



# Zorgstandaard Psychotische stoornissen

Sinds 2012 wordt de *Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie* gebruikt om de behandeling voor mensen met een psychotische stoornis vorm te geven. Inmiddels is er meer wetenschappelijke evidentie en praktijkkennis rondom deze doelgroep, waarbij in Australië klinische stadiëring is ontwikkeld. Volgens klinische stadiëring heeft de patiënt, afhankelijk van de fase waarin hij zit in zijn ziekteproces, behoefte aan bepaalde typen en een bepaalde intensiteit van interventies. De zorgstandaard *Psychotische stoornissen*, gebaseerd op de *Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie* en de module *Vroege Psychose*, die ook in 2017 uitkomt, beschrijft welke diagnostiek en behandeling in welke fase standaard en welke optioneel dient te worden ingezet. Daarnaast beschrijft de zorgstandaard op welke manier de zorg rond de individuele patiënt vormgegeven kan worden, gericht op alle domeinen van herstel, waarbij de patiënt en zijn naasten een belangrijke rol hebben bij het kiezen van vorm en inhoud van het behandelproces. Dit artikel beschrijft de belangrijkste thema's in de zorgstandaard *Psychotische stoornissen*, die in de loop van 2017 uitkomt.

**NYNKE BOONSTRA**, lector Zorg & Innovatie in de Psychiatrie, NHL Hogeschool; (opleider) verpleegkundig specialist GGZ, VIP-team GGZ Friesland; namens V&VN werkgroep lid zorgstandaard Psychotische stoornissen

**RONALD VAN GOOL**, verpleegkundig specialist GGZ inGeest; docent aan de Hogeschool Leiden; namens V&VN werkgroep lid zorgstandaard Psychotische stoornissen

**DANIELLE VAN DUIN**, programmahoofd Zorginnovatie bij het Trimbos-instituut; stafmedewerker Onderzoek en implementatie bij Kenniscentrum Phrenos; projectleider zorgstandaard Psychose

## LEERDOELEN

Na het lezen van dit artikel weet/kunt u:

