

20 jaar RGOc

een impressie van samen innoveren
en samen implementeren

RGOc

20 jaar RGOc

een impressie van samen innoveren
en samen implementeren

RGOc





Voorwoord

Konden de grijze heren in statige pakken, die in 2000 hun handtekening zetten voor de oprichting van het Rob Giel Onderzoekcentrum, toen bevroeden dat twee decennia later dat RGOc nog steeds springlevend zou zijn? En, dat diezelfde GGZ-instellingen nu zelf de aanjagers zijn van innoverende onderzoekslijnen? We zullen het nooit weten. Maar in die tijd was onderzoek in de GGZ nog een schaars goed en leek het een goed idee om de krachten te bundelen.

Wie nu dit posterboek bekijkt, ziet een heel andere wereld. Onderzoek doen binnen de GGZ is inmiddels gemeengoed geworden in Noord Oost Nederland. Daar getuigen de vele posters in dit mooie jubileumboek van. Maar ze vertellen ook het verhaal van innoveren en implementeren.

Al die posters doorbladerend, kom ik tot de volgende gedachten.

Innoveren is tegen de stroom in zwemmen: iets nieuws doen, iets anders doen, iets bijzonders doen, en dat vaak voor bijzondere doelgroepen. Dingen die we nu vanzelfsprekend vinden, waren dat -soms nog niet zo lang geleden- helemaal niet (en omgekeerd). Zaken die we niet tot de GGZ rekenden, zijn inmiddels in de richtlijnen opgenomen.

Dat wil zeggen dat we dus niet alleen aan het innoveren zijn geweest, maar dat we ook nieuwe inzichten hebben geïmplementeerd.

Implementeren gaat ook niet vanzelf. Ook daar getuigen de posters in dit boek van. Het is hard werken om je mooie ideeën en onderzoeksresultaten naar de dagelijkse praktijk om te zetten: de science-to-service gap is niet zomaar opgelost.

Innoveren en implementeren doe je samen met de mensen om wie het gaat, dat lijkt een eenvoudige boodschap. Op de weg van cliëntenparticipatie naar echte co-creatie, worden inmiddels flinke stappen gezet: een mooie ontwikkeling die de laatste jaren goed op gang is gekomen.

De onderzoeken in dit boek zijn een bloemlezing uit alles wat er de afgelopen 20 jaar in het Noorden aan onderzoek is gedaan. De onderwerpen zijn verschillend, de aanpak verschilt, de resultaten verschillen, maar één ding hebben ze gemeen: de wil om gezamenlijk het verschil te willen maken. Alle bladzijdes stralen een energie uit, een gedrevenheid en een trots om de zorg nog beter te maken.

Dat maakt het RGOc al meer dan 20 jaar zo'n bijzondere plek, waar we samen denken, samen doen: samen innoveren en samen implementeren!

Richard Bruggeman
Programmaleider RGOc

Juni 2021



Oprichting RGOc: eerste Stuurgroep met Rob Giel, 2000



Oratie Durk Wiersma, 2004



Oprichting RGOc: eerste Stuurgroep ondertekent samenwerkingsovereenkomst, 2000



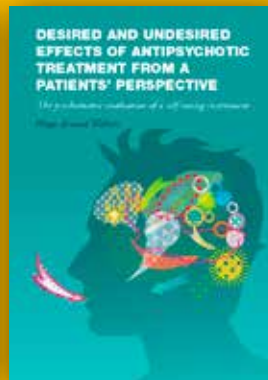
Proefschrift Asmar Al Hadithy, 2009



Proefschrift Stynke Castelein, 2009



RGOc Symposium, 2010



Proefschrift Hugo Wolters, 2010



Uitgave Utopia, 2010



Promotie Agna Bartels, 2011

De filminterventie voor patiënten met een bipolaire stoornis; de mens achter de ziekte

Betekenis voor de zorg

De filminterventie is ontwikkeld volgens het intervention mapping protocol. De interventie heeft tot doel om medewerkers van de opnameafdeling en van de crisisdienst kennis te laten maken met de gezonde mens. Immers, als patiënten met een acute manie door de crisisdienst worden beoordeeld of opgenomen worden zien de medewerkers de patiënt op het moment dat deze heel erg ziek is en als gevolg van de manische ontregeling geen ziekte inzicht toont. Dit toestandsbeeld vormt dat ook het referentiekader van waaruit gewerkt wordt.

Met de filminterventie hopen we een bijdrage te kunnen leveren aan het verwezenlijken van gepersonaliseerde zorg. De patiënt neemt een film op aan de hand van een topiclijst. Hierdoor laat hij zien wie hij is, hoe hij in het leven staat, wat belangrijke normen en waarden zijn, wie belangrijk voor hem is en hoe hij wil worden gehandeld bejegend in geval van een manische ontregeling. De persoon zelf geeft tips aan de medewerkers die de film zien over hoe ze het beste met hem om kunnen gaan in deze periode. Door dit op film te doen zien de medewerkers de persoon in zijn goede doen en kan dit het referentiepunt vormen tijdens de behandeling. De film wordt opgeslagen in het Elektronische Patiënten Dossier (EPD) van de patiënt en is te raadplegen door iedereen die bij de behandeling betrokken is. Op dit moment wordt de interventie geïmplementeerd binnen Dimence bipolair. Een Netwerk binnen Dimence van het SCBS Bipolaire stoornissen en de regioteams in Deventer, Zwollen en Almelo.

Aandachts- en knelpunten

Tijdens de implementatie komen we drie knelpunten tegen:

- 1 Het EPD zo inrichten dat de films op een veilige manier opgeslagen konden worden en geraadpleegd konden worden. Dit traject heeft voor oponthoud gezorgd in de implementatie. Aanpassingen doen in een EPD zijn geen eenvoudige vanzelfsprekendheid. Uiteindelijk heeft het drie jaar geduurd tussen de eerste vraag en de verwezenlijking.
- 2 De coronacrisis maakte het implementeren ingewikkeld. Het is niet langer vanzelfsprekend om bij een patiënt op huisbezoek te gaan en een film op te nemen. Hierdoor heeft het project een tijdje 'on hold' geweest. Maar nu zijn we weer gestart met het opnemen van film. Niet thuis maar op de GGZ Locatie. Als het straks weer thuis kan gaan we dat weer doen.
- 3 Nieuwe interventies implementeren is altijd ingewikkeld omdat het afwijkt van de staande praktijk. Hiervoor hebben we een projectorganisatie ingericht waarbij iedere afdeling die raakvlakken heeft met deze interventie betrokken is. Er zijn e-learnings ontwikkeld en presentaties gegeven bij zowel de ambulante teams van Dimence Bipolair als bij de opnameafdelingen en bij de crisisdiensten. Monitoren van de voortgang is vrij eenvoudig omdat de films door 1 medewerker worden opgeslagen op een multimedia server. Zodoende hebben we altijd zicht op de stand van zaken.

Clëntenparticipatie

Het idee van de filminterventie is besproken met patiënten, naasten en professionals. Patiënten en naasten zijn van het allereerste begin van het project betrokken bij de realisatie ervan. Alle verschillende stappen in het ontwikkelprotocol zijn getoetst bij patiënten. Een ervaringsdeskundige maakt deel uit van de projectgroep die de implementatie vorm geeft. Bij Plusminus- leven met bipolariteit, de vereniging voor en van mensen met een bipolaire stoornis en hun naasten is de interventie gepresenteerd tijdens een livestream.

'Show Yourself ward your

Peter Goossens

Introduction

Despite treatment, the overall recurrence risk in bipolar disorder is between 39.3% and 55.2% (Vázquez, Holtzman, Lolic, Ketter, & Baldessarini, 2015). When a recurrence of a manic episode occurs, admission to a hospital is often needed (Kupka, et al., 2015). And during hospitalization, the progress and recovery of the patient can be assessed differently by professionals working at the admission ward and by relatives of the patient. In our clinical practice, relatives of patients who were recently admitted expressed their fear that their family member would be discharged from the hospital too soon. They felt burdened in the period prior to admission and finally felt relieved when their family member was admitted. While professionals of the admission ward told that the condition of the patient had improved since the moment of admission, the relatives noticed hardly any improvement. Moreover, many of them felt exhausted since it often takes a long time before the patients' behaviour is dangerous enough to justify forced hospitalisation (Beentjes, Goossens, & Jongerden, 2016).

The difference in view between the relatives and the professionals at the admission ward might be caused by a difference in perspective between relatives and professionals. The perspective of relatives is their family member in a euthymic mood state while the professionals' perspective is the patients' condition at the moment of admission.

For this reason, a project was started with the aim of overcoming this difference in perspective and to enhance a shared vision. The idea to achieve this was to record a short film to show the patient during a euthymic mood state. This film can be stored in the electronic patient record (EPR) or handed over by the patient of the relatives to the staff of the admission ward, when the patient is admitted. Thus, it can give them an impression of the patient when he is not ill and in stable condition. The project was initiated in Dimence, a large mental health organization in the eastern part of the Netherlands. Within this organization 800 patients with bipolar disorder receive treatment at four outpatient clinics by a specialized multidisciplinary team of psychiatrists, psychologists, nurse practitioners and ambulatory care nurses. Treatment is provided in concordance with the Dutch multidisciplinary guideline on bipolar disorders (Kupka, et al., 2015). When, due to recurrence, hospitalization is necessary patients are admitted at a psychiatric high intensive care unit.

Methods

A qualitative survey study was carried out among patients with bipolar disorder who were admitted because of a (recent) manic episode but euthymic at the moment (n=3), relatives of these patients (n=2), a psychiatrist (n=1) and mental health nurses working at an admission ward (n=2) or at an outpatient clinic (n=2). Participants were recruited based on their experience and their willingness to participate. Participants were individually interviewed in the outpatient clinic by a trained interviewer.

Three structured questions were asked:

- 1) What are your views and opinions with regard to this idea?
- 2) What content needs to be included in the film? and
- 3) How should this film be used in clinical practice? The participants' responses to these questions were further explored.

Interviews were recorded and transcribed verbatim.

In a qualitative content analysis the transcripts of the individual interviews were read and reread. Those text fragments concerned with the three structured questions were then summarized.

All participants gave their informed consent prior to the start of the interview. According to Dutch legislation formal approval by an ethical committee was not needed since no intervention was carried out.

Results

All participants saw great potential in the idea. Patients stated that it would be worthwhile that professionals working at an admission ward could get an idea on how they function and interact when they are in a euthymic mood state and thus get an impression of who they really are.

All professionals and relatives confirmed this idea. Professionals working at an admission ward stated it could give them valuable information to plan, conduct and evaluate more individualized patient centered care.

Professionals working at outpatient clinic assumed it could help their patients during a mental health crisis to connect better with the professionals at the admission ward. All assumed this would probably decrease stress for patient and family.

Content of the film: All participants agreed upon one thing: it is the patient only who can decide what will be filmed. The film should take about 10 minutes. Patients stated it is important that, before the film is recorded, the patient gets support to write a script.

Patients want to show their daily structure and routines and to talk about their work, how they spend their leisure time and things that are important to them. Patients and relatives wanted to include what is important for treatment in case of admission based on previous experiences and treatment preferences. Professionals wanted to see how the patients interact with others and wanted to see a glimpse of the patients' personal life and character. They wanted the patients to talk about how they spend their day, their hobbies, their daily routines and their important values.

All participants stated it was important to record the film in the patient's home. The professionals mentioned this could give them valuable information about how the patient acts and interacts in his/her own environment. Patients told us that their home is the best place to record the film because they feel at ease and they hope the professional can get a good impression about them.

Use of the film: Most patients prefer the film to be stored in their EPR so it is available to professionals at any time. They state that during a crisis the chance that they will hand over the film, stored on a USB stick, is rather limited due to their condition. One patient preferred her family member to hand over the USB stick in case of admission. In the patients' relapse prevention plan it needs to be mentioned that a film is available, preferably with a hyperlink to the location in the EPR so it is easily available. Based on the results of this small study a manual is developed that can support the professional and the patient to prepare the script for the film (table 1).

Contact information

Prof. dr. P.J.J. Goossens
Centre for Bipolar Disorders, Dimence
Pikeursbaan 3, Deventer, 7411 GT, The Netherlands
M: 0031-6-12849028
E: p.goossens@dimence.nl



if': a short film to show professionals at an admission for 'euthymic being' during an admission for mania.

Goossens RN APRN PhD FEANS, Melanie Groot Lipman Msc RN, Thea Daggenvoorde Msc RN,
Sofie Verhaeghe RN PhD, Anja Stevens MD



Discussion

With this self-management intervention, patients can contribute actively to their treatment and wellbeing. This is in line with recovery-orientated practices such as Wellness Recovery Action Planning (WRAP) (Cook et al., 2012) and the Illness Management and Recovery program (McGuire et al., 2014). A film about yourself in a stable mood state can be an important addition to the individual WRAP or relapse prevention plan (Daggenvoorde, Goossens & Gamel, 2013). Some questions can be raised. Firstly: we assume that recording a film can give patients a sense of autonomy in dealing with future crisis. Making a documentary about oneself might have an important therapeutic effect on enhancing reflective capacity and self-efficacy and thus contributing to a higher level of quality of life (Abraham, Miller, Birgenheir, Lai, & Kilbourne, 2014). Secondly: we assume that professionals at an admission ward will value the information presented in the film and will use it for planning and conducting person centered care. But what will the availability of this information mean for them professionally? Thirdly: Implementing innovations in clinical practice is often challenging (Proctor et al., 2009). New practices will not be implemented if potential users do not embrace them (Kimberly & Cook, 2008). It is still unclear which specific conditions are needed that enhances implementation and use in clinical practice. Although all participants see potential in the added value of this intervention, it only gets value if implemented and tested in clinical practice. The development of the intervention is the first step. For the second step, twenty films were recorded and an explorative, descriptive qualitative study is ongoing to examine the experiences of patients with recording the film. Gathering experiences of professionals and patients with the use of the film during an admission of the patient can only take place when patients who recorded a film are admitted due to a manic recurrence. However, the overall recurrence rate in patients with bipolar disorder with a manic episode is rather low (Kupka, et al., 2007). Therefore a longitudinal multiple case study with a mixed methods design will be carried out to examine the effect of the intervention on patients outcomes and the experiences of all involved. We hypothesize that due to the more individualized patient centered care length of stay on the admission ward and the use of coercion will decrease. Also, patient satisfaction about the period of hospitalization might increase. As stated earlier we assume that recording the film can contribute to the patients' self-efficacy in dealing with crisis. Although this intervention was developed for patients with bipolar disorder we assume that it is applicable for other patients' groups who are at risk for recurrence and therefore in need for admissions too.

References

- Vázquez GH, Holtzman JN, Lolich M, et al: Recurrence rates in bipolar disorder: systematic comparison of long-term prospective, naturalistic studies versus randomized controlled trials. *European Neuropsychopharmacology* 25:1501-1512, 2015
- Kupka RW, Goossens PJJ, Bendegem M, et al: Multidisciplinaire richtlijn bipolaire stoornissen. [Multidisciplinary guideline bipolar disorder]. Utrecht, the Netherlands, De Tijdstroom 2015
- Beentjes TA, Goossens PJJ, Jongerden IP: Nurses' experience of maintaining their therapeutic relationship with outpatients with bipolar disorder and their caregivers during different stages of a manic episode: a qualitative study. *Perspectives in Psychiatric Care* 52:131-138, 2016
- Cook JA, Copeland ME, Floyd CB, et al: A randomized controlled trial of effects of wellness recovery action planning on depression, anxiety and recovery. *Psychiatric Services* 63:541-547, 2012
- McGuire AB, Kukla M, Green A, et al: Illness management and recovery: a review of the literature. *Psychiatric Services* 65:171-179, 2014
- Daggenvoorde TH, Goossens PJJ, Gamel CJ: Regained control: a phenomenological study of the use of a relapse prevention plan by patients with a bipolar disorder. *Perspectives in Psychiatric Care* 49:235-242, 2013
- Abraham KM, Miller CJ, Birgenheir DG, et al: Self-efficacy and quality of life among people with bipolar disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 202:583-588, 2014
- Proctor EK, Landsverk J, Aarons G, et al: Implementation research in mental health services: an emerging science with conceptual, methodological, and training challenges. *Adm Policy Ment Health* 36: 14-24, 2009
- Kimberly J, Cook JM: Organizational measurement and the implementation of innovations in mental health services. *Adm Policy Ment Health* 35:11-20, 2008
- Kupka RW, Altschuler L, Nolen W, et al: Three times more days depressed than manic or hypomanic in both bipolar I and bipolar II disorder. *Bipolar Disorders* 9:531-535, 2007

Table 1: Topics to be discussed in preparation of the script:

- **Daily routines**
 - How does a typical day starts and goes on for you. What are your daily activities and routines?
- **Work and education**
 - Tell something about your work. What kind of (voluntary) work do/did you do - and for how long/often?
 - What is your opinion of your job - how does your job make you feel?
 - Of what significance is your (voluntary) work to you?
 - If relevant, you can also talk about your education or degrees.
- **Interests**
 - Show or tell something about topics you are interested in.
 - Talk about the things you do in your leisure time.
- **Social network**
 - Talk about the significant people in your live and the people whom you have frequently see or speak.
 - Consider if significant others, such as friends and relatives are also included in the recording.
- **Personality**
 - Talk about something that is typical of your character. As what kind of person do you see yourself? How do you conduct yourself with others?
 - Consider having a trusted friend or relative describing your character on film.
- **Home environment**
 - Talk about your home live and family situation.
 - Consider showing a part of your home.
 - Explain what kind of environment makes you feel comfortable and are important for your state of mind and well-being.
- **In case of admission**
 - Based on previous experiences; tell your treatment preferences
 - What subjects should be talked about and which are better to avoid
- **The film can also include other topics**, such as:
 - Religion.
 - Medication.
 - Sleep habits.
 - Life-events and traumas.
 - Care for pets.

Intensieve Behandeling Autisme: klinische Dialectische Gedrags Therapie (DGT) voor volwassenen met autisme

Betekenis voor de zorg

Mensen met een autisme spectrum stoornis (ASS) lopen een vergroot risico op het ontwikkelen van ernstige emotie-dysregulatie en als een gevolg hiervan maladaptieve coping in vergelijking met mensen zonder ASS. Een effectieve klinische behandeling voor volwassenen met ASS en ernstige emotie-dysregulatie ontbrak. Daarom is binnen het Specialistisch Centrum Ontwikkelingsstoornissen Lorna Wing Intensieve Behandeling Autisme (IBA) ontwikkeld. Dit grotendeels klinische behandelprogramma is gebaseerd op dialectische gedragstherapie (DGT) in een context die rekening houdt met ASS. Parallel aan de implementatie van deze behandeling gaat wetenschappelijk onderzoek plaatsvinden (de DASHBOARD-studie) om de effectiviteit van DGT te onderzoeken op ernstig probleemgedrag en beter te begrijpen hoe cliënten zichzelf adequater leren reguleren. Daarbij is specifiek aandacht voor de rol van sensorische hyper- en hyporeactiviteit en interoceptief lichaamsbewustzijn. Een beter begrip van het totale proces van zelfregulatie kan helpen om te voorspellen welke volwassenen met autisme zullen reageren op intensieve (en kostbare) klinische behandelingen. Bevindingen versterken een gepersonaliseerde behandeling, een betere aansluiting op de individuele wensen, mogelijkheden en doelen van de cliënt en kunnen de effectiviteit van de behandeling vergroten.

Aandachtspunten en knelpunten

- De schaarste aan klinische behandelplekken voor volwassenen met autisme en ernstige emotie-dysregulatie en de schaarste aan behandelaars met kennis van autisme en behandeling van emotie-dysregulatie.
- De huidige werkbladen bij DGT zijn soms vrij abstract en gebruiken veel taal: een concrete en gevisualiseerde vertaling zou voor deze doelgroep wenselijk zijn.
- Implementatie van DGT vraagt om commitment van het voltallige team en management en behelst een forse transitie.
- Nodig is het voltallige team de intensieve 10-daagse DGT training te laten volgen.

Cliëntenparticipatie

Ervaringen van cliënten in de pilotfase zijn gebruikt om integratieve DBT aan te passen. De cliëntenraad van de organisatie is om feedback gevraagd over integratieve DBT en het onderzoek. Cliënten geven feedback op de gebruikte vragenlijsten en de informatiebrief voor potentiële participanten. Het onderzoek bevat een kwalitatief deel naar de ervaringen van cliënten met behandelprogramma.

» Ella Lobregt-van Buuren, klinisch psycholoog, onderzoeker en hoofd Specialistisch Centrum Ontwikkelingsstoornissen (SCOS), locatie Lorna Wing, Dimence

Ontwikkeling van zelfregulatie via klinische dialectische gedragstherapie (DGT) bij volwassenen met autisme



Ella Lobregt-van Buuren, Specialistisch Centrum Ontwikkelingsstoornissen (SCOS) Lorna Wing, Dimence)

1. INLEIDING

Mensen met een autisme spectrum stoornis (ASS) lopen een vergroot risico op het ontwikkelen van emotie-dysregulatie in samenhang met maladaptieve coping in vergelijking met mensen zonder ASS (Conner et al., 2020; Madox, Trubanova & White, 2017). Voorbeelden hiervan zijn sterke sociale vermijding, rumineren, middelengebruik, zelfbeschadiging en suïcidaal gedrag. Voor een deel van deze mensen heeft de gebruikelijke behandeling geen effect, wat een vicieuze cirkel veroorzaakt van isolatie, verlies aan betekenisgeving, demoralisatie en crisis. Een effectieve klinische behandeling voor volwassenen met ASS en ernstige emotie-dysregulatie ontbreekt.

2. DOEL

Doel is a. het ontwikkelen van een klinische behandeling voor volwassenen met ASS en ernstige emotie-dysregulatie in een context die rekening houdt met ASS en b. het toetsen van deze behandeling op effectiviteit. Bijkomend doel is begrijpen *hoe* volwassenen met ASS zichzelf (leren) reguleren om betere aangrijpingspunten te vinden voor behandeling en herstel. Daarbij is specifiek aandacht voor de rol van sensorische hyper- en/of hyposensitiviteit en lichaamsbewustzijn.

3. METHODE

Als methodische onderlegger is gekozen voor dialectische gedragstherapie (DGT), omdat DGT een evidence based psychotherapie is voor het behandelen van ernstige emotie-dysregulatie (Linehan, 1993). Huntjes (2020) onderzoekt de effectiviteit van DGT op suïcidaliteit en zelfdestructief gedrag in een *ambulante* populatie met ASS. Het SCOS heeft Intensieve Behandeling Autisme (IBA) ontwikkeld, een integratief klinisch DGT-programma. Het voltallige team heeft de intensieve 10-daagse DGT-training van Dialectix gevolgd.



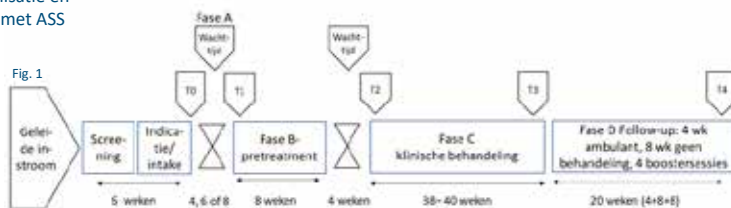
Over wanhoop

4. RESULTATEN IMPLEMENTATIE: IBA

- Standaard DGT: consultatieteams, individuele DGT, DGT-vaardigheidstrainingen, netwerkvondten, boostersessies, telefonische consultatie voor maximaal 16 volwassenen met ASS.
- Hypothetisch conceptueel model over zelfregulatie en betekenisgeving bij ASS. Zelfregulatie is een circulair proces van intrapsychische en intermenselijke processen dat deels lichamelijk gemedieerd is (Kochs & Fuchs, 2014). Sensorische hyper- en/of hyposensitiviteit (Dellapiazza et al., 2020) maakt mensen met ASS kwetsbaarder voor overprikkeling. Een lager lichaamsbewustzijn kan bijdragen aan onvoldoende of anders waarnemen van en betekenis geven aan lichaamssignalen (Mosely et al., 2019) in vergelijking tot betekenisgeving door mensen zonder ASS. Een verhoogd risico op een mismatch met de omgeving ontstaat, wat vervolgens regulatieproblemen in de afstemming met zichzelf en de ander versterkt en basisspanning verhoogt.
- Psychomotorie (PMT) interventie op lichaamsbewustzijn (Godschalk, in voorbereiding) en een lichaamsgerichte PMT/DGT vaardigheidstraining.
- Ondersteunende aanvullende modules gericht op autisme, leefstijl, mindfulness, sport en dagactiviteiten, ervaringsgerichte therapieën, traumabehandeling en systeemtherapie.
- We houden rekening met ASS zonder afbreuk te doen aan de kracht van de cliënt(e) en zijn of haar eigen regie (kleinere groepen, herhaling).
- Dit integratieve klinische DGT-programma is ingebed in ambulante pretreatment en een ambulant follow-up traject.

5. CONCLUSIE

Er is noodzaak aan onderbouwing van effectiviteit van een dergelijke intensieve en kostbare behandeling en aan versteviging van een conceptueel model over zelfregulatie en betekenisgeving bij mensen met ASS. Parallel aan deze behandeling gaat daarom wetenschappelijk onderzoek plaatsvinden (de DASHBOARD-studie) om te onderzoeken of integratieve klinische DGT werkt en hoe het werkt.



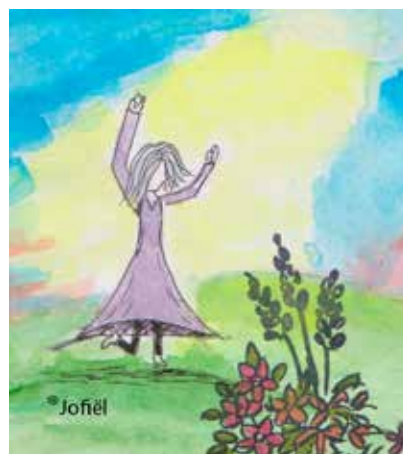
6. VERVOLG: DASHBOARD-studie

a. Een gerandomiseerde *multiple-baseline single-case* studie, $n=27$ (zie fig. 1) bestaande uit:

- Dagelijkse metingen van emotie-dysregulatie en effectiviteit van vaardigheden via de DGT-dagboekkaart.
- Een meting bij baseline, start pretreatment, start en einde klinische behandeling en einde follow-up (T0 t/m T4) met vragenlijsten gericht op suïcidaliteit (SIDAS), zelfbeschadiging (SIQ-TR), sensorische hyper- en hyporeactiviteit (GSQ), lichaamsbewustzijn (MAIA-2), zelf- en emotieregulatie (DERS, CERQ, BERQ) en welbevinden (MHC-SF).

b. Een *kwalitatieve studie* gebruikmakend van Grounded Theory, bestaande uit semigestructureerde interviews met deelnemers over hun ervaringen met de behandeling, wat er wel of niet is veranderd (bijv. qua emotie-dysregulatie, de manier waarop zij naar zichzelf, de ander en situaties kijken). We vragen waardoor zij denken dat dit komt, naar het effect van de behandeling op het dagelijks functioneren en de behoefte aan ondersteuning op dat moment. Looptijd onderzoek: 2021 – 2025

Nothing about us without us



Over hoop op een leven dat de moeite waard is (beide schilderijen zijn van een cliënte)

EMDR potentieel effectief bij volwassenen met autisme

Betekenis voor de zorg

Het is het eerste gecontroleerde onderzoek wereldwijd naar de potentiële effectiviteit van Eye Movement Desensitization and Reprocessing therapie (EMDR) bij volwassenen met een autismespectrumstoornis (ASS) en traumagerelateerde klachten. EMDR toegevoegd aan gebruikelijke behandeling is in deze studie geassocieerd met een vermindering van traumagerelateerde symptomen en vermindering van een variëteit aan andere psychische problemen. De resultaten helpen om:

- Behandelaren bewust te laten zijn van het bovengemiddeld vóórkomen van traumagerelateerde klachten, waardoor ze minder vaak over het hoofd gezien worden.
- Minder aarzelend te zijn om een evidence based behandeling als EMDR in te zetten, waardoor onnodig lijden voorkomen kan worden.

Met andere woorden: het onderzoek draagt bij aan het voorkomen van onderdiagnostiek en onderbehandeling van traumagerelateerde klachten.

Aandachts- en knelpunten

Bepaalde ingrijpende gebeurtenissen die bovengemiddeld voorkomen bij mensen met ASS zoals bijvoorbeeld pesten, voldoen niet aan de definitie van trauma zoals omschreven in de DSM-5, waardoor een posttraumatische stressstoornis (PTSS) formeel niet gesteld wordt en behandeling achterwege blijft. Daarnaast kunnen vanwege een andere betekenisgeving ingrijpende gebeurtenissen die door mensen zonder autisme als vervelend worden beschouwd, door mensen met autisme juist als verontrustend of zelfs traumatisch worden ervaren en vice versa. Ook onderkennen mensen met autisme niet altijd risicovolle omstandigheden en delen zij minder vanzelfsprekend hun ervaringen. Deze factoren vergroten het risico op onderdiagnostiek en daarmee onderbehandeling. Dit wordt versterkt door een fenomeen dat diagnostic overshadowing wordt genoemd: symptomen die worden toegeschreven aan autisme kunnen stressreacties zijn op traumatische gebeurtenissen. Hyperarousal - symptoom van PTSS - overlapt bijvoorbeeld met aan autisme gerelateerde sensorische hyperreactiviteit. Als de impact van traumatische gebeurtenissen wel wordt onderkend, is er nog steeds een risico op onderbehandeling vanwege onvoldoende beschikbaarheid van behandelaren met verstand van trauma en autisme. Als pas op volwassen leeftijd de impact van traumatische gebeurtenissen wordt onderkend, spelen bij (jong)volwassenen vaak al ernstige bijkomende problemen. Trauma-behandeling wordt daardoor moeilijker of wordt niet als haalbaar gezien, waardoor een vicieuze cirkel ontstaat.

Clëntenparticipatie

Clënten hebben bij de start van het onderzoek meegedacht over de helderheid van de informatiebrief voor potentiële participanten.

- » Lobregt-van Buuren, E., Sizoo, B., Mevissen, L., & De Jongh, A. (2019). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) therapy as a feasible and potential effective treatment for adults with Autism Spectrum Disorder (ASD) and a history of adverse events. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49, 51-164



EMDR effective in adults with autism

Ella Lobregt-van Buuren (Dimence)

Introduction

Evidence suggests that clinicians tend to overlook symptoms of PTSD in adults with an autism spectrum disorder (ASD), which poses a risk for under-treatment. Until now, the effects of eye movement desensitization and reprocessing therapy (EMDR) in adults with ASD suffering from trauma-related symptoms have not been studied.

Aim

The aim of this study was to determine the effectiveness of a maximum of 8 sessions EMDR in addition to treatment as usual (TAU) in reducing trauma-related symptoms and general symptoms of psychopathology. Our hypothesis was that these symptoms would decrease significantly more in the treatment period compared to the period in which TAU only was given. It was hypothesized that the results would be maintained at 6 up to 8 weeks follow-up. We also investigated whether the treatment would impact on patients' autistic features.

Method

Adults with ASD (n=21) received 6 up to 8 weeks TAU in the waiting period for EMDR, in the intervention period a maximum of 8 sessions EMDR in addition to TAU, and in the follow-up TAU only. The ADIS-C-MBID section PTSD for adults, the IES-R (trauma-related symptoms), the BSI (general symptoms of psychopathology) and the SRS-A (autistic features) were filled out at 4 moments. A repeated measures MANOVA was used to analyze possible changes in mean scores over time on the set of dependent variables.

Fig. 1 Mean scores thermometer card adapted ADIS-C section PTSD at four time points

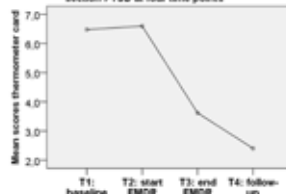


Fig. 2 Mean scores IES-R at four time points

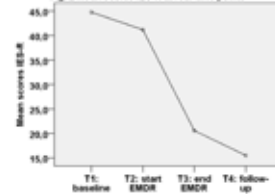


Fig. 3 Mean scores BSI at four time points

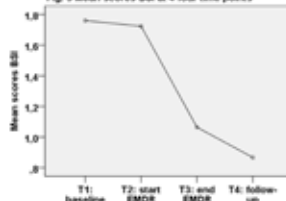


Fig. 4 Mean scores SRS-A at four time points

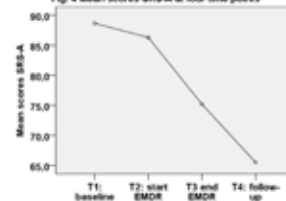


Table 1

Mean scores (standard deviation) on different questionnaires at four time points for adults with ASD before and after EMDR treatment

	T1: baseline means (sd)	T2: start EMDR means (sd)	T3: end EMDR means (sd)	T4: follow-up means (sd)	Effect sizes	
					d(T3-T2)	d(T4-T3)
ADIS-thermometer	6.48 (1.08)	6.60 (1.02)	3.62 (2.09)*	2.41 (1.83)**	1.81 very large	0.62 medium
IES-R	44.76 (17.93)	41.19 (20.20)	20.57 (14.91)*	15.50 (11.79)	1.16 large	ns
BSI	1.76 (0.66)	1.72 (0.75)	1.06 (0.66)*	0.87 (0.51)	0.93 large	ns
SRS-A	88.67 (27.46)	86.30 (27.37)	75.19 (29.28)*	65.50 (32.12)**	0.39 small	0.32 small

*T3<T2 (p<0.05), **T4<T3 (p<0.05), ns=not significant. ADIS-thermometer = thermometer card of the adapted Anxiety Disorders Interview Schedule for Children with Mild to Borderline Intellectual Functioning, section Post Traumatic Stress Disorder for adults (fig. 5). IES-R= Impact of Event Scale-Revised, BSI= Brief Symptom Inventory, SRS-A= Social Responsiveness Scale-Adult version.

Fig. 6 Example diagnostic overshadowing



Discussion

Reduces EMDR autism? No, but a decrease of traumatic stress may reduce the manifestation of some autistic features. It is possible that symptoms ascribed to features of ASD are in fact stress reactions to a history of adverse events, called diagnostic overshadowing (fig. 6).

Results

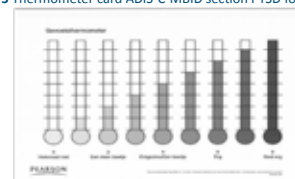
The results (table 1) showed significant reduction of trauma-related symptoms (as measured by the ADIS-thermometer and IES-R), general symptoms of psychopathology (as measured by the BSI), and severity of features of ASD (as measured by the SRS-A) in response to EMDR. Results were minimal maintained at 6 up to 8 weeks follow-up.

Conclusion

We hope that the results contribute to the prevention of under-treatment of trauma-related symptoms in adults with ASD.

EMDR in people with autism: just do it!

