die werken met deze doelgroep opleveren.

#### IV B.3. Deskundigheidsbevordering

Werken binnen een zorgprogramma betekent aandacht besteden aan deskundigheidsbevordering zodat hulpverleners een gezamenlijke visie ontwikkelen en er aandacht is voor het onderzoeken en implementeren van nieuwe behandelvormen of aanpassen van bestaande behandelvormen.

De deskundigheidsbevordering binnen het zorgprogramma kan best opgevolgd en aangestuurd worden vanuit een permanente denk- en werkgroep die samengesteld is uit vertegenwoordigers van de diverse teams.

Deskundigheidsbevordering is nodig per team, voor algemene onderwerpen is teamoverstijgende deskundigheidsbevordering nodig. Voor de teamoverstijgende deskundigheidsbevordering wordt in de startfase gedacht aan bijeenkomsten om de twee maanden.

#### IV B.4. Inhoudelijk- en organisatorisch overleg

Om te zorgen voor efficiënte informatieverstrekking wordt er voorgesteld om van start te gaan met een nieuwsbrief, welke nuttige informatie zou kunnen bevatten over ontwikkelingen binnen het zorgprogramma. Deze nieuwsbrief bestaat dan enerzijds uit informatie over het volledige zorgprogramma, anderzijds ook over nuttige informatie over de afzonderlijke teams.

Deze nieuwsbrieven worden zinvoller geacht dan veel bijkomend overleg.

Eenmaal per jaar is een ontmoetingsdag voor alle medewerkers van het zorgprogramma wel gewenst (zorgprogrammaday).