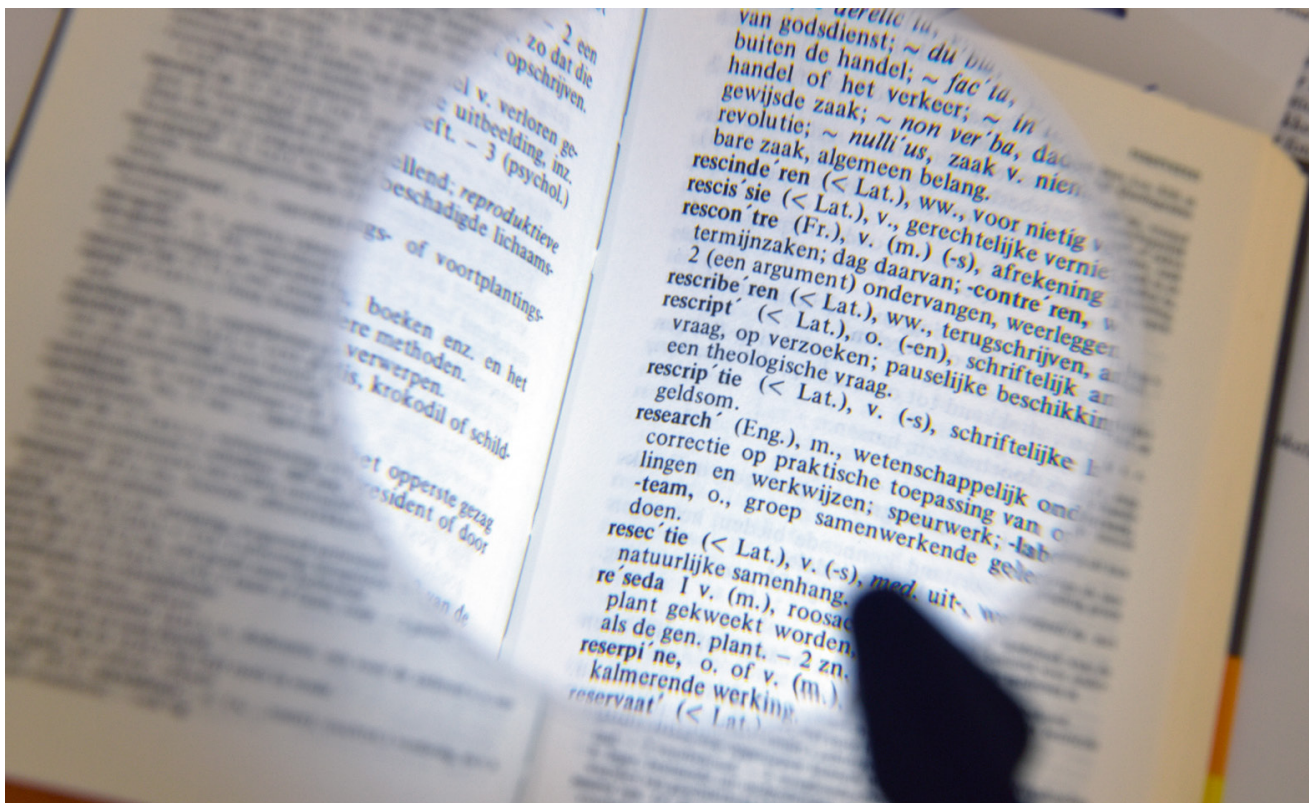
- vanuit welke visie de zorgstandaard *Psychotische stoornissen* is opgebouwd;
- wat herstel inhoudt en hoe herstelgericht gewerkt kan worden;
- wat klinische stadiëring inhoudt;
- welke interventies ingezet kunnen worden bij mensen met een psychotische stoornis;
- wat dimensionale diagnostiek inhoudt en hoe wordt deze uitgevoerd;
- als verpleegkundig specialist hoe de NICE-richtlijn, de richtlijn voor de behandeling van mensen met een psychotische kwetsbaarheid in Engeland, eruitziet;
- als verpleegkundig specialist hoe in Engeland patiënten met een verhoogd risico op een psychose worden gediagnosticeerd;
- als verpleegkundig specialist hoe in de NICE-richtlijn wordt omgegaan met herstel in de behandeling.

## TREFWOORDEN

psychose, gepersonaliseerde zorg, herstel, zelfmanagement, behandeling, shared decision-making

## 1 STUDIEPUNT

In het *Bestuurlijk akkoord toekomstige GGZ 2013-2014* wordt gesproken over een planmatige, continue verbetering en innovatie van de beroepsuitoefening van professionals.<sup>1</sup> Op deze manier kunnen cliënten en hun naasten op een gelijkwaardige basis samen met de behandelaar een beslissing nemen. Om deze doelstelling te kunnen realiseren is door het Landelijk Platform Geestelijke Gezondheidszorg



(LPGGz) en de beroepsverenigingen het Kennisnetwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ in het leven geroepen. In de periode van 2014-2017 worden onder de vlag van dit Kennisnetwerk 17 zorgstandaarden en 22 generieke modules ontwikkeld.<sup>2</sup>

