

Workshop ‘Actieplatform Herstel voor Iedereen’

Beter Samen, Voorjaarscongres Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

Maastricht, vrijdag 1 april 2016

De 12 instellingen die zich in het Actieplatform hebben verbonden zullen allen, soms in combinatie, in juni-september van dit jaar een actieplan presenteren dat gericht is op uitvoering geven aan het programma ‘Over de brug’. Dit programma is erop gericht de huidige groep mensen gerekend tot de categorie ‘Ernstige Psychiatrische Aandoeningen (EPA) die gemiddeld 7 jaar in zorg is met een derde te verminderen, door vernieuwing van de huidige praktijken. Op de totale bevolking omvat deze groep ongeveer 280.000 mensen. Beperken we deze groep tot volwassenen (18-65) dan zijn 160.000 mensen met EPA het onderwerp van de beoogde zorgvernieuwing en van de doelstelling 1/3 vermindering ten opzichte van het heden. Te bereiken in een tijdsspanne van 5 jaar.

Waard te vermelden is dat de actieplannen onder andere zullen worden beschouwd, becommentarieerd, kortom zullen worden gemonitord door een groep patiënt – en familievertegenwoordigers die hiertoe 29 maart is geïnstalleerd.

Deze interactieve workshop is erop gericht aan de ca. 55 deelnemers ideeën, suggesties of andere input te ontlokken om de actieplannen te helpen verrijken en te helpen aanscherpen en die tevens op de website ‘Herstel voor Iedereen’, geplaatst zullen worden.

De uitermate levendige en geïnspireerde workshop onder leiding van Elsbeth de Ruijter en Kees Lemke leverde de volgende antwoorden op de vraag: **Wat helpt nu echt?**

Aangaande de vernieuwing van de praktijkinhoudelijke arbeid

- Als grondhouding/ leidend principe: Herstel van begin af aan centraal stellen in plaats van de diagnose. Daarbij ook aandacht schenken aan eventueel middelengebruik en somatiek/ leefstijl. Ga samen met de cliënt/patiënt op weg en kijk onderweg wat nodig is en handel dienovereenkomstig en laat ‘symptomen’ als aanleiding voor handelen los.
- Herdiagnostiek: In het besef dat veel van het handelen nu is gebaseerd op bevindingen uit het verleden is het wenselijk alle dossiers van patiënten die al lang in zorg zijn nog eens te herbezien, te beginnen met de toenmalige diagnose. Zo kan een herdiagnose onder veel meer tot minder medicatie aanleiding geven.
- Het eerste contact is van onschatbaar belang voor het vervolg. Missers daarbij kunnen lang doorzielen en zelfs tot onnodige chroniciteit leiden. Er kan ook ‘ambulante hospitalisatie’ ontstaan en ook daarom is herdiagnostiek en verhoogde waakzaamheid geboden. Altijd hierbij het levensverhaal in kaart brengen, niet meteen ‘psychopathologiseren’, de omgeving betrekken en aandacht geven aan de context van de klacht (sociaal-economische en relationele factoren).
- Elke organisatie zou inzake de Factteams de gegevens uit de certificering van de CCAF kunnen doorlichten op de scores inzake de herstelitems. Recent onderzoek van Kroon en Van Vugt laat zien dat scores inzake aanwezigheid ervaringswerkers, psychologen, samenwerking

naastbetrokkenen, samenwerking in de wijk en beschikbaarheid IPS lager scoren dan de andere criteria waarop het Factwerk wordt beoordeeld. Misschien een goed idee dat elke organisatie zijn eigen Factcertificering doorlicht.

- Aandacht geven aan de rol van de huisarts en dienaangaande de samenwerking/terugkoppeling vanuit de GGZ vice versa de huisarts.
- In het buitenland worden klinische en psycho-sociale recovery niet gescheiden. In Nederland wel: streven om deze scheiding op te heffen, is geboden.
- Werk maken van het versterken van netwerken rond patiënt door gebruik te maken van een triadische aanpak /betrokkenheid familie en andere naasten. Dit is ook goed voor preventieve acties. Als logische consequentie: meer systeemgericht werken.

