

Implementatie van het RGOc Vroegdetectie Zorginnovatie Programma bij Mediant GGZ

Anouk Nienhuis, Lia Verlinde, Nynke Boonstra en Anita Wessels

De Zorgstandaard Psychotische stoornissen schrijft vroegdiagnostiek en behandeling voor bij mensen met een verhoogd risico op een psychose. Intervenieren voor het begin van een psychose in de fase met een verhoogde kans op psychose leidt namelijk tot minder eerste psychoses, een betere kwaliteit van leven en lagere gezondheidszorgkosten. Vanuit het RGOc is het Vroegdetectie Zorginnovatie Programma (VZP) geïnitieerd met daaraan gekoppeld onderzoek. Mediant is een van de eerste instellingen die dit programma geïmplementeerd heeft. Dit artikel heeft tot doel het implementatietraject van het programma te evalueren. De stappen van het implementatieproces worden beschreven en geëvalueerd. Het resultaat wordt aan de hand van de verwachte resultaten en behaalde resultaten beoordeeld.

Inleiding

Wanneer het gaat om psychische stoornissen, komt de zorg relatief laat in beeld waardoor er onvoldoende verbetering wordt gezien (Onderzoeksagenda GGZ 2016). Uit onderzoek is gebleken dat behandeling in het voorstadium van psychische stoornissen effectief is (Caba e.a. 2012). In de huidige Onderzoeksagenda GGZ wordt dan ook de nadruk gelegd op proactieve zorg en vroege interventie. Mensen met een at-risk mental state (ARMS) hebben een verhoogd risico op het ontwikkelen van een psychose (Rietdijk e.a. 2010). Meta-analyses en reviews laten zien dat behandeling van een ARMS leidt tot een significante afname in aantal transities naar een eerste psychose, lagere kosten en meer levensjaren in goede gezondheid (Nieman & McGorry 2015; Ising e.a. 2016). Het Vroegdetectie Zorginnovatie Programma (VZP) geïnitieerd vanuit het Rob Giel Onderzoekcentrum (RGOc) heeft tot doel vroegdetectie en behandeling van mensen met een ARMS, onderdeel te laten zijn van de 'care as usual' binnen de noordelijke ggz-instellingen.

De doelgroep van het VZP wordt gevormd door alle cliënten in de leeftijd van 14 tot en met 35 jaar die worden verwezen naar een ggz-instelling voor de behandeling van niet psychotische stoornissen op as I of as II van de DSM (Wunderink e.a. 2015). Het VZP bestaat uit enkele onderdelen, waarbij gebruik wordt gemaakt van een getrapte screening (Rietdijk & van der Gaag 2014). Iedere cliënt binnen de doelgroep vult een ervaringenlijst (PQ-16) in. De PQ 16 is een korte screeningslijst voor subklinische psychotische symptomen (Ising e.a. 2012). Bij een verhoogde score (6 of hoger), wordt vervolgens de Comprehensive Assessment of the At Risk Mental State (CAARMS) afgenomen. De CAARMS is een semi-gestructureerd interview waarmee wordt vastgesteld of er sprake is van een verhoogd risico op het ontwikkelen van een psychose: ARMS (Yung e.a. 2005). De resultaten van de CAARMS worden besproken in een multidisciplinair team, waar

wordt besloten wat het vervolg zal zijn. Er zijn drie mogelijkheden: behandeling ten aanzien van de ARMS, verwijzing naar ABC Twente voor behandeling van een reeds bestaande psychose bij jong volwassenen, of geen verdere actie. Verwijzer en cliënt worden van de uitslag op de hoogte gebracht. De behandeling van ARMS bestaat uit gemiddeld 10 sessies en omvat psycho-educatie, metacognitieve training en cognitieve gedragstherapie gericht op de bijzondere ervaringen. De beschreven werkwijze is conform de zorgstandaard psychotische stoornissen (Veling e.a. 2017).

