

Zorgstandaard Psychose

Wim Veling & Daniëlle van Duin
Psychosecongres
8 december 2016



Netherlands Institute of
Mental Health and Addiction



Programma

1. Inleiding ontwikkeling ZS Psychose
2. **Vraag 1: Hoe staat de zorg voor psychotische stoornissen er voor in Nederland?**
3. **Bespreken in groepjes:** Onderdelen van de ZS naast de eigen zorgvragen of eigen praktijk leggen; wat gaat goed, wat zou beter kunnen, en wat zou daar voor nodig zijn?
4. **Vraag 2: Hoe kan de ZS helpen om de zorg te borgen en verder te verbeteren?**
5. **Bespreken in groepjes:** Hoe kan de ZS in de dagelijkse praktijk worden gebruikt in gesprek van hulpverlener en patiënt? (3 casussen)

Inleiding

**Ontwikkeling
Zorgstandaard
Psychose**

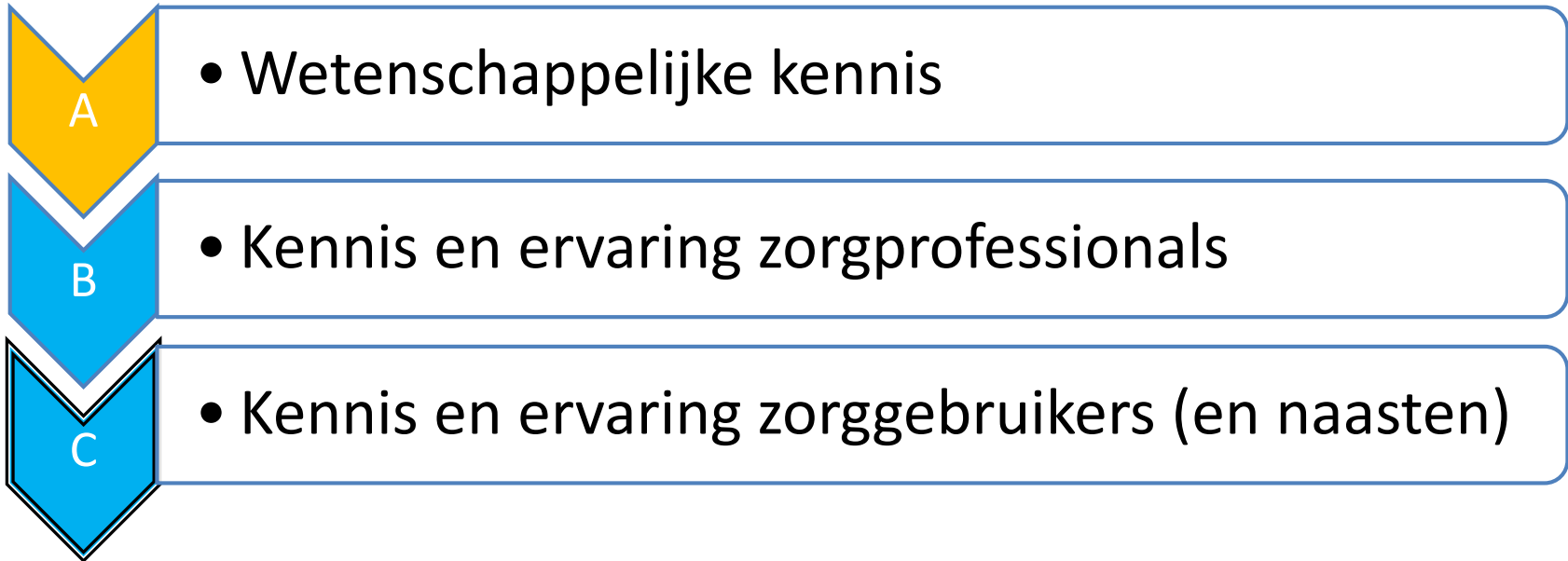
Uitgangspunten ZS Psychose

- Omvat hele zorgcontinuüm
- Ook aanbevelingen organisatie van zorg
- Kort en bondig
- Vanuit 'patient journey'
- Model ZS-GGz: digitale ontsluiting alle ZS
- Inclusief:
 - Indicatoren
 - Patienterversie
 - Implementatieplan
 - Onderhoudsplan
- Aanbieden register vanuit 3 partijen

