



GGZet

JAARGANG 26

2 | 2022

WETENSCHAPPELIJK

Samen werken

Liesbeth Visser, Lia Verlinde en Rikus Knegtering

Kamer 7

Swanny Kremer

Interview Richard Bruggeman

Liesbeth Visser en Rikus Knegtering

Psychische problemen bij Marokkaans-Nederlandse bevolkingsgroep

Madelien van de Beek

De GGZ en de innovatieparadox

Daniëlle Cath

Hoe zorgen vastgelegde herstelverhalen in de geestelijke gezondheidszorg voor verbondenheid en hoop

Fiona Ng, Christopher Newby, Clare Robinson, Joy Llewellyn-Beardsley, Caroline Yeo, James Roe, Stefan Rennick-Egglestone, Roger Smith, Susie Booth, Sylvia Bailey, Stynke Castelein, Felicity Callard, Simone Arbour en Mike Slade

Barrières en facilitatoren voor implementatie van cognitieve aanpassingstraining in langdurige intramurale voorzieningen voor mensen met de diagnose ernstige psychische aandoeningen: een verpleegkundig perspectief

Michelle van Dam, Jaap van Weeghel, Annemarie Stiekema, Stynke Castelein, Marieke Pijnenborg, Lisette van der Meer

Klinische les

J. van der Valk, T.R.W.M. Walrave en C.J. Blanksma

Waarden onder vuur; ethiek in de forensische psychiatrie

S. Kremer, K Goethals

Het geweten, een integratieve theorie

Maaïke Verkade



2 Samen werken
Liesbeth Visser, Lia Verlinde en Rikus Knegtering

4 Kamer 7
Swanny Kremer

6 Interview Richard Bruggeman
Liesbeth Visser en Rikus Knegtering

14 Psychische problemen bij Marokkaans-Nederlandse bevolkingsgroep
Madelien van de Beek

22 De GGZ en de innovatieparadox
Daniëlle Cath

29 Hoe zorgen vastgelegde herstelverhalen in de geestelijke gezondheidszorg voor verbondenheid en hoop
Fiona Ng, Christopher Newby, Clare Robinson, Joy Llewellyn-Beardsley, Caroline Yeo, James Roe, Stefan Rennick-Egglestone, Roger Smith, Susie Booth, Sylvia Bailey, Stynke Castelein, Felicity Callard, Simone Arbour en Mike Slade

45 Barrières en facilitatoren voor implementatie van cognitieve aanpassingstraining in langdurige intramurale voorzieningen voor mensen met de diagnose ernstige psychische aandoeningen: een verpleegkundig perspectief
Michelle van Dam, Jaap van Weeghel, Annemarie Stiekema, Stynke Castelein, Marieke Pijnenborg, Lisette van der Meer

64 Klinische les
J. van der Valk, T.R.W.M. Walrave en C.J. Blanksma

70 Waarden onder vuur; ethiek in de forensische psychiatrie
S. Kremer, K Goethals

74 Het geweten, een integratieve theorie
Marion Verkade

80 Over de auteurs

Samen werken

We zijn van start! Onder de vlag van het ROGc is de vernieuwde redactieraad voor het eerst samen uitgevaren om u weer te informeren, inspireren en motiveren over de ontdekkingen van de diverse onderzoekers die samen werken binnen het ROGc. De redactionele samenwerking was gelijk goed te noemen en heeft geresulteerd in het voorliggende tweede nummer van GGZet Wetenschappelijk van deze jaargang, uitgegeven binnen de context van het ROGc en de samenwerkende noordelijke instellingen.

De geschiedenis en meerwaarde van samen werken binnen onderzoek zoals dat binnen het ROGc gebeurt, is wat professor Richard Bruggeman, vertrekkend programmaleider van het ROGc, bij zijn afscheid wil meegeven. Wij spraken hem over zijn werk als programmaleider de afgelopen ~10 jaar. Zijn afscheidssymposium op 17 november 2022, kreeg als titel 'Psychose-onderzoek in Nederland. Waar zijn we nu mee bezig?'. Het symposium bood naast een overzicht van het onderzoek over de afgelopen jaren een moment van gezamenlijke reflectie ten behoeve van de toekomst van psychose onderzoek. Het blijkt goed gelukt om een drietal ROGc onderzoeksnetwerken op te zetten rondom psychose, angst en stemming en ouderen. Doel hiervan was om klinische dokters meer te betrekken bij de onderzoekspraktijk. De toekomstige slagkracht van deze netwerken ziet hij in het samennemen van alle data om naar overkoepelende thema's te kunnen kijken, zoals genetica, slaap en verslaving - iets wat recht doet aan real-life situaties waarin patiënten hun problemen ervaren. Er is een rijkdom aan data binnen het ROGc over verschillende patiëntengroepen waarin dezelfde transdiagnostische (risico)factoren en klachten over de tijd gevolgd worden. Hierin zien we de opbrengst van de gegevens verkregen binnen de verschillende netwerken (psychose, angst- en stemmingsklachten, ouderen). Veel onderzoek is hier nog mogelijk. Lees hierover meer in het interview met Richard, elders in dit nummer.

Om meer inzicht te krijgen in hun real-life situatie deed Madelien van de Beek onderzoek naar de sociale en culturele determinanten van psychische problemen bij Marokkaanse-Nederlanders. Zij promoveerde op 26 oktober. Over haar promotieonderzoek verscheen ook een mooi artikel in de NRC.

Professor Daniëlle Cath is voorzitter van het hierboven genoemde netwerk angst en stemming. Zij werd begin 2021 als eerste benoemd op de eigen leerstoel van het ROGc. Als bijzonder hoogleraar Zorginnovatie in Noord-Nederland sprak zij haar oratie 'De GGZ en de innovatieparadox' uit op 11 maart 2022. De oratie is in dit nummer van GGZet Wetenschappelijk te lezen.

Dat verbindingen leggen ook in de patiëntenzorg van belang is, laten de eerste artikelen in dit nummer zien.

Het artikel van Fiona Ng et al. beschrijft de impact van 'recovery narratives' - herstelverhalen. Het laat zien hoe herstelverhalen verbindingen kunnen creëren tussen patiënten en op die manier een hoopvolle basis voor herstel kunnen leggen. Michelle van Dam et al. beschrijven de barrières en ondersteunende factoren bij de implementatie van cognitieve adaptatie training (CAT) door verpleegkundigen binnen een langdurige behandelsetting voor patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen. Zij vonden dat behalve training en supervisie van verpleegkundigen in CAT, ook commitment vanuit de organisatie om hier samen aan te werken een belangrijke factor voor succesvolle implementatie is.

Dilemma's in de diagnostiek en behandeling van acute dystonie worden behandeld door Van der Valk en Walrave.

Morele dilemma's op de (forensische) werkvloer en het belang van samenwerken hierbij in het essay van Goethals en Kremer. Zij laten aan de hand van een casus zien dat het gezamenlijk nadenken over morele dilemma's middels een moreel beraad medewerkers helpt om tot betere afwegingen te komen.

Afwegingen worden beter onderbouwd en medewerkers leren van en met elkaar. Het proefschrift van Marion Verkade vanuit de FPK van GGZ Drenthe, in dit nummer samengevat, leert ons gezamenlijk te reflecteren met de forensisch patiënt zelf. Als een echte science-practitioner vertaalde zij de uitkomsten van haar onderzoek naar de praktijk en beveelt aan bij patiënten met een gestoorde gewetensfunctie vooral samen met de patiënt de aanwezige internaliserende coping (schaamte, schuld) te onderzoeken in plaats van te focussen op meer in het oog springend externaliserend gedrag.

Al met al weer genoeg om van en met elkaar te leren in dit nummer!

Veel leer- en leesplezier,

Liesbeth Visser, Lia Verlinde en Rikus Knegtering

Kamer 7

Als ik spontaan de afdeling op kom lopen zie ik een collega die bezig is om tomaten te snijden. Hij doet dit op een kartonnen bordje aan de grote tafel midden in het kantoor. 'Hoe is het hier?', vraag ik. Hij gaat rustig door en zegt: 'Wel goed, maar druk.' Terwijl hij de tomaten snijdt wmet een plastic mesje vervolgt hij: 'We hebben je e-mail gelezen en nagedacht over een dilemma voor vanmiddag, maar eigenlijk komen we er niet helemaal uit.' Hij begint broodjes te beleggen met kaas en tomaat. 'En als je nu bij jezelf nagaat waar je de laatste tijd in het team het meeste over gesproken hebt? Waar jullie steeds op terugkomen, vraag ik. 'O', zegt hij, 'dat is dan 'kamer 7'.

Aandacht

Terwijl de broodjes meer vorm krijgen wordt het dilemma ook geformuleerd. Zorgvuldig draait hij aan de pepermolen en zegt: 'De meneer op kamer 7 heeft geen sociaal netwerk. Hij krijgt nooit bezoek, hij zit daar maar op zijn kamer en komt niet vooruit in de behandeling. Wij als personeel hebben contact met hem, maar dat is vooral functioneel. Soms heeft hij contact met de humaniste en dat gaