

DITSMI



diagnosticeren, indiceren en behandelen van
een ernstige psychische aandoening

Colofon

Auteurs

Drs. H.M. Veereschild, (beleids)psychiater GGNet
 Mw. J.A. van der Veen, penvoerder en projectleider GGNet
 Drs. mw. M. Dankers, apotheker Instituut Verantwoord Medicijngebruik
 Dr. E.O. Noorthoorn, senior onderzoeker GGNet

Met medewerking van

Drs. M. Huisman, manager De Meent, GGNet
 Drs. S. Wensink - de Boer, GZ psycholoog De Meent, GGNet
 Mw. M. van Galen, GZ psycholoog i.o. De Meent, GGNet
 Drs. S. Steeneveld, somatisch arts De Meent, GGNet
 Dhr. M. de Vos, senior verpleegkundige De Meent, GGNet
 Dhr. P. Brunekreeft, verpleegkundige De Meent, GGNet
 Dhr. S. Oukes, ervaringsdeskundige De Meent, GGNet
 Mw. C. van der Meij, cliënt- en familieraadadviseur en ervaringsdeskundige GGNet
 Mw. E. van Galen, directeur behandeling en verblijf GGNet
 Drs. H. de Vos Burchart, manager operations, Instituut Verantwoord Medicijngebruik
 Prof. dr. A.J.M. Loonen, Hoogleraar farmacotherapie psychiatrische patiënten, Rijksuniversiteit Groningen

Dit project is mogelijk gemaakt met subsidie van ZonMw.

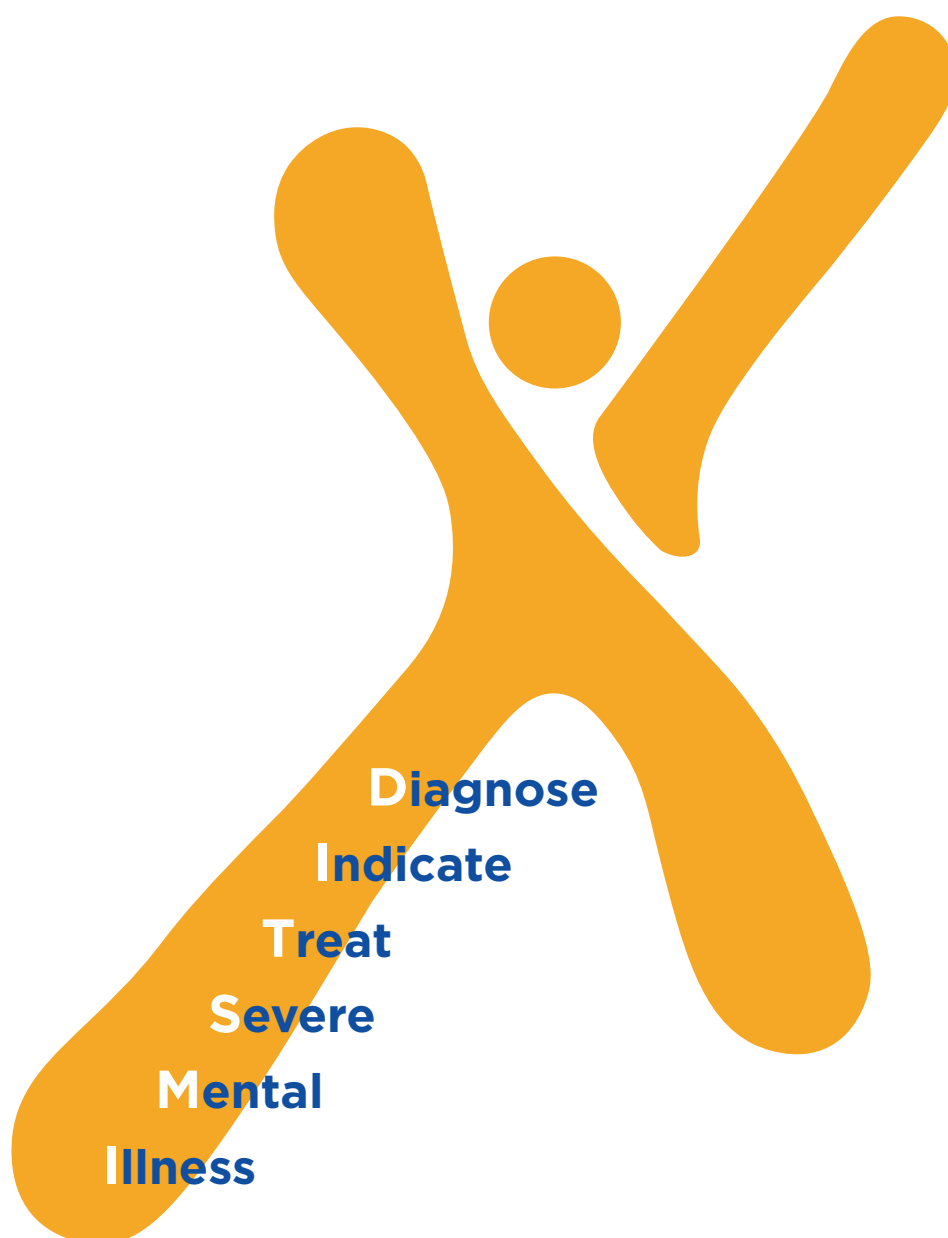
Aan de inhoud van deze modelbeschrijving kunnen geen rechten ontleend worden.

december 2018

© DITSMI®
 GGNet
 Postbus 2003
 7230 GC Warnsveld



DITSMI®



DITSMI® modelbeschrijving

Behandelmodel voor diagnostiek, medicamenteuze
en psychologische behandeling van patiënten
met een ernstige psychische aandoening

Inhoudsopgave

Voorwoord	6
Inleiding	8
DITSMI®	9
Diagnostiek en indicatiestelling	10
Classificeren versus diagnosticeren	10
Psychiatrisch en psychologisch onderzoek	10
Screenend en aanvullend psychologisch onderzoek	11
Verpleegkundige/agogische observatie	11
Somatisch onderzoek	12
DIB-overleg	13
Beschrijvende diagnose	14
Behandeling	15
Farmacotherapie	15
Psychotherapie	18
Dagbesteding	19
Evaluatie	20
Meetinstrumenten	20
Behandelplanevaluatie	20
Fundamenten DITSMI®	23
Uitgangspunt 1: Psychiatrische patiënten worden behandeld met herstel als doel	24
Uitgangspunt 2: Biopsychosociale model	27
Uitgangspunt 3: Aansluiten bij het niveau van de patiënt	30
Uitgangspunt 4: Betrokkenheid van familie, naasten en wettelijke vertegenwoordigers	31
Uitgangspunt 5: Risico(vol) beleid	32
Uitgangspunt 6: Zorgafstemmingsgesprek (ZAG)	33
Bijlagen	
1. Schematische voorstelling DITSMI®	34
2. Overzicht implementatiematerialen DITSMI®	35
Referenties	36

Voorwoord

DITSMI® is een behandelmodel dat zorgprofessionals helpt om methodisch en richtlijnadherent te werken met als doel om de kwaliteit van leven van mensen met een ernstige psychische aandoening te verbeteren, waaronder het hervinden van hoop, een positief zelfbeeld, zingeving en het herwinnen van de eigen regie over een leven buiten de psychiatrie in een maatschappelijke omgeving.

Binnen de groep mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA)¹ is er een grote groep patiënten die lijkt te zijn vergeten: 'de uitbehandelde patiënt'. Een deel van deze patiënten is opgenomen binnen verblijfsafdelingen en beschermde woonvormen van de GGZ, waar soms een verpleeghuisachtige zorg wordt geboden. Andere patiënten worden thuis begeleid door ambulante werkende teams. De behandelcontacten zijn laagfrequent en de behandeling is veelal gericht op het voorkomen en aanpakken van escalaties.

Vanaf 2002 wordt in Nederland binnen de ambulante langdurige GGZ veelal gewerkt volgens het FACT-model². FACT is een afgeleide van het in de Verenigde Staten ontwikkelde Assertive Community Treatment (ACT). Het verschil tussen FACT en ACT is dat ACT zich richt op ernstig ontregelde patiënten, terwijl FACT ook de meer stabiele patiënt in het vizier heeft. Wanneer het niet lukt om de patiënt in de thuissituatie te stabiliseren, kan een (kortdurende) klinische opname overwogen worden. Lange tijd was het echter gebruikelijk om bij blijvende instabiliteit de patiënt levenslang op te nemen in een psychiatrische kliniek: 'hospitaliseren als behandelvorm'.

Gelukkig is tegenwoordig de tendens om 'opname voorkomend' te werken en daarin lijkt de ontwikkeling van de Intensive Home Treatment (IHT)³ te voorzien. IHT is gebaseerd op het uitgangspunt dat behandeling in de thuissituatie leidt tot een beter en sneller herstel.

Ook de ontwikkeling van het Active Recovery Triad (het ART-model⁴) is een welkome aanvulling op de huidige zorg. In dit model staat de driehoek van cliënt-familie-hulpverlener centraal. Het doel van ART is actief contact maken binnen deze driehoek en zoeken naar aansluiting bij de oorspronkelijke behoeften en wensen van de patiënt en diens naasten.

Ondanks deze ontwikkelingen zijn er nog veel patiënten met EPA die onvoldoende herstellen. Deze patiënten hebben vaak diagnoses die jaren geleden zijn gesteld en nadien niet meer zijn aangepast. Buitensporig medicatiegebruik, waarbij sprake is van irrationele combinaties, toxische doseringen en polyfarmacie met als gevolg ernstige bijwerkingen is een veel voorkomend probleem bij deze groep patiënten.

Het ontbreken van een goede behandelrationale bij deze patiënten met EPA heeft geleid tot de ontwikkeling van **DITSMI®**: **D**iagnose, **I**ndicate, **T**reat, **S**evere **M**ental **I**llness. Vrij vertaald: Diagnosticeren, Indiceren en Behandelen van Ernstige Psychische Aandoeningen. In de periode 2017 – 2018 is DITSMI® ontwikkeld in de klinische praktijk met subsidie van ZonMw.

Het model is gericht op medisch-, maatschappelijk- en sociaal herstel van patiënten, is context onafhankelijk (dus zowel klinisch als ambulant toepasbaar), vanuit de behoefte om mensen met EPA perspectief te bieden. De juridische status speelt geen rol als er wederzijds commitment is tussen de patiënt, diens naasten en de zorgprofessionals over de beschrijvende diagnose, indicatiestelling en voorgestelde behandeling. Het model is dynamisch en zeker niet uitontwikkeld. De eerste resultaten van DITSMI® laten een positieve trend zien met betrekking tot herstel van deze patiëntengroep. Wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van DITSMI® vindt momenteel plaats.

Het is onze hoop dat DITSMI® zal leiden tot een discussie over en erkenning van deze enigszins ‘verwaarloosde’ groep patiënten. Wij zouden graag zien dat het DITSMI®-model als onderlegger kan dienen voor een verdere uitwerking en omschrijving van de zorg voor patiënten met EPA. Het voornemen is om het huidige model uit te werken tot een handboek DITSMI®. Het idee is om uiteindelijk een landelijk netwerk op te zetten, zodat patiënten, naasten en zorgprofessionals een podium vinden om elkaar te ontmoeten en expertise uit te wisselen.

