

Vaktherapie

Een beschrijving van de beroepspraktijk, behandel-

in Noord

effecten en tevredenheid van patiënten met vaktherapie

Nederland

binnen de noordelijke geestelijke gezondheidszorg

L.C. Aerts

J.T. van Busschbach

D. Wiersma



Vaktherapie in Noord Nederland

Uitgave in de RGO*c*-reeks, nummer 28

Vaktherapie in Noord Nederland

Een beschrijving van de beroepspraktijk,
behandeleffecten en tevredenheid van patiënten met
vaktherapie binnen de noordelijke geestelijke
gezondheidszorg.

L.C. Aerts
J.T. van Busschbach
D. Wiersma

RGO*c*

Groningen, oktober 2011

Vaktherapie in Noord Nederland

Een beschrijving van de beroepspraktijk, behandel-effecten en tevredenheid van patiënten met vaktherapie binnen de noordelijke geestelijke gezondheidszorg.

ISBN 978-90-367-5149-0

NUR 875 (Psychiatrie)

Omslag en basisontwerp: Extra Bold, Groningen

Druk- en bindwerk: Grafische Industrie de Marne, Leens

Het Rob Giel Onderzoek*centrum* is een samenwerkingsverband tussen Lentis, de Stichtingen GGZ Friesland en GGZ Drenthe en het Universitair Centrum Psychiatrie van het Universitair Medisch Centrum Groningen

Deze pilotstudie is gefinancierd door de Commissie Doelmatigheid van het UMCG in 2009 en uitgevoerd door het Rob Giel Onderzoekcentrum (RGOc) in samenwerking met de werkgroep Onderzoek Vaktherapie Noord Nederland, bestaande uit de schrijvers van dit rapport en de volgende leden:

<i>Betten, Herma</i>	<i>– Beeldend therapeut – GGZ Friesland</i>
<i>Boscher, Ruud</i>	<i>– Lector Hogeschool Windesheim Zwolle</i>
<i>Braak, Mimy ter</i>	<i>– Beeldend therapeut – UCP</i>
<i>Dorhout, Marieke</i>	<i>– Psychomotorisch therapeut – Lentis</i>
<i>Kappelhof, Carry</i>	<i>– Psychomotorisch therapeut – UCP</i>
<i>Maliepaard, Gerrit</i>	<i>– Psychomotorisch therapeut – GGZ Drenthe</i>
<i>Scheffers, Mia</i>	<i>– Psychomotorisch therapeut /onderzoeker Hogeschool Windesheim Zwolle</i>
<i>Wartena, Peter</i>	<i>– Beeldend therapeut – GGZ Friesland</i>

Inhoud

Woord Vooraf	9
Inleiding	11
De beroepspraktijk van de vaktherapeut	15
1 Inventarisatie onder vaktherapeuten	17
1.1 Respons	17
1.2 Omvang beroepsgroep	18
1.3 Werkomvang en patiëntdoelgroepen	19
1.4 Werkervaring en opleidingsachtergrond	22
1.5 Beroepsvereniging en registratie	23
1.6 Behandeldoelen	24
Effectiviteit van vaktherapie; een verkenning	27
2 Opzet pilotstudie	29
2.1 Onderzoeksopzet	29
2.2 Meetinstrumenten	30
2.3 Statistische verwerking	32
2.4 Werving en instroom	33
2.5 Representativiteit	34
2.5.1 <i>Vaktherapeuten</i>	<i>34</i>
2.5.2 <i>Deelnemende patiënten</i>	<i>35</i>
3 Profiel van de deelnemende patiënten	39
3.1 Sociodemografische kenmerken	39
3.2 Werk en activiteiten	40
3.3 Diagnose volgens DSM-IV	42
3.4 Ggz historie	44
3.5 Medicatiegebruik en ggz hulpcontacten vooraf	44
4 Vaktherapie; kenmerken en doelen	47
4.1 Verwijzing en bekendheid met vaktherapie	47
4.2 Kenmerken vaktherapeutische interventie	48
4.2.1 <i>Voorgenomen behandelduur</i>	<i>48</i>

4.2.2	<i>Individueel of in een groep</i>	49
4.2.3	<i>Sessieduur</i>	49
4.2.4	<i>Inzet module/methodiek</i>	49
4.3	Contacten tijdens het onderzoek	50
4.3.1	<i>Vaktherapie</i>	50
4.3.2	<i>Overige hulpcontacten</i>	50
4.4	Therapierichting en voorgenomen behandeldoelen	51
5	Behandeleffecten na vier maanden	53
5.1	Uitvallers bij de tweede meting	54
5.2	Psychisch welbevinden en (sociaal) functioneren; OQ-45	55
5.3	Kwaliteit van leven; MANSA	60
5.4	Vertrouwen in eigen mogelijkheden; MHCS	62
5.5	Lichaamsbeleving; DKB-35	63
5.6	Samenhang tussen de uitkomstmaten	64
5.7	Factoren die het resultaat beïnvloeden	64
6	Tevredenheid en overige resultaten	67
6.1	Tevredenheid en waardering van de behandelrelatie	67
6.1.1	<i>Tevredenheid met de vaktherapie; CSQ</i>	67
6.1.2	<i>Waardering van de behandelrelatie; HAS</i>	68
6.1.3	<i>Samenhang met andere uitkomstmaten</i>	69
6.2	Vergelijking vaktherapie met overige hulp	70
6.3	Realisatie behandeldoelen	71
6.4	Extra evaluatie beeldende therapie	73
6.5	Werk en activiteiten	74
	Samenvatting en conclusies	77
	Dankwoord	83
	Referenties	85
	Bijlagen	89
Bijlage I	Deelname vaktherapeuten per vaktherapie en instelling	91
Bijlage II	Vragenlijst nameting: Verbetergebieden	93
Bijlage III	Invloed verschillende factoren op de behandelresultaten	95
Bijlage IV	Multivariate regressieanalyses per meetinstrument	99
Bijlage V	Respons op extra vragen beeldende therapie	101

Woord vooraf

Evenals andere hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg, worden vaktherapeuten geconfronteerd met de huidige ontwikkelingen van “stepped care”, kortdurende behandelingen, protocollen en van de noodzaak van effectevaluaties. Vaktherapeuten zijn traditioneel goed en enthousiast in het beschrijven van hun therapeutische interventies, maar beriepen zich lange tijd op vakmanschap dat in sterke mate gestoeld is op creativiteit, klinische expertise en het unieke nonverbale karakter van hun middelenarsenaal. In de huidige tijd is dit echter niet voldoende. Er wordt verwacht dat bijdragen aan het hulpverleningsaanbod afzonderlijk toetsbaar zijn op effectiviteit en efficiëntie. Vaktherapeuten hebben op dit punt een inhaalslag te maken en zijn zich dat bewust.

Dat moge blijken uit de verheugend grote medewerking van vaktherapeuten van GGZ Friesland, GGZ Drenthe, Lentis en het UCP aan het voorliggende onderzoek naar de beroepspraktijk, effectiviteit en tevredenheid van patiënten. Liefst 90% van alle vaktherapeuten in de regio nam deel aan de inventarisatie van de beroepspraktijk en 50% nam deel aan een explorerende studie naar het effect van behandelprogramma's waar vaktherapie deel van uitmaakte.

Deze studie levert een schat van gegevens op over de aard van de patiëntenpopulatie, omvang en doel van de vaktherapeutische interventies en gerealiseerde veranderingen na vier maanden. Over de effectiviteit van vaktherapie als solistische interventie kan nog geen uitspraak gedaan worden: de doorgaans multidisciplinaire behandelprogramma's maken het vrijwel ondoenlijk om daar de afzonderlijke bijdrage van vaktherapeuten uit te filteren. Niettemin is in deze studie wel vastgesteld wat ervaringen zijn van patiënten met vaktherapie en hoe zij de bijdragen van vaktherapeuten waarderen. Uit de bevindingen mag afgeleid worden dat de professionaliteit van vaktherapeuten hoog wordt aangeslagen en de vergelijking met de waardering voor andere hulpverleners goed doorstaat.

Het belang van dit onderzoek mag niet worden onderschat, mede vanwege de mogelijke vliegwielerwerking die het kan hebben. Vaktherapeuten hebben zich uitgesproken voor een bijdrage aan wetenschappelijke toetsing, niet alleen voor dit onderzoek maar ook voor vervolgonderzoek dat door het RGOc wordt voorbereid. De inzet van en inbedding binnen

het RGOc kan door de beroepsgroep van vaktherapeuten niet genoeg
geprezen worden en het is te hopen dat het vervolgonderzoek even
succesvol zal verlopen als het voorliggende.

Dr. Ruud J. Bosscher
Lectoraat Bewegen, Gezondheid en Welzijn
Christelijke Hogeschool Windesheim, Zwolle

Faculteit Bewegingswetenschappen
Vrije Universiteit

Inleiding

In de Nederlandse geestelijke gezondheidszorgpraktijk vormt vaktherapie al meer dan zestig jaar een regulier onderdeel van de behandeling van psychiatrische patiënten. Sinds 2001 zijn de gezamenlijke vaktherapeutische beroepen, bestaande uit psychomotorische therapie (PMT), danstherapie, beeldende therapie, dramatherapie en muziektherapie door het toenmalige ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) erkend als vijfde beroepencluster in de geestelijke gezondheidszorg. Tot op heden is vaktherapie echter niet BIG-geregistreerd. Sinds 2006 zijn de afzonderlijke vaktherapeutische beroepsverenigingen gebundeld in de Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB) met een eigen beroepsregister en met een eigen vakblad.

Vaktherapie onderscheidt zich van de primair verbale therapievormen door de hantering van lichamelijke en/of creatieve activiteiten als instrument of medium, waarbij de 'ervaring' een essentieel onderdeel vormt (FVB 2008; Neijmeijer 1996). Binnen de verschillende vaktherapieën wordt gebruik gemaakt van een scala aan middelen zoals bewegen en dans, sport, spel, tekenen, boetseren, muziek maken, improvisatie en rollenspelen. Deze vormen geen doel op zich, maar zijn middelen om de problematiek, klachten en/of gedrag van cliënten 'al doende' zichtbaar te maken en te beïnvloeden (FVB 2008: Beroepsprofiel Vaktherapeuten). De cliënt wordt geholpen om toegang te krijgen tot herinneringen, gevoelens en emoties die niet direct verbaliseerbaar zijn of die op een disfunctionele manier zijn gerationaliseerd.

Tot op heden is er in beperkte mate wetenschappelijk onderzoek verricht naar de effectiviteit van de vaktherapieën binnen de geestelijke gezondheidszorg en er is mede daardoor onvoldoende evidentie om vaktherapie aan te bevelen of af te raden. Dit is terug te vinden in de multidisciplinaire richtlijnen van het Trimbos instituut en bijvoorbeeld de Britse NICE guidelines. Hoewel er algemene waardering bestaat voor vaktherapie op basis van 'experience-based practice', moet een 'evidence-based practice' nog grotendeels van de grond komen. Wat er wel

beschikbaar is aan effectonderzoek is veelal niet valide genoeg vanwege methodologische tekortkomingen zoals het ontbreken van een controlegroep, te kleine onderzoeksgroep, onvoldoende respons, gebrek aan follow-up gegevens en onvoldoende betrouwbare en valide uitkomstmaten. Wel is er evidentie dat gestructureerde en begeleide vormen van bewegen ('exercise') op de korte termijn effectief zijn bij lichte en matige depressie en bij angststoornissen. Lichaamsbeweging lijkt bovendien even effectief als cognitieve gedragstherapie en farmacotherapie (Lawlor & Hopker 2001, Wipfli et al. 2008). Ontspanningstherapie volgens de methode Jacobson ("progressieve relaxatie") is effectief bevonden bij de behandeling van paniekstoornis en gegeneraliseerde angst (Conrad & Roth 2007). Verder is er internationaal toenemende evidentie dat muziektherapie en ook lichaamsgerichte psychotherapie effectief zijn in het verminderen van met name negatieve symptomen bij patiënten met schizofrenie (NICE Schizophrenia Guideline 2009, Gold 2009, Röhrich 2006/2009).

Vanuit de literatuur, maar ook vanuit de zorginstellingen en de beroepsgroep zelf worden het nut van en de noodzaak tot meer systematisch onderzoek naar de werkzaamheid van vaktherapie steeds duidelijker onderkend. In 2008 is daarom vanuit het RGOc een werkgroep gestart met daarin vaktherapeuten, onderzoekers en deskundigen uit het onderwijsveld van de vaktherapie om onderzoek op te zetten. Deze samenwerking heeft geleid tot het boekje dat nu voor u ligt.

Het eerste deel (hoofdstuk 1) bevat een beschrijving van de beroepspraktijk van de vaktherapeuten, werkzaam in de drie noordelijke ggz-instellingen en het Universitair Centrum Psychiatrie van het UMCG. Deze beschrijving is gemaakt aan de hand van een tweetal inventarisaties onder vaktherapeuten, uitgevoerd in 2009 en 2010. Zo worden gegevens betreffende werkomvang, caseload, werkervaring en registratie gepresenteerd. Verder wordt ingegaan op de meest voorkomende behandeldoelen, zoals door de vaktherapeuten gemeld en wordt dit alles vergeleken met eerder gedane inventarisaties in Nederland.

In het tweede deel (hoofdstuk 2 t/m 6) worden de resultaten van een verkennend onderzoek naar behandel-effecten en tevredenheid van

patiënten met vaktherapie gepresenteerd. Deze pilotstudie met een pre-post opzet is uitgevoerd in 2010 en er hebben 51 vaktherapeuten en bijna 270 van hun patiënten aan meegewerkt. Naast studieopzet, instroomgegevens en gebruikte meetinstrumenten, wordt in hoofdstuk twee de representativiteit toegelicht van de deelnemende vaktherapeuten en hun deelnemende patiënten ten opzichte van collega vaktherapeuten en niet-deelnemende patiënten. In hoofdstuk drie wordt de deelnemersgroep beschreven. In hoofdstuk vier wordt ingegaan op de kenmerken van de vaktherapeutische interventie, voorgenomen vaktherapeutische behandeldoelen en overige hulpcontacten binnen de ggz-instelling die deelnemers naast vaktherapie hadden gedurende de onderzoeksperiode. Behandelresultaten na vier maanden vaktherapie worden per meetinstrument gerapporteerd in hoofdstuk vijf. Daarbij is steeds gekeken welke interventie- en persoonskenmerken mede van invloed zijn op de behaalde resultaten. Opgemerkt dient te worden dat de behandelresultaten niet uitsluitend aan vaktherapie toegeschreven kunnen worden aangezien vaktherapie veelal onderdeel is van een omvattender behandelprogramma in de geestelijke gezondheidszorg.

Tevredenheid met en waardering voor de vaktherapeutische behandeling wordt in hoofdstuk zes toegelicht. Ook wordt beschreven of vaktherapie aan de verwachtingen heeft voldaan en hoeveel baat men erbij gehad heeft ten opzichte van andere hulpverlening vanuit de instelling. Daarnaast wordt weergegeven op welk(e) gebied(en) deelnemers anders zijn gaan functioneren met behulp van vaktherapie volgens zowel de deelnemers zelf als hun vaktherapeuten. Beiden hebben hiertoe een vragenlijst ingevuld met functioneringsgebieden op fysiek, cognitief, emotioneel en sociaal gebied. Verder is een paragraaf gewijd aan een extra evaluatie van patiënten die beeldende therapie hebben gevolgd. Tot slot is gekeken naar verandering op het gebied van werk en overige activiteiten zoals bijvoorbeeld lichaamsbeweging en sport. In de samenvatting worden de belangrijkste uitkomsten van de inventarisatie en de pilotstudie op een rij gezet met enkele implicaties voor verder onderzoek.

De beroepspraktijk van de vaktherapeut

1 Inventarisatie onder vaktherapeuten

Over de beroepspraktijk van vaktherapeuten binnen de noordelijke geestelijke gezondheidszorg is weinig bekend. Wat er wel aan informatie over deze beroepsgroep beschikbaar is uit eerdere inventarisaties is enigszins gedateerd of niet geheel representatief voor deze regio (zie b.v. Neijmeijer 1996, Ouwens 2007, GGZ Nederland 2010). Met een tweetal eigen inventarisaties, uitgevoerd in januari 2009 en maart 2010 is getracht antwoord te krijgen op vragen als hoeveel en welke vaktherapeuten waar werken, wat hun achtergrond, werkervaring, werkomvang, caseload en patiëntendoelgroep is en welke behandeldoelen het meest gesteld worden. Zo mogelijk en wanneer relevant zal kort ingegaan worden op een vergelijking met informatie uit de genoemde andere bronnen.

1.1 Respons

Met behulp van een tweetal vragenlijsten zijn per mail alle bij de drie noordelijke ggz-instellingen (Lentis, GGZ Drenthe en GGZ Friesland) en het Universitair Centrum Psychiatrie (UCP) van het UMCG in loondienst zijnde vaktherapeuten benaderd. De respons was uitstekend zoals te zien is in tabel 1.1. Op de eerste inventarisatie in 2009 waarin gevraagd werd naar werkomvang en caseloadgegevens heeft maar liefst 90% van de 125 vaktherapeuten gereageerd. Op de tweede inventarisatie in 2010 waarin gevraagd werd naar o.a. opleiding en werkervaring, beroepsregistratie en behandeldoelen heeft bijna 70% gereageerd. Het aantal vaktherapeuten in loondienst is overigens in de tussenliggende periode afgenomen met 10, ofwel 8%. In de hiernavolgende beschrijving van de resultaten zijn de gegevens van uitsluitend de 115 in 2010 nog werkzame vaktherapeuten meegenomen.

Tabel 1.1 Respons op de twee inventarisaties onder vaktherapeuten

	<i>Totaal n</i>	<i>Respons n</i>	<i>Respons %</i>
Inventarisatie jan. 2009	125	112	90
Inventarisatie mrt. 2010	115	80	68

1.2 Omvang beroepsgroep

In 2010 zijn er 115 vaktherapeuten in loondienst bij de drie noordelijke ggz-instellingen en het UCP. Meer dan de helft van deze groep is psychomotorisch therapeut (PMT) en een derde is beeldend therapeut. Slechts één op de tien vaktherapeuten biedt muziek- of dramatherapie aan en danstherapie wordt in het geheel niet aangeboden. In tabel 1.2 wordt een overzicht gegeven van het aantal vaktherapeuten per werkvorm en instelling.

Tabel 1.2 Aantal vaktherapeuten per werkvorm en instelling (n=115)

	<i>PMT</i>	<i>Beeldend</i>	<i>Drama</i>	<i>Muziek</i>	<i>Totaal</i>	<i>%</i>
GGZ Drenthe	25	12	2	3	42	37
GGZ Friesland	14	14	1	2	31	27
Lentis	20	8	3	2	33	29
UCP	5	4	0	0	9	8
Totaal	64	38	6	7	115	
	%	58	33	5	6	100

Volgens een schatting uit 1996 werkten er in de geestelijke gezondheidszorg in Noord Nederland 11 vaktherapeuten per 100.000 inwoners (zie: Neijmeijer, 1996; blz. 70 en 109). Volgens onze inventarisatie zijn er 7 vaktherapeuten per 100.000 inwoners, beduidend minder dus. Als we per vaktherapievorm kijken, dan blijkt dat het aantal PMT'ers, 3,8 per 100.000 inwoners, ongeveer overeenkomt met de schatting uit 1996, namelijk 4,1. Het aantal beeldend therapeuten ligt echter de helft lager (2 versus 4), wat ook voor de dramatherapeuten geldt (0,4 versus 0,8). Het aantal muziektherapeuten is zelfs een kwart van de schatting uit 1996 (0,4 versus 1,7). In 1996 waren er ongeveer evenveel PMT'ers als beeldend therapeuten actief in de ggz, namelijk 4 per 100.000 inwoners. Deze verhouding is inderdaad terug te vinden bij GGZ Friesland en het UCP. Bij Lentis en GGZ Drenthe werken echter meer dan twee keer zoveel PMT'ers als beeldend therapeuten.

1.3 Werkomvang en patiëntdoelgroepen

Bijna alle vaktherapeuten werken uitsluitend in loondienst, slechts 6% (n=7) voert daarnaast een kleine zelfstandige praktijk. De aanstellingsomvang van de totale beroepsgroep in de betreffende instellingen is 87 fte, ervan uitgaande dat 1 fte een 36-urige werkweek is. De instellingen verschillen nauwelijks van elkaar wat betreft gemiddelde aanstellingsomvang per therapeut; die ligt tussen de 0,7 en 0,8 fte. Met andere woorden, vaktherapeuten hebben een gemiddelde werkweek van 27 uur. De onderlinge variatie is groot met een minimum aanstellingsomvang van 4 uur en een maximum van 38 uur. De grootste groep, nl. 70% heeft echter een werkweek van minstens 24 uur.

Deze gemiddelde werkweek komt overeen met bevindingen van de andere inventarisaties (GGZ Nederland 2010, Ouwens 2007, Neijmeijer 1996, GGZ Nederland, 2010). Het totaal aantal vaktherapeuten en fte's komt eveneens ongeveer overeen met de schattingen van Neijmeijer, maar in het geheel niet met de meest recente cijfers van GGZ Nederland. Ervan uitgaande dat 10% van de Nederlandse bevolking in Noord Nederland woont (zie: bevolkingscijfers CBS 2011), dan valt te verwachten dat de landelijke cijfers rond de 1.150 vaktherapeuten en 870 fte zouden liggen. De schattingen van Neijmeijer liggen echter iets lager met 981 vaktherapeuten en 674 fte (zie blz. 169-170). Hierbij kan opgemerkt worden dat volgens de schattingen van Neijmeijer in de regio Noord Nederland relatief meer vaktherapeuten werkzaam zijn dan in de meeste andere regio's (Neijmeijer 1996, blz. 108-109). GGZ Nederland schat het aantal vaktherapeuten op basis van een medewerkers enquête in 2009 veel lager en komt uit op een landelijk totaal van 290 vaktherapeuten en 220 fte, wat niet geheel realistisch lijkt, gezien de resultaten van onze inventarisatie en de schattingen uit 1996. Mogelijk is de veel lagere schatting van GGZ Nederland te wijten aan een laag responspercentage, die was namelijk 11% van het personeelsbestand in de ggz-sector.

In de drie noordelijke ggz-instellingen en het UCP worden wekelijks 5000 patiënten gezien door de vaktherapeuten, gemiddeld 1,6 patiënt per arbeidsuur. De meeste patiënten, 80%, volgen vaktherapie in groepsverband, de rest ontvangt individuele vaktherapie. De meeste vaktherapeuten hebben zowel groepen als individuele patiënten in hun

caseload. Zo ziet 80% van de vaktherapeuten wekelijks gemiddeld acht individuele patiënten en ziet 85% vijf groepen per week van gemiddeld zes patiënten per groep. De variatie tussen de vaktherapeuten onderling is groot, zoals ook te zien is in tabel 1.3, waar bijvoorbeeld de gemiddelde wekelijkse caseload varieert van minimaal één patiënt tot maximaal 89 patiënten.

Tabel 1.3 Caseload van de vaktherapeuten (n=115)

	<i>gemiddeld aantal patiënten (sd)</i>	<i>Min-max</i>	<i>Som</i>
Wekelijkse caseload	43 (21.8)	1-89	4972
Individueel	8 (7.1)	0-36	969
Groepsetting	36 (22.6)	0-88	4003
per groep	6	2-12	-

De verschillende vaktherapieën verschillen onderling niet wat betreft de omvang van hun wekelijkse caseload. Tussen de vier instellingen waar de vaktherapeuten werken is wel een verschil in caseload geconstateerd; niet in de totale wekelijkse caseload, maar wel in de verdeling van individuele en groepspatiënten. Zo werken de vaktherapeuten van Lentis meer met individuele patiënten dan hun collega's van de andere instellingen en ze werken minder met patiënten in groepsverband (tabel 1.4).

Tabel 1.4 Wekelijkse caseload van de vaktherapeuten per instelling (n=115)

	<i>Totaal aantal patiënten</i>		<i>Individueel</i>		<i>In groepen</i>	
	<i>gemiddeld</i>	<i>(sd)</i>	<i>gemiddeld</i>	<i>(sd)</i>	<i>gemiddeld</i>	<i>(sd)</i>
<i>Totaal</i>	43	(22)	8	(7)	36	(23)
GGZ Drenthe	47	(20)	9	(6)	39	(19)
GGZ Friesland	48	(25)	5	(6)	44	(25)
Lentis	35	(18)	11	(8)	26	(19)
UCP	43	(24)	5	(4)	31	(23)

In de noordelijke instellingen werken vaktherapeuten voornamelijk met volwassenen en jongvolwassenen. Een enkeling werkt uitsluitend met kinderen of ouderen. Beeldend therapeuten werken relatief vaker met jong volwassenen en ouderen dan PMT'ers. Van de muziektherapeuten die de vragenlijst hebben ingevuld (n=6) werkt er niemand met kinderen, terwijl de dramatherapeuten (n=4) niet met ouderen werken. In tabel 1.5 zijn de percentages weergegeven van de vaktherapeuten die werken met betreffende patiëntdoelgroepen. Dus bijvoorbeeld 11% van de PMT'ers werkt met kinderen en 73% van de beeldend therapeuten werkt met patiënten die in deeltijdbehandeling zijn.

Tabel 1.5 Percentages van patiëntdoelgroepen (n=80) en per vaktherapie (n=112)

	<i>PMT</i>	<i>Beeldend</i>	<i>Drama</i>	<i>Muziek</i>	<i>Totaal</i>
- Kinderen	11	8	50	0	11
- Jong volw.	39	58	50	33	45
- Volwassenen	96	92	75	100	94
- Ouderen	11	23	0	17	15
- klinisch	58	55	17	50	54
- deeltijd	54	73	33	50	59
- ambulantly	76	64	100	75	73

In alle behandelsettings worden vaktherapeuten ingezet. Zo werkt bijna de helft met uitsluitend klinische, deeltijd of ambulante patiënten en werkt 20% met patiënten uit alle drie settings. Tabel 1.6 laat zien dat PMT'ers gemiddeld meer klinische patiënten behandelen dan de overige vaktherapeuten, waarbij dramatherapeuten in het geheel geen klinische patiënten in hun caseload hebben.

Tabel 1.6 Gemiddeld aantal patiënten per setting en vaktherapie (n=112)

	<i>Totaal</i>	<i>PMT</i>	<i>Beeldend</i>	<i>Drama</i>	<i>Muziek</i>
ambulant	12	12	10	12	21
deeltijd	17	15	20	17	8
klinisch	14	19	10	0	10
Totaal	43	46	40	29	39

Vrijwel alle vaktherapeuten werken voor een behandelafdeling. Twee derde is daarnaast verbonden aan een opnameafdeling waar patiënten langer dan 3 maanden verblijven (34%), diagnostiekafdeling (31%) of afdeling voor langdurig zorgafhankelijken (20%). Drie kwart van de vaktherapeuten werkt met één of meerdere specifieke doelgroepen zoals patiënten met persoonlijkheidsstoornissen (33%), angst en stemmingsstoornissen (25%), traumagerelateerde problematiek (18%), forensische patiënten (18%), psychotische stoornissen (13%) en eetstoornissen (6%).

1.4 Werkervaring en opleidingsachtergrond

De gemiddelde vaktherapeut heeft een lange staat van dienst en is behoorlijk honkvast. Zo is de gemiddelde werkervaring 15 jaar, waarbij 12 jaar bij de huidige werkgever. Een op de drie vaktherapeuten oefent naast het dienstverband bij de ggz-instelling nog een ander beroep uit. Vaker genoemde beroepen zijn docent of supervisor, vrijgevestigd kunstenaar/muzikant en zelfstandig ondernemer.

Van de psychomotorisch therapeuten heeft de helft een post-HBO, HBO Master psychomotorische therapie of Universitaire Master Bewegingswetenschappen afgerond. Veertig procent heeft de HBO opleiding of bachelor, PMT-BA als hoogste opleiding afgerond en 10% de Academie voor Lichamelijke Opvoeding (ALO).

Van de beeldend therapeuten heeft een kwart een post-HBO opleiding Creatieve therapie/ Master of arts therapies afgerond. Zestig procent heeft een HBO of bachelor Creatieve therapie-beeldend als hoogste opleiding doorlopen en 15% heeft de kunstacademie of lerarenopleiding HBO-Creatief afgerond. De drama- en muziektherapeuten hebben allen een HBO/bachelor als hoogste opleiding; Creatieve Therapie-drama, CT-muziek, docent drama of orthoagogische muziekbegeleiding.

Bij GGZ Friesland werken relatief de meeste post HBO opgeleide vaktherapeuten (55%) en bij Lentis Groningen de minste (22%). GGZ Drenthe en het UCP zitten ertussen in met respectievelijk 29% en 33% post HBO opgeleide vaktherapeuten.

1.5 Beroepsvereniging en registratie

De meeste vaktherapeuten, 71% zijn lid van de eigen vaktherapeutische beroepsvereniging, respectievelijk de Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie (NVPMT), de Nederlandse Vereniging voor Beeldende Therapie (NVBT), de Nederlandse Vereniging voor Dramatherapie (NVDT) en de Nederlandse Vereniging voor Muziektherapie (NVvMT). Bij het UCP is de lidmaatschapsgraad het hoogst (100%), gevolgd door GGZ Friesland (86%), GGZ Drenthe (77%) en Lentis Groningen (44%). Vergeleken met de landelijke gegevens uit 1996 (zie Neijmeijer, 1996) is het percentage vaktherapeuten dat lid is van de beroepsvereniging nogal gestegen. Zo was in 1996 maar 31% van de PMT'ers en 49% van de creatief therapeuten lid van de eigen beroepsvereniging.

Tabel 1.7 Vaktherapeuten; opleidingsniveau, lidmaatschap en registratie (n=80)

	<i>PMT</i>	<i>beeldend</i>	<i>drama</i>	<i>muziek</i>	<i>Totaal</i>
Aantal deelnemers, n=	44	26	4	6	80
HBO/Bachelor opleiding, %	50	75	100	100	66
Post-HBO/Master/WO, %	50	25	0	0	34
Lid beroepsvereniging, %	64	77	100	83	71
Registratie SRVB, %	30	50	25	50	37

Sinds 2008 kunnen vaktherapeuten zich laten registreren bij de Stichting Register Vaktherapeutische Beroepen (SRVB). Dit register is door de Federatie voor Vaktherapeutische Beroepen (FVB) in het leven geroepen om de kwaliteit van de beroepsgroep te waarborgen. Om zich te laten registreren moet een vaktherapeut een erkende beroepsopleiding hebben afgerond, werkervaring gedurende 5 jaar hebben opgedaan (minimaal 16 uur per week), een supervisietraject hebben doorlopen, participeren in intervisie, nascholing op post HBO niveau hebben gevolgd (geaccrediteerd door de SRVB) en lid zijn van een beroepsvereniging. De registratiegraad bij de SRVB is met gemiddeld 37% niet erg hoog. Bij de GGZ Friesland is de registratiegraad van de daar werkzame vaktherapeuten het hoogst,

namelijk 52%, gevolgd door het UCP (50%), GGZ Drenthe (40%) en Lentis Groningen (17%).

1.6 Behandeldoelen

De problematiek waarvoor vaktherapeuten ingezet worden is zeer divers, evenals de gehanteerde behandeldoelen. Op de open vraag wat de drie meest voorkomende behandeldoelen zijn, kwam een scala aan antwoorden. Deze zijn in tabel 1.8 gegroepeerd in categorieën en geplaatst in volgorde van meest genoemd.

Tabel 1.8 Percentueel de meest genoemde behandeldoelen in de eigen praktijk (n=77)

	%
1. Autonomie versterken, assertiviteit, zelfvertrouwen, zelfbeeld	74
2. Emoties reguleren/uiten, impulscontrole, agressieregulatie	51
3. Grenzen leren voelen, bepalen, hanteren, aangeven	24
4. Contact met eigen gevoelsleven maken/versterken	23
5. Spanningsregulatie, leren ontspannen, stressreductie	23
6. Stabiliseren, structureren, rehabiliteren	23
7. Lichaamsbeleving verbeteren, lichaamssignalen herkennen	18
8. Verwerking, plaatsgeving	14
9. Sociaal functioneren, verbeteren omgang met anderen	13
10. Verminderen psychiatrische ziektesymptomen	12

Maar liefst drie kwart van de vaktherapeuten noemt het versterken van de autonomie van de patiënt of het verbeteren van de assertiviteit, het zelfvertrouwen of het zelfbeeld als één van de drie meest voorkomende behandeldoelen in de eigen praktijk. Het verbeteren van de emotieregulatie wordt door de helft van de therapeuten genoemd. Hoewel agressieregulatie in deze categorie valt, wordt met name door PMT'ers specifiek aangegeven dat de emotieregulatie de omgang met agressie betreft. Bijna een kwart noemt de thema's *grenzen*, *contact met het gevoelsleven* en *stabilisatie*. Niet alle benoemde behandeldoelen konden in één van bovenstaande categorieën worden geplaatst. Zo heeft 15% van de

vaktherapeuten doelen benoemd zoals bijvoorbeeld *inzicht in* en/of *verandering van oude patronen*, *psycho-educatie* en *motivering* tot behandeling/verandering.

Er zijn een paar verschillen tussen de vaktherapieën. De thema's *grenzen*, *spanningsregulatie*, *agressieregulatie* en *lichaamsbeleving* worden vrijwel uitsluitend door PMT'ers genoemd. Beeldend therapeuten noemen relatief vaak *contact met het eigen gevoelsleven* evenals *verwerking en plaatsgeving*. Dramatherapeuten benoemen gezamenlijk drie doelen, te weten *autonomie*, *emotieregulatie* en *sociaal functioneren*.

Muziektherapeuten noemen vrijwel alle doelen wel een keer. Het thema *stabilisatie* wordt door hen het vaakst genoemd, gevolgd door *autonomie* en *contact met eigen gevoelsleven*. In tabel 1.9 is een overzicht gegeven van de genoemde behandeldoelen per vaktherapie om zo de onderlinge verschillen inzichtelijk te maken.

Tabel 1.9 Genoemde behandeldoelen per vaktherapie (n=77)

	<i>Totaal</i>	<i>PMT</i>	<i>beeld</i>	<i>drama</i>	<i>muziek</i>
Vaktherapeuten, n=	77	42	25	4	6
Responspercentage	67%	66%	66%	67%	86%
Aantal genoemde doelen, n=	231	126	75	12	18
1. Autonomie	57	22	24	8	3
2. Emoties reguleren	23	13	6	2	2
- specifiek agressieregulatie	16	15	1	-	-
3. Grenzen	19	17	1	-	1
4. Contact met eigen gevoelsleven	18	3	12	-	3
5. Spanningsregulatie	18	16	1	-	1
6. Stabiliseren, structuur	18	9	5	-	4
7. Lichaamsbeleving	14	13	1	-	-
8. Verwerking	11	1	9	-	1
9. Sociaal functioneren	9	6	-	2	1
10. Ziektesymptomen	8	6	3	-	-

Als we deze resultaten naast die van eerdere inventarisaties leggen, dan kan daar het volgende over gezegd worden. In de inventarisatie van Neijmeijer (1996, blz. 188) wordt het thema *autonomie* verwoord als *identiteitsproblemen* en is als meest frequent voorkomende problematiek weergegeven door zowel creatief therapeuten als PMT'ers. *Psychiatrische*

problemen komen op de tweede plaats, gevolgd door *acceptatie* en *verwerkingsproblemen*, *relatieproblemen* en *eenzaamheid*. In de inventarisatie door Ouwens (2007) komt *autonomie* in termen van *vergroten kracht en zelfwaardering*, bijvoorbeeld *sterkere identiteit* op de tweede plaats bij as I problematiek en op de eerste plaats bij as II problematiek. Het *scheppen van voorwaarden voor behandeling* wordt het meest als behandeldoel toegepast bij as I problematiek. Andere meest genoemde doelen zijn *stabilisatie*, *psychiatrische klachten*, *sociale vaardigheden* en *interactie met anderen*. In beide inventarisaties is geen verschil gevonden (Neijmeijer 1996) of gemaakt (Ouwens 2007) tussen de vaktherapieën en opvallend is dat *emotieregulatie*, in deze inventarisatie toch na *autonomie* het vaakst genoemd, in de andere inventarisaties niet naar voren komt.

Kortom, dat de vaktherapieën zich richten op het versterken van de autonomie, identiteit, zelfbeeld en zelfvertrouwen van de patiënt, is duidelijk. De overige behandeldoelen komen minder eenduidig naar voren al kan uit deze inventarisatie wel geconcludeerd worden dat PMT en beeldende therapie zich met een aantal specifieke doelen onderscheiden van elkaar en de andere vaktherapieën. Zo lijken doelen gericht op *lichaamsbeleving*, *grenzen*, *agressieregulatie* en *spanningsregulatie* meer specifiek voor PMT te zijn en *verwerking* en *contact met het eigen gevoelsleven* meer specifiek voor beeldende therapie.

Effectiviteit van vaktherapie; een verkenning

2 Opzet pilotstudie

Zoals in de inleiding is aangegeven is naar de werkzaamheid van vaktherapie wetenschappelijk nog weinig empirisch-wetenschappelijk onderzoek gedaan. Om hier meer zicht op te krijgen is in de drie noordelijke ggz-instellingen en het UCP een verkennende studie gedaan naar de resultaten van verschillende vormen van vaktherapie en de tevredenheid van patiënten. Het primaire doel van deze pilotstudie was om een basis te leggen voor gericht vervolgonderzoek, liefst in de vorm van gerandomiseerde gecontroleerde trials (RCT's). Binnen een periode van vier maanden is een groep patiënten gevolgd die vaktherapie als onderdeel van hun behandeling kregen aangeboden. Omdat het een pilotstudie betreft, was geen sprake van gerichte selectieve instroom noch van een controlegroep. De nadruk lag op het in kaart brengen van de praktijk van de vaktherapie, het aandeel binnen het gehele behandel aanbod en de resultaten zoals die vastgesteld konden worden aan de hand van de rapportage van de deelnemers. In dit hoofdstuk wordt de onderzoeksopzet beschreven en welke meetinstrumenten zijn gebruikt. Daarnaast worden instroomgegevens gepresenteerd en toegelicht of en in hoeverre de deelnemers (vaktherapeuten en hun patiënten) representatief zijn.

2.1 Onderzoeksopzet

Alle vaktherapeuten werkzaam in de drie noordelijke ggz-instellingen en het UCP (zie het eerste deel van dit rapport) zijn gevraagd deel te nemen aan de verkennende studie naar de effecten en tevredenheid met vaktherapie volgens een pre-post design. De deelnemende vaktherapeuten hebben vervolgens elke patiënt die zij binnen een inclusieperiode van vier maanden nieuw in behandeling kregen, geïnformeerd en gevraagd mee te doen aan het onderzoek. Na ondertekening van een toestemmingsformulier door de deelnemer werden voorafgaand aan de start van de vaktherapeutische behandeling de eerste vragenlijsten ingevuld (voormeting) door deelnemer en vaktherapeut. Na vier maanden, of eerder indien de vaktherapie eerder afgerond werd, vulden beiden een tweede

vragenlijst in (nameting). Het enige criterium voor deelname (inclusie) was dat de patiënt met een nieuwe verwijzing of zorgvraag zou beginnen met vaktherapie en dat deze de afgelopen drie maanden geen vaktherapie had gevolgd. De vaktherapeut is uitdrukkelijk gevraagd geen selectie te maken van geschikte kandidaten. Exclusiecriteria waren: jonger dan 18 jaar, weigering tot deelname en niet in staat zijn de vragenlijsten zelfstandig in te vullen door bijvoorbeeld cognitieve beperkingen. De studie is uitgevoerd van oktober 2009 t/m de zomer van 2010.

2.2 Meetinstrumenten

De primaire uitkomstmaat was vermindering van psychische klachten en symptomen. Secundaire uitkomstmaten waren kwaliteit van leven, sociaal functioneren, lichaamsbeleving, tevredenheid met de behandeling en de relatie met de therapeut, zorgbehoefte en maten voor het bepalen van specifieke vaktherapeutische effecten die op basis van de inventarisatie de nadruk hebben gekregen. Voor zowel de voor- als de nameting is daartoe gebruik gemaakt van een drietal gestandaardiseerde en gevalideerde zelfrapportage vragenlijsten:

- Outcome Questionnaire (OQ-45.2; Lambert & Burlingame 1996/2004). Deze vragenlijst bevat 45 vragen over de afgelopen week met als doel het effect van behandeling te kunnen meten, met name op het gebied van emotionele stoornissen, stress en sociale problemen. Dit instrument is diagnose specifiek en bevat naast een totaalscore drie subscores, te weten *psychisch welbevinden*, *interpersoonlijk functioneren* en *sociale rolvulling*. Er zijn vijf antwoordcategorieën die gaan van “nooit” (1) tot en met “bijna altijd” (5).
- Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA; Priebe et al. 1999). Dit instrument is een maat voor de kwaliteit van leven. In 12 vragen wordt de respondent gevraagd de huidige mate van tevredenheid weer te geven op een aantal levensgebieden. Antwoorden kan in zeven antwoordcategorieën, van “kan niet slechter” (1) tot en met “kan niet beter” (7). Verder bevat het instrument vier ja/nee vragen over vriendschappen en (ervaren) geweld.

- Mental Health Confidence Scale (MHCS; Carpinello et al. 2000). Deze vragenlijst is een zogenaamd 'coping' of 'empowerment' instrument en vraagt naar iemands vertrouwen in eigen mogelijkheden. Het gaat om 16 uitspraken waarop geantwoord kan worden in zes categorieën, van "totaal geen vertrouwen" (1) tot en met "volledig vertrouwen"(6). Naast een totaalscore worden drie subschalen onderscheiden: *optimisme*, *coping* en *opkomen voor eigen rechten*.

In beide metingen is tevens gebruik gemaakt van een recent uit het Duits vertaalde vragenlijst over lichaamsbeleving. Deze vragenlijst wordt momenteel onderzocht op psychometrische kwaliteiten en bruikbaarheid bij verschillende gezonde en psychiatrische populaties, waaronder die van deze studie (promotieonderzoek M. Scheffers, Windesheim Zwolle, 2010-2014):

- Dresdner Körperbildfragebogen (DKB-35; Pöhlmann et al. 2004). De DKB-35 meet de lichaamsbeleving ofwel de houding die iemand ten opzichte van zijn of haar eigen lichaam heeft. De vragenlijst bestaat uit 35 stellingen waarop in vijf categorieën geantwoord kan worden: "niet van toepassing" (1) tot en met "volledig van toepassing" (5). Naast een totaalscore voor lichaamsbeleving worden vijf subschalen onderscheiden, te weten vitaliteit, zelfacceptatie, seksualiteitsbeleving, zelfwaardering en lichaamscontact.

Voor het meten van de tevredenheid met de vaktherapeutische behandeling en de behandelrelatie zijn aan de nameting twee gestandaardiseerde en gevalideerde vragenlijsten toegevoegd:

- Consumer Satisfaction Questionnaire (CSQ; Larsen et al. 1979). De CSQ vraagt de respondent naar diens tevredenheid met de geboden hulp, in dit geval de vaktherapie. De lijst bevat acht vragen waarin geantwoord kan worden in vier categorieën, van 1 tot en met 4, waarbij de scores 3 en 4 redelijke tot grote tevredenheid weergeven.

- Helping Alliance Scale (HAS; Priebe & Gruyters 1993). De kwaliteit van de onderlinge behandelrelatie wordt door de respondent beoordeeld met behulp van de HAS. Er zijn twee versies van deze vragenlijst; een

versie voor de deelnemer en een versie voor de hulpverlener, in dit geval de vaktherapeut. Beide versies zijn gebruikt in deze studie. De HAS-deelnemer bestaat uit zes onderdelen. Vijf vragen waarop geantwoord kan worden met een cijfer van nul tot en met tien. Hoe hoger het cijfer, hoe beter de beoordeling van de relatie. Daarnaast wordt de deelnemer gevraagd hoe deze zich voelt meteen na een bijeenkomst met de vaktherapeut: beter, onveranderd of slechter. De HAS-vaktherapeut bestaat uit eveneens vijf vragen waarop geantwoord kan worden met een cijfer van nul tot en met tien. De twee open vragen over de positieve en negatieve aspecten van de behandelrelatie zijn in deze studie niet gebruikt.

Naast de bovenstaande standaard lijsten is de deelnemer gevraagd naar diens sociodemografische gegevens, werksituatie, activiteiten, contacten met de geestelijke gezondheidszorg, verwachtingen t.a.v. de vaktherapie en behandelresultaten. De vaktherapeut heeft informatie geleverd aangaande de verwijzing van de deelnemer, de DSM-IV diagnose, vakspecifieke diagnose, behandelsetting, -doelen, -duur en frequentie van de behandel sessies en realisatie van de behandel doelen.

2.3 Statistische verwerking

Alle data zijn verwerkt in het statistische programma SPSS, versie 16. Veel gegevens in deze rapportage zijn beschrijvend. Wanneer mogelijk en relevant, zijn statistische analyses gedaan om verschillen tussen groepen te bepalen, bijvoorbeeld, tussen de vormen van vaktherapieën, verschillende behandelsettings of subgroepen van deelnemers (b.v. kortdurend/langdurend in zorg). Wanneer wordt gesproken over geconstateerde verschillen of samenhangen, dan wordt hiermee bedoeld dat er statistisch gezien significante verschillen of samenhangen zijn gevonden met een significantieniveau van $p < 0.01$. Dit wil zeggen dat, wanneer in werkelijkheid de groepen gelijk zijn, er in 99% van de gevallen een dergelijk verschil niet gevonden zal worden.