Het uitgangspunt van alle zorgstandaarden en generieke modules is, dat de zorg wordt georganiseerd rondom het pad van de individuele cliënt, de zogeheten 'patient journey'. Hierbij gaat het om de juiste zorg, op de juiste plek, voor de juiste persoon op een doelmatige en samenhangende wijze. Gezondheid wordt gezien als perspectief, en niet als een opzichzelfstaand doel. In de zorg dient de focus te liggen op het vermogen je aan te passen en eigen regie te voeren in het licht van sociale, fysieke en mentale uitdagingen van het leven.<sup>3</sup> In diagnostiek en behandeling dient de focus naast het bevorderen van zelfmanagement te liggen op zowel herstel van de symptomen, als het maatschappelijk herstel en het persoonlijk herstel.<sup>4</sup> Het maatschappelijk herstel gaat over de mate waarin iemand in staat is naar tevredenheid te wonen en werken of relaties aan te gaan en het benutten van kansen die de samenleving biedt om de autonomie te vergroten. Het persoonlijk herstel gaat om het betekenis kunnen geven aan de dingen die in het verleden zijn gebeurd en op die manier meer grip te krijgen op het leven.

Om aan gezondheid te werken en tot herstel te kunnen komen is het van belang dat patiënten zelf zoveel mogelijk keuzes kunnen maken met betrekking tot de inhoud en timing van de behandeling.

## UITGANGSPUNTEN ZORGSTANDAARD PSYCHOTISCHE STOORNISSEN

De wetenschappelijke evidentie waarop de zorgstandaard is gebaseerd is terug te vinden in de *Multi-disciplinaire richtlijn schizofrenie*<sup>6</sup> en de module *Vroege Psychose*<sup>7</sup> plus een uitgevoerde update van nieuwe evidentie.

### Klinische stadiëring

De zorgstandaard gaat uit van klinische stadiëring. Dit concept is afkomstig uit de oncologie, waarbij de fase waarin de patiënt zit bepalend is voor het type interventie. In Australië is dit concept vertaald naar patiënten met een psychotische stoornis. Daarbij worden er vier fasen onderscheiden:<sup>8</sup>

- *Fase 1 Hoog risico op een psychose*  
In deze fase hebben patiënten subklinische psychose-achtige ervaringen, dan wel een floride psychose korter dan een week, die zonder behandeling in remissie kwam of een familiale belasting via ouder, broer of zus. In alle gevallen gecombineerd met een achteruitgang in het sociaal functioneren.
- *Fase 2 Eerste psychose*  
Patiënten zitten in deze fase wanneer zij voor het eerst een psychose doormaken, waarbij er minimaal een week psychotische symptomen aanwezig zijn gepaard gaand met een achteruitgang in het sociaal functioneren en met lijdensdruk.
- *Fase 3 Episodisch verloop*  
In deze fase gaat het om onvolledige remissie,

relapse of recidief. Bij onvolledige remissie blijft de patiënt last houden van psychotische symptomen. Wanneer er na een fase waarin geen psychotische symptomen meer aanwezig waren (remissie) wel weer psychotische symptomen optreden, is er sprake van een relapse (terugval). Van recidief is sprake wanneer de patiënt na een remissie meerdere keren een terugval krijgt gecombineerd met een terugval in dagelijks functioneren.

– *Fase 4 Aanhoudende ernstige problematiek*

In het vierde stadium hebben patiënten meerdere recidieven doorgemaakt of zijn psychotische symptomen chronisch aanwezig. Hierbij is sprake van langdurige achteruitgang in functioneren.

De zorgstandaard *Psychotische stoornissen* legt grote nadruk op vroegtijdige herkenning en behandeling van patiënten met een verhoogd risico op een psychose en een eerste psychose. Onderzoek heeft aangetoond dat herstel van een psychose op verschillende uitkomstmaten gunstiger is, naarmate een patiënt sneller adequate behandeling krijgt.<sup>9</sup> Het is dan ook van belang in te zetten op het tijdig in zorg krijgen en het bieden van adequate behandeling.