Daarnaast hopen we dat de inhoud en het gedachtegoed van DITSMI® de lezer en met name de zorgprofessional zal uitnodigen tot een reflectie op het eigen professionele handelen en daarbij beter gaat luisteren naar de wensen van de patiënt.

Of zoals een patiënt het verwoordt: *‘Ik heb jarenlang geen eigen verantwoordelijkheid gehad. Ik mocht niks zelf beslissen. Ik had geen stem. Die kreeg ik nu wel. Ik kon nu ook aangeven wat ik vond dat ik nodig had. En niet dat anderen weer voor mij gingen praten. Want uiteindelijk weet ik meestal, toch zelf wel het best.’*

<https://ggnet.nl/behandelingen/ditsmi>

Kortom: Herstel voor iedereen.

drs. H.M. (Mike) Veereschild, (beleids-)psychiater
Warnsveld, november 2018

Inleiding

In Nederland zijn er naar schatting 160.000 patiënten met EPA¹ tussen de 18 en 65 jaar. In het werkgebied van GGNet, de regio's Oost-Veluwe en Achterhoek komt het aantal mensen met EPA uit op 11.000 tot 12.000⁵.

Patiënten met EPA gebruiken vaak veel medicatie zonder dat daar een duidelijke actuele indicatie voor bestaat^{6,7,8}. Er is sprake van polyfarmacie, irrationele combinaties, interacties en/of toxische doseringen^{9,10}. Patiënten hebben daarom meer kans op (ernstige) bijwerkingen en vanwege de grote hoeveelheden sederende medicatie zijn zij veelal niet in staat een redelijk normaal leven te leiden¹¹.

Uit eigen metingen onder 96 patiënten van de afdeling Intensieve Vervolg Behandeling van GGNet (najaar 2014) bleek dat deze patiënten veelal niet (meer) volgens de vigerende richtlijnen werden behandeld. Het gebruik van medicatie leek primair gericht op het voorkómen van ontwrichtend gedrag, decompensatie en crisis.

- 12% van de medicatievoorschriften was een niet-formulariummiddel (afwijkend van GGNet beleid).
- 17% van de patiënten gebruikte meer dan 4 verschillende psychofarmaca.
- 17% van de patiënten gebruikte een combinatie van 2 of 3 verschillende antipsychotica.
- 7% van de patiënten gebruikte meer dan 2 benzodiazepines.
- bij 14% van de voorschriften was er sprake van een forse afwijking op de maximaal toegestane dosering.
- 46% van de patiënten had een voorschrift voor biperideen (bedoeld om bijwerkingen van antipsychotica tegen te gaan).
- Eén patiënt gebruikte 37 verschillende soorten geneesmiddelen en daarbij 11 zo nodig voorschriften.

Het beeld van problematisch medicijngebruik bij patiënten met EPA, zoals hierboven geschetst, is al eens bevestigd in het artikel 'Polyfarmacie en irrationele combinaties van psychofarmaca bij verblijfspatiënten in het APZ: kunstfout of onvermijdelijk?'¹⁰. De conclusie in dit artikel luidt: 'Polyfarmacie en irrationele combinaties komen veelvuldig voor bij verblijfspatiënten in het algemeen psychiatrisch ziekenhuis en lijken onvermijdelijk'. Uit dit artikel blijkt verder dat alleen het saneren van medicatievoorschriften niet leidt tot het gewenste resultaat op de langere termijn. Na verloop van tijd gebruiken patiënten vaak weer minstens evenveel (irrationele combinaties van) medicijnen, en in sommige gevallen is het aantal voorschriften zelfs toegenomen ten opzichte van voor de medicatie-afbouw. Dat dit probleem niet aan actualiteit heeft ingeboet blijkt uit recente publicaties¹²⁻¹⁵. Uit literatuur blijkt dat tot op heden alleen onderzoek is gedaan naar het saneren van psychofarmaca zonder daarbij (her)diagnostiek en psychologische interventies te betrekken.

DITSMI®

De ontwikkeling van een meer duurzaam model lijkt noodzakelijk, waarbij het risico op terugval zich niet meer of veel minder voordoet. DITSMI® is een multidisciplinaire methodiek voor diagnosticeren, indiceren en behandelen volgens de geldende richtlijnen¹⁶. Dit leidt tot afbouw van medicatie en minimaliseert gelijktijdig de kans dat patiënten met EPA na verloop van tijd opnieuw veel medicatie krijgen voorgeschreven. Tegelijkertijd kan de kwaliteit van leven van de patiënt sterk verbeteren¹⁶.

In februari 2015 is op één van de afdelingen Intensieve Vervolg Behandeling van GGNet gestart met een pilot DITSMI®. 35 patiënten met EPA zijn opnieuw gediagnosticeerd en ingesteld op medicatie. De resultaten na een jaar waren positief en maken zichtbaar dat deze experimentele aanpak succesvol kan zijn:

- Het aantal medicatievoorschriften buiten het formulariumbeleid¹⁷ daalde van **11,8%** naar **3,7%**.
- Het aantal patiënten met een combinatie van meer dan 4 psychofarmaca daalde van **16,7%** naar **6,5%**.
- Dubbel antipsychoticagebruik daalde van **17,0%** naar **16,3%** (reden van de geringe afname was dat relatief veel patiënten werden omgezet naar een ander antipsychoticum en daardoor vanwege de op- en afbouwfase gedurende een korte periode 2 antipsychotica gebruikten).
- Het aantal patiënten met een combinatie van meer dan 2 benzodiazepines daalde van **7,3%** naar **1,1%**.
- Het aantal forse afwijkingen op de maximale dosering daalde van 14,5% naar 1,8%.

Deze modelbeschrijving bestaat uit twee delen:

In de eerste hoofdstukken wordt het DITSMI®-model uitgelegd. Hierbij wordt de volgorde van het model gehandhaafd in de opeenvolgende hoofdstukken: diagnostiek en indicatiestelling, de farmacologische-, psychologische behandeling en dagbesteding. Een apart hoofdstuk is gewijd aan evaluatie van de ingezette behandeling.

Het tweede deel beschrijft de uitgangspunten van DITSMI® waarop het model is gebaseerd. DITSMI® is niet anders dan richtlijn-conforme behandeling van patiënten met EPA. Maar welke onderliggende factoren zorgen mede voor de slagingskansen van deze behandeling?

Werken volgens DITSMI® is gebaseerd op 6 uitgangspunten:

1. Psychiatrische patiënten worden behandeld met herstel als doel.
2. Biopsychosociale model.
3. Aansluiten bij het niveau van de patiënt.
4. Familie, naasten en wettelijke vertegenwoordigers zijn betrokken.
5. Risico(vol) beleid.
6. Zorgafstemmingsgesprek (ZAG).

Wellicht ten overvloede: daar waar gesproken wordt over een patiënt kan ook patiënte gelezen worden.

Diagnostiek en indicatiestelling

Classificeren versus diagnosticeren

Binnen de psychiatrie is het gebruikelijk de ziekte of aandoening te classificeren. Naast de World Health Organization (WHO)-classificatie¹⁸ is de Diagnostic en Statistical Manual of Mental disorder, Fifth edition (DSM V)¹⁹ die in 2014 in Nederland verscheen, de belangrijkste. Het doel van dit systeem is om verschillende stoornissen en ziekten zo helder en concreet mogelijk te omschrijven aan de hand van diverse criteria.

Binnen DITSMI® ligt de nadruk op het diagnosticeren, wat wordt vastgelegd in de beschrijvende diagnose, in plaats van het classificeren. De DSM V classificatie wordt alleen gebruikt voor een betrouwbare en noodzakelijke (financiële) registratie en voor internationaal wetenschappelijk onderzoek.

De diagnostiek binnen DITSMI® bestaat uit de volgende stappen:

- psychiatrisch onderzoek en psychologisch onderzoek
- screenend en/of aanvullend psychologisch onderzoek
- verpleegkundige/agogische observatie
- somatisch onderzoek
- Diagnosticeren-Indiceren-Behandelen (DIB)-overleg
- beschrijvende diagnose

Alle betrokken disciplines komen bij elkaar om de bevindingen te bespreken en overeenstemming te bereiken over de beschrijvende diagnose in het zogenoemde DIB-overleg.

Psychiatrisch en psychologisch onderzoek

Diagnostiek begint vanzelfsprekend met een goede anamnese, heteroanamnese en psychiatrisch onderzoek vanaf het eerste contact met de patiënt. Dit dient te gebeuren door een psychiater en klinisch psycholoog en/of Gezondheidszorg (GZ)-psycholoog. Belangrijk is het uitvragen van de huidige klachten en de ziekte-geschiedenis. Tijdens het gesprek observeert de zorgprofessional de patiënt. De anamnese en het psychiatrisch/psychologisch onderzoek lopen dus door elkaar heen.

Een heteroanamnese is onmisbaar en noodzakelijk, omdat dit zorgt voor een goede inventarisatie van de klachten en eventuele onderliggende kwetsbaarheden. Bovendien kan een onderliggende ziekte de beleving van de patiënt zelf beïnvloeden. Bij voorkeur vindt de heteroanamnese plaats door iemand die de patiënt al langer kent en die de karaktereigenschappen en levensloop van de patiënt kan beschrijven. De biografie wordt door de patiënt zelf uitgewerkt. Indien dit niet lukt, of als er twijfels zijn over de betrouwbaarheid van het verhaal, kan deze in overleg met de patiënt samen met familie of zorgprofessional worden ingevuld.

Screenend en aanvullend psychologisch onderzoek

Het psychologisch onderzoek omvat het afnemen van verschillende screeningsinstrumenten en eventueel aanvullende testdiagnostiek.

De afdeling de Meent van GGNet gebruikt als screeningsinstrument :

- 1^e fase (screenend): Fluency, Brief-A, NOSCA, Kloktekening, Schoolanamnese, NLV en SCIL-LVB.
- 2^e fase (aanvullend): BDI (depressie), TSQ (trauma), Dudit (drugs), Audit (alcohol) en de AQ-test (autisme).

Verpleegkundige/agogische observatie

De verpleegkundige en de agoog moeten continue, passend bij de beroepsgroep, informatie verzamelen over het actuele toestandbeeld en huidige situatie van de patiënt²⁰⁻²². Dit houdt in dat er wordt gekeken naar het ziektebeloop, de symptomen, hoe iemand hiermee omgaat en het gedrag in het algemeen. Observaties binnen de sociale context spelen hierbij een belangrijke rol. Hiermee wordt observatie binnen de volgende domeinen bedoeld: leefomgeving en woonsituatie, dagbesteding, werk, maar ook het contact met naastbetrokkenen, medepatiënten, vrienden en burens. Daarnaast horen cultuurbeleving, religieuze- en politieke overtuigingen en dus zingeving in het leven hierbij. Naast deze psychosociale factoren is er aandacht voor het fysieke en somatische welbevinden. Als laatste moet er aandacht zijn voor de zelfredzaamheid van de patiënt door het observeren van Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL).

Het is belangrijk dat de verpleegkundige en de agoog een beeld krijgen van de bovengenoemde facetten en dat eventuele gedragsveranderingen zowel in positieve als in negatieve zin worden opgemerkt en dat men zich realiseert dat deze verschillende facetten ook dynamisch kunnen fluctueren binnen een ziektebeeld.