2.4 Werving en instroom

Van de in totaal 115 vaktherapeuten die gevraagd zijn mee te werken aan deze studie hebben 55 in eerste instantie toegezegd. Uiteindelijk hebben 51 van hen minimaal één patiënt mee laten doen. Om zicht te kunnen krijgen op het totaal aantal nieuwe verwijzingen, het uitvalpercentage en redenen van exclusie, is de deelnemende vaktherapeuten gevraagd van elke nieuwe patiënt een toestemmingsformulier in te vullen met daarin geslacht en de leeftijd van de patiënt en, indien van toepassing, de reden van niet-deelname binnen de inclusieperiode van vier maanden. Door bijna 60% van de 51 deelnemende vaktherapeuten (n=30) zijn deze zogenaamde instroomgegevens volledig aangeleverd. Gerapporteerde inclusieproblemen waren: deelname niet inpasbaar in het programma, teveel ontregeling bij de patiënten (ouderenkliniek), patiënten in doorlopende groepen konden moeilijk deelnemen in verband met gebrek aan tijd voor het informeren en in laten vullen van de vragenlijsten; overvraging van sommige patiënten die in het kader van diagnostiek, tevredenheidsonderzoek of Routine Outcome Monitoring (ROM) al zoveel vragen moesten beantwoorden en klinische patiënten die door hun ziektesymptomen niet in staat waren tot het invullen van zelfrapportagevragenlijsten aan het begin van de behandeling.

Vooraf aan deze studie is uitgegaan van een verwachte instroom van 35 nieuwe patiënten per vaktherapeut per jaar (zie Hutschemaekers 1998). In vier maanden zou de verwachte instroom voor 51 vaktherapeuten dan 595 patiënten zijn geweest, ofwel gemiddeld 11 per vaktherapeut. De gemiddelde instroom in deze studie is bijna acht per vaktherapeut,

Van 392 patiënten is uiteindelijk een formulier ontvangen. Van deze groep heeft 68% toestemming verleend tot deelname en de eerste vragenlijst ingevuld. Gedurende het onderzoek hebben 53 deelnemers de behandeling en/of deelname aan het onderzoek gestaakt. De tussentijdse uitval, ofwel het drop-out percentage is hiermee 20%. In bijna drie kwart van de gevallen is de tussentijdse uitval veroorzaakt doordat de patiënt voortijdig stopte met de behandeling. Het responspercentage is hiermee 55%. In tabel 2.1 staan de instroomgegevens op een rijtje.

Tabel 2.1 Instroomgegevens pilotstudie Vaktherapie

	<i>n</i>	<i>%</i>
Gevraagde vaktherapeuten voor deelname aan onderzoek	115	100
Deelnemende vaktherapeuten (minimaal één respondent)	51	44
Totale instroom patiënten (inclusieperiode van vier maanden)	392	100
Respons patiënten (toestemming en eerste vragenlijsten ingevuld)	267	68
Non-respons patiënten	125	32
<i>Deelnemers voormeting (respons):</i>	<i>267</i>	<i>100</i>
Deelnemers, waarvan data compleet	214	80
Tussentijds gestopt met behandeling en/of onderzoek	53	20
<i>Redenen voor non-respons:</i>	<i>125</i>	<i>100</i>
- niet in staat tot invullen vragenlijsten	47	38
- weigering of verleende toestemming later weer ingetrokken	41	33
- maximum aantal deelnemers bereikt door vaktherapeut	18	14
- andere reden, bv. opname te kort, te grote emotionele belasting	19	15
<i>Redenen voor tussentijdse uitval:</i>	<i>53</i>	<i>100</i>
- voortijdig stoppen van de behandeling en onderzoek	39	73
- vragenlijsten niet ontvangen door onderzoeker	10	19
- overgestapt naar andere behandelafdeling	4	8

2.5 Representativiteit

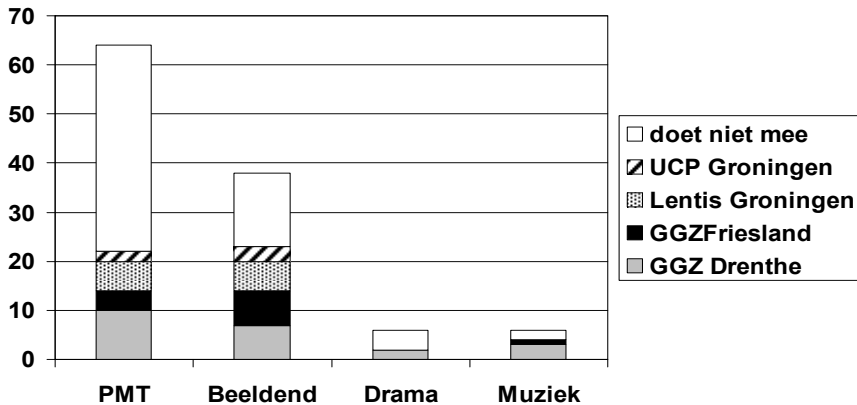
2.5.1 Vaktherapeuten

Van de 51 deelnemende vaktherapeuten was 43% werkzaam bij GGZ Drenthe (n=22). Zij vertegenwoordigden weer de helft van alle daar werkzame vaktherapeuten. Zowel vanuit GGZ Friesland als Lentis deden 12 vaktherapeuten mee en zij vertegenwoordigden ieder 40% van de daar werkzame vaktherapeuten. Vanuit het UCP deden 5 vaktherapeuten mee en zij vertegenwoordigden iets meer dan de helft van hun collega's.

De beeldend therapeuten waren in de meerderheid en zij representeerden daarmee 60% van hun collega beeldend therapeuten. De deelnemende PMT'ers vertegenwoordigden 34% van hun collega's. Twee van de in totaal vier dramatherapeuten en vier van de in totaal zes muziektherapeuten hebben meegewerkt aan deze studie. Zij waren vrijwel allemaal werkzaam

bij GGZ Drenthe. Gerapporteerde resultaten aangaande deze twee vormen van vaktherapie zeggen dus vooral iets over de huidige praktijk bij GGZ Drenthe. In bijlage I zijn het aantal deelnemende vaktherapeuten per vaktherapie en instelling weergegeven. Zoals te zien is in figuur 2.1, is de deelname van zowel PMT'ers als beeldend therapeuten goed verspreid over de vier instellingen.

Figuur 2.1 Deelname vaktherapeuten per therapievorm en instelling



De deelnemende vaktherapeuten verschillen niet van hun niet-deelnemende collega's in aanstellingsomvang of jaren werkervaring. Wat betreft wekelijkse caseload hebben beeldend therapeuten gemiddeld meer groepen en minder individuele patiënten dan hun collega's die niet mee hebben gedaan aan de studie ($p < 0.05$). Al met al zijn de deelnemende psychomotorisch therapeuten en beeldend therapeuten voldoende representatief voor hun beroepsgroep in de noordelijke ggz-instellingen. De deelnemende drama- en muziektherapeuten weerspiegelen vooral de situatie bij GGZ Drenthe.

2.5.2. Deelnemende patiënten

In totaal hebben 267 patiënten meegedaan, gemiddeld vijf per vaktherapeut. De spreiding is echter groot. Van een aantal vaktherapeuten deed één patiënt mee, terwijl van zes vaktherapeuten tien tot zelfs vijftien patiënten meededen. De vaktherapeuten van GGZ Friesland brachten gemiddeld de meeste deelnemers per vaktherapeut in, namelijk 7. In tabel 2.2 staat de verdeling van het aantal deelnemers per instelling, vaktherapie-soort en behandelsetting weergegeven.

Tabel 2.2 Aantal deelnemers per instelling, vaktherapie en behandelsetting (n=267)

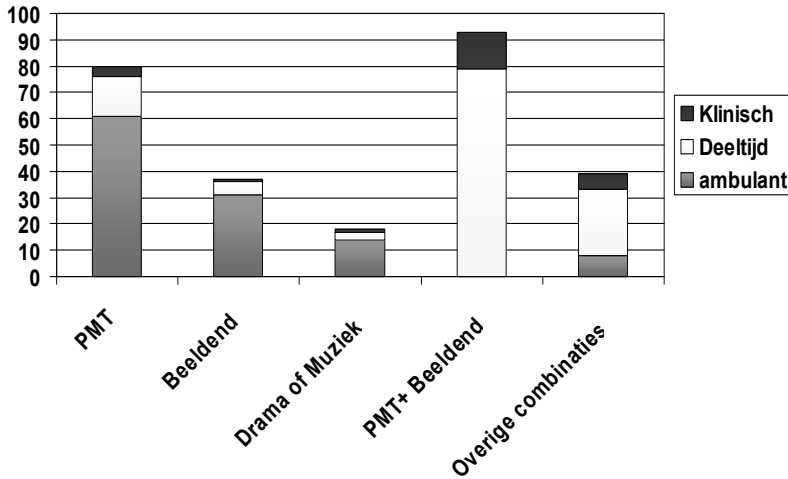
	<i>n</i>	<i>%</i>
Deelnemers	267	100
<i>Per instelling:</i>		
- GGZ Drenthe	102	38
- GGZ Friesland	85	32
- Lentis Groningen	52	20
- UCP Groningen	28	10
<i>Per vaktherapie (N.B. meer dan 100% i.v.m. therapiecombinaties):</i>		
- PMT	209	78
- beeldende therapie	153	57
- dramatherapie	32	12
- muziektherapie	27	10
<i>Waarvan:</i>		
- alleen PMT	80	30
- alleen beeldende therapie	37	14
- alleen dramatherapie	6	2
- alleen muziektherapie	12	4
- PMT + beeldende therapie	93	35
- overige combinaties van 2 of meer vaktherapieën	39	15
<i>Per behandelsetting:</i>		
- Deeltijd/dagklinisch	127	47
- Ambulant/poliklinisch	114	43
- Klinisch	26	10

Bijna de helft van de deelnemers kreeg meer dan één vorm van vaktherapie tegelijkertijd aangeboden. Het grootste deel van deze groep volgde de combinatie PMT en beeldende therapie. GGZ Drenthe heeft het meest gevarieerde aanbod met maar liefst acht gerapporteerde combinaties van twee of meer vaktherapieën. De andere instellingen bieden uitsluitend (UCP) of voornamelijk (Lentis en GGZ Friesland) de combinatie PMT en beeldende therapie aan.

Van de deelnemers die vaktherapie in een ambulante setting kregen aangeboden, volgde 93% één vaktherapie. In de dagklinische en klinische behandelsetting kreeg slechts 20% één vorm van vaktherapie, 80% volgde

meerdere vaktherapieën naast elkaar. In figuur 2.2 is de verdeling van het aantal deelnemers per behandelsetting en vaktherapie weergegeven.

Figuur 2.2 Aantal deelnemers per behandelsetting en vaktherapie(combinatie)



In tabel 2.3 is een vergelijking gemaakt tussen de behandelsetting van de onderzoeksdeelnemers en de verdeling van de volwassenenpopulatie in 2009 bij de Nederlandse ggz-instellingen. Zo is te zien dat in onze onderzoeksgroep (dag)klinische patiënten oververtegenwoordigd zijn en dat het relatieve aandeel van ambulante patiënten aan de lage kant is (GGZ Nederland: Kerncijfers, 2010). Dit gegeven bevestigt het beeld dat vaktherapie goed vertegenwoordigd is in de deeltijdbehandeling en relatief minder goed in het ambulante aanbod verankerd is.

Tabel 2.3 Vergelijking behandelsetting pilotstudie met ggz-cijfers 2009

	<i>Pilotstudie</i>		<i>Ggz 2009</i>	
	%	(n)	%	(n x 1.000)
Ambulant / poliklinisch	43	(114)	90	(500)
Deeltijd / dagklinisch	47	(127)	4	(24)
Klinisch / opgenomen	10	(26)	6	(36)
Totaal	100	(267)	100	(560)

Ook de man-vrouwverdeling in deze studie (zie tabel 2.4) komt niet helemaal overeen met de landelijke man-vrouwverhouding binnen de geestelijke gezondheidszorg. Het percentage mannelijke patiënten ligt landelijk met 44% iets hoger (bron: GGZ Nederland Sectorrapport 2010). Dit werpt de vraag op of vrouwen, en dan met name jonge vrouwen, eerder naar vaktherapie verwezen worden dan mannen.

Om vast te stellen hoe representatief de resultaten binnen deze onderzoeksgroep zijn voor de totale groep patiënten die gebruik maakt van vaktherapie, is het ook van belang de patiënten die deelnamen te vergelijken met de ‘non-responders’, degenen die hiervoor wel in aanmerking kwamen maar die niet aan het onderzoek deelnamen. Bij deze vergelijking (tabel 2.4) blijkt de man-vrouwverdeling niet te verschillen, maar de gemiddelde leeftijd van de deelnemers ligt wel vijf jaar lager dan die van non-responders. Dit komt vooral omdat de groep deelnemers uit een groter percentage patiënten bestaat die jonger zijn dan 25 jaar, namelijk 27% versus 14% bij de ‘non-responders’. Binnen deze jonge groep is overigens 80% vrouw, een beduidend hoger percentage dan in de andere leeftijdscategorieën.

Tabel 2.4 Verschil in leeftijd en geslacht tussen respons- en non-responsgroep.

	<i>Respons (n=267)</i>	<i>Non-respons (n=125)</i>	<i>sign.</i>
Gemiddelde leeftijd (sd=standaard deviatie)	35 jaar (sd=12,0)	40 jaar (sd=13,6)	p<0.01
Percentage mannen (n=)	35% (n=91)	41% (n=52)	n.s.

3 Profiel van de deelnemende patiënten

In dit hoofdstuk worden de onderzoeksdeelnemers beschreven aan de hand van hun sociodemografische kenmerken en (maatschappelijke) activiteiten. Ook komt de psychiatrische problematiek (DSM IV diagnose) en het (historisch) gebruik van het behandelaanbod aan de orde. Waar mogelijk worden kenmerken van de deelnemers vergeleken met die binnen de landelijke bevolking. Indien relevant is gekeken naar verschillen tussen subgroepen van deelnemers bijvoorbeeld op basis van behandelsetting. Alle deelnemers die de eerste vragenlijst hebben ingevuld (n=267) zijn in de beschrijving meegenomen.

3.1 Sociodemografische kenmerken

In dit onderzoek zijn de vrouwelijke deelnemers in de meerderheid. De verhouding twee derde vrouw en een derde man is terug te zien bij PMT en beeldende therapie, maar blijkt bij drama- en muziektherapie iets anders te liggen. Zo is meer dan 90% van de deelnemers die dramatherapie hebben gevolgd (n=32) vrouw, terwijl iets meer dan de helft van de deelnemers die muziektherapie volgden (n=27) man is. De mannelijke deelnemers zijn met 37 jaar gemiddeld drie jaar ouder dan de vrouwelijke deelnemers. In tabel 3.1 staan deze en overige sociodemografische gegevens als woonsituatie en opleidingsniveau van de deelnemers weergegeven.

Volgens CBS gegevens van het jaar 2009 woont 63% van de beroepsbevolking samen met partner en/of kinderen en is 37% alleenwonend. Nog geen 1% woont op een andere manier. De deelnemersgroep wijkt nauwelijks af van deze landelijke cijfers, wanneer de categorie *inwonend bij familie* meegerekend wordt met de samenwoners (43% plus 14% = 57%). Ook de verdeling over de verschillende onderwijsniveaus komt overeen met die van de gemiddelde Nederlandse beroepsbevolking (bron: CBS 2010).

Tabel 3.1 Sociodemografische gegevens patiënten vaktherapie (n=267)

	% (n)
Vrouwelijke deelnemers	66 (176)
Mannelijke deelnemers	34 (91)
Leeftijd vrouwelijke deelnemers , gemiddeld (sd)	34 jaar (12)
Leeftijd mannelijke deelnemers, gemiddeld (sd)	37 jaar (12)
Met vaste partner	51 (136)
Met zorg voor kinderen onder de 18 jaar	24 (64)
<i>Woonsituatie:</i>	
Samenwonend met partner en/of kinderen	43 (115)
alleenwonend	34 (91)
Inwonend bij familie	14 (36)
Ggz instelling of beschermde woonvorm	5 (13)
Op kamers/met huisgenoten	3 (9)
Geen of verblijfplaats onbekend	1 (3)
<i>Hoogst afgeronde opleiding:</i>	
- Basisonderwijs	5 (13)
- Lager beroepsonderwijs of VMBO	15 (39)
- MAVO	6 (16)
- Middelbaar beroepsonderwijs (MBO)	33 (88)
- HAVO, VWO of HBS	17 (45)
- Hoger beroepsonderwijs (HBO)	20 (54)
- Wetenschappelijk onderwijs (WO)	4 (10)
- onbekend	0 (2)

3.2 Werk en activiteiten

Iets meer dan de helft van de deelnemers geeft aan betaald werk te hebben of een opleiding te volgen (tabel 3.2). De helft van deze groep zit (gedeeltelijk) in de ziektewet. Een vijfde van alle deelnemers is werkloos en even groot deel is arbeidsongeschikt. Van diegenen die aangeven werkloos te zijn geeft een kwart aan (nog) niet werkzoekend te zijn vanwege therapie en herstel.

Als we het werkloosheidspercentage vergelijken met de landelijke werkloosheidspercentages (bron: CBS 2010), dan is het relatieve aantal

werklozen met 21% een stuk hoger dan het landelijk percentage van 5,4%. Hetzelfde geldt voor het percentage arbeidsongeschikten; die ligt met 21% eveneens een stuk hoger dan het landelijke percentage van 7% van de beroepsbevolking (bron: CBS 2009).

Tabel 3.2 Werksituatie (n=267)

	% (n)
Betaald werk	40 (106)
Opleiding / studie	12 (31)
Werkloos	21 (57)
Arbeidsongeschikt	21 (55)
Huishouding	5 (14)
Gepensioneerd/AOW	1 (4)
Met betaald werk, maar in ziektewet	25 (66)

Zeventig procent van diegenen met betaald werk of opleiding geeft aan ook daadwerkelijk tijd aan werk en/of studie te besteden op het moment van invullen van de eerste vragenlijst. Slechts een minderheid, 30% van deze deelnemers is dus inactief wat betreft werk en studie bij de start van het onderzoek. Van de deelnemers zonder betaald werk of opleiding is, zoals verwacht, het grootste deel, meer dan 80%, inactief wat betreft werk en studie bij de start van het onderzoek. In tabel 3.3 wordt per subgroep weergegeven hoeveel uren gemiddeld is besteed aan werk en opleiding.

Tabel 3.3 Tijd besteed aan werk/opleiding per subgroep (n=267)

	<i>werksituatie</i> <i>deelnemers</i>	<i>waarvan</i> <i>werkend/studerend</i>	<i>gemiddeld aantal</i> <i>uren besteed aan</i> <i>werk/studie</i>
	% (n)	% (n)	
Betaald werk/studie	51 (137)	69 (94)	27 uur
Werkloos	21 (57)	18 (10)	8 uur
Arbeidsongeschikt	21 (55)	11 (6)	11 uur
Huishouding/AOW	7 (18)	- -	-

Tevens is gevraagd om aan te geven of en hoeveel uren per week men aan andere activiteiten besteedt, zoals vrijwilligerswerk, sport, beweging en sociale activiteiten buiten de deur. Gemiddeld was dit 15 uur (sd=12) per week in deze deelnemersgroep. Slechts een enkeling (n=3) gaf aan geen

enkele (maatschappelijke) activiteit te hebben en tevens geen werk of opleiding te doen. Tachtig procent doet aan beweging zoals tuinieren, fietsen of wandelen en sociale activiteiten buiten de deur, twee derde van de deelnemersgroep rapporteert een hobby, bijna de helft doet aan sport en 17% doet vrijwilligerswerk bij de start van het onderzoek. In tabel 3.4 wordt per activiteit weergegeven hoeveel uren per week zowel de totale deelnemersgroep als de betreffende subgroep eraan besteedt.

Tabel 3.4 Uren per week besteed aan activiteiten bij de start van het onderzoek (n=267)

	% (n)	<i>uren per week (sd)</i>	
		<i>per actieve subgroep:</i>	<i>hele groep:</i>
Vrijwilligerswerk	17 (46)	5 uur (5)	1 uur (3)
Beweging: fietsen, wandelen, tuinieren	82 (219)	4 uur (3)	3 uur (4)
Sport	48 (127)	3 uur (2)	1 uur (2)
Hobby	65 (173)	7 uur (7)	5 uur (7)
Sociale activiteiten buiten de deur	84 (223)	7 uur (7)	6 uur (7)

Diegenen met betaald werk of een studie besteden minder tijd aan overige activiteiten dan de anderen, namelijk gemiddeld 13 uur versus 18 uur. Dit verschil wordt vooral bepaald doordat werkenden minder uren besteden aan vrijwilligerswerk en hobby's. Mannen zijn even actief als vrouwen. Ambulante deelnemers zijn even actief als (dag)klinische deelnemers, al zijn de eersten wel vaker sociaal actief (90% versus 78%). Ongeacht de soort vaktherapie of combinatie van vaktherapieën, deelnemers zijn even actief in sport, beweging, hobby, sociale activiteiten en vrijwilligerswerk.

3.3 Diagnose volgens DSM-IV

Er is een grote variatie in as I diagnoses volgens de DSM-IV systematiek, al hebben de meeste deelnemers, 70%, een emotionele stoornis zoals een stemmings-, angst- of aanpassingsstoornis (tabel 3.6). Binnen deze groep wordt de unipolaire stemmingstoornis ofwel depressie het vaakst als eerste as I diagnose gerapporteerd, namelijk bij 32% van de deelnemers. Opvallend is dat de diagnose bipolaire stoornis vrijwel niet voorkomt.

Iets minder dan de helft van de deelnemers heeft naast de eerste diagnose een diagnose op as II, dat wil zeggen een diagnose binnen de groep van persoonlijkheidsstoornissen. In een kwart van deze gevallen is de diagnose 'niet anderszins omschreven' (NAO). Borderline, ontwijkend en gemengde persoonlijkheidsstoornissen zijn daarna het vaakst gerapporteerd (17-21% van de as II stoornissen).

Bij bijna 15% van de deelnemers wordt een gediagnosticeerde somatische aandoening ofwel een as III diagnose gerapporteerd. Allerlei aandoeningen worden genoemd, waarvan obesitas (n=5) het vaakst. Wat betreft de as IV diagnose, psychosociale problematiek en omgevingsproblemen, kan gezegd worden dat van bijna drie kwart van de deelnemers problematiek op minstens één gebied gerapporteerd is. Van deze groep heeft 40% problematiek op meerdere gebieden. Problematiek binnen de primaire steungroep komt het meest voor (65%), gevolgd door werkproblemen (41%) en problemen gebonden aan de sociale omgeving (23%). De GAF score tenslotte is een klinische beoordeling van de ernst van de symptomatologie en de beperkingen in functioneren op een schaal van 1 - 100, waarbij 100 staat voor uitstekend functioneren en geen symptomen. De gemiddelde GAF score is 56 punten, dat betekent dat bij deze deelnemersgroep sprake is van matige symptomen en/of problemen in sociaal, beroepsmatig functioneren of op school.