### Sociale inclusie

Een eerste psychose ontstaat vaak in de adolescentie of in de jongvolwassenheid. Jongens zijn gemiddeld genomen wat jonger dan meisjes wanneer zij een eerste psychose krijgen. Tijdens deze levensfase ontwikkelen jongeren allerlei sociale rollen. Een psychose bedreigt het normale ontwikkelingsproces met betrekking tot opleiding en werk, het aangaan van relaties en het ontwikkelen van de eigen identiteit. (Zelf)stigma speelt hierin ook vaak een rol. In de behandeling wordt uitgegaan van de sociale rollen waarin een jongere gevolgen ondervindt van de psychotische kwetsbaarheid om de behandeling daarop te laten aansluiten. Het streven naar sociale inclusie geldt niet alleen voor fase 1 en 2 maar dient zeker ook in fase 3 en 4 volop aandacht te krijgen.

### DIAGNOSTIEK

Goede diagnostiek gaat over het persoonlijke verhaal van de patiënt en is dus per definitie gepersonaliseerd. Hierin worden zowel klachten als krachten beschreven. Diagnostiek brengt de relevante gezondheidsproblemen systematisch in kaart, zodat patiënt en behandelaren inzicht krijgen in de huidige situatie rondom klachten, zorgbehoefte en hulpvraag. Om diagnostiek goed te kunnen uitvoeren is een goede behandelrelatie van belang. In de verschillende fasen is behoefte aan verschillende vormen van diagnostiek.

– *Hoog risico op een psychose (fase 1):*

Door actief aan vroeger opsporing te doen, ligt

uitstellen, voorkomen of in ernst beperken van een eerste psychose inmiddels binnen bereik.

Diagnostiek in deze fase bestaat uit twee fasen:

- a. Screening op mogelijk verhoogd risico: met behulp van de PQ-16,<sup>10</sup> een zelfrapportagevragenlijst, worden jongeren tussen 14 en 35 jaar gescreend die hulp zoeken vanwege psychische klachten bij de specialistische GGZ.
- b. Op basis van de uitkomst van de PQ-16 wordt aanvullende diagnostiek uitgevoerd met behulp van de Comprehensive Assessment of At Risk Mental State (CAARMS)<sup>11</sup> op aanwezigheid van psychoseachtige ervaringen gecombineerd met de Social Functioning Assessment Scale (SOFAS),<sup>12</sup> om eventueel sociale achteruitgang te kunnen meten.

– *Eerste psychose (fase 2):*

Diagnostiek bij eerste psychosen bestaat uit een individueel, dimensioneel en categoriaal profiel. Het *individuele profiel* brengt in kaart welke factoren bij deze patiënt van invloed zijn (geweest) op het ontstaan, het uitlokken en in stand houden van de psychotische symptomen en welke factoren (mogelijk) beschermend en welke (mogelijk) belemmerend zijn. Hierbij dient ook aandacht te zijn voor voorliggende symptomen zoals angst en depressie. Om uit te sluiten dat psychotische symptomen een gevolg zijn van een lichamelijke aandoening, dient een somatische anamnese te worden afgenomen. Daarnaast moet worden bepaald of de psychotische symptomen samenhangen met middelengebruik (alcohol, drugs, geneesmiddelen). De zorgstandaard beveelt aan om altijd een heteroanamnese af te nemen, enerzijds om informatie te verkrijgen vanuit het perspectief van de familie, anderzijds om de familie vanaf het begin actief te betrekken bij de behandeling en een goede inschatting te kunnen maken van de draagkracht en draaglast van de familie.

- Onderdeel van het individuele profiel is een dimensioneel profiel en een categoriaal profiel. In het *dimensionele profiel* dient de aanwezigheid en de ernst van symptomen vanuit vier clusters in kaart gebracht te worden: psychotische symptomen, negatieve symptomen, cognitieve symptomen en affectieve symptomen.

De International Classification of Functioning, disability and health<sup>13</sup> leent zich goed om bij het individuele profiel het functioneren, de beperkingen en de mogelijkheden in beeld te brengen gekoppeld aan de huidige en aan de gewenste situatie. Op basis hiervan kan een behandelplan worden samengesteld waarin de vorm en inhoud van de interventies in samenspraak met de patiënt en naasten worden weergegeven.

