

1 ‘Blauwdruk’ Scelta

De term ‘Blauwdruk’ is afkomstig uit de drukkerswereld en is de uitdrukking geworden voor het definitieve, maar nog niet uitgevoerde ontwerp van iets.

Scelta heeft een blauwdruk ontworpen voor de behandeling en zorg die wordt geboden vanuit Scelta. In principe streeft elk van de huidige vier locaties (Den Haag, Nijmegen, Apeldoorn/Zutphen) ernaar te werken volgens de omschrijvingen in de blauwdruk. De blauwdruk is het ijk- en vertrekpunt voor de behandeling van patiënten met PS.

Nadrukkelijk wordt gesteld dat, in deze fase van ontwikkeling van Scelta (het eerste Scelta jaar is 2008) locaties in de uitvoering van de blauwdruk nog (fors) kunnen verschillen. In het komend jaar werkt Scelta aan het qua werkwijze op één lijn brengen van de vier locaties. Er zullen evenwel accentverschillen, in de uitvoering en organisatie van de zorg, mogen blijven bestaan.

Voor de vaststelling van de Blauwdruk zijn vier uitgangspunten gehanteerd:

- de inhoud van de Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen (afgekort: de Richtlijn PS)
- de Scelta inzichten (op basis van visie en missie)
- voortschrijdend inzicht door toepassing van innovatie
- cliënten- en familieparticipatie
- de Prestatie indicatoren GGZ.

In Scelta worden de volgende vormen van zorg onderscheiden:

- individuele behandeling en groepsbehandeling
- ambulante, deeltijd en klinische setting
- modulair programma
- E-Health.

Bij de uitwerking van de blauwdruk houden we de indeling aan die in de Richtlijn PS wordt gehanteerd.

- Organisatie van zorg (aanvulling op de Richtlijn PS van Scelta)
- Patiënten- en familieperspectief
- Diagnostiek en indicatiestelling
- Behandeling
- Co-morbiditeit
- Kosteneffectiviteit.

Allereerst worden hierna de uitgangspunten toegelicht (1.1). Vervolgens worden de onderdelen van de blauwdruk uitgewerkt (1.2 - 1.7).

1.1 Toelichting uitgangspunten

1.1.1 *Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen (Richtlijn PS)*

De Landelijke Stuurgroep wordt geleid door een onafhankelijke voorzitter. Het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en het Trimbos-instituut verlenen ondersteuning.

In de Richtlijn persoonlijkheidsstoornissen namen deel:

- Samenwerkende patiënten-/familieorganisaties
- Landelijke Stichting Zelfbeschadiging (LSZ)

- Stichting Borderline
- Stichting Labyrint~In Perspectief.

Ook de samenwerkende beroepsverenigingen hebben een bijdrage geleverd:

- Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB), de koepel voor de Nederlandse -Verenigingen voor Beeldende (NVBT), Dans- (NVDAT), Drama- (NVDT), Muziek- (NVvMT) en Psychomotore (NVPMT) Therapie
- Federatie Verpleegkunde in de Geestelijke Gezondheidszorg (FVGGZ)
- Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE)
- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
- Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
- Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers (NVMW)
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)
- Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP)
- Phorza - Beroepsorganisatie van professionals in sociale, (ortho)pedagogische en hulpverlenende functies
- Vereniging voor Klinische Psychotherapie (VKP).

De diagnostiek en behandeling van mensen met persoonlijkheidsstoornissen zijn een multidisciplinaire aangelegenheid voor de tweedelijns-GGZ. De volgende kerndisciplines participeren rond de volgende thema's:

- algemene diagnostiek: psychiaters, huisartsen, psychotherapeuten, psychologen
- biologische interventies: psychiaters, (huis)artsen, apothekers
- psychologische interventies: psychiaters, psychotherapeuten, psychologen
- vaktherapeutische interventies: beeldende therapie, muziektherapie, psychomotore therapie, dramatherapie en andere disciplines
- praktische en sociaal-maatschappelijke interventies: maatschappelijk werkers, GGZ-verpleegkundigen, sociaalpedagogisch hulpverleners
- zorgcoördinatie en afstemming: alle beroepsgroepen.

