

IMPLEMENTATIEPLAN ZORGSTANDAARD

# Psychose



26 oktober 2017

---

Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz  
Helling 12  
3523 CC UTRECHT  
030 737 04 70  
secretariaat@kwaliteitsontwikkelingggz.nl

[www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl](http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl)



Kwaliteits-  
ontwikkeling  
GGz

*Netwerk voor goede zorg*

# Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>Methode praktijktest</b>	<b>3</b>
2.1	Doelgroep en werving	3
2.2	Gegevensverzameling en analyse	3
<b>3</b>	<b>Resultaten praktijktest</b>	<b>4</b>
3.1	Deelnemers	4
3.2	Verandering	4
3.3	Bevindingen/barrières	7
3.4	Activiteiten	8



---

# 1 Inleiding

Onderdeel van iedere kwaliteitsstandaard (zowel de zorgstandaard als de generieke module) is het opleveren van een implementatieplan. In het implementatieplan worden handvatten gepresenteerd die professionals, patiënten en naasten helpen om de kwaliteitsstandaarden in de dagelijkse praktijk te implementeren.

Bekend is dat verschillende factoren de implementatie van richtlijnen en zorgstandaarden kunnen bevorderen of belemmeren (Grol & Wensing, 2006). De factoren kunnen gerelateerd zijn aan: kenmerken van de zorgstandaard of gebruikersversie zelf; de professional en/of de patiënt; de sociale omgeving; de organisatie, inclusief de samenwerking in de keten, en aan de maatschappij. Om de landelijke implementatie te vergroten is voor de totstandkoming van de definitieve zorgstandaard een praktijktest uitgevoerd. In de praktijktest is de concept zorgstandaard Psychose door verschillende teams getest op bruikbaarheid, uitvoerbaarheid, gebruikersvriendelijkheid en implementeerbaarheid en zijn (mogelijke) beïnvloedende factoren bij de uitvoering van de zorgstandaard in kaart gebracht. De uitkomsten van de praktijktest zijn waar nodig verwerkt in de zorgstandaard. De praktijktest vond plaats van september tot oktober 2016.

In dit implementatieplan wordt eerst de methode van de uitvoering van de praktijktest beschreven. Vervolgens worden de resultaten van de praktijktest beschreven en wat de praktijk nodig heeft om de zorgstandaard Psychose goed te implementeren, rekening houdend met mogelijke belemmeringen.

---

## 2 Methode praktijktest

### 2.1 Doelgroep en werving

Om zicht te krijgen op de haalbaarheid, uitvoerbaarheid, gebruikersvriendelijkheid en implementeerbaarheid van de concept Zorgstandaard Psychose, werden psychoseteams (VIP, FACT) gevraagd mee te doen aan de praktijktest. De werving heeft plaatsgevonden door het Trimbos-instituut en Kenniscentrum Phrenos (via het Netwerk Vroege Psychose).

### 2.2 Gegevensverzameling en analyse

Gedurende de praktijktest volgden de teams een startbijeenkomst. Tijdens deze bijeenkomst kregen de deelnemende teams informatie over de activiteiten binnen de praktijktest en de inhoud van de zorgstandaard. Vervolgens hebben de teams een nulmeting ingevuld. Voor deze nulmeting heeft het Trimbos-instituut in samenwerking met de werkgroep de kernpunten van de zorgstandaard per hoofdstuk beschreven (zie bijlage 1). De teams hebben per kernpunt aangegeven of zij dit 'wel' of 'niet' toepassen of slechts 'gedeeltelijk'.

Vervolgens gingen de professionals aan de slag met de zorgstandaard. Vanwege het korte tijdsbestek zijn de teams gevraagd om voornamelijk na te denken over de kernpunten uit de zorgstandaard die zij op dit moment nog niet of gedeeltelijk toepassen. In de vragenlijst "beïnvloedende factoren", noteerden de teams welke belemmerende factoren zij tegenkomen/verwachten tegen te komen bij het toepassen van de zorgstandaard. Tevens werd in deze vragenlijst gevraagd na te denken over eventuele randvoorwaarden die zij nodig hebben om de zorgstandaard toe te passen.