Fig. 5 Thermometer card ADIS-C-MBID section PTSD for adults



REGAINED CONTROL: Lived experiences of patients suffering from a bipolar disorder with a relapse prevention plan, a phenomenological study

Betekenis voor de zorg

Het maken van een signaleringsplan is een standaard onderdeel van de behandeling van patiënten met een bipolaire stoornis, zoals in de behandelrichtlijn Bipolaire Stoornissen (Kupka et al, 2015) staat beschreven. Het maken en gebruiken van een signaleringsplan door de patiënt samen met de hulpverlener is een proces, waarin het van belang is dat de ondersteuning goed wordt afgestemd op het individuele herstelproces van de patiënt, en dat ook naasten expliciet worden betrokken in dit proces. Dit is de dagelijkse behandelpraktijk anno 2020 in Nederland.

Aandachts- en knelpunten

Het is en blijft van belang om het maken en gebruiken van een signaleringsplan voldoende in te bedden in het proces van de ambulante behandeling. Dus 'het kan niet even snel in een uurtje gemaakt worden', en het maken van een plan kan ook geen voorwaarde voor ontslag zijn. Het maken van een signaleringsplan is een proces waarvoor aandacht, tijd, samenwerking en overleg nodig is in de driehoek patiënt, naastbetrokkene, hulpverlener. Dat verhoudt zich wellicht niet altijd gemakkelijk ten opzichte van de huidige 'productiedrang' en strakke tijdsplanning' in de zorg. Het is van belang dat de teksten in het signaleringsplan in begrijpelijke en concrete bewoordingen geschreven zijn, en voldoende afgestemd zijn op de situatie van de patiënt. Het met regelmaat evalueren en eventueel bijstellen van het signaleringsplan (zeker na crisis) blijft een aandachtspunt in de praktijk.

Cliëntenparticipatie

De participanten in het onderzoek waren cliënten met een bipolaire stoornis (15 personen). Er is een membercheck gedaan als onderdeel van de data-analyse waarop deelnemers hebben gereageerd. In de ontwikkeling, de gehele data-analyse en rapportage van het onderzoek hebben zij niet deelgenomen.

» Artikel referentie: Daggenvoorde, T.H., Goossens, P.J.J. & Gamel, C.J. Regained Control: A Phenomenological Study of the Use of a Relapse Prevention Plan by Patients With a Bipolar Disorder (2013). *Perspectives in Psychiatric Care*, 49: 235-242. <https://doi.org/10.1111/ppc.12009>

REGAINED CONTROL: lived experiences of patients suffering from a bipolar disorder with a relapse prevention plan, a fenomenological study

T.H. Daggenvoorde, MSc, RN ^a, P.J.J. Goossens, PhD, APRN, RN ^{a b c}



Background

A bipolar disorder is a severe chronic mental illness. The lifetime prevalence in the Dutch general population aged 18-64 years is 1.3%, with a 12-month prevalence of 0.8% (de Graaf et al., 2011). In the Dutch national guideline for the treatment of bipolar disorder (Nolen et al., 2008), it is recommended that working with a relapse prevention plan should be included as a support activity to promote self-management on the part of the patient. The patient can regain control of his/her life with the use of such a plan, which is in accordance with a recovery approach for patients with chronic psychiatric disorders. Till now there is no specific study known about the experiences of patients with a bipolar disorder working with a relapse prevention plan.

Purpose

This study aimed to understand the lived experiences of patients suffering from a bipolar disorder with the development and use of a relapse prevention plan.

Design and Methods

In this fenomenological study fifteen participants were asked about their lived experiences, in unstructured interviews (January-Mai 2010). These interviews were voice recorded and then transcribed verbatim. Colaizzi's data analysis method was used.

Findings

Learning to recognize the early symptoms of relapse following the diagnosis of a bipolar disorder was found to be a process in which experiences as confrontation, resistance, denial, acceptance, and grief play a role. The moment to start with the development of a relapse prevention plan clearly differed from patient to patient and appeared to depend on — among other things — the cooperative relationship with the professional. The development of the plan gave patients something to hang onto, an overview, and insight. Patients regained control over their lives. And this led to a raised awareness of the symptoms of relapse and the actions that can be undertaken to steer these. Actually undertaking the actions appeared to be difficult, however. The professional can therefore offer support throughout the entire process via cooperation with the patient and those close to the patient with the tailoring of the relapse prevention plan to the individual patient critical in this. The plan offers concrete possibilities for communication with those close to the patient. In addition to this, the exchange of information with fellow patients was also perceived as helpful.

Conclusion

A major theme in the experiences with the development and use of a relapse prevention plan by patients with a bipolar disorder was regaining control over their lives. Individual tailoring of this plan, the provision of support for both the patient and those close to the patient via the sharing of information and knowledge, and also a real interest in the patient were all considered very critical for stimulating self-management on the part of the patient. A focus on the experiences of the patient fits in with the basic elements in the recovery approach for people with a severe psychiatric disorder. The professional connecting to the unique personal recovery process of the patient is essential and recognition of the experiential knowledge of the patient plays a crucial role in this.

References

- de Graaf R., ten Have M., van Gool C., van Dorsselaer S. (2011). Prevalence of mental disorders and trends from 1996 to 2009. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *Soc Psychiatr Epidemiol*.
- Nolen W. A., Kupka R. W., Schulte P. F. J., Knoppert-van der Klein E. A. M., Honig A., Reichart C. G., et al. (2008). *Richtlijn bipolaire stoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom.

Correspondence

t.daggenvoorde@dimence.nl

^a Centre for Bipolar Disorders, Dimence Mental Health Care, Deventer, The Netherlands, ^b Expertise Centre Health, Social Care and Technology, Saxion Universities of Applied Sciences, Deventer, The Netherlands, ^c IQ Healthcare, 114, Radboud University Nijmegen Medical Centre, Nijmegen, The Netherlands.

There are no relevant conflicts of interest to disclose.

Participant 8: "I, uhm..., I do not think, thus, that it concerns the instrument. Uhhh...it concerns thus...in the first place, in my opinion, more the process of becoming aware all over again, let's say of...uhm...how things work again.... It was so difficult to give it all a place for myself. I had to dissect myself a little bit and I had really quite avoided doing that for all of those years."

Participant 2: "... because it is quite incompatible with what I would like to do, it is really good to have the relapse prevention plan."



Dynamic Risk Factor Networks in Two Independent Samples of Adult Male Sex Offenders

Het doel van forensische behandeling van ple-
gers van seksueel grensoverschrijdend gedrag
(SGG) is het voorkomen van recidive. Deze
behandeling focust zich daarom op persoon-
lijkheidskenmerken, aangeleerde gedrags-
patronen, vaardigheidstekorten en seksuele
interesses die het recidiverisico beïnvloeden
(zogenoemde dynamische risicofactoren). Tot
voor kort richt wetenschappelijk onderzoek
naar dynamische factoren zich op hun afzon-
derlijke samenhang met recidive (o.a. van den
Berg et al., 2018; Hanson & Morton-Bourgon,
2005; Knight & Thornton, 2007).

Betekenis van dit onderzoek voor de zorg

Uit de klinische praktijk blijkt echter dat deze
dynamische risicofactoren ook onderling
samenhangen. Met behulp van statistische
netwerkanalyse kan deze onderlinge samen-
hang in kaart gebracht worden. Ook geeft
dit type analyse inzicht in welke dynamische
risicofactoren een centralere plaats hebben
en zo meer bijdragen tot het recidiverisico.
Deze informatie is relevant voor de forensische
behandeling en helpt bij het prioriteren van
behandeldoelen.

De poster betreft een replicatie van onze
eerdere studie naar het toepassen van net-
werkanalyse op dynamische risicofactoren van
plegers van SGG (van den Berg et al., 2020).
Uit zowel de originele als de replicatie studie
komt naar voren dat gevoelens van afwijzing
en eenzaamheid, tekorten in probleemop-
lossende vaardigheden, desinteresse in het
welzijn van anderen en impulsief gedrag een
centrale positie hebben binnen de geconstru-
eerde netwerken. Zij verbinden clusters van
factoren die te maken hebben met seksuele
zelfregulatie, emotionele verbondenheid met
anderen, antisociale trekken en zelfregulatie-
vaardigheden.

Aandachts- en knelpunten

Data voor bovenstaande netwerkanalyses
komt uit cross-sectioneel onderzoek en kan
niet 1-op-1 gebruikt worden binnen individuele
behandeling. Toekomstig longitudinaal N=1
onderzoek naar netwerken van dynamische
risicofactoren bij individuele plegers van SGG
kan hier een antwoord op zijn (Burger et al.,
2020; Epskamp et al., 2018; Kroeze et al., 2017;
van den Berg et al., 2020).

Clëntenparticipatie

Op dit moment loopt een (vervolg)onderzoek
naar de toepasbaarheid van mobiele telefoons
voor het monitoren van dynamische risicofac-
toren van plegers van SGG met de Experience
Sampling Methodology (ESM). Binnen dit
onderzoek zijn deelnemers niet alleen actief
betrokken doordat ze dagelijks 5 maal hun
dynamische risicofactoren monitoren, maar
ook onderzoeken zij – samen met hun thera-
peut – vooraf welke dynamische risicofactoren
bij hen een rol speelde in de aanloop tot hun
seksuele delict.

Literatuur

- » Burger, J., van der Veen, D. C., Robinaugh, D. J., Quax,
R., Riese, H., Schoevers, R. A., & Epskamp, S. (2020).
Bridging the gap between complexity science and
clinical practice by formalizing idiographic theories:
a computational model of functional analysis. *BMC
Medicine*, 18, 1-18. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01558-1>
- » Epskamp, S., van Borkulo, C.D., van der Veen, D.C.,
Servaas, M.N., Isvoranu, A.-M., Riese, H., & Cramer,
A. O. J. (2018). Personalized network modeling in
psychopathology: The importance of contemporaneous
and temporal connections. *Clinical Psychological
Science*, 6, 416-427. doi: 10.1177/2167702617744325
- » Kroeze, R., van der Veen, D.C., Servaas, M.N.,
Bastiaansen, J.A., Oude Voshaar, R.C., Borsboom, D., .
. . Riese, H. (2017). Personalized feedback on symptom
dynamics of psychopathology: A proof-of-principle
study. *Journal for Person-Oriented Research*, 3, 1-10.
doi:10.17505/jpor.2017.01
- » van den Berg, J. W., Smid, W., Schepers, K., Wever, E.,
van Beek, D., Janssen, E., & Gijs, L. (2018). The predictive
properties of dynamic sex offender risk assessment
instruments: A meta-analysis. *Psychological Assessment*,
30, 179-191. doi:10.1037/pas0000454
- » van den Berg, J.W., Smid, W., Kossakowski, J.J., van Beek,
D.J., Borsboom, D., Janssen, E., & Gijs, L. (2020). The
Application of Network Analysis to Dynamic Risk Factors
in Adult Male Sex Offenders. *Clinical Psychological
Science*, 8, 539-554. doi:10.1177/2167702620901720
- » Hanson, R. K., & Morton-Bourgon, K. E. (2005). The
characteristics of persistent sexual offenders: A meta-
analysis of recidivism studies. *Journal of Consulting and
Clinical Psychology*, 73, 1154-1163. doi:10.1037/0022-
006X.73.6.1154
- » Knight, R.A., & Thornton, D. (2007). Evaluating and
improving risk assessment schemes for sexual recidivism:
A long-term follow-up of convicted sexual offenders
(Document No. 217618). Washington, DC: United States
department of Justice. Retrieved from [https://www.ncjrs.
gov/pdffiles1/nij/grants/217618.pdf](https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/217618.pdf)

DYNAMIC RISK FACTOR NETWORKS IN TWO INDEPENDENT SAMPLES OF ADULT MALE SEX OFFENDERS

JAN WILLEM VAN DEN BERG, JOLANDA KOSSAKOWSKI, WINEKE SMID, KELLY BABCHISHIN, DENNY BORSBOOM, ERICK JANSSEN & LUK GIJS

INTRODUCTION

Although dynamic risk factors are increasingly recognized as important to the assessment and treatment of adult male sex offenders, questions regarding their interrelatedness have received little research attention. By visualizing and analyzing the links between dynamic risk factors, the network analytic approach offers a promising window into the interrelationships among dynamic risk factors.

OBJECTIVE

Replication of earlier findings (van den Berg et al., 2020) by statistically comparing networks from two independent datasets of dynamic risk factors of adult male with a history of sexual offences.

METHOD

Data of adult men under community supervision for at least one sex offence assessed using the STABLE-2007 between January 2001 and June 2013 participating in the Dynamic Supervision Project or supervised by BC Corrections were used. Networks were constructed and compared using R-Packages qgraph (1.6.1.), mgm (1.2-5), igraph (version 1.2.2), NetworkComparisonTest (2.2.1).

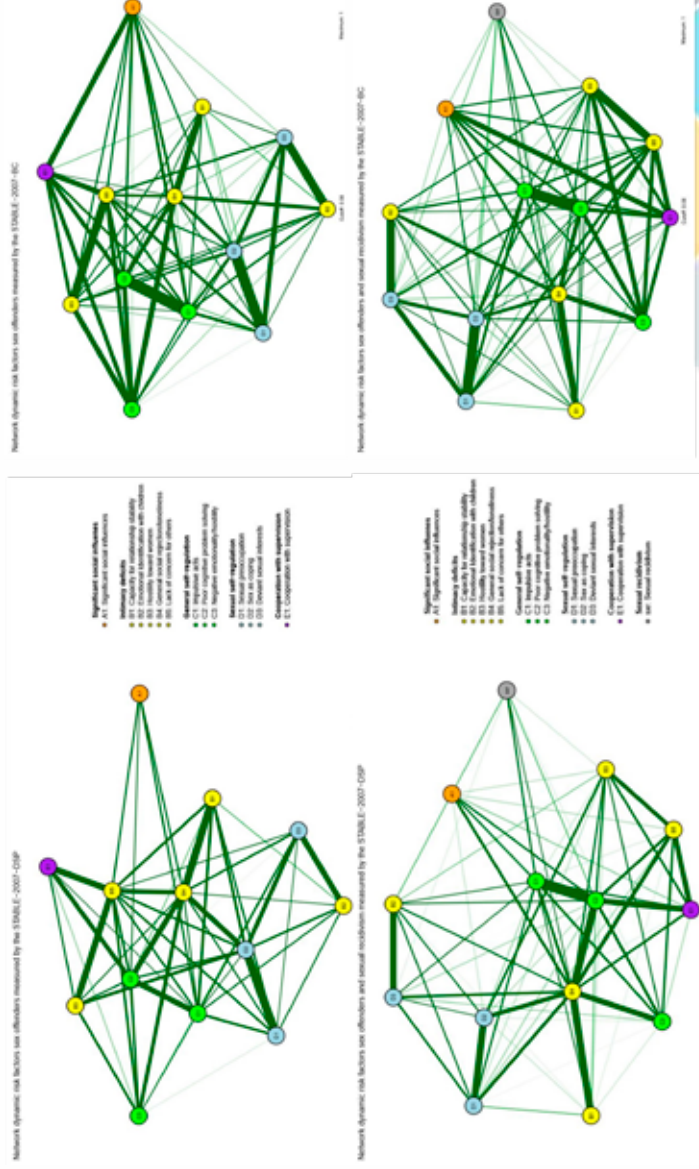
REFERENCE

van den Berg, J.W., Smid, W., Kossakowski, J.J., van Beek, D.J., Borsboom, D., Janssen, E., & Gijis, L. (2020). The application of network analysis to dynamic risk factors in adult male sex offenders. *Clinical Psychological Science*, 8, 539–554. doi:10.1177/2167702620901720

RESULTS

We calculated test statistics of global strength and network structure based on permutations for randomly regrouped individuals. Global strength represents the overall connectivity across the network, calculated by summing the absolute values of all edges. Network structure is about the structure as a whole, defined by the maximum deviation between two edges in a network.

Statistical comparisons using the Network Comparison Test revealed no significant differences between the networks containing sexual recidivism on network structure and global strength (resp. $p = .44$; $p = .24$). Networks without recidivism differed significantly in network structure ($p = .04$) but not in global strength ($p = .18$).



Left figure 1: Estimated network structure from of 13 adult male dynamic risk factors as measured by the STABLE-2007 without sexual recidivism (1a, upper left, DSP-sample, N=788; 1b, upper right, BC-sample, N=3,863) and including sexual recidivism (1c, lower left, DSP-sample, N=788; 1d, lower right, BC-sample, N=3,863). Connection between nodes represents the strength of the statistical association that remains after statistically controlling for the other nodes.

LIMITATIONS

The STABLE-2007 captures a limited number of dynamic risk factors. Also, the measurement of each dynamic risk factor was limited to a single item. The data were obtained from a mixed group of sex offenders. The data were cross-sectional and only allow for generating undirected networks, reflecting associations among factors, but not the direction of these associations.

CONCLUSIONS

The Network Comparison Test showed that, except for the network structure in networks without recidivism, there were no differences in global strength and network structure in networks based on two independent data sets of dynamic risk factors of adult male with a history of sexual offences. This means that the hypothesis that the networks are identical could not be rejected.

ACKNOWLEDGEMENTS

We would like to thank Karl Hanson and Leigh Greiner and their organizations (Public Safety Canada and BC Corrections, respectively) for sharing their data. We also owe thanks to Maaike Helmus for helping us with the preparation of both datasets.

CONTACT INFORMATION

j.vandenbergh@transfore.nl

Addressing avoidance in patients with PTSD and populations at high risk

Betekenis voor de zorg

Dit PhD project draagt bij aan het verbeteren van de psychotraumazorg door verschillende aspecten van vermijding te onderzoeken in het voorspellen of behandelen van een posttraumatische stressstoornis (PTSS) in verschillende, vaak onderbelichte populaties, namelijk bij mensen met een verstandelijke beperking, mensen met een hoog risico op trauma (brandweermensen) en mensen met ernstige en therapieresistente PTSS. Bij mensen met een verstandelijke beperking gaan we het voorkomen en de ernst van PTSS onderzoeken en daarmee samenhangende vermijding. Met een bewegingsafhankelijke Virtual Reality (VR) behandeling (3MDR) wordt gepoogd behandeling voor PTSS te verbeteren en onderzoeken we specifiek het effect van bewegen tijdens de 3MDR behandeling. Tot op heden wordt aangenomen dat lopen op een loopband tijdens exposure vermijding zou kunnen verminderen, maar dit is nog niet onderzocht. Bevindingen uit deze studies kunnen bijdragen aan zowel onze kennis over vermijding en PTSS in verschillende populaties, als het verbeteren van bestaande PTSS behandelingen. Het onderzoek wordt uitgevoerd binnen verschillende afdelingen van GGZ Drenthe en instellingen binnen Espria. Onderzoeksbevindingen worden in samenwerking met Merkbaar Beter (Espria) geïmplementeerd op de werkvloer.

Aandachts- en knelpunten

Een knelpunt kan zijn om de wetenschappelijke bevindingen uit deze verschillende studies goed te vertalen naar de klinische praktijk, zodat de zorg daadwerkelijk verandert en verbetert. In dit PhD project voeren we ook onderzoek uit bij mensen met een verstandelijke beperking. Bij deze doelgroep kan het verzamelen van betrouwbare informatie over traumatische gebeurtenissen en de uitingen in het dagelijkse gedrag een knelpunt zijn.

Clëntenparticipatie

We staan aan de start van dit PhD project en verwelkomen de input van zowel patiënten als behandelaren. In alle fasen van ontwikkeling van PhD project en met name in de studie bij mensen met een verstandelijke beperking, zoeken wij aansluiting met zowel patiënten als naastbetrokkenen om hun kennis en kunde te kunnen meenemen. De innovatieve behandeling 3MDR wordt al een paar jaar onderzocht in klinische trials, waarbij ook de ervaringen van patiënten zijn onderzocht.

Addressing avoidance in patients with PTSD and populations at high risk

Rick de Haart^{1,2}, Judith K. Daniels², Daniëlle C. Cath^{3,4}, Miriam J.J. Lommen²

¹GGZ Drenthe Mental Health Institute, Department Trauma Center, Beilen, the Netherlands

²University of Groningen, Department of Clinical Psychology and Experimental Psychopathology, Groningen, the Netherlands

³University of Groningen, University Medical Center Groningen, Department of Psychiatry, Groningen, the Netherlands

⁴GGZ Drenthe Mental Health Institute, Department of Specialized Trainings, Assen, the Netherlands

university of
 groningen

faculty of behavioural
and social sciences



Introduction

According to various theoretical models of posttraumatic stress disorder (PTSD), trauma-related avoidance plays a role in the maintenance of PTSD symptoms. Avoidance, however, entails a broader concept than only trauma-related avoidance and may be related to PTSD at various stages. In this PhD project, we test whether pre-trauma avoidance tendencies may act as a vulnerability factor to subsequent PTSD symptom development after trauma exposure. We also investigate whether avoidance serves as a predictor of treatment outcome. Furthermore, in this PhD project we will focus on a novel treatment, 3MDR, and test the additional value of movement during trauma-focused treatment in a randomized controlled trial and in an experimental study. Several high-risk populations are included in this PhD project, including the poorly studied patient group of patients with an intellectual disability. In this latter group, PTSD prevalence and avoidance tendencies are investigated, as well as the feasibility of 3MDR.

Study 1: Avoidance as pre-trauma vulnerability factor of PTSD

Various manifestations of avoidance are assessed at baseline in a five-year prospective longitudinal study with Dutch firefighters (N = 529).

Study 3: Effectiveness and feasibility of 3MDR

A randomized controlled trial will be conducted to investigate whether 3MDR is effective in addressing avoidance and reduces PTSD symptoms in a general PTSD population. Specifically, the added effect of walking during 3MDR is investigated. Additionally, the feasibility of 3MDR for PTSD patients with ID will be examined.



Study 2: Pre-treatment avoidance tendencies as treatment predictor

The role of avoidance tendencies as a predictor of PTSD treatment trajectories is investigated in PTSD patients (N = 155) who start their trauma-focused therapy.

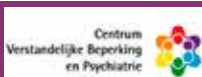
Study 4: Avoidance and PTSD prevalence in patients with an intellectual disability (ID)

One hundred and sixty patients with ID are investigated in various clinical settings to gain more insight into the prevalence of trauma exposure, PTSD, and its association with avoidance tendencies.

Study 5: Move to improve: an experimental study

Using a trauma analogue study design, the effect of movement during exposure is investigated in a non-clinical sample (N = 440). Various clinical outcome measures, including avoidance are examined.

In collaboration with:



Mainly funded by:



Cofunded by:



Reasons of physicians not to discontinue off-label long-term prescriptions of antipsychotics

Congress International Association of Scientific Studies in developmental and intellectual disabilities (IASSIDD)/Special interest Research Group (SIRG) Health; Belfast 2017, 19-20 June

Betekenis voor de zorg

Hoewel richtlijnen aanbevelen om het off-label voorschrijven van antipsychotica voor probleemgedrag bij mensen met een verstandelijke beperking (VB) te beperken en langdurig gebruik af te bouwen, blijkt dit in de praktijk bij slechts een deel te lukken. Ook het herstarten van afgebouwde antipsychotica of dosisverhoging na aanvankelijke dosisreductie gebeurt vaak. De oorzaken voor het niet lukken van afbouw zijn divers en niet altijd duidelijk. Terugkeer van probleemgedrag is hier één van, vooral wanneer oorzaken van probleemgedrag niet adequaat behandeld (kunnen) worden. Angst voor gedragsverslechtering en weerstand tegen afbouw in de omgeving van de cliënt lijkt een rol te spelen bij het (te) langdurig voorschrijven van antipsychotica voor probleemgedrag. Het onderzoek laat zien:

- Dat antipsychotica in ca. 95% off-label worden voorgeschreven;
- De redenen van artsen om off-label antipsychotica voor te schrijven en redenen om deze niet af te bouwen, waarbij de praktijkvariatie is groot is;
- Dat de context van de cliënt meespeelt bij de beslissing van de arts om niet af te bouwen.

Deze resultaten geven inzicht in mogelijkheden om gedragsverslechtering bij afbouw op een andere manier, niet-medicamenteus te behandelen en dat het belangrijk is om stakeholders te betrekken bij het maken van een medicatie afbouwplan.

Door het vergelijken van eigen resultaten met die van andere zorgaanbieders en op grond daarvan verbeteringen aan te brengen in het onderbouwd voorschrijven kan de te grote praktijkvariatie worden verkleind.

Aandachts- en knelpunten

Het onderzoek vond plaats in instellingen voor mensen met VB, waar de arts verstandelijk gehandicapten (AVG) de psychofarmaca voorschrijft. Een aandachtspunt is dat doordat psychofarmaca vaak al heel lang worden gebruikt de reden van voorschrijven soms moeilijk uit het dossier te achterhalen is. Een ander punt is dat er weerstand tegen afbouw kan bestaan onder begeleiders en wettelijk vertegenwoordigers. Een behandelplan voor afbouw zal multidisciplinair vorm gegeven moeten worden, waarbij de gedragswetenschapper een belangrijk rol speelt. Organisatorische aspecten wat betreft de samenwerking van AVG en gedragswetenschapper kan hierbij een knelpunt zijn. Een ander knelpunt is dat extra tijd van de begeleiders nodig is om veranderingen in het gedrag van de cliënt op te vangen en te begeleiden en waar nodig het dagprogramma van de cliënt te wijzigen als gevolg hiervan. Personele en/of financiële belemmeringen kunnen implementatie van kennis over afbouw dus belemmeren.

Cliëntenparticipatie

In dit onderzoek onder AVG hebben geen cliënten geparticipeerd. Cliënten met een licht VB en ouders en vertegenwoordigers hechten wel belang aan zorgvuldig medicatiegebruik en vinden onderzoek naar psychofarmacagebruik heel belangrijk. Dit is gebleken uit literatuuronderzoek en eigen onderzoek, waarover geschreven is in een themanummer van het Tijdschrift Arts Verstandelijk Gehandicapten (zie Poster cover TAVG)

Reasons of physicians not to discontinue off-label long-term prescriptions of antipsychotics

AIM/INTRODUCTION

People with intellectual disability (ID) frequently use antipsychotics (AP) on an off-label base for many years, although there is risk of side-effects and lack of evidence. Physicians decisions not to discontinue prescriptions of these drugs may not only depend on patient characteristics, like the presence of mental or behavioural disorders, but also on environmental factors such as inappropriate living circumstances and on attitudes, knowledge and beliefs of staff, clients and their representatives towards the effects of antipsychotic drug use. Therefore, we investigated the influence of participant and setting related factors in decisions of physicians not to discontinue off-label antipsychotics.

METHODS

- Setting: living facilities of 6 ID service providers, staffed with ID physicians, behavioural scientists, nurses & support professionals
- Medical and pharmaceutical records for recording antipsychotic drug use, including reason for use and duration of use
- Categories of patient- and setting-related reasons for off-label long-term use

RESULTS

- Prevalence AP use: 977/3299 (30%)
- 5% for chronic psychotic disorder, 25% present or past (suspected) psychotic symptoms, 69% challenging behaviour
- Duration of use 4% <1 year, 19% 1-5 years, 21% 5-10 years, 54% >10 years

Table 1. Characteristics of antipsychotic drugs users of the total sample and by service provider

Service provider	1 n=144	2 n=199	3 n=224	4 n=132	5 n=137	6 n=171	Total n=977	Significant
Gender; % male	66.7	56.8	72.3	52.3	78.8	57.9	64	p<0.001
Age in years; mean (SD)	48 (17.5)	56 (16.6)	49.4 (20.2)	42.0 (16.7)	47.6 (14.8)	52 (17.9)	49.8 (18.1)	p<0.001
Severity of ID; %								p<0.001
Profound	3.5	14.6	16.5	6.1	19.7	18.7	14	
Severe	39.5	45.7	27.7	31.8	32.8	35.1	35	
Moderate	24.6	28.6	31.7	38.6	31.4	28.7	31	
Mild	30.7	10.6	13.4	22.7	16.1	17.5	17	
Missing				0.8				
Dosage; mean (SD)	0.59 (0.49)	0.47 (0.42)	0.63 (0.51)	0.66 (0.59)	0.75 (0.60)	0.6 (0.52)	0.6 (0.52)	p<0.001
Reason for use of AP; %								p<0.001
Psychosis DSM	0	3.5	5.4	7.6	8.8	5.2	5.2	
(Suspected) non-schizophrenia related psychotic symptoms, present or past	5.3	16.1	15.7	88.6	16.1	18.8	25	
Challenging behaviour	92.1	78.9	78.5	3.8	71.5	74.7	8.4	
Missing	2.6	1.5	0.4	0	3.6	0.6	1.3	
Positive decision to discontinue use of AP; %	56.1	44.7	22.3	25	83	87	51	p<0.001

Figure 1. Decisions not to discontinue primarily based on considerations of: (% of total decisions by service provider; not all physicians made note of their considerations or lack of consent of staff, participant or representative)

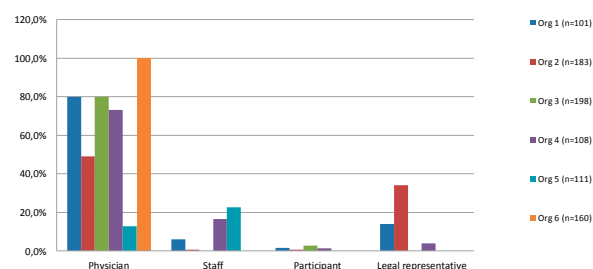
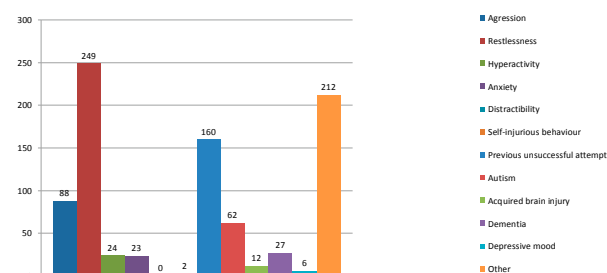


Figure 2. Reasons for no discontinuation (N=590; data of Org 5 & 6 are missing; not all physicians made note of the reasons)



CONCLUSION

- Prevalence of off-label antipsychotic drug use in people with ID remains high; just in half of cases physicians decide to discontinue their prescriptions
- Large differences between service providers with regard to odds for discontinuation and reasons not to discontinue
- Concerns for increase in aggression and restlessness, ASS and previously unsuccessful attempts to discontinue are main reasons for ongoing prescriptions
- Studies in underlying factors of decisions not to discontinue are needed



Facts and figures of the patients of the ‘Centre for Intellectual Disabilities and Mental Health’

Betekenis voor de zorg

Bij mensen met een verstandelijke beperking (VB) komen psychische stoornissen vaker voor. Een mogelijke verklaring is een grotere kwetsbaarheid voor psychische stoornissen bij mensen met een VB. Om behandeling in de GGZ goed aan te laten sluiten bij de problematiek van mensen met een VB is het belangrijk om inzicht te hebben in de demografische kenmerken en de psychische stoornissen waarvoor mensen met een VB worden verwezen naar de GGZ. In Nederland zijn maar enkele epidemiologische studies gedaan naar mensen met een VB in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Deze studie beoogt (voor een deel) in deze leemte te voorzien

Aandachts- en knelpunten

Een aandachtspunt is dat dit onderzoek heeft plaatsgevonden binnen één organisatie voor mensen met een VB en psychische problemen. Daarnaast betreft het een retrospectief dossieronderzoek. De gegevens zijn niet vastgelegd voor onderzoeksdoeleinden, maar ten behoeve van de behandeling. De kwaliteit van de dossiervoering kan van invloed zijn op de gevonden gegevens, bijvoorbeeld het niet bijstellen van de diagnose na onderzoek. Daarnaast is het een dwarsdoorsnede onderzoek, waardoor het bijvoorbeeld niet de totale behandelduur in kaart brengt.

Clëntenparticipatie

Clënten hebben geen bijdrage geleverd aan dit onderzoek. Clënten hebben baat bij het onderzoek, omdat het een startpunt kan vormen voor het evalueren van behandelresultaten en daarmee in het verbeteren van het behandel aanbod voor mensen met een VB.

Facts and figures of the patients of the 'Centre for Intellectual Disabilities and Mental Health'

Jonker, J. & de Kuijper, G.

EAMHID congress 9 – 11 September 2015



Objectives

People with intellectual disabilities experience higher rates of mental health problems than the general population. Nevertheless, there are just a few epidemiological studies in clients of Dutch mental health care organizations available. This study offers an overview of demographic characteristics and mental health disorders of patients referred to the Centre for Intellectual Disabilities and Mental Health (CVBP).

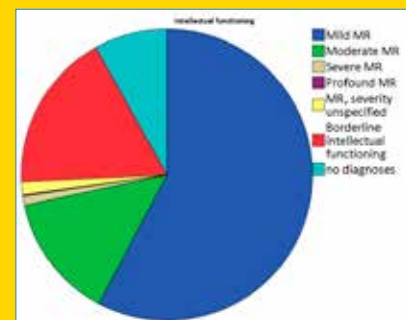
Methods

In a cross-sectional study design, anonymized data were collected from medical records of 691 in- and outpatients. Reference date is October 1st 2014.

Demographic characteristics

N= 691	
Gender male / female (n, %)	
368 (53,3%)	323 (46,7%)
Age in years (mean, range)	
33,02 (5 – 75)	

Intellectual functioning



DSM-IV-TR diagnoses

	Primary n (%)	Secondary n (%)	Third n (%)
ADHD	42 (6,1)	15 (4,7)	3 (4,1)
Anxiety disorders	154 (22,3)	77 (24,3)	21 (28,8)
GAD	24 (3,5)		
PTSD	106 (15,3)		
OCD	10 (1,4)		
Autistic spectrum disorders	193 (27,9)	72 (22,7)	14 (19,2)
Autistic disorder	62 (9,0)		
PDD NOS	131 (19,0)		
Conduct disorders	59 (8,5)	26 (8,2)	7 (9,6)
Intermittent explosive disorder	18 (3,0)		
Mood disorders	95 (13,7)	51 (16,1)	14 (19,2)
MDD	69 (10,0)		
BD	7 (1,0)		
Dysthymic disorder	17 (2,5)		
Personality disorders	40 (5,8)	35 (11,0)	9 (12,3)
BPS	20 (2,9)		
Avoidant personality disorder	10 (1,4)		
Psychotic disorders	38 (5,5)	22 (6,9)	3 (4,1)
Schizophrenia	12 (1,7)		
Psychotic disorder NOS	22 (3,2)		
Other	40 (5,8)	19 (6,0)	2 (2,7)
Missing	30 (4,3)		
Total	691	317	73

Primary diagnostic categories * Secondary diagnostic categories crosstabulation

		Diagnostic categories secondary diagnoses									
			ADHD	Anxiety disorders	Autistic spectrum disorders	Conduct disorders	Mood disorders	Personal disorders	Psychotic disorders	Other	Total
Diagnostic categories primary diagnoses	ADHD	1	1	4	4	1	1	0	3	15	
	Anxiety disorders	7	9	7	3	10	17	6	18	77	
	Autistic spectrum disorders	18	12	1	11	10	4	3	13	72	
	Conduct disorders	1	2	5	6	0	5	0	7	26	
	Mood disorders	2	16	5	2	2	7	2	15	51	
	Personality disorders	0	7	1	7	3	1	1	15	35	
	Psychotic disorders	0	2	8	0	1	3	1	7	22	
	Other	1	3	1	1	1	2	0	10	19	
	Total	30	52	32	34	28	40	13	88	317	

Re-referral * Primary diagnoses crosstabulation

	N= 661	Diagnostic categories primary diagnoses								
Re-referral		ADHD	Anxiety disorders	Autistic spectrum disorders	Conduct disorders	Mood disorders	Personal disorders	Psychotic disorders	Other	Total
	Yes n (%)	6 (0,9)	37 (5,6)	73 (11,0)	12 (1,8)	24 (3,6)	11 (1,7)	16 (2,4)	12 (1,8)	191 (28,9)
	No n (%)	36 (5,4)	117 (17,7)	120 (18,2)	47 (7,1)	71 (10,8)	29 (4,4)	22 (3,3)	28 (4,2)	470 (71,1)

Primary diagnoses * Duration of treatment crosstabulation

		Duration of treatment				
		0 - < 6 months	6 months - < 1 year	1 - < 2 years	2 - < 5 years	≥ 5 years
Diagnostic categories	ADHD	12	3	16	11	0
	Anxiety disorders	43	34	34	28	15
	Autistic spectrum disorders	46	46	38	50	13
	Conduct disorders	22	9	14	11	3
	Mood disorders	21	12	34	19	9
	Personality disorders	6	7	12	6	9
	Psychotic disorders	6	5	6	12	9
	Other	7	4	8	18	3
Total		163	120	162	155	61

Discussion

1. People with ID and an autistic spectrum disorder receive treatment longer and more often.
2. Comorbidity (number of diagnoses) is not an indicator for duration of treatment.

