

## De Zorgstandaard Psychose in de praktijk

**Vanuit verschillende rollen interviewen Rob van Grunsven (KP) en Cherish Abdoelgafoer (Piog) elkaar over de Zorgstandaard Psychose. Daar waar Rob de Zorgstandaard heeft bekeken vanuit zijn eigen beroepsperspectief, licht Cherish het gebruik in de dagelijkse praktijk ervan toe.**

*'De Zorgstandaard noemt cognitieve gedragstherapie voor psychose als een noodzakelijk onderdeel van de behandeling van psychose', aldus Rob. 'Onder welke voorwaarden vind jij dat master-, gz- of klinisch psychologen die CGT kunnen uitvoeren?' Cherish: 'Voordat je van start kan gaan moet je eerst weten wie de mensen zijn in de populatie in een FACT-team. Toen ik net begon had ik geen idee hoe schizofrenie of psychose eruit zag, buiten de schoolboeken om. Ik heb naast de basiscursus CGT, de vervolgcursus CGT gedaan en heb ik bij mijn vorige baan in het FACT-team in de werkgroep Psychose gezeten. Ik denk dat een masterpsycholoog altijd onder supervisie van een gz-psycholoog CGT-P moet gaan doen. Binnen de gz-opleiding is er een keuzemodule Psychose, waarin er dieper op de CGT-P wordt ingegaan. Rob: 'Er is een 8-daagse opleiding 'CGT bij Psychose en Trauma'. Vanaf 2020 wordt deze cursus o.a. verzorgd door Forta Opleidingen. Ik raad de basiscursus VGcT (100 uur) als basis aan, maar om écht psychose binnen de EPA-groep te gaan behandelen, denk ik dat zo'n 8-daagse cursus echt nodig is'. Cherish: 'In de gz-opleiding kun je kiezen voor de 'psychose' module. Kies je hier niet voor, dan mis je de verdieping. Uitdaging is om de zorgstandaard Psychose veel meer bekendheid te geven en meer te laten leven op de werkvloer'. Rob is het daarmee eens.*

### In de klinische les stilstaan bij de zorgstandaard

Rob: 'Bij Parnassia werken we minder met zorgpaden en meer met generieke modules, richtlijnen en met zorgstandaarden indien die zijn geaccordeerd door het Zorginstituut Nederland. Van de EPA-doelgroep weten we dat zo'n 60% à 70% kampt met psychotische symptomen. Dan is het wel goed om te weten wat de zorgstandaard daarin voorschrijft. Volgens mij moet er in de klinische les worden stilgestaan bij de zorgstandaard. Ik vind het heel goed dat die zorgstandaard er is, maar als je dan leest wat daarin moet en je kijkt naar de praktijk, dan vind ik daar een enorm gat in zitten. Volgens de zorgstandaard moet je als patiënt met een psychose, toegang krijgen tot CGT<sub>p</sub> voor je klachten, als je dat wenst. En wat blijkt nu? Er is een survey gedaan door de VGcT waaraan bijna driekwart van de psychoseteams in de GGZ-instellingen aan deelnamen. Centraal stond: wat is de toegang van patiënt tot CGT<sub>p</sub>, gegeven het feit dat ze daar recht op hebben? Dan blijkt als je een psychose hebt en je kijkt 3 jaar later, slechts een kwart die toegang uiteindelijk heeft gekregen. Dus driekwart krijgt die toegang niet. Bovendien, in die kwart zijn ook meegerekend; als je één gesprek hebt gedaan, bijvoorbeeld een voorlichting over CGT<sub>p</sub>, dan geldt dat ook tot die 25%, dus heel weinig mensen hebben een volwaardige CGT-behandeling gekregen. Ook kwam naar voren dat van diegenen die de behandeling hebben uitgevoerd, meer dan 50% onvoldoende is opgeleid! Vooral op de behandeling van patiënten met een psychose is dit heel erg zorgwekkend. Ken jij deze resultaten en herken je dat in je eigen praktijk?' Cherish: 'Bij ons leeft CGT-behandeling heel erg. Ik herken wel dat er wel wachttijden zijn. Wij hebben bijvoorbeeld maar één gz-psycholoog/psychotherapeut. Als opleiding krijg ik dan ook werkbegeleiding en supervisie, wat afgaat van behandel tijd, ondanks dat ik ook CGT(-P) behandelingen geef. Ik werk heel veel samen met andere disciplines. Maar er is gewoon een tekort aan fte. Eén psychotherapeut op een heel FACT-team is te weinig...' Rob: 'Je hebt één fte cognitieve gedragstherapeut nodig voor het behandelen van 100 patiënten met een psychose. En dat is dan ook nog inclusief allerlei comorbide problematiek. Dus met één fte zou je 100 patiënten kunnen behandelen. FACT-teams hebben meestal ca. 225 patiënten. Dat is een heel groot probleem! Als je ziet wat de survey heeft opgeleverd aan hoe het in Nederland is gesteld met het aantal inzetbare fte's voor psychosebehandeling, dan is dat heel erg. Dat zou je voor kanker moeten

bedenken; dan staat Nederland op z'n kop! De zorgstandaard schrijft het keurig voor wat noodzakelijk is voor goede zorg en we hebben het niet. Wat er aan gedaan moet worden? Er moeten sowieso meer fte's voor psychologen bij, maar ook dient er flink geïnvesteerd te worden in opleidingen, met name een basiscursus CGT en een vervolgcursus CGT bij Psychose en Trauma.