Methode

Er werd een lokaal implementatieplan geschreven, waarin onder andere is opgenomen een omschrijving van de lokale situatie met betrekking tot de instroom van de betreffende cliënten, benodigde ondersteuning, communicatieplan en wijze van invoeren. Het implementatieproces zal worden getoetst aan de acht stappen van Kotter (Kotter 1996). Deze stappen houden in: urgentiebesef vestigen, een leidende coalitie vormen, een visie en strategie ontwikkelen, een veranderingsvisie communiceren, een breed draagvlak creëren, kortetermijnresultaten realiseren, consolideren en in beweging blijven. Het resultaat van de implementatie zal worden weergegeven in een tabel met het aantal gescoorde cliënten, resultaten PQ-16 en het aantal afgenomen CAARMS interviews.

Uitvoering implementatie

Urgentie besef

De noodzaak van het VZP is vanuit het RGOc beschreven. De steun van de directie en het hoger management werd verkregen op basis van de waarde van het onderzoek voor het leveren van goede zorg en het verbeteren van de zorg voor cliënten. Ook zijn de neveneffecten voor de organisatie besproken: ontwikkeling van het zorgaanbod en stimuleren van de samenwerking tussen de afdelingen en cliënten die hierdoor waarschijnlijk eerder bij het juiste team in zorg komen. Andere subdoelen zoals het leggen van de basis voor een zorgorganisatie die aansluit bij de andere instellingen die zijn aangesloten bij het RGOc en uitbreiden van onderzoeksmogelijkheden zijn geformuleerd. Er is budget vrijgemaakt, waarmee onder andere een apart team gevormd kon worden, conform aanbevelingen Hendriksen-Favier e.a. (2012) dat zorg draagt voor de voorlichting en implementatie.

De leidende coalitie: Het implementatie team

De manager behandelzaken van het circuit met deze doelgroep, die een directe link heeft met het psychose netwerk van het RGOc werd coördinator van het gehele traject.

Voor uitvoering van het VZP is ABC Twente, centrum voor jongeren met een eerste psychose aangewezen. Dit team is deskundig op het gebied van (vroeg) psychose. Het duaal management van de afdeling (bestaande uit een psychiater en bedrijfsmatig leidinggevende) is aangesteld als aanspreekpunt van het implementatieteam. Zij verzorgen de directe aansturing op de werkvloer.

De medewerkers van het implementatieteam zijn ook werkzaam voor afdeling ABC Twente. De cliënten die gedurende de diagnostiekfase psychotisch blijken te zijn of zijn geweest, zijn dus direct op de juiste afdeling voor verdere behandeling van de psychose. Voor jongeren tussen de 14 en 18 jaar, zal (in overleg met de behandelaar) worden gekeken waar de cliënt het beste op zijn/haar plek is. In zijn algemeenheid zullen de jongsten in zorg blijven bij circuit Jeugd. De wat oudere jongeren zullen in de regel vaker in behandeling komen bij afdeling ABC Twente, afhankelijk van wat het meest passend is voor hen.

Op basis van de ervaringen van eerdere studies binnen ggz-instellingen in Den Haag en Amsterdam, kon een schatting gemaakt worden van de omvang van het VZP binnen Mediant GGZ. De geschatte cijfers staan in Tabel 1. Op basis hiervan is een berekening gemaakt van het aantal benodigde hulpverlenersuren.

Van alle verhoogde PQ's valt ongeveer 8% uit. Dit betekent dat jaarlijks ongeveer 189 cliënten in aanmerking komen voor een CAARMS interview. Dit zijn drie tot vier CAARMS interviews per week. Een CAARMS interview kost gemiddeld twee en een half uur inclusief no shows en 30 minuten verslaglegging/rapportage. Dat is 12,5 uur per week. Hierbij komt de wekelijkse bespreking in het vroege interventieteam; 10 minuten per interview. Dit is 40 minuten per week per CAARMS medewerker extra.

Voor afname van de CAARMS interviews zijn twee onderzoeksverpleegkundigen en één SPV van de afdeling toegevoegd aan het team. Tevens zijn twee gz-psychologen aangesteld voor uitvoering van de behandeling. De onderzoeksverpleegkundigen en SPV hebben een training gevolgd in het afnemen van het CAARMS interview. De training bestaat uit twee dagen en een terugkomdag na drie en negen maanden. De gz-psychologen zijn geschoold in de behandeling van de ARMS doelgroep onder andere met CGT. Deze cursus duurt vier dagen.

De strategie

De lokale situatie van Mediant GGZ is vroegtijdig in beeld gebracht. Mediant GGZ is een middelgrote perifere ggz-instelling in Twente. Naast enkele kleine privé-praktijken is Mediant de enige ggz-instelling in deze regio. Binnen Mediant wordt door iedere afdeling zowel Generalistische Basis GGZ als Specialistische GGZ geleverd. Er is gericht op alle voordeuren van Mediant GGZ waar de nieuwe aanmeldingen in de doelgroep 14-35 jaar oud binnen komen. Het gaat om negen interne afdelingen, te weten: Angst en Stemming, Crisis en Voordeur team, Centrum voor ontwikkelingsstoornissen, FACT Jeugd, Jeugd, Mobiel Consultatie en Behandeling Team, Centrum voor Psychotrauma, Centrum voor Persoonlijkheidsstoornissen en Centrum voor Eetstoornissen.

Op managementniveau is gekozen voor de olievlekmethodie als strategie om het realiseerbaar te houden (Veling e.a. 2017). Door klein te beginnen en gaandeweg uit te breiden, zijn de obstakels en de instroom overzichtelijk gebleven voor het relatief kleine implementatieteam. De fasering is geconcretiseerd door het teammanagement van het vroege interventie team, in samenspraak met de Raad van Bestuur en de circuitmanagers.

Afgevaardigden van het vroege interventie team hebben alle deelnemende afdelingen bezocht en hebben het belang van het programma en de procedure uitgelegd.

Er is in 2013 gestart bij het team 'Angst en Stemming', mede omdat uit de literatuur gebleken is dat in de prodromale fase bij de grootste groep sprake is van angstige en depressieve symptomen (Rietdijk & van der Gaag 2014). De verwachting was dat op deze afdeling relatief veel cliënten verhoogd zouden scoren op de PQ-16 waardoor er snel resultaat zou zijn, een schatting gemaakt kon worden van benodigde tijd en formatie en eventuele obstakels direct zichtbaar zouden worden. Hierdoor was het mogelijk om direct bij te stellen waar nodig. De PQ-16 is opgenomen in de standaard diagnostiekbatterij bij intake.

In 2014 is het Crisis en Voordeur team gestart met afname van de PQ-16. Een groot deel van de cliënten wordt bij binnenkomst door dit team gescreend. Ook het Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen is gestart in 2014, en begin 2015 zijn afdelingen Jeugd en FACT Jeugd betrokken bij het project. In 2017 zijn de laatste teams aangehaakt: het Centrum voor Persoonlijkheidsstoornissen, Psychotrauma, het Mobiel Consultatie en Behandel Team en het Centrum voor Eetstoornissen. Het was de bedoeling om de lijsten ook af te laten nemen door de POH-GGZ, maar de huisartsen hadden ethische bezwaren, waardoor hiervan af is gezien.

Omdat de PQ-16 is opgenomen in de standaard diagnostiekbatterij bij intake, is de lijst ingebed in de dagelijkse handelingen. De PQ-16 kan digitaal via een link in een mail worden opgevraagd of op papier worden ingevuld. De gegevens worden opgeslagen in het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) van Mediant GGZ. Om het risico dat de cliënt de PQ-16 niet invult te verkleinen en het enkel 16 items zijn die meteen digitaal ingevuld kunnen worden, vult de intaker van Mediant GGZ dit tijdens het consult samen met de cliënt in. Bij iedere intakemedewerker zal een papieren uitdraai van de PQ-16 beschikbaar zijn, in het geval van technische problemen met het systeem. De intaker kan direct zien of boven de cutoff score wordt gescoord en kan vervolgens de cliënt, na uitleg en afstemming, aanmelden voor een CAARMS interview via de mail bij het aanspreekpunt van het VZP. Iedere maand wordt een uitdraai gemaakt van alle cliënten die een PQ-16 hebben ingevuld inclusief de cliënten die boven de cutoff score vallen, zodat er een mogelijkheid is tot controle. Op basis van de aanwezigheid van symptomen (wat blijkt na afname van het CAARMS interview) in combinatie met het verminderd sociaal functioneren gemeten met de SOFAS - social and occupational functioning assessment scale -, wordt beoordeeld in hoeverre sprake is van een ARMS. Over de uitslag en eventueel het vervolg wordt met cliënt en behandelaar van het reguliere zorgprogramma gecommuniceerd.