Contacts:

josien.jonker@ggzdrenthe.nl

gerda.de.kuijper@ggzdrenthe.nl

LEEF! Pilot Leefstijltraining

Betekenis voor de zorg

Het leefstijlonderzoek LEEF is nog in volle gang waarbij de komst van Corona invloed heeft gehad op de implementatie. Het oorspronkelijke design waarin groepen van 10 patiënten zouden deelnemen is door de Coronamaatregelen aangepast naar kleine groepen van 5 patiënten. Dit heeft invloed op de groepsdynamiek, het herkennen van problemen en adviseren naar elkaar. Door het beperken van het aantal deelnemers en de vertraging in de planning door Corona zijn er nog geen 30 deelnemers geïnccludeerd. De verwachting is dat dit eind 2021 wel gerealiseerd is. Daardoor is er nog niet veel te zeggen over de gevonden effecten. De eerste resultaten laten zien dat er bij de deelnemers sprake is van kennisvermeerdering en bewustwording. Ook hebben de meeste deelnemers hun gedrag kunnen veranderen naar gezonder gedrag. Soms betreffen dit kleine veranderingen. Of er sprake is van duurzame gedragsverandering en/of positieve effecten op de psychische klachten hopen we in de boostersessies en de eindmeting aan te kunnen tonen.

Aandachts- en knelpunten

Het includeren van patiënten nam meer tijd in beslag dan vooraf was ingeschat. Inmiddels hebben we hiervoor een protocol en database ontwikkeld. Van de geselecteerde patiënten gaat uiteindelijk ca. een derde deelnemen aan de training. Dit aantal hadden we vooraf hoger ingeschat. Naast gebruikelijke redenen om niet deel te nemen, zoals de belasting van de training vs. andere therapieën, mantelzorg, etc., speelt de angst voor Corona om deel te nemen aan een groep nu ook een rol.

Verder merken we onder behandelaars dat leefstijlbevordering vaak nog gezien wordt als iets dat niet primair bij de GGZ thuishoort. Het informeren en meenemen van behandelaars vraagt extra aandacht.

Clëntenparticipatie

Afgevaardigden van de cliëntenraad hebben meegedacht in de opzet van de training en meegedaan met een training. Dit jaar willen we de betrokkenheid intensiveren door te gaan werken met ervaringsdeskundigen als co-trainers.

Pilot Leefstijltraining

voor ambulante patiënten met stemmings- en angststoornissen bij GGZ Drenthe

Nicolette Moes¹, Edith Liemburg², Kitty Zandgrond¹, Hillegonde Kalfsbeek¹,
Helen Masselink¹, Shamira Kuiper¹, Danielle Cath^{1,2}
¹ GGZ Drenthe; ² RGOC

Opzet training n=30

- 18 bijeenkomsten van 1.5 uur:
- 5 individueel met maatje
- 13 groepsbijeenkomsten

Inclusie

- 3 van de 5 kenmerken van METs
- Patient & Maatje
- Vragenlijsten kunnen invullen
- Stappenteller half jaar

Leefstijlthema's

- Bewegen/activiteit
- Voedingsgewoontes
- Slaap
- Welbevinden & ontspanning
- Medicijn en middelengebruik
- Doorgaan en volhouden



Doelen

Primair:

Kwaliteit van leven ↑

Secundair: Lichamelijke

gezondheid ↑

METS criteria ↓

Psychische klachten ↓

MOPHAR*	Tijd (min.)	MOPHAR Voormeting	LEEF voormeting	LEEF tussenmeting*	LEEF meting na iedere module*	LEEF nameting & Follow-up (na 6 mnd)
Lichamelijk onderzoek	5	x				x
Somatische anamnese	10	x				x
Leefstijl	10	x		x		x
Labbeepaling	0	x				x
BAL (incl. Opleidingsniveau)	20	x				
Alcohol & middelen	1-15	x		X		x
Medicatie verificatie	1-15	x		X		x
Bijwerkingen SMS	10	x		x		x
Medicatierouw MARS 6	2	x		x		x
Slaapproblemen HSDQ	15	x		x		x
Herstel I.ROC	5	x		x		x
OQ-45	15	x		x	x	x
Welbevinden: MHC-SF	6		x	X		x
Functioneren WHO-DAS	10	x		x		x
Mini SCAN DSM5	30		x			
Actigrafie	30-45		x	x	x	x
Kwalitatieve vragenlijst	30-60		X	X	x	x
Totale tijd (min.)		120	75	120	75	150

‘Psychofarmaca: ‘Anders kijken, anders doen’

Online leerinterventie

Betekenis voor de zorg

Psychofarmaca worden vaak en veelal langdurig voorgeschreven bij mensen met een verstandelijke beperking (VB). In veel gevallen krijgen mensen met een VB een psychofarmacon voorgeschreven voor gedragsproblemen, terwijl er nauwelijks wetenschappelijk bewijs voor deze indicatie is. Het laatste decennium is er veel aandacht voor het afbouwen van off-label gebruik en het meer passend voorschrijven van psychofarmaca bij mensen met een VB. De focus ligt hierbij in het bijzonder op de voorschrijvers, terwijl een multidisciplinaire aanpak noodzakelijk is. Hierbij is een belangrijke rol weggelegd voor de begeleider. Uit eerder onderzoek is echter gebleken dat begeleiders weinig kennis hebben over het effect van psychofarmaca, mogelijke bijwerkingen en onvoldoende zicht hebben op het proces van voorschrijven en evalueren. Tevens is gebleken dat ze onrealistische verwachtingen hebben van het effect van psychofarmaca. Psychofarmaca komen niet tot nauwelijks aan bod in de verschillende opleidingen van begeleiders. Deze drie onderzoeken dragen bij aan de bewustwording van het gebruik en de kennis rondom psychofarmaca bij begeleiders te vergroten. Hierdoor kunnen begeleiders beter hun signalerende en sturende rol pakken en een belangrijke bijdrage leveren aan het proces rondom psychofarmagebruik bij mensen met een VB.

Aandachts- en knelpunten

Over het algemeen zijn begeleiders enthousiast over de leerinterventie. Het uitrollen in de praktijk zorgt echter voor knelpunten. De leerinterventie werkt het best door het in teamverband te volgen en het in een tijdsbestek van een aantal weken meerdere keren aan de orde te laten komen in bijvoorbeeld een teamoverleg. In de praktijk blijkt dit lastig te organiseren, waarbij een hoge werkdruk en weinig tijd voor deze onderwerpen in teamoverleggen knelpunten vormen.

Clëntenparticipatie

De online leerinterventie is ontwikkeld met verschillende professionals uit het werkveld, waarbij geen cliënten waren betrokken. Onderzoek 2 was gericht op de rol van de HBO-verpleegkundige; ook binnen dit onderzoek waren geen cliënten betrokken. Onderzoek 3 is een inclusief onderzoeksproject, waarbij zowel cliënten als hun vertegenwoordigers samen met onderzoekers en zorgprofessionals een projectgroep vormen. Uit een lopend onderzoeksproject (Samen denken, samen doen, <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/gehandicapten-en-chronisch-zieken/programmas/project-detail/gewoon-bijzonder-nationaal-programma-gehandicapten/samen-denken-samen-doen-integratie-van-ervaringsdeskundigheid-medische-psychiatrische-en-gedrags/>) met een focusgroep bestaande uit ouders en vertegenwoordigers van cliënten met een matige of ernstige verstandelijke beperking en cliënten met een lichte verstandelijke beperking, is gebleken dat zij zeer veel belang hechten aan kennis en betrokkenheid bij medicamenteuze behandeling van gedrags- en psychische problemen en graag mee willen werken aan onderzoek om deze behandeling te verbeteren.

'Psychofarmaca: Anders kijken, anders doen'

Online leerinterventie

Achtergrond

Psychofarmaca worden veelvuldig en vaak langdurig voerschreven voor gedragsproblemen bij mensen met een verstandelijke beperking (VB). Op een enkele uitzondering na, is er geen wetenschappelijk bewijs voor de werkzaamheid van psychofarmaca bij gedragsproblemen. Mensen met een VB zijn echter kwetsbaarder voor bijwerkingen. Daarnaast zijn er de laatste jaren meer niet medicamenteuze behandelopties beschikbaar gekomen. Bij het voorschrijven van psychofarmaca aan mensen met een VB zijn meerdere disciplines betrokken, waaronder de begeleider, gedragskundige en arts. Binnen zorg voor mensen met een VB heeft de begeleider een belangrijke rol. Uit eerder onderzoek is echter gebleken dat begeleiders weinig kennis hebben over het effect van psychofarmaca, mogelijke bijwerkingen en onvoldoende zicht hebben op het proces van voorschrijven en evalueren van psychofarmaca.

Doelen

- Het vergroten van kennis van en verstevigen van de rol van de begeleiders in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking met betrekking tot psychofarmagebruik.
- Het verminderen van off-label psychofarmagebruik bij mensen met een verstandelijke beperking.



Onderzoek 1: Kennis van begeleiders t.a.v. psycho-farmacagebruik door mensen met een VB

- Clustergerandomiseerd interventie onderzoek
- Interventie: volgen van de online leerinterventie door begeleiders
- Doelen: verhogen kennisniveau begeleiders. Secundair: verminderen niet passend psychofarmagebruik
- Deelnemers: 6 VB organisaties, 40 woningen, 295 begeleiders
- Status: dataverzameling afgerond, analyse loopt
- Voorlopige resultaten: kennis van begeleiders is significant verbeterd na het volgen van de leerinterventie

Onderzoek 2: Meer kennis over medicatie: de rol van de HBO-verpleegkundige

- Praktijkgericht onderzoek
- Doorontwikkeling leerinterventie n.a.v. feedback onderzoek 1
- Onderzoek naar de rol van de HBO-verpleegkundige bij het ondersteunen van de begeleiders met online leerinterventie
- Aanbevelingen: HBOV-verpleegkundige inzetten als ondersteuner bij het volgen van de leerinterventie (leiding nemen, coachende rol, voorlichting geven, kritische vragen stellen en vragen beantwoorden), de leerinterventie verplicht stellen, extra mogelijkheden voor kennisverbreding overwegen
- Status: afgerond

Onderzoek 3: Gedeelde besluitvorming bij medicamenteuze behandeling van psychische stoornissen en probleemgedrag bij mensen met een VB

- Onderzoek naar de invloed van het toepassen van interventies op het proces van gedeelde besluitvorming voor een behandeling met psychofarmaca
- De online leerinterventie is één van de interventies
- Status: startdatum 1 mei 2021

Samen denken, samen doen

Samenwerking tussen zorgsectoren bij behandeling met medicatie voor moeilijk verstaanbaar gedrag bij mensen met een verstandelijke beperking

Geeft behandeling van moeilijk verstaanbaar gedrag vanuit één gezamenlijk zorgaanbod van geestelijke gezondheidszorg zorg en de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking betere resultaten op het gedrag en passend medicatiegebruik dan in de gebruikelijke zorg? Dit is de onderzoeksvraag van het onderzoeksnetwerk 'Samen Denken Samen Doen'.

Integratie van zorg voor mensen met een verstandelijke beperking en geestelijke gezondheidszorg

De kern van het project 'Samen denken, samen doen: behandeling van moeilijk verstaanbaar gedrag met medicatie; kan dat ook anders?' is een vergelijkend onderzoek waarin beide vormen van zorgaanbod worden vergeleken. In dit onderzoek is een specialistisch team opgezet waarin professionals uit de zorg voor mensen met een verstandelijke en de geestelijke gezondheidszorg samenwerken en een integratief zorgaanbod bieden.

In het onderzoek hebben we als hypothese dat het gezamenlijk zorgaanbod betere resultaten van behandeling van moeilijk verstaanbaar gedrag geeft, waarbij medicatie alleen ingezet wordt als alternatieve behandelingen niet volstaan.

Aandachts- en knelpunten

Samenwerking tussen zorg voor mensen met een verstandelijke beperking en GGZ vindt nu ook wel plaats in de vorm van consultantschapen voor psychiaters. Dit heeft als nadeel dat de zorg versnipperd blijft. Zorg vanuit de GGZ richt zich vooral op mensen met een lichte verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid. De meer complexe doelgroep wordt zo niet bereikt.

Andere belemmeringen die samenwerking en integratie van zorg bemoeilijken zijn verschillen in werkprocessen, organisatiecultuur en gescheiden financieringsstromen.

In dit project onderzoeken we of en hoe we de zorg voor de meer complexe doelgroep met psychofarmacagebruik voor psychische- en gedragsproblemen die zorg vanuit de Wlz krijgt kunnen ontschotten.

Clëntenparticipatie

In een separaat onderzoek met een focusgroep bestaande uit onderzoekers, mensen met een lichte verstandelijke beperking en ouders/vertegenwoordigers van mensen met een matige en ernstige verstandelijke beperking wordt onderzocht wat belangrijke uitkomsten zijn bij de behandeling van moeilijk verstaanbaar gedrag. Hierbij zijn lijsten voor gedragssymptomen, bijwerkingen van medicatie en lijsten voor kwaliteit van leven door hen beoordeeld. In een Delphi procedure wordt nu toegewerkt naar een eensluidende aanbeveling aan behandelaars wat belangrijke uitkomstmaten zijn, die in de praktijk gebruikt zouden moeten worden om het effect van medicatie, psychologische behandelingen en aanpassingen in de omgeving op het gedrag te meten.

“Samen denken, samen doen”

Behandeling van moeilijk verstaanbaar gedrag bij mensen met een verstandelijke beperking met medicatie; kan dat ook anders?

INTRODUCTIE

Bij mensen met een verstandelijke beperking (VB) komt moeilijk verstaanbaar gedrag (MVG), ook wel probleemgedrag genoemd, vaak voor. MVG wordt vaak met psychofarmaca behandeld, terwijl daar geen duidelijke indicatie voor bestaat, de effectiviteit niet bewezen is en bijwerkingen vaak voorkomen. Oorzakelijke en onderhoudende factoren voor MVG liggen op lichamelijk en psychisch gebied en in een ongunstige omgeving, en zijn vaak onderling verweven. De diagnostiek en behandeling van MVG kan complex zijn en vraagt een multidisciplinaire, integratieve aanpak. Deze aanpak is in de huidige praktijk vaak moeilijk te realiseren door barrières tussen de verschillende zorgvormen bij mensen met VB en omdat alternatieve, niet medicamenteuze behandelingen vaak ontbreken.

METHODES

- Cluster randomized controlled trial/ afdelingen VB instellingen
- Interventie vs. gebruikelijk zorg
- Inclusiecriteria
 - Matige/ernstige VB
 - Off-label psychofarmacagebruik
 - Kalenderleeftijd >12 jaar
 - Geen dementie of chronische psychose
- Dataverzameling: 9 mnd / 3 mnd follow-up
 - Deelnemer kenmerken/ diagnoses
 - Medicatiegebruik
 - Bijwerkingen psychofarmaca
 - Vragenlijsten gedrag
 - Behandelingen

INTERVENTIE

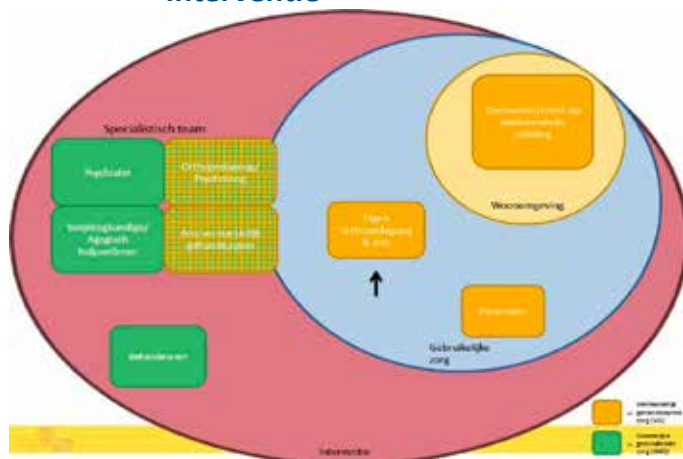
- Integratieve zorg door specialistisch team van CVBP/GGZ en VB zorg professionals
- Theoretisch model: biopsychosociaal + ontwikkelingsniveau
- Fasering
 - Diagnostiekfase (0-8 wkn) MDO/evaluatie
 - Behandelfase 1 (8-16 wkn) MDO/evaluatie
 - Behandelfase 2 (18-28 wkn) MDO/evaluatie
 - Behandelfase 3 (28-40 wkn) MDO/overdracht/afsluiting
- Behandelingen:
 - PMT/trauma/gedragstherapie/psycho-educatie
 - (Para)medisch/aanpassen omgeving
 - Sanering off-label medicatie

Design

RCT: Behandeling van Moeilijk Verstaanbaar Gedrag (MVG) met medicatie; kan dat ook anders?



Interventie



RESULTATEN tot nu toe

- Zes deelnemende instellingen/rekrutering verliep moeizaam door praktijkbezwaren, corona en angst/weerstand voor de interventie. Inclusie start 1-3-2020; herstart 1-10-2021, loopt tot 1-10-2021. Aantal deelnemers eind maart 2021: 19 (oorspronkelijk beoogd 104)
- Complexe somatische en gedragsproblematiek
- Vaak langdurige toepassing vrijheidsbeperkende maatregelen
- Contextuele factoren lijken belangrijk



Themanummer wetenschappelijk Tijdschrift voor Artsen Verstandelijk Gehandicapten; juni 2019

Patiënten met een verstandelijke beperking: onderzoek en praktijk in de geestelijke gezondheidszorg

Op de cover staan de senior onderzoeker/copromotor en de promovendi bij het CVBP in 2019

Betekenis voor de zorg

Het TAVG is een wetenschappelijk tijdschrift voor artsen verstandelijk gehandicapten (AVG), verpleegkundige specialisten en andere geïnteresseerden, dat elk kwartaal verschijnt. Het is online vrij toegankelijk zodat ook andere professionals binnen en buiten het werkveld van de inhoud kennis kunnen nemen. Het Centrum Verstandelijke Beperking en Psychiatrie (CVBP)/GGZ Drenthe is één van de weinige centra in Nederland, die gespecialiseerd zijn in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) voor mensen met een verstandelijke beperking (VB), zowel klinisch als poliklinisch, én voor mensen met een VB van elk ontwikkelingsniveau (licht, matig, ernstig). Ook is het CVBP het enige centrum met een eigen research afdeling. De research-CVBP onderzoekslijn Verstandelijke Beperking en Psychiatrie is één van de onderzoekslijnen van GGZ Drenthe research. Research-CVBP is ook kartrekker in de academische werkplaats Verstandelijke Beperking en Geestelijke Gezondheid, een consortium van de Trans, 's Heerenloo, Vanboeijen, GGZ Drenthe, en het UMCG afdeling psychiatrie en huisartsgeneeskunde. De academische werkplaats beoogt wetenschap, onderwijs en praktijk te verbinden door praktijkvragen te vertalen in onderzoeksvragen en de onderzoeksresultaten toe te passen in de praktijk, met als doel verbetering van de zorg.

Het themanummer van het TAVG is verzorgd door research-CVBP met ook bijdragen van CVBP behandelaren. De resultaten en conclusies van afgeronde onderzoeken en praktijkervaringen en praktijkadviezen van CVBP behandelaren worden beschreven, en het belang van lopende onderzoeken wordt onder de aandacht gebracht. Het zien van het belang van wetenschap voor de praktijk, en de toepassing van nieuwe kennis door zorgprofessionals in het werkveld van de VB zorg en in de GGZ voor mensen met een VB wordt zo bevorderd.

Aandachts- en knelpunten

Een aandachtspunt is dat professionals in de VB zorg minder bekend zijn met het idee dat wetenschappelijk onderzoek kan bijdragen aan praktijkverbetering en innovatie. Ook vindt zorgregistratie vaak op veel verschillende manieren plaats en is meestal niet gestandaardiseerd, zodat dataverzameling extra tijd en inzet vraagt. Meedoen aan onderzoek wordt zo al snel als extra belasting ervaren. Het nut hiervan wordt niet altijd ingezien en de dagelijkse zorg krijgt prioriteit. Dit leidt tot het knelpunt dat innovatie tijd en geld kost, waarvoor in de dagelijkse praktijk niet zomaar ruimte is. Dit vraagt een cultuuromslag in de VB-zorgsector, die bij een aantal voorlopers al zeker gaande is. Academische werkplaatsen kunnen hierbij helpen door wetenschappelijke informatie toegankelijker te maken voor praktijkorganisaties, toepassing in de praktijk beschikbaar te stellen en zorgprofessionals en cliënten te vragen om praktijkproblemen voor onderzoek aan te dragen.

Cliëntenparticipatie

Eén cliënt heeft een grote bijdrage geleverd aan het artikel van een zorgprofessional door zijn ervaringen met psychomotore therapie op te schrijven. Daarnaast staat in een van de artikelen een onderzoek beschreven waarin cliënten en hun vertegenwoordigers in een focusgroep participeren (inclusief onderzoek). In dit onderzoek stellen de leden van de focusgroep samen met de onderzoekers vast welke uitkomsten bij de behandeling van moeilijk verstaanbaar gedrag belangrijk zijn en hoe zij de voor- en nadelen van psychofarmacagebruik daarbij willen wegen.

In dit nummer onder andere:

Afbouw van antipsychotica en de
effecten op kwaliteit van leven

Katatonie

Inclusie in de kunst is een kwestie van dóen

nvavg

nederlandse vereniging van artsen
voor verstandelijk gehandicapten

**Tijdschrift voor Artsen voor
Verstandelijk Gehandicapten**

Jaargang 37 - nr. 2
Juni 2019



Changing the obesogenic environment to improve cardiometabolic health in residential patients with a severe mental illness: ELIPS, a pragmatic RCT

Betekenis voor de zorg

ELIPS liet zien dat het veranderen van de zogenaamde ‘obesogene’ omgeving naar een omgeving waarin een gezonde keuze een makkelijke keuze is, tot gezondheidswinst leidt bij patiënten met ernstige psychische aandoeningen. Het besef dat de omgeving van patiënten invloed heeft op hun gezondheid heeft belangrijke consequenties gehad voor de zorg. Er wordt meer nagedacht over de producten die in de keukenkasten staan, er worden meer mogelijkheden aangeboden om te bewegen en te sporten, er wordt weer meer met patiënten samen gekookt. Na een krap decennium van toch wel een moeizame strijd voor meer aandacht, is leefstijl inmiddels een belangrijk onderwerp geworden in de zorg voor patiënten.

Aandachts- en knelpunten

Het onder de aandacht brengen van de somatische gezondheid en leefstijl in de GGZ kent een aantal aandachtspunten. De gezondheid van veel patiënten met een ernstige psychische aandoening is alarmerend: hun levensverwachting is 30 jaar korter vergeleken met de algemene bevolking en minstens de helft van de patiënten voldoet aan de criteria van het metabool syndroom. (Ernstig) overgewicht kwijtraken is een flinke klus en een gezond gewicht behouden misschien nog wel meer. Een gezonde leefstijl aanleren kost tijd en je hebt een lange adem nodig om daar vervolgens de resultaten van te zien. Dat geldt voor patiënten en voor de verpleegkundigen en woonbegeleiders die hen hierin coachen. Vanwege deze ervaring zou het wat ons betreft aan te bevelen zijn om veel meer de aandacht te richten op het voorkomen van overgewicht en metabole ontregeling dan alleen op het aanpakken ervan.

Een ander knelpunt is de financiering van leefstijl binnen de GGZ. Inmiddels zijn daar op bijna alle plekken afspraken over gemaakt met de zorgverzekeraars, maar het is lange tijd een ingewikkeld proces geweest om leefstijlactiviteiten van GGZ-medewerkers kwijt te kunnen in de DBC-systematiek. Daaraan gekoppeld: de samenwerking tussen GGZ-professionals en de somatische zorg, bijvoorbeeld tussen psychiaters en huisartsen, was een behoorlijk struikelblok in het verbeteren van de lichamelijke gezondheid van patiënten. Hoewel ook hierin de laatste jaren verbetering is opgetreden, blijft dit een punt van aandacht.

Clëntenparticipatie

Bij het schrijven van de subsidieaanvraag en het uitvoeren van het onderzoek is een ervaringsdeskundige betrokken geweest. Tijdens het onderzoek hebben we het cliëntenperspectief meegenomen door expliciet om hun ervaringen met de leefstijlcoaches te vragen. Die informatie hebben we gebruikt voor een analyse van implementatiehobbels en -mogelijkheden. Echter, als ik het niveau van cliëntenparticipatie van toen (2011-2013) vergelijk met de manier waarop ik nu in co-creatie met patiënten de onderzoeksprojecten vormgeef, was het destijds wel wat magertjes.

Changing the obesogenic environment to improve cardiometabolic health in residential patients with a severe mental illness: ELIPS, a pragmatic RCT

A. Looijmans^{1,4}, A. Stiekema², R. Bruggeman^{3,4}, R.P. Stolk¹, R.A. Schoevers³, F. Jörg^{4,5}, E. Corpeleijn¹

¹ Department of Epidemiology, University of Groningen, University Medical Center Groningen, The Netherlands.

² Department of Rehabilitation, Lentis Psychiatric Institute, Zuidlaren, NL. ³ University Center Psychiatry, University of Groningen, UMCG, NL. ⁴ Rob Giel Research Center, University of Groningen, UMCG, NL. ⁵ Research Department, Friesland Mental Health Services, Leeuwarden, NL.

Contact: a.looijmans@umcg.nl



1. INTRODUCTION, 2. DESIGN AND 3. OBJECTIVE

1. Unhealthy lifestyle plays an important role in the up to 30 years shortened life expectancy of severe mentally ill (SMI) patients. In residential facilities, adopting a healthy lifestyle is hampered by the obesogenic environment. Large RCT's in residential patients are lacking.

2. Design: pragmatic cluster RCT, including 29 sheltered or long-term clinical care teams; randomized to lifestyle intervention (n=15) vs control (care as usual, n=14); 736 patients in total.

- Assessments: baseline, 3 and 12 months.
- Outcomes: waist circumference (cm), Body Mass Index (BMI: kg/m²), metabolic syndrome Z-score (SD).
- Statistics: intention-to-treat analysis with multi-level linear mixed models at patient level, adjustment for age, gender, type of housing and antipsychotic medication.

3. To improve adiposity in residential SMI patients by changing the obesogenic environment

- through health care professionals, and
- by focusing on diet and physical activity, and
- using a small change approach.

Examples: altering type of bread offered during lunch, walk-and-talk therapy instead of sitting in the counseling office, narrowing openings hours canteen.

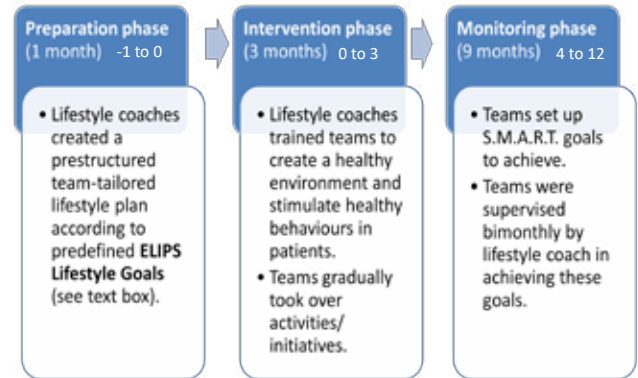


Figure 1. Phases of the ELIPS intervention.

ELIPS Lifestyle Goals

1. ≥ 2 physical activities/week, one intensive
2. ≥ 3 improvements in daily food supply
3. ≥ 1 food focused activity/week
4. adjustment of the obesogenic environment on organisational level

RESULTS

Table 1. The ELIPS lifestyle intervention significantly reduced waist circumference (-1.5 cm) and metabolic syndrome Z-score (-0.25 SD) after three months intervention.

Somatic outcomes	Waist circumference (n=636)			Metabolic syndrome Z-score (n=512)		
	β	95% CI	p-value	β	95% CI	p-value
Intervention effect at 3 months*	-1.51	[-2.99; -0.04]	0.04	-0.25	[-0.40; -0.09]	0.002
at 12 months*	-1.28	[-2.79; 0.23]	0.10	-0.04	[-0.18; 0.10]	0.59
Group difference (intervention vs control) overall	0.44	[-2.22; 3.09]	0.75	0.01	[-0.16; 0.17]	0.94
Time effect only						
3 months	1.11	[0.05; 2.16]	0.04	0.17	[0.05; 0.29]	0.005
12 months	0.75	[-0.31; 1.80]	0.17	0.08	[-0.03; 0.18]	0.15

* group x time. CI: confidence interval.

Table 2. Baseline characteristics of patients in included teams presented as mean $\pm$ SD or N (%).

Baseline characteristics	n	Intervention (n=365)	Control (n=371)	p-value
Age (years)	736	49.3 $\pm$ 12.0	47.2 $\pm$ 13.2	0.03
Male sex	736	236 (64.7)	229 (61.7)	0.41
Housing	736			
Sheltered		196 (53.7)	238 (64.2)	<0.01
Long-term care		169 (46.3)	133 (35.8)	
Most prevalent diagnosis	736			
Psychotic disorder		277 (75.9)	257 (69.3)	0.04
Personality disorder		105 (28.8)	133 (35.8)	0.04
Mood disorder		37 (10.1)	39 (10.5)	0.87
Waist (cm)				
Male	350	105.6 $\pm$ 15.4	103.1 $\pm$ 16.8	0.14
Female	208	104.0 $\pm$ 18.7	102.2 $\pm$ 15.5	0.45
BMI (kg/m ²)	616	27.8 $\pm$ 6.3	28.3 $\pm$ 6.2	0.27
Metabolic syndrome Z-score (SD)	387	0.54 $\pm$ 0.86	0.44 $\pm$ 0.87	0.26

CONCLUSION

A small change approach targeting the obesogenic environment by focusing on diet and physical activity through health care professionals of SMI residential patients reduces abdominal adiposity and cardiometabolic risk.

DISCUSSION

The implementation of the intervention was heterogeneous between teams (Figure 2).

RECOMMENDATIONS

A healthy environment is a prerequisite for healthy lifestyle behavior in residential patients, but needs continuous attention.

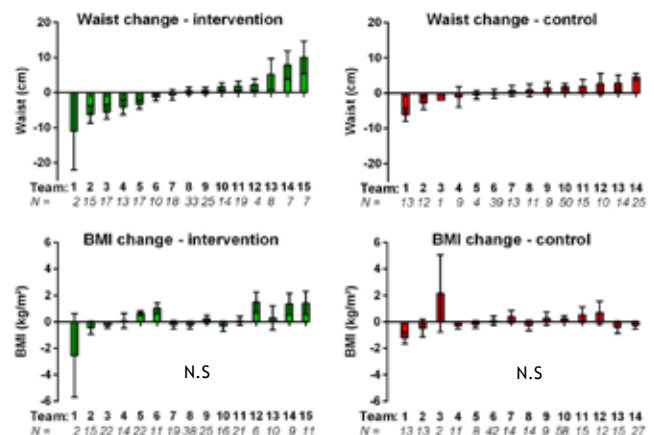


Figure 2. Mean change in waist circumference (cm) and BMI (kg/m²) from baseline to twelve months per team with n patients. Error bars represent standard errors of the mean.



umcg



RGOc



Lentis



GGZ Friesland

Trauma Therapy Study (TTS)

Betekenis voor de zorg

De Trauma Therapie Studie (TTS) heeft als doel de behandel effecten in kaart te brengen van klinische DGT-PTSS, een behandelprogramma dat GGZ Friesland aanbiedt op de Traumaverwerkingskliniek. Deze 12-weeken durende behandeling combineert Dialectische Gedragstherapie (DGT) met traumagerichte behandeling (hoofdzakelijk exposure). Het is bedoeld voor cliënten met ernstige PTSS klachten en co-morbide (persoonlijkheids) problematiek waaronder emotie-regulatie problemen en ernstige vermijding. In veruit de meeste gevallen is er sprake van een voorgeschiedenis van (herhaaldelijk) vroegkinderlijk trauma en verwaarlozing.

De TTS draagt bij aan de evidentie van het behandelprogramma voor deze groep cliënten met complexe problematiek. Doel is tevens om meer zicht te krijgen op welke factoren behandeluitkomsten voorspellen. Het onderzoek levert ook een bijdrage aan het ontwikkelen van wetenschappelijke evidentie van het bredere behandel aanbod voor cliënten met ernstige PTSS.

Aandachts- en knelpunten

Interessant is hoe klinische DGT-PTSS zich houdt naast ander aanbod voor cliënten met ernstige PTSS klachten dat de afgelopen jaren is ontwikkeld. Hierbij valt te denken aan kortdurende, klinische PTSS behandelprogramma's van bijvoorbeeld twee weken. Klinische DGT-PTSS is met twaalf weken een langduriger en daarmee duurdere behandeling. Wetenschappelijk evidentie is de komende jaren essentieel in het bepalen van de effectiviteit van verschillende behandelingen en op termijn ook het voorspellen van voor wie welke behandeling effectief en dus geïndiceerd is. Dit verbetert niet alleen de zorg voor deze groep cliënten, maar geeft ook bestaansrecht aan een duurdere behandeling zoals klinische DGT-PTSS.

Cliëntenparticipatie

Cliënten zijn in principe alleen als deelnemers bij de studie betrokken. Wel hebben we voor de start van het onderzoek bij cliënten van de Traumaverwerkingskliniek enkele vragen gesteld over de wenselijkheid van randomisatie. Ook hebben cliënten een aantal vragen beantwoord over hun deelname aan de studie in het kader van ervaringsverhalen op de website. Voordeel hiervan was dat we meer zicht kregen op hoe cliënten hun deelname ervaren. Dit was bijvoorbeeld interessant op het gebied van face-to-face interviews of interviewen via beeldbellen. Voor cliënten die deelname via beeldbellen spannend vonden en het een drempel kon vormen voor deelname was (en zal) het mogelijk helpend zijn om ervaringen hiermee van anderen te lezen.

