

Afgelopen decennia zijn Early Detection and Intervention (EDI) teams gestart voor niet-psychotische cliënten met een ultrahoog psychoserisicoprofiel. Studies tonen aan dat een EDI-team problemen rond psychose effectief behandelt, het aantal nieuwe psychosen drastisch vermindert en kosteneffectief is. Toch worstelen ggz-organisaties met opzet en behoud van EDI-teams. Om de kloof tussen klinische praktijk en evidence-based richtlijnen te verkleinen, wordt de implementatie en borging van een EDI-team geëvalueerd.

IMPLEMENTATIE EN BORGING VAN VROEGDETECTIE EN INTERVENTIE IN DE PSYCHOSEZORG

GOED GESTART IS HALF BEHANDELD

S teeds meer ggz-instellingen in Nederland en wereldwijd bieden een zorgaanbod van vroeg opsporing en interventie aan voor hulpzoekende, niet-psychotische cliënten met een ultrahoog risicoprofiel (UHR) voor psychose. Deze aanpak, in Nederland vooral bekend als *Early Detection and Intervention (EDI)*, is al jarenlang in Europese en Nederlandse richtlijnen opgenomen (IEPAW, 2005; NICE, 2013; Werkgroep Psychose, 2017).

Recente reviews en meta-analyses onderstrepen met steeds robuustere evidentie het belang om EDI te implementeren in de ggz (Bosnjak Kuharic et al., 2019; P. Fusar-Poli et al., 2020; Hutton & Taylor, 2014; Mei et al., 2021; Nelson et al., 2019; Stafford et al., 2013; van der Gaag et al., 2012; Zhang et al., 2020). Want EDI voor UHR reduceert klachten, verbetert de kwaliteit van leven, verkleint de kans op een transitie naar een eerste psychose en kost op termijn minder geld (Ising et al., 2017; Jin et al., 2020).

De meest opzienbarende meta-analytische bevinding is dat cognitieve gedragstherapie voor mensen met een UHR-status (CGT-UHR) de incidentie van eerste psychosen in drie jaar follow-up met ongeveer 40-45% vermindert. Dat is een bevinding om bij stil te staan. Niet voor niets vraagt de meest recente versie van de Zorgstandaard Psychose (GGZ

Standaarden, 2021)¹ meteen in de introductie aandacht voor vroegdetectie en wordt dit aanbod uitvoerig besproken en aanbevolen.

UHR is geen classificatie of diagnose. Het is een prognostische constellatie voor de kans op transitie naar een eerste psychose. In de literatuur worden ook de aanduidingen *at risk mental state of clinical high risk* gebruikt. De specifieke combinatie van de volgende factoren vormt het UHR-profiel: hulp zoeken in de specialistische ggz (SGGZ) voor niet-psychotische problematiek + een verslechterd algemeen functioneren + een psychose-gerelateerde factor. Bij de psychose-gerelateerde factor moet er sprake zijn van minimaal één van volgende drie kenmerken: een eerste-graads verwant met psychose, in het afgelopen jaar milde psychose-achtige klachten ervaren (bijvoorbeeld angstig worden en situaties vermijden vanwege het idee dat mensen je gedachten lezen) of een kortdurende psychose (<1 week) die spontaan hersteld is. In de UHR-groep is (zonder EDI) het aantal transities naar eerste psychotische episoden ongeveer 22% na drie jaar en 40% na vijf jaar (Fusar-Poli et al., 2017;

¹ <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/psychose/introductie>

Fusar-Poli et al., 2020). Maar ook zonder transitie lijden betrokkenen aan hun UHR-klachten.

VROEGDETECTIE Meerdere belangrijke onderzoekers op het gebied van vroegdetectie schrijven zeer kritisch over EDI. Een speerpunt van kritiek is dat milde psychoseachtige ervaringen een verwaarloosbare voorspellende waarde hebben. En dat is waar. Op social media worden van daaruit stevige pleidooien aangetroffen om EDI af te schaffen omdat het enkel stigmatiserend zou werken.

Het is voor een goed begrip van dit artikel dan ook erg belangrijk te realiseren dat geen enkel EDI-team in Nederland ‘milde psychoseachtige ervaringen’ alléén als prognostisch model voor psychose hanteert. Sinds de start van EDI-teams wordt het model ‘comorbiditeit + psychosefactor + achteruitgang in functioneren’ gebruikt – een model dat wél bewezen goede prognostische waarde heeft. Bovendien sluit dit model heel goed aan op de onderzoeksbevindingen (zie bijvoorbeeld Schirmbeck et al, 2021; Hasmi et al, 2021) en commentaren van de critici.

Milde psychoseachtige ervaringen hebben een verwaarloosbare voorspellende waarde

In Nederland zijn op dit moment ongeveer 41 teams, meestal EDI-teams genaamd, in de SGGZ actief met preventie in de psychosoziale zorg.² EDI-teams bestaan voornamelijk uit basis-, gz- en klinisch psychologen, soms aangevuld met andere disciplines zoals een psychiater of verpleegkundig specialist. EDI-teams streven bijna allemaal dezelfde werkwijze na: nieuwe cliënten tussen de 16 en 35 jaar die zich bij de SGGZ (of verslavingszorg) melden met *niet-psychose* klachten worden gescreend op ‘bijzondere’ ervaringen met een korte screener, de PQ-16 (*Prodromal Questionnaire*; Ising et al., 2012). Vervolgens wordt bij hoogscoorders op de PQ-16 (score ≥ 6) een gestructureerd interview aangeboden,

het *Clinical Assessment of At Risk Mental State* (CAARMS; Yung et al., 2005). Met dit interview is het mogelijk om cliënten met een UHR-profiel op te sporen. De cliënten die als UHR gedetecteerd worden, krijgen vervolgens naast hun reguliere zorg voor de (niet-psychose) problematiek *add on* CGT-UHR aangeboden (van der Gaag, Nieman & van den Berg, 2013).

CGT-UHR bestaat uit de volgende fasen: assessment met vragenlijsten en andere gangbare CGT-analysemethoden, een persoonlijke casusconceptualisatie van de UHR-klacht(en), het vaststellen van passende doelen, het maken van een behandelplan, toepassing van interventies gericht op herijken van denkprocessen en doorbreken van vermijdingsgedrag, follow-upmetingen en boostersessies.³

EDI-teams in Nederland hebben de inhoudelijke en organisatorische bijzonderheid dat ze *add-on* behandeling leveren; het zijn geen *stand alone* teams. EDI-hulpverleners sluiten aan bij reguliere (regie-) behandelaren om naast de behandeling van de primaire aanmeldproblematiek (bijvoorbeeld ADHD of depressie) UHR te detecteren en te behandelen. Deze bijzonderheid stelt specifieke eisen aan de implementatie van EDI-teams om te kunnen opereren naast en met veel verschillende behandelteams en behandelaren. Vanuit netwerkcontacten is bekend dat EDI soms onderdeel is van VIP-teams (Vroege Interventie Psychose), Eerste Psychose teams of FACT-teams (Flexible Assertive Community Treatment); elders zijn het op zichzelf staande teams.

