

Inhoud

Voorwoord – 9

Hoofdstuk 1

Naar betere zorg voor bijzondere mensen – 11

Hoofdstuk 2

Het lonkend perspectief – 25

Hoofdstuk 3

ART: het model – 33

Hoofdstuk 4

ART in de praktijk – 51

Hoofdstuk 5

Teamsamenstelling, competenties en samenwerking – 81

Hoofdstuk 6

De organisatie van ART – 91

Hoofdstuk 7

Huisvesting – 99

Hoofdstuk 8

Implementatie en evaluatie – 105

Literatuur – 119

Personalialia – 129

Bijlage 1

Overzicht van best practices – 131

Bijlage 2

ART-monitor – 132

Voorwoord

De ggz is volop in beweging. Tegen de achtergrond van afspraken over ambulantisering en transitie in het sociale domein zijn er tal van initiatieven om de ggz inhoudelijk te vernieuwen. Begrippen als herstel, zelfmanagement en shared decision making fungeren daarbij als richtingwijzers. Tot voor kort bleef de groep cliënten in de langdurende verblijfszorg relatief onderbelicht in de vernieuwingsbeweging. Het is zeer verheugend dat nu met ART het licht volop schijnt op mensen die binnen ggz-instellingen wonen en daar jarenlang het beste van hun leven moeten zien te maken. ART en dit werkboek laten zien dat volwaardig leven en herstel ook voor hen geen loze begrippen hoeven te zijn. De ART-beweging is een breuk met de stigmatiserende beelden en praktijken van afgeschreven zijn, uitbehandeld zijn en uitzichtloos leven binnen psychiatrische instellingen.

Wat ART extra bijzonder en onderscheidend maakt is de radicale keuze voor de triade. De driehoek cliënt-familie-hulpverlener vormt de basis van handelen op elk niveau: in het primaire proces, in het team en in de organisatie. Voor cliënten is het een bevestiging dat principes van zelfmanagement en samen beslissen ook in deze tak van de ggz uitgangspunt zijn. Voor familie en naasten is het niet minder dan een doorbraak, een definitieve streep onder het verleden waarin zij toch vaak vooral figurant of buitenstaander waren. De erkenning van familie en naasten krijgt een bekroning door het opnemen van een familie-ervaringsdeskundige naast een cliëntvervaringsdeskundige in het ART-team. Voor hulpverleners is ART een uitnodiging om naast de cliënt en zijn dierbaren te staan en samen te werken aan de levensdoelen van de cliënt.

ART is een 'professionele zorgstandaard' zoals de auteurs schrijven, maar het ART-werkboek is ook een soort gereedschapskist. Naast visie en inspiratie, reikt het werkboek tal van instrumenten en methodieken aan. Daarmee geeft het cliënten, naasten en hulpverleners genoeg vrijheid om hun eigen ART-praktijk op maat te ontwikkelen. Dit werkboek is geen eindproduct; de ontwikkeling van ART gaat verder en het is belangrijk dat het een beweging blijft die continu vanuit de triade gevoed wordt.

Werken met ART zal voor alle partijen in de triade een uitdaging zijn. En niet altijd even makkelijk. Ten eerste is persoonlijke betrokkenheid een voorwaarde voor ART. Ten tweede zitten binnen ART tegengestelde elementen die ook voor spanning kunnen zorgen. ART is bedoeld voor een groep cliënten 'bij wie alle andere zorg al is geprobeerd'. Deze groep heeft soms vooral behoefte aan rust in combinatie met aandacht voor kwaliteit van

leven. Als je blijft geen druk op 'behandelresultaten' of 'uitstroom naar zelfstandigheid', want dat werkt alleen maar averechts. Aan de andere kant is er behoefte aan zorg die hoop biedt, een perspectief om voor te leven, herstel in welke vorm of mate dan ook.

ART bevindt zich op het snijvlak. Werken aan ART zal in elk individueel geval een zoektocht zijn naar het evenwicht tussen rust en vooruitgang, tussen comfort bieden en prikkelen. In de zorgstandaard ART vindt deze evenwichtstoer zijn hoogtepunt in de formulering 'drie jaar, tenzij...'. Want na drie jaar is een ART-traject in principe afgerond en kan de cliënt verder in een meer zelfstandige setting met minder intensieve zorg. Die drie jaar is als een stok achter de deur die betrokkenen dwingt om alert te blijven, vooruit te kijken en niet onverschillig te worden. Maar de spannende vragen zijn: kan een ART-traject na drie jaar 'mislukt' zijn? Hoe voorkom je dat cliënt en familie dan het gevoel krijgen gefaald te hebben, omdat er (schijnbaar) geen resultaat is geboekt? En de ultieme vraag (waarop maar één antwoord mogelijk mag zijn): we laten mensen toch niet vallen na drie, zes of negen jaar?