Trauma Therapy Study (TTS)

Effectiveness of clinical DBT-PTSD: A research design

Annemieke Kamstra, Frederike Jörg, Robert Schoevers en Sybolt de Vries
GGZ Friesland/UMCG



Background

Introduction

In 2014 GGZ Friesland started a clinical Dialectical Behaviour Therapy combined with trauma-focused treatment for patients with severe posttraumatic stress disorder (PTSD) and co-morbid disorders, like borderline personality disorder. Bohus et al., (2013) published promising results of residential DBT-PTSD.

Aim: To assess the short- and long-term effects of a 12-week clinical DBT-PTSD program on severity of PTSD, dissociation, severity of the symptoms of a co-morbid borderline personality disorder, social functioning and quality of life. An additional objective is to gain insight into predictors of treatment success, including the treatment process and cost-effectiveness.

Research Questions

- What are the short- and long-term effects of DBT-PTSD on:
 - Severity of PTSD
 - Dissociative symptoms
 - Borderline personality symptoms
 - Social functioning
- Is DBT-PTSD a cost-effective treatment?
- What are predictors of treatment effectiveness?
- How do symptoms change during the clinical DBT-PTSD program?

Method

Study design

The TTS has an observational, Longitudinal, single-group design. Patients are followed from being registered on the waiting list until 12 months after treatment. Figure 1 shows the measurements.

Additionally, PTSD symptoms are measured weekly and as part of treatment patients register complaints and behaviour daily.

Study population

Patients (N=100) referred to Clinical DBT-PTSD

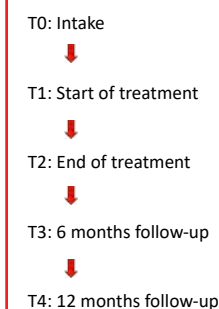


Figure 1. Overview of measurements

Table 1. Inclusion and exclusion criteria

Inclusion criteria	Exclusion criteria
> Age 18-65 years old > PTSD > ≥ 1 co-morbid disorder	> Current psychosis > Substance dependence > Body-mass-index < 17, > Antisocial personality disorder > Medical conditions contradicting exposure protocol > War veterans > Suicide attempt < three months > Use of benzodiazepines

Method

DBT-PTSD treatment program

- > 12 weeks clinical treatment.
- > Dialectical Behaviour Therapy (DBT-PTSD)
- > Exposure and EMDR (16 sessions)
- > Modular programma (e.g. Psychomotor Therapy, self-worth, creative therapy, sports, emotion-regulation skills training, sport, systemic therapy and mindfulness)



Measurements

Assessment instruments are shown in Table 2.

Table 2. Measurement instruments.

Interviews and diary data	Questionnaires
- Clinical Administered PTSD Scale-5 (CAPS-5) - Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorders (SCID-5-P) - Structured Clinical Interview for syndrome disorders (SCID-5-S) - Borderline Personality Disorder Severity Interview (BPDSI) - DBT diary (including PTSD symptoms)	- Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5) - Posttraumatic Stress Disorder Checklist (DSM-5) (PCL-5) - Dissociative Experience Scale (DES) - Somatoform dissociation Questionnaire (SDQ) - Symptom Checklist 90 (SCL-90) - Work and Social Adjustment Scale (WSAS) - Vragenlijst over Zorggebruik, Ziekte en Werk (Tic-P) - EuroQol 5D-5L (EQ-5D-5L) - Screener for Intelligence and Learning disabilities (SCIL)

Current status

Inclusion

So far 31 of the 100 patients were included in the study (Figure 2). Over 50% of the patients eligible for treatment is interested in participating.

Study period

1 November 2018 – 1 June 2023



Figure 2. Inclusion 31/100

Literature

Bohus, M., Dyer, A. S., Priebe, K., Kruger, A., Kleindienst, N., Schmahl, C., et al. (2013). Dialectical behaviour therapy for post-traumatic stress disorder after childhood sexual abuse in patients with and without borderline personality disorder: A randomised controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(4), 221-233.

Funding

GGZ Friesland and Opleidingsinstituut PPO

More Information

Website : www.TTStudie.nl

Email : TTStudie@ggzfriesland.nl
annemieke.kamstra@ggzfriesland.nl

Team TTS

Dr. Frederike Jörg,
Dr. Sybolt de Vries
Renee Stelwagen
Grethe Nijholt
Annemieke Kamstra (PhD student)
Thea Houweling



Promotor: prof. dr. Robert Schoevers



The effects of a Mindfulness-Based Compassionate Living training on anxiety and depression in a heterogeneous sample of psychiatric outpatients: a pilot study

Betekenis voor de zorg

Deze training helpt cliënten die de mindfulness gevolgd hebben hun vaardigheden te verdiepen met oefeningen in het vergroten van compassie naar zichzelf en anderen.

Aandachts- en knelpunten

De noodzaak om eerst een mindfulnessstraining te volgen verdient nader onderzoek.

Cliëntenparticipatie

Bij het opzetten van de compassietraining waren destijds geen cliëntvertegenwoordigers betrokken.

The effects of a Mindfulness-Based Compassionate Living training on anxiety and depression in a heterogeneous sample of psychiatric outpatients: a pilot study

Agna A. Bartels-Velthuis¹, Karen van der Ploeg¹, Frits Koster¹, Joke Fleer², Maya J. Schroevers², Erik van den Brink¹

¹Lentis, Center for Integrative Psychiatry, Groningen, the Netherlands

²University of Groningen, Health Psychology Section, Groningen, the Netherlands

Introduction

Compassion is the capacity to be sensitive to pain and suffering of ourselves and others, accompanied by the commitment to alleviate it. Self-compassion has a positive effect on mental health and increases with the practice of mindfulness. At the Center for Integrative Psychiatry (CIP) of Lentis, a novel compassion-focused training was developed: Mindfulness Based Compassionate Living training (MBCL) for patients who already followed a mindfulness training. MBCL offers explicit exercises in loving-kindness and compassion, enabling patients to deepen their skills in mindfulness and particularly in self-compassion in a safe way.

Objectives

To examine the effects of MBCL training in a heterogeneous psychiatric outpatient population on levels of depression, anxiety, mindfulness and compassion.

Methods

The training consisted of nine weekly 2.5-hour sessions. Patients completed four questionnaires before and after the training (Beck Depression Inventory-II, Generalized Anxiety Disorder Scale, Five Facet Mindfulness Questionnaire, Self Compassion Scale).



Results

Thirty-three patients (53% of n=62 who followed the training) completed both assessments (mean age 47.6 years; 82% female). MBCL training significantly reduced levels of depression but not of anxiety. Levels of mindfulness and self-compassion increased significantly.

Conclusions

The outcome of this pilot study was judged promising. Further study of the MBCL training in a larger sample is warranted to investigate its effects as well as the underlying working mechanisms.



a.bartels@lentis.nl

Centrum Integrale Psychiatrie



Personalized warning signals for depressive relapse: a qualitative study

Introduction

An important aspect of depression relapse prevention programs is identifying personalized warning signals (PWS). These PWS are typically defined as depressive symptoms. Yet, no study has investigated to what extent PWS fit within the diagnostic classification framework, and how this compares to a more transdiagnostic, integrative approach towards depression.

Objectives

To examine how well PWS reflect depressive symptoms, describe the remaining PWS, and examine how well PWS can be assigned to domains of an existing transdiagnostic and integrative framework, the positive health concept.

Methods

162 PWS of 66 individuals with a history of depression were labeled as one or more symptoms of depression or to a residual category. The same process was repeated for labeling the domains of the positive health model. Labeling was done by three independent reviewers (inter-rater percent agreement: symptoms: 0.83 & positive health domains: 0.73). Disagreements were resolved by discussion.

Results

The three most commonly reported depressive symptoms were insomnia/hypersomnia, anhedonia and fatigue/loss of energy. However, sixty-five percent of the PWS were not depressive symptoms, but other symptoms (e.g. irritability, rumination) or aspects of functioning (e.g. withdrawing, managing time). The positive health domains captured all the PWS. However, 44% of PWS were labeled as multiple positive health domains, whereas labeling as symptoms of depression resulted in almost no such overlap.

Conclusion

A more transdiagnostic and integrative approach seems necessary to capture personalized warning signals. Depending on one's purpose, one may consider expanding the definition with other symptoms and aspects of functioning, or using the positive health concept.

Keywords

Personalized mental health
Relapse prevention
Depression
Personalized warning signals

Personalized warning signals for depressive relapse: a qualitative study

Christien Slofstra*, Slynke Castelein, Amy Pieper, Gea Dijkstra, Rogier Hoenders, Sanne Booij, Lentis Psychiatric Institute & University of Groningen, Groningen, the Netherlands. *Presenting author

Introduction

Relapse prevention programs typically include identification and monitoring of personalized warning signals. These personalized warning signals are usually defined as depressive symptoms. This study aimed to investigate to what extend personalized warning signals actually fit within the diagnostic classification framework, and how this compares to a more transdiagnostic, integrative approach towards depression.

Results

- The three most commonly reported depressive symptoms were **insomnia/hypersomnia**, **anhedonia** and **fatigue/loss of energy**.
- However, **65%** of the personalized warning signals were **not depressive symptoms**, but other symptoms (e.g. irritability, rumination) or aspects of functioning (e.g. withdrawing, managing time).
- The positive health domains captured all the PWS.
- However, **44%** of PWS were labeled as **multiple positive health domains**, whereas labeling as symptoms of depression resulted in no such overlap.

Examined frameworks for warning signals

Symptoms of depression

Sad mood
Anhedonia
In/decrease in appetite or weight
Insomnia/hypersomnia
Psychomotor agitation or retardation
Fatigue /loss of energy
Feelings of worthlessness/guilt
Trouble concentrating/indisiveness
Recurrent thoughts of death

35% fit

0% overlap

Domains of positive mental health

Physical functioning
Daily routine
Mental health
Social participation
Meaning
Quality of life

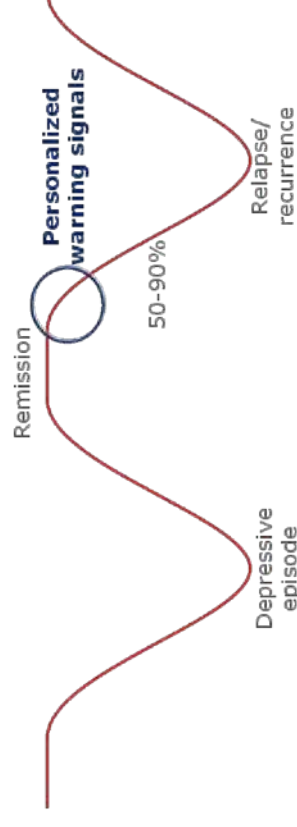
100% fit

44% overlap

Methods

162 personalized warning signals of 66 individuals with a history of depression were labeled as one or more symptoms of depression or to a residual category. The same process was repeated for labeling the domains of the positive health model.¹

When do we speak of personalized warning signals?



Conclusion

A more transdiagnostic and integrative approach seems necessary to capture personalized warning signals. Depending on one's purpose, one may consider expanding the definition with other symptoms and aspects of functioning or using the positive health concept.



Hospitality Project (HY): een nieuwe verpleegkundige interventie voor mensen met schizofrenie

Betekenis voor de zorg

Een grote groep mensen met een psychotische kwetsbaarheid woont alleen en heeft weinig sociale contacten. In 2014 zijn we een pilot onderzoek gestart naar de haalbaarheid en van een eetclub voor mensen met een psychotische kwetsbaarheid, het Hospitality (HY) project. Het project werd goed ontvangen door deelnemers en verpleegkundigen. Een aantal deelnemers vertelde dat ze het spannend vonden om anderen uit te nodigen voor een etentje thuis of dat het organiseren van een etentje veel energie van hun vroeg. Deelnemers vertelden ook dat ze graag door wilden gaan met de eetclub nadat het project was afgelopen. Sommige deelnemers vonden het positief dat ze ervaringen over hun kwetsbaarheid konden delen. Anderen gaven weer aan dat hun zelfvertrouwen is gegroeid doordat ze een uitdaging hebben overwonnen op sociaal gebied. De verpleegkundigen in het project waren enthousiast over de aandacht voor de positieve eigenschappen van deelnemers in vergelijking met de routine zorg die vaker op het oplossen van problemen is gericht. Dit pilot onderzoek heeft inzicht gegeven in de haalbaarheid en mogelijke positieve effecten van eetclubs voor het bevorderen van persoonlijk herstel.

Aandachts- en knelpunten

In de pilotstudie hebben we geleerd dat patiënten gemotiveerd zijn om aan vaardigheden te werken in dit project maar ook dat het moeilijk is om dit met gepersonaliseerde doelen te meten in onderzoek. Het Hospitality project is verder onderzocht in een multicenter randomized controlled trial (RCT). In de RCT kwamen een aantal aandachts- en knelpunten naar voren op het gebied van inclusie, organisatie van zorg, interventie- en onderzoeksdesign. Zo werd duidelijk dat een deel van deelnemers die zich aanmeldde snel na de start weer stopte. Dit gebeurde vanwege verschillende redenen, bijvoorbeeld: de HY-interventie sloot onvoldoende aan bij de deelnemer doordat het teveel een beroep deed op complexe (sociale) vaardigheden. In praktische zin bleek dat in de landelijke gebieden de reisafstand tussen deelnemers een belemmering was voor deelname. Een externe factor was de voortdurende verandering in het zorgstelsel. Gedurende het HY-project veranderde zorgvraag van de doelgroep populatie (FACT). In de FACT-teams stroomden patiënten met laagcomplexiteit door naar de basis GGZ terwijl hoog complexe patiënten in zorg bleven. En juist de DBC's voor de basis GGZ waren te klein voor een tijdsintensieve interventie als HY. Een ander aspect was de toegenomen administratiedruk en de verwachte productienormen, waardoor er door verpleegkundigen minder tijd vrij gemaakt kon worden voor innovatieve interventies. Ondanks deze aandachts- en knelpunten geven de kwalitatieve uitkomsten van de pilot en de RCT voldoende aanleiding voor een vervolgonderzoek met aandacht voor bovengenoemde implementatieaspecten.

Clëntenparticipatie

Bij de ontwikkeling van de HY-interventie is gebruik gemaakt van focusgroepen waarin een ervaringsdeskundige deelnam. Daarnaast is van ervaringsdeskundige kennis gebruik gemaakt bij de keuze van vragenlijsten.

Hospitality Project (HY): Een nieuwe verpleegkundige interventie voor mensen met schizofrenie

Sjoerd Vogel, Edith Liemburg, Marte Swart, Henderikus Knegtering, Slynke Castelein,
Petrie Roodbol, Mark van der Gaag
Lentis Research, Lentis Groningen

Ontwikkeling van interventie



Onderzoek naar effectiviteit

Aanleiding

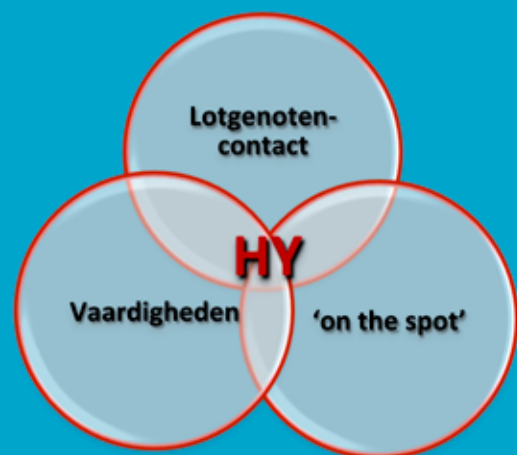
Meer dan de helft van de mensen met schizofrenie ervaart eenzaamheid en heeft een klein sociaal netwerk. Lotgenotencontact heeft positieve effecten op het sociale netwerk en de ontvangen sociale steun (Castelein et al. 2008).

Vaardigheidstrainingen in een klinische setting generaliseren vaak niet naar het dagelijks leven. Ontwikkeling en onderzoek naar 'on the spot' vaardigheidstraining wordt geadviseerd (Glynn et al. 2002).

HY is een interventie waarin lotgenotencontact en vaardigheidstraining 'on the spot' worden gecombineerd in een eetclub.

Interventie

- Met ondersteuning van een verpleegkundige gaan deelnemers een etentje organiseren voor hun 'peers' (lotgenoten). In deze eetclub, die bestaat uit drie personen, wordt om de beurt voor elkaar gekookt.
- Deelnemers krijgen 'on the spot' individuele begeleiding bij zelfzorg, huishouden en koken.
- Tijdens het etentje staat het lotgenotencontact centraal. De verpleegkundige heeft hierbij een rol op de achtergrond.
- De interventie duurt 8 maanden. Deelnemers komen 1 keer per 2 weken bij elkaar.



Verwachte resultaten

Het HY project is een nieuwe verpleegkundige interventie die gebruik maakt van de nieuwste inzichten: lotgenotencontact en vaardigheidstraining 'on the spot'.

Positieve effecten worden verwacht op persoonlijk herstel ('recovery'), empowerment, sociaal netwerk en op algemene dagelijkse en sociale vaardigheden.



HY_Project



js.vogel@lentis.nl



Interpersonal Mindfulness voor hulpverleners in de gezondheidszorg: een pilotonderzoek

Betekenis voor de zorg

De betekenis voor de zorg is vooral indirect aangezien de training zich richt op hulpverleners. Het helpt hen bij het optimaliseren van de therapeutische relatie vooral in behandelingen waarbij mindfulness en compassie onderdeel uitmaken.

Aandachts- en knelpunten

Voor de latere trainingen wordt ook compassie voor anderen gemeten.

Clëntenparticipatie: n.v.t.



Interpersonal Mindfulness voor hulpverleners in de gezondheidszorg: een pilotonderzoek

Bartels-Velthuis AA
Van den Brink H
Koster F
Hoenders HJR

Contact:
a.bartels@lentis.nl



Achtergrond

Empathie wordt als een belangrijke kwaliteit beschouwd in elke therapeutische relatie. Echter, hulpverleners blijken al in hun opleidingsfase gevoelig te zijn voor empathiemoeheid. Op mindfulness gebaseerde trainingsprogramma's kunnen mogelijk empathiemoeheid en burn-out helpen voorkomen en positief bijdragen aan zelfbewustzijn, zelfcompassie en empathisch vermogen (Rossi et al., 2012). Aandachtig en zorgvuldig op elkaar afstemmen lijkt een kalmerend effect te hebben en op neurobiologisch niveau diepe resonantie teweeg te brengen (Porges, 2011).

Bij het Centrum Integrale Psychiatrie van Lentis wordt de cursus Interpersoonlijke Mindfulness Program (IMP; Kramer et al., 2015) aangeboden als vervolg op de mindfulnesscursus. Het is een verdieping van de individuele beoefening van mindfulness en biedt een methodische manier om mindfulness, empathie en compassie verder te ontwikkelen in het interpersoonlijke domein.

Doel

Het onderzoeken van het effect van de IMP-training op de mate van mindfulness, zelfcompassie, empathie, stress en twee subschalen over de professionele kwaliteit van leven (compassietevredenheid en compassiemoeheid). Nevendoel is de evaluatie van de training door de deelnemers.

Methode

De IMP-training wordt gegeven in negen wekelijkse sessies van 2,5 uur door twee ervaren trainers die ook betrokken waren bij het vertalen van de Engelstalige versie en het verder ontwikkelen van de cursus. Deelnemers moesten bereid en in staat zijn om dagelijks 45-60 minuten te besteden aan zelfbeoefening. Deelnemers en controlepersonen vulden zowel vóór als na de cursus vragenlijsten in over mindfulness, zelfcompassie, stress, empathie en professionele kwaliteit van leven. Verschilcores op voor- en nameting scores werden geanalyseerd met een herhaalde metingen ANOVA met als interactieterm tijd*groep.

Resultaten

De onderzoeksgroep bestond uit 25 deelnemers en 22 controlepersonen, met een gemiddelde leeftijd van 49.6 jaar (SD 10.7, range 22-68; n=4 mannen). De IMP-training had een significant positief effect op mate van zelfcompassie, empathie en compassiemoeheid. Geen effect werd gevonden op mate van mindfulness, stress en compassietevredenheid. De deelnemers waren zeer tevreden over de training en de docenten.

Conclusie

In deze pilotstudie werd een positief effect gevonden op de geestelijke gezondheid van hulpverleners. Grootschaliger gerandomiseerd onderzoek naar de effectiviteit en de werkingsmechanismes van deze training is noodzakelijk.

Literatuur • Kramer, G., Hicks, P. K. & Meleo-Meyer, F. (2015). Interpersonal Mindfulness Program: A teachers outline & resource guide. Seattle: Metta Programs.
• Porges, S. W. (2011). The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation. New York, NY: W.W. Norton.
• Rossi, A., Cetrano, G., Pertile, R., Rabbi, L., Donisi, V., Grigoletti, L., Curtolo, C., Tansella, M., Thormicroft, G., & Amadeo, F. (2012). Burnout, compassion fatigue, and compassion satisfaction among staff in community-based mental health services. *Psychiatry Research*, 200, 933-938. doi:10.1016/j.psychres.2012.07.029

Don't just screen, intervene!

Betekenis voor de zorg

Uit dit ROM-Phamous onderzoek is naar voren gekomen dat ruim de helft van de mensen met een psychotische aandoening voldoet aan de criteria voor het metabool syndroom, een combinatie van overgewicht, hoge bloeddruk, cholesterolproblemen en diabetes. Mede vanwege deze metabole klachten hebben deze mensen een kortere levensverwachting en lopen ze een groter risico om vroegtijdig te overlijden aan hart- en vaatziekten. Dit onderzoek toont echter aan dat een groot deel van de cliënten met metabole problemen geen behandeling krijgen voor hun hoge bloeddruk (69%), hoge cholesterol (44%) of diabetes (25%), zelfs niet als de problemen meerdere jaren achtereen uit de ROM-Phamous screening naar voren komen. De resultaten van dit onderzoek kunnen helpen bij bewustwording in de GGz over aandachtsgebieden naast de psychiatrische symptomen. Niet alleen een inactieve leefstijl, bijvoorbeeld door depressieve klachten of negatieve symptomen van psychose, veroorzaken metabole klachten, maar het is bijvoorbeeld ook een belangrijke bijwerking van diverse antipsychotica. Door hier aandacht aan te schenken in de behandeling, bijvoorbeeld tijdens de behandelplan-gesprekken waarin ook de ROM-Phamous screening wordt meegenomen, kunnen er ook behandeling voor metabole problemen voorgesteld en ingezet worden. Hiermee kunnen we hopelijk de gezondheid van deze mensen verbeteren en hun levensverwachting omhoog brengen.

Aandachts- en knelpunten

De nadruk en focus blijft in de behandeling vaak op de psychiatrische klachten liggen. Dit is ook logisch, aangezien dat de reden is waarom de cliënt bij de GGz hulpverlener zit. Het kan daarom lastig zijn om ook andere problematiek te bespreken en behandelen, zoals dit soort metabole stoornissen. Ook zijn sommige hulpverleners minder geschoold in lichamelijke klachten en kan het lastig zijn om bepaalde waarden te interpreteren of het risico op juiste wijze in te schatten. Mogelijke oplossingen zijn het meer inzetten van verpleegkundigen die wel beschikken over deze achtergrondkennis, of nauwer samenwerken met de huisartsen van cliënten. Ook kan het zijn dat er dusdanig veel comorbide problematiek is dat er een keuze moet worden gemaakt in waar wel en waar niet op te focussen in de behandeling.

Cliëntenparticipatie

Cliënten hebben deelgenomen aan de ROM-Phamous screenings. Daarnaast is er een bijeenkomst geweest met enkele cliënten en ervaringsdeskundigen waarin we deze bevindingen aan ze hebben voorgelegd. De conclusie was dat velen zich wel in het beeld herkenden en er werden diverse casusvoorbeelden aangedragen. Wel werd terecht opgemerkt dat niet alle cliënten het prettig vinden om dit soort zaken met hun GGz-hulpverlener te bespreken, om nóg meer medicatie te moeten slikken en ook niet alle cliënten metabole risicofactoren als een probleem of klacht ervaren.

Phamous

Betekenis voor de zorg

PHAMOUS is opgezet in het kader van goede zorg. Patiënten met een psychotische stoornis worden jaarlijks opgeroepen voor een uitgebreide screening op lichamelijke en mentale klachten. De lichamelijke gezondheid van deze patiëntengroep wordt namelijk vaak bedreigd door zowel bijwerkingen van antipsychotica als door een wat ongezondere leefstijl.

Aandachts- en knelpunten

Aandachtspunt voor PHAMOUS is dat ervoor gewaakt wordt dat de screening niet steeds langer gaat duren door het toevoegen van vragenlijsten. Een ander aandachtspunt is dat op dit moment wordt gewerkt aan het harmoniseren van vragenlijsten met MOPHAR (monitor van patiënten met een affectieve stoornis) en ROM-GPS (monitor van ouderen met een psychiatrische aandoening) opdat ook diagnose-overstijgend onderzoek gedaan kan worden. Een knelpunt mag worden genoemd dat met het na de screening opgestelde rapport voor de behandelaar niet altijd iets wordt gedaan. Het TREAT-onderzoek (Lentis) beoogt hierin verbetering te brengen.

Clëntenparticipatie

Bij het opzetten van PHAMOUS waren destijds geen cliëntvertegenwoordigers betrokken. Inmiddels worden cliëntvertegenwoordigers en ervaringsdeskundigen wel betrokken bij wijzigingen in het protocol en/of het evalueren van vragenlijsten.

Towards a comprehensive routine outcome monitoring program for people with psychotic disorders: the Pharmacotherapy Monitoring and Outcome Survey

Agna Bartels-Velthuis/Ellen Visser, Johan Arends, Marieke Pijnenborg, Lex Wunderink, Frederike Jörg, Wim Veling, Edith Liemburg, Stynke Castelein, Rikus Knegtering, Richard Bruggeman

Background

Patients with psychotic disorders are at risk of developing **mental health** and **social** problems, and **physical** disorders. To monitor and treat these problems when indicated, an annual routine outcome monitoring program, Pharmacotherapy Monitoring and Outcome Survey (PHAMOUS), was developed. We present the content of PHAMOUS and characteristics of the patients screened in 2015, and the outcome of patients with three annual screenings between 2011 and 2015.

Methods

PHAMOUS was implemented in four mental health institutions in the Northern Netherlands in 2006.

During the PHAMOUS screening, patients are assessed on

- socio-demographics
- psychiatric symptoms
- medication
- physical parameters
- lifestyle
- (psycho)social functioning
- quality of life

using internationally validated instruments.

Results

In 2015, 1955 patients with psychotic disorders were enrolled in the PHAMOUS screening:

- 72% in mental health care for ten years or longer
- 10% hospitalized in the past year
- ~ 50% in symptomatic remission
- < 10% had a paid job
- 54% patients with metabolic syndrome.

The subsample with three annual screenings from 2011 to 2015 (N = 1230) was stable, but showed an increasing prevalence of high glucose levels and satisfaction with social relationships.

(Cochran's Q = 16.33, p = .001 resp. Q = 14.79, p = .001)



Conclusion

The annual PHAMOUS screening follows the mental, physical and social health situation of patients. It offers a good basis for shared-decision making with regard to updating the annual treatment plan, as well as a wealth of data for scientific research.

Contact: a.a.bartels@umcg.nl



Measuring personal recovery based on CHIME: a comparison of three instruments

Betekenis voor de zorg

Binnen het begrip herstel onderscheiden we drie vormen: klinisch, maatschappelijk en persoonlijk herstel. Klinisch herstel gaat over de reductie van symptomen. Bij maatschappelijk herstel gaat het erom dat mensen weer voor zichzelf kunnen zorgen, sociale contacten hebben en een baan hebben of studeren. Persoonlijk herstel laat zich lastig definiëren, maar wordt gezien als het leiden van een volwaardig leven, ondanks eventuele gevolgen van een psychische kwetsbaarheid. Persoonlijk herstel is een ingewikkeld begrip en daarom is het ook lastig om te meten. Het CHIME-model vat persoonlijk herstel samen in vijf domeinen: connectedness (verbondenheid), hoop, identiteit, meaning (betekenis) en empowerment. In dit onderzoek hebben we aan de hand van het CHIME-model drie herstelinstrumenten vergeleken, om te zien waarmee persoonlijk herstel het beste gemeten kan worden. Daarnaast hebben we de instrumenten op methodologische aspecten en functionaliteit getoetst. In totaal evalueerden we de instrumenten op zes punten. De drie instrumenten die we hebben vergeleken zijn de Recovery Assessment Scale (RAS), de meest gebruikte schaal wereldwijd, de Mental Health Recovery Measure (MHRM), de eerste herstellijst die in het Nederlands was vertaald en gevalideerd en de Nederlandse Empowerment Lijst (NEL), een herstellijst die in Nederland is ontwikkeld. Uit ons onderzoek komt niet duidelijk één beste lijst naar voren. De drie lijsten scoren ongeveer evengoed, maar hebben verschillende voor- en nadelen. Voor de klinische praktijk bepaald de inhoud van de vragenlijst de keuze voor het instrument. Ligt de nadruk op empowerment, dan heeft de RAS de voorkeur. Moeten alle CHIME-domeinen evenredig aan bod komen, dan heeft de MHRM de voorkeur. Is het belangrijk dat de vragen goed te begrijpen zijn of dat er nadruk ligt op hoop en identiteit, dan is de NEL de beste keuze.

Aandachts- en knelpunten bij implementatie

Herstelgerichte zorg is in de afgelopen decennia gegroeid met de komst van ervaringsdeskundigen en onderzoek naar herstelgerichte interventies. In de zorg voor mensen met psychose wordt elk jaar een systematische screening (Phamous) gedaan naar aspecten van klinisch, maatschappelijk en persoonlijk herstel. Voor persoonlijk herstel is echter geen gerichte vragenlijst opgenomen. Jaarlijkse screening met een goed gevalideerde persoonlijk herstel vragenlijst kan helpen om de individuele zorg met de patiënt te evalueren op persoonlijk herstel. Daarnaast kunnen de resultaten van de screening inzicht geven in de effecten van herstelgerichte zorg binnen GGZ-organisaties.

Clientparticipatie

In dit onderzoek is niet gewerkt met cliënt participatie.

MEASURING PERSONAL RECOVERY BASED ON CHIME: A COMPARISON OF THREE INSTRUMENTS

JELLE SJOERD VOGEL, JOJANNEKE BRUINE, LEVI HALBERSMA, KIANNE JANINE LIEBEN, STEVEN DE JONG, MARK VAN DER GAAG, STYNIKE CASTEIJN



INTRODUCTION

Living well in spite of residual symptoms of mental illness is measured with the construct of personal recovery. Many measures of personal recovery exist. The CHIME framework, which stands for *Connectedness, Hope, Identity, Meaning and Empowerment* (Leamy et al. 2011), might be suitable to evaluate personal recovery measures and guide instrument choice. In this research we aim to evaluate three questionnaires using CHIME:

- Recovery Assessment Scale (RAS) (Corrigan et al. 1999);
- Mental Health Recovery Measure (MHRM) (Young & Ensing 2005)
- Netherlands Empowerment List (NEL) (Boevink et al. 2017)

METHOD

52 Dutch patients with a psychotic disorder participated in this research

6 Criteria were used to evaluate the RAS, the MHRM and the NEL:

Content validity: by matching items to the CHIME framework.

Convergent validity: by correlating (PPMC) the recovery measures with 'social support' (SSL12-1, van Eijk et al, 1994).

Internal consistency: with Cronbachs alpha and mean inter-item correlations on total and subscales.

Floor and ceiling effects: with a 15% cut off for the highest and the lowest possible scores (Terwee 2007).

Item interpretability: by independent assessment of three authors on seven items (e.g. abstract terms) (Streiner & Norman 2008).

Ease of administration: with a Likert scale (1-5) at the end of each questionnaire.

RESULTS

Summary of the six aspects that were measured.

	RAS	MHRM	NEL
Content validity	adequate	adequate	adequate
Convergent validity	adequate	adequate	adequate
Internal consistency	adequate	adequate	adequate
Floor and ceiling effects	adequate	adequate	adequate
Item interpretability	adequate	adequate	adequate
Ease of administration	adequate	adequate	adequate

adequate moderate inadequate

DISCUSSION

Only the MHRM showed adequate content validity with a balanced distribution of the items covering the complete CHIME framework. In the overall results differences between measures were minimal.

Personal recovery is a complex, ambiguous, idiosyncratic and culturally sensitive construct. Scientific consensus on a well-defined personal recovery construct is needed. As an alternative for personal recovery measures, singular measures based on CHIME, or established constructs, could be used (e.g. social support, hope and goal orientation).

Cannabisgebruik: feiten & fabels

Betekenis voor de zorg

Op deze posten staat de informatie verkregen uit twee ROM-Phamous onderzoeken over cannabisgebruik bij psychose. Het is bekend dat cannabisgebruik relatief hoog is onder mensen met een psychotische kwetsbaarheid. De redenen die zij zelf vaak geven voor hun gebruik is dat ze er socialer van worden, minder last hebben van hun psychotische symptomen en dat ze zich er beter en prettiger door gaan voelen. Met deze onderzoeken laten we zien dat cannabisgebruikers op de lange termijn echter juist minder goed sociaal functioneren, ernstigere psychotische klachten hebben en minder gelukkig zijn dan niet-gebruikers. Behandelaren kunnen deze kennis en informatie gebruiken in hun gesprekken met cliënten die cannabis gebruiken. Misvattingen over positieve gevolgen kunnen hiermee ontkracht worden en cliënten kunnen zo meer inzicht krijgen in de gevolgen van cannabisgebruik voor hun gezondheid en welzijn op de lange termijn.

Aandachts- en knelpunten

Een belangrijk knelpunt zit in in de negatieve langetermijn effecten enerzijds, zoals aangetoond in deze onderzoeken, en de positieve kortetermijn effecten van cannabis anderzijds. Op het moment van gebruiken ervaren cliënten vaak inderdaad even een positief gevoel en misschien zelf kortdurend een verlichting van klachten. Het probleem is echter dat de positieve ervaringen snel weer afnemen en de negatieve gevolgen op de langetermijn vaak steeds erger worden. Deze negatieve langetermijn ervaringen worden echter niet altijd meer in verband gebracht met het cannabisgebruik door cliënten.

Cliëntenparticipatie

Er waren geen cliënten betrokken bij de twee ROM-Phamous onderzoeken, afgezien van deelname aan de screenings. Wel hebben gesprekken met cliënten vervolgonderzoek geïnspireerd naar onderzoek hoe we als GGZ mensen met een psychische kwetsbaarheid kunnen helpen stoppen met cannabis. In het vervolgonderzoek halen we deze kennis direct uit de bron, door cliënten met een psychische kwetsbaarheid die succesvol gestopt zijn met cannabis te interviewen.

CANNABISGEBRUIK

feiten & fabels

“Door cannabis heb ik een betere kwaliteit van leven”

Cannabisgebruikers beoordelen zelf hun kwaliteit van leven als lager dan niet-gebruikers. Cannabisgebruikers zijn vooral minder tevreden over de relatie met hun familie en met hun financiële situatie.

