

Terugblik

Opening prof dr Durk Wiersma

10^{de} RGOc symposium
Het Rob Giel Onderzoekcentrum
www.rgoc.nl

Huishoudelijke Mededelingen

- Zet uw gsm uit !
- Tentoonstelling over vaktherapieën is verzorgd door beeldend therapeuten van Lentis
- Accreditatiepunten
 - *Register voor Vaktherapeutische Beroepen: één*
 - *Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie: drie*
 - *Federatie van Gezondheidszorg Psychologen: geen (beroepsprocedure loopt).*
- Vergeet niet het evaluatieformulier in te vullen?

De Founding Fathers van het RGOc 2000



Oprichting van het RGOc



Organisatie RGOc

- Convenant tot samenwerking
- Stuurgroep: leden RvB van Lentis, GGz Friesland, GGz Drenthe en UCP/UMCG
- Kernformatie (~ 4 FTE): programmaleider, senior-onderzoekers, junior-onderzoekers / onderzoeksassistenten, database-management, secretariaat/PR
- Wetenschappelijk Beraad, Beraad Forensische Psychiatrie, OPS, Wetenschappelijk Platform
- Onderzoeksprojecten
- Symposia, nieuwsbrieven, RGOc reeks

Missie en Doelstellingen RGOc

- Patientgebonden en zorggericht onderzoek
- Kwaliteit en (kosten-) effectiviteit van interventies van farmacologische, psychologische en sociale aard
- Bijdrage aan Evidence Base van de psychiatrie en de geestelijke gezondheidszorg (o.a. richtlijnen)
- Brug tussen universiteit en regionale GGz

I. Wat waren de Ontwikkelingen?

- Groei van onderzoeksactiviteiten (50%)
- Internationale samenwerking
 - Arbeidsrehabilitatie
 - Gestructureerde communicatie client-hulpverlener
 - Kwaliteit van zorg residentiele voorzieningen
- Nationale samenwerking
 - Casusregister
 - Mesifos, Phamous, Utopia, rehabilitatie
 - GROUP

II. Wat waren de Ontwikkelingen?

- Subsidies, intern en extern (2009: 900K)
- Kernformatie RGOc stabiel
- Uitbreiding participanten RGOc?
- ROQUA: routine outcome and quality assessment
 - Convenant en overeenkomst inzake testmanager, opzet en uitvoering
 - Stuurgroep van 6 leden + uitbreiding
 - Formatie projectleider (Sytema), databasemanager en programmeurs.

I. Wat hebben we bereikt en wat niet?

- Inzicht in (kosten-) effectiviteit van interventies:
 - *gerichte medicamenteuse therapie bij 1^{ste} psychosen,*
 - *HIT en CGT bij chronische psychosen,*
 - *rehabilitatie, klinische echtpaartherapie, lotgenotencontact, etc ...*
 - zie richtlijn schizofrenie
- Epidemiologische informatie t.a.v.
 - *(Zorg in) residentiele en ambulante woonzorg,*
 - *Bijwerkingen en somatische co-morbiditeit, etc.....*
- Ontwikkeling van instrumenten
 - *kwaliteit van woonzorg,*
 - *subjectieve effecten van antipsychotica,*
 - *stemmen horen,*
 - *sociale cognitie bij kinderen,*
 - *Triade kaart, etc*

II. Wat hebben we bereikt en wat niet?

- Veel onderzoek nog gaande in uitvoering en publicaties
 - *behandelevaluatie in forensische psychiatrie,*
 - *vaktherapieën,*
 - *ACT+,*
 - *verbetering ziekte inzicht bij schizofrenie,*
 - *inzet van webtechnologie bij behandeling schizofrenie,*
 - *rTMS bij hallucinaties en negatieve symptomen,*
 - *neurocognitie en atypische antipsychotica, etc*
- Circa 300 publicaties in PubMed in laatste 10 jaar

III. Wat hebben we (nog) niet bereikt?

- Implementatie HIT
- Betekenis van zorgprogramma's voor verschillende typen stoornissen (affectieve, psychotische, persoonlijkheid) m.b.v. ROM,
- Vroegdetectie en interventie van potentieel ernstige psychische stoornissen (versterking van secundaire preventie)

RGOc-reeks: 1 oratie en 8 Dissertaties

- 2004 Evidentie voor de geestelijke gezondheidszorg (Wiersma)
- 2006 Cognitive Self-therapy A contribution to long-term treatment of depression and anxiety (Peter den Boer)
- 2006 Antipsychotic treatment strategies and early course of first episode psychosis (Lex Wunderink)
- 2007 Economic evaluation in mental health care (Dennis Stant)
- 2008 Bereaved by suicide (Marieke de Groot)
- 2009 Guided peer support groups for psychosis (S. Castelein)
- 2009 Pharmacogenetics of antipsychotic-induced Parkinsonism and Tardive dyskinesia (Asmar Al Hadity)
- 2010 Drug safety in patients with psychotic disorders (S.Schorr)
- 2010 Desired and undesired effects of antipsychotic treatment from a patients perspective: the psychometric evaluation of a self-rating instrument (Hugo Wolters)

RGOC-reeks: 19 eindverslagen onderzoek

- Huisartsen en ggz (1, 14)
- Vragenlijst over sociaal gedrag (2)
- Stemmenonderzoek (3, 4)
- ADHD en ASS bij volwassenen (6)
- Zorg chronische patiënten (7)
- Arbeidsrehabilitatie (9)
- Psychiatrische woonzorg RIBW (16, 19)
- Betrokkenheid familie Triadekaart (20)

15 symposia en werkconferenties

- Effectregistratie (2002) en ROM (2010)
- Casusregister noorden (2006)
- Forensische psychiatrie (2003)
- Woonzorg in de psychiatrie (2004/08)
- Depressie in de eerste en tweede lijn (2004)
- Voor- en nadelen van antipsychotica (2005)
- Rehabilitatie (2007)
- Vaktherapie en ROM (2010)

Hoe staan we thans er voor?

- Ruim 60 onderzoeksprojecten
- Veelal samenwerking tussen instellingen in Noorden maar ook landelijk
- Ruim een kwart (18 projecten) betreft RCT naar interventies bij ernstige psychiatrische aandoeningen
- Omvang kernformatie RGOC+RoQua+Register: 9 FTE voor 15 personen (budget 700K)
- Wetenschappelijk platform: 20 FTE voor 90 personen onder wie 19 senior-onderzoekers, 35 behandelaar-onderzoekers en 24 promovendi
 - met disciplinaire achtergrond: psychiater, psycholoog, socioloog, bioloog, bewegingswetenschapper, verpleegkundige

Waar gaan we heen?

- Inzicht in de ontwikkelingen in de zorg
- Evidentie van (kosten)effectiviteit van interventies
- *Verbreding van doelgroep (niet alleen EPA/SMI)*
- *Gebruik van ROM data*

De Toekomst van de volgende 10 jaar

- Wat behelst die toekomst?
- Is het RGOC er klaar voor?
- Het woord daarover aan hoogleraar psychiatrie UCP Robert Schoevers om 16.45 uur

Afscheidssymposium Durk Wiersma

- Donderdag 7 juli 2011 in blauwe zaal van UMCG
- Sprekers Helen Killaspy (Londen), Tom Burns (Oxford), Jim van Os (Maastricht), René Kahn (Utrecht), Mark van der Gaag (VU Amsterdam), Jaap van Weeghel (Tilburg)
- Onderwerpen:
 - kwaliteit van zorg voor LZA cliënten,
 - arbeidsrehabilitatie en andere psychosociale interventies,
 - samenspel van genetische kwetsbaarheid en omgeving in ontstaan en beloop van psychotische stoornissen
- Afscheidsrede: 'iets over schizofrenie en psychotische stoornissen'



*Vaktherapie
en de moeizame weg van
geitenwol naar evidence based...*

**Op zoek naar profileringkansen
voor vaktherapeuten**

FVB
Federatie voor Vaktherapeutische Beroepen

drs. Luuk Sietsma
Voorzitter Federatie voor Vaktherapeutische Beroepen
www.vaktherapie.nl

Dank!

Symposium
Rob Giel Onderzoekcentrum

7 december 2010, 13.30 uur, De Kimmie, Lentis

**Over Vaktherapie en over
Routine Outcome Monitoring (ROM)**
met een blik op de toekomst

RGOC

referaat FVB symposium RGOC 7-12-2010

Opzet referaat

- ▶ Wat is Vaktherapie en de FVB?
- ▶ Profileringsterreinen Vaktherapie

referaat FVB symposium RGOC 7-12-2010

stelling 1

**De afkorting FVB
staat voor Federatie
Vaktherapeutische
Beroepen**

referaat FVB symposium RGOC 7-12-2010

Stelling 2

**We hebben als beroepen
geen herkenbaar
gezamenlijk gezicht**

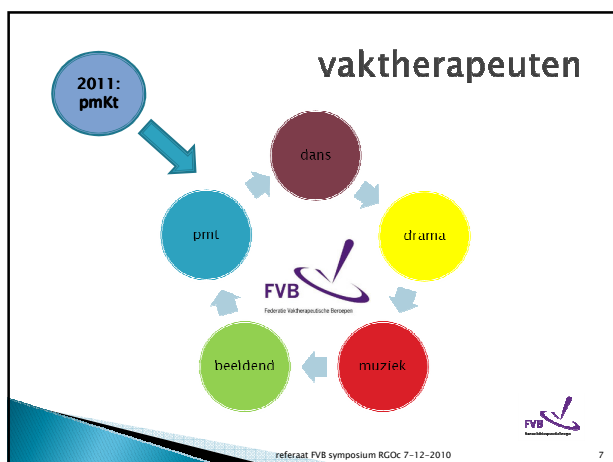
▶ http://www.youtube.com/watch?v=dHg4_ASb_rl

referaat FVB symposium RGOC 7-12-2010

Stelling 3

**De FVB heeft 5 leden:
de vijf beroeps-
verenigingen**

referaat FVB symposium RGOC 7-12-2010



Opdracht beleidsplan 2010-2014

De FVB **gaat als een beroepsvereniging functioneren die nadrukkelijk de communicatie zoekt met maatschappelijke partners.**

referaat FVB symposium RGOC 7-12-2010

8

Profileren beroep

- ▶ Beroep in zwaar weer als gevolg van
 - Maatregelen (G)GZ
 - Betalingsystematiek
 - Verdwijnen afdelingen CT en/of PMT
 - Bijdrage aan zorgprogramma en evidence based onderzoek

referaat FVB symposium RGOC 7-12-2010

9

Drie profileringsterreinen

referaat FVB symposium RGOC 7-12-2010

10

Het beroep Vaktherapeut

- ▶ Lastige beroepsaanduiding
- ▶ VT'ers spelen tegen elkaar
- ▶ Gezamenlijke koepelbegrip
- ▶ Onvertaalbare merknaam
- ▶ Geuzennaam..
- ▶ V.A.K.-therapie: **Voor Alle Klachten...**

referaat FVB symposium RGOC 7-12-2010

11

Van VTB naar VT....