Tabel 3.6 DSM-IV diagnose; as I , as II en GAF-score (n=267)

	% (n)
As I: Stemmingsstoornis (incl. dysthymie)	32 (86)
Aanpassingsstoornis (incl. PTSS)	18 (49)
Angststoornis (incl. obsessief-compulsieve stoornis)	17 (44)
Overige stoornissen*	28 (74)
Geen of onbekende diagnose op as I	5 (14)
As II: diagnose persoonlijkheidsstoornis	43 (115)
As III: somatische aandoening	13 (36)
As IV: psychosociale en omgevingsproblemen	72 (191)
GAF-score, gemiddeld (sd, min-max)	56.6 (9.6, 30-90)
Deelnemers met een GAF-score:	84 (224)

*zoals: eetstoornissen (7%), relationeel probleem (5%), ADHD (3%), identiteitsprobleem (3%), psychotische stoornis (3%), rouw (2%) en middelenmisbruik (2%).

3.4 Ggz historie van de deelnemers

De helft van de deelnemers is al minstens twee jaar in zorg bij een instelling voor geestelijke gezondheidszorg wanneer gestart wordt met vaktherapie (tabel 3.5). Slechts een kwart is minder dan een jaar in zorg. Hiermee is het aannemelijk dat vaktherapie in de huidige klinische praktijk veelal wat later in het behandelproces wordt aangeboden. De gemiddelde leeftijd van het eerste ggz-contact (30 jaar) of het gemiddeld aantal jaren dat men al in zorg is (5 jaar) is vergelijkbaar voor mannen en vrouwen.

Bijna 30% van de deelnemers was ooit opgenomen geweest in een ggz-kliniek en een vijfde was in de zes maanden voor de start van de vaktherapie opgenomen geweest. Van deze opnames in het afgelopen half jaar had 20% een duur van drie maanden of langer en voor een even groot deel was de opnameduur kortdurend (7 dagen of korter).

Tabel 3.5 Ggz historie van de deelnemers (n=267)

	% (n)
<i>Aantal jaar in zorg bij de ggz:</i>	
- minder dan 1 jaar	24 (65)
- 1 jaar	26 (69)
- 2 t/m 5 jaar	16 (42)
- 6 jaar of langer (max 30 jaar)	34 (91)
Jaren in zorg; gemiddeld (mediaan, min-max)	5 jaar (1, 0-30)
Leeftijd bij eerste ggz contact; gemiddeld (mediaan, min-max)	30 jaar (28, 5-68)
Ooit opgenomen	28 (74)
Afgelopen half jaar opgenomen	18 (48)
Opnamedagen in laatste half jaar, gemiddeld (min-max)	58 dagen (1-180)

3.5 Medicatiegebruik en ggz hulpcontacten vooraf

Ruim de helft (55%) geeft aan medicatie te gebruiken voor psychische problemen bij de start van het onderzoek.

Deelnemers is gevraagd om aan te geven of en hoeveel hulpcontacten ze in de drie maanden voor de start van het onderzoek hebben gehad met

professionele hulpverleners van de ggz-instelling. Men heeft gemiddeld 11 hulpcontacten gehad in de drie voorafgaande maanden, wat neerkomt op ongeveer eens per week. Groepstherapie en hulpcontacten voor psychische problemen buiten de ggz-instelling¹ zijn hierbij buiten beschouwing gelaten. Een meerderheid van de deelnemers, 70%, had met minimaal twee tot soms zes verschillende ggz-hulpverleners contact gehad. Het totaal aantal contacten loopt in enkele gevallen (3%) op tot boven de 40, wat een contactfrequentie van minimaal drie keer per week betekent. Het vaakst heeft men contact(en) gehad met een psychiater en/of een psycholoog (60%). Veertig procent van de deelnemers heeft (daarnaast) contact(en) met een SPV¹er/casemanager/ zorgcoördinator gehad en een even groot deel met een psychotherapeut. Een kleine groep, 7%, rapporteert andere hulpcontacten binnen de ggz-instelling, zoals bijvoorbeeld met een systeem- of relatietherapeut. Een nog kleinere groep, 3%, heeft psychiatrische thuiszorg, woonbegeleiding of contacten met de verslavingszorg gehad. Zeven procent (n=19) geeft aan in de drie voorafgaande maanden geen enkel hulpcontact te hebben gehad.

Deelnemers in de klinische behandelsetting hebben gemiddeld meer contacten met ggz-hulpverleners gehad in de voorafgaande drie maanden dan diegenen in deeltijd en die hebben weer meer hulpcontacten gehad dan de ambulante deelnemers. In tabel 3.7 zijn deze verschillen weergegeven.

Tabel 3.7 Aantal hulpcontacten binnen de ggz-instelling in drie maanden (n=267)

	% (n)	gemiddeld* (sd, min-max)**
Totaal	100 (267)	11 (12, 0-84)
Ambulant	43 (114)	7 (8, 0-52)
Deeltijd	47 (127)	13 (13, 0-80)
Klinisch	10 (26)	19 (17, 1-84)

* totaal aantal hulpcontacten met psychiater, psycholoog, psychotherapeut, SPV/zorgcoördinator/casemanager en overige ggz-contacten (exclusief groepstherapie).

** sd = standaard deviatie, min-max = minimale en maximale waarde.

¹ Zoals bijvoorbeeld gesprekken met de huisarts of MJD, haptonomie, psychosomatische fysiotherapie en arbeidsreïntegratie.

Klinische deelnemers hebben vrijwel allemaal contact(en) met een psychiater gehad in de drie voorafgaande maanden, terwijl dit voor iets meer dan de helft van de overige deelnemers geldt. Ook gebruikt de klinische groep vaker medicatie bij de start van het onderzoek, namelijk 77% van hen.

Deelnemers in deeltijdbehandeling (n=127) zijn dat gemiddeld vijf dagdelen per week. Eén op de tien is een volledige week, ofwel 10 dagdelen in behandeling. Zij hebben samen met de klinische deelnemers vaker contact(en) met een psycholoog achter de rug dan de ambulante deelnemers (67% versus 47%). Verder hebben zij niet vaker, maar wel meer contacten met een psychotherapeut gehad dan de anderen, namelijk gemiddeld drie versus één contact.

4 Vaktherapie; kenmerken en doelen

In dit hoofdstuk worden de kenmerken van de vaktherapeutische interventie beschreven, zoals voorgenomen behandelduur en aantal vaktherapeutische sessies. Vervolgens wordt ingegaan op hoeveel sessies vaktherapie er na vier maanden daadwerkelijk hebben plaatsgevonden en hoeveel hulpcontacten de deelnemers naast vaktherapie hebben gehad gedurende de onderzoeksperiode van vier maanden. In de laatste paragraaf (4.4) wordt de voorgenomen therapierichting en de behandeldoelen beschreven. In dit hoofdstuk zijn de gegevens van 267 deelnemers, aangeleverd door 51 vaktherapeuten gebruikt, met uitzondering van paragraaf 4.3, waarbij de gegevens van de 214 deelnemers die het onderzoek hebben afgerond zijn gebruikt.

4.1 Verwijzing en bekendheid met vaktherapie

In de meeste gevallen werden de deelnemers door een psycholoog (33%) of een psychiater (32%) naar vaktherapie verwezen. Ook psychotherapeuten (14%), SPV'ers (13%) en andere hulpverleners zoals intake-team, maatschappelijk werk of huisarts zorgden voor een verwijzing naar vaktherapie. Verwijzende psychologen, psychotherapeuten en SPV'ers waren in 70% van de gevallen ook hoofdbehandelaar. Verwijzende psychiaters waren in meer dan de helft van de gevallen (54%) juist geen hoofdbehandelaar.

Twee derde van de deelnemers maakt voor het eerst kennis met vaktherapie. De rest (n=91) heeft dus al eens eerder vaktherapie gevolgd, vaak zelfs meerdere (n=57, 63%). Voor de helft van deze groep (n=53, 58%) is het minder dan een jaar geleden dat zij een eerdere vaktherapie hebben afgerond.

4.2 Kenmerken vaktherapeutische interventie

4.2.1 Voorgenomen behandelduur

De voorgenomen vaktherapeutische behandelduur en de frequentie verschilt nogal per instelling en behandelsetting. In tabel 4.1 wordt de gemiddelde behandelduur, het gemiddeld aantal sessies en de gebruikelijke behandelsetting per instelling en per behandelsetting weergegeven. Het percentage in de laatste kolom geeft weer hoe vaak betreffende frequentie genoemd is. Het aantal klinische deelnemers is te klein (n=26) om onderscheid per instelling te maken.

Tabel 4.1 Voorgenomen behandelduur en aantal aangeboden sessies vaktherapie (n=267)

	<i>n</i>	<i>Gemiddelde duur in mnd (wkn)</i>	<i>Maximale duur in mnd (wkn)</i>	<i>Gemiddeld. aantal sessies (mediaan)</i>	<i>Behandel- frequentie, eens in de:</i>
<i>Ambulant:</i>					
Totaal	114	4.5 (20)	12 (52)	14 (15)	week
Drenthe	65	5 (20)	12 (52)	15 (16)	week (68%)
Friesland	21	4 (15)	6 (26)	10 (7)	14 dagen (67%)
Lentis	24	6 (24)	12 (52)	14 (14)	14 dagen (67%)
UCP	4	3 (13)	4 (16)	11 (10)	week (75%)
<i>Deeltijd:</i>					
Totaal	127	7 (30)	18 (78)	34 (20)	week
Drenthe	35	6 (28)	18 (78)	15 (12)	week (89%)
Friesland	57	7 (30)	18 (78)	33 (20)	week (70%)
Lentis	16	12 (51)	18 (75)	86 (83)	2-3x pwk (60%)
UCP	19	4.5 (18)	6 (26)	28 (20)	week (74%)
<i>Klinisch:</i>					
Totaal	26	5 (20)	10 (41)	28 (27)	2x pwk (54%)

Uit tabel 4.1 kan afgeleid worden dat patiënten in deeltijd gemiddeld meer vaktherapie sessies en een langere behandelsetting krijgen aangeboden dan de ambulante deelnemers. Het valt op dat Lentis deeltijdpatiënten een langere behandelduur en meer vaktherapeutische sessies aanbiedt dan de andere instellingen. GGZ Drenthe biedt ambulante patiënten gemiddeld meer

vaktherapie sessies (15) dan GGZ Friesland (10). Ook bieden zij vooral wekelijkse sessies aan, waar de voorgenomen behandelrequentie bij GGZ Friesland meestal eens in de twee weken is. De meeste klinische patiënten krijgen weliswaar 2x per week vaktherapie, maar voor bijna 40% is de frequentie één keer per week.

4.2.2 Individueel of in een groep

Of er groepstherapie of individuele vaktherapie wordt aangeboden, hangt grotendeels van de behandelsetting af. Zo krijgt drie kwart van de ambulante deelnemers vaktherapie individueel aangeboden, waar vrijwel alle deelnemers in deeltijd groepstherapie krijgen. Van de klinische deelnemers krijgt 70% groepstherapie en de rest individuele vaktherapie. Een klein deel (3%), verspreid over alle behandelsettings, krijgt vaktherapie zowel individueel als in groepsverband aangeboden.

4.2.3 Sessieduur

Een vaktherapeutische sessie duurt gemiddeld 60 minuten voor individuele vaktherapie en voor ambulante en klinische deelnemers. Vaktherapie in groepsverband en voor deeltijd patiënten duurt gemiddeld 75 minuten. Een sessie kan variëren van 45 minuten tot twee uur bij ambulante en deeltijd deelnemers. Bij klinische deelnemers duurt een sessie 30 tot maximaal 75 minuten. Ook wat sessieduur betreft zijn er verschillen tussen de instellingen. Zo duurt een vaktherapie sessie in een ambulante setting bij GGZ Drenthe en bij het UCP gemiddeld een kwartier langer dan bij GGZ Friesland en Lentis (60 versus 45 minuten). Een groepssessie in deeltijdsetting duurt bij het UCP anderhalf tot twee uur, waar dit bij de andere drie instellingen meestal niet boven de 75 minuten uitkomt.

4.2.4 Inzet module/methodiek

De helft van de vaktherapeuten zet geen gestructureerde methodiek of een beschreven behandelmodule in bij de behandeling. Een derde van hen is dat wel van plan en de rest weet het nog niet op het moment van invullen van de vragenlijst. Allerlei modules of methodieken worden genoemd. Alleen de PMT modules 'spanningsregulatie' en 'impulscontrole/agressie volgens Kuin' worden door een paar vaktherapeuten vanuit verschillende instellingen genoemd.

4.3 Contacten tijdens het onderzoek

4.3.1 Vaktherapie

Binnen de onderzoeksperiode van vier maanden hebben de deelnemers gemiddeld 14 (sd=8) vaktherapeutische sessies gehad. Ambulante deelnemers hebben minder vaktherapeutische sessies gehad dan de (dag)klinische deelnemers, namelijk 10 versus 18 sessies. Ook zijn er verschillen per vaktherapiegroep. Zo hebben deelnemers met de behandelcombinatie PMT en beeldende therapie gemiddeld 20 sessies gevolgd, terwijl diegenen met een andere combinatie van meerdere vaktherapieën er 15 achter de rug hadden en diegenen met één vaktherapie tien.

Van een kwart van de deelnemers (n=50) is de vaktherapie binnen de onderzoeksperiode afgerond, waarmee bedoeld wordt dat dit vooraf zo afgesproken is of dat de behandeldoelen zijn behaald binnen vier maanden. Voor een kleine groep, 13% (n=28) is de vaktherapie voortijdig gestopt. Redenen variëren van persoonlijke (bijvoorbeeld deelnemer uit beeld, naar andere afdeling, wilde niet langer) tot organisatorische (bijvoorbeeld groep of afdeling gestopt). De meeste deelnemers, 63%, gaan dus na vier maanden door met vaktherapie.

4.3.2 Overige hulpcontacten

Gedurende de onderzoeksperiode is het aantal contacten met andere hulpverleners binnen de ggz-instelling toegenomen van gemiddeld 11 naar 19 contacten (tabel 4.2). Voor 60% van de deelnemers is het aantal hulpcontacten toegenomen, voor een derde is het aantal contacten afgenomen en slechts zeven procent (n=16) heeft evenveel contacten gehad ten opzichte van de periode voorafgaand aan het begin van het onderzoek.

Tabel 4.2 Aantal hulpcontacten voor- en nameting en het gemiddeld verschil n=214)

	%	(n)	Voormeting gemiddeld (sd)	Nameting gemiddeld (sd)	Verskil gemiddeld (sd)
Totaal	100	(214)	11 (12)	19 (20)	8 (21)
Ambulant	46	(98)	7 (8)	9 (10)	2 (11)
Deeltijd	43	(93)	13 (13)	29 (23)	16 (26)
Klinisch	9	(20)	19 (17)	23 (16)	3 (25)

Het gemiddeld aantal hulpcontacten binnen de ggz-instelling (exclusief groepstherapie) is voor de deelnemers in deeltijdbehandeling het meest toegenomen, namelijk met 15, terwijl dit voor ambulante en klinische deelnemers een stuk minder is, namelijk twee en drie.

Voor ambulante deelnemers is de toename in aantal hulpcontacten vooral toe te schrijven aan méér contacten met een psychotherapeut, namelijk gemiddeld drie ten opzichte van één in de periode voor het onderzoek. Het gemiddeld aantal contacten met de psychiater is onveranderd. Over veranderde hulpcontacten met andere hulpverleners is verder niets zinvols te zeggen, omdat de verschillen te divers zijn.

In de analyses van de behandelresultaten in het volgende hoofdstuk zullen subgroepen gevormd worden op basis van de volgende kenmerken: aantal gevolgde vaktherapeutische sessies (tot en met 13 sessies of meer), of de vaktherapie is afgerond of nog doorgaat en het aantal overige zorgcontacten (tot en met 13 hulpcontacten of meer). Deze drie variabelen zullen dan steeds in de analyses meegenomen worden als factoren die de uitkomsten mee kunnen verklaren. Tot en met 13 sessies vaktherapie staat dan voor een behandelfrequentie van één per week of minder en meer dan 13 staat dan voor een intensievere behandelfrequentie. Hetzelfde geldt voor de overige hulpcontacten binnen de ggz-instelling. Tot en met 13 hulpcontacten staat dan voor maximaal één wekelijks contact met een ggz-hulpverlener en meer dan 13 staat voor een intensiever hulpcontact.

4.4 Therapierichting en voorgenomen behandeldoelen

De meerkeuzevraag naar de doelen waar de vaktherapeutische behandeling zich op zou gaan richten, beantwoordde 80% van de vaktherapeuten met *klachtvermindering*. Daarnaast werden *verbeteren van het psychosociaal functioneren* (70%) en het *verschaffen van inzicht in aard en oorzaak van de problematiek* (60%) vaak genoemd. Het *beperken van de gevolgen van de stoornis* werd door slechts 13% genoemd. Een deel van de vaktherapeuten, 17%, benoemt zelf een therapierichting, zoals het verbeteren van het zelfvertrouwen van de patiënt of verwerking van levensgebeurtenissen of trauma's.

Dezelfde vraag is ook aan de deelnemers voorgelegd en zij noemden *inzicht in aard en oorzaken* en *klachtvermindering* net als de vaktherapeuten het vaakst. Het *beperken van de gevolgen van de stoornis* noemden zij eveneens het minst. Een klein deel van de deelnemers (14%) vulde zelf een therapierichting in en in de meeste gevallen kwam dit neer op het omgaan met en het uiten van emoties en het verwerken van levensgebeurtenissen.

De vaktherapeuten is ook verzocht om per deelnemer aan te geven aan welke problemen gewerkt zou gaan worden op fysiek, cognitief, emotioneel en sociaal gebied. Zeventig procent van hen noemde klachten op het gebied van *adequaate uiten van emoties* als aandachtsgebied voor vaktherapie. Iets minder vaak werden *spanningsklachten*, *moeite met ervaren van gevoelens* en *moeite met het stellen van grenzen* genoemd als te behandelen probleemgebieden. In tabel 4.3 zijn de klachten die door minstens de helft van de vaktherapeuten genoemd zijn op een rijtje gezet.

Tabel 4.3 Meest genoemde te behandelen problemen door de vaktherapeut (n=267)

	% (n)
1. adequaat uiten van emoties	71 (188)
2. spanningsklachten	64 (171)
3. moeite met ervaren van gevoelens	64 (171)
4. moeite met het stellen van grenzen	64 (171)
5. gebrek aan zelfvertrouwen	61 (162)
6. negatief zelfbeeld	54 (144)
7. niet of slecht voelen van lichaamssignalen	50 (134)

5 Behandeleffecten na vier maanden

In dit hoofdstuk worden de effecten beschreven van het vier maanden durend behandelaanbod waarin vaktherapie is opgenomen. De gegevens van de 214 deelnemers die alle vragenlijsten hebben ingevuld, zijn hierbij gebruikt. In de eerste paragraaf wordt toegelicht of deze groep vergelijkbaar is met de groep uitvallers (n=53) die het onderzoek en/of de behandeling tussentijds gestaakt hebben. In hoofdstuk 2, paragraaf 2 zijn de gebruikte meetinstrumenten al toegelicht.

De resultaten worden telkens eerst voor de onderzoeksgroep als geheel weergegeven, waarna wordt ingegaan op verschillen in resultaat tussen subgroepen, gebaseerd op interventiekenmerken zoals de gevolgde vaktherapie(ën) en behandelsetting of gebaseerd op persoonskenmerken zoals diagnose en zorgduur. Rekening houdend met de beginsituatie wordt dan vastgesteld of dergelijke kenmerken de behandeluitkomsten medebepalen².

Aangezien het aantal klinische deelnemers (n=20) op het totaal klein is en deze groep op alle meetinstrumenten vergelijkbare resultaten laat zien met de deelnemers in deeltijdbehandeling, zijn beide groepen samengevoegd tot de (dag)klinische deelnemers ter vergelijking met ambulante deelnemers. Verder blijkt er een grote overlap tussen behandelsetting en individueel aangeboden vaktherapie en groepstherapie. Veruit de meeste ambulante deelnemers kregen individuele vaktherapie aangeboden, 80%, terwijl bijna alle (dag)klinische deelnemers (90%) vaktherapie in groepsverband volgden. Verschillen tussen ambulante en (dag)klinische deelnemers vallen dus grotendeels samen met verschillen tussen individuele vaktherapie versus groepsvaktherapie.

²Het gaat steeds om lineaire regressies voor de nameting, waarbij gecontroleerd wordt voor de voormeting en waarbij de verklarende factor steeds apart aan de analyse wordt toegevoegd. Bij een p-waarde < 0.01 kan gesteld worden dat betreffende factor medebepalend is voor het behandelresultaat.

5.1 “Uitvallers” bij de tweede meting

In hoofdstuk drie is het profiel van de deelnemersgroep beschreven op basis van gegevens van 267 deelnemers die de eerste vragenlijst hebben ingevuld. In dit hoofdstuk en hoofdstuk 6 worden de behandelresultaten gepresenteerd waarbij gegevens van 214 deelnemers die het onderzoek hebben afgerond, zijn gebruikt. Om te bepalen of de onderzoeksgroep representatief is voor alle deelnemers, is de onderzoeksgroep vergeleken met de groep uitvallers (n=53) op een aantal persoons- en interventiekenmerken en de beginscores op alle gebruikte meetinstrumenten.

Wat betreft de persoons- en interventiekenmerken als leeftijd, geslacht, het aantal jaren dat men in zorg is bij de ggz, behandelsetting en soort vaktherapie verschillen de uitvallers alleen qua leeftijd van de deelnemers die het onderzoek hebben afgerond. De uitvallers zijn gemiddeld iets jonger (32 jaar versus 36 jaar, $p=0.02$). Wanneer een indeling in leeftijdscategorieën wordt gebruikt, dan blijken de uitvallers echter redelijk gelijk verspreid over de verschillende categorieën.

Ook de beginscores van de uitvallers op alle gebruikte meetinstrumenten (zowel totaal- als subscores) wijken nergens af van de scores van degenen die het onderzoek wel hebben afgerond. Alleen wat betreft problematiek op het gebied van alcohol- en/of drugsmisbruik wijkt de groep uitvallers enigszins af van de rest van de deelnemersgroep. Relatief meer uitvallers, 13% versus 4% van de andere deelnemers, hebben een score van minimaal 2 op drie vragen in de OQ-45³, wat duidt op een zwaardere problematiek op dit gebied ($p=0.018$).

Concluderend kan de onderzoeksgroep (n=214) representatief geacht worden voor de deelnemersgroep als geheel.

³ Het betreft de vragen 11, 26 en 32.