Ten behoeve van *categorale diagnostiek* kunnen de aard, de duur en het beloop van psychotische symptomen in samenhang met andere psychische klachten en de gevolgen van de symptomen voor het sociaal functioneren worden geordend in een bepaalde categorie passend bij de DSM-5. Om tot een goede ordening te komen kan gebruik worden gemaakt van een semigestructureerd interview (miniSCAN, CASH, CIDI). Veel patiënten vinden categorale diagnostiek niet helpend, maar vaak eerder stigmatiserend. Er dient dan ook gepast te worden omgegaan met labels. Categorale diagnostiek is in Nederland met name van belang voor de bekostiging en voor onderzoek.

– *Episodisch verloop (fase 3)/ Aanhoudende ernstige problematiek (fase 4)*

In deze stadia dient net als in de eerste twee fasen nagegaan te worden of in een eerder stadium iets over het hoofd is gezien zoals een verstandelijke beperking, de invloed van verslaving of een autismespectrumstoornis. Daarnaast dient gekeken te worden of krachten, talenten en hulpbronnen via naastbetrokkenen voldoende bekend en ingezet zijn.

## BEHANDELING

Iedere patiënt dient conform de WGBO (Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst) een individueel behandelplan te hebben, waarin het individuele profiel en de wensen en voorkeuren van de patiënt en zijn naasten leidend zijn voor het behandelplan. Vanwege de uiteenlopende behandeldoelen is een behandelplan vaak multidisciplinair, waarbij de geplande interventies in samenhang worden beschreven. De familie wordt zoveel mogelijk betrokken bij de behandeling om de kans op succes te vergroten. De zorgstandaard onderscheidt behandeling voor

mensen met een verhoogd risico (fase 1) van de andere drie fasen. De behandeling bij mensen met een verhoogd risico is gericht op uitstel of geheel voorkomen van een eerste psychose dan wel de duur van onbehandelde psychose zo kort mogelijk laten zijn. De reguliere behandeling van de primaire stoornis, zoals een stemmingsstoornis of een angststoornis, waarvoor de patiënt zich heeft gemeld bij de GGZ wordt idealiter gedaan door het team dat daartoe goed is toegerust. De aanvullende behandeling voor psychoseachtige ervaringen wordt daarop additioneel aangeboden door in de diagnostiek en behandeling van deze specifieke doelgroep getrainde professionals. In de behandeling kan gebruik worden gemaakt van cognitieve gedragstherapie speciaal ontwikkeld voor deze doelgroep, waarin psycho-educatie (inclusief ontmoediging middelengebruik) en normaliseren van ervaringen zijn opgenomen. Daarnaast dient aandacht te zijn voor psycho-educatie en ondersteuning van het systeem en het voorkomen van uitval uit sociale rollen, waarbij school en werk extra belangrijk zijn. In deze fase zijn antipsychotica niet geïndiceerd, omdat de effecten niet opwegen tegen de risico's van antipsychotica en er evidentie is dat het gebruik van antipsychotica in deze fase zelfs kan leiden tot een vergrote kans op een eerste psychose.

## Interventies

De zorgstandaard beschrijft op basis van de uitkomstmaten symptomen en zorgbehoeften voor alle fasen in een overzichtelijke tabel welke medicamenteuze en niet-medicamenteuze interventies kunnen worden ingezet bij een eerste psychose, episodisch verloop en aanhoudende ernstige problematiek (zie tabel 1). Hierbij wordt beschreven welke interventies altijd aangeboden zouden moeten worden en welke interventies optioneel worden aangeboden.



