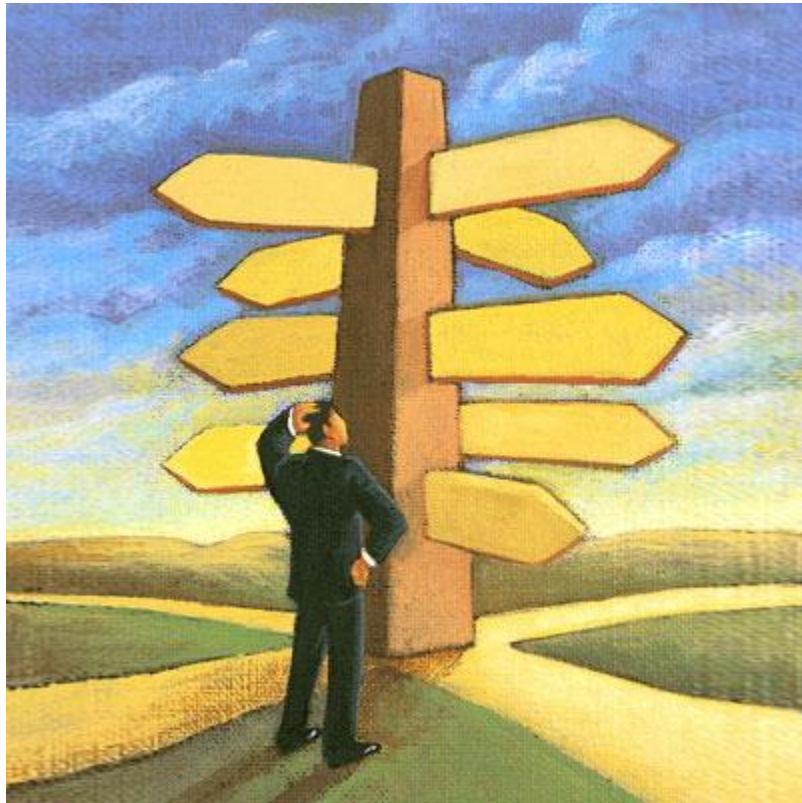


Keuzes maken, wél of géén PMT

Een kwalitatief onderzoek naar de indicaties waarop behandelaars cliënten verwijzen naar psychomotorische therapie



Afstudeeronderzoek

Naam student:

Paul Buers

Studentnummer:

S1025087

Begeleidend docent:

Sandra Verbeeten

Beoordelend docent:

Dieneke Jol

Opleiding

Psychomotorische therapie

Hogeschool Windesheim, CALO

Datum:

8 januari 2014

Voorwoord

Januari 2014

Aanleiding voor dit onderzoek is mijn enthousiasme voor PMT. Op mijn stage bij de GGZ te

Emmen verwijzen behandelaren verschillend naar PMT. Dit maakte mij nieuwsgierig naar waarom verwijzen behandelaren naar PMT.

Het een praktijkgerichte vraag wat maakte dat ik altijd met veel plezier aan dit onderzoek heb gewerkt. Ik kon doelgericht werken waardoor ik helder voor ogen had wat ik wilde. Het schrijven van dit onderzoek is een leerzaam traject geweest. Ik vond het lastig om wat ik voor ogen had goed op papier te krijgen. Ik ben dankbaar voor de hulp die ik daarbij heb gekregen.

Ik ben dankbaar voor de hulp van alle mensen die betrokken zijn geweest bij de totstandkoming van dit afstudeeronderzoek. Ik dank met name de deelnemers van dit onderzoek, mijn stagebegeleiders, mijn zus Corine Buers en vooral mijn vriendin Cecile de Haan. In het speciaal wil ik mijn begeleidend docent Sandra Verbeeten bedanken. Ik ben haar dankbaar voor de feedback die heeft bijgedragen aan het maken van dit verslag.

Paul Buers

Samenvatting

Bij de GGZ in Emmen worden mensen behandeld met psychische klachten. Er zijn diverse behandelingen mogelijk die leiden tot herstel. Dit onderzoek gaat over de indicaties voor een verwijzing naar psychomotorische therapie (PMT).

Behandelaren bij de GGZ in Emmen kunnen cliënten verwijzen naar PMT. De afdeling PMT is afhankelijk van deze verwijzingen. Daarom is het van belang te achterhalen op basis van welke indicaties behandelaren cliënten verwijzen naar PMT. Dit is onderzocht in een kwalitatief onderzoek aan de hand van semigestructureerde interviews. Er hebben vier behandelaren deelgenomen aan dit onderzoek.

De resultaten van het onderzoek laten zien dat behandelaren cliënten verwijzen naar PMT aan de hand van deskundigheid, ervaring en intuïtie. De wens van de cliënt speelt een wisselende rol. Daarnaast houden sommige behandelaren bij het verwijzen rekening met matching tussen therapeut en cliënt. Het verwijsprotocol speelt nauwelijks een rol. De kennis over de zorgprogramma's is, net als de kennis van PMT, beperkt. Behandelaren vragen aan de PMT meer zichtbaarheid en educatie. Er wordt aanbevolen om een PMT-er onderdeel te maken van het behandelteam, meer educatie en voorlichting over PMT te geven en om de indicaties voor PMT vanuit het protocol onder de aandacht te brengen.

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	2
Samenvatting.....	3
Inhoudsopgave.....	4
Inleiding.....	5
Hoofdstuk 1: Doelstelling en vraagstelling.....	7
-	
Relevantie.....	7
-	
Leeswijzer.....	7
Hoofdstuk 2: Theoretisch kader.....	8
- Meerwaarde van PMT voor de GGZ	8
- Protocol en beleid van doorverwijzen bij de GGZ Drenthe: MDR en zorgpaden.....	9
- Keuzes maken: Indicaties voor PMT.....	10
Hoofdstuk 3: Methode.....	12
-	
Deelnemers.....	12
-	
Procedure.....	12
- Semigestructureerde interviews.....	12
- Data verwerking.....	13
Hoofdstuk 4: Resultaten.....	14
- Gebruik van het zorgprogramma	14
- Manier van verwijzen.....	14
- Kennis over PMT	15
- Ervaring met PMT	16
- Indicatie voor verwijzen naar PMT	16
- Voorstel voor verbetering.....	17

- Overzicht van de resultaten.....	18
Hoofdstuk 5: Discussie.....	19
Hoofdstuk 6: Conclusie.....	20
Hoofdstuk 7: Aanbevelingen.....	21
Literatuurlijst.....	22
Bijlage.....	24
- Bijlage 1: Interviewvragen.....	24
- Bijlage 2: Zorgprogramma Angststoornissen.....	25

Inleiding

Bij de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) te Emmen blijkt dat de ene behandelaar vaker doorverwijst naar psychomotorische therapie (PMT) dan de andere. De PMT is afhankelijk van de verwijzingen. In dit onderzoek worden de indicaties onderzocht waarop behandelaars verwijzen naar PMT.

Voor geestelijke of psychische klachten zijn er verschillende hulpinstanties. GGZ Nederland is de grootste organisatie in Nederland voor mensen met psychische aandoeningen (Zorgaanbieders, 2013).

GGZ instellingen zijn gericht op het voorkomen, behandelen en genezen van psychische aandoeningen (GGZ Nederland, 2013a). GGZ Nederland is de overkoepelende organisatie voor alle GGZ instellingen. Deze maakt landelijke afspraken met overheid, politici, verzekeraars, patiëntenorganisaties en andere partners. Daardoor wordt er gezorgd dat de dienstverlening van de GGZ instellingen van hoog niveau is en blijft (GGZ Nederland, 2013b). Kwaliteit is belangrijk bij GGZ instellingen, omdat veel mensen gebruik maken van hun zorg. In 2010 waren er 876.500 patiënten die hulp ontvingen bij de GGZ en dit aantal neemt jaarlijks toe (GGZ Nederland, 2013a; NIVEL, 2012).

Vanwege het kwaliteitsbelang van GGZ Nederland zijn er multidisciplinaire richtlijnen (MDR) opgesteld door het Trimbos instituut en de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling (LSMR) (LSMR & Trimbos instituut, 2013a). De MDR worden gebruikt om de kwaliteit van de GGZ te behouden en/of te verbeteren. Deze richtlijnen bieden toegang tot de multidisciplinaire evidence based richtlijnen die bedoeld zijn voor de diagnostiek en behandeling van cliënten (LSMR & Trimbos instituut, 2013b). Om zorgdiensten op te nemen in de MDR moeten deze wetenschappelijk onderzocht en bewezen zijn, dit heet evidence based (LSMR & Trimbos instituut, 2013b). Een evidence based bewijs garandeert een bepaalde kwaliteit en dat maakt MDR relevant voor de GGZ. Uiteindelijk zijn MDR bedoeld om behandelaars handvatten te bieden bij de behandeling van cliënten. Het is bij de GGZ niet verplicht om strikt volgens MDR te werken.

Op basis van MDR zijn er bij GGZ Drenthe protocollen gemaakt. Deze protocollen heten zorgprogramma's en zijn in overeenstemming met de MDR (GGZ Drenthe, 2012). In deze zorgprogramma's staat stapsgewijs beschreven welke stappen een behandelaar doorloopt met een cliënt. Deze stappen worden omschreven in de beslisbomen. De behandelaar kan aan de hand van de hulpvraag van de cliënt, het zorgprogramma en de beslisbomen doorlopen. Na het doorlopen van de zorgprogramma's en de beslisbomen volgt een hoofdbehandeling. Deze hoofdbehandelingen worden ondersteund door de MDR. Ter aanvulling van de hoofdbehandeling zijn er diverse modules. Deze modules zijn gericht op specifieke klachten. De modules worden wisselend ondersteund door de MDR. De behandelaar heeft de regie en kiest welke hoofdbehandeling van toepassing is en of deze wordt aangevuld met modules. Dit maakt dat de behandelaar veel invloed heeft op het behandeltraject. Er is weinig bekend over welke indicaties een rol spelen voor behandelaars bij de keuze voor een behandeling.

Een aantal modules waar behandelaars voor kunnen kiezen bij de GGZ in Emmen betreffen Psychomotorische therapie (PMT). Volgens de Nederlandse Vereniging Psychomotorische Therapie (NVPMT) is PMT:

"Psychomotorische therapie (PMT) is een behandelvorm voor mensen met psychische problematiek, waarbij op methodische wijze gebruik gemaakt wordt van interventies gericht op de lichaamsbeleving en het bewegingsgedrag." (NVPMT, 2009, p. 5).

PMT werkt op methodische wijze met ervaringsgerichte oefeningen. Deze ervaringen zijn bewegings- of lichaamsgericht. Bewegingsgerichte oefeningen zijn vaak actief, bijvoorbeeld in de vorm van sport en spel. Lichaamsgerichte oefeningen richten zich op het innerlijk bewegen, zoals ontspanningsoefeningen. Het doel daarvan is stil staan zoals in het volgende citaat beschreven staat:

"Psychomotorisch therapeuten beschikken over een arsenaal aan werkvormen om de cliënt zowel letterlijk als figuurlijk in beweging te laten komen en stil te laten staan bij de betekenis van interactioneel bewegingsgedrag en/of zich te laten richten op de beleving van het eigen lichaam." (NVPMT, 2009, p. 5)

In het zorgprogramma voor angststoornissen (zie bijlage 2) staan twintig modules. Negen van de twintig modules betreffen een PMT module. Bewegen staat centraal bij elke PMT module en onderscheidt zich daarmee van andere behandelingsmethoden. Volgens de MDR heeft PMT een meerwaarde, maar er moet meer onderzoek worden gedaan naar de effectiviteit van PMT om het systematisch te onderbouwen (LSMR & Trimbos instituut, 2013c). Bij meer evidence based bewijs wordt het effect en daarmee de kwaliteit gegarandeerd. Dit ondersteunt PMT die door GGZ cliënten veelal als prettig wordt ervaren (Aerts, van Busschbach & Wiersma, 2011).

De PMT modules bij GGZ Drenthe zijn veelzijdig. Er wordt zowel in groepen als individueel gewerkt. Daarnaast wordt er zowel inzichtgevend als lichaamsgericht gewerkt. Er zijn diverse mogelijkheden waarom behandelaren voor PMT modules kunnen kiezen. Daarom staan in het zorgprogramma voor angststoornissen alle indicaties en werkpunten voor de modules op een rij.

Zoals eerder beschreven hebben behandelaren een bepalende rol bij het verwijzen, dus ook naar PMT modules. De PMT afdeling is afhankelijk van deze verwijzingen. Als er geen cliënten naar PMT modules worden verwezen dan kunnen PMT modules verdwijnen uit het behandel aanbod. Daarom is van belang te weten hoe behandelaren verwijzen. Het is onduidelijk op basis van welke indicaties behandelaren voor PMT modules kiezen.

Alle behandelaren bij GGZ Drenthe kunnen verwijzen naar PMT modules. Behandelaren zijn verdeeld over de zorgprogramma's. De behandelaren van een zorgprogramma zijn gespecialiseerd in specifieke psychische klachten zoals angst en depressie, persoonlijkheidsproblematiek of autisme. In deze groepen zitten psychiaters, psychologen, gezondheidszorg psychologen (GZ-psycholoog), sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (SPV) en psychomotorische therapeuten (PMT-ers). De samenstelling van het behandelteam van een zorgprogramma kan variëren. Dit heeft ermee te maken dat niet alle disciplines op alle locaties beschikbaar zijn. PMT-ers krijgen vanuit alle zorgprogramma's doorverwijzingen.

In dit onderzoek is gekeken naar welke indicaties voor behandelaren een rol spelen bij het verwijzen naar PMT modules. De resultaten zijn in deze afstudeeropdracht samengebundeld en leiden tot een reeks aanbevelingen die gericht zijn op een verbetering van de kwaliteit van de cliëntverwijzingen naar PMT modules.

Hoofdstuk 1: Doelstelling en vraagstelling

Het doel is om inzicht te krijgen in welke indicaties voor behandelaren een rol spelen bij het verwijzen naar PMT modules. Er wordt onderzocht hoe behandelaren verwijzen en waarom ze voor PMT modules kiezen. Het onderzoek richt zich op de kwaliteit van verwijzen en niet op de het aantal verwijzingen.