5.2 Psychisch welbevinden en (sociaal) functioneren; OQ-45

Voor de belangrijkste uitkomstmaat van deze studie, de OQ-45, een maat voor psychisch welbevinden en (sociaal) functioneren, is op meerdere manieren gekeken of en in welke mate sprake is van verbetering na vier maanden behandeling, inclusief vaktherapie. Naast een statistische vergelijking van de gemiddelde groepsscores van de voormeting en de nameting is ook een analyse gemaakt van het percentage deelnemers wiens score een klinisch betrouwbare verandering laat zien. Op basis van literatuurgegevens (de Jong 2007) is op de OQ-45 een verandering van minimaal 14 punten op de totaalscore nodig om te kunnen spreken van een klinisch betrouwbare verandering, de zogenaamde reliable change index (RCI). Een positieve verandering betekent een verbetering en een negatieve verandering betekent een verslechtering. Per subschaal is ook een dergelijke index vastgesteld. Tot slot is er een normscore om de overgang van *ziek* naar *gezond* te markeren. Bij een totaalscore op de OQ-45 van minder dan 55 punten wordt iemand aangemerkt als *gezond*.

Gestart met een gemiddelde OQ-totaalscore van 80 punten hebben de deelnemers na vier maanden significant minder psychische klachten. Men is er gemiddeld bijna 8 punten op vooruit gegaan. Zoals in tabel 5.1 is weergegeven, is het behandel-effect vooral terug te vinden in de subschaal psychisch welbevinden en in mindere mate op het gebied van de sociale rolvervulling. Het interpersoonlijk functioneren is onveranderd.

Tabel 5.1 Gemiddelde OQ-45 scores voor- en nameting en verbetering (n=214)

	<i>Voor</i>	<i>Na</i>	<i>Verandering</i>	<i>sign.</i>
Totaalscore (sd)	80.0 (22.5)	72.2 (22.6)	7.8 (19.3)	p<0.001
<i>Per subschaal:</i>				
Psychisch welbevinden	50.0 (15.0)	43.0 (14.8)	7.0 (12.3)	p<0.001
Interpersoonlijk funct.	16.6 (6.3)	16.9 (6.9)	-0.3 (6.0)	n.s.
Sociale rolvervulling	13.4 (4.9)	12.3 (4.6)	1.1 (5.3)	p<0.01

Als we kijken naar de absolute scores, dan heeft 65% van de deelnemers na vier maanden een lagere, dat is een verbeterde OQ-totaalscore. De rest, 35%, heeft een hogere, slechtere OQ-totaalscore. Zoals in tabel 5.2 is

weergegeven laat de helft van de groep verbeterden tevens een klinisch betrouwbare verbetering zien (positief verschil van minimaal 14 punten). Van de groep die is verslechterd, laat een derde een klinisch betrouwbare verslechtering zien (negatief verschil van minimaal 14 punten). Voor de rest, iets meer dan de helft van de gehele deelnemersgroep, 55% (n=118), is de verandering niet dusdanig groot dat van een klinisch betrouwbare verandering gesproken kan worden; men heeft dus niet veel minder of meer psychische klachten gekregen en de verschillen in scores van voor- en nameting geven de normale schommelingen weer die men bij deze groep mag verwachten. Diegenen die een betrouwbaar verslechterde score hebben na vier maanden behandeling vertonen overigens geen specifieke kenmerken ten opzichte van de andere deelnemers en zijn met andere woorden een dwarsdoorsnede van de gehele deelnemersgroep. Op subschaalniveau valt op dat qua psychisch welbevinden en sociale rolvulling het aantal mensen met een klinisch betrouwbare verbetering groter is dan het aantal mensen dat verslechterd is. Vooral op het gebied van psychisch welbevinden komt een verbetering het vaakst voor. Op het gebied van interpersoonlijk functioneren echter zijn ongeveer evenveel deelnemers verbeterd als verslechterd.

Tabel 5.2 Percentage deelnemers dat betrouwbaar verbeterd of verslechterd is (n=214)

	<i>Positieve verbetering</i>	<i>RCI*</i>	<i>Klinisch Betrouwbare verbetering</i>	<i>Klinisch Betrouwbare verslechtering</i>
	<i>% (n)</i>		<i>% (n)</i>	<i>% (n)</i>
Totaalscore	65 (140)	14	33 (71)	12 (25)
Psychisch welbevinden	73 (156)	10	39 (83)	5 (10)
Interpersoonlijk functioneren	52 (112)	8	11 (23)	12 (25)
Sociale rolvulling	61 (130)	9	8 (18)	2 (5)

* RCI: reliable change index; klinisch betrouwbare veranderingindex in punten

Wanneer uitsluitend gekeken wordt naar de normscores, dan is 16% van de deelnemers die bij de voormeting volgens de OQ-totaalscore *ziek* waren zodanig verbeterd dat gesproken kan worden van herstel naar *gezond* (tabel 5.3). Bij deze herstelde groep is de gemiddelde verbetering groot met maar liefst 33 punten, terwijl dit voor de rest van de groep gemiddeld 6

punten is. De herstelde groep wijkt niet af van de rest wat betreft persoons- en interventiekenmerken zoals leeftijd, geslacht, aantal jaren in zorg, as I en as II diagnose, medicatiegebruik, behandelsetting, soort vaktherapie, aantal ontvangen hulpcontacten en aantal vaktherapie sessies gedurende het onderzoek. Verder zijn er 29 deelnemers (13%) die op basis van deze normscores al bij de voormeting als *gezond* aangemerkt te kunnen worden, zij hebben dus een OQ-totaalscore van minder dan 55 punten. Hiervan zijn 11 personen (5% van de hele groep) na vier maanden zodanig achteruit gegaan dat ze volgens de norm als *ziek* aangemerkt kunnen worden. Ook dit groepje is een dwarsdoorsnede van de gehele deelnemersgroep.

Tabel 5.3 Percentage deelnemers *ziek* en *gezond* volgens de OQ-45 normscores (n=214)

	Totaal score	Subschalen:		
		Psychisch welbev.	Interpers. funct.	Sociale rol
normscores:	55	33	10	9
Bij voormeting <i>ziek</i>	87 (185)	87 (187)	89 (190)	81 (173)
Bij nameting:				
- <i>ziek</i> gebleven	84 (156)	78 (148)	87 (166)	83 (143)
- <i>gezond</i> geworden	16 (29)	21 (39)	13 (24)	17 (30)
<i>Bij voormeting gezond</i>	13 (29)	13 (27)	11 (24)	19 (41)
Bij nameting:				
<i>gezond</i> gebleven	8 (18)	10 (22)	6 (13)	8 (17)
<i>ziek</i> geworden	5 (11)	2 (5)	5 (11)	11 (24)

In de navolgende analyses is nagegaan welke interventiekenmerken en/of persoonskenmerken invloed hebben op de verandering in scores op de OQ-45. Bij deze analyse op subgroepniveau zijn de verschillende subschalen van de OQ-45 buiten beschouwing gelaten en is alleen gekeken naar verschillen in verandering op de totaalscore.

Bij de analyse van interventiekenmerken komt naar voren dat deelnemers met de behandelcombinatie PMT en beeldende therapie weliswaar met meer klachten starten, maar ook beduidend meer vooruitgaan dan diegenen met één vaktherapie of een andere combinatie van twee of meer vaktherapieën. Het gemiddeld verschil is 11 punten. Dat ook diegenen

waarbij de vaktherapie binnen de onderzoeksperiode is afgerond meer verbeterd zijn dan de rest waarbij de vaktherapie doorgaat na vier maanden, ligt voor de hand en wordt bevestigd met een gemiddeld verschil van 9 punten.

Overige interventiekenmerken zoals behandelsetting (ambulant versus (dag)klinisch) en aantal gevolgde vaktherapeutische sessies blijken niet significant van invloed op de behandelresultaten volgens de OQ. Wel is het zo dat ambulante deelnemers bij de voormeting minder psychische klachten hebben dan de (dag)klinische deelnemers.

Van de verschillende persoonskenmerken blijkt alleen zorgduur significant bij te dragen aan de vermindering van psychische klachten. Wanneer men minder dan een jaar in zorg is bij de ggz wordt er een beter behandelresultaat bereikt ten opzichte van diegenen die al een jaar of langer in zorg waren. Het gemiddeld verschil is 10 punten.

Overige persoonskenmerken zoals leeftijd, geslacht, medicatiegebruik, DSM-IV diagnose op as I en as II en het aantal overige zorgcontacten blijken afzonderlijk niet bij te dragen aan de verbetering op de OQ-45. Wel is het zo dat deelnemers die medicatie gebruiken voor en/of tijdens de onderzoeksperiode er aan het begin slechter aan toe waren dan diegenen zonder medicatie. Hetzelfde geldt voor deelnemers van middelbare leeftijd (tussen de 25 en 55 jaar) ten opzichte van jong volwassenen en ouderen en voor hen die meer dan een wekelijks zorgcontact buiten vaktherapie hadden. In tabel 5.4 zijn de verschillende subgroepsscores op de OQ-45 weergegeven.⁴

⁴ Indien twee categorieën met elkaar vergeleken zijn, is een t-toets gedaan. Bij meer dan twee is met een ANOVA bepaald of de onderlinge verschillen significant zijn ($p < 0.01$).

Tabel 5.4 Gemiddelde subgroepscores op de OQ-45 (n=214)

	<i>n</i>	<i>Voor (sd)</i>		<i>Na (sd)</i>	
ambulante setting	98	73 (20.0)	*	68 (20.0)	
(dag)klinische setting	116	86 (23.0)		76 (24.2)	
combinatie PMT en beeldende therapie	70	89 (21.5)	*	74 (22.0)	#
enkele vaktherapie of andere combinatie	144	76 (21.7)		72 (23.0)	
tot en met 1 sessie per week (1 – 13)	117	78 (22.1)		71 (21.0)	
twee of meer sessies per week (14 – 64)	97	82 (22.9)		73 (24.5)	
vaktherapie afgerond	50	78 (24.2)		64 (23.5)	#
vaktherapie nog niet afgerond (voortijdig gestopt:)	135 (29)	79 (22.0)		74 (21.4)	
18 t/m 24 jaar	55	73 (22.6)	*	67 (22.8)	
25 t/m 54 jaar	143	84 (21.5)		75 (22.6)	
55 t/m 69 jaar	16	69 (17.5)		68 (18.5)	
man	73	80 (23.8)		70 (23.2)	
vrouw	141	80 (21.8)		73 (22.3)	
geen medicatie voor en/of tijdens onderzoek	85	74 (23.0)	*	68 (21.3)	
medicatie voor en/of tijdens onderzoek	129	84 (21.2)		75 (23.2)	
minder dan een jaar in zorg bij de ggz	51	81 (21.7)		66 (20.7)	#
minimaal een jaar in zorg	163	80 (22.9)		74 (23.0)	
tot en met een wekelijks hulpcontact (0-13)	108	76 (22.7)	*	71 (21.7)	
wekelijks tot dagelijks hulpcontact (14-120)	106	85 (21.2)		74 (23.7)	
stemmingstoornis, depressie	76	84 (22.3)		72 (23.5)	
angststoornis	38	82 (21.3)		74 (22.5)	
aanpassingstoornis	41	78 (22.1)		70 (21.0)	
overige stoornissen	51	75 (24.4)		73 (24.0)	
geen diagnose persoonlijkheidsstoornis	121	78 (23.7)		68 (23.1)	
diagnose persoonlijkheidsstoornis	93	83 (20.4)		77 (21.0)	

* significant verschillende score op de voormeting ($p < 0.01$)# significant meer verbeterd na vier maanden, gecorrigeerd voor de voormeting ($p < 0.01$)

Drie vragen in de OQ-45 (11, 26 en 32) hebben een signaleerfunctie wat betreft de aanwezigheid van problematiek rondom alcohol of drugsmisbruik. Bij een kwart van de deelnemers (n=56) was op één of beide meetmomenten sprake van dergelijke problematiek (score 1 of hoger op één van de drie items). Van deze groep rapporteert de helft (n=28) een verbetering na vier maanden en een kwart (n=15) een verslechtering (hogere score). Bij de overige kwart (n=13) is de score onveranderd. Bij een derde (n=19) van de groep die aan het begin problematiek rapporteerde rondom alcohol en drugsmisbruik is de score nul geworden, wat wil zeggen dat er geen sprake meer is van problematiek op dit gebied. De OQ-45 behandelresultaten van de groep met een verhoogde score op problemen rondom alcohol en drugsmisbruik zijn vergelijkbaar met die van hen die geen enkele problematiek op dit gebied rapporteerden. Hierbij dient wel bedacht te worden dat vanuit deze groep relatief meer mensen niet deelnamen aan de tweede meting en dus niet in deze analyses zijn opgenomen (zie 5.1).

5.3 Kwaliteit van leven; MANSA

Ook de kwaliteit van leven is na vier maanden significant verbeterd voor de deelnemersgroep (tabel 5.5). Twee derde van de deelnemers is meer tevreden en bijna een vijfde deel beoordeelt de eigen kwaliteit van leven over alle levensgebieden minimaal een hele punt hoger. Een derde van de deelnemers is niet van mening veranderd of beoordeelde de kwaliteit van leven na vier maanden negatiever.

Tabel 5.5 Gemiddelde scores voor- en nameting en verbetering op de MANSA (n=214)

	<i>Voor</i>	<i>Na</i>	<i>Verbetering</i>	<i>sign.</i>
Gemiddelde itemscore (sd)	4.1 (0.8)	4.4 (0.9)	0.32 (0.7)	p<0.001

Op itemniveau is de tevredenheid met het leven als geheel, de tevredenheid met de eigen geestelijke gezondheid en met de eigen vrijetijdsbesteding het meest toegenomen, namelijk met gemiddeld meer dan 0.5 punt. De tevredenheid met de eigen financiële situatie, woonsituatie, seksuele leven en de relatie met de familie blijkt gemiddeld het minst toegenomen, namelijk met gemiddeld minder dan 0.2 punt.

In tabel 5.6 is te zien welk percentage deelnemers gedurende beide metingen bevestigend heeft geantwoord op de vier extra vragen over vriendschap en ervaren geweld.

Tabel 5.6 Percentage deelnemers met bevestigend antwoord (n=214)

		<i>Voor</i>	<i>Na</i>
		% (n)	% (n)
<i>Heeft u:</i>			
- een goede vriend(in)?	<i>ja</i>	89 (190)	93 (199)
- afgelopen week een vriend(in) gesproken?	<i>ja</i>	81 (174)	89 (191)
<i>Bent u afgelopen jaar:</i>			
- beschuldigd van een misdrijf?	<i>ja</i>	4 (9)	3 (7)
- slachtoffer geweest van lichamelijk geweld?	<i>ja</i>	7 (15)	8 (18)

In de analyse naar de factoren die mogelijk bijdragen aan een verbeterde kwaliteit van leven blijkt dat alleen van de groep waarvan de vaktherapie is afgerond, de kwaliteit van leven meer verhoogd is dan van hen van wie de vaktherapie nog door zou lopen na de onderzoeksperiode. Andere interventiekenmerken zoals behandelsetting, vaktherapie en aantal vaktherapeutische sessies, dragen afzonderlijk niet significant bij aan een verbetering van kwaliteit van leven na vier maanden. Wel is het zo dat ambulante deelnemers op beide meetmomenten gemiddeld meer tevreden zijn met hun leven zijn dan de deelnemers in de (dag)kliniek.

De verschillende persoonskenmerken blijken, rekening houdend met de beginscore, geen factoren van belang voor de verbetering van kwaliteit van leven. Wel is het zo dat de deelnemers van middelbare leeftijd en diegenen die vaker dan eens per week een zorgcontact hebben op beide meetmomenten gemiddeld minder tevreden zijn met hun leven. De gemiddelde subgroepscores van de MANSA zijn opgenomen in bijlage III.

5.4 Vertrouwen in eigen mogelijkheden; MHCS

Ook het vertrouwen in eigen mogelijkheden is significant toegenomen. Dit geldt voor de totaalscore, maar tevens voor alle subschalen van de MHCS. Zeventig procent van de deelnemers heeft na vier maanden meer vertrouwen gekregen in de mogelijkheden het eigen leven in te richten.

Tabel 5.7 Gemiddelde scores voor- en nameting en verbetering op de MHCS (n=214)

	<i>Voor</i>	<i>Na</i>	<i>Verbetering</i>	<i>sign.</i>
Totaal (sd)	63 (13.1)	68 (11.2)	5 (11.1)	p<0.001
<i>Subschalen:</i>				
- Coping	26 (6.5)	29 (5.5)	3 (5.8)	p<0.001
- Optimisme	24 (5.6)	26 (4.9)	2 (4.9)	p<0.001
- Rechten	12 (2.9)	13 (2.6)	1.0 (2.7)	p<0.001

Deelnemers met de behandelcombinatie PMT en beeldende therapie startten met minder vertrouwen dan de rest, maar dit blijkt na vier maanden meer gegroeid te zijn (gemiddeld verschil van 9 punten). Ook van diegenen waarvan de vaktherapie is afgerond, is het vertrouwen meer toegenomen dan bij degenen die na vier maanden de vaktherapie nog voortzetten (gemiddeld verschil van 4 punten). Andere interventiekenmerken blijken niet bij te dragen aan de groei van het vertrouwen in eigen mogelijkheden. Ambulante deelnemers hebben wel meer vertrouwen bij de start (gemiddeld verschil van 8 punten),

Het hebben van een as II diagnose (persoonlijkheidsstoornis) betekent minder vertrouwen aan het begin en een mindere toename van het vertrouwen na vier maanden vaktherapie. Andere persoonskenmerken dragen niet bij aan een toename in het vertrouwen volgens de MHCS. Hierbij is, net als in het voorgaande, steeds rekening gehouden met de voormeting. Degenen die medicatie gebruiken voor en/of tijdens de onderzoeksperiode en zij die meer dan een wekelijks zorgcontact gedurende de onderzoeksperiode hadden, heeft op de voormeting wel minder vertrouwen in eigen mogelijkheden dan de overige deelnemers. De verandering in deze score na vier maanden is echter even groot. De gemiddelde subgroepscores van de MHCS zijn opgenomen in bijlage III.

5.5 Lichaamsbeleving; DKB-35

Voor alle deelnemers geldt dat ook de lichaamsbeleving, ofwel houding ten opzichte van het eigen lichaam, licht, maar significant is verbeterd. Zestig procent heeft een positievere beoordeling van de eigen lichaamsbeleving na vier maanden. Ook op de subdomeinen vitaliteit, zelfwaardering en lichaamscontact is de beleving significant positiever. Dit geldt echter niet voor de subschalen zelfacceptatie en seksualiteitsbeleving.

Tabel 5.8 Gemiddelde scores voor- en nameting en verbetering op de DKB-35 (n=214)

	<i>Voor</i>	<i>Na</i>	<i>Verbetering</i>	<i>sign.</i>
Totaalscore (sd)	99.8 (21.7)	103.4 (21.7)	3.6 (12.9)	p<0.001
<i>Subschalen:</i>				
- Vitaliteit	23.7 (6.0)	24.5 (5.9)	0.8 (4.4)	p<0.01
- Zelfacceptatie	23.2 (7.0)	23.8 (7.1)	0.6 (3.8)	n.s.
- Seksualiteitsbeleving	16.5 (6.3)	17.3 (6.5)	0.8 (4.6)	n.s.
- Zelfwaardering	17.9 (4.9)	18.6 (4.7)	0.7 (3.3)	p<0.01
- Lichaamscontact	18.6 (5.1)	19.3 (4.8)	0.6 (3.3)	p<0.01

De verschillende interventiekenmerken blijken geen invloed uit te oefenen op de verandering in lichaamsbeleving na vier maanden. Wel hebben ambulante deelnemers bij zowel voor- als nameting een positievere lichaamsbeleving dan de (dag)klinische deelnemers.

Ook de verschillende persoonskenmerken hebben geen invloed op een verbetering van de lichaamsbeleving. Mannen hebben bij beide metingen wel een positievere lichaamsbeleving dan vrouwen. De gemiddelde subgroepscores van de DKB zijn opgenomen in bijlage III.

Aangezien PMT een specifiek lichaamsgerichte vorm van therapie is, is het positief beïnvloeden van de lichaamsbeleving een belangrijk aandachtsgebied binnen deze therapievorm. De verwachting dat deelnemers met PMT meer verbetering zouden laten zien op het gebied van de lichaamsbeleving, wordt echter niet ondersteund door de resultaten uit deze pilot. Dit geldt zowel voor de lichaamsbeleving als geheel als op de diverse subschalen.

5.6 Samenhang tussen de uitkomstmaten

Met de verschillende meetinstrumenten zijn verschillende behandel-effecten gemeten, maar het is heel goed mogelijk dat een verbetering van bijvoorbeeld het psychisch functioneren (OQ-45) tevens weerspiegeld wordt in bijvoorbeeld meer vertrouwen in zichzelf (MHCS) en een hogere tevredenheid met de vaktherapie (CSQ). Of, en in hoeverre de verschillende resultaten met elkaar samenhangen, is bepaald met behulp van een zogenaamde correlatie (r). Er kan gesproken worden van een sterke samenhang wanneer r 0.6 of hoger is, een redelijke samenhang bij $r=0.3-0.6$ en een zwakke of geen samenhang als r lager dan 0.3 is.

Wanneer op deze manier de gegevens geanalyseerd worden, blijkt dat een verbeterd psychisch functioneren (OQ-45) inderdaad sterk samenhangt met een toegenomen kwaliteit van leven (MANSA; $r=0.63$) en tevens redelijk samenhangt met een toename in het vertrouwen in eigen mogelijkheden (MHCS; $r=0.58$) en een verbeterde lichaamsbeleving (DKB; $r=0.45$). Verbetering op één vlak betekent hier ook verbetering op andere vlakken, waarbij lichaamsbeleving nog het meest specifiek is.

5.7 Factoren die het resultaat beïnvloeden

In de voorgaande paragrafen is per meetinstrument gekeken naar verklarende factoren voor verandering zoals deelnemerskenmerken en het wel of niet afgerond hebben van de vaktherapie. Deze factoren zijn steeds op zichzelf bekeken, zonder rekening te houden met mogelijke onderlinge samenhang. De resultaten kunnen als volgt worden samengevat. Of iemand kort of langer in zorg is bij de ggz, het hebben van een diagnose op as II (persoonlijkheidsstoornis) en of de vaktherapie afgerond is binnen de onderzoeksperiode oefenen ieder afzonderlijk invloed uit op de behandelresultaten. Verder is van degenen die minder dan een jaar in zorg waren bij de ggz het psychisch functioneren (OQ-45) meer verbeterd en betekende een diagnose op as II minder toegenomen vertrouwen in eigen mogelijkheden (MHCS). Andere interventie- en persoonskenmerken blijken afzonderlijk niet van invloed op de behandelresultaten.

Welke vaktherapie iemand ontving blijkt op zichzelf geen factor van belang voor de behandelresultaten. Ook maakt het geen verschil of iemand één of meerdere vaktherapieën had. Wel is het zo dat diegenen die gebruik maakten van de specifieke behandelcombinatie PMT en beeldende therapie (n=70) significant minder psychische klachten (OQ-45) en meer vertrouwen (MHCS) hadden gekregen.

