

## Verslag eerste landelijke expertmeeting Langdurige klinische zorg

15 januari 2014, Etten-Leur

---

*Graag geven we u een indruk van de eerste landelijke expertmeeting Langdurige klinische zorg.*

*Tom van Mierlo, directeur behandeling van GGZ Breburg, opent de bijeenkomst. Hij licht toe dat een kleine initiatiefgroep deze expertmeeting heeft georganiseerd met de bedoeling bij collega-instellingen en partners te polsen of de tijd rijp is om, in navolging van de landelijke ontwikkeling van FACT en HIC, ook een dergelijke professionele standaard te ontwikkelen voor de langdurige klinische zorg. De grote opkomst lijkt een eerste indicatie voor de behoefte aan het gezamenlijk ontwikkelen van een gedeelde hernieuwde visie voor dit onderdeel van de ggz.*



*We stellen allereerst graag de initiatiefgroep aan u voor:*

*Nic Vos de Wael, beleidsmedewerker LPGGZ*

*Ria Trinks, familielid, Platform GGZ Utrecht, Werkgroep Langdurende zorg*

*Rob de Jong, divisie directeur GGZ Altrecht*

*Tom van Mierlo, directeur behandeling GGZ Breburg*

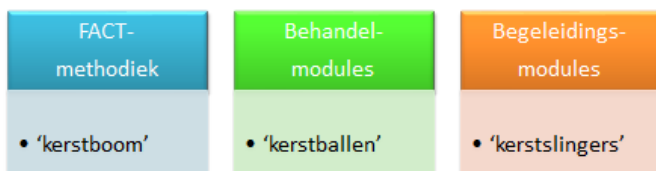
---

### Plenair gedeelte

#### Presentaties

In zijn presentatie legt Tom van Mierlo uit dat het doel van deze eerste landelijke expertmeeting eerst en vooral ligt in het polsen van de behoefte aan een landelijk ontwikkelde professionele standaard voor langdurige klinische ggz zorg. Al eerder is in Nederland voor ambulante zorg het FACT model ontwikkeld en voor klinische kortdurende behandeling het HIC concept. Dergelijke modellen richten ons professioneel handelen en helpen ons de kwaliteit van de zorg op een hoger peil te krijgen. Een professionele standaard bestaat in eerste instantie uit een gedeelde visie, een inhoudelijk kader. Daarna kunnen de erbij passende methodieken en evidence based practices gezocht en ontwikkeld worden. Ook hebben we van FACT en HIC geleerd dat vervolgens de ontwikkeling van een modelgetrouwheidschaal belangrijk is om ook concreet te maken hoe we te werk willen gaan en ook ons handelen kunnen toetsen. Daar waar bij het FACT model invulling is gegeven aan de 'kerstboom' (het model), en de 'kerstballen' (de behandelmodulen), zal bij langdurige klinische zorg het ook belangrijk worden om de begeleidingsmodulen die we 'kerstslingers' willen noemen te gaan ontwikkelen (zie model op volgende pagina).

## Model 'Voortgezet verblijf nieuwe stijl'



De empowerment van verpleegkundigen, woonbegeleiders, activiteitenbegeleiders, enz. is daarbij van belang. Het onderliggend fundament, we zouden kunnen spreken van de 'kleur van de kerstboom', vinden we in de herstelvisie.

De uitwerking van een model zal gaan over verschillende aspecten. De behandelcultuur, gebouwen, ervaringsdeskundigheid, triadisch werken, terugdringen dwang en drang, opschaling zorg, enz.

### Zes speerpunten

1. Een helende **mentale** omgeving
2. Een helende **fysieke** omgeving
3. Veel mogelijkheden voor **tijdsbesteding**
4. **Personeel**
5. **Werken in de triade**
6. **DD problematiek > specialisme**



Aanvullend wordt vanuit de zaal aandacht gevraagd voor rehabilitatie (GGZ Friesland heeft een zorgpad rehabilitatie ontwikkeld), gezondheid en somatiek (GGZ Centraal), en het benutten van de kracht van niet-professionals. De gelijkwaardigheid in de behandeling is een cruciaal thema, waar alle hulpverleners zich van bewust dienen te zijn.

Jaap van Weeghel wijst op ontwikkelingen buiten Nederland, bijvoorbeeld Engeland, en het belang van literatuurstudies.

