

Zorgprogramma's

BGGZ & SGGZ 2020-2021



Second Opinion Centrum Nederland B.V. / PsyM
CANADIAN GRENADIER 16 | WWW.PSY-M.NL

VERSIE 2.0
1-6-2020

Inhoudsopgave

Inleiding	4
Hoofdstuk 1 – Algemeen Zorgprogramma	5
1.1 Doel van het behandelprotocol voor elke stoornis	5
1.2 Voor wie	5
1.3 Doelgroep	5
1.4 Achtergrond	5
1.5 Onze visie	5
1.6 Onze missie	5
1.7 Behandelteam	6
Hoofdstuk 2 – Behandelp proces	7
2.1 Stoornissen volgens de DSM-V die behandeld worden binnen PsyM:	7
2.2 Behandelfasen	7
2.2.1 Fase 1: Aanmelding en intake	7
2.2.2 Fase 2: Diagnosestelling	8
2.2.3 Multidisciplinair overleg (MDO)	8
2.2.4 Diagnostisch consult	9
2.2.5 Fase 3: Behandelplan	10
2.2.6 1 ^e Brief huisarts	10
2.2.7 Fase 4: Behandeling	11
2.2.8 2 ^e Brief huisarts	11
2.2.9 Fase 5: Beëindiging van de behandeling	11
2.2.10 3 ^e Brief huisarts	11
Hoofdstuk 3 Zorgpaden Generalistische Basis GGZ (Deel- A)	12
3.1 GBGGZ Kort (BK)	12
3.2 GBGGZ Middel (BM)	12
3.3 GBGGZ Intensief (BI)	13
3.4 GBGGZ Chronisch (BC)	13
3.5 Componenten van de zorgproducten	13
3.6 Toelichting Zorgpaden GBGGZ	13
3.6 Zorgpaden GBGGZ	14
Hoofdstuk 4 – Zorgpaden Specialistische GGZ (Deel- B)	15
4.1 Behandelp proces Gespecialiseerde GGZ	15
4.2 Schema Generieke Zorgpaden Gespecialiseerde GGZ	17
4.3 Zorgpaden SGGZ	18
4.4 Doorverwijsmodel PsyM	20
4.5 Kwaliteitsstatuut	21
4.6 Resultaatmeting	21
Hoofdstuk 5 – Behandelp- en therapievormen	22
5.1 Protocollaire behandeling	22

5.2 Cognitieve gedragstherapie	22
5.3 Systeem therapie	22
5.4 EMDR	23
5.5 Imaginaire exposure	23
5.6 Steunende en structurerende behandeling	24
5.7 Farmacotherapie	24
5.8 Ontspanningsoefeningen	24
5.9 Groepstherapie	24
5.10 E-Health	24
5.11 Crisisinterventie	25
5.12 Andere behandelmethoden	25
5.13 Doelmatigheid en effectiviteit	26
5.14 De soms lastige keus voor behandeling binnen GBGGZ of SGGZ	26
Hoofdstuk 6 – Angststoornissen	27
6.1 Inleiding	27
6.2 Hulpvraag angststoornissen	27
6.3 Behandelingen angststoornissen	27
6.4 Zorgpaden angststoornissen GBGGZ en SGGZ	27
Hoofdstuk 7 – Depressieve-stemmingsstoornissen	28
7.1 Inleiding	28
7.2 Hulpvraag depressieve-stemmingsstoornissen	28
7.3 Behandelingen depressieve-stemmingsstoornissen	28
7.4 Zorgpaden depressieve-stemmingsstoornissen GBGGZ en SGGZ	28
Hoofdstuk 8 – Obsessief-compulsieve en verwante stoornissen	29
8.1 Inleiding	29
8.2 Hulpvraag obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen	29
8.3 Behandelingen obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen	29
8.4 Zorgpaden obsessief-compulsieve en verwante stoornissen SGGZ	29
Hoofdstuk 9 – Trauma- en stressorgerelateerde stoornissen	30
9.1 Inleiding	30
9.2 Hulpvraag trauma- en stressorgerelateerde stoornissen	30
9.3 Behandelingen trauma- en stressor gerelateerde stoornissen	30
9.4 Zorgpaden trauma- en stressorgerelateerde stoornissen GBGGZ en SGGZ	30
Hoofdstuk 10 – Somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen	31
10.1 Inleiding	31
10.2 Hulpvraag somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen	31
10.3 Behandelingen somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen	32
10.4 Zorgpaden somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen GBGGZ en SGGZ.	32
Hoofdstuk 11 – Schizofreniespectrum en andere psychotische stoornissen	33
11.1 Inleiding	33

11.2 Waar gaat deze richtlijn over?	33
11.3 Voor wie is deze richtlijn bedoeld?	34
11.4 Voor cliënten	34
11.5 Behandelingen Schizofreniespectrum en andere psychotische stoornissen	34
11.6 Zorgpaden Schizofreniespectrum en andere psychotische stoornissen SGGZ	34
11.7 Meer informatie over Schizofrenie	35
Hoofdstuk 12 – Bipolaire stemmingsstoornissen	36
12.1 Inleiding	36
12.2 Kenmerken Bipolaire stemmingsstoornissen	36
12.3 Manisch depressief	36
12.4 Bipolaire stoornis type 1 en type 2	36
12.6 Symptomen bipolaire stoornis	37
12.7 Behandeling Bipolaire stemmingsstoornissen	37
12.8 Zorgpaden Bipolaire stemmingsstoornissen SGGZ	37
12.9 Meer informatie over de Bipolaire stoornis	38
Hoofdstuk 13 – Persoonlijkheidsstoornissen	39
13.1 Inleiding	39
13.2 Hulpvraag persoonlijkheidsstoornissen	39
13.3 Behandelingen persoonlijkheidsstoornissen	39
13.4 Zorgpaden Persoonlijkheidsstoornissen SGGZ	39
Slotwoord	40

Inleiding

Voor u ligt het zorgprogramma GBGGZ en SGGZ van PsyM (Second Opinion Centrum Nederland) 2020-2021. Bij het opzetten van ons zorgprogramma voor 2020-2021 hebben wij veel aandacht besteed aan onze ervaringen vanuit de voorgaande jaren. De meest noemenswaardige ervaring die wij hebben opgedaan is dat het werken op basis van een multidisciplinaire aanpak een van de beste methoden is om samen met de cliënt aan zijn/haar herstel te gaan werken. Sinds een aantal jaren zijn wij als een multiculturele- en multidisciplinaire GGZ-instelling actief binnen de Twentse regio en krijgen we steeds meer bekendheid onder de diverse bevolkingsgroepen. Communicatie in de eigen taal en cultuur en behandelingen op basis van multidisciplinaire aanpak heeft een positief effect gehad op de behandeling van elke cliënt.

Wij hebben ons zorgprogramma dat gericht is op de herstelperspectieven van iedere cliënt opnieuw onder de loep genomen. Onze instelling heeft als filosofie dat het zorgprogramma de cliënt tot een proactieve zelfwerkzame opstelling dient te motiveren, waarbij deze leert om zijn/haar eigen levensperspectieven en mogelijkheden in te gaan zien en van daaruit actief kan gaan werken aan zijn/haar herstel. Het feit dat een cliënt de moeite neemt om zich tot onze instelling te wenden is voor ons aanleiding om samen met betrokkene stil te staan bij zijn/haar hulpvraag om vervolgens samen concrete behandeldoelen te formuleren, welke erop gericht zijn dat de cliënt zicht krijgt op de weg waarlangs aan het eigen herstel kan worden gewerkt. Van belang hierbij is dat onze zorgmedewerkers er in multidisciplinair teamverband alles aan doen om zo adequaat mogelijk met de cliënten te communiceren over hun problemen en klachten en daarbij ook oog en oor hebben voor die culturele zaken en factoren welke in positieve of belemmerende zin invloed hebben op het functioneren van iedere cliënt.

In tegenstelling tot onze eerdere programma beschrijving hebben wij ons programma nu gesplitst in een deel A (Generalistische Basis GGZ) en een deel B (Specialistische GGZ).

Namens de directie van PsyM wil ik iedere collega, die voor het opstellen van dit zorgprogramma een onmisbare bijdrage heeft geleverd, hartelijk bedanken.

Dhr. S. Karasoylu
Alg. Directeur PsyM (Second Opinion Centrum Nederland)

Hengelo, 1-6-2020

Hoofdstuk 1 – Algemeen Zorgprogramma

1.1 Doel van het behandelprotocol voor elke stoornis

Het protocol beschrijft de wijze van de behandeling van de stoornis met als doel het opheffen c.q. verminderen van de klachten en het verbeteren van de kwaliteit van het leven.

1.2 Voor wie

Het protocol is geschreven voor alle behandelaren werkzaam binnen de GGZ-instelling PsyM met als doel de cliënt een zo passend mogelijk hulpaanbod te kunnen bieden.

1.3 Doelgroep

Het zorgprogramma richt zich op volwassen patiënten, boven de 18 jaar, met klachten van psychische, psychosociale of psychosomatische aard, die behandeld worden in de eerste lijn en tweede lijn.

1.4 Achtergrond

PsyM biedt op basis van transculturele deskundigheid onderzoek, behandeling, expertise en consultatie bij psychische en/of psychiatrische problemen. Een belangrijke pijler voor een succesvolle aanpak is het goed onderzoeken hoe en binnen welke context de problematiek is ontstaan, hoe deze zich manifesteert en wat dit voor gevolgen heeft voor de cliënt. De volgende zaken zijn hierbij van belang:

- Ieder mens heeft zijn/haar eigen manier van omgaan met sociale en maatschappelijke problemen;
- De oorzaken van mentale stoornissen verschillen per individu;
- Ieder persoon heeft zijn eigen grenzen in wat hij/zij aan kan qua mentaal incasseringvermogen;
- Elk individu kent momenten, waarop de omstandigheden zijn/haar mentale draagkracht ernstig uit balans brengen;
- Langdurige onverklaarbare lichamelijke klachten leiden vaak tot mentale klachten;
- Psychische klachten als angstgevoelens, somberheid, uitzichtloosheid zijn een bron voor ernstige mentale klachten.

Naast bovengenoemde aspecten heeft PsyM de ervaring dat culturele tegenstellingen, integratieproblemen, communicatiestoornissen, eenzaamheids- en machteloosheidsgevoelens belangrijke oorzaken vormen voor sociale en psychische stoornissen. De therapieën worden gegeven in de voorkeurstaal van de cliënt. De talen die beschikbaar zijn binnen PsyM zijn Nederlands, Turks, Koerdisch, Arabisch, Aramees, Duits, Frans, Spaans en Engels.

1.5 Onze visie

Een verstoring of disbalans binnen de context van ons dagelijkse leven draagt niet alleen bij aan verstoring van onze mentale gesteldheid, maar brengt het risico met zich mee dat er een disbalans optreedt in ons psychische functioneren en een geneigdheid om er psychisch het bijltje bij neer te gooien (lees 'passieve weerstand'), waardoor ons dagelijkse sociale en maatschappelijke functioneren een passief en instabiel karakter gaat krijgen. Het actief werken aan het opheffen van de 'passieve weerstand' en het werken aan het stimuleren van de actieve herstelmogelijkheden van iedere cliënt is dan ook het leidmotief bij de behandeling van al onze cliënten. Een geactiveerde geest zorgt voor een actief lichaam en een actief lichaam zorgt wederom voor een positieve geest. Behandelen, activering en herstel zijn wat dit betreft onze drie pijlers voor een succesvolle behandeling.

1.6 Onze missie

Op basis van onze eigen overtuiging en ervaring en het als collega's hierbij van elkaar leren leveren wij een bijdrage aan het herstel van iedere cliënt, waarbij wij voortdurend alert zijn op de individuele omstandigheden, situaties en klachten van onze cliënten en waarbij wij zijn/haar herstelkansen/-mogelijkheden in kaart brengen om vervolgens kansrijke behandelvormen/-technieken toe te passen,

zodat er met vereende krachten wordt gewerkt aan het herstel van onze cliënten en er zo positief mogelijke behandelresultaten worden bereikt.

1.7 Behandelteam

Het behandelteam bestaat uit een Psycholoog, toegepast Psycholoog, GZ-Psycholoog en Psychiater. De behandelaars van PsyM bieden zoveel mogelijk zorg op maat. Zij werken als een sterk samenwerkend team en verwijzen zo nodig naar elkaar door. De lijnen zijn kort. De hulpverleners werken vanuit verschillende invalshoeken en hebben expertise op uiteenlopende gebieden. Alle behandelaren hebben de benodigde ervaring. De Regiebehandelaren zijn geregistreerd in het BIG-register (Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg). De houding van de behandelaren is deskundig, persoonlijk, doortastend en flexibel. In het therapeutisch contact wordt er veel waarde gehecht aan wederzijds respect, vertrouwen en veiligheid, transparantie van de handelingen, voorspelbaarheid en authenticiteit van de therapeut, passie voor het werk en compassie met cliënten. Bovendien staan de culturele waarden en principes van elk individu centraal in ons werk. Daarbij acht PsyM het van groot belang dat iedere behandeling plaatsvindt binnen een prettige en sfeervolle omgeving.

Behandelaar	Taken en verantwoordelijkheden
Psychiater	<ul style="list-style-type: none"> - Psychiatrisch onderzoek - Diagnosestelling - Behandelvoorstellen - Supervisie en bewaking van het behandelproces - Farmacotherapie - (Coördinerend) behandelen/crisisinterventie - Dossiercontroles - Clientrapportages - Evaluatie behandeling - Eindverantwoordelijk voor de diagnostiek, indicatiestelling/zorgtoewijzing binnen de SGGZ
GZ-Psycholoog	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnosestelling - Behandelvoorstellen - Supervisie en bewaking van het behandelproces (Coördinerend) behandelen/crisisinterventie - Supervisie en ondersteuning psychologisch en diagnostisch onderzoek - Dossiercontroles - Clientrapportages - Evaluatie behandeling - Eindverantwoordelijk voor de diagnostiek en vaststelling zorgzwaarteproducten binnen de GBGGZ
Basispsycholoog	<ul style="list-style-type: none"> - Intake afnemen - Voorlopige diagnose stellen - Opstellen behandelplan - Uitvoeren diagnostisch/psychologisch onderzoek - ROM-metingen - Protocollaire behandeling - Cognitieve gedragstherapie - Steunende en structurerende behandeling - Overige behandelvormen/-methoden - Psycho-educatie - Evaluatieverslag

Tabel 1 – Behandelteam

Hoofdstuk 2 – Behandelproces

In dit hoofdstuk wordt de procedure beschreven van de diagnosestelling en zorgtoewijzing wat voor elke stoornis geldt. De behandelprocedure binnen PsyM bestaat uit 5 fasen.

Verder wordt in dit hoofdstuk de zorgpaden voor zowel de Generalistische Basis GGZ (BGGZ) als de Specialistische GGZ (GGZ) van PsyM weergegeven.

2.1 Stoornissen volgens de DSM-V die behandeld worden binnen PsyM:

- Angststoornissen
- Depressieve Stemmingsstoornissen
- Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen
- Trauma- en stress gerelateerde stoornissen
- Somatische symptoomstoornis en verwante stoornissen
- Schizofreniespectrum e.a. psychotische stoornissen
- Bipolaire stemmingsstoornissen
- Persoonlijkheidsstoornissen

2.2 Behandelfasen

2.2.1 Fase 1: Aanmelding en intake

Wanneer een cliënt wordt doorverwezen naar PsyM wordt er een afspraak gemaakt voor een intakegesprek. Bij dit eerste live contact bespreekt de Psycholoog de klachten waar de cliënt last van ondervindt, klachten waarvoor hij/zij behandeld wil worden en de behandelmogelijkheden in het algemeen. Het belangrijkste doel van een anamnese/intake is om zo exact mogelijke gegevens te verkrijgen over de aard, het verloop, de ernst, de eventuele chroniciteit van de klachten en over de gevolgen daarvan voor het dagelijks leven. Daarnaast worden de klachten in een groter verband geplaatst aan de hand van de ziektegeschiedenis en de psychosociale factoren welke van invloed waren/zijn op het functioneren van de cliënt. Indien nodig en mogelijk wordt niet alleen de cliënt bevroegd, maar (eventueel) ook iemand uit zijn/haar nabije omgeving, zoals partner, kind, ouder of individuele begeleider. Hiervoor wordt de toestemming van de cliënt gevraagd. Tijdens de intake wordt in goede afstemming met de cliënt ook de digitale vragenlijst van het ROM-portaal door de Psycholoog ingevuld. Indien de cliënt reeds eerder in behandeling is geweest, zal een machtigingsformulier getekend worden door de cliënt om historische medische informatie op te vragen van eerdere behandelaren. Het intakegesprek duurt één tot anderhalf uur. Soms zijn er meerdere gesprekken en eventueel vervolgonderzoek nodig. Op basis van een gesprek en zo nodig verdere diagnostiek stelt de hulpverlener een voorlopige diagnose. Andere aandoeningen dienen uitgesloten te worden.

Rapporteren: Na beëindiging van het gesprek met de cliënt maakt degene die de intake heeft uitgevoerd een verslag van het intakegesprek en over zijn/haar bevindingen welke hij/zij vastlegt in het intakeformulier. De gegevens die verkregen zijn worden verwerkt in het EPD-systeem.

