

# PRATEN NAAST PILLEN: KRIJGT DE PATIËNT MET PSYCHOSE DAT WEL?

Beschikbaarheid van standaardzorg Cognitieve  
Gedragstherapie voor psychose (CGTp) anno 2019



### **BELANGRIJKSTE CONCLUSIES**

- *“70 tot 75% van patiënten met psychose heeft geen toegang tot CGTp, terwijl dit een standaardbehandeling is.”*
- *“Meer dan 50% van de beschikbare CGTp wordt uitgevoerd door onvoldoende opgeleide therapeuten.”*
- *“Als dit een standaardbehandeling van kanker betrof, dan was Nederland woedend. Diezelfde verontwaardiging is ook hier passend.”*
- *“Er zijn meer psychologen nodig, en psychologen hebben meer specifieke opleiding nodig om de kwaliteit van de geboden CGTp te verbeteren.”*

### **Auteurs**

Dr. Tonnie Staring, *klinisch psycholoog, Altrecht GGZ*

Dr. David van den Berg, *klinisch psycholoog, Parnassia en Vrije Universiteit (VU) Amsterdam*

Dr. Hanneke Schuurmans, *GZ-psycholoog, Vincent van Gogh GGZ*

Drs. Berber van der Vleugel, *GZ-psycholoog, GGZ Noord-Holland Noord*

### **Dankwoord**

Speciaal dank aan Yvonne de Jong, klinisch psycholoog, en prof. dr. Mark van der Gaag, klinisch psycholoog, voor hun eerste aanzet tot het uitvoeren van een survey.

# SAMENVATTING

De Zorgstandaard Psychose stelt dat Cognitieve Gedragstherapie voor psychose (CGTp) standaardzorg is. Dit betekent dat elke patiënt met psychose deze behandeling standaard aangeboden dient te krijgen. Onder de 260 ambulante psychoseteams van 19 Nederlandse GGZ-instellingen is een survey uitgezet waaraan 189 teams participeerden (73%). Deze teams behandelde samen zo'n 37.500 patiënten, waarvan ongeveer 24.000 met psychose. Dat is een kwart van de volledige groep mensen met psychose die in Nederland in zorg is.

Uit de resultaten blijkt dat met de huidige inzet van psychologen slechts één op de vier tot vijf patiënten met psychose (20-25%) ergens in de loop van de afgelopen drie jaar de standaardzorg CGTp kreeg. De meerderheid van die trajecten zijn niet op kwalitatief voldoende niveau, want in slechts 43% van de teams werkt een psycholoog die een cursus CGTp heeft gevolgd, en in slechts een kwart van de teams werkt een erkend cognitief gedragstherapeut VGCT. Bovendien bleek dat de psychologen hun tijd veel aan andere onderwerpen besteden. Opleiden helpt gelukkig wel: hoe meer CGTp-opleiding een psycholoog gevolgd heeft, hoe meer tijd deze besteedt aan CGTp.

Om te voldoen aan de vraag en de Zorgstandaard Psychose, is er minimaal een verdubbeling nodig van het aantal FTE psychologen in deze sector (in Nederland zo'n 750 FTE psycholoog extra in de EPA zorg), moeten de beschikbare psychologen hun tijd meer aan CGTp besteden, en moet er een inhaalslag komen bij 57% van de teams met betrekking tot CGTp-opleiding.

Psychose is één van de meest ernstige psychische stoornissen en de mensen die hieronder lijden hebben recht op minimaal de basisinterventies uit de Zorgstandaard Psychose, op kwalitatief goed niveau. Niemand zou het accepteren indien 75 tot 80% van de patiënten

met kanker weliswaar een eerste belangrijke basisbehandeling kreeg, maar geen toegang had tot een tweede uit de richtlijn. En niemand zou het accepteren indien kankerbehandelingen, zoals operaties, werden uitgevoerd door artsen die daartoe niet opgeleid waren. De verantwoordiging die dit zou oproepen moeten wij nu ook ervaren voor onze medemens met psychose.

## Indeling

### 1. Achtergrond

- |  |   |
|--|---|
| 1. Cognitieve gedragstherapie voor psychose (CGTp) | 4 |
| 2. Vanwaar de vraag naar beschikbaarheid?          | 4 |
| 3. Vraagstelling                                   | 5 |

### 2. Methode

6

### 3. Uitkomsten

- |   |    |
|---|----|
| 1. Opschoning van de data   | 7  |
| 2. Hoe ziet de steekproef eruit?  | 7  |
| 3. Hoeveel psychologen zijn er en wat is hun opleidingsniveau?          | 7  |
| 4. Hoe besteden de beschikbare psychologen hun tijd?                    | 10 |
| 5. Hoeveel patiënten krijgen CGTp? (eveneens over andere behandelingen) | 10 |

### 4. Conclusies

- |   |    |
|---|----|
| 1. Wat betekenen de uitkomsten?                                 | 14 |
| 2. Identiteit van de EPA-psycholoog en benodigde infrastructuur | 14 |
| 3. Wat moet er verbeteren?                                      | 15 |

### 5. Extra verantwoording

16

### 6. Referenties

18

# 1. ACHTERGROND

## 1.1 Cognitieve gedragstherapie voor psychose (CGTp)

Cognitieve gedragstherapie voor psychose (CGTp) is een therapie waarbij de therapeut een onderzoekende en warme relatie aangaat met de patiënt. Samenwerkend richting de doelen van de patiënt, bestaat de therapie veelal uit ervaringsgericht leren. De therapeut sluit aan bij het verhaal van de patiënt. Bovendien wordt menselijke variëteit omarmd; de patiënt mag zijn zoals hij of zij is en wordt niet beoordeeld op bijzondere ervaringen of ideeën. Het gaat de therapeut om het verminderen van lijdensdruk, vergroten van vrijheid, en het bereiken van de doelen van de patiënt zodat deze weer naar tevredenheid kan gaan functioneren. In tegenstelling tot wat soms door slecht geïnformeerden gedacht wordt, is CGTp niet 'aan de patiënt uitleggen dat die verkeerde gedachten heeft.' Ook is het geen koude of puur technische therapie. Relationele aspecten – warmte, empathie, acceptatie, goed kunnen aansluiten, en samenwerking – zijn het fundament van deze therapie.

CGTp staat in veel landen, ook in Nederland, als belangrijk zorgaanbod voor patiënten met psychose geadviseerd, bijvoorbeeld in de Zorgstandaard Psychose. Wetenschappelijke trials tonen tezamen het effect robuust aan. Iemand die een psychotische stoornis ontwikkelt, een van de meest serieuze psychische aandoeningen, heeft recht op kwalitatief goede zorg. Dit houdt bij aanwezigheid van psychose symptomen, naast medicatie, ook altijd een aanbod van CGTp in. In Nederland is anti-psychotische medicatie goed beschikbaar voor mensen met psychose, maar het was vooralsnog onduidelijk hoe de beschikbaarheid van CGTp in ons land is.

## 1.2 Vanwaar de vraag naar beschikbaarheid?

In Engeland verscheen het rapport 'The abandoned illness; a report by the schizophrenia commission' (2012), waarin beschreven werd hoe zelden mensen met schizofrenie bewezen effectieve zorg ontvingen. Dat ging om CGTp

(slechts 1 op de 10 cliënten had daar toegang toe, terwijl de meeste patiënten er interesse in hadden), alsook om familie-interventies, en steun bij werk, stigma en discriminatie. Een latere Engelse survey bij 187 patiënten met schizofrenie (uit 45 verschillende teams) liet zien dat slechts 7% individuele CGT geboden kreeg, en slechts 5% het daadwerkelijk onderging (Haddock et al., 2014).