Na de presentatie van Tom van Mierlo geeft Bram Berkvens, ervaringsdeskundige HIC en coördinator van het Centrum voor Herstel en Ervaringsdeskundigheid (CHE) van GGz Breburg, het belang aan van deze ontwikkeling vanuit cliëntenperspectief. Juist voor deze doelgroep, waarvan je volgens Bram zou kunnen zeggen dat zij vooral veel pech in het leven hebben gehad, moeten we de kwaliteit van de zorg verbeteren. Het wordt hoog tijd dat we daar aandacht aan gaan besteden. Bram pleit voor het inzetten van herstelondersteunende zorg, ervaringsdeskundigen en empowermentprogramma's. Daar valt nog een wereld te halen. Tijdens zijn eigen opnames heeft hij veel contact, en vooral ook lol gehad met medecliënten uit de langdurige zorg. Hij bewonderde hun scherpte en humor en vertelt over de

voetballende Chris, die zich door de effecten van medicatie gehinderd voelde in deze favoriete sport. En handig was geworden in het hanteren van de betonschaar ter bekostiging van zijn inmiddels ontwikkelde verslaving.



Ook Marieke Wollaars, coördinator zelfmanagement LPGGZ, ondersteunt het belang van een vernieuwende visie. Al in het HIC traject heeft de LPGGZ er op gewezen dat het juist voor de langdurige zorg nog belangrijker is om met elkaar de kwaliteit van de zorg te verbeteren dan het al voor FACT en HIC was. De LPGGZ heeft onlangs een landelijk programma van eisen geformuleerd vanuit cliënt- en familieperspectief voor de ggz. De eisen die voor de langdurige zorg zijn opgesteld kunnen als onderlegger voor dit initiatief goed gebruikt worden. Juist door de samenspraak met professionals kan dit gedachtengoed verder invulling krijgen en landen in de dagelijkse praktijk. Marieke presenteert op hoofdlijnen de items van het programma van eisen.

## Landelijk Platform GGz

Zorg vanuit cliënt- en familieperspectief



### Programma van Eisen

#### Criteria Langdurende zorg (1)

- Gelijkwaardige relatie met de behandelaar
- Zelfregie
- Aandacht voor wonen
- Zo min mogelijk dwang
- Aandacht voor veiligheid
- Betrekken van familie
- Jaarlijkse klachtenevaluatie

## Landelijk Platform GGz

Zorg vanuit cliënt- en familieperspectief



### Programma van Eisen

#### Criteria Langdurende zorg (2)

- Aandacht voor de lichamelijke gezondheid
- Hobby's en dagbesteding
- Medicatie
- Ervaringsdeskundigheid
- Sociale contacten en maatschappelijke participatie
- Informatievoorziening
- Samenwerking van hulpverleners met verschillende achtergrond

Tot slot vertelt Marlies Jehoel, verpleegkundig specialist van GGz Breburg, over de functie van een modelgetrouwheidsschaal. Wanneer we straks een gedeelde visie hebben en weten welke evidence based practices passend zijn voor de langdurige zorg, kunnen we hieronder ook een set van normen leggen. In het voor ons liggende landelijk traject zal daarom ook plaats gemaakt worden voor de ontwikkeling van een modelgetrouwheidsschaal in navolging van FACT en HIC. Binnen Breburg zijn we vooruitlopend daarop alvast eens gaan proberen of we dergelijke normen kunnen formuleren. Marlies presenteert de items waaraan je dan kunt denken.

- |  |                               |
|--|-------------------------------|
| ✓ Teamstructuur                                    | ✓ Professionalisering         |
| ✓ Teamproces                                       | ✓ BOPZ                        |
| ✓ Diagnostiek, behandeling<br>behandelinterventies | ✓ EPD                         |
| ✓ Zorgorganisatie                                  | ✓ Ruimtelijke vormgeving      |
| ✓ Monitoring                                       | ✓ Veiligheid                  |
|  | ✓ Terugdringen dwang en drang |

Volgens haar is het dan vervolgens de vraag of we ook een keuze moeten maken tussen de meer open zorg en de gesloten behandeling. Ze pleit in ieder geval voor het belang van samenwerking tussen beide onderdelen, zodat voor de cliënt continuïteit van zorg gegarandeerd wordt en het gemakkelijk is om tussen beide vormen van behandeling te switchen. Zo lang mogelijk in een eigen individueel appartement kunnen blijven wonen met opgeschaalde zorg zou daarbij het uitgangspunt moeten zijn. Vanuit de zaal wordt door Ria Trinks gewaarschuwd voor teveel regulering via checklists. Daarvan hebben we er al zoveel in de zorg die ons afleiden van echte aandacht en tijd voor de cliënt. Marlies legt uit dat een dergelijke schaal niet bestaat uit afvinklijsten maar richtinggevende normen die helderheid geven aan teams en waarop je, bijvoorbeeld eens in de drie jaar, middels een audit op getoetst wordt. Er komen juist normen in die de directe aandacht en zorg voor de cliënt moeten bevorderen.

