

Standaard Vroege Psychose Zorg

A. Aanbevelingen voor inhoud van zorg¹

Aanbeveling		In hoeverre voldoet de zorg aan deze aanbeveling?	
		0 = niet 1 = matig 2 = redelijk 3 = sterk	Toelichting
Opsporen en behandelen van jongeren met een hoog risico op een psychose			
1.	Bevolkingsonderzoek naar lichte psychotische verschijnselen, met het oogmerk vroege detectie en vroege interventie wordt ontraden.		
2.	Er wordt ontraden om mensen met een hoog risico op een psychose met antipsychotica te behandelen.		
3.	Het is aan te bevelen CGT-UHR aan te bieden bij mensen met een hoog risico op psychose, ter preventie van een ontwikkeling naar psychose.		
Duur van onbehandelde psychose (DOP)			
4.	Het is aan te bevelen dat de DOP voor alle patiënten bij de intake wordt vastgelegd. Behalve het begin van de positieve symptomen wordt daarbij ook het begin van disfunctioneren nagevraagd bij patiënt en familie.		
5.	Geadviseerd wordt aan de voordeur van de tweedelijns ggz te screenen op (milde) psychotische verschijnselen met een korte zelfrapportage vragenlijst, bij voorkeur de PQ-16.		
Diagnostiek			
6.	Geadviseerd wordt om naast een categoriale classificatie bij diagnostiek van		

¹ Grijs gemarkeerde aanbevelingen worden opgenomen in een 'short list' met de 15 meest essentiële aanbevelingen voor vroege psychose zorg

	eerste psychose gebruik te maken van dimensionale indicatoren, die de mate van psychotische, negatieve, cognitieve, depressieve en manische symptomen en sociaal (dis)functioneren in beeld brengen.		
7.	Bij voorkeur wordt het GROUP diagnostisch protocol voor niet-affectieve psychosen bij iedere patiënt met eerste psychose gevolgd. Aanvullend wordt geadviseerd in de diagnostische fase expliciet aandacht te besteden aan traumatische ervaringen.		
8.	Systematisch en herhaald wordt de invloed van symptomen op het dagelijks leven van patiënten in kaart gebracht.		
9.	De individuele mate van psychosegevoeligheid van patiënten (blijkend uit therapierespons, psychotisch recidief) wordt vastgesteld. Hierbij wordt geadviseerd gebruik te maken van klinische <i>stadiëring</i> .		
Psychologische interventies			
10.	Cognitieve gedragstherapie dient voor iedere patiënt beschikbaar te zijn. Ze wordt ingezet bij de behandeling van psychotische symptomen, negatieve symptomen, angst, depressie, posttraumatische stress stoornis en andere comorbide psychiatrische stoornissen.		
11.	Het wordt aanbevolen in psychologische behandeling structureel aandacht te besteden aan rouw, zelfbeeld, zelfdefiniëring en sociale weerbaarheid, in relatie tot ervaren beperkingen.		
12.	Medewerkers van VIP-teams passen technieken van motiverende gespreksvoering routinematig in hun behandelingen toe.		
Routine Outcome Monitoring			
13.	VIP-teams wordt geadviseerd jaarlijks psychiatrische symptomen, verslaving, somatische problematiek, algemeen functioneren, zorgbehoeften, kwaliteit van leven en tevredenheid met zorg, te beginnen bij aanvang van de feitelijke behandeling te meten. Het verdient aanbeveling in de eerste 3 jaar vaker dan jaarlijks te evalueren of ze op de goede weg zitten.		