De resultaten van de nulmeting worden beschreven in paragraaf 3.2 Verandering. De barrières die de teams hebben genoteerd in de vragenlijst "beïnvloedende factoren" worden beschreven in paragraaf 3.3 Bevindingen/barrières en de randvoorwaarden in paragraaf 3.4 Activiteiten.

---

# 3 Resultaten praktijktest

## 3.1 Deelnemers

De volgende vier teams hebben deelgenomen aan de praktijktest:

- Mentrum (VIP team)
- GGz Drenthe (VIP team)
- GGz InGeest (FACT team)
- Mondriaan (FACT team)

De teams van Mentrum en GGz InGeest hebben deelgenomen aan een startbijeenkomst bijeenkomst op het Trimbos-instituut. Mondriaan en GGzDrenthe hebben een startbijeenkomst in hun eigen instellingen georganiseerd. Tijdens deze startbijeenkomsten is de inhoud van de concept zorgstandaard Psychose gepresenteerd. Alle teams hebben de nulmeting ingevuld en drie teams hebben de vragenlijst “beïnvloedende factoren” ingevuld.

## 3.2 Verandering

Na de startbijeenkomst hebben de teams de nulmeting ingevuld waarin zij konden aangeven in hoeverre de huidige zorg overeenkomt met de zorg zoals beschreven in de zorgstandaard. Met behulp van de nulmeting is in kaart gebracht welke veranderingen t.o.v. de huidige situatie nodig zijn om een succesvolle implementatie van een kwaliteitsstandaard teweeg te brengen. De kernpunten waarvan 50% of meer teams hebben aangegeven dat ze dit in de huidige situatie niet of slechts gedeeltelijk toepassen staan hieronder opgesomd.

### Vroege onderkenning en preventie

*Gewenste veranderingen:*

- Vroege herkenning van (sub)klinische psychotische klachten (Ultra Hoog Risico-UHR) vindt plaats bij hulpzoekers binnen de specialistisch GGz (SGGz) tussen 14 en 35 jaar (aan de voordeur van de SGGz).
- Bij screening op UHR wordt gebruik gemaakt van zelfrapportage met de PQ16, gevolgd door een diagnostisch interview voor UHR, met de CAARMS of de SIPS.
- Na detectie van UHR richt zorg zich op gunstig beïnvloeden van individuele geïdentificeerde risicofactoren.
- Zorg voor UHR vindt plaats naast of aansluitend aan behandeling voor de GGz problematiek waarvoor patiënt in eerste instantie hulp zoekt.

*Toelichting: Er moet systematisch screening van UHR met de genoemde instrumenten plaatsvinden binnen de SGGz en niet alleen op indicatie.*

### Diagnostiek en monitoring

*Gewenste veranderingen:*

- De diagnostiek van psychose bestaat uit 3 onderdelen:
  - Individueel
    - Structuurdiagnose levert individueel profiel waarin kwetsbaar makende, onderhoudende en beschermende factoren worden beschreven die consequenties voor behandeling hebben.
    - Uitvragen: traumatische ervaringen, middelengebruik, agressie, sociaal functioneren, sociale steun, juridische voorgeschiedenis, ziekte-inzicht.

- Met de ICF kan daarnaast iemands functioneren in kaart worden gebracht.
- Dimensionaal
  - Meten van aanwezigheid en ernst van 8 verschillende symptoomdimensies d.m.v.: vragenlijsten GROUP protocol + korte testbatterij cognitieve functies (domeinen MATRICS).
- Categorieaal
  - Ordenen van symptomen volgens DSM-classificatie (DSM-5).
  - Met semi-gestructureerd interview: (mini)SCAN, CASH, SCID en hetero-anamnese.
- Bij alle patiënten wordt er regelmatig gemonitord voor tijdig signaleren van veranderingen en indien nodig aanpassen behandelaanbod. Namelijk het eerste jaar 2x, daarna 1x per jaar.