Dit onderzoek zal zich richten op één GGZ instelling, omdat de validiteit hoger ligt vanwege de onderliggende verhoudingen tussen de behandelaren en zorggroep angst. Uit praktische redenen is voor locatie Emmen gekozen. Alle particuliere en alternatieve zorgaanbieders worden in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten wegens afbakening van dit onderzoek. Bij de GGZ in Emmen zijn meerdere zorggroepen. Voor dit onderzoek is voor de zorggroep en het zorgprogramma angststoornissen gekozen. In deze zorggroep bevindt zich geen psychomotorische therapeut. Daarnaast is het aantal verwijzingen binnen de zorggroep angststoornissen naar PMT modules per behandelaar verschillend. Vanwege deze factoren is voor deze doelgroep gekozen. Het verschil in hoeveelheid verwijzingen naar PMT modules is de aanleiding voor dit onderzoek. Het richt zich specifiek op de indicaties voor PMT modules.

Daarom is de onderzoeksvraag geworden:

Op basis van welke indicaties verwijst een behandelaar binnen GGZ zuidoost Drenthe op locatie Emmen bij het zorgprogramma Angst door naar PMT modules?

Relevantie

Uit dit onderzoek blijkt welke indicaties een rol spelen voor behandelaren bij een verwijzing naar PMT modules. Dit is relevant om te weten, omdat de PMT afdeling in Emmen afhankelijk is van deze verwijzingen. Als er geen cliënten naar PMT modules worden verwezen dan kunnen de PMT modules uit het behandelaanbod verdwijnen. Als PMT modules verdwijnen is dat een groot gemis, omdat PMT modules een unieke behandelingen zijn. PMT modules zijn namelijk de enige therapievorm waarbij bewegen wordt ingezet als behandelmiddel. PMT modules zijn inzetbaar voor diverse problematiek. Naast dat dit onderzoek relevant is voor het behoud van PMT modules is het ook relevant, omdat er weinig bekend is over de indicaties die een rol spelen bij het verwijzen. Dit onderzoek onderzoekt welke indicaties voor behandelaren een rol spelen bij een verwijzing naar PMT modules. Het belang van dit inzicht is dat het mogelijkheid biedt voor kwaliteitsverbetering van het verwijzen in de zorg. Uiteindelijk wil iedereen de beste zorg, als die nodig is.

Leeswijzer

Om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag zal deze vanuit de theorie worden toegelicht. Daarbij wordt gekeken naar de volgende punten:

- Meerwaarde van PMT voor de GGZ
- Protocol en beleid van doorverwijzen bij de GGZ Drenthe: MDR en zorgpaden
- Keuzes maken: Indicaties voor PMT

Na de theorie volgt de onderzoeksmethode. Daarna volgen de resultaten van het onderzoek en de discussiepunten. Aan het einde vindt u de conclusie en de aanbevelingen.

Hoofdstuk 2: Theoretisch kader

Voordat het onderzoek wordt gestart zal vanuit de theorie naar de onderzoeksvraag worden gekeken. Er wordt nader onderzocht waar het probleem vandaan komt. Om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag zijn deze onderverdeeld in drie deelvragen:

- Meerwaarde van PMT voor de GGZ
- Protocol en beleid van doorverwijzen bij de GGZ Drenthe: MDR en zorgpaden
- Keuzes maken: Indicaties voor PMT

Als eerste wordt er gekeken naar de meerwaarde van PMT voor de GGZ. Daarin wordt beschreven welke toevoeging PMT kan hebben op een behandeling. Als de meerwaarde helder is wordt gekeken hoe een verwijzing in theorie hoort te verlopen. Als laatste wordt er gekeken naar welke indicaties een rol spelen bij het verwijzen.

Meerwaarde van PMT voor de GGZ

In dit stuk wordt beschreven welke meerwaarde PMT heeft voor de GGZ. In de aanleiding staat omschreven wat PMT is. Er staat niet omschreven welke meerwaarde PMT heeft ten opzichte van andere behandelingen.

De meerwaarde van PMT raakt een groot gebied. Dit komt niet alleen omdat het voor alle type psychische stoornissen wat kan bieden, maar ook in wat het biedt is het zeer divers. Het kan zich richten op fysiologische, lichamelijke en motorische effecten. Daarnaast kan het zich richten op het letterlijk zichtbaar maken welke gedragingen de cliënt vertoont ten aanzien van een opdracht, zichzelf, de ander of een groep. Daarbij wordt er gekeken naar emotionele, cognitieve en sociale gedragsaspecten. Door betekenis te verlenen en stil te staan bij ervaringen kunnen cliënten zich bewust worden van hun denken, voelen en handelen. Deze inzichten kunnen leiden tot ander gedrag (Hekking & Fellingier, 2011).

Volgens werkgroep van de MDR heeft vaktherapie, waaronder PMT, een zinvolle bijdrage aan de observatie en behandeling van mensen met een persoonlijkheidsstoornis (LSMR & Trimbos instituut, 2013c). Echter noemen zij dat er meer onderzoek nodig is om de effecten van vaktherapie systematisch te onderbouwen. Voor de PMT zijn er specifieke richtlijnen binnen de MDR (LSMR & Trimbos instituut, 2013d). Deze zijn gericht op depressie, persoonlijkheidsstoornissen, schizofrenie, eetstoornissen, ADHD en angststoornissen.

Volgens de Nederlandse Vereniging psychotherapeutische therapie (NVPMT) biedt de therapeut een bewegingsituatie aan die op "maat" is. Dit wordt uitgelegd en aangevuld met de meerwaarde van PMT in het volgende citaat:

"Deze situatie wordt zodanig geconstrueerd dat de therapeutische doelstelling van de individuele cliënt gerealiseerd kan worden. Daarbij wordt cliënten de gelegenheid geboden om op zowel gedrags- als beleevingsniveau een leer- c.q. ontwikkelingsproces door te maken, waarbij denken, voelen en handelen en de integratie daarvan in relatie tot de problematiek centraal staan."(NVPMT, 2009)

Uit een pilotstudy van Aerts, van Busschbach en Wiersma (2011) naar de effecten en tevredenheid van vaktherapie blijkt uit de algemene conclusie dat vaktherapie een zinvolle interventie is voor de cliënten in de GGZ. Het meest kenmerkende behandeldoel bij vaktherapie is autonomieversterking. Veel cliënten die vaktherapie volgde ervaren een verbeterd inzicht in het eigen gedrag en mogelijkheden en het beter ervaren van gevoelens. De PMT onderscheidt zich volgens de studie van de andere vaktherapieën met thema's als lichaamsbeleving, grenzen, agressieregulatie en spanningsregulatie.

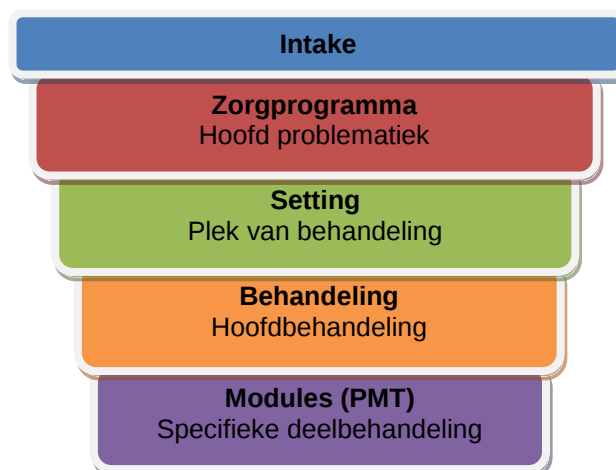
Uit deze diverse bronnen komt de meerwaarde van PMT naar voren. PMT heeft een toegevoegde waarde voor cliënten die een behandeling krijgen bij de GGZ. Daarnaast blijkt dat PMT zich onderscheidt ten opzichte van andere behandelingen.

Protocol en beleid van doorverwijzen bij de GGZ Drenthe: MDR en zorgpaden

De Multidisciplinaire richtlijnen (MDR) zijn ontwikkeld om de kwaliteit van de GGZ hoog te houden en te verbeteren. De zorgprogramma's die door GGZ Drenthe zijn geschreven zijn in overeenstemming met de MDR (GGZ Drenthe, 2012). De inhoud van behandelingen en behandelmodules zijn grotendeels gebaseerd en getoetst aan de landelijke MDR.

In het zorgprogramma staat het protocol van handelen. Er staat omschreven welke behandel mogelijkheden er binnen de GGZ Drenthe zijn. In de zogeheten beslisbomen staat welke keuzes er gemaakt moeten worden, op basis van welke criteria. Bij binnenkomst krijgen alle cliënten een intake gesprek. Vanuit het intakegesprek wordt er gekeken binnen welk zorgprogramma een cliënt past. Er wordt gekeken naar de overheersende problematiek zoals: angst, persoonlijkheid, autisme et cetera. Vanaf daar wordt gekeken naar de impact van de klachten en vanuit welke setting er behandeld moet worden. Dit kan een opname zijn, dagbehandeling of een ambulante behandeling. Als de setting duidelijk is wordt er gekeken naar het behandelpad van de cliënt. Er wordt dan gekeken welke behandeling of behandelingen passend zijn voor de problematiek. Deze behandelingen hebben een meetinstrument en zijn in overeenkomst met de MDR. Naast de behandelpaden zijn er ook behandelmodules. Dit zijn de alternatieve behandelingen. Dit zijn trainingen of therapieën met een specifiek doel. Deze hebben geen meetinstrumenten en zijn wisselend in overeenkomst met de MDR.

Om een overzicht te geven van de totstandkoming van een behandeling volgt een illustratie:



In het zorgprogramma staat PMT niet bij het behandelpad als hoofdbehandeling. Wel wordt PMT genoemd bij de modules. In het zorgprogramma voor Angststoornissen betreffen negen van de twintig modules PMT. Doordat PMT niet tussen de hoofdbehandelingen staat moet er bewust voor PMT modules worden gekozen. Er zijn meerdere modules gemaakt om duidelijkheid te bieden over de mogelijkheden van PMT. De indicatiecriteria voor PMT modules staan omschreven in het zorgprogramma. Aan de hand hiervan zou volgens de theorie moeten worden verwezen naar PMT. Wanneer er in dit onderzoek over een PMT behandeling wordt gesproken betreft dit een PMT module.

Keuzes maken: Indicaties voor PMT

In het vorige stuk wordt uitgelegd dat volgens het zorgprogramma voor alle modules moet worden gekozen. Een PMT module is dus niet vanzelfsprekend bij een angststoornis.

In het zorgprogramma staan de randvoorwaarden om voor PMT modules te kiezen. Allereerst is de problematiek van de cliënt een randvoorwaarde voor een verwijzing naar een PMT module. Daarnaast moet de behandelaar en de cliënt de inhoud van een PMT module relevant

genoeg vinden. Daarmee wordt bedoeld dat de doelen waaraan gewerkt wordt relevant genoeg zijn voor de cliënt. Ook moet een PMT module niet het behandelpad tegenwerken. De behandelingen moeten op elkaar aansluiten en een toegevoegde waarde hebben.

Alle randvoorwaarden, voor een doorverwijzing naar een PMT module, staan in het zorgprogramma. Er staat in voor welke problematiek het bedoeld is, waar inhoudelijk aan gewerkt wordt en bij welk behandelpad het een aanvulling kan zijn. Echter is niet duidelijk wanneer een PMT module relevant genoeg is om naar te verwijzen. Dit wordt besloten door de behandelaar. Een behandelaar maakt de keuze wanneer PMT modules een toegevoegde waarde hebben. Als ze cliënten te snel verwijzen, kan dat leiden tot onnodige verwijzingen. Als iemand te laat verwijst kan het leiden tot een langer herstelproces (Weel, Kelder & Klink, 2003). Dit maakt het een lastige beslissing (Nijstad, 2011). Dit soort beslissing worden in een vergelijkbaar beroep gemaakt op basis van deskundigheid. Zij zeggen dat professionals beschikken over de deskundigheid om de een verwijzing juist te beoordelen (Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde, 2004). Echter is deze beoordeling per professional verschillend. Naast deskundigheid blijkt uit onderzoek dat ervaring ook een rol speelt bij het verwijzen van cliënten (Bastiaens & Philips, z.j.; Verbiest, 2007) Dit maakt dat het een subjectieve keuze is. Subjectief betekend "*volgens eigen mening*" (van Dale, 2013). Dit betekend dat de verwijzing afhankelijk is van meerdere factoren. Echter zal voor behandelaren hun deskundigheid en ervaring de grootste rol spelen.

Als behandelaren deskundigheid of kennis hebben van PMT en PMT modules dan weten ze welke meerwaarde PMT heeft en hoe PMT modules zich onderscheiden ten opzichte van andere behandelingen. In de moderne Nederlandse samenleving zijn er zijn tal van mogelijkheden om kennis te verkrijgen over PMT. Vanuit de GGZ Drenthe zijn er speciale informatie boekjes over PMT en staat er op hun website informatie over PMT. Als behandelaren en PMT-ers in contact komen met elkaar kunnen zij ook kennis uitwisselen. Echter ontmoeten behandelaren en PMT-ers elkaar weinig bij de GGZ in Emmen. Hier werken beide in een ander gebouw en ze hebben nauwelijks gezamenlijke besprekingen.

Naast kennis zal de ervaring met PMT modules ook een rol spelen. De ervaring met PMT modules kan komen van eerdere verwijzingen naar PMT modules. Een behandelaar zal toen overleg hebben gehad met de PMT-er en wellicht verhalen hebben gehoord van zijn cliënt. Het type PMT-er kan ook van belang zijn. Er zijn PMT-ers die meer op bewegingsgerichte wijze werken, maar ook PMT-ers die meer op een lichaamsgerichte wijze werken (Fahrenfort, 1987). Behandelaren kunnen hier bepaalde verwachtingen of wensen over hebben. Bij positieve ervaringen zal de keuze voor PMT modules aantrekkelijker worden.