Onderdeel van het probleem is dat mensen met psychose als groep niet goed zijn in het behartigen van hun zorgbelangen. Mensen met kanker of hartkwalen bijvoorbeeld, alsook hun families, informeren zich en trekken aan de bel bij ziekenhuizen en zorgverzekeraars wanneer ze de standaardzorg uit de richtlijnen niet krijgen. Ze zijn mondig en geëmancipeerd. Er zijn absoluut ook mensen met psychose die mondig en geëmancipeerd zijn, maar voor hen als groep is het kenmerkend dat ze juist, wellicht mede ook vanwege het ziektebeeld, het bestaande zorgaan-

*Deze patiëntengroep zoekt weinig actief de zorgstandaarden op om vervolgens te vragen of op te eisen waar ze recht op heeft qua behandeling.*

bod niet actief vragen en bevragen. Veel van hen houden zich er juist verre van en hebben andere prioriteiten in hun leven. Desalniettemin, als aan ze gevraagd wordt – bijvoorbeeld in onderzoek – of ze psychologische behandeling zoals CGTp zouden willen voor hun problemen, dan hebben veel cliënten daar zeker behoefte aan. In het Engelse rapport van 'the abandoned illness' bleek dat CGTp de meest genoemde psychosociale interventie was bij de vraag wat men zou waarderen naast medicatie. Bij een actief aanbod blijkt de behoefte dus wel degelijk te

bestaan. Maar bij een gebrek aan aanbod zoekt deze groep weinig actief de zorgstandaarden op om vervolgens te vragen of op te eisen waar ze recht op hebben qua behandeling. Tegelijkertijd frustreert het cliënten en hun families sterk dat ze een 'one size fits all' benadering ervaren wanneer ze slechts medicatie krijgen voorgeschreven (the abandoned illness, 2012).

Het lijkt er bovendien op dat antipsychotische medicatie relatief eenvoudig is om voor te schrijven, aangezien de infrastructuur hiervoor goed is geïmplementeerd in de huidige zorg (de recepten-infrastructuur, apotheken, bloedcontroles, voldoende medische kennis bij artsen en psychiaters, en andere voorwaarden). Andere behandelingen eisen een andersoortige infrastructuur en structurele inzet om de implementatie en kwaliteit op niveau te brengen en te houden. CGTp is moeilijk, en de toepassing vereist beschikbare psychologen met (1) een goede basisopleiding in CGT; (2) een specialistische vervolgopleiding in CGT bij psychose; en (3) affiniteit met de vele specifieke kenmerken van deze doelgroep en setting. Bovendien zouden de collega-disciplines alle patiënten met psychose standaard moeten verwijzen naar een psycholoog voor een consult om te bekijken wat mogelijkheden zijn voor psychologische behandeling. De vraag is of dat op dit moment standaard gebeurt.

De indruk dat de implementatie van CGTp in Nederland niet veel beter is werd versterkt doordat het Zorginstituut Nederland (ZIN) een steekproef uit de landelijke declaratiedata onderzocht. Deze steekproef liet zien dat er een dalende trend is in het gebruik van de declaratiecode CGT bij patiënten met een psychotische stoornis. In 2016 bleek nog dat slechts bij 2,5% van hen minimaal één keer de CGT-code gebruikt was in de declaratie. Bovendien kregen deze patiënten gemiddeld slechts 6,5 sessies, terwijl de wetenschappelijke literatuur en klinische ervaring 20-30 sessies CGTp als minimum stellen voor effectieve behandeling. Deze uitkomsten van het ZIN-onderzoek zijn

lastig te interpreteren, omdat onduidelijk is hoe psychologen CGTp registreren. Mogelijk zijn de gevonden cijfers een onderschatting en wordt er feitelijk meer CGTp geboden, maar wordt dit gescoord met een andere declaratiecode, bijvoorbeeld als een begeleidend contact. Anderzijds is het percentage patiënten dat CGTp ontvangt wellicht juist overschat, omdat de declaratiecode CGT gebruikt werd om CGT voor andere problemen te declareren, zoals CGT voor angst, trauma, verslaving, of persoonlijkheidsproblematiek. Specifieker onderzoek is nodig om de uitkomsten van het ZIN-onderzoek te kunnen duiden.

### **1.3 Vraagstelling**

Hoe is de beschikbaarheid van CGTp in de Nederlandse GGZ?

#### **VRAAGSTELLING**

*Hoe is de beschikbaarheid van CGTp in de Nederlandse GGZ?*

## 2. METHODE

In januari en februari 2019 zijn 19 Nederlandse GGZ-instellingen benaderd waarvan bekend is dat ze ambulante psychosezorg bieden. Via contactpersonen zijn alle ambulante teams in kaart gebracht waarbinnen psychosezorg wordt verleend. Voor ieder team is een contactpersoon vastgesteld die vervolgens per e-mail gevraagd is om deel te nemen aan de survey en gegevens over dat team aan te leveren. Na een week en nogmaals na twee weken is een reminder gestuurd indien de persoon nog niet had gereageerd. Alle deelnemers werd uitgelegd waartoe de survey diende, en ook werd anonimiteit van de instelling in de uiteindelijke rapportage gegarandeerd. De individuele instellingen kregen wel hun eigen data terug, zodat ze er zelf intern hun voordeel mee konden doen indien gewenst.

De survey is uitgezet met behulp van SurveyMonkey, zodat data online werd verzameld.

### PER TEAM IS IN DE SURVEY GEVRAAGD NAAR:

- 1 doelgroep-kenmerken van de patiënten in dat team;
- 2 beschikbaarheid en opleidingsachtergrond van psychologen in dat team; en
- 3 toepassing van CGTp en enkele andere psychologische behandelingen.

# 3. UITKOMSTEN

Er zijn 202 responses binnengekomen.

## 3.1 Opschoning van de data

- Voor acht teams zijn twee reacties ingevuld, terwijl de survey-vragen gericht waren op één respons per team. Bij de dubbel ingevulde teams zijn de antwoorden van de hoogstopgeleide psycholoog gebruikt.
- Teams waarbij werd aangegeven dat minder dan 10% van de doelgroep psychose betrof, zijn verwijderd (vier teams).
- Eén respons was volledig leeg en is verwijderd.
- Bij 'anders' invullingen is het antwoord telkens op inhoud beoordeeld en soms gehercodeerd naar een reguliere antwoord-optie.
- Ontbrekende antwoorden zijn ingevuld met het gemiddelde van de andere scores in datzelfde item.
- Eén extreme score van psychologen-FTE is verwijderd (96 FTE in één team) omdat die niet anders dan foutief kan zijn geweest.
- Vier deelnemers hebben achteraf aangegeven correcties in hun invullingen aan te willen brengen, en die zijn aangebracht.

## 3.2 Hoe ziet de steekproef eruit?

Van de in totaal 260 geïnccludeerde aanwezige ambulante psychose-behandelende teams van de 19 participerende instellingen, is er uiteindelijk van 189 unieke teams (73%) informatie

*Concluderend is de steekproef van de survey groot en vermoedelijk representatief voor de daadwerkelijke Nederlandse ambulante psychosezorg.*

verkregen en meegenomen. Ook van de teams zonder psycholoog (15 in totaal) zijn er data van 9 teams binnen. Die zijn dus eveneens gerepresenteerd in de uiteindelijke uitkomsten.

