

Vroeg detectie/ OntheROAD

PsyQ Groningen

Marieke Pijnenborg
&
Nynke Boonstra
10 januari 2019



DISCLOSURE

GEEN CONFLICTERENDE BELANGEN



Vroeg detectie/ OntheROAD

Alle RGOC INSTELLINGEN

Pijnenborg, Boonstra, Wigman,
Wunderink, Bruggeman, Sportel,
Otto e.a.



PSYCHIATRY IN LIMBO



Molecular Psychiatry (2012) 17, 1174–1179
© 2012 Macmillan Publishers Limited. All rights reserved 1179-4184/12
www.nature.com/mp

PERSPECTIVE

Why has it taken so long for biological psychiatry to develop clinical tests and what to do about it?

S Kapur¹, AG Phillips² and TR Insel³

The Diagnosis of Mental Disorders: The Problem of Reification

Steven E. Hyman

Department of Neurobiology, Harvard Medical School, Harvard University, Cambridge, Massachusetts 02138; email: seh@harvard.edu

PROBLEMS WITH THE DSM

High comorbidity

Large clinical heterogeneity

Non-specific treatment effects

Overlapping risk factors

No diagnosis-specific biological or cognitive markers

Based on observations of adults, often chronic in tertiary care

ZO

**DAT WAREN
DE REGELS**

**DAN GAAN WE
NU OVER NAAR
DE REALITEIT**

Loesje

SYMPTOMS...

.... Often do not keep to the boundaries of current diagnostic classification systems

.... Often do emerge 'out of the blue' but develop gradually from earlier, milder and more diffuse expressions

.... Can vary strongly

- (i) between persons and
- (ii) within persons over time

→ Clash with focus on diagnosis

Purcell et al, 2015; McGorry et al, 2006; McGorry & van Os, 2013

A DIFFERENT PERSPECTIVE....

Clinical staging of psychiatric disorders: a heuristic framework for choosing earlier, safer and more effective interventions

Patrick D. McGorry, Ian B. Hickie, Alison R. Yung, Christos Pantelis, Henry J. Jackson

Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 2006, 40: 616-22

CLINICAL STAGING (I)

Oncology

A more appropriate framework for the emergence and development of mental disorders

Does not aim to replace other diagnostic systems, but offers developmental perspective

Places a person along a continuum of illness course

CLINICAL STAGING (II)

Especially suitable for an illness that

- Tends to progress
- May progress
- Results in major complications/disability when persistent/progressive

Differentiation between early, brief or milder clinical phenomena from those that accompany illness progression, persistence and chronicity

