

---

# UIT DEN LANDE

## Verslag Symposium "Vroege Psychose" 6 mei 1998

### **Inleiding**

De laatste jaren is er toenemende belangstelling voor de vroegherkenning van eerste verschijnselen van ernstige psychiatrische stoornissen. Met name op het gebied van de psychotische /schizofrene ontwikkelingen worden we geconfronteerd met projecten en publicaties daarover, zie bv MGv 1-98 en 4-98.

Maar wat van ver komt is altijd beter, dus besloot ik een werkbezoek te brengen aan EPPIC (Early Psychosis Prevention and Intervention Centre) in Melbourne Australië. Niet wetend dat kort na mijn terugkomst de introductie van de daar ontwikkelde modules in een Nederlandse vertaling gepresenteerd zouden worden. Dat vond op 6 mei jl in Utrecht plaats. Deze presentatie zou een Train-the-Trainer structuur hebben. Echter door het grote aantal deelnemers op deze dag en de omvang van de modules kwam dat niet voldoende uit de verf. De dag werd voorgezeten door prof. dr. H. van Engeland. De belangrijkste sprekers waren Prof. P.D. McCorry and J. Edwards, resp. directeur en adjunct-directeur van EPPIC.

### **EPPIC**

Rond 1990 is men in Melbourne van start gegaan met het EPPIC project. Uitgangspunt was de veronderstelling dat vroeghulp bij de eerste signalen die kunnen duiden op een ontwikkeling richting psychose, een positieve invloed heeft. Met als resultaat het verloop van de aandoening verbeteren en het doen afnemen van chroniciteit.

De doelgroep bestaat uit jongeren tussen de 13 en 30 jaar.

Vroegtijdige behandeling wordt gedefinieerd als preventie.

**Delay** is de term die gebruikt wordt voor de tijd die verstrijkt tussen het manifesteren van de eerste signalen en het daadwerkelijke "uitbreken", het (h)erkennen, van de stoornis. Alles is erop gericht deze periode te beperken. De periode wordt ook wel de prodromale fase genoemd. Er wordt onderscheid gemaakt in Patient-delay, Family-delay en Doctors-delay.

Opmerkelijk is dat de familie vaak de kortste delay tijd heeft; zij zien al vroeg dat er-wat-aan-de-hand is. De patiënt doet er langer over om het te accepteren. De huisarts blijft prodromale verschijnselen nauwelijks te herkennen; slechts 10 % van de verwijzingen komt van hen. Bij de start van het project kende men in Melbourne een delay-periode van 2 jaar, dit zou redelijk in de pas lopen met de duur van elders op de wereld gevonden periodes. Het beperken van deze periode is dus een belangrijke doelstelling in dit project en is nu in Melbourne teruggebracht tot 6 maand. Een tweede doel was het zo vroeg mogelijk starten met een behandeltraject. Vanuit de overtuiging dat bij de patiënt (toekomstige) psychotische fasen zich minder heftig en minder vaak manifesteren. Hierbij wordt een reeks van behandelstrategieën en preventiestrategieën gecombineerd. Simultaan wordt zo snel mogelijk laagdrempelige hulpverlening gestart gericht op reduceren van de

symptomen, bv medicatie naast psycho-educatie.

Later kan een (psycho-) therapeutisch aanbod volgen. Het wordt belangrijk gevonden de familie er direct bij te betrekken en voorlichting te starten voor de jongere en de directe omgeving. In de beginfase speelt de case-manager een cruciale rol. Met een snelle start hoopt men stigmatisering en secundaire ziekte winst te verminderen.

### De Modules

Het programma zoals ontwikkeld door EPPIC is uitgewerkt in 10 modulen die onderling op elkaar aansluiten, soms ook deels overlappen.

Module 1 uit het pakket gaat over Herkenning.

Herkenning blijkt een hele klus omdat de meeste signalen en symptomen a-specifiek zijn, d.w.z ze kunnen een psychotische ontwikkeling inluiden, maar kunnen net zo goed wijzen op iets anders. Te denken valt aan veranderingen in slaap- of eetpatroon, depressie, angst, etc.

Bij de differentiaal diagnostiek wordt sterk gelet op significante risicofactoren, zoals belaste familieanamnese. Jane Edwards zei hierover: "Identify at-risk individuals, while minimising false-positive case". De overige modules sluiten hierop aan en maken gebruik van een mix van uiteenlopende behandel- en begeleidingsstrategieën. Het gehele pakket is ontwikkeld vanuit een expliciete preventievisie, met voorlichting-programma's op allerlei niveau's. Het voert te ver om alle modules in dit artikel te behandelen.