Op deze gebieden gaan veranderingen niet heel snel. Binnen een jaar na het beginnen of stoppen met cannabis meten we nog niet echt veranderingen in kwaliteit van leven. Maar in de GGZ gebruiken mensen vaak langdurig cannabis (de meesten al minstens 10 jaar). De relatie met familie en de financiële situatie zijn daarom vaak langzaam slechter geworden, en het is dus ook logisch dat het langer duurt voordat dit weer herstelt.

“Door cannabis heb ik minder last van mijn stemmen”

Cannabisgebruikers hebben juist ernstigere psychotische klachten dan niet-gebruikers, vooral wanen en hallucinaties.

Wanneer mensen stoppen met het gebruik van cannabis, wordt de ernst van hun wanen en hallucinaties meetbaar minder erg binnen een jaar tijd.

“Door cannabis blijf ik slanker”

Cannabisgebruikers hebben inderdaad een lagere BMI, smallere buikomvang en een lagere bloeddruk dan niet-gebruikers.

Wanneer mensen stoppen met cannabis gaan hun BMI en buikomvang een beetje meer omhoog dan bij mensen die net zijn begonnen of cannabis zijn blijven gebruiken.

“Door cannabis functioneer ik beter”

Cannabisgebruikers ervaren vaak juist meer problemen in hun relaties, dagelijkse activiteiten en woonomstandigheden dan niet-gebruikers

Stoppen of juist net beginnen met cannabis laat binnen een jaar nog geen verandering zien op dit gebied.

“Door cannabis word ik socialer”

Het gedrag van cannabisgebruikers is juist vaak agressiever, meer verstorend en geagiteerder dan het gedrag van niet-gebruikers, en doen vaker aan zelfbeschadiging.

Stoppen of juist net beginnen met cannabis laat binnen een jaar nog geen verandering zien op dit gebied.



Uitreiking Zorgprogramma Psychose, Lentis, 2013



RGOc overleg, 2014



Brainstorm teamdag RGOc in Watertoren, 2016



E-health symposium in Adventskerk GGZ Drenthe, 2015



Postermarkt RGOc symposium, december 2019



RGOc & ICPE team, 2013



Inschrijfbalie RGOc symposium, 2018



Richard Bruggeman op Phrenos congres, 2014

WERKT YOGA BIJ JONGE VROUWEN MET EEN DEPRESSIE?

- **Ben je een vrouw tussen de 18 en 35 jaar?**
- **Heb je depressieve klachten?**
- **Ben je hiervoor in behandeling bij Lentis?**

**Dan nodigen wij jou uit deel te
nemen aan een onderzoek naar de
effectiviteit van yoga**

www.yogabijdepressie.nl



**rijksuniversiteit
 groningen**



Lifestyle training for employees in mental health care: effects of lifestyle improvement on perceived stress

Betekenis voor de zorg

De houdbaarheid van de Nederlandse gezondheidszorg staat onder druk door de toenemende zorgvraag en schaarste aan personeel. Dit leidt onder andere tot een hoge werkdruk voor professionals. In de discussienota 'Zorg voor de Toekomst' (2020) wordt er nagedacht over veranderende innovatieve maatregelen die noodzakelijk zijn om de houdbaarheid van onze zorg te versterken. Eén van de hoofdthema's die genoemd wordt is het inzetten op Preventie en Gezondheid; er is een beweging nodig van de huidige focus op ziekte en zorg naar het bevorderen van gezondheid en welbevinden. Het moet minder gaan om 'de patiënt' en meer om 'de mens' en hoe hij of zij invulling wil geven aan zijn of haar leven. Dat vraagt om een betere inbedding in onze gezondheidszorg van onder andere preventie en leefstijl.

In de afgelopen jaren is er tevens een groeiende academische en klinische interesse in hoe 'leefstijlfactoren' die traditioneel geassocieerd worden met lichamelijke gezondheid, ook gerelateerd kunnen zijn aan geestelijke gezondheid en psychisch welzijn (Fibbins et al., 2018; Hoenders, et al., 2020). Uit onderzoek onder mensen met een psychische aandoening is gebleken dat een gezonde leefstijl een preventieve en zelfs genezende werking kan hebben op diverse psychische klachten (Firth et al., 2020; Hoenders et al., 2020). Door het Centrum Integrale Psychiatrie is er een Leefstijltraining opgezet voor medewerkers van Lentis, waarbij ze leren hoe ze duurzame leefstijlveranderingen kunnen bevorderen en bewerkstelligen bij zichzelf en hun cliënten en collega's. Hiermee worden twee vliegen in één klap geslagen. Ten eerste werken ze aan hun eigen gezondheid en welzijn, wat hen zou kunnen beschermen tegen beroepsstress en negatieve gevolgen daarvan. Ten tweede passen klinici het geleerde toe op de werkvloer. Vanwege het "practice what you

preach principe" wordt de drempel om anderen hierin te coachen ook nog eens lager.

Aan de door Lentis ontwikkelde Leefstijltraining voor medewerkers is een wetenschappelijk onderzoek gekoppeld. Met dit leefstijl-onderzoek willen we onderzoeken of de leefstijltraining voor werknemers in de GGZ een reductie van het ervaren stressniveau en verbetering van het welzijn van de GGZ-medewerker geeft. Een tweede doel is om te onderzoeken in hoeverre individuen erin slagen om tijdens de training een gezondere levensstijl aan te nemen (in termen van slaaphygiëne, lichaamsbeweging, ontspanning en / of voeding), en of individuele verschillen daarin verband houden met de omvang van de veranderingen in ervaren stressniveau en welzijn. De voorlopige resultaten hiervan lijken gunstig (zie poster).

Aandachts- en knelpunten

Uit een tussentijds kwantitatief implementatie-onderzoek blijkt dat de meeste leefstijlcoaches erin slagen om leefstijl gerelateerde activiteiten of coaching uit te voeren. Dit kan gaan om samen gezond eten, het keukenaanbod aanpassen, cursussen organiseren of simpelweg een rondje lopen tijdens gesprekken. Uit kwalitatieve interviews met enkele medewerkers wordt duidelijk dat er toch ook enkele obstakels zijn voor inbedding in de praktijk. Los van het feit dat een enkele cliënt niet wil meewerken, leidt regelgeving en beleid soms tot problemen bij het werken als leefstijlcoach. Een voorbeeld hiervan is het zelf willen koken met cliënten een dag in de week. Dit is echter in de praktijk niet uit te voeren want aangeleverde maaltijden kunnen niet zomaar worden geannuleerd. De deelnemers geven verder ook aan dat zij positieve ervaringen hebben met het effect van leefstijl op de cliënten. Daarnaast onderstrepen alle ondervraagden het belang van aandacht voor leefstijl binnen de GGZ.

Clëntenparticipatie

Er is geen sprake van cliëntparticipatie, omdat dit onderzoek zich richt op de medewerkers die zich hebben opgegeven voor de leefstijl-coachtraining. In de training leert men een leefstijl anamnese af te nemen en mensen te begeleiden bij leefstijlveranderingen. Onder het motto 'practice what you preach' werken medewerkers ook aan hun eigen leefstijl. Daarnaast wordt er een plan gepitched voor het verbeteren van het leefstijlaanbod op de eigen afdeling. We hebben geen zicht in dit onderzoek op de cliëntparticipatie, die er wel kan zijn bij de uitvoering van leefstijlplannen. Een voorbeeld hiervan is het plan voor een beweegtuin op een Lentisvestiging in Winschoten. Dit initiatief komt vanuit twee leefstijlcoaches en een cliënt die lid is van de Centrale cliëntenraad. Samen met nog een aantal andere cliënten werken ze aan het realiseren van dit project.

Lifestyle training for employees in mental health care: effects of lifestyle improvement on perceived stress



PSYQ

J.J. Biesta, S.H. Booij, H.J.R. Hoenders, Center for Integrative Psychiatry & PsyQ, Lentis, The Netherlands

Contact: j.biesta@hiversonum.psyq.nl



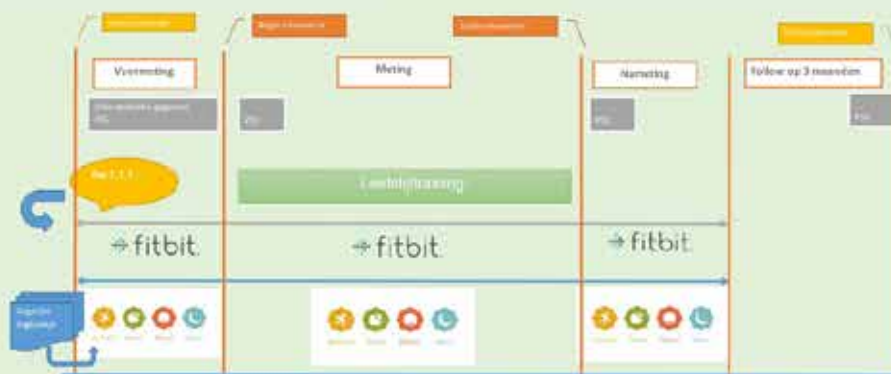
Objective

Stress among employees is increasingly seen as a problem in mental health organizations¹. Absenteeism in mental health care, partly caused by stress, has been constantly rising over the past years (by 6.1 in 2019)¹. Research has shown that a healthy lifestyle, such as a healthy diet and sufficient exercise and relaxation can work preventively and even curatively in the event of various psychological complaints²⁻⁴. In addition, a healthy lifestyle among employees can reduce perceived work stress⁵.

Aim of the study: To investigate the effect of a lifestyle training on the perceived stress level of the employees in mental health care.

The intervention

The lifestyle training is based on recent scientific information and focuses on nutrition, exercise, relaxation, sleep, meaningfulness, policy and implementation and aims to increase a healthy lifestyle. Duration: nine meetings over a period of four-five months. A method is used to achieve sustainable behavioral change based on the general principles of behavioral therapy, motivational interviewing and "stages of change"⁶.



The methods

Participants: 151 voluntary employees of Lentis participated in the lifestyle training and the study into the effectiveness of this training. 132 (Intervention 85, Control 47) of them completed inquiries related to perceived stress, before and after the intervention, and after three months (follow up). The intervention and control groups are fairly equal in gender (77.8% female vs 83.3% female), age (45.7 vs 44.3) and profession (74.4 % vs 73.3%).

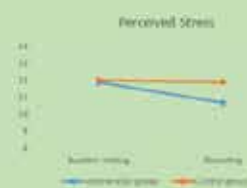
Measures: stress is measured by the Perceived Stress Scale (PSS)⁶. Participants also wore Fitbits and filled in daily diary forms about their lifestyle (exercise, nutrition, relaxation and sleep).

Statistics: Differences in perceived stress between the intervention and the control group will be assessed by multilevel analysis. Time is included as within-subject factor, group is included as between-subjects factor. The interaction between the two is used to determine whether the intervention is effective.

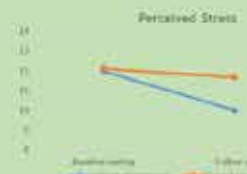
About us

Researchers and therapists of the Center for Integrative Psychiatry, Lentis, The Netherlands, aim to study the effectiveness and mechanisms of integrative medicine in the treatment of psychiatric disorders. Lentis launched a lifestyle project in 2015 and various lifestyle studies have been conducted since then.

Preliminary results



A paired sample T-test shows that the difference between the baseline measurement and the post-measurement (see graph above) of the intervention group is significant ($p=0.016$), as well as the difference between the baseline measurement and the follow up ($p=0.000$) (see graph below).



References: 1: Morse, G. et al. (2012). *Adm Policy Ment Health*, 341-352; 2: Vernet, www.oofggz.nl; 3: Hoenders, R. et al. (2014). *GGZet Wetenschappelijk*; 4: Walsh, R. (2011). *Am. Psychologist*; 5: Lindquist, T.L. & Cooper, C.L. (1999). *Stress Medicine*, 143-152; 6: Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). *J. Health Soc Behavior*, 386-396

Reflectie posters Groep voor Rehabilitatie en Innovatie in de Psychiatrie (GRIP) - ART Zuidlaren en Rijksuniversiteit Groningen

Doelgroep van het onderzoek

Voor sommige mensen met ernstige psychiatrie problemen geldt dat zij ten gevolge van deze problemen gedurende lange tijd verblijven op een instellingsterrein van een psychiatrische instelling of in een beschermde woonvorm. Voor deze mensen geldt dat de dagelijkse dingen in het leven (bv. zelfzorg, boodschappen doen, reizen) vaak moeite kosten en zij hebben vaak een grote afstand tot de maatschappij. Bij het cluster ART in Zuidlaren doen we onderzoek gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg in de langdurende psychiatrie en de kwaliteit van leven van de cliënten die gebruik maken van deze zorg. Sinds kort noemen we onszelf 'GRIP' Groep voor Rehabilitatie en Innovatie in de Psychiatrie. Met het onderzoek dat wij doen, hopen we kennis en handvatten te bieden die het herstelproces van deze groep mensen ondersteunen.

Betekenis in de zorg

Het onderzoek bij het cluster ART startte reeds in 2009 met een pilot onderzoek naar Cognitieve Adaptatie Training (CAT). CAT is een psychosociale interventie, die niet gericht is op het verbeteren, maar op het omzeilen van cognitieve stoornissen die het uitvoeren van dagelijkse levensvaardigheden bemoeilijken. Het doel van CAT is dan ook primair om het dagelijks functioneren van mensen te verbeteren. Deze neuropsychologische methode is in de Verenigde Staten ontwikkeld door Velligan e.a. voor mensen met schizofrenie die ambulant begeleid werden. Onderzoeker en psycholoog Piotr Quee introduceerde CAT in Nederland en maakte de interventie geschikt als verpleegkundige interventie. In de periode die volgde hebben we CAT verder aangepast en doorontwikkeld, zodat deze als verpleegkundige interventie kan worden ingezet voor mensen die langdurige psychiatrische behandeling nodig

hebben in een klinische setting zoals bij Lentis in Zuidlaren. In een multicenter RCT, onderzocht promovendus Annemarie Stiekema de effectiviteit van CAT als verpleegkundige interventie bij mensen met ernstige psychische aandoeningen (EPA) die langdurig psychiatrische behandeling en begeleiding nodig hebben. Hier deden, naast afdelingen van ART Zuidlaren, ook GGZ Drenthe en Parnassia (Noord-Holland) aan mee. Deze RCT leerde ons dat we met CAT als verpleegkundige interventie de dagelijkse levensvaardigheden van mensen met een EPA kunnen verbeteren (zie poster 1 en 2). Dit is een mooi resultaat, omdat CAT een methodiek is gebleken die goed uitvoerbaar is door verpleegkundigen. Bovendien zijn er tot op heden niet veel methodieken om het dagelijks functioneren van mensen die afhankelijk zijn van 24-uurs psychiatrische zorg te verbeteren.

We leerden echter nog veel meer uit deze RCT, zoals bijvoorbeeld dat het cognitief functioneren verbeterde bij de deelnemers die met CAT begeleid werden, terwijl het doel juist was om cognitieve problemen te omzeilen. Bovendien zagen we dat de verbeteringen die optraden op het gebied van dagelijks functioneren, samenhangen met de verbeteringen in het cognitief functioneren. Dat heeft ons gestimuleerd om te onderzoeken of we gericht het cognitief functioneren van mensen met EPA kunnen verbeteren en op die manier het dagelijks functioneren van deze doelgroep ook kunnen verbeteren. Dat doen we met het computerprogramma CIRCuiTS, ontwikkeld in Londen door Prof. Wykes and dr. Reeder. Bovendien onderzoeken we of we dit leereffect kunnen versterken door de hersenen licht te stimuleren met *transcranial direct current stimulation* ofwel tDCS. Dit onderzoek wordt uitgevoerd door promovendus Anika Poppe en bevindt zich momenteel in de pilotfase (zie poster 6 en 7).

Onderdeel van CAT is om samen met de cliënt een doel te bepalen waar je naar toe wilt werken en waarbij (mogelijk) cognitieve problemen in de weg staan. Het onderzoek naar CAT leerde ons echter dat het zelf bepalen van een doel (een essentieel onderdeel van herstelgericht werken) buitengewoon lastig is voor mensen die al gedurende lange tijd ziek zijn en/of verblijven in een psychiatrische instelling of beschermde woonvorm. De samenwerking met cliënten, naasten en hulpverleners, inspireerden ons om op zoek te gaan naar een manier om mensen te stimuleren weer na te denken over hun krachten, eigenschappen, interesses en geschiedenis om zo weer een beeld te krijgen van wie zij zijn als mens in plaats van als patiënt. In een team van cliënten, naasten, hulpverleners en onderzoekers, met als kartrekker onderzoeker Tessa Jonker, ontwikkelden we een interventiespel dat mensen hierbij kan ondersteunen: Dit Ben Ik. Op poster 5 hebben we de aanzet voor de ontwikkeling van Dit Ben Ik beschreven. Maar de mooiste kennismaking met Dit Ben Ik, is het filmpje dat we daarover maakten en dat te vinden is op onze website www.gripresearch.nl.

Vanuit Lentis in Zuidlaren hebben onderzoekers en behandelaars tevens bijgedragen aan de ontwikkeling van het zorgmodel ART (Active Recovery Triad). Met het zorgmodel ART willen we herstelondersteunende zorg beter verankeren in de langdurende intensieve psychiatrische zorg. Daarnaast onderstrepen we in het model het belang van de rol van de naasten (familie en andere naastbetrokken, maar ook in brede zin het sociaal domein) in het herstelproces van cliënten. Met Actief benadrukken we het belang van een actieve rol van alle deelnemers in de triade van cliënt, naaste en hulpverlener om het herstelproces van de cliënt te kunnen ondersteunen. Op poster 8 is het zorgmodel ART te bekijken en staat het nader uitgelegd.

Inmiddels loopt er een groot landelijk onderzoek naar de effectiviteit van het zorgmodel ART, waar Lisette van der Meer als co-promotor bij betrokken is.

Het onderzoek dat we doen met het GRIP-team en in samenwerking met vele anderen, is verankerd in de GGZ-praktijk. We zoeken naar manieren en methodieken om het herstelproces van cliënten te ondersteunen en hun problemen en behoeftes beter te begrijpen. Dat doen we door middel van onderzoeken zoals hierboven beschreven, maar ook door fundamentele problemen aan te kaarten, zoals bijvoorbeeld beschreven in poster 9 en poster 11. Maar we zien ook hoe moeilijk het soms kan zijn om een plek te vinden in de dagelijkse zorg voor methodieken die effectief lijken te zijn in het ondersteunen van het herstel van cliënten. Daarmee komen we bij het thema implementatie.

Implementatie

Ondanks onze bevindingen dat CAT een effectieve methodiek blijkt te zijn in de doelgroep van mensen met een EPA, is de methodiek nog geen standaard onderdeel geworden van de zorg. De oorzaken van deze zogeheten 'science-to-service gap' kan diverse oorzaken hebben, zoals bijvoorbeeld druk in de zorg of reorganisaties. Om meer te leren van de onderliggende factoren die implementatie stimuleren en/of in de weg staan, startten we met een implementatieonderzoek. Naast het in kaart brengen van belemmerende en faciliterende factoren voor implementatie, ontwikkelden we een nieuw implementatieprogramma dat bedoeld is om de implementatie van interventies zoals CAT te vergemakkelijken (zie poster 3 en 4). Promovendus Michelle van Dam onderzoekt in een multicenter RCT bij 21 GGZ teams (bij GGZ Friesland, Dimence, Parnassia Den Haag en GGZ Breburg) of dit implementatieprogramma effectief is. Inmiddels zijn alle data verzameld en kunnen we

naar verwachting later dit jaar de resultaten van het onderzoek presenteren en publiceren. Ondertussen hebben we vanuit het GRIP team een CAT-training voor hulpverleners ontwikkeld, die we sinds enige tijd aanbieden binnen en buiten Lentis. Zo zijn er zowel binnen Lentis als in andere GGZ-instellingen al heel wat verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en agogen getraind tot CAT Specialist. Tijdens periodieke (online) reflectiebijeenkomsten kunnen zij casussen delen en elkaar inspireren. Gelukkig vinden ook steeds meer psychologiestudenten hun weg naar ART Zuidlaren in het kader van hun stage of masterthese onderzoek. Zij versterken het team als stagiaire, vrijwilliger of 'maatje', ondersteunen cliënten met CAT en Dit Ben Ik in hun herstelproces, en helpen ons als onderzoekers bij het onderzoek en de implementatie van innovaties. Zo krijgen CAT en Dit Ben Ik steeds meer een plek in de standaard zorg!

Clëntenparticipatie

In de afgelopen tien jaar hebben steeds meer cliënten en naasten een bijdrage geleverd aan de onderzoeken van het GRIP team. Eerst vooral door middel van individuele gesprekken met cliënten en naasten, later door middel van focusgroepen (zie bijvoorbeeld poster 10) en weer later op een nog actievere manier in het proces van interventieontwikkeling voor Dit Ben Ik. Daar waren (familie)ervaringsdeskundigen onderdeel van het onderzoeksteam, en dachten ook cliënten van Lentis en ervaringsdeskundigen in opleiding mee tijdens het hele onderzoeksproces. Deze ervaring van intensieve samenwerking en co-creatie, is wat ons betreft een ongelooflijk waardevolle manier van onderzoek doen in de praktijk; samen op zoek naar belangrijke vragen, uitvoer van onderzoek en interpretatie van onderzoeksresultaten.

Wat we hier hebben beschreven, is slechts een greep uit het onderzoek dat we doen. Wil je meer weten over het onderzoek van het GRIP team? Kijk dan op www.gripresearch.nl of neem contact op met Lisette van der Meer (l.vandermeer@lentis.nl).

COMPENSEREN KUN JE LEREN!

Cognitieve Adaptatie Training

Cognitieve Adaptatie Training is:

Een **methodische** interventie...
 ...waarmee op basis van het **cognitief** functioneren,
 het gedragstype en de individuele woonomgeving...
 ...een **compensatiestrategie** wordt ontworpen...
 ...en **omgevingshulpmiddelen** worden ingezet...
 ...om **individuele wensen/doelen** te bereiken.

Deelnemers:

Deelnemende instellingen	: Lentis, GGZ Drenthe en Dijk & Duin
Totaal aantal deelnemers	: 89 cliënten
CAT groep	: 42 cliënten
Controlegroep	: 47 cliënten
Aantal testmomenten	: 5 (eerste jaar)
Follow-up	: alleen de CAT groep
Uitkomstmaten	: LSP, SFS, MCAS, SOFAS*

* Zie website voor details

Resultaten laten zien dat CAT óók effectief is bij mensen die gedurende lange tijd intensieve psychiatrische zorg nodig hebben.

Mensen die CAT krijgen verbeteren na 12 maanden aantoonbaar meer op kleine dagelijkse vaardigheden “**levensvaardigheden**” (LSP) dan de controlegroep.

Geen aantoonbare verbeteringen op sociale vaardigheden (SFS) of kwaliteit van leven (Multnomah Community Ability Scale en GAF-D).

Verbetering blijft aantoonbaar aanwezig op de LSP na 24 maanden bij mensen die CAT kregen.

Voorbeeld hulpmiddelen:



Internationaal onderzoek laat zien dat Cognitieve Adaptatie Training (CAT) mensen helpt zelfstandiger te functioneren en hun kwaliteit van leven verhoogt.

Wij onderzochten of dit óók geldt voor mensen die vanwege hun psychische kwetsbaarheid lange tijd op GGZ terreinen verblijven én als verpleegkundigen de training geven.

Levensvaardigheden (LSP):



Cognitive Adaptation Training: is it effective as a nursing intervention in a hospital setting?

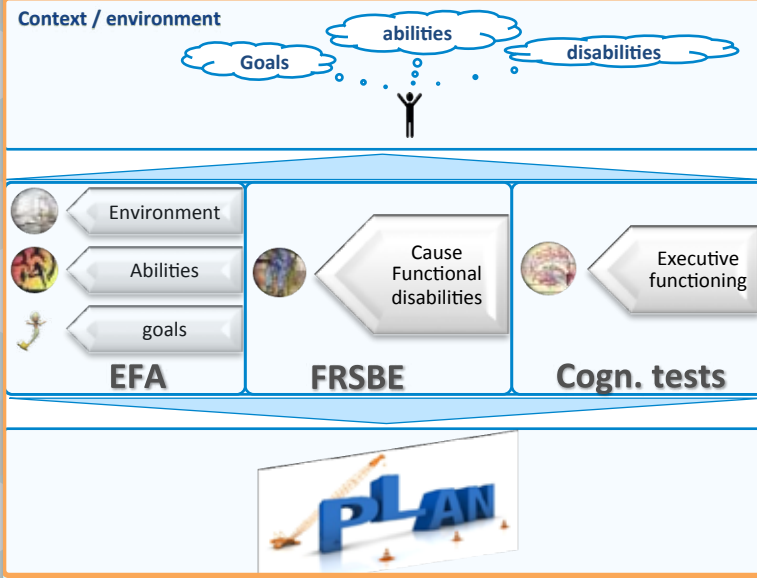
L. van der Meer^{1,5*}, A. P. M. Stiekema¹, M.T. van Dam^{1,5}, M. Swart¹, J. E. Redmeyer¹, A. M. Dethmers¹, Md Atiqul Islam², A. Aleman^{3,7}, J. van Weeghel¹⁰, S. Castelein, M. Pijnenborg, D. I. Velligan⁴, R. Bruggeman^{2,5}

1. Department of Rehabilitation, Lentis Center for Mental Health Care, Zuidlaren, Netherlands. 2. Department of Psychiatry, University Medical Center Groningen, Groningen, Netherlands. 3. BCN Neuroimaging Center, Department of Neuroscience, University Medical Center Groningen, Groningen, Netherlands. 4. Department of Psychiatry, University of Texas, San Antonio, United States. 5. Rob Giel Research Center, University Medical Center Groningen, Groningen, the Netherlands 6. Lentis Research, Lentis Center for Mental Health Care, Groningen, the Netherlands 7. Department of Experimental Psychopathology, University of Groningen, Groningen, The Netherlands 10. Parnassia Group, Dijk en Duin Mental Health Center, Castricum, the Netherlands

Background Cognitive impairment is common in severe mental illness (SMI), and contributes to functional disabilities even more than clinical symptoms. **Cognitive Adaptation Training (CAT)** is designed to improve everyday functioning by compensating for cognitive deficits. CAT has proven its effectiveness in the US for people with schizophrenia who receive community care.

Study Aim This study investigated the effect of CAT in people with SMI who have been hospitalized long term, with CAT being delivered by the patients' case manager (nurse).

Context / environment



Method Multicenter (three centers in NL) clusterrandomized controlled trial:

- Two conditions: CAT (n=42) & TAU (n=47)
- Assessments at: 0, 3, 6, 9, 12 months (CAT & TAU)
- Follow-up assessments at: 15, 18, 21 & 24 months (CAT only)
- Primary outcome was everyday functioning:
 - SOFAS
 - Multnomah Community Ability Scale (MCAS)
 - Life Skills Profile (LSP)
 - Social Functioning Scale (SFS)

Results

	T0		T3		T6		T9		T12	
TAU	mean	SD	mean	SD	mean	SD	mean	SD	mean	SD
SOFAS	41,2	8,7	41,1	8,7	40,6	7,3	41,7	7,7	40,9	7,8
LSP	119,6	13,9	119,5	15,0	119,0	14,2	120,8	14,2	121,2**	13,7
SFS	99,8	23,0	99,5	22,2	96,7	22,7	99,8	23,9	98,8*	25,2
PANSS	66,4	18,3			65,3	14,8			64,0	15,1
MCAS	57,8	7,4	59,1	7,0	59,4	6,5	61,0	7,2	62,9**	6,9
CAT										
SOFAS	36,6	5,9	35,3	10,0	36,2	7,8	36,4	8,0	37,0	8,3
LSP	115,3	13,7	119,6	13,4	117,6	16,0	117,7	14,7	120,4**	14,3
SFS	85,6	22,7	90,6	19,4	86,9	24,5	83,5	23,6	87,2*	25,2
PANSS	67,4	16,0			67,2	15,0			65,5	18,5
MCAS	58,6	6,7	59,1	6,2	59,6	7,0	60,6	7,7	59,4**	7,2

- Threelevel linear mixed model analysis (fixed factors: condition, time & interaction)
- Covariates age, gender, level of education, chlorpromazine equivalents
- * p < 0.05, ** p < 0.01

Conclusions

Results suggest that CAT improves daily functioning as observed by casemanagers. Nevertheless, process evaluation data (presented on poster SU15) shows that special attention for implementation is needed.

Take home message

Cognitive Adaptation Training as a nursing intervention is effective in improving everyday functioning in people with severe mental illness.

*Email: L.vandermeer@lentis.nl

CAT-I: effectief, en dan?

Implementatieonderzoek ter bevordering van het dagelijks gebruik van Cognitieve Adaptatie Training (CAT).

M.T. van Dam*, J. van Weeghel, S. Castelein, M. Swart, G.H.M. Pijnenborg, L. van der Meer



Achtergrond

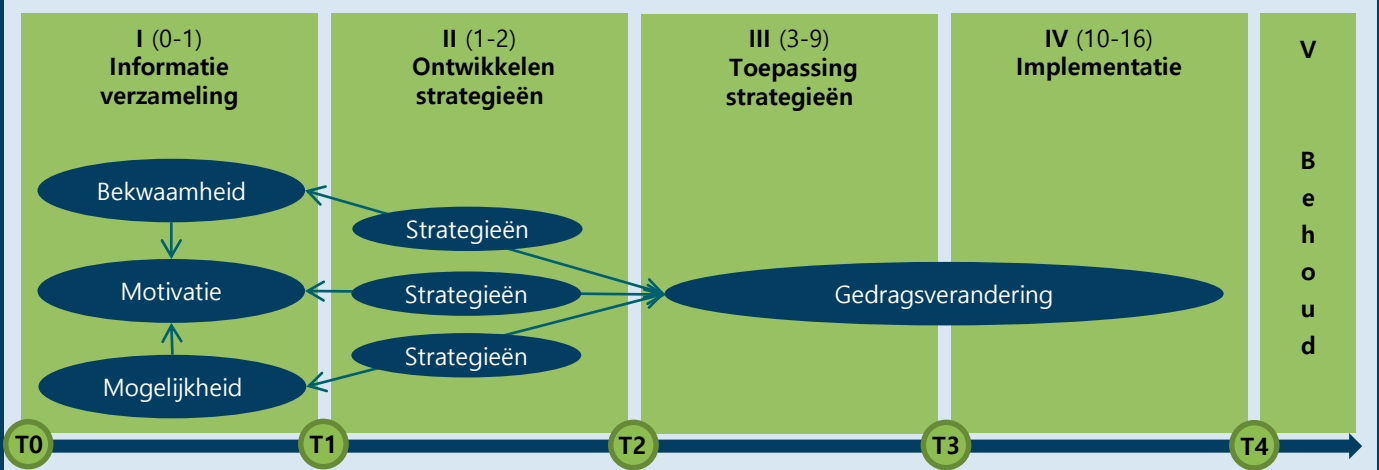
Cognitieve Adaptatie Training (CAT) is een psychosociale interventie die zich richt op het verminderen van de gevolgen van cognitieve stoornissen, met name executieve functies zoals planmatig denken en doelgericht handelen. Internationaal onderzoek heeft aangetoond dat CAT leidt tot verbeteringen in meerdere aspecten van het dagelijks functioneren^{1,2,3}. Ondanks dit wetenschappelijk bewijs blijkt het lastig om de interventie goed in de dagelijkse zorg te implementeren.



Doel

In dit onderzoek wordt een nieuw implementatieprogramma getoetst voor CAT dat concrete oplossingen biedt om de implementatiebarrières te overwinnen. Het model is gebaseerd op het COM-B model voor gedragsverandering en wordt gebruikt om gedrag te begrijpen, verklaren, en daardoor te beïnvloeden. Hierbij wordt verondersteld dat er causale relaties zijn tussen drie concepten: bekwaamheid 'capability', mogelijkheid 'opportunity' en motivatie 'motivation'.

Methode



Resultaten

Primaire uitkomstmaten (implementatie; T2-4)

- ❖ Modelgetrouwheid
- ❖ Bereik
- ❖ Continuïteit

Secundaire uitkomstmaten (effectiviteit; T1-4)

- ❖ Algemeen functioneren
- ❖ Sociaal functioneren

Conclusie

Effectief, en dan? Effectieve implementatiestrategieën zijn essentieel om effectieve interventies te bestendigen in de praktijk. Indien effectief, biedt dit implementatieprogramma concrete hulpmiddelen om CAT op brede schaal succesvol te implementeren en kan het ook nuttig zijn voor andere psychosociale interventies.

¹ Stiekema et al. (2014)

² Stiekema et al. (in prep.)

³ Velligan et al. (2002)



The CATwalk from scientific models to practice: implementation research to promote the daily use of Cognitive Adaptation Training in people with severe mental illnesses in long-term care.

M.T. van Dam^{1,2,3}, J. van Weeghel^{4,7,8}, S. Castelein^{2,3,5}, G.H.M. Pijnenborg^{2,3,6}, L. van der Meer^{1,2}

¹ ART Zuidlaren, Lentis Center for Mental Healthcare, The Netherlands. ² Rob Giel Research Center, University Medical Center Groningen, The Netherlands. ³ Department of Clinical Psychology and Experimental Psychopathology, University of Groningen. ⁴ Phrenos Centre of Expertise, The Netherlands. ⁵ Lentis Research, Lentis Center for Mental Healthcare. ⁶ Department of Psychotic Disorders, GGZ Drenthe, The Netherlands. ⁷ Parnassia Group, Dijk en Duin Mental Health Center, The Netherlands. ⁸ Department of Transo, Tilburg School of Social and Behavioral Sciences, The Netherlands.



What is Cognitive Adaptation Training (CAT)?

A compensatory strategy that aims to bypass the cognitive impairments by creating new routines in the persons' environment through the use of environmental supports.



