

Bijlage - Vier patient journeys met voorbeelden van concrete verbeteringen

Patient journey 1 : Burger met mentale stress door levenservaringen

Uitdaging: omslag in denken van ziekte en zorg → gezondheid en vaardigheden

Ideale situatie: burger die te maken krijgt met mentale spanning door levenservaring vindt begrip in zijn omgeving, kan hierover met de huisarts spreken, krijgt toegang tot laagdrempelige cursussen, gespreksgroepen en online informatie. Jongeren leren op school hoe om te gaan met stress, mentale druk.

Wat gaat er niet goed momenteel?

Het ontbreekt op dit moment aan:

- Eigenaarschap, niemand is (wettelijk) verantwoordelijk voor preventie.
- Besef van urgentie belang preventie (op allerlei terreinen preventieakkoorden, maar niet m.b.t. mentale gezondheid)
- Er wordt nauwelijks geïnvesteerd in mentale gezondheid en preventie. De financiering is gekoppeld aan diagnose (achterkant), dus we handelen pas bij een probleem en investeren er niet in om deze te voorkomen (voorkant).
- Scholen investeren systematisch in fysieke gezondheid (gym curriculum) maar niet in mentale gezondheid
- Onnodige medicalisering door gebrekkige triage en poortwachtersrol huisarts (onderscheid maken tussen levensproblemen en psychische klachten)
- Huisartsen en POH kunnen niet doorverwijzen naar laagdrempelige voorzieningen in de gemeente

Wat moet er gebeuren?

Het belang van mentale gezondheid moeten we meer onder de aandacht brengen. Psychische last door levensvragen moeten worden genormaliseerd en beschouwd als startpunt voor persoonlijke ontwikkeling, inzicht, vaardigheden of leefstijlaanpassing en onderlinge steun en begrip.

- Investeren in een ontspannen, tolerante, weerbare en mentaal-vaardige samenleving: bijsturen stressvolle samenleving en prestatie maatschappij naar meer ruimte en ontspanning, hierbij input geven aan scholen m.b.t. lesprogramma/curriculum, investeren in de jonge generatie d.m.v. voorlichtingsprogramma's op school, jongerencampagnes, omgaan met stress
- Preventieakkoorden Mentale Gezondheid landelijk en in de regio inclusief bewustwordingscampagnes
- Digitaal aanbod van informatie over mentale gezondheid, voorlichting en hulplijnen, communities
- Fysiek en samenhangend aanbod in gemeente: cursussen mindfulness, yoga, ontspanning, zingeving, rouwverwerking, bewegen & natuur, gezonde leefstijl
- Op internet wordt voorlichtende informatie aangeboden en online support (denk aan apps, tools voor zelfhulp, communities voor lotgenotencontact) aangeboden
- In de buurt zijn mogelijkheden tot cursussen (bv. mindfulness, leefstijlinterventies) en gespreksgroepen (rouwverwerking, eenzaamheid, zingevingsvraagstukken). Ook zijn er ontmoetingsplekken en supportgroepen (bijvoorbeeld naar Duits model Kontaktstellen). Zo leren mensen om te gaan met persoonlijke kwesties en levensstress.

- Ook voor jongeren zijn in elke gemeente in de buurt van de scholen inlooplekken, voor en door jongeren (bijvoorbeeld @ease, Expex, jimmy's, Roger That huizen io, etc).

Patient journey 2: burger die psychische klachten ontwikkelt

Uitdaging: lichte klachten zo snel en laagdrempelig mogelijk behandelen in directe omgeving

Ideale situatie:

Mensen die psychische klachten ontwikkelen (angsten, overmatig piekeren, depressieve gevoelens, eetproblemen) bespreken dit met hun huisarts/POH en krijgen direct toegang tot zelfhulptools en/of ondersteunende (online) gesprekken met een POH en/of psycholoog.

Wat gaat er nu niet goed?

- Gebrekkige triage door huisarts en POH: mensen krijgen (te snel) medicatie (met nauwelijks nacontrole)
- Onvoldoende doorverwijzing naar (online) eerstelijnsbehandeling
- Patiënten kunnen moeilijk kiezen m.b.t eerstelijns behandelaars (keuze-informatie)
- Mogelijkheden van eHealth, zelfhulptools, online communities voor lotgenoten, kunnen beter worden benut ter ondersteuning van behandeling
- Door onvolledige triage belanden mensen met psychische klachten op wachtlijsten voor de GGGz. Het lange wachten leidt tot verergering klachten → stoornissen
- Perverse prikkels door gemiddelde tarieven: de ggz-aanbieder heeft belang bij lichte zorgvragen als compensatie van hoge behandelkosten van complexe stoornissen

Wat moet er gebeuren?