Aanvullend daarop komen tijdens het intakegesprek en de volgende punten aan de orde:

- Controleren en beoordelen van de gegevens uit de verwijfsbrief;
- Nagaan of er sprake is van een verwijzing naar de Generalistische Basis GGZ of Specialistische GGZ;
- Controle assurantiegegevens van de cliënt;
- Inventariseren van klachten en beperkingen, zowel lichamelijk als psychisch;
- Inventariseren van cultuur gerelateerde problemen/tegenstellingen;
- Inventariseren van sociale en welzijn gerelateerde informatie/problemen;
- Inventariseren van het leefpatroon van de cliënt;
- Kindcheck en beoordelen Suïciderisico;
- Inventariseren van de verwachtingen van de cliënt ten aanzien van de behandeling;
- Doorlopen van het meetinstrument Outcome Questionnaire 45.2 (ROM-portaal);

Direct aansluitend op het intakegesprek verricht de psycholoog de volgende werkzaamheden:

- Stellen van de (voorlopige) diagnose en het opstellen van een voorlopig mentaal herstel- en activeringsprogramma.

- Als er naar het oordeel van de psycholoog sprake is van problematiek welke past binnen de Generalistische GGZ, geven van een oordeel over een passend zorgproduct, namelijk Kort (4 á 5 gesprekken), Middel (8 gesprekken), Intensief (ongeveer 12 gesprekken) en Chronisch (ongeveer 12 gesprekken).

2.2.2 Fase 2: Diagnosestelling

De Zorgverzekeringswet (Zvw) beschrijft onder andere dat geneeskundige zorg is gericht op het herstel van klachten bij een ziekte, aandoening of stoornis of op het voorkomen van verergering daarvan. De Zvw geeft verder aan op welke medisch noodzakelijke zorg iemand wel of geen recht heeft. Zorgverzekeraars werken deze voorwaarden vervolgens uit in hun verzekeringspolis van de basiszorgverzekering.

Tot het pakket van de Zvw behoort ook de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz). De omvang van deze zorg is wettelijk beperkt.

Zo wordt de behandeling van psychische klachten bij een GZ-Psycholoog of Psychotherapeut alleen nog vergoed als er sprake is van een DSM-diagnose. Hoewel aanpassingsstoornissen wel in de DSM beschreven staan, is uitdrukkelijk geregeld dat behandeling hiervan geen onderdeel meer uitmaakt van de geneeskundige ggz. Ook psychische klachten die ontstaan naar aanleiding van problemen op het werk (burn-out) of in de relatie vallen niet meer onder de Zvw.

DSM is de afkorting voor 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders' (Diagnostisch en Statistisch Handboek van Mentale Stoornissen). In dit boek is een grote variëteit aan psychische klachten omschreven en gegroepeerd (classificatie) in categorieën (stoornissen).

Deze opdeling is te beschouwen als een manier om cognitief grip te krijgen op de complexe realiteit en moet vooral niet verward worden met die realiteit zelf. Met andere woorden: een classificatie beschrijft alleen de kenmerken van de klachten en hoe deze zich uiten en niet wie men is als persoon. Nog anders gezegd: iemand *heeft* de stoornis, maar *is niet* de stoornis.

De oorzaken van een stoornis kunnen verschillend zijn. Ook is er veel verschil in klachten, de ernst van de problemen, de mate van risico op gevaar voor zichzelf of anderen, de complexiteit van de problemen en het beloop van de klachten.

Het stellen van een diagnose

Het stellen van een diagnose vraagt om kennis, kunde en zorgvuldigheid. Om die reden mag alleen een gekwalificeerd en bevoegd behandelaar de diagnose stellen, zoals een BIG-geregistreerd GZ-psycholoog, Psychiater of Psychotherapeut. Op basis van hun kwaliteiten, vaardigheden en ervaring overwegen zij zorgvuldig wat er met een persoon aan de hand is. Daarbij wordt o.m. rekening gehouden met wie deze persoon is in relatie tot zijn/haar omgeving, maar wordt ook beoordeeld wanneer zich problemen zijn gaan voordoen in zijn/haar functioneren, of er sprake is van een of meer oorzakelijke factoren, van welke concrete klachten hij/zij hinder ondervindt, of er bij betrokkene wel/geen sprake is van lichamelijke ziekten welke mogelijk hebben geleid tot psychische klachten, of en in hoeverre de klachten leiden tot problemen in de omgang met anderen, of het functioneren van betrokkene risico's met zich meebrengt ten opzichte van de persoon zelf of van zijn/haar omgeving, of de klachten chronisch zijn, wat de ernst van de klachten is, etc. Op grond van de gestelde diagnose, worden één of meer behandeldoelen afgesproken en wordt er een behandelpun gemaakt. Naarmate de klachten langer bestaan en de ernst, complexiteit en het risico toenemen, is een meer gespecialiseerde behandeling nodig.

Voordeel en nadeel

Als men zich al langere tijd afvraagt wat er met een persoon welke hinder ondervindt van allerlei psychische klachten aan de hand is, kan een diagnose duidelijkheid geven. De klachten en symptomen worden daarbij in een kader geplaatst van waaruit een behandeling kan worden ingezet. Een mogelijk nadeel kan zijn dat door onbegrip en onkunde de complexiteit van de problematiek wordt versimpeld tot een eenvoudig beeld over de persoon in kwestie en de diagnose. Daarmee wordt dan geen recht gedaan aan wie de persoon is.

2.2.3 Multidisciplinair overleg (MDO)

In het reguliere multidisciplinair overleg (MDO) tussen de Regiebehandelaren (GZ-Psycholoog en Psychiater) en de behandelaars komt de informatie welke tijdens het intakegesprek in kaart is gebracht per cliënt op tafel, inclusief de voorlopige diagnose welke degene die de intake heeft gedaan

heeft menen te kunnen stellen. Het MDO is in feite een overleg waarin het Diagnostisch consult van een van de Regiebehandelaar wordt voorbereid en/of ter voorbereiding van het direct daaropvolgende farmacologische consult met de Psychiater. De Regiebehandelaren stellen daarop informatieve vragen aan de behandelaar welke de intake heeft uitgevoerd om zo een beter beeld te krijgen van de cliënt en van de items welke tijdens het Diagnosegesprek aan de orde dienen te komen. Het MDO-overleg vindt wekelijks structureel plaats. Het overleg wordt voorgezeten door de Psychiater en/of GZ-Psycholoog en de Psychologen wordt daarbij gevraagd om de cliënten waarmee zij een intakegesprek hebben gehad in het overleg in te brengen. Tijdens het reguliere MDO worden overigens ook regelmatig cliënten besproken welke al onder behandeling zijn en bij wie er bijzondere zaken spelen waarbij het advies van de Regiebehandelaren en/of van collega behandelaren nodig is. Ook de tussentijdse en eindevaluaties van behandelingen komen tijdens het MDO aan bod. Daarnaast hebben de Regiebehandelaren onderling ook regelmatig een vaak ongepland bilateraal MDO-overleg over cliënten. Dit overleg vindt of vis-a-vis plaats, of telefonisch of per e-mail. Zaken die daarbij bijvoorbeeld worden besproken zijn de bij een cliënt te stellen diagnose(s), de vraag of een plaatsing van een cliënt binnen de SGGZ wel/niet geïndiceerd is, het wat te doen en hoe te handelen in bepaalde crisissituaties van cliënten, de medicatie van cliënten, etc. Desgewenst wordt bij dit bilaterale overleg ook de behandelaar betrokken of wordt deze n.a.v. het bilaterale overleg door een van de Regiebehandelaren geïnformeerd ten behoeve van zijn/haar verdere behandeling van de cliënt.

2.2.4 Diagnostisch consult

Na het intakegesprek en het MDO vindt er een Diagnostisch consult plaats met de GZ-psycholoog en zo nodig Psychiater. Het diagnostisch consult betreft een gestructureerd klinisch interview met de cliënt, waarbij de beschikbare dossierinformatie, de informatie uit het MDO en de gegevens uit het intakegesprek de basis vormen om een goed diagnostisch gesprek met de cliënt te kunnen voeren. In dit gesprek gaat de GZ-Psycholoog de intake nogmaals langs en vraagt deze informatie uit waar nodig. De voorlopig gestelde diagnose neemt de GZ-Psycholoog mee in zijn overweging, waarna hij tot een (voorlopige) DSM V diagnose komt. Soms is er een aanvullend PO-onderzoek nodig, aanvullende informatie van eerdere behandelingen of een extra consult van de GZ-Psycholoog om de diagnose te kunnen stellen. Het doel van dit consult is om te komen tot een definitieve DSM V diagnose en het geven van een helder advies over het behandelplan, waarmee er gericht kan worden gewerkt aan de reductie van de klachten van cliënt en aan het voor zover realistisch en haalbaar te werken aan het realiseren van de behandel doelstellingen. Indien tijdens deze fase blijkt dat er toch geen sprake is van een DSM V stoornis, wordt de behandeling stopgezet en de cliënt terugverwezen naar de huisarts. Die kan hem/haar desgewenst weer doorverwijzen naar andere hulpverleners.

Bij de diagnosestelling door de GZ-Psycholoog en zo nodig Psychiater zijn de volgende aspecten van belang:

- Vaststellen of er op basis van de symptomen bepaalde Psychiatrische stoornissen dienen te worden gesteld.
- Vaststellen van de ernst, complexiteit en chroniciteit van de stoornis(sen).
- Vaststellen of er sprake is van psychiatrische problematiek welke thuishoort in de Generalistische Basis GGZ of Specialistische GGZ.
- Zorgtoewijzing: Indien er naar het oordeel van de GZ-Psycholoog sprake is van SGGZ-problematiek legt deze diens oordeel ter verdere beoordeling en besluitvorming voor aan de Psychiater waarna deze hierover een definitieve beslissing neemt.
- Zorgtoewijzing: Indien er sprake is van psychiatrische problematiek welke thuishoort binnen de Generalistische Basis GGZ stelt de GZ-Psycholoog vast of het problematiek betreft passend binnen de zorgproducten Kort (4 á 5 gesprekken), Middel (8 gesprekken), Intensief (ongeveer 12 gesprekken) en Chronisch (ongeveer 12 gesprekken).
- Bepalen welke behandelvormen binnen de GBGGZ of SGGZ (zie Hoofdstuk 5) goed aansluiten op de problematiek en de hulpvraag van cliënt.
- Het vaststellen van een volgorde van de behandelingen welke aan cliënt zullen worden aangeboden.
- Het aanbod dient te bestaan uit een pakket van activiteiten en behandelingen welke alles bevatten wat voor de cliënt nodig is. De vraag vanuit welke lijn of instelling de zorg geleverd wordt, staat daarbij niet voorop.

- De diagnosestelling dient vraaggericht, objectief, onafhankelijk en geïntegreerd plaats te vinden.
- Indien de verwijsbrief niet goed aansluit op de gestelde diagnose, geven van een opdracht aan de behandelaar om aan de verwijzer (vrijwel altijd huisarts) om een juiste verwijsbrief te verzoeken

2.2.5 Fase 3: Behandelplan

De uitkomsten uit voorgaande fasen zijn nodig voor de samenstelling van een maatwerk individueel behandelplan. Na het kiezen van een behandelingsoptie binnen de Generalistische Basis GGZ of Specialistische GGZ (anders dan consultatie of verwijzing) en na de voorlopige toewijzing aan een behandelaar of behandelteam stelt de hulpverlener op advies van een of beide Regiebehandelaren een met de cliënt te bespreken voorlopig behandelplan op. Tijdens het behandeladviesgesprek wordt de cliënt vervolgens zo goed mogelijk geïnformeerd over de gestelde diagnose en over de daarbij passende behandelvormen/-methoden. Een belangrijk aspect is namelijk dat een cliënt pas kan instemmen met een behandelplan, als hij voldoende over de stoornis(sen) of ziekte is geïnformeerd, hij/zij de stoornis(sen) ook onderkent, en als hij/zij goed geïnformeerd is over de behandelvormen/-methoden welke daarbij passen. Bij de definitieve invulling van het behandelplan vindt overleg en onderhandeling plaats tussen cliënt en behandelaar over een specifiek pakket van zorg (denk hierbij aan 'volgens PsyM passende behandelmethoden/-vormen') dat zo goed mogelijk aansluit op de mogelijkheden en wensen van de cliënt enerzijds en de opvattingen over goed hulpverlenerschap anderzijds. Is cliënt het met bepaalde onderdelen van het behandelplan niet eens, of wenst hij/zij bijvoorbeeld een andere behandelaar, dan vindt er indien nodig een extra overleg plaats met de Regiebehandelaar welke het behandeladvies heeft gegeven. In behandelplan worden de behandeldoelen geëxpliciteerd, wordt mits nodig aangegeven van welke modules en activiteiten in welke volgorde gebruik gemaakt zal worden en wordt de duur en gespreksfrequentie vastgelegd. Op het moment dat cliënt en de behandelaar instemmen met het behandelplan kunnen we spreken van een behandelingsovereenkomst. Nadat het behandeladviesgesprek heeft plaatsgevonden vindt de definitieve verslaglegging hiervan plaats. Hierin wordt beschreven of de cliënt akkoord/niet akkoord gaat met het voorgestelde behandelplan. Gaat deze akkoord dan vindt er een ondertekening van het behandelplan plaats door de cliënt, waarbij deze een afschrift krijgt. Het ondertekende document wordt tevens digitaal opgeslagen.

2.2.6 1^e Brief huisarts

Aansluitend op de definitieve behandelovereenkomst wordt er door de behandelaar een conceptbrief aan de huisarts opgesteld welke vervolgens wordt beoordeeld en definitief gemaakt door een van de Regiebehandelaren. In deze brief worden zaken vermeld als de beschrijvende diagnose, de gestelde DSM V diagnose en informatie over de voorgenomen behandeling. De huisarts is daarmee vanaf het begin van de behandelgesprekken op de hoogte van de diagnose en behandeling en krijgt ook tussentijds en na afloop brieven over het verloop van behandeltraject. Ook deze brieven worden door een van de Regiebehandelaren beoordeeld en geaccordeerd.

Bijstelling en bewaking van het behandelplan

Gedurende het behandeltraject wordt het beloop van de klachten gevolgd door afname van vragenlijsten. Afhankelijk van het beloop van de problematiek kan vervolgens worden besloten over te gaan op ander behandelvormen welke eventueel nog niet in de behandelovereenkomst staan, kan er worden besloten tot meer intensieve zorg of om het contact met de cliënt af te bouwen. Wordt er besloten tot een tussentijdse structurele wijziging in het behandelplan dan wordt de behandelovereenkomst aangepast en opnieuw ter ondertekening aan de cliënt voorgelegd. Tijdens de behandelingen kunnen er op advies van de Regiebehandelaren in goed overleg met de cliënt eventuele aanvullende onderzoeken worden uitgevoerd ten aanzien van bijvoorbeeld een eerder uitgestelde diagnose op het vlak van persoonlijkheidsstoornissen. Het resultaat van dergelijke onderzoeken kan ook leiden tot het eventueel bijstellen van het behandelplan.

Indien de Psycholoog tijdens de behandelfase constateert dat de cliënt niet langer binnen de Generalistische Basis GGZ of de Specialistische GGZ geholpen kan worden en de Regiebehandelaar is het daarmee eens, dan wordt hij/zij terugverwezen naar de huisarts. Die kan de cliënt desnoods weer doorverwijzen naar een andere behandelinstelling.

2.2.7 Fase 4: Behandeling

In deze fase wordt er door behandelaar uitvoering gegeven aan de feitelijke behandeling zoals vastgelegd in het definitieve behandelplan en/of in het tussentijds bijgestelde behandelplan. Tussentijds vinden er om de 10 gesprekken door de behandelaar evaluaties over het verloop van de behandelingen plaats. De verslaglegging daarvan vindt plaats in het EPD-dossier van de cliënt zodat de Regiebehandelaren de behandelvoortgang kunnen beoordelen.

2.2.8 2^e Brief huisarts

Door de behandelaar wordt er een conceptbrief aan de huisarts opgesteld welke vervolgens wordt beoordeeld en definitief gemaakt door een van de Regiebehandelaren. In deze brief worden zaken vermeld als de beschrijvende diagnose, de gestelde DSM V diagnose en informatie over het behandelverloop en over de behandelvoortgang.

2.2.9 Fase 5: Beëindiging van de behandeling

Als het behandeltraject beëindigd wordt, worden een aantal stappen doorlopen. Tijdens dit contact tussen behandelaar en cliënt laat de behandelaar de volgende punten aan de orde komen:

- Evaluatie behandeltraject;
- De behandelresultaten;
- Feedback van cliënt op behandelaar/behandeling;
- Vervolgstappen ter preventie.

De Regiebehandelaar (GZ Psycholoog of Psychiater) wordt van het voorgaande op de hoogte gebracht, opdat deze de behandelevaluatie en dossiercontrole kan uitvoeren en/of desgewenst nog een extra consult met de cliënt kan inlassen om tot een aanvullend behandeladvies te komen (bijvoorbeeld m.b.t. de farmacotherapie, behandeling bij een andere instelling e.d.).