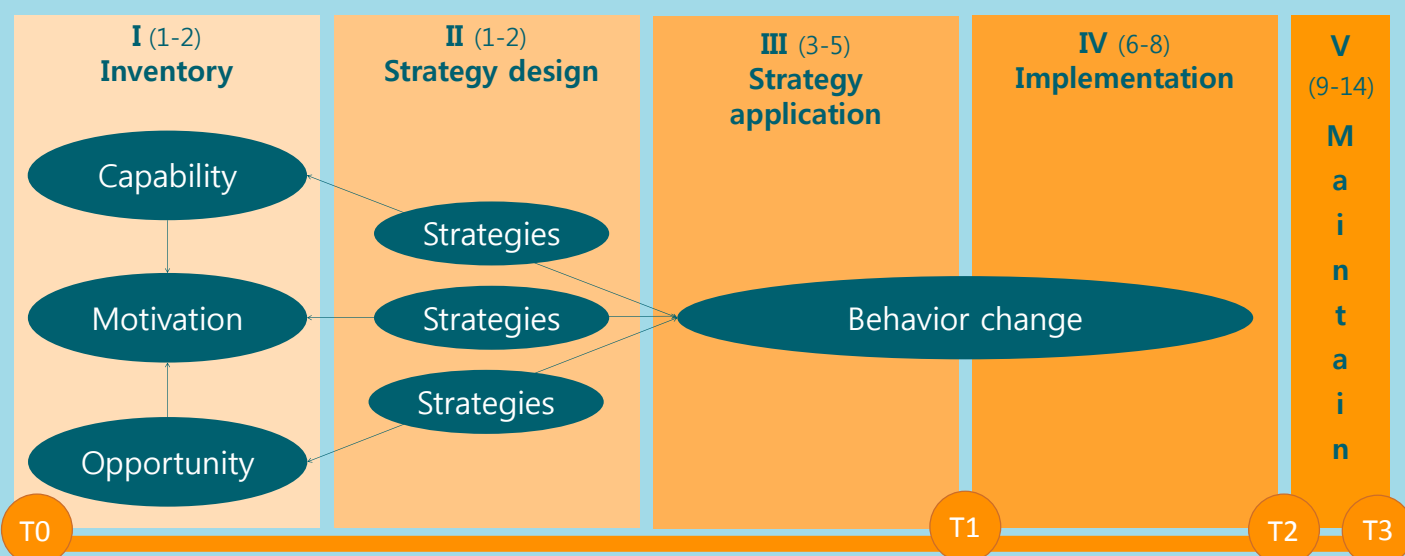
Evidence for CAT

Research shows that CAT enhances multiple aspects of the daily functioning in service users' in various stages of their illness^{1,2,3}.



The Science-to-Service Gap

Implementation of scientifically proven interventions is not an automatic process. The next step after effectiveness research is implementation research. This study aims to develop an implementation programme for CAT that offers concrete solutions to overcome implementation barriers.



Testing the model

Primary outcomes (RE-AIM)

- ❖ Reach
- ❖ Effectiveness
- ❖ Adoption
- ❖ Implementation
- ❖ Maintenance



Walking down the CATwalk!

Evidence-based interventions need evidence-based implementation. If proven effective, this implementation programme provides tools to implement CAT on a large scale and may also be useful for other psychosocial interventions.

¹ Stiekema et al. (2014)

² Stiekema et al. (in prep.)

³ Velligan et al. (2002)



mt.vandam@lentis.nl



Stichting tot steun VCVGZ



university of
 groningen



TOPPER

TOolkit voor Professionals ter bevordering van Participatie, Empowerment en Rehabilitatie

Doel: Ontwikkeling van herstelgericht “gereedschap” voor de GGZ professional → twee interventies gericht op:

1. Persoonlijk herstel

Interventie: Dit Ben Ik

Levensverhaal in kaart brengen

- Doel
 - ↑ identiteitsbesef
 - ↑ omgevingsbesef
 - ontwikkelen herstelwens
- Hoe?
 - palet aan verbale en non-verbale interventies voor zelf-reflectie
- DBI-team, o.a.
 - Ervaringsdeskundigen
 - Verpleegkundigen, SPH/MWD
 - Familie en Cliënten
- Gelijkwaardigheid
 - Cliënten en DBI-lid werken samen aan eigen levensverhaal



2. Maatschappelijk herstel

Interventie: De Woonschool

Zelfredzaamheid & participatie

- Doel
 - Maximaliseren zelfredzaamheid
 - Bevorderen maatschappelijke participatie



Citaat van professional:
"Ik wil de cliënt graag ondersteunen bij het realiseren van zijn wensen. Maar hoe kom ik erachter wat die wensen zijn? En hoe ga ik de wens duidelijk hebben? Hoe kan ik de cliënt dan verder ondersteunen? Hoe kan ik iemand weer vertrouwen geven?"



TOPPER Toolkit

Citaat van professional:
"We proberen Piet wel te motiveren om weer iets te gaan doen, maar of hij wil niet of het komt toch niet van de grond. Wat moet je dan op een gegeven moment nog doen hè, als begeleider?"

Improving outcome through improving cognition in Severe Mental Illness

Cognitive Remediation Training combined with transcranial Direct Current Stimulation.

Lisette van der Meer^{1,7}, Leonie Bais⁷, Branislava Čurčić-Blake², Danielle van Duin^{3,8}, Lies Korevaar⁴, André Aleman^{2,5}, Gerda HM Pijnenborg^{5,6}

¹University of Groningen, Dpt of Clinical and Developmental Neuropsychology; ²University Medical Center Groningen, Cognitive Neuroscience center; ³Trimbos Institute Utrecht; ⁴Hanze university of Applied Sciences, School of Rehabilitation; ⁵University of Groningen, Dpt of Clinical & Experimental Psychopathology; ⁶Drenthe Psychiatric Institute; ⁷Lentis Psychiatric Institute; ⁸Phrenos Center of Expertise

Email: L.van.der.meer@rug.nl



Neural plasticity in service-users with SMI appears to be reduced

→ might hinder newly learned cognitive skills to sustain

Problems in multiple life domains, e.g.:

- persistent complaints due to medication resistance
- physical health problems
- self-care
- psychosocial dysfunction.
- cognitive dysfunction

Seven percent % of service-users (SU) with a severe mental illness need long-term intensive (clinical) psychiatric treatment.

Illness is often characterized by an incomplete recovery

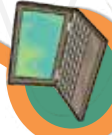
"Well, I let my brain work for a bit. You know. Just being active again."

Feasibility study

12 SU randomly assigned to two cognitive remediation training programs

→ 7 people tested adapted version of Compensatory Cognitive Training (Mullen et al., 2017; Twamley et al., 2008)

→ 5 people tested Computerised Interactive Remediation of Cognition – a Training for Schizophrenia (CIRCuiTS; Reeder et al., 2016)



Transcranial direct current stimulation (tDCS) for the program with the best tolerability



'A little proud perhaps'

Results & Conclusions

Training program tolerable for:

- one SU (out of seven) testing CCT
- four SU (out of five) testing CIRCuiTS

Tolerability simultaneous tDCS + CIRCuiTS well for all SU in the CIRCuiTS group

New study in preparation



Combining interventions to foster recovery in Severe Mental Illness

A Cognitive Remediation and tDCS pilot trial.

A. Poppe^{1,2}, L. Bais¹, D. van Duin^{3,4}, B. Ćurčić-Blake⁵, G.H.M. Pijnenborg^{2,6}, L. van der Meer^{1,2}

¹ Lentis Psychiatric Institute, Department of Rehabilitation; ² University of Groningen, Department of Clinical and Developmental Neuropsychology; ³ Trimbos-Institute; ⁴ Phrenos Center of Expertise; ⁵ University Medical Center Groningen, Department of BSCS Neuroscience; ⁶ GGZ Drenthe, Department of Psychotic Disorders, The Netherlands.

BACKGROUND

The majority of people with a severe mental illness (SMI) show serious cognitive impairments that cause deficits in daily functioning. **Cognitive enhancement interventions** can improve cognitive functioning, which may ultimately result in improved daily functioning.

Cognitive remediation (CR)

Aim to improve cognitive functioning by

- repeated practice of adaptive exercises
- support & guidance from trained therapist
- developing problem-solving strategies
- transfer of learned skills to daily life

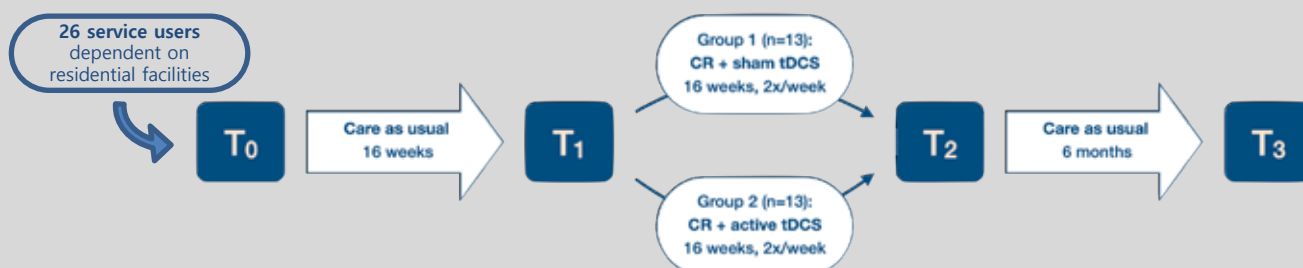


Transcranial Direct Current Stimulation (tDCS)

Aim to improve cognitive functioning by applying a weak current across the scalp to modulate brain function.

Study aim This pilot trial will investigate whether CR on its own, or in combination with tDCS, is a **relevant and feasible intervention** to improve functioning in people with SMI.

METHOD



CR program: CIRCuITS¹

Computerized Interactive Remediation of Cognition and Thinking Skills

- Personalized training based on individual goals
- Targets meta-cognition
- Ecologically valid tasks

tDCS

Aim to stimulate fronto-parietal brain networks
Target area: left DLPFC

Anode: F3
Cathode: F4

2 mA
20 min during CR

Primary outcome

Functional outcome: Life Skills Profile (LSP)

Secondary outcomes

- Cognitive functioning
- Feasibility
- Acceptability
- Clinical functioning

If the results of this pilot trial indicate trends towards improved cognitive and daily functioning, we will extend the trial into a **multi-centre randomized controlled trial**. This trial contributes to the **development of new interventions** that foster functional recovery of service users with severe mental illness living in residential facilities.

¹Reeder et al., 2016

This trial has received ethical approval and is registered in the Dutch Trial Registry (NL954).



This work is funded by
Stichting tot Steun VCVGZ



a.poppe@lentis.nl

On the road to recovery for people in need of intensive long-term psychiatric care

Lisette van der Meer^{1,2*}, Tom van Mierlo³, Yolande Voskes⁴, Bram Berkvens⁵, Bert Stavenhuter⁶, Jaap van Weeghel^{7,8}

¹Department of Rehabilitation, Lentis Psychiatric Institute, Zuidlaren, The Netherlands

²University of Groningen, University Medical Center Groningen, Rob Giel Research Center, Groningen, The Netherlands

³Breburg Psychiatric Institute, Etten-Leur, The Netherlands

⁴VU University Medical Center, Amsterdam, The Netherlands

⁵Breburg Psychiatric Institute, Tilburg, The Netherlands

⁶Ypsilon family association, The Hague, The Netherlands

⁷Parnassia Group, Dijk en Duin Mental Health Center, Castricum, the Netherlands

⁸Department of TRANZO, Tilburg School of Social and Behavioral Sciences, Tilburg University, The Netherlands

*L.vandermeer@lentis.nl

Background

The Netherlands is entering a period in which major transitions are taking place in the care of people with (serious) mental illness (SMI). The current initiative termed “Active Recovery Triad” aims at improving the mental health care for those patients who have been considered the **“permanent” residents** of psychiatric hospitals (about 7% of the SMI population in the Netherlands; van Hoof et al., 2015). Research shows that hospitalizing patients makes them more care dependent and less autonomous (van der Gulden et al., 2014). Moreover, patient outcomes are better when they live in society instead of separated from the society (Taylor et al., 2009). This group of patients has **benefited little from all the innovations** in mental health care that have been introduced in the past decades. But not only patients, also their carers and the mental health workers in this long-term protective care are in need of renewal and momentum to improve the quality of care. Importantly, the **triad patient, family (or resource group) and professional** is the explicit framework for this new model of psychiatric care.

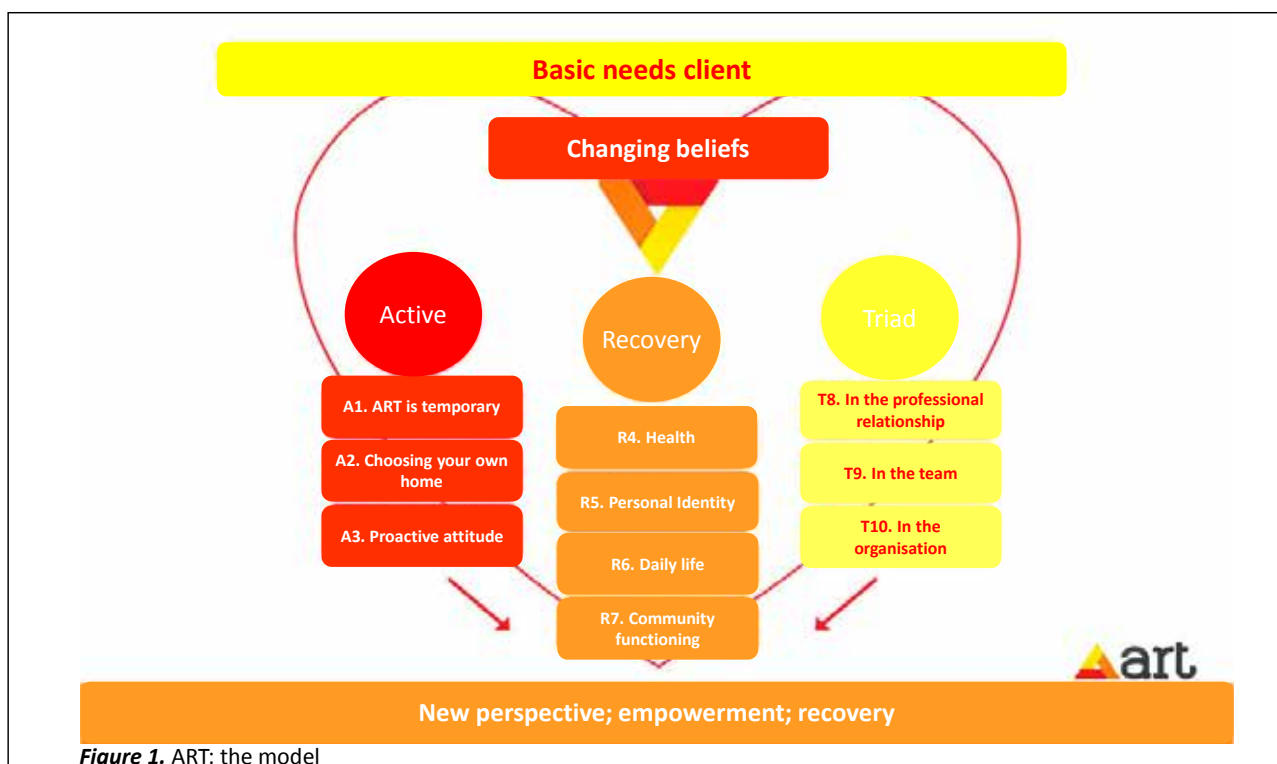


Figure 1. ART: the model

Assessing the effects of ART

To assess the effects of ART, a monitoring instrument was developed by which institutions and/or departments can monitor to which extent the ART model is implemented. Moreover, we aim to assess the relationship between implementation success and psychosocial variables.

TAKE HOME MESSAGE

Recovery is possible, even for the most handicapped group of patients. ART is a model that aims to implement this recovery-oriented perspective in psychiatric care.

References

- Hoof, F. van., Erp, N. van., Boumans, J., & Muusse, C. (2014). Utrecht: Trimbos-instituut
Taylor et al (2005) *Bmc Psychiatry*
Van der Gulden et al (2014) *Tijdschrift v. Gezondheidswetenschappen*

Reconsidering evidence, focus & the effectivity of treatments for negative symptoms.

Lisette van der Meer^{1,2} and Slynke Castelein^{1,2,3,4}

¹ Department of Rehabilitation, Lentis Psychiatric Institute, Zuidlaren, the Netherlands

² Rob-Giel Research Center, University of Groningen, University Medical Center Groningen, Groningen, the Netherlands

³ Research Department, Lentis Psychiatric Institute, Groningen, the Netherlands

⁴ Department of Clinical Psychology and Experimental Psychopathology, University of Groningen, Groningen, The Netherlands

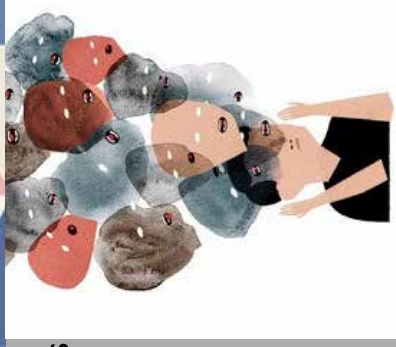
Negative symptoms

- Described since 19th century
- Regarded as primary feature of schizophrenia



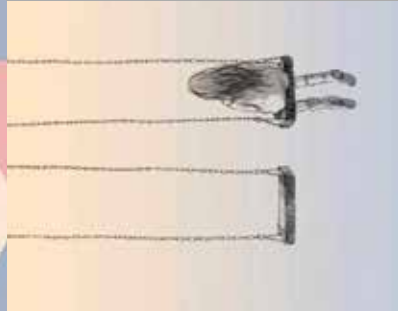
Schneiderian symptoms

- Published in 1959
- Positive symptoms as "first rank symptoms"



Current evidence

- Few effective interventions for negative symptoms
- Heterogeneous construct subdivided in subdimensions
- Urgent need for interventions targeting negative symptoms



Consequences

- Focus upon positive symptoms in diagnosis
- Focus upon positive symptoms in clinical trials.
- Paucity of clinical trials into negative symptoms



Have treatment options been dismissed while actually effective in subdomains of negative symptoms? We need to revisit current evidence from clinical trials targeting negative symptoms. Are you in?!

Multiple Perspectives on Recovery-Oriented Mental Health Care for People with Severe Mental Illnesses in the Netherlands

Ellie van Setten^{1,2}, Michelle van Dam^{1,2}, Jaap van Weeghel^{3,4}, Stynke Castelein^{5,6}, Marieke Pijnenborg^{6,7}, & Lisette van der Meer^{1,8}

(1) Lentis Psychiatric Institute, Department of Rehabilitation; (2) University Medical Center Groningen, Rob Giel Research Center; (3) Parnassia Noord-Holland, Castricum; (4) Tilburg University, School of Social and Behavioral Sciences; (5) Lentis Psychiatric Institute, Research Department; (6) University of Groningen, Department of Clinical Psychology and Experimental Psychopathology; (7) GGZ Drenthe, Department of Psychotic Disorders; (8) University of Groningen, Department of Clinical and Developmental Neuropsychology, the Netherlands

What is Important in Recovery-Oriented Care ? According to: Clients, Family & Mental Health Professionals vs. the Recovery Oriented Practices Index (ROPI)

Introduction

The **Active Recovery Triad (ART)** model was developed in the Netherlands to facilitate the implementation of recovery oriented care for people with **severe mental illnesses (SMI)** who **need long-term residential psychiatric care** [1]. According to the ART model, people with SMI (clients), family members, and mental health professionals should **work actively together** to promote recovery.

In this study we investigate **what elements are important in recovery-oriented care from the perspective of the triad** of clients, family and mental health professionals, and we compare this with the dimensions of an established instrument that measures recovery- oriented care: the ROPI [2].

The Active Recovery Triad



Fig. 1 – Wow, you have a great eye for detail ;-) You deserve a coffee

References

- [1] van Mierlo, T., van der Meer, L., Voskes Y., Berkvens, B., Stavenuiter B., & van Weeghel J. (2016). De kunst van ART. Werkboek Active Recovery Triad. Utrecht: De Tijdstroom.
- [2] Mancini, A.D., & Finnerty, M.T. (2005). Recovery Oriented Practices Index (unpublished). New York: New York State Office of Mental Health.

Method

6 focusgroups with clients & 6 focusgroups with family and mental health professionals

Computer-assisted qualitative analysis withg Atlas.ti 8.4 using a grounded approach

Preliminary Results

ROPI Dimensions:	Clients	Family	Professionals
1) Meeting Basic Needs <i>E.g., Medical Care, Meals, Housing, Time, & Personal Attention</i>	Safety & Structure Warm contact with Professionals Quality of housing Personnel changes Unavailability of Professionals	Safety of client Importance of a clean and organized living environment	Not enough quality time with client due to personnel shortage, high work load, crisis situations etc.
2) Comprehensive Services <i>E.g., Supported Learning, Work, Recreation, & Specific Therapies</i>	Large offer of services Long-waiting time	Professionals are not always consistent in delivery of services	Use standardized treatments methods Difficulty to implement methods well due to external circumstances
3) Network Supports & Community Integration <i>E.g., Supporting and Expanding Social Contact, & Involving Relatives</i>	Contact with other residents of psychiatric institute Negative experiences in society	Client determines family involvement Poor communication with family	Family involvement Client determines family involvement
4) Service User Involvement & Participation <i>E.g., Involvement of Clients in Treatment Plans and Goals</i>	Unclear goals	Client does not know what is best	Perspective of client is important Client does not always cooperate
5) Strengths-Based Approach <i>E.g., Strength-Based Assessments & Defining Goals Based on Strengths</i>	-	-	Positive mindset of focusing on possibilities instead of problems
6) Customization & Choice <i>E.g., Variation in Treatment Options Based on Individual Needs and Wishes</i>	Specific help received from professionals for personal difficulties	Not enough personnel for customization	Flexibility to adapt to the needs of each specific client at each specific moment
7) Self-Determination <i>E.g., Clients are Supported in the Management of their Illness and Finances</i>	Too much help for things that client can do independently	Too much help for things that client can do independently	Negative impact of living in a psychiatric institute
8) Recovery Focus <i>E.g., Involvement of Peer-Support Workers & Attention for Personal Recovery</i>	Attention for the client as a human being, not just as a "patient"	Professionals should not be easily content but try and experiment more and not give up	Importance of small steps and goals in recovery-oriented care

Questions / Suggestions? Please mail: erh.vansetten@lentis.nl

Implicit and explicit self-related processing in relation to insight in patients with schizophrenia



Annerieke E. de Vos^{1,2,3}, Marieke Pijnenborg^{1,3}, André Aleman^{1,2,3}, Lisette van der Meer^{2,4*}

¹Department of Psychotic Disorders, GGZ Drenthe, Assen, The Netherlands

²Department of Neuroscience, University Medical Center Groningen, Groningen, The Netherlands

³Department of Experimental Psychopathology, University of Groningen, Groningen, The Netherlands

⁴Department of Rehabilitation, Lentis Psychiatric Institute, Zuidlaren, The Netherlands

Introduction

People with psychotic disorders and **poor insight** typically insist their psychotic beliefs are correct, often despite evidence showing otherwise. It has been suggested that poor insight arises from abnormalities in **self-related processing (S-P)**. S-P can be divided in implicit and explicit S-P. In **implicit S-P** implicit environmental information or cues are processed automatically, unconsciously and rapidly. In contrast, **explicit S-P** is the conscious evaluation of cognitive processes and the use of explicit environmental feedback. We investigated the **relationship between insight and implicit & explicit S-P** with an implicit Self-esteem Task (implicit S-P) and a metacognitive version of Wisconsin Card Sorting Task expanded with a Feedback hint (explicit S-P). Finally, since insight has been conceptualized into clinical and cognitive insight, we investigated the relationship between implicit and explicit S-P with both insight constructs.

We hypothesized that in patients with impaired insight, implicit S-P is biased towards maintaining an incorrect self-image. Subsequently, we expected that if explicit S-P is distorted the implicit self-image will not be actively changed.

Methods

Subjects:

- 35 schizophrenia patients (SZ) & 20 healthy controls (HC)

Assessments:

- Clinical Insight: Scale Assessment of Insight Expanded (SAI-E)
- Cognitive Insight: Beck Cognitive Insight Scale (BCIS)
- **Implicit S-P**: a **working memory (2-back) task** preceded by a block of verbal primes related to the either the concept 'Stupid' or 'Clever'.
- **Explicit S-P**: an adjusted version of the **WCST** (c.f. Koren et al. (2004)), extended with performance feedback. Subjects were allowed to in- or exclude a response in their total score and their answer in case of negative feedback (see green squares in fig 1).

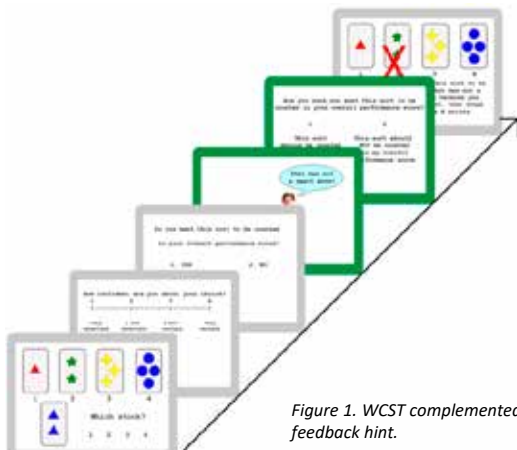


Figure 1. WCST complemented with a feedback hint.

Results

Implicit Self-related processing

Cognitive insight correlated significantly with "Working Memory Accuracy after Prime" ($r=0.39$; $p<0.05$). A post-hoc repeated measures analysis with prime (clever, stupid) as within subjects factor and cognitive insight as covariate revealed a significant main effect for Prime ($F=5.021$, $p=0.033$) and a significant interaction effect ($F=6.104$, $p=0.020$; see figure 2). No significant results were obtained for **Clinical insight**.

Explicit Self-related processing

Cognitive insight (composite score) was significantly correlated with "Proportion correctly sorted" ($\rho = 0.5$; $p < 0.01$), "Metacognitive Ability Score" ($\rho = 0.5$; $p < 0.01$) and "Adequate use of feedback" ($\rho = 0.35$, $p < 0.05$). **Clinical insight** was significantly correlated with "Adequate use of feedback" ($\rho = 0.3$; $p < 0.05$). Regression analysis revealed that only "Proportion correctly sorted" significantly predicted cognitive insight. Clinical insight could not be predicted by any of the variables.

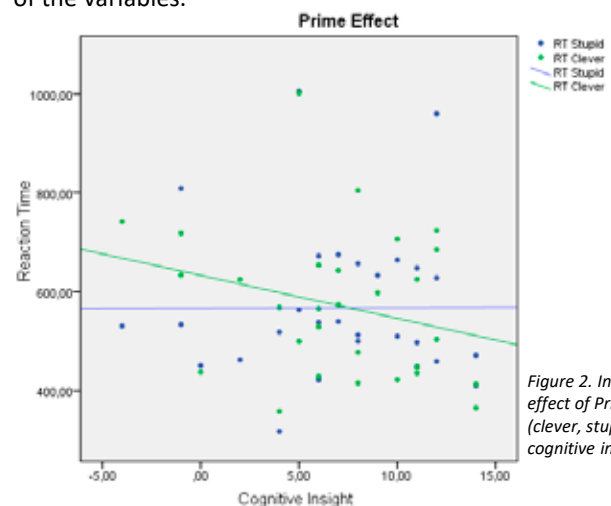


Figure 2. Interaction effect of Prime (clever, stupid) by cognitive insight.

Discussion

Most importantly, our results seem to suggest that implicit positive cues have a differential effect on patients with higher versus lower cognitive insight. Furthermore, we demonstrated that adequate use of explicit feedback is related to cognitive insight. However, this seems to be part of an overall metacognitive ability and only for cognitive insight.

Thus, the current results confirm that **metacognitive processing** is an important process related to cognitive insight. Moreover, the specific effect of **positive implicit cues** seems to be specifically related to cognitive insight. The specific interpretation of this effect should be further researched.



Stuurgroep RGOC, 2014



Durk Wiersma krijgt Koninklijke Onderscheiding, 2011



De DIALOG studie groep in het Alhambra in Granada, 2005



Ingang RGOC



Ellen Visser, teamuitje RGOC



Teamuitje RGOC, tuin Richard



Team RGOC, 2012



Medewerkers ICPE en RGOC, 2011

Group schema-focused therapy enriched with psychomotor therapy for older adults with personality disorders in specialized mental health care: A (cost-)effectiveness study

Drs. M.S. Veenstra, R. Bouman, drs. S.D.M. van Dijk, dr. R.H.S van den Brink, dr. A.D.I. van Asselt, prof. dr. R.C. Oude Voshaar

Rationale

- The disease burden due to personality disorders is high for patients (lowered quality of life, high levels of psychological distress) and society (increased medical consumption and informal care).
- A personality disorder is found in more than one third of geriatric psychiatric outpatients, and presence of a comorbid personality disorder worsens treatment outcome for affective disorders.
- For long, personality disorders were considered treatment resistant, but the past decades several psychological therapies – including schema-focused therapy – have been proven successful. However, personality disorders often remain undiagnosed in geriatric psychiatry, and specific treatment for personality disorders is often not available. Patients are therefore commonly offered treatment for symptoms of depression, anxiety or somatization, leaving their underlying personality pathology untreated.



Objective

To study the (cost-)effectiveness of group schema-focused therapy (SFT) enriched with psychomotor therapy (PMT) in specialized mental health care for older adults. It is hypothesized that group SFT+PMT is cost-effective and superior to treatment as usual (TAU) in reducing psychological distress and improving quality of life.

Study design

A multicenter, randomized trial, with one-year follow-up, comparing the treatment effect of group SFT+PMT to that of TAU.



Study population

Older persons (60 years or older; n=140) with a cluster B or C personality disorder or meeting the general criteria for a personality disorder, who are treated in specialized mental health care.

Intervention

Twenty sessions of group SFT+PMT delivered in groups of 4 through 8 older patients over a 6-month period.



	Baseline	3 months	6 months	12 months
Primary outcomes				
EQ-5D-5L				
Psychological distress (BSI-53)				
Psychotropic drug use & treatment costs				
Secondary outcomes				
Quality of life (QoL)				
Psychological distress (BSI-53)				
Psychotropic drug use & treatment costs				
Adherence				
Dropouts				
Medication & treatment costs				
Early relapse (BSI-53 > 10)				
Adherence (BSI-53 > 10)				

Main study parameters/endpoints

Primary outcome is general psychological distress (Brief Symptom Inventory; BSI-53). Cost-effectiveness analysis will be performed from a societal perspective (based on EQ-5D-5L and structured cost-interviews). Secondary outcome measures are: quality of life and psychotropic drug use.

SFT-trial: Implementatie van groepsschematherapie + PMT in de ambulante ouderenpsychiatrie

Drs. M.S. Veenstra

IMPLEMENTATIE IN DE ZORG

Bevorderende factoren

- Geen loting meer van deelnemers
- Minder strenge inclusiecriteria
- Teams waren al goed geïnformeerd
- Enthousiaste therapeuten
- Duidelijke handleiding (vanuit studie)

Belemmerende factoren

- Geen geschikte PMT-ruimte
- Geen PMT-er op locatie
- Duur van de behandeling
- COVID

AANPASSINGEN BEHANDELING

Over het algemeen wordt de therapie één op één overgenomen vanuit het behandelprotocol uit de studie. De inhoud van de behandeling wordt hier en daar iets aangepast. Veelal gaat het hier om het toevoegen van meer ervaringsgerichte technieken.



VERKRIJGEN MEDEWERKING CLIENTEN EN TEAM

De teams van de deelnemende instellingen zijn enthousiast over de therapie en blij dat ze patiënten met persoonlijkheidsproblematiek een goede behandeling kunnen aanbieden.

Daarnaast is er aan deelnemers geen gebrek; op sommige locaties is er zelfs een wachtlijst voor 2022!

CONCLUSIES

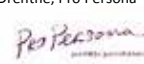
Alle instellingen die deelnemen aan de trial, zijn voornemens de therapie toe te voegen aan het reguliere behandelaanbod of zijn zelfs al begonnen met een eerste therapiegroep. Zowel de therapeuten en de deelnemers zijn over het algemeen zeer enthousiast.



ROM-GPS: Routine Outcome Monitoring - Geriatric Psychiatry & Sciences

Een beloopstudie naar de effectiviteit van behandeling van affectieve stoornissen in de ambulante ouderenpsychiatrie

Richard Oude Voshaar¹, Rob van den Brink¹, Mario Fluiters², Paul Naarding³, Didi Rhebergen⁴, Monique Lammers⁵, Astrid Lugtenburg⁶, Gert-Jan Hendriks⁷
Rob Giel Onderzoekcentrum en afdelingen Ouderenpsychiatrie van: ¹UMC Groningen, ²GGZ-Noord-Holland-Noord, ³GGNet, ⁴GGZ Centraal, ⁵Mediant, ⁶GGZ Drenthe, Pro Persona⁷



ACHTERGROND

Affectieve stoornissen (unipolaire depressie, angst en somatische symptoom stoornissen) zijn de meest voorkomende psychische stoornissen bij ouderen. De behandelingen die hiervoor worden geboden in de ouderenpsychiatrie zijn vaak niet goed onderzocht bij de patiënten die in de praktijk worden gezien; met comorbide somatische aandoeningen, frailty en cognitieve stoornissen. Hierdoor blijft onduidelijk in welke mate de geboden behandelingen effectief zijn in de dagelijkse praktijk, en welke mogelijkheden er zijn voor verbetering.

Routine Outcome Monitoring (ROM) biedt de mogelijkheid om zicht te krijgen op de effectiviteit van behandelingen in de dagelijkse zorg, maar schiet hierin in de praktijk vaak tekort, door hoge uitval percentages, onbetrouwbare diagnostische informatie en het beperkte aantal determinanten van behandelings succes dat gemeten kan worden.

Cohort studies registreren vaak niet de ontvangen behandeling en follow-up metingen lopen niet synchroon met veranderingen in de behandeling.

DOELEN

Bovengenoemde beperkingen te overwinnen door de combinatie van ROM en een cohort studie en een infrastructuur op te bouwen voor OP onderzoek.

Onderzoeksvragen

- 1) Wat is de effectiviteit van behandelingen in de ambulante ouderenpsychiatrie voor depressie, angst en somatische symptoom stoornissen?
- 2) Wat voor invloed hebben de specifieke kenmerken van een oudere populatie (zoals frailty en cognitieve stoornissen) op deze effectiviteit?

Primaire uitkomst is verandering in psychopathologie, gemeten als remissie en symptoomreductie (aan einde behandeling) en relaps (in 1 jaar follow-up).

METHODE

Studieopzet (zie onderstaande publicatie)

Implementatie van een geavanceerd ROM-systeem met:

- diagnostiek met MINI bij alle patiënten als deel van reguliere intake
- vragen van Informed Consent voor aanvullende studiemetingen
- vergelijking van groepen die wel en geen IC geven op intake gegevens
- metingen uitgevoerd door getrainde en onafhankelijke medewerkers
- vervolgmetingen iedere 4 maanden gedurende behandeling
- meting van kwetsbaarheidsfactoren relevant voor de doelgroep
- een follow-up meting 1 jaar na beëindiging van de behandeling

Populatie

Patiënten van poliklinieken ouderenpsychiatrie (n=600) die bij intake op de MINI een unipolaire depressie, angst-, of somatische symptoom stoornis hebben en Informed Consent geven voor de aanvullende studiemetingen

Setting

Poliklinieken ouderenpsychiatrie van GGZ-instellingen die voor hun onderzoek samenwerken in het RGOC Netwerk Ouderenpsychiatrie

Overzicht van metingen

Characteristic	Regular intake	ROM-GPS study			
		Base line	Treatment change	End of treatment	1-year Follow-up
Diagnosis (MINI)	X			X	
Symptom severity	X		X	X	X
Treatment received			X	X	
Psychosocial factors		X		X	
Personality		X			
Lifestyle		X		X	
Somatic diseases		X			
Physical frailty tests		X		X	
Cognitive tests		X		X	

Oude Voshaar et al. Study design of the Routine Outcome Monitoring for Geriatric Psychiatry & Science (ROM-GPS) project; a cohort study of older patients with affective disorders referred for specialised geriatric mental health care. BMC Psychiatry 2019

DEELSTUDIES

Anne Lelieveld	Pro Persona	Subgroepen van ouderen die verschillende in affectieve symptomen
Frederike Tjoelker	UMCG	Mishandeling in jeugd en cognitief functioneren
Olga Schmahl	UMCG	Mishandeling in jeugd en lichamelijke, sociale en psychische frailty
Manon van Steen	GGNet	Persoonlijkheidstrekken en functionele beperkingen
Paul Naarding	GGNet	Scoren van MoCA-klokttest met behulp van artificial intelligence
Nofar Chen	UMCG	Zelfmanagement vaardigheden en functioneren
Rebecca van der Kamp	GGNet	Leefstijl en affectieve symptomen
Amélie la Roi	GGZ Drenthe	Eenzaamheid en cognitief functioneren

CONCLUSIES

ROM-GPS zal laten zien hoe effectief behandelingen zijn die worden geboden in de ambulante ouderenpsychiatrie, en in hoeverre deze effectiviteit wordt beperkt door de specifieke kenmerken van een oudere populatie. Dit maakt duidelijk welke behandelingen aanpassing behoeven of aanvulling. Verder biedt de gestandaardiseerde intake in verschillende instellingen een goede infrastructuur voor onderzoek binnen het RGOC Netwerk Ouderenpsychiatrie.