- ▶ Beleidsplan FVB 2010-2015
- ▶ Accent op externe communicatie
- ▶ Niet uitgaan van de verschillen tussen, maar de overeenkomsten van de beroepen
- ▶ VT = een beschermde merknaam
- ▶ Beroepscompetentieprofiel VT in ontwikkeling: samenwerking FVB en GGZ Nederland (2012)

referaat FVB symposium RGOC 7-12-2010

12

Branche onderzoek 2010

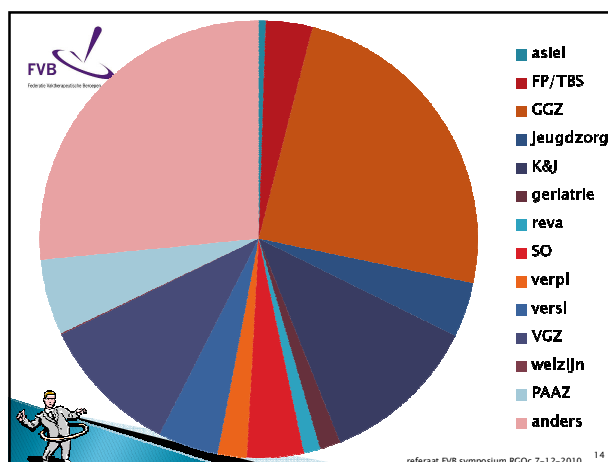
- ▶ VT Verhouding vrouw : man = 6 : 1
 - Uitschieters: Dans (49:1) en PMT (2,5:1)
- ▶ Leeftijd:
 - accent 25-30 jaar
 - Weinig ouderen (9%: boven 50 jaar)
- ▶ Afgeronde (Ba) opleidingen:
 - beeldend>pmt>drama>muziek>dans
- ▶ Werkzaam in>>>



referaat FVB symposium RGOC 7-12-2010



13



referaat FVB symposium RGOC 7-12-2010

14

VT: schaap met 5 poten...

- ▶ Geen consistentie opleidingsnamen en beroepsaanduidingen
- ▶ Inconsistente naamgeving Ba en Ma
- ▶ Verschil in bekostiging
- ▶ Uitleggen aan overheid, zorgverzekeraar, werkgevers/managers?
- ▶ Internationalisering en mobilisering?



referaat FVB symposium RGOC 7-12-2010



15

Toekomst...??

- ▶ Harmonisatie in de taal
- ▶ Vaktherapie als **beroepsnaam**???

VT Muziek, Beeldend, Drama, Dans, Bewegen, etc



referaat FVB symposium RGOC 7-12-2010



16

Beroep en scholing



- ▶ Opleidingslijnen duidelijker:
 - Wettelijk (NVAO) erkende Bachelor of Master
- ▶ Bachelor:
 - Creatieve Therapie
 - beeldend, drama, dans, muziek
 - Muziek (onderdeel kunstopleidingen)
 - Psychomotorische Therapie
- ▶ HBO Master:
 - PMT(1x), Arts (2x)
- ▶ WO master:
 - PMT: FBW VU Amsterdam



referaat FVB symposium RGOC 7-12-2010



17

Beroep en scholing



- ▶ Toekomst: opleidingen VT?
 - Startbekwaamheid VT
 - Interne differentiatie: multi-media-speler
 - Keuze mogelijkheden student
 - Bredere inzetbaarheid in werkveld
 - Afname kwetsbaarheid



referaat FVB symposium RGOC 7-12-2010



18

Beroep en registratie

- ▶ Lidmaatschap >>> Stichting Register Vaktherapeutische Beroepen (SRVB)
 - <http://www.registervaktherapie.nl/>
- ▶ (Basis)register en seniorregister
- ▶ Kwaliteitskader voor beroep, overheid, zorgverzekeraars, werkgevers, etc.
- ▶ Registratie en herregistratie door scholing, supervisie, bestuursactiviteiten, etc.



referaat FVB symposium RGOC 7-12-2010

19

Tabel 1: Indeling van de methodologische kwaliteit van individuele onderzoeken

	Interventie	Diagnostische accurate onderzoek	Schade of bijwerkingen, etiologie, prognose*
A1	Systematische review van ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A2-niveau		
A2	Gerandomiseerd dubbel-blind vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit van voldoende omvang	Onderzoek ten opzichte van een referentietest (een 'gouden standaard') met tevoren gedefinieerde afkappwaarden en onafhankelijke beoordeling van de resultaten van test en gouden standaard, betreffende een voldoende grote serie van opeenvolgende patiënten die allen de index- en referentietest hebben gehad	Prospectief cohortonderzoek van voldoende omvang en follow-up, waarbij adequaat gecontroleerd is voor confounding en selectieve follow-up voldoende is uitgesloten
B	Vergelijkend onderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 (hieronder valt ook patiënt-controleonderzoek, cohortonderzoek)	Onderzoek ten opzichte van een referentietest, maar niet met alle kenmerken die onder A2 zijn genoemd	Prospectief cohortonderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2, of retrospectief cohortonderzoek of patiënt-controleonderzoek
C	Niet-vergelijkend onderzoek		
D	Mening van deskundigen		

referaat FVB symposium RGOC 7-12-2010

20

Onderzoek ..om te overleven (2)

- ▶ Lopende promotieonderzoeken
 - 8 x PMT
 - 1 x drama, 1 x beeldend, 3 x muziek
- ▶ Veel modules en protocollen (21)
- ▶ Publicaties: Tijdschrift voor Vaktherapie
- ▶ Recent: Onderzoek naar onderzoek in de PMT
 - Onderzoeksaffiniteit?

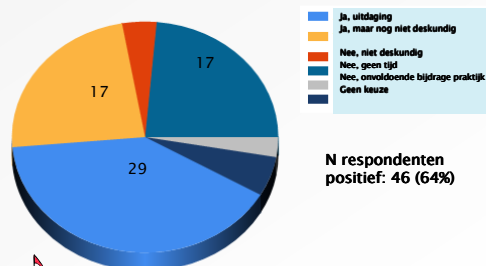


referaat FVB symposium RGOC 7-12-2010

21

Onderzoek in de psychomotorische therapie

Zou jij en/of je sectie een bijdrage willen leveren aan het doen van onderzoek?



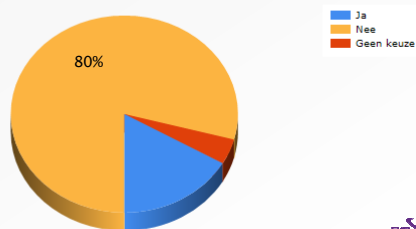
referaat FVB symposium RGOC 7-12-2010

22

Onderzoek in de psychomotorische therapie

VRAGEN ACTUEEL PMT ONDERZOEK

Loopt er momenteel in jouw sectie/bij jou op het werk een PMT onderzoek?

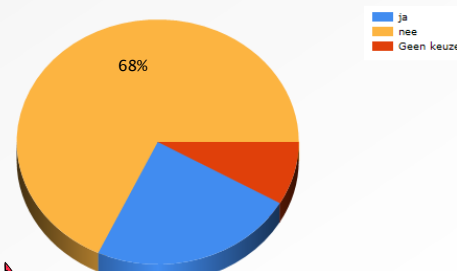


referaat FVB symposium RGOC 7-12-2010

23

Onderzoek in de psychomotorische therapie

Is er voor zover je nu weet onderzoek gaande op jouw instelling dat van belang kan zijn voor de PMT?

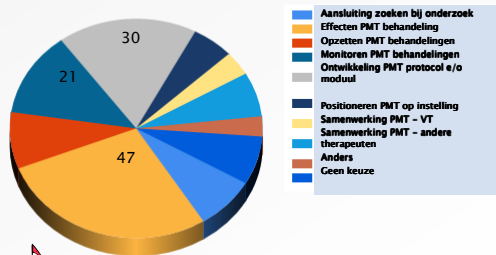


referaat FVB symposium RGOC 7-12-2010

24

Onderzoek in de psychomotorische therapie

In mijn sectie/bij mij op het werk lenen de volgende onderwerpen zich mogelijk voor het opzetten van PMT onderzoek in de nabije toekomst (meerdere antwoorden mogelijk):



referaat FVB symposium RGOC 7-12-2010

25

Onderzoek: in progress

- ▶ In ontwikkeling: (data) onderzoek VT
 - Cohort onderzoek
 - RCT onderzoek
 - Evidence based, practice based
- ▶ Samenwerking
 - verschillende lectoraten
 - Instituten
- ▶ Hogescholen: onderzoek bachelorniveau
- ▶ Universiteiten: onderzoek masterniveau

referaat FVB symposium RGOC 7-12-2010

26

Conclusies

- ▶ Veel in ontwikkeling 
- ▶ Groeiende bewustwording
- ▶ Calimero gevoel afschudden
- ▶ Ready for MAKE OVER:
 - Trendy geitenwol...?

referaat FVB symposium RGOC 7-12-2010

27

Vaktherapie

De eerste stappen naar evidence



1. Inventarisatie vaktherapeuten Noordelijke GGZ
2. Verkennende studie naar effectiviteit van vaktherapie
3. Samen basis voor brede effectstudie in 2012

Liza Aerts

Rob Giel Onderzoekcentrum

Vaktherapie, leren door te doen.