### **Vroeger kreeg je een pil en je ging in de separeer als je te lastig was'**

'De zorgstandaard is ontwikkeld vanuit het perspectief van de patiënt. Dus over functioneel herstel, maatschappelijk herstel en herstel van je identiteit. Dat zijn heel belangrijke dingen die natuurlijk ook in de zorg moeten worden meegenomen. We moeten veel meer gaan luisteren naar het verhaal van de cliënt, niet te snel stickers plakken en ons druk maken over classificatie, maar: wat is er gebeurd, wat is er aan de hand en wat heb je nodig? Daar vervolgens met het team naar kijken en waar symptomen in de weg zitten, kunnen we behandelen met medicatie, CGT en/of gezinsinterventies. Dat zijn dé behandelinterventies. Maar je moet ook kijken naar wat iemand nodig heeft, naast de behandeling. Wat voor ondersteuning heeft hij nodig om zijn maatschappelijk rollen te kunnen hervinden? Dat vind ik ook wel heel goed omschreven in de zorgstandaard'. Cherish: *'Ik ben bijna opgevoed op deze manier; denken vanuit de herstelhoek. Ik kan me haast niet voorstellen hoe het hiervoor eruit zag'*. Rob: *'Dat weet ik wel! Ik heb het heel anders meegemaakt. Er was altijd al de multidisciplinaire richtlijn voor schizofrenie, maar in de praktijk van zorg was de psycholoog heel lang niet bij psychose aanwezig. Heel lang is de psychologische behandeling, en sowieso het begrip van herstel, niet aan de orde geweest. Er was alleen medicatie, want je kon zogenaamd niets met die mensen. Als je de mensen hoort die in die periode in de psychiatrie hebben gezeten (in de jaren '70, '80 en '90), dat is echt huilen. Kort door de bocht: je kon je verhaal niet kwijt, het ging over rust en orde, je kreeg een pil en je ging in de separeer als je te lastig was. En er werd niet met ze gepraat! Er werd niet gevraagd wat er aan de hand was, er werd nauwelijks geluisterd naar de patiënt. Dat dringt zich nu wel veel en veel meer naar de voorgrond'*.

### **7 GU-protocollen**

'Ben je bekend met 7 GU-protocollen (Gedachten Uitpluizen) voor CGT bij psychose? Welke gebruik je daarvan, hoe vaak en wat zijn jouw ervaringen met de effectiviteit van die protocollen?' Cherish: *'Ik ben nu vooral bezig met het protocol Stemmen die angst oproepen en somberheid oproepen. Ik vind het demoralisatieprotocol soms lastig. Ik merk bij mezelf dat de cliënt soms zo kan vastzitten. CGT-P bij stemmen die angst en somberheid oproepen vind ik fijn om mee te werken. De psycho-educatie bij de CGT-P protocollen vind ik helder en ook de bijlagen zijn goed begrijpelijk voor de meeste cliënten. In het contact met cliënten is het ook een lange adem hebben, de cliënt moet zich veilig genoeg voelen om bijvoorbeeld over een stem te praten. Bij het gebruik van één van de protocollen start ik wel altijd bij het begin, dus met de psycho-educatie. Dat vind ik echt heel belangrijk, maar ben wel heel flexibel in het gebruik ervan'*. Rob is het daarmee eens: *'Je moet flexibel met protocollen omgaan; je moet niet in een keurslijf zitten, want dan werkt het ook niet. Het is wel mijn ervaring dat je die casusconceptualisatie nodig hebt. Dan zie je bijvoorbeeld daarnaast toch iets met zelfbeeld. Dat kan ook een koers zijn. Dan kun je daar iets aan doen of parallel daaraan of na de CGT wel iets van bijv. competitive memorytraining doen. Dat kan er heel goed uit voortkomen maar dan heb je dat in ieder geval ook beoordeeld vanuit die casusconceptualisatie. Ik vind het zelf heel nuttig en handig om van daaruit je plannen te maken. Er is natuurlijk veel kritiek op protocollen in de psychotherapiewereld'. Cherish: *'Vooral met onze doelgroep is het heel erg maatwerk. Het past niet altijd binnen het protocol maar ik denk wel dat de leidraad, de casusconceptualisatie, heel belangrijk is. Dat is voor mij als behandelaar ook belangrijk om dat te snappen'*.*