*Toelichting: Voornamelijk de dimensionale diagnostiek moet worden uitgebreid. In de categoriale diagnostiek moet meer gebruik gemaakt worden van semi-gestructureerde interviews. Monitoring dient het eerste jaar 2x plaats te vinden.*

### **Individueel behandelplan**

Uit de nulmeting is gebleken dat de volgende interventies die in de Zorgstandaard Psychose worden aanbevolen bij 50% of meer van de deelnemende instellingen niet beschikbaar zijn voor deze specifieke symptomen of zorgbehoeften:

- Voor psychotische symptomen:
  - Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS) bij hallucinaties (bij hallucinaties)
- Voor negatieve symptomen:
  - Muziektherapie
  - Cognitieve Remediatie Training
- Voor cognitieve symptomen:
  - Cognitieve Remediatie Training
  - Vaardigheidstraining als onderdeel van Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB)
  - Cognitieve Adaptatie Training (bij executieve functiestoornissen)
- Voor affectieve symptomen:
  - Muziektherapie (voor depressieve symptomen)
  - Runningtherapie (voor depressieve symptomen)
- Voor problematisch middelengebruik of verslaving:
  - Motiverende gespreksvoering voor naastbetrokkenen
  - Liberman module 'Omgaan met verslaving'
- Voor zelfstigma:
  - WRAP
- Voor terugvalpreventie:
  - WRAP

*Toelichting: Een aantal van de hierboven genoemde interventies zijn wel in andere settings beschikbaar en zouden ook beschikbaar moeten komen voor de ambulante psychose teams. Zo is muziektherapie vaak wel beschikbaar in klinische setting en IRB vaak alleen in de langdurige setting. WRAP zou structureel moeten worden aangeboden voor terugvalpreventie (is nu vaak alleen op indicatie mogelijk).*

### **Herstel en participatie**



Uit de nulmeting is gebleken dat de volgende interventies die in de Zorgstandaard Psychose worden aanbevolen bij 50% of meer van de deelnemende instellingen niet beschikbaar zijn:

- Voor problemen bij relaties en sociale contacten:
  - Eigenkrachtenconferentie
- Bij problemen met werk en opleiding
  - Beslistool zelfonthulling
  - Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB)
  - IRB-begeleid leren
- Bij problemen met dagbesteding:
  - SRH
- Bij problemen rond wonen:
  - Housing first

*Toelichting: Voor problemen met relaties en sociale contacten wordt soms verwezen naar HEE (Herstel Empowerment en Ervaringsdeskundigheid) groepen.*

### **Generieke thema's**

*Gewenste verandering:*

- Suïcidaal gedrag: 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).

*Toelichting: Specifiek de CGT-module van Tarrier wordt niet toegepast (CGT wordt soms wel overwogen)*

### **Organisatie van zorg**

*Gewenste veranderingen:*

- Voor patiënten met een eerste psychose is een VIP team beschikbaar (gespecialiseerde competenties en behandelmodules) dat voldoet aan de volgende kenmerken:
  - heeft tenminste 20 nieuwe patiënten met een eerste psychose per jaar
  - biedt consultatie mogelijkheden bij een niet-pluis gevoel
  - heeft een wachttijd van maximaal 1 week tussen verwijzing en eerste contact
  - heeft een gemiddelde case load van 10-15 ptn per FTE hulpverlener
  - duur behandeling VIP team is 2-5 jaar na de eerste psychose
- Het psychose team bestaat in ieder geval uit: (sociaal) psychiatrisch verpleegkundigen, een trajectbegeleider, een maatschappelijk werkende, een verpleegkundig specialist, een GZ-psycholoog, een psychiater, een ervaringsdeskundige en een verslavingsdeskundige. Een vaktherapeut voor PMT is sterk aan te bevelen.
- Er zijn goede (afspraken met) samenwerkingspartners in de wijk geborgd.
- Er zijn goede (afspraken met) samenwerkingspartners in de regio geborgd.