IMPLEMENTATIEPROBLEMEN Hoe veelbelovend en positief bovenstaande ook is, in de praktijk komen instellingen implementatieproblemen tegen. Tussen teams en instellingen zijn er grote verschillen qua personeelssterkte (FTE), structuur van de werkprocessen, financiële positie, secretariale ondersteuning, organisatorische positie, draagvlak in de organisatie, scholing, kennis en ervaring (Akwa GGZ, 2021). De heldere academische richtlijnen wringen soms met de weerbaarheid van de klinische praktijk – een verschijnsel dat bekend is uit implementatieonderzoek (Proctor et al., 2009). Implementatie van evidence based behandelingen en richtlijnen in reguliere zorg wordt bijvoorbeeld onderbroken (Bond et al., 2014), behandelingen worden afgezwakt of veranderd (Waller & Turner, 2016), lager gedoseerd dan effectief is (Hansen, Lambert, & Forman, 2002) of de competentie, het draagvlak en de motivatie van behandelaren en organisaties

2 <https://mindyoung.nl/bijzondere-ervaringen>

3 <https://www.gedachtenuitpluizen.nl/werkplaats/bibliotheek/buitengewone-ervaringen/>

zijn van mindere kwaliteit dan die van in wetenschappelijk onderzoek werkzame professionals (Gibbons, Stirman, DeRubeis, Newman, & Beck, 2013). Onvoldoende bekendheid met EDI is uiteraard eveneens een hinderpaal voor disseminatie van EDI.

Het Kenniscentrum voor de ggz (Akwa, 2021) deed onderzoek onder een panel van $N=197$ medewerkers uit de sggz en verslavingszorg. Bijna alle panelleden vinden vroegdetectie/preventie in algemene zin belangrijk. Maar onder de sggz-medewerkers weet bijna de helft niet (47%) dat EDI bestaat. Van verslavingszorgmedewerkers weet 61% er niet van. Van de respondenten die wél van EDI gehoord hebben, weet de ene helft (47%) niet en de andere helft (53%) wel of de eigen organisatie ermee werkt. Dit betekent dat van de 197 respondenten 27% weet dat er binnen de organisatie gewerkt wordt met EDI.

Bekendheid met psychosepreventie, en of de eigen organisatie daar op een of andere manier actief aandacht aan besteedt, laat dus nogal te wensen over. Daar komt bij dat volgens respondenten uit EDI-organisaties de screening en behandeling slechts een minderheid van cliënten bereikt; een fractie van de instroom wordt gescreend, en minder dan de helft van gedetecteerde UHR-clianten wordt behandeld of zelfs helemaal niet. De reikwijdte – en dus de voordelen – van EDI zijn daardoor feitelijk veel beperkter dan in potentie mogelijk is.

Vanuit de door de Vereniging van Cognitieve Gedragstherapie (vgct) georganiseerde Landelijke Praktijkdag Vroegdetectie en Preventie van Psychose voor EDI-teams, gehouden op 28 januari 2021, wordt dit beeld bevestigd. Teams en instellingen die EDI aanbieden verschillen onderling enorm qua deskundigheid en training, personele omvang, reikwijdte, zorgaanbod en interne bekendheid. Vanuit die praktijkdag zijn initiatieven voor verbetering ontstaan. Om te beginnen is door de makers van de website <https://mindy-oung.nl/bijzondere-ervaringen/teams> in 2021 geïnventariseerd hoeveel instellingen momenteel EDI implementeren en/of aanbieden (41 teams in 17 ggz-instellingen). Bezoekers van de site kunnen hier vinden waar in hun buurt aan vroegdetectie wordt gedaan.

In dit artikel presenteren we een reflectie op de implementatie van een EDI-team in de GGZ Oost Brabant. Vandaaruit willen we praktische lessen trekken die wellicht inspirerend en tot hulp zijn voor raden van bestuur, andere beleidsmakers en zorgprofessionals die EDI in hun organisatie willen implementeren zodat cliënten de zorg krijgen die ze volgens de richtlijnen verdienen.

IMPLEMENTATIE EDI IN GGZ OOST BRABANT

GGZ Oost Brabant is een specialistische instelling voor geestelijke gezondheidszorg in een grote plattelandsregio met verschillende locaties verspreid in de regio's Oss-Uden-Veghel, Helmond/Peeland, Boxmeer en Cuijk, Rosmalen en Boekel.

In 2016 heeft de Raad van Bestuur besloten om – eerst in projectvorm – een locatie-overstijgend (dat wil zeggen: zoveel mogelijk locaties dekkend) EDI-team te implementeren. Er is een projectgroep opgericht bestaande uit enkele aandachtsfunctionarissen, een directeur en projectleider. De Raad van Bestuur besloot dat EDI als reguliere zorg zou worden geïmplementeerd en dat het EDI-team de ruimte kreeg geleidelijk naar gangbare productiviteitsnormen toe te werken. Behandellocaties waren door het bestuursbesluit verplicht om medewerking te verlenen en om uit de formatie van bestaande behandelteams uren te leveren aan EDI.

Op deze manier werden 12 enthousiaste medewerkers met hart voor de doelgroep en een vast dienstverband aangetrokken. Dit waren vooral psychologen en enkele psychiaters die eerst op detachingsbasis in het EDI-team kwamen werken. Er is meteen ook een secretaresse aangehouden voor de coördinatie van cliëntenstroom, uitnodigen en de agendering van patiëntbesprekingen. Er werd gestart op met een beperkt aantal teams en locaties. Na tweeënhalft jaar is het EDI-team gegroeid naar een team met een eigen begroting, budget en formatie. De detachingsconstructie kon worden losgelaten.

De *Prodromal Questionnaire* (PQ-16; de Jong et al., 2018; Helga K. Ising et al., 2012) is online in de 'voorkeur' (Roqua, Routine Outcome Monitoring) geïmplementeerd, als standaard onderdeel van de intakeprocedure in alle zorgteams. Alle nieuwe aanmeldingen (16-35 jaar) worden met deze vragenlijst gescreend. De PQ-16 is een 16-item zelfrapportage screener over de aanwezigheid en last van veel voorkomende psychoseachtige ervaringen. Bij een score van ≥ 6 is verdere assessment geïndiceerd. Dit assessment vindt plaats met de *Comprehensive Assessment of At-Risk Mental State* (CAARMS; Yung et al., 2005). De CAARMS is een semigestructureerd interview waarmee een UHR-profiel wordt opgespoord met de kenmerken die hierboven zijn beschreven.

Er vindt wekelijks een digitaal overleg plaats voor werkbespreking, CAARMS-bespreking en behandelbespreking. De facilitering van deze digitale overleggen (pre coronatijd) vroegen veel aandacht van ICT. Alle EDI-behandelaren ontvingen een achtdaagse scholing via de stichting cognitie en psychose voor training van vereiste UHR-assess-

TABEL 1. BEVORDERENDE EN BELEMMERENDE FACTOREN VOOR DE EDI-IMPLEMENTATIE

PROCESBEVORDERENDE FACTOREN:

DRAAGVLAK

- EDI staat in de meerjarenstrategie van het bestuur;
- Besluit door Raad van Bestuur om EDI organisatiebreed in te voeren;
- Vaste agendering EDI-implementatie in directeuren en RvB overleg; werken met jaarplannen;
- EPA-programmaraad en EPA-directie zijn actieve pleitbezorgers van implementatie EDI;
- Communicatie: EDI op de werkvloer presenteren als een evidence based én RvB richtlijn;
- EDI wordt als reguliere zorg ingebed;
- Op elke locatie 2x keer per jaar EDI-ontwikkelingen plenair presenteren
- Sta open voor gesprek over andere visies, weerstanden of belangen; zoek samenwerking.

GELD, MENSKRACHT, MIDDELEN

- Stel een projectleider aan. Projectleider heeft een breed netwerk in de hele organisatie, dit bevordert onderhandelen over personeel, financiën, middelen;
- EDI-team heeft eigen uren teamleider en secretariaat;
- Gedetacheerde EDI-teamleden hebben een vaste aanstelling in de organisatie;
- Samenstelling EDI-team is goed verdeeld naar expertise (KP, GZ, basispsycholoog);
- Zorg voor dekking naar zorgregio's/locaties en naar teams met specifieke expertise ten aanzien van psychosezorg;
- De EDI-staf zet lijnen uit, teamleden leveren input;
- Enthousiaste inhoudelijk kartrekkers, de 'EDI-staf';
- EDI-teamleden hebben hart voor vroegdetectie/-interventie en voor de psychose-spectrum doelgroep;
- Goede ICT-facilitering (videovergadering; vragenlijsten in EPD);
- Management informatie bijhouden: productiviteit en begroting.

ZORGINHOUELIJK

- PQ 16 in ROM, standaard voor alle aanmeldingen 16-35 jaar; voorafgaand aan intake (online) invullen door cliënt;
- ROM-check door EDI-medewerker op invullen PQ-16 en actief contact zoeken met non-responders;
- Bespreken van alle CAARMS en CGTUHR in MDO;
- Investering in sterk en betrokken team met veilig en prettig werkklimaat (teambuilding, teamtraining, individuele jaargesprekken);
- Investering in kwaliteit (deskundigheidsbevordering, wekelijks werk- en behandeloverleg, tevredenheidsmetingen);
- EDI-team bouwt expertise op over psychosespectrumproblematiek. Kan daarmee andere teams ondersteunen;
- Samenwerking met landelijke SGGZ-EDI partners;
- EDI is zichtbaar in teams, korte lijnen met behandelteams en behandelsecretariaten;
- Strakke taakverdeling rond registreren cliëntenflow;
- Eventueel: professionele kwaliteitsverbetering door (deelname aan) wetenschappelijk onderzoek;
- Voor effectmonitoring: vraag altijd eindafname CAARMS na CGTUHR (ook behandel dropouts).

ment- en CGT-UHR-vaardigheden.⁴ Vanuit een communicatieplan is EDI twee keer per jaar onder de aandacht gebracht in

plenaire lunchbijeenkomsten op elk van onze ggz-locaties; hier werden achtergrond, doel en werkwijze gedeeld met collega's van alle niet-EDI teams binnen de ggz. In een later stadium werden de vorderingen en ontwikkelingen besproken.

PROCESBELEMMERENDE FACTOREN:**DRAAGVLAK**

- Directeuren hebben besluit implementatie EDI in eerste instantie niet overal (goed) gecommuniceerd;
- Vervanging van gedetacheerd personeel (i.v.m. verloop) niet tijdig geregeld door leidinggevenden;
- Het kost extra tijd om draagvlak te vergroten bij sommige teams of professionals (visieverschillen, weerstand tegen innovatie);
- Tijdelijk ontbreken van inhoudelijke kartrekker in een regio.

GELD, MENSKRACHT, MIDDELEN

- Onwil of gevoelde onmogelijkheid (door werkdrukke) bij leidinggevenden om personeel te detacheren;
- Het naar rato verdelen van uren over locaties (wijken, regio's) blijft een aandachtspunt wegens personeelsverloop;
- Minder uren secretariële ondersteuning dan wenselijk;
- Vanwege kleine dienstverbanden kwetsbaar voor verloop van EDI-medewerkers;
- Opstartproblemen in ICT-voorzieningen.

ZORGINHOUELIJK

- Beperkt trainingsaanbod CAARMS en CGTuhr levert vertraging bij personeelwissel;
- Verloop van teamleden buiten EDI-team waardoor doel en werkwijze steeds opnieuw uitleggen;
- Sommige collega's ervaren add on CGTuhr als ongewenste inmenging of hebben kritische kanttekeningen die samenwerking bemoeilijken;
- No shows op CAARMS interviews, redenen niet altijd goed duidelijk. Geeft productieverlies.

In het derde jaar van de projectgroep besloten we de implementatie te evalueren met de volgende indicatoren: een inventarisatie van bevorderende en belemmerende organisatorische factoren ontleend aan de notulen en spreadsheets van de implementatieprojectgroep; een kwantitatieve consensusbeoordeling door een panel bestaande uit een mix van uitvoerende, leidinggevende, faciliterende en 'reguliere' medewerkers van de organisatie; tevredenheidsmeting van (regie) behandelaren met wie het EDI-team samenwerkt; de mate waarin we de doelgroep bereiken (detectie); de effecten van behandeling (kwantitatieve, klinische evaluatie); percentage transitie naar eerste psychose.