Hoe zorgen we ervoor dat mentale klachten zo snel mogelijk worden behandeld in de directe omgeving en niet belanden op de wachtlijst van de gespecialiseerde ggz?

- Meer bekendheid anonieme telefonische en digitale hulp
- Huisarts en POH worden ondersteund bij triage bij mentale klachten en goede doorverwijzing naar eerstelijns zorg en hulp in de buurt
- Snel toegankelijke, korte behandelprogramma's POH en eerstelijns psychologen, ondersteund met digitale zelfhulp apps en tools
- Groepscoaching algemene thema's mentale gezondheid (stress, angst, piekeren)
- Werkgevers en bedrijfsartsen bieden toegang tot digitale zorgprogramma's en groepscoaching
- Inloop en support voor en door (ervaringsdeskundige) jongeren, dichtbij school
- Hulpvragers beheren hun eigen patiëntendossier en bepalen zelf de samenwerking hierbij met betrokken hulpverleners, ervaringsdeskundige(n), naasten en andere betrokkenen.

Patient journey 3. De patiënt die psychische stoornis(sen) heeft ontwikkeld (DSM-diagnose)

Uitdaging: z.s.m. volledige diagnose en behandeling bieden bij behandelaar GGGz naar keuze

Ideale situatie: mensen met een psychische stoornis krijgen in de regio binnen twee weken een herstel-ondersteunende intake van een allround deskundig behandelaar met een ervaringsdeskundige. In overleg met patiënt (en naasten) wordt z.s.m. zorg op maat geregeld (ook als er nog geen diagnose is, want ook dan kun je geholpen worden met gesprekken en begeleiding bij de

meest prangende zaken). Bij een te lange wachttijd van een ggz-aanbieder is er in de regio een functionaris met doorzettingsmacht die passende zorg regelt. Bij zeer complexe zorgvragen wordt opgeschaald naar hooggespecialiseerde GGZ (second opinion, consultatie, doorverwijzing). Behandelaren mogen doorverwijzen naar elkaar (hoeft niet via huisarts).

Wat gaat er nu niet goed?

- Mensen met psychische stoornissen wachten veel te lang op een intake, velen komen vervolgens niet op de juiste plek en worden naar andere zorginstelling verwezen waar ze weer moeten wachten terwijl het hen aan zorg ontbreekt. Dit leidt tot ernstig psychisch lijden en toename problemen
- Instellingen selecteren de patiënten met aandoeningen waar ze in gespecialiseerd zijn, met als gevolg dat de meest complexe patiënten (multi-/co morbiditeit, bv combinatie van suïcidaliteit, chronische psychose, agressie, verstandelijke beperking, ernstig autisme, verslaving en persoonlijkheidsstoornis) de grootste moeite hebben hulp te krijgen. Deze complexe groep komt op de wachtlijst
- Zorgaanbieders, -verzekeraars en gemeenten werken in de regio onvoldoende samen, niemand is eindverantwoordelijk voor wachtlijsten
- Patiënten op wachtlijsten weten niet waar ze aan toe zijn, er wordt niet met hen gecommuniceerd. De wachtlijsten van zorginstellingen in de regio zijn niet transparant, zij verwijzen patiënten niet door naar elkaar
- Mensen krijgen verschillende diagnoses/etiketten i.p.v. totale beschrijvende diagnose
- Onderliggende trauma's worden niet (h)erkend, symptoombestrijding en daarna jaren wachten op traumabehandeling
- Er is geen regionaal zorgaanbod dat is afgestemd op (regionale) zorgvraag. De onderbesteding die door beddenafbouw werd bereikt is niet geïnvesteerd in andere vormen van ggz.
- Door wachtlijsten en capaciteitsgebrek is vrijwillige opname niet mogelijk en neemt aantal gedwongen behandeling toe
- Controlezucht gemeenten en zorgverzekeraars plus de diverse verantwoordings-eisen leidt tot bureaucratie en tijdsverspilling die niet naar de zorg gaat
- Bij TOP-ggz andere cultuur en motivatie dan in reguliere ggz, certificering uitdaging voor goede zorg.

Wat moet er gebeuren?

- Per regio is een regiobeeld opgemaakt van populatie, zorgbehoefte en aanbod ggz
- In elke regio is één centrumgemeente en één zorgverzekeraar in de lead, met inspraak van cliënten/naasten.
- In elke regio vindt binnen twee weken een herstel ondersteunende intake plaats.
- Alle behandelaren in de ggz hebben in principe de opleiding en daarmee ook de plicht om het hele spectrum van psychisch lijden te behandelen (inclusief traumabehandeling) en om complexe problematiek te prioriteren
- In overleg met de patiënt en naaste wordt gezocht naar passende en spoedige zorg. In geval van te lange wachttijd regelt een functionaris met doorzettingsmacht die naast de patiënt en naaste staan, de nodige zorg en ondersteuning.
- In elke regio zijn overlegtafels ingericht voor terugdringen wachtlijsten
- Bij zeer complexe zorgvragen kunnen psychiaters de zorg opschalen naar hooggespecialiseerde GGZ (second opinion, consultatie of doorverwijzing, behandelaars kunnen zonder tussenkomst huisarts doorverwijzen naar HGGGz).