Jaap van Weeghel geeft aan dat ook de rehabilitatiemethodieken (IRB, SHR, enz.) en IPS (individuele plaatsing en steun gericht op arbeidsrehabilitatie) opgenomen dienen te worden in een dergelijke schaal. Annelies Faber (LPGGZ) wijst op het belang om ook in situaties van crisis of gesloten opname aan herstel, en niet alleen stabilisatie, aandacht te blijven geven. Marlies beaamt dit.

### **Workshops**

Na deze presentaties gaan we aan het werk in een zestal workshops. Voor een terugkoppeling daarvan verwijst ik graag naar de bijlage (pagina's 7 t/m 10) van dit verslag. In elke groep is allereerst de vraag gesteld naar aanvullende opmerkingen over de presentaties voor de pauze. De volgende aanvullende opmerkingen zijn gemaakt:

- Er was te weinig aandacht voor de rol van ervaringsdeskundigen.
- Probeer zoveel mogelijk vakjargon te vermijden.
- De opmerking dat het vooral moet gaan om netwerkzorg i.p.v. ketenzorg wordt ondersteund.
- Tevens geldt dat voor de opmerkingen dat inzetten op herstel ook op de gesloten afdeling van belang is, en dat het niet alleen over verpleegkundige zorg gaat, maar over alle disciplines.
- Komt er ook aandacht voor de doelgroep senioren? Wij werken vooral met leefplannen en hebben veel aan ontwikkelingen in de sector van verzorgings- en verpleeghuizen.
- Een zinvolle dagbesteding is een belangrijk aspect en ook hoe we cliënten hiertoe kunnen motiveren.
- Leefstijl is essentieel aandachtspunt binnen langdurige klinische zorg.
- Mentaal en fysiek gezond leven.
- Huisvesting behoeft aandacht.
- Privéruimte zelf kunnen inrichten en voldoende vierkante meters.
- Variabele groepsruimte en individuele ruimte.
- Herstel als basis; niet alleen professionals.
- Opschalen van zorg.
- Belang van ervaringsdeskundigheid (zowel cliënten als familie).
- Beleid op ervaringsdeskundigheid (opleidingen, stages, enz.).
- Participatie buiten het terrein stimuleren (ook vanuit de gesloten afdeling). Ook buitenwereld binnen brengen.
- Graag ook aandacht voor 65+.
- Integratie van behandelen en begeleiden. Goed?
- Hoe bereik je echte gelijkwaardigheid?
- Eigen regie versus €.
- Aandacht voor de rol van verpleegkundigen en begeleiders.
- Aandacht voor de positie van ervaringsdeskundigheid.
- Kijken naar de HIC methodieken.
- Prima als er een professionele standaard komt. Dan gaan we nauwkeuriger kijken, genuanceerder en meer op basis van onderzoek. Een standaard beschrijving geeft overigens nog geen garantie. De belangen van de cliënt dreigen ondergesneeuwd te raken als professionals met allerlei standaarden bezig zijn. Het gevaar bestaat dat vooral alles op papier klopt, maar niet in de praktijk. Verpleegkundigen en andere professionals kunnen afhaken door alle regulering en registratiedruk. Zij kunnen ontmoedigd raken. Een standaard is dus prima, ALS het de kwaliteit van de zorg ook daadwerkelijk verbetert.
- Het verband tussen de kwaliteit van de zorg en de kwaliteit van leven van de cliënt moet middels onderzoek gefundeerd worden.

- Belangrijk om aan te geven om welke patiënten het gaat.
- Plaats familie niet in een aparte groep, maar praat met elkaar over deze thema's.
- Pas op met een schaal. Laat de schaal op outcome zijn en niet op voorschrijvende normen.
- Blijf creatief. Kom niet vast te zitten in een model. Zorg voor voldoende ruimte.
- Kijk naar de kwaliteit van leven in plaats van naar probleemgedrag.
- Aandacht voor zingeving is belangrijk.
- Uitdagend zijn en niet alleen op beheersing richten.
- VN rechten van de mens als uitgangspunt: participatie is een onvervreemdbaar recht voor mensen, ook wanneer er sprake is van een handicap.
- Hoeveel bedden denken we nodig te hebben en van welke aard?
- Ook aandacht besteden aan de meest intensieve groep.
- Doelgroepomschrijving is nodig in het te ontwikkelen model.
- Behandelen en begeleiden volgens de (nieuwe) richtlijnen en interventies.
- Zorg en begeleiding aanbieden waar nodig – en dat is waar de cliënt zich bevindt. M.a.w. op- en afschalen daar waar cliënt woont.
- Een gericht aanbod beschikbaar maken (breed).
- Op tempo van de patiënt.
- Implementatiepunten van de zorgverzekeraar (≠ de speerpunten van HIC).
- Van reactief naar proactief (bottom up).
- Het politieke veld is in beweging. Is het tijd om veldnormen op te stellen?
- Wat maakt het specialistisch? Gelijke terminologie, fasering, integraal aanbod (verpleegkundigen en behandelaren stemmen af).