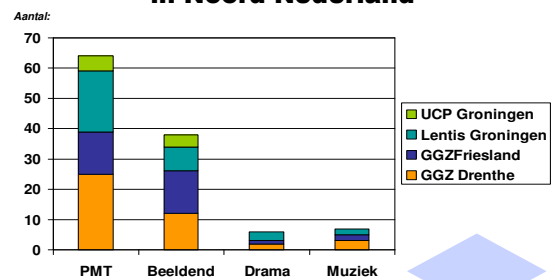


1. Inventarisatie: goede respons

- Meeste vaktherapeuten werkzaam in GGZ
- 27 geregistreerde eigen praktijken in Noord Nederland

	Respons	Totaal
Inventarisatie 1: werkomvang	90%	125
Inventarisatie 2: profiel	70%	115

Vooral PMT en Beeldend therapeuten in Noord Nederland



Ervaren beroepsgroep met veel patientcontacten, vooral groepen

- 87 fte aanstellingsomvang van 115 vaktherapeuten
- Gemiddelde werkweek van 27 uur met 7 individuele patienten en 5 groepen
- 5000 patientencontacten per week, 80% in groepstherapie
- Volwassenenzorg, een enkeling werkt alleen met kinderen of ouderen
- Vertegenwoordigd in alle behandel settingen
- 15 jaar werkervaring als vaktherapeut, 12 jaar bij huidige werkgever
- Een op de drie vaktherapeuten heeft post-HBO of Masterdegree
- 71% is lid van een vaktherapeutische beroepsvereniging
- 37% is geregistreerd bij het beroeps kwaliteitsregister SRVB

Voornaamste behandeldoel gericht op autonomie versterking

Allen: 73% verbeteren zelfvertrouwen en zelfbeeld
 28% contact maken met gevoelsleven
 27% emoties reguleren/uiten

PMT-ers: grenzen bepalen/voelen/aangeven
 spanningsregulatie, leren ontspannen
 agressieregulatie
 lichaamsbeleving/signalen herkennen

Beeldend: verwerking en plaatsgeving

2. Verkennende studie naar effectiviteit

- Onderzoeksvraag** : Verbetering in psychisch functioneren vier maanden na start vaktherapie is er verschil tussen de vaktherapieën
- Beperkingen** : geen vergelijkingsgroep, vaktherapie altijd aanvullend aangeboden meetinstrumenten specifiek en sensitief genoeg?
- Opzet** : pre-post studie
- **Inclusie** : binnen periode van vier maanden
Alle met vaktherapie startende volwassen patiënten
 - **Exclusiecriteria** : weigering
niet in staat vragenlijsten in te vullen
korter dan 3 mnd geleden vaktherapie gehad
 - **Meetmomenten** : pre meting bij aanvang vaktherapie
post meting na vier maanden

Gebruikte meetinstrumenten

Gegevensverzameling:

- Respondenten: sociodemografie, activiteiten, zorgduur, zorgconsumptie,
- Vaktherapeuten: DSM IV diagnose, aantal sessies, therapiedoelen

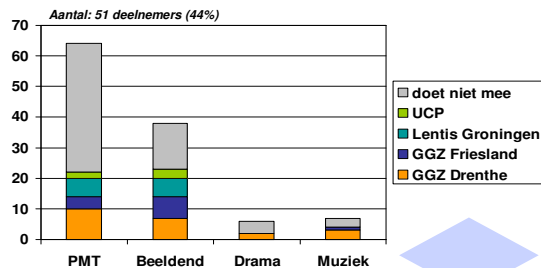
Primaire uitkomstmaat:

- Psychische klachten en functioneren (OQ-45.2 Lambert 2004)

Secundaire uitkomstmaten:

- Kwaliteit van leven (MANSA, Priebe, 1999)
- Vertrouwen (MHCS, Carpinello, 2000)
- Lichaamsbeleving (DKB-35, Pölmann, 2007)
- Tevredenheid (CSQ, Larsen, 1979)
- Kwaliteit behandelrelatie (HAS, Priebe, 1993)

Deelnemende vaktherapeuten representatief



Meer jonge vrouwen in de deelnemersgroep

Respons:

- 392 patiënten gevraagd
- 267 hebben meegedaan (68%) > profiel
- 53 tussentijds gestopt (drop-out percentage: 20%)
- 214 informatie compleet > resultaten

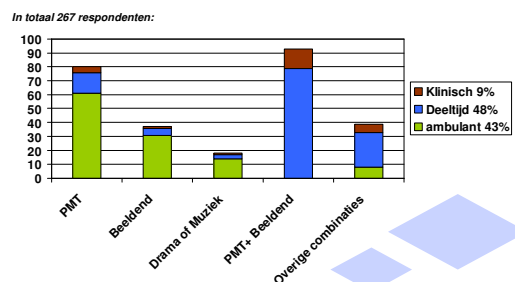
Representativiteit deelnemers t.o.v. niet-deelnemers:

- Deelnemers gemiddeld 5 jaar jonger (35 versus 40 jaar, $p < 0.001$)
- Relatief minder mannen in deelnemersgroep (34% versus 44%, $p = 0.063$)
- Drop-outs: gemiddeld 31 jaar ($p < 0.021$)

Deelnemers sinds kort of juist al langdurig in zorg

- Vrouwen in de meerderheid (66%) en gemiddeld 3 jaar jonger (34 jaar versus 37 jaar)
- 51% heeft baan of volgt opleiding
- 43% is werkloos of arbeidsongeschikt
- 70% heeft een emotionele stoornis
- 50% heeft een diagnose persoonlijkheidsstoornis
- **Zorgduur:**
 - minder dan 2 jaar: 50%
 - 2 tot en met 5 jaar: 16%
 - langer dan 6 jaar: 34%
- Vaktherapie vrijwel altijd aanvullende behandeling; 62% ziet ook psychiater, 60% psycholoog, 55% gebruikt medicatie, 37% psychotherapie, 35% zorgcoördinator

Verdeling respondenten per behandelsetting en vaktherapie



60-70% van de respondenten is verbeterd op alle schalen

N = 214	Gem. score op T1 (sd)	Gem. score op T2 (sd)
Psychische klachten en functioneren; OQ-45 totaalscore	80.0 (23)	72.2 (23)***
Kwaliteit van Leven; MANSA gemiddeld cijfer	4.1 (0.8)	4.4 (0.9)***
Vertrouwen in eigen mogelijkheden; MHCS totaalscore	62 (13)	68 (11)***
Lichaamsbeleving; DKB totaalscore	99.9 (22)	103.4 (22)***

***p<0.001

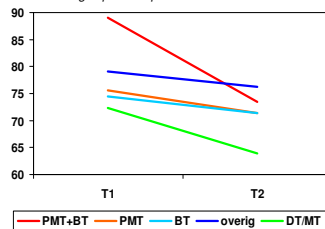
Redelijk tot zeer tevreden met vaktherapie en vaktherapeut

	Gemiddeld cijfer (sd)	Min – max waarde
Tevredenheid met vaktherapie; CSQ	3.2 (0.5)	1 – 4
Waardering behandelrelatie door respondent; HAS	7.8 (1.3)	0 – 10
Waardering behandelrelatie door vaktherapeut; HAS	7.5 (0.9)	0 – 10

- 53% gemiddeld tevreden, 37% zeer tevreden, 10% ontevreden
- Ambulant of korter dan 2 jaar in zorg > meer tevreden
- Tevredenheid zegt weinig over of het ook beter gaat

Meer verbetering bij behandelcombinatie PMT en Beeldend

Verandering in punten op OQ totaalscore:

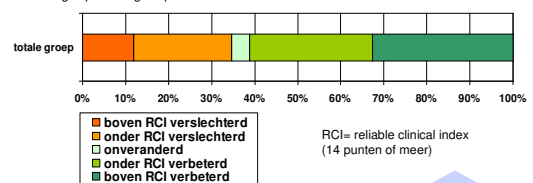


	N	
PMT+BT	69	15.2**
PMT	67	4.1
BT	32	3.1
overig	28	2.7
DT/MT	15	6.8

**P<0.01

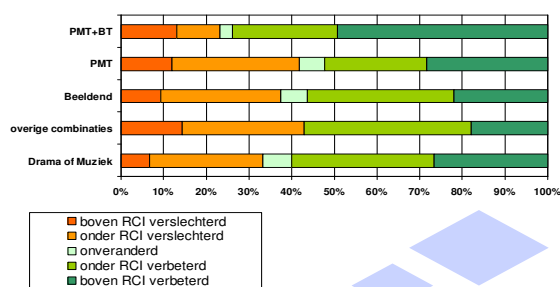
Een derde heeft klinisch relevant minder psychische klachten

Verandering in percentages op OQ totaalscore:



RCI= reliable clinical index (14 punten of meer)

..per vaktherapie:



PMT + Beeldend; een ideale combinatie?

- Alleen combinatie PMT + Beeldend draagt significant bij aan mate van klachtvermindering volgens de OQ-45
- Verder alleen persoonlijkheidsstoornis factor van betekenis in negatieve zin

Respondenten met PMT + Beeldend niet verschillend van andere groepen, behalve:

- behandelsetting: 80% in deeltijdbehandeling, rest klinisch
- Intensiever zorgprogramma; tweemaal zoveel zorgcontacten en meer vaktherapeutische sessies gehad dan overige groepen in onderzoeksperiode

Kortom

- Meer zicht op profiel van de vaktherapeut en diens patiënten. De basis voor verder onderzoek is gelegd
- Voor hele groep geldt dat er sprake is van niet hele grote, maar wel significante effecten op alle schalen en de tevredenheid is groot
- Behandelcombinatie PMT+BT lijkt meest effectief
- Vooralsnog geen verschillen in uitkomst en profiel tussen vaktherapieën zelf > nadere analyse van o.a. bereikte doelen
- Belangrijke beperkingen blijven aandachtspunten voor vervolg: goede vergelijkingsgroep, meetinstrumentarium, vaktherapie als aanvullende behandeling

Hoe verder

- Rapportage van inventarisatie en studie: voorjaar 2011
- Lopende subsidieaanvraag bij ZonMW: effectstudie in 2012
 - RCT, noordelijke GGZ instellingen en UCP
 - Ambulante patiënten met emotionele stoornissen, nieuw in zorg
 - Standaardzorg (CC) versus standaardzorg plus PMT en/of BT
 - N=300
 - Follow-up na 6, 12 en 18 maanden
- Zo mogelijk opzet van kleinere, eventueel landelijke RCT's met specifiekere doelgroepen en behandelmodule voor Drama en Muziektherapie

Dank je wel:

- Vaktherapeuten voor jullie enthousiaste medewerking
 - Werkgroep Onderzoek Vaktherapie:
 - Gerrit Maliepaard (GGZ Drenthe)
 - Peter Wartena, Herma Betten (GGZ Friesland)
 - Marieke Dorhout (Lentis)
 - Carry Kappelhof, Mimy ter Braak (UMCG)
 - Ruud Bosscher, Mia Scheffers (VU/Windesheim)
 - Durk Wiersma en Jooske van Busschbach (RGOc)

Vaktherapieën in de richtlijn Zit er muziek in? Of is het drama?