METINGEN EN EVALUATIES Allereerst werden implementatie-bevorderende en implementatie-belemmerende factoren samengevat uit de projectgroepnotulen. Ten tweede werd in 2021 een formele borgingsbeoordeling georganiseerd. Twee EDI-behandelaren, de EDI-leidinggevende, een niet-EDI-behandelaar, twee niet-EDI-leidinggevenden, de algemeen

directeur behandelzaken en een financieel manager velden een gescoord consensusoordeel met *The British National Health Service Sustainability Model* (BNHSS; Maher, Gustafson & Evans, 2010). De BNHSS helpt met tien consensus-gescoorde succesbepalende factoren in te schatten hoe groot de kans is dat een innovatie in de toekomst wordt vastgehouden. Vanaf totaalscore 55 is er reden voor optimisme, een score beneden de 45 is enigszins tot zeer zorgwekkend. Ten derde werd via een vragenlijst de tevredenheid gemeten van (regie) behandelaren buiten het EDI-team. Met deze vragenlijst werd nagegaan of behandelaren tijdens de implementatieperiode daadwerkelijk hadden samengewerkt met EDI, of ze het doel van EDI kenden, of ze de *add-on* EDI-screening en behandeling als een meerwaarde naast de reguliere zorg hebben ervaren, hoe (on)tevreden ze over de samenwerking met EDI-collega's waren (slecht tot uitstekend), wat hun oordeel was over de bereikbaarheid van EDI-collega's en of zij zelf als behandelaar voordeel hadden bij het *add-on* EDI-aanbod. Tot slot werd een rapportcijfer (0-10) gevraagd. Ten vierde werd in de cliëntenstroom van nieuw aangemelde cliënten tussen de 16 en 35

De panelconsensus over het implementatieproces en opgetekende ervaringen vanuit de projectgroep zijn vingerwijzingen, geen harde data

jaar van alle deelnemende regio's en teams bijgehouden wie er aan het UHR-profiel voldeden.

Het UHR-profiel wordt vastgesteld door een screening met de PQ-16 (de Jong et al., 2018; Helga K. Ising et al., 2012). Met 16 ja/nee-vragen wordt de aanwezigheid van in de algemene populatie veel voorkomende psychoseachtige ervaringen onderzocht. De last van de voorkomende ervaringen wordt aangegeven op een schaal tussen 0 en 4. De cutoff score is 6. De PQ-16 heeft een sensitiviteit van 87% en specificiteit van 87% voor het UHR-profiel. Met het CAARMS-interview (Yung et al, 2005) kan vervolgens het UHR-profiel worden opgespoord met kenmerken zoals in de inleiding zijn beschreven.

Tot slot zijn behandelresultaten bepaald aan de hand van het verschil in CAARMS-UHR-profielen voor en na CGT-UHR. Door de nog gebrekkige routine en discipline om procedures strikt te volgen, bleek dat gedurende de eerste twee jaar van de implementatie bij 40% van cliënten geen CAARMS-eindmeting was afgenomen en zij dus niet meegenomen konden worden in de effectbepaling. Eind-CAARMS-en werden niet afgenomen doordat er nog niet systematisch op werd aangestuurd, door afsluiting/uitschrijving of drop-out, door no shows en ook door het (toen nog) ontbrekende wetenschappelijk onderzoeksbelang om de eindmeting consequent te doen.

Als klinische effectuitkomst zijn de proportionele afname van CAARMS-UHR-profielen en procentagetransities naar eerste psychosen genomen. Transitie werd geëvalueerd door inspectie in het elektronisch patiëntendossier (EPD). Van transitie wordt gesproken als er minimaal 1 jaar na beëindiging van de CGT-UHR een DSM-5-psychotische stoornis is geclassificeerd, anti-psychotische medicatie voor psychotische klachten is voorgeschreven, of dat de termen 'psychose' of 'psychotisch' in het meest recente behandelplan of voortgangsrapportages van het afgelopen jaar staan als klacht.

De periode van dataverzameling betreft cliënten die een CGT-UHR behandeling hebben gehad in de periode tussen 2017 en 2020. De verandering in de dichotome uitkomstmaat

van het wel of niet hebben van een UHR-status na CGT-UHR wordt getoetst met een McNemar-analyse voor afhankelijke observaties met een binaire uitkomst (McNemar, 1947).

RESULTATEN

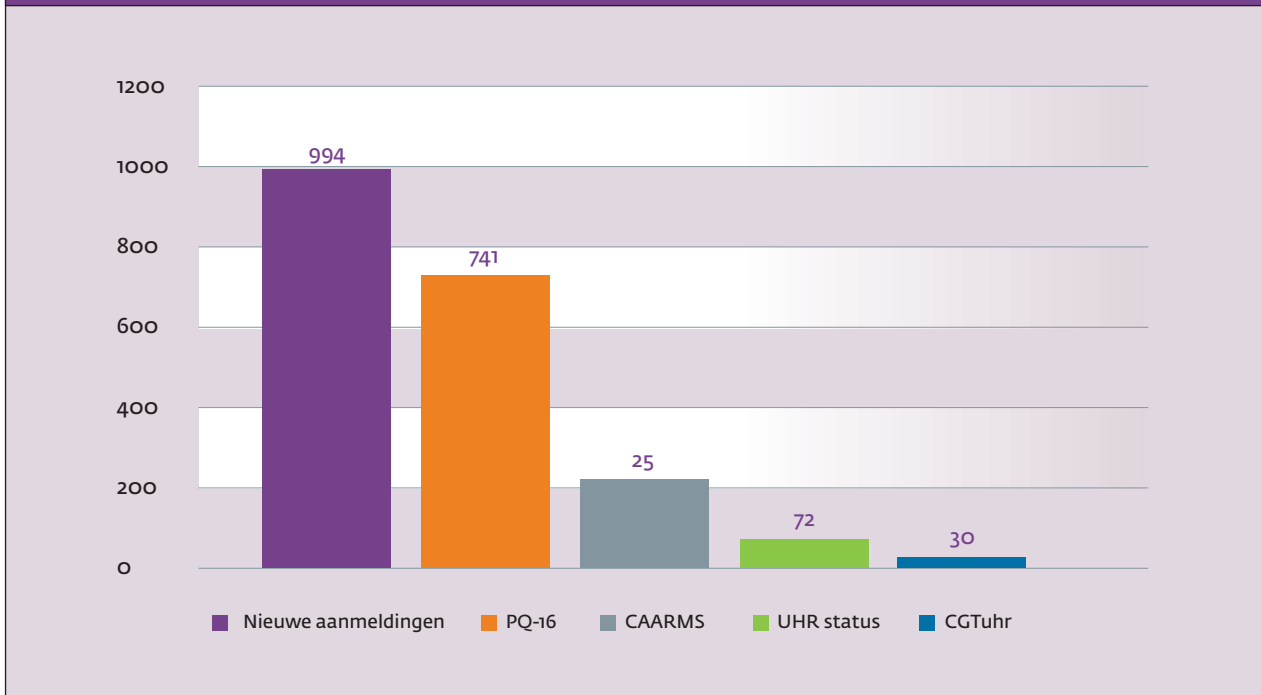
Tijdens de implementatie kwam de projectgroep allerlei factoren tegen die bevorderend of juist belemmerend waren. Een overzicht hiervan is weergegeven in tabel 1. Deze tabel kan gelezen worden als een mix van *do's* en *don'ts* en benoemt aspecten om rekening mee te houden tijdens het implementatieproces.