Op dit moment is voor het CAARMS onderzoek zelf, afhankelijk van de zorgverzekeraar wel of geen financiële dekking mogelijk. Mediant GGZ investeert in dit onderzoek uit eigen middelen. Als bij een cliënt boven de 18 uit de basis GGZ een ARMS wordt vastgesteld en behandeling wordt geïnitieerd, kan een Diagnose Behandel Combinatie (DBC) worden geopend. Het vroege interventie team neemt contact op met de huisarts voor een verwijzing naar de specialistische GGZ; interne verwijzing is niet toegestaan van de zorgverzekeraars. Wanneer een cliënt verwezen is naar de specialistische GGZ, kan het aanvullend onderzoek en de behandeling worden opgenomen binnen de bestaande DBC.

Veranderingsvisie communiceren en creëren van draagvlak

Motiveren van alle betrokkenen is essentieel bij een goed implementatietraject en neemt toe wanneer de betrokkenen het belang van het programma inzien (Hendriksen-Favier e.a. 2012). Voor aanvang van implementatie is de veranderingsvisie besproken met het voltallige managementteam en goedgekeurd door de Raad van Bestuur van Mediant GGZ. Op deze manier is commitment vanuit de top van de organisatie gecreëerd, waaronder de cliëntenraad.

Het is bekend dat behandelaren gedurende een implementatie soms onvoldoende op de hoogte zijn van de ontwikkelingen en zij niet goed weten wat er van hen verwacht wordt en waarom (Cabana e.a. 1999). Dit heeft een negatieve invloed op de motivatie van behandelaren. Tijdens implementatie zijn meerdere voorlichtingen op locatie door het vroege interventie team georganiseerd. Verder is er gericht persoonlijk contact na aanmelding van een cliënt geweest en op casusniveau gehouden. Daarnaast is door klein te beginnen geprobeerd de behandelaren te betrekken en eventuele weerstand te nemen en urgentiebesef te creëren. Er is veel contact geweest tussen het implementatieteam en met het teammanagement van deelnemende afdelingen om te blijven betrekken en motiveren, waarbij positieve ervaringen werden gedeeld. Een mailing ter informatie en naslagwerk is verstuurd.

Tabel 1

	Den Haag & Amsterdam	Verwachtingen Mediant GGZ	Resultaten Mediant GGZ 2016	Resultaten Mediant GGZ 2017
<i>Inwoners</i>	500.000	436.845	436.845	436.845
<i>afgenomen PQ-16</i>	1800 (0,36%)	1573	509 (0,12%)	977 (0,22%)
<i>positieve PQ-16</i>	360 (20%)	315	152 (30%)	382 (39%)
CAARMS	216 (80%)	189	74 (49%)	155* (41%)
ARMS	72 (33%)	63	17 (23%)	23 (15%)
<i>1^{ste} psychose</i>	27 (12,5%)	24	6 (8%)	11 (7%)
<i>Exclusie (onder subdrempel ARMS)</i>	117 (54%)	102	51 (89%)	106 (88%)

* Bij 3 cliënten moet de CAARMS nog afgenomen worden.

Tevens zijn in de afgelopen jaren meerdere referer-bijeenkomsten voor de gehele organisatie verzorgd door het vroege interventie team. Ook op het intranet van Mediant GGZ staat alles uitgelegd, inclusief de procedure. Medewerkers worden hier regelmatig naar verwezen.