Dr. Stynke Castelein, Lentis & RGOc
10de RGOc-congres, 7 december 2010



Richtlijn schizofrenie



- 2005
- Update 2010: nu in commentaarfase
- Zie ook: www.ggzrichtlijnen.nl

Richtlijn angststoornissen



- 2003
- Addendum ouderen (2008)
- Gratis downloaden op: www.trimbos.nl
- 22.95 euro
- Samenvatting
- Patiëntenversie
- Update 2009

Richtlijn depressie



- 2005
- 2009: Addendum Depressie bij Jeugd
- Update 2010

Nog meer richtlijnen?

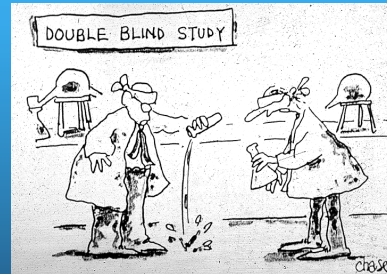
- PORT uit de Verenigde Staten
- NICE uit Groot Brittannië

Hoe evidentie bepalen?



Hoe evidentie bepalen?

- CBO: Ebro-methode
(zie: <http://www.cbo.nl/thema/Richtlijnen/EBRO-handleiding/>)
- Verschillende levels of evidence:
 - A1 Systematische review van minimaal 2 A2 studies
 - A2 Gerandomiseerd dubbelblind
 - B Vergelijkend onderzoek, maar niet kenmerken A2
 - C Niet vergelijkend onderzoek
 - D Mening deskundigen



Niveau van conclusies

- Niveau 1= Onderzoek van niveau A1 of tenminste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau A2
- Niveau 2= 1 onderzoek van niveau A2 of tenminste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B
- Niveau 3= 1 onderzoek van niveau B of C
- Niveau 4= Mening van deskundigen

Welke vaktherapieën?

1. Psychomotorische therapie & bewegingsactivering
2. Danstherapie
3. Beeldende therapie
4. Dramatherapie
5. Muziektherapie

Schizofrenie

Bewegingsactivering en PMT bij schizofrenie

- Bewegingsactivering:
 - positief effect op negatieve symptomen (niveau 2), gewicht en BMI (niveau 1), lange termijneffecten van dergelijke programma's zijn onbekend.
- Aanbevolen bij: overgewicht, slechte conditie & negat sympt
- Welke vorm? Welke omvang? Frequentie?



Nog onbekend!

Danstherapie bij schizofrenie

- **Niveau 2:** Er is zeer beperkte evidentie dat danstherapie een gunstig effect heeft op negatieve symptomen tot 4 mnd F.U. (Röhricht, 2006). Geen effect op positieve symptomen, totaalscore op PANSS en KvL.
- De werkgroep beveelt danstherapie uitsluitend aan als het gepaard gaat met wetenschappelijk onderzoek.

Niet aanbevolen bij schizofrenie

Beeldende therapie

Niveau 3: Klein effect op negatieve symptomen (SANS) na 20 wkn behandeling t.o.v. standaardzorg (B: Richardson, 2007). Geen effect op KvL en sociaal functioneren.

Dramatherapie

Niveau 3: Beperkte evidentie o.g.v. negatieve symptomen (B Qu, 2000) en zelfwaardering (B Zhou, 2002).

Generaliseerbaar? Slechts 1 v.d. 5 studies in Europa (Nitsun, 1974), rollenspel: 50% drop-out

Muziektherapie



Muziektherapie bij schizofrenie

- Verschillende meta-analyses hebben inconsistente bevindingen over globaal functioneren (Cochrane 2005; Cercone 2008; Gold 2009)
- **Niveau 2:** Zij stemmen wel overeen m.b.t. **negatieve symptomen!** (B Yang 1998; A2 Talwar 2006; B Ulrich 2007)
- Muziektherapie wordt aanbevolen bij patiënten met ernstige negatieve symptomen
- Vergt actieve participatie: 5 sessies p/w voor 1-3 mnd!
- W.O. naar follow-up nodig

Interventies	Uitkomst-maten	Aantal studies	N	Statistiek	Effect (95% CI)
CGT	PANSS negatieve symptoom score, SANS (12-24 mnd follow up)	4	609	SMD (IV, Random, 95% CI)	-0.29 [-0.56, -0.01]
Vaktherapieën (drama, dans, muziek)	Negatieve symptoom score (PANSS; SANS) - A.h. eind v.d. behandeling	5	294	SMD (IV, Fixed, 95% CI)	-0.59 [-0.83, -0.36]
Alleen: Muziektherapie	Negatieve symptoom score (PANSS; SANS) - A.h. eind v.d. behandeling	3	178	SMD (IV, Fixed, 95% CI)	-0.57 [-0.87, -0.26]

Is er nieuwe evidentie bij schizofrenie?

- **JA, MEER EVIDENTIE**
PMT, dans & muziektherapie
- **JA, MINDER EVIDENTIE**
- **GELIJKE EVIDENTIE (goed, goed)**
- **GELIJKE EVIDENTIE (laag, laag)**
Beeldende therapie en dramatherapie



Hoe zit het bij angst?

PMT & dans bij angst

- Lichamelijke inspanning: bescheiden anxiolytisch effect (B Petruzello 1992, niveau 3)
- Progressieve relaxatie: ontspanningsoefeningen hebben bescheiden effect op angstvermindering (B Paterson 1987, niveau 2)
- Ademhalingsoefeningen: onvoldoende bewijs voor angstreductie (C Garssen 1995, niveau 3)
- Danstherapie: geen studies, mening experts (niveau 4)

Schizofrenie: niveau 2

Creatieve therapieën bij angst

Beeldende therapie, dramatherapie en muziektherapie: geen studies (niveau 4)

Referenties: meest recente uit 2001!

En bij depressie?

Vaktherapie bij depressie

- Running therapie: depressieve symptomen (niveau 2; Bosscher, 1993)
- Fysieke training: effect op depressie (niveau 2, Lawlor, 2001)
- Relaxatie: niet onderzocht (niveau 4)
- Muziek, drama, beeldend: niveau 3

Conclusies

- Vaktherapieën: meer onderzoek is nodig
 - PMT komt er het beste uit
 - Belang tonen nieuwe ontwikkelingen gepaarde gaande met onderzoek
 - Uitdaging voor vaktherapeuten
- Er zit muziek in, maar zorg voor gepubliceerde ontwikkelingen en wetenschappelijk onderzoek

Psychomotorische therapie
Agressieregulatie
Eetstoornissen

Lentis zorggroep Welnis
Universitair Medisch Centrum
Groningen

Cees Boerhout



psychomotorische therapie
PMT

Leren en ervaren door doen

Lichaamsbeleving

Bewegingsgedrag

Traditie in agressieregulatie




Boosheid en agressie
eetstoornissen

Review door Truglia et al. (2006)

Bulimisch gedrag

zelfgericht agressief gedrag

zelfbeschadigend gedrag

Fragiel zelfbeeld




Behandelen agressieproblematiek

gerichte en onderbouwde methodiek ontbreekt

Krug et al. (2008) : behandelen noodzakelijk

subtype eetstoornis
ernst van de symptomen
co-morbiditeit

boosheid

veranderde biochemie
endocrinologische disfunctie
slechtere prognose




Herwaardenen betekenis

Boosheid

Taboe → Krachtbron

Agressie

Geweld → Pro-sociale Agressie



Onderzoek
PMT – agressieregulatie – eetstoornissen

Vragen

- Ombuigen van destructieve agressie in constructieve richting: functionele balans tussen loslaten en vasthouden
- Faciliteren van het totale behandelproces

Promotoren:
Prof. dr. H.W. Hoek en Prof. dr. D. Wiersma,
Universitair Medisch Centrum Groningen



Pilotstudie PMT Module Agressieregulatie

2004 - 2006

Significant effect

bij klinisch opgenomen patiënten die agressie
overmatig internaliseren

Boerhout C. & Van der Weele K. (2007) Psychomotorische therapie
en agressieregulatie. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 2, 11-18

Direct effect van de Module op Zelf-expressie en controle (ZECV;T3-T4)

	Start M (sd)	Na M (sd)	P- waarde	Effect size
Patiënten die woede overmatig internaliseren (N=19)				
- Scores op internalisatie	31.7 (2.6)	24.8 (6.2)	0.00**	3.38
- Scores op externalisatie	15.9 (4.4)	18.4 (4.7)	0.03*	1.22

Gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek

Lentis

Rob Giel Onderzoekscentrum

Universiteit Groningen

2009 <

RCT 4-daagse dagbehandeling

gebruikelijke behandeling

gebruikelijke behandeling + Module Agressieregulatie

RCT polikliniek PsyQ

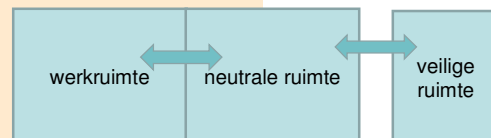
Wachtperiode + geen of minimaal contact

Wachtperiode + Module Agressieregulatie

PMT Module Agressieregulatie

1 uur per week - 6 weken - 2 patiënten - 1 therapeut

Uitdagen gedachten en gevoelens die aan
boosheid gerelateerd zijn



Agressieregulatie

Slag-, stoot-, en werpmateriaal

Duw- trek- en stoeivormen

Stemoefeningen

Afstand en nabijheid

Geen catharsis, maar gericht en begrensd
leren uiten van boosheid met passende
timing en dosering, in interactie met anderen

Video

Stamp – Stoot – Stem – Methode
meetinstrument is in constructie

Agressie-thermometer
intensiteit van expressie leren reguleren

Agressie-sstraat
confrontatie met lasten bij oversteken van de ruimte
in dit geval : gele bal = symbool voor pesters
blauwe bal = bemoeizuchtige ouders
stapel blokken = de eetstoornis



Conclusie

Boosheid en agressie zijn bron van empowerment

vragen?



Routine Outcome Monitoring

De dynamiek van evidence based behandelen

Dr. Sjoerd Sytema
Programmaleider RoQua

RoQua

Wat is ROM?