Nu is in het voorgaande al gebleken dat er veel samenhang is tussen de verschillende interventiekenmerken. Zo zijn de deelnemers die de behandelcombinatie PMT en beeldend hebben gevolgd allemaal (dag)klinisch in behandeling en kregen zij vaktherapie vrijwel allemaal in groepsverband aangeboden. Daarom is een extra analyse gedaan waarbij onderzocht is of de behandelcombinatie PMT en beeldende therapie nog steeds de verbetering op de OQ-45 mede bepaalt wanneer tegelijk rekening gehouden is met (anders gezegd: gecorrigeerd is voor) deze andere interventiekenmerken als behandelsetting en groeps- versus individuele vaktherapie. Aangezien een afgeronde vaktherapie, zorgduur en as II diagnose als afzonderlijke factoren eveneens van belang bleken voor verschillende behandeluitkomsten, zijn ook deze meegenomen in de analyse.⁵ Het blijkt dan dat de behandelcombinatie PMT en beeldende therapie nog steeds een significant positieve invloed op de behandeluitkomst van OQ-45 heeft, hoewel met een iets lager significantieniveau (tabel 5.9)⁶. Ook een korte zorgduur en het feit dat de vaktherapie in vier maanden is afgerond blijven uitkomstbepalende factoren.

⁵ Het betreft een multivariate regressie analyse met de uitkomst op de OQ-45 totaalscore als afhankelijke variabele en de beginscore op de OQ45 plus de genoemde predictoren als onafhankelijke verklarende variabelen.

⁶ In een analyse met meerdere variabelen kan het significantieniveau iets minder streng zijn en is daarom op 95% ($p < 0.05$) betrouwbaarheid i.p.v. 99% ($p < 0.01$) gezet.

Tabel 5.9 Psychische klachten - OQ-45: Een minus teken (-) betekent 'verbetering'.

	<i>B (SE)</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	
$R^2=49\%$ (adjusted) =47.2%					
- voormeting	0.652 (0.053)	0.656	12.303	0.000	*
<i>Predictoren:</i>					
- behandelcombinatie PMT en beeldende therapie	-7.408 (3.417)	-0.152	-2.168	0.031	*
- (dag)klinische behandelsetting	0.254 (3.568)	0.006	0.071	0.943	
- vaktherapie in groepsverband	4.877 (3.303)	0.107	1.476	0.141	
- vaktherapie afgerond	-7.394 (2.803)	-0.135	-2.638	0.009	*
- minder dan een jaar in zorg	-7.573 (2.848)	-0.142	-2.659	0.008	*
- met een as II diagnose	2.353 (2.465)	0.052	0.955	0.341	

Voor de andere uitkomstmaten (kwaliteit van leven, vertrouwen en lichaamsbeleving) zijn dezelfde analyses uitgevoerd en daaruit komt naar voren dat de behandelcombinatie PMT en beeldende therapie eveneens een significant positieve invloed op de kwaliteit van leven (MANSA) en vertrouwen (MHCS) blijft houden wanneer rekening gehouden is met de beginscore, de behandelsetting (ambulant of (dag)klinisch), de setting van de vaktherapie (individueel of in een groep), of deze al dan niet afgerond is na vier maanden, of iemand minder of meer dan een jaar in zorg is bij de ggz en of iemand een diagnose op as II heeft. Of de vaktherapie afgerond is of niet blijft ook een factor van belang op betreffende uitkomstmaten. Geen van de onderscheiden factoren blijken in samenhang met elkaar een rol te spelen bij een verbeterde lichaamsbeleving. In bijlage IV worden de resultaten van deze analyses weergegeven.

6 Tevredenheid en overige veranderingen

In dit hoofdstuk worden de overige uitkomsten na vier maanden vaktherapie gepresenteerd. Het gaat om de realisatie van specifiek benoemde behandeldoelen en eventuele veranderingen op het gebied van werk en overige activiteiten. Eerst wordt ingegaan op de tevredenheid met vaktherapie en de waardering van de behandelrelatie.

6.1 Tevredenheid en waardering van de behandelrelatie

Bij de nameting hebben de deelnemers twee extra vragenlijsten ingevuld om hun tevredenheid met de vaktherapie uit te drukken en om een oordeel te geven over de behandelrelatie met de vaktherapeut. Daarnaast is hen gevraagd aan te geven hoeveel baat men denkt te hebben gehad bij de vaktherapeutische behandeling. Dezelfde vraag is overigens ook over de andere ontvangen vormen van ggz hulpverlening gesteld, zodat een vergelijking gemaakt kon worden.

Van de 214 deelnemers heeft 95% (n=203) tevredenheidslijsten ingevuld van de vaktherapie en vaktherapeut bij wie is deelgenomen aan de studie. Van diegenen die meerdere vaktherapieën tegelijkertijd hebben gevolgd (n=99), heeft 40% (n=39) een tweede CSQ en HAS ingevuld en een enkeling heeft zelfs voor drie gevolgde vaktherapieën deze lijsten ingevuld.

6.1.1 Tevredenheid met de vaktherapie; CSQ

Met behulp van de CSQ kon de deelnemer over acht aspecten van de vaktherapie een beoordeling geven. De cijfers 1 tot en met 4 geven een zeer of redelijk ontevreden en een redelijk tot zeer tevreden oordeel weer per vraag. De hoogst haalbare totaalscore is 32 punten. Zowel voor de eerste als de tweede vaktherapie is het gemiddelde oordeel positief, namelijk 26 punten ofwel een gemiddelde van 3.2 (sd= 0.5) per vraag. Negentig procent van de deelnemers geeft een positief oordeel (minimaal 21 punten), 37% is zelfs zeer tevreden is (27-32 punten). Men oordeelde gemiddeld het meest positief over de vraag naar de algemene tevredenheid met de ontvangen

vaktherapie en het minst positief op de vraag in hoeverre de vaktherapie tegemoet kwam aan iemands hulpvraag. In tabel 6.1 is de waardering per vraag weergegeven.

Tabel 6.1 Tevredenheid met de vaktherapie per vraag; CSQ (n=203)

	<i>gemiddelde score (sd)</i>
1. Beoordeling kwaliteit van de ontvangen vaktherapie	3.1 (0.6)
2. Kreeg u het soort therapie dat u wilde?	3.3 (0.7)
3. In hoeverre kwam de vaktherapie tegemoet aan hulpvraag?	2.8 (0.7)
4. Vaktherapie aanraden wanneer vriend vergelijkbare hulp nodig heeft?	3.3 (0.7)
5. Hoe tevreden met de hoeveelheid hulp?	3.3 (0.7)
6. Vaktherapie geholpen om beter met problemen om te gaan?	3.4 (0.7)
7. Hoe tevreden in het algemeen met ontvangen vaktherapie?	3.1 (0.8)
8. Weer kiezen voor deze vorm van hulp wanneer nog eens hulp nodig?	3.2 (0.5)
Gemiddelde score per vraag (range 1-4)	3.2 (0.5)

Ambulante deelnemers oordelen iets positiever dan (dag)klinische deelnemers (27 versus 25 punten). Andere interventie- en persoonskenmerken zijn niet van invloed op het oordeel over vaktherapie.

6.1.2 Waardering van de behandelrelatie; HAS

Met behulp van de HAS vragenlijst hebben zowel deelnemers als vaktherapeuten een waardering gegeven voor de onderlinge therapeutische relatie. Het cijfer 10 geeft de hoogste waardering weer.

De deelnemers waarderen zowel de eerste als de tweede vaktherapeutische relatie als 'goed', met een 7.8 als gemiddeld cijfer. Vrijwel iedereen geeft een voldoende of hoger en nog geen 5% geeft een cijfer onder de 5.5. Op onderdelen waardeert men het vertrouwen in de vaktherapeut en diens vakkundigheid het hoogst met een 8.3. Ook voelen de deelnemers zich goed begrepen door hun vaktherapeut. De vraag of vaktherapie de juiste behandeling is, krijgt het laagste cijfer, maar nog steeds een ruime voldoende. In tabel 6.2 wordt de waardering per vraag weergegeven.

Op de vraag hoe iemand zich direct na een vaktherapeutische sessie voelde, antwoordden de meesten dat ze zich beter voelden (80%). Slechts 2% voelde zich slechter na een sessie.

Tabel 6.2 Waardering behandelrelatie per vraag; HAS (n=203)

	<i>gemiddeld cijfer (sd)</i>
1. Is vaktherapie de juiste behandeling voor u?	7.2 (1.9)
2. Voelt u zich begrepen door uw vaktherapeut?	8.0 (1.6)
3. Voelt u zich bekritiseerd door uw vaktherapeut?	7.6 (2.4)
4. Is uw vaktherapeut actief betrokken bij uw begeleiding en zet hij/zij zich er voor in?	7.9 (1.7)
5. Heeft u vertrouwen in uw vaktherapeut en diens vakkundigheid?	8.3 (1.7)
Gemiddeld totaalcijfer (range 0-10)	7.8 (1.3)

Ambulante deelnemers waarden de behandelrelatie positiever dan de (dag)klinische deelnemers (8.2 versus 7.5). Opvallend is dat diegenen die de behandelcombinatie PMT en beeldende therapie volgden de therapeutische relatie lager beoordeelden dan de rest, terwijl zij, zoals in voorgaande hoofdstuk is gebleken, juist het meest verbeteren. Zij geven gemiddeld een 7.4 terwijl de gemiddelde beoordeling van de therapeutische relatie van de andere groepen 7.9 of hoger is (overige combinaties en alleen PMT: 7.9, alleen beeldende therapie: 8.2 en alleen dramatherapie of muziektherapie: 8.4). Overige interventie- en persoonskenmerken blijken geen relevante invloed te hebben op de waardering van de therapeutische relatie.

Vaktherapeuten waarden de therapeutische relatie met hun patiënten met een ruime voldoende (7.2). Dit is iets lager dan het patiëntenoordeel al zijn therapeuten en hun patiënten als koppel het redelijk met elkaar eens ($r=0.45$). De vaktherapeuten van de verschillende disciplines verschillen onderling niet in oordeel over de relatie met hun patiënten.

6.1.3 Samenhang met andere uitkomstmaten

Tevredenheid met de vaktherapie (CSQ) en waardering van de therapeutische relatie (HAS) blijken niet of nauwelijks samen te hangen

met de andere effectmaten en de verandering daarop, maar correleren volgens verwachting wél sterk met elkaar ($r=0.76$). Een positieve beoordeling van de vaktherapie en de behandelrelatie wil met andere woorden niet zeggen dat het ook beter met iemand gaat, althans dit wordt niet zichtbaar met behulp van de overige gebruikte meetinstrumenten.

6.2 Vergelijking vaktherapie met overige hulp

De vraag of vaktherapie aan de verwachting heeft voldaan, beantwoordt 70% van de deelnemers met 'ja'. Bijna een kwart geeft aan dat vaktherapie gedeeltelijk aan de verwachtingen heeft voldaan. Zeer diverse toelichtingen zijn gegeven, maar de strekking van meerdere toelichtingen is dat wanneer slechts gedeeltelijk aan de verwachting is voldaan, dit vooral komt omdat men meer resultaat had verwacht qua oplossing van de eigen problematiek en toepassing van het geleerde in het dagelijks leven. Slechts 6%, geeft een negatief antwoord en licht dit toe met redenen als "*ben nog niet klaar*", "*kan er niks mee*" of "*minder inhoud dan verwacht*".

Op de vraag hoeveel baat iemand gehad heeft bij vaktherapie, heeft ruim de helft van de deelnemers geantwoord met behoorlijk tot zeer veel, een kwart met tamelijk en slechts 14% gaf aan vrijwel geen of een klein beetje baat te hebben gehad bij vaktherapie.

Om een vergelijking te kunnen maken met hoe deelnemers de andere vormen van ontvangen hulp beoordelen, is hen dezelfde vraag gesteld voor andere vormen van hulp. In tabel 6.3 staat per hulpverlener weergegeven welk percentage van de deelnemers zeer veel (4) tot bijna geen (1) baat heeft gehad bij betreffende hulp gedurende de onderzoeksperiode. Tevens is een gemiddelde score weergegeven en zijn de hulpverleners geplaatst in volgorde van hoogste gemiddelde score. Men gaf aan het meeste baat te hebben gehad bij de hulp van de psychotherapeut en het minst bij de hulp van de psychiater. Vaktherapie komt op de derde plaats na de psycholoog.

Tabel 6.3 Respons op de vraag “Heeft u baat (gehad) bij deze vorm van hulpverlening?*

	<i>n</i>	<i>1*</i> %	<i>2*</i> %	<i>3*</i> %	<i>4*</i> %	<i>Gemiddelde score</i>
Psychotherapeut	95	6	34	28	32	2.84
Psycholoog	113	14	20	48	18	2.65
Vaktherapie	209	14	25	40	21	2.63
SPV/Casemanager/Zorgcoördinator	77	18	29	30	23	2.52
Medicatie	133	26	26	29	19	2.34
Psychiater	133	22	30	38	10	2.29

*Antwoordcategorieën: 1: bijna niet, 2: tamelijk, 3: behoorlijk wat, 4: zeer veel.

6.3 Realisatie behandeldoelen

Met behulp van een meerkeuzevragenlijst hebben deelnemers zowel als hun vaktherapeuten aangegeven op welke gebieden men anders is gaan functioneren sinds de start van de vaktherapie. Het gaat dan om veranderingen (verbetering, verslechtering of onveranderd gebleven) op lichamelijk, cognitief, emotioneel en sociaal gebied. In bijlage II is betreffende vragenlijst in te zien.

Drie kwart van de deelnemers geeft aan dat het *inzicht in het eigen gedrag onder druk of stress* en het *inzicht in de eigen mogelijkheden en beperkingen* verbeterd is (tabel 6.4). Een bijna even grote groep ervaart beter de eigen gevoelens en neemt lichaamssignalen beter waar. Ook het *stellen van grenzen* is voor meer dan 70% van de deelnemers verbeterd. In tabel 6.4 zijn de negen gebieden vermeld die 60% of meer van de deelnemers als verbetergebied hebben aangegeven.

Tabel 6.4 Verbetergebieden volgens deelnemers en vaktherapeuten (n=214)

	<i>deelnemers</i> % (n)		<i>therapeuten</i> % (n)	
inzicht in eigen gedrag onder druk of stress	1.	76 (163)	2.	64 (136)
inzicht in eigen mogelijkheden en beperkingen	2.	75 (161)	3.	64 (136)
gevoelens ervaren	3.	74 (158)	1.	64 (137)
waarnemen eigen lichaamssignalen	4.	73 (155)	6.	56 (120)
stellen van grenzen	5.	72 (153)	7.	56 (119)
omgaan met spanning en vermoeidheid	6.	69 (148)	8.	55 (117)
uiten van emoties	7.	65 (139)	4.	63 (134)
verwoorden van gevoelens	8.	62 (132)	5.	62 (133)
zelfvertrouwen	9.	60 (129)	9.	52 (111)

De vaktherapeuten is dezelfde vraag gesteld en zij blijken dezelfde negen gebieden het vaakst te noemen. Vaktherapeuten en deelnemers zijn het met elkaar eens over de top drie van verbeteringen op het gebied van het *ervaren van gevoelens, inzicht in het eigen gedrag en inzicht in de eigen mogelijkheden en beperkingen*. Vaktherapeuten constateren vaker dan de deelnemers een verbeterd functioneren op de gebieden *uiten van emoties en verwoorden van gevoelens*.

Slechts twee procent van de vaktherapeuten en zes procent van de deelnemers constateert een verslechterd functioneren op één of meerdere gebieden. Verslechtering op het gebied van *controleren en rationaliseren en omgaan met spanning en vermoeidheid* is het vaakst genoemd (n=13), maar nog steeds erg weinig. Overigens is het niet zo dat wanneer er niet aan de verwachtingen van vaktherapie werd voldaan iemand dan ook aangaf slechter te zijn gaan functioneren op één of meerdere gebieden.

Meer dan 80% van de vaktherapeuten rapporteert geen verandering bij hun patiënten op de gebieden *lichamelijk contact, conditie, zwart-wit denken, concentratievermogen en rouwverwerking*. De deelnemers vinden dat zelf ook en noemen met uitzondering van *conditie* dezelfde gebieden het vaakst (50-60%). Vaktherapeuten en deelnemers zijn het dus grotendeels met elkaar eens wat betreft veranderingen en verbeteringen.

Wanneer de vaktherapieën elk apart worden bekeken en afgaande op het oordeel van betrokken patiënten, blijken alleen deelnemers die de behandelcombinatie PMT en beeldende therapie hebben gevolgd vaker te melden dat hun *conditie* verbeterd is, dat ze meer *in beweging* zijn gekomen en dat hun *concentratievermogen* is toegenomen. Verder rapporteren patiënten die twee of meer vaktherapieën hebben gevolgd, ongeacht welke combinatie, vaker een verbetering op het gebied van het *verwoorden van gevoelens*. Diegenen die een andere combinatie van vaktherapieën hebben gevolgd dan PMT plus beeldende therapie noemen relatief vaker dat ze minder *zwart-wit* zijn gaan denken. Van de vaktherapeuten constateren PMT'ers bij hun patiënten vaker een verbetering op het gebied van *lichaamsbeleving*. Beeldend therapeuten rapporteren minder vaak dan de anderen een verbetering bij hun patiënten in de *waarneming van lichaamssignalen*.

De vooraf door vaktherapeuten meest genoemde probleemgebieden waar met behulp van vaktherapie aan gewerkt zou gaan worden (zie hoofdstuk 4) komen met uitzondering van *negatief zelfbeeld* terug in de negen meest

genoemde verbeteringen door zowel deelnemers als vaktherapeuten. Het verkrijgen van *inzicht in eigen gedrag* en in *eigen mogelijkheden en beperkingen* blijkt daarnaast een belangrijk positief behandelresultaat. Iets wat vooraf door slechts 30% van de vaktherapeuten ook als zodanig benoemd werd.

6.4 Extra evaluatie beeldende therapie

Iets meer dan de helft van de onderzoeksdeelnemers volgde beeldende therapie (n=109) en hen is gevraagd een extra evaluatie vragenlijst⁷ in te vullen over hun ervaringen daarmee. In de vorm van stellingen werden 19 vragen voorgelegd waarbij deelnemers aan konden geven in hoeverre ze het ermee eens of oneens waren. Een deel van de vragen (6) ging over het materiaal en de opdrachten en de rest van de vragen (13) ging over de resultaten. Tevens is men gevraagd een rapportcijfer te geven aan de beeldende therapie. In bijlage VI zijn de vragen en de resultaten per item terug te vinden.

Uit de respons wordt duidelijk dat het met de voorwaarden waaronder beeldende therapie wordt aangeboden wel goed zit, want minimaal 85% was het eens met de stellingen over de *begrijpelijkheid van de opdrachten*, *voldoende uitleg* en *prettige therapieruimte*. Wat betreft de resultaten geeft drie kwart van de deelnemers aan dat beeldende therapie helpt om *tot rust te komen*, *inzicht in zichzelf te krijgen* en dat het de *mogelijkheid biedt zich te uiten*. Bijna 80% is van mening dat door deze therapievorm *nieuwe mogelijkheden uitgeprobeerd kunnen worden*. Minder eenduidig is gereageerd op de stelling of beeldende therapie helpt bij *plaatsgeving* en het weer krijgen van *grip op het leven*; minder dan de helft kon dit beamen.

De ambulante deelnemers antwoorden gemiddeld positiever dan de (dag)klinische deelnemers op de vragenlijst. Het grootste verschil zit in de laatste stelling: *Opgedane inzichten pas ik toe in het dagelijks leven*, waar 70% van de ambulante deelnemers het mee eens is tegenover 41% van de (dag)klinische deelnemers. Verder zijn deelnemers zonder een diagnose persoonlijkheidsstoornis gemiddeld positiever dan degenen met zo'n

⁷ Deze vragenlijst is opgesteld door beeldend therapeuten uit de werkgroep Onderzoek Vaktherapie, te weten Herma Betten, Mimy ter Braak en Peter Wartena. De vragen zijn deels ontleend aan het cliënttevredenheidsonderzoek van Corry Muis (2008).

diagnose. Of iemand man of vrouw is, al dan niet medicatie gebruikt, ooit eerder vaktherapie heeft gehad, kort dan wel lang in zorg bij de ggz is, heeft geen invloed op de antwoorden.

Tot slot kreeg de beeldende therapie een 7.6 als gemiddeld cijfer, waarbij bijna 60% (n=62) een 8 of hoger gaf en slechts 5% een onvoldoende.

6.5 Werk en activiteiten

Bij aanvang van het onderzoek had de helft van de deelnemers betaald werk of deed een opleiding en 70% van hen besteedde daar ook daadwerkelijk gemiddeld 27 uren aan (zie paragraaf 3.2, tabel 3.3). Dit percentage blijkt na vier maanden licht gedaald naar 62% al besteedde deze groep evenveel uren aan betaald werk/studie. Zoals blijkt uit tabel 6.5 is een kwart van deze groep met betaald werk/opleiding meer tijd daaraan gaan besteden. Een kwart is (nog) minder gaan werken/studeren en voor de helft is de werk/studie situatie gelijk gebleven.

Tabel 6.5 Percentage deelnemers dat werkte en/of studeerde (n=214)

	%	(n)
Deelnemers met betaald werk en/of opleiding	51	(109)
<i>Daadwerkelijk werkend en/of studierend:</i>		
Tijdens voormeting	70	(76)
Tijdens nameting	62	(68)
<i>Bij nameting in vergelijking met voormeting::</i>		
meer gewerkt/gestudeerd	24	(26)
evenveel gewerkt/gestudeerd	26	(28)
minder gewerkt/gestudeerd	27	(30)
niet gewerkt/gestudeerd op beide meetmomenten	23	(25)

Over de overige activiteiten kan gezegd worden dat het activiteitsniveau van de deelnemers na vier maanden niet of nauwelijks is veranderd (tabel 6.6). Behandeling of gevolgde vaktherapie verandert hier niets aan. Net als in het begin besteedde men gemiddeld 15 uren per week aan overige activiteiten en bijna twee procent (n=3) rapporteerde geen enkele activiteit.

Tabel 6.6 Bestede uren aan activiteiten op voor- en nameting (n=214)

	<i>Voor</i> % (n)	<i>uren pwk</i> (min-max)	<i>Na</i> % (n)	<i>uren pwk</i> (min-max)
vrijwilligerswerk	18 (39)	5 (0.5-20)	21 (46)	5 (0.5-16)
sport	47 (100)	3 (0.5-10)	54 (116)	3 (1.0-20)
beweging	81 (173)	4 (0.5-20)	80 (172)	4 (1.0-15)
hobby	64 (136)	7 (1.0-50)	70 (150)	6 (1.0-50)
sociale activiteiten	82 (176)	6 (0.5-60)	88 (188)	5 (1.0-48)

Samenvatting en conclusies

Ten behoeve van de opzet van wetenschappelijk effectonderzoek naar vaktherapie is in 2009 en 2010 een inventarisatie gedaan onder vaktherapeuten, werkzaam in de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg in de drie noordelijke provincies en werd tevens een verkennende studie uitgevoerd naar de behandelresultaten van en tevredenheid met vaktherapie. In deze rapportage is verslag gedaan van de verkregen informatie en resultaten. De belangrijkste bevindingen worden hieronder samengevat, waarna kort wordt ingegaan op de betekenis en implicaties voor verder onderzoek.