De aanbevelingen uit de Richtlijn worden in principe als 'gegeven' beschouwd en uitgevoerd en in deze tekst niet telkens (uitvoerig) benoemd. Soms wordt er letterlijk ('..') geciteerd.

1.1.2 **Scelta inzichten**

Scelta heeft een helder geformuleerde missie: 'Scelta helpt mensen met persoonlijkheidsproblematiek hun keuzevrijheid te vergroten zodat zij meer sturing aan hun leven kunnen geven.' De visie op behandelen is daarop gebaseerd en uitgewerkt (zie hiervoor hoofdstuk 2 'Zorgvisie').

Scelta meent dat een aantal onderwerpen zoals 'organisatie van zorg', crisismanagement, modulair programma, preventie en E-Health extra accent dient te krijgen in de uitwerking van de blauwdruk (en zorgprocessen).

1.1.3 **Innovatie**

Als expertisecentrum wordt ook met nieuw behandelaanbod geëxperimenteerd. Dat wordt geëvalueerd op (kosten)effectiviteit. Voorbeelden zijn: KBTA (Kortdurende Behandeling Training en Advies), E-Health en modules. (Wetenschappelijk) Onderzoek staat permanent op de agenda.

1.1.4 *Patiënten- familieparticipatie*

Samenwerking met zowel cliënten (organisaties) als naastbetrokkenen/familie(organisaties) is een van de speerpunten van Scelta.

Het behandel aanbod wordt permanent afgestemd met, getoetst door en verder ontwikkeld in samenwerking met cliënten/patiënten vertegenwoordigers: cliëntencommissie/'patiëntenraad', patiëntenvereniging en door middel van de inzet van ervaringsdeskundigen.

Voor familie is er een uitgebreid aanbod.

1.1.5 *Prestatie indicatoren GGZ*

Deze indicatoren zijn een leidraad om het programma verder vorm te geven. Zo wordt 'Effectiviteit van zorg' gemeten en verbeterd naar aanleiding van monitoring (effectmetingen), en is 'Cliëntgerichtheid' een van de speerpunten, zoals terug te vinden in de naamgeving (Scelta= keuze in het Italiaans) en in de missie/visie.

1.2 *Organisatie van zorg*

Scelta meent dat een goede organisatie het fundament is voor elke behandeling, zeker als deze zo complex is als bij deze doelgroep (PS). Helaas helpt de MD Richtlijn ons hier maar in beperkte mate. In het komende jaren steekt Scelta wederom veel tijd en energie in het concreet en eenduidig vormgeven en borgen van de organisatie van de vier locaties. Er zal aandacht zijn voor het verder uitwerken van normen voor bijvoorbeeld de wachttijden, de bereikbaarheid en de wijze van uitvoering van behandelingen. Maar ook voor samenwerking tussen de zorgverleners en management van de locaties (zowel op inhoud als proces).

Een handicap bij het eenduidig organiseren is dat Scelta Apeldoorn e.o. (in de directe nabijheid van het overgrote deel van de GGNet locaties en alle faciliteiten) om een andere aanpak vraagt dan Nijmegen (in de startfase nog van geringe omvang en met name in een samenwerkingsverband met het Radboud UMC en GGZ Nijmegen) en dan Den Haag (in de startfase een nog relatief kleine speler met beperkte faciliteiten (ver van de moederorganisatie GGNet) en zeer grote concurrent: Parnassia-Bavogroep).

Voordeur

Uitgangspunt is dat het 'gezicht' van Scelta mede wordt bepaald door haar bereikbaarheid, haar openstelling en de snelheid en de manier waarop de vraag (verwijzingen, consulten, e.d.) wordt beantwoord.