### **Plenaire afsluitende discussie**

Na de workshops heeft in de zaal een afsluitende plenaire discussie plaatsgevonden. Frits Bovenberg, adviseur en trainer GGZ Consult, vraagt of er nu aan het eind van deze middag bij iedereen al dan niet het idee bestaat dat we de weg van dit landelijk traject in moeten slaan.

Hiervoor is veel commitment. Er wordt op aangedrongen dat de eerste stap moet zijn dat we een gedeelde visie ontwikkelen. Die hebben we nog niet en dat wordt een cruciale stap, want we hebben een visie, een groter verbindend kader nodig dat ons inspireert en waar cliënten en familieleden zich in kunnen vinden. Het duidelijk beschrijven van de doelgroep is daarbij ook van groot belang: wat maakt precies dat bepaalde mensen toch een klinische omgeving nodig hebben – in welke situatie zitten zij op dat moment. Daarbij dient de vraag zich aan of we überhaupt klinische zorg nodig hebben.

Ambulante zorg is het uitgangspunt en we moeten het “tenzij” daarbij goed omschrijven. Jaap van Weeghel geeft aan dat hiervoor al wel voldoende materiaal te vinden is in de uitkomsten van twee eerdere landelijke congressen (van LPGGZ en van Phrenos).

Betrek familieleden integraal en niet apart daarbij is het advies van Gee de Wilde, en heb ook aandacht (zeker gezien de WMO ontwikkelingen) voor de samenleving. Nodig externe partijen uit in dit traject (bijvoorbeeld gemeenten, UWV, woonstichtingen, RIBW, enz.). In dit kader wordt ook gewezen op de rol van onderaannemers, zoals een zorgboerderij, groenvoorziening of werkgevers die arbeidsplaatsen ter beschikking stellen.

Het cliëntenbureau van Zon en Schild waarschuwt voor scheiding van wonen en zorg: we hebben daar slechte ervaringen mee en zien die ontwikkeling niet in ons belang.

Ook wordt van belang geacht hoe verder onderzocht wordt hoe Triple C in dit model geplaatst wordt. Triple C, waar Altrecht veel ervaring mee heeft en resultaten mee behaalt. Dit wordt ook in het verdere traject meegenomen.

Tot slot wordt aangegeven dat we een groep experts zullen gaan samenstellen (ongeveer 20), die een eerste concept gaat ontwikkelen tijdens twee heidagen in het voorjaar. We denken voor de zomer de eerste contouren te kunnen presenteren. Daarna wordt feedback opgehaald tijdens een tweede expertmeeting. Vervolgens werkt de kleinere groep experts het model verder uit. Intentie is om te komen tot een werkboek.

Vanuit de zaal wordt aangegeven dat het belangrijk is om in de kleinere groep experts ook een goede vertegenwoordiging van cliënten en familieleden te hebben, En ook bedrijfskundige en financiële deskundigheid wordt belangrijk gevonden.

In deze plenaire ronde is gevraagd wie zich achter dit traject schaaft en verder wil meedenken in het vervolg van dit traject. Op dit moment hebben de volgende personen/organisaties zich gemeld:

- Kenniscentrum Phrenos: Jaap van Weeghel.
- GGZ Friesland: Charlotte Smits.
- GGZ InGeest: Annemieke van der Steenhoven.
- Emergis: Fryda Evertse.
- GGNet: Gerard van Winsum.
- Vincent van Gogh: Annemiek de Wit.
- Parnassia: Tineke Posthuma.
- GGZ Drenthe: Saskia Mensink/Vidya Rama.
- Trimbos instituut: Laura Neijmeijer.
- CCAF: Koen Westen.
- GGZ Centraal: Annelies Schram.
- Bavo Europoort: Peter Dries.
- Cliëntenraad Breburg: Esther van der Kruijssen en Tamara Wuite.
- GGz Breburg: Agaath Toes-Branderhorst
- Aanwezige Ypsilonleden zullen deze vraag voorleggen aan het landelijk bestuur van Ypsilon.
- GGZ Nederland wil betrokken worden en waar nodig het traject ondersteunen: Lilly Buurke.
- En uiteraard de initiatiefgroep: LPGGZ (Nic Vos de Wael), Platform GGZ Utrecht (Ria Trinks), Altrecht (Rob de Jong) en GGz Breburg (Tom van Mierlo).

Vanuit de zaal wordt geadviseerd om ook GGZ NHN, Dijk en Duin, Lentis, Platform ervaringswerkers en de forensische zorg te benaderen, en wellicht ook de verstandelijk gehandicaptenzorg. Jaap van Weeghel vraagt ook aandacht voor een goede afstemming met de landelijke werkgroep die momenteel in opdracht een plan van aanpak EPA schrijft n.a.v. het bestuurlijk akkoord.