Als een cliënt aan de randvoorwaarden voldoet, een behandelaar kennis heeft over PMT en positief ervaring heeft met PMT modules, zal hij waarschijnlijk meer verwijzen dan als dit niet het geval is. Als de PMT zijn onderscheidendheid profileert en de positieve ervaringen met PMT modules toenemen, zal de keuze voor een PMT module aantrekkelijker worden en de keuze voor behandelaren gemakkelijker (Nijstad, 2011).

Buiten kennis en ervaring zijn er diverse mogelijkheden waarop behandelaren hun indicaties stellen. Daarom wordt er in dit onderzoek gekeken naar welke indicaties een rol spelen bij een verwijzing naar PMT.

Hoofdstuk 3: Methode

Dit onderzoek is van kwalitatieve aard. Er is voor dit onderzoeksdesign gekozen, om vanuit het perspectief van de behandelaar te beschrijven welke keuzes zij maken bij het verwijzen en waar zij deze keuzes op baseren (Boeije, 2005, p. 32).

Deelnemers

De onderzoekspopulatie bestaat uit 4 behandelaren van de zorggroep angst binnen de GGZ instelling zuidoost Drenthe locatie Emmen. In deze zorggroep zitten psychiaters, psychologen, gezondheidszorg psychologen (GZ-psycholoog) of sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (SPV). Zij zijn allemaal uitgenodigd om vrijwillig deel te nemen. Uiteindelijk hebben twee klinische-psychologen en twee GZ-psychologen deelgenomen. Van beide beroepen nam een vrouw en een man deel aan dit onderzoek. De leeftijd varieerde van 28 jaar tot 58 jaar.

Methode

De teamleider van de zorggroep angst is om toestemming gevraagd voor het uitvoeren van dit kwalitatieve onderzoek. In overleg met de teamleider heeft de onderzoekspopulatie een mail gekregen met daarin een uitnodiging en uitleg over dit onderzoek. Na aanleiding van deze mail is er een behandelbespreking bezocht, waarbij iedereen op de mail werd geattendeerd. Het onderzoek betreft een vrijwillige deelname welke buiten werktijd plaats zal vinden. De deelnemers moeten daarom ermee instemmen om deel te nemen. Bij instemming van deelname aan dit onderzoek wordt er een afspraak gemaakt voor een interview. De afspraken zullen via de mail of mondeling worden gemaakt.

Semigestructureerde interviews

Voor dit onderzoek wordt er data verzameld aan de hand van semigestructureerde interviews. Er is gekozen voor interviews, omdat behandelaren op deze manier zelf kunnen vertellen over hun werkwijze (de Jong et al., 2008, p. 183).

Er is gekozen voor semigestructureerde interviews, zodat behandelaren de ruimte krijgen hun antwoorden toe te lichten (de Jong et al., 2008, p. 184). De onderwerpen voor het interview zijn deels vastgelegd, maar er is ruimte voor aanvulling. Deze onderwerpen zijn gebaseerd op de beschreven theorie.

De interviews werden gehouden door een student psychomotorische therapie. De interviews vonden plaats in gespreksruimtes bij de GGZ in Emmen. De lengte van de interviews varieerde tussen de vijftien en dertig minuten. Dit verschil had te maken met het tempo en de helderheid van antwoorden die de participanten gaven. De validiteit en betrouwbaarheid van de data word gegarandeerd doordat er verduidelijkende vragen gesteld worden. Op deze manier volgde concretere antwoorden. De vragen en manier van interviewen is voor alle deelnemers gelijk geweest. Bij onduidelijke antwoorden werd om verheldering gevraagd.

De onderwerpen kort weergeven:

- Gebruik van het zorgprogramma
- Manier van verwijzen
- Kennis over PMT
- Ervaring met PMT
- Indicatie voor verwijzen naar PMT
- Voorstel voor verbetering

Data verwerking

De interviews zijn opgenomen doormiddel van audio apparatuur. Dit zorgt ervoor dat de onderzoeksdata volledig en correct is uitgewerkt. De interviews zijn aan de hand van de audio

opname volledig uitgetypt. Vervolgens worden de interviews naast elkaar gelegd voor een analyse. Dit was mogelijk, omdat de interviewvragen en manier van interviewen hetzelfde was. De informatie is per onderwerp gegroepeerd en verwerkt. De analyse richt zich op de verschillen en overeenkomsten tussen de gegeven antwoorden en de onderwerpen. Dit zal samen met de theorie leiden tot een conclusie en een aanbevelingen.

Hoofdstuk 4: Resultaten

De vier deelnemers van dit onderzoek waren positief gestemd over dit onderzoek. Het gesprek ging gemoedelijk en men was bereid op alle vragen antwoord te geven. Sommige vragen waren lastig te beantwoorden. Dit waren vragen die om een kort en duidelijk antwoord vroegen. Veel antwoorden werden verteld aan de hand van verhalen of meegemaakte situaties. Alle geïnterviewde behandelaars hebben een keer naar PMT modules verwezen. Sommige verwijzen veel en andere verwijzen zelden naar een PMT module. Echter beschouwen ze PMT allemaal als positief. De resultaten worden besproken en ondersteund met behulp van de interviews. De volgorde is bepaald door aan de hand van de opbouw van het interview en de onderwerpen. De citaten zijn gekleurd om transparant te zijn over de citaten. De GZ-psychologen zijn groen en rood, de klinische psychologen zijn blauw en paars.

Gebruik van het zorgprogramma:

Over het gebruik van het zorgprogramma zijn alle participanten gelijkgestemd. Uit de interviews blijkt dat iedereen het als leidraad ziet en niemand strikt volgens protocol werkt. Men weet wat de hoofdlijnen zijn, maar geven hier hun eigen draai aan.

- *"Ik denk dat ik er meer gebruik van maak dan ik bereid ben toe te geven maar ik werk niet principieel volgens de protocolboeken"*
- *"Ik denk ik wat er in de protocollen staat wel redelijk in me hoofd heb, maar ik ga er natuurlijk wel met mijn eigen manier mee om"*
- *"Het is meer een kader, ik moet zeggen dat ik niet altijd heel erg bezig ben"*
- *"Hoe zit dat ook al weer. Ik probeer dat meestal bewust weg te drukken"*

Daarnaast zijn de deelnemers gelijkgestemd over het feit dat er veel wordt vastgelegd in protocollen, maar dit in de praktijk niets lijken toe te voegen. Het wordt als bureaucratisch gezien en daarom wordt er weinig aandacht aan besteed.

- *"Er worden allemaal termen gegeven aan allemaal dingen en alles wordt zoveel mogelijk geprotocolleerd en dat zijn allemaal dingen ,weet je wel, ik zie iemand en ik wil die persoon graag hulp bieden die ze nodig hebben."*

Het resultaat hiervan is dat behandelaars nauwelijks gebruikmaken van de zorgprogramma's. Men weet wat de grote lijnen zijn, maar gaat er op eigen wijze mee om. De informatie die het zorgprogramma biedt is beperkt bekend.

Manier van verwijzen:

Het zorgprogramma speelt geen rol bij het verwijzen naar behandelingen of modules. Uit de interviews blijkt dat de behandelaars verwijzen aan de hand van hun deskundigheid en ervaring. De deskundigheid betreft het kennis hebben van de problematiek. De ervaring betreft inschattingen maken over wat passend en helpend is voor de cliënt. Daarnaast speelt het intuïtie en gevoel een belangrijke rol bij het verwijzen. Men maakt op intuïtie een keuze die ondersteunt word door kennis en ervaring.

- *"Ik werk 21 jaar nu als psycholoog en op basis daarvan maak ik deels intuïtief deels op basis van ervaring en deskundigheid maak ik een inschatting en daar baseer ik mijn handelen op"*
- *"Ik denk dat het belangrijk is van dat je na gaat van wat wil de cliënt wat is haalbaar"*

Naast intuïtie, deskundigheid en ervaring is er nog een invloed op het verwijzen. De persoon om wie het draait, de cliënt en zijn probleem. De invloed van de cliënt is wisselend, sommige behandelaars stellen de cliënt met zijn of haar voorkeur voorop.

- *"De keuzes maak ik aan de hand van wat cliënten willen"*

Aanvullend hierop zei een andere behandelaar:

- *"Ik denk dat het heel belangrijk is dan mensen hun eigen voorkeur aangeven, iedereen kan weer een eigen idee hebben over behandeling"*

Andere deelnemers deelden de mening dat een cliënt komt voor de deskundigheid van de behandelaar. Daarin is het eigen aandeel beperkt.

- *"De rol van de cliënt is in zoverre, die heeft er wel een rol bij, in die zin dat je als behandelaar en cliënt wel de overeenstemming moet bereiken, ..., maar het is natuurlijk altijd een ongelijkwaardige relatie."*
- *"Je overlegt en legt het wel uit aan je cliënt, maar de cliënt die weet soms toch niet het verschil tussen de ene en andere behandeling"*

De persoon of therapeut naar wie wordt verwezen speelt ook een wezenlijke rol. Men verwijst vaak gericht door naar een behandelaar of therapeut.

- *"Soms verwijs ik naar bepaalde personen omdat ik denk dat die uhm persoon daar met die cliënt het beste mee overweg zou kunnen en andersom dat ik denk dat is een goeie match."*
- *"Als ik verwijs naar een psychomoteur therapeut dan probeer ik wel mee te nemen laten we zeggen of ik een idee heb bij de matching."*
- *"Daar kan hij zich mee identificeren en de ene therapeut is wat nuchterder en confronterender dan de ander, dus je kijkt wel naar wat voor type iemand is"*

Het resultaat hiervan is dat blijkt dat alle behandelaren redelijk op dezelfde manier verwijzen. Namelijk op basis van kennis, ervaring en intuïtie. Alleen de rol van de cliënt is daarin wisselend. Men verwijst vaak gericht door naar een therapeut op basis van matching.

Kennis over PMT:

Op de vraag *"PMT is een van de behandelingen, wat kunt u hierover vertellen?"* kwamen diverse antwoorden. Collectief wordt het een lichamelijke of fysieke vorm van therapie genoemd. Echter heeft men verschillende opvattingen over de inhoud en betrekking van PMT. Daardoor zijn de antwoorden divers en soms vaag omschreven.

- *"Ik zie PMT als iets wat vrij lichaamsgericht is waarin mensen veel met hun eigen lichaam of met ander lichaam of andermans lichaam bezig zijn echt, ik zie het echt als je bent echt aan het oefenen met jezelf en de ander waardoor je dingen op of zaken waar je tegenaan loopt echt kan voelen"*
- *"Non-verbale vorm van therapie dus inzicht krijgen in je problematiek en inzicht krijgen in mogelijkheden maar op een meer non-verbale manier middels beweging. individueel cq interactioneel"*
- *"Een hele fysieke uiting van vaardigheden ja fysiek oefenen met dingen en maar goed ook een plek waar je bewuster kunt worden van je lijf door oefeningen."*
- *"Ik denk dat bij PMT je makkelijker bij de emoties kan komen, omdat het lichaam het in beweging en de actie emoties meer vrijkomen."*

Het resultaat hiervan is dat PMT, de werkwijze en inhoud, niet in zijn duidelijk bekend is. Behandelaren hebben hun eigen visie op PMT. Grof gezegd komen er twee aspecten naar voren van PMT. De ene kant ligt de nadruk op het aanvoelen van emoties en het eigen lichaam. De andere kant legt de nadruk op het inzicht geven en fysiek mogelijk maken van wat er tijdens verbale therapie wordt besproken.

Ervaring met PMT:

Alle deelnemers van dit onderzoek kijken positief naar PMT modules. Zij beschouwen PMT modules van meerwaarde voor de GGZ. In het interview vertellen de meeste opgewekt over hun ervaring met PMT modules. Sommige gebruiken zelf PMT-achtige oefeningen tijdens hun verbale therapie.

- *"De PMT dat weet ik inmiddels uit ervaring ook en uit verhalen van cliënten die hebben ook gewoon prachtige symbolieken in hun middelen om een cliënt iets duidelijk te maken"*
- *"De toegevoegde waarde is dat je middels vaktherapie cq PMT dingen laten we zeggen weet kunt behandelen met effecten die je verbaal gewoon niet kunt realiseren. dus of niet of veel langzamer"*
- *"Soms gebuikt ik het zelf ook wel eens, bv met afstand en nabijheid, vraag ik mensen om mij op een bepaalde plek te zetten, wat is voor jou een prettige afstand of met wegduwen op eigenkracht"*
- *"Ik denk dat pmt voor een grote groep mensen geschikt kan zijn en ook op verschillende gebieden, wat ik net al zei ik ooit is een lesje mee gedaan ik vond het heel boeiend"*
- *"Ik ook erg gecharmeerd van ben is de runningtherapie daar zie ik mensen ook enorm van opknappen"*

Het resultaat hiervan is de ervaringen met PMT modules uiteenlopend zijn, maar ze zijn positief gekleurd. Behandelaren zijn enthousiast over de ervaringen met PMT modules. De meerwaarde van PMT modules wordt breed gedragen.

Indicatie voor verwijzen naar PMT:

De indicaties of redenen waarom behandelaren verwijzen naar een PMT module zijn bij alle deelnemers verschillend. De indicaties zijn niet concreet en worden gebaseerd op hun ervaringen en vermoedens over wat mogelijk is. Sommige geïnterviewde behandelaren zijn van mening dat een PMT-module in de meeste gevallen een aanvulling is.