De 189 deelnemende teams van de 19 instellingen tezamen bedienden ten tijde van de survey zo'n 37.500 cliënten, waarvan ongeveer 24.000 cliënten met psychose (op basis van geschatte aantallen per team uit de survey). De Generieke Module (GGZ Standaard) Ernstige Psychiatrische Aandoeningen (EPA) omschrijft dat er in Nederland naar schatting 281.000 mensen met EPA zijn, waarvan 75% in zorg is, en daarvan hebben weer 160.000 mensen de volwassen leeftijd (18 tot 65 jaar). Van deze 160.000 mensen heeft ongeveer 60% een psychotische stoornis, dus 96.000 mensen; naar schatting het totale aantal volwassenen met psychose in zorg, zowel ambulant als klinisch, in Nederland. Van deze 96.000 bedienden de in deze survey deelnemende ambulante teams met de schatting van 24.000 dus 25%.

Concluderend is de steekproef van de survey groot en vermoedelijk representatief voor de daadwerkelijke Nederlandse ambulante psychosezorg. De deelnemende teams bedienen samen een kwart van alle klinisch en ambulante zorggebruikende patiënten met psychose in Nederland.

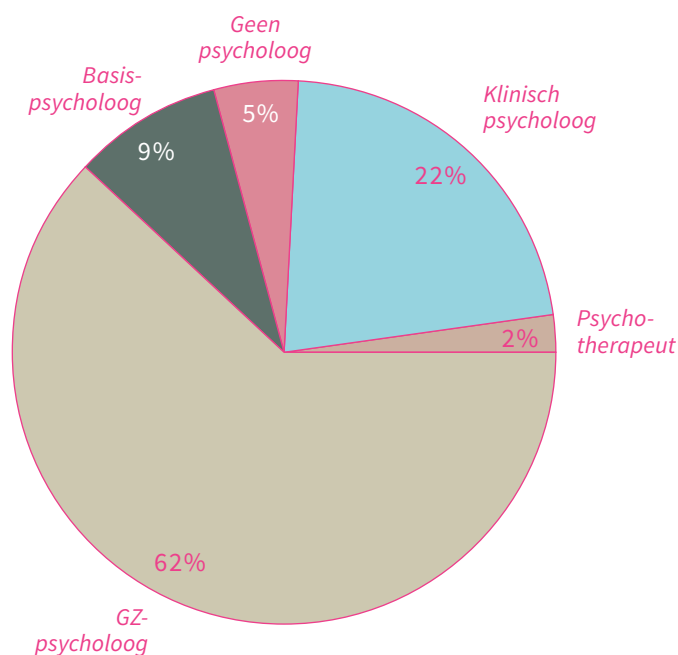
## 3.3 Hoeveel psychologen zijn er en wat is hun opleidingsniveau?

In 180 van de 189 teams werkt tenminste één psycholoog voor minimaal 0,1 fte. 5% van de teams heeft geen psycholoog. De totale hoeveelheid FTE betreft 189, dus gemiddeld 1,0 FTE psycholoog per team. Gezien het aantal patiënten in de teams tezamen (37.460), komt dit uit op 1,0 FTE psycholoog per 198 patiënten.

## BIG OPLEIDING

In 41 teams (22%) is minimaal 0,1 fte klinisch psycholoog beschikbaar. In 118 teams is de hoogstopleide beschikbare psycholoog een GZ-psycholoog, in 4 teams een psychotherapeut, en in 17 teams een basispsycholoog. De overige 9 teams (5%) hebben geen psycholoog beschikbaar.

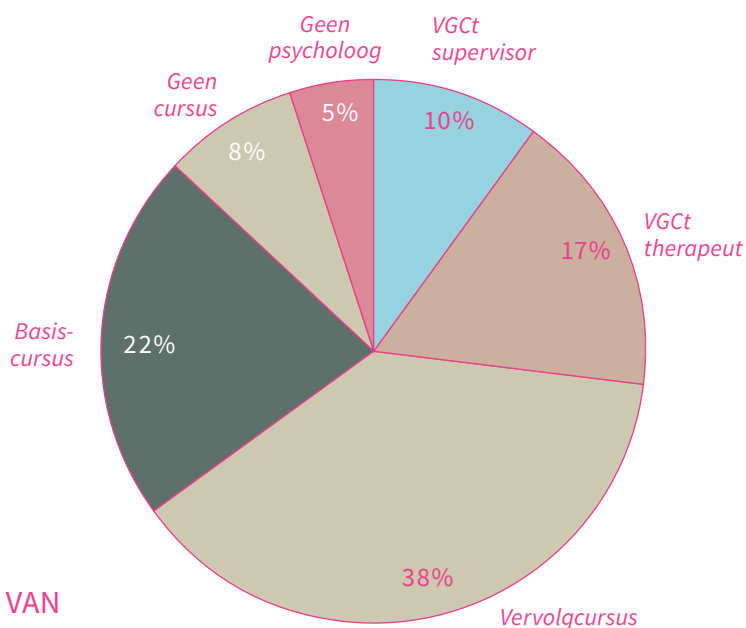
### BIG-NIVEAU VAN HOOGST OPGELEIDE BESCHIKBARE PSYCHOLOOG



## VGCT OPLEIDING

In 51 teams (27%) werkt een erkend cognitief gedragstherapeut VGCT, waarbij die psycholoog in 18 gevallen (10%) ook VGCT supervisor is.

### VGCT-NIVEAU VAN BESCHIKBARE PSYCHOLOOG



## CGTP OPLEIDING

In 82 teams heeft minimaal één van de beschikbare psychologen een cursus CGTp gevolgd. Dit betrof voor de helft de 8-daagse cursus, en de andere helft een verkorte cursus (4 of 6 dagen). Dat betekent dat er in 43% van de teams een

psycholoog is die, in ieder geval gedeeltelijke, specifieke CGTp-vaardigheden heeft opgedaan in een cursus. In 57% van de teams zijn de specifieke CGTp kennis en vaardigheden niet aanwezig, of zijn deze met behulp van een andere route (zelfstudie, supervisie) vergaard.



Er zullen vast enkele psychologen zijn die op die manier een niveau van competentie kunnen bereiken, zoals er ook psychologen zullen zijn die ondanks cursus niet competent worden in de uitvoering van CGTp. Wel weten we dat CGTp moeilijk is, omdat de problematiek altijd complex is met veel co-morbiditeit. CGTp vraagt uiteenlopende vaardigheden en kennis van therapeuten, bijvoorbeeld: goed aan kunnen sluiten; relationeel goed samen kunnen werken; analytisch denkvermogen en kennis van cognitieve- en leertheorie om goed te kun-

### *CGTp vraagt uiteenlopende vaardigheden en kennis van therapeuten*

nen conceptualiseren; creativiteit; en focus kunnen behouden in complexiteit. Dat maakt training, bestaande uit cursus en supervisie, een belangrijke basisvoorwaarde om een niveau van competentie te bereiken. Dat wordt bevestigd in Engels onderzoek: training bleek een noodzakelijk onderdeel voor implementatie van CGTp (Switzer & Harper, 2019).

#### **Andere opleidingen**

##### **TRAUMA/PTSS**

In 158 teams heeft minimaal één van de beschikbare psychologen een cursus in een specifieke traumabehandeling gevolgd. Dat betrof met name EMDR en imaginaire exposure, doch soms ook BEPP, NET, en cognitieve herstructurering. In 84% van de teams is dus tenminste een bepaalde vorm van traumabehandeling-expertise aanwezig.

##### **SYSTEEMTHERAPIE**

In 74 teams heeft minimaal één van de beschikbare psychologen een (gedeeltelijke) cursus systeemtherapie gevolgd, dus aanwezig in 39% van de teams.

##### **PERSOONLIJKHEIDSPROBLEMATIEK**

In 114 teams heeft minimaal één van de beschikbare psychologen een (gedeeltelijke) cursus persoonlijkheidsbehandeling gevolgd. Dat betrof met name schematherapie, MBT en DGT. In 60% van de teams is dus tenminste een bepaalde vorm van persoonlijkheidsbehandeling-expertise aanwezig.