Niet alleen het motiveren van behandelaren, maar ook het motiveren van cliënten is erg belangrijk en soms ook lastig (Cabana e.a. 1999). Binnen de ARMS doelgroep is sprake van lijdensdruk ten aanzien van de bijzondere ervaringen. Door het navragen van bijzondere ervaringen worden cliënten gemotiveerd en zijn zij over het algemeen blij met een PQ-16 en CAARMS, aangezien zij er door schaamte vaak niet uit zichzelf over praten, zo leert de ervaring. Behandeling verschaft hen duidelijkheid over de oorzaak bij henzelf van de bijzondere ervaringen. De motivatie van de cliënt voor preventieve behandeling verhoogt hierdoor aanzienlijk.

Resultaten

In 2016 zijn 509 PQ-16 afgenomen met 152 positieve scores. In 2017 laat het aantal afgenomen PQ-16 een sterke stijging zien en een procentueel lichtere stijging van het aantal positieven. Pas in 2017 zijn alle afdelingen gestart met afname van de PQ-16. De lagere cijfers in 2016 kunnen dus verklaard worden omdat nog niet alle afdelingen gestart waren. De verwachting is dat in 2018 het aantal afgenomen PQ-16 nog verder zal toenemen.

Op basis van de verwachtingen blijft het aantal afgenomen CAARMS achter bij het aantal positieve PQ-16. Dit is waarschijnlijk een logistiek probleem. De PQ-16 wordt wel afgenomen en de positieve score wordt niet altijd gemeld bij het VZP team. Het relatief lage percentage ARMS cliënten na een CAARMS interview kan wellicht verklaard worden doordat het onderzoek, waarop huidige verwachtingen zijn gebaseerd, gebruik maakte van de volledige PQ, met 45 items. De cutoff score van de PQ-16 ligt wellicht relatief lager, waardoor meer vals positieven ontstaan/zijn gemeten.

Verder kan een deel van het verschil tussen Twente en het Westen van het land verklaard worden door een hogere incidentie van cliënten met een verhoogd risico op psychose in het Westen. Het verdere verschil tussen verwachting en resultaat moet geïnterpreteerd worden als hiaten in de implementatie en uitvoering.

Discussie

Het implementatieproces bij Mediant GGZ wordt geëvalueerd aan de hand van de acht stappen van Kotter (1996).

1. Urgentiebesef vestigen

De inhoud van de huidige Onderzoeksagenda GGZ is een faciliterende factor gebleken, omdat de nadruk ligt op vroege interventie en proactieve zorg. Op managementniveau was de urgentie duidelijk.

2. Een leidende coalitie vormen

De leidende coalitie, in dit geval het vroege interventie team, moet een leidend team zijn met autoriteit, deskundigheid en geloofwaardigheid (Kotter 1996). Medewerkers van het vroege interventie team zijn ook deels werkzaam voor ABC Twente. Hun deskundigheid is voor zowel cliënten als voor collegae een prettige combinatie. De drempel om behandeling bij ABC Twente op te starten werd hierdoor aanzienlijk verminderd. Wel is de ervaring dat behandelaren van de andere afdelingen de indruk hebben dat de implementatie is geïnitieerd vanuit ABC Twente, in plaats van Mediant GGZ in zijn algemeenheid. Hierdoor werd soms de noodzaak van het programma niet op waarde geschat.

3. Een visie en strategie ontwikkelen

De visie was vanaf het begin helder en aangetoond in eerder onderzoek. De olievlekmethode is een goede strategie gebleken. Hierdoor is voor ieder team in

het begin veel aandacht en ruimte geweest om het project goed te implementeren. Tevens heeft deze strategie ervoor gezorgd dat de obstakels hanteerbaar zijn gebleven. Wel moet er in de resultaten rekening mee worden gehouden dat er niet meteen op 100% implementatie gerekend moet worden, omdat nog niet alle afdelingen deelnemen aan het programma.

4. Een veranderingsvisie communiceren

Wat betreft de communicatie zijn afspraken gemaakt door de Raad van Bestuur in samenspraak met het teammanagement van het vroege interventie team. Hoewel er meerdere voorlichtingsbijeenkomsten zijn gehouden, kan de vraag gesteld worden of de noodzaak en visie, of te wel de toename in kwaliteit van zorg voor zeer kwetsbare jongeren, voldoende alle medewerkers heeft bereikt. Het feit dat de behandelaar de tijd krijgt om er 'werkende weg' mee bekend te raken heeft bevorderend gewerkt; toch is gebleken dat niet alle behandelaars voldoende bekend raken met het VZP. Een duidelijk communicatieplan waarin de koppeling tussen het logistieke proces en de communicatie naar het team goed omschreven wordt blijkt van essentieel belang.

5. Een breed draagvlak creëren

Het creëren van draagvlak sluit nauw aan bij de vorige stap: het communiceren van het doel en belang van vroegsignalering. Een van de belangrijkste taken van het vroege interventie team is het blijven informeren, motiveren en ook controleren van voornamelijk de behandelaars. Gebleken is dat hoe meer zij het belang van het VZP inzien, hoe gemotiveerder zij zijn om er aan mee te werken. Een veelvoorkomend misverstand is dat een verhoogde score op de PQ-16 een psychotisch beeld betekent. Contact tussen de behandelaar van het VZP en de behandelaar van het specialistische team is noodzakelijk om te motiveren en zo nodig bij te kunnen sturen. Ook worden de PQ-16 vragenlijsten wel afgenomen en verwerkt, maar wordt het signaal naar het vroege interventie team vergeten. Hierdoor wordt een cliënt niet opgeroepen voor een CAARMS interview. Het controleren en aanspreken blijft dus nodig om dit te optimaliseren.

6. Kortetermijnresultaten realiseren

Op casusniveau worden de resultaten teruggekoppeld aan de behandelaars van de reguliere zorgprogramma's. Ook zijn tijdens de referiebijeenkomsten de resultaten tot dan toe teruggekoppeld aan een breder publiek, medewerkers van Mediant en externe bezoekers. Echter, lang niet alle betrokken behandelaars worden op deze manier bereikt. Momenteel krijgt het teammanagement van het vroege interventie team iedere maand een lijst, waarop staat vermeld wie verhoogd hebben gescoord op de PQ-16 binnen Mediant. Er wordt een bericht gedaan naar het teammanagement van het reguliere zorgprogramma voor de cliënten die nog niet zijn aangemeld voor een CAARMS interview, met het verzoek de aanmelding te doen.

Als de kortetermijnwinsten, het eerder identificeren en behandelen van cliënten met een beginnende psychose, nog duidelijker zichtbaar zijn voor de behandelaars van de reguliere zorgprogramma's werkt dit motiverend en creëert beter draagvlak. (Kotter 1996).

Wat betreft het ‘Consolideren en in beweging blijven’ en ‘Nieuwe benaderingen verankeren in de cultuur’, kan gezegd worden dat Mediant GGZ nu in deze stappen bezig kan gaan.

Samenvattend kan gezegd worden dat er sprake is van een geslaagde implementatie en bij toename van de betrokkenheid van alle professionals valt er nog meer te behalen (Hendriksen-Favier e.a. 2012). Het continu blijven controleren en motiveren van professionals blijft een belangrijke taak van het vroege interventie team om tot een goede consolidatie te komen.

Conclusie

Het vroegtijdig opsporen en behandelen van cliënten met een verhoogd risico op het ontwikkelen van een psychose is een effectieve interventie. Zoals uit eerder onderzoek is gebleken leidt dit tot minder transities naar een eerste psychose, lagere kosten en meer levensjaren in goede gezondheid (Nieman & McGorry 2015; Ising e.a. 2016). Het RGOc heeft het Vroegdetectie Zorginnovatie Programma omschreven als doel dat dit programma een vast onderdeel wordt van de gebruikelijke zorg voor deze doelgroep.