- Het meten van het functioneren van patiënten
- met behulp van valide instrumenten
 - Selfreport
 - Klinische observatie
- Metingen vinden met zekere regelmaat plaats

RoQua

ROM niveaus

- | | |
|---|-------|
| ■ Primaire proces | micro |
| <ul style="list-style-type: none"> ■ cliënt/behandelaar ■ informatie: norm/(ernst)score op vragenlijst | |
| ■ Team/zorgpad/zorgprogramma | meso |
| <ul style="list-style-type: none"> ■ interne management informatie en onderzoek ■ informatie: % herstel of remissie | |
| ■ Regionaal/Landelijk | macro |
| <ul style="list-style-type: none"> ■ benchmarking: ■ informatie: implementatiegraad ROM | |

RoQua

Het RoQua project

- Samenwerkingsovereenkomst UMCG/UCP en GGZ instellingen
- RoQua als ROM-expertmodule geïntegreerd in het EPD
 - Web-based
 - Open source
- Inhoudelijke ontwikkeling ROM protocollen
- Onderzoek

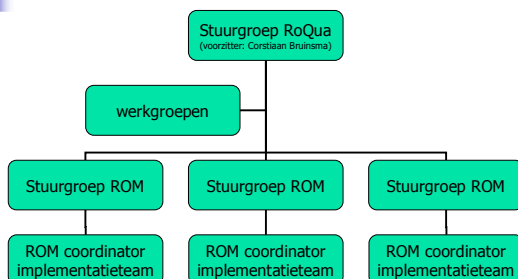
RoQua

RoQua participanten

- Lentis
- GGZ-Friesland
- GGZ-Drenthe
- UCP
- Meerkanten
- Symfora
- GGZ-Oost Brabant

RoQua

RoQua structuur



RoQua

RoQua werkgroepen

- Gebruikersgroep
- Inhoudelijke werkgroepen
 - Stemmingsstoornissen
 - Angststoornissen
 - Psychosen
 - Ouderenpsychiatrie
 - Kinder en Jeugd
- Management informatie werkgroep

RoQua

Zorgprogramma's en ROM

- Behandeling als black box.....we weten niet wat we meten
- Onderbouwen en structureren van interventies.....zorgpaden
- ROM in deze structuur inbouwen

RoQua

Evaluatie momenten

- Iedere meting moet zowel voor de behandelaar maar ook voor de client een duidelijk doel dienen
 - evaluatiegesprek
- Bijvoorbeeld een eindmeting....
 - doe dit vóór ontslag zodat het besproken kan worden en meeweegt bij de beslissing tot ontslag

RoQua

Feedback uit ROM

- Feedback moet ook daadwerkelijk ondersteunend zijn
- Een vergelijkingsmaatstaf
 - Niet alleen een norm
 - Een te verwachten beloopspatroom

RoQua

'on track' (Lambert et al,2001, 2002)

- On track
 -  de verbetering is zoals verwacht, continueer behandeling zoals gepland
 -  cliënt functioneert in normale range, overweeg stoppen van de behandeling
- Not on track
 -  geen verbetering, drop-out dreigt, herzie behandeling
 -  er is verbetering maar minder dan mag worden verwacht

RoQua

ROM en onderzoek

- Effectiviteit van interventies
- Het effect van feedback op het behandelresultaat
- Expected treatment-response

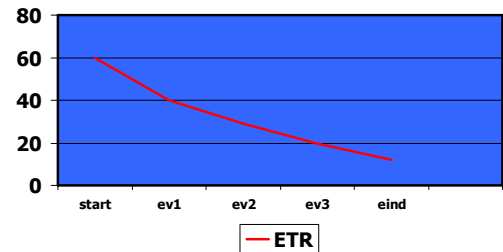
RoQua

Voorbeeld van ROM in een zorgpad

- zorgpad CGT (GGZ Friesland)
 - stemmingsstoornissen
 - 16 wekelijkse sessies
 - Maandelijks ROM meting (IDS-SR)
 - IDS-SR score < 13 = remissie

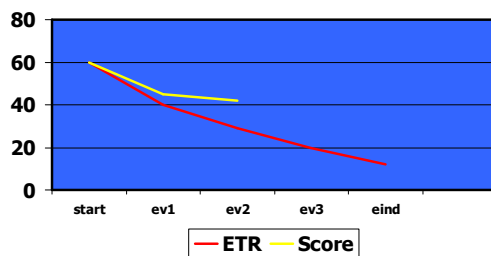
RoQua

Expected treatment response



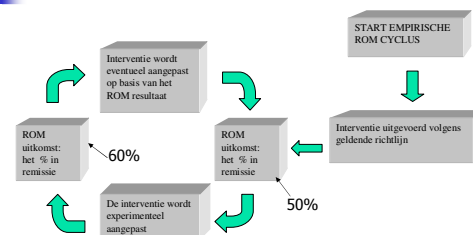
RoQua

Expected treatment response



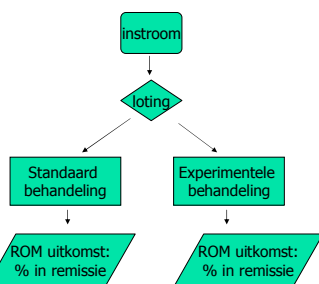
RoQua

Evidence based handelen



RoQua

ROM en RCT



RoQua

Conclusie

- ROM is de manier om klinische praktijk en wetenschappelijk onderzoek met elkaar te verbinden

RoQua

Metten is Weten: Routine Outcome Monitoring, Innovatie & Onderzoek in de Praktijk *de ACT+ trial in Leeuwarden*

Lex Wunderink
Afd. Wetenschappelijk Onderzoek en Opleiding
GGZ Friesland
Groningen, 7 december 2010

Wat is Assertive Community Treatment (ACT)?

- Actieve benadering van mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen en functionele beperkingen
- Bij uitstek gericht op sociale exclusie: overlast, verwaarlozing, drugsgebruik, gebrek aan medewerking, dropping-out, contacten met politie en justitie, niet diagnose-specifiek
- Outreaching, ongeacht verblijfplaats
- Teambenadering, transdisciplinair werken
- Dagelijkse werkverdeling in team m.b.t. alle patiënten
- Hoogfrequent contact indien nodig (1 fte/10 pat.)
- Rehabilerende interventies in beginsel geïntegreerd

ACT trial Winschoten, 2007

S. Sytema, L. Wunderink et al, Acta Psychiatr Scand 2007; 116: 105–112

- N = 118
- Het ACT team slaagt er significant veel beter in de patiënten in zorg te houden
- Het ACT team slaagt er beter in de woonsituatie te stabiliseren
- Klein effect op zorgtevredenheid
- Geen effect op het aantal opnamedagen
- Geen effect op het functioneren

De De REACT studie, Londen

Killaspay et al, BMJ, 2006

- N=251
- 'Assertive community treatment had no benefit over usual community mental health care for inpatient admissions and clinical or social outcomes'

OPUS trial, Denemarken, first episode psychoses

Petersen et al, 2005

- N=547
- ACT + gezinstherapie + sociale vaardigheids-training gedurende 2 jaar
- 2 years follow-up: 'integrated treatment significantly reduced the proportion of patients with poor clinical and social outcome compared with standard treatment'
- 5 years follow-up: gains were lost (Nordentoft, 2010)

Veronderstelling op basis van data

- ACT weet mensen beter 'vast' te houden en dat is een voorwaarde om iets te kunnen bereiken
- Maar om ook aantoonbaar betere resultaten te boeken is alleen ACT niet voldoende

Een aantal 'evidence-based' interventies zou daarom moeten worden toegevoegd aan ACT

- Cognitieve gedragstherapie
- Gezinstherapie
- Individual placement and support
- Psychoeducatie

Evidentie (Cochrane, NICE)

- Psychoeducatie:
 - meer kennis over ziekte; minder terugval; beter sociaal functioneren
- Gezinsinterventie:
 - minder terugval; minder heropnames
- CGT:
 - verbetering psychopathologie
- IPS:
 - Meer betaald werk
 - 'Benefit trap' in Nederland?

MDR-schizofrenie

- De zorg voor mensen met schizofrenie kan het best georganiseerd worden in een ACT-model
- Naast ACT moeten ook Evidence Based interventies aangeboden worden. Dit zijn: farmacotherapie, cognitieve gedragstherapie, psychoeducatie, gezinsinterventie en IPS.

Worden deze 4 niet-medicamenteuze interventies geïntegreerd in ACT aangeboden, of door een apart toegewijd team?

ACT+ trial

- ACT +
 - Standaard ACT, plus door extern team uitgevoerde interventies:
 - Psycho-educatie
 - Gezinsinterventie
 - CGT
 - IPS
 - Beoogde inzet per therapie:
 - 6 maanden, 10 sessies

versus

- ACT standaard, inclusief geïntegreerde interventies

ACT+ trial design

- N=150
- Inclusie: HoNOS ≥ 15
- Follow-up: 2 jaar vanaf eerste meting
- Twee meetmomenten
- Primaire uitkomst: klinische zorgconsumptie
- Secundaire maten:
 - Symptomen: PANSS, MADRS
 - Sociaal functioneren: SOFAS
 - Kwaliteit van leven: MANSA
 - Zorgbehoefte CANSAS-P
 - Tevredenheid met de zorg: Klant-tevredenheidsschaal

ACT+ trial data = ROM +

Twee metingen

- Symptomen: PANSS, MADRS
- Sociaal functioneren: HoNOS, SOFAS
- Kwaliteit van leven: MANSA
- Zorgbehoefte CANSAS-P
- Tevredenheid met de zorg: Klant-tevredenheidsschaal

Extra maandelijks registratie van:

- Meer dan 3 weken geen contact mogelijk
- Dakloosheid
- Opnamedagen
- > 2 dagen/week betaald werk
- Medicatie

ACT+ trial opzet

- ACT team Leeuwarden is gesplitst in twee gelijkwaardige teams
 - door loting is bepaald dat team 2 het experimentele team is
- Patiënten zijn gerandomiseerd toegewezen aan team 1 of team 2

Stand van zaken

- Start 1 juli 2009, n=163
- Act+ n=76, act standaard n= 87
- Interventies in de +-variant lopen
- Tussenstand opnamedagen:
 - team 1 2419 d, n=25
 - team 2 (+) 1330 d, n=13
- Tussenstand nog in zorg/dropped out:
 - team 1: 70, 17 (20%) verdwenen
 - team 2: 65, 11 (14%) verdwenen

Voorwaarden waaraan ROM moet voldoen

- Ingebed in zorgpaden
- Door aangewezen medewerkers van het behandelend team
- Koppeling met elektronisch patiënten dossier incl. ijking aan normscores
- Essentiële succesfactoren en targets van interventies zijn onderdeel van ROM



Waarom phamous en hoe?