Werkgroep ZS psychose

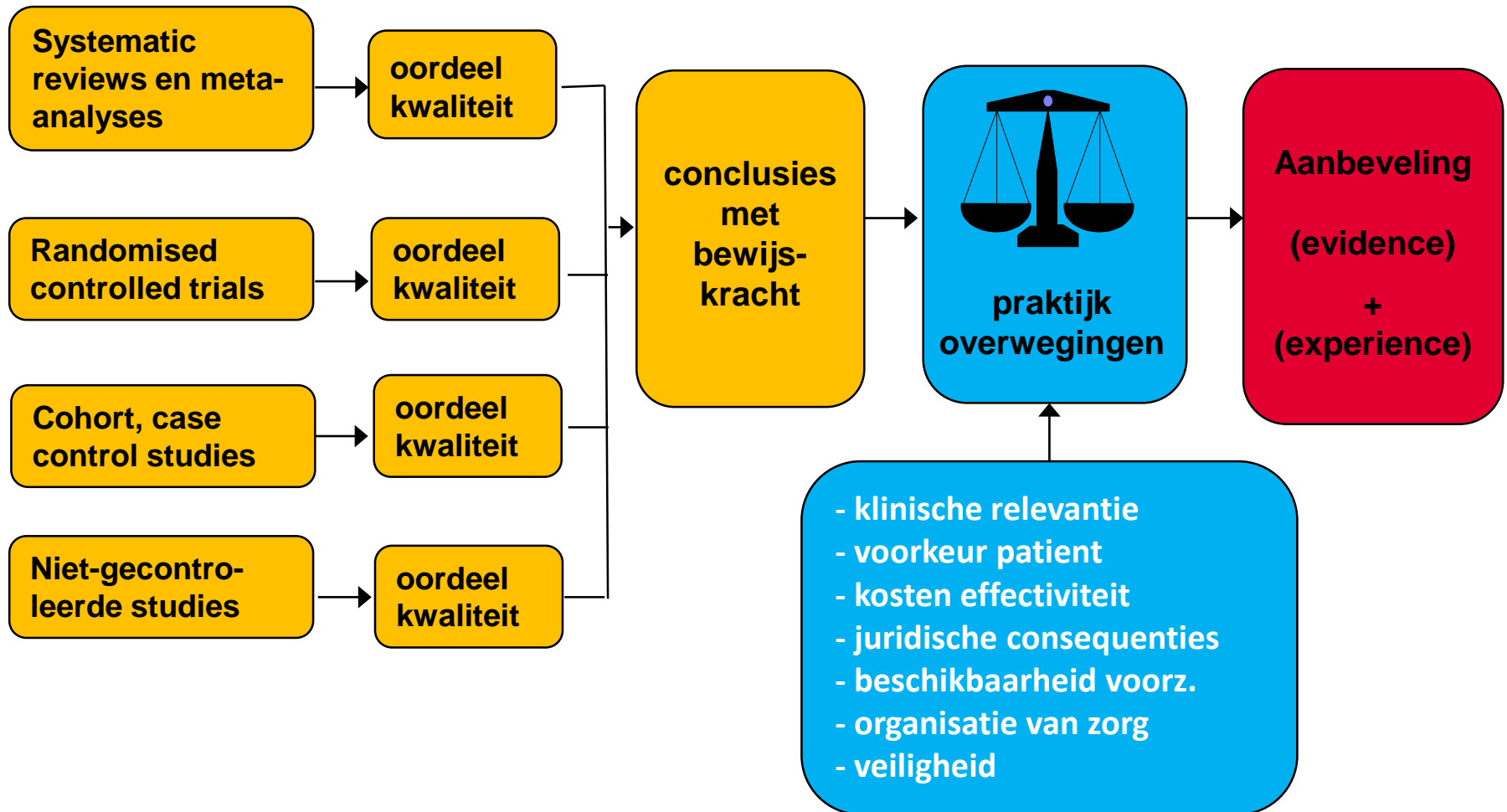
1. Wim Veling (voorzitter)	NVvP
2. Mette Lansen	Anoiksis
3. Bram- Sieben Rosema	Anoiksis
4. Hennie Kleiwegt	Ypsilon
5. Margreet de Pater	NVvP
6. Harm Gijsman	NVvP
7. Iris Sommer / Nicoletta van Veelen	NVvP
8. Maarten Bak	NVvP
9. Marieke Pijnenborg	NIP
10. Mark van der Gaag	NIP
11. Nynke Boonstra	V&VN
12. Ronald van Gool	V&VN
13. Jaap van Weeghel	Hoogleraar Rehabilitatie
14. Stynke Castelen	Hoogleraar Herstelbevordering