Het VZP is binnen Mediant succesvol geïmplementeerd en er zijn in 2017 23 mensen met een ARMS gevonden, waarbij vroegtijdige behandeling ingezet kon worden; in de komende jaren kunnen dit meer cliënten per jaar worden.

Het laten slagen van een implementatie doet een beroep op de steun en commitment van de gehele organisatie en het logistieke proces moet dusdanig geregeld zijn dat alle stappen van het VZP duidelijk zijn en ondersteund worden. Gebrek aan steun, commitment en onlogische processen in de organisatie worden zichtbaar en hebben effect op de resultaten. Er is dus voldoende formatie nodig voor een succesvolle implementatie. Implementatie van een dergelijk programma kost energie, is relatief goed uitvoerbaar en lonend zowel voor de directe patiëntenzorg als voor de organisatie. Het implementeren van het VZP zou dan ook in iedere GGZ moeten gebeuren.

Literatuur

- Beekman, A.T.F., van Os, J., van Marle, H.J.C., & van Harten, P.N. (2012). Stagering en profilering van psychiatrische stoornissen. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 54(11), 915-920.
- Cabana, M.D., Rand, C.S., Powe, N.R., Wu, A.W., Wilson, M.H., Abboud, P.A., et.al. (1999). Why Don't Physicians Follow Clinical Practice Guidelines? A Framework for Improvement. *JAMA*, 282(15), 1458-65.
- Hendriksen-Favier, A., Nijnens, K., & van Rooijen, S. (2012). *Handreiking voor de implementatie van herstelondersteunende zorg in de ggz*. Utrecht: Trimbos-instituut; 2012. <https://www.trimbos.nl/?act=winkeldl.download&prod=375>.
- Ising, H.K., Lokkerbol, J., Rietdijk, J., Dragt, S., Klaassen, R.M., Kraan, T., et.al. (2016). Four-Year Cost-effectiveness of Cognitive Behavior Therapy for Preventing First-episode Psychosis: The Dutch Early Detection Intervention Evaluation

- (EDIE-NL) Trial. *Schizophrenia Bulletin*, [Epub ahead of print].
- Ising, H.K., Veling, W., Loewy, R.L., Rietveld, M.W., Rietdijk, J., Dragt, S., et.al. (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.
 - Kotter, J.P. (1996). *Leading Change*. Harvard Business School Press, Boston.
 - Nieman, D.H., & McGorry, P.D. (2015). Detection and treatment of at-risk mental state for developing a first psychosis: making up the balance. *Lancet Psychiatry*, 2(9), 825-34.
 - *Onderzoeksagenda GGZ: de juiste behandeling op het juiste moment. Als onderdeel van de 'Agenda GGZ voor gepast gebruik en transparantie'*. Februari 2016. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2016/03/02/onderzoeksagenda-ggz-de-juiste-behandeling-op-het-juiste-moment>
 - Rietdijk, J., & van der Gaag, M. (2014). De detectie van mensen met een verhoogd risico op een psychose: detectiemethoden en basiskenmerken van de populatie. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 56(4), 257-265.
 - Rietdijk, J., Dragt, S., Klaassen, R., Ising, H., Nieman, D., Wunderink, L., et.al. (2010). A single blind randomized controlled trial of cognitive behavioural therapy in a help-seeking population with an At Risk Mental State for psychosis: the Dutch Early Detection and Intervention Evaluation (EDIE-NL) trial. *Trials*, 22,11-30.
 - Veling, W., Bak, M., Boonstra, N., Castelein, S., Gaag, M., Gijsman, H., et.al. (2017). *Zorgstandaard Psychotische stoornissen*, Utrecht.
 - Wunderink, A., Pijnenborg, G.H.M., Bruggeman, R., Wigman, J.T.W., & Boonstra, N. (2015). METC onderzoeksprotocol Onset, Transition & Recovery of Adverse Development (On The ROAD): Early detection of severe mental illness.
 - Yung, A.R., Yuen, H.P., McGorry, P.D., Phillips, L.J., Kelly, D., Dell'Olio, M., et.al. (2005). Mapping the onset of psychosis: the Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 964-971.