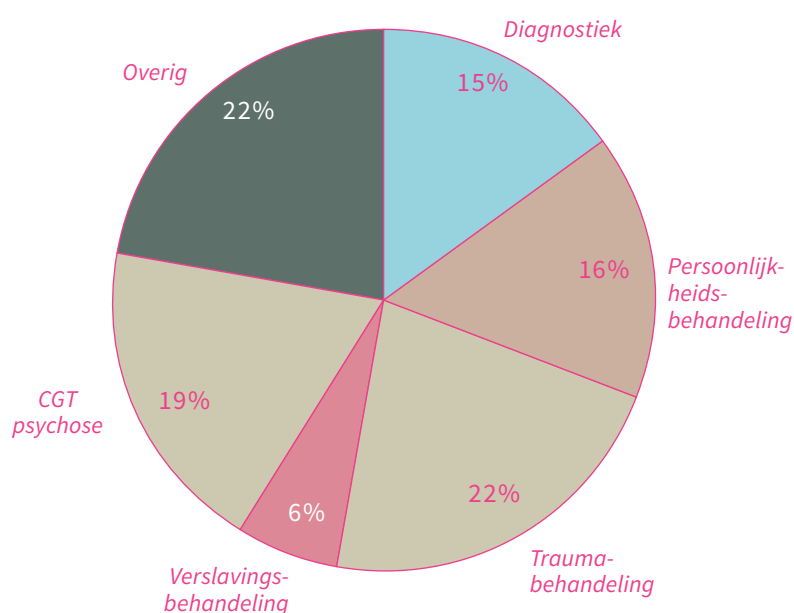
##### **INTERPRETATIE**

Slechts iets meer dan één op de vijf teams heeft een klinisch psycholoog beschikbaar. Meer dan de helft van de teams (57%) heeft geen psycholoog die een CGTp-cursus heeft gevolgd, een serieus gebrek indien we willen bewerkstelligen dat patiënten met psychose effectief behandeld worden. Ook het niveau van de algemene CGT-opleiding in het algemeen kan aanzienlijk beter. Slechts in iets meer dan een kwart (27%) van de teams is een erkend VGCT-therapeut aanwezig. Deze beide opleidingen – VGCT-therapeut en een specifieke cursus omtrent CGT bij psychose – zijn vereist om zelfstandig CGTp op een adequate en effectieve manier uit te kunnen voeren. Bij een aanzienlijk deel van de teams is aanvullende training en voortgaande supervisie van de psychologen nodig om te bewerkstelligen dat CGTp van voldoende kwaliteit gegeven wordt. Vaker dan CGTp hebben de beschikbare psychologen minimaal enige opleidingsachtergrond in traumabehandeling en persoonlijkheidsbehandeling. En hoewel trauma en persoonlijkheidsproblematiek veel voorkomen in de doelgroep van deze teams, zowel als primaire diagnose als co-morbide naast de psychose, is de psychose problematiek zelf toch de 'core business' van deze teams; bij 64% van de patiënten van deze teams staat de psychose op de voorgrond.

### 3.4 Hoe besteden de beschikbare psychologen hun tijd?

De antwoorden op de survey geven deze schattingen aan:

#### GESCHATTE TIJDBESTEDING PSYCHOLOOG CAPACITEIT



De beschikbare psychologen schatten dat zij zo'n 19% van hun tijd aan CGTp te besteden. Veel tijd wordt besteed aan traumabehandeling, en ook persoonlijkheidsbehandeling betreft een aanzienlijk deel van hun activiteiten. Met 'overig' worden alle andere behandelingen bedoeld (zoals depressie, angsten, systeemtherapie, eetproblemen, etc.), alsook vergadering, teamcoaching, intervisie, regiebehandelaarstaken en dergelijke.

In deze tijdsverdeling valt hetzelfde op als bij de opleidingsachtergrond van de psychologen. Er wordt meer tijd besteed aan traumabehandeling dan aan CGTp, terwijl psychose in de doelgroep van de teams meer voorkomt dan PTSS.

### 3.5 Hoeveel patiënten krijgen CGTp?

Opgeteld behandelen de therapeuten momenteel 1.061 patiënten met psychose middels CGTp. Dat is 4,4% van de totale hoeveelheid patiënten met psychose (23.858) in zorg in die teams en kan dus beschouwd worden als de puntprevalentie. Als men ervan uitgaat dat cliënten gemiddeld 32 sessies aangeboden krijgen bij een succesvol traject (20 sessies CGTp + 2x6 boostersessies), eens per week, dan kan in een tijdsbestek van drie jaar 4,5 keer datzelfde aantal patiënten een volledige CGTp behandeling ondergaan. Over een periode van 3 jaar kan dus 20% van het aantal patiënten in zorg met psychose in deze teams behandeld worden (de periodeprevalentie). We nemen drie jaar als ijkpunt, omdat de patiënten vaak meerdere jaren in zorg zijn, en mogelijk na drie jaar uit zorg gaan of doorstromen naar bijvoorbeeld basis GGZ. Er moet vermeld worden dat zo'n 10% van de invullers deze vraag niet beantwoordde, en dat in de opmerkingen enkele keren werd vermeld dat het moeilijk schatten was hoeveel unieke patiënten er actueel (binnen één maand luidde de vraag) CGTp ontvingen. Deze cijfers zijn in sommige gevallen dus wellicht gegeven op basis van individuele team-schattingen in plaats van een nauwkeurige telling.

Een andere manier om te berekenen hoeveel patiënten CGTp ontvangen, is door het aantal FTE psychologen te vermenigvuldigen met het aantal uren dat therapeuten aangeven aan CGTp te besteden. Dat komt uit op  $189(\text{FTE}) \times 46(\text{werkweken/jaar}) \times 36(\text{uur/week}) \times 0,19(\text{CGTp-tijdsbesteding}) \times 3(\text{jaar}) = 178.400$  beschikbare CGTp-therapie-uren in drie jaar. Indien alle patiënten met psychose ergens in drie jaar een volledig CGTp-traject gebruiken, dan is dat  $23.858(\text{patiënten}) \times 32(\text{sessies}) = 763.456$  therapie-uren. Alle psychologen samen zeggen daar dus 23% van te doen. Dit ligt dichtbij de schatting hierboven op basis van het aantal patiënten dat op het moment van de meting CGTp krijgt.

## Hoeveel worden andere behandelingen gegeven?

### PTSS

We kunnen er op basis van onderzoek vanuit gaan dat 16% van de totale hoeveelheid patiënten in dit sample een PTSS heeft (De Bont et al., 2015). Opgeteld geven therapeuten aan momenteel 1.083 patiënten daadwerkelijk traumabehandeling. Dat is 18,0% van het geschatte totale aantal patiënten met PTSS in die teams (5.994) en kan dus beschouwd worden als de puntprevalentie. Als men ervan uitgaat dat cliënten gemiddeld 28 sessies aangeboden krijgen bij een succesvol traject, eens per week, dan kan in een tijdsbestek van drie jaar 5 keer datzelfde aantal patiënten een volledige traumabehandeling ondergaan. De periodeprevalentie van mensen die behandeling krijgen over 3 jaar is dus 90% van het aantal patiënten in zorg met PTSS in deze teams. Als we dit berekenen door naar de genoemde tijdsbesteding van de psychologen te kijken in plaats van naar het aantal patiënten dat ze nu in zorg hebben voor trauma (net zoals de tweede berekeningswijze bij CGTp), dan leveren de psychologen maar liefst 123% van de nodige beschikbaarheid aan traumabehandeling.

