

Modelbeschrijving DITSMI



DITSMI® modelbeschrijving

Behandelmodel voor diagnostiek, medicamenteuze en psychologische behandeling van cliënten met 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
Meegewerkt aan herziening:
Drs. A. L. F. Lempens, Trimbos-instituut
Drs. V. I. Schutjens, Trimbos-instituut

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 cliënten, Rijksuniversiteit Groningen
Dit project is mogelijk gemaakt met subsidie van ZonMw.

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

December 2018; Herziening April 2024

© DITSMI®
GGNet Postbus 2003
7230 GC Warnsveld



GGNet



Inhoudsopgave

Voorwoord	4
Inleiding	6
DITSMI®	6
Diagnostiek en indicatiestelling	8
Classificeren versus diagnosticeren	8
Psychiatrisch en psychologisch onderzoek	8
Screenend en aanvullend psychologisch onderzoek	8
Verpleegkundige/agogische observatie	9
Somatisch onderzoek	9
DIB-overleg	10
Beschrijvende diagnose	11
Behandeling	12
Farmacotherapie	12
Psychotherapie	15
Dagbesteding	15
Evaluatie	16
Meetinstrumenten	16
Behandelplanevaluatie	16
Fundamenten DITSMI®	18
Uitgangspunt 1: Psychiatrische cliënten worden behandeld met herstel als doel	18
Uitgangspunt 2: Biopsychosociale model	20
Uitgangspunt 3: Aansluiten bij het niveau van de cliënt	22
Uitgangspunt 4: Betrokkenheid van familie, naasten en wettelijke vertegenwoordigers	22
Uitgangspunt 5: Risico(vol) beleid	23
Uitgangspunt 6: Zorgafstemmingsgesprek (ZAG)	23
Bijlagen	
1. Schematische voorstelling DITSMI®	24
2. Overzicht implementatiematerialen DITSMI®	25
Referenties	26

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 cliënten die lijkt te zijn vergeten: 'de uitbehandelde patiënt'. Een deel van deze mensen is opgenomen binnen verblijfsafdelingen en beschermde woonvormen van de GGZ, waar soms een verpleeghuisachtige zorg wordt geboden. Andere cliënten worden thuis begeleid door ambulant 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 cliënten, terwijl FACT ook de meer stabiele cliënt in het vizier heeft. Wanneer het niet lukt om de cliënt in de thuissituatie te stabiliseren, kan een (kortdurende) klinische opname overwogen worden. Lange tijd was het echter gebruikelijk om bij blijvende instabiliteit de cliënt 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 cliënt en diens naasten.

Ondanks deze ontwikkelingen zijn er nog veel cliënten met EPA die onvoldoende herstellen. Deze cliënten 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 cliënten.

Het ontbreken van een goede behandelrationale bij de cliënten met EPA heeft geleid tot de ontwikkeling van DITSMI®: Diagnose, Indicate, Treat, Severe Mental Illness. Vrij vertaald: Diagnostiseren, 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 cliënten, is context onafhankelijk (dus zowel klinisch als ambulant toepasbaar), vanuit de behoefte om mensen met EPA perspectief te bieden. De eerste resultaten van DITSMI® laten een positieve trend zien met betrekking tot herstel van deze cliëntengroep. Longitudinaal wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van DITSMI® heeft aangetoond dat DITSMI® kan worden aanbevolen als gepaste zorg voor cliënten die gebruik maken van langdurige psychiatrische zorg⁵.

DITSMI® heeft geleid tot een discussie over en erkenning van deze enigszins 'verwaarloosde' groep cliënten. Wij zouden graag zien dat het DITSMI®-model als onderlegger dient voor een verdere uitwerking en omschrijving van de zorg voor cliënten met EPA. Het idee is om uiteindelijk een landelijk netwerk op te zetten, zodat cliënten, naasten en zorgprofessionals een podium vinden om elkaar te ontmoeten en kennis en ervaringen 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 cliënt.

Of zoals een cliënt 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 het meestal toch zelf wel het best.'*
<https://ggnet.nl/behandelingen/ditsmi>

Kortom: Herstel voor iedereen.

drs. H.M. (Mike) Veereschild, (beleids-)psychiater Warnsveld, maart 2024

Inleiding

In Nederland zijn er naar schatting 160.000 cliënten 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 12.000⁶.

Cliënten met EPA gebruiken vaak veel medicatie zonder dat daar een duidelijke actuele indicatie voor bestaat⁷⁻⁹. Er is sprake van polyfarmacie, irrationele combinaties, interacties en/of toxische doseringen^{10,11}. Cliënten hebben daarom meer kans op (ernstige) bijwerkingen en vanwege de grote hoeveelheden sederende medicatie is het voor hen lastiger om een goede kwaliteit van leven te behouden¹².