Tegelijkertijd kan de verpleegkundige screenend psychologisch onderzoek en meetinstrumenten uitvoeren, zoals beschreven in het bovenstaande kader.

De inbreng van verpleegkundigen en agogen is van zeer veel waarde binnen het DIB-overleg, omdat zij de patiënt over het algemeen het beste (hebben leren) kennen. Daarom is het advies om de verpleegkundige diagnostiek en observaties standaard te borgen in het verpleegplan¹⁶.

Somatisch onderzoek

De levensverwachting van patiënten met EPA is een stuk korter dan van mensen zonder ernstige psychische aandoeningen. De levensverwachting van patiënten met EPA neemt gemiddeld met 13 tot 30 jaar af, zelfs in landen die bekend zijn met een goede gezondheidszorg. Er lijkt sprake van veel hogere prevalentie van somatische comorbiditeit bij patiënten met EPA. Aansluitend lijken leefstijl, bijwerkingen van medicatie, de bereikbaarheid van somatische zorg en helaas ook de ontvangen kwaliteit van de geleverde zorg een rol te spelen bij patiënten met EPA²³⁻²⁵.

Het Trimbos-instituut bracht in 2015 een multidisciplinaire richtlijn²⁶ uit. Deze richtlijn beschrijft hoe door middel van somatische screening en monitoring van medicatiegebruik een verbeterstap kan worden gemaakt naar preventie, herkenning en behandeling van somatische problemen van patiënten met EPA. Daardoor heeft de zorgprofessional bewust meer aandacht voor cardiovasculaire risicofactoren, somatische ziekten ten gevolge van ongezonde leefstijl en medicatiegebruik, zodat uiteindelijk de lichamelijke gezondheid positief kan worden beïnvloed.

Ten minste 1 keer per jaar ondergaat iedere patiënt binnen DITSMI® een uitgebreide somatische screening. Dit wordt uitgevoerd door een verpleegkundige in samenwerking met een verpleegkundig specialist (VS), somatisch arts en/of huisarts. De uitgebreide screening bestaat uit een somatische anamnese, afname van een screeningsinstrument over bijwerkingen, een algemeen lichamenlijk onderzoek en een bewegingsonderzoek. Daarnaast vindt uitgebreid laboratoriumonderzoek plaats, zoals beschreven in het Formularium GGNet¹⁷ en wordt een elektrocardiogram (ECG) gemaakt.

De verpleegkundig specialist, somatisch arts of huisarts geeft een terugkoppeling van de bevindingen van de somatische screening aan de patiënt. Indien een verwijzing naar een medisch specialist geïndiceerd is, of andere levensstijlinterventies noodzakelijk zijn, dan zal de betrokken verpleegkundig specialist of somatisch arts dit coördineren. Als laatste wordt een samenvatting van de somatische screening en de daaruit voortvloeiende adviezen in het patiëntdossier opgenomen en mondeling of schriftelijk aan de eigen huisarts en betrokken medisch specialist(en) teruggekoppeld.

Het somatisch onderzoek wordt uitgevoerd aan de hand van een standaard lijst Somatische screening DITSMI®. Hiervan is een digitale versie beschikbaar.

DIB-overleg

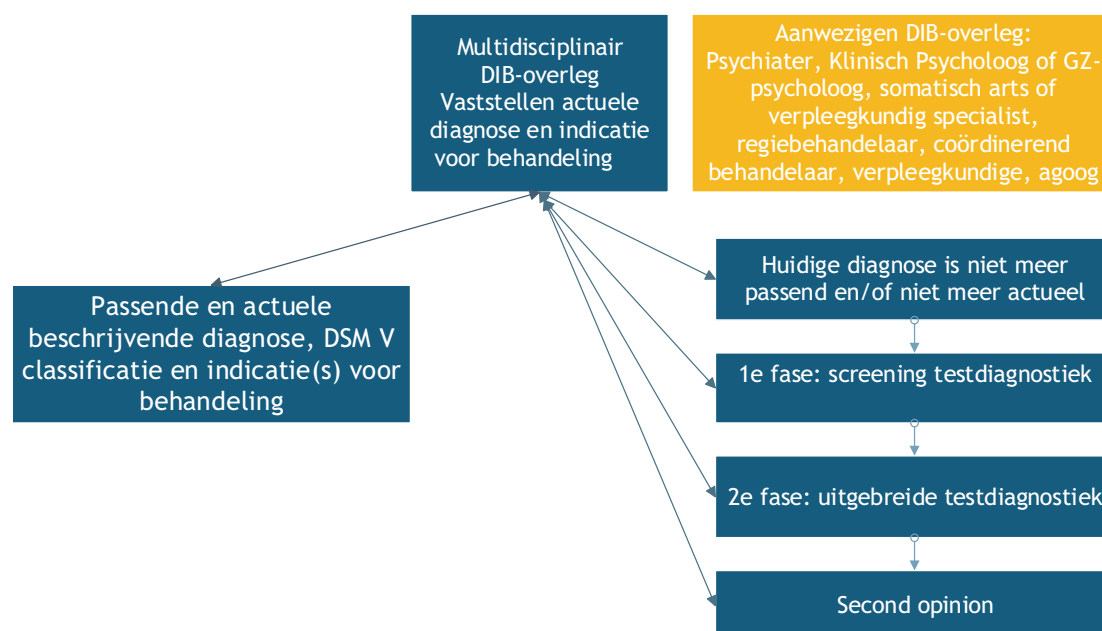
Aansluitend aan het psychiatrisch-, psychologisch- en somatisch onderzoek en verpleegkundige/agogische observatie vindt de multidisciplinaire beoordeling van de verschillende onderzoeken en observaties plaats in het zogenoemde DIB- (Diagnosticeren-Indiceren-Behandelen) overleg. Het DIB-overleg is een periodiek en gestructureerd overleg en onderzoekt of het primaire proces van de diagnostiek goed is verlopen en of de huidige diagnose nog actueel is.

De aanwezige disciplines zijn:

- psychiater
- KP/GZ-psycholoog
- regiebehandelaar
- coördinerend behandelaar
- somatisch arts/huisarts/verpleegkundig specialist
- verpleegkundige/agoog
- en eventueel: ervaringsdeskundige, psychotherapeut, maatschappelijk werker, vaktherapeut e.a.

De zorgprofessionals in het DIB-overleg werken op systematische en protocollaire wijze om patiënten te beoordelen en inconsistenties uit eerdere behandelingen te ondervangen. Iedere patiënt wordt als 'nieuw' beschouwd, ook al is de patiënt al vele jaren in zorg. De patiënt zelf is niet aanwezig om de zorgprofessionals de kans te geven om het met elkaar oneens te zijn over de beschrijvende diagnose. Hiervoor is vooraf toestemming van patiënt, naasten en/of wettelijk vertegenwoordigers gevraagd. Het doel van het DIB-overleg is het bereiken van consensus over de beschrijvende diagnose en indicatie voor behandeling. In het DIB-overleg wordt afgesproken wie de uitkomsten hiervan met de patiënt en diens naastbetrokkenen terugkoppelt en bespreekt.

Figuur 1: schematische voorstelling DIB-overleg.



De opbrengsten van het DIB-overleg zijn:

- beschrijvende diagnose
- indicatie voor behandeling
- ingevuld format '(her)diagnostiek' in het dossier
- DSM-classificatie

Het DIB-overleg is alleen bedoeld om een beschrijvende diagnose en indicatie voor behandeling vast te stellen. De tussen- en eind-evaluaties van de behandeling vinden plaats tijdens de reguliere behandelplanevaluatie. Indien nodig kan opnieuw een DIB-overleg geïnitieerd worden, wanneer er na behandeling alsnog een vraag is over diagnostiek en/of indicatie.

Beschrijvende diagnose

Eén van de opbrengsten uit het DIB-overleg is de beschrijvende diagnose. De beschrijvende diagnose omvat de meest recente psychiatrische diagnose(n) die geformuleerd wordt als een hypothese met betrekking tot oorzaak (etiologie) en gevolg. Tevens worden de factoren die de psychologische-, interpersoonlijke- en gedragsproblemen in stand houden beschreven. De beschrijvende diagnose moet eenduidig zijn in taal, uniform en conform het begripsniveau van de patiënt (dus in begrijpelijke taal). Daarbij is het van belang om de beschrijvende diagnose op te stellen vanuit het perspectief van de patiënt. Door bovenstaande in acht te nemen laat de zorgprofessional aan de patiënt zien dat hij de kernproblematiek heeft begrepen.

De beschrijvende diagnose is dynamisch. Dit vraagt een frequente evaluatie van de beschrijvende diagnose en eventuele aanpassingen. Immers: zowel de diagnose als de omstandigheden van de patiënt kunnen veranderen. Zonder evaluatie bestaat het risico dat niet actuele diagnoses vaak jarenlang in patiënten-dossiers blijven staan.

De beschrijvende diagnose bestaat uit:

1. Personalía: leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, wettelijke vertegenwoordiger, BOPZ-of justitiële titel.
2. Symptomen en problemen van de patiënt en hoe hij/zij deze zelf ervaart.
3. Uitlokkende stressoren of gebeurtenissen.
4. De hulpvraag van de patiënt.
5. Intelligentie- en emotioneel niveau.
6. Relevante levensgebeurtenissen en/of trauma's, maar ook beschermende factoren.
7. Sociale context: partner, familie, wonen, werk, dagbesteding et cetera.
8. Verslaving.
9. Somatische gesteldheid.
10. Positieve/krachtige factoren van de patiënt.
11. Werkhypothese die de bovengenoemde categorieën integreert naast een beschrijving van de beschermende factoren.
12. Behandeldoel.

Behandeling

Kenmerken van de behandeling volgens DITSMI® zijn:

- Streven naar maximaal herstel.
- Voortvarende behandeling.
- Richtlijnadherente behandeling
- Passende dagbesteding.
- Gestructureerde evaluatie.
- Samenspraak met en commitment van patiënt.
- 'Out of the box'.
- Zorg op maat.

De behandeling binnen DITSMI® bestaat eenvoudig gezegd uit farmacotherapie, therapeutische gesprekken en activering op diverse levensgebieden of een combinatie van deze drie¹⁶. Hiermee sluit de behandeling aan op de drievoudige etiologie van ernstige psychische aandoeningen: biologisch, psychologisch en psychosociaal (zie voor achtergronden: uitgangspunt 2, het bio-psychosociale model). Het streven is om maximaal herstel te bereiken. De behandeling vindt plaats conform de professionele richtlijnen en formularia voor farmacotherapie en psychologische behandeling. Er vindt gestructureerde evaluatie plaats, zodat voortgang in behandeling blijft bestaan. Indien een patiënt onvoldoende herstelt, dan kan in overleg met de patiënt de vervolgstap binnen de protocollaire behandeling worden ingezet. Ook kan de patiënt opnieuw aangemeld worden voor het DIB-overleg voor (eventuele) aanvullende diagnostiek of aanpassing van de indicatiestelling voor behandeling. Daarnaast is het bijna vanzelfsprekend dat niet alle patiënten binnen de geldende richtlijnen 'passen' en is er zorg op maat nodig en dient er in sommige gevallen out-of-the box te worden gedacht.