Na de controle op juistheid en volledigheid van het dossier door de Regiebehandelaar wordt het dossier administratief gesloten en (digitaal) gearhiveerd. Het elektronische cliëntendossier wordt afgesloten en hierbij wordt de eind GAF-score en de reden van sluiting geregistreerd.

2.2.10 3^e Brief huisarts

Een concept afsluitbrief aan de huisarts wordt opgesteld door de behandelaar welke ter beoordeling, eventuele wijziging en accordering aan de Regiebehandelaar wordt voorgelegd. In deze brief wordt een terugkoppeling gegeven over de behandeling van de cliënt. In de terugkoppeling aan de huisarts wordt ook advies gegeven over eventuele vervolghandelmogelijkheden bij een andere zorgaanbieder.

Hoofdstuk 3 Zorgpaden Generalistische Basis GGZ (Deel- A)

Binnen de generalistische basis GGZ (GBGGZ) zijn er vier integrale prestaties van toepassing, namelijk kort (4 à 5 gesprekken), middel (8 gesprekken), intensief (ongeveer 12 gesprekken) en chronisch (ongeveer 12 gesprekken).

Voor wat betreft de diagnostiek en de indicatiestelling/zorgtoewijzing binnen de GBGGZ is de Regiebehandelaar/GZ-Psycholoog eindverantwoordelijk. Is er in bepaalde gevallen sprake van cliëntproblematiek (denk hierbij bijvoorbeeld aan crisissituaties, een farmacotherapie advies e.d.) waarbij de Psychiater dient te worden geconsulteerd, dan is daar binnen PsyM ruimte voor.

Zie tabel 2. Binnen de prestatie worden verschillende behandelcomponenten aangeboden die passen bij de individuele zorgvraagzwaarte van de individuele cliënt en waarbij sprake kan zijn van gezamenlijke zorgverlening door behandelaren. De NZa stelt de inhoud van de prestatie niet op detailniveau vast. Het is aan de zorgaanbieders (in samenspraak met verzekeraars) om binnen de kaders van de prestatieomschrijving een passend zorgaanbod te organiseren voor de cliënt. Voorwaarde is dat dit uiteraard dient te gebeuren binnen de door de NZa vastgestelde tariefruimte.

Op basis van vijf objectieve criteria (DSM-stoornis, ernst problematiek, risico, complexiteit, beloop klachten) kan worden bekeken welk product het beste past bij de zorgvraag van de cliënt om de cliënt adequaat te behandelen. Wanneer tijdens het behandeltraject blijkt dat de cliënt op basis van (een verandering in) de zorgvraagzwaarte een andere prestatie nodig heeft dan bij de start van het behandeltraject verwacht werd, wordt het product hierop aangepast.

Prestatie	Omschrijving	Maximum Tarief	Gemiddelde behandeltime
Basis GGZ Kort (BK)	Lichte DSM-stoornissen	€ 503,47	300 min.
Basis GGZ Middel (BM)	Matige DSM-stoornissen	€ 853,38	500 min.
Basis GGZ Intensief (BI)	Ernstige DSM-stoornissen	€ 1.383,65	750 min.
Basis GGZ Chronisch (BC)	Chronische stabiele stoornissen	€ 1.330,98	750 min.

Tabel 2 – Overzicht van de Maximum NZa tarieven

3.1 GBGGZ Kort (BK)

Het cliëntprofiel dat hoort bij deze prestatie is dat er sprake is van een DSM-stoornis en dat de gemiddelde zorgvraagzwaarte problematiek van lichte ernst betreft. Er is sprake van een laag risico. Daarnaast is er sprake van relatief weinig kernsymptomen waarbij dit wel voldoende is om een DSM-diagnose te stellen. De impact van de klachten op het dagelijks functioneren is beperkt en de cliënt ervaart een zekere belemmering in het dagelijks functioneren. Er is sprake van een enkelvoudig beeld tot lage complexiteit. Er zijn aanhoudende/persisterende klachten. Eerdere interventies hebben onvoldoende effect bewerkstelligd. Er zijn ondanks de aanwezigheid van klachten/symptomen geen aanwijzingen die duiden op gevaar voor ernstige zelfverwaarlozing of verwaarlozing van naasten, decompensatie, suïcide, geweld of automutilatie. Er is weliswaar sprake van comorbiditeit of problematiek ten aanzien van persoonlijkheid, verstandelijke beperking, somatische factoren of psychosociale en omgevingsproblemen, maar deze interfereert niet met de behandeling van de hoofddiagnose.

3.2 GBGGZ Middel (BM)

Het cliëntprofiel dat hoort bij deze prestatie is dat er sprake is van een DSM-stoornis en dat de gemiddelde zorgzwaarte problematiek van matige ernst betreft. Er is sprake van een laag tot matig risico. Daarnaast is er sprake van een enkelvoudig beeld tot lage complexiteit. De duur van de klachten beantwoordt aan de criteria uit de DSM-richtlijn voor het betreffende ziektebeeld. De kernsymptomen behorend bij het ziektebeeld zijn aanwezig en er is sprake van waarneembare

beperkingen in het dagelijks functioneren. Ondanks de aanwezigheid van klachten/symptomen zijn er geen aanwijzingen die duiden op gevaar voor ernstige zelfverwaarlozing of verwaarlozing van naasten, decompensatie, suïcide, geweld of automutilatie. Is er wel sprake van een latent gevarenrisico dan staan daar beschermende factoren tegenover zoals: adequate coping, werk of structurele daginvulling en een steunsysteem waarop men dagelijks kan terugvallen voor toezicht, zorg, praktische en emotionele steun. Er is sprake van comorbiditeit of problematiek ten aanzien van persoonlijkheid, verstandelijke beperking, somatische factoren of psychosociale en omgevingsproblemen, maar deze interfereert niet met de behandeling van de hoofddiagnose.

3.3 GBGGZ Intensief (BI)

Het cliëntprofiel dat hoort bij deze prestatie is dat er sprake is van een DSM-stoornis en dat de gemiddelde zorgvraagzwaarte ernstige problematiek betreft. Er is sprake van een hoog risico. Daarnaast is er sprake van een enkelvoudig of meervoudig beeld tot hoge complexiteit. De duur van de klachten beantwoordt aan de criteria uit de richtlijn voor het betreffende ziektebeeld. De meeste symptomen behorend bij het ziektebeeld zijn aanwezig. Er is sprake van uitval en/of substantiële beperkingen in het dagelijks functioneren. Er zijn ondanks de aanwezigheid van klachten/symptomen geen aanwijzingen die duiden op gevaar. Is er wel sprake van een latent gevarenrisico, dan staan er beschermende factoren tegenover (zie prestatie Middel). Er is sprake van comorbiditeit of problematiek ten aanzien van persoonlijkheid, verstandelijke beperking, somatische factoren of psychosociale en omgevingsproblemen, maar deze interfereert niet met de behandeling van de hoofddiagnose.

3.4 GBGGZ Chronisch (BC)

Het cliëntprofiel dat hoort bij deze prestatie is dat er sprake is van een DSM-stoornis. De gemiddelde zorgvraagzwaarte betreft risicogevoelige stabiele of instabiele chronische problematiek of ernstige problematiek in remissie. Hierbij is er sprake van een ernstig risico. Vaak hebben cliënten een traject binnen de GBGGZ achter de rug en is er veelal sprake van onderliggende persoonlijkheidsproblematiek. Cliënten hebben bijvoorbeeld behoefte aan onderhoudsbehandelingen, zorg gerelateerde preventie en zorgcoördinatie. Behandeling wordt ingezet met als doel om de cliënt te stabiliseren of stabiel te laten blijven.

3.5 Componenten van de zorgproducten

- De vier producten zijn opgebouwd uit een aantal componenten. Deze componenten zijn in de expertbijeenkomsten vastgesteld. De componenten zijn:
- Intake, diagnostiek, ROM en verslaglegging;
- Aanvullende psychodiagnostiek;
- Behandeling (met onderscheid in face-to-face en blended);
- Consultatie.

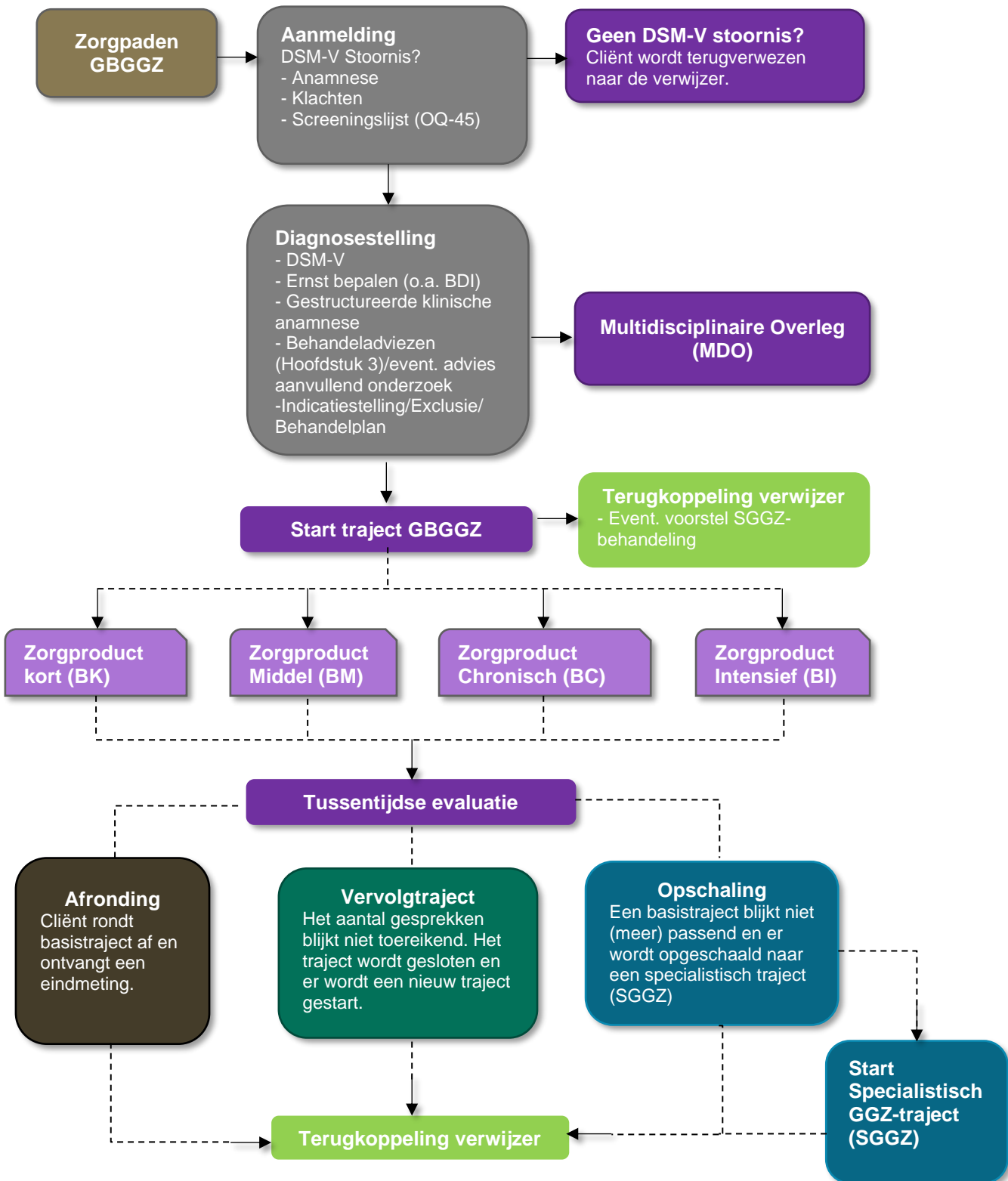
3.6 Toelichting Zorgpaden GBGGZ

Later in dit document komen in hoofdstuk 4 en de hoofdstukken 6 tot en met 13 de Zorgpaden SGGZ uitgebreid aan de orde. Stoornissen van meerdere psychiatrische stoornissen in de hoofdstukken 6 tot en met 13 welke niet binnen de GBGGZ en wel binnen de SGGZ worden behandeld betreffen de:

- Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen
- Bipolaire stemmingsstoornissen
- Schizofreniespectrum en andere psychotische stoornissen
- Persoonlijkheidsstoornissen

De overige stoornissen uit de hoofdstukken 6, 7, 9, 10, 11 en 13 worden wel behandeld binnen de GBGGZ. Daar is dus het schema Zorgpaden GBGGZ (Schema 1 – Zorgpad GBGGZ) op de volgende pagina op van toepassing.

3.6 Zorgpaden GBGGZ



Schema 1 – Zorgpad GBGGZ

Hoofdstuk 4 – Zorgpaden Specialistische GGZ (Deel- B)

4.1 Behandelproces Gespecialiseerde GGZ

De standaard stappen in het behandelproces betreffen:

1. **Intake:** Doelstelling van de intake is het tijdens één of (meestal) meerdere gesprekken inventariseren en registreren en schriftelijk vastleggen van de klachten van cliënt, het helder krijgen van de hulpvraag, het met de cliënt afstemmen van de behandeldoelen en het stellen van een eerste ‘voorlopige’ DSM V diagnose ter voorbereiding op het diagnostisch consult van/met de Regiebehandelaar.
 - Feitelijk gaat het hier het exploreren van de wens van cliënt tot het veranderen/verbeteren van zijn/haar in het functioneren (lees ‘waar cliënt voor wat betreft zijn/haar functioneren naar toe wil’)
 - Hierbij vormen wij ons o.m. een oordeel over de actuele cognitieve en mogelijk ook somatische beperkingen van elke cliënt, de hieruit voortvloeiende klachten, evenals de (oude) persoonlijke valkuilen en overige omstandigheden, die op het bereiken van de gewenste verbetering van invloed zouden kunnen zijn.
 - Dit totaalplaatje van op elkaar inwerkende factoren onderzoeken wij eerst met cliënt, omdat deze meer holistische benadering - naar onze ervaring - tot de beste en meest stabiele/structurele resultaten leidt.
 - Tijdens en na afronding van de intakefase (stappen 1 en 2) werkt de behandelaar zijn/haar intake-/indicatieverslag uit, waarbij deze er wel voor zorgdraagt dat de Regiebehandelaar alle benodigde informatie uit stap 1 tijdig ter beschikking heeft.

2. **Diagnosestelling:** Deze vindt o.a. plaats op basis van de informatie uit voorgaande intakefase, welke tijdens het Multidisciplinaire Overleg met de Regiebehandelaren (Psychiater en GZ-Psycholoog) wordt besproken. Om vervolgens tot een DSM V diagnose te komen vindt er een Diagnostisch consult plaats met in ieder geval één van de Regiebehandelaren.
 - Het Diagnostisch Consult heeft als doel om op grond van de informatie uit de intakefase en het MDO en op basis van een gestructureerd klinisch interview te komen tot een professionele beoordeling van de aard, ernst, complexiteit en/of chroniciteit van de klachten van cliënt, zodat er vervolgens een correcte DSM V diagnose kan worden gesteld en er een passend behandeladvies kan worden gegeven. Eventueel wordt daarbij het stellen van de definitieve DSM V diagnose (deels) nog even uitgesteld totdat er een door de Regiebehandelaar geadviseerd aanvullend Psychologisch onderzoek is uitgevoerd.
 - Het kan voorkomen dat cliënt al bij PsyM onder behandeling was binnen de GBGGZ en dat daarbij al een DSM V diagnose en een indicatie voor behandeling binnen de SGGZ is gesteld.
 - Om organisatorische redenen kan het voorkomen dat het Diagnostisch consult direct aansluitend op het intakegesprek plaatsvindt waarbij de behandelaar de Regiebehandelaar mondeling op de hoogste stelt van zijn/haar bevindingen en conclusies uit de intakefase. De Regiebehandelaar beoordeelt vervolgens wat er eventueel verder nog nodig is om tot een goede DSM V diagnose en passende behandeling te komen (denk aan ‘het plannen van een extra aanvullend gesprek met de Regiebehandelaar/Psychiater’, ‘een aanvullend onderzoekadvies’, ‘de cliënt alsnog bespreken binnen het MDO’, ‘inwinnen van extra informatie bij de huisarts of bij eerdere behandelinstellingen’ e.d.).
 - De Regiebehandelaren bepalen op basis van de gestelde DSM V diagnose welke van de in hoofdstuk 3 beschreven behandelmethoden er bij cliënt, en indien wenselijk ook in welke volgorde, dienen te worden toegepast.
 - Wanneer er bij PsyM geen passend behandel aanbod kan worden gedaan wordt cliënt in goed overleg weer terugverwezen naar de verwijzer.
 - Voor wat betreft de diagnostiek en de indicatiestelling/zorgtoewijzing binnen SGGZ is de Regiebehandelaar/Psychiater eindverantwoordelijk. Zo legt de GZ-Psycholoog diens diagnoses en/of wijzigingen daarvan ter beoordeling aan de Psychiater voor welke haar bevindingen vervolgens vastlegt in het EPD (Medicore)