Het beeld van problematisch medicijngebruik bij cliënten met EPA is al eens bevestigd in het artikel 'Polyfarmacie en irrationele combinaties van psychofarmaca bij verblijfscliënten in het APZ: kunstfout of onvermijdelijk?'¹¹. De conclusie in dit artikel luidt: 'Polyfarmacie en irrationele combinaties komen veelvuldig voor bij verblijfscliënten in het algemeen psychiatrisch ziekenhuis en lijken onvermijdelijk'. Uit dit artikel blijkt verder dat alleen het saneren van medicatie- voorschriften niet leidt tot het gewenste resultaat op de langere termijn. Na verloop van tijd gebruiken cliënten 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 latere publicaties¹³⁻¹⁵. 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®

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 cliënten met EPA na verloop van tijd opnieuw veel medicatie krijgen voorgeschreven. Tegelijkertijd kan de kwaliteit van leven van de cliënt sterk verbeteren¹⁶.

In 2020 werd een onderzoek gepubliceerd naar de effectiviteit van DITSMI®. Bij 94 cliënten met EPA werd het DITSMI-model toegepast. De cliënten werden gevolgd over een periode van drie jaar⁵. De resultaten waren positief en maken zichtbaar dat deze aanpak succesvol kan zijn voor cliënten met EPA:

- Het aantal beschrijvende diagnoses veranderde voor 49% van de cliënten.
- Het medicijngebruik veranderde voor 67% van de cliënten.
- Het aantal cliënten met bijwerkingen daalde van 38% naar 23%.
- Er trad verbetering op in psychosociaal functioneren.
- De bedbezetting daalde met 40%.
- De extra tijd die het zorgprofessionals kostte om DITSMI® te implementeren, leverde drie jaar na implementatie een tijdsbesparing op van 22%.

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 richtlijnconforme behandeling van cliënten met EPA. Maar welke onderliggende factoren zorgen mede voor de slagingskans van deze behandeling?

Werken volgens DITSMI® is gebaseerd op 6 uitgangspunten:

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

Diagnostiek en indicatiestelling

Classificeren versus diagnosticeren

Binnen de psychiatrie is het gebruikelijk de ziekte of aandoening te classificeren. Naast de World Health Organization (WHO)-classificatie^{17, 18} is de Diagnostic en Statistical Manual of Mental disorder, Fifth Edition (DSM-5)¹⁸ 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 een classificatie. De DSM-5 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 cliënt. 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 cliënt. 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 cliënt zelf beïnvloeden. Bij voorkeur vindt de heteroanamnese plaats door iemand die de cliënt al langer kent en die de karaktereigenschappen en levensloop van de cliënt kan beschrijven. De biografie wordt door de cliënt zelf uitgewerkt. Indien dit niet lukt, of als er twijfels zijn over de betrouwbaarheid van het verhaal, kan deze in overleg met de cliënt samen met familie of een zorgprofessional worden ingevuld.

Screenend en aanvullend psychologisch onderzoek

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

Verpleegkundige/agogische observatie

De verpleegkundige en de agoog moeten continue, passend bij de beroepsgroep, informatie verzamelen over het actuele toestand- beeld en huidige situatie van de cliënt¹⁹⁻²¹. 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, medecliënten, vrienden en burens. Daarnaast horen cultuurbeleving, religieuze- en politieke overtuigingen en zingeving in het leven hierbij. Naast psychosociale factoren is er aandacht voor het fysieke en somatische welbevinden. Als laatste moet er aandacht zijn voor de zelfredzaamheid van de cliënt 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. Daarnaast dienen zij zich bewust te zijn dat deze verschillende facetten ook dynamisch kunnen fluctueren binnen een ziektebeeld.

Tegelijkertijd kan de verpleegkundige screenend psychologisch onderzoek en meetinstrumenten uitvoeren, zoals beschreven in de 'Instructiekaart DITSMI Organiseren diagnostiek en DIB-overleg'.

De inbreng van verpleegkundigen en agogen is van zeer veel waarde binnen het DIB-overleg, omdat zij de cliënt 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 cliënten met EPA is een stuk korter dan van mensen zonder ernstige psychische aandoeningen. De levensverwachting van cliënten 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 cliënten met EPA. Aansluitend lijken leefstijl, bijwerkingen van medicatie, de bereikbaarheid van somatische zorg en de ontvangen kwaliteit van de geleverde zorg een rol te spelen bij cliënten met EPA²²⁻²⁴.

Het Trimbos-instituut bracht in 2015 een multidisciplinaire richtlijn²⁵ 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 cliënten met EPA. Dankzij deze verbeterstap ontstaat er vanuit de zorgprofessional bewust meer aandacht voor cardiovasculaire risicofactoren, somatische ziekten ten gevolge van ongezonde leefstijl en medicatiegebruik, zodat uiteindelijk de lichamelijke gezondheid van de cliënt positief kan worden beïnvloed.