SYMPTOMEN, ZORG-BEHOEFTEN OF HERSTEL-DOELEN	MEDICAMENTEUS EN BIOLOGISCH	NIET-MEDICAMENTEUS PSYCHO-EDUCATIE, PSYCHOSOCIAAL, PSYCHOLOGISCH EN PSYCHOTHERAPEUTISCH
subklinische psychotische symptomen (UHR)		<i>altijd aanbieden:</i> 1) psycho-educatie 2) CGT 3) interventies gericht op behoud sociale rollen 4) indien van toepassing: stoppen middelengebruik
psychotische symptomen	<i>altijd aanbieden:</i> 1) antipsychotica <i>optioneel:</i> 1) additie SSRI, tweede antipsychoticum of anti-epilepticum 2) rTMS bij hallucinaties 3) ECT	<i>altijd aanbieden:</i> 1) CGT <i>optioneel aanbieden:</i> 1) copingstrategieën bij stemmen horen 2) Cognitieve Remediatie Training, mogelijk bijeffect op psychotische symptomen
negatieve symptomen	<i>altijd aanbieden:</i> 1) aanpassen antipsychoticum bij negatieve symptomen als gevolg van medicatie <i>optioneel aanbieden:</i> 1) antidepressivum	<i>optioneel aanbieden:</i> 1) CGT 2) PMT 3) Cognitieve Remediatie Training (CRT) 4) activerende interventies met secundair effect op negatieve symptomen (bijv. lotgenotengroepen en socialevaardigheidstraining) 5) muziektherapie
cognitieve symptomen	<i>altijd aanbieden:</i> 1) aanpassen antipsychoticum bij cognitieve symptomen als gevolg van medicatie	<i>optioneel aanbieden:</i> 1) Cognitieve Remediatie Training 2) vaardigheidstraining als onderdeel van IRB <i>optioneel aanbieden bij executieve functiestoornissen:</i> 1) Cognitieve Adaptatie Training
affectieve symptomen	zie stoornisspecifieke zorgstandaarden bij comorbide stoornis	<i>altijd aanbieden:</i> 1) CGT <i>Altijd aanbieden in geval van PTSS:</i> 1) EMDR 2) exposure <i>optioneel aanbieden bij depressieve symptomen:</i> 1) running therapie 2) muziektherapie <i>Optioneel aanbieden bij spanningsklachten:</i> 3) PMT
problematisch middelengebruik of verslaving	zie stoornisspecifieke zorgstandaarden of richtlijnen	geïntegreerde aanpak verslavingsproblematiek <i>altijd aanbieden:</i> 1) indien van toepassing, cursus 'stoppen met roken' <i>optioneel aanbieden:</i> 1) leefstijlinterventie 2) motiverende gespreksvoering voor patiënt 3) motiverende gespreksvoering door naastbetrokkenen 4) Liberman-module 'Omgaan met verslaving' 5) CGT 6) afbouwschema's maken en zelfcontrole-procedures aanleren
zelfstigma		<i>altijd aanbieden:</i> 1) psycho-educatie gericht op destigmatisering, normalisering en empowerment <i>optioneel aanbieden:</i> 1) CGT gericht op demoralisatie 2) COMET 3) WRAP 4) verwijzing naar lotgenotencontact