EBRO 3 Complementaire kennisbronnen



Inhoud ZS: gebaseerd op EBRO-modules

EBRO Methode



Commentaar- en autorisatiefase

Praktijktest: 21 sept - 3 nov 2016

Schriftelijke Commentaarronde: 3 nov – 16 dec 2016

- Stakeholders gelegenheid schriftelijk commentaar (6 weken)
 - Beroepsverenigingen
 - Patiënten- en familieorganisaties
 - Overige betrokken partijen (NVP)
- Commentaar verzamelen (tabel, reactie werkgroep per commentaar)
- Commentaar verwerken: definitieve concepttekst

Autorisatieronde: maart-april 2017

Vraag 1

**Hoe staat de zorg voor
psychotische stoornissen er
voor in Nederland?**

Inhoud ZS Psychose

- H1. Visie op zorg: gezondheid als perspectief
- H2. Inleiding ZS Psychose
- H3. Inleiding psychotische stoornissen
- H4. Zorg bij psychotische stoornissen
- H5. Individueel behandelplan en behandeling
- H6. Herstel, participatie & re-integratie
- H7. Generieke modules
- H8. Organisatie van zorg
- H9. Indicatoren

Praktijktest ZS psychose

Deelnemende partijen:

- GGz Drenthe: VIP team
- Mentrum: VIP team
- GGz Ingeest: FACT team
- Mondriaan: FACT team

A. Vroege onderkenning en preventie

Aanbeveling	Team 1 FACT	Team 2 VIP	Team 3 VIP	Team 4 FACT	gem
1. Vroege herkenning UHR vindt plaats bij hulpzoekers binnen SGGz tussen 14 - 35 jaar (aan voordeur SGGz)	deels	deels	ja	deels	1,3
2. Bij screening UHR wordt gebruik gemaakt van zelfrapportage met PQ16 , gevolgd door diagnostisch interview met CAARMS of SIPS	nee	ja	ja	nee	1
3. Psychose teams bieden laagdrempelige consultatie aan patiënten/familie, HA en collega-professionals in de GGz	deels	ja	ja	ja	1,8
4. Na detectie UHR richt zorg zich op gunstig beïnvloeden van individueel geïdentificeerde risicofactoren	ja	ja	deels	nee	1,3
5. Zorg voor UHR vindt plaats naast of aansluitend aan behandeling voor de GGz problematiek waarvoor patiënt in eerste instantie hulp zocht	deels	deels	ja	ja	1,5