Nog een prikkelende paradox binnen ART is de combinatie van een professionele zorgstandaard met een primair proces dat vanuit de triade vorm krijgt. De inbreng van cliënt en familie is per definitie niet professioneel en gelukkig ook niet standaard. Het zal in de verdere ontwikkeling van ART belangrijk zijn om de positie van cliënt en familie of naasten in het primaire proces steeds kritisch te blijven volgen, en in combinatie daarmee het perspectief van 'gewoon mogen leven' niet uit het oog te verliezen. Uiteindelijk gaat het in de kunst van het leven om zaken als gezond eten, goed bewegen, zinvol bezig zijn en contact met anderen.

We verwelkomen ART als het nieuwste lid van een snel groeiende familie van heel goed omschreven arrangementen die overdraagbaar zijn en makkelijk ingevoerd kunnen worden. ART is op allerlei manieren bijzonder en we zijn heel benieuwd hoe het zich de komende tijd zal ontwikkelen.

Aartjan Beekman, departementshoofd psychiatrie VUmc,
bestuurslid GGZ inGeest

Marjan ter Avest,
directeur Landelijk Platform GGZ

Personalia

- A.F.M.M. (Tom) van Mierlo is psychiater en directeur behandeling bij GGZ Breburg, zorggroep Impact. Deze zorggroep biedt ambulante en klinische zorg aan volwassenen met complexe en langdurige psychiatrische problemen. Vaak gaat het om ervaringen met psychosen, autisme en ernstige persoonlijkheidsproblematiek, al dan niet gekoppeld aan verslavingsproblemen. Tom van Mierlo is onder andere initiatiefnemer van het inmiddels landelijk opererende platform HIC, met als doel het ontwikkelen van een high en intensive care functie, met een daaraan gekoppelde modelgetrouwheidsschaal (de HIC-monitor). Tevens is hij kartrekker in de ontwikkeling van ART en voorzitter van Stichting CCAF.
- Dr. L. (Lisette) van der Meer, psycholoog, promoveerde in de cognitieve neuropsychiatrie. Sinds 2011 is zij werkzaam als senior-onderzoeker bij Lentis aan de afdeling Langdurige Rehabilitatie. Zij is tevens verbonden aan het Rob Giel Onderzoekscentrum en de Rijksuniversiteit Groningen. Haar expertise ligt op het gebied van de psychiatrische rehabilitatie. Haar onderzoek richt zich met name op het ontwikkelen en toetsen van innovatieve methoden in de (verpleegkundige) begeleiding van cliënten die langdurig intensieve psychiatrische zorg nodig hebben.
- Dr. Y. (Yolande) Voskes, psychiatrisch verpleegkundige en gezondheidswetenschapper, is als universitair docent medische ethiek verbonden aan afdeling Metamedica van het VUmc in Amsterdam. Ze deed promotieonderzoek naar de reductie van separatie in de ggz vanuit een zorgethisch perspectief. Haar aandachtsgebied is 'ethiek en psychiatrie' en ze doet onder andere onderzoek naar (ambulante) dwang en high en intensive care (HIC) in de psychiatrie. Ze is tevens een van de auteurs van het *werkboek HIC* en is secretaris van 'stichting HIC'. Naast het onderzoek coördineert ze het ethiek onderwijs binnen de geneeskundeopleiding van het VUmc.
- B.S. (Bram) Berkvens is manager bij FAMEUS, onderdeel van GGZ Breburg. FAMEUS is een centrum voor herstel en ervaringsdeskundigheid en richt zich op herstel, ontwikkeling en ontplooiing van mensen. Bram Berkvens is altijd op zoek naar manieren om de ggz te verbeteren en ervaringsdeskundigheid goed te positioneren. Vanuit zijn eigen ervaringen in de ggz is hij landelijk actief om hier beweging in te brengen. Zo is hij onder andere actief als bestuurslid van Stichting High Intensive Care (HIC), is hij mede-initiatiefnemer van het RACT-project en is hij aangesloten bij diverse ontwikkelingen rondom herstel en ervaringsdeskundigheid.

- B. (Bert) Stavenuiter is directeur van Ypsilon, de organisatie die ruim 5000 familieleden van mensen met psychosegevoeligheid verenigt. Vanuit de vaste overtuiging dat de triade leidt tot de beste zorg zoekt hij in die hoedanigheid altijd naar mogelijkheden om de positie van kwetsbare mensen én hun naasten te verbeteren. Zo stond hij aan de wieg van onder meer het Landelijk Platform GGZ, de Triadekaart, de richtlijnmodule Vroege psychose en voerde hij een succesvolle lobby voor onder meer aanpassing van de Wet BOPZ en de Wet langdurige zorg. Hij schreef mee aan onder andere het *Handboek schizofrenie*, *Het Handboek vroege psychose* en het *Handboek Flexible ACT*.
- Prof.dr. J. (Jaap) van Weeghel, andragoloog, is directeur wetenschap van het Kenniscentrum Phrenos in Utrecht, hoofd onderzoek en zorgontwikkeling bij GGZ Dijk en Duin (onderdeel van de Parnassia Groep) en als bijzonder hoogleraar Rehabilitatie en maatschappelijke participatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen verbonden aan Tilburg University (Tranzo, wetenschappelijk centrum op het gebied van zorg en welzijn).