Bereikbaarheid: hoe snel krijg je iemand (van Scelta) aan de lijn en hoe snel kom je vervolgens terecht bij de juiste persoon. Het secretariaat weet welke (contact)personen c.q. aandachtsfunctionarissen en vaste vervangers voor welk onderdeel van de zorg aanspreekbaar zijn.

Openstelling: flexibele openingsuren naast 'kantoor tijd'; inclusief E-Health (zoals e-mailservice).

Vraag beantwoorden: één centrale voordeur (voor het programma) met snelle toewijzing naar de juiste programmaonderdelen.

Coherent en eenduidig therapiemodel

Richtlijn PS: 'Voor de werkzaamheid van de behandeling is het belangrijk dat de behandelaar kiest voor een begrijpelijk, coherent en eenduidig therapiemodel en dit consistent toepast.

Er is momenteel geen evidentie voorhanden dat het ene therapiemodel superieur is aan het andere'.

Scelta heeft veel werk gemaakt van het overbruggen van verschillende inzichten, therapiescholen en stromingen. Er is een gezamenlijk gedragen model (motto, missie en visie) dat coherent is, eenduidig en begrijpelijk voor 'leken'.

Samenwerking

Scelta zet zich actief in voor een goede samenwerking in de triade patiënt-familie-hulpverlening en met belangenorganisaties van patiënten en familie.

Het gaat verder om het structureel op gang brengen en vervolgens in stand houden van een actieve naar buiten gerichte communicatie met:

- verwijzers (huisartsen, bedrijfsartsen, vrijgevestigde psychotherapeuten/psychiaters)
- andere afdelingen/zorgprogramma's binnen en buiten GGNet (co-morbiditeit)
- belangenorganisaties
- UWV en maatschappelijke instanties
- opleidingen/universiteiten/ziekenhuizen.

Er zijn per locatie aandachtsfunctionarissen benoemd die regelmatig aan hun lokale Management Team (MT) rapporteren. Aandachtsfunctionarissen zijn medewerkers die op locaties verantwoordelijk zijn voor het structureel onderhoud van contact op regionaal niveau met een of meer van de genoemde groeperingen.

1.3 Patiënten- en familieperspectief

Het behandelaanbod wordt afgestemd met, getoetst door en verder ontwikkeld in samenwerking met cliënten/patiënten (Scelta gebruikt beide termen door elkaar) vertegenwoordigers: cliëntencommissie/'patiëntenraad', patiëntenvereniging en door middel van de inzet ervaringsdeskundigen.

Stichting Borderline is een intensieve samenwerkingspartner en toetst onze werkwijze.

Behandelaren van Scelta zijn al jaren intensief samenwerkend (als bestuurslid c.q. Raad van Advieslid) met Stichting Borderline en (als leden/voorzitters van) het Triade platform Borderline.

De familie betreft de ouders, broers en zussen en eventueel andere verwanten. De naastbetrokkenen kunnen zijn vrienden, school, werk en eventuele hulpverleningsinstanties.

Scelta heeft – naast het volgen van de Richtlijn PS - een actief eigen familiebeleid en volgt evenals GGNet de landelijk opgestelde modelregeling 'betrokken omgeving'. De belangrijkste aspecten zijn uitgewerkt in hoofdstuk 5 'Organisatie van werkprocessen'.

1.4 Diagnostiek en indicatiestelling

Bij patiënten met persoonlijkheidsstoornissen kan een breed scala aan problemen worden onderscheiden die in aard en ernst verschillen. Diagnostiek en indicatiestelling nemen een belangrijke plaats in binnen Scelta en worden daarom uitgevoerd door ervaren deskundigen.

Uit de Richtlijn PS: 'De hulpverlener dient bij indicatiestelling en zorgtoewijzing patiëntvoorkeuren mee te wegen. Dit vereist een hoog niveau van professionaliteit, waaronder inzicht in (tegen)overdrachtsreacties en afweermechanismen, maar ook algemene communicatieve vaardigheid en taalcreativiteit'.