14.	VIP-teams worden geadviseerd gebruik te maken van de meetinstrumenten van ROM bij ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA).		
15.	Resultaten van ROM dienen in de eerste plaats de behandeling en worden gebruikt voor individuele terugkoppeling aan de patiënt. Het verdient daarom voorkeur ROM dicht bij het behandelproces te laten plaatsvinden.		
Familie / naastbetrokkenen			
16.	Het is de norm om de familie vanaf het allereerste contact met de GGZ structureel en proactief uit te nodigen als samenwerkingspartner bij beslismomenten in de behandeling: de intake, behandelplanbesprekingen en andere momenten waarop de behandeling een andere wending krijgt.		
17.	Het verdient aanbeveling familieleden duidelijk te maken dat zij onmisbaar blijven voor het welslagen van de behandeling.		
18.	Hulpverleners worden geacht familieleden te vragen naar de hulp die zij het meest ontberen en trachten in deze hulp te voorzien. Psycho-educatie aan familie en training interactievaardigheden kunnen hierbij worden ingezet.		
19.	Hulpverlener, patiënt en naastbetrokkenen dienen samen te bespreken wie welk aandeel kan hebben in het ondersteunen van de patiënt bij het behouden van sociale en maatschappelijke rollen, en wat er voor iedereen nodig is om dit langere tijd vol te houden. Nb. Als de patiënt dit niet wil kan de hulpverlener met de patiënt inventariseren wat wel en wat niet met de verschillende naastbetrokkenen besproken mag worden.		
20.	Familieleden dienen geïnformeerd te worden over het bestaan en het ondersteuningsaanbod van familieorganisaties.		
Rehabilitatie			
21.	Het verdient aanbeveling vanaf dag 1 te werken aan sociale integratie en arbeidsparticipatie, mede om langdurige negatieve symptomen te voorkomen. De wens van de patiënt is hierin richtinggevend.		

22.	Lange voortrajecten naar studie of werk dienen te worden vermeden. Eerst plaatsen, dan trainen en niet omgekeerd.		
23.	Het wordt aangeraden om een bepaalde rehabilitatiemethodiek te kiezen en die zo modelgetrouw mogelijk uit te voeren. Individuele Plaatsing en Steun (IPS) en Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB) verdienen aanbeveling, afzonderlijk of in combinatie.		
24.	Stigmabestrijding dient bij de hulpverleners te beginnen en onderdeel uit te maken van (bij- en na)scholing. Het wordt aangeraden om voor de patiënt herstelgroepen en cognitieve gedragstherapie in te zetten om zelfstigma tegen te gaan.		
Herstel en empowerment			
25.	Het verdient aanbeveling ruimte te creëren voor patiënten om hun persoonlijke referentiekaders van ziekte-ervaringen te exploreren en hun eigen gewenste hulpbronnen te gebruiken. Het is te overwegen hierbij gebruik te maken van ervaringsdeskundigheid of herstelgroepen.		
26.	Geadviseerd wordt om bij keuzes die in de behandeling gemaakt moeten worden methodieken te gebruiken die nauw aansluiten bij het herstelconcept, zoals het Strength Model en Shared Decision Making. Het is zinvol hierbij gebruik te maken van ervaringsdeskundigheid.		
27.	Het wordt aanbevolen met patiënten hun proces van herstel te bespreken en daarbij onderscheid te maken in herstel van gezondheid, herstel van maatschappelijke identiteit en herstel van persoonlijke identiteit. Help patiënten om zelf keuzes te maken en verantwoordelijkheid te nemen en wijs op bestaande initiatieven op het gebied van herstel en empowerment.		
28.	Patiënten dienen geïnformeerd te worden over het bestaan en de activiteiten van patiëntenorganisaties.		

VIP zorg gedurende kritieke periode		
29.	Het verdient sterke aanbeveling om gedurende de kritieke periode (drie tot vijf jaar) na een eerste psychose intensieve multidisciplinaire gespecialiseerde VIP zorg aan te bieden, zo veel als mogelijk in de eigen omgeving van de patiënt. ACT en FACT zijn hierbij bruikbare methoden.	
Terugvalpreventie		
30.	Er wordt aangeraden om na remissie van psychotische symptomen met de patiënt een individueel terugvalrisicoprofiel te maken, gebaseerd op de symptomen voorafgaande aan de eerste psychose en de risicofactoren voor een psychoseterugval, met name de vroege waarschuwingssignalen. Als de patiënt dit niet wil stelt de hulpverlener voor om dit met collega's en familie op te stellen.	
31.	Iedere patiënt met een vroege psychose dient voorlichting te krijgen over psychose en de behandeling daarvan. Geadviseerd wordt om educatie en voorlichting aan te passen aan het stadium van psychose en op maat te maken bij keuzes in de medische of psychologische behandelingen en rehabilitatieactiviteiten.	
32.	Terugvalpreventie dient aantoonbaar geïntegreerd te zijn met andere doelen in de herstelfase zoals behandeling van cannabis- en ander drugsmisbruik en hervatten van werk, school en vrijetijdsactiviteiten. Help de jonge patiënt een balans op te maken tussen terugvalpreventie en kwaliteit van leven.	
33.	Terugvalpreventie-interventies dienen zich niet alleen op de jonge patiënt, maar ook op het gezin te richten. Het actief betrekken van de familie is een noodzakelijke voorwaarde voor het slagen van een terugvalpreventieprogramma bij psychosen. Betrek patiënt en betrokken omgeving bij het signaleren van waarschuwingssignalen van terugval.	
34.	Er wordt sterk aanbevolen de behandeling niet te stoppen na het afbouwen van medicatie. Zorg voor laagdrempelige contactmogelijkheden met behandelaren in de eerste vijf jaar na remissie van de psychose.	