Uiteraard worden alle aanwezigen het komend jaar geïnformeerd over de ontwikkelingen en wordt u wederom uitgenodigd voor een expertmeeting. Mocht u zich voor bovengenoemde lijst nog op willen geven na overleg in de eigen organisatie, dan kunt u zich melden bij José Timmermans ([j.timmermans@ggzbreburg.nl](mailto:j.timmermans@ggzbreburg.nl))

*We bedanken ieder voor zijn aanwezigheid en actieve bijdrage. Deze dag heeft gemaakt dat we met vertrouwen en veel enthousiasme als initiatiefgroep een landelijk traject gaan starten. Het was onmogelijk om alle uitspraken en reacties en namen in dit verslag te vermelden, maar we hopen hiermee wel de kern teruggekoppeld te hebben.*

Namens de initiatiefgroep

**Professionele standaard voor langdurige klinische zorg**

Tom van Mierlo

## Bijlage

### Uitkomsten workshops

#### 1. Herstel, eigen regie en zelfmanagement

*Bram Berkvens en Marij de Roos*

Herstel is de basis van de behandeling, en het perspectief van de cliënt is daarbij uitgangspunt. Via herstelassessments brengt de cliënt samen met de behandelaar zijn herstel-capaciteiten in beeld en wat nodig is om zelf verder te kunnen in het dagelijks leven.

De aanwezigen in workshop 1 zijn het eens met bovenstaande stelling. Herstel is het leren omgaan met nieuwe levensdoelen. We moeten dit persoonlijke proces van de cliënt vooral niet hinderen en echte belangstelling tonen. Maar ook leren loslaten dat het altijd 'beter' moet worden. Als een cliënt tevreden is met hoe hij leeft en waar hij nu staat, moet dat ook gerespecteerd worden. Het gaat er vooral om daarover in gesprek te blijven.

Onze kaders spreken veel cliënten helemaal niet aan. We moeten dus ook leren buiten onze eigen kaders te denken en handelen. Mensen kennis laten maken met andere mogelijkheden en omgevingen, kan stimuleren en van alles in gang zetten, maar laat het dan bij de cliënt om daar al dan niet iets mee te doen.

Veel tijd nemen, echt luisteren en aansluiten bij wat bij de cliënt zelf leeft.

Gek genoeg zijn veel faciliteiten die het gewone leven benaderen de laatste jaren juist weggefallen, bijvoorbeeld een eigen inventarisbudget of zelf je was (kunnen) doen of koken. Het dagelijks leven terug brengen is van belang. Hiermee pak je ook weer gewone rollen vanzelfsprekend op.

M.a.w. menselijkheid en dicht bij de cliënt blijven.

Daarna is benoemd welke onderdelen in de behandeling kunnen aansluiten bij Herstelondersteunende zorg. Genoemd werden:

- De vijf minuten methodiek.
- De ROPI.
- Het kwetsbaarheid/krachtmodel.
- De IRB.
- Motiverende gesprekstechnieken.
- IDDT.
- Community reinforcement coach.
- HEE aanbod door ervaringsdeskundigen: Herstellen doe je zelf, photovoice, enz.
- De 5 B's van SBWU: betrouwbaar, betrokken, bekwaam, bewust en betekenisgevend.
- Triadisch werken.
- Inzetten op alle levensgebieden en sociale rollen.
- Oplossingsgericht werken.
- Cursus herstelgericht leidinggeven.
- Presentiemodel van Baart.

Vervolgens is het belang van ervaringsdeskundigen genoemd. Hoe zetten we ervaringsdeskundigheid goed in en hoe werken professionals en ervaringsdeskundigen goed samen vanuit gelijkwaardigheid. Zij kunnen in teams een belangrijke rol vervullen. Voor professionals is het soms moeilijk om daarvoor open te staan. Hoe kunnen we ook de ervaringen van medewerkers zelf benutten en inzetten. Dit gebeurt nog niet zo open. Medewerkers zijn jarenlang getraind om juist afstand te houden, dus dat vraagt een hele ommezwaai.

Ook voor familie-ervaringsdeskundigheid is veel bijval. Zij kunnen andere familieleden steunen, medewerkers bewust maken en een brug slaan in de triade.

Minimaal twee ervaringsdeskundigen in een team, respijthuizen en gebruik maken van het HEE aanbod! Er is nog veel aandacht nodig voor borging en ondersteuning van ervaringsdeskundigheid.

Ervaringsdeskundigheid zou bovenop de formatie moeten komen, zodat ze zuiver kunnen blijven in die rol.

Herstelassessments: belangrijk om te valideren en in opleidingen meer aandacht aan te besteden. Alle medewerkers hierin scholen is van belang. Laat ambulante medewerkers ook van invloed zijn d.m.v. jobrotation. Dat geeft een gezondere cultuur binnen de langdurige klinische zorg.