- *"Ik vind dat de PMT een hele mooie aanvulling kan zijn op een behandeling, maar dan wel als aanvulling."*

Het antwoord op de vraag "Verwijst u wel eens door naar de PMT?" zei iedereen ja. Meneer rood en mevrouw paars verwijzen regelmatig, maar mevrouw groen verwijst nauwelijks. Meneer blauw verwijst wisselend. De vraag naar de indicatie of criteria leverde diverse antwoorden op. Deze zijn specifiek of heel breed. Een aantal breed genoemde indicatie zijn:

- *"Dat kan te maken hebben met laten we zeggen als ik merk dat mensen laten we zeggen dat ik verbaal te weinig bij mensen binnen komt"*
- *"Ik heb het idee dat het meer een gevoelskwestie is dan dat het nouja heel erg rationeel bedacht is. ik ben niet zo bezig van oh wacht is even de cliënt voldoen aan deze en deze en deze voorwaarden oh nouja dan past die gene goed bij PMT"*
- *"Ik denk soms dat het voor echte problemen ook goed is. dat mensen leren om samen te spelen of samen te bewegen en hoe ze samen in interactie zijn met elkaar."*
- *"dat iemand zichzelf meer leer profileren in zijn algemeenheid en uiting kan geven aan zijn gevoelens en dan kan je bijvoorbeeld PMT gaan indiceren"*

Naast brede en algemene indicatie beelden werden ook specifieke thema's genoemd. Dit zijn thema's waarbij behandelaren vooral aan PMT modules denken.

- *"Passieve agressie regulatie maar ook de actieve agressie regulatie dat kan natuurlijk in de PMT zaal"*
- *"Mensen die moeilijk kunnen hun woede moeilijk kunnen uiten dat daarin wat vast kunnen zitten, daar denk ik dan vooral aan, mensen die moeite hebben met hun eigen grenzen."*
- *"De mensen zoals die mevrouw met een verkeerd lichaamsbeeld de eetstoornissen dat is denk ik een hele goeie indicatie is"*
- *"Misbruikte mensen, ik heb laatst had ik een echtpaar en ze waren beide een beetje simpel, en zij was heel erg misbruikt en moest niks van het lichamelijk contact hebben nouja dat is ook een indicatie eigenlijk van nou doe ze samen naar PMT"*
- *"Hun lichaam leren kennen dus dat is het ene en leren dat ze niet hoeven bang te zijn voor hun lichamelijke ervaringen door hun emoties te uiten door fysiek dingen te doen"*

Dit leidt tot het resultaat dat de meeste indicaties zijn gericht op lichamelijkheid en uiten van emoties. Echter blijkt uit de brede indicatie antwoorden dat een brede groep cliënten geïndiceerd kan worden voor PMT modules. Specifieke indicaties voor PMT modules zijn er wel,

maar deze wisselen per behandelaar. De indicatie is gebaseerd op de kennis over PMT en de ervaring die ze ermee hebben. Zoals mevrouw groen aangeeft, speelt gevoel en intuïtie ook een rol bij de verwijzing.

Voorstel voor verandering:

Alle deelnemers zijn positief gestemd over PMT. Echter is er een probleem, deze wordt door mevrouw paars als volgt aangekaart:

- *"Kijk weet je het probleem in deze organisatie is, dat jullie nu zo op afstand zitten en dat jullie geen onderdeel van het team maken. vroeger hadden wij toen het nog polikliniek was een PMT-er in ons team, en dat is dan veel makkelijker natuurlijk"*

Met deze uitspraak wordt de wens van alle deelnemers samengevat. Iedereen geeft aan een PMT-er in het team te willen. Daarmee wil men de zichtbaarheid vergroten, deze wordt als grootste verbeterpunt gezien. Dit zou de verwijzing naar PMT modules ten goede komen.

- *"Zichtbaarheid is in ieder geval een belangrijke factor, kijk toen we ooit nog in hetzelfde gebouw zaten is het de bereikbaarheid dat faciliteert mekaar opzoeken en verwijzen uit het oog uit het hart zo iets"*
- *"Het heeft denk ik ook heel erg te maken met het zien weer en uh of PMT-ers zien want dan zit het weer meer in je hoofd"*
- *"Twee locatie is misschien wel een hindernis waardoor de PMT-er niet zo frequent meedoet of aan de team besprekingen dat ik denk ik wel een van de belangrijkste dingen om een PMT-er daar ook bij te hebben"*

Naast zichtbaarheid en deelname aan het team, wordt voorlichting genoemd als verbeterpunt. Als behandelaren meer kennis hebben van PMT zullen ze sneller verwijzen.

- *"Wat je in de PMT kunt en wat de effecten daarvan zijn op een cliënt ook aan een team weet over te brengen nou dat stimuleert want als wij laten we zeggen niet of onvoldoende weten wat jullie kennis en know how en dat soort zaken is dan verwijzen we ook minder snel."*
- *"Ik heb ook niet echt zo het idee dat PMT heel erg in ons team zit ofzo je zit in je eigen team en dan ben je meer bezig zo als je aan het doorverwijzen bent je bent meer je eigen team aan het kaderen."*
- *"Ik denk dat het goed is dat mensen er bewuster van worden van wat er allemaal gebeurt wat de mogelijkheden zijn."*

Daarnaast zal de betrokkenheid van behandelaar en PMT-er versterken, omdat ze elkaar vaker zien kunnen ze beter samenwerken bij een behandeling.

- *"Als er een PMT-er bij ons in het team zou zitten zou het al anders zijn. ik geloof dus echt in het interdisciplinair werken"*
- *"Dan kun je ook informatie uitwisselen over wat er in de behandelingen gebeurt en dan denk je ook makkelijker aan zo iemand om te verwijzen samen op te trekken in een behandeling"*
- *"Als diegene zijn blik weer kan werpen op een cliënten kan zeggen van hé je kan ook die en die kant op de PMT kant dan zit het weer iets meer in je hoofd."*

Een van de behandelaren heeft zelf een keer meegedaan met een PMT sessie en zou dit alle behandelaren adviseren. Op die manier werd hij enthousiast en verwijst hij sneller door.

- *"Om in ieder geval een keer mee te doen met modules om te kijken hoe gaat het en op zo'n manier maak je mensen enthousiast en als ze enthousiast zijn verwijzen ze sneller door. "*

Een van de behandelaren geeft ook vakoverstijgende aandachtspunten. Deze betreft niet de directe verwijzlijn, maar verteld over de positie van PMT binnen de GGZ. Hiermee doelt ze op de wetenschappelijke erkenning en het gebrek aan MDR.

- *"Jullie zitten met het vak want je zit ja er een beetje bijbongeld in de psychiatrie, want er zijn op zo'n grote instelling twee of drie PMT-ers en that's it.. dus dat is natuurlijk ja een beetje ondergeschoven kindje"*

- *"Langzaam druppelen dingen vanuit het alternatieve veld ons vak binnen, maar dan moet het eerst wetenschappelijk bewezen zijn, ik denk dat uhm nouja eh je kent het natuurlijk wel de strijd van jullie vak als het ware om ook wetenschappelijk erkend te worden dat is ook wel een heel gedoe."*

Alle punten die zijn weergegeven bieden mogelijkheid tot verbetering bij verwijzingen naar PMT modules. Het resultaat is dat men meer zichtbaarheid wil van de PMT. Men stelt voor dit te behalen door onderdeel te worden van het team. Daarnaast wil men meer uitleg en kennis over PMT modules en een deskundige blik tijdens het bespreken van cliënten. Bij meer zichtbaarheid en kennis van PMT modules zal de kwaliteit van verwijzen verbeterd worden.

Overzicht van de resultaten

Uit de interviews blijkt dat behandelaren nauwelijks gebruikmaken van de zorgprogramma's. De grote lijnen zijn bekend, maar men gaat er op eigen wijze mee om. Dit maakt dat de informatie uit de zorgprogramma's beperkt bekend is onder behandelaren. De zorgprogramma's spelen geen rol bij het verwijzen. Behandelaren verwijzen op basis van deskundigheid, ervaring en intuïtie. Daarbij varieert de rol van de cliënt. Voor sommige staat de wens van de cliënt centraal en andere bepalen voor de cliënt. Bij het verwijzen speelt de behandelaar of therapeut naar wie wordt verwezen ook een rol. Behandelaren nemen in hun overweging mee of de cliënt een match heeft met de therapeut.

Behandelaren hebben een verschillende opvatting over PMT. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen twee aspecten. De ene kant ligt de nadruk op het aanvoelen van emoties en het eigen lichaam. De andere kant ligt de nadruk op het inzicht geven en fysiek mogelijk maken van wat er tijdens verbale therapie wordt besproken. De ervaringen met PMT modules zijn uiteenlopend, maar ze zijn positief gekleurd. De meerwaarde van PMT modules worden alle deelnemers erkend.

De meeste indicaties voor PMT modules zijn gericht op lichamelijkeheid en uiten van emoties. Echter blijkt dat veel verschillende problematiek wordt geïndiceerd voor PMT modules. Specifieke indicaties voor PMT zijn er wel, maar deze wisselen per behandelaar. De deelnemers willen meer zichtbaarheid van PMT. Daarnaast wil men meer uitleg en kennis over PMT. Ze wensen een deskundige blik tijdens het bespreken van cliënten. Bij meer zichtbaarheid en kennis van PMT zal de kwaliteit van verwijzingen toenemen. Daarnaast geven behandelaren aan dat ze dan sneller verwijzen.

Hoofdstuk 5: Discussie

Uit de resultaten blijkt dat behandelaren nauwelijks gebruikmaken van de zorgprogramma's. Ze verwijzen op basis van hun eigen deskundigheid, ervaring en intuïtie. De deelnemers geven allemaal andere indicaties voor verwijzingen naar PMT. Daarbij is de kennis over PMT beperkt en niet compleet. Echter zijn de ervaringen positief. Al deze factoren maken dat er verschil ontstaat tussen behandelaren en hun verwijzingen. Ze zouden graag meer zichtbaarheid en voorlichting vanuit de PMT zien.

Doordat de zorgprogramma's nauwelijks gebruikt worden is de kennis over PMT indicaties wisselend. Daarnaast hebben behandelaren beperkte kennis van PMT. Wel zijn behandelaren positief over PMT. Behandelaren geven aan meer kennis en voorlichting over PMT te willen. Doordat het zorgprogramma niet gevolgd wordt zou men kunnen zeggen dat het niet uitmaakt of PMT in de MDR staat of niet. Uit dit onderzoek blijkt dat de persoonlijke factoren van behandelaren een grotere rol speelt dan het zorgprogramma bij een verwijzingen naar PMT modules.

Het feit dat behandelaren beperkte kennis van PMT hebben zegt iets over de behandelaren, de instelling maar vooral over de PMT. Schijnbaar profileert de PMT zich niet goed genoeg. Voor behandelaren is het opmerkelijk dat zij verwijzen naar iets waar ze beperkte kennis van hebben. Dit kan echter verklaren waarom behandelaren wisselend verwijzen en graag meer zichtbaarheid en betrokkenheid van de PMT willen. Vanuit de instelling is het bijzonder dat de communicatie tussen deze twee partijen beperkt blijkt te zijn. Dit zou invloed kunnen hebben op de kwaliteit van zorgverwijzingen.

De uiteenlopende indicaties van behandelaren voor PMT kan verklaard worden, omdat er naar alle PMT modules werd gevraagd. De negen PMT modules in het zorgprogramma angststoornissen hebben andere indicaties. Dit maakt dat voor een vervolg onderzoek wordt geadviseerd specifiek naar één PMT module en zijn indicaties te kijken.

Dit onderzoek kent een aantal beperkingen. Het betreft een dwarsdoorsnede onderzoek. Dit betekent dat er één meetmoment is. Kennis, ervaring maar vooral intuïtie is een variabel gegeven. Daarom kan aan de kwaliteit van dit onderzoek worden getwijfeld. Daarnaast is het onderzocht bij één GGZ instelling en één zorggroep. Dit maakt dat er geen gegeneraliseerde uitspraak kan worden gedaan over de indicaties van behandelaren bij een verwijzing naar PMT modules.

Het feit dat dit onderzoek werd gedaan door een PMT-student, kan invloed hebben op de subjectiviteit van de deelnemers tijdens de interviews. Het valt op dat bij dit onderzoek alle deelnemers positief zijn gestemd over PMT. Negatieve geluiden over PMT en behandelaren die niet verwijzen zijn niet in beeld geweest.

Voor een vervolg onderzoek wordt geadviseerd om te onderzoeken welke kennis behandelaren over PMT willen, zodat de kwaliteit van verwijzen naar PMT verbeterd wordt. Er wordt aangeraden dit te laten onderzoeken door een objectieve onderzoeker en daarbij meerdere afdelingen en cliënten bij het onderzoek te betrekken.

Hoofdstuk 6: Conclusie

In dit onderzoek is in kaart gebracht op basis van welke indicaties behandelaren verwijzen naar PMT modules.

De onderzoeksvraag is:

Op basis van welke indicaties verwijzen behandelaren binnen GGZ zuidoost Drenthe op locatie Emmen bij het zorgprogramma Angst door naar PMT modules?

De indicaties waarop behandelaren binnen de GGZ zuidoost Drenthe op locatie Emmen bij het zorgprogramma Angst cliënten doorverwijzen naar psychomotorische therapie is op basis van deskundigheid, ervaring en intuïtie. Deskundigheid betreft de kennis van behandelaren over PMT en PMT modules in relatie tot de problematiek van de cliënt. Ervaring betreft de ervaringen van behandelaren met eerdere verwijzingen naar PMT modules. Intuïtie speelt een rol, omdat behandelaren hun gevoel of vermoedens meenemen bij een verwijzing naar PMT modules.

Er wordt ook rekening gehouden met een matching van therapeut en cliënt. Bij sommige behandelaren speelt de wens van de cliënt een wezenlijke rol en bij andere helemaal niet. De rol van het zorgprogramma bij het verwijzen is minimaal.

Ook kan over de specifieke problematiek voor PMT modules geen uitspraak worden gedaan. Dit komt doordat de resultaten een te breed en wisselend beeld geven om hier een concreet antwoord op te geven. Dit verklaart waarom sommige behandelaren vaak verwijzen naar PMT modules en andere nauwelijks.

Daarnaast blijkt uit de resultaten dat er beperkte kennis is over PMT en de indicaties voor PMT modules. De behandelaren geven aan dat de vraag naar kennis over PMT groot is.

Behandelaren willen meer zichtbaarheid en voorlichting over PMT, het liefst zien ze een PMT-er in hun team.