Er worden voor diagnostiek en indicatiestellingsonderzoek binnen Scelta drie niveaus onderscheiden:

Niveau 1: Voorlichting geven (consultatie, screening)

Niveau 2: Intake (+ quick scan) psychiater + GZ of KP, SPV, PIOG of AIOS onder supervisie

Niveau 3: Specialistisch onderzoek (specifieke instrumenten, bij klinische psychotherapie ook oriëntatiedagen en KBTA). GZ, KP, psychiater; opleidingen onder supervisie.

Het KBTA programma (uniek voor Scelta) is een eendaags diagnostiek programma en bestaat uit een groep van maximaal tien cliënten. Doel is het verhelderen van diagnostiek en onderzoeken of een cliënt kan profiteren van een specifiek behandelaanbod.

1.5 Behandeling

Behandelingen zijn meestal complex, intensief en langdurig. Behandelingen worden multidisciplinair en multimodulair uitgevoerd. Vanuit de verschillende disciplines wordt onderzocht wat de patiënt nodig heeft en vindt afstemming plaats ten aanzien van het behandel aanbod.

Behandelaars zijn intensief en adequaat opgeleid, doen voldoende aan na- en bijscholing en aan intervisie. Bij onvoldoende opleiding of ervaring is intensieve supervisie noodzakelijk.

De Richtlijn PS: 'De volgende vormen van behandeling en begeleiding dienen in de tweede lijn beschikbaar te zijn':

- casemanagement (1.5.1)
- psychotherapie (met name ambulante individuele psychotherapie, groepspsychotherapie en eenvoudige dagklinische psychotherapie) (1.5.2)
- farmacotherapie (1.5.3)
- sociaalpsychiatrische behandeling of begeleiding (1.5.4)
- verpleegkundige zorg (klinisch of PIT-zorg) en sociotherapie (1.5.4)
- begeleiding door maatschappelijk werk (1.5.5)
- crisismanagement (1.5.6).

Scelta voegt daar aan toe:

- modulair programma (1.5.7)
- voor en na 'de behandeling' (1.5.8)
- E-Health (1.5.9).

1.5.1 Casemanagement

Casemanagement vormt het kader waarop in moeilijke tijden kan worden teruggevallen en waarbinnen andere vormen van behandeling, zoals psychotherapie, farmacotherapie en psychosociale begeleiding mogelijk worden gemaakt. Scelta bewerkstelligt dit door het hoofdbehandelaarschap. In het protocol hoofdbehandelaarschap is onder andere terug te vinden: opstellen, coördineren en evalueren behandelplan, psycho-educatie, crisismanagement en het betrekken van familie/naasten.

1.5.2 Psychotherapie

Scelta meent met de Richtlijn PS dat de behandeling niet kan bestaan uit het toepassen van één methode. Scelta maakt gezamenlijk een weloverwogen keuze uit diverse behandelmethodes die hun werkzaamheid hebben bewezen. Scelta past psychotherapie op een integratieve wijze toe. Referentiekaders en invalshoeken zijn onder andere: Dawson & MacMillan-relationship management.

Dialectische gedragstherapie-Linehan; cognitieve gedragstherapie (zoals schemagericht-Young); psychodynamische en mentaliseren bevorderende behandelingen (Bateman/Fonagy) en Mindfulness.

De volgende principes zijn richtinggevend (Richtlijn PS):

1. het stepped-careprincipe (zo 'licht' als mogelijk en zo 'intensief' als nodig)
2. het matched-careprincipe (afstemming van dosering op patiëntvariabelen zoals probleemernst, psychologische capaciteiten en sociale rollen)
3. subjectieve/praktische overwegingen (zoals voorkeur voor, respectievelijk beschikbaarheid van behandel faciliteiten).