De panelbeoordeling met het *British National Health Service Sustainability Model* van de implementatie op organisatie-niveau komt uit op een 'voldoende' beoordeling. In deze voldoende beoordeling zijn de volgende aspecten bekeken: de PQ-16-screening, de CAARMS-UHR-assessment en de CGT-UHR-behandeling zijn goed ingebed. Betrokkenheid en inhoudelijke deskundigheid van EDI-medewerkers worden als goed ingeschat.

Het draagvlak voor het EDI-aanbod door 'reguliere' zorgverleners varieert sterk per regio en per zorgprogramma, van gering tot groot. Sommige panelleden verwoordden dat het nut niet wordt gezien en/of melden belevingen van concurrentie en ongewenste inmenging door het EDI-aanbod; terwijl anderen juist de indruk hebben dat de samenwerking en aanvullende inhoudelijke deskundigheid als een verrijking worden verwelkomd. EDI past goed in het strategisch meerjarenbeleid, de formatieve en financiële positie zijn goed geborgd en blijken bestand tegen verandering in de organisatie. Tegelijkertijd is niet optimaal geregeld bij wie de bestuurlijke verantwoordelijkheid precies ligt. De financiële positie (kosten versus baten) blijkt bij uitzoeken boven verwachting goed te zijn. Het EDI-team is er in geslaagd van een projectteam op uitleenbasis een zelfstandig team met eigen formatieplaatsen en budget te worden.

Op de tevredenheidsenquête hebben 60 collega-behandelaren van buiten het EDI-team anoniem gereageerd. Hiervan gaven 51 respondenten aan met het EDI-team te hebben

FIGUUR 1. GEMIDDELD AANTAL AANMELDINGEN 16-35 JAAR GGZ OB PERIODE 2017-2020



samengewerkt (85%). Van deze samenwerkende collega's zei 92% (n=47) behandelinhoudelijke meerwaarde te ervaren aan de samenwerking en deze te waarderen als goed (n=26) tot heel goed (n=19). De bereikbaarheid werd voornamelijk goed (n=49), maar soms onvoldoende (n=2) gevonden. Het grootste deel van de respondenten (80,49%) heeft van de samenwerking met EDI voordeel ervaren in de door hen zelf geboden behandeling. Het eindwaarderingscijfer is gemiddeld een 7,6, waarbij 98% van de respondenten EDI een voldoende of meer geeft.

De cliëntflow van de afgelopen vier jaar laat per jaar dezelfde verhouding zien van het aantal nieuwe aanmeldingen, ingevulde PQ-16 vragenlijsten, afgenomen CAARMS-interviews, en aantal CGT-UHR-behandelingen. Dit is visueel weergegeven in grafiek 1. In deze grafiek is te zien dat de aanmelding en het invullen van de PQ-16 online verloopt. De CAARMS en CGT-UHR worden face to face afgenomen en gegeven. Van de cliënten waarbij een CAARMS-interview werd afgenomen, werd 32% gedetecteerd als UHR. Van deze gedetecteerde cliënten kreeg 42% de CGT-UHR-behandeling.

In de periode van dataverzameling hebben 42 cliënten een CGT-UHR-behandeling gevolgd met een CAARMS voor- en

nameting. Vier personen gaven geen toestemming achteraf voor het gebruik van gegevens voor wetenschappelijk onderzoek en met zeven cliënten kon geen contact worden gekregen voor toestemming voor het gebruik van de gegevens. De uiteindelijke steekproef bestond dus uit 31 personen; hun kenmerken zijn weergegeven in tabel 2.

Opvallend in de steekproef is het hoge percentage vrouwen (84%) en het hoge percentage respondenten dat werkt of studeert (94%). In deze groep was de PQ-16 score gemiddeld 8,8, met een lijdensdruk van gemiddeld 14,6. De EDI-behandeling werd afgerond door 67%. Van de 31 cliënten hadden 22 cliënten (71%) na de CGT-UHR-behandeling niet langer een UHR-status. Van de drie dropouts gaven er twee aan te veel behandeling te hebben, één persoon was onvoldoende in staat om in de EDI-behandeling te investeren.

Van de 31 cliënten hebben er twee (6,5%) een transitie naar psychose doorgemaakt binnen een jaar na het afsluiten van de EDI-behandeling. Hiervan heeft er één een diagnose binnen het psychospectrum op de DSM-5 gekregen, en één persoon heeft antipsychotische medicatie voorgeschreven gekregen wegens verwarring en crisis met randpsychotische klachten volgens de voortgangsrapportage.

TABEL 2. OVERZICHT VAN CLIËNTKENMERKEN (N=31 UHR)

LEEFTIJD, GEM (SD)		22.6 (5,1)
Geslacht, aantal (%)	Man	5 (16,1)
	Vrouw	26 (83,9)
Woonstatus, aantal (%)	Alleen	4 (13,3)
	Met partner	6 (20,0)
	Ouder met gezin	2 (6,7)
	Bij ouder (s)	17 (56,7)
	Woongroep	1 (3,3)
Beroep/studie, aantal (%)	Werkt	17 (54,8)
	Studeert	12 (38,7)
	Geen werk of studie	2 (6,5)
Relatie, aantal (%)	Wel	16 (51,6)
	Niet	15 (48,4)
Classificatie DSM-5, aantal (%)	Angststoornis	5 (16,5)
	Stemmingsstoornis	13 (41,9)
	Ontwikkelingsstoornis	2 (6,5)
	Trauma- en stressstoornis	3 (9,7)
	Persoonlijkheidsstoornis	7 (22,6)
Medicatie, aantal (%)	Wel	14 (54,2)
	Niet	17 (54,8)
PQ-16, gem.(sd)	Totaalscore)	8.8 (2.3)
	Lijdensdruk	14.6 (5.9)
UHR status na CGTuhr, aantal (%)	UHR	9 (29,0%)
	Geen UHR	22 (71,0%)
Transitie naar psychose binnen 12 maanden na CGTuhr, aantal (%)	Wel	2 (6,5%)
	Niet	29 (93,5%)

DISCUSSIE

Deze studie presenteert het proces en de uitkomst van een geslaagde implementatie en borging van een EDI-team binnen de GGZ Oost Brabant (SGGZ). De uitkomsten laten zien dat EDI toekomstbestendig geïmplementeerd kan worden als regulier zorgaanbod. Dat levert klinische effecten op (vermindering UHR; lage psychosetransitie) vergelijkbaar met effecten uit *randomized control trials* (RCT's; bijv. Ising et al. 2015).

Een beperking van deze evaluatiestudie is dat metingen niet volgens strakke wetenschappelijke richtlijnen zijn

opgezet. Er zit een bias in de steekproef vanwege 40% uitval. Wel laat de cliënten-flow van de afgelopen vier jaar bij GGZ Oost Brabant zien dat de vroege opsporing voldoende tot goed is ingebed in een functioneel werkproces. De klinische effectuitkomsten van deze studie moeten als niet meer dan een grove aanwijzing worden beschouwd. Het is mooi dat de resultaten (UHR 71% reductie; transitie 6.5%) vergelijkbaar zijn met uitkomsten uit de eerste Nederlandse EDI-studie die, in de groep waarbij de EDI-behandeling werd gecombineerd met 'treatment as usual' (TAU+ EDI-groep) een transitie vond van 5.6% en 9.1% op 6 en 12 maanden na behandeling (van

der Gaag et al., 2012). Ook de gevonden 50% cliënten met UHR die vervolgens geen CGT-UHR kregen, wijkt niet erg af van de 45% drop-out in de RCT van Ising et al (2015). Maar zo'n matige doorstroom naar CGT-UHR verdient wel aandacht. De voornaamste redenen dat UHR-clieënten geen CGT-UHR kregen, waren dat cliënten geen CGT-UHR wilden, al uitgeschreven waren voordat CGT-UHR startte, het CAARMS-interview en eerste uitleg al voldoende waren, no shows, of dat de behandeling van de UHR-klachten werd meegenomen in het reguliere behandelaanbod (bijvoorbeeld bij een FACT-team).

De panelconsensus over het implementatieproces en de opgetekende ervaringen vanuit de projectgroep zijn vingerwijzingen, geen harde data. Maar het belangrijkste doel van evaluaties, en het doel van deze publicatie, is dan ook niet om dingen te bewijzen, maar juist om dingen te verbeteren. Er is niet gezocht naar nieuwe kennis, maar naar aanwijzingen hoe implementatie kan worden bevorderd of verbeterd. Dit is voor zover bekend het eerste artikel dat de moeilijkheden van EDI-implementatie verkennend evalueert met klinische, organisatorische, financiële, personele en tevredenheids-, en prestatie-indicatoren.

Enigszins verrassend was het verschil tussen de gerapporteerde tevredenheid (92%) in de medewerkerstevredenheids-enquête en de panel-beoordelingssessie. In de laatste bleek dat het draagvlak voor EDI flink verschilt per regio en dat er, naast ervaringen dat EDI verrijkend en aanvullend is, ook ervaringen zijn van concurrentie en ongewenste inmenging of twijfel aan de meerwaarde ervan. Hierin heeft wellicht meegespeeld dat het beperkt aantal paneldeelnemers samen geen goede afspiegeling van de organisatie vormde en er een vertekend consensus-oordeel ontstond. Toch was deze beoordeling nuttig. Zo kwamen er ernstige twijfels over de financiële houdbaarheid op tafel. Dat leidde tot onderzoek. Het management en EDI konden vervolgens gerust zijn: de financiële positie was juist erg goed.

In de positieve medewerkers-tevredenheid valt bias evenmin uit te sluiten. Mogelijk hebben alleen de enthousiaste collega's gereageerd. Maar ook hier zijn de bevindingen belangrijk – bijvoorbeeld dat collega's het aanbod echt als steunend en helpend hebben ervaren. Deze evaluaties leren dat het belangrijk is om andere meningen, belangen, weerstanden en visies actief naar boven te halen, zodat erover gesproken en aan gewerkt kan worden.

Vanuit de verzamelde inzichten kunnen aanbevelingen worden gedaan aan iedereen die EDI wil gaan implementeren of versterken in de organisatie. De knelpunten die zowel uit de projectgroep als de panelbeoordeling naar voren komen,

sluiten aan bij de bevindingen vanuit het Akwa GGZ-rapport (Akwa GGZ, 2021). Daarin wordt geconcludeerd dat voldoende financiën en stabiele personeelsbezetting cruciaal zijn voor het al dan niet slagen van een implementatie van EDI. Daarnaast wordt een 'gebrek aan kennis' over EDI als het grootste knelpunt benoemd. Dat personeelsverloop, en daarmee het wegvloeien van kennis en ervaring grote impact heeft, is zeer herkenbaar. Juist vanwege de kleinere dienstverbanden en behoefte aan spreiding van medewerkers (over een grote regio, of over wijken in grote steden) is dit echt een aandachtspunt voor EDI-teams, essentieel ook voor behoud van het aanbod. Het helpt de invoering en borging enorm als ervaren en deskundige professionals, met verstand van implementatieprojecten en van psychose en CGT, de kar helpen trekken.

Het belangrijkste doel van evaluaties is niet om dingen te bewijzen, maar juist om dingen te verbeteren

Daarnaast is het organisatorisch van cruciaal belang gebleken dat de Raad van Bestuur achter de implementatie van een EDI-team staat en dit onderdeel maakt van het strategisch beleid. Op deze manier blijft het in alle lagen van de organisatie op de agenda, is men geïnformeerd, en wordt de voortgang van de implementatie door de hierbij behorende werkwijzen automatisch geëvalueerd. In de startfase (de eerste twee jaar) is het belangrijk dat er financiële speelruimte gegeven wordt. Het opbouwen van productiviteit kost immers tijd. Het inregelen van secretariael-administratieve en zorginhoudelijkwerkprocessen, het opbouwen van vaardigheden en zorgen voor interne communicatie en draagvlakvergroting, veroorzaken in de startfase een verminderde productiviteit. Vervolgens is het noodzaak om de formatie goed in te bedden, waarbij een doel kan zijn dat EDI als een zelfstandig team gaat functioneren. Dat komt de stabiliteit ten goede. De ervaring leerde dat een team op detacheringbasis ook kan, maar dat geeft wel meer grensgevechten met leidinggevenden, die hun personeel altijd ook hard nodig hebben.

Het is aan te bevelen om een communicatieplan te maken voor collega's buiten EDI. In dit plan moeten een tijdspad voor presentaties, theoretische achtergronden en wetenschappelijke inzichten en het collaboratieve karakter van EDI worden opgenomen. Kennis over EDI is mogelijk beperkt en er kan sprake zijn van misvattingen, bijvoorbeeld over de haalbaarheid van een *add-on* behandeling. Tevens is het belangrijk om in dit communicatieplan de praktische gang van zaken op te nemen en te benoemen hoe collega's op de hoogte worden gehouden van veranderingen.