Hoofdstuk 7: Aanbeveling

Uit de resultaten en conclusie komen drie aanbevelingen. Alle aanbevelingen zijn gericht op verbetering van de kwaliteit van de verwijzingen naar PMT modules.

De aanbevelingen luiden als volgt:

- Een PMT-er onderdeel uit laten maken van een behandelteam
- PMT voorlichting en educatie bieden voor behandelaren
- PMT indicaties uit het zorgprogramma benadrukken

PMT-er in behandelteam

Uit de interviews kwam naar voren dat veel behandelaren weinig zien van de PMT. Daardoor wordt er weinig aan PMT gedacht. Behandelaren geven aan wanneer ze meer van de PMT zien of een PMT-er in hun team hebben ze meer kunnen overleggen, zodat ze weten welke indicaties voor PMT modules gelden. Dit maakt de verwijzing sterker, omdat behandelaren en PMT-ers beter weten wat ze van elkaar kunnen verwachten.

Voorlichting en educatie over PMT

Uit de interviews blijkt dat de deelnemers weinig of beperkte kennis hebben van PMT. Alle deelnemers geven aan wens te hebben naar meer kennis en voorlichting over PMT. Op deze manier weten behandelaren beter welke mogelijkheden PMT biedt en bij welke indicaties PMT een meerwaarde heeft. Dit zorgt voor een kwalitatieve verbetering bij de indicatiestelling. Daardoor wordt er aanbevolen dat er meer voorlichting en educatie over PMT wordt gegeven.

Dit kan vorm worden gegeven door alle behandelaren een PMT sessie te laten bijwonen. Daarnaast zouden de PMT-ers voorlichting kunnen geven aan behandelaren. Dit zou kunnen doormiddel van presentaties of workshops.

PMT indicaties uit het zorgprogramma benadrukken

Uit het onderzoek komt naar voren dat behandelaren nauwelijks gebruikmaken van het zorgprogramma. In dit zorgprogramma staan duidelijke en heldere indicaties voor PMT. De deelnemers van dit onderzoek geven in de interviews op basis van uiteenlopende problematiek naar PMT modules te verwijzen. Daarom wordt er aanbevolen dat de PMT indicaties uit de zorgprogramma's meer onder de aandacht worden gebracht, zodat behandelaren een duidelijk kader hebben om te verwijzen naar PMT modules.

Literatuurlijst

- Aerts, L.C., van Busschbach, J.T., & Wiersma, D. (2011). *Vaktherapie in Noord Nederland: Een beschrijving van de beroepspraktijk, behandel-effecten en tevredenheid van patiënten met vaktherapie binnen de noordelijke geestelijke gezondheidszorg*. Groningen, Nederland: Rob Giel Onderzoekcentrum.
- Bakker, E., & van Buuren, H. (2009). *Onderzoek in de gezondheidszorg*. Groningen, Nederland: Noordhoff Uitgevers.
- Bastiaens, H. & Philips, H. (z.j.). *Wat is het recept voor gericht verwijzen* (Proefschrift, universiteit Antwerpen). Geraadpleegd op http://www.icho-info.be/masterproefpdf/thesis/%7B175cf7ec-99bf-afe4-914c-1bfa7b6ea51e%7D_Merckx-Ine-scriptie.pdf
- Boeije, H.R. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Amsterdam, Nederland: Boom onderwijs.
- Fahrenfort, J. (1987). *Psychomotorische Therapie: Een onderzoek naar het gebruik van bewegings- en lichaamgeörienteerde methoden in de psychiatrie*. Amsterdam, Nederland: VU Uitgeverij.
- GGZ Drenthe (2012). *Zorgprogramma Angststoornissen*. Geraadpleegd op Intranet van de GGZ Drenthe.
- GGZ Nederland(2013). *GGZ-sector, cijfers*. Geraadpleegd op <http://www.ggz nederland.nl/pagina/ggz-sector>
- GGZ Nederland(2013). *Over GGZ Nederland*. Geraadpleegd van <http://www.ggz nederland.nl/pagina/over-ggz-nederland>
- Hekking, P., & Fellinger, P. (2011). *Psychomotorische therapie: een inleiding*. Amsterdam, Nederland: Boom.
- Jong, A. de., Vandenbroele, H., Glorieux, M., De Maesschalck, L. & Visser, M. (2008). *Inleiding wetenschappelijk onderzoek voor het gezondheidsonderwijs*. Maarssen, Nederland: Elsevier Gezondheidszorg.
- Landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijnen & Trimbos instituut (2013). *Over multidisciplinaire richtlijnen*. Geraadpleegd op <http://www.ggzrichtlijnen.nl/site/pagina.php?id=54330>
- Landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijnen & Trimbos instituut (2013). *Richtlijntekst, Psychomotorische therapie*. Geraadpleegd op http://www.ggzrichtlijnen.nl/richtlijn/item/pagina.php?id=729&richtlijn_id=66
- Landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijnen & Trimbos instituut (2013). *Homepage*. Geraadpleegd op <http://www.ggzrichtlijnen.nl/>
- Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (2004). Leiddraad: Verwijzen door de bedrijfsarts. Geraadpleegd op <http://nvab.artsennet.nl/web/file?uuid=437b9e06-63cf-415c-b44f-38f392799ca5&owner=56486107-3665-4b31-91e4-b4b90e8c1963&contentid=55302>
- Nijstad, B.A. (2011). *Moeilijke beslissingen* (Proefschrift, rijksuniversiteit Groningen). Geraadpleegd van <http://www.rug.nl/staff/b.a.nijstad/oratienijstad.pdf>
- NIVEL (2012). *Trend aantal verwijzingen*. Geraadpleegd op <http://www.nivel.nl/trend-aantal-verwijzingen>
- NVPMT (2009). *Beroepsprofiel PMT 2009*. Geraadpleegd op <http://www.nvpmt.nl/bestuur/documenten/file/7-beroepsprofiel-pmt.html>
- Subjectief. (2013) In Van Dale online professioneel Nederlands. Geraadpleegd van <http://www.vandale.nl/opzoeken?pattern=subjectief&lang=nn#.UsEzavTulrV>
- Verbiest, E. (2007). Professionals moeten het verdienen. *Tijdschrift voor hoger onderwijs*, 4(24), 239-248. Geraadpleegd op <http://samen-wijs.nl/docs/Verbiest%20-%20Professionals%20moeten%20het%20verdiene n.pdf>
- Weel, A.N.H., Kelder, M.J. & Klink J.J.L. van der. (2003). Dilemma voor de bedrijfsarts: Onbegrepen psychische klachten: voortmodderen over verwijzen? *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 11(9), 282-285. Geraadpleegd van <http://link.springer.com/article/10.1007/BF03073927>

Zorgaanbieders (2013). *Geestelijke gezondheidszorg informatie*. Geraadpleegd op
http://www.zorgaanbieders.nl/rubriek/Geestelijke%20gezondheidszorg/Algemeen/Ov
e rijssel/Zwolle/

Bijlage 1

Interview opzet:

Wie bent u en wat is uw functie binnen de GGZ in Emmen?

Kunt u kort omschrijven wat uw werkzaamheden zijn binnen de GGZ in Emmen? Welke behandelingen geeft u?

Hoe komen cliënten bij u terecht?

Hoe ziet het traject eruit van een cliënt bij de GGZ?

Er zijn zorgpaden binnen de GGZ, kunt u daar iets over vertellen?

Wat is het?

Waarom is het er? Effect of doel

Wat vindt u er persoonlijk van?

Hoe hanteert u dit instrument? Strikt of leiddraad?

Er is ruimte met vrije invulling bij de zorgpaden, hoe vult u deze in?

Wat is de rol van de cliënt hierbij?

Welke afwegingen maakt u bij de keuzes voor een behandeling?

Heeft u voorkeur bij het doorverwijzen naar disciplines of behandelingen? Bv wellicht uw eigen behandelingen?

Spelen bepaalde ervaringen of beeldvormingen hierbij een rol?

PMT is een van de behandelingen, wat kunt u hierover vertellen?

Wat is het?

Voor wie is het?

Wat is het effect of doel hiervan?

Hoe staat u persoonlijk en als professional tegenover PMT?

Verwijst u wel eens door naar de PMT? Welke criteria?

Vanwege de therapeut, voorkeur cliënt, welke indicatie?

Heeft u voorkeur voor bepaalde PMT modules, individueel of groepsbehandeling?

Wat moet er volgens u gebeuren zodat er meer wordt doorverwezen naar PMT?

Zorgprogramma Angststoornissen



ggz Drenthe

geestelijke gezondheidszorg

Inhoudsopgave Zorgprogramma Angststoornissen

1.	Inleiding	3
2.	Leeswijzer zorgprogramma Angststoornissen	4
2.1.	Inleiding Leeswijzer.....	4
2.1.1.	Routine Outcome Assessment.....	4
2.1.2.	DBC en zorgprogrammering	4
2.2.	De inhoudelijke keuzes in de behandeling	5
2.2.1.	De beslisbomen.....	5
2.2.2.	Het definitieoverzicht	5
2.2.3.	De behandelpaden.....	5
2.2.4.	De behandelmodules.....	5
2.2.5.	Het spoorboekje.....	5
2.3.	Planning en overleg tijdens de behandeling	6
2.3.1.	Centrale agendavoering.....	6
2.3.2.	Multidisciplinair overleg	6
2.4.	Richtlijnen evaluatie cyclus tijdens en ná behandeling	7
2.4.1.	Evaluatie.....	7
2.4.2.	Hoofdbehandelaar	7
2.4.3.	Vragenlijsten	7
2.4.4.	Richtlijnen bij evaluatie	7
3.	Beslisbomen	8
3.1.	Beslisboom triage naar zorgprogramma angststoornissen	8
3.2.	Definitielijst triage naar zorgprogramma angststoornissen	9
3.3.	Beslisboom triage naar setting	10
3.4.	Definitielijst triage naar setting.....	11
3.5.	Beslisboom triage naar behandelpaden	12
3.6.	Definitielijst triage naar behandelpaden	13
3.7.	Globaal spoorboekje bij zorgprogramma angststoornissen	14
4.	Inhoud behandelpaden en modules.....	15
4.1.	Inhoud behandelpaden zorgprogramma angststoornissen	15
4.2.	Inhoud modules zorgprogramma angststoornissen	17
5.	Aanmelding, triage en diagnostiek.....	22
5.1.	Aanmelding en diagnostiek	22
5.2.	Aanmelding centraal, diagnostiek binnen zorgprogramma	22

1. Inleiding

Dit document beschrijft het zorgprogramma “Angststoornissen” van GGZ Drenthe. Dit document bevat de ontwikkelde inhoud zoals deze op 5 juli 2010 beschikbaar is.

In de leeswijzer wordt het zorgprogramma nader toegelicht.

Het zorgprogramma is tot stand gekomen in een vijftal werkconferenties van hiervoor aangewezen behandelaren vanuit de verschillende divisies. Het richt zich op de ambulante zorg voor Volwassenen. Er zijn specifieke aanvullingen ontwikkeld ten behoeve van ouderenpsychiatrie. Voor klinische patiënten en voor patiënten met een langdurige voortgezette behandeling worden nog paden ingericht.

Het werken volgens het zorgprogramma Angststoornissen heeft op een aantal onderdelen gevolgen voor de werkwijze. Deze gevolgen zullen worden benoemd in een nog op te stellen implementatieplan.

Aan de werkconferenties werkten mee:

Till Bleumink	Psychotherapeut	divisie Zuidoost
Henriette Pepels	Psychiater	divisie Zuidoost
Hans Almoes	Klinisch psycholoog, cluster jeugd	divisie Zuidoost
Hennie Munsterman	GZ-psycholoog	divisie Zuidwest
Frans de Bot	SPV	divisie Zuidwest
Leo Timmerman	Psychiater, A-opleider	divisie Noord
Jalmar de Vries	Psychiater	divisie Noord

Addendum ouderen:

Anil Sewbaransingh	Psychiater	divisie Zuidoost
Marije de Ruiter	Psycholoog	divisie Zuidoost
Doortje Wynia	Psychiater, clusterhoofd behandelzaken	divisie Zuidoost
Marijke Keemink	Psychiater, clusterhoofd behandelzaken	divisie Noord
Fred Kroese	Psycholoog, behandelcoördinator	divisie Noord
Marleen Tromp	Psycholoog	divisie Noord
Popko IJtsma	Sociaal psychiatrisch verpleegkundige	divisie Noord
Susanne Schoemans	Psycholoog	divisie Zuidwest
Thomas Ehling	Psychiater, circuitmanager behandelzaken	divisie Zuidwest
Marcel van de Akker	GZ-psycholoog	divisie Zuidwest

Vanuit de projectorganisatie:

Ad Bus	Opleidingsfunctionaris
Jaap Last Petra	Projectleider
Meijer Bertus	Secretariële ondersteuning
Terpstra	Projectadviseur

En:

Bureau Plexus	over-all ondersteuning
---------------	------------------------

2. Leeswijzer zorgprogramma Angststoornissen

2.1. Inleiding Leeswijzer

GGZ Drenthe biedt kwalitatief hoogstaande zorg en behandeling aan patiënten met psychische en psychiatrische problematiek. De behandelingen zijn zo ingericht dat de patiënt zo snel mogelijk herstelt en/of in staat wordt gesteld om goed om te gaan met zijn of haar problematiek of aandoening.

De behandelingen die GGZ Drenthe biedt worden uitgevoerd in overeenstemming met de multidisciplinaire richtlijnen, gaan uit van de gestelde diagnose en zijn gericht op de doelgroep. De behandelingen zijn beschreven in zorgprogramma's die de problematiek en het behandelaanbod voor een bepaalde specifieke doelgroep beschrijven.

De inhoud van de behandelpaden en behandelmodules zijn grotendeels gebaseerd op de bestaande werkwijzen en getoetst aan de landelijke richtlijnen. Nieuw is wel dat in de zorgprogramma's veel scherper wordt beschreven hoe lang en door wie een bepaalde behandeling wordt gegeven voordat er opnieuw wordt gesproken over het vervolg van de behandeling. In het kader van het meten van de resultaten van de behandeling wordt in ieder zorgprogramma gebruik gemaakt van evaluatielijsten. Deze Routine Outcome Assessment wordt voor ieder zorgprogramma nader ingevuld.