Very suitable for young people

- → first expressions of mental health issues

Psychosis

PSYCHOSIS

Distortion of reality

Psychotic disorders come with large burden

Early detection and intervention very important

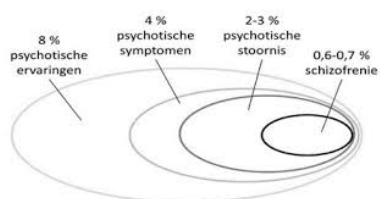
Clinical staging facilitates this

Interventions: milder more effective in early phases

Different risk/resilience factors in different stages



PREVALENTIECIJFERS

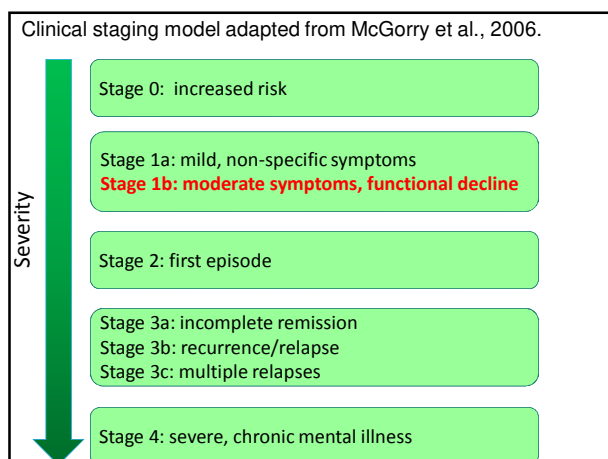
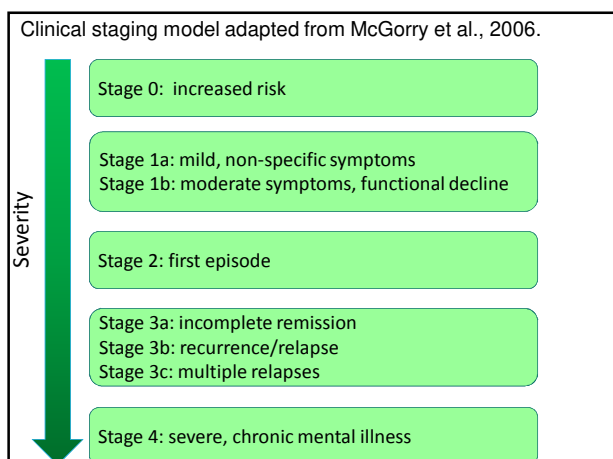


ZORGIMPLEMENTATIE & ON THE ROAD

1. Implementeren van early detection, inmiddels ZS

2. Onset, Transition and Recovery of Adverse Development





TRANSITIERATE VAN VERHOOGD RISICO NAAR PSYCHOSE

✦ 18% NA 6 MAANDEN
 ✦ 22% NA 12 MAANDEN
 ✦ 29% NA 2 JAAR
 ✦ 36% NA 3 JAAR



DIAGNOSTIEK VERHOOGD RISICO

✦ SCREENING – PQ (14-35) ALLE HULP ZOEKENDE PTEN
 ✦ DIAGNOSTIEK – CAARMS + SOFAS
 AANWEZIGHEID PSYCHOTISCH ACHTIGE ERVARING
 FUNCTIONEREN



Ervaringenlijst

Naam :
Geboortedatum :
Datum :

Hieronder staan een aantal uitspraken over uw gedachten, gevoelens en ervaringen. Leest u aandachtig eerst elke uitspraak zorgvuldig en geef dan met een knippen aan of u het eenmaal 'veels' of 'soms' bent. Als u 'veel' vindt, vult u dan ook daarnaast aan hoeveel vaak u daarvan ondervindt. Vult u problemen om elke uitspraak te beantwoorden?

	☐ Eens	☐ Soms	☐ Veel	☐ Niet van toepassing
1. Ik voel me ongeïnteresseerd in de dingen die ik vroeger leuk vond.	☐	☐	☐	☐
2. Ik schijn vaak getreuterd te zijn te worden door anderen.	☐	☐	☐	☐
3. Ik ruk of voel soms dingen die anderen niet kunnen ruiken of voelen.	☐	☐	☐	☐
4. Ik hoor vaak ongewone geluiden zoals geknallen, geknallen, geknallen of geknallen in mijn oren.	☐	☐	☐	☐
5. Ik heb vaak een gevoel dat er iets dat ik heb meegemaakt echt was of fantasie.	☐	☐	☐	☐
6. Wanneer ik iemand aankijk, of mijzelf in de spiegel bekijk, heb ik het gevoel vaak voor mijn ogen zien veranderen.	☐	☐	☐	☐
7. Ik heb vaak een gevoel dat ik niet de baas ben over mijn eigen gedachten.	☐	☐	☐	☐
8. Ik heb dingen gezien die andere mensen niet kunnen zien.	☐	☐	☐	☐
9. Mijn gedachten zijn soms zo sterk dat ik ze bijna kan horen.	☐	☐	☐	☐
10. Ik heb soms speciale beelden in advertenties, etalages of in de media waaraan ik mij heftig heb opgetrokken.	☐	☐	☐	☐
11. Soms heb ik het gevoel gehad dat ik niet de baas was over mijn eigen denken of gedachten.	☐	☐	☐	☐
12. Soms voel ik me schuldig of schuldig door geluiden van verlaten, die ik geweldig heb bemerkt.	☐	☐	☐	☐
13. Ik heb dingen gehoord die andere mensen niet horen zoals stemmen van bekende of bekende mensen.	☐	☐	☐	☐
14. Ik heb vaak het gevoel dat anderen mij kwaad willen doen.	☐	☐	☐	☐
15. Ik heb het gevoel gehad dat er een of andere persoon of kracht om mij heen is, ook al kan ik niemand zien.	☐	☐	☐	☐
16. Ik heb het gevoel dat sommige delen van mijn lichaam op een of andere manier veranderd zijn of dat delen van mijn lichaam anders werken dan vroeger.	☐	☐	☐	☐