Ten minste 1 keer per jaar ondergaat iedere cliënt binnen DITSMI® een uitgebreide somatische screening. Deze screening 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 lichamelijk onderzoek en een bewegingsonderzoek. Daarnaast vindt uitgebreid laboratoriumonderzoek plaats, zoals beschreven in het Formularium GGNet²⁶ 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 cliënt. 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 cliëntdossier opgenomen en mondeling of schriftelijk aan de eigen huisarts en betrokken medisch specialist(en) teruggekoppeld.

Het somatisch onderzoek wordt uitgevoerd aan de hand van het PHAMOUS-protocol voor somatische screening, medicatiemonitoring en leefstijlanamnese²⁷.

DIB-overleg

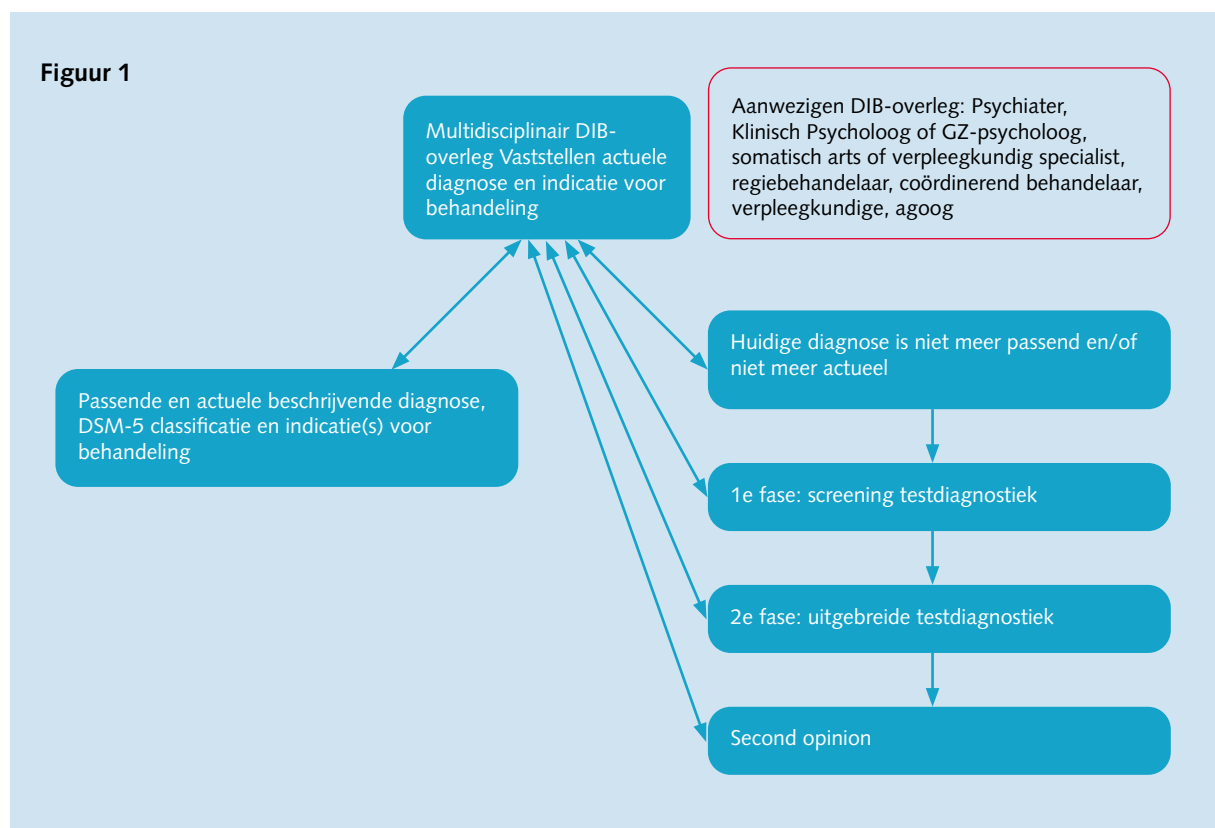
Aansluitend aan het psychiatrisch-, psychologisch- en somatisch onderzoek en verpleegkundige/agogische observatie vindt de multidisciplinaire beoordeling van de verschillende onderzoeken en observaties plaats in het zogenoemde DIB- (Diagnosticeren- Indiceren-Behandelen) overleg. Het DIB-overleg is een 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 cliënten te beoordelen en inconsistenties uit eerdere behandelingen te ondervangen. Iedere cliënt wordt als 'nieuw' beschouwd, ook al is de cliënt al vele jaren in zorg. De cliënt zelf is niet aanwezig om de zorgprofessionals de kans te geven om het met elkaar oneens te zijn over de beschrijvende diagnose. Voorafgaand aan het DIB-overleg wordt van de cliënt, naaste(n) en/of wettelijk vertegenwoordigers om toestemming 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 cliënt en diens naastbetrokkenen terugkoppelt en bespreekt.