In dit zorgprogramma treft u de verschillende behandelpaden en behandelmodules aan die voor de groep patiënten met een angststoornis zijn vastgesteld. Enerzijds kan de leeswijzer u helpen snel de juiste route naar een specifiek behandelpad vast te stellen met behulp van de beslisbomen, anderzijds biedt het u in compacte vorm de inhoud aan van die verschillende paden en modules.

2.1.1. Routine Outcome Assessment

Bij de behandeling streven we ernaar de effectiviteit van de behandeling goed in beeld te krijgen en te monitoren. Het meten van het effect van de behandeling wordt gezien als voorwaarde voor een goede behandeling en is vanuit de financiers verplicht gesteld. Binnen GGZ Drenthe gebeurt de meting met – per zorgprogramma – gevalideerde vragenlijsten, waarvan de uitkomsten ook in de behandeling worden toegepast. Voor Angststoornissen is gekozen voor de OQ45 vragenlijst.

De OQ45 vragenlijst wordt door de patiënt nog vóór zijn of haar eerste afspraak ingevuld, zodat de behandelaar de beschikking heeft over de uitkomsten daarvan bij het eerste consult. Nader moet worden afgesproken welke klachtspecifieke lijsten worden gehanteerd.

2.1.2. DBC en zorgprogrammering

Per 2011 wordt de bekostiging in DBC's definitief ingevoerd. Voor GGZ Drenthe is het van belang dat zij in staat is om de behandelingen kosteneffectief te laten zijn en goed in de DBC-systematiek te laten passen. De ontwikkelde zorgpaden zijn hiertoe doorgerekend en zijn in meerderheid in de ontwikkelde vorm kostendekkend. Dit zorgprogramma is bedoeld om de grootste groep van patiënten te kunnen behandelen binnen de benoemde behandelpaden. Uitzonderingen voor patiënten die een andere specifieke benadering nodig hebben zijn, mits goed beargumenteerd, mogelijk.

2.2. De inhoudelijke keuzes in de behandeling

Zorgprogrammering beschrijft het proces dat tot de keuze leidt welke behandeling en zorg moet worden geleverd. De keuze wordt bepaald op grond van de vraagstelling van de verwijzer, op grond van de diagnose die de patiënt krijgt en op grond van de wens van de patiënt. De zorgtoeleiding en behandeling zijn in concrete termen en termijnen beschreven. Voor de patiënt is duidelijk hoe en wat er gaat gebeuren.

Het zorgprogramma Angststoornissen bestaat uit een vijftal delen:

1. De beslisbomen
2. Een overzicht waarin de gehanteerde termen worden gedefinieerd
3. Een overzicht van de behandelpaden
4. Een overzicht van de behandelmodules
5. Een spoorboekje

2.2.1. De beslisbomen

De beslisbomen geven de route aan voor het bepalen van het behandelpad dat de patiënt krijgt aangeboden. De eerste beslisboom geeft de route aan naar een zorgprogramma. De tweede beslisboom biedt ondersteuning aan het bepalen van de setting waarbinnen de patiënt wordt behandeld. Binnen deze settings is het mogelijk om de beschreven behandelpaden aan te bieden. De derde beslisboom geeft tenslotte de route naar een specifiek behandelpad. De keuze voor zorgprogramma en een behandelpad wordt gemaakt door de hoofdbehandelaar van het betreffende zorgprogramma tijdens en na de diagnostiekfase. ! Let op: De ordening binnen de beslisboom is niet bepalend voor de behandeling.

2.2.2. Het definitieoverzicht

In de definitielijst worden de gehanteerde begrippen toegelicht. Met deze definities wordt het mogelijk om de beslisbomen en paden eenduidig te hanteren.

2.2.3. De behandelpaden

Een behandelpad beschrijft op procesniveau hoe de behandeling vorm wordt gegeven. Er is voorgeprogrammeerd wat er gebeurt tussen de start en het einde van het behandelpad. Zij bevat een korte beschrijving van de inhoud, het aantal contacten en de tijdsduur hiervan, de frequentie van de behandeling en de behandelende discipline. Hiernaast geeft zij aan welk meetinstrument wordt gebruikt en in welke mate herhaling van dit pad aan de orde kan zijn. Sommige paden kunnen vaker worden herhaald, andere paden kunnen slechts één maal worden aangeboden.

2.2.4. De behandelmodules

Soms is het belangrijk om naast de beschreven behandeling in het pad nog een activiteit toe te kunnen voegen. Dit worden behandelmodules genoemd. Behandelmodules komen dus alleen voor in combinatie met een gekozen behandelpad. Het overzicht met eventueel bij te schakelen behandelmodules lijkt veel op het overzicht van de behandelpaden. Hier zijn echter de criteria apart uitgewerkt. Modules kunnen dus beschouwd worden als een mogelijke aanvulling op het behandelpad.

2.2.5. Het spoorboekje

In het spoorboekje treft u een overzicht aan van de route waarmee een patiënt zijn behandeling kan volgen. Op enig moment wordt in overleg met de patiënt door de behandelaar een besluit genomen over het vervolg dan wel het beëindigen van de behandeling binnen dit zorgprogramma.

Het beëindigen van de behandeling in dit zorgprogramma kan betekenen dat de behandeling van de patiënt wordt afgerond. Ook denkbaar is dat patiënt een behandeling krijgt aangeboden in een ander zorgprogramma.

2.3. Planning en overleg tijdens de behandeling

Naast de inhoudelijke keuzes die in het zorgprogramma worden gemaakt zijn er twee elementen die bij de uitvoering van een behandeling van belang zijn:

1. De centrale agendavoering
2. Het multidisciplinair overleg

2.3.1. Centrale agendavoering

Het gebruik van dit zorgprogramma heeft een inhoudelijke component, die in bovenstaande toelichting kort aan de orde is gesteld.

Een voordeel van het werken met zorgprogramma's is dat bij de keuze van een bepaald behandelpad de planning van afspraken met de patiënt ook voor langere tijd kan worden gemaakt. In ieder pad wordt immers aangegeven hoe vaak de patiënt een bepaalde behandelaar ziet en met welke frequentie. Wanneer vervolgens geen uitzondering gemaakt hoeft te worden kunnen alle afspraken tot aan het einde van een behandelpad worden gemaakt.

2.3.2. Multidisciplinair overleg

Kern van deze benadering is dat er alleen overleg is over de uitzonderingen in de behandeling van een patiënt. Een patiënt die volgens de verwachting herstelt, binnen de kaders van het gekozen behandelpad, hoeft niet (uitgebreid) besproken te worden in het multidisciplinaire team.

Patiënten die niet volgens de verwachting herstellen of die de behandelaar anderszins voor een complexe vraag stellen komen in de multidisciplinaire bespreking aan de orde. Wanneer gekozen moet worden voor een nieuw behandelpad is multidisciplinair overleg altijd aan de orde.

2.4. Richtlijnen evaluatie cyclus tijdens en ná behandeling

Tijdens en na afloop van het behandelplan zal er zorgvuldig moeten worden geëvalueerd.

2.4.1. Evaluatie

De volgende richtlijnen zijn beschikbaar:

- Continu individueel door behandelaar
- 1 x 10 weken op basis van vragenlijst, hoofdbehandelaar bespreekt resultaat met patiënt tijdens behandelcontact
- Indien nodig bespreekt hoofdbehandelaar vraag over behandeling van patiënt in MDO. Hoofdbehandelaar (behandelcoördinator in Assen) bespreekt resultaat met patiënt.

2.4.2. Hoofdbehandelaar

De hoofdbehandelaar is degene die een behandelpad uitvoert.

2.4.3. Vragenlijsten

- Voor start behandelpad de OQ 45
- De OQ45 en de bij het zorgprogramma behorende klachtspecifieke lijst(en) bij elke 10-wekelijkse tussenevaluatie en eindevaluatie. Vragenlijst door patiënt in te vullen.

2.4.4. Richtlijnen bij evaluatie

Mate van herstel	Tussentijdse evaluatie	Evaluatie eind behandelpad	MDO
Volledig herstel	Relapspreventie	Relapspreventie	Nee
Partieel herstel	Doorgaan met behandeling in pad	• Ander behandelpad starten • Bij CGT onderhouds-behandeling starten	Ja (nee bij vervolg CGT)
Geen herstel	Ander behandelpad starten	Ander behandelpad starten	Ja

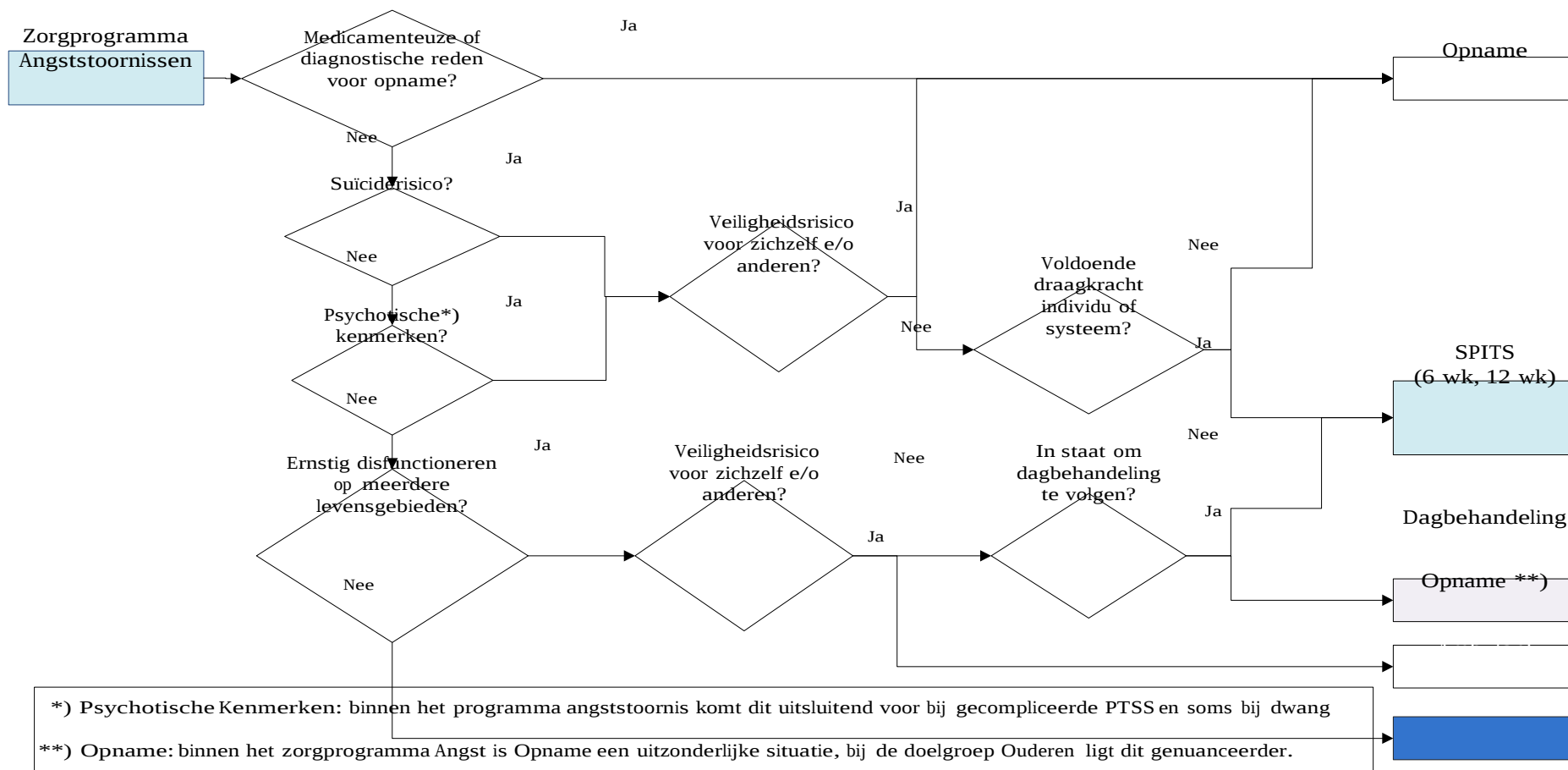


3.2. Definitielijst triage naar zorgprogramma angststoornissen

Stap in beslisboom	Omschrijving/Criteria
Triage	- Het rangschikken van verwijzingen en aanmeldingen naar aard, ernst en urgentie en het toewijzen naar zorgprogramma's en/of paden
Hoofddiagnose primaire angststoornis?	- In overeenstemming met DSM IV - Het betreft de diagnose waar de patiënt het meeste last van heeft - Geen andere diagnose die de behandeling van de angststoornis belemmert (bijvoorbeeld persoonlijkheidsstoornis). Bij autisme en psychose is er daar altijd sprake van.
Aanpassingsstoornis met angstkenmerken?	- Aanpassingsstoornis is de primaire diagnose in overeenstemming met DSM IV.
Hypochondrie?	- Hypochondrie is de primaire diagnose in overeenstemming met DSM IV
Lichte angststoornis?	- Patiënt heeft klachten die het dagelijks functioneren niet wezenlijk beïnvloeden (in het algemeen GAF>70)
Verstandelijke beperking?	- $IQ < 70$ of $IQ \leq 85$ gecombineerd met comorbide ontwikkelingsstoornis
Cognitieve stoornissen?	- Geheugenstoornis door veroudering, alcoholmisbruik of hersenletsel
Forensisch psychiatrische problematiek?	- Strafrechtelijke titel, óf - Dit betreft patiënten waarbij een koppeling bestaat tussen een gepleegd delict/delictisico en de stoornis, óf - Agressie-regulatieproblematiek bij voorkeur behandeling op de AFP.
Vroegkinderlijke Traumatisering?	- alle traumatisering vóór het 12 ^e levensjaar
Verslavingsproblematiek?	- Misbruik of afhankelijkheid van een middel, waardoor behandeling van de stoornis belemmerd wordt - Verslaving aan gokken of games, waardoor behandeling van de stoornis belemmerd wordt