- Er is erkenning dat de kwaliteit van de behandeling voor groot deel wordt bepaald door de therapeutische relatie (menselijkheid, patiëntgerichtheid, je kwetsbaar op durven stellen, iemand niet laten vallen), en de inbreng van ervaring én ervaringsdeskundigheid in de zorg. Er is dan ok een betaaltitel voor inzet ervaringsdeskundigheid in de ggz.

Patient journey 4

Hoe kunnen mensen met EPA die hun leven lang te maken hebben met psychische kwetsbaarheid en psychosociale problematiek zoveel mogelijk persoonlijk en maatschappelijk herstellen en meedoen in de samenleving?

Wat gaat er niet goed?

- Mensen zijn niet te splitsen in onderdeel ziek en leven: goede hulpverlening helpt mensen bij het bereiken van doelen die hun leven zinvol maken. De splitsing Zvw (evidence-based symptoomreductie) en Wmo (participatie en herstel) in twee langs elkaar werkende bureaucratieën, maakt dat zorg en ondersteuning niet integraal en rond patiënt en diens naasten worden ingezet.
- Als EPA-patiënt: gemiddeld 2-4 uur ambulante zorg. Soms, bij verwardheid, is de politie nog een paar uur per week met je bezig. Heb je nog 165 uur per week over. Om het goed te hebben met jezelf, je naasten, om je van betekenis te voelen, mensen te ontmoeten, je verhaal kwijt te kunnen. We richten ons hele systeem in op de 2-4 uur zorg/begeleiding. Overige 165 uur is sluitpost van gemeente.
- Ambulante zorg wordt niet integraal in de wijk aangeboden (dichtbij huisarts, herstelvoorzieningen, maatschappelijk werk, etc.)
- Ambulantisering gezien als opdracht van ggz en zorgverzekeraars, maar is maatschappelijk probleem. Er is onvoldoende geïnvesteerd in sociale voorzieningen
- Door strikter inkoopbeleid zorgverzekeraars (verzekerde zorg, evidence based) en gemeenten, is bemoeizorg en respijtzorg onder druk komen te staan
- Er zijn beperkte mogelijkheden voor samenwerking met het sociaal domein (geen betaaltitel voor consultatie- en coördinatiefunctie)
- Politieke druk vanuit debat verward gedrag legt nadruk op extra middelen voor acute en beveiligde zorg; dit gaat ten koste van basiszorg en preventie
- Steeds meer psychisch kwetsbare mensen vallen buiten de boot: samenleving is minder tolerant voor afwijkend gedrag, verkeerde beeldvorming
- Burgerinitiatieven van mensen die wel iets doen voor kwetsbare medemensen (inloop, ontmoetingsplekken, zelfregiecentra) moeten mee in aanbestedingsprocedures van gemeenten. Burgerinitiatieven worden zo ontmoedigd en/of sneuvelen t.o.v. grote aanbieders (bv Venlo, Waddinxveen).

Wat moet er gebeuren?

- Integrale bekostiging voor zorg en ondersteuning EPA (en andere complexe zorgvragen). Hierdoor vermindering van regeldruk en bureaucratie.
- Inrichten integraal gefinancierde wijkteams, die in nauwe afstemming met cliënt, naasten, huisarts/POH, herstelvoorzieningen en evt. behandelaar in GGGz zorg en ondersteuning realiseren.
- Wettelijke regeling voor cliëntgestuurde herstel- en zelfregievoorzieningen in elke gemeente (bouwstenen MIND). Bieden cliënten perspectief op herstel van zinvol leven.
- Nieuwe vormen van zorg op het snijvlak van de Zvw en de Wmo, gericht op wonen (denk aan housing first), werken (denk aan IPS/Individual Placement and Support), lotgenoten contact en zelfhulpgroepen etc.

- Dit betekent dat de grote ggz-instellingen onderdeel worden van de wijk, dicht bij de individuele hulpvrager en leefomgeving. Ook mantelzorg wordt ondersteund.
- Door accent te leggen op talenten en mogelijkheden van cliënten wordt herstel bevorderd
- Beeldvormingsprojecten in de gemeenten/wijken om stigma tegen te gaan.