B. Diagnostiek & monitoring & zelfmanagement

Aanbeveling	Team 1 FACT	Team 2 VIP	Team 3 VIP	Team 4 FACT	gem
6. De diagnostiek van psychose bestaat uit 3 onderdelen : a) Individueel; b) Dimensionaal; c) Categorieaal	deels	deels	deels	deels	1
7. Vanaf start behandeling wordt diagnostiek ingezet om interventies te kiezen waarmee patiënt sociale rollen in dagelijks zsm weer op rit kan krijgen	ja	ja	ja	ja	2
8. Bij alle patiënten wordt regelmatig gemonitord; het eerste jaar 2x, daarna 1x per jaar : a) Zorgbehoeften; b) ROM; c) Somatische screening en leefstijlmonitoring	deels	ja	deels	ja	1,5
9. Zelfmanagement in acute fase , richt zich op: a) Hanteerbaar maken van klachten; b) crisisplan gebruiken, aangeleerde coping strategieën toepassen; c) Goede zelfzorg	deels	ja	ja	ja	1,8
10. Zelfmanagement buiten de acute fase wordt vormgegeven door het maken van een signalerings- en crisisplan	ja	ja	ja	ja	2

C. Individueel behandelplan

Aanbeveling	Team 1 FACT	Team 2 VIP	Team 3 VIP	Team 4 FACT	gem
11. Het individueel behandelplan is op maat gemaakt en opgesteld middels shared decision making en wordt minimaal 2x per jaar geëvalueerd en waar nodig bijgesteld.	ja	ja	ja	deels	1,8

C. Individueel behandelplan - I

- Interventies per symptomen / zorgbehoefte:
 - **Standaard aanbod:** zou behandelaar met elke patiënt met benoemde symptoom/zorgbehoefte moeten bespreken en aanbieden
 - **Optioneel aanbod:** interventie kan in specifieke gevallen en/of onder specifieke voorwaarden aangeboden worden

Symptoom	Medicamenteus	Niet medicamenteus
12. Subklinische symptomatologie (UHR)	-	<i>Standaard aanbod:</i> 1. Psycho-educatie 2. CGT 2. Interventies gericht op sociale rollen (2x NIET) 3. I.v.t.: stop cannabis gebruik (1x NIET)

Symptoom	Medicamenteus	Niet medicamenteus
13. Psychotische symptomen	<i>Altijd aangeboden:</i> 1. Antipsychotica <i>Optioneel aangeboden:</i> 2. Additie SSRI, tweede antipsychoticum of anti-epilepticum (1x NIET) 3. rTMS bij hallucinaties (3x NIET) 4. ECT (3x extern, 1x NIET)	<i>Altijd aangeboden:</i> 1. CGT <i>Optioneel aangeboden:</i> 1. Coping strategieën bij stemmen horen

C. Individueel behandelplan - II

Symptoom	Medicamenteus	Niet medicamenteus
14.Negatieve symptomen	<p><i>Altijd aangeboden:</i> Aanpassen antipsychoticum als negatieve symptomen als gevolg van medicatie.</p> <p><i>Optioneel aangeboden:</i> Antidepressivum</p>	<p><i>Optioneel aangeboden:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. CGT 2. PMT (1 x extern) 3. Muziektherapie (3x NIET) 4. Cognitieve Remediatie Training kan als bijvangst een effect op negatieve symptomen hebben (3x NIET) 5. Activerende interventies met secundair effect op negatieve symptomen

Symptoom	Medicamenteus	Niet medicamenteus
15.Cognitieve symptomen	<p><i>Altijd aangeboden:</i> Aanpassen antipsychoticum als cognitieve symptomen als gevolg van medicatie</p>	<p><i>Optioneel aangeboden bij cognitieve functiestoornissen:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cognitieve remediatie training (2x NIET, 1 x extern) 2. Vaardigheidstraining als onderdeel van IRB (4 x NIET) <p><i>Optioneel aangeboden bij executieve functiestoornissen:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cognitieve Adaptatie Training (4x NIET)