www.tlidschriftvoorspsychiatrie.nl/meetinstrumenten

PQ-16

- Alle aanmeldingen bij specialistische GGZ 14-35
- 5 minuten self-report
- Online invullen
- ≥6 = uitnodiging CAARMS interview

DE CAARMS

DE COMPREHENSIVE ASSESSMENT OF AT RISK MENTAL STATE

- ONTWIKKELD OM MENSEN MET EEN VERHOOGD RISICO TE DETECTEREN
- SPECIFICEERT PSYCHOTISCHE SYMPTOMEN EN DISTRESS
- DIFFERENTIEERT TUSSEN VERHOOGD RISICO EN PSYCHOSE
- MONITOREN VAN ARMS OVER TIJD



CAARMS

Opbouw score:

- A. Bepaal de SOFAS en familiebelasting
 - B. Onderzoek medicatie
- Score de ervaringen: iedere ervaring dient apart gescoord te worden op de volgende onderdelen
- i-f-p:
 - Intensiteit
 - Frequentie en duur
 - Patroon
 - Let op:
 - Aanvang van de klachten:
 - In afgelopen jaar voorgekomen
 - niet langer dan vijf jaar aanwezig
 - Langer dan vijf jaar aanwezig en in afgelopen jaar verergerd
 - Lijdensdruk (uitvragen), distress, interfereren, overtuiging (inschatten)

Beoordelingschaal sociaal en beroeps-functioneren (SOFAS)

Beschouw het sociaal en beroepsfunctioneren op een continuüm van uitstekend functioneren tot uitgesproken verstoort functioneren. Heen lichamelijke beperkingen in eigen schouw, eventuele psychische beperkingen. Om mee te vallen, moet de beperking het directe gevolg zijn van lichamelijke of psychische beperkingen, die gevolgen van een getreft aan mogelijkheden en andere beperkingen door omstandigheden moet niet in de beoordeling betrokken worden. Code (NB: gebruik tussenhaakjes als dat adequaat is, bv 45, 68, 72). SCORE: _____