Een ander advies is om naar cliënt, systeem en collega-behandelaren te communiceren dat CGT-UHR optioneel is. Het gaat om *shared decision making*. De ervaring leert dat sommige behandelaren het EDI-aanbod afwijzen, zonder de cliënt hierover te spreken. Dat is pertinent niet de bedoeling. EDI is reguliere zorg en de cliënt heeft een keuze. CGT-UHR heeft weinig meerwaarde als het sterk overlapt met het behandelplan van de reguliere behandeling. CGT-UHR kan anderzijds veel goeds doen als de reguliere behandeling een andere focus heeft dan de psychose-achtige klachten van een cliënt of als de reguliere behandeling nog niet gestart is (bijvoorbeeld wachtlijsten in de zorg).

Aanbevelenswaardig is eveneens dat de EDI-behandelaar regelmatig (bijvoorbeeld na elke vijf behandelingsessies) het initiatief neemt om contact te hebben met de (regie) behandelaar voor overleg en afstemming. Met deze adviezen is de kans op een wederzijdse positieve ervaring het grootst en lukt het beter uit de concurrentiestrijd te blijven. Veel van deze stappen zijn in principe ook planbaar en kunnen worden overgelaten aan het secretariaat.

Zorg tevens voor secretariële ondersteuning voor het EDI-team en zorg dat secretariaten van deelnemende behandelteams de PQ-16 digitaal aanbieden aan nieuw aangemelde cliënten. Archiveer de cliëntenstroom van de PQ-16, CAARMS, CGT-UHR en toestemming van cliënten. Ook het goed inrichten van ICT-ondersteuning is met een locatie-overstijgend *add on* zorgteam erg belangrijk. Dit betreft de juiste apparatuur, goede wifi/internetverbindingen en idem beeldbelcommunicatie. Dit zal voor veel organisaties geen probleem meer zijn na de Covid-pandemie. Plan periodiek een beoordelingsronde met de leidinggeven- den, om te onderzoeken hoe het EDI binnen de organisatie vorm krijgt en om te bekijken of er aanpassingen in de implementatie nodig zijn.

Met bewustwording van hierboven omschreven valkuilen en het gebruikmaken van bovenstaande aanbevelingen wordt EDI-implementatie gemakkelijker en kan de beruchte

kloof tussen de klinische praktijk en evidence-based richtlijnen verder worden verkleind. De beschrijving van de implementatie binnen GGZ Oost Brabant laat zien dat een EDI-team opgezet en geborgd kan worden als van hoog tot laag de neuzen in dezelfde richting staan, en er bevlogen en slagvaardig wordt gehandeld. Hopelijk helpen de aanbevelingen en aandachtspunten in dit artikel om in organisaties EDI te prioriteren. Met deze nieuwe inzichten kan de zorg weer een stap verder worden verbeterd en krijgen door EDI-implementatie in sGGZ-organisaties meer cliënten met een UHR-profiel de aanbevolen zorg.

OVER DE AUTEURS

Nienke Duijnhouwer, Msc, is klinisch psycholoog in opleiding (G10S) bij GGZ Oost Brabant. E-mail: n.duijnhouwer@ggzoostrabant.nl. Birgit Seelen-de Lang, Msc, is gz-psycholoog/promovendus bij GGZ Oost Brabant. E-mail: bl.seelen-delang@ggzoostrabant.nl. Dr. ir. Karin Janssen is beleidsmedewerker team Kwaliteitszorg/psycholoog bij GGZ Oost Brabant. E-mail: pltmk.janssen@ggzoostrabant.nl. Dr. Paul de Bont is klinisch psycholoog/onderzoeker bij GGZ Oost Brabant. E-mail: paj.de.bont@ggzoostrabant.nl.

Summary

WELL BEGUN IS HALF DONE: IMPLEMENTATION AND MAINTENANCE OF EARLY DETECTION AND INTERVENTION IN MENTAL HEALTH CARE FOR PSYCHOSIS.

N. DUIJNHOUWER, B. SEELEN-DE LANG, K. JANSSEN & P. DE BONT

The past decade mental health organizations worldwide implemented *Early Detection and Intervention* (EDI) teams for help-seeking non-psychotic patients with a high risk profile for psychosis. A growing body of evidence shows that EDI helps diminish the burden of the symptoms and problems associated with the risk profile, substantially decreases the transition rate to first psychotic episodes and is cost effective. Nevertheless, to many professionals and organizations in mental health EDI is still unknown and implementation is not prioritized. In order to further help bridge the gap between scientifically proven guidelines and clinical practice this article evaluates the implementation of EDI in a mental health organization. To foster dissemination and implementation of EDI in clinical practice the authors present useful pitfalls and success factors.