Proefschriften:

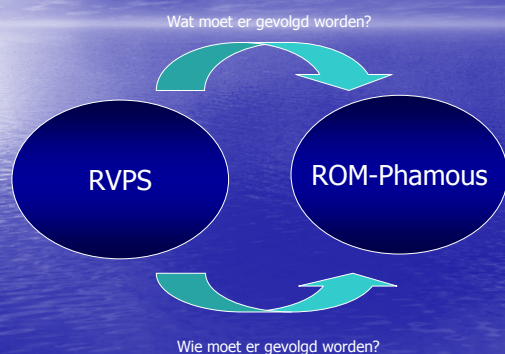
Katja Taxis
Susan Schorr
Irene Lako
Ramses Kemperman
Hugo Wolters

Prof dr Muskiet
Prof. dr. D Wiersma
Prof. Dr. K.Taxis
Dr. R.Bruggeman
Dr. C. Slooff
Dr. H. Knegtering

Medewerkers

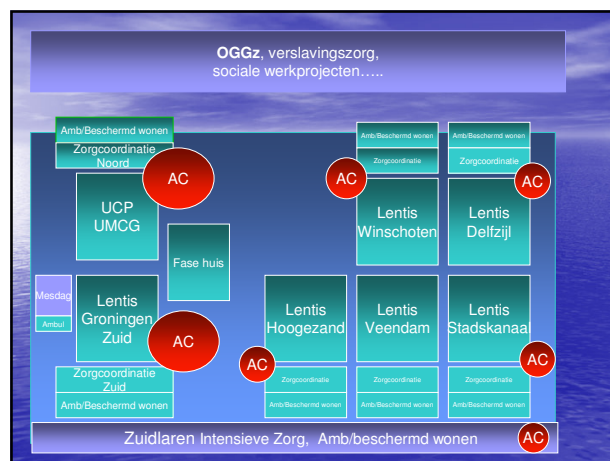
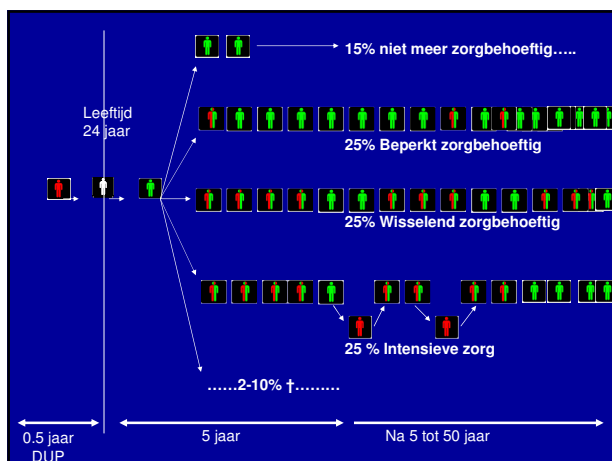
Marga van Leersum, Ton Gremer, Lesley Joshua, Harm Heys (N. Pr.), Anita Jonkers, Astrid Stensen, Bart Hokke, Frans Duijndam, Anne Medema, Henri Rutten, Lydie Roestenburg, Nynke van der Ploeg, Anneke Zijlstra, Edwin Drenth, Monique Stubbe, Bouwina Dinkla, Irene Atema, Gea Brevink, Nico van der Putten, Trienke Dijkhuis, Saskia Baas, Adri Groenendaal, Gerda Stoelwinder, Marcel Flikema, Wilke de Boer, Joke Wanningen, Anita Jager, Gert Wolters, Daphne Pappot, Ellen Priem, Jolanda de Weme, Jenny van Dijk, Henk Mulder, Astrid Kuster, Truus van Mil, Martha Kuiper, Loes Ouwerkerk, Neland Blanca, Wendy Schut, Janke Wielinga, Ineke Visser, Feije Koning, Atty Rijzen, Henriette Stubbe, Margriet Rozendael, Harna Peetsma, Klaaske Schagen, Willem Vonk, Lianne Weijer, Peter de Ruiter, Koert Prohl, Eef Goosten, Harna Peetsma, Zwany Plat-Holt, Willy Dijksterhuis

Van Regionaal Volgstelsel Psychotische Stoornissen naar ROM-Phamous



Doelen ROM-Phamous en zorgprogramma psychosen 1

- Optimale zorg voor alle mensen met een psychotisch stoornis en hun familie (omstanders)
- Overall in de provincie Groningen
- Zoveel mogelijk evidence based, zo lang als nodig aangepast bij de hulpbehoefte.
- Gereedschap aandragen, ontwikkelen en implementeren om deze zorg mogelijk te maken



Doelen ROM-Phamous en zorgprogramma psychosen 2

- Voorkomen van recidief psychosen
- Voorkomen van loss to follow-up (RVPS)
- Voorkomen van somatische problemen
- Bevorderen dat hulpvragen systematisch worden geëvalueerd
- Bevorderen dat de juiste en effectieve zorg wordt gegeven
- Bevorderen van de kwaliteit van leven
- Voorkomen van opnames en chroniciteit

www.phamous.eu

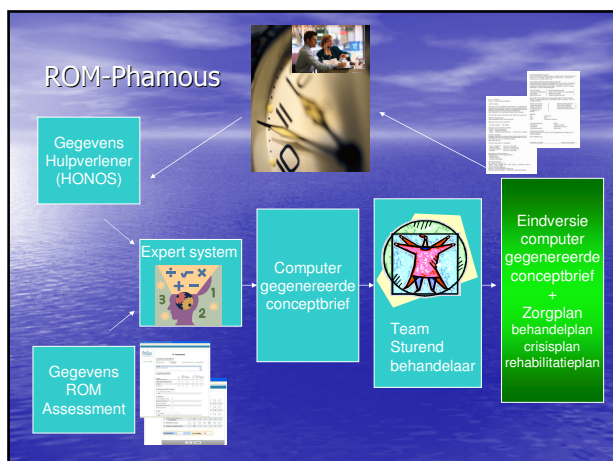
Methode

Methode

- Onderwijs (zelfde taal en kennis)
- Samenwerking (ketenzorg)
- Gereedschap (ROM-Phamous, gespecialiseerde bijscholing, intervisie, nieuwsbrief, website..., zorgprogramma organisatie)
- Onderzoek
- Innovatie

Methode

- Onderwijs (zelfde taal en kennis)
- Samenwerking (ketenzorg)
- Gereedschap (**ROM-Phamous**, gespecialiseerde bijscholing, intervisie, nieuwsbrief, website..., zorgprogramma organisatie)
- Onderzoek
- Innovatie

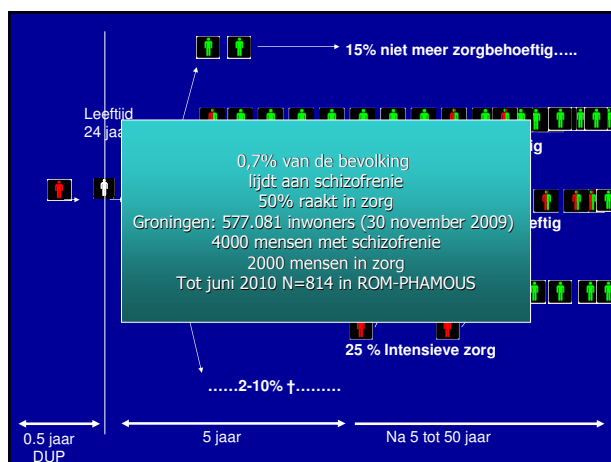


Resultaten

- Implementatie
- Eerste gegevens van patienten
- Enquete onder Phamous Rom screeners en psychiaters

Resultaten

- Implementatie
- Eerste gegevens van patienten
- Enquete onder Phamous Rom screeners en psychiaters



Resultaten

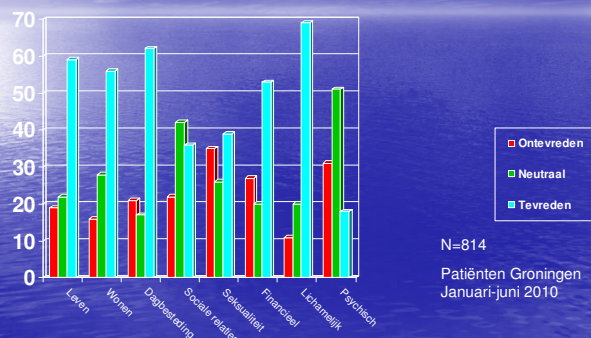
- Implementatie
- Eerste gegevens van patienten
- Enquete onder Phamous Rom screeners en psychiaters

Tevredenheid met de zorg CSQ

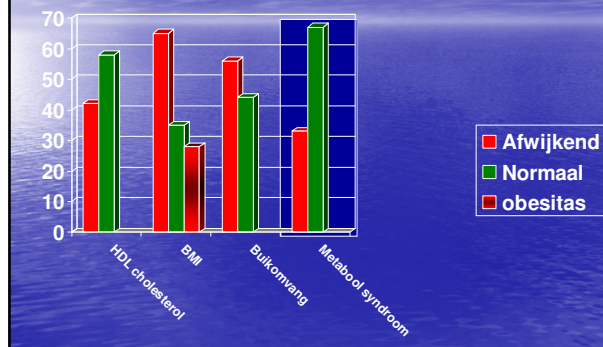
Januari tot juni 2010, N=814

- Geholpen om beter om te gaan met problemen (CSQ 6)
 - 9,3% voelt zich niet geholpen
 - 90% geholpen tot veel geholpen
- Tevreden over de hoeveelheid hulp (CSQ 5)
 - 12% neutraal of niet tevreden
 - 88% tevreden
- Kreeg de zorg die u wilde (CSQ 2)
 - 13% niet of niet helemaal
 - 87% in algemeen tevreden tot zeker tevreden
- Kwaliteit van zorg (CSQ 1)
 - 18% tevreden
 - 80% goed tot uitstekend tevreden

Zorgbehoeften patiënten (MANSA)



Metabole parameters





Resultaten

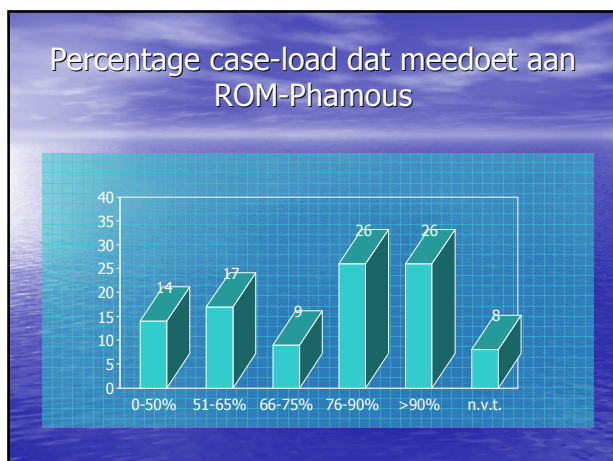
- Implementatie
- Eerste gegevens van patienten
- Enquete onder Phamous Rom screeners en psychiaters

Pilot: ROM-Phamous

- Doel: meten tevredenheid van professionals met ROM Phamous
- Screeners & psychiaters
- N= 59
- Zelfinvullijst, 17 items (zelfontwikkeld)