### **De ultrariskgroep heeft veel meer aandacht nodig!**

*'Vanuit de zorgstandaard wordt van alles verteld en gedaan waar de cliënt recht op heeft qua zorg. Zijn er nog dingen die ontbreken, wat jou betreft?'* Rob: 'Het noodzakelijke staat erin en alle partijen zijn er goed in meegenomen. Er is ook écht gekeken vanuit het perspectief van de familie en de patiënt. Wat heeft iemand nodig, als je met een psychose te maken krijgt? Je kunt hier en daar misschien wel discussiëren over de genoemde percentages. De actoren in dat hele grote veld, waarin mensen hulp pogen te geven aan behandeling en herstel van iemand met een psychose, daarvan vind ik dat het in de zorgstandaard wel goed beschreven is. Alleen de vraag is of in de huidige praktijk er gehandeld kan worden naar die zorgstandaard. Er is een ernstig tekort aan psychologen, ook aan gezinsinterventies. Dat is ook een probleem. De ultrariskgroep heeft veel meer aandacht nodig. Wil je als samenleving kunnen zeggen: als er in ons land iemand met een psychose is, dan krijgt hij wat hij nodig heeft, dan kun je dat op dit moment niet hard maken. Terwijl we wel weten wat er gedaan moet worden'. Cherish: *'Is wat erin staat over psychologische behandeling wat jou betreft volledig?'* Rob: 'Ja, ik vind wel dat wat er staat aansluit op de wetenschappelijke evidentie voor psychologische behandelingen. We weten bijvoorbeeld dat we geen psycho-analyse gaan doen met mensen met een psychose, maar wel CGT, gezinsinterventies, psycho-educatie en vroegbehandeling. Dat wordt allemaal wel genoemd en er is ook een mooie tabel gemaakt van wat noodzakelijk is en wat optioneel. Cherish sluit zich daarbij aan'. Cherish: *'Ik heb zelf ook de basiscursus ACT gedaan. Dat vind ik ook nog wel een mooie toevoeging om dat met cliënten te doen'*. Rob: 'Wat je ziet is, dat als het gaat over die zorg voor psychose, dan kun je onderscheid maken tussen de zorg en de behandeling. In de zorg zitten verschillende elementen. Dat is behandeling, begeleiding, herstelondersteuning etc. Allemaal interventies die door allerlei hulpverleners in en soms ook buiten het team worden gedaan, maar waar FACT-teams heel goed in zijn. Als het gaat over behandelen, dan hebben we overwegend de psycholoog en de psychiater, die zich daarmee bezighouden. De casemanagers en SPV'ers zijn er ook veel mee bezig, maar dat gaat meer over praktische ondersteuning, begeleiding etc.'

### **We doen allemaal hard ons best en weten wat er nodig is maar het is niet altijd even goed praktisch haalbaar!**

'Soms heb je te maken met stemmen die somberheid geven of stemmen met angst. Vaak heb je te maken met ook andere transdiagnostische factoren, zoals zelfbeeld, slaapproblemen, teveel piekeren of allerlei vermijdingsgedrag, maar misschien ook depressies. Kom je ook aan die behandelingen toe?' Cherish: *'Bij de overige CGT-behandelingen die ik doe, met name veel paniekbehandelingen en o.a. ook depressie en trauma, ga ik daar eerst mee aan de slag en vervolgens kijken wat er nog over blijft. Het gros van mijn werk nu bestaat uit CGT-behandeling voor angst, depressie en trauma, de rest bestaat uit psychose specifieke behandelingen'*.

---

---

## CV

**Rob van Grunsven** werkt als **klinisch psycholoog, psychotherapeut, cognitief gedragstherapeut** bij Parnassia Groep, Den Haag, GGZ-team Spoorwijk/Laak voor Volwassenen met Ernstige Psychische Aandoeningen. Psychodiagnostiek, Indicatiestelling, Individuele- en groepsbehandeling. Lid Specialismegroep Psychose. Projectopdracht Implementatie CGTp en versterken psychologische behandelcapaciteit van EPA-psychologen. **Supervisor** PioG & GioS en **werkbegeleider** GioS. **Supervisor & leertherapeut VGCT**, VanG Psychologische Praktijk Utrecht (eigen praktijk) **Redactielid** Nieuwsbrief Gedachten Uitpluizen, Stichting Cognitie & Psychose **Docent** RINO Utrecht, Nijmegen & Rotterdam voor het psychose-blok binnen de opleidingen voor gz-psycholoog (PioG) en voor Klinisch Psychologen (GioS)

**Cherish Abdoelgafoer** werkt als **gz-psycholoog i.o.** bij Altrecht Gebiedsteam Stichtse Vecht Ronde Venen en cognitief gedragstherapeut i.o. Psychodiagnostiek, cognitieve gedragstherapie en acceptance commitment therapie bij cliënten met ernstig psychiatrische aandoeningen.

---