Literatuur

- Akwa GGZ (2021). Rapport Uitkomsten Online panel Akwa GGZ Screening op problematisch alcoholgebruik en op hoog risico op psychose. https://akwaggz.nl/wp-content/uploads/2021/04/AkwaGGZ_Rapport_Screening.pdf
- Bond, G. R., Drake, R.E., McHugo, G.J., Peterson, A.E., Jones, A.M. & Williams, J. (2014). Long-term sustainability of evidence-based practices in community mental health agencies. *Adm Policy Ment Health*, 41 (2), 228-236. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23266661>. doi:10.1007/s10488-012-0461-5
- Bosnjak Kuharic, D., Kekin, I., Hew, J., Rojnic Kuzman, M. & Puljak, L. (2019). Interventions for prodromal stage of psychosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019 (11). Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31689359>. doi:10.1002/14651858.CD012236.pub2
- de Jong, Y., Mulder, C.L., Boon, A.E., Deen, M., van 't Hof, M. & van der Gaag, M. (2018). Screening for psychosis risk among adolescents in Child and Adolescent Mental Health Services: a description of the first step with the 16-item version of the Prodromal Questionnaire (PQ-16). *Early Interv Psychiatry*, 12 (4), 669-676. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27860294>. doi:10.1111/eip.12362
- Fusar-Poli, P., Rutigliano, G., Stahl, D., Davies, C., De Micheli, A., Ramella-Cravaro, V., ... McGuire, P. (2017). Long-term validity of the At Risk Mental State (ARMS) for predicting psychotic and non-psychotic mental disorders. *European Psychiatry*, 42, 49-54.
- Fusar-Poli, P., Salazar de Pablo, G., Correll, C.U., Meyer-Lindenberg, A., Millan, M.J., Borgwardt, S., ... Arango, C. (2020). Prevention of Psychosis: advances in Detection, Prognosis, and Intervention. *JAMA Psychiatry*. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32159746>. doi:10.1001/jamapsychiatry.2019.4779
- Gibbons, C.R., Stirman, S.W., DeRubeis, R.J., Newnam, C.F. & Beck, A.T. (2013). Research setting versus clinic setting: which produces better outcomes in cognitive therapy for depression? *Cognitive Therapy and Research*, 37 (3), 605-612. doi:10.1007/s10608-012-9499-7
- GGZ Standaarden (2021). Zorgstandaard Psychose. <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/psychose>.
- Hansen, N.B., Lambert, M.J. & Forman, E.M. (2002). The Psychotherapy Dose-Response Effect and Its Implications for Treatment Delivery Services. *Clinical Psychology: science and Practice*, 9 (3), 329-343. Retrieved from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1093/clipsy.9.3.329>. doi:10.1093/clipsy.9.3.329
- Hasmi, L., Pries, L.K., Ten Have, M., de Graaf, R., van Dorsselaer, S., Bak, M., ... van Os, J. (2021). What makes the psychosis 'clinical high risk' state risky: psychosis itself or the co-presence of a non-psychotic disorder? *Epidemiol Psychiatr Sci*, 30, e53. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34225831>. doi:10.1017/S204579602100041X
- Hutton, P. & Taylor, P.J. (2014). Cognitive behavioural therapy for psychosis prevention: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*, 44 (3), 449-468. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23521867>. doi:10.1017/S0033291713000354
- IPEAW (2005). International clinical practice guidelines for early psychosis. International early psychosis association group. *British Journal of Psychiatry*, 187, 120-124.
- Ising, H.K., Lokkerbol, J., Rietdijk, J., Dragt, S., Klaassen, R.M., Kraan, T., ... van der Gaag, M. (2017). Four-Year Cost-effectiveness of Cognitive Behavior Therapy for Preventing First-episode Psychosis: the Dutch Early Detection Intervention Evaluation (EDIE-NL) Trial. *Schizophr Bull*, 43 (2), 365-374. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27306315>. doi:10.1093/schbul/sbw084
- Ising, H.K., Veling, W., Loewy, R.L., Rietveld, M.W., Rietdijk, J., Dragt, S., ... van der Gaag, M. (2012). The Validity of the 16-Item Version of the Prodromal Questionnaire (PQ-16) to Screen for Ultra High Risk of Developing Psychosis in the General Help-Seeking Population. *Schizophrenia Bulletin*, 38 (6), 1288-1296. Retrieved from <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/38/6/1288.abstract>. doi:10.1093/schbul/sbs068
- Jin, H., Tappenden, P., MacCabe, J.H., Robinson, S., McCrone, P. & Byford, S. (2020). Cost and health impacts of adherence to the National Institute for Health and Care Excellence schizophrenia guideline recommendations. *Br J Psychiatry*, 1-6. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33308329>. doi:10.1192/bjp.2020.241
- McNemar, Q. (1947). Note on the sampling error of the difference between correlated proportions or percentages. *Psychometrika*, 12, 153-157. <https://doi.org/10.1007/BF02295996>
- Mei, C., van der Gaag, M., Nelson, B., Smit, F., Yuen, H.P., Berger, M., ... McGorry, P.D. (2021). Preventive interventions for individuals at ultra high risk for psychosis: An updated and extended meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. doi:10.1016/j.cpr.2021.102005
- Nelson, B., Amminger, G.P., Bechdolf, A., French, P., Malla, A., Morrison, A.P., ... McGorry, P.D. (2019). Evidence for preventive treatments in young patients at clinical high risk of psychosis: the need for context. *The Lancet Psychiatry*. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2215036619305139>. doi:https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30513-9
- Maher, L., Gustafson, D. & Evans, A. (2010). *Sustainability Model and Guide*. NHS Institute for Innovation and Improvement. <https://www.england.nhs.uk/improvement-hub/wp-content/uploads/sites/44/2017/11/NHS-Sustainability-Model-2010.pdf>
- NICE. (2013). *Psychosis and schizophrenia in children and young people. The NICE guideline on recognition and management*. London: the British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists.
- Proctor, E.K., Landsverk, J., Aarons, G., Chambers, D., Glisson, C. & Mitman, B. (2009). Implementation research in mental health services: an emerging science with conceptual, methodological, and training challenges. *Adm Policy Ment Health*, 36 (1), 24-34. doi:10.1007/s10488-008-0197-4
- Schirmbeck, F., van der Burg, N. C., Blankers, M., Vermeulen, J.M., McGuire, P., Valmaggia, L.R., ... de Haan, L. (2021). Impact of Comorbid Affective Disorders on Longitudinal Clinical Outcomes in Individuals at Ultra-high Risk for Psychosis. *Schizophr Bull*. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34417795>. doi:10.1093/schbul/sbab088
- Stafford, M.R., Jackson, H., Mayo-Wilson, E., Morrison, A.P. & Kendall, T. (2013). Early interventions to prevent psychosis: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 346, f185. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23335473>. doi:10.1136/bmj.f185
- van der Gaag, M., Nieman, D.H., Rietdijk, J., Dragt, S., Ising, H.K. Klaassen, R.M., ... Linszen, D.H. (2012). Cognitive behavioral therapy for subjects at ultrahigh risk for developing psychosis: a randomized controlled clinical trial. *Schizophr Bull*, 38 (6), 1180-1188. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22941746>. doi:10.1093/schbul/sbs105
- van der Gaag, M., Nieman, D.H. & van den Berg, D. (2013). *CBT for Those at Risk of a First Episode Psychosis. Evidence-based psychotherapy for people with an 'At Risk Mental State'*. East Sussex: routledge.
- Waller, G. & Turner, H. (2016). Therapist drift redux: Why well-meaning clinicians fail to deliver evidence-based therapy, and how to get back on track. *Behaviour Research and Therapy*, 77, 129-137. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=psyc13&AN=2016-07436-017>
- WerkgroepPsychose. (2017). *Zorgstandaard Psychose*. Retrieved from <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/psychose/preview>
- Yung, A.R., Yuen, H.P., McGorry, P.D., Phillips, L.J., Kelly, D., Dell'Olio, M., ... Stanford, C. (2005). Mapping the onset of psychosis: the comprehensive assessment of at-risk mental states. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39 (11-12), 964-971.
- Zhang, T., Xu, L., Tang, X., Wei, Y., Hu, Q., Hu, Y., ... Wang, J. (2020). Real-world effectiveness of antipsychotic treatment in psychosis prevention in a 3-year cohort of 517 individuals at clinical high risk from the SHARP (ShangHai At Risk for Psychosis). *Aust N Z J Psychiatry*, 54 (7), 696-706. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32436725>. doi:10.1177/0004867420917449