- 100 Superieur functioneren op een breed scala van activiteiten.
- 91
- 90 Goed functioneren op alle gebieden, beroepsmatig en sociaal effectief.
- 81
- 80 Niet meer dan een enkele lichte beperking in sociaal, beroepsmatig en school functioneren (bijvoorbeeld weinig voorkomende interpersoonlijke conflicten, tijdelijk achter raken met school werk).
- 71
- 70 Enige problemen bij sociaal, beroepsmatig of school functioneren, maar over het algemeen goed functioneren, heeft enige betekenisvolle interpersoonlijke relaties.
- 61
- 60 Matige problemen bij sociaal, beroepsmatig of school functioneren (bv. weinig vrienden, conflicten met leeftijdsgenoten en/of medewerkers).
- 51
- 50 Enmatige problemen bij sociaal, beroepsmatig of school functioneren (bv. geen vrienden, niet in staat om een baan te behouden). Van de levensgebieden werk/ school, wet en regel, vrienden, familie relaties zijn er 1 (45-50) of 2 (41-44) verstoort.
- 41
- 40 Inrijpende verslechtering op verschillende gebieden zoals werk, school, familie relaties (bv. depressieve man vernijpt vrienden, verslaafde familie en is niet in staat te werken. Kind staat andere kleine kinderen, is thuis opstandig, gaat slecht op school. 3 (35-40) of 4 (31-34) verstoorte levensgebieden.
- 31
- 30 Onvermogen om te functioneren op bijna alle levensgebieden (bv. kijkt bijna hele dag op bed, geen werk, geen thuis of geen vrienden).
- 29
- 20 Slaagt er af en toe niet in de persoonlijke hygiëne te onderhouden. Onvermogen om zelfstandig te functioneren.
- 11
- 10 Voortdurend onvermogen om minimale persoonlijke hygiëne te handhaven.
- 1 Onvermogen om te functioneren zonder direct of indirecte hulp van anderen (geen zelfstandige ondersteuning (bv. verpleegkundige zorg of begeleiding)).
- 0 Onvoldoende informatie

Revisieversie van de SOFAS: Sullivan, David & Jay, J. L. (2003). SOFAS: 2003. 2003. 2003.

CAARMS: 7 domeinen

1. Positieve symptomen
2. Cognitieve veranderingen
3. Emotionele verstoring
4. Negatieve symptomen
5. Gedragsveranderingen
6. Motorische/lichamelijke klachten
7. Algemene psychopathologie

16-1-2019

Afname en Scoring CAARMS

- Voor bepalen van verhoogd risico: alleen de eerste 4 schalen (1.1 tot en met 1.4)
- 1.1 Ongewone gedachteninhoud
- 1.2 Niet-bizarre ideeën
- 1.3 Waarnemingsstoornissen
- 1.4 Gedesorganiseerde spraak
- Voor ARMS: één symptoom binnen ARMS-range score is voldoende

1.1 Ongewone gedachte-inhoud

0 Nooit, afwezig	1 Twijfelachtig	2 Mild	3 Matig	4 Matig ernstig	5 Ernstig	6 Ernstig en psychotisch
Geen ongewone gedachte- inhoud	Beginnende uitwerking van conventionele opvattingen die door een deel van de bevolking aangehangen worden.	Vaag gevoel dat er iets anders is, of dat het niet goed gaat met de wereld, een gevoel dat dingen veranderd zijn, maar daar niet precies de vinger op kunnen leggen.	Een gevoel van verbijstering. Een sterker gevoel van onzekerheid over de gedachten dan bij 2	Betrokkings- ideeën dat bepaalde gebeurtenis- sen, objecten of mensen een bijzondere en onge- bruikelijke betekenis hebben. Het gevoel hebben dat de ervaring van buiten kan komen. Geloof niet aangehangen met overtuiging, de persoon is in staat eraan te twijfelen. Leidt niet tot verandering in gedrag.	Ongewone gedachten die voorkomen oorspronkelijk en zeer onwaarschijn- lijk materiaal bevatten. De persoon kan er aan twijfelen (niet volgehouden niet waan- overtuiging) of de persoon geloofd het idee niet de gehele tijd. Het kan leiden tot enige gedragsver- andering, maar gering.	Ongewone gedachten die die origineel en zeer onwaarschijn- lijk materiaal bevatten zijn en waaraan niet waan- overtuiging wordt vastgehouden (geen twijfel). Kan een duidelijke invloed op het gedrag hebben.