Hieronder volgt een opsomming:

Module 2 behandelt Strategieën voor vroege hulpverlening.

Module 3 heet Diagnostiek van de

eerste psychotische episode.

Module 4 is Acute behandeling.

Module 5 Psychologische interventies

Module 6 Voortgezette behandeling

Module 7 Gezins-interventies en -begeleiding

Module 8 Sociale interventies

Module 9 Psycho-educatie

Module 10 Preventieve interventies en projecten.

### De Australische praktijk

De meeste indruk van het EPPIC gebeuren in Australië zelf was de attitude. Alles is gericht op normalisatie, voorkomen van (zelf)stigmatisering. Dit komt o.a. tot uitdrukking in de laagdrempelige toegankelijkheid (24 uur per dag bereikbaar) voor potentiële patiënten, verwijzers, etc. Er wordt gewerkt vanuit een sterk solidariteitsprincipe, waarbij de zorg wordt beschouwd als een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Men wil graag geloofwaardig zijn voor de doelgroep en lijkt daar goed in te slagen. Normalisatie is een ander steekwoord wat hierin naar voren komt; zowel voor de patiënt en familie als ook voor de maatschappij. Tijdens het bezoek viel op dat de werkdruk groot is. Het overleg tussen de opname-afdeling en casemanager leek tijdens mijn aanwezigheid meer te gaan over capaciteitsproblematiek dan behandelinhoud. Vanwege nieuwe aanmeldingen moesten er bedden worden vrijgemaakt van patiënten die daar nog niet aan toe waren.

### De Nederlandse situatie

Het was Don Linszen die in zijn verhaal aantoonde dat EPPIC zijn waarde zeker heeft bewezen, door delay van 2 jaar naar 6 maand terug te brengen. Dat betekent dat er werkzame

componenten zijn die ook voor de GGZ in ons land van waarde zijn. Als werkzame factoren noemde hij o.a. continuïteit in persoon tijdens ambulantly contact én opname.

Bereikbaarheid en aanwezigheid staan daarbij centraal. Hij toonde aan dat in Nederland de delay-periode al  $\pm 6$  maand is. Het "Filter-model" (Huisarts -> Riagg -> APZ) functioneert kennelijk goed. Wel deed hij de aanbeveling de kennis voor Riagg medewerkers van het prodromale en vroeg-herkenning te verbeteren.

Linszen noemde zich geen voorstander van het in alle gevallen minimaliseren van de opnameduur.

### Enige kanttekeningen

De modules zijn soms een te letterlijke vertaling, waarin vooral de Australische situatie naar voren komt. De GGZ tradities zijn in deze beide landen toch wel verschillend, bijvoorbeeld een andere verwijstructuur en -cultuur, behandelopvatting, andere voorzieningen en -financiering. De doelgroep waar EPPIC zich op richt valt in Nederland deels in de jeugdzorgcircuits en deels in de volwassenzorg. Mogelijk dat de Nederlandse redactie van deze modulen voelt voor volledige overname van het Australische model, maar dat is niet waarschijnlijk.

### Discussie

De discussie aan het eind van de dag bleef beperkt tot onderwerpen als

diagnostiek en medicatie. Wellicht is dat ook op te vatten als een eerbetoon aan de firma Janssen-Cilag die, niet alleen deze conferentie organiseerde, maar ook de ontwikkeling van de EPPIC modules en de Nederlandse vertaling daarvan mogelijk maakte in de vorm van een goed verzorgd trainingspakket.

### Conclusie

De modules lijken mij, met enige aanpassing door de gebruiker naar de eigen situatie, zeer bruikbaar. De samenstellers zijn er in geslaagd een behandeltraject te bouwen met een hoog preventief gehalte (en vice versa). Hoewel het materiaal is bedoeld voor vroegdetectie en -behandeling van psychosen, biedt het gepresenteerde werkmodel goede transfermogelijkheden naar andere stoornissen. Hierin ligt ook zeker gebruikswaarde voor GGZ onderwijs.

### Informatie

De modules zijn te bestellen bij Janssen-Cilag, kosten FI 125,- Van EPPIC is op het internet een uitstekende site te vinden met gedetailleerde informatie over het project, te vinden onder:  
[WWW.VICNET.NET.AU/~eppic/](http://WWW.VICNET.NET.AU/~eppic/)

Martin Morsman docent/SPV,  
Hanzehogeschool Groningen en  
Riagg Drenthe.