*De dekkingsgraad van PTSS-behandeling is 100% of zelfs meer. Vijf keer zoveel als de CGTp-dekking.*

Beide berekeningen komen op een opvallend hoge dekkingsgraad uit, bijna vijf keer zoveel als de CGTp-dekking. Hoe kan dit? Mogelijk betekent het dat er meer PTSS aanwezig is dan de veronderstelde 16% van de doelgroep. Die 16% is weliswaar gebaseerd op een grootschalig en betrouwbaar onderzoek bij meer dan 2.600 psychose patiënten (met screener en state-of-the-art interview; De Bont et al., 2015), doch in de minderheid van de doelgroep zonder psychose zou mogelijk meer PTSS kunnen zitten. Ook kan het dat psychologen gemiddeld meer dan 28 sessies besteden aan iedere PTSS patiënt; dat is voor een gemiddeld cijfer echter wel erg veel. De meest voor de hand liggende verklaring is echter dat psychologen traumabehandeling inzetten bij mensen die niet (volledig) voldoen aan alle criteria van PTSS. Dat kan zinvol zijn in sommige gevallen, maar is potentieel ook zorgelijk. Het behoeft nadere interpretatie en wellicht onderzoek.

### PERSOONLIJKHEIDSPROBLEMATIEK

Momenteel ontvangen 1.210 patiënten een persoonlijkheidstherapie. Dat is een puntprevalentie van 13%, aangenomen dat 25% van het totale aantal patiënten een persoonlijkheidsstoornis heeft. Als men ervan uitgaat dat zij in een tijdspad van drie jaar 65 sessies<sup>1</sup> nodig hebben, kan in drie jaar ongeveer tweemaal dit aantal patiënten een volledige behandeling krijgen, dus zo'n 26%. Eveneens de berekening op basis van de tijdsbesteding van de psychologen komt er op uit dat 25% van de benodigde therapieuren geleverd wordt.

---

<sup>1</sup>De Zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen spreekt van psychotherapie die 1 tot 3 jaar duurt. De folders over SFT en MBT van het Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen geven ditzelfde tijdsbestek aan, met tenminste 2 sessies per week. Een volledige persoonlijkheidsbehandeling betekent dus al snel gemiddeld 130 sessies (1,5 jaar lang 2 sessies per week). Gebaseerd op contact met psychologen in de EPA-zorg is de schatting dat zij dit type therapieën slechts ten dele doen, dus de helft misschien: gemiddeld 65 sessies.

## PROBLEMEN MET MIDDELEN

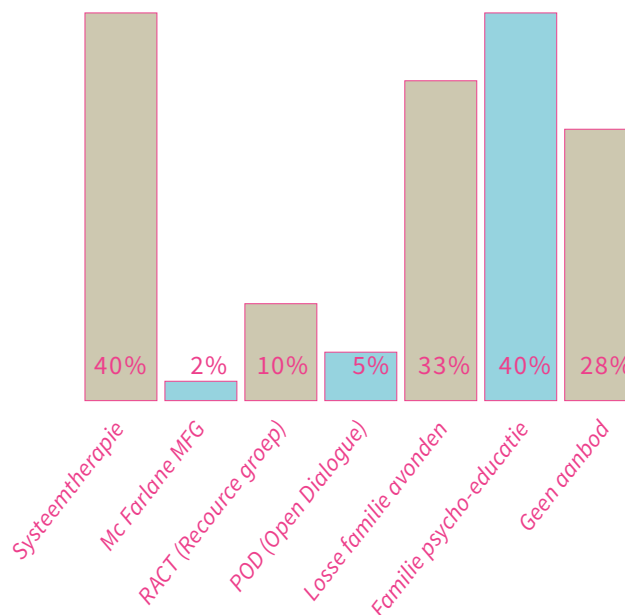
M.b.t. middelenproblematiek bleken slechts 367 patiënten actueel therapie te krijgen. Dat is – aangenomen dat 42% een middelenprobleem heeft (Hunt ea, 2018) – een puntprevalentie van 2,3%. Aangenomen dat zij ergens in drie jaar 14 sessies CGT nodig hebben<sup>2</sup>, kan in een tijdsbestek van drie jaar 9 keer dat aantal patiënten behandeld worden. Dat is 21% van het totaal. Als we de berekeningsvorm gebaseerd op de tijdsbesteding van de psychologen toepassen lijkt 25% van de benodigde uren geleverd te worden. Het ware percentage zal dus ergens tussen de 20 en 25% liggen. Ook werd geregeld genoemd dat de behandeling van middelenproblemen werd uitbesteed aan experts buiten het eigen team of de eigen instelling.

## GEZINSPROBLEMATIEK

Systeeminterventies worden geboden in 72% van de teams. Dit aanbod lijkt niet primair bij de psychologen te liggen, hoewel ze er geregeld een rol in spelen. De psycholoogcijfers m.b.t. het aantal patiënten actueel in systeembehandeling of de tijdsbesteding van psychologen zijn hier om die reden niet gebruikt. In 68% van de teams waren er ook andere disciplines betrokken bij het systeemaanbod. In 39% van de teams heeft de psycholoog een specifieke systeemopleiding gedaan. In 40% van de teams wordt voor individuele gezinnen systeemtherapie geboden; in 2% Multi Family Groups (McFarlane); in 10% Resource groepen; in 5% (Peer-supported) Open Dialogue; in 33% losse familie-avonden; en in 40% een programma met familie psycho-educatie. Wat dit alles inhoudelijk betekent

lichten we hier niet toe, maar is indien gewenst eenvoudig online te vinden. Het is goed om te beseffen dat de spreiding hier groot is, van gezinnen actief betrekken bij de behandeling tot specifieke systeemtherapie met het hele gezin. Ook systeemtherapie voor individuele gezinnen wordt in sommige teams uitbesteed aan experts buiten het eigen team. In 28% van de teams bestaat geen gestructureerd of methodisch behandelaanbod voor systemen/gezinnen. Wel worden ze ook daar op indicatie bij de zorg betrokken, bleek uit de antwoorden.

### % VAN DE TEAMS DAT DIT SYSTEEM-AANBOD HEEFT



<sup>2</sup>De Zorgstandaard omtrent bijvoorbeeld problematisch middelengebruik is niet heel expliciet in het aantal sessies, maar het reguliere CGT-protocol hiervoor kost al snel 14 sessies. Bij meer intensieve behandelvormen met bijvoorbeeld klinische detox, zullen deze ambulante teams vermoedelijk doorverwijzen naar een specifiek behandelcentrum voor verslaving.

### Geven andere disciplines ook CGTp?

Er wordt in de survey geantwoord dat ook andere disciplines CGTp uitvoeren. Naast de psycholoog is dat ten eerste de gedragstherapeutisch werker (CGW-er). Er is in totaal 38,2 FTE aan gedragstherapeutisch werker aanwezig in de teams die deelnamen. Zij geven samen een extra capaciteit om deeltechnieken uit te voeren binnen CGTp-trajecten, maar de exacte tijdsinvestering van hen hiertoe is niet nagevraagd. Maar liefst 31 keer wordt gezegd dat ook casemanagers en verpleegkundigen CGT uitvoeren, vaak deeltechnieken of een G-training. Dit zijn geen mensen in opleiding tot CGW-er. Verder wordt 17 keer een arts of psychiater genoemd die ook CGTp uitvoert. Deze cijfers staan in contrast met het advies van de VGCT en de expert-sectie daarbinnen die over psychose gaat. Goede CGTp vereist hogere niveaus van expertise op gebied van psychotherapie (een vooropleiding als psycholoog of psychiater met specialisatie in psychotherapie), opleiding als gedragstherapeut, en specifieke training in CGTp. Geschoolde CGW-ers kunnen onder supervisie van een getrainde psycholoog delen van de behandeling uitvoeren, zoals gedragsexperimenten in de leefomgeving van de cliënt.