C. Individueel behandelplan - III

Symptoom	Medicamenteus	Niet medicamenteus
16. Affectieve symptomen	Zie stoornisspecifieke zorgstandaarden bij comorbide stoornis	<p><i>Altijd aangeboden:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> CGT <p><i>Optioneel aangeboden bij depressieve symptomen:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Muziektherapie (3x NIET) Running therapie (3x NIET) <p><i>Optioneel aangeboden bij spanningsklachten:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> PMT (2x extern) <p><i>Altijd aangeboden bij PTSS:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> EMDR (2x extern) Exposure (2x extern)

Zorgbehoefte	Medicamenteus	Niet medicamenteus
17. Problematisch middelengebruik of verslaving	Zie stoornisspecifieke richtlijnen	<p>Geïntegreerde aanpak verslavingsproblematiek.</p> <p><i>Altijd aangeboden: (2x extern)</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Cursus 'stoppen met roken' (indien van toepassing) <p><i>Optioneel aangeboden:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Leefstijlinterventie Motiverende gespreksvoering voor patiënt (1x NIET) Motiverende gespreksvoering door naastbetrokken (3x NIET) Liberman module 'Omgaan met verslaving' (3x NIET) CGT Afbouwschema's maken en zelfcontrole procedures leren

C. Individueel behandelplan - IV

Zorgbehoefte	Medicamenteus	Niet medicamenteus
18.Zelfstigma		<i>Altijd aangeboden:</i> 1. Psycho-educatie gericht op destigmatisering, normalisering en empowerment <i>Optioneel aangeboden:</i> 1. CGT gericht op demoralisatie (1x NIET) 2. COMET (1x NIET, 1x extern) 3. WRAP (2x NIET, 1x extern)
19.Terugvalpreventie	<i>Altijd aangeboden:</i> 1. Antipsychotica	<i>Altijd aangeboden:</i> 1. Individuele psycho-educatie 2. Gezinsinterventies (1x extern) 3. CGT op psychotische symptomen 4. Signalerings- en crisisplan 5. WRAP (2x NIET, 1x extern)

C. Individueel behandelplan - V

Zorgbehoefte	Medicamenteus	Niet medicamenteus
20. Leefstijl(problemen)	<p><i>Altijd aangeboden:</i> Aanpassen antipsychoticum wanneer problemen met medicatie samenhangen</p>	<p><i>Altijd aangeboden:</i> 1. Leefstijlinterventies volgens richtlijn <i>Optioneel aangeboden bij overgewicht en slechte conditie:</i> 1. PMT al dan niet in combinatie met cardio fitness (3x extern)</p>
21. Intimiteit en seksualiteit	<p><i>Altijd aangeboden:</i> Aanpassen medicatie bij seksuele functiestoornissen t.g.v. medicatie</p>	<p><i>Altijd aangeboden:</i> 1. Bespreken behoefte aan intimiteit en seksualiteit <i>Optioneel aangeboden (m.n. jongeren):</i> 1. psycho-educatie op dit thema, inclusief veilige seks/SOA-preventie</p>
22. Medicatietrouw	<p><i>Optioneel aangeboden:</i> 1. Depot medicatie</p>	<p><i>Altijd aangeboden:</i> 1. Psycho-educatie</p>

D. Biologische behandeling

Aanbeveling	Team 1 FACT	Team 2 VIP	Team 3 VIP	Team 4 FACT	gem
23. Keus antipsychoticum is individuele afweging o.b.v. voorkeuren en eerdere ervaringen : a) Effectiviteit: clozapine effectiever, maar niet eerste keus (risico agranulocytose). Daarna amisulpride en olanzapine meest effectief; b) Bijwerkingen; c) Toedieningsmogelijkheden	ja	ja	ja	deels	1,8
24. Indien psychotische symptomen langer dan 6 mnd afwezig zij kan geleidelijk afbouwen van medicatie overwogen worden .	deels	ja	Ja	ja	1,8
25. Strategieën om met bijwerkingen om te gaan zijn: - Voorkomen door zo laag mogelijk te doseren + regelmatig monitoren + inzetten preventieve interventies - Verlaging van de dosis - Medicatie toevoegen die bijwerkingen bestrijdt - Switchen naar een ander middel	ja	ja	Ja	ja	2
26. Ter voorkoming van ernstige bijwerking en indien nodig bijsturen in de medicatie is evaluatie en medicatiemonitoring nodig: - Tijdstip monitoring: voor start medicatie + 1, 2, 3 en 6 maanden erna + vervolgens minimaal 1x per jaar minimaal evalueren : Metabole problemen; Bewegingsstoornissen; Cardiovasculaire problemen; Seksuele problemen; Subjectief welbevinden	ja	deels	ja	ja	1,8