3. **Aanvullend onderzoek:** Op basis van een door de Regiebehandelaar gegeven advies een eventueel kort of uitgebreid onderzoek naar de klachten van cliënt d.m.v. tests en/of vragenlijsten, in aanvulling op voorgaande stappen 1 en 2. De onderzoeksrapportage wordt teruggekoppeld aan een van de Regiebehandelaren waarna de 'voorlopige' DSM V diagnose door de Regiebehandelaar wordt gehandhaafd, aangepast of gecompleteerd.
4. **Behandelplan:** De in voorgaande stappen verzamelde informatie en de door de Regiebehandelaar voorgestelde behandeladviezen worden door de behandelaar in goede samenspraak met de cliënt uitgewerkt in een 'maatwerk-behandelplan'. Hierin worden zaken vermeld als de op te starten behandeling(en), de behandelingstermijn, de planning, de gespreksfrequentie, wie er (regie)behandelaar zullen zijn, de behandelingscondities, waaronder de facturatie en betaling van de behandeling e.d.
 - De Regiebehandelaar wordt voordat het Behandelplan definitief wordt in de gelegenheid gesteld om daar zijn/haar oordeel over te geven, dit om de kwaliteit van de op te starten behandeling te waarborgen en om te waarborgen dat de behandeling voldoet aan de landelijke SGGZ-richtlijnen. Iedere collega die als Psycholoog en/of Psychiater werkzaam is binnen PsyM is overigens gebonden aan het beroepsgeheim.
 - Cliënt ontvangt van ons een afschrift van het door hem/haar ondertekende behandelplan. Een verkorte versie daarvan sturen wij ook naar de huisarts van cliënt, mits cliënt daar toestemming voor geeft.
 - De huisarts ontvangt 'alleen met toestemming van de cliënt' een eerste schrijven van PsyM na afronding van de intakefase over de diagnostiek en de voorgenomen behandeling.
 - Het ondertekende behandelplan wordt door PsyM digitaal opgeslagen in het EPD.
5. **De behandeling:** Deze vindt plaats volgens het vooraf opgestelde behandelplan (stap 4).
 - Tijdens het verloop van de verrichte behandelingen bepreken onze behandelaars de voortgang regelmatig met cliënt.
 - In bijzondere gevallen vinden er tussentijds extra evaluatiegesprekken plaats met de Regiebehandelaar, zodat de behandelresultaten in kaart kunnen worden gebracht, er eventuele wijzigingen in de diagnostiek kunnen plaatsvinden en er desgewenst aanvullende behandeladviezen gegeven kunnen worden. Deze gesprekken worden voorbesproken tijdens het MDO. We opereren wat dit betreft flexibel, naar gelang wat zich aandient.
 - Evaluatiegesprekken met de Regiebehandelaar vinden in ieder geval plaats circa zes maanden na het opstarten van de behandeling binnen de SGGZ.
 - De huisarts ontvangt na circa 6 maanden 'alleen met toestemming van de cliënt' een 2^e schrijven van PsyM over het behandelverloop.
6. **Afsluiting van de behandeling:** Nadat er voldoende vooruitgang is geboekt, bouwen wij de behandelcontacten in overleg met cliënt af, eindigen we met een eindgesprek en sluiten wij het dossier van cliënt af.
 - Deze afsluiting gebeurt in goed onderling overleg. Dit vindt binnen of na een jaar plaats (in de Specialistische GGZ). Maar als cliënt na een jaar nog een (resterende) hulpvraag heeft die voor vergoeding in aanmerking komt, dan kan het behandeltraject ook vervolgd worden in een zgn. vervolg-DBC. Cliënt heeft dan géén nieuwe verwijsbrief van zijn/haar huisarts nodig.
 - Het eindgesprek wordt gevoerd door de Regiebehandelaar en voorbereid door de behandelaar.
 - Als cliënt hiermee akkoord gaat, dan informeren wij de huisarts schriftelijk over het behandeltraject van de cliënt en de (tot dan) bereikte resultaten. Dit doen wij bij de definitieve afsluiting van de behandeling, maar in ieder geval elk jaar dat cliënt bij ons in behandeling is.
 - Eventuele her-aanmelding voor een inmiddels afgesloten behandeling op een later moment. Mocht cliënt na verloop van tijd merken dat de klachten of problemen toch weer terugkomen of dat zich nieuwe GGZ-klachten voordoen, dan kan hij/zij zich weer met een nieuwe verwijsbrief bij ons aanmelden. Daarover overleggen we in dat geval indien nodig telefonisch met cliënt en met de huisarts.

4.2 Schema Generieke Zorgpaden Gespecialiseerde GGZ

Onderstaand Schema Generieke Zorgpaden SGGZ is een schema dat van toepassing is op alle psychiatrische stoornissen waarvoor wij bij PsyM behandeling bieden, kortom wij maakten wat dit betreft de keus om per groep van psychiatrische stoornissen (bijvoorbeeld 'Depressieve stoornissen', 'Angststoornissen', 'Bipolaire stemmingsstoornissen' e.d.) geen separaat Zorgpad SGGZ schema te vervaardigen, mede ook omdat er bij onze cliënten vaak sprake is van comorbide stoornissen uit verschillende groepen van psychiatrische stoornissen en het beschrijven van de per cliënt te doorlopen zorgpaden dan heel ingewikkeld zou worden.

Voorts is het bij PsyM zo dat het de Regiebehandelaar is welke in goede samenspraak met de behandelaren beslist welke behandelmethoden binnen het Schema Generieke Zorgpaden SGGZ, regelmatig ook in welke volgorde, zullen worden toegepast om zo effectief mogelijk therapeutisch te kunnen werken aan het herstel van iedere cliënt.

Indien een cliënt in aanmerking komt voor behandeling binnen de Specialistische GGZ impliceert dat vaak dat er bij hem/haar sprake is van comorbiditeit tussen verschillende stoornissen, waarbij het overigens niet per definitie zo is dat iedere stoornis als even ernstig moet worden beschouwd.

Comorbiditeit is het bestaan van één of meer (chronische) aandoeningen naast de zogenoemde indexziekte/hoofddiagnose waar de meeste aandacht naar uitgaat. Indien er geen indexziekte/hoofddiagnose wordt onderscheiden en er wel sprake is van meerdere (chronische) aandoeningen, spreekt men van multimorbiditeit. Het kan voorts heel goed zijn dat voor de hoofddiagnose een zwaardere en intensievere behandelvorm nodig is dan voor andere comorbide stoornissen. PsyM is wat dit betreft flexibel in het behandel aanbod en streeft ernaar om bij meerdere diagnoses binnen de DSM V die behandelmethod(e)n te kiezen welke het beste aansluit(en) bij de verschillende diagnoses.

Binnen onze SGGZ worden overigens ook behandelvormen toegepast welke eveneens worden toegepast binnen onze Generalistische Basis GGZ. Bij het kiezen voor specifieke behandelmethoden beoordelen wij uiteraard of een bepaalde behandeling bij de cliënt eerder al binnen de Generalistische Basis GGZ of Specialistische GGZ is toegepast, dit om overlap in de behandeling te voorkomen. Het mag dus duidelijk zijn dat wij als behandelinstelling binnen de Gespecialiseerde GGZ enkel behandelmethoden binnen het Schema Generieke Zorgpaden SGGZ aan de behandeling toevoegen en indien deze naar onze verwachting een substantiële bijdrage leveren aan het behandel aanbod in onze Gespecialiseerde GGZ. Heeft de cliënt bij PsyM al een behandeling vanuit de Generalistische Basis GGZ achter de rug, dan voegt het opnieuw toepassen van een al toegepaste behandelmethod(e) soms weinig meer toe. Is echter een behandeling met een bepaalde behandelmethod(e) binnen onze GBGGZ nog niet afgerond dan wordt deze behandeling binnen onze Gespecialiseerde GGZ uiteraard wel gecontinueerd. Hetzelfde geldt uiteraard voor nog niet afgesloten behandelingen binnen de SGGZ.

4.3 Zorgpaden SGGZ

Generiek Zorgpad SGGZ

- Dit generieke SGGZ Zorgpad geldt voor alle stoornissen waarvoor cliënten bij PsyM worden behandeld
 - De Regiebehandelaren (Psychiater en GZ-Psycholoog) bepalen hierbij welke behandelvormen (zie hoofdstuk 5) er bij welke DSM V stoornissen worden ingezet.

1. Aanmelding

- Verwijsbrief (huis)arts (Vermoeden van) DSM-V Stoornis(sen)
- Administratieve zaken regelen rond aanmelding/inschrijving.
- Intakegesprek (Registratie van de klachten, hulpvraag, behandeldoelen, voorlopige diagnose e.d. in het intakeformulier)
- ROM/Screeningslijst (OQ-45).

2. Multidisciplinaire Overleg (MDO)

Na het intakegesprek vindt het MDO plaats.

- Behandelaar informeert de Regiebehandelaar (Psychiater/GZ-Psycholoog)
- Beantwoording vragen Regiebehandelaren
- Vaststellen wat er in het Diagnostisch consult aan de orde moet komen.

3. Diagnostisch consult Regiebehandelaar

- Bestudering dossierstukken (verwijsbrief, intakeformulier, onderzoek rapportages e.d.)
- Gestructureerd klinisch interview
- Ernst, complexiteit, chroniciteit en eerdere behandelverloop van de stoornis(sen) bepalen
- Stellen (voorlopige) DSM V diagnose. Hiervoor zo nodig intern nog aanvullend PO (laten) verrichten
- Indiciestelling
- 'Maatwerk' behandeladviezen op basis van de gestelde DSM V diagnose en beschikbare behandelmethoden (hoofdstuk 5)
- Exclusie (= Geen passend behelaanbod PsyM).

4. Bespreking en definitief vaststellen behandelplan

- Nadere afstemming diagnose en de behandelvoorstellen met cliënt
- Bespreking behandelingscondities, gespreksfrequentie e.d.
- Behandelplan definitief maken, laten ondertekenen en meegeven aan cliënt. Kopie intern opslaan.
- Client formulier(en) t.b.v. de behandeling laten tekenen.

1^e brief aan verwijzer

- Brief Regiebehandelaar aan (huis)arts omtrent de diagnose en op te starten behandeling,

5. Behandeling

- Uitvoering behandeling door de behandelaar van de in het behandelplan vermelde behandelingen in een op de cliënt en diens DSM V diagnose afgestemde volgorde.
- Zorgdragen voor de uitvoering van eventueel door de Regiebehandelaar voorgesteld aanvullend onderzoek incl. verslaglegging (PO, IQ-onderzoek e.d.)
- Evaluatie van het verloop van de behandeling door de behandelaar om de 10 gesprekken en schriftelijke vastlegging daarvan t.b.v. de Regiebehandelaren.

Tussentijdse cliëntrapportages

- Schriftelijke rapportages over de diagnostiek, behandeling, behandelprognose, te geven of gegeven adviezen, etc. aan derde personen/partijen (het CIZ, een zorginstelling, medisch adviseurs, advocaten, Verzekeringsarts van het UWV, etc.).

Tussentijds overleg Behandelaar-Regiebehandelaar

- N.a.v. de tussentijdse evaluaties en/of op andere momenten overlegt de behandelaar op eigen initiatief rechtstreeks met de Regiebehandelaren. Onderwerpen: stagnerende behandeling, crisissituaties, onvoorzien andere problemen.

Geen DSM-V stoornis?

- Cliënt wordt terugverwezen naar de verwijzer.

Onvolledig Verwijsbrief

- Schrijven aan (huis)arts met een verzoek om een correcte brief.

Schema 2 – Generiek Zorgpad SGGZ

6. Voortgang lopende behandeling

- Vervolg uitvoering behandeling door de behandelaar van de in het (eventueel bijgestelde) behandelplan vermelde behandelingen.
- Evaluatie van het verloop van de behandeling door de behandelaar om de 10 gesprekken en schriftelijke vastlegging daarvan t.b.v. de Regiebehandelaren.
- Tussentijdse evaluatie van het verloop van de behandeling door de behandelaar om de 10 gesprekken en schriftelijke vastlegging daarvan t.b.v. de Regiebehandelaren.

2^e brief aan verwijzer

Schriftelijke aanvullingen door Regiebehandelaar op de eerste brief aan verwijzer rondom de diagnostiek, het behandelverloop en de behandelprognose.

7. Tussentijds evaluatiegesprek (minimaal om de 6 maanden)

- Behandelaar informeert de Regiebehandelaren over het behandelverloop en over de opnieuw voorgelegde Screeningslijst (OQ-45)
- Gesprek tussen Regiebehandelaar en cliënt
- Eventueel (bij)stellen van de DSM V diagnose en het daaraan gekoppelde behandelplan wat op zijn beurt leidt tot een wijziging van het behandelplan
- Schriftelijke vastlegging van het evaluatiegesprek.

Tussentijdse cliëntrapportages

- Schriftelijke rapportages over de diagnostiek, behandeling, behandelprognose, te geven of gegeven adviezen, etc. aan derde personen/partijen (het CIZ, een zorginstelling, medisch adviseurs, advocaten, Verzekeringsarts van het UWV, etc.).

Tussentijds overleg Behandelaar-Regiebehandelaar

- N.a.v. de tussentijdse evaluaties en/of op andere momenten overlegt de behandelaar op eigen initiatief rechtstreeks met de Regiebehandelaren. Onderwerpen: behandelverloop, stagnerende behandeling, crisissituaties, onvoorziene andere problemen.

8. Eindevaluatie

- Behandelaar informeert de Regiebehandelaren tijdens het MDO over de behandelresultaten en over de resultaten van de ROM-eindmeting (OQ-45)
- Afrondend evaluatiegesprek tussen een van de Regiebehandelaren en cliënt. De Regiebehandelaar stelt vast of en in hoeverre de behandeling tot positieve resultaten heeft geleid, of de behandeling kan worden afgerond, of er vervolgbehandeling nodig is, of de eerdere DSM V diagnose nog steeds geldt, of dat er een nieuwe diagnose moet worden gesteld.
- De Regiebehandelaar overlegt zo nodig met de collega Regiebehandelaar
- Schriftelijke vastlegging van het gesprek in het zorgdossier.

Vervoltraject A

- De behandeldoelen zijn niet of ten dele gerealiseerd
- Vervolgbehandeling is gezien de (nog) actuele DSM V diagnose wenselijk en cliënt wil dit.
- De eerdere DSM V diagnose geldt nog steeds
- Client en Regiebehandelaar beslissen dat de behandeling wordt gecontinueerd
- Behandeling wordt afgesloten en nieuw behandeltraject wordt geopend.

Afronding behandeling

- De behandeldoelen zijn behaald
- De eind DSM-V-diagnose wordt vastgesteld
- Afsluiting behandeling in samenspraak met cliënt
- Uitleg over terugvalpreventie en over het wat te doen indien zich opnieuw klachten voordoen.

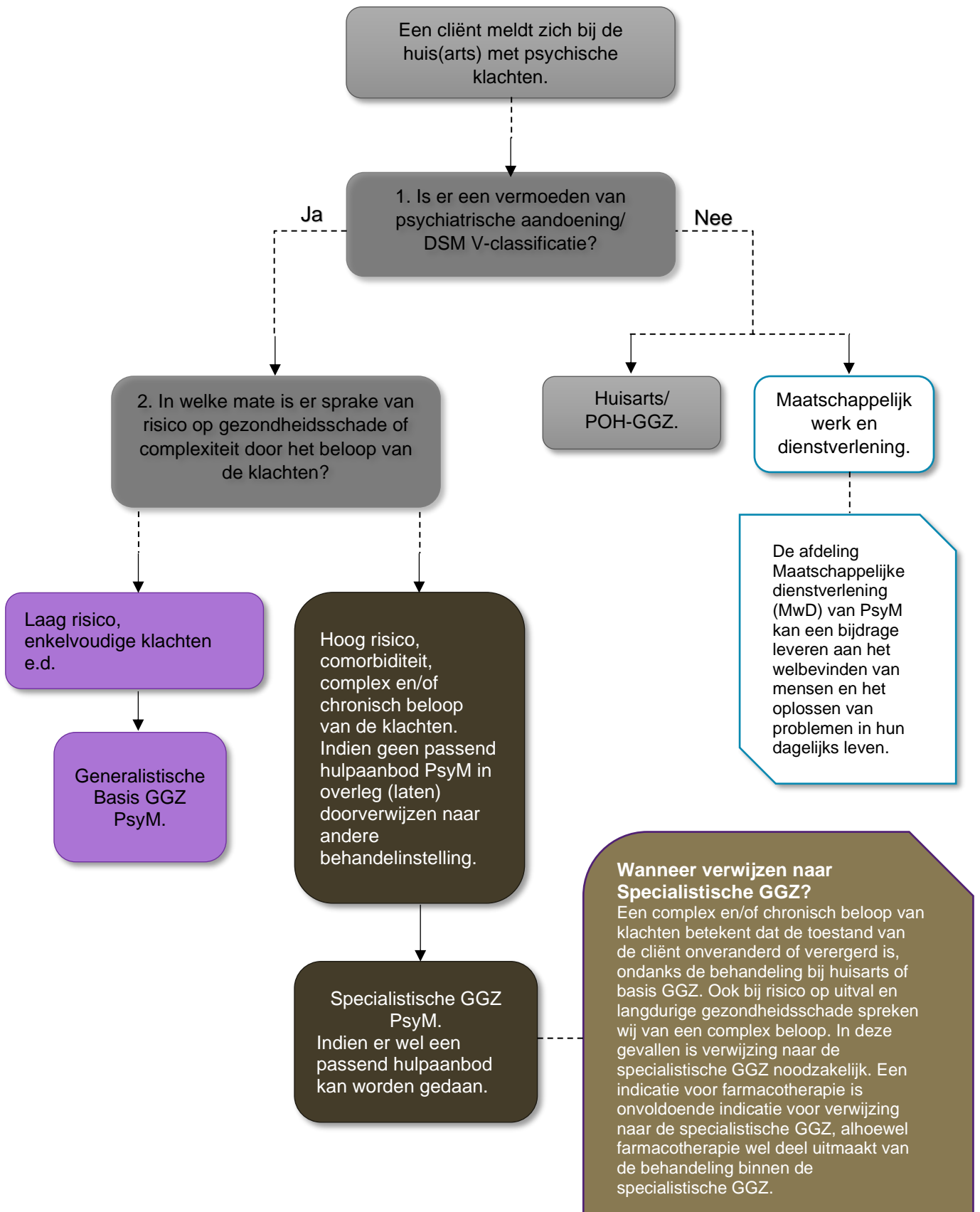
Vervoltraject B

- De behandeldoelen zijn niet of ten dele gerealiseerd
- Vervolgbehandeling is met name gezien een nieuwe DSM V diagnose wenselijk en cliënt wil dit.
- Client en Regiebehandelaar beslissen dat de behandeling wordt gecontinueerd
- Behandeling wordt afgesloten en nieuw behandeltraject wordt geopend.