*Toelichting: Een VIP team is niet altijd beschikbaar, de caseload per FTE is soms hoger en de wachttijd tussen verwijzing en eerste contact is soms langer. De volgende hulpverleners zijn niet in alle psychose teams beschikbaar: GZ-psycholoog, verpleegkundig specialist, ervaringsdeskundige, verslavingsdeskundige en vaktherapeut voor PMT. Wat betreft samenwerking, er is vaak wel sprake van een samenwerking met partners in de wijk maar wijkoverleg en casuoverleg zou opgezet moeten worden. Tevens zou de samenwerking met partners in de regio meer structureel moeten worden.*

### 3.3 Bevindingen/barrières

In de vragenlijst “beïnvloedende factoren” hebben de teams aangegeven welke barrières zij zien voor de implementatie van de Zorgstandaard Psychose. Bekend is dat verschillende factoren de implementatie van richtlijnen en zorgstandaarden kunnen bevorderen of belemmeren. De factoren kunnen gerelateerd zijn aan: kenmerken van de zorgstandaard of gebruikersversie zelf; de professional en/of de patiënt; de sociale omgeving; de organisatie, inclusief de samenwerking in de keten, en aan de maatschappij. Hieronder wordt per factor aangegeven welke barrières de deelnemende teams verwachten.

#### **Belemmerende factoren met betrekking tot de Zorgstandaard Psychose:**

- Weinig ruimte voor uitzonderingen en onduidelijk hoe hiermee om te gaan.
- Onduidelijk wie wat moet oppakken.

#### **Belemmerende factoren met betrekking tot de veranderingen zelf:**

- Er is weinig tijd om veranderingen in en uit te voeren.
- Ontbrekende expertise.
- Sommige veranderingen betekenen dat er meer tijd nodig zal zijn per cliënt (zoals afname van een semi-gestructureerd interview).
- Over sommige veranderingen hebben de psychose teams geen zeggenschap omdat de interventie uitbesteed wordt of op een andere afdeling plaatsvindt (bijvoorbeeld: somatische screening, muziektherapie, IRB).

#### **Factoren met betrekking tot de individuele hulpverlener:**

- Weerstand tegen veranderingen; met name met betrekking tot de tijdsinvestering.
- Te hoge werkdruk.
- Niet alle instrumenten en behandelingen zijn bekend en/of er wordt al gewerkt met andere instrumenten/behandelingen (bijvoorbeeld: Module van Tarrier, Cognitieve Remediatie Training).

#### **Factoren met betrekking tot de patiënt:**

- EPA doelgroep is soms vrij lastig te motiveren.
- Sommige veranderingen betekenen dat het de patiënt meer tijd kost, bijvoorbeeld de ervaring is dat één keer per jaar somatisch screenen al lastig is. Sommige patiënten komen liever niet of willen zo min mogelijk contact hebben.
- Patiënten zien regelmatig geen noodzaak tot behandeling voor middelengebruik of de problematiek is te ernstig om ambulante te kunnen behandelen.
- Semi gestructureerd interview kost veel tijd en energie van de patiënt, zeker indien psychotisch.

#### **Factoren met betrekking tot de sociale omgeving:**

- Cultuuromslag nodig (van stabilisatie naar herstelgericht werken o.a. bij de inzet van IPS en van steunende begeleiding naar specialistische behandeling).

#### **Factoren met betrekking tot de organisatie:**

- Grote organisatie, waarbinnen veranderingen relatief veel tijd kosten.



- Veel veranderingen geweest, waardoor nog niet alle ondersteuning en processen goed lopen.
- Onvoldoende FTE in huis, bepaalde hulpverleners niet in team aanwezig. Geen mogelijkheden om deze aan te nemen vanwege FTE-stop

**Factoren met betrekking tot de maatschappij:**

- Zorgverzekeringen vergoeden zorg soms niet of stellen eisen die moeilijk te realiseren zijn.
- Minder tijd door kleinere DBC.
- Hoge productie eisen, waardoor minder tijd voor vernieuwing en implementatie.