In deel I, hoofdstuk 1, worden de resultaten van twee inventarisaties onder vaktherapeuten gepresenteerd. De respons op de eerste inventarisatie naar werkomvang en caseload was 90% en de respons op de tweede inventarisatie van een jaar later was 70%. In de drie noordelijke ggz-instellingen en het Universitair Centrum Psychiatrie (UCP) wordt vooral psychomotorische therapie (PMT) als vaktherapeutische behandeling aangeboden, gevolgd door beeldende therapie. Dramatherapie en muziektherapie worden in beperkte mate (samen 11% van de vaktherapeuten) en niet in alle instellingen aangeboden en danstherapie zit in het geheel niet in het regionale aanbod. Het aantal vaktherapeuten in loondienst is tussen 2009 en 2010 met acht procent afgenomen tot 115 en hun werkomvang bedraagt in 2010 in totaal 87 fte. Een gemiddelde vaktherapeut heeft een aanstelling van 0.75 fte, ofwel een werkweek van 27 uur. Ze vormen over het algemeen een ervaren en honkvaste beroepsgroep en zijn werkzaam in alle behandelsettingen en met diverse specifieke doelgroepen van patiënten. Gezamenlijk zien ze ongeveer 5000 patiënten per week, gemiddeld 43 per vaktherapeut. De meeste van deze patiënten (80%) krijgt groepstherapie en PMT'ers hebben gemiddeld meer klinische patiënten in hun caseload dan de andere vaktherapeuten. Een derde van de vaktherapeuten heeft een post HBO of 'Masterdegree'. Een minderheid van nog geen 40% is geregistreerd bij het overkoepelende beroepsregister (SRVB).

Ondanks enkele meer generieke behandeldoelen, zoals versterking van de *autonomie* en *emotieregulatie* is er een grote diversiteit aan behandeldoelen in de vaktherapeutische praktijk. Gezien de vele en specifieke patiëntdoelgroepen en de grote spreiding van vaktherapeuten binnen de instellingen is dit niet vreemd. Uit onze inventarisatie komt naar voren dat ook een aantal doelen kenmerkend zijn per vorm van vaktherapie. Zo onderscheidt PMT zich van de andere vaktherapieën met thema's als *lichaamsbeleving*, *grenzen*, *agressieregulatie* en *spanningsregulatie* en zijn *contact met het gevoelsleven* en *verwerking en plaatsgeving* meer kenmerkende doelen behorend bij beeldende therapie. Een vergelijking met resultaten uit eerder inventarisaties bevestigt onze bevinding dat *autonomieversterking* het meest kenmerkende vaktherapeutische behandeldoel is.

In deel II worden de opzet en resultaten gepresenteerd van de verkennende studie naar de tevredenheid van patiënten met vaktherapie en het effect van het behandelaanbod waarvan vaktherapie deel uitmaakt. In hoofdstuk 2 worden de onderzoeksmethode en de instroomgegevens toegelicht. Aan deze studie met pre-post design (voor- en nameting) heeft bijna de helft van de vaktherapeuten (n=51), verspreid over de instellingen meegedaan. Vooral beeldend therapeuten en GGZ Drenthe hadden een hoge respons. Van de in aanmerking komende patiënten die begonnen met een vaktherapeutische behandeling binnen de inclusieperiode van vier maanden heeft 68% (n=267) toestemming verleend tot deelname en de eerste vragenlijst ingevuld. Gedurende het onderzoek, dat vier maanden besloeg, is 20% van deze deelnemers (n=53) afgehaakt, wat het uiteindelijke responspercentage op 55% (n=214) brengt. Het onderzoek is representatief voor de groep patiënten die in de regio vaktherapie krijgt aangeboden. Wel zijn bepaalde groepen van patiënten zoals ouderen, kinderen en jeugdigen, diegenen die al veel langer of langdurig vaktherapie volgen en net opgenomen patiënten met bijvoorbeeld een psychose ondervertegenwoordigd.

Het profiel van de vaktherapiepatiënt staat centraal in hoofdstuk 3. Het gaat om een relatief jonge groep patiënten (gemiddelde leeftijd van de vrouwen is 34 jaar en van de mannen 37 jaar), die qua gezinssituatie een afspiegeling vormt van de Nederlandse bevolking, met een gemiddeld

opleidingsniveau (drie kwart heeft minstens middelbaar beroepsonderwijs afgerond), waarvan echter slechts de helft betaald werk heeft of een opleiding volgt. Van deze maatschappelijk actieve groep is wel ook het grootste deel, 70%, daadwerkelijk (gedeeltelijk) werkend of studierend bij de start van het onderzoek. Het is een gemengde groep patiënten, waarvan de helft al minstens twee jaar in zorg is. De diagnose depressie komt het vaakst voor (32%), daarnaast heeft ongeveer de helft van de deelnemersgroep ook een as II diagnose. Bijna de helft van de deelnemers is in deeltijdbehandeling, 10% is opgenomen en de rest, 43%, ontvangt ambulante hulpverlening. De meeste deelnemers (35%) volgen de behandelcombinatie PMT en beeldende therapie en zij krijgen deze combinatie allemaal in een (dag)klinische behandelsetting. De ambulante deelnemers volgen meestal één vorm van vaktherapie. Opvallend is dat slechts iets meer dan de helft van de patiënten psychofarmaca voorgeschreven heeft gekregen. Concluderend kan gesteld worden dat het profiel van de patiënten die vaktherapie krijgen zeer heterogeen is.

De kenmerken van de vaktherapeutische interventie worden beschreven in hoofdstuk 4. Uit het feit dat drie kwart van de deelnemers die starten met vaktherapie al meer dan een jaar in behandeling zijn, blijkt dat de verwijzing pas later in het behandelproces plaatsvindt. In de meeste gevallen gaat het om een eerste verwijzing, slechts één op de drie personen heeft al eerder vaktherapie gehad. De voorgenomen behandelduur en – frequentie verschilt nogal per instelling en behandelsetting. Zo varieert dit bij deeltijdpatiënten van gemiddeld vijf maanden lang een wekelijkse sessie tot een jaar lang 2-3 sessies per week. Ambulante deelnemers krijgen gemiddeld vier maanden vaktherapie aangeboden in wekelijkse of tweewekelijkse sessies. In deeltijdbehandeling wordt vaktherapie bijna zonder uitzondering in groepsverband gegeven, terwijl bij ambulante behandeling veelal gekozen wordt voor individuele vaktherapie. Na de onderzoeksperiode hadden de deelnemers gemiddeld 14 sessies vaktherapie gehad, ongeacht behandelsetting en was van een kwart van de deelnemers de vaktherapie afgerond. De meeste patiënten gaan dus door met vaktherapie na vier maanden.

Deelnemers en vaktherapeuten waren het grotendeels met elkaar eens wat betreft geconstateerde verbeteringen na vier maanden vaktherapie waarbij

een *verbeterd inzicht in het eigen gedrag en mogelijkheden* en het *beter ervaren van gevoelens* door maar liefst drie kwart van de deelnemers genoemd werden.

In hoofdstuk 5 worden de behandelresultaten aan de hand van gestandaardiseerde en gevalideerde vragenlijsten gepresenteerd en daaruit komt dat de deelnemersgroep als geheel op alle gebruikte meetinstrumenten significant positieve behandelresultaten laten zien. Zo is het psychisch functioneren (OQ-45) verbeterd, de kwaliteit van leven (MANSA) toegenomen, het vertrouwen in eigen mogelijkheden (MHCS) gegroeid en is de lichaamsbeleving (DKB-35) verbeterd. Op de belangrijkste uitkomstmaat, het psychisch functioneren, gaat het met 65% van de deelnemers beter, waarvan de helft ook klinisch betrouwbaar vooruit is gegaan. Met name deelnemers die de behandelcombinatie PMT en beeldende therapie hadden, diegenen die het slechtst functioneerden bij de voormeting, diegenen die minder dan een jaar in zorg waren en diegenen die de vaktherapie binnen vier maanden hebben afgerond zijn meer verbeterd in hun psychisch functioneren. Van twee derde van de deelnemers is tevens het vertrouwen in eigen mogelijkheden en de kwaliteit van leven toegenomen, vooral op het gebied van de eigen geestelijke gezondheid en de vrijetijdsbesteding. Op beide schalen zijn het vooral weer de deelnemers die de behandelcombinatie PMT en beeldende therapie volgden en diegenen die de vaktherapie hebben afgerond die meer verbeterd zijn. Ook de lichaamsbeleving is verbeterd bij de deelnemersgroep, vooral op het gebied van vitaliteit, zelfwaardering en lichaamscontact. Diegenen die PMT volgden zijn niet meer verbeterd dan diegenen die een andere vorm van vaktherapie volgden. Hoewel ambulante deelnemers er gemiddeld evenveel op vooruit zijn gegaan dan de (dag)klinische deelnemers na vier maanden vaktherapie, rapporteerden zij op beide meetmomenten wél een significant beter psychisch functioneren, een hogere kwaliteit van leven, meer vertrouwen in hun eigen mogelijkheden en een betere lichaamsbeleving.

De tevredenheid van deelnemers met de ontvangen vaktherapie is groot: men heeft er baat bij en voor drie kwart van de betrokkenen heeft de vaktherapie aan de verwachtingen voldaan.

Alle geschetste verbeteringen hebben betrekking op de stemming en de ervaringen van betrokken patiënten. Niet altijd hebben deze verbeteringen ook een uitwerking op het concreet functioneren. Zo is voor de hele groep geen sprake van een toe- of afgenomen activiteitsniveau op het gebied van werk en vrijetijdsbesteding.

Hoewel de deelnemers gemiddeld dus op verschillende terreinen een positieve verbetering laten zien, blijft de vraag welke factoren nu het meest bijdragen aan herstel. In een analyse waarin verschillende uitkomstbepalende factoren zoals behandelsetting, duur van de totale zorg en as II diagnose in samenhang werden meegenomen, bleken twee zaken van belang. Een snelle afronding van de therapie hangt, niet onverwacht, samen met meer verbetering op de uitkomstmaten. Daarnaast bleek verder de combinatie van PMT en beeldende therapie de enige andere duidelijke voorspeller voor succes. Dat is opvallend omdat deze groep juist afweek van de overige deelnemers door de lagere, overigens nog wel ruim voldoende, tevredenheid met de behandelrelatie met hun vaktherapeuten. Blijkbaar is het in deze groep niet zo dat hoe beter het gaat, hoe meer tevreden men is over de interventie. Hiervoor zijn meerdere verklaringen mogelijk. Zo kan het zijn dat de betrokkenen de verbeteringen niet ervaren als het gevolg van de interventie maar bijvoorbeeld als het resultaat van eigen inzet. Ook kan het zijn dat betrokkenen op de vragen bij de vervolgmeting positiever hebben geantwoord - bij vergelijking met de startmeting laat deze groep een verbetering zien waar het conditie en concentratievermogen betreft, men kan gevoelens beter verwoorden en is meer in beweging - maar dat bij een expliciete evaluatie betrokkenen deze verbetering niet zo blijken te hebben ervaren. Bij de vraag naar de tevredenheid wordt expliciet een subjectief en vergelijkend oordeel gevraagd terwijl bij de verschillende uitkomstmaten alleen de actuele situatie wordt nagevraagd zonder een vergelijking te maken. Een derde mogelijkheid is dat men, ondanks de concrete verbeteringen, wellicht meer uit de interventie wilde halen dan nu is nagevraagd. Helaas is het met de beschikbare gegevens niet mogelijk na te gaan welke van deze verklaringen de juiste is.

De pilotstudie heeft een uitgebreide hoeveelheid informatie opgeleverd maar de reikwijdte van de resultaten is, door de verkennende opzet, bescheiden. Gekozen is voor een kortdurend onderzoek zonder

vergelijkingsgroep, waarmee meer inzicht verkregen moest worden in de gangbare vaktherapeutische praktijk. Door deze opzet zijn valide uitspraken over de effectiviteit van de verschillende vaktherapieën niet mogelijk. Geschetst is welke kortetermijnverbeteringen optreden bij de mensen die nu naar vaktherapie worden verwezen. Daarbij moet steeds worden bedacht dat vaktherapie vrijwel altijd onderdeel van een uitgebreider behandelaanbod vormt, waardoor de effectiviteit van vaktherapie afzonderlijk niet beoordeeld kan worden. Omdat de indicatiestelling per vaktherapie verschilt, en ook vaak per behandelsetting en ggz-organisatie, kan dan ook niet goed een vergelijking gemaakt worden tussen de werkzaamheid van de verschillende soorten van vaktherapie. Uit praktische overwegingen is het onderzoek daarnaast beperkt tot volwassenen en is geen informatie verkregen over vaktherapie bij ouderen en kinderen.

Met voorbehoud voor deze beperkingen, is onze algemene conclusie op basis van deze pilot dat vaktherapie een zinvolle interventie is voor de mensen die hier in de huidige zorgpraktijk naar verwezen worden. Van belang is echter dat er meer onderzoek gedaan wordt naar de werkzaamheid van de verschillende interventies die vallen onder deze grote noemer. Met deze pilotstudie hebben we getracht een basis te leggen voor de opbouw van meer 'evidentie' voor vaktherapie. In de toekomst zal met behulp van liefst gerandomiseerd gecontroleerd vergelijkingsonderzoek deze opbouw verder moeten plaatsvinden. Belangrijkste ontwikkelpunten hierbij zijn dat er heldere behandelprotocollen komen die toetsbaar en herhaalbaar zijn en dat in de klinische praktijk de indicatiestelling voor vaktherapie nader opgehelderd wordt. Vervolgonderzoek zal zich hierop richten naast het toetsen van de effectiviteit en doelmatigheid (kosteneffectiviteit) van vaktherapie. Ook zal er goed gekeken moeten worden naar de inzet van betrouwbare, valide meetinstrumenten die algemeen genoeg en tevens specifiek genoeg zijn voor het meten van specifieke behandel-effecten van vaktherapie.

Dankwoord

De auteurs willen allereerst de vaktherapeuten (zie hieronder) zeer bedanken voor hun enthousiaste en betrokken medewerking aan deze studie. Ook worden alle patiënten die hebben meegewerkt bedankt voor het invullen van de vragenlijsten. De meewerkende instellingen, GGZ Drenthe, GGZ Friesland, Lentis en het UCP worden bedankt voor hun instemming en het faciliteren van 'hun' vaktherapeuten, waardoor zij tijd konden besteden aan het onderzoek. De werkgroep 'Onderzoek Vaktherapie Noord Nederland' die als klankgroep fungeerde vanaf het eerste moment, wordt bedankt voor het kritisch volgen van de onderzoeksplannen en het regelen van allerlei zaken rondom deze studie binnen de eigen instelling. Gerrit Maliepaard in het bijzonder wordt bedankt voor zijn rol als initiator van de werkgroep, waardoor er uiteindelijk en eindelijk een rapport als dit ligt.

Aan de pilotstudie hebben de volgende vaktherapeuten meegewerkt: Siemke Andela, Marion Beldman, Peter van den Berg, Tineke Bergstra, Herma Betten, Ineke de Boer, Mimy ter Braak, Jeannette Brouwer, Gerwin Bruinsma, Ebel Dijkhuis, Marlies van Doorn, Marieke Dorhout, Milou Dunselman, Willemien van Engeland, Sita Geerling, Martijn Gjaltema, Roos den Held, Stefan Henstra, Gonnie Hermsen, Joelca Hilverda, Koop Hofman, Jan Hulshof, Janneke van der Kooij, Alie Kooyman, Marian Kramers, Dineke Maat, Gerrit Maliepaard, Geerke Mateboer, Nynke Meijer, Jeannet Miedema, Hanneke Milders, Bas Molenaar, Michiel Mulder Bertine Post, Dorry Posthuma, Alexandra Rakemann, Wilma Sabel, Hildegard Sarrazin, Cora van Slooten, Yvonne van der Sluis, Andreke Smulders, Maartje Stam-Rommès, Robert Statema, Robin Stemerding, Lenie van de Ven, Sjoukje Verveld, Peter Wartena, Hanna van Wel, Rienk Wiekamp, Tineke Wierstra en Frank Winkel.

Referenties

- Carpinello SE et al. (2000). *The development of the mental health confidence scale: a measure of self-efficacy in individuals diagnosed with mental disorders*. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 23 (3): 236-244.
- Conrad A & Roth WT (2007). *Muscle relaxation therapy for anxiety disorders: It works but how?* *Journal of Anxiety Disorders* 21: 243-264.
- FVB-Federatie Vaktherapeutische Beroepen (2008). *Profiel van de vaktherapeutische beroepen*. Utrecht. Zie:
http://www.vaktherapie.nl/pages/nl/over_vaktherapie/downloads
- GGZ Nederland (juli 2010). *Medewerkers@GGZ 2009. Een inventarisatie van personeel in de geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht. Zie:
<http://www.ggz nederland.nl/de-ggz-sector/feiten-en-cijfers.html>
- GGZ Nederland (oktober 2010). *Kerncijfers geestelijke gezondheidszorg in Nederland*. Amersfoort. Zie:
<http://www.ggz nederland.nl/de-ggz-sector/feiten-en-cijfers.html>
- GGZ Nederland (november 2010). *Zorg op waarde geschat. Update. Sectorrapport ggz 2010*. Amersfoort. Zie:
<http://www.ggz nederland.nl/de-ggz-sector/feiten-en-cijfers.html>
- Gold C, Solli HP, Krüger V & Lie SA (2009). *Dose-response relationship in music therapy for people with serious mental disorders: Systematic review and meta-analysis*, *Clinical Psychology Review* 29: 193-207.
- Hutschemaekers G & Neijmeijer L (1998). *Beroepen in beweging, professionalisering en grenzen van een multidisciplinaire GGZ*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Jong K de et al. (2007). *The Outcome Questionnaire (OQ-45) in a Dutch population: A cross-cultural validation*. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 14: 288-301.

- Lambert MJ et al. (1996). *The reliability and validity of the Outcome Questionnaire*. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 3: 106-116.
- Lambert MJ et al. (2004). *Administration and scoring manual for the OQ-45.2 (Outcome Questionnaire)* (3rd ed.) Salt lake City, UT: American Professional Credentialing Services LLC.
- Larsen DL, Attkinson CC, Hargreave WA & Nguyen TD (1979). *The Client Satisfaction Scale (CSQ). Assessment of client patient satisfaction: development of a general scale*. *Evaluation and Program Planning* 2: 197-207.
- Lawlor DA & Hopker SW (2001). *The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression: systematic review and meta-regression analysis of randomized controlled trials*, *British Medical Journal* 322: 1-8.
- Neijmeijer L, Wijgert J van de & Hutschemaekers G (1996). *Beroep: vaktherapeut/vakbegeleider. Een verkennend onderzoek naar persoon, werk en werkplek van vaktherapeuten en vakbegeleiders in de gezondheidszorg*. Utrecht: Nederlands Centrum Geestelijke Gezondheid.
- NICE (2009). *Schizophrenia. Core Interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care (update)*. National Clinical Practice Guideline Number 82 (full guideline): 201 -205.
- Ouwens M et al. (2007). Gluren bij de burens, inventariserend onderzoek naar de interventievormen door vaktherapeuten. *Tijdschrift voor Vaktherapie* 4: 17-22.
- Priebe S, Huxley P, Knight S & Evans S (1999). *Application and results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA)*. *International Journal of social psychiatry* 45 (1): 7-12.
- Priebe S & Gruyters T (1993). *The role of the helping alliance in psychiatric community care. A prospective study*. *Journal of Nervous and Mental Disease* 181 (9): 552-557.

Pöhlmann K, Thiel P & Joraschky P (2008). *Entwicklung und Validierung des Dresdner Körperbildfragebogens (DKB-35)*. In: P. Joraschky, H. Lausberg, K. Pöhlmann (Hrsg.). *Körperorientierte Diagnostik und Psychotherapie bei PatientInnen mit Essstörungen*. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Röhrich F (2009). *Body oriented psychotherapy. the state of the art in empirical research and evidence-based practice: A clinical perspective*. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy* 4 (2): 135-156.

Röhrich F & Priebe S (2006). *Effect of body-oriented psychological therapy on negative symptoms in schizophrenia: A randomized controlled trial*. *Psychol Medicine* 36: 669-678.

Wipfli BM, Rethorst CD & Landers DM (2008). *The anxiolytic effects of exercise: A meta-analysis of randomized trials and dose-response analysis*. *Journal of Sport & Exercise Psychology* 30: 392-410.

Bijlagen

Bijlage I – Hoofdstuk 3

Deelname vaktherapeuten per vaktherapie en instelling

Tabel 1 Deelname PMT'ers per instelling

	<i>Deelname onderzoek</i>	<i>Totaal aantal PMT'ers</i>	<i>Percentage van totaal</i>
GGZ Drenthe	10	25	40%
GGZ Friesland	4	14	29%
Lentis Groningen	6	20	30%
UCP Groningen	2	5	40%
Totaal	22	64	34%

Tabel 2 Deelname beeldend therapeuten (BT) per instelling

	<i>Deelname onderzoek</i>	<i>Totaal aantal BT'ers</i>	<i>Percentage van totaal</i>
GGZ Drenthe	7	12	58%
GGZ Friesland	7	14	50%
Lentis Groningen	6	8	75%
UCP Groningen	3	4	75%
Totaal	23	38	60%

Tabel 3 Deelname Dramatherapeuten (DT) per instelling

	<i>Deelname onderzoek</i>	<i>Totaal aantal DT'ers</i>	<i>Percentage van totaal</i>
GGZ Drenthe	2	2	100%
GGZ Friesland	0	1	0%
Lentis Groningen	0	3	0%
UCP Groningen	0	0	nvt
Totaal	2	6	33%

Tabel 4 Deelname muziektherapeuten (MT) per instelling

	<i>Deelname onderzoek</i>	<i>Totaal aantal MT'ers</i>	<i>Percentage van totaal</i>
GGZ Drenthe	3	3	100%
GGZ Friesland	1	1	50%
Lentis Groningen	0	2	0%
UCP Groningen	0	0	nvt
Totaal	4	6	67%

Bijlage II – Hoofdstuk 4

Vragenlijst nameting: Verbetergebieden⁸

Geef hieronder aan op welk(e) gebied(en) u anders bent / uw patiënt beter of zo mogelijk slechter is gaan functioneren sinds de start van de vaktherapie. Indien geen verandering of een gebied is niet van toepassing, dan hoeft u niets in te vullen.