---

## De verpleegkundige zorg aan mensen met Schizofrenie

In Amersfoort vond op 26 mei 1998 een consensusbijeenkomst plaats met als onderwerp "De verpleegkundige zorg aan mensen met

Schizofrenie".

In januari 1997 nam de Nederlandse Vereniging van Psychiatrische Ver-

pleegkundigen (NVPV) het initiatief om een werkgroep Schizofrenie te installeren. Deze werkgroep kreeg als opdracht een consensusdocument te ontwerpen dat specifiek betrekking heeft op de verpleegkundige zorg aan mensen met Schizofrenie. De werkgroep, bestaande uit verpleegkundigen werkzaam op ambulante, transmurale en intramurale lokaties en vertegenwoordigers van Ypsilon en Anòixsis, schreef een concept consensusdocument waarin de minimumeisen worden geformuleerd waaraan verpleegkundige zorg moet voldoen.

In april 1997 werd de eerste concepttekst breed verspreid (waaronder SP nr. 48, juli 1997) en had men vijf maanden de tijd om op dit concept te reageren. De reacties werden door de werkgroep verwerkt en een consensusdocument werd aan de NVPV aangeboden.

Samen met het Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CAO) werd een syllabus samen gesteld en een consensusbijeenkomst georganiseerd.

Het doel van deze bijeenkomst was het bereiken van consensus over standaarden voor de verpleegkundige zorg aan mensen met Schizofrenie. De syllabus bestaat uit vijf hoofdstukken. Ieder hoofdstuk beschrijft één zogenaamd domein conform het consensusdocument.

De domeinen zijn:

- attitude en bejegening;
- omgaan met de ziekte Schizofrenie;
- dagbesteding en wonen;
- het sociaal netwerk;
- methodiek van het verpleegkundig handelen.

Per hoofdstuk worden er standaarden gepresenteerd. Tijdens de consensus-

bijeenkomst dienden die als uitgangspunt voor de discussie.

Ongeveer 130 verpleegkundigen, werkzaam op diverse niveau's van de GGZ, gingen met elkaar en de werkgroep in gesprek over deze standaarden.

Over het algemeen was de zaal het eens met de stellingen, wat een groot compliment is voor de werkgroep.

Het valt niet mee een tekst te formuleren die helder en toetsbaar is en waar veel verpleegkundigen zich in kunnen vinden.

De consensustekst gaat uit van wat patiënten en hun familie minimaal van de verpleegkundige zorg mogen verwachten.

De werkgroep is van mening dat iedere verpleegkundige deze eisen niet geheel zelfstandig hoeft te verwezenlijken. Als hij/zij het overzicht maar heeft dat er aan alle domeinen gedacht wordt tijdens de behandeling en begeleiding.

Naar mijn smaak stelt dit qua autonomie, vakkennis en communicatieve vaardigheden zeer hoge eisen aan de verpleegkundige. Praktische vragen als: Kan elke verpleegkundige dit en hoe verhoudt deze verantwoordelijkheid zich ten opzichte van de verantwoordelijkheid van de behandelaar en andere betrokken disciplines, werden mijns inziens niet bevredigend beantwoord.

Naast deze vragen ben ik echter overtuigd van het nut en de kracht die uitgaat van zo'n consensus. Er ligt nu een heldere tekst van de verpleegkundige beroepsgroep, die zowel voor intern gebruik

(deskundigheidsbevordering, intervisie en opleiding) als in de contacten met andere disciplines en patiënten- en familieorganisaties, van waarde kunnen zijn. De kwaliteit van

verpleegkundige zorg is hiermee beter evalueerbaar geworden.

Nog mooier zou het zijn als niet alleen de NVPV, maar ook de NVSPV dit stuk zou 'dragen'.

Op grond van de reacties op de tekst en de discussie uit de zaal wordt de tekst weer aangepast. Deze definitieve consensustekst wordt voorgelegd aan de Verpleegkundig Wetenschappelijke Raad. Deze raad proeft, wikt en weegt en indien goed bevonden wordt de

definitieve consen-sustekst naar de diverse relevantie instellingen en organisaties gestuurd. Deze uiteindelijke 'definitieve' tekst heeft een tijdelijk karakter. Professionele, wetenschappelijke en maatschappelijke ontwikkelingen maken na verloop van tijd herziening noodzakelijk. Dit betekent dat de tekst over vijf jaar door deskundigen opnieuw beoordeeld wordt.

Jan Ravestein