3.3. Beslisboom triage naar setting

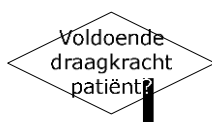
Beslisboom Triage Setting (Opname, Dagbehandeling, Ambulant of SPITS)



3.4. Definitielijst triage naar setting

Stap in beslisboom	Omschrijving/Criteria
Medicamenteuze of diagnostische reden voor opname?	- Ter beoordeling van intaker/behandelaar
Suïciderisico?	- Ter beoordeling van de behandelaar, bijvoorbeeld recente suïcide pogingen, wanhoop, suïcide wens
Psychotische kenmerken?	- Psychotische kenmerken in het kader van de stoornis, binnen het programma angststoornis komt dit uitsluitend voor bij gecompliceerde PTSS en soms bij dwang
Ernstig disfunctioneren op meerdere levensgebieden?	- Ernstig disfunctioneren op sociaal, welzijn en fysiek functioneren ter beoordeling van intaker en patiënt - Benadering is GAF-score <40
Veiligheidsrisico voor zichzelf e/o anderen?	- Veiligheidsrisico ter beoordeling van behandelaar, bijvoorbeeld ondervoeding, wegvallen van sociale maatschappelijke activiteiten islatie agressie, suïciderisico
Voldoende draagkracht individu of systeem?	- De zorg voor en veiligheid van de patiënt is voldoende gewaarborgd, ter beoordeling aan behandelaar in overleg met het systeem
In staat om dagbehandeling te volgen?	- Fysiek in staat zich te verplaatsen - In staat om te profiteren van het groepsaanbod

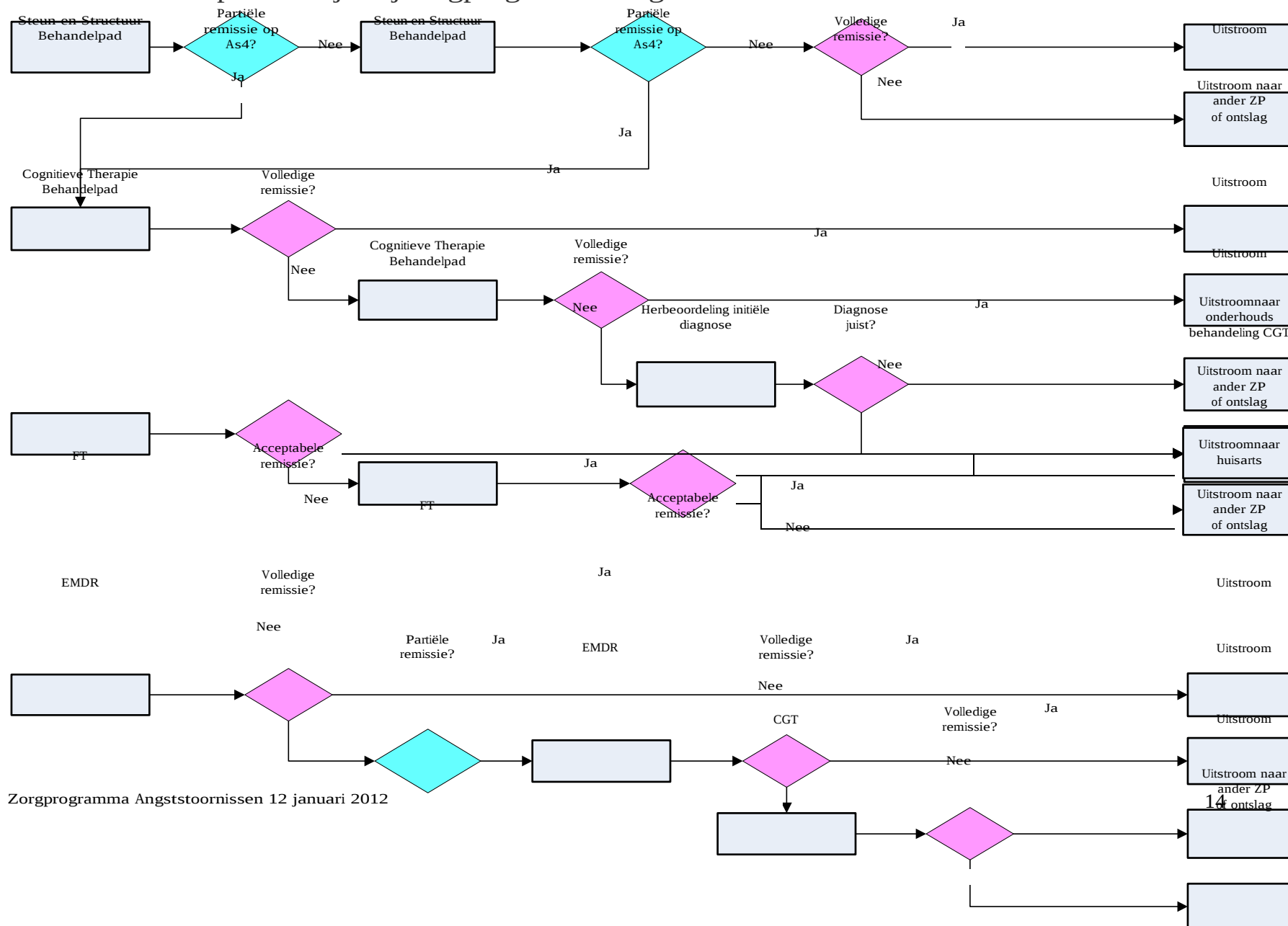
Beslisboom triage naar behandelpaden
binnen zorgprogramma angststoornissen GGZ Drenthe



3.6. Definitielijst triage naar behandelpaden

Stap in beslisboom	Omschrijving/Criteria
Somatische comorbiditeit?	- Somatische klachten of beperkingen gebaseerd op een somatisch ziektebeeld/afwijking - Bij de behandeling van ouderen zal in elk zorgpad rekening gehouden moeten worden met extra (somatische) behandelcapaciteit - Bij ouderen wordt standaard labonderzoek en lichamelijk onderzoek geïndiceerd
Gecompliceerd somatisch?	- Ernstige somatische klachten die behandeld moeten worden door een specialist / 2^e lijns zorg - Bij de behandeling van de oudere die ernstige comorbide somatische problemen heeft zal de behandeling steeds pendelen tussen de somatische behandellijn en de psychiatrische behandellijn.
Klinisch?	- Onderscheid is noodzakelijk op basis van wet en regelgeving: de organisatie is eindverantwoordelijk voor integrale medische zorg van opgenomen patiënten
PTSS?	- Posttraumatische Stress Stoornis in overeenstemming met DSM IV
Complexe variant?	- PTSS met (beginnende) dissociatieve fenomenen
Voldoende draagkracht patiënt?	- Patiënt is in staat om de mate van stress en emoties te hanteren
Interfererende As 4 problematiek?	- As 4 problemen die behandeling/therapie van de stoornis belemmert
Structureel belemmerende factoren voor patiënt?	- Belemmerende factoren zoals taalbeheersing of van culturele aard - Bij ouderen moet dit ruimer worden geïnterpreteerd
Wens patiënt(uitsluitend FT)?	- De voorkeur van een patiënt voor een behandeling, uitsluitend farmacotherapie
Wens patiënt/situatieve factoren?	- De voorkeur van een patiënt - Indien van toepassing: geen fysieke mogelijkheid voor face-to-face contact
Sociale component?	- Specifieke behandeling in een groep heeft meerwaarde voor patiënt

3.7. Globaal spoorboekje bij zorgprogramma angststoornissen



4. Inhoud behandelpaden en modules

4.1. Inhoud behandelpaden zorgprogramma angststoornissen

OVERZICHT INHOUD BEHANDELPADEN ZORGPROGRAMMA ANGSTSTOORNISSEN

Naam Behandelpad	Indicatie		Behandeling						Evaluatie	Max. duur
	Criteria	Meet-instrument	Inhoud	Gemiddeld aantal contacten	Maximaal aantal contacten	Duur per contact	Frequentie	Discipline	Frequentie evaluatie	
Multidisciplinair 2 ^e lijnspecialist	Bij ernstige somatische co-morbiditeit	n.v.t.	Structureel periodiek contact met nevenspecialisme. Farmacotherapeutische veiligheid.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	Psychiater / arts-assistent	n.v.t.	n.v.t.
EMDR (inclusief ouderen)	Zie beslisboom	OQ45 of HONOS65+	EMDR Protocol	5x	10x	90 min (75D;15I)	1x p wk	EMDR gediplomeerde	Na afronding	5 wk 1x herhalen
Imaginaire exposure	Zie beslisboom	HONOS65+	Behandelprotocol PTSS	11x	15x	90 min (75D;15I)	1x p wk	Cognitief gedragstherapeut GZ-psycholoog/ klinisch psycholoog		
Steun en Structuur	Zie beslisboom	OQ45 of HONOS65+ of Y-Bocs	Activering en adviseren praktische problemen Dagstructurering/Psycho educatie Systeem betrekken	7x	10x	45 min (35D;10I)	1x p 2 wk (1 ^e 5 sessies) <u>Na Eval.:</u> 1x p 4 wk (2 ^e 5 sessies)	SPV	10 wk	25 wk 1x herhalen
Steun en structuur Ouderen	Zie beslisboom	HONOS65+ GDS30	Activering en adviseren praktische problemen Dagstructurering Psycho educatie Systeem betrekken	7x	10x	45 min (35D;10I)	1x p 2 wk na evaluatie 1x p 3 wk	SPV	10 wk 20 wk	25 wk Herhaling mogelijk
Farmacotherapie	Zie beslisboom	OQ45	Instellen farmacotherapie en ondersteunende gesprekken: - Bevorderen en monitoren compliance - Effect en bijwerkingen	4x	6x	30 min (20D;10I)	1x p 3 wk	Psychiater/arts-assistent	15 wk	18 wk Max. 4x herhaling
Farmacotherapie Ouderen	Zie beslisboom	HONOS65+ GDS30 MADRS bij klin. opname	Instellen farmacotherapie en ondersteunende gesprekken: - Bevorderen en monitoren compliance - Effect en bijwerkingen	4x Per trial	6x Per trial	30 min (20D;10I)	1x p 2 wk	Psychiater/arts-assistent	10 wk	8 wk max. 4x herhaling

Internettherapie	Zie beslisboom	OQ45	CGT-behandeling via internet. GGZ Drenthe patiënten kunnen worden doorverwezen naar Interapy	21 wk	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	21 wk Geen herhaling
Cognitieve gedragstherapie face-to-face Groep	Zie beslisboom	OQ45	1.Symptoomreductie 2.Verbeteren van coping door ontwikkeling van rationele en adequate gedachten en gedragingen 3.Terugvalpreventie	14x	16x	120 min (105D;15I)	1x p wk	GZ-psycholoog Klinisch psycholoog Psychotherapeut Voor CGT-opgeleide SPV-er (50-50)	15 wk	16 wk 1x herhalen
Cognitieve gedragstherapie face-to-face Individueel (per diagnose gr.)	Zie beslisboom	OQ45	1.Symptoomreductie 2.Verbeteren van coping door ontwikkeling van rationele en adequate gedachten en gedragingen 3.Terugvalpreventie	14x	16x	60 min (45D;15I)	1x p wk	GZ-psycholoog Kl. Psycholoog Psychotherapeut Voor CGT opgeleide SPV-er (50-50)	15 wk	16 wk 1x herhalen
CGT Ouderen	Zie beslisboom	HONOS65+ GDS30 MADRS bij klin. opname	1.Symptoomreductie 2.Verbeteren van coping door ontwikkeling van rationele en adequate gedachten en gedragingen 3. Terugvalpreventie	20x	20x**	60 min (45D;15I)	1x p 2 wk	GZ-psycholoog Psycholoog* SPV* Psychotherapeut evt. Psychiater	10 wk 20 wk	32 wk 1x herhalen

* Medewerker die in opleiding is of opleiding tot CGT/ IPT/PST afgerond heeft.

** Bij (partiële) inzet van SPV is enige uitloop mogelijk. Bedrijfseconomisch gezien is een mede-inzet van hiervoor opgeleide SPV-en bij CGT gewenst.