SYMPTOMEN, ZORG-BEHOEFTEN OF HERSTEL-DOELEN	MEDICAMENTEUS EN BIOLOGISCH	NIET-MEDICAMENTEUS PSYCHO-EDUCATIE, PSYCHOSOCIAAL, PSYCHOLOGISCH EN PSYCHOTHERAPEUTISCH
terugvalpreventie en voorkomen heropnames	<i>altijd aanbieden:</i> 1) antipsychotica	<i>altijd aanbieden:</i> 1) individuele psycho-educatie 2) gezinsinterventies 3) CGT op psychotische symptomen 4) signalerings- en crisisplan 5) WRAP
leefstijl(problemen)	<i>altijd aanbieden:</i> 1) aanpassen antipsychoticum wanneer problemen met medicatie samenhangen 2) aanpassen medicatie bij seksuele functiestoornissen t.g.v. medicatie	<i>altijd aanbieden:</i> 1) leefstijlinterventies volgens richtlijn <i>optioneel aanbieden:</i> 1) bij overgewicht en slechte conditie:
relaties, intimiteit en seksualiteit		<i>altijd aanbieden:</i> 1) PMT al dan niet in combinatie met cardiofitness <i>altijd aanbieden:</i> 1) bespreken behoefte aan intimiteit en seksualiteit <i>optioneel aanbieden (m.n. jongeren):</i> 3) psycho-educatie over dit thema, inclusief veilige seks/soa-preventie
zelfbeschadiging en suïcidaliteit		<i>altijd aanbieden:</i> 1) psycho-educatie 2) actief aandacht voor suïcidaliteit en zelfbeschadiging 3) periodieke inschatting risicofactoren
zorgbehoeften of hersteldoelen (breed) specifieke domeinen		
wonen		<i>altijd aanbieden:</i> 1) algemene rehabilitatiebenadering IRB of SRH om aan eigen doelen te werken <i>optioneel aanbieden:</i> 1) Housing First
relaties en sociale contacten		<i>altijd aanbieden:</i> 1) gezinsinterventies <i>optioneel aanbieden:</i> 1) lotgenotengroepen 2) socialevaardigheidstraining 3) eigenkrachtconferentie
werk of opleiding		<i>altijd aanbieden:</i> 1) IPS <i>optioneel aanbieden:</i> 1) IPS in combinatie met CRT 2) beslistool zelfonthulling 3) IRB 4) IRB-begeleid leren 5) IPS-opleiding
dagbesteding/activering en vrije tijd		<i>altijd aanbieden:</i> 1) IRB <i>optioneel aanbieden:</i> 1) SRH

Bron: zorgstandaard Psychotische stoornissen, pag. 22, 23 en 24

UHR: ultrahoog risico; CGT: cognitieve gedragstherapie; PMT: psychomotorische therapie; IRB: Individuele Rehabilitatie Benadering; EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing; COMET: competitive memory training; WRAP: Wellness Recovery Action Plan; SRH: Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen; IPS: Individuele Plaatsing en Steun.

**Tabel 1** Symptomen, zorgbehoeften en behandelopties.<sup>5</sup>

## Monitoring

Voor alle patiënten met een psychotische stoornis dient periodiek follow-up gedaan te worden op voornoemde onderdelen, om verandering tijdig te signaleren en het behandelplan hierop aan te passen. Evaluatie van het behandelplan dient ten minste tweemaal per jaar plaats te vinden en waar nodig aangepast te worden. Behandeling gebeurt over het algemeen vanuit de specialistische GGZ. De wachttijd voor de behandeling mag niet langer zijn dan een week.

## ORGANISATIE VAN ZORG

De zorgstandaard beschrijft dat signalering plaats dient te vinden bij zowel de huisartsenzorg, de generalistische basis GGZ als in het algemeen ziekenhuis. Patiënten dienen doorverwezen te worden naar de specialistische GGZ voor diagnostiek.

Screening op een verhoogd risico (*fase 1*) vindt plaats bij patiënten die zijn verwezen naar de specialistische GGZ. Voor deze doelgroep is voldoende evidentie dat behandeling opweegt tegen de investering en dus kosteneffectief is.<sup>14</sup> Screening van patiënten in de generalistische basis GGZ en bij de praktijk-ondersteuner GGZ is op dit moment nog experimenteel.