Figuur 1



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 eindevaluaties 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 cliënt. Daarbij is het van belang om de beschrijvende diagnose op te stellen vanuit het perspectief van de cliënt. Door bovenstaande in acht te nemen laat de zorgprofessional aan de cliënt 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 cliënt kunnen veranderen. Zonder evaluatie bestaat het risico dat niet actuele diagnoses vaak jarenlang in cliëntendossiers blijven staan.

De beschrijvende diagnose bestaat uit:

- 1 Personalia: leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, wettelijke vertegenwoordiger, BOPZ-of justitiële titel.
- 2 Symptomen en problemen van de cliënt en hoe hij/zij deze zelf ervaart.
- 3 Uitlokkende stressoren of gebeurtenissen.
- 4 De hulpvraag van de cliënt.
- 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 cliënt.
- 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 cliënt.
- *'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 drie⁵. 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 cliënt onvoldoende herstelt, dan kan in overleg met de cliënt de vervolgstap binnen de protocollaire behandeling worden ingezet. Ook kan de cliënt 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 cliënten binnen de geldende richtlijnen 'passen' en is er zorg op maat nodig. Tevens 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 cliënt 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

Voorafgaand aan het starten van farmacotherapie krijgt de cliënt psychoeducatie, 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 Formulier GGNet²⁶ 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 medicatieafspraken plaats van gemiddeld 15 minuten met de cliënt, 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 psychoeducatie 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 cliënt naast zijn huidige medicatie ook andere medicatie krijgt voorgeschreven. Dit is mogelijk een van de oorzaken van polyfarmacie. Daarom is het verstandig om in crisissituaties, indien mogelijk, tijdelijk de dosering van reeds gebruikte medicatie te verhogen, om deze na de crisis weer af te bouwen.

Therapietrouw

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

Het is bekend dat therapietrouw bij cliënten met orale antipsychotica niet vanzelfsprekend is: 64% van de cliënten neemt de medicatie niet in zoals voorgeschreven²⁸. Goede psychoeducatie en ondersteuning tijdens de farmacotherapie is noodzakelijk, met name tijdens de startperiode en bij wijzigingen. Eigen regie met betrekking tot medicatiegebruik verhoogt de therapietrouw²⁹⁻³².

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 cliënt 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 cliënt zelf te vragen wat hij wil. Zeker als de cliënt 'stabiel' is, stuit het aanpassen of afbouwen van medicatie vaak op bezwaren. Het feit dat een cliënt 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 herstel³³. Om die reden geldt binnen DITSMI® een 'voortvarende' farmacotherapeutische behandeling.

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

Cliënten 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 cliënt 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 cliënt 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 extrapyramidale 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 cliënt (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 middelen- gebruik direct te starten met clozapine.

Volgens dit stappenplan moet de cliënt 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 zijn³⁴.

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 farmaco- dynamiek en -kinetiek van geneesmiddelen en zijn van grote invloed op de werkzaamheid en bijwerkingen van genees- middelen³⁵.

Psychotherapie

Net als bij de farmacotherapie kan bij de psychologische behandeling verwezen worden naar de bestaande professionele richtlijnen en behandelprotocollen^{25, 36}.

Zodra er een psychologische grondslag is voor bepaalde symptomen en gedrag kan de cliënt 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 cliënten met complexe problematiek bij wie sprake is van fors acting out-gedrag, 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 cliënten over te plaatsen naar een beschermde omgeving. In de praktijk kan dit betekenen dat er een juridische maatregel als 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 cliënt op dat moment. Het taalgebruik van de zorgprofessional moet aangepast worden op het begripsvermogen van de cliënt.

Dagbesteding

Zinnvolle dagbesteding is een essentieel aspect van het leven, ook voor cliënten 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 cliënt. Om die reden wordt gestreefd naar ten minste 10 dagdelen dagbesteding, tenzij de draagkracht van de cliënt niet toereikend is.

Belangrijk is om te onderzoeken wat de cliënt zelf graag zou willen doen en daarbij aan te sluiten. Dit kan 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 (werk)omgeving buiten het terrein van de instelling.

Afspraken over de begeleiding, een passende context en verantwoordelijkheden van de cliënt 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 cliënt leidend zijn. Zo kan er gekeken worden naar wat de cliënt wél kan en wil in plaats van dat er wordt gedacht 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 cliënt, wettelijke vertegenwoordiger en vanuit de zorg betrokken disciplines. De frequentie van evaluaties varieert afhankelijk van het behandeldoel. Zo kan er bijvoorbeeld bij crisis wekelijks een behandelplan- bespreking 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 of verandering van behandeldoel, dient er op indicatie een (extra) behandelplanbespreking te worden afgesproken.

Doel

- 1 De evaluatie van de behandeling van de cliënt is een gezamenlijk overleg met de cliënt, in plaats van dat de cliënt als toehoorder aanwezig is en er over hem of haar gesproken en beslist wordt.
- 2 Verhelderen en aansluiten bij de daadwerkelijke hulpvraag van de cliënt.
- 3 Bespreken van huidige stand van zaken: hoe is het in de afgelopen periode gegaan met de cliënt 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 behandeldoel(en).
- 6 Akkoord en commitment vragen voor de gemaakte afspraken met de cliënt, 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 cliënt 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 cliënt: dat wil zeggen passend bij het intelligentie- en emotioneel niveau van dat moment.
- Regie bij cliënt: dat wil zeggen rekening houdend met de wensen van de cliënt.