### 3.4 Activiteiten

De randvoorwaarden die de verschillende teams hebben aangedragen om de veranderingen t.o.v. de huidige situatie te bewerkstelligen zijn:

1. Visie vanuit organisatie / ondersteuning vanuit het management; bijvoorbeeld door tijd vrij te maken om het GROUP-protocol te kunnen volgen, 2x per jaar somatisch screening, meer shared decision making .
2. Scholing in instrumenten en behandelingen/interventies + financiële ondersteuning hiervan.
3. Budget voor bijscholing en supervisie
4. ICT ondersteuning om instrumenten in ROM-omgeving in te voeren.
5. Scholing van het team in shared decision making, methodiek aanschaffen (eventueel digitaal).
6. Vergoeding van de verzekeraars op het gebied van behandeling.
7. Meer tijd / grotere DBC's per patiënt

**Beschikbare materialen en activiteiten voor implementatie**

De volgende ondersteunende materialen en activiteiten zijn beschikbaar om implementatie van de interventies te bevorderen waarvan in de nulmeting 50% of meer teams hebben aangegeven dat ze dit in de huidige situatie niet of slechts gedeeltelijk toepassen.

*Digitale beslistool:*

De Zorgstandaard Psychose bevat veel interventies voor mensen met een psychotische aandoening. In de behandelpraktijk worden beslissingen over keuze voor interventies gemaakt op basis van een complexe afweging, waarbij zorgvragen, stadium van psychose, symptoomdomein en individuele kenmerken van patiënten tegelijk meespelen. De digitale beslistool is voor patiënten en behandelaars en maakt het beslisproces voor de keuze van interventie(s) en het opstellen van een behandelplan inzichtelijk. Tevens bevordert het de gezamenlijke besluitvorming tussen behandelaar en patiënt (shared decision making). De digitale beslistool is ten tijde van het verschijnen van dit implementatieplan in ontwikkeling. Dit gebeurt in opdracht van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz. Voor meer informatie zie

<http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/project/zorgstandaard-psychose-sprekkamer/>

*Samen Keuzes Maken:*

Het webbased programma Samen Keuzes Maken is ontworpen om patiënten te helpen beter voorbereid een gesprek met behandelaar te voeren. Voor meer informatie zie

<http://www.topicus-ggz.nl/2016/06/03/psychoseclient-krijgt-invloed-op-eigen-behandeling/>

*Quick scan toepassing Zorgstandaard psychose:*



Het Trimbos-instituut kan een quick scan uitvoeren waarin onderzocht wordt welke veranderingen de organisatie zou moeten doorvoeren om volgens de Zorgstandaard Psychose te werken. Voor meer informatie zie <https://www.trimbos.nl/themas/kwaliteit-en-organisatie-van-de-zorg/implementatie>

*Training CAARMS:*

Stichting Cognitie en Psychose en Kenniscentrum Phrenos bieden een training aan in de Comprehensive Assessment of At Risk Mental States (CAARMS). Voor meer informatie zie <https://www.rgoc.nl/#home/RGOcAcademie>  
<http://www.kenniscentrumphrenos.nl/diensten/cursussen/caarms-training-najaar-2016/>

*Training Liberman methodiek:*

RINOGroep biedt training in de Liberman Methodiek aan. Voor meer informatie zie <http://www.rinogroep.nl/opleidingen.asp?Categorie=42>

*Training CGT bij UHR:*

Stichting Cognitie en Psychose en Kenniscentrum Phrenos bieden trainingen aan in cognitieve gedragstherapie voor mensen met een ultrahoog risico op het ontwikkelen van een eerste psychotische episode. De stichting Cognitie en Psychose verzorgt in company-trainingen en Kenniscentrum Phrenos trainingen met open inschrijving. Voor meer informatie zie:

<https://www.rgoc.nl/#home/RGOcAcademie>  
<http://www.kenniscentrumphrenos.nl/diensten/cursussen/training-cgt-ultra-high-risk-open-inschrijving/>  
<http://www.gedachtenuitpluizen.nl/nieuws/nieuw-training-cgt-ultra-high-risk-open-inschrijving/>

*Training IPS-trajectbegeleiders:*

Kenniscentrum Phrenos biedt een training aan voor trajectbegeleiders om zich te bekwamen in het modelgetrouw toepassen van de IPS methodiek. Voor meer informatie zie:  
<http://www.kenniscentrumphrenos.nl/diensten/implementatietrajecten/ips/>



Kwaliteits-  
ontwikkeling  
GGZ

*Netwerk voor goede zorg*