## 2. Arbeid en activering

*Mario Tapia en Riebert Verheugen*

Stelling: elke cliënt binnen de langdurig klinische zorg werkt 20 uur per week.

Binnen Breburg willen we arbeid zien als een vanzelfsprekend onderdeel van de behandeling. We gaan uit van 20 uur werken (of activering) per week, met als motto dat werk herstelbevorderend is. We proberen dit beleid op een enthousiaste manier kenbaar te maken en vooral cliënten die hun werk belangrijk vinden aan het woord te laten.

Het is belangrijk om weer te ervaren dat je iets doet dat zinvol is en dat je erbij hoort en gewaardeerd wordt. Een financiële waardering is daarbij ook van belang. Je rol (weer) oppakken als iemand die werkt, vraagt van zowel cliënten als medewerkers aanpassing in gedrag. Het is nodig dat we coachen bij werk zoeken, vinden en behouden.

Medewerkers voelen zich belemmerd door tijd, geld en de mogelijkheden van de cliënt. Ook het medicatiebeleid kan belemmerend zijn. Voor deze aspecten is daarom aandacht nodig.

Bevorderende factoren:

- Meer de capaciteiten en talenten van cliënten benutten.
- Meer persoonlijk contact om stigma weg te nemen.
- Individueel cliënten begeleiden
- Het vuurtje dat bij iedereen wel aanwezig is aan zien te wakkeren (vraagt ook daadwerkelijke interesse).
- 'Goede' behandeling, behandeling waarin voldoende aandacht is voor werk.
- Aansluiten bij wat cliënt wil.
- Verleiden.
- Successen delen!
- Communicatie over waardevolle initiatieven (Jobspot bijvoorbeeld).

## 3. Betrekken van familie en triadisch werken

*Jacqueline Eilander, Annette Meywaard, Gee de Wilde en Ria Trinks*

Stelling: de familie/naastbetrokkene wordt intensief betrokken in het dagelijks leven van de cliënt en bij diens herstel, en er is sprake van wederkerigheid en gelijkwaardigheid.

*Wat is voor familie belangrijk als hun familie lid is opgenomen?*

Voor familie is het belangrijkste dat hun familielid veilig zit. Zij willen graag weten hoe het gaat en wat er gebeurt. Actuele informatie over de behandeling. Actief betrokken worden bij de behandeling vanaf de eerste dag en vanuit gelijkwaardigheid.

Daarnaast hebben familieleden behoefte aan aandacht voor hun lijden. Ze willen erkenning van hun verhaal en hun kennis, en serieus genomen worden.

Familie wil graag dat professionals goed zijn voor hun familielid, en hoop en perspectief uitstralen naar de cliënt. De familie wil zich gehoord voelen. Wederzijdse betrokkenheid; hen helpen leren de situatie te accepteren en er mee om te gaan is een taak van verpleegkundigen en behandelaren.

Empathie en bijdragen aan gelukservaringen voor cliënten.

*Werken vanuit de triade*

De triadekaart is wel bekend, maar wordt in de praktijk nog weinig gebruikt. Binnen het Tilburgse lijkt de kaart nog niet geheel bij familie bekend; in de regio Breda lijkt de kaart meer ingezet te worden. Bij de aanwezigen uit andere instellingen is de triadekaart nog vrij onbekend als hulpmiddel in triadisch gesprekken. Professionals hanteren wel elementen uit de triadekaart. Het is van belang dat de familie betrokken wordt in de behandeling en daar kan de kaart bij helpen. Zo wordt het gesprek op gang gebracht. Ook van belang om de kaart samen in te vullen met de cliënt. Zowel de cliënt als familie en hulpverlener kunnen het initiatief nemen om een triadegesprek aan te gaan. Het gebruik bevordert ook ander contact, bijvoorbeeld tussentijds bellen. Het is belangrijk om dergelijk contact structureel te hebben en niet alleen als er iets mis is, maar juist ook om goede momenten te delen.

Ook de familie kan de kaart gebruiken als zij meer aandacht willen. Het vraagt enthousiasme van alle drie de partijen. Het gaat uiteindelijk om het verbeteren van de kwaliteit van de zorg.