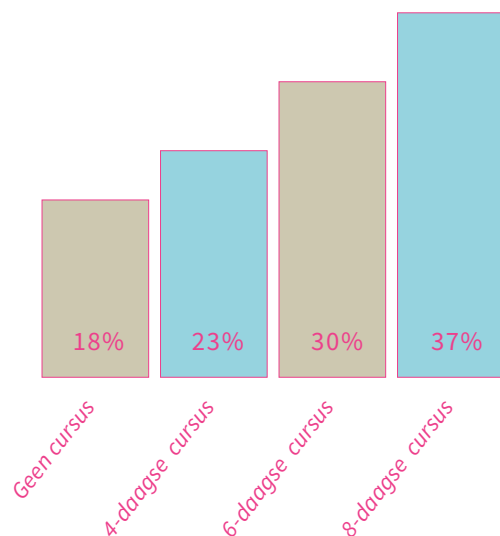
*Er bleek een sterk verband tussen de hoeveelheid opleiding CGTp die de psycholoog gedaan had, en de tijd die deze aan CGTp besteedde.*

Het bleek dat in 9% van de teams de arts of psychiater ook traumabehandeling deed, en in 3% van de teams deed de gedragstherapeutisch werker (CGW-er) traumabehandeling. De arts of psychiater voerde in 13% van de teams ook persoonlijkheidsbehandeling uit; en dit vond bij 2% van de teams plaats door een CGW-er.

### Leidt scholing tot toepassing CGTp?

Er bleek een sterk verband tussen de hoeveelheid opleiding CGTp die de psycholoog gedaan had, en de tijd die deze aan CGTp besteedde. Psychologen zonder specifieke CGTp opleiding besteedden gemiddeld 18% van hun tijd aan CGTp; psychologen met een 4-daagse CGTp cursus, 23%; met een 6-daagse CGTp cursus 30%; en met een 8-daagse CGTp cursus maar liefst 37%. Dit geeft de indruk dat specifiek opleiden een verschil maakt, of op zijn minst dat de psychologen die voor een CGTp-opleiding kiezen ook de psychologen zijn die echt deze behandeling gaan geven.

### BESTEDE PSYCHOLOOG-TIJD AAN CGTP (IN %), AFHANKELIJK VAN DIENS CGTP-OPLEIDINGSNIVEAU



Er bleek daarnaast een sterke relatie (Pearson correlatie  $-0,38$ ;  $p=0,000$ ) tussen: (a) een grotere totale caseload in een team en (b) een lagere dekingsgraad van CGTp (= verhouding van beschikbare psycholoog-uren die zijn ingezet op CGTp ten opzichte van het aantal patiënten met psychose in dat team). Dat wijst erop dat in grotere teams – ondanks dat ze meer FTE psycholoog hebben en er eveneens veel patiënten met psychose zijn – de psychologen minder van hun tijd aan CGTp besteden, en meer in beslag worden genomen door andere zaken. In kleinere teams krijgen patiënten met psychose relatief gezien meer CGTp.

# 4. CONCLUSIES

## 4.1 Wat betekenen de uitkomsten?

Cognitieve gedragstherapie bij psychose (CGTp) is onvoldoende beschikbaar in de huidige Nederlandse GGZ. Slechts 1 op de 4 tot 5 patiënten krijgt in drie jaar tijd een CGTp-traject, en deze behandeling wordt meestal niet uitgevoerd door een voldoende opgeleide psycholoog. Het opleidingsniveau is van groot belang, want het is bekend dat niet goed uitgevoerde CGTp, CGTp zonder belangrijke ingrediënten zoals goede conceptualisatie, of CGTp zonder goede therapeutische relatie en doelaafstemming, niet goed werkt of zelfs averechts kan werken (Brabban, Byrne, Longden & Morrison, 2016, Goldsmith, Lewis, Dunn, & Bentall, 2015; Dunn et al., 2012). Goede opleiding en voortgaande supervisie, bouwend op een stevige basiskennis van CGT, bredere psychotherapeutische principes en vaardigheden, en specifieke kennis en affiniteit met de doelgroep, zijn noodzakelijk om te zorgen dat behandelaars competent worden en effectieve behandeling bieden. Er komt uit deze survey ook een duidelijk patroon naar voren dat hoe meer CGTp-opleiding iemand heeft ondergaan, hoe meer tijd hij/zij ook daadwerkelijk besteedt aan CGTp. Goed opleiden lijkt er dus in ieder geval toe te leiden dat psychologen CGTp vaker toepassen.

Opvallend is dat traumabehandeling relatief meer wordt uitgevoerd dan CGTp, terwijl de behoefte van de doelgroep kleiner is. Psychologen en wellicht ook hun verwijzende collega's (artsen, verpleegkundigen, etc.) lijken meer oog te hebben voor de psychologische mogelijkheden om trauma te behandelen dan psychose. Het implementeren van CGTp betekent dus vermoedelijk ook een kleine verschuiving in focus voor de psychologen en hun collega's.

Het is belangrijk te beseffen dat expertise van behandeling van PTSS en persoonlijkheidsstoornissen doorgaans ook aanwezig is op andere afdelingen van de instellingen, terwijl dat voor CGTp niet zo is. Buiten de psychologen in deze

teams, komt CGTp expertise niet voor binnen de instellingen. Hoewel de ervaring leert dat het vaak lastig is om EPA patiënten te verwijzen naar gespecialiseerde PTSS en persoonlijkheidsstoornissen teams, liggen hier potentieel wel mogelijkheden deze behandelingen elders uit te voeren. Voor CGTp is dit niet zo. Beleid zou er dus op gericht kunnen zijn om CGTp te prioriteren in het aanbod, zodat dat in ieder geval aan de doelgroep kan worden aangeboden. Ze krijgen het anders gewoonweg niet.

## 4.2 Identiteit van de EPA-psycholoog en benodigde infrastructuur

Het vak van de EPA-psycholoog – in FACT of gebiedsteams of wijkteams, zoals de ambulante teams voor EPA-doelgroep vaak heten – is een prachtig vak. Waar psychologen elders in de GGZ vaak overwegend monodisciplinair werken, werkt deze psycholoog samen met andere disciplines. Ook behandelt deze psycholoog naast psychose veel andere aandoeningen, terwijl elders behandeling vaak stoornis-specifiek is georganiseerd. Dit mooie 'vak apart' vraagt om enthousiaste en creatieve geesten, om hoogopgeleide psychologen met veel kwaliteiten, het kennen en volgen van richtlijnen, gebruiken van wetenschap en er bij voorkeur zelf een bijdrage aan leveren. Deze psycholoog is niet vies van een huisbezoek, en schrikt niet van ingewikkelde en meervoudige problematiek. Zij weet zich goed te profileren in een multidisciplinair team waarbij de psychologische zorg ook voor de EPA doelgroep toegankelijk blijft.

Om dit vak te borgen is het nodig dat de psycholoog zich niet te alleen voelt en kan sparren met een senior psycholoog in de buurt die met dezelfde doelgroep werkt. Specifieke opleiding en supervisie zijn noodzakelijk (Switser & Harper, 2019), net als een omgeving (teamleiding, psychiaters, etc.) die de Zorgstandaarden kent en wil toepassen met betrekking tot psychologische interventies. Hiertoe is het nodig dat de multidisciplinaire zorgprofessionals open

staan voor psychologische behandeling en hun visie niet eenzijdig op een biologisch model van psychose steunen (Switser & Harper, 2019). Ook is het nuttig dat psychologen zelf in het algemeen de EPA-zorg minder gaan schuwen of mijden. Wij hebben de indruk dat er nog steeds veel stigma is bij hulpverleners en dat veel psychologen onterecht denken dat er met psychologische behandeling weinig te bereiken valt bij mensen met EPA. Het is aan te bevelen dat het BIG-opleidingsbeleid erop gericht is dat alle psychologen in opleiding een route langs EPA-zorg afleggen. Een dergelijke infrastructuur is nodig om goede psychologische behandeling duurzaam beschikbaar te maken (Johns et al., 2019).