11. Terugkoppeling verwijzer

Schriftelijke afsluitende verslaglegging (actuele diagnostiek, omschrijving behandelverloop, behandelresultaten, eventuele aanvullende adviezen e.d.).

4.4 Doorverwijsmodel PsyM



Schema 3 – Doorverwijsmodel PsyM

4.5 Kwaliteitsstatuut

Per 1 januari 2017 dient iedere aanbieder van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg te beschikken over een kwaliteitsstatuut conform het Model Kwaliteitsstatuut GGZ dat is opgenomen in het register van Zorginstituut Nederland. Het kwaliteitsstatuut van de zorgaanbieder borgt dat de zorgaanbieder bewerkstelligt dat de juiste hulp, op de juiste plaats en door de juiste zorgprofessional, binnen een professioneel en kwalitatief verantwoord netwerk wordt geleverd.

Vanaf 2017 is binnen de zorg sprake van een Regiebehandelaar: de zorgverlener die de regie voert over het zorgproces en verantwoordelijk is voor de integraliteit van het behandelproces. Voor alle betrokkenen, inclusief de cliënt en diens naasten of wettelijk vertegenwoordiger, is hij het centrale aanspreekpunt. De afspraken over het Regiebehandelaarschap kunnen per instelling verschillen. De algemene regels over wie als Regiebehandelaar kunnen optreden staan beschreven in het Model Kwaliteitsstatuut GGZ. Binnen deze kaders wordt de uiteindelijke keuze voor een Regiebehandelaar gemaakt in overleg met de cliënt en vastgelegd in het behandelplan. Dit Kwaliteitsstatuut is onverkort van toepassing op de Generieke Module Psychotherapie.

De Regiebehandelaar stemt de behandeling en begeleiding van de verschillende aandoeningen op elkaar af. Mocht de deskundigheid ontbreken op een bepaald gebied, dan vraagt een zorgverlener (al of niet de Regiebehandelaar) specialistische kennis van elders, maar blijft de regie bij de oorspronkelijke Regiebehandelaar. Binnen de generieke module psychotherapie, kan het betekenen dat de Regiebehandelaar vaststelt dat complexe psychotherapeutische behandeling nodig is en een psychotherapeut vraagt deze uit te voeren. In 2019 en 2020 hebben wij ons kwaliteitshandboek volledig aangepast conform de hiervoor geldende wettelijke normen en het Model Kwaliteitsstatuut GGZ.

4.6 Resultaatmeting

PsyM werkt met verschillende soorten vragenlijsten, welke vertaald zijn in diverse talen en schriften. Deze vragenlijsten geven ons informatie over het soort klachten, de ernst van de klachten en de mogelijke oorzaken hiervan e.d. Alle cliënten vullen tijdens de intakefase, ten tijde van de tussentijdse evaluatie en voorafgaand aan de eindevaluatie de OQ-45 in. Tijdens de diagnostiekfase worden verder regelmatig andere aanvullende vragenlijsten aan de cliënt voorgelegd, zoals de BDI II of de SCL '90. Doordat we de OQ-45 laten invullen, kunnen we de behandelresultaten eenvoudig beoordelen/evalueren en met de cliënt bespreken. De behandeling kan daardoor eventueel tussentijds ook worden bijgesteld.

Hoofdstuk 5 – Behandel- en therapievormen

Voor de behandeling van stoornissen maakt PsyM gebruik van landelijke richtlijnen en protocollaire behandelingen. De behandeling kan bestaan uit psychotherapie, medicatie of een combinatie hiervan. De protocollaire behandeling grijpt in op de verschillende aspecten van de stoornis en behelst psycho-educatie, exposure en cognitieve technieken. De best onderzochte en meest toegepaste vorm van behandelen betreft cognitieve gedragstherapie. Als het nodig is, krijgt de cliënt medicijnen ter ondersteuning van de therapie. Cliëntgerichte trainingen kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan het onder de knie krijgen van de problemen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan ontspannings- en assertiviteitstrainingen.

De Regiebehandelaren (GZ-Psycholoog en/of Psychiater) bepalen per cliënt welke behandelingen binnen de Zorgpaden van de GBGGZ en de SGGZ zullen worden toegepast en stellen indien nodig ook de volgorde vast. In de praktijk werkt dit zo dat hierbij overleg wordt gevoerd met degene die de intake heeft uitgevoerd en/of met de eerdere behandelaar. Intern wordt hierbij per cliënt tevens beoordeeld welke behandelingen beschikken over relevante kennis en expertise m.b.t. de in dit hoofdstuk beschreven behandel-/therapievormen. Betreft het zwaardere psychiatrische problematiek dan kan het zijn dat er ook een meer ervaren of wat oudere behandelaar dient te worden ingezet. Soms ook wordt er voor een bepaald gedeelte van de behandeling (bijvoorbeeld EMDR) voor korte tijd een op dat vlak ervaren behandelaar ingezet, waarna de cliënt weer terugkeert bij zijn/haar vaste behandelaar. Er wordt met andere woorden bij PsyM bij de behandelingen maatwerk nagestreefd. Het is dan ook geen vast gebruik dat de behandelaar welke de intake heeft uitgevoerd automatisch de behandelaar van de cliënt wordt. Het spreekt voor zich dat de cliënt ook een stem heeft als het gaat om het vaststellen wie zijn/haar behandelaar wordt en hij/zij mag wat dit betreft om wensen en verwachtingen kenbaar maken waar in principe ook rekening mee wordt gehouden.

5.1 Protocollaire behandeling

Voor de verschillende stoornissen worden, indien psychologische behandeling is geïndiceerd, in grote lijnen de protocollen gevolgd uit Keijsers et al. (2017) en worden de huiswerkopdrachten uit de bijlage vertaald t.b.v. de cliënt. De voorbeelden uit de protocollen worden door onze behandelingen veranderd in cultuur sensitieve voorbeelden en het behandeltempo aangepast aan de mogelijkheden van de cliënt. Ondanks het feit dat er door de behandelingen zoveel mogelijk wordt gewerkt volgens het behandelprotocol kan daarvan worden afgeweken. Elke cliënt heeft namelijk zijn/haar eigen persoonlijke kenmerken waarbij een persoonlijke aanpak/benadering nodig is op basis van de (culturele) achtergrond van betrokkene, diens cognitieve mogelijkheden, de soms meervoudige en complexe problematiek en de therapievoorkeuren van de cliënt. Het belangrijkste daarbij is om een goede aansluiting te vinden bij de cliënt, temeer daar het behandelresultaat sterk afhankelijk is van de vraag of het persoonlijk 'klikt' met de behandelaar. De keuze voor een te kiezen zorgpad is voorts afhankelijk van de aard en de ernst van de stoornis(sen) van de cliënt.

5.2 Cognitieve gedragstherapie

Cognitieve gedragstherapie (CGT) gaat ervan uit dat gedachten of gevoelens invloed hebben op het gedrag. Negatieve en/of irrationele gedachten als 'ik ben niets waard' of 'ik kan dat toch niet' kunnen psychische problemen veroorzaken of versterken. De hulpverlener zal samen met de cliënt nagaan wat de cliënt over zichzelf en anderen denkt. Daarna wordt gekeken of de opvattingen en ideeën kloppen met de werkelijkheid en wordt er met de cliënt gewerkt aan het omzetten van irrationele gedachten in meer gezonde rationale gedachten, waarbij de irrationele gevoelens worden verminderd. Er worden door onze behandelingen, naast de traditionele vorm van CGT, ook andersoortige therapievormen toegepast (bijvoorbeeld positieve psychologie, ACT, mindfulness e.d.) welke een positieve invloed kunnen hebben op de cognities van de cliënt en daarmee als een vorm van cognitieve gedragstherapie kunnen worden aangemerkt.

5.3 Systeem therapie

Systeemtherapie is een vorm van psychotherapie en wordt ook wel relatie- en gezinstherapie genoemd. Het belangrijkste kenmerk van relatie- of gezinstherapie is dat de partner en/of kinderen bij de behandeling worden betrokken. Betreft het systeemtherapie in een bredere vorm, dan worden ook andere belangrijke personen bij de behandeling betrokken, zoals een broer, zus, ouders, buren, vrienden of collega's. Tijdens de therapie is er veel aandacht voor de onderlinge interactiepatronen en

de verbetering hiervan. Er wordt ook tijdens de behandeling rekening gehouden met eventuele belangrijke afwezigen.

Uitgangspunt is dat een probleem of een (psychische) klacht nooit op zichzelf staat, maar zich manifesteert binnen de leefsituatie van de cliënt, waaronder zijn/haar gezin, partnerrelatie, overige relaties (de systemen waarin hij/zij verkeert). De sociale, relationele en culturele context speelt met andere woorden altijd een rol en heeft duidelijk invloed op de problemen van de cliënt en daarmee ook op de oplossing ervan. Tijdens de therapie wordt o.m. besproken welke zaken er zoals spelen binnen het oudersubstysteem (lees 'de partner-relatie'), het kindsysteem ('de kinderen'), het werk, de school, de buurt, de religie en de cultuur en welke invloed dat heeft op de cliënt en op alle betrokkenen en wat er vanuit de cliënt en het systeem kan worden gedaan aan klachten-/probleemreductie.

Werkwijze systeemtherapie

De cliënt en zijn/haar naast betrokkenen worden uitgenodigd voor een intake- en/of een behandelgesprek. Daarin komen onder andere de volgende onderwerpen aan de orde:

- Wat de klachten en problemen zijn;
- Hoe ze zijn ontstaan;
- De impact van de klachten en problemen op alle betrokkenen;
- Het doel van de therapie;
- Wat de gewenste veranderingen zijn;
- Wat er nodig is om de gewenste verandering tot stand te brengen;
- Het aantal benodigde gesprekken en de frequentie hiervan.

In de gesprekken kan de nadruk liggen op het veranderen van de omgang met elkaar of op het veranderen van de manier waarop tegen het probleem wordt aangekeken.

In de therapie worden alle betrokkenen zich bewust van de manier waarop ze op elkaar reageren en krijgen ze zicht op de invloed die ze op elkaar hebben. Van daaruit wordt er gewerkt naar een oplossing.

5.4 EMDR

Eye Movement Desensitization and Reprocessing, afgekort tot EMDR, is een therapie voor mensen die last blijven houden van de gevolgen van een schokkende ervaring, zoals een ongeval, seksueel geweld of een geweldsincident. In het begin van de EMDR-therapie wordt er uitgebreid aandacht besteed aan de oorzaak en achtergrond van de klachten. Daarnaast wordt er een taxatie gemaakt van een aantal individuele kenmerken, waaronder de persoonlijke draagkracht en de last die men van de klachten ondervindt. Hieruit zal blijken of een gerichte traumabehandeling op dat moment nodig is, en of daarvoor EMDR kan worden gebruikt.

5.5 Imaginaire exposure

Imaginaire exposure is een behandelmethode om traumatische gebeurtenissen te verwerken. Deze methode wordt vaak ingezet in de behandeling van cliënten die lijden aan een posttraumatische stressstoornis. Onder begeleiding van de behandelaar gaat de cliënt naar de herinneringen van de traumatische gebeurtenis. De herinnering wordt in gedachte zo levendig mogelijk teruggehaald door het te vertellen alsof het nu gebeurt. De cliënt praat in de tegenwoordige tijd en zit met de ogen gesloten. De behandelaar moedigt de cliënt aan om te letten op wat hij/zij voelt, hoort, ziet en ruikt. Het is daarbij belangrijk om juist de naaste momenten van de traumatische gebeurtenis aan bod te laten komen. Het doorwerken van deze momenten helpt om de herbelevingen, flashbacks en nachtmerries te laten verminderen.

5.6 Steunende en structurerende behandeling

Steunend-structurerende behandeling is een behandeling waarin vooral wordt gekeken hoe opnieuw structuur gebracht kan worden in het leven van de cliënt om de psychische/emotionele basis te versterken. De behandeling gaat ervan uit dat cliënten beter leren omgaan met hun problemen door middel van:

- Het beter leren aan zien komen van moeilijke situaties;
- Het herkennen van signalen die de cliënt uit balans brengen;
- Het leren anticiperen op wat er mis kan gaan en hoe dat te voorkomen;
- Het leren accepteren van de eigen mogelijkheden en onmogelijkheden;
- Het leren aangeven van zijn/haar grenzen.

De volgende stap is het verwerken van gevoelens. Een steunend-structurerende behandeling is dus gericht op het zoeken naar manieren om de lasten van de problemen te verlichten en herhaling te voorkomen. De steunende en structurerende gesprekken hebben vaak ook een 'ventilerend' karakter.

5.7 Farmacotherapie

Naast het inzetten van onze reguliere (mondelijke therapeutische) psychologische behandelingen zetten wij ook farmacotherapeutische behandelingen in. PsyM biedt deze behandeling met medicijnen ter ondersteuning van de behandeling van psychische problemen. De ervaring heeft ons geleerd dat medicatie de klachten kan verminderen. Ook kunnen medicijnen de werking van andere therapieën versterken en/of verbeteren. Daarom worden ze vaak in combinatie met een therapie of training aangeboden. Als er medicijnen worden voorgeschreven, wordt goed gekeken naar de juiste dosis, het effect, de combinatie met andere medicatie, de bijwerkingen en hoe lang de medicijnen nodig zijn. Binnen PsyM is alleen de Psychiater (of een andere arts) bevoegd om medicijnen voor te schrijven.

5.8 Ontspanningsoefeningen

Bij niet-westerse allochtonen uiten spanningsklachten zich vaak in lichamelijke vorm. Deze somatisatie zorgt voor extra spanningen. Door middel van psycho-educatie in combinatie met het leren van ontspanningsoefeningen kunnen cliënten de klachten onder ogen gaan zien en herkennen en er effectief op reageren door het toepassen van de aangeleerde ontspanningsoefeningen. Voorbeelden hiervan zijn ademhalingsoefeningen en relaxatioefeningen.

5.9 Groepstherapie

Groepstherapie blijkt een heel effectieve manier van behandelen. In een groep vindt men herkenning, ontmoet men mensen met dezelfde problemen die echt begrijpen wat men voelt en vindt men voorbeelden van hoe andere mensen met dezelfde problemen omgaan. Deze voordelen worden door veel mensen die een groepstherapie volgen als heel fijn ervaren. Het geeft ze weer hoop voor de toekomst en geeft ze handvatten om beter te leren omgaan met de problemen die ze ervaren. PsyM heeft ervaring met groepstherapie, bijvoorbeeld de groepstherapie 'lichte dagen, donkere dagen', een therapie welke was bedoeld voor mannen en vrouwen met depressieve klachten. Wij verwachten de komende tijd meerdere groepstherapieën te gaan opstarten voor cliënten met DSM-V stoornissen. Betreft het bijvoorbeeld cliënten welke als gevolg van vaak langdurige relatie- en werkproblematiek in een depressie zijn beland, dan biedt groepstherapie veel mogelijkheden in termen van leren stellen van grenzen, leren herwaarderen van de eigen kwaliteiten, de angst voor de ander de baas worden, anders omgaan met kritiek, leren zien van mogelijkheden op werkgebied in plaats van onmogelijkheden, anders omgaan met conflicten, etc. Zo verwachten wij bijvoorbeeld ook groepstherapieën op te zullen gaan starten op het vlak van depressieve klachten, angst, integratieproblematiek, partner-relatieproblematiek, posttraumatische stressstoornissen e.d.

5.10 E-Health

E-health impliceert het gebruik van informatie- en communicatietechnologie ter ondersteuning of verbetering van de gezondheid, ofwel zorg via internet. Steeds meer aandacht gaat uit naar zogeheten 'blended care', waarbij reguliere face-to-face gesprekken gecombineerd worden met online interventies zoals bijvoorbeeld chatten, beeldbellen, online behandelmodules en online inzage in het eigen gezondheidsdossier. Voor de cliënt betekent dit dat hij/zij niet naar de behandelpraktijk hoeft te reizen maar plaats-onafhankelijk zorg krijgt aangeboden via een tablet of smartphone.