Aanwezigen

Aanwezigen bij de behandelplanevaluatie zijn:

- cliënt
- 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 cliëntendossier.
- 7 De CB-er is verantwoordelijk voor het informeren van alle relevante partijen die niet aanwezig waren (in enkele gevallen de cliënt en/of wettelijke vertegenwoordiger(s), de ambulante behandelaar en/of de huisarts).

Fundamenten DITSMI®

DITSMI® is een vehikel om richtlijnconforme behandeling van cliënten met EPA te optimaliseren. Daarnaast heeft DITSMI® oog voor factoren die de behandeling bevorderen of belemmeren.

Werken volgens DITSMI® is gebaseerd op 6 uitgangspunten:

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

Uitgangspunt 1: Psychiatrische cliënten worden behandeld met herstel als doel

Patiënt versus cliënt

Binnen DITSMI® wordt bewust (waar mogelijk) de term 'cliënt' in plaats van 'patiënt' gehanteerd. Dit in lijn met de koers van cliëntenorganisaties en organisaties van niet-medische beroepsgroepen, met als doel stigmatisering tegen te gaan. De term sluit ook beter aan bij het beeld van de persoon die zelf kan kiezen welke zorg hij of zij aanvaardt.

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). Cliënten 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 cliënten die gebaat is bij - en 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 cliënten met EPA waarbij met name sprake is van (zeer ernstige) gedrags- problemen 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 cliënt te werken aan behandeldoelen. Door het continu behouden van stabiliteit bij deze patiënten als onderdeel van de behandeling blijft er een voortdurende aandacht voor het ontdekken van mogelijkheden om verschillende aspecten van het leven van de patiënt of diens naasten te verbeteren.

Herstelgerichte zorg

Herstelgerichte zorg verwijst naar het persoonlijke proces van patiënten met EPA, waarbij niet alleen hun ziekte wordt behandeld, maar ook wordt gestreefd naar het vinden van betekenis en het stellen van doelen in hun leven, ondanks de schade veroorzaakt door de ziekte zelf en/of 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 cliënt 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 cliënt is immers niet de psychiatrische aandoening. De aspecten zijn niet chronologisch gerangschikt maar overlappen.

- 1 Herstel van psychische ziekte. Zie hoofdstuk Behandeling.
- 2 Herstel van somatische aandoeningen. Zie hoofdstuk Somatisch onderzoek.
- 3 Herstel van identiteit.
- 4 Herstel van maatschappelijke en sociale rollen

Binnen DITSMI® is er veel aandacht voor de maatschappelijke en sociale rol(len) die de cliënt 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 cliënten is dit complex. Een aantal levens- domeinen 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.

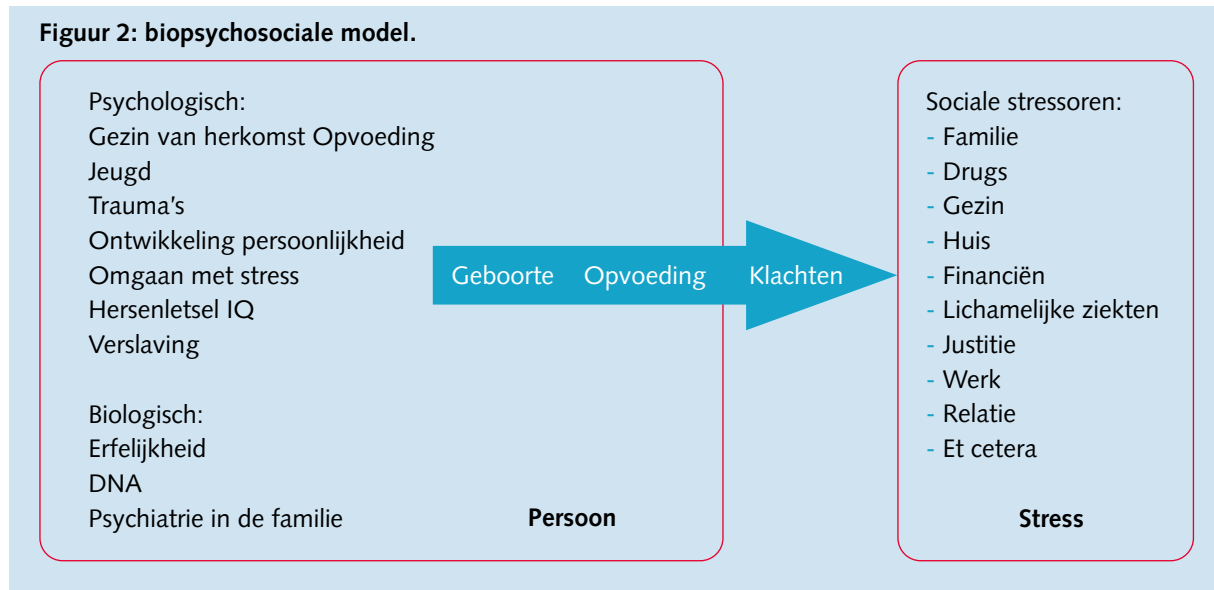
Empowerment is een Engelse term die veel gebruikt wordt in de herstelgerichte zorg en betekent letterlijk: iemand of jezelf tot iets in staat stellen. Hiermee wordt bedoeld dat een cliënt zoveel mogelijk autonomie neemt - maar ook ontvangt - om zelf (weer) regie te nemen over zijn eigen leven en lichaam om zo de door hem gewenste veranderingen te realiseren. Cliënten 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? Cliënten moeten letterlijk en figuurlijk weer in de spiegel kijken en onderkennen: dit ben ik. Of: *This is me*.