RACE: Samen beslissen - ook in de ambulante forensische psychiatrie

Interventie van de Risk Assessment and Care Evaluation (RACE) studie (2007-2014)

Rob van den Brink¹ en Titus van Os²

Rob Giel Onderzoekcentrum¹ en afdelingen ambulante forensische psychiatrie van GGZ Friesland², Forint/Lentis en GGZ Drenthe



ACHTERGROND

De forensische psychiatrie richt zich op cliënten die door hun psychische stoornis in aanraking zijn gekomen of dreigen te komen met justitie. Maar in de ambulante forensische psychiatrie bestaat voor cliënten vaak niet (langer) een juridische verplichting om in zorg te blijven (meer dan de helft is vrijwillig in zorg). De zorg is echter vaak wel noodzakelijk om risico's voor de cliënt en anderen te beperken. Het motiveren van cliënten om vrijwillig in zorg te blijven is daarom van cruciaal belang in de ambulante forensische psychiatrie.

Samen beslissen over de zorg (Shared Decision Making) heeft een positief effect op de behandelmotivatie van cliënten. In een Europese studie waar het RGOc aan deelnam, de DIALOG studie (Priebe et al, 2007), is een gestructureerde manier van zorgevaluatie met de cliënt ontwikkeld, die een positief effect had op de kwaliteit van leven en tevredenheid met de zorg van de cliënt. In de forensische psychiatrie vindt zorgevaluatie vaak plaats op basis van een taxatie van actuele risicofactoren van de cliënt, door de behandelaar (m.b.v. een risicotaxatie-instrument).

DOELEN

Het ontwikkelen en evalueren van een manier van zorgevaluatie voor de ambulante forensische psychiatrie o.b.v. risicotaxatie door behandelaar en cliënt.

Onderzoeksvragen

- 1) Is het haalbaar om ambulante forensisch-psychiatrische cliënten hun eigen risico- en beschermende factoren te laten inschatten op een instrument?
- 2) Wat is de overeenstemming en waarin verschillen de risicotaxaties door de cliënt en zijn/haar behandelaar?
- 3) Leidt gestructureerde zorgevaluatie o.b.v. risicotaxatie door cliënt en behandelaar tot minder incidenten? (onderwerp van RCT in andere RACE-poster)

METHODE

Cliënt-versie van risicotaxatie-instrument: START-Cliënt

Gekozen voor START (Short Assessment of Risk and Treatability)

- Beoordeling van zowel risico- als beschermende factoren
- Aangeven welke factoren het belangrijkste zijn voor persoon
- Voorbeelden: relaties, werk, impulscontrole, beïnvloedbaarheid

Cliënt-versie gemaakt

- Makkelijk te begrijpen; niet confronterend/bedreigend voor cliënt
- Doel niet risicotaxatie, maar voorbereiding gesprek zorgbehoeften
- START-Cliënt: zie www.rgoc/downloads/

Gestructureerde zorgevaluatie o.b.v. START door behandelaar en cliënt

Gestructureerde zorgevaluatie (voor nieuw behandelplan)

- Wat zijn belangrijkste risicofactoren volgens cliënt?
- Hoe gaat het volgens cliënt op deze factoren?
- Wat is volgens cliënt nodig om het beter te laten gaan?
- Wat hiervoor nodig in behandeling?

Daarna op zelfde manier

- Belangrijkste beschermende factoren volgens cliënt
- Belangrijkste risico- en beschermende factoren volgens behandelaar

RESULTATEN

Haalbaarheid: 98% van de onderzochte cliënten (n=201) konden START-Cliënt invullen.

Overeenstemming op groepsniveau

- Cliënten en behandelaars kozen als groep dezelfde risico- en beschermende factoren het vaakst als belangrijkste factoren

Overeenstemming op individueel niveau

- Overeenstemming in keuze belangrijkste factoren door cliënt en *eigen* behandelaar is gemeten met kappa (1= perfect overeen; 0= niet beter dan kans)
- Voor keuze belangrijkste risicofactoren: kappa= 0.15 (95%CI: 0.11-0.20)
- Voor keuze belangrijkste beschermende factoren: kappa= 0.09 (95%CI: 0.05-0.13)

CONCLUSIES

Risicotaxatie door de cliënt is uitvoerbaar in de ambulante forensische psychiatrie (m.b.v. de door ons ontwikkelde START-Cliënt).

Cliënt en behandelaar verschillen echter sterk in hun beoordeling wat de cruciale beschermende en risicofactoren zijn voor de cliënt. Deze verschillen dienen onderwerp te zijn van samen beslissen over de zorg (Shared Decision Making).

De START-Cliënt kan 'samen beslissen over de zorg' faciliteren in de ambulante forensische psychiatrie.

PUBLICATIES

Brink RHS van den, Troquete NAC, Beintema H, Mulder T, van Os TWDP, Schoevers RA, Wiersma D. Risk assessment by client and case manager for shared decision making in out-patient forensic psychiatry. BMC Psychiatry 2015; 15:120.

Troquete NAC. START-ing risk assessment and shared care planning in out-patient forensic psychiatry. Results from a cluster randomised controlled trial. Ph.D. thesis, University of Groningen, 2014.

Zie de posters op de volgende twee pagina's



RACE: Risk Assessment and Care Evaluation studie (2007-2014)

Een cluster RCT naar effect van risicotaxatie en samen beslissen over de zorg in de ambulante forensische psychiatrie

Rob van den Brink¹ en Titus van Os²

Rob Giel Onderzoekcentrum¹ en afdelingen ambulante forensische psychiatrie van GGZ Friesland², Forint/Lentis en GGZ Drenthe



ACHTERGROND

De forensische psychiatrie richt zich op cliënten die door hun psychische stoornis in aanraking zijn gekomen of dreigen te komen met justitie. Delictisicotaxatie met een gestandaardiseerd risicotaxatie-instrument is verplicht in de klinische forensische psychiatrie (bij verlofaanvragen). Of hiermee delicten worden voorkomen is niet meer te onderzoeken, omdat vergelijking met situatie zonder risicotaxatie niet meer mogelijk is. Maar in de ambulante forensische psychiatrie was – ten tijde van de RACE-studie – risicotaxatie nog incidenteel.

Maar het in kaart brengen van de zorgbehoeften van cliënten d.m.v. risicotaxatie moet ook nog leiden tot aanpassing van de zorg, voordat er enig effect mag worden verwacht. In de voor veel cliënten niet verplichte ambulante forensische psychiatrie, is het cruciaal om cliënten te motiveren en te betrekking bij hun zorgplanning (zie andere RACE poster). Daarom is besloten de risicotaxatie en zorgevaluatie door cliënt en behandelaar samen te laten uitvoeren. De RACE-studie was de eerste RCT naar de preventieve waarde van delictisicotaxatie in de forensische psychiatrie.

ONDERZOEKVRAGEN

Leidt periodieke delictisicotaxatie en gezamenlijke zorgevaluatie (bij iedere evaluatie van het behandelplan en tenminste halfjaarlijks) tot:

- 1) Vermindering van incidenten van gewelddadig of delictgedrag?
- 2) Een betere kwaliteit van leven van de cliënt?

METHODE

Studie opzet

Pragmatische cluster RCT (RCT in de reguliere zorg, met randomisatie van casemanagers met hele caseload i.p.v. individuele cliënten).

Setting

Afdelingen ambulante forensische psychiatrie van GGZ Friesland, Forint/Lentis en GGZ Drenthe.

Metingen

Op Baseline en bij follow-up 18 maanden later.

Uitkomstmaten

Incidenten van gewelddadig of delictgedrag in 6 maanden voor meting, zoals geregistreerd in patiëntdossier.
Kwaliteit van leven gemeten met de MANSA.

RESULTATEN

Kenmerken casemanagers

- N=58, 59% vrouw
- Jaren ervaring in forensische psychiatrie: gem. 10 (SD=8); range 0-28
- Caseload: gem. 18 cliënten (SD=10); range 1-40

Kenmerken cliënten

- N=685, 91% man, gem. 38 jaar (SD=12); range 17-82.
- Zorg o.b.v. juridische titel 46%; 'vrijwillig' in zorg 54%
- Delict geschiedenis: 31% zeden, 53% gewelddadig, 15% ander delict
- Psychiatrische stoornis: 7% psychotische stoornis, 19% parafilie, 23% impulscontrole stoornis, 31% middelenmisbruik
- Persoonlijkheidsstoornis of trekken: 90% (waarvan 63% cluster B)

Uitvoering

- Controlegroep: 353 cliënten reguliere zorg (zonder interventie)
- Interventiegroep: 332 cliënten, waarvan uitvoering RACE-interventie:
 - zoals gepland (herhaalde interventie ieder half jaar): 22%
 - slechts eenmalige interventie: 41%
 - geen uitvoering interventie: 37%

Uitkomsten

- Incidenten op baseline bij 22% (beide onderzoeksgroepen samen)
- Incidenten op follow-up: 14% in controlegroep; 19% in interventiegroep
- Geen effect interventie ($p=.15$); ook niet in groep die interventie kreeg
- MANSA score verbeterde ($p<.01$), maar geen effect interventie ($p=.82$)

CONCLUSIES

Geen effect gevonden van (periodieke) delictisicotaxatie en zorgevaluatie door cliënt en casemanager op delictgedrag of kwaliteit van leven.

We hebben de casemanagers in de ambulante forensische psychiatrie niet zover kunnen krijgen dat zij de interventie (halfjaarlijks) uitvoerden.

Mogelijk werden wel de juiste delictisico's en zorgbehoeften geïdentificeerd maar werden deze niet vertaald naar adequate behandelinterventies, of waren deze niet beschikbaar.

PUBLICATIES

- Troquete NAC, van den Brink RHS, Beintema H, Mulder T, van Os TWDP, Schoevers RA, Wiersma D. Risk assessment and shared care planning in out-patient forensic psychiatry: cluster randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2013; 202: 365-71.
- Troquete NAC, van den Brink RHS, Beintema H, Mulder T, van Os TWDP, Schoevers RA, Wiersma D. Predictive validity of the Short Term Assessment of Risk and Treatability for violent behaviour in out-patient forensic psychiatric patients. *Psychol Assess* 2015; 27: 377-91.
- Troquete NAC. START-ing risk assessment and shared care planning in out-patient forensic psychiatry. Results from a cluster randomised controlled trial. Ph.D. thesis, University of Groningen, 2014.
- Brink RHS van den, Troquete NAC, Beintema H, Mulder T, van Os TWDP, Schoevers RA, Wiersma D. Risk assessment by client and case manager for shared decision making in out-patient forensic psychiatry. *BMC Psychiatry* 2015; 15:120.
- Paetsch A, van Os TWDP, Troquete NAC, van den Brink RHS. Single-item predictive validity of the Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START) for violent behaviour in outpatient forensic psychiatry. *J Forensic Psychiatry & Psychology* 2019



Implementatie van samen beslissen in de ambulante forensische psychiatrie

Titus van Os² en Rob van den Brink¹

Rob Giel Onderzoekcentrum¹ en afdelingen ambulante forensische psychiatrie van GGZ Friesland², Forint/Lentis en GGZ Drenthe



HUDIG GEBRUIK EN ERVARINGEN

Risicotaxatie is niet meer weg te denken uit de zorg binnen de ambulante forensische setting. De START, het risicotaxatie instrument uit de RACE studie, wordt niet vaak meer gebruikt in de drie noordelijke poliklinieken. In Assen wordt het facultatief gebruikt, naast de van overheidswege verplichte andere risicotaxatie-instrumenten in de ambulante setting, te weten de FARE (algemene recidive) en de Static-99R, Stable-2007 en Acutree-2007 (bij daders van zedendelicten).

Er zijn positieve ervaringen met de cliëntversie van de START, waarvan wisselend gebruik wordt gemaakt. Ten eerste wordt gemerkt dat patiënten soms dingen aan het papier toevertrouwen die ze in het gesprek nog niet gezegd hebben. Ten tweede dat patiënten door het

gebruik van de cliëntversie meer gefocust zijn op wat er in de behandeling van ze verwacht wordt.

De invalshoek van de patiënt wordt over het algemeen meegenomen in de gesprekken. De patiënt vult echter niet van tevoren een risicotaxatie-instrument in. Zo wordt na het invullen van het risicotaxatie-instrument de FARE door de behandelaar, meestal alleen de einduitslag laag risico, matig risico, of hoog risico met de patiënt besproken en niet zozeer de afzonderlijke items. Het valt op dat met name bij gebruik van de risicotaxatie-instrumenten betreffende zeden het meer gebruikelijk is dat ook op item niveau wordt gediscussieerd, waarbij de visie van de behandelaar de doorslag geeft.

BELEMMERENDE FACTOREN

Er zijn geen cliëntversies van de momenteel gebruikte risicotaxatie-instrumenten (FARE, Static-99R, Stable-2007 en Acutree-2007).

Een belangrijk deel van de populatie binnen de forensische psychiatrie is licht verstandelijk beperkt (LVB). Behandelaren hebben de neiging om dan toch wat het voortouw te nemen in de beoordeling van de verschillende risicofactoren.

Hoewel de risicotaxatie een niet meer weg te denken onderdeel is binnen de ambulante forensische setting, wordt dit onderdeel als erg tijdrovend ervaren. Daardoor bestaat de neiging om de taxaties in de verloren uurtjes te doen en blijft er minder ruimte om de rol van de patiënt tot zijn recht te laten komen.

Er is veel verloop van personeel. Degenen die de RACE studie hebben meegemaakt zijn grotendeels vertrokken. De implementatie van de benadering uit de RACE studie is nog niet zo verankerd dat nieuwe personeel hierin worden getraind en wordt doorgegeven.

NOODZAKELIJKE ACTIES

Het is van belang dat hoofdbehandelaren en leidinggevendenden er bij herhaling op wijzen dat de risicotaxatie samen met de patiënt grote voordelen heeft. Zo heeft samen beslissen over de zorg een positief effect op de behandelmotivatie van de patiënt. En hoewel risicotaxatie samen met de patiënt een grote tijdsinvestering vraagt, kan het ook de behandeltijd verkorten, omdat er gericht behandeld kan worden. Daarnaast kan het leiden tot meer tevredenheid over de behandeling en minder klachten.

Daarom is het ook van belang dat er cliënt-versies komen van de huidige, van overheidswege opgelegde, risicotaxatie-instrumenten.

Verder is het van belang na te gaan in hoeverre LVB patiënten toch meer betrokken kunnen worden in de risicotaxatie. Deze populatie was immers ook al aanwezig tijdens de RACE studie en toen werden hiervoor geen belemmeringen gevonden.

CONCLUSIES

Risicotaxatie is een niet meer weg te denken onderdeel van de ambulante forensische psychiatrie. Het betrekken van cliënten en dan met name zeden cliënten, bij de risicotaxatie is toegenomen. Er zijn echter nog wel stappen te maken om samen beslissen over de zorg en het betrekken van cliënten bij de risicotaxatie een vanzelfsprekend onderdeel van de behandeling te laten zijn.



DIALOG: een Europese pionier studie naar bespreken ROM-metingen met cliënt (2003-2008)

Rob van den Brink, Kerstin Wolters, Durk Wiersma

Rob Giel Onderzoekcentrum en afdelingen ambulante psychiatrie van GGZ Friesland en GGZ Groningen (Lentis)



London

Mannheim

Granada

Lund

Zürich

ACHTERGROND

Ten tijde van deze studie werden nog geen Routine Outcome Monitoring (ROM) metingen uitgevoerd in de psychiatrie. Het RGOC (Durk Wiersma) werd uitgenodigd deel te nemen aan een door de Europese Unie te subsidiëren studie in de ambulante zorg voor mensen met psychotische stoornissen. De Principal Investigators van deze studie kenden elkaar vooral van de ENMESH congressen, waarvan er in 2017 ook één door het RGOC in Groningen is georganiseerd. De initiatiefnemer voor de DIALOG studie was Stefan Priebe (London).

Voorgesteld werd om – in gesprek met de cliënt en met behulp van een handheld computertje – iedere 2 maanden de tevredenheid van de cliënt te meten op een aantal levensgebieden (van de MANSA) en aansluitend te vragen of de cliënt andere zorg wilde op die gebieden. Veranderingen in de MANSA scores op de levensgebieden konden ook direct worden getoond op het handheld computertje. Achteraf is dit te zien als een eerste vorm van ROM-meting in de zorg voor psychiatrische cliënten, met direct aansluitend bespreking van de betekenis van de meting voor de geboden zorg.

ONDERZOEKVRAGEN

Leidt tweemaandelijks meting van de tevredenheid van de cliënt op een aantal levensgebieden en eventuele aanpassing van de zorg op die gebieden tot:

- 1) Een verbetering van de kwaliteit van leven van de cliënt (primaire uitkomstmaat)?
- 2) Minder onvervulde zorgbehoeften, en meer tevredenheid met de zorg (secundaire uitkomstmaten)?

METHODE

Studie opzet

Cluster RCT met randomisatie van casemanagers met hele caseload i.p.v. individuele cliënten. Metingen op baseline en 1 jaar follow-up.

Interventie

In reguliere zorgcontacten vroeg de casemanager iedere 2 maanden naar de tevredenheid van de cliënt op een 11-tal levensgebieden. De tevredenheid werd uitgedrukt in een score 1-7 en direct ingevoerd in een handheld computertje, waardoor de scores direct te zien waren en vergeleken konden worden met scores van eerdere metingen. Aan de hand van deze scores bespraken de cliënt en casemanager vervolgens eventuele wensen van de cliënt om de zorg aan te passen.

Uitkomsten

- Kwaliteit van leven (MANSA; primaire uitkomst)
- Onvervulde zorgbehoeften (CANSAS)
- Tevredenheid met de zorg (Client Satisfaction Questionnaire: CSQ)

Patiënten en Setting

Cliënten met psychotische stoornissen in zorg bij ambulante teams in Nederland (GGZ Friesland en GGZ Groningen/Lentis), Londen, Lund, Mannheim, Granada en Zürich.

Principal Investigators and Participating Centres

Stefan Priebe
(University of London)



Rosemarie McCabe
(East London & City Mental Health Trust)



Jens Bullenkamp & Hans Salize
(Central Institute of Mental Health Mannheim)



Francisco Torres Gonzalez
(University of Granada)



Durk Wiersma
(University of Groningen)



Lars Hansson
(University of Lund)



Wulf Rössler
(University of Zurich)



RESULTATEN EN CONCLUSIE

507 cliënten van 134 casemanagers werden gerandomiseerd.

De interventie had na een jaar een positief effect op de kwaliteit van leven ($p=.04$), het aantal onvervulde zorgbehoeften ($p=.04$) en de tevredenheid met de zorg ($p=.01$) van de cliënten.

Conclusie: het bespreken van ROM-metingen als onderdeel van de reguliere zorg leidt tot betere zorguitkomsten.

PUBLICATIES

Priebe S, McCabe R, Bullenkamp J, Hansson L, Lauber C, Martinez-Leal R, Rössler W, Salize H, Svensson B, Torres-Gonzales F, Brink R van den, Wiersma D, Wright DJ. Structured patient-clinician communication and 1-year outcome in community mental healthcare. Cluster randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2007; 191:420-6.

Hansson L et al. What works for who in a computer mediated communication intervention in community psychiatry? Moderators of outcome in a cluster randomized trial. *Acta Psychiatr Scand* 2008; 118: 404-9.

Salize H et al. Cost of treatment of schizophrenia in six European countries. *Schizophr Res* 2009; 111: 70-7.

Wiersma D et al. Individual unmet needs for care: are they sensitive as outcome criterion for the effectiveness of mental health services interventions? *Soc Psychiatr Psychiatr Epidemiol* 2009; 44: 317-24.

Brink R van den et al. Non-uniform effectiveness of structured patient-clinician communication in community mental healthcare: An international comparison. *Soc Psych Psychiatr Epidemiol* 2011; 46: 685-93.

McCabe R et al. The therapeutic relationship and adherence to antipsychotic medication in schizophrenia. *PLoS ONE* 2012; 7:e36080.

HUIDIGE SITUATIE

ROM-metingen zijn regulier onderdeel geworden van behandeling in de GGZ.

De ROM-metingen worden echter niet uitgevoerd door de behandelaar in het behandelcontact (zoals in de DIALOG studie), maar los van de behandeling, door de cliënt thuis of direct voor de afspraak.

De ROM-metingen zijn lang niet altijd beschikbaar bij het daaropvolgende behandelcontact - en indien beschikbaar - worden ze niet altijd door de behandelaar geraadpleegd.

Bespreking van de ROM-metingen in het behandelcontact is (daarom) nog eerder uitzondering dan regel.

The DIALOG-People



INITIATIEVEN OM ROM-METINGEN WEL TE BESPREKEN

PHAMOUS

Bij PHAMOUS worden jaarlijks vrij uitgebreide ROM-metingen verricht naar o.a. ernst van symptomen, sociaal functioneren, kwaliteit van leven, medicatie en metabole bijwerkingen.

De bevindingen van de ROM screening worden door een verpleegkundige in een rapport samengevat. Dit rapport is de basis van het jaarlijkse gesprek van patiënt en behandelaar, waarbij het beloop en de behandeling geëvalueerd worden en een nieuw behandelplan wordt opgesteld. Het rapport wordt vervolgens aangevuld en naar de huisarts gestuurd.

TREAT

TREAT is een nieuwe module waarbij niet alleen uitslagen worden gerapporteerd, maar waarbij m.b.v. de computer ook suggesties worden gedaan voor evidence-based behandelstrategieën.

I-SHARED

Bij de MOPHAR studie is inmiddels de I-SHARED module ontwikkeld, die ook het gesprek ondersteunt en een rapport genereert op basis van ROM-gegevens.

DIALOG+

In Engeland heeft Stefan Priebe de DIALOG interventie verder ontwikkeld en aangevuld met een probleem-oplossing benadering om gewenste aanpassing van de zorg te bewerkstelligen (Priebe et al. 2013).

De effectiviteit van deze DIALOG+ aanpak werd vervolgens weer onderzocht in een cluster RCT bij ambulante behandelde cliënten met een psychotische stoornis (Priebe et al. 2015). DIALOG+ had positieve effecten op de kwaliteit van leven, onvervulde zorgbehoeften, sociaal functioneren en psychopathologie (PANSS), en was kosteneffectief. Net als bij de RACE-studie (zie poster RACE-RCT), werd de DIALOG+ interventie veel minder vaak uitgevoerd door de casemanagers dan gepland (30% van de patiënten in de interventiegroep ontving helemaal geen interventie).

Priebe et al (2015) concluderen: As a non-expensive and potentially cost-saving, generic intervention, DIALOG+ may be widely used and may improve the effectiveness of community treatment.

Priebe et al. Effectiveness of structured patient-clinician communication with a solution focused approach (DIALOG+) in community treatment of patients with psychosis – a cluster randomized controlled trial. BMC Psychiatry 2013, 13: 173.

Priebe et al. The Effectiveness of a Patient-Centred Assessment with a Solution-Focused Approach (DIALOG+) for Patients with Psychosis: A Pragmatic Cluster-Randomised Controlled Trial in Community Care. Psychother Psychosom 2015; 84: 304–313.

ACHTERGROND

De politie wordt vaak te hulp geroepen als mensen met een psychiatrische aandoening in contact komen met andere burgers. Daarna volgt een zoektocht naar passende zorg, die volgens de politie vaak moeizaam verloopt, met name buiten kantooruren. Hierom is in 2003 in de stad Groningen een éénjarig experiment uitgevoerd met een crisisdienst beoordeling op een politiebureau; het zogenaamde Front Office. De politie kon 7 dagen per week en elk moment van de dag mensen in crisis naar het Front Office brengen, waarna binnen 30 minuten een forensisch arts van de GGD aanwezig zou zijn om de begeleiding van de persoon over te nemen en te beoordelen of aanvullende zorg nodig was. Als deze arts vaststelde dat er sprake was van psychiatrische problematiek, riep hij of zij een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige of psychiater van de GGZ op om de persoon aanvullend te beoordelen en toe te leiden naar zorg.

Om na te gaan hoe vaak de politie Groningen werd geconfronteerd met mensen met psychische en/of sociale problemen (al dan niet in crisis) en hoe de politie hiermee omging, is aanvullend onderzoek uitgevoerd in het registratiesysteem van de politie.

ONDERZOEKVRAGEN

- 1) Wat is de omvang van de oggz-problematiek waarmee de politie wordt geconfronteerd?
- 2) Wat is de aard en de oorzaak van zulke oggz-crises?
- 3) Wat doet de politie in zulke gevallen? In welk type crisis neemt ze de betrokkene mee naar het Front Office?
- 4) Brengt het Front Office het tijdsbeslag voor de politie terug tot aanvaardbare omvang?
- 5) Wat is het ggz-zorggebruik van de betrokkenen voor en na beoordeling door het Front Office?

RESULTATEN

Omvang

In 2003-2004 werden gedurende twaalf maanden door de politie 492 meldingen geregistreerd waarbij psychische zorg was aangewezen (2,5 per 1000 inwoners).

Aard en oorzaak

In 55% was er sprake van psychiatrische problematiek, in 12% verslaving (omdat politie-incidentcode 'overlast drank en drugs' niet meegenomen, anders even omvangrijk als psychiatrie) en 16% sociaal.

Wat doet politie

De politie handelde de helft van alle meldingen zelfstandig af. In 36% werd de persoon overgedragen aan de hulpverlening en in 14% van de gevallen nam de politie de persoon mee naar het Front Office (67 meldingen = 0,335 per 1000 inwoners).

Duur van beoordeling op het Front Office

Ondanks het Front Office, waren agenten nog steeds veel tijd kwijt (gem. 3 uur), vooral omdat hen in 64% van de beoordelingen werd gevraagd om in de buurt te blijven.

Contact met de GGZ voor en na crisis

De helft van de mensen was niet in zorg bij de GGZ in het jaar voor de crisis. Van hen was 34% wel in zorg in het jaar daarna en de dit was vaker zo (59%) als de politie tijdens de crisis de GGZ had ingeschakeld.



CONCLUSIES IN 2004

- De politie komt veel in aanraking met mensen met verward gedrag die door psychiatrische problemen in een crisis verkeren.
- De helft van hen is niet in zorg bij de GGZ; de politie speelt een belangrijke rol bij het toeleiden naar de zorg door de GGZ in te schakelen bij een crisis.
- Het trainen van politieagenten in het herkennen en opvangen van mensen met psychiatrische problemen kan - in combinatie met praktische vormen van samenwerking tussen politie en GGZ in crisissituaties - de rol van de politie versterken in het toeleiden van mensen naar noodzakelijke zorg.

PUBLICATIES

Broer J, Brink RHS van den, Tholen AJ, Winthorst W, Wiersma D.

Politie als schakel in de OGGZ en de rol van crisisopvang op het politiebureau. Maandblad Geestelijke volksgezondheid 2008; 4: 303-15.

Brink RHS van den, Broer J, Tholen AJ, Winthorst W, Visser E, Wiersma D.

Role of the police in linking individuals experiencing mental health crises with mental health services. BMC Psychiatry 2012; 12:171.



7x24 uur crisisbeoordeling op het politiebureau (2018)

Jan Broer² en Rob van den Brink¹,
Rob Giel Onderzoekcentrum/Universitair Centrum Psychiatrie UMCG¹, GGD Groningen²



HET VERVOLG - AANPAK CRISISBEOORDELINGEN IN 2018

De stuurgroep 'Ketenzorg Acute Psychiatrie' (GGZ, Verslavingszorg, GGD, OM, Politie) vindt dat beoordeling van personen met verward gedrag en zorgbehoefte bij voorkeur in een zorgsetting dient te gebeuren. Exclusie criteria voor beoordeling op een zorglocatie zijn: strafbaar feit, onder invloed van verdovende middelen, agressie en/of gevaar voor betrokkene of anderen. Beoordeling zorgbehoefte op cellengang wordt door een forensisch arts (GGD) gedaan.

HUIDIGE OMVANG VAN HET PROBLEEM

Omvang

Vanaf 2017 is in de stad Groningen op het terrein van Lentis een Crisis Beoordeling Locatie (CBL) van de keten acute psychiatrie geopend waar 24 uur per dag personen met verward gedrag beoordeeld kunnen worden. De politie kan 24 uur per dag, na telefonisch vooroverleg met CBL, personen met een openstaande Diagnose Behandel Combinatie (DBC) bij de GGZ (niet de verslavingszorg) afzetten voor een psychische beoordeling en vervolgzorg. In 2017-2018 zijn gedurende 12 maanden, in hetzelfde gebied als bij het Front Office onderzoek (gemeenten Groningen en Haren), door de politie 192 personen met verward gedrag meegenomen voor beoordeling op een politielocatie (0,55 per 1000 inwoners) en dat is een toename van 67% t.o.v. 2003.

Aard en oorzaak

Ruim de helft van de door de forensisch artsen beoordeelde personen heeft een open DBC in de 2^e lijn zorg (38% Lentis, 4% UCP en 15% Verslavingszorg). Bij tweederde van de personen met een open DBC was sprake van een exclusiecriteria voor beoordeling op de CBL (strafbaar feit, onder invloed verdovend middel en/of agressief gedrag). Van de door de GGD-arts beoordeelde personen zonder exclusiecriteria had 37% een open DBC, hetgeen aangeeft dat er nog een te hoge drempel is voor gebruik van de CBL (hetzij doordat politie onvoldoende navraag heeft gedaan over open DBC dan wel dat de CBL de zorg niet oppakte).

Wat doet de forensisch arts

Forensisch artsen wikkelen 61% van de beoordelingen zelfstandig af en vragen bij 39% consult en vervolghandeling aan bij GGZ en/of Verslavingszorg.

HOE VERDER EN WAT KAN BETER

Hoe verder en wat kan beter

- Personen met verward gedrag met zorgbehoefte en *zonder* strafbaar feit zouden beter af kunnen zijn met een beoordeling door een huisarts nabij de woonplaats van betrokkene. Een lage drempel voor vervolgzorg door GGZ en verslavingszorg is dan een voorwaarde.
- Daarnaast kan een betere uitvraag van open DBC door de meldkamer politie/ambulance tot betere benutting van de CBL leiden.
- Tweederde van alle meldingen van mensen met verward gedrag bij de meldkamer politie is te herleiden tot een relatief kleine groep personen die al eerder onder de twee betreffende meldingscodes bekend waren in de politieregistratie. Deze bevinding ondersteunt het belang om vroegsignalering, ondersteuning en zorg te focussen op deze relatief kleine groep (ZonMw 2018).
- Een deel van de mensen met ernstige psychiatrische en maatschappelijke problemen (EPA) zoekt zelf geen hulp. Door van assertieve behandeling een regulier aanbod te maken vanuit de GGZ kan discontinuïteit van zorg worden voorkómen en kan de politie worden ontlast (Mulder e.a. 2021).

LITERATUUR

Literatuur

Broer J. Nieuwe en vooral oude bekenden. Beoordeling personen met psychische problematiek door forensisch artsen GGD Groningen op een politiebureau. Rapport GGD Groningen op verzoek stuurgroep Ketenzorg Acute Psychiatrie. Groningen, april 2019.

ZonMw. Verward gedrag nader bekeken: analyse van E33 en E14 meldingen in de politieregistratie. Projectgroep personen met verward gedrag, een samenwerkingsverband tussen RIVM, het Trimbos-instituut, de Praktijk Index, GGD regio Utrecht en GGD West-Brabant. ZonMw 2018.

C.I. Mulder, A. Liégeois, M. Van Vugt, K. Westen, P. Delespaul, H. Kroon. Van bemoeizorg naar assertieve behandeling als regulier aanbod vanuit de GGZ. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2021;63:2003-2008.

ACHTERGROND

In 2006 kwamen het kabinet en de vier grote steden met een ambitieus plan gericht op het verbeteren van de leefsituatie van dak- en thuislozen. Voor één groep werd geconstateerd dat de bestaande zorgmogelijkheden tekortschoten, te weten: mensen met ernstige psychiatrische en verslavingsproblemen, die ondanks herhaalde behandelingspogingen een gevaar bleven vormen voor zichzelf of anderen, en in bestaande zorgvoorzieningen niet te handhaven waren en veelal als 'onbehandelbaar' werden beschouwd.

Voor deze groep werd een – ook internationaal unieke – zorgvoorziening gecreëerd: 'Duurzaam Verblijf' in Beilen door GGZ Drenthe en Verslavingszorg Noord Nederland. Duurzaam Verblijf biedt langdurige, gedwongen, intramurale behandeling, waarbij de zorg gericht is op de uiteenlopende psychiatrische, verslavings-, sociale en somatische problemen van de doelgroep. Patiënten worden opgenomen o.b.v. een zorgmachtiging verplichte GGZ, die in principe wordt gecontinueerd tot minder intensieve en beveiligde zorg nodig is.

ONDERZOEKVRAGEN

- 1) Wat zijn de kenmerken en voorgeschiedenis van de patiënten opgenomen op Duurzaam Verblijf?
- 2) Welke veranderingen zijn er te zien in het functioneren van de patiënten gedurende hun opname op Duurzaam Verblijf en hoe verhouden deze veranderingen zich tot de kans dat hun opname beëindigd kan worden en de vormen van zorg waar ze naar verwezen kunnen worden?

METHODE



Beloopstudie gedurende opname op Duurzaam Verblijf, met uitgebreide periodieke metingen (ROM-metingen), bestaande uit beoordelingen door behandelaars, vragenlijsten en patiëntinterviews. De metingen betroffen: psychiatrische en verslavingsproblematiek, somatische gezondheid, zelfzorg, sociaal functioneren, ziekte-inzicht, houding t.a.v. gedwongen opname, kwaliteit van leven en tevredenheid met de zorg.