Psychotherapie wordt aangeboden in de individuele- en groepssetting (zowel ambulant, deeltijd, als klinische psychotherapie, zie voor een uitwerking hoofdstuk 5 'Organisatie van zorgprocessen'). In het algemeen zal specifiek aandacht uitgaan naar step-down (verminderen van intensiteit) behandelingen.

Scelta meent dat de Richtlijn PS te optimistisch is over de praktische toepassingsmogelijkheden van psychotherapie in de strikte zin (in de vooronderstelling dat elke patiënt met PS psychotherapie krijgt aangeboden). Het feitelijke werk wordt namelijk (vrijwel overal in Nederland) voor een belangrijk deel gedaan door niet als psychotherapeut (in engere zin) geregistreerde behandelaars ((GZ)-psychologen, SPV). Goede indicatiestelling en toerusting van genoemde disciplines is dan van belang).

1.5.3 Farmacotherapie

Een psychiater is nauw betrokken bij de intake en elke behandeling. Farmacotherapie is gewaarborgd via specifieke spreekuren.

1.5.4 Sociaalpsychiatrische behandeling of begeleiding

De Richtlijn PS: 'Indien de patiënt niet in aanmerking komt voor psychotherapie, is sociaalpsychiatrische begeleiding de belangrijkste optie. Sociaalpsychiatrische begeleiding kan op verschillende manieren worden aangeboden, individueel of in groepsverband.

De inhoud van de behandeling/begeleiding is gebaseerd op rehabilitatie-uitgangspunten, zo nodig wordt gebruik gemaakt van cognitief-gedragstherapeutische interventies'.

De Richtlijn PS gaat in hoofdstuk 6.1 in op verpleegkundige diagnoses en interventies die relevant zijn voor sociaal psychiatrische verpleegkundige begeleiding en zorg. "Deze zorg wordt aanbevolen voorafgaand aan een intensieve behandeling als er veel problemen zijn op diverse levensgebieden, als nazorg na klinische behandeling en als langdurende zorg bij patiënten met veel blijvende problemen op diverse levensgebieden.

1.5.5 Begeleiding door maatschappelijk werk

De Richtlijn PS: 'het geven van psycho-educatie, netwerkondersteuning, praktische ondersteuning en begeleiding, emotionele ondersteuning of veranderingsgerichte begeleiding in de vorm van individuele gesprekken, trainingen en groepswork, het regelen van praktische zaken, optreden als bemiddelaar of belangenbehartiger. De functie van maatschappelijk werker wordt naast participeren in de behandeling vooral gezien als brug naar de dagelijkse leefsituatie'.

1.5.6 Crisismanagement en verpleegkundige zorg

Crisismanagement binnen Scelta (SCM) kent een veel grotere prioriteit en uitwerking dan in de Richtlijn PS. De reden is evident: mensen met PS zijn vaak in crisis, worden gekenmerkt door een zeer hoge zorgconsumptie en interventies zijn moeilijk en risicovol (10% suïcide). De essentie is voorkomen en/of hanteren van crisissituaties. SCM vindt plaats binnen een behandelingskader en omvat de volgende kernelementen:

- de mogelijkheid van een time-out bed binnen een uur reistijd
- een telefonische crisisinterventiemogelijkheid
- aandacht voor preventie, dagvulling en coaching.

Essentiële aspecten van de uitvoering:

- het hele handelen rondom crises is (waar mogelijk) vooraf geregisseerd
- afspraken worden consequent doorgevoerd (voorspelbaar, betrouwbaar)
- afspraken zijn geïntegreerd in het totale behandelplan
- afspraken en behandeling(skader) worden regelmatig geëvalueerd
- per locatie kunnen aspecten verschillen, bijvoorbeeld gegeven de grootte van de locatie.
- verpleegkundigen en sociotherapeuten zijn op de hoogte van de behandelafspraken en bewaken het daaruit volgende verpleegkundig handelen
- De Richtlijn PS geeft aanwijzingen voor verpleegkundige diagnostiek en verpleegkundige interventies bij zelfverwondend gedrag (hfdst. 6.1-6.4)

1.5.7 **Modulair programma**

Niet als zodanig genoemd in de Richtlijn PS maar zeer populair onderdeel van het zorgprogramma van Scelta. Modules zijn programmaonderdelen met een specifiek focus en die flexibel inzetbaar zijn, ook beschikbaar voor hoofdbehandelingen buiten Scelta.