Lichamelijk:	verbeterd / verslechterd
- bewegen, in beweging komen	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
- conditie	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
- omgaan met spanning en vermoeidheid	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
- waarnemen van eigen lichaamssignalen	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
- doseren van eigen activiteit	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
- lichamelijk contact	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
- anders, nl. _____	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Cognitief:	verbeterd / verslechterd
- inzicht in eigen mogelijkheden en beperkingen	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
- inzicht in eigen gedrag onder druk of stress	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
- rationeel denken (meer of minder)	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
- verwoorden van gevoelens	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
- controleren en rationaliseren (meer of minder)	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
- zwart-wit denken	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
- zelfbeeld	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
- zelfvertrouwen	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
- concentratievermogen	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
- anders, nl. _____	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Emotioneel:	verbeterd / verslechterd
- gevoelens ervaren	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
- beleven van eigen lichaam	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
- rouwverwerking	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
- zelfbeheersing	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
- anders, nl. _____	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Sociaal:	verbeterd / verslechterd
- aangaan en onderhouden van contacten	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
- uiten van emoties	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
- stellen van grenzen	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
- samenwerken	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
- conflicten hanteren	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
- anders, nl. _____	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>

⁸ Opgesteld door Gerrit Maliepaard, PMT'er, GGZ Drenthe en Liza Aerts, UCP, UMCG.

Bijlage III – Hoofdstuk 5

Subgroepscores per meetinstrument (uitkomst beïnvloedende factoren).

Tabel 1 Gemiddelde subgroepscores op de **MANSA**; kwaliteit van leven (n=214)

	<i>n</i>	<i>Voor (sd)</i>	<i>Na (sd)</i>
ambulante setting	98	4.4 (0.8) *	4.7 (0.8)
(dag)klinische setting	116	3.9 (0.8)	4.2 (0.9)
combinatie PMT en beeldende therapie	70	3.8 (0.8) *	4.4 (0.8)
enkele vaktherapie of andere combinatie	144	4.2 (0.8)	4.4 (0.9)
tot en met 1 sessie per week (1-13)	117	4.2 (0.8)	4.4 (0.9)
twee of meer sessies per week (14 – 64)	97	4.0 (0.8)	4.4 (0.9)
vaktherapie afgerond	50	4.2 (0.9)	4.7 (0.8) #
vaktherapie nog niet afgerond (voortijdig gestopt)	135 (29)	4.1 (0.8)	4.4 (0.8)
18 t/m 24 jaar	55	4.2 (0.9) *	4.6 (0.9)
25 t/m 54 jaar	143	4.0 (0.8)	4.3 (0.9)
55 t/m 69 jaar	16	4.7 (0.8)	4.8 (0.8)
man	73	4.0 (0.8)	4.5 (0.8)
vrouw	141	4.2 (0.9)	4.4 (0.9)
geen medicatie voor en/of tijdens onderzoek	85	4.3 (0.8)	4.6 (0.8)
medicatie voor en/of tijdens onderzoek	129	4.0 (0.8)	4.3 (0.9)
minder dan een jaar in zorg bij de ggz	51	4.2 (0.9)	4.6 (0.8)
minimaal een jaar in zorg	163	4.1 (0.8)	4.4 (0.9)
tot en met een wekelijks hulpcontact (0-13)	108	4.3 (0.8) *	4.6 (0.8)
wekelijks tot dagelijks hulpcontact (14-120)	106	3.9 (0.8)	4.3 (0.9)
stemmingstoornis; depressie	76	4.1 (0.8)	4.5 (0.8)
angststoornis	38	4.1 (0.9)	4.4 (0.9)
aanpassingstoornis	41	4.1 (0.9)	4.3 (1.0)
overige stoornissen	51	4.2 (0.8)	4.5 (0.8)
geen diagnose persoonlijkheidsstoornis	121	4.2 (0.8)	4.6 (0.9)
diagnose persoonlijkheidsstoornis	93	4.0 (0.8)	4.2 (0.9)

* significant verschillende score op de voormeting ($p < 0.01$)

significant meer verbeterd na vier maanden, gecorrigeerd voor de voormeting ($p < 0.01$)

Tabel 2 Gemiddelde subgroepscores op de **MHCS**; vertrouwen in eigen mogelijkheden (n=214)

	<i>n</i>	<i>Voor (sd)</i>	<i>Na (sd)</i>
ambulante setting	98	67 (12.3) *	70 (10.9)
(dag)klinische setting	116	59 (12.7)	66 (11.4)
combinatie PMT en beeldende therapie	70	57 (11.9) *	68 (10.7) #
enkele vaktherapie of andere combinatie	144	65 (12.7)	68 (11.6)
tot en met 1 sessie per week (1-13)	117	64 (13.9)	69 (11.0)
twee of meer sessies per week (14 – 64)	97	61 (12.1)	67 (11.6)
vaktherapie afgerond	50	64 (12.3)	73 (9.6) #
vaktherapie nog niet afgerond (voortijdig gestopt)	135 (29)	63 (13.1)	67 (11.4)
18 t/m 24 jaar	55	65 (12.1)	70 (9.5)
25 t/m 54 jaar	143	61 (13.5)	67 (12.1)
55 t/m 69 jaar	16	66 (13.1)	69 (8.4)
man	73	63 (13.3)	68 (10.4)
vrouw	141	62 (13.1)	68 (11.7)
geen medicatie voor en/of tijdens onderzoek	85	66 (13.3) *	71 (9.2)
medicatie voor en/of tijdens onderzoek	129	60 (12.4)	66 (12.2)
minder dan een jaar in zorg bij de ggz	51	64 (13.8)	71 (9.9)
minimaal een jaar in zorg	163	62 (12.8)	67 (11.6)
tot en met een wekelijks hulpcontact (0-13)	108	66 (13.0) *	70 (10.1)
wekelijks tot dagelijks hulpcontact (14-120)	106	59 (12.5)	66 (12.1)
stemmingstoornis, depressie	76	61 (12.9)	69 (10.4)
angststoornis	38	60 (12.2)	67 (11.5)
aanpassingstoornis	41	64 (14.1)	67 (11.8)
overige stoornissen	51	65 (13.2)	68 (11.5)
geen diagnose persoonlijkheidsstoornis	121	64 (12.5)	70 (9.7) #
diagnose persoonlijkheidsstoornis	93	60 (13.5)	65 (12.4)

* significant verschillende score op de voormeting (p<0.01)

significant meer verbeterd na vier maanden, gecorrigeerd voor de voormeting (p<0.01)

Tabel 3 Gemiddelde subgroepscores op de **DKB-35**; lichaamsbeleving (n=214)

	<i>n</i>	<i>Voor (sd)</i>	<i>Na (sd)</i>
ambulante setting	98	105 (19.9) *	107 (18.9)
(dag)klinische setting	116	95 (22.3)	100 (23.4)
combinatie PMT en beeldende therapie	70	96 (22.7)	102 (24.3)
enkele vaktherapie of andere combinatie	144	102 (21.1)	104 (20.4)
tot en met 1 sessie per week (1 – 13)	117	100 (21.2)	104 (20.2)
twee of meer sessies per week (14 – 64)	97	100 (22.4)	103 (23.6)
vaktherapie afgerond	50	102 (20.6)	109 (21.1)
vaktherapie nog niet afgerond (voortijdig gestopt:)	135 (29)	99 (20.6)	102 (21.1)
18 t/m 24 jaar	55	105 (21.8)	107 (22.7)
25 t/m 54 jaar	143	97 (21.5)	102 (21.5)
55 t/m 69 jaar	16	107 (19.9)	107 (20.2)
man	73	107 (21.4) *	110 (20.4)
vrouw	141	96 (21.0)	100 (21.7)
geen medicatie voor en/of tijdens onderzoek	85	103 (21.3)	105 (21.9)
medicatie voor en/of tijdens onderzoek	129	98 (21.9)	102 (21.7)
minder dan een jaar in zorg bij de ggz	51	99 (20.8)	104 (23.1)
minimaal een jaar in zorg	163	100 (22.0)	104 (21.4)
tot en met een wekelijks hulpcontact (0-13)	108	101 (21.6)	105 (21.1)
wekelijks tot dagelijks hulpcontact (14-120)	106	98 (21.8)	102 (22.4)
stemmingstoornis, depressie	76	95 (20.6)	101 (21.0)
angststoornis	38	98 (19.9)	103 (19.7)
aanpassingstoornis	41	101 (22.5)	102 (24.1)
overige stoornissen	51	107 (22.7)	107 (22.6)
geen diagnose persoonlijkheidsstoornis	121	103 (19.3)	106 (19.9)
diagnose persoonlijkheidsstoornis	93	96 (24.1)	99 (23.4)

* significant verschillende score op de voormeting ($p < 0.01$)

significant meer verbeterd na vier maanden, gecorrigeerd voor de voormeting ($p < 0.01$)

Bijlage IV – Hoofdstuk 5

Multivariate regressieanalyses per meetinstrument

Tabel 1 Kwaliteit van Leven - **MANSA**. En minus teken (-) betekent 'verslechtering'.

	<i>B (SE)</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	
R ² =50.5% (adjusted) =48.7%					
- voormeting	0.682 (0.056)	0.642	12.190	<0.001	*
<i>Predictoren:</i>					
- PMT en beeldende therapie	0.339 (0.130)	0.178	2.610	0.010	*
- (dag)klinische behandelsetting	-0.150 (0.139)	-0.085	-1.080	0.282	
- vaktherapie in groepsverband	-0.183 (0.127)	-0.103	-1.443	0.151	
- vaktherapie afgerond	0.264 (0.108)	0.124	2.443	0.015	*
- minder dan een jaar in zorg	0.119 (0.109)	0.057	1.084	0.280	
- as II diagnose	-0.070 (0.094)	-0.040	-0.745	0.457	

Tabel 2 Vertrouwen - **MHCS**. Een minus teken (-) betekent 'verslechtering'.

	<i>B (SE)</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	
R ² =45.1% (adjusted) =43.2%					
- voormeting	0.528 (0.049)	0.616	10.828	<0.001	*
<i>Predictoren:</i>					
- PMT en beeldende therapie	6.614 (1.777)	0.273	3.722	<0.001	*
- (dag)klinische behandelsetting	-1.399 (1.836)	-0.062	-0.762	0.447	
- vaktherapie in groepsverband	-2.757 (1.705)	-0.122	-1.617	0.107	
- vaktherapie afgerond	4.639 (1.445)	0.171	3.210	0.002	*
- minder dan een jaar in zorg	1.253 (1.485)	0.047	0.844	0.400	
- as II diagnose	-1.721 (1.283)	-0.076	-1.342	0.181	

Tabel 3 Lichaamsbeleving - **DKB-35**: Een minus teken (-) betekent 'verslechtering'.

	<i>B (SE)</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	
R ² =70.0% (adjusted) =68.9%					
- voormeting	0.824 (0.040)	0.828	20.483	<0.001	*
<i>Predictoren:</i>					
- PMT en beeldende therapie	1.924 (2.497)	0.041	0.771	0.442	
- (dag)klinische behandelsetting	-1.132 (2.632)	-0.026	-0.430	0.668	
- vaktherapie in groepsverband	-0.083 (2.461)	-0.002	-0.034	0.973	
- vaktherapie afgerond	3.294 (2.074)	0.063	1.588	0.114	
- Minder dan een jaar in zorg	0.808 (2.078)	0.016	0.389	0.698	
- as II diagnose	0.080 (1.799)	0.002	0.045	0.965	

Bijlage V – Hoofdstuk 6

Respons op extra vragen beeldende therapie

Tabel 1 Vragenlijst beeldende therapie en respons per item (n=109)

<i>1 = geheel mee eens, 2 = tamelijk mee eens</i>	%	%	%
<i>3 = neutraal</i>	<i>pos.</i>	<i>neutr.</i>	<i>neg.</i>
<i>4 = tamelijk mee oneens, 5 = geheel mee oneens</i>	<i>(1,2)</i>	<i>(3)</i>	<i>(4,5)</i>
<i>Het materiaal / de opdrachten</i>			
1. Ik leer veel van het werken met materialen	65	29	6
2. Ik krijg voldoende uitleg over hoe ik met materiaal moet werken	86	13	1
3. De opdrachten zijn begrijpelijk en uit te voeren	91	9	1
4. De therapieruimte is een prettige ruimte om in te werken	85	11	4
5. Ik vind het prettig om met opdrachten te werken	77	16	7
6. Ik vind het prettig om vrij en naar eigen idee te werken	67	18	15
<i>Resultaat / effect</i>			
7. Door beeldende therapie kom ik in contact met mijn gevoelens	73	17	10
8. Beeldende therapie geeft me de mogelijkheid me te uiten	76	15	9
9. Door beeldende therapie krijg ik weer grip op mijn leven	42	43	15
10. Mijn zelfvertrouwen verbetert door beeldende therapie	53	30	17
11. Bij beeldende therapie kan ik nieuwe mogelijkheden uitproberen	79	16	5
12. Door beeldende therapie heb ik gebeurtenissen een plek kunnen geven	41	39	20
13. Beeldende therapie helpt me inzicht in mezelf te krijgen	74	20	6
14. Beeldend werken helpt me om tot rust te komen	76	19	5
15. Beeldend werken helpt om me beter te concentreren	61	33	6
16. Het heeft me geholpen om gevoelens die mijn werkstukken bij mij opriepen om te zetten in een actie	46	37	17
17. Ik vind het waardevol dat ik mijn werkstukken terug kan zien	72	19	9
18. Door het werk te bekijken zie ik mijn eigen proces	73	18	9
19. Bij beeldende therapie opgedane inzichten en ervaringen pas ik toe in het dagelijks leven	49	40	11

Eerder verschenen in de RGOc-reeks

Hoe tevreden zijn huisartsen met de GGZ

Een enquête naar de samenwerking met de MFE in Zuidoost-Drenthe
J.T. van Busschbach, E. Visser, P. Bastiaansen, S. Sytema
RGOc-reeks, nummer 1, Groningen, 2001, 32 pagina's
ISBN-10 90-367-1460-5

Groningse Vragenlijst over Sociaal Gedrag

Zelfbeoordelingsvragenlijsten voor het vaststellen van problemen in het
interpersoonlijke functioneren
Handleiding
A. de Jong en P.M. van der Lubbe
RGOc-reeks, nummer 2, Groningen, 2001, 62 pagina's
ISBN-10 90-367-1463-X

Last van stemmen

Een gecontroleerde (kosten)effectiviteitsstudie naar een op Hallucinaties gerichte
Integratieve Therapie (HIT) bij patiënten met schizofrenie of verwante psychose
Dr. Durk Wiersma, Dr. Jack A. Jenner, Drs. Fokko J. Nienhuis, Drs. Dennis Stant,
Drs. Gerard van de Willige
RGOc-reeks, nummer 3, Groningen, 2001, 107 pagina's
ISBN-10 90-367-1555-5

Blijvende stemmen de baas

Multi Family Treatment (MFT)
een geïntegreerde vorm van nabehandeling voor patiënten met persisterende auditieve
hallucinaties en sociale beperkingen
Drs. Gerard van de Willige, Prof. dr. Durk Wiersma, Dr. Jack A. Jenner
RGOc-reeks, nummer 4, Groningen, 2003, 91 pagina's
ISBN-10 90-367-1784-1

Evidentie voor de Geestelijke Gezondheidszorg

De klinische epidemiologie van psychiatrische stoornissen
Oratie
Durk Wiersma
RGOc-reeks, nummer 5, Groningen, 2004, 52 pagina's
ISBN-10 90-367-1967-4

ADHD en ASS bij volwassenen

Onderzoek naar diagnostiek van ADHD en ASS bij normaal begaafde volwassenen, alsmede naar de functionele beperkingen en zorgbehoeften

Drs. A.M.D.N. van Lammeren, Dr. C.E.J. Ketelaars, Drs. E.H. Horwitz,
Prof. dr. D. Wiersma

RGOc-reeks, nummer 6, Groningen, 2004, 76 pagina's
ISBN-10 90-367-2112-1

Zorg voor mensen met langdurige psychiatrische problematiek

Onderzoek in een regio met een geïntegreerd GGz-aanbod

J.T. van Busschbach, E. Visser, S. Sytema, P. Bastiaansen

RGOc-reeks, nummer 7, Groningen, 2004, 165 pagina's
ISBN-10 90-367-1968-2

Cognitieve Zelftherapie voor patiënten met chronisch-recidiverende depressie of (gegeneraliseerde) angststoornis

Drs. Peter C.A.M. den Boer, Prof. dr. Durk Wiersma, Drs. Inge A.M. ten Vaarwerk,
Drs. A. Dennis Stant, Prof. dr. Robert J. van den Bosch

RGOc-reeks, nummer 8, Groningen, 2005, 81 pagina's
ISBN-10 90-367-2303-5

Blijvend aan het werk

Onderzoek naar het lange termijnresultaat van arbeidsrehabilitatie bij DAAT-Drenthe

Joske T. van Busschbach, Ellen Visser, Sjoerd Sytema, Durk Wiersma

RGOc-reeks, nummer 9, Groningen, 2006, 117 pagina's
ISBN-10 90-367-2565-8

Begeleide lotgenotengroepen voor mensen met een psychose

Een gecontroleerde effectiviteitsstudie

Drs. Stynke Castelein, Dr. Richard Bruggeman, Dr. Joske T. van Busschbach,
Prof. dr. Durk Wiersma

RGOc-reeks, nummer 10, Groningen, 2006
ISBN-13 978-90-367-2431-9

Draaiboek voor het begeleiden van een lotgenotengroep voor mensen met een psychose

Stynke Castelein, Pieter Jan Mulder, Richard Bruggeman

RGOc-reeks, nummer 11, Groningen 2006

ISBN-10 90-367-2683-2

[alleen verkrijgbaar via Kenniscentrum Schizofrenie in combinatie met training]

Cognitive self-therapy. A contribution to long-term treatment of depression and anxiety

Proefschrift

Peter C.A.M. den Boer

RGOc-reeks, nummer 12, Groningen 2006, 198 pagina's

ISBN-10 90-367-2714-6

Antipsychotic Treatment Strategies and Early Course of First Episode Psychosis

Proefschrift

Lex Wunderink

RGOc-reeks, nummer 13, Groningen 2006, 184 pagina's

ISBN-10 90-367-2812-6

De GGz aan huis bij de huisarts

Een beschrijvend onderzoek naar de inzet van sociaal psychiatrisch verpleegkundigen in huisartspraktijken rondom Emmen en Stadskanaal

K.J.K. Wolters, J.T. van Busschbach, E.G. Soldaat, J.C.A. de Bruijn.

RGOc-reeks, nummer 14, Groningen 2006, 93 pagina's

ISBN-10 90-367-1966-6

Economic evaluation in mental healthcare

Assessing the cost-effectiveness of interventions for patients with major depressive disorder or schizophrenia in the context of the Dutch healthcare system

Proefschrift

Dennis Stant

RGOc-reeks, nummer 15, Groningen 2007, 144 pagina's

ISBN 978-90-36729-59-8

UTOPIA. Uit en Thuis: Onderzoek naar de Participerende Instellingen van de RIBW Alliantie

C. de Heer-Wunderink, A.D. Caro-Nienhuis, S. Sytema, D. Wiersma

RGOc-reeks, nummer 16, Groningen 2007, 109 pagina's

ISBN 978-90-367-3106-5

Onderweg

Even blijven staan, kijken en dan zien

Gedichten en observaties van Rob Giel gedurende zijn dienstreizen, met name voor de WHO

Rob Giel

Bijzondere uitgave in de RGOc-reeks, Groningen 2007, 84 pagina's

ISBN 978-90-367-3210-9

[Alleen verkrijgbaar via de boekhandel]

Bereaved by Suicide

Family-based cognitive-behavior therapy to prevent adverse health consequences among first-degree relatives and spouses

Proefschrift

Marieke de Groot

RGOc-reeks, nummer 17, Groningen 2008, 215 pagina's

ISBN 978-90-367-3368-7

Guided peer support groups for psychosis. A randomized controlled trial.

Proefschrift

Stynke Castelein

RGOc-reeks, nummer 18, Groningen, 2009, 147 pagina's.

ISBN 978-90-367-3689-3

Nait soez'n, moar deurbroez'n met elkaar: de psychiatrische woonzorg is nog lang niet klaar

Een onderzoek naar de woonkwaliteit van zelfstandig wonenden met langdurige psychiatrische problematiek in Groningen

A.D. Caro-Nienhuis (RGOc), C. de Heer-Wunderink (RGOc), A. Dompeling (GGz Cliëntenplatform), A. Messchendorp (GGz Cliëntenplatform), L. Tan (GGz Cliëntenplatform)

RGOc-reeks, nummer 19, Groningen, 2009, 94 pagina's.

ISBN 978-90-367-3848-4

Betrokkenheid in kaart gebracht

Ontwikkeling en gebruik van de Triadekaart in de GGZ

Joske T. van Busschbach, Kerstin J.K. Wolters, Hannie P.A.T. Boumans

RGOc-reeks nummer 20, Groningen, 2009, 141 pagina's.

ISBN 978-90-367-3890-3

Pharmacogenetics of Antipsychotic-Induced Parkinsonism and Tardive Dyskinesia:

a Focus on African-Caribbeans and Slavonic Caucasians

Proefschrift

Asmar Al Hadithy

RGOc-reeks nummer 21, Groningen, 2009, 171 pagina's.

ISBN 978-94-607-0001-9

De RIBW doet mee

Functioneren en tevredenheid van cliënten die woonbegeleiding ontvangen van de RIBW's, de tweede fase van het UTOPIA-onderzoek.

C. de Heer-Wunderink, E. Visser, A.D. Caro-Nienhuis, S. Sytma, D. Wiersma

RGOc-reeks nummer 22, 2009, 134 pagina's.

ISBN 978-90-367-4094-4

Drug safety in patients with psychotic disorders

Proefschrift

Susanne Gabriele Schorr

RGOc-reeks nummer 23, Groningen, 2010, 125 pagina's.

ISBN 978-94-607-0007-1

Desired and undesired effects of antipsychotic treatment from a patients perspective:

the psychometric evaluation of a self-rating instrument.

Proefschrift

Hugo Arnout Wolters

RGOc-reeks nummer 24, Groningen, 2010, 137 pagina's.

ISBN 978-90-367-4129-3

Ontwikkelingen in de RIBW

Tweede prevalentietmeting in het kader van het UTOPIA-onderzoek

A.D. Caro-Nienhuis, C. de Heer-Wunderink, S. Sytma, D. Wiersma

RGOc-reeks nummer 25, Groningen, 2010, 60 pagina's.

ISBN 978-90-367-4431-7

Auditory hallucinations in childhood

Proefschrift

Agna Bartels

RGOc-reeks nummer 26, Groningen, 2011, 152 pagina's

ISBN 978-94-6070-036-1

Personalized pharmacotherapy of psychosis. Clinical and pharmacogenetic approaches

Proefschrift

Jelle Vehof

RGOc-reeks nummer 27, Groningen, 2011, 181 pagina's

ISBN 978-90-367-4931-2

RGOC



Een uitgave van het Rob Giel Onderzoek*centrum*
Uitgave in de RGOc-reeks, nummer 28

ISBN 978-90-367-5149-0
EAN 9789036751490