5.11 Crisisinterventie

Tijdens de behandeling kunnen zich ook situaties voordoen waarin de cliënt decompenseert en waarbij er ook sprake kan zijn van bijkomende psychiatrische symptomatologie, waaronder psychoses. De behandeling (crisisinterventie) richt zich dan op de cliënt, het cliëntsysteem en/of de omgeving. Het is in dat geval van belang dat er goed naar de cliënt en zijn naasten wordt geluisterd om een verdere escalatie of een verdere terugval te voorkomen. Bij crisisinterventies wordt Psychiater ingeschakeld, dit om een eventuele doorverwijzing naar acute psychiatrie in gang te zetten en in verband met farmacotherapie. De Psychiater overlegt in dat geval indien nodig met de GZ-Psycholoog over het wat te doen en hoe te handelen.

5.12 Andere behandelmethoden

Afhankelijk van de kennis en expertise van onze individuele behandelaren worden er tijdens onze behandelingen ook (elementen uit) andere behandelmethoden toegepast, waarbij zonder daarin volledig te zijn o.a. (elementen uit) de volgende behandelmethoden worden genoemd:

Psychoanalytische en/of inzichtgevende psychotherapie

Onze cliënten zijn zich soms niet bewust van bepaalde drijfveren van hun gedrag en worden geremd in hun functioneren door gevoelens die niet alleen met actuele gebeurtenissen te maken hebben. Het doel van de behandeling is in dat geval het de cliënt erin ondersteunen dat deze zich bewust wordt van de verborgen gedachten en gevoelens. Dit maakt het hem/haar mogelijk om de psychische problematiek beter te begrijpen en op zoek te gaan naar andere mogelijkheden om met situaties om te gaan

Integratieve psychotherapie

Hierbij worden tijdens de behandeling meerdere behandelmethoden en -technieken met elkaar gecombineerd, behandelmethoden die vanuit verschillende theorieën zijn ontwikkeld. Van belang is hierbij dat de behandelaar met name die behandelmethode/-technieken kiest welke het best aansluiten bij de cliënt welke hij/zij onder behandeling heeft.

Mindfulness - Mindfulness-Based Cognitive Therapy

Mindfulness-Based Cognitive Therapy wordt beschouwd als onderdeel van de zogenaamde "derde golf" in de CGT. Het is een interventie die helpt bij het vergroten van een breed, open bewustzijn en gerichte aandacht en het verminderen van automatisch reageren. De kracht van mindfulness is dat het letterlijk de link tussen negatieve gedachten en negatieve emoties kan verbreken. Mindfulness is in feite een aandachtstraining waarbij de behandelaar de cliënt erin begeleidt om, zonder daar een waardeoordeel als 'goed' of 'fout' aan toe te kennen, de aandacht te vestigen op het moment en aan alles wat zich daarbij aan hem/haar voordoet. Dit kunnen lichamelijke sensaties zijn, emoties of gedachten, maar ook zintuigelijke ervaringen. Daarmee leert de cliënt om (negatieve) gedachten en gevoelens te beschouwen als voorbijgaande gebeurtenissen in plaats van feiten, zodat hij/zij daar gemakkelijker afstand van kan nemen. Mindfulness helpt m.a.w. in het herkennen van automatische patronen. Meer bewustwording in deze patronen kan leiden tot meer keuzevrijheid, om automatische reacties te doorbreken en om op een meer oorspronkelijke wijze te leren reageren.

Positieve Psychologie - Positieve CGT

Positieve Psychologie is de wetenschappelijke en sociale stroming in de Psychologie waarin welbevinden en optimaal functioneren (individueel, relationeel, in organisatieverband en sociaal-maatschappelijk) centraal staan. Op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg wordt vanuit de Positieve Psychologie gesteld dat mental health niet hetzelfde is als de afwezigheid van mental illness. Mental health is meer: de aanwezigheid van welbevinden. Het gaat niet alleen om de vraag 'What's wrong with you?', maar vooral om de vraag 'What's right with you?' Positieve Psychologie kan worden geïntegreerd in CGT, waardoor positieve CGT ontstaat. Enkele verschillen tussen traditionele CGT en positieve CGT zijn: (a) traditionele CGT interventies zijn bedoeld om het welzijn te vergroten door het verminderen van datgene wat de menselijke bloei belemmert of vernietigt, terwijl positieve CGT interventies zijn bedoeld om het welzijn te vergroten door datgene te vergroten dat de menselijke bloei veroorzaakt of vormt; (b) de focus van traditionele CGT is op problemen en zwakke punten, terwijl de focus van positieve CGT is op oplossingen en sterke punten; (c) in traditionele CGT is succes gedefinieerd als het oplossen van het probleem, terwijl in positieve CGT succes is gedefinieerd als het bereiken van de gewenste uitkomst welke kan verschillen van (of beter zijn dan) het oplossen van het probleem.

Cliëntgerichte trainingen

Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan assertiviteitstrainingen.

5.13 Doelmatigheid en effectiviteit

Binnen PsyM wordt er gestreefd naar een doelmatige en effectieve behandelwijze. Dit is terug te vinden in het behandelproces:

- De cliënt wordt om de tien gesprekken verzocht om de ROM-vragenlijst OQ-45.2 in te vullen, waarvan de uitkomst wordt gebruikt om de behandelvoortgang te evalueren;
- Gedurende de behandeling wordt de voortgang van de behandeling gevolgd en er vindt een tussen- en eindevaluatie plaats, waarna kan worden besloten dat verdere behandeling niet meer nodig is of dat het behandelbeleid kan worden gewijzigd bij onvoldoende resultaat;
- Er wordt gewerkt met de nieuwste behandelstandaarden en protocollen volgens de landelijke richtlijnen;
- De gesprekken worden na afloop direct vastgelegd. De organisatie is dermate gestroomlijnd dat het percentage directe tijd gelijk is aan of hoger is dan gemiddeld;
- Er bestaat veel aansluiting tussen de behandelaren en de specifieke doelgroep van PsyM. Hierdoor wordt veel onnodige drop-out voorkomen;
- Door middel van activering en leefstijlbegeleiding wordt de algehele gezondheid van de cliënt bevorderd en vermoeden wij dat het gebruik van andere zorgvormen wordt verminderd. Het idee is in ontwikkeling om dit laatste ook daadwerkelijk te onderzoeken en aan te tonen.

5.14 De soms lastige keus voor behandeling binnen GBGGZ of SGGZ

Verwijzingen naar PsyM vinden vrijwel altijd plaats door de huisarts en heel soms door een andere arts. Het betreffen hier verwijzingen naar de Generalistische Basis GGZ of de Gespecialiseerde GGZ (= SGGZ), waarbij het regelmatig aan PsyM is om aan de verwijzer achteraf duidelijk te maken dat de verwijzing niet correct was omdat er bijvoorbeeld onterecht werd uitgegaan van relatief lichte cliëntproblematiek, terwijl bij nader inzien een verwijzing naar de Gespecialiseerde GGZ bij deze specifieke cliënt meer passend zou zijn geweest. Het komt ook voor dat de behandeling binnen de Generalistische Basis GGZ niet afdoende blijkt te zijn en dat er vervolgens alsnog gespecialiseerde behandeling nodig is. Zo doet zich tussentijds soms een klachtenverergering voor, bijvoorbeeld als gevolg van een tussentijdse traumatische gebeurtenis, een ontslag, een overlijden van een gezinslid of een echtscheiding, met meervoudige, complexe en inmiddels chronische cliëntproblematiek tot gevolg. Omgekeerd komt het ook voor dat de verwijzer ons meldt dat er sprake is van meervoudige, complexe en chronische cliëntproblematiek (bijvoorbeeld een PTSS en een Depressie) waarbij wij binnen de Gespecialiseerde GGZ tot de conclusie komen dat er feitelijk geen sprake is van een PTSS en dat behandeling binnen de Generalistische Basis GGZ dus ook mogelijk zou zijn.

Wat wij hiermee willen zeggen is het doorlopen van Zorgpaden vaak niet gebeurt volgens een wit-zwart keuzemodel (lees 'of behandeling binnen de Generalistische Basis GGZ', 'of behandeling binnen de Gespecialiseerde GGZ'), maar dat zich hierbij ook een overlap kan voordoen, waarbij de cliënt met zijn/haar behandeling bijvoorbeeld start binnen de Generalistische Basis GGZ, om vervolgens verder te gaan binnen de Gespecialiseerde GGZ.

De keuze die wij als behandelinstelling maken voor wat betreft de doorverwijzingen vanuit de Generalistische Basis GGZ naar de Gespecialiseerde GGZ, is dat wij de feitelijke verwijzing daarbij overlaten aan de cliënt en zijn/haar huisarts waarbij het aan de cliënt zelf is om te bepalen of hij daarvoor bij PsyM onder behandeling wil blijven of bij een andere GGZ-instelling verder wil worden behandeld. Kiest hij/zij voor een vervolgbehandeling binnen onze instelling dan geldt uiteraard wel als voorwaarde dat wij hem/haar een passend behandelaanbod moeten kunnen doen.

Hoofdstuk 6 – Angststoornissen

6.1 Inleiding

Angst is een subjectief, onaangenaam gevoel dat optreedt als reactie op een echt of denkbeeldig gevaar. Het is een gezond en vaak optredend verschijnsel: iedereen is wel eens angstig. Er is sprake van een stoornis als de angstige reactie niet past bij het gevaar van de situatie, als de angst irrationeel is en als iemand door de angst wordt beperkt in zijn functioneren en ontwikkeling. Mensen met een angststoornis hebben last van angsten zonder dat daar een directe of reële aanleiding voor is. De angst is overmatig aanwezig en heeft veel invloed op iemands doen en laten, het dagelijkse leven wordt erdoor beheerst en er kunnen zelfs lichamelijke klachten ontstaan. Bij angststoornissen is er sprake van lichamelijke, gedragsmatige en cognitieve verschijnselen.

Als een angststoornis tijdig herkend en erkend wordt, is deze meestal goed te behandelen.

De DSM-V, het classificatiesysteem in de psychiatrie, spreekt over verschillende angststoornissen die kunnen voorkomen. Een gemeenschappelijk kenmerk van de verschillende angststoornissen is dat er sprake is van bovenmatige angst.

De DSM-V onderscheidt de volgende angststoornissen:

- Separatieangststoornis
- Selectief mutisme
- Specifieke fobie
- Sociale-angststoornis (sociale fobie)
- Paniekstoornis
- Agorafobie
- Gegeneraliseerde-angststoornis
- Angststoornis door een middel/medicatie
- Angststoornis door een somatische aandoening
- Andere gespecificeerde angststoornis
- Ongespecificeerde angststoornis

6.2 Hulpvraag angststoornissen

Angststoornissen hebben een grote impact op het functioneren van de hulpvrager en op de directe personen in zijn omgeving. De hulpvraag kan betrekking hebben op de aanwezige klachten, maar zal vaak ook andere problemen betreffen. Dit zijn onder andere met de angststoornis gepaard gaande (chronische) depressieve klachten, (psychogene) lichamelijke klachten, arbeidsproblemen, relatieproblemen, slaapstoornissen, nachtmerries en/of verslavingsproblematiek.

De hulpvraag kan gericht zijn op het opheffen van de angstverschijnselen als zodanig, het verkrijgen van hulp bij de omgang met de angstverschijnselen (controle krijgen over de angst door het opdoen van nieuwe coping strategieën) of zich concentreren op de negatieve consequenties van de angststoornis voor het sociaal en maatschappelijk functioneren van de betrokkene en op het hoe deze te reduceren.

6.3 Behandelingen angststoornissen

Bij het behandelen van Angststoornissen wordt gebruikgemaakt van de behandelingen zoals beschreven binnen hoofdstuk 5 Behandeling- en therapievormen.

De Regiebehandelaar (GZ-Psycholoog en/of Psychiater) beslissen in goede samenspraak met de behandelaar/behandelaren over de behandelvorm(en) die bij de Angststoornis(sen) van de desbetreffende cliënt binnen het Generieke Schema Zorgpaden SGGZ zullen worden ingezet, mits de cliënt zich daar ook in kan vinden. Indien nodig wordt daarbij door de Regiebehandelaren ook een volgorde van de toe te passen behandelvormen aangegeven

6.4 Zorgpaden angststoornissen GBGGZ en SGGZ

Zie terug onder 3.6 Zorgpad GBGGZ en 4.3 Schema Generieke Zorgpaden Gespecialiseerde GGZ.

Hoofdstuk 7 – Depressieve-stemmingsstoornissen

7.1 Inleiding

Iedereen voelt zich wel eens somber. Vaak zeggen mensen dat ze 'een dipje' hebben, zich 'depressief' of 'down' voelen. Deze gevoelens kunnen opkomen nadat iemand een ruzie heeft gehad, als er een dierbaar iemand is overleden of wanneer iemand zijn/haar baan heeft verloren. Meestal trekt zo'n somberheid binnen beperkte tijd vanzelf weer weg. Er kan gezegd worden dat dit bij het leven hoort. Echter is het bij sommige mensen meer dan alleen somberheid. Bij deze mensen is er sprake van een langdurig gevoel van ernstige somberheid en neerslachtigheid. Ze verliezen hun interesse in dingen die ze eerder plezierig vonden en zij hebben nergens meer zin in. Ze voelen zich gedurende het grootste gedeelte van de dag somber, moe en futloos. Ook al hebben ze nog zoveel mensen om zich heen kunnen ze zich ontzettend eenzaam voelen. Wellicht is er sprake van gedachten over de dood en over het plegen van suicide. Wanneer iemand weken en soms maandenlang last heeft van een dergelijke zwaarmoedige stemming, is er sprake van een depressie. Een depressie is een van de meest voorkomende psychische stoornissen. Het betreft hier een stemmingsstoornis. Een stemmingsstoornis is een verzamelnaam voor psychische aandoeningen waarbij de gemoedsstemming of emotie van de cliënt ziekelijk is verstoord of niet past bij de situatie waarin de cliënt verkeert.

Depressie (depressieve stoornis) kent verschillende vormen, waarbij de mate van ernst kan variëren van, licht, matig-ernstig en ernstig. Betreft het een ernstige chronische depressie waarbij ook nog eens sprake is van comorbide psychiatrische stoornissen dan betreft het een stoornis welke behandeld behoort te worden binnen de SGGZ.

De DSM-V onderscheidt de volgende Depressieve-stemmingsstoornissen:

- Disruptieve stemmingsdisregulatiestoornis
- Depressieve stoornis
- Persisterende depressieve stoornis (dysthymie)
- Premenstruele stemmingsstoornis
- Depressieve-stemmingsstoornis door een middel/medicatie
- Depressieve-stemmingsstoornis door een somatische aandoening
- Andere gespecificeerde depressieve-stemmingsstoornis
- Ongespecificeerde depressieve-stemmingsstoornis

7.2 Hulpvraag depressieve-stemmingsstoornissen

Depressieve-stemmingsstoornissen hebben een grote impact op het functioneren van de hulpvrager en op de directe personen in zijn omgeving. De hulpvraag kan betrekking hebben op de aanwezige klachten, maar zal vaak ook andere problemen betreffen. Dit zijn onder andere chronische depressieve klachten, (psychogene) lichamelijke klachten, arbeidsproblemen, relatieproblemen, slaapstoornissen, nachtmerries en/of verslavingsproblematiek. De hulpvraag kan gericht zijn op het opheffen van de verslechterde stemming als zodanig, het verkrijgen van hulp bij de omgang met de stemmingsstoornis (controle krijgen over de stemming door het opdoen van nieuwe copingstrategieën) of zich concentreren op de negatieve consequenties van de stemmingsstoornis voor het sociaal en maatschappelijk functioneren van de betrokkene en het werken aan de reductie daarvan.

7.3 Behandelingen depressieve-stemmingsstoornissen

Bij het behandelen van Depressieve-stemmingsstoornissen wordt gebruikgemaakt van de behandelingen zoals beschreven binnen hoofdstuk 5 – Behandel- en Therapievormen.

De Regiebehandelaar (GZ-Psycholoog en/of Psychiater) beslissen in goede samenspraak met de behandelaar/behandelaren over de behandelvorm(en) die bij de Depressieve-stemmingsstoornis van de desbetreffende cliënt binnen het Generieke Schema Zorgpaden SGGZ zullen worden ingezet, mits de cliënt zich daar ook in kan vinden. Indien nodig wordt daarbij door de Regiebehandelaren ook een volgorde van de toe te passen behandelvormen aangegeven.

7.4 Zorgpaden depressieve-stemmingsstoornissen GBGGZ en SGGZ

Zie terug onder 3.6 Zorgpad GBGGZ en 4.3 Schema Generieke Zorgpaden Gespecialiseerde GGZ.

Hoofdstuk 8 – Obsessief-compulsieve en verwante stoornissen

8.1 Inleiding

We hebben allemaal zo onze vaste gewoonten en routinehandelingen waar geen duidelijke noodzaak voor bestaat. Dit zijn meestal kleine handelingen waarna we onszelf tevreden over voelen. Bij een Obsessief-compulsieve stoornis (Dwangstoornis) is dat anders, het wordt niet als eigen beleefd ("egodystoon"), in tegendeel: het leven wordt erdoor beheerst. Een dwangstoornis wordt gekenmerkt door dwanggedachten (obsessies) en dwanghandelingen (compulsies).