1.2 Niet-bizarre ideeën

0 Nooit, afwezig	1 Twijfelachtig	2 Mild	3 Matig	4 Matig ernstig	5 Ernstig	6 Ernstig en psychotisch
Geen non-bizarre ideeën	Subtiele veranderingen die op de realiteit gebaseerd kunnen zijn. Bijvoorbeeld erg van zichzelf bewust	Verhoogd zelfbewustzijn. Bijvoorbeeld het gevoel dat anderen naar de persoon kijken, of over hem/haar praten. Of een gevoel hebben van verhoogde belangrijkheid. De persoon is in staat eraan te twijfelen.	Vreemde of ongewone gedachten waarvan de inhoud niet oorspronkelijk is – er is mogelijk enig logisch bewijs. Er is meer bewijs dan bij score 3.	Duidelijk idiosyncratische overtuigingen, die, ofschoon mogelijk, zijn ontstaan zonder logisch bewijs dan bij score 3. Bijv. de gedachte dat anderen de persoon kwaad toewensen, die snel uit het hoofd gezet kan worden. De gedachte over bijzondere gaven te beschikken, die snel uit het hoofd gezet kan worden.	Ongewone gedachten waarvan de persoon enigszins twijfelt (waaraan niet met waanvoortgang wordt vastgehouden), of waarin de persoon niet de gehele tijd gelooft. Dit kan resulteren in enige gedragsverandering, maar gering.	Ongewone gedachten die oorspronkelijk en zeer onwaarschijnlijk zijn, waar de persoon niet aan twijfelt. Het heeft een duidelijk invloed op het gedrag.

1.3 Waarnemingsstoornissen

Waarnemingsstoornissen - Globale beoordelingschaal						
0 Nooit, afwezig	1 Twijfelachtig	2 Mild	3 Matig	4 Matig ernstig	5 Ernstig	6 Ernstig en psychotisch
Geen abnormale perceptuele ervaringen		Verhoogde of gedempte percepties, vervormingen, illusies (zoals lichten en schaduwen). Raakt hierdoor niet erg van streek.	Versaande ervaringen, meer intensiteit/leven (bijv. vervormingen/illusies, onduidelijk getimpel, etc.). De persoon is onzeker over de herkomst van de ervaringen. Kan het afwippen. Raakt er niet door van streek. Derealisatie/Depersonalisatie.	Veel duidelijkere ervaringen dan bij 3, zoals zijn/haar naam horen roepen, telefoon horen overgaan etc., maar kan kluchtig of van korte duur zijn. Kan een plausible verklaring geven voor de ervaring. Kan gerelateerd zijn aan lichte verontroing of angst.	Echte hallucinaties, zoals het horen van stemmen of gesprekken, voelen van iets wat het lichaam aanraakt. De persoon is niet moede in staat de ervaringen in twijfel te trekken. Kan angstaanjagend zijn of gepaard gaan met leed.	Echte hallucinaties waarvan de persoon, op het moment zelf en daarna, denkt dat het echt is. Kan erg van streek maken of bangstigend zijn.

1.4 Gedesorganiseerde spraak

0 Nooit, afwezig	1 Twijfelachtig	2 Mild	3 Matig	4 Matig ernstig	5 Ernstig	6 Ernstig en psychotisch
Normale logische spraak, geen desorganisatie, geen problemen met communiceren of begrepen worden.		Lichte subjectieve moeilijkheden, zoals moeite hebben om een boodschap over te brengen. Valt anderen niet op.	Lehvat vaag, wat bewijs voor breedspakighele in spraak en gedachtepatronen. Verbindingen tussen ideeën zijn nogal tangenteel.	Duidelijk bewijs van midde associatieve spraak, maar reageert op het structuren van het interview. Moet misschien gebruik maken van gebaren of nabootsen om te kunnen communiceren.	Duidelijke breedspakighele of tangentele spraak, maar reageert op het structuren van het interview. Moet misschien gebruik maken van gebaren of nabootsen om te kunnen communiceren.	Gebrek aan coherentie, onbegrijpelijke spraak, veel moeite om de lijn van gedachten te volgen. Losse associaties in spraak.