Farmacotherapie			
35.	Patiënten dienen in staat gesteld te worden om zo veel mogelijk zelf beslissingen te nemen over medicatiegebruik. Feitelijke voorlichting, verkennen van alternatieven en samen zoeken naar optimale farmacotherapie zijn hierbij kernbegrippen.		
36.	Aangeraden wordt farmacotherapie te baseren op het stadium van psychose waarin patiënten zijn. Afhankelijk van dit stadium moeten antipsychotica bij voorkeur worden vermeden (stadium 1), juist snel worden ingezet maar met lage doseringen (stadium 2), of moet door ophogen de juiste effectieve dosering worden bepaald en clozapine worden overwogen (stadium 3a en volgende).		
37.	Onderhoudsmedicatie dient laag gedoseerd te zijn om bijwerkingen tot een minimum te beperken. Aanbevolen wordt om de onderhoudsmedicatie niet te stoppen voordat iemand 1 jaar in remissie is. Daarna kan aan de patiënt worden voorgelegd de medicatie af te bouwen, waarbij voorlichting dient te worden gegeven over het grotere risico op een terugval en de zorgvuldige controle die nodig blijft. Bij een recidief dient de patiënt geadviseerd te worden gedurende meerdere jaren onderhoudsmedicatie te gebruiken, bij meerdere recidieven is het advies om medicatie niet meer te staken.		
38.	Bij beslissingen over medicatie wordt sterk aangeraden niet alleen naar effect op psychotische symptomen en bijwerkingen te kijken, maar dient samenhang te worden bewaakt met alle behandoelen. Soms is functioneel herstel beter mogelijk met een lagere dosering van een antipsychoticum waarbij er onvolledige symptomatische remissie is.		
39.	Effect op doelsymptomen en bijwerkingen dient systematisch en regelmatig geëvalueerd te worden. Het heeft de voorkeur hierbij gestandaardiseerde meetinstrumenten te gebruiken.		

B. Aanbevelingen voor de organisatie van zorg

Aanbeveling		In hoeverre voldoet de zorg aan deze aanbeveling?	
		0 = niet 1 = matig 2 = redelijk 3 = sterk	Toelichting
Opsporen en behandelen van jongeren met een hoog risico op een psychose			
1.	Meer onderzoek is nodig naar het verbeteren van de vroegdetectie van (hoog risico op) psychose, met name naar instrumenten die specifiek het risico op psychose voorspellen en interventies die een psychose kunnen voorkomen.		
2.	Er dient integratie te komen van psychiatrische zorg voor adolescenten en volwassenen.		
Duur van onbehandelde psychose (DOP)			
3.	DOP wordt bij alle patiënten gedefinieerd en gemeten als de tijd tussen het begin van de positieve symptomen en start van behandeling met antipsychotische medicatie of intensieve sociaal-psychiatrische behandeling.		
4.	VIP-teams worden geadviseerd ervoor te zorgen dat zij rechtstreeks bereikbaar zijn voor iedereen die contact wil over consultatie en/of start van behandeling, en dat in hun regio bekend is hoe er contact kan worden opgenomen.		
5.	Er wordt aanbevolen landelijke samenwerking van VIP-teams te organiseren op het gebied van voorlichtingsmateriaal, informatielijnen en websites.		
Routine Outcome Monitoring			
6.	Streven is om resultaten van Nederlandse VIP-teams, gebaseerd op een beperkte set uitkomstindicatoren (ROM data) en procesindicatoren, jaarlijks te verzamelen, naast elkaar te leggen en te publiceren.		