RESULTATEN

Kenmerken cliënten (N=183 in DV tussen 2007-2013)

- 83% man, gem. 39 jaar (range 22-59)
- 53% geboren buiten Nederland
- 63% laag opleidingsniveau (lagere school of minder)
- 90% psychotische stoornis (58% paranoïde schizofrenie)
- 93% stoornis middelengebruik (meestal meerdere middelen)
- 36% persoonlijkheidsstoornis
- 19% verstandelijke beperking
- GAF-score (functioneren) bij opname gem. 35 (range 15-55)

Ervaringen in kindertijd

- 52% seksuele of lichamelijke mishandeling
- 66% verzorger met psychiatrisch, verslavings- of crimineel probleem
- 87% gedragsproblemen in kindertijd

Sociaal functioneren voor DV

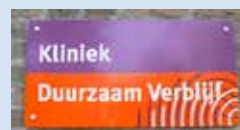
- 90% dakloos
- 88% detenties

Situatie na 4 jaar opname in DV

- 42% ontslagen naar minder restrictieve en ondersteunende zorg
- 42% nog steeds opgenomen in DV
- 16% verwezen naar restrictievere c.q. passender (bijv. forensische) zorg

Verschillen in beloop gedurende DV tussen bovenstaande groepen

- In ontslagen groep kleine tot matige verbeteringen in risico voor zichzelf en anderen, psychiatrische symptomen en ADL-vaardigheden
- In nog opgenomen groep kleine verslechtering in risico voor zelf
- Verwezen groep vertoonde blijvend meer oppositioneel gedrag dan de andere groepen
- Alle drie groepen vertoonde kleine verbeteringen in psychosociaal functioneren, distress en de therapeutische relatie



CONCLUSIES

De levensgeschiedenis van deze ernstig dysfunctionerende groep dubbele diagnose patiënten laat een gemeenschappelijk patroon zien van problemen in de kindertijd, migratie, lage schoolprestaties, discontinuïteit van zorg en problemen met politie en justitie. Deze ervaringen zullen bijgedragen hebben aan de behandelresistentie en zorgvermijding van deze groep.

Langdurige gedwongen opname en behandeling leidt – als laatste behandeloptie - bij circa 42% van de patiënten tot voldoende verbetering in hun functioneren zodat zij binnen 4 jaar ontslagen kunnen worden naar een minder restrictieve en ondersteunende vorm van zorg.

PUBLICATIES

Kranenburg GD van, Brink RHS van den, Mulder WG, Diekman WJ, Pijnenborg GHM, Mulder CL. Clinical effects and treatment outcomes of long-term compulsory in-patient treatment of treatment-resistant patients with severe mental illness and substance- use disorder. BMC Psychiatry 2019
Kranenburg GD van, Diekman WJ, Mulder WG, Pijnenborg GHM, Brink RHS van den, Mulder CL. Histories of Social Functioning and Mental Healthcare in Severely Dysfunctional Dual-Diagnosis Psychiatric Patients. Int J Mental Health & Addiction 2020; 18: 904-16.

VERANDEREND GGZ-LANDSCHAP

Het GGZ 'landschap' om Duurzaam Verblijf heen verandert. Met name het steeds meer professionaliseren en uitbreiden van de FACT's is van belang voor Duurzaam Verblijf.

Er worden meer patiënten opgenomen die vanuit de FACT komen. Dit heeft als gevolg dat:

- de patiënten vaak ernstiger ontregeld zijn en veel moeite hebben met langdurige opname in een kliniek
- er vaker vragen zijn m.b.t stabilisatie en diagnostiek
- er meer onduidelijkheid is m.b.t. de diagnostiek
- er vaker sprake is van persoonlijkheidsproblematiek en verslaving.

Maar tegelijkertijd is de noodzaak om de behandeling in Duurzaam Verblijf soms langdurig voort te zetten afgenomen, omdat de mensen bij terugkeer begeleiding kunnen krijgen van een FACT team.

Ontslag moet de laatste jaren perse plaatsvinden naar regio van herkomst, wat de mogelijkheden voor uitstroom erg beperkt en voor patiënten ook niet fijn is. Vaak zijn ze dan bang in hun oude netwerk terug te keren, inclusief het gebruik.

REACTIE DUURZAAM VERBLIJF

Duurzaam Verblijf is Op het ogenblik doende de visie en missie te herformuleren mede door het veranderende GGZ 'landschap' .

Ook wordt nagedacht over nieuwe ROM en hoe die te integreren in de behandeling.



The Netherlands Study of Depression and Anxiety

Depression and anxiety disorders are common at all ages. Approximately one out of three people in the Netherlands will be faced with them at some time during their lives. It is still not clear why some people recover quickly and why others suffer for long periods of time.

The Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA) was therefore designed to investigate the course of depression and anxiety disorders over a period of several years. **The main aim of NESDA is to determine the (psychological, social, biological, and genetic) factors that influence the development and the long-term prognosis of anxiety and** (Penninx et al., 2008; 2021).

NESDA is a naturalistic cohort study, started in 2004 and is still ongoing. 2981 participants (66% women) aged between 18-65 years, with and without depressive or anxiety symptoms were recruited from primary care practices and specialised mental health institutions in the regions of Amsterdam, Leiden and Groningen. Data were collected at baseline and at 1-, 2-, 4-, 6-, 9-, and 13-year follow-up. Of the 2981 people recruited at baseline, about 2000 people are still participating. 367 siblings were added in 2014.

Significance for health care

The study design with repeated measurements over a longer period of time provides more insight into the development and course of depression and anxiety disorders and the associated factors. The results collected over the past years have been published in peer reviewed scientific journals. In summary, the publications deal with the following themes: Depression and anxiety in general; Healthcare and medication use; The long-term course of depression and anxiety disorders and explanatory characteristics (demographic,

psychosocial, medical, biological and genetic, or combinations of these); Brain and genetic predisposition.

Points of interest

- The seventh assessment, 13 years after baseline, began in early 2019.
- In 2014, a number of sub-studies were started to focus on specific mechanisms in mental health:
 - Family study (siblings of participants);
 - Ecological momentary assessment of electronic diaries and actigraphy to assess daily fluctuations in mood, behavior, and (social) context;
 - Extension of the (functional) imaging (fMRI) study.
- At the beginning of the COVID-19 pandemic, an online study was launched to investigate the effect of the pandemic on mental health. Changes in depression symptoms, anxiety, worrying, loneliness, and the skills to deal with stressful situations are studied. The first results of a study of 1,500 respondents are now known.

Client participation

Respondents were asked by their general practitioner or by a mental health care institution to participate in the NESDA study. The study protocol was approved centrally by the Ethical Review Board of the VU University Medical Centre and by local review boards of each participating centre. Written informed consent was obtained from all participants at the start of baseline assessment. Research output can be downloaded from the website and participants are kept informed via the annual newsletter.

Contact/more information:

<https://www.nesda.nl>

(Poster) References

- » Hovens, Jacqueline G. F. M., Erik J. Giltay, Albert M. van Hemert, and Brenda W. J. H. Penninx. 2016. 'Childhood Maltreatment and the Course of Depressive and Anxiety Disorders: The Contribution of Personality Characteristics.' *Depression and Anxiety* 33(1): 27–34.
- » Pan, Kuan Yu et al. 2021. 'The Mental Health Impact of the COVID-19 Pandemic on People with and without Depressive, Anxiety, or Obsessive-Compulsive Disorders: A Longitudinal Study of Three Dutch Case-Control Cohorts.' *The Lancet Psychiatry* 8(2): 121–29.
- » Penninx, Brenda W J H et al. 2008. 'The Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA): Rationale, Objectives and Methods.' *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 17(3): 121–40.
- » Penninx, BWJH et al. 2021. 'Cohort Profile of the Longitudinal Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA) on Etiology, Course and Consequences of Depressive and Anxiety Disorders.' *Journal of Affective Disorders*: [Submitted].
- » Schoevers, R. A. et al. 2020. 'Affect Fluctuations Examined with Ecological Momentary Assessment in Patients with Current or Remitted Depression and Anxiety Disorders.' *Psychological Medicine*: 1–9.
- » de Wit, A. E. et al. 2018. 'Testosterone in Human Studies: Modest Associations between Plasma and Salivary Measurements.' *Andrologia* 50(1).
- » Wray, Naomi R. et al. 2018. 'Genome-Wide Association Analyses Identify 44 Risk Variants and Refine the Genetic Architecture of Major Depression.' *Nature Genetics* 50(5): 668–81.

NESDA

NESDA

GRONINGEN - AMSTERDAM - LEIDEN

The Netherlands Study of Depression and Anxiety

Study objectives:*

- The development and long-term course of depressive and anxiety disorders
- Clinical, psychosocial, biological and genetic determinants of the long-term course
- Patient's expectations, evaluation and provision of (mental) health care

2004 - 2022

Started with N = 2981 (+ 367 siblings in 2019)

- 652 healthy controls
- 2329 lifetime anxiety/depression
- 1701 current anxiety/depression

Age 18-65 (mean: 42.1 years)*

*Penninx et al. (2008). *Int. J. Methods Psychiatr. Res.* 17: 121-140. & Penninx et al. (2021), submitted to *J of Affective Disorders*.

2-year FU

4-year FU

Random selection of output:

- The mental health impact of the COVID-19 pandemic on people with and without depressive, anxiety, or obsessive-compulsive disorders: a longitudinal study of three Dutch case-control cohorts Pan et al. (2021) *The Lancet Psych.* 8(2):121-129
- Childhood maltreatment and the course of depressive and anxiety disorders: the contribution of personality characteristics Hovens et al. (2016) *Depress. Anxiety.* 33:27-34
- Affect fluctuations examined with ecological momentary assessment in patients with current or remitted depression and anxiety disorders Schoevers et al. (2020) *Psychol. Med.* 1:1-10
- Testosterone in human studies: Modest associations between plasma and salivary measurements De Wit et al. (2018) *Andrologia.* 50
- Genome-wide association analyses identify 44 risk variants and refine the genetic architecture of major depression. Wray et al. (2018) *Nat. Genet.* 50, 668-681

2014 - 2019 substudies

- Diary study – daily measures about mood with an electronic diary
- MRI (imaging) study – brain imaging
- Family study – studying the role of genetic and environmental factors in siblings of participants
- Brain Bank project: NESDA participants are informed about the possibility of becoming a brain donor

6-year FU

WWW.NESDA.NL

9-year FU



Afgenomen frontale activatie als oorzaak voor problemen met planning

Betekenis voor de zorg

Het onderzoek op deze poster zijn eerste analyses van een onderzoek waarin de werking van het antipsychoticum aripiprazol vergeleken wordt met risperidon. Veel antipsychotica zijn in staat positieve symptomen van schizofrenie terug te dringen, maar hebben weinig effect op negatieve symptomen. Ze kunnen zelfs secundaire negatieve symptomen veroorzaken. Door zijn unieke receptorprofiel zou aripiprazol ook negatieve symptomen moeten kunnen verbeteren, doordat activiteit in de prefrontale cortex zou toenemen. Dit wilden we middels een fMRI onderzoek met daaraan gekoppeld vragenlijsten onderzoeken. In deze poster werden eerste resultaten gepresenteerd van het onderzoek, waarin we eerst wilden aantonen dat prefrontale activiteit bij patiënten verminderd is. In vervolgonderzoek zijn ook de effecten van behandeling met antipsychotica beschreven. Hoewel het fMRI onderzoek een heel fundamenteel onderzoek was, was het wel heel innovatief. Er waren in 2007 nog niet veel fMRI studies naar de werking van medicatie op het brein. De studie is wel opgericht in nauwe samenwerking met het UCP, en bevindingen rondom symptoomverbetering werden wel teruggekoppeld aan de behandelaren.

Aandachts- en knelpunten

De studie heeft uiteindelijk een heel praktisch effect gehad op de behandeling van patiënten binnen het UCP. Bij de eerste deelnemers bleek dat de aangeraden dosering van 15 mg veel te hoog was. Hoewel andere richtlijnen nog voorschreven dat 15 mg de standaard was, werd in het UCP soms maar 2,5 mg per dag voorgeschreven. Deze lage doseringen bleken een heel goed effect te hebben op de werking van het middel, dat door veel patiënten als erg positief werd ervaren, in tegenstelling tot risperidon. Verder was de studie direct gekoppeld aan de standaard patiëntenzorg. Vragenlijsten die in het kader van zorg werden afgenomen, werden ook voor het onderzoek gebruikt en bevindingen van het onderzoek werden teruggekoppeld aan patiëntenzorg. In dat opzicht was de fundamentele studie zelf al meteen goed geïmplementeerd.

Clëntenparticipatie

Ten tijde van de studie was er nog niet zo veel oog voor directe cliëntenparticipatie. De studie is vanuit een sterke overtuiging om het leven van patiënten te verbeteren in het leven groeperen, maar er zijn geen cliënten direct betrokken. Een belangrijke vragenlijsten in het onderzoek was e Subjects' Response to Antipsycotics, ontwikkeld onder leiding van Rikus Knegering. Deze is wel volledig vanuit de patiënt opgericht door ze uitgebreid te interviewen over de ervaringen die zij hadden door het gebruik van antipsychotica, zowel positief als negatief.

Afgenomen frontale activatie als oorzaak voor problemen met planning



Edith Liemburg¹, Rikus Kneegtering¹, Remco Renken¹, Jozani Dlabac-De Lange², Kelly Hollander¹, André Aleman¹
¹ Afdeling Neurowetenschappen, Universitair Medisch Centrum Groningen & BCN Neuroimaging Center, Universiteit van Groningen, Nederland
² Universitair Centrum Psychiatrie, Universitair Medisch Centrum Groningen, Nederland
³ Lentis, GGZ -Groningen, Nederland

Email: e.j.liemburg@med.umcg.nl

ACHTERGROND Negatieve symptomen en cognitieve beperkingen bij schizofrenie persisteren vaak na adequate behandeling van positieve symptomen. Een afgenomen activatie van de voorste hersengebieden, de prefrontale cortex, is hier mogelijk verantwoordelijk voor. Deze zogenaamde hypofrontaliteit wordt mogelijk veroorzaakt door minder activatie van laterale delen van de prefrontale cortex tijdens cognitieve processen. Daarnaast zijn er aanwijzingen voor overactivatie van mediale prefrontale gebieden, die minder actief zou moeten worden (onderdeel van zgn. rustnetwerk). Door meer over de neurale achtergrond van negatieve symptomen te leren zouden meer adequate behandelingen ontwikkeld kunnen worden.

DOEL Onderzoeken of prefrontale activatie inderdaad verstoord is in patiënten tijdens planning, en of er een verband is met klinische en cognitieve maten

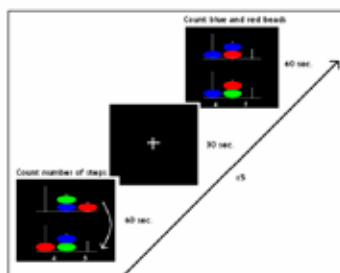
METHODEN

STUDIE POPULATIE

- 25 patiënten met diagnose schizofrenie of gerelateerde stoornis (DSM-IV)
- 14 gematchte gezonde controles: mini-SCAN interview om psychisch verleden uit te sluiten
- PANSS en MADRS bij patiënten

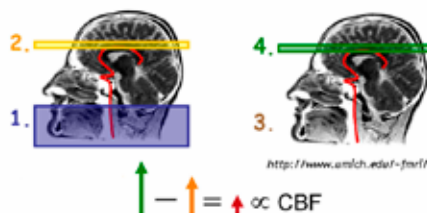
PLANNINGSTAAK

- Tower of London: hoe vaak moeten ballen naar andere spijkers worden verplaatst om van het ene naar het andere plaatje te komen?
- Taakblok 1 minuut afgewisseld met rustblok 30 seconden
- Selfpaced, moeilijkheid 1–5 stappen, per trial 2 mogelijkheden



SCAN PROCEDURE

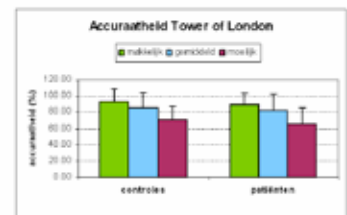
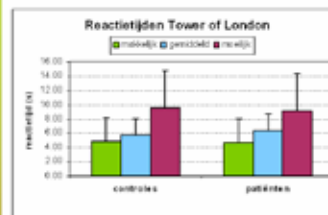
- Presentatie van taak via beamer en spiegel op headcoil
- Antwoord middels knoppenkastje (rechterhand)
- Arterial spin: lijkt op PET, maakt onderscheid rust en taak mogelijk
- Link tussen activatie en PANSS scores/taak prestaties



RESULTATEN

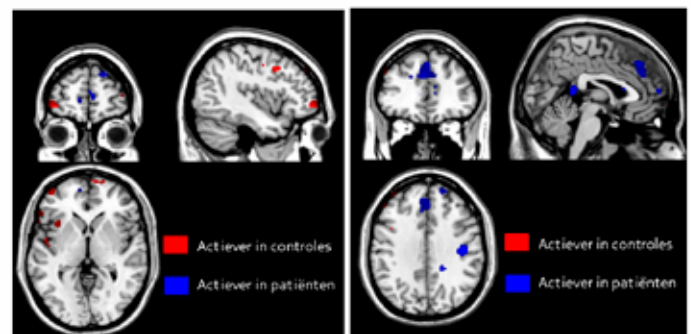
TAAK PRESTATIES

- Vergelijkbare reactietijden en accuraatheid, grote individuele verschillen



FMRI ACTIVATIE

- Controles meer activatie in lateraal prefrontale gebieden tijdens de taak
- Patiënten meer activatie van het rustnetwerk tijdens de taak



RELATIE MET KLINISCHE/COGNITIEVE MATEN

- Positief verband tussen taakprestatie tijdens moeilijke trials (3% correct) en laterale prefrontale activatie
- Positief verband tussen PANSS P2 item Conceptuele desorganisatie en mediale prefrontale deactivatie tijdens de taak
- Positief verband tussen PANSS G11 item Zwakke aandacht en mediale prefrontale deactivatie tijdens de taak

DEMOGRAFISCHE DATA

	Controle	Patiënten	p-waarde
Leeftijd (jaar)	33.0 (13.3)	33.2 (12.8)	0.76
Mannen/vrouwen	9/5	19/6	0.68
Links/rechts*	1/13	1/16	1.0
Opleiding* **	3.4 (0.9)	3.4 (1.1)	0.56
PANSS Positief	-	14.9 (4.7)	-
PANSS Negatief	-	15.7 (3.6)	-
PANSS Algemeen	-	31.9 (7.1)	-
MADRS	-	18.1 (10.3)	-

* Enige misende data ** Volgens Verhage e.a., 1964

CONCLUSIES

- Patiënten laten inderdaad verminderde activatie zien in laterale prefrontale gebieden tijdens planning
- Patiënten laten juist een verhoogde activatie zien in mediale prefrontale gebieden, onderdeel van het rustnetwerk van de hersenen
- Reactietijden verschillen niet maar zijn erg variabel
- Laterale prefrontale activatie hangt samen met planningsprestaties bij vnl. moeilijke trials bij patiënten
- Ongewenste activatie van het rustnetwerk is gerelateerd aan verstoorde aandacht

Orale esketamine voor patiënten met een therapieresistente depressie

S.Y. Smith-Apeldoorn¹, J.K.E. Veraart¹, M. aan het Rot², J. Kamphuis¹, R.A. Schoevers¹
1. Afdeling Psychiatrie, Universiteit van Groningen, Universitair Medisch Centrum Groningen; 2. Afdeling Psychologie, Universiteit van Groningen

Achtergrond

Eénmalige behandeling met IV ketamine:

- Heeft een snel en groot antidepressief effect bij zo'n 50% van de mensen met een therapieresistente depressie

Maar..

- Is invasief en duur, kan vervelende bijwerkingen hebben en werkt slechts kortdurend

Onderzoek naar **andere toedieningswegen** gedurende een **langere periode** is van groot belang om ketamine op termijn veilig voor te kunnen schrijven als regulier antidepressivum

Onderzoek

Opzet

- Dubbelblind gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek
- Multi-centrum: 3 centra in Nederland
- **Orale esketamine 30 mg (capsules) versus placebo**
- 3 keer daags gedurende 6 weken
- Follow-up van 4 weken
- Off label verlenging mogelijk

Populatie

- 128 patiënten van 18-80 jaar
- Met een unipolaire depressieve stoornis
- Ten minste matig ernstig depressief (HDRS₁₇ > 18)
- Die therapieresistent zijn (onvoldoende respons op ≥ 3 antidepressiva of ECT gedurende het leven)
- Zonder contra-indicaties

Primaire uitkomstmaat

- Ernst depressieve klachten

Secundaire uitkomstmaten

- Kwaliteit van leven, suïcidaliteit, angst
- Bijwerkingen
- Biomarkerpatronen
- Farmacokinetiek en -dynamiek
- Economische evaluatie

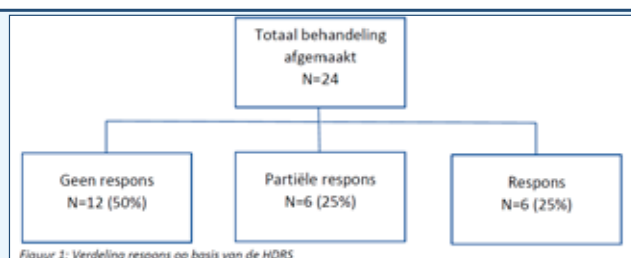
Off label behandeling

Protocol

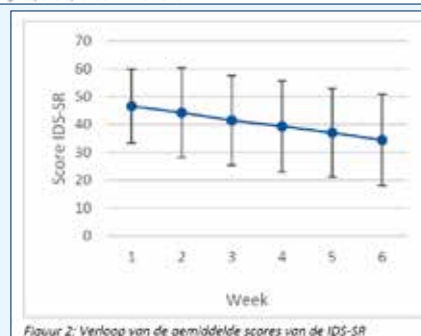
- Orale esketamine 0.5 – 3.0 mg/kg
- 2 dagen per week gedurende 6 weken

Populatie

- Voormalige deelnemers RCT
- Patiënten waarvoor deelname aan RCT niet mogelijk is, mits:
 - ≥ 18 jaar
 - Therapieresistente depressie
 - Geen contra-indicaties



Figuur 1: Verdeling respons op basis van de HDRS



Figuur 2: Verloop van de gemiddelde scores van de IDS-SR

Contact:

ketaminestudie@umcg.nl



umcg

Pro Persona
geestelijke gezondheidszorg

PSYQ

ZonMw

Does the Critical Flicker Fusion Threshold distinguish patients with schizophrenia from healthy controls?



J.J. Dlabac-de Lange, M.V. Kuipers, G. Duisterwinkel, M. Vervoort, H. Knegtering.
University Center Psychiatry, University Medical Center Groningen (UMCG) and The Rob Giel Research Center (RGOc),
University of Groningen, The Netherlands

Rationale

- Visual information processing is impaired in patients with schizophrenia.
- The Critical flicker fusion frequency threshold (CFFT) is a parameter that evaluates the processing speed of the visual system. It tests the maximum frequency at which a flickering light source can still be perceived to flicker.
- Schizophrenia has once been linked to lowered CFFT, but this finding has to our knowledge never been studied again.
- A pilot study was designed to explore if CFFT discriminates between patients with schizophrenia and healthy matched controls.

Research questions

Does the Critical Flicker Fusion Threshold (CFFT) and its subcomponents (ascending and descending thresholds) distinguish between patients with schizophrenia and healthy controls?



Control wearing an "artificial pupil"

Design

- In an open randomized pilot study the ascending and descending CFFT was measured in 38 patients with schizophrenia and 39 healthy controls using a Leeds Flicker Fusion Tester. The CFFT was evaluated in 6-12 trials.
- Antipsychotic medication can change pupil diameter. Therefore, in 20 patients and 20 controls the pupil diameter was standardized by an artificial pupil (AP) during evaluations.
- Medication, coffee consumption, subjective sedation, time awake, and the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) were evaluated.

Inclusion criteria

- Outpatients and inpatients diagnosed with schizophrenia or schizoaffective disorder according to DSM-IV
- Controls were recruited from hospital staff – without a DSM-IV diagnosis- matched for age and gender.



Table 1: matching variables in group

Parameter	Patients	controls	p-value*
Number (n)	38	39	-
Age	30.3 ± 9.5	30.0 ± 9.7	0.89
Percentage male	68%	69%	0.94
Time of study	11.8 ± 1.7	12.2 ± 1.7	0.28
VAS physical	35.1 ± 33.9	20.4 ± 20.5	0.02
VAS mental fatigue	57.9 ± 35.7	25.0 ± 30.0	0.00
Hours out of bed	3.5 ± 2.6	4.7 ± 2.4	0.05
Caffeine intake (cups)	1.7 ± 1.3	1.7 ± 1.4	0.81
Alcohol intoxication (24 hrs) (n)	6	22	-
Drug intoxication (24 hrs) (n)	1	0	-
PANSS-score (total)	53.1 ± 11.1	-	-
PANSS-score (positive)	12.3 ± 4.1	-	-
PANSS-score (negative)	12.8 ± 4.6	-	-
PANSS-score (general)	28.1 ± 5.7	-	-

*independent samples T-test

Results (details see table 2)

- Patients with schizophrenia showed a significant lower CFFT compared to controls.
- The subgroup of patients tested with AP (n=20) also showed a significant lower CFFT when compared to controls (n=20).
- A lower experienced mental and physical fatigue, alcohol use and a higher time since awakening correlated significantly with an increase in CFFT, but these correlations could not sufficiently explain the differences in CFFT.
- No significant correlation was found between CFFT and age, gender, antipsychotic drug dosage in haloperidol equivalence, sedation by medication, alcohol or drug use, caffeine intake or PANSS-score.

Table 2: Comparison of the Critical Flicker Fusion Threshold (CFFT) and the ascending (ASC) and descending (DES) thresholds in patients with schizophrenia and healthy controls using an independent sample 2- sided T-test

Parameter (Hz)	Patients: Mean (SD)	Controls: Mean (SD)	p-value
Without AP: CFFT ASC	30.8 (SD 3.5)	32.3 (SD 2.9)	0.039
Without AP: CFFT DES	31.6 (SD 3.4)	33.7 (SD 2.9)	0.004
Without AP: CFFT	31.2 (SD 3.1)	33.0 (SD 2.4)	0.005
With AP: CFFT ASC	25.1 (SD 2.6)	27.8 (SD 3.1)	0.005
With AP: CFFT DES	24.2 (SD 3.8)	27.3 (SD 2.8)	0.005
With AP: CFFT	24.6 (SD 2.6)	27.5 (SD 2.6)	0.001

Conclusions

Patients with schizophrenia show a significant lower CFFT in comparison to controls. Further research on CFFT may contribute to understand information processing difficulties in patients with schizophrenia.

Poster design: TREF R&A email: safari@orange.nl

Correspondence e-mail: j.j.l.a.s.n.dlabac@psy.umcg.nl

Reference List

- Curran,S. and Wattis,J., 2000. Critical flicker fusion threshold: a potentially useful measure for the early detection of Alzheimer's disease. *Hum Psychopharmacol*. 15, 103-112.
- Genderson,M.R., Dickinson,D., az-Asper,C.M., Egan,M.F., Weinberger,D.R. and Goldberg,T.E., 2007. Factor analysis of neurocognitive tests in a large sample of schizophrenic probands, their siblings, and healthy controls. *Schizophr Res*. 94, 231-239.
- Kay,S.R., Fiszbein,A. and Opler,L.A., 1987. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull*. 13, 261-276.
- Kravanti,E., Morris,R.G., Rabe-Hesketh,S., Murray,R.M. and Frangou,S., 2007. Comparative profile analysis of cognitive function in recent-onset and chronic patients with adolescent-onset schizophrenia. *Schizophr Res*. 94, 240-244.
- LANDIS,C., 1954. Determinants of the critical flicker-fusion threshold. *Physiol Rev*. 34, 259-286.
- Lieberman,J.A., Stroup,T.S., McEvoy,J.P., Swartz,M.S., Rosenheck,R.A., Perkins,D.O., Keefe,R.S., Davis,S.M., Davis,C.E., Lebowitz,B.D., Severe,J. and Hsiao,J.K., 2005. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med*. 353, 1209-1223.
- Miller,D.D., 2004. Atypical antipsychotics: sleep, sedation, and efficacy. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 6, 3-7.
- Pellizzer,G. and Stephane,M., 2007. Response selection in schizophrenia. *Exp Brain Res*. 180, 705-714.
- SAUCER,R.T. and SWEETBAUM,H., 1958. Perception of the shortest noticeable dark time by schizophrenics. *Science*. 127, 698-699.
- Schneider,C.W., 1968. Behavioral determinations of critical flicker frequency in the rabbit. *Vision Res*. 8, 1227-1234.
- Xia,J. and Li,C., 2007. Problem solving skills for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. CD006365.

Risperidon, Aripiprazole en Seksuele functiestoornissen



Rikus Knegtering, Han Bous, Sjoerd Sytema, Durk Wiersma

Afdeling psychosen, Universitair Centrum Psychiatrie van het Universitair Centrum Psychiatrie Groningen en het Rob Giel onderzoekscentrum, Universiteit van Groningen

Rationale

Antipsychotica veroorzaken naast gewenste effecten als bestrijding van psychotische symptomen ook ongewenste effecten (bijwerkingen). Veruit de meeste antipsychotica zijn (postsynaptische) dopamine antagonisten. Blokkade van dopamine door antipsychotica vindt plaats o.a. in het limbische systeem. Dit wordt in verband gebracht met (een deel van de) antipsychotische effecten. Dopamine blokkade in de hypothalamus leidt tot verhoging van prolactine in het bloed.

Dopamine blokkade evenals prolactine verhoging dragen waarschijnlijk beide bij tot het optreden van seksuele functiestoornissen (Knegtering e.a. 2008)

Risperidon en de metabooliet 9-hydroxy-risperidon zijn dopamine antagonisten (met hoge affiniteit voor de dopamine receptor). Prolactine in het bloed wordt vrij sterk verhoogd. De antipsychotische effecten gaan bij doseringen van 3 tot 4 mg/dag gepaard bij zo'n 50-60% van de gevallen gepaard met seksuele functiestoornissen zoals vermindering van libido, orgasme en ejaculatie (Knegtering et al 2003-2007).

Aripiprazole is een dopamine antagonist en agonist (met hoge affiniteit voor de dopamine receptor), toegepast als antipsychoticum (7.5-30mg/dag) gaat gepaard met geringe verhoging van prolactine. Effecten op seksueel functioneren waren bij aanvang het onderzoek niet onderzocht.

Vraagstelling

Wat is de invloed van aripiprazole op seksueel functioneren en prolactine spiegels in het bloed in vergelijking met de bekende effecten van risperidone (zie hiervoor).

Onderzoeks ontwerp

Er werd een open, gerandomiseerd onderzoek uitgevoerd naar de effecten van risperidon (2-6 mg/dag) versus aripiprazole (7.5 – 30 mg/dag). Seksueel functioneren (Antipsychotics and Sexual Functioning Questionnaire (ASFQ) en het prolactine gehalte in het bloed werden na 6 weken behandeling geëvalueerd. De effectiviteit van de behandeling werd geëvalueerd met de Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) (zie figuur 1).

Inclusie criteria

Indicatie voor antipsychotica gebruik (psychose, bijwerkingen bij een vorig antipsychoticum, onvoldoende effect vorig antipsychoticum), tussen 18 en 40 jaar oud, bereidheid aan het onderzoek mee te doen.

Figuur 1 Onderzoeksontwerp



Resultaten/inclusie (details zie figuur 2)

42 patiënten kwamen in aanmerking voor het onderzoek. Elf patiënten deden uiteindelijk niet mee. Van de 31 patiënten die startten vielen 5 patiënten, allen in de aripiprazole groep af (reden: onrust en/of slapeloosheid). 27 mensen (7 vrouw) maakten de studie af. Hierna worden de resultaten besproken van hen die het onderzoek afmaakten. De gemiddelde dosis van aripiprazole was 14.1 (SD 6.00) mg/dag (7.5-30 mg/dag) en risperidone 3.1 (SD 1.25) mg/dag (1-5 mg/day).

Figuur 2 resultaten/inclusie



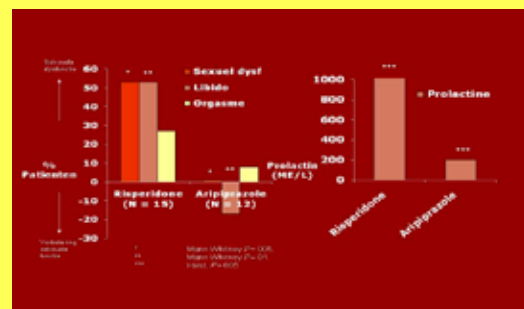
Resultaten/effectiviteit

Er waren geen significante verschillen in effectiviteit (gemeten met PANSS en globale klinische verbetering (CGI)).

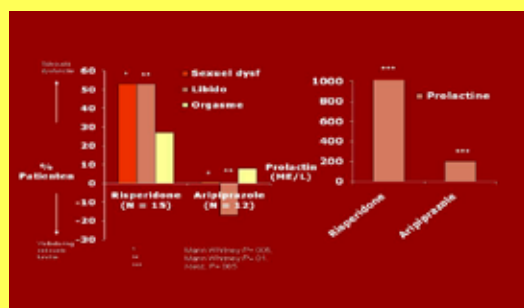
Resultaten/seksuele functiestoornissen (zie figuur 3)

Van de patiënten met risperidon meldde de helft seksuele functiestoornissen (libido en orgasme). Een vrouw met aripiprazole meldde seksuele functiestoornissen, drie patiënten meldden verbetering van seksueel functioneren. Prolactine was significant verhoogd bij patiënten met risperidone. Aangezien de meeste deelnemers aan het onderzoek mannen waren zijn details te presenteren in figuur 4.

Figuur 3 seksuele functiestoornissen (beide sexen)



Figuur 4 seksuele functiestoornissen mannen



Conclusies

- Vijf van de 17 patiënten die aripiprazole gebruikten (29%) maakten de studie niet af wegens onrust
- Er waren geen significante verschillen in effectiviteit.
- Conform eerdere studies meldde 50% van de patiënten die risperidon gebruikten seksuele functiestoornissen, een significant verschil met patiënten die aripiprazole gebruikten (1 patiënt seksuele functiestoornissen, 3 meldden verbetering van seksueel functioneren).
- Prolactine was sterk verhoogd bij patiënten die risperidon gebruikten en niet in de aripiprazole groep.

Het onderzoek werd mede mogelijk gemaakt door een onvoorwaardelijke bijdrage van Brytol-Meyers Squibb.

Poster ontwerp: TREF R&A email: safan@orange.nl

Correspondentie: email: H.Knegtering@psy.umcg.nl



EHEALTH, 2015



Tweedaagse nascholing Psychosen in Oranjestad, 2019



NNNSA Symposium, 2019



NNNSA programma, 2019



RGOc Stuurgroep bij ondertekening nieuwe samenwerkingscontract, 2019



RGOc Symposium Leren van elkaar, 2019



RGOc-reeks



Stuurgroep RGOc, 2017



Tedtalk van Hanneke Wigman, 2019

Colofon**Samenstelling**

RGOc 20 jaar: Meike Bak, Agna Bartels, Jooske van Busschbach,
Edith Liemburg en Berta Oosterloo

Vormgeving

Klaas van Slooten | GOF

Foto's

De foto's zijn afkomstig uit het fotoarchief van het RGOc