Frequentie en lijdensdruk

Datum begin van klachten..... Datum eind van klachten.....						
Frequentie en duur						
0	1	2	3	4	5	6
Afwezig	Minder dan een keer per maand	Een keer per maand tot twee keer per week – minder dan een uur per keer	Een keer per maand tot twee keer per week – meer dan een uur per keer OF 3 tot 6 keer per week – minder dan 1 uur per keer	3 tot 6 keer per week – meer dan 1 uur per keer OF dagelijks – minder dan 1 uur per keer	Dagelijks – meer dan een uur per keer OF meerdere keren per dag	Voordurend

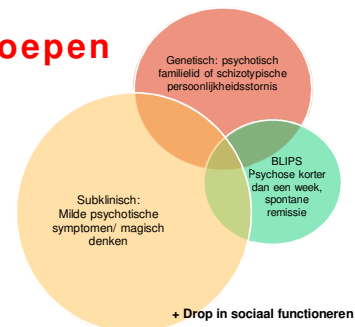
Patroon van symptomen		
0	1	2
Geen relatie met middelengebruik	Het gebeurt soms in relatie met middelengebruik, maar ook op andere momenten	Komt alleen voor in relatie tot middelengebruik

Lijdensdruk (in verband met symptomen)	
0	100
Geen lijdensdruk	Extremee lijdensdruk

CAARMS uitkomst

- 3 uitkomsten
- Geen verhoogd risico
- Verhoogd risico
- Psychose
- 3 groepen verhoogd risico
- BLIPS
- Subklinische psychotische symptomen
- Genetische kwetsbaarheid

3 UHR groepen



Groep 1: Genetisch Risico

- 1
 - a. eerstegraads familielid met psychose OF
 - b. patiënt met schizotypische persoonlijkheidsstoornis
- PLUS:
 - a. gedurende een maand een afname van de SOFAS score met 30% OF
 - b. gedurende afgelopen jaar een SOFAS score van 60 of lager.

16-1-2019

Groep 2: Subklinische symptomen

- Frequentie langer dan een week. Indien korter zie groep 3.
- Groep 2a: Subdrempel intensiteit
- Groep 2b: subdrempel frequentie
- PLUS:
 - a. gedurende een maand een afname van de SOFAS score met 30% OF
 - b. gedurende afgelopen jaar een SOFAS score van 60 of lager.

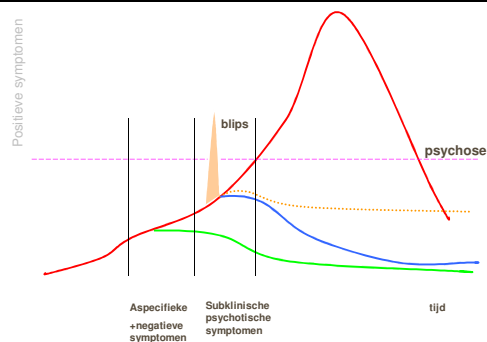
16-1-2019

Groep 3: BLIPS

- periode met symptomen is ≤ 1 week met spontane remissie
- in het afgelopen jaar aanwezig
- PLUS
 - a. gedurende een maand een afname van de SOFAS score met 30% OF
 - b. gedurende afgelopen jaar een SOFAS score van 60 of lager.

16-1-2019

SYMPTOMATOLOGIE



Interventies VERHOOGD RISICO

- ❖ DOEL:
 - ❖ WEGNEMEN/ VERMINDEREN RISICO
 - ❖ VERMINDEREN SOCIALE UITSLUITING
- ❖ VERMINDEREN LIJDENSDRUK
ALTIJD AANBEVOLEN:
 1. CGTUIR + PE
 2. PE FAMILIE
 3. BEHANDELING COMORBIDE KLACHTEN
- ❖ VOORKOMEN UITVAL UIT FUNCTIONEREN
ALTIJD AANBEVOLEN:
 1. ONDERSTEUNING WERK/ SCHOOL

- IN SOMMIGE LANDEN
- OMEGA-3 VETZUUR SUPPLEMENTEN
 - ANTIPSYCHOTICA

ZORGIMPLEMENTATIE & ON THE ROAD

1. Implementeren van early detection, inmiddels ZS
2. Onset, Transition and Recovery of Adverse Development



ON THE ROAD

Collaboration of multiple centres:

- RGOc
- UCP
- Lentis
- GGZ Friesland
- GGZ Drenthe
- Mediant
- Dimence
- GGZ Noord-Holland Noord

Convenant 4 jaar geleden

EARLY PSYCHOSIS

Lots of expertise in these centres on psychosis care and research

EDIE study: study on UHR/early psychosis

Collaboration to set up a large cohort of individuals with increased risk of psychosis

Assess extensive battery to better understand course and outcome, as well as factors of risk and resilience

GOAL

To extend the current 'care as usual' (incl screening, monitoring and treatment) for this particular ARMS population by

Broadening the outcome measure examined in the context of ARMS

Broadening the outcome measure beyond clinical outcome

Broadening the set of clinical measures and factors of risk and resilience that may predict these transitions

Investigating the predictive value of an extension of current ARMS criteria

OTR Module

Clinical measures:

- Depression
- Anxiety
- Mania
- Somatization
- Eating problems
- Self-harm
- Alexithymia
- QoL
- CGI

Risk/protective factors:

- Early trauma
- Life events
- Discrimination
- Bonding

How does it work

- Follow all participants for 3 year with yearly assessments
- Use this as framework for additional research
- Compare categorical and dimensional assessments
- Empirically test the clinical staging model
- Contribute to a better understanding of emergence, development and outcome of mental illness in young people



Stand van zaken

Tabel 1. Overzicht screening, diagnostiek, behandeling en OnTheRoad in 2016, 2017 en 2018 per instelling.

Site	PQ	PQo6	CAARMS	LHR	CGT	OnTheRoad
Mediant						
2016	554	91	45	12	9	30
2017	1019	308	133	19	39	13
2018	983	371	91	16	6	4
GGZ Friesland						
2016	384	114	34	34	1	6
2017	323	141	6	6	1	6
2018	351	152	58	18	4	83
GGZ Drenthe						
2016		169	64	12	9	0
2017		283	94	20	15	5
2018		296	129	27	9	6
UCP						
2016	268	268	268	1	1	0
2017	323	323	323	3	1	1
2018	145	40	40	4	0	0
Dimence						
2016	28	12	4	1	0	0
2017	76	31	11	1	1	0
2018	43	29	9	7	6	0

Bevorderende factoren

- Zorgstandaard Psychose
- RGOc Convenant Raden van Bestuur
- Enthousiasme voor preventie
- Commitment op de werkvloer
- Duidelijke gezondheidswinst te halen
- Locale promovendi
- Locale helden (Mediant, GGZ Drenthe, UCP, GGZ Friesland)



Belemmerende factoren

- Schaalgrootte
- Afstand stuurgroep - werkvloer
- Vroegdetectie vindt plaats door alle poliklinieken heen, niet binnen 1 diagnose groep
 - Behandelaren op afstand, blijvende contacten nodig.
- Geen/onvoldoende financiering voor vroegdetectie & onderzoeksstructuur
- Belasting van onderzoek te zwaar/ te lang → verkleind
- Uitstroom binnen follow-up periode



Ondersteuning vanuit stuurgroep

- Site visits instellingen
- Periodiek implementatie coordinatorenoverleg
- Trainingsaanbod (caarms, cgt)
- Zorginnovatie loopt redelijk, nu onderzoeksgedeelte nog aan laten sluiten
- Subsidies aanvragen voor onderzoeksgedeelte



Nieuwe ontwikkelingen

- Adolescententeams
- @ease verkenning Friesland, Groningen en Drenthe



Thank you!!