Een obsessief-compulsieve stoornis (OCS of dwangstoornis) komt veel voor, men schat dat 1-2 % van de volwassen bevolking eraan lijdt. In een groot Nederlands onderzoek onder volwassenen van 18-64 jaar bleek de lifetime-prevalentie 0,9% (bij vrouwen 0,8%, bij mannen 0,9%). Het begin ligt gemiddeld rond het 22e jaar en in 65 % van de gevallen beginnen de klachten voor het 25e, vaak al in de vroege jeugd. Soms beginnen de klachten al rond het 5e levensjaar, bij minder dan 35 % ontwikkelen de klachten zich na het 35^e levensjaar. Bij minder dan 10% van de onbehandelde obsessief-compulsieve stoornissen nemen de klachten spontaan af. Uit meeste onderzoeken komt naar voren dat obsessief-compulsieve stoornissen bij mannen en vrouwen in gelijke mate voorkomen, hoewel enkele latere onderzoeken een groter aandeel van vrouwen vond.

De DSM-V onderscheidt de volgende Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen:

- Dwangstoornis
- Morfodysfore stoornis
- Verzamelstoornis
- Trichotillomanie (haaruittrekstoornis)
- Excoriatiestoornis (huidpulkstoornis)
- Obsessieve-compulsieve of verwante stoornis door een middel/medicatie
- Obsessieve-compulsieve of verwante stoornis door een somatische aandoening
- Andere gespecificeerde obsessieve-compulsieve of verwante stoornis
- Ongespecificeerde obsessieve-compulsieve of verwante stoornis

8.2 Hulpvraag obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen

Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen hebben een grote impact op het functioneren van de hulpvrager en op de directe personen in zijn omgeving. De hulpvraag kan betrekking hebben op de aanwezige klachten, maar zal vaak ook andere problemen betreffen. Vaak betreft de hulpvraag het leren beheersen van de dwanggedachten en dwanghandelingen en alternatief gedrag aanleren.

8.3 Behandelingen obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen

Bij het behandelen van Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen wordt gebruikgemaakt van de behandelingen zoals beschreven binnen hoofdstuk 5 – Behandel- en Therapievormen.

De Regiebehandelaar (GZ-Psycholoog en/of Psychiater) beslissen in goede samenspraak met de behandelaar/behandelaren over de behandelvorm(en) die bij de Obsessief-compulsieve of daarmee verwante stoornis van de desbetreffende cliënt binnen het Generieke Schema Zorgpaden SGGZ zullen worden ingezet, mits de cliënt zich daar ook in kan vinden. Indien nodig wordt daarbij door de Psychiater ook een volgorde van de toe te passen behandelvormen aangegeven.

8.4 Zorgpaden obsessief-compulsieve en verwante stoornissen SGGZ

Zie terug onder 4.3 Schema Generieke Zorgpaden Gespecialiseerde GGZ Deze stoornis wordt alleen behandeld in de SGGZ. Dit vanwege het lange traject dat eraan samenhangt.

Hoofdstuk 9 – Trauma- en stressorgerelateerde stoornissen

9.1 Inleiding

Spanningsbronnen of stressoren stellen de weerbaarheid en het aanpassingsvermogen van mensen zeer op de proef. Wanneer men deze stressoren als bedreigend ervaart, ontstaat stress. Dit gaat met tal van klachten en symptomen gepaard. Er kunnen stoornissen in het gevoelsleven optreden en allerlei lichamelijke klachten. Het meemaken van een trauma (een blootstelling aan een feitelijke of dreigende dood, ernstige verwonding of seksueel geweld) kan een hevige impact hebben op de betrokkene.

Naast de ernst en duur van de stressor, bepalen vooral de wijze waarop betrokkene hiermee omgaat (coping), bepaalde persoonlijkheidskenmerken en sociale ondersteuning of er een stoornis ontstaat. Bij de behandeling worden veelal eerst de spanningsklachten aangepakt en vervolgens het coping gedrag en de stressor zelf. Bij gecompliceerde rouw gaat het er om de rouwverwerking weer op gang te brengen, vooral door het vermijdingsgedrag en niet-helpende gedachten aan te pakken.

De DSM-V onderscheidt de volgende trauma- en stressor gerelateerde stoornissen:

- Reactieve hechtingsstoornis
- Ontremd-sociaalcontactstoornis
- Posttraumatische stressstoornis
- Acute stressstoornis
- Aanpassingsstoornissen
- Andere gespecificeerde trauma- of stressor gerelateerde stoornis
- Ongespecificeerde trauma- of stressor gerelateerde stoornis

9.2 Hulpvraag trauma- en stressorgerelateerde stoornissen

Bij trauma- en stressor gerelateerde stoornissen heeft de hulpvraag vooral betrekking op de reacties die vertoond worden op het meegemaakte voorval. De cliënten kunnen diverse klachten vertonen en hebben last van herbelevingen van de schokkende ervaring(en). Meestal is er ook sprake van vermijding van situaties of plekken wat in het dagelijks leven weer belemmeringen oplevert. De hulpvraag richt zich dan vooral op het verwerken van de traumatische ervaringen en het stabiliseren van het dagelijks leven. Daarnaast wordt er hierbij gewerkt aan het vermijdingsgedrag tegen te gaan.

9.3 Behandelingen trauma- en stressor gerelateerde stoornissen

Bij het behandelen van Trauma- en stressor gerelateerde stoornissen wordt gebruikgemaakt van de behandelingen zoals beschreven binnen hoofdstuk 5 – Behandel- en Therapievormen.

De Regiebehandelaar (GZ-Psycholoog en/of Psychiater) beslissen in goede samenspraak met de behandelaar/behandelaren over de behandelvorm(en) die bij de Trauma- en stressor gerelateerde stoornis van de desbetreffende cliënt binnen het Generieke Schema Zorgpaden SGGZ zullen worden ingezet, mits de cliënt zich daar ook in kan vinden. Indien nodig wordt daarbij door de Regiebehandelaren ook een volgorde van de toe te passen behandelvormen aangegeven.

9.4 Zorgpaden trauma- en stressorgerelateerde stoornissen GBGGZ en SGGZ

Zie terug onder 3.6 Zorgpad GBGGZ en 4.3 Schema Generieke Zorgpaden Gespecialiseerde GGZ.

Hoofdstuk 10 – Somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen

10.1 Inleiding

Bij de ontwikkeling van dit zorgprogramma is gebruik gemaakt van de Multidisciplinaire Richtlijn Somatisch Onvoldoende Verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK) en Somatoforme Stoornissen. De richtlijn is verschenen in 2010 en is ontwikkeld onder auspiciën van de Landelijke stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. We spreken van Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK) bij lichamelijke klachten die langer dan enkele weken duren en waarbij adequaat medisch onderzoek geen somatische aandoening oplevert die de klacht voldoende verklaart. Het zijn reële klachten waarvan de oorzaak (nog) niet bekend is. Bij sommige cliënten met lichamelijke klachten wordt wel een somatische aandoening gevonden, maar zijn de klachten ernstiger of langduriger ofwel beperken ze het functioneren sterker dan op grond van de aandoening te verwachten is. Ook dan spreken we van SOLK. Daarom staat in de definitie van SOLK niet 'somatisch onverklaarbaar...', maar 'somatisch onvoldoende verklaarbaar...'.

Mensen ervaren bijna dagelijks allerlei signalen in hun lichaam die zij, afhankelijk van de hinder of ongerustheid die de signalen opleveren, als klachten duiden. Voor een deel van deze klachten bestaan eenvoudige fysiologische verklaringen, zoals hartkloppingen bij iemand die opgejaagd is, voor een ander deel is een onderliggend pathofysiologisch mechanisme waarschijnlijk. Voor een groot deel van de klachten vinden artsen echter geen bevredigende verklaring. Bij deze laatste categorie is het de vraag hoe ver er moet worden gegaan bij het uitsluiten van een lichamelijke oorzaak voor de klachten. In principe kan elke klacht, of het nu gaat om duizeligheid, buikpijn of hoofdpijn, berusten op een fysiologisch of een pathofysiologisch proces, maar het kan ook onderdeel zijn van het brede palet van de SOLK. Een eenvoudig diagnostisch algoritme is dan ook niet op te stellen. Lichamelijke klachten kunnen ook uiting zijn van een depressie of angststoornis, waarbij nogal eens de lichamelijke klachten op de voorgrond staan.

Het beloop van SOLK is erg variabel, bij een aanzienlijk deel van de mensen verdwijnen de klachten na verloop van tijd weer, maar bij 10-30% verergeren de klachten. Het identificeren van mensen bij wie het risico bestaat voor een ongunstig beloop is een belangrijk onderdeel van het diagnostisch proces.

De DSM-V onderscheidt de volgende somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen:

- Somatisch-symptoomstoornis
- Ziekteangststoornis
- Conversiestoornis
- Psychische factoren die somatische aandoeningen beïnvloeden
- Nagebootste stoornis (pathomimie)
- Andere gespecificeerde somatisch-symptoomstoornis of verwante stoornis
- Ongespecificeerde somatisch-symptoomstoornis of verwante stoornis

10.2 Hulpvraag somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen

Somatische stoornissen hebben een grote impact op het functioneren van de hulpvrager en op de directe personen in zijn omgeving. De hulpvraag kan betrekking hebben op de aanwezige klachten, maar zal vaak ook andere problemen betreffen. Dit zijn onder andere chronische lichamelijke klachten, arbeidsproblemen, relatieproblemen, slaapstoornissen, nachtmerries en/of verslavingsproblematiek. De hulpvraag kan gericht zijn op het opheffen van de lichamelijke klachten als zodanig, het verkrijgen van hulp bij de omgang met de lichamelijke klachten (controle krijgen over de pijn/klachten door het opdoen van nieuwe copingstrategieën) of zich concentreren op de negatieve consequenties van de somatoforme stoornis voor het sociaal en maatschappelijk functioneren van de betrokkenen en het werken aan de reductie daarvan. Er kan geleerd worden met de lichamelijke klachten om te gaan. Ook is er een behandeling voor emotionele klachten (angst, somberheid) als gevolg van de lichamelijke klachten mogelijk. Afhankelijk van de ernst van de klachten en de impact daarvan op het leven, wordt de aard van de behandeling van de somatoforme stoornis bepaald.

10.3 Behandelingen somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen

Bij het behandelen van Somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen wordt gebruikgemaakt van de behandelingen zoals beschreven binnen hoofdstuk 5 – Behandel- en Therapievormen.

De Regiebehandelaar (GZ-Psycholoog en/of Psychiater) beslissen in goede samenspraak met de behandelaar/behandelaren over de behandelvorm(en) die bij de Somatisch-symptoomstoornis of daarmee verwante stoornis van de desbetreffende cliënt binnen het Generieke Schema Zorgpaden SGGZ zullen worden ingezet, mits de cliënt zich daar ook in kan vinden. Indien nodig wordt daarbij door de Regiebehandelaren ook een volgorde van de toe te passen behandelvormen aangegeven.

10.4 Zorgpaden somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen GBGGZ en SGGZ.

Zie terug onder 3.6 Zorgpad GBGGZ en 4.3 Schema Generieke Zorgpaden Gespecialiseerde GGZ.

Hoofdstuk 11 – Schizofreniespectrum en andere psychotische stoornissen

11.1 Inleiding

Schizofrenie is een ernstige psychiatrische aandoening welke ongeveer één op de honderd mensen overkomt. De aandoening komt voor in de hele wereld en alle lagen van de bevolking en treft iets meer mannen dan vrouwen. Meestal openbaart schizofrenie zich voor het eerst in de leeftijd van zestien tot vijfendertig jaar. Schizofrenie kenmerkt zich o.m. door het optreden van psychoses. Dit zijn perioden waarin het contact met de realiteit ernstig is verstoord. Niet iedereen die een psychose doormaakt heeft schizofrenie. Daarvan spreken we pas als de psychose lang duurt of vaker optreedt en iemand in de tussenliggende tijd niet goed functioneert. Niet iedereen heeft ook dezelfde symptomen of ervaart dezelfde problemen.

Wij baseren ons bij de behandeling van Schizofreniespectrum en andere psychotische stoornissen op evidence based Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie. Hierin worden onder meer de belangrijkste behandeladviezen, aanbevelingen en handelingsinstructies voor de diagnostiek en behandeling van volwassen cliënten met schizofrenie beschreven. Op basis van deze Multidisciplinaire Richtlijn geeft onze Regiebehandelaar Psychiater in samenspraak met onze GZ-Psycholoog o.a. adviezen en instructies aan de behandelaren over de toe te passen behandelingen. Ook worden er op basis van de Multidisciplinaire Richtlijn door de Psychiater en GZ-Psycholoog aanbevelingen gedaan welke binnen onze instelling kunnen worden benut ten behoeve van de diverse zorgprogramma's binnen onze instelling, waaronder ook aanbevelingen welke relevant zijn voor onze maatschappelijke en social workers. In de richtlijnen speelt de inbreng van de cliënten een belangrijke rol.^{1 2}

De DSM-V onderscheidt de volgende Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen:

- Schizotypische (persoonlijkheids)stoornis
- Waanstoornis
- Kortdurende psychotische stoornis
- Schizofreniforme stoornis
- Schizofrenie
- Schizoaffectieve stoornis
- Psychotische stoornis door een middel/medicatie
- Psychotische stoornis door een somatische aandoening
- Katatonie bij een andere psychotische stoornis (katatonie als specificatie)
- Katatone stoornis door een somatische aandoening
- Ongespecificeerde katatonie
- Andere gespecificeerde schizofreniespectrum- of andere psychotische stoornis
- Ongespecificeerde schizofreniespectrum- of andere psychotische stoornis

11.2 Waar gaat deze richtlijn over?

De Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie richt zich op wat volgens de huidige maatstaven de beste zorg is voor cliënten met schizofrenie. In de richtlijn komen de volgende onderwerpen aan de orde, welke van belang zijn voor een protocollair behandelingsstelsel:

- Intake
- Diagnostiek
- Biologische behandelingen
- Psychosociale interventies
- Zorg, begeleiding en ervaringsdeskundigheid
- Maatschappelijke participatie/rehabilitatie
- Zorgorganisatie bij behandeling schizofrenie
- Meer betrokkenheid familie en/of naaste omgeving
- Preventiezorg

¹ <http://www.med-info.nl/Richtlijnen/Geestelijk%20-%20Gedragsstoornissen/Schizofrenie.pdf>

² <https://www.trimbos.nl/docs/1f841ee3-3530-441b-9aaf-d9f4c89d4b81.pdf>

11.3 Voor wie is deze richtlijn bedoeld?

Deze richtlijn is bestemd voor alle zorgverleners die betrokken zijn bij de zorg voor cliënten met schizofrenie.

11.4 Voor cliënten

Wij bieden cliënten met schizofrenie o.a. psycho-educatie en wijzen hen ook op een cliëntenversie van de richtlijn schizofrenie.

Schizofrenie is een ernstig invaliderende psychiatrische stoornis. Cliënten die lijden aan schizofrenie maken een langdurende psychose of meerdere psychosen door. Een psychose is een psychische aandoening, waarbij de cliënt het normale contact met de werkelijkheid kwijt is. Kenmerkende symptomen die tijdens een psychose optreden zijn: wanen, hallucinaties, onsamenhangende spraak of bizarre bewegingsstoornissen (katatonie). Daarnaast treden verschijnselen op als angst, depressie, opwinding en agressiviteit.

Bij schizofrenie vertonen cliënten ook symptomen in de periodes tussen de psychosen. Het gaat dan om symptomen zoals spraakarmoede (korte zinnen met een minimum aan woorden), initiatiefverlies, verminderd gevoelsleven, sociale teruggetrokkenheid, traag denken en bewegen en stoornissen in concentratie, geheugen en planning.

Bij 10 tot 20 procent van de bevolking komen wel eens psychotische of psychoseachtige verschijnselen voor. Vaak hoeven deze mensen geen behandeling. Er is pas sprake van schizofrenie als een cliënt langdurig slecht functioneert, waardoor behandeling nodig is. Het aantal cliënten met schizofrenie in Nederland wordt geschat op 120.000.

11.5 Behandelingen Schizofreniespectrum en andere psychotische stoornissen

Bij het behandelen van Schizofreniespectrum en andere psychotische stoornissen wordt gebruikgemaakt van de behandelingen zoals beschreven binnen hoofdstuk 5 – Behandeling- en Therapievormen.

De Regiebehandelaar (Psychiater) beslist in overleg met de GZ-Psycholoog en in goede samenspraak met de behandelaar/behandelaren over de behandelvorm(en) die bij de stoornis van de desbetreffende cliënt binnen het Generieke Schema Zorgpaden SGGZ zullen worden ingezet, mits de cliënt zich daar ook in kan vinden. Indien nodig wordt daarbij door de Psychiater ook een volgorde van de toe te passen behandelvormen aangegeven.