Resultaten

- Respons: 35/59 (59%) (30-11-2010)
- Screeners: n=24; Psychiaters: n=11



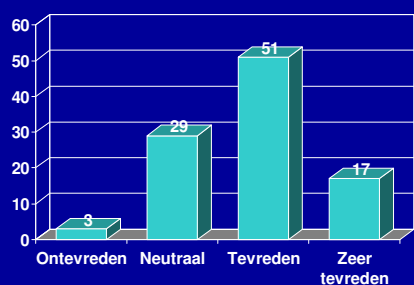
Stellingen 1

- ROM is tijdsinvestering waard?
Ja: 90%; Nee: 10%
- Verslaglegging is verbeterd (dossier & huisarts)?
Ja: 71%; Nee: 29%
- Meer aandacht voor metabool syndroom?
Ja: 91%; Weet niet of nee: 9%
- ROM-Phamous zou moeten worden afgeschaft?
Nee: 100%

Stellingen 2

- Door ROM hulpvragen naar voren?
Ja: 71%; Nee: 29%
- Door ROM wordt beter nagedacht over zorg modules?
Ja: 27%; Weet niet: 3%
Zou moeten, maar zover is men nog niet: 71%;
- ROM aanraden aan andere instellingen?
Ja: 89%; Weet niet: 11%
- Welk rapportcijfer geeft u ROM-Phamous (gem.)? 7.5

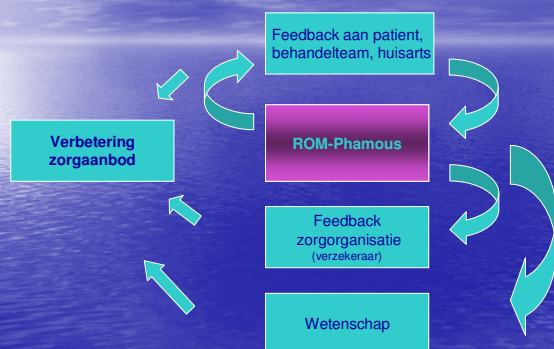
Indruk van de professional over de tevredenheid patiënt



Conclusies

- Binnen Groningen is ROM-Phamous op verreweg de meeste plaatsen geïmplementeerd
- Aanvankelijk veel kinderziektes, meeste overwonnen
- Patiënten en hulpverleners (toenemend) tevreden
- De gunstige invloed op kwaliteit van de zorg, kwaliteit van verslaglegging, organisatie van de zorg en ondersteuning van wetenschappelijk onderzoek is groot
- We staan nog maar aan het begin.....

ROM-Phamous wat heb je eraan?



Dank voor uw aandacht!

Contact?

h.knegtering@lensis.nl



ROM & PHAMOUS:
van patient naar centrale database en weer terug

Richard Bruggeman
Cees Slooff
10^{de} RGOc symposium
Het Rob Giel Onderzoekcentrum
www.rgoc.nl

PHAMOUS
PHarmacotherapy Monitoring & Outcome Survey

- Disease Management Project Drenthe
- Somatische Screenig Project Groningen +
PHAMOUS - ROM psychosen - ROM EPA
- Phamous Project Groep
Fryslan, Lentis, Drenthe, UCP, RoQua, RGOc
Lex W. Rikus K, Cees S, Frankv E, Sjoerd S, DW en RB

Verzamelen gezamenlijk gegevens uit ROM psychosen in
1 centrale database voor wetenschappelijk onderzoek

Mogelijk mbv Centrale Database
I.metabool, II.negatieve symptomen III.depressieve symptomen

I) Epidemiologisch onderzoek

- Cross-sectioneel (1maal) Longitudinaal (herhaald)
- Prevalentie (hoe vaak) Incidentie (hoeveel nieuwe ?)
- Risicofactoren (hoe komt het)
- Onderliggende mechanisme (hoe zit het)
- Benchmarking (vergelijken settings)

II) Interventiestudies

- Recruterig voor studies (evt naar interventie-lab)
- Basismeting en vervolgmeting
- Vergelijking cohorten mogelijk

III) Kosteneffectiviteit

**Crosssectioneel (1^e jaar)
en longitudinaal (vervolg)**

	Frequency
1	3327
2	955
3	247
4	15

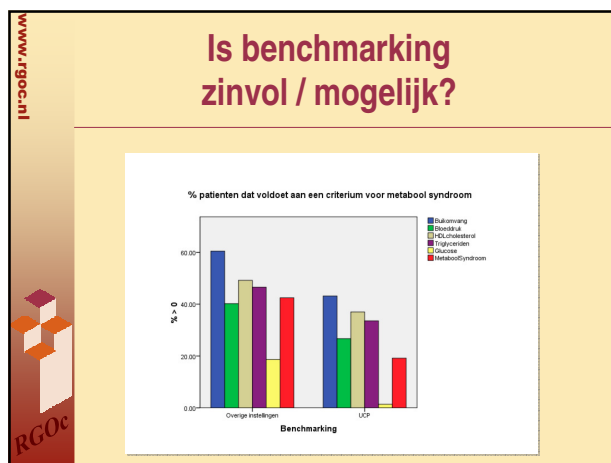
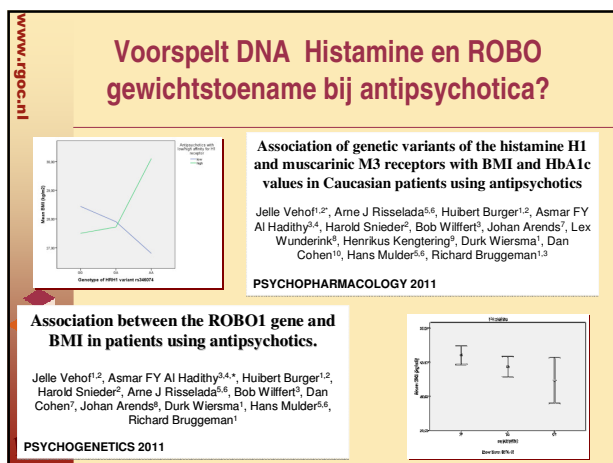
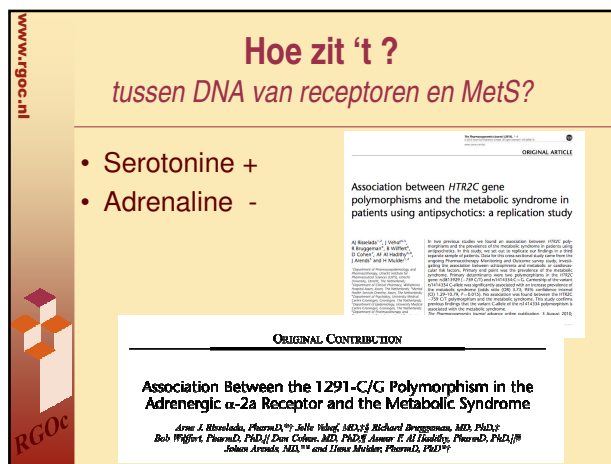
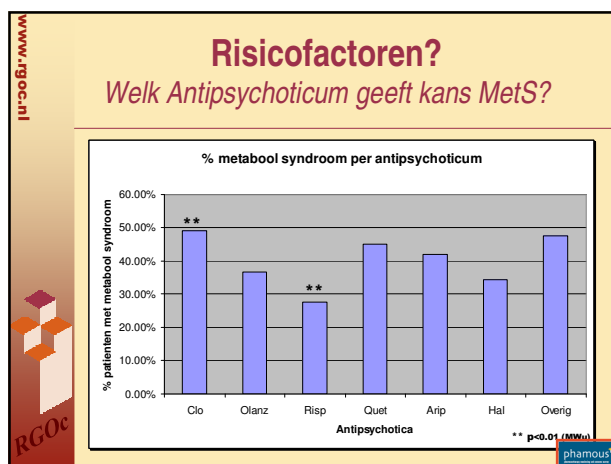
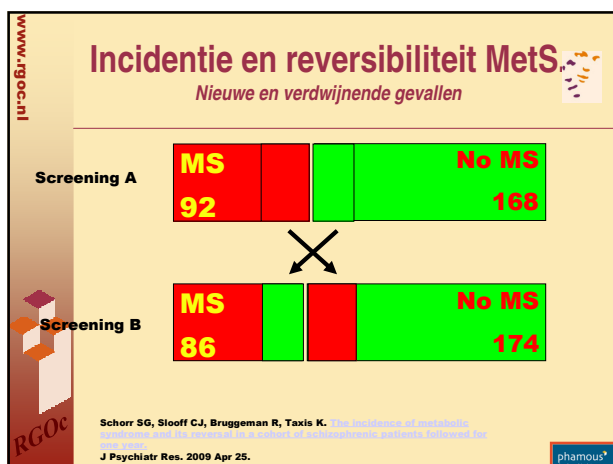
Overgewicht: 25<BMI<30
Obesitas: BMI>30

Vraag: verandert BMI na 1 jaar?

- N=955; man = 62%; Ambulant: 60%; T1 en T2
- gem. 40.7 (± 11.6) jr, Zkt-duur: 13.7 (± 10.1)

Beloop metabool syndroom per criterium*

*ATP-III criteria for metabolic syndrome



www.rgoc.nl

II. interventie studies voorbeeld: de lifestyle studie

- PHAMOUS data tonen aan dat Metabool Syndroom:
 - Op polikliniek 20-30 %
 - In Beschermd Wonen populatie: 30-40 %
 - Klinisch Wonen populatie 50-60 %
- Nauwelijks contact met huisarts in deze populatie
- Bewoners hebben nauwelijks lichamelijke activiteiten en eten ongezond
- VRAAGSTELLING: *is lifestyle interventie effectief?*

RGOC

www.rgoc.nl

LifeStyle-Interventie

- 'Small change approach': duurzaam
- Leefstijladviseurs trainen en coachen team
- Gezonder voedingspatroon:**
 - Gezonde lunch (plakjes tomaat, komkommer)
 - Gezonde producten kopen (markt!)
 - Gezond koken (olijfolie ipv boter, schijf van vijf)
- Meer bewegen**
 - Wandelen, sport en spel
 - Bewoners betrekken bij huishoudelijke taken
 - Lopend naar het werk ipv met de bus
- Gezondere omgeving**
 - wat wordt in het restaurant geserveerd
 - wat wordt bij het magazijn besteld

RGOC

www.rgoc.nl

Leefstijlinterventie: design

- Beschermd en klinisch wonen afdelingen GGZ Friesland, Lentis, GGZ Drenthe
 - Teams randomiseren: interventie/controle
- Alle bewoners PHAMOUS screening (incl CDS)
 - Vòòr de interventie
 - Na drie maanden (incl. beloning voor bewoners)
 - Na 1 jaar (na afloop van de interventie)
- Ook: 6 minuten wandeltest, vetpercentage, voedingsdagboek, zorgconsumptie
- Studie begint in 2011 info: F.Jorg@ggzfriesland.nl

RGOC

www.rgoc.nl

III: Is Screening op diabetes bij patiënten met psychotische stoornis kosteneffectief ?