Familie / naastbetrokkenen			
7.	De samenwerking met familie dient in de triade in het beleid verankerd te zijn. Gebruik daarbij de 'Criteria familiebeleid vanuit cliënten- en familieperspectief' (LPGGz, mei 2011) en het 'Startdocument Indicatorset Familiebeleid in de GGZ' (ZN / LPGGz, maart 2011) als richtsnoer.		
Rehabilitatie			
8.	Gemeenten en uitvoeringsinstanties leveren belangrijke onderdelen van begeleiding en zorg (bedrijven voor re-integratie of begeleid werken, jobcoaches). Het verdient aanbeveling structureel contact met hen te houden om IPS en andere vormen van maatschappelijke rehabilitatie te borgen.		
9.	VIP-teams wordt geadviseerd contact te zoeken met succesvolle voorbeeldprojecten die <i>buiten</i> de GGZ zijn ontwikkeld in plaats van onnodig zelf het wiel uit te vinden.		
VIP zorg gedurende kritieke periode			
9.	Het verdient aanbeveling dat een modelgetrouwheid schaal van VIP-zorg wordt ontwikkeld.		
10.	Het verdient de voorkeur een zelfstandig VIP-team in te richten. Is de bevolkingsdichtheid van het verzorgingsgebied of zijn de verwachte aantallen patiënten te laag voor een zelfstandig VIP team, onderzoek dan de mogelijkheden om kwalitatief goede VIP-zorg te bieden 1) in een adolescenten/jongvolwassenen zorgprogramma met een breder diagnostisch focus of 2) binnen een (F)ACT team voor langdurige EPA-zorg.		
Zorgprogrammering & Ketenzorg Vroege Psychose			
11.	Geadviseerd wordt om in regionaal zorgprogramma een beschrijving te geven van: de doelgroep en de manier waarop deze bereikt wordt; de problematiek en hulpvraag; doelen van het programma; modules en activiteiten binnen het programma; bijzondere aspecten; procedurele en organisatorische aspecten (waaronder benodigde disciplines, organisatiekosten en wijze van bekostiging door de zorgverzekeraar); randvoorwaarden voor inbedding binnen en buiten		

	de instelling.		
12.	Aangeraden wordt te investeren in intern en extern draagvlak. Maak je inhoudelijke (op <i>evidence</i> gebaseerde) argumenten voor vroege psychosezorg duidelijk naar zowel interne partijen (zoals collega's, management en andere teams) als naar externe partijen (zoals financiers en politiek).		
13.	Het verdient aanbeveling om te zoeken naar een goede balans tussen de verschillende financiële bronnen voor bekostiging van het zorgprogramma. Niet alleen zorgverzekeraars, maar ook gemeenten (WMO) en andere overheidsinstanties (UWV) kunnen bijdragen aan de financiering.		
14.	Geadviseerd wordt te zorgen voor een intensieve verbinding met andere onderdelen van de zorg, met name met Kinder- en Jeugdafdeling en Langerdurende zorg. Dit houdt ten minste in dat gebruik wordt gemaakt van elkaars expertise en dat een "warme" overdracht plaatsvindt.		
15.	Het wordt aangeraden een directe toegang tot VIP-zorg te realiseren voor huisartsen en andere verwijzers in de regio.		
16.	Het wordt sterk aangeraden relaties te onderhouden met ketenzorg partners in de regio en gemeente (zoals gezondheidszorg- en welzijnsorganisaties) en met de publieke sector (zoals vrijwilligersorganisaties, scholen, bedrijven).		

ⁱ De inhoud van de Standaard Vroege Psychose is gebaseerd op het Handboek Vroege psychose (Veling et al, 2013) en is samengesteld door: Wim Veling, Lieuwe de Haan, Mette Lansen, Hennie Kleijwegt, Bert Stavenuiter en Daniëlle van Duin.