#### 4.3 WAT MOET ER VERBETEREN?

##### **De belangrijkste verbeterpunten:**

- Het aantal psychologen in deze sector moet groeien om te kunnen voldoen aan zorgstandaarden m.b.t. CGT voor psychose en co-morbide aandoeningen. Nu is het 1 FTE per 198 patiënten, en het zou minimaal 1 FTE per 100 patiënten moeten zijn. Vertaal je dit naar Nederland breed op basis van de steekproef in deze survey (met daarin 25% van de doelgroep), dan gaat het om een geschat gebrek van in totaal zo'n 750 FTE psycholoog in de ambulante psychosezorg.
- De in deze sector werkende psychologen hebben meer scholing nodig op gebied van CGT (VGCT-therapeut niveau) en specifieke CGTp. Wat betreft dit laatste is er een inhaalslag nodig bij zeker de helft van de teams. Supervisietrajecten om te borgen dat een niveau van competentie bereikt wordt is sterk aanbevolen.
- De psychologen in deze sector moeten hun tijdsindeling verschuiven naar meer CGTp.
- Bij teams met grote caseload moet een actief beleid komen om psycholoog-uren verdeling en inzet op CGTp gefocust te houden, want psychosebehandeling dreigt met name in grote teams te worden ondergesneeuwd.

# 5. EXTRA VERANTWOORDING

door Prof. Dr. M. van der Gaag

De multidisciplinaire richtlijn en de nieuwe zorgstandaard psychose en vroege psychose stellen dat de standaardzorg voor psychotische patiënten bestaat uit psycho-educatie, farmacotherapie en cognitieve gedragstherapie (1). Deze zorg moet aan alle patiënten aangeboden worden. Daarnaast hebben psychotische patiënten multimorbide stoornissen die met succes te behandelen zijn met de gangbare evidence-based protocollen. Er is hiervoor in het verleden nauwelijks aandacht geweest. Bijvoorbeeld 16% van 2.605 schizofreniepatiënten voldeed aan alle criteria van een posttraumatische stress stoornis. Statusonderzoek vond 97% onderrapportage en 100% onderbehandeling (2). Traumagerichte behandeling was succesvol, er was geen toename van symptoom exacerbaties of adverse events. Het zelfbeeld verbeterde, depressie nam af, paranoïde gedachten namen af en meer patiënten kwamen in remissie van psychotische symptomen (Van den Berg et al., 2015; De Bont et al., 2016; Van den Berg et al., 2016).

Depressie (50%) en problematisch middelengebruik (47%) komen het meeste voor, maar ook posttraumatische stress stoornis (16%), paniekstoornis (15%), sociale fobie (14,9%), obsessief compulsieve stoornis (12%), en gegeneraliseerde angststoornis (10,9%).

Daarnaast heeft ongeveer de helft van de paranoïde patiënten een ernstige slaapstoornis die de paranoïdie onderhoudt (Waite et al., 2016). Naast de stoornisgerichte protocollen zijn er transdiagnostische modulaire protocollen in opkomst. Er is een module die zich richt op het verbeteren van slaap bij paranoïde patiënten die effectief is (Freeman et al., 2015). Er is een module die zich richt op piekeren die effectief is (Freeman et al., 2015). Ook piekeren is zo'n transdiagnostisch ontregeld gedrag die bij psychose en affectieve stoornissen een onderhoudende rol speelt (Startup et al., 2016). Virtual Reality enhanced CGT kan behulpzaam zijn bij het achterdochtig isolement. Het helpt patiënten die straat, winkel, openbaar vervoer,

etc. vermijden uit vrees voor de andere mensen (Pot-Kolder et al., 2018) Veel patiënten hebben en negatief zelfbeeld dat hen beperkt in sociaal-maatschappelijk functioneren. Competitive Memory training is een transdiagnostisch protocol dat helpt het zelfbeeld te verbeteren en depressie te verminderen naast het verminderen van de angst voor bijvoorbeeld hallucinaties (Van der Gaag et al., 2012).

Er zijn dus volop mogelijkheden om psychose en de multimorbide stoornissen succesvol te behandelen. Het vergt relatief weinig menskracht van cognitief gedragstherapeutisch psychotherapeuten. Om een volledig aanbod te realiseren is een uitbreiding van de beschikbare workforce wel noodzakelijk. Een fulltime werkende cognitief gedragstherapeut kan de volledige behandeling geven voor psychose en alle multimorbide stoornissen die daarbij voorkomen bij ongeveer 100 patiënten met een psychotische stoornis (zie tabel 1 op pagina 17 voor de berekeningen).

*Er zijn volop mogelijkheden om psychose en de multimorbide stoornissen succesvol te behandelen. Het vergt relatief weinig menskracht van cognitief gedragstherapeutisch psychotherapeuten. Om een volledig aanbod te realiseren is een uitbreiding van de beschikbare workforce wel noodzakelijk.*



TABEL 1: BEREKENING BENODIGD AANTAL SESSIES

Voor **psychose** geldt: gemiddeld **20** sessies en dat is inclusief geïndividualiseerde psycho-educatie over psychose. In de twee jaren erna nog elk jaar 6 booster sessies.

*Per patiënt is dat:  $32 \text{ sessies} / 3 \text{ jaar} = 10,66 \text{ sessies per jaar}$ .*

Voor **verslaving** is dat **10** sessies. In die twee jaren erna nog 2 sessies per jaar

*Per patiënt is dat  $14 \text{ sessies} / 3 \text{ jaar} \times 47\% = 2,19 \text{ sessies per jaar}$ .*

Voor **depressie**: **16** sessies en 2 boostersessies per jaar gedurende twee jaar

*Per patiënt is dat  $20 \text{ sessies} / 3 \times 50\% = 3,33 \text{ sessies}$ .*

Voor **posttraumatische stress stoornis**: **20** sessies, waarvan 12 traumagericht. In de twee jaren erna nog elk 4 booster sessies.

*Per patiënt is dat  $28 \text{ sessies} / 3 \text{ jaar} \times 16\% = 1,49 \text{ sessies per jaar}$ .*

Voor **OCD**: **16** sessies en 2 boostersessies per jaar gedurende nog twee jaar.

*Per patiënt is dat  $20 \text{ sessies} / 3 \times 12\% = 0,80 \text{ sessies per jaar}$ .*

Voor **sociale fobie**: **16** sessies

*Per patiënt is dat  $16 \text{ sessies} / 3 \times 14,9\% = 0,79 \text{ sessies per jaar}$ .*

Voor **paniekstoornis** is dat **12** sessies

*Per patiënt is dat  $12 \text{ sessies} / 3 \times 15\% = 0,60 \text{ sessies per jaar}$ .*

Voor **GAS**: **12** sessies

*Per patiënt is dat  $12 \text{ sessie} / 3 \times 10,9\% = 0,44 \text{ sessies per jaar}$ .*

In totaal per patiënt is dat **20,3** sessies per jaar. We mogen echter verwachten dat niet alle bovengenoemde stoornissen separaat behandeld hoeven worden. De behandeling van PTSS leidt ook tot minder depressie en meer remissie van psychose. Daarnaast zal niet elke patiënt behandeling willen op het moment dat behan-

deling wel geïndiceerd is. Als we de behoefte dan downgraden van 20 naar bijna 13 sessies per jaar per patiënt en met een productienorm is 1280/1320 uur per jaar, dan betekent dat bij elke 100 patiënten 1,0 fte cognitief gedragstherapeut beschikbaar moet zijn.