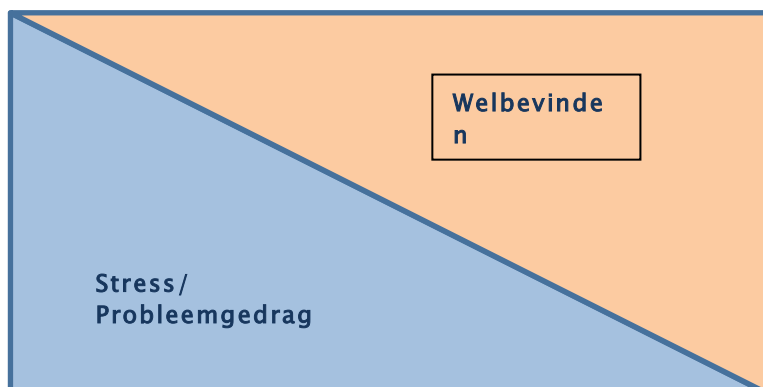


#### 4. 100% leven kan

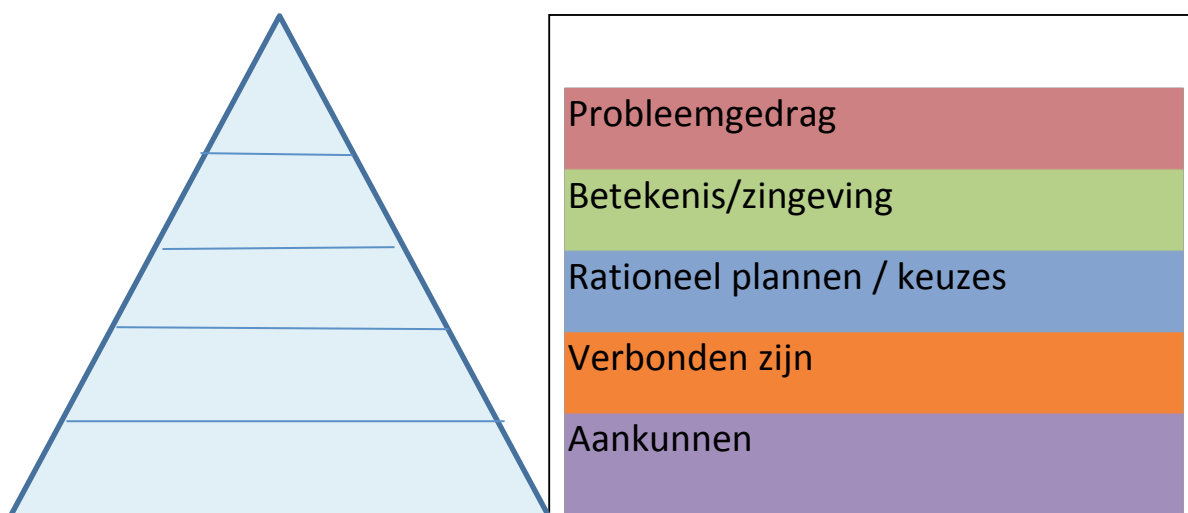
*Rob de Jong en Marian de Jong*

Stelling: cliënten die terreingebonden behandeling nodig hebben, kunnen een volwaardig bestaan leiden, en dat bereiken ze samen met de hulpverlener.

Rob en Marian leggen uit hoe zij binnen Altrecht werken met Triple C.



Triple C gaat in op de rechterkant: op het welbevinden. Het gewone leven. Het gaat daarbij om zelf keuzes kunnen maken, de regie over je eigen leven behouden, met anderen omgaan, een bijdrage leveren, zelfontwikkeling.



Bij Triple C gaat het om:

- Een betekenisvol dagritme.
- Samen 100% doen (m.a.w. we vullen aan waar cliënt het niet zelf redt, waardoor alles lukt).
- De betrouwbare ander zijn.

## 5. Intensiveren van zorg

*Marlies Jehoel en Marieke Wollaars*

Een crisis wordt thuis opgevangen.

Vragen:

Wat valt in de klinische zorgvariant van HIC en FACT te leren?

Wat is nodig om intensiveren van zorg mogelijk te maken?

Op de allereerste plaats tijd. En goed kijken wat de cliënt nodig heeft. Dit is niet altijd méér zorg, neem niet teveel over van de cliënt. Langdurige zorg betekent een prothesefunctie bij chronische kwetsbaarheden.

Richtlijnen en protocollen zijn vervolgens ook nodig: de bestaande aanpassen en nieuwe ontwikkelen.

Richt je als GGZ primair op specialistische behandeling. Leg maatschappelijke participatie bij vrijwilligers, bedrijven, familie, maatjes, enz.

Niet: wonen (dat klinkt permanent, maar is voor sommigen wel van toepassing).

Wel: richten op perspectief.

Ook goede diagnostiek bij (her)opname en minimaal jaarlijks kijken of doelen nog overeenkomen.

Voor de EPA groep bij langdurige klinische zorg is er vaak achterstallig onderhoud m.b.t. evidence based behandelingen. Deze dienen alsnog geboden te kunnen worden.

Het is van belang dat er een jaarlijkse check is of iemand nog voldoet aan criteria om binnen of buiten de instelling te wonen. Hiervoor zijn heldere criteria nodig en categorieën (inclusie- en exclusiecriteria). Bijvoorbeeld op basis van de levensdomeinen (werk, geld, sociaal netwerk, enz.) en absoluut effect en raakvlakken.