Na diagnostiek en behandeling dienen patiënten met een eerste psychose (*fase 2*) zo snel mogelijk specialistische behandeling te krijgen. Vanwege de heterogeniteit van psychotische stoornissen, de grote diversiteit aan zorgbehoefte en het belang van vroegtijdige gepersonaliseerde behandeling is 'matched care' het uitgangspunt. Er wordt in deze zorgstandaard dus niet vanuit 'stepped care' principes gewerkt. De zorgstandaard beschrijft dat de zorg voor patiënten met een eerste psychose aangeboden dient te worden vanuit een multidisciplinair behandelteam, waarin behalve in ieder geval (sociaal)psychiatrisch verpleegkundigen en een verpleegkundig specialist ook een trajectbegeleider, een maatschappelijk werker, een GZ-psycholoog, een psychiater, een ervaringsdeskundige en een verslavingsdeskundige zitting hebben. Een vaktherapeut die psychomotorische therapie kan bieden, wordt aanbevolen. Een caseload is idealiter gemiddeld tien tot vijftien patiënten per één fte hulpverlener.

In *fase 3* worden de eisen van Flexibel ACT aangehouden en in *fase 4* die van ACT. Bij stabiliteit, weinig complexiteit en focus op terugvalpreventie is behandeling in de basis GGZ en bij vrijgevestigde behandelaar ook goed denkbaar, mits de behandelaar ervaring en bekwaamheid heeft in behandelen van mensen met psychosen.

In de zorg rondom mensen met een psychotische kwetsbaarheid gericht op zowel symptomatisch,

maatschappelijk als persoonlijk herstel, heeft de patiënt in alle fasen vroegtijdig toegang nodig tot adequate behandeling, waarbij een goede samenwerking met patiënt en familie én ketenpartners nodig is. Naastbetrokkenen zijn in alle stadia actief betrokken. Daarnaast is samenwerking met sociale wijkteams, werk, sociale ondersteuning en begeleiding en andere maatschappelijke partners evenals met de huisarts van belang. ■

## LITERATUUR

1. Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg 2013-2014. Den Haag: Ministerie van VWS.
2. Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz. Model GGz Zorgstandaard 2.1. Februari 2016.
3. Huber M. Towards a new, dynamic concept of health. It's operationalization and use in public health and healthcare, and in evaluating health effect of food. Proefschrift. Maastricht: Universiteit Maastricht; december 2014.
4. Boevink W. Towards recovery, empowerment and experiential expertise of users of psychiatric services. In Rian P, Ramons S, Greacen T (eds). Empowerment lifelong learning towards a new paradigm. New York: Palgrave MacMillan; 2012.
5. Veling W, Bak M, Boonstra N, Castelein S, Gaag M, Gijsman H, et al. Zorgstandaard Psychotische stoornissen. Utrecht; 2017.
6. Alphen C van, Ammeraal M, Blanke C, Boonstra N, Boumans H, Bruggeman R, Wel T van. Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie. Utrecht: De Tijdstroom; 2012.
7. Veling W, Boonstra N, Doorn H van, Gaag M van der, Gijsman M, Haan L de, et al. Module Vroege Psychose. Utrecht; 2017
8. McGorry PD, Nelson B, Goldstone S, Yung AR. Clinical staging: A heuristic and practical strategy for new research and better health and social outcomes for psychotic and related mood disorders. Canadian Journal of Psychiatry 2010;55(8):486-97.
9. Marshall M, Lewis S, Lockwood A, Drake R, Jones P, Croudace T. Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-37 episode patients: a systematic review. Archives of General Psychiatry 2005;62(9):975-83. doi:10.1001/archpsyc.62.9.975
10. Ising HK, Veling W, Loewy RL, Rietveld MW, Rietdijk J, Dragt S, et al. The validity of the 16-item version of the prodromal questionnaire (PQ-16) to screen for ultra high risk of developing psychosis in the general help-seeking population. Schizophrenia Bulletin 2012;38(6):1288-96. doi:10.1093/schbul/sbs068
11. Yung AR, Yuen HP, McGorry PD, Phillips LJ, Kelly D, Dell'Olio M, et al. Mapping the onset of psychosis: the comprehensive assessment of at-risk mental states. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2005;39(11-12):964-71.

Overige literatuur kunt u vinden op [www.nurseacademyggz.nl](http://www.nurseacademyggz.nl)