4.2. Inhoud modules zorgprogramma angststoornissen

OVERZICHT INHOUD MODULES ZORGPROGRAMMA ANGSTSTOORNISSEN								
Naam behandelmodule	Indicatie	Behandeling						
	Criteria	Inhoud	Gem. Aantal contacten	Max. aantal contacten	Duur per contact	Frequentie	Discipline	Bij welke behandelpaden?
KOPP/Moeder-Kindgroep/Infant	Voor de kinderen van ouders met een psychiatrische aandoening.	Baby-Kopp, Doe-praat-groepen, brusjes groep, survivaalkid, gezinsinterventie, ouder en kind activiteit	7x	10x	105 min (90D;15I)	1x p wk	SPV	Alle paden
EMDR	Symptoom Reductie	5 x EMDR Protocol	5x	10x	60-120 min (45D;15I)	1x p wk	EMDR gediplomeerde	CGT, FT, ST&ST
Psycho-educatie voor patiënt	Voor alle patiënten	Psycho-educatie is het geven van uitleg aan patiënt en betrokkenen over de aard, het beloop, de mogelijke behandelvormen en de behandelbaarheid van de ziekte.	Individueel 2x Groep 5x	Individueel 4x Groep 6x	45 min (30D;15I)	1x p 2 wk	SPV Verpleegkundige	Alle paden, behalve EMDR
Systeemtherapie	Indien vermoeden bestaat dat symptomatiek onder controle staat van systeemfactoren	Gesprekken met partner (evt. gezin) van patiënt om onderhoudende factoren dan wel gevolgen van de stoornis te bespreken	6x	12x 1x herhalen	90 min (75D;15I)	1x p 4 wk	Systeemtherapeut	ST&ST, FT, CGT Uitsluitend na overleg MDO
Mindfulness-training	Relapspreventie of recidiverende angstklachten.	Terugvalpreventie (recidiverende) angstklachten. Verbeteren coping door ontwikkelen van adequatere reactie op ingesleten reactiepatronen. Acceptatie van disfunctionele gedachten. Opstellen van noodplan/signaleringsplan	9x Gemiddeld 10-12 deelnms	9x max.15 deelnms	150 min (90D;60I)	1x p 2 wk	Gediplomeerde mindfulnessstrainer	Alle paden, behalve EMDR
Slapen kun je leren	Slaapstoornis	Cursus om weer op een natuurlijke manier te leren slapen	12x	1x kennismaking	60 min (45D;15I)	1x p 2 wk	SPV Psycholoog	Beschikbaar
				10x bijeenkomsten	105 min (90D;15I)			
				1x evaluatie	45 min (30D;15I)			

Trajectbegeleiding	Patiënten waarvoor verandering gewenst of noodzakelijk is op het gebied van scholing, dagbesteding, betaald of onbetaald werk	Ondersteuning bij het onderzoeken, regelen van scholingsmogelijkheden, dagbesteding of onbetaald werk en het geven van begeleiding. Ondersteuning bij het oplossen van problemen op het werk of bij re-integratie.	15x	25x Max. 1x herh.	60 min (45D;15I)	1x p wk na 10 sessies 1x p 3 wk	Trajectbegeleiders	Alle behandelpaden behalve EMDR
Sociale vaardigheidstraining	Te veel spanning ervaren in sociale situaties. Missen van sociale basisvaardigheden	Groepsbehandeling. Training in basale sociale vaardigheden, veel oefenen.	15x	15x (max. 8 á 10 deelnemers)	135 min (105D;30I)	1x p wk	(2x) SPV Psycholoog mét SPV	Beschikbaar, behalve voor EMDR
Assertiviteitstraining	Voldoende cognitieve vaardigheden Spanning ervaren in het omgaan met anderen. Moeite om een doelgerichte manier te vinden om voor zichzelf op te komen.	Groepsbehandeling. Training assertieve vaardigheden en bijstellen cognities.	15x	15x	120 min (105D;15I)	1x p wk	(2x) SPV Psycholoog mét SPV	Niet bij CGT en EMDR Aanbevolen bij sociale angststoornis en gegeneraliseerde angststoornis
Psycho-educatie voor familie cursus	Een cursus voor de directe omgeving van mensen met psychische problemen	Samen met andere lotgenoten leer je in deze ondersteuningsgroep hoe om te gaan met mensen met psychische of psychiatrische problemen.	6x gem. 10 deelnemers	10x max. 10 deelnemers	135 min (120D;15I)	1x p wk	SPV	CGT, ST&ST
Psycho-educatie voor familie spreekuur	Voor vragen en zorgen van partners, familieleden of vrienden van mensen met psychiatrische problemen.	Individueel gesprek om te leren omgaan met naasten met psychische klachten bij matige/ernstige depressie	2x	5x	60 min (45D;15I)	1x p 2 wk	SPV	ST&ST Uitgesloten bij EMDR
Psycho Motorische Groepstherapie o Sekse specifiek o Gemengd o Multi diagnostisch	Patiënten met stoornissen die te maken hebben met lichamelijke aspecten of die het bewegen beperken. Contra-indicatie: Angstniveau zo hoog dat decompensatie dreigt op te treden.	Groepsbehandeling: focaal gericht op sociale vaardigheden, vergroten copingsstrategieën. Vooral bewerkt vanuit een ervaringsgericht kader. Reductie van klachten in een specifieke groep, die gericht is op de beleving van de klachtgerelateerde lichaamssignalen.	15x gem. 8 deelnemers	30x max. 10 deelnemers	110 min (90D;20I)	1 x p wk	PMT in combinatie met andere disciplines	Niet bij CGT en EMDR Aanbevolen bij sociale angststoornis en gegeneraliseerde angststoornis

Beweging/Fitness Groep	Versterken van behandel-effecten, waaronder verlaging van drempels en weerstanden. Contra-indicaties: - Voldoende eigen initiatief tot bewegen. - Acute crisissituatie met ernstige symptomatic - Angst niveau te hoog	Een actieve, non-verbale wijze doorbreken van de vicieuze cirkel van inactiviteit, angstige stemming, en initiatiefverlies	16x gem. 8 deelnemers	16x max. 10 deelnemers	75 min (60D;15I)	1 x p wk	PMT	Aanvullend bij CGT
Beweging/Fitness Individueel	Versterken van behandel-effecten, waaronder verlaging van drempels en weerstanden. Vermijding en/of angst voor groepsprocessen. Contra-indicatie: Acute crisissituatie met ernstige symptomatic	Een actieve, non-verbale wijze doorbreken van de vicieuze cirkel van inactiviteit, angstige stemming, en initiatiefverlies	10x	15x	60 min (45D;15I)	1 á 2x p wk	PMT	Aanvullend bij CGT
Running therapie	Interpreteren van lichaamssignalen (als een vorm van exposure) Contra-indicaties: - Ernstige fysieke beperkingen. - Angstniveau zo hoog dat decompensatie dreigt op te treden	Hardlopen in een groep met behulp van een logboek.	24x gem. 8 deelnemers (per begeleider)	24x max. 10 deelnemers (per begeleider)	210 min (180D;30I)	2x p wk in groep 1x p wk zelfstandig door patiënt	PMT	Beschikbaar, niet bij EMDR, wel als EMDR als module in ander pad zit. Aanbevolen bij paniekstoornissen.
PMT individueel (direct klachtgericht, oefengericht)	Angst en/of psychosomatische klachten, waardoor de patiënt is vastgelopen in werk en/of relaties. Reductie van klachten Contra-indicatie: Angstniveau zo hoog dat decompensatie dreigt op te treden.	Het leren onderscheiden van gevoelens van spanning en ontspanning. Controle krijgen over het lichaam. Samenhang herkennen tussen woorden en lichaamstaal tussen problemen en ontstaansgeschiedenis. Reductie van klachten d.m.v. lichaams- en bewegingsgericht werken.	10x	15x	60 min (45D;15I)	1 á 2x p wk	PMT	Aanvullend bij CGT en of farmaco therapie

PMT individueel (inzichtgevend)	Niet herkennen lichaamssignalen gerelateerd aan de psychische en/of psychosomatische klachten verbonden met angst en paniekstoornissen, waardoor de patiënt is vastgelopen in werk en/of relaties. Traumatische episoden en/of ontwikkelingsbelemmerende factoren die samenhangen met lichaamservaringen. PTSS waarbij spanning en hyper-arousal een rol spelen. Rationaliseren als te sterke overlevingsstrategie. Motivatie/voorkeur tot bewegings- of lichaamsgericht werken. Contra-indicaties: - Angstniveau zo hoog dat decompensatie dreigt op te treden. - Onvermogen tot conflicthantering en introspectie - Het trauma duurt nog voort.	Een actieve, non-verbale wijze doorbreken van de vicieuze cirkel van inactiviteit, angstige stemming, gevoelsvervlakking, Energieverlies en initiatiefverlies. Bewust worden van (sub)assertief gedrag Voor- en nadelen leren kennen van (sub)assertief gedrag. Experimenteren met alternatief gedrag. Meer inzicht krijgen in copinggedrag d.m.v. psychomotorische technieken. Verminderen Hyper-arousal. Zorgen voor een eigen manier van controle.	10x	15-30x	60 min (45D;15I)	1 á 2x p wk	PMT	Beschikbaar, niet bij EMDR, wel als EMDR als module in ander pad zit. Aanbevolen bij paniekstoornissen.
PMT individueel (diagnostisch)	Aanvullende differentiaal diagnostiek. Geschiktheid/indicatie voor psychomotorische therapieën. Contra-indicatie: Patiënt kan niet of nauwelijks bewegen, is niet gemotiveerd tot enige activiteit.	Het op systematische en gestructureerde wijze aanbieden van bewegingssituaties, waarbij de reactie van betrokkene informatie oplevert over, • zelfbeleving, mogelijk gebrek aan verbaliseren van gevoelens • lichamelijke beschikbaarheid • lichaamsbeleving ten behoeve van het behandelplan.	2x 1 tot 6 deelnemers	2x 1 tot 6 deelnemers	90 min (60D;30I)	1 x p wk	PMT	Behoort tot diagnostische fase

Adem- en relaxatietherapie	Angst- en panieklachten, waarbij lichamelijke angstequivalenten op de voorgrond staan. Ademhalingsklachten, hoge spierspanning, diverse pijnklachten. Contra-indicatie: Angstniveau zo hoog dat decompensatie dreigt op te treden.	Het leren onderscheiden van gevoelens van spanning en ontspanning. Het bewust worden van het eigen ademhalingspatroon. Controle krijgen over het lichaam. (Progressieve) relaxatie technieken worden toegepast.	8x gem. 10 deelnemers	8x max. 16 deelnemers	75 min (60D;15I)	1 x p wk	PMT	Aanvullend bij CGT en of farmaco therapie
Sport/fitness en bewegingsactiviteiten op grens van GGZ en maatschappij	Chronische, psychiatrische symptomatologie Contra-indicatie: Acute crisissituatie met ernstige symptomatologie.	Bewegingsactiviteiten in het kader van structuur en afleiding. Beweging als middel tot integratie in sportieve maatschappelijke activiteiten. Voorkomen van psychomotorische retardatie en passieve levensstijl.	onbeperkt	onbeperkt	90 min (90D)	2 x p wk	PMT/bewegingsagoog	

5. Aanmelding, triage en diagnostiek

Triage binnen het kader van de zorgprogrammering definiëren we als volgt:

“Het rangschikken van verwijzingen en aanmeldingen naar aard, ernst en urgentie en het toewijzen naar zorgprogramma's en/of paden.”

5.1. Aanmelding en diagnostiek

De huidige situatie binnen GGZ Drenthe kenmerkt zich door een eigen aanmeldfunctie per cluster en een versterkte aanmeldfunctie, die meestal bij het cluster Volwassenen is gesitueerd. Binnen deze functie(s) vindt de inschrijving plaats en wordt de patiënt verwezen naar de “Voordeur” of een team. Hier vindt dan de diagnostiek plaats en wordt de patiënt toegewezen aan een behandelaar.

Bij de diagnostiek zijn meerdere disciplines betrokken, al dan niet onder verantwoordelijkheid van een psychiater of een GZ- of klinisch psycholoog. Deze situatie gaat met de invoering van de zorgprogrammering veranderen.

5.2. Aanmelding centraal, diagnostiek binnen zorgprogramma

In het kader van het project Zorgprogrammering is ervoor gekozen om voor GGZ-Drenthe een duidelijk centraal aanmeldpunt te realiseren en de werkwijze rond de diagnostiek te harmoniseren. Aan het begin van het behandelproces zijn twee beslismomenten te onderscheiden:

1. De triage naar het zorgprogramma. Deze 1^e triage vindt plaats binnen een aanmeldbureau.
2. De triage naar het behandelpad en/of de –module. Deze 2^e triage is de uitkomst van de diagnostiek en intakefase binnen het specifieke zorgprogramma.

Ad1. de 1^e triage/triagenaarhetzorgprogramma

Het aanmelden gebeurt in de toekomst meer centraal. Het reorganiseren van de aanmeldfunctie wordt in een apart project gerealiseerd. In dit project zullen de nieuwe uitgangspunten en werkwijze worden beschreven.

De binnenkomende verwijzingen worden beoordeeld op vraagstelling, urgentie, woonplaats en verwijzing naar decentrale voorzieningen. Op grond hiervan wordt de patiënt naar een zorgprogramma in een bepaalde divisie verwezen. In het aanmeldcentrum wordt de aanmelding beoordeeld en aan een zorgprogramma of cluster aangeboden. Waar nodig wordt aanvullende informatie ingewonnen. Er wordt alleen een intake of psychiatrisch onderzoek verricht als ook na de aanvullende informatie niet duidelijk is waar de patiënt terecht kan met zijn of haar klachten.

In het aanmeldcentrum wordt beoordeeld in welke mate de verwijzing een spoedeisend karakter heeft. Zo nodig wordt er in overleg gezocht naar alternatieven of overbrugging om spoedeisende aanvragen snel te kunnen honoreren.

Het aanmeldcentrum is verantwoordelijk voor een goede inschrijving van de patiënt. Het geldt tevens als de vraagbaak voor verwijzers, patiënten en anderen. Het aanmeldcentrum onderhoudt rechtstreekse contacten met de verschillende secretariaten.

Bij de start van de zorgprogrammering is een meer centrale aanmeldfunctie nog niet gerealiseerd, de verwijzingen komen eerst nog decentraal binnen.

Ad2.de2^etriage/triagenaarhetbehandelpaden/of-module.

De feitelijke intake en diagnostiek – de 2^e triage - wordt gedaan door een psychiater of GZ- of klinisch psycholoog binnen het zorgprogramma. In veel situaties is één intakegesprek voldoende. Op grond van de diagnose en de situatie van de patiënt maakt de behandelaar een keuze voor het behandelplan en/of een eventuele module, conform de beslisboom van het zorgprogramma. Met deze keuze is ook het behandelplan een feit.

Uitgangspunten bij de intake en diagnostiek zijn: korte wachttijden, snelle verwerking, volledigheid en waar mogelijk uniformiteit. Er wordt naar gestreefd dat de aan de diagnostiek bestede tijd zo kort mogelijk is.

De diagnostiek wordt uitgevoerd door een bevoegd en bekwaam hoofdbehandelaar, i.c. een psychiater, klinisch of GZ-psycholoog.

Ter voorbereiding van het eerste screening/intake gesprek wordt door de patiënt de OQ-45 ingevuld.

- Bij een heldere vraagstelling of enkelvoudige problematiek wordt de intake en diagnostiek beperkt tot ongeveer 100 minuten.
- Bij een onduidelijke vraagstelling of een meervoudige complexe vraagstelling wordt het triageproces aangevuld met aanvullend onderzoek door daarvoor aangewezen professionals.

De werkwijze rond de intake en diagnostiek kan al direct bij de start van de zorgprogrammering worden ingevoerd.

Zorgprogramma Angststoornissen 12 januari 2012
23