De volgende modules worden minimaal aangeboden:

- emotieregulatie
- (sociale) vaardigheidstraining
- crisismanagement
- trauma module
- groepstherapie
- psycho-educatie
- vaktherapie.

1.5.8 **Voor en na ‘de behandeling’**

Preventie

De Richtlijn laat zich hier nauwelijks over uit. Scelta vindt het noodzakelijk een bijdrage te leveren aan preventie in algemene zin. Te denken valt aan een (publieks)voorlichting (twee keer per jaar), een vast spreekuur voor vragen van buiten, individuele voorlichting/ondersteuning op afspraak en doorlopende ondersteuningsgroepen. Waar mogelijk wordt samenwerking gezocht met de afdeling Preventie van GGNet.

Terugval-preventie

Bij terugvalpreventie gaat het om het voorkomen van terugval na beëindigen van een op verandering gericht behandeltraject.

Er is structureel aandacht voor het voorkomen van terugval. Voorbeelden zijn: een terugvalpreventieplan, een nazorggroep of een module terugvalpreventie, het inschakelen van thuiszorg via een PGB-budget en de inzet van vrijwilligers. Waar geïndiceerd en mogelijk wordt een vervolg bij dezelfde behandelaar aangeboden, anders wordt gezorgd voor een goede overdracht zonder wachttijd. Mocht een wachttijd niet te vermijden zijn dan wordt een passend overbruggingscontact aangeboden.

1.5.9 **E-Health**

Opties met betrekking tot het internet (mogelijkheden versus privacy aspecten) worden, gezien de populariteit er van, getoetst en waar mogelijk toegepast.

1.6 **Co-morbiditeit**

De Richtlijn PS: ‘Het is meer regel dan uitzondering dat patiënten met een persoonlijkheidsstoornis aan de diagnostische criteria van meerdere comorbide stoornissen op As-I en As-II voldoen’.

De Richtlijn verwijst vrijwel altijd naar de Richtlijn van de betreffende andere (comorbide) stoornis en beveelt samenwerking aan tussen de programma’s.

Binnen Scelta is veel aandacht voor co-morbiditeit. Scelta zoekt actief samenwerking met aanbieders van andere programma’s om een gericht een samenhangend programma te kunnen bieden aan cliënten met persoonlijkheidsstoornissen en een andere (comorbide) stoornis.

1.7 **(Kosten)effectiviteit**

Scelta hecht aan zorgvuldige monitoring van haar behandeling vanwege de noodzaak om:

- te sturen op wenselijke behandelresultaten (op drie lijnen: gedragsverandering en maatschappelijk- en sociaal functioneren van de cliënt)
- het eigen beleid verder te ontwikkelen

- gegevens aan te leveren aan de zorgverzekeraars.

Monitoring wordt gedaan aan het begin, gedurende, aan het einde van behandelingen en als follow-up. Voor monitoring wordt gebruik gemaakt van relevante state-of-the-art instrumenten en waar nodig aangevuld met Scelta-specifieke instrumenten. Binnen Scelta worden verschillende systemen van monitoring toegepast die zijn toegesneden op de setting waarin de behandeling plaatsvindt. Monitoring sluit aan bij landelijke projecten (zoals STEP). Voortgangsbespreking vinden plaats om de focus van de behandeling helder te stellen voor de cliënt, de behandelaar en het behandelteam. Scelta participeert in extern en initieert intern wetenschappelijk onderzoek.