Farmacotherapie

Een van de pijlers van DITSMI® is farmacotherapie. Dat houdt in dat een patiënt het juiste middel gebruikt voor de gestelde indicatie, de werking wordt geëvalueerd en er aandacht is voor de bijwerkingen van het voorgeschreven middel.

Starten en instellen van medicatie

Voorafgaande aan het starten van farmacotherapie krijgt de patiënt psycho-educatie, waarbij besproken wordt hoe lang de instelfase duurt, wat de verwachte effecten en bijwerkingen kunnen zijn en hoe vaak er geëvalueerd wordt.

Algemene uitgangspunten voor goede farmacologische behandeling, zoals in het Formularium GGNet¹⁷ omschreven zijn:

- niet meer dan 4 psychofarmaca tegelijkertijd
- geen combinatie van 2 of meer antipsychotica (uitgezonderd op- en afbouwschema's)
- niet meer dan 2 benzodiazepines
- geen langdurig benzodiazepine gebruik (> 3 maanden)
- geen overschrijding maximale doseringen
- terughoudend met wijzigingen in een korte tijd: niet meer dan 3 mutaties van een middel uit dezelfde medicijngroep binnen 4 weken (uitgezonderd op- en afbouwschema's)
- strikte opvolging van de evaluatiemomenten

Bij het starten, afbouwen of medicatiewijzigingen vindt een wekelijkse medicatieafpraak plaats van gemiddeld 15 minuten met de patiënt, naastbetrokkene(n) en/of betrokken zorgprofessional(s) om de effecten en bijwerkingen van medicatie te evalueren. Dit overleg zorgt voor vroegtijdige signalering van medicatie-gerelateerde problemen en stelt de zorgprofessional in staat om snel in te grijpen met bijvoorbeeld aanvullende psycho-educatie en, indien nodig, wijziging van de medicatie.

Crisis

Zodra er sprake is van een psychiatrische crisissituatie wordt er doorgaans medicamenteus ingegrepen. In de praktijk betekent dit vaak dat de patiënt naast zijn huidige medicatie ook andere medicatie krijgt voorgeschreven. Dit is mogelijk een van de oorzaken van polyfarmacie. Daarom is het verstandig om in crisis-situaties, indien mogelijk, tijdelijk de dosering van reeds gebruikte medicatie te verhogen, om deze na de crisis weer af te bouwen.

Therapietrouw

Idealiter zijn patiënt en zorgprofessional het eens over de beschrijvende diagnose en de voorgestelde behandeling. In de praktijk blijkt echter dat de patiënt soms een ander ziekte-inzicht, -besef en -beleving heeft dan de zorgprofessional vermoedt.

Het is bekend dat terapietrouw bij patiënten met orale antipsychotica niet vanzelfsprekend is: 64% van de patiënten neemt de medicatie niet in zoals voorgeschreven²⁷. Goede psycho-educatie en ondersteuning tijdens de farmacotherapie is noodzakelijk, met name tijdens de startperiode en bij wijzigingen. Eigen regie met betrekking tot medicatiegebruik verhoogt de terapietrouw^{28-30,35}.

Wijzigen en afbouwen van medicatie

Binnen DITSMI® zijn er 5 hoofdredenen om medicatie te wijzigen of te stoppen:

1. Verandering van diagnose en indicatie.
2. Geen richtlijnconforme farmacotherapie.
3. Onvoldoende herstel op de huidige farmacotherapie
4. Bijwerkingen.
5. Herstel.

In veel gevallen reageren zorgprofessionals, maar ook de patiënt zelf en diens naastbetrokkenen, zeer terughoudend op het voorstel om medicatie af te bouwen of te wijzigen. Een voorwaarde voor een succesvolle afbouw of wijziging van medicatie is commitment van alle betrokkenen. Uit de praktijk blijkt dat zorgprofessionals soms nalaten de patiënt zelf te vragen wat hij wil. Zeker als de patiënt 'stabiel' is, stuit het aanpassen of afbouwen van medicatie vaak op bezwaren. Het feit dat een patiënt stabiel en rustig is, wil echter niet zeggen dat hij of zij hersteld is (in de betekenis van medisch herstel). Hoe langer de symptomen van een psychiatrische ziekte aanwezig zijn, hoe kleiner de kans op volledig herstel³¹. Om die reden geldt binnen DITSMI® een 'voortvarende' farmacotherapeutische behandeling.

Ter illustratie een schets van de farmacotherapeutische behandeling van een psychose volgens DITSMI®.

Patiënten die starten met een antipsychoticum krijgen vaak een lage dosering, om te voorkomen dat ze vanwege bijwerkingen vroegtijdig stoppen 'start low, go slow'. Bij deze strategie bestaat echter het risico dat er geen adequate behandeling van de psychose plaatsvindt en dat de kans op maximaal herstel vermindert. Binnen DITSMI® is de aanpak om, binnen de ruimte van de richtlijnen, de farmacotherapie voortvarender in te zetten. Zo onderscheiden we binnen DITSMI® 2 groepen antipsychotica: clozapine en 'de rest'¹³.

De farmacotherapeutische behandelstappen volgens het GGNet formulair bij een patiënt met een (eerste) psychose ziet als volgt uit:^{14,15}

Stap 1: Start met een 'potent' antipsychoticum uit de restgroep: haloperidol, olanzapine, zuclopentixol of risperidon. Start, afhankelijk van het toestandbeeld, met de helft van de maximale dosering. Evalueer het effect en de bijwerkingen wekelijks met de patiënt en zijn naastbetrokkenen.

Stap 2: Evalueer na 2 weken of de medicatie het gewenste effect heeft. Zo niet: verdubbel de dosering (dus tot de maximale dosering), uiteraard rekening houdend met de bijwerkingen. Bij extrapiramidale bijwerkingen is het advies de dosering van het antipsychoticum te verlagen. Immers: bij 70% receptorbezetting is het maximale antipsychotische effect bereikt en bij een hogere dosering krijgt de patiënt (meer) last van bijwerkingen. Bepaal de bloedspiegel op indicatie (bijvoorbeeld bij onvoldoende klinisch effect) om eventuele *rapid metabolizers* uit te sluiten.

Stap 3: Evalueer 4 weken na het starten of medicatie het gewenste effect heeft of niet. Stap bij onvoldoende effect of bij te veel bijwerkingen over naar een ander middel uit de 'restgroep'. Evalueer opnieuw na 2 en 4 weken zoals hierboven beschreven.

Stap 4: Evalueer opnieuw na 4 weken of het tweede middel van de 'restgroep' het gewenste effect heeft.

Stap 5: Bij onvoldoende effect: start clozapine volgens protocol.

De zorgprofessional kan overwegen bij craving bij ernstig middelengebruik direct te starten met clozapine.

Volgens dit stappenplan moet de patiënt in principe binnen 2 tot maximaal 16 weken adequaat ingesteld zijn op een antipsychoticum.

Therapeutic drug monitoring en farmacogenetica

Het bepalen van bloedspiegels (Therapeutic Drug Monitoring; TDM) is voor een aantal psychofarmaca klinisch relevant, kosten-effectief en zinvol. TDM kan leiden tot een objectieve beoordeling van therapietrouw, instelfase, interacties of (detecteren van) farmacogenetische afwijkingen.

TDM wordt vooral aanbevolen bij tricyclische antidepressiva (met name nortriptyline, imipramine en amitriptyline), clozapine, haloperidol, valproïnezuur, carbamazepine en lithium. Voor de overige middelen kan het op indicatie zinvol zijn³².

Naast de traditionele TDM is het ook mogelijk en relevant om genotyperingen op de diverse cytochroom (CYP) 450-systemen uit te voeren. Bijvoorbeeld bij onbegrepen uitslagen van TDM en om *slow en rapid metabolizers* uit te sluiten. De meerderheid van geneesmiddelen wordt afgebroken door CYP-enzymen. Voor psychofarmaca bestaan er 5 belangrijkste subenzymen: CYP3A4 (betrokken bij afbraak van circa 40-50% van alle geneesmiddelen), CYP2D6 (25-30%), CYP2C9 (5-10%), CYP2C19 (5-10%), en CYP1A2 (5%). Genetische polymorfismen spelen een rol in de farmacodynamiek en -kinetiek van geneesmiddelen en zijn van grote invloed op de werkzaamheid en bijwerkingen van geneesmiddelen³³.

Psychotherapie

Net als bij de farmacotherapie kan bij de psychologische behandeling verwezen worden naar de bestaande professionele richtlijnen en behandelprotocollen^{16, 34}.

Zodra er een psychologische grondslag is voor bepaalde symptomen en gedrag kan de patiënt na indicatiestelling volgens de vigerende richtlijnen en behandelprotocollen worden behandeld. De onderliggende psychologische oorzaak moet behandeld worden om te voorkomen dat er alleen sprake is van symptoombestrijding.

Bij patiënten met complexe problematiek bij wie sprake is van fors acting outgedrag, waar met name automutilatie of suïcidaal gedrag op de voorgrond staan, bestaat de neiging bij zorgprofessionals om over te gaan tot harm reduction. Dit betekent vaak het beperken van gezondheidsschade en symptoombestrijding door middel van medicatie en/of beheersen van gedrag, bijvoorbeeld door patiënten over te plaatsen naar een beschermde omgeving. In de praktijk kan dit betekenen dat er een juridische maatregel in de zin van een In Bewaring Stelling (IBS) of Rechterlijke Machtiging (RM) wordt ingezet.

Echter, ondanks het aanwezige toestandsbeeld is het belangrijk om ook psychologisch te gaan behandelen. De intensiteit ten aanzien van de frequentie en inhoud van de behandeling moet aansluiten op de draagkracht van de patiënt op dat moment. Het taalgebruik van de zorgprofessional moet aangepast worden op het begripsvermogen van de patiënt.

Dagbesteding

Zinvolle dagbesteding is een belangrijk aspect in het leven van mensen in het algemeen en niet minder voor patiënten met EPA. Het zorgt voor structuur, mogelijkheden tot (verdere) ontplooiing, ontmoeting, gevoel van eigenwaarde, zingeving en mogelijk een betere financiële situatie. In die zin is betekenisvolle dagbesteding binnen DITSMI® een belangrijke randvoorwaarde voor het herstelproces van de patiënt. Om die reden wordt gestreefd naar ten minste 10 dagdelen dagbesteding, tenzij de draagkracht van de patiënt niet toereikend is.

Belangrijk is om te onderzoeken wat de patiënt zelf graag zou willen doen en daarbij aan te sluiten. Dit kan dus variëren van een dagelijkse inloopmogelijkheid, kunstzinnig en -creatief bezig zijn, tuin- of productiewerk, vrijwilligerswerk tot arbeidsintegratie en betaald werk. Het therapie-aanbod binnen een GGZ-instelling kan een optie zijn, maar bij voorkeur wordt gezocht naar een normale (werk) omgeving buiten het terrein van de instelling.

Afspraken over de begeleiding, een passende context en verantwoordelijkheden van de patiënt worden in overleg gemaakt en indien nodig aangepast. In het oog moet worden gehouden dat dit ook een dynamisch proces is, waarbij voldoende uitdaging, het behoud en eventueel uitbreiden van verworvenheden van de patiënt leidend zijn: wat wil en kan de patiënt nog wel in plaats van het denken in beperkingen en onmogelijkheden.