---

3 Dit overzicht gaat specifiek over de benodigde uren beschikbare cognitieve gedragstherapie. Dat komt op meer FTE gedragstherapeut uit dan dat er vanuit het FACT-model aan psycholoog-uren wordt geadviseerd (2,0 versus 1,6 FTE per 200 patiënten). Het FACT-model houdt geen rekening met alle co-morbiditeit die ook goed behandelbaar is bij psychose. Dit overzicht van Mark van der Gaag houdt echter weer geen rekening met andere activiteiten van de psycholoog, zoals diagnostiek, ASS-behandeling, persoonlijkheidsbehandeling, en alle indirecte tijd voor andere zaken.

# 6. REFERENTIES

Brabban, A., Byrne, R., Longden, E., & Morrison, A.P. (2016). The importance of human relationships, ethics and recovery-orientated values in the delivery of cbt for people with psychosis. *Psychosis*, 9, 1-10.

De Bont, P.A., van den Berg, D.P., van der Vleugel, B.M., de Roos, C., de Jongh, A., van der Gaag, M., & van Minnen, A.M. (2016). Prolonged exposure and EMDR for PTSD v. A PTSD waiting-list condition: Effects on symptoms of psychosis, depression and social functioning in patients with chronic psychotic disorders. *Psychological Medicine*, 46, 2411-21.

De Bont, P., van den Berg, D.P., van der Vleugel, B.M., de Roos, C., de Jongh, A., van der Gaag, M., & van Minnen, A. (2015). Predictive validity of the trauma screening questionnaire in detecting post-traumatic stress disorder in patients with psychotic disorders. *British Journal of Psychiatry*, 206, 408-16.

Dunn, G., Fowler, D., Rollinson, R., Freeman, D., Kuipers, E., Smith, B., ... Bebbington, P. (2012). Effective elements of cognitive behaviour therapy for psychosis: Results of a novel type of subgroup analysis based on principal stratification. *Psychological Medicine*, 42, 1057-1068.

Freeman, D., Waite, F., Startup, H., Myers, E., Lister, R., McInerney, J., et al. (2015). Efficacy of cognitive behavioural therapy for sleep improvement in patients with persistent delusions and hallucinations (BEST): A prospective, assessor-blind, randomised controlled pilot trial. *Lancet Psychiatry*, 2(11), 975-83.

Freeman, D., Dunn, G., Startup, H., Pugh, K., Cordwell, J., Mander, H., et al. (2015). Effects of cognitive behaviour therapy for worry on persecutory delusions in patients with psychosis (WIT): A parallel, single-blind, randomised controlled trial with a mediation analysis. *Lancet Psychiatry*, 2(4), 305-13.

Generieke Module Ernstige Psychiatrische Aandoeningen (EPA). <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/ernstige-psychische-aandoeningen/zorg-bij-mensen-met-ernstige-psychische-aandoeningen/behandeling-begeleiding-en-terugvalpreventie/behandeling>

Goldsmith, L.P., Lewis, S.W., Dun, G., & Bentall, R.P. (2015). Psychological treatments for early psychosis can be beneficial or harmful, depending on the therapeutic alliance: An instrumental variable analysis. *Psychological Medicine*, 45, 2365-2373.

Haddock, G., Eisner, E., Boone, C., Davies, G., Coogan, C., & Barrowclough, C. (2014). An investigation of the implementation of NICE-recommended CBT interventions for people with schizophrenia. *Journal of Mental Health*, 23, 162-165.

Hunt, G.E., Large, M.M., Cleary, M., Lai, H.M.X., & Saunders, J.B. (2018). Prevalence of comorbid substance use in schizophrenia spectrum disorders in community and clinical settings, 1990-2017: systematic review and meta-analysis. *Drug and alcohol dependence*, 191, 234-258.

Johns, L., Jolley, S., Garety, P., Khondoker, M., Fornells-Ambrojo, M., Onwumere, J., ..., & Byrne, M. (2019). Improving access to psychological therapies for people with severe mental illness (IAPT-SMI): lessons from the south London and Maudsley psychosis demonstration site. *Behaviour Research and Therapy*, 116, 104-110.

Kenniscentrum Persoonlijkeidstoornissen. [kenniscentrump.nl](http://kenniscentrump.nl)

Schizophrenia Commission (2012). *The abandoned illness; a report by the schizophrenia commission*. UK. [https://www.rethink.org/media/514093/TSC\\_main\\_report\\_14\\_nov.pdf](https://www.rethink.org/media/514093/TSC_main_report_14_nov.pdf)

Startup, H., Pugh, K., Dunnm, G., Cordwellm, J., Mander, H., Černis, E., et al. (2016). Worry processes in patients with persecutory delusions. *British Journal of Clinical Psychology*, 55(4), 387-400.

Switser, F., & Harper, S.F. (2019). A narrative review of the barriers to the implementation of cognitive behavioural therapy for psychosis (CBTp). *Psychosis*, DOI: 10.1080/17522439.2019.1578400

Van Alphenm, C., Ammeraal, M., Blanke, C., Boonstra, N., Boumans, H., Bruggeman, R., et al. (2012). *Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie*. Utrecht: De Tijdstroom.

Van den Berg, D.P., de Bont, P.A., van der Vleugel, B.M., de Roos, C., de Jongh, A., van Minnen, A., van der Gaag, M. (2015). Prolonged exposure vs eye movement desensitization and reprocessing vs waiting list for posttraumatic stress disorder in patients with a psychotic disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 72(3), 259-67.

Van den Berg, D.P., de Bont, P.A., van der Vleugel, B.M., de Roos, C., de Jongh, A., van Minnen, A., van der Gaag, M. (2016). Trauma-Focused treatment in PTSD patients with psychosis: Symptom exacerbation, adverse events, and revictimization. *Schizophrenia Bulletin*, 42(3), 693-702.

Waite, F., Myers, E., Harvey, A.G., Espie, C.A., Startup, H., Sheaves, B., Freeman, D (2016). Treating sleep problems in patients with schizophrenia. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 44, 273-87.

Van der Gaag, M., van Oosterhout, B., Daalman, K., Sommer, I.E., Korrelboom, K. (2012). Initial evaluation of the effects of competitive memory training (COMET) on depression in schizophrenia-spectrum patients with persistent auditory verbal hallucinations: A randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 51(2), 158-71.

Zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen. <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/persoonlijkheidsstoornissen/individueel-zorgplan-en-behandeling>

Zorgstandaard Psychose. <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/psychose/individueel-zorgplan-en-behandeling/behandeling-en-begeleiding/psycho-educatie>

2019

Basisontwerp: [hollandsdiepontwerp.nl](http://hollandsdiepontwerp.nl)

Vormgeving: [Kalterontwerpen.nl](http://Kalterontwerpen.nl)

Omslagillustratie: [Shutterstock](http://Shutterstock)

Illustratie pag 2: [Wouter Sessink](http://Wouter Sessink)

#### Contactpersoon

Tonnie Staring

t.staring@altrecht.nl, 030-239 90 70

## DE AUTEURS

**Dr. Tonnie Staring** klinisch psycholoog, Altrecht GGZ

**Dr. David van den Berg** klinisch psycholoog, Parnassia en Vrije Universiteit (VU) Amsterdam

**Dr. Hanneke Schuurmans** GZ-psycholoog, Vincent van Gogh GGZ

**Drs. Berber van der Vleugel** GZ-psycholoog, GGZ Noord-Holland Noord

Speciaal dank aan **Yvonne de Jong**, klinisch psycholoog, en **prof. dr. Mark van der Gaag**, klinisch psycholoog, voor hun eerste aanzet tot het uitvoeren van een survey.