E. Herstel & participatie - II

Zorgbehoefte in specifieke domeinen	Medicamenteus	Niet medicamenteus
27. Relaties en sociale contacten	-	<i>Altijd aangeboden:</i> 1. Gezinsinterventies (1x extern) <i>Optioneel aangeboden:</i> 1. Lotgenotengroepen (1x NIET, 2x extern) 2. Sociale vaardigheidstraining (2x extern) 3. Eigenkrachtconferentie (2x NIET)
28. Werk en opleiding	-	<i>Altijd aangeboden:</i> 1. IPS <i>Optioneel aangeboden:</i> 1. IPS in combinatie met CRT (1x NIET) 2. Beslistool zelfonthulling (4x NIET) 3. IRB (3x NIET) 4. IRB-Begeleid leren (3x NIET) 5. IPS opleiding

E. Herstel & participatie - III

Zorgbehoefte in specifieke domeinen	Medicamenteus	Niet medicamenteus
29. Dagbesteding		<i>Altijd aangeboden:</i> 1. IRB (3x NIET) <i>Optioneel aangeboden:</i> 1. SRH (3x NIET)
30. Wonen		<i>Altijd aangeboden:</i> 1. IRB (3x NIET) <i>Optioneel aangeboden:</i> 1. Housing First (2x NIET)

F. Generieke thema's

Aanbeveling	Team 1 FACT	Team 2 VIP	Team 3 VIP	Team 4 FACT	gem
31. In een acute situatie wordt een huisbezoek afgelegd, waaraan ook de regiebehandelaar deelneemt	ja	ja	ja	ja	2
32. Behandelaars dienen spanningen tussen patiënten en naastbetrokkenen te onderkennen en deze (mede) focus van de behandeling te maken.	deels	ja	ja	ja	1,8
33. De behandelaar heeft oog voor risicofactoren voor suïcidaal gedrag (verbreken van behandelrelatie, agitatie, angst) en spreekt open over suïcidaliteit met de patiënt	ja	ja	ja	ja	2
34. Als preventieve behandeling van patiënten met een kwetsbaarheid voor psychose die een suïcidewens hebben, wordt de CGT-module van TARRIER overwogen (gericht op risicofactoren zoals hopeloosheid, negatief zelfbeeld en sociaal isolement).	nee	nee	nee	nee	0

G. Organisatie van zorg -I

Aanbeveling	Team 1 FACT	Team 2 VIP	Team 3 VIP	Team 4 FACT	gem
35. Er is één zorgprofessional die het zorgproces coördineert en aanspreekpunt is.	ja	ja	ja	ja	2
36. In een acute situatie zijn zorgverleners 24/7 beschikbaar en bereikbaar .	ja	deels	ja	nee	1,3
37. Wanneer de behandelrelatie structureel onvoldoende blijkt, kunnen beide partijen voorstellen de relatie te verbreken en een nieuwe aan te gaan , bij voorkeur binnen hetzelfde team.	ja	ja	ja	ja	2
38. Voor patiënten met een eerste psychose is een VIP team beschikbaar (gespecialiseerde competenties en behandelmodules).	ja	ja	ja	nee	1,5
39. Het psychose team bestaat in ieder geval uit: SPV, trajectbegeleider, MW, verpleegkundig specialist, GZ-psycholoog, psychiater, ervaringsdeskundige en verslavingsdeskundige. Een vaktherapeut voor PMT is sterk aan te bevelen.	ja	deels	deels	ja	1,5