Evaluatie

Meetinstrumenten

Maak bij het starten van de behandeling een keuze voor een of meer meetinstrumenten om het effect van de behandeling te evalueren. Bijvoorbeeld: Routine Outcome Monitoring (ROM), Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D) etc. Zorg voor gestructureerde vastlegging van metingen en neem de resultaten mee naar de behandelplanevaluatie.

Behandelplanevaluatie

De behandelplanevaluatie is een formele, uniforme en doelmatige bespreking. De behandelplanevaluatie is geen vrijblijvende bijeenkomst. De aanwezigheid is verplicht voor de patiënt, wettelijke vertegenwoordiger en vanuit de zorg betrokken disciplines. De frequentie varieert afhankelijk van het behandeldoel. Zo kan er bijvoorbeeld bij crisis wekelijks een behandelplanbespreking zijn. Bij het doel 'behandeling' is de gemiddelde frequentie 1x per 3 maanden en bij de 'stabilisatie' (langdurige verblijfsbehandeling) 1x per half jaar. Bij grote veranderingen, zoals ontslag, verandering van behandeldoel dient er op indicatie een (extra) behandelplanbespreking te worden afgesproken.

Doel

1. De evaluatie van de behandeling van de patiënt is een gezamenlijk overleg met de patiënt, in plaats van dat de patiënt als toehoorder aanwezig is en er over hem of haar gesproken en beslist wordt.
2. Verhelderen en aansluiten bij de daadwerkelijke hulpvraag van de patiënt.
3. Bespreken van huidige stand van zaken: hoe is het in de afgelopen periode gegaan met de patiënt en hoe verder. Bespreekpunten zijn hierbij:
 - De levensdomeinen:
 - psychiatrische klachten en symptomen
 - somatische klachten en symptomen
 - verslaving
 - dagbesteding/werk/opleiding
 - wonen/verblijf/ADL
 - financiën
 - sociaal netwerk/familie/betrokken instanties
 - Ervaring met de behandeling.
 - Familiekaart (waarin afspraken met familie, wettelijke vertegenwoordiger en/of contactpersoon zijn vastgelegd in het dossier).
 - Mate van suïcidaliteit.
 - Juridische status.
 - Risicobeleid.
 - Routine Outcome Monitoring (ROM).

4. Doelstellingen van het actuele behandelplan gestructureerd evalueren.
5. Zo nodig aanpassen van de huidige behandelgoal(en).
6. Akkoord en commitment vragen voor de gemaakte afspraken met de patiënt, naasten, wettelijke vertegenwoordiger(s) en aanwezige zorgdisciplines.

Omwillen van de tijd kan er, indien er vragen zijn en/of verduidelijking nodig is, per discipline een aparte vervolgspraak worden gemaakt. Bijvoorbeeld rondom het aanvragen van een wettelijke vertegenwoordiger, medicatiewijzigingen, et cetera.

Attitude tijdens behandelplanevaluatie

De uitgangspunten en attitude tijdens de behandelplanevaluatie zijn:

- Time management: korte en een zakelijke bijeenkomst.
- Bejegening van de patiënt en van andere aanwezigen is formeel en respectvol. De bejegening draagt bij aan de beheersing van emoties, zodat er een doelmatige evaluatie van de behandeling kan plaatsvinden.
- De bespreking vindt plaats volgens een vast format (zie doel behandelplanbespreking).
- Duidelijk en concreet.
- Motiverend in de geest van de positieve psychiatrie en met behulp van motiverende gesprekstechnieken. Kijken naar mogelijkheden in plaats van onmogelijkheden.
- Aansluiten bij de patiënt: dat wil zeggen passend bij het intelligentie- en emotioneel niveau van dat moment.
- Regie bij patiënt: dat wil zeggen rekening houdend met de wensen van de patiënt.

Aanwezigen

Aanwezigen bij de behandelplanevaluatie zijn:

- patiënt
- wettelijke vertegenwoordiger (curator, mentor, bewindvoerder)
- familie en naasten, bij voorkeur een afvaardiging
- psychiater
- KP/GZ-psycholoog
- regiebehandelaar
- coördinerend behandelaar
- somatisch arts/huisarts/verpleegkundig specialist
- verpleegkundige/agoog
- maatschappelijk werker
- afvaardiging ambulante behandelaar(s)
- en op indicatie: ervaringsdeskundige, opname/doorstroom coördinator, psychotherapeut, vaktherapeut, woonbegeleider, e.a.

Belangrijk is dat ieder zich houdt aan de regels en de gemaakte afspraken.

1. De coördinerend behandelaar (CB) draagt zorg voor de organisatie van de behandelplanevaluatie.
2. De benoeming van de voorzitter van de reeks evaluaties vindt voorafgaand aan de eerste behandelplanevaluatie plaats. De voorzitter is verantwoordelijk voor het timemanagement en werkt doelmatig en formeel.
3. Iedere deelnemer bereidt de behandelplanevaluatie voor.
4. Bij afwezigheid van een van de deelnemers, zorgt deze voor schriftelijke of mondelinge overdracht naar de CB-er, zodat van alle disciplines de noodzakelijke inbreng voorhanden is.
5. De regiebehandelaar is eindverantwoordelijk voor zijn deel van de behandeling. De psychiater is eindverantwoordelijk voor het medisch-psychiatrische beleid.
6. Iedere discipline volgt het vastgestelde beleid en houdt zich aan de behandeldoelen die vastgesteld zijn in de behandelplanevaluatie, informeert eigen collega's en legt behandelafspraken vast in het elektronisch patiëntendossier.
7. De CB-er is verantwoordelijk voor het informeren van alle relevante partijen die niet aanwezig waren (in enkele gevallen de patiënt en/of wettelijke vertegenwoordiger(s), de ambulante behandelaar en/of de huisarts).

Fundamenten DITSMI®

DITSMI® is niet anders dan richtlijnconforme behandeling van patiënten met EPA. Maar welke onderliggende factoren zorgen mede voor de slagingskans van deze behandeling? Patiënten behandelen volgens DITSMI® vraagt allereerst om een attitudeverandering. Het is nodig dat zorgprofessionals anders naar patiënten en de behandelpraktijk gaan kijken dan ze mogelijk gewend waren.

Werken volgens DITSMI® is gebaseerd op 6 uitgangspunten:

1. Psychiatrische patiënten worden behandeld met herstel als doel.
2. Biopsychosociale model.
3. Aansluiten bij het niveau van de patiënt.
4. Betrokkenheid van familie, naasten en wettelijke vertegenwoordigers.
5. Risico(vol) beleid.
6. Zorgafstemmingsgesprek (ZAG).

Uitgangspunt 1: Psychiatrische patiënten worden behandeld met herstel als doel

Patiënt versus cliënt

Zorgprofessionals binnen de GGZ spreken tegenwoordig vaak van cliënten in plaats van patiënten.

Cliënt of patiënt?

In de Van Dale (2015) staat: cli-ënt (de; m,v; meervoud: cliënten):

(1) Iemand die wordt geholpen, bv. door een advocaat, een welzijnsinstelling. (2) Klant.

Dat staat tegenover: pa-ti-ënt (de; m meervoud: patiënten), pa-tiën-te, (de; v; meervoud: patiëntes, patiënten): Zieke; die onder behandeling is.

Het gebruik van de term cliënt komt ten dele van patiënten zelf, patiëntenorganisaties en niet-medische beroepsgroepen, met als doel stigmatisering tegen te gaan. Verder heerst de gedachte dat door het gebruik van de term 'cliënt' een betere therapeutische relatie kan ontstaan en wordt het beeld gecreëerd van iemand die zelf kan kiezen welke zorg hij aanvaardt. Kort gezegd is een cliënt iemand die hulp zoekt voor zijn problemen en een patiënt iemand die in behandeling komt om van zijn ziekte te genezen. Binnen DITSMI® is bewust gekozen om de term patiënt te hanteren. Het dekt de lading en klopt met de verwachtingen van de patiënt, familie en de zorgprofessionals. De patiënt heeft immers een ziekte, waarvan hij wil genezen. Indien het niet duidelijk is waarom een patiënt is opgenomen of in behandeling is, dan is het aan de zorgprofessional om te onderzoeken wat de daadwerkelijke hulpvraag van de patiënt is, zodat diagnostiek, indicatiestelling en de behandeling volgens de vigerende richtlijnen kan plaatsvinden.

Behandelen versus verblijf

Wonen zonder behandeling binnen de GGZ is in principe niet wenselijk. Zo zou men woon- en verblijfsafdelingen kunnen hernoemen naar bijvoorbeeld Intensieve Vervolgbehandeling (IVB). Patiënten die binnen de IVB worden behandeld, mogen verwachten dat de zorgprofessionals hun uiterste best doen maximaal herstel te bereiken en tegelijkertijd en/of aansluitend te onderzoeken of er op andere levensgebieden (sociaal en maatschappelijk) voortuitgang is te behalen.

Daarnaast is er een kleine groep patiënten die gebaat is bij - en mogelijk het recht heeft op - zichzelf terugtrekken uit de maatschappij. Het lijkt wenselijk dat de GGZ-instelling een plek voor deze mensen biedt. Het stabiel houden van patiënten met EPA waarbij met name sprake is van (zeer ernstige) gedragsproblemen valt binnen DITSMI® onder de noemer van behandelen. Het vergt immers veel inspanning van zorgprofessionals om hiermee om te kunnen gaan en samen met de patiënt te werken aan behandeldoelen. Door het stabiel houden van deze patiënten te labelen als behandeling, ontstaat een blijvende opmerkzaamheid voor mogelijkheden en om aspecten in het leven van de patiënt of diens naasten te verbeteren.

Herstelgerichte zorg

Herstelgerichte zorg verwijst naar het persoonlijke proces van patiënten met EPA, waarbij zij naast de behandeling van hun ziekte ook proberen betekenis te geven aan, en doelen te ontwikkelen in, hun leven, ondanks de schade door de ziekte zelf en/of door de bijwerkingen van gebruikte medicatie. Het woord 'herstel' betekent in de psychiatrie dus iets anders dan in de somatische zorg. Het gaat over de manier waarop de patiënt met zijn psychische kwetsbaarheid omgaat en welke plek dat heeft in zijn leven. Hierdoor bestaat het risico dat men vergeet om daadwerkelijk te behandelen in de medische betekenis van het woord.

DITSMI® onderscheidt vier aspecten van 'herstel'. De patiënt is immers niet de psychiatrische stoornis. De aspecten zijn niet chronologisch gerangschikt maar lopen door elkaar heen.

1. Herstel van psychische ziekte. Zie hoofdstuk Behandeling.
2. Herstel van somatische aandoeningen. Zie hoofdstuk Somatisch onderzoek.
3. Herstel van identiteit.