Aanvullende opmerkingen:

- Tijdens en/of direct na het diagnostisch consult wordt cliënt gezien door de Psychiater welke de definitieve diagnose stelt
- De Psychiater is tevens verantwoordelijk voor de het geven behandeladviezen en daarmee voor de invulling van het behandelplan. Hierbij moet worden gedacht aan psycho-educatie, voorlichting over de aandoening, voorlichting en hulp om met de aandoening om te leren gaan (zelfmanagement), psychotherapie, toe te passen behandelmethoden, adviezen t.b.v. het cliëntensysteem e.d.)
- Naast ventilerende een therapeutische behandeling krijgt cliënt ook medicatie van onze Psychiater. Elke cliënt wordt er direct op geattendeerd dat men tijdens behandelingen en het gebruiken van de medicatie absoluut geen alcohol en/of drugs dient te gebruiken. Gebruikt cliënt middelen dan wordt de cliënt aangeraden om daarmee te stoppen of, indien dat voor cliënt heel moeilijk ligt, om ermee te minderen. Ook tijdens de behandeling krijgt cliënt medicatie van onze Psychiater om de verschijnselen te verminderen.
- Als cliënt kinderen en/of een vaste partner heeft (dit wordt duidelijk tijdens de intake) bespreekt onze Psychiater ook hoe het bij hem/haar thuis gaat. Schizofrenie is een aandoening welke heel ernstige vormen kan aannemen, waarbij de mogelijkheid bestaat dat cliënt zichzelf of andere mensen in gevaar brengt. Dan kan het nodig zijn dat hij/zij tijdelijk in een ziekenhuis of een psychiatrische kliniek wordt opgenomen voor een intensieve behandeling.

11.6 Zorgpaden Schizofreniespectrum en andere psychotische stoornissen SGGZ

Zie terug onder 4.3 Schema Generieke Zorgpaden Gespecialiseerde GGZ.

11.7 Meer informatie over Schizofrenie

- Meer informatie over schizofrenie is te vinden op de website van GGZ Standaarden; GGZ-standaarden vind je drie typen kwaliteitsstandaarden: zorgstandaarden, richtlijnen en generieke modules.³
- Ypsilon is een vereniging van familieleden van mensen met een verhoogde kwetsbaarheid voor psychose, opgericht in 1984. De vereniging telt zo'n 5.000 leden. Ypsilon is een landelijke vereniging met 45 afdelingen verspreid over het land. Ypsilon behartigt de belangen van familie en patiënt, geeft voorlichting en informatie en organiseert lotgenotencontact.⁴

³ <https://www.ggzstandaarden.nl/richtlijnen/dubbele-diagnose-richtlijn-2008/3-specifieke-combinaties-van-psychopathologie-en-middelengebruik/3-2-schizofrenie/aanbevelingen-conclusies>

⁴ https://www.ypsilon.org/alles_over_schizofrenie

Hoofdstuk 12 – Bipolaire stemmingsstoornissen

12.1 Inleiding

Bij een bipolaire stoornis heeft cliënt last van heftige stemmingswisselingen. Manische en depressieve periodes wisselen elkaar af. Tijdens een manische periode wordt cliënt opmerkelijk druk, vrolijk en wil deze onmogelijk veel plannen maken. Doorgaans houdt deze intense vrolijkheid geen verband met wat er op dat moment in zijn/haar leven gebeurt. Dat geldt ook voor een depressieve periode. Uit het niets kan een extreme neerslachtigheid hem/haar overmeesteren.

De symptomen van een neerslachtige periode komen overeen met die van een gewone (unipolaire) depressie. In de periode tussen twee extreme stemmingen voelt en gedraagt men zich meestal normaal. Een bipolaire stoornis begint meestal tussen het 15^e en 24^e levensjaar.

De DSM-V onderscheidt de volgende Bipolaire stoornissen:

- Bipolaire-I-stoornis
- Bipolaire-II-stoornis
- Cyclothyme stoornis
- Bipolaire-stemmingsstoornis door een middel/medicatie
- Bipolaire-stemmingsstoornis door een somatische aandoening
- Andere gespecificeerde bipolaire-stemmingsstoornis
- Ongespecificeerde bipolaire-stemmingsstoornis

12.2 Kenmerken Bipolaire stemmingsstoornissen

Bij een bipolaire stoornis heeft cliënt manische en depressieve periodes.

In een manische periode is een cliënt veel opgewekter, actiever en zelfverzekerder dan hij/zij gewend is. Of men voelt zich opgejaagd, doet dingen zonder er goed over na te denken en wordt sneller boos dan normaal.

In een depressieve periode is hij/zij somber en passief. Hij/zij voelt zich waardeloos en heeft geen energie om dingen te doen.

12.3 Manisch depressief

Een bipolaire stoornis is een stemmingsstoornis en wordt ook wel een manische depressie genoemd. De twee extreme stemmingen, ofwel 'polen', wisselen elkaar af. Er zit geen patroon in het ontstaan en de duur van de periodes. Soms komt een manie of een depressie in een dag opzetten, soms ontstaat een extreme stemming geleidelijk. Ook de ernst van de klachten verschilt per periode.

12.4 Bipolaire stoornis type 1 en type 2

Er zijn twee veelvoorkomende bipolaire stoornissen: type 1 en type 2. Bij het 'klassieke' type 1 heeft men minstens een keer last gehad van een manische periode, afgewisseld met ernstige depressies. Bij een bipolaire stoornis type 2 is er sprake van depressieve periodes afgewisseld met hypomane periodes. Een hypomanie is een milde variant van een manie. De vrolijke en opgewonden stemming is moeilijk te onderscheiden van 'normale' opwindings. Ook zijn de klachten hierbij niet zo erg dat men in/haar algemeen functioneren wordt verstoord.

De ernst van de manie bij een bipolaire stoornis kan dus variëren. Dat geldt ook voor de depressieve periode. Een depressie kan zich ook uiten in milde depressieklachten, die erg lang aanhouden. In dat geval spreken we van een dysthyme stoornis.

12.5 Oorzaken bipolaire stoornis

Het is (nog) niet bekend wat de oorzaken van een bipolaire stoornis zijn. Oorzaken welke vaak worden genoemd zijn:

- Erfelijkheid: Twee derde van de mensen die manisch depressief zijn, hebben een familiaal met een stemmingsstoornis.
- 'Uitlokkende' en/of sociale factoren: stressvolle gebeurtenissen, veranderingen in het dag- en nachtritme, een lichamelijke ziekte, gebruik van alcohol en drugs, e.d.
- Psychische factoren. Bepaalde karaktereigenschappen of denkpatronen kunnen invloed hebben op het manifest worden van een manisch depressieve stoornis.

PsyM onderzoekt o.m. welke voor risicofactoren er bij de cliënt hebben bijgedragen aan de ontwikkeling van een Bipolaire stoornis. Zo kan er bijvoorbeeld in de familie van cliënt sprake zijn van een erfelijke belasting, maar onderzoeken wij ook of er andere uitlokkende of psychische factoren een rol hebben gespeeld bij het ontstaan en/of het ontwikkelen van een Bipolaire stoornis. Hoe iemand het de stoornis van zijn/haar ouders erft, is nog onbekend. Er zijn verder nog geen geschikte testonderzoeken, waaruit kan blijken of de oorzaak erfelijk is of niet, dus men kan het niet laten testen met bijvoorbeeld DNA-onderzoek. Spannende of stressvolle situaties e.d. kunnen ervoor zorgen dat men een depressie of manie krijgt. Maar dat gebeurt in het algemeen alleen als men daar gevoelig voor is.

12.6 Symptomen bipolaire stoornis

Hierna volgt allereerst een opsomming van de bekende verschijningsvormen van de Bipolaire stoornis:

- Sommige mensen hebben af en toe een manie of depressie.
- Sommige mensen hebben naast depressies alleen hypomanieën, maar nooit een ernstige manie.
- Sommige mensen krijgen eerst een manische periode en daarna een depressieve periode. Bij anderen is het andersom.
- Sommige mensen hebben periodes waarin ze verschijnselen hebben van manie én van depressie. We noemen dit gemengde periodes.

Tussen de periodes door voelen de meeste mensen zich lange tijd normaal. Bij een klein aantal mensen volgen de manieën en depressies elkaar snel op.

Er zijn verschillende kenmerken en symptomen die erop kunnen wijzen dat er sprake zou kunnen zijn van een bipolaire stoornis.

Mogelijke symptomen welke kenmerkend zijn voor manie: extreem uitgelaten, overdreven vrolijk en druk, impulsief, snel geprikkeld, wanen of hallucinaties

Mogelijke symptomen welke kenmerkend zijn voor depressie: neerslachtig, moe, somber, geen contact met anderen willen e.d.

12.7 Behandeling Bipolaire stemmingsstoornissen

Bij het behandelen van Bipolaire stemmingsstoornissen wordt gebruikgemaakt van de behandelingen zoals beschreven binnen hoofdstuk 5 – Behandel- en Therapievormen.

De Regiebehandelaar (Psychiater) beslist in overleg met de GZ-Psycholoog en in goede samenspraak met de behandelaar/behandelaren over de behandelvorm(en) die bij de stoornis van de desbetreffende cliënt binnen het Generieke Schema Zorgpaden SGGZ zullen worden ingezet, mits de cliënt zich daar ook in kan vinden. Indien nodig wordt daarbij door de Psychiater ook een volgorde van de toe te passen behandelvormen aangegeven.

Aanvullende opmerkingen:

- Tijdens en/of direct na het diagnostisch consult wordt cliënt gezien door de Psychiater welke de definitieve diagnose stelt
- De Psychiater is tevens verantwoordelijk voor de het geven behandeladviezen en daarmee voor de invulling van het behandelplan. Hierbij moet worden gedacht aan psycho-educatie, voorlichting over de aandoening, voorlichting en hulp om met de aandoening om te leren gaan (zelfmanagement), psychotherapie, toe te passen behandelmethoden, adviezen t.b.v. het cliëntensysteem e.d.)
- Naast ventilerende een therapeutische behandeling krijgt cliënt ook medicatie van onze Psychiater. Elke cliënt wordt er direct op geattendeerd dat men tijdens behandelingen en het gebruiken van de medicatie absoluut geen alcohol en/of drugs gaat gebruiken. Gebruikt cliënt middelen dan wordt de aangeraden om daarmee te stoppen of te minderen. Ook tijdens de behandeling krijgt cliënt medicatie van onze Psychiater om de verschijnselen te verminderen.

12.8 Zorgpaden Bipolaire stemmingsstoornissen SGGZ

Zie terug onder 4.3 Schema Generieke Zorgpaden Gespecialiseerde GGZ.

12.9 Meer informatie over de Bipolaire stoornis

- **Plusminus**
Plusminus is de vereniging voor mensen met een bipolaire stoornis en hun betrokkenen. De vereniging is in 1987 opgericht door Fred Bos, toen nog onder de naam Nederlandse Stichting voor Manisch Depressieven. In 1999 veranderde de stichting in een vereniging met een nieuwe naam: Vereniging Manisch Depressieven en Betrokkenen. Omdat de term 'bipolair' ('tweepolig') de term 'manisch-depressief' steeds vaker vervangt, is de naam van de vereniging gewijzigd in plusminus – leven met bipolariteit.⁵
- **Nederlandse vereniging voor Psychiatrie**
De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) is een ledenvereniging van, voor en door psychiaters.⁶
- **KenBis**
KenBiS, het Kenniscentrum Bipolaire Stoornissen, streeft ernaar in Nederland de zorg voor mensen met een bipolaire stoornis te verbeteren.⁷
- **GGZ Standaarden**
Op GGZ Standaarden vind je drie typen kwaliteitsstandaarden: zorgstandaarden, richtlijnen en generieke modules.⁸

⁵ <https://plusminus.nl/wat-is-een-bipolaire-stoornis/>

⁶ <https://www.nvvp.net/website/patienteninformatie/aandoeningen-/bipolaire-stoornis>

⁷ <https://www.kenniscentrumbipolairestoornissen.nl/bipolaire-stoornis/>

⁸ <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/bipolaire-stoornissen/introductie>

Hoofdstuk 13 – Persoonlijkheidsstoornissen

13.1 Inleiding

Een persoonlijkheidsstoornis is algemene term voor een star patroon van persoonlijkheidstrekken, waardoor het individu onvoldoende in staat is zijn gedrag aan te passen aan wisselende omstandigheden. Dit leidt tot omvangrijke en terugkerende problemen in relaties, werk en sociale leven. De persoon in kwestie voelt vaak niet meer de vrijheid om flexibel te reageren op de eisen van alledag. Het denken en waarnemen zijn vaak sterk gekleurd en zo kan diegene op een vervormde manier kijken naar zichzelf en de omgeving. De beleving en uiting van gevoelens zijn vaak verstoord, zoals bijvoorbeeld sterk wisselende of te intense emoties. Vaak gaat dat gepaard met terugkerende moeilijkheden in de beheersing van de eigen impulsen. Alle mensen met persoonlijkheidsstoornissen ervaren moeilijkheden in contact met anderen en lopen vaak vast op verschillende terreinen van hun leven.

De DSM-V onderscheidt de volgende persoonlijkheidsstoornissen:

- Paranoïde-persoonlijkheidsstoornis
- Schizoïde-persoonlijkheidsstoornis
- Schizotypische-persoonlijkheidsstoornis
- Antisociale-persoonlijkheidsstoornis
- Borderline-persoonlijkheidsstoornis
- Histrionische-persoonlijkheidsstoornis
- Narcistische-persoonlijkheidsstoornis
- Vermijdende-persoonlijkheidsstoornis
- Afhankelijke-persoonlijkheidsstoornis
- Dwangmatige-persoonlijkheidsstoornis
- Persoonlijkheidsverandering door een somatische aandoening
- Andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis
- Ongespecificeerde persoonlijkheidsstoornis

13.2 Hulpvraag persoonlijkheidsstoornissen

Cliënten met persoonlijkheidsstoornissen ervaren vooral problemen in relaties en met het dagelijks leven stabiel te houden. De hulpvraag heeft vooral betrekking op een verklaring vinden voor hun gedrag en op het leren om op een andere en betere manier met hun gedrag om te gaan.

13.3 Behandelingen persoonlijkheidsstoornissen

Bij het behandelen van persoonlijkheidsstoornissen wordt gebruikgemaakt van de behandelingen zoals beschreven binnen hoofdstuk 5 – Behandel- en Therapievormen.

De Regiebehandelaar (GZ-Psycholoog en/of Psychiater) beslissen in goede samenspraak met de behandelaar/behandelaren over de behandelvorm(en) die bij de Persoonlijkheidsstoornis(sen) van de desbetreffende cliënt binnen het Generieke Schema Zorgpaden SGGZ zullen worden ingezet, mits de cliënt zich daar ook in kan vinden. Indien nodig wordt daarbij door de Regiebehandelaren ook een volgorde van de toe te passen behandelvormen aangegeven.

13.4 Zorgpaden Persoonlijkheidsstoornissen SGGZ

Zie terug onder 4.3 Schema Generieke Zorgpaden Gespecialiseerde GGZ.

Voor persoonlijkheidsstoornissen worden langere trajecten ingezet. Daarom worden cliënten met de hoofddiagnose persoonlijkheidsstoornissen niet ingedeeld in de GBGGZ. Deze cliënten krijgen gelijk zorg in de SGGZ aangeboden (Zie ook zorgwijzer bij deel B). PsyM hanteert een uitsluitingscriteria voor cliënten onder 18 jaar. Cliënt kan vanaf 18 jaar terecht voor behandeling en therapieën.

Slotwoord

PsyM is zich sinds haar oprichting tot op heden verder aan het ontwikkelen om daarmee haar dienstverlening steeds meer te verbeteren. PsyM kan wat dit betreft bogen op jarenlange ervaring in het GGZ-vakgebied. Relevant is voor ons dat de zorgvraag van cliënten/cliënten met een etnische culturele achtergrond heel veel kennis en kundigheid vereist. PsyM werkt er om die reden voortdurend aan om het team in staat te stellen om zich verder te ontwikkelen en draagt er ook zorg voor dat wij de beschikking krijgen over steeds meer middelen om ons werk professioneel uit te kunnen voeren.

Elk jaar wordt er op basis van de noodzakelijke zorgvraag en de ontwikkelingen welke zich binnen de organisatie en in het werkveld hebben voorgedaan een bedrijfsplan opgesteld, waarin de ontwikkelingsbehoefte in de komende jaren helder in beeld wordt gebracht, waarbij ook wordt vastgesteld hoe wij onze deskundigheid verder kunnen verbeteren. Wij beoordelen daarbij niet alleen in hoe het intern allemaal draait, maar kijken ook om ons heen en oriënteren ons er doorlopend op wat er op het sociaal-maatschappelijke vlak en in de hulpverlening om ons heen gebeurt (of juist niet gebeurt, maar waar aan de kant van onze cliënten mogelijk wel behoefte aan is). De verwachting is dat PsyM tussen nu en over 2 jaar (2022) in staat is om eigen GGZ-personeel zelfstandig te gaan opleiden. Er lopen nu al wel Psychologen i.o. stage bij PsyM. Gezien schaarste aan GZ-Psychologen en overige gespecialiseerde therapeuten heeft PsyM haar personeelsbeleid aangepast naar meer flexibiliteit en streven wij daarbij tegelijkertijd naar meer zekerheid voor onze medewerkers. Het samenwerken met collega GGZ-instellingen, is voor ons de komende tijd een belangrijke optie om nog beter aan de zorgvraag te kunnen gaan voldoen.