G. Organisatie van zorg - II

Aanbeveling	Team 1 FACT	Team 2 VIP	Team 3 VIP	Team 4 FACT	gem
40. In geval van acuut gevaar kan een patiënt per acuut verwezen worden naar een IHT-crisisdienstteam	ja	deels	deels	ja	1,5
31. Tijdens opname, IHT en acute dagbehandeling is altijd een ambulant team betrokken dat zoveel mogelijk de regie houdt	ja	ja	deels	ja	1,8
31. Er zijn goede (afspraken met) samenwerkingspartners rond de patiënt geborgd: a) Naastbetrokkenen zijn meestal de belangrijkste samenwerkingspartner; b) Er is een persoonlijk netwerk rond de patiënt gecreëerd met mensen die voor hem/haar belangrijk zijn.	ja	ja	deels	ja	1,8
31. Er zijn goede samenwerkingspartners in de wijk : - Centraal staat een wijkgerichte benadering met goede samenwerking met HA, sociale wijkteams, GBGGz, RIBW en andere maatschappelijke partners - Er is sprake van wijkoverleg en casuoverleg	deels	deels	nee	deels	0,8
31. Er zijn goede samenwerkingspartners in de regio : Woningbouw, UWV en gemeenten, Opleidingsinstellingen, Jeugdzorg, Zorg (licht) verstandelijk beperkten, Forensische psychiatrie, Gevangenis, Verslavingszorg	ja	ja	deels	deels	1,5

Bespreken in groepjes:

Onderdelen van de ZS naast de eigen zorgvragen of eigen praktijk leggen:

-wat gaat goed?

-wat zou beter kunnen?

-wat zou daar voor nodig zijn?

Vraag 2

Hoe kan de ZS helpen om de zorg te borgen en verder te verbeteren?

Zorg op maat in de spreekkamer

- Veel interventies in de Zorgstandaard
- Beslissing keuze interventies obv complexe afweging:
 - zorgvragen, stadium, symptoomdomein, individuele kenmerken ptn
- Proces weinig expliciet + sterk afhankelijk van individuele HV
- Conjunctanalyse:
 - A. Patiëntvignetten gemaakt o.b.v. 10 kenmerken:
 - Stadium psychose
 - Ernst positieve symptomen
 - Ernst negatieve symptomen
 - Ernst affectieve symptomen
 - Ernst cognitieve beperkingen
 - Aard van functionele beperkingen
 - Aanwezigheid trauma gerelateerde klachten
 - Problematisch middelengebruik
 - Overeenkomst zorgbehoeften
 - Positieve sociale steun
 - B. Expertpanel bij vignetten aangegeven welke aanbevolen interventies uit de ZS het beste passen bij verschillende kenmerken

Digitale beslistool

Individuele kenmerken van cliënt:

- Stadium psychose
- Ernst positieve symptomen
- Ernst negatieve symptomen
- Ernst affectieve symptomen
- Ernst cognitieve beperkingen
- Aard van functionele beperkingen
- Aanwezigheid trauma gerelateerde klachten
- Problematisch middelengebruik
- Overeenkomst zorgbehoeften
- Positieve sociale steun



Behandeladvies expertpanel als input voor SDM:

Interventie:
1^e keus

**Overwegingen
Cliënten:**

- Bijwerkingen
- Investering

**Mate van
passendheid:**

Interventie:
2^e keus

**Overwegingen
Cliënten:**

- Bijwerkingen
- Investering

**Mate van
passendheid:**

Interventie:
3^e keus

**Overwegingen
Cliënten:**

- Bijwerkingen
- Investering

**Mate van
passendheid:**

Bespreken in groepjes:

Hoe kan de ZS in de dagelijkse praktijk worden gebruikt in gesprek van hulpverlener en patiënt?
(3 casussen)