Empowerment is een Engelse term die veel gebruikt wordt in de herstelgerichte zorg en betekent letterlijk: iemand of jezelf tot iets in staat stellen. Hiermee wordt bedoeld dat een patiënt zoveel mogelijk autonomie neemt - maar ook ontvangt - om zelf (weer) regie te nemen over zijn eigen leven en lichaam om zo de door hem gewenste veranderingen te realiseren. Patiënten moeten namelijk hun eigen identiteit gaan ontwikkelen of versterken, waarbij zij leren dat er een onderscheid is tussen henzelf en de omgeving waarin zij zich begeven. Zij ontdekken dat ze een persoon zijn met eigen gedachten en gevoelens. Dit proces maakt onderdeel uit van het ontwikkelen van een eigen identiteit waarbij de psychische aandoening een onderdeel in het leven is. Wie ben ik? Patiënten moeten letterlijk en figuurlijk weer in de spiegel kijken en onderkennen: dit ben ik. Of: *This is me*.

Patiënten zullen dan langzaam en zeker weer een eigen wil gaan ontwikkelen en merken dat zij zelf dingen mogen beslissen en kunnen ondernemen. Hierbij rekening houdend met het intelligentie- en emotionele niveau met betrekking tot bejegening en met name ten aanzien van vrijheid en begrenzing. Afhankelijk van de ontwikkelingsfase is er aandacht voor gevoelens en gedachten van anderen en het ontwikkelen van inlevingsvermogen bij de patiënt. Een betrouwbare, lerende en empathische (behandel)omgeving is hierbij noodzakelijk. De patiënt moet zich veilig voelen en merken dat hij ertoe doet, ook op momenten dat het niet goed gaat, om op deze manier een positief zelfbeeld te kunnen ontwikkelen en geleidelijk zelfstandiger te gaan functioneren. Hierbij gaat het met name om het terugkrijgen van autonomie en regie nemen over het eigen leven.

4. Herstel van maatschappelijke en sociale rollen

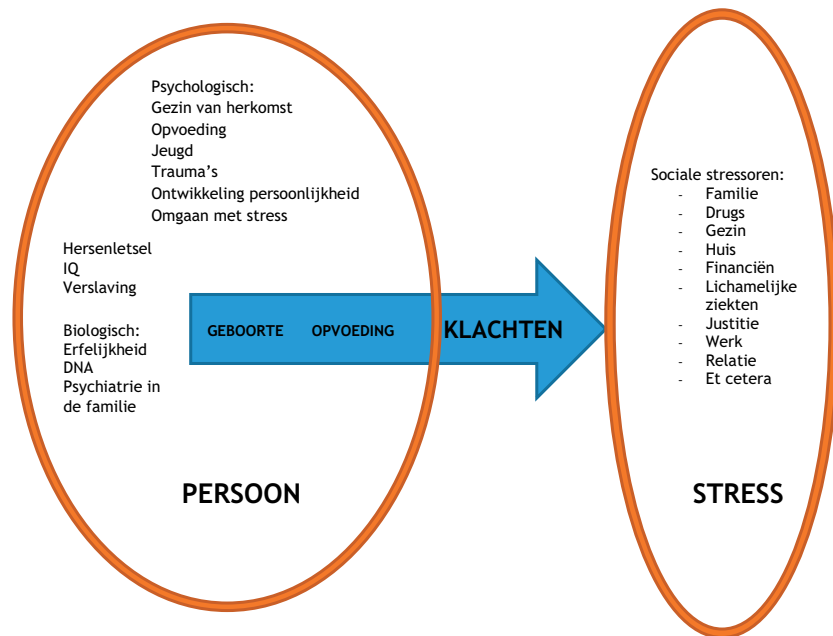
Binnen DITSMI® is er veel aandacht voor de maatschappelijke en sociale rol(len) die de patiënt heeft bij intake, om te voorkomen dat hij bestaande rollen gaat opgeven en kwijtraken. Anderszins is het waardevol om te kijken of iemand oude rollen uit het verleden weer kan en zou willen oppakken. Bij langdurig opgenomen patiënten is dit complex. Een aantal levensdomeinen die onderzocht moeten worden, zijn: psychiatrische klachten/symptomen, somatische klachten/symptomen, verslaving, dagbesteding/werk/opleiding, wonen/verblijf/ADL, financiën en sociaal netwerk/familie/betrokken instanties. De vraag is of men weer moet toewerken naar het innemen van de oude rollen of dat de rollen moeten worden aangepast aan de nieuw verkregen identiteit.

Uitgangspunt 2: Biopsychosociale model

De primaire psychiatrische diagnostiek binnen DITSMI® is gebaseerd op het hierna beschreven biopsychosociale model en gaat uit van de volgende formule:

Klachten = Persoon x Stress.

Figuur 2: biopsychosociale model.



De standaardvraag die een zorgprofessional zich gedurende het intakegesprek moet afvragen is: *'Wat maakt nu dat deze patiënt, nu op dit moment bij mij op het spreekuur komt?'* Aan de hand van het biopsychosociale model voert de zorgprofessional in aanwezigheid van patiënt, de wettelijke vertegenwoordiger, familie en naasten zowel de anamnese als de hetero-anamnese uit. Ook geeft hij psycho-educatie. Vanzelfsprekend worden de huidige klachten uitgevraagd.

Daarna vraagt de zorgprofessional de volgende aspecten uit:

- biologische kwetsbaarheid
- verslaving, Niet Aangeboren Hersenletsel (NAH) en IQ
- psychologische kwetsbaarheid
- stressoren

Biologische kwetsbaarheid

Het uitvragen van mogelijke erfelijke factoren kan door de vraag te stellen of er familieleden zijn die ook bij een psychiater of psycholoog komen en/of voor psychische klachten in behandeling zijn geweest. *'Zijn er familieleden die net als u zwaarmoedig of depressief zijn? Weet u toevallig ook of ze in behandeling zijn geweest en welke behandeling zij hebben gehad? Weet u misschien welke medicatie ze hebben gebruikt?'* Wanneer bekend is dat een familielid^{26,27} goed heeft gereageerd op een bepaald middel, kan het betreffende middel de voorkeur hebben bij deze patiënt.

Verslaving, Niet Aangeboren Hersenletsel (NAH) en IQ

Mensen met (een niet aangeboren) hersenletsel hebben een zekere kwetsbaarheid om een psychiatrische ziekte te krijgen. *'Kunt u zich herinneren of u ooit een keer een ongeluk of een harde klap op uw hoofd heeft gehad en toen buiten bewustzijn bent geweest? Weet u hoe de bevalling bij uw geboorte is verlopen en of er mogelijk sprake is geweest van zuurstofgebrek?'* Een indruk van het IQ kan worden verkregen door het stellen van eenvoudige vragen. *'Wat voor werk doet u momenteel? Welke opleiding(en) heeft u genoten?'*

Psychologische kwetsbaarheid

Belangrijk is om kort uit te vragen hoe de jeugd is verlopen. *'Uit wat voor soort gezin komt u? Heeft u een plezierige jeugd gehad? Heeft u nare dingen meegemaakt (trauma's, seksueel misbruik)? Bent u in uw leven gepest?'* Het antwoord op deze vragen kan inzicht geven in de ontwikkeling van de persoonlijkheid en hoe de patiënt omgaat met stress en spanning. *'Zijn er spanningen in uw omgeving op dit moment? Wat zijn voor u stressfactoren? Bent u tevreden over hoe uw leven nu verloopt? Bent u gelukkig in uw relatie, bent u tevreden over uw werk? Is er sprake van schulden? U heeft geen problemen met drugs of alcohol? Bent u ooit in aanraking geweest met justitie?'*

Stressoren en beschermende factoren

Er zijn verschillende psychosociale factoren die stress kunnen opleveren. Echter, deze factoren kunnen omgekeerd evenredig ook juist beschermend zijn, zoals familie die kan helpen bij financiële problemen. Zie hiervoor ook het schema.

Klachten = Persoon x Stress

Ieder mens heeft als persoon een bepaalde draagkracht, draaglast en een kwetsbaarheid voor het ontwikkelen van een psychiatrische ziekte. Deze kwetsbaarheid in de persoon wordt bepaald door biologische factoren en door psychologische factoren. De ene mens kan immers beter tegen stress dan de ander. In sommige gevallen leiden psychosociale factoren tot een hoeveelheid spanning en stress, waardoor iemand psychiatrische symptomen kan ontwikkelen. Hieronder staat dat in een aantal schema's toegelicht.

Als de invloed van de factor 'kwetsbaarheid van de persoon' groter wordt, dan kan bij gelijkblijvende stress iemand klachten ontwikkelen.

$$\uparrow \text{ Persoon} \times \text{Stress} = \uparrow \text{ Klachten/Symptomen}$$

Hetzelfde geldt als de factor 'kwetsbaarheid van de persoon' gelijk blijft, maar iemand meer stress ervaart.

$$\text{Persoon} \times \uparrow \text{ Stress} = \uparrow \text{ Klachten/Symptomen}$$

Omgekeerd geldt ook: als iemand als persoon sterker is geworden door medicatie en/of psychotherapie, dan zal hij dus meer stress aankunnen en zullen de klachten verdwijnen. Hetzelfde geldt voor stressoren in de omgeving. Wanneer deze minder worden bij gelijkblijvende 'kwetsbaarheid van de persoon', dan zullen de klachten verminderen.

Het hierboven beschreven biopsychosociale model staat centraal binnen DITSMI®. De centrale vraag is: *'Wat heeft u? Wat maakt dat u deze klachten nu heeft? En wat kunt u eraan doen?'*. Als voorbeeld in het gesprek met de patiënt: *'Stel dat u depressief bent, omdat u niet tevreden bent over uw werk. U kunt naar de psychiater gaan en deze kan u medicatie voorschrijven volgens protocol, zodat het u lukt om uw werk op te pakken. U kunt psychotherapie krijgen van een psycholoog en handvatten krijgen hoe om te gaan met uw baas. Een derde optie is om ander werk te zoeken'*. Hoewel de eerste twee opties vaak nagestreefd worden, wordt de laatste en meest eenvoudige oplossing zelden voorgesteld.

Het principe achter het biopsychosociale model is, dat na het uitvragen van de kwetsbaarheden van de patiënt en na het geven van psycho-educatie, in een zakelijk overleg met de patiënt en diens naasten alle mogelijke behandelopties worden voorgelegd. De gekozen behandeling wordt vervolgens uitgevoerd en geëvalueerd.

Bepaalde ernstige psychiatrische ziekten zijn biologisch van aard en dienen medicamenteus te worden behandeld. Dit geldt voor psychose, manie en soms depressie en angst. Deze laatste twee kunnen ook psychologisch (al dan niet in combinatie met medicatie) worden behandeld. Belangrijk bij elke psychiatrische ziekte is om de stress en spanning in de omgeving te laten afnemen en zo laag mogelijk te houden. Van belang is daarom om direct een inschatting te maken van waar de kwetsbaarheid voor een psychiatrische ziekte vandaan komt. Zo is het voor te stellen dat iemand met autisme, een verstandelijke beperking of hersenletsel het bij ernstige spanning even niet meer ziet zitten, in de war raakt en dan voldoet aan de criteria van een psychose. In die gevallen zou de behandeling moeten bestaan uit het verminderen van de stressoren door het voeren van korte gesprekken en, in uiterste nood, door tijdelijk medicatie te geven.