Crisismodel, stappen thuis > EPA kliniek (huidige gesloten afdeling). De 'open' woonvormen (al dan niet op het terrein) dienen flexibel ingericht te zijn, zodat crisissen 'thuis' opgevangen kunnen worden.

Op open afdelingen en in woonvormen is het belangrijk dat men de expertise van de gesloten afdelingen overneemt om de crisis in de eigen woonomgeving van de cliënt te behandelen en zo opname op de gesloten afdeling te voorkomen. Andersom is de expertise van de open afdelingen nodig op de gesloten afdeling, om aansluiting te behouden. Een shared caseload zou hierbij een oplossing kunnen zijn. GGZ Friesland werkt met een mobiel screeningsteam van beide afdelingen. Er ontstaat een discussie over de vraag of er een tijdsfad gesteld moet worden. Enerzijds is het goed; je werkt dan naar iets toe, doelen zijn helder voor cliënt, behandelaar en familie. Anderzijds geeft het cliënten rust als er geen tijdsfad is, wat het herstel ten goede komt.

Belangrijk om extra aandacht te gaan besteden aan somatiek (zorgafstemming met de huisarts).

Nieuwe interventies die aansluiten bij deze doelgroep. En ook richten op DD problematiek, gedragsproblematiek, verstandelijke beperking en ouderen.

Plus gebruik maken van de ROPI en de zelfredzaamheidsmatrix.

## 6. Gezond leven

*Nic Vos de Wael en Truus ter Braak*

Vraag: wat kunnen we met z'n allen doen om gezond leven (zowel psychisch als somatisch) te bevorderen (en denk daarbij aan bijv. lifestylemodules, bewegen, etc.)?

*1. Somatische screening is belangrijk, dit wijst mensen op de stand van zaken van hun lichaam.*

De somatische kant veel meer in de zorg en behandelplannen inbedden en aansluiten bij de interesse van de cliënt. Samenwerking met de somatisch arts die affiniteit dient te hebben met de doelgroep.

*2. Motiverende gesprekstechniek is van belang om mensen te verleiden.*

Waar kom je je bed voor uit? Wat is belangrijk voor jou? Zijn belangrijke vragen.

Mensen boeien en verleiden vanuit gelijkwaardigheid/niet dwingen. Geen moeten, maar leuk maken, enthousiasme, presentiebenadering en shared decision making. Agogisch geschoolde medewerkers. Maatwerk is van belang, maar de groep kan ook erg stimuleren.

*3. Organiseren van beweegactiviteiten (ondersteund door vrijwilligers).*

Verpleegkundigen hebben ook een grote rol in het motiveren, samen bewegen, voorbeeldfunctie in gezond leven. Ook managers kunnen meelopen/sporten.

Cynotherapie (inzet van honden), cognitieve fitness, dansen, mindfulness, bewegen met muziek zijn vormen die kunnen aansluiten bij bepaalde cliënten. Medicatiebeleid is daarbij ook van belang, omdat

veel cliënten zich daardoor gehinderd voelen in bewegingsactiviteiten. Cliënten kunnen goed aangeven wat helpt daarbij .

#### *4. stoppen of verminderen van roken.*

Dit is tevens een belangrijk punt. Laten weten dat roken schadelijk is en zelf voorbeeldgedrag tonen. Ontmoedigen, grenzen stellen en alternatieven aandragen (bijvoorbeeld wandelen/financiële voordelen).

#### *5. Voeding.*

Dit is een volgend punt van aandacht. Gezonde voeding moet een thema zijn. Met frites en fastfood omgaan zoals je dat thuis ook doet (maximaal 1 maal per week). Hoort erbij maar in normale mate. Drie maal per dag eten. Kwaliteit van eten dient aandacht te krijgen. Zelf koken en samen koken en eten motiveert een gezonde omgang met voeding. Ook de sociale en culturele aspecten van eten benutten.

#### *6. De mondzorg.*

Deze zorg vraagt meer aandacht. Dient standaard in de screening en behandelplan meegenomen te worden. Plus toezien op minimaal eens per jaar tandartsbezoek. Belonen.

#### *7. Seksualiteit.*

Ook dit is een belangrijk thema. Goede voorlichting, ook over SOA, is van belang.

#### *8. Persoonlijke verzorging,*

Hygiëne, slaapritme, in-/ontspanning.

#### *Tot slot*

Gezond leven vraagt met name om een **motiverende houding** vanuit de presentiebenadering. Dit meenemen in de competenties van professionals. Ook familie kan hierin een belangrijke rol spelen. Verslavingsproblemen zijn uiteraard ook een belangrijk aspect, maar zijn hier niet verder besproken.