- Door screening van patiënten kan diabetes eerder opgespoord worden. Screening kost per patient € 140,79
- De extra behandelkosten vijf jaar per diabetespatiënt zijn € 2483,60
- Het uitstellen van complicaties met vijf jaar leidt tot een geschatte besparing van € 9629,60
- en een winst van gewonnen levenskwaliteit 0,17 QALY.
- de kosten per gewonnen QALY zijn beneden €20.000, wat in Nederland wordt beschouwd als kosteneffectief.
- Screening van patiënten met psychotische stoornis (gem. 38 jaar) is kosteneffectief vanaf een diabetes incidentie van 1,3%

K.C.M. van der Elst *, S.G. Schorr *, M.J. Postma **, C.J. Slooff *, K. Taxis * R. Bruggeman *
Schiz.Research 2009; Pharmaceutisch Weekblad 2010 (in press)

RGOC

www.rgoc.nl

Onderzoekscyclus ook voor:

1. Metabole stoornissen
2. Negatieve Symptomen
3. Depressieve Symptomen

- Overige interventies (o.a.)
 - WEGWEIS
 - Victimisatie onderzoek

RGOC

www.rgoc.nl

2. Negatieve Symptomen

- A: NS $\neq$ DS (EPO 500, PHAMOUS; GROUP)
 - TMS is effectief bij DS ; rTMS is effectief bij Pos Symptomen
- V: rTMS werkt bij negatieve symptomen?
- M: "van ROM naar interventie lab"
 - Alle patiënten uit ROM phamous worden benaderd voor TRENS; 3 weken rTMS
- R: studie loopt nog

Vercammen, Kngtering, Bruggeman et al. Schiz Research 2009
Diabac- de Lange , Kngtering Aleman J Clin Psych 2010

RGOC

3. Depressieve Symptomen

- A: DS komen ~35%; reactie antidepressiva =?
- V: Komen Depressieve Symptomen vaker voor bij bepaalde antipsychotica ?
- M: SRA; N= 1521 patienten

Door de antipsychotische medicatie:	Ja	Ja, in enig mate	Ja, in sterke mate
0. voel ik me depressiever	0	0	0
1. heb ik vaker depressieve symptomen	0	0	0
2. voel ik me minder vrolijk	0	0	0
3. heb ik vaker moeite met slapen	0	0	0
4. heb ik vaker moeite met eten	0	0	0
5. heb ik vaker moeite met denken	0	0	0
6. heb ik vaker moeite met voelen	0	0	0
7. heb ik vaker moeite met bewegen	0	0	0
8. heb ik vaker moeite met spreken	0	0	0
9. heb ik vaker moeite met horen	0	0	0
10. heb ik vaker moeite met zien	0	0	0
11. heb ik vaker moeite met ruiken	0	0	0
12. heb ik vaker moeite met voelen	0	0	0
13. heb ik vaker moeite met denken	0	0	0
14. heb ik vaker moeite met bewegen	0	0	0
15. heb ik vaker moeite met spreken	0	0	0
16. heb ik vaker moeite met horen	0	0	0
17. heb ik vaker moeite met zien	0	0	0
18. heb ik vaker moeite met ruiken	0	0	0
19. heb ik vaker moeite met voelen	0	0	0
20. heb ik vaker moeite met denken	0	0	0
21. heb ik vaker moeite met bewegen	0	0	0
22. heb ik vaker moeite met spreken	0	0	0
23. heb ik vaker moeite met horen	0	0	0
24. heb ik vaker moeite met zien	0	0	0
25. heb ik vaker moeite met ruiken	0	0	0
26. heb ik vaker moeite met voelen	0	0	0
27. heb ik vaker moeite met denken	0	0	0
28. heb ik vaker moeite met bewegen	0	0	0
29. heb ik vaker moeite met spreken	0	0	0
30. heb ik vaker moeite met horen	0	0	0
31. heb ik vaker moeite met zien	0	0	0
32. heb ik vaker moeite met ruiken	0	0	0
33. heb ik vaker moeite met voelen	0	0	0
34. heb ik vaker moeite met denken	0	0	0
35. heb ik vaker moeite met bewegen	0	0	0
36. heb ik vaker moeite met spreken	0	0	0
37. heb ik vaker moeite met horen	0	0	0
38. heb ik vaker moeite met zien	0	0	0
39. heb ik vaker moeite met ruiken	0	0	0
40. heb ik vaker moeite met voelen	0	0	0
41. heb ik vaker moeite met denken	0	0	0
42. heb ik vaker moeite met bewegen	0	0	0
43. heb ik vaker moeite met spreken	0	0	0
44. heb ik vaker moeite met horen	0	0	0
45. heb ik vaker moeite met zien	0	0	0
46. heb ik vaker moeite met ruiken	0	0	0
47. heb ik vaker moeite met voelen	0	0	0
48. heb ik vaker moeite met denken	0	0	0
49. heb ik vaker moeite met bewegen	0	0	0
50. heb ik vaker moeite met spreken	0	0	0
51. heb ik vaker moeite met horen	0	0	0
52. heb ik vaker moeite met zien	0	0	0
53. heb ik vaker moeite met ruiken	0	0	0
54. heb ik vaker moeite met voelen	0	0	0
55. heb ik vaker moeite met denken	0	0	0
56. heb ik vaker moeite met bewegen	0	0	0
57. heb ik vaker moeite met spreken	0	0	0
58. heb ik vaker moeite met horen	0	0	0
59. heb ik vaker moeite met zien	0	0	0
60. heb ik vaker moeite met ruiken	0	0	0
61. heb ik vaker moeite met voelen	0	0	0
62. heb ik vaker moeite met denken	0	0	0
63. heb ik vaker moeite met bewegen	0	0	0
64. heb ik vaker moeite met spreken	0	0	0
65. heb ik vaker moeite met horen	0	0	0
66. heb ik vaker moeite met zien	0	0	0
67. heb ik vaker moeite met ruiken	0	0	0
68. heb ik vaker moeite met voelen	0	0	0
69. heb ik vaker moeite met denken	0	0	0
70. heb ik vaker moeite met bewegen	0	0	0
71. heb ik vaker moeite met spreken	0	0	0
72. heb ik vaker moeite met horen	0	0	0
73. heb ik vaker moeite met zien	0	0	0
74. heb ik vaker moeite met ruiken	0	0	0
75. heb ik vaker moeite met voelen	0	0	0
76. heb ik vaker moeite met denken	0	0	0
77. heb ik vaker moeite met bewegen	0	0	0
78. heb ik vaker moeite met spreken	0	0	0
79. heb ik vaker moeite met horen	0	0	0
80. heb ik vaker moeite met zien	0	0	0
81. heb ik vaker moeite met ruiken	0	0	0
82. heb ik vaker moeite met voelen	0	0	0
83. heb ik vaker moeite met denken	0	0	0
84. heb ik vaker moeite met bewegen	0	0	0
85. heb ik vaker moeite met spreken	0	0	0
86. heb ik vaker moeite met horen	0	0	0
87. heb ik vaker moeite met zien	0	0	0
88. heb ik vaker moeite met ruiken	0	0	0
89. heb ik vaker moeite met voelen	0	0	0
90. heb ik vaker moeite met denken	0	0	0
91. heb ik vaker moeite met bewegen	0	0	0
92. heb ik vaker moeite met spreken	0	0	0
93. heb ik vaker moeite met horen	0	0	0
94. heb ik vaker moeite met zien	0	0	0
95. heb ik vaker moeite met ruiken	0	0	0
96. heb ik vaker moeite met voelen	0	0	0
97. heb ik vaker moeite met denken	0	0	0
98. heb ik vaker moeite met bewegen	0	0	0
99. heb ik vaker moeite met spreken	0	0	0
100. heb ik vaker moeite met horen	0	0	0

- R: 37% meldt depressieve symptomen als bijwerking van de medicatie
- C: DS komt vooral bij combinatie therapie

Zie ook: Lako IM, et al. Prescribing patterns of antidepressants in schizophrenia in a one-year follow-up study. European Psychiatry (2010)

Komen depressieve symptomen vaker voor bij bepaalde antipsychotica ? (2)

- Haloperidol > risperidon/olanzapine > clozapine/quetiapine // aripiprazol

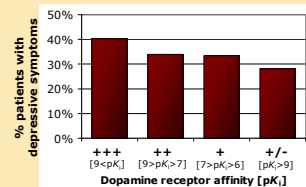


Figure 1. Antipsychotic classes were based on dopamine (DA) receptor affinity [Kd] (Kapur and Seeman, 2000; Nasrallah, 2008). DA-receptor affinity ranges from high (++++) to low (+) or partial affinity (+/-).

Irene M Lako, R Bruggeman, H Burger, H Kneegtering, D Wiersma, CJ Slooff, K Taxis [in preparation]

Hoe zit 't ? : De RAF studie

- V: verschillen aripiprazol en risperidon in hun effect op Prefrontale Cortex
- M:
 - gerandomiseerde enkel blinde studie
 - Aripiprazol vs Risperidone
 - Effect gemeten op f-MRI
- R: studie loopt nog

Andere voorbeelden

- ACT studie (Wunderink et al.)
- WEGWEIS (ZONMw)
- Victimisatie onderzoek (ZONMw)

Terug naar de patient

- We hebben met zijn allen:
- ROM-phamous ontwikkeld
- Laten zien dat ROM zinvolle info oplevert
- Dat ROM kosteneffectief kan zijn
- We beginnen behandelingen beter te begrijpen en toe te passen
- Ontwikkelen nieuwe interventies

ROM en PHAMOUS: van patient naar centrale database en weer terug

Met dank aan iedereen die met PHAMOUS werkt !!

bezoek ook onze website:

www.phamous.eu

www.rgoc.nl

Verwijzers symposium sept 2011

phamous
ontwikkeling van de patient naar de centrale database

Universitair Medisch Centrum Groningen



RELATIE GGZ-UMC tot wederzijds belang?

R.A. Schoevers
RGOC symposium
7 december 2010

Universitair Medisch Centrum Groningen

RGOC als regionaal netwerk



- Klinisch
- Kennis
- Onderzoek