Uitgangspunt 3: Aansluiten bij het niveau van de patiënt

Aansluiten bij het niveau van denken en het werken met ontwikkelingsleeftijden is een algemeen goed in het verlenen van zorg aan mensen met een verstandelijke beperking. De zorgprofessional moet aansluiten bij het begripsvermogen van de patiënt³⁶. Dit is voorwaardelijk in het bewerkstelligen van een goede behandelrelatie. IQ-getallen zijn duidelijk en concreet, maar het denk-, emotionele- en ontwikkelingsniveau spreekt meer tot de verbeelding bij zorgprofessionals in de GGZ. Een volwassene die op een bepaald ontwikkelingsniveau/leeftijd functioneert, laat vaak ander gedrag zien dan een kind van eenzelfde niveau/leeftijd. Er is veel voor te zeggen om het niveau van denken zoals zorgprofessionals bij mensen met een verstandelijke beperking dat hanteren, ook binnen de GGZ toe te passen.

40% van de patiënten in de reguliere GGZ heeft mogelijk een aangeboren (licht) verstandelijke beperking³⁷. Ook is er een groep patiënten bij wie er sprake lijkt van een verworven verstandelijke en cognitieve beperking door middelen- en/of medicatiegebruik, of door de psychiatrische ziekte zelf. Daarnaast kan een (dreigende) decompensatie het denkniveau tijdelijk verlagen. Zo kan een hoog intelligente persoon met een ernstige depressie en/of psychose op het denkniveau van een 2-jarige functioneren door bijvoorbeeld ernstige concentratieproblemen en/of desorganisatie in zijn hoofd. De zorgprofessional moet patiënten wel altijd op een volwassen manier aanspreken.

Het kunnen observeren en aanvoelen van het ontwikkelingsniveau is een kunst op zich. Sommige zorgprofessionals voelen dit feilloos aan, terwijl anderen hier veel moeite mee hebben. Tijdens de intake wordt daarom standaard gevraagd wat iemand in het dagelijkse leven doet en welke opleiding iemand heeft genoten. Daarnaast zijn er de diverse screeningsinstrumenten, waaronder een Screener voor Intelligentie en Licht verstandelijke beperking (SCIL³⁸). Meer uitgebreid onderzoek kan uitgevoerd worden aan de hand van de WAIS-III. Voor het bepalen van het sociaal-emotionele ontwikkelingsniveau is er de SEO-R-Kleur³⁹ methode.

Uitgangspunt 4: Betrokkenheid van familie, naasten en wettelijke vertegenwoordigers

Familie, naasten en wettelijke vertegenwoordigers spelen een cruciale rol in de behandeling van de patiënt met EPA⁴⁰. Ten eerste is hun inbreng belangrijk bij de uitvoering van de diagnostiek. Ten tweede voelen patiënten met EPA zich vaak eenzaam. Als laatste is het van belang dat derden kritisch meekijken met de behandeling door de zorgprofessional om de patiënt te ondersteunen en zijn belangen mede te behartigen.

De zorgprofessional zal de patiënt motiveren om oude relaties te herstellen (indien dat mogelijk is), bestaande relaties te onderhouden en te verbeteren. Voor de zorgprofessional is het wenselijk om tot een zo goed mogelijke samenwerking met naastbetrokkenen van de patiënt te komen. De onderling gemaakte afspraken met de naastbetrokkenen moeten worden vastgelegd in het patiëntdossier en gedurende elke behandelplanevaluatie worden besproken. Het doel is na te gaan of deze afspraken nog geldend zijn of aangepast dienen te worden.

Iedere patiënt die opgenomen is binnen een klinische afdeling of beschermd wonen heeft een curator, bewindvoerder en/of een mentor (tenzij). Het is immers niet voor niets dat iemand niet in staat is om voor zichzelf te zorgen. Er is sprake van een probleem op een of meerdere levensgebieden op het moment van indicatiestelling. Daarnaast is de patiënt door zijn ziekte, cognitief functioneren, IQ en/of emotionele quotiënt (tijdelijk) niet in staat om voor zichzelf op te komen en/of voor zichzelf te kunnen zorgen. Indien er geen geschikte of bereikbare familieleden bereid zijn om de belangen van patiënt mede te behartigen, dan dient de situatie van patiënt altijd aan de rechtbank te worden voorgelegd om een curator, mentor en/of een bewindvoerder aan te stellen.

Uitgangspunt 5: Risico(vol) beleid

Binnen DITSMI® is het streven dat de patiënt zijn eigen verantwoordelijkheid en de regie op zijn leven oppakt en ook terugkrijgt. Daarom hanteren we bij sommige patiënten het zogenaamde risicobeleid⁴¹. Risicobeleid houdt in dat de zorgprofessionals in overleg met de patiënt, diens wettelijke vertegenwoordiger, familie en naasten bij dreigende crisis, suïcidaliteit en automutilatie bewust niet kiezen voor een beheersmatige en maximale beschermende behandelcontext, tenzij het bewustzijn terdege wordt beïnvloed door een psychiatrisch toestandsbeeld in engere zin. Er wordt aanspraak gedaan op de eigen verantwoordelijkheid en autonomie van de individuele patiënt. Bij uitvoering van dit risicobeleid gelden de volgende zorgvuldigheidseisen:

- Er moet een vaste hoofdbehandelaar zijn.
- Er moet sprake zijn van een goede therapeutische relatie.
- Er moet een open communicatie zijn met de patiënt over de behandeling en de gevaren die eraan verbonden zijn.
- Er moet een open communicatie zijn met wettelijk vertegenwoordiger, familie en/of naasten over de behandeling en de gevaren die eraan verbonden zijn.
- Er moet indien patiënt is opgenomen een open communicatie zijn met alle betrokken zorgprofessionals over de behandeling en de gevaren die aan de behandeling verbonden zijn.
- Bovengenoemde dient te worden geborgd in het behandelplan en opgenomen in het elektronisch patiëntendossier.
- Risicobeleid dient tijdens elke behandelplanevaluatie geëvalueerd of aangepast te worden.
- Er moet commitment zijn over het risicobeleid van alle bovengenoemde partijen. Dit moet geborgd zijn in het patiënten-dossier. Indien een van de partijen niet meer achter het afgesproken beleid staat en/of het toestandsbeeld van de patiënt verandert, dan dient men over te gaan tot het garanderen van de fysieke veiligheid van de patiënt.

Uitgangspunt 6: Zorgafstemmingsgesprek (ZAG)

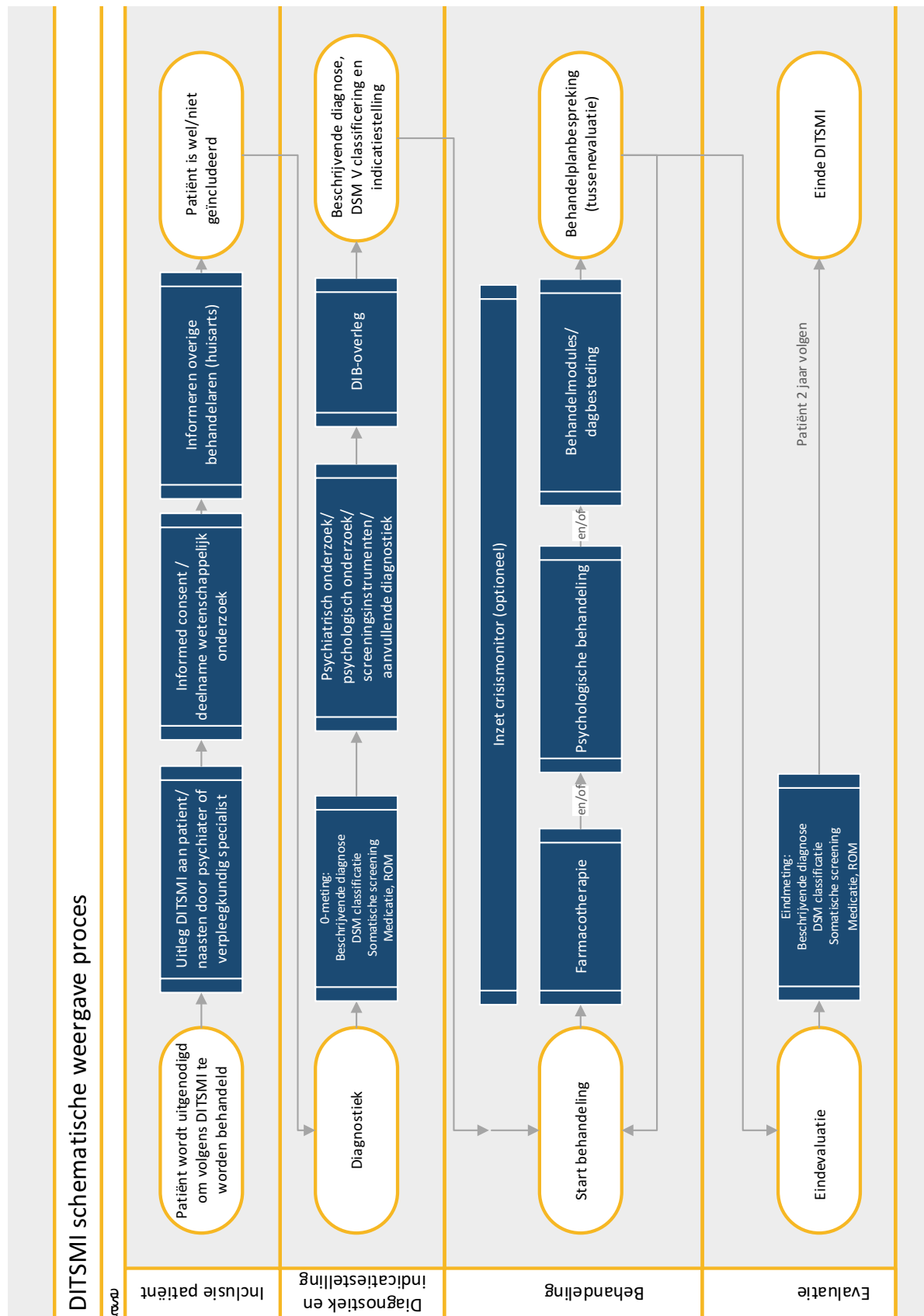
Het Zorgafstemmingsgesprek (ZAG) is een werkwijze die veelal wordt ingezet bij opname en ontslag binnen het acute opname circuit. Het lijkt wenselijk dat ZAG veel breder wordt ingezet, namelijk voor alle transities van het ene naar het andere behandelteam, dus ook overplaatsingen tussen de klinieken en tijdens het wisselen van het ene ambulante team naar het andere ambulante team.

Het doel van een ZAG is een goede afstemming en samenwerking tussen alle betrokken partijen, ten behoeve van een optimale opeenvolging van zorg. Betrokken partijen zijn de patiënt, de verschillende ambulante- en/of de klinische zorgprofessionals en eventuele andere betrokkenen, zoals de huisarts en de medisch specialist, maar ook de wettelijke vertegenwoordigers, familie en naasten. Tijdens het ZAG wordt besproken wie welke taken en verantwoordelijkheden heeft. Het ambulante behandelbeleid is hierin leidend; de klinische interventies passen binnen het beleid van de ambulante behandeling. Het doel van het ZAG is de hulpvraag van de patiënt duidelijk krijgen. De patiënt wordt expliciet uitgenodigd, en waar nodig ondersteund, om zijn hulpvraag, wensen en doelen te delen. Het is van groot belang dat de patiënt zijn verhaal kan doen, kan aangeven wat kan helpen, hoe hij bezig is met herstel en hoe hij daar in de komende periode verder aan wil werken.

Het inhoudelijke doel betreft het kwalitatief bevorderen van het verloop van de behandeling, waarbij gestreefd wordt naar optimale afstemming en creëren van duidelijkheid over de inhoud en verwachting van de interventies. Het andere doel van een ZAG is, met name ten aanzien van een klinische interventie om in een vroeg stadium de ontslagdatum of duur van de behandeling te bepalen. Het is essentieel voor een goede coördinatie en continuïteit van zorg dat dit al in het (eerste) ZAG gebeurt en daarna in de eventuele behandelplanbesprekingen waar ZAG geïntegreerd kan zijn. Bijvoorbeeld wanneer ambulante zorgprofessionals aansluiten bij klinische behandelplanevaluaties.

Bijlage 1

Schematische voorstelling DITSMI®



Bijlage 2

Overzicht implementatiematerialen DITSMI®

Het implementatiepakket DITSMI® bestaat naast de beschrijving van het model uit onderstaande materialen. Tenzij anders vermeld zijn de materialen gratis te downloaden van de website van het IVM (www.medicijngebruik.nl).

- Klinische les voor het team inclusief draaiboek. Het verdient aanbeveling deze klinische les te combineren met de (betaalde) e-learningcursus [Medicijngroepen GGZ 1-algemeen](#) van het IVM.
- Patiëntenfolder om patiënten en hun naasten te informeren over DITSMI®.
- Film met de ervaringen van een patiënt die behandeld is volgens DITSMI®.
- Op aanvraag zijn daarnaast een model voor somatische screening en crisismonitor beschikbaar. Neem hiervoor contact op met GGNet (via a.vanderveen@ggnet.nl).

Referenties

1. Delespaul PAEG, en de consensusgroep epa. Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (epa) en hun aantal in Nederland. Tijdschrift voor psychiatrie 55 (2013) 6, 427-438.
2. van Veldhuizen R, Delespaul P, Kroon H, Mulder N. Flexible ACT & Resource-group ACT: Different Working Procedures. Which Can Supplement and Strengthen Each Other. A Response. Clin Pract Epidemiol Mental Health. 2015 Feb 27; 11:12-5.
3. Huang HCH, Taylor M, Carmichael A. The outcomes of home treatment for schizophrenia, BJPsych Bull. 2018 Aug 6:1-5. doi: 10.1192/bjb.2018.56. [Epub ahead of print].
4. Van Mierlo T, Van Der Meer L, Voskes Y, Berkvens B, Stavenuiter B, Van Weeghel J. De kunst van ART. Werkboek Active Recovery Triad, De Tijdstroom Uitgeverij, Utrecht 2016.
5. Ambulantisering in de regio Twente en de achterhoek. Visiedocument en ontwikkelagenda voor mensen met ernstig psychiatrische aandoeningen. Trimbos, 2015.
6. Lochmann MHW Van Bennekom H, Gijsman, HJ, Zitman FG. Evidence-based farmacotherapie bij een eerste psychose: preventie polyfarmacie en medicatieontrouw. TVP 2008, 50, Supp, 45-46.
7. Schorr, S. G., Loonen, A. J. M., Brouwers, J. R. B. J. & Taxis, K. Mar: A cross-sectional study of prescribing patterns in chronic psychiatric patients living in sheltered housing facilities International Journal of clinical Pharmacology and Therapeutics. -2008 46, 3, p. 146-150 5 p.
8. Fleischhacker WW, Uchida H. Critical review of antipsychotic polypharmacy in the treatment of schizophrenia. International Journal of Neuropsychopharmacology. 2014 Jul;17(7):1083-93. doi: 10.1017/S1461145712000399. Epub 2012 May 2.
9. Tihonen J Soukas, JT, Suvisaari JM, Haukka J & Korhonen P. Polypharmacy with Antipsychotics Antidepressants or Benzodiazepines and Mortality in Schizophrenia. Archives General Psychiatry, 2012, 69, 5, 476-483.
10. Sterrenburg-van de Nieuwegiessen, C.M., Loonen, A.J.M., Bakker, J.B., 2000, Polyfarmacie en irrationele combinaties van psychofarmaca bij verblijfspatiënten in het APZ: kunstfout of onvermijdelijk? Tijdschrift voor Psychiatrie, jaargang 42, nr. 8, pp 565-574.
11. Soukas, JT, Suvisaari JM, Haukka, J, Korhonen P & Tihonen J. Description of long term polypharmacy among schizophrenia outpatients. Social psychiatry and psychiatric Epidemiology, 2013, 48, 631-638.
12. Hatta K, Sugiyama N, Ito H. Switching and augmentation strategies for antipsychotic medications in acute-phase schizophrenia: latest evidence and place in therapy. Ther Adv Psychopharmacol. 2018 Jun;8(6):173-183. doi: 10.1177/2045125318754472. Epub 2018 Jan 29. Review.
13. Thien K, O'Donoghue B. Delays and barriers to the commencement of clozapine in eligible people with a psychotic disorder: A literature review. Early Interv Psychiatry. 2018 Jul 9. doi: 10.1111/eip.12683. [Epub ahead of print] Review.
14. Pringsheim T, Kelly M, Urness D, Teehan M, Ismail Z, Gardner D. Physical Health and Drug Safety in Individuals with Schizophrenia. Can J Psychiatry. 2017 Sep;62(9):673-683. doi: 10.1177/0706743717719898. Epub 2017 Jul 18. Review.
15. Takeuchi H, Kantor N, Uchida H, Suzuki T, Remington G. Immediate vs Gradual Discontinuation in Antipsychotic Switching: A Systematic Review and Meta-analysis. Schizophr Bull. 2017 Jul 1;43(4):862-871. doi: 10.1093/schbul/sbw171. Review.
16. <http://www.GGZrichtlijnen.nl/>, Trimbos instituut, Utrecht.
17. Veereschild HM, Van der Veen JA, Hulshof F, Burm TLA, Gamsa, S, Spieringhs B, Van Oosterwijk-Van der Lee M. GGNet Formularium 2018-2019, GGNet 2018.
18. World Health Organization. The 10, Classification of Mental and Behavioral Disorders. Geneva: World Health Organization, 2016.
19. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-V, Washington D.C. American Psychiatric Association 2013.
20. GGZ-agoog, beroeps competentie profiel, COOAB ggz, 2012.
21. Beroepsdeelprofiel, GGZ-verpleegkundige, NVPV, Utrecht, 2004.

22. Leerboek psychiatrie voor verpleegkundigen. M.Clijsen,, 3e druk Bohn Stafleu van Loghum. 2017
23. Cahn, W., Ramlal, D., Bruggeman, R., Haan de, L., Scheepers, F.E., Soest van, M.M., Assies, J., Slooff, C.J. (2008) Preventie en Behandeling van Somatische Complicaties bij Antipsychoticagebruik. Tijdschrift voor de psychiatrie 50 (9)
24. Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, Detraux J, Gautam S, Möller HJ, Ndeti DM, Newcomer JW, Uwakwe R, Leucht S. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. World Psychiatry. 2011 Feb;10(1):52-77.
25. Offord S, Lin J, Wong B, Mirski D, Baker RA. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. World Psychiatry 2011; 10:52-77.
26. Meeuwissen J, Van Meijel B, Van Piere M, Bak M, Bakkenes M, Van der Kellen D, Van Hamersveld, Van Gool R, Dermout K, Feldmann T, Risseeuw A, Wijtsma-van der Kolk A, van Vuuren I, Rümke M, Sloots-Jongen E, De Heij P, Starmans R, Daatselaar C, Van Veen C, Hermens M. Multidisciplinaire richtlijn somatische screening bij patiënten met een ernstige psychische aandoening, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), trimbos instituut, Utrecht, 2015.
27. MacEwan JP, Silverstein OR, Shafrin J, Lakdawalla DN, Hatch A, Forma FM. Medication Adherence Patterns Among Patients with Multiple Serious Mental and Physical Illnesses, Adv Ther 2018 35:671-685.
28. Graveland, P.E., Beex-Oosterhuis, M.M., Gosker, A., Gool, A.R. van. Een kosten- en batenanalyse van medicatiebeoordeling bij langdurig opgenomen chronisch psychiatrische patiënten. Tijdschrift voor psychiatrie, 49, supp maart. 2014.
29. Katschnig H. Quality of life in mental disorders: challenges for research and clinical practice, World Psychiatry. 2006 Oct;5(3):139-45.
30. Cahn, W., Ramlal, D., Bruggeman, R., Haan de, L., Scheepers, F.E., Soest van, M.M., Assies, J., Slooff, C.J. (2008) Preventie en Behandeling van Somatische Complicaties bij Antipsychoticagebruik. Tijdschrift voor de psychiatrie 50 (9).
31. Norman RM, Lewis SW, Marshall M. Duration of untreated Psychosis and its relationship to clinical outcome. Br J Psychiatry Suppl 2005; 48: 19-23.
32. Van Soest M. Therapeutic drug monitoring bij psychofarmaca: een update. Psyfar, maart 2014, nr 1, 10-20.
33. Zhou SF, Liu JP, Chowbay B. Polymorphism of human cytochrome P450 enzymes and its clinical impact, Drug Metab Rev. 2009;41(2):89-295.
34. Keijsers G, Van Minnen A, Verbraak M, Hoogduin K, Emmelkamp P Boom. Protocolaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten, set deel 1-3, uitgevers Amsterdam, 2017.
35. De Gier H. Samenspraak als geneesmiddel MEDISCH CONTACT 18 NOVEMBER 2005, 60 nr.46, 1848-1851.
36. Werken met ontwikkelingslijftijden, Vugts-de Groot B, 2009, 1e druk, Boom/Nelissen.
37. Nieuwenhuis JG, Noorthoorn EO, Nijman HL, Naarding P, Mulder CL. A Blind Spot? Screening for Mild Intellectual Disability and Borderline Intellectual Functioning in Admitted Psychiatric Patients: Prevalence and Associations with Coercive Measures. PLoS One. 2017 Feb 2;12(2):e0168847. doi: 10.1371/journal.pone.0168847. eCollection 2017.
38. Nijman H, Kaal H, van Scheppingen L, Moonen X. Development and Testing of a Screener for Intelligence and Learning Disabilities (SCIL). Journal Applied Research Intellect Disabilities. 2016 Oct;31(1): e59-e67. doi: 10.1111/jar.12310. Epub 2016 Dec 7.
39. Van Ecloo, G. (2013). Schaal voor Emotionele Ontwikkeling - Revised (SEO-R) onder de loep genomen. Bevindingen van professionele en natuurlijke netwerken van mensen met een verstandelijke beperking. Masterproef Orthopedagogiek, Universiteit Gent.
40. Sánchez J, Muller V, Chan F, Brooks JM, Iwanaga K, Tu WM, Umucu E, Crespo-Jones M. Personal and environmental contextual factors as mediators between functional disability and quality of life in adults with serious mental illness: a cross-sectional analysis, Quality of Life Research, doi 10.1007/s11136-18-2006-1, sept 2018.
41. Koekkoek BW, Kaasenbrood AJA, Behandelen van chronische suïcidaliteit vraagt om risico nemen. Tijdschrift voor Psychiatrie 50(2008)5, 283-287.