Cliënten zullen dan langzaam en zeker weer een eigen wil gaan ontwikkelen en merken dat zijzelf dingen mogen beslissen en kunnen ondernemen. Hierbij dient rekening te worden gehouden 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 cliënt. Een betrouwbare, lerende en empathische (behandel) omgeving is hierbij noodzakelijk. De cliënt 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.

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 dat deze cliënt, nu op dit moment bij mij op het spreekuur komt?' Aan de hand van het biopsychosociale model voert de zorgprofessional in aanwezigheid van cliënt, de wettelijke vertegenwoordiger, familie en naasten zowel de anamnese als de hetero-anamnese uit. Ook geeft hij psychoeducatie. 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 kwaadaardig 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 familielid³⁷ goed heeft gereageerd op een bepaald middel, kan het betreffende middel de voorkeur hebben bij deze cliënt.

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 cliënt 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.

⬆ Persoon x Stress = ⬆ Klachten/Symptomen

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

Persoon x ⬆ Stress = ⬆ Klachten/Symptomen

Omgekeerd geldt ook: als iemand als persoon sterker is geworden door medicatie zal hij dus meer stress aankunnen en zullen de klachten afnemen. 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 cliënt: *'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 cliënt en na het geven van psychoeducatie, in een zakelijk overleg met de cliënt 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 cliënt

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 cliënt^{38,39}. 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 zorg- professionals bij mensen met een verstandelijke beperking dat hanteren, ook binnen de GGZ toe te passen.

Veertig procent van de cliënten in de reguliere GGZ heeft mogelijk een aangeboren (licht) verstandelijke beperking³⁹. Ook is er een groep cliënten 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 hoofd³⁹.

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 (SCIL⁴⁰). 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-Kleur⁴¹ methode.

Uitgangspunt 4: Betrokkenheid van familie, naasten en wettelijke vertegenwoordigers

Familie, naasten en wettelijke vertegenwoordigers spelen een cruciale rol in de behandeling van de cliënt met EPA⁴². Ten eerste is hun inbreng belangrijk bij de uitvoering van de diagnostiek. Ten tweede voelen cliënten met EPA zich vaak eenzaam. Als laatste is het van belang dat derden kritisch meekijken met de behandeling door de zorgprofessional om de cliënt te ondersteunen en zijn belangen mede te behartigen.

De zorgprofessional zal de cliënt 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 cliënt te komen. De onderling gemaakte afspraken met de naastbetrokkenen moeten worden vastgelegd in het cliëntdossier en gedurende elke behandelplanevaluatie worden besproken. Het doel is na te gaan of deze afspraken nog geldend zijn of aangepast dienen te worden.

Iedere cliënt die opgenomen is binnen een klinische afdeling of beschermd wonen heeft een curator, bewindvoerder en/of een mentor. 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 cliënt 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 cliënt mede te behartigen, dan dient de situatie van cliënt 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 cliënt zijn eigen verantwoordelijkheid en de regie op zijn leven oppakt en ook terugkrijgt. Daarom hanteren we bij sommige cliënten het zogenaamde risicobeleid⁴³. Risicobeleid houdt in dat de zorgprofessionals in overleg met de cliënt, diens wettelijke vertegenwoordiger, familie en naasten bij dreigende crisis, suicidaliteit 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 cliënt. 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 cliënt 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.
- Indien de cliënt is opgenomen, moet er een open communicatie zijn met alle betrokken zorgprofessionals over de opname en de gevaren die aan de behandeling verbonden zijn.
- Bovengenoemde dient te worden geborgd in het behandelplan en opgenomen in het elektronisch cliëntendossier.
- 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 cliëntendossier. Indien een van de partijen niet meer achter het afgesproken beleid staat en/of het toestandsbeeld van de cliënt verandert, dan dient men over te gaan tot het garanderen van de fysieke veiligheid van de cliënt.