Speciaal werk maken van:

- Vroeginterventies bij psychoses: hoe vroegtijdiger de interventie hoe meer jonge mensen van een carrière inde GGZ gevrijwaard kunnen worden.
- Herdiagnostiek laat zien dat in het begin veel gemist wordt: behalve mensen met een verstandelijke beperking worden bij mensen ook autisme/ autistische aspecten en trauma's gemist.
- Herdiagnostiek: ondersignalering van middelenmisbruik en verslaving komt met name bij EPA patiënten met psychotische verschijnselen (90%) veel voor.
- Cijfers inzake traumabehandeling: de schatting is dat bij circa 50-80% van de hulpvragers in de categorie EPA een trauma ten grondslag licht waarbij nu moet worden vastgesteld dat slechts 2 % van deze categorie daadwerkelijk een traumabehandeling krijgt.
- Vroegtijdig in de behandeling het IQ, bepalen . Circa 40% van de ambulante EPA patiënten hebben vermoedelijk een IQ van onder de 85 en dat is een onvoldoende onderkend gegeven. Bij klinische patiënten loopt dit percentage nog veel hoger op. Deze groep maakt een onevenredig groot deel uit van de patiënten die met dwang en drang van doen krijgen.
- Ervaringswerkers kunnen een waardevolle bijdrage aan de HOZ leveren, mits zij in de werkcultuur erkenning en ruimte krijgen hun kennis en perspectief daar bij in te brengen.
- Individueel Plaatsings Systeem (IPS). Wereldwijd is dit de meest succesvolle methode om mensen uit kwetsbare groepen aan betaald werk te helpen met een slaagscore van boven de 50%. Echter maar 9% van diegenen die er voor in aanmerking zouden kunnen komen krijgt IPS aangeboden en slechts 2% maakt er dan maar gebruik van. De eerder bepleite samenwerking met gemeenten, verzekeraars en uiteraard UWV zou tot een betere benutting van dit instrument kunnen leiden en dat geldt ook inzake trajectbegeleiding van

mensen richting meer maatschappelijke participatie. Immers ook een stap in de richting van Herstel voor Iedereen.

Aangaande de randvoorwaarden om de slaagkans van de doelstelling te verhogen:

- Het is goed het verleden te onderzoeken en met name het antwoord op de vraag : Waarom zijn de zeer verwante ideeën en bepleite vernieuwende werkwijzen uit de jaren '70-80 niet blijvend aangeslagen?
- Het is goed en functioneel je als individueel behandelaar, maar ook als team of organisatie dagelijks de vraag te stellen: Wat kan beter?
- Het is zaak de invoeringstijd van te implementeren vernieuwingen te versnellen en er daarom een permanent aandachtspunt van te maken van begin af aan. Nu duurt invoering van een bekljvende vernieuwing soms 10 jaar! Deze ' implementation gap' leidt nog onvoldoende tot een benodigd gevoel van urgentie.
- Als we vernieuwen dan dient de hele instelling, de behandelcontext , de hele omgeving mee te vernieuwen. Een vernieuwing in isolement houdt geen stand, dreigt weer ten onder te gaan. Daarom is de herstelagenda van het management in deze van belang.
- De hele organisatie zou doordeesemd moeten zijn van herstelgericht denken en handelen. Daartoe dient binnen alle geledingen en echelons een toegesneden training Herstel Ondersteunende Zorg (HOZ) geboden te worden.
- In navolging van de aanpak van oncologen moeten we ook als GGZ-netwerken onderling aan elkaar verbinden op zoek naar de best werkzame praktijken en de uitkomsten van ieders handelen om daarmee de praktijkvariatie te verminderen.
- Het is raadzaam antwoord te zoeken op de vraag: Hoe kunnen visitaties worden benut om de kwaliteit te verhogen?
- Implementatie van vernieuwingen altijd zo in te richten dat er op- en afschaalmogelijkheden flexibel zijn aan te spreken en te benutten. Noodzakelijk omdat uitkomsten van veranderingen soms onvoorspelbaar zijn.
- Het is van belang zich te buigen over de vraag: Hoe herstelbelemmerende vormen te elimineren, zodra ze geïdentificeerd zijn?
- Aandacht voor verschillen tussen teams die mede veroorzaakt kunnen zijn onder invloed van financiële keuzes.
- Aansluiting zoeken bij kennisbronnen als het Trimbos en Phrenos en structureel zoeken naar wetenschappelijke bevindingen en succesvolle praktijken van elders in binnen- en

buitenland. Aansluiten op hiervoor geëquipeerde netwerken.

- Meer samenwerking zoeken met ketenpartners en kennis nemen en gebruik maken van de steeds meer diverse vormen van dagbesteding. Daar is samenhangend beleid wenselijk waarbij rekening moet worden gehouden dat de hulpvrager eveneens gedesorganiseerd kan zijn en zijn eigen individuele persoonlijke samenhang nodig heeft.
- Peer review is een noodzakelijke voorwaarde voor een kwaliteitsbehoud en –verhoging. Daarom is het zaak dit standaard over de hele linie te implementeren.

Nico de Louw, 3 april 2016

met dank aan Kees Lemke