Uitgangspunt 6: Zorgafstemmingsgesprek (ZAG)

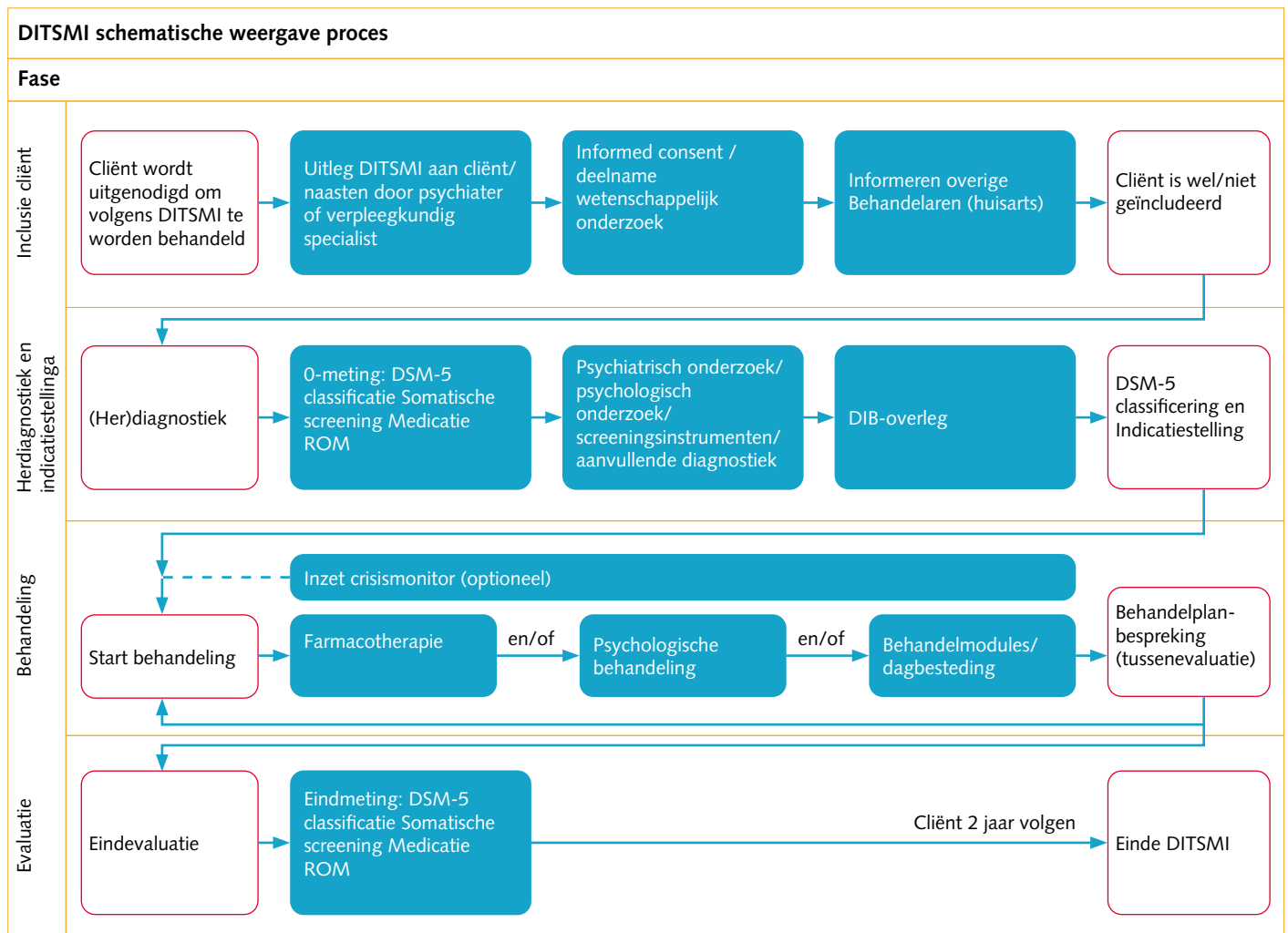
Het Zorgafstemmingsgesprek (ZAG) is een werkwijze die veelal wordt ingezet bij opname en ontslag binnen het acute opname circuit. Het lijkt wenselijk dat ZAG veel breder wordt ingezet, namelijk voor alle transities van het ene naar het andere behandelteam, dus ook overplaatsingen tussen de klinieken 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 cliënt, 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 cliënt duidelijk krijgen. De cliënt wordt expliciet uitgenodigd, en waar nodig ondersteund, om zijn hulpvraag, wensen en doelen te delen. Het is van groot belang dat de cliënt 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®

Deze materialen zijn gratis te downloaden van de website van het Trimbos-instituut (zie de Toolkit DITSMI op www.trimbos.nl) en 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 Medicijn groepen GGZ 1-algemeen van het IVM.
- Cliëntenfolder om cliënten en hun naasten te informeren over DITSMI® (Toolkit Trimbos-instituut).
- Film met de ervaringen van een cliënt die behandeld is volgens DITSMI® (Toolkit Trimbos-instituut).
- 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. Veereschild HM, Noorthoorn EO, Nijman HLI, Mulder CL, Dankers M, Van der Veen JA, Loonen AJM, Hutschemaekers GJM. Diagnose, indicate, and treat severe mental illness (DITSMI) as appropriate care: A three-year follow-up study in long-term residential psychiatric patients on the effects of re-diagnosis on medication prescription, patient functioning, and hospital bed utilization. *Eur Psychiatry*. 2020 May 8;63(1):e47.
6. Ambulantisering in de regio Twente en de achterhoek. Visiedocument en ontwikkelagenda voor mensen met ernstig psychiatrische aandoeningen. Trimbos, 2015.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. 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.
11. Sterrenburg-van de Nieuwegiessen, C.M., Loonen, A.J.M., Bakker, J.B., 2000, Polyfarmacie en irrationele combinaties van psychofarmaca bij verblijfscliënten in het APZ: kunstfout of onvermijdelijk? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, jaargang 42, nr. 8, pp 565-574.
12. 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.
13. 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.
14. 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.
15. Pringsheim T, Kelly M, Urness D, Teehan M, Ismail Z, Gardner D. Physical Health and Drug Safety in Individuals with Schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2017 Sep;62(9):673-683. doi: 10.1177/0706743717719898. Epub 2017 Jul 18. Review.
16. Takeuchi H, Kantor N, Uchida H, Suzuki T, Remington G. Immediate vs Gradual Discontinuation in Antipsychotic Switching: A Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin* 2017 Jul 1;43(4):862-871. doi: 10.1093/schbul/sbw171. Review.
17. World Health Organization. The 10, Classification of Mental and Behavioral Disorders. Geneva: World Health Organization, 2016.
18. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-V, Washington D.C. American Psychiatric Association 2013.
19. GGZ-agoog, beroeps competentie profiel, COOAB ggz, 2012.
20. Beroepsdeelprefiel, GGZ-verpleegkundige, NVPV, Utrecht, 2004.
21. Leerboek psychiatrie voor verpleegkundigen. M.Clijsen,, 3e druk Bohn Stafleu van Loghum. 2017
22. 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)

23. 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.
24. 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.
25. Multidisciplinaire richtlijn Somatische screening bij patiënten met een ernstige psychische aandoening [Internet]. Utrecht: Trimbos-instituut. Beschikbaar van: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/side_products/1d5b0ba9ecca5280ebdaafaac8829f59.pdf
26. Veereschild HM, Van der Veen JA, Hulshof F, Burm TLA, Gema, S, Spieringhs B, Van Oosterwijk- Van der Lee M. GGNet Formularium 2018-2019, GGNet 2018.
27. Bartels-Velthuis AA, Visser E, Arends J, Pijnenborg GHM, Wunderink L, Jörg F, Veling W, Liemburg EJ, Castelein S, Knegtering H, Bruggeman R. Towards a comprehensive routine outcome monitoring program for people with psychotic disorders: The Pharmacotherapy Monitoring and Outcome Survey (PHAMOUS). *Schizophrenia Research*. 2018 Jul;197:281-287.
28. 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, Risseuw 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 cliënten met een ernstige psychische aandoening, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), trimbos instituut, Utrecht, 2015.
29. 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.
30. Graveland, P.E., Beex-Oosterhuis, M.M., Gosker, A., Gool, A.R. van. Een kosten- en batenanalyse van medicatiebeoordeling bij langdurig opgenomen chronisch psychiatrische cliënten. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 49, supp maart. 2014.
31. Katschnig H. Quality of life in mental disorders: challenges for research and clinical practice, *World Psychiatry*. 2006 Oct;5(3):139-45.
32. Keijsers G, Van Minnen A, Verbraak M, Hoogduin K, Emmelkamp P Boom. Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten, set deel 1–3, uitgevers Amsterdam, 2017.
33. Norman RM, Lewis SW, Marshall M. Duration of untreated Psychosis and its relationship to clinical outcome. *Br J Psychiatry Suppl* 2005; 48: 19-23.
34. Van Soest M. Therapeutic drug monitoring bij psychofarmaca: een update. *Psyfar*, maart 2014, nr 1, 10-20.
35. Zhou SF, Liu JP, Chowbay B. Polymorphism of human cytochrome P450 enzymes and its clinical impact, *Drug Metab Rev*. 2009;41(2):89-295.
36. 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).
37. De Gier H. Samenspraak als geneesmiddel MEDISCH CONTACT 18 NOVEMBER 2005, 60 nr.46, 1848-1851.
38. Werken met ontwikkelingslijftijden, Vugts-de Groot B, 2009, 1e druk, Boom/Nelissen.
39. 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.
40. 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.
41. 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.
42. 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.
43. Koekkoek BW, Kaasenbrood AJA, Behandelen van chronische suïcidaliteit vraagt om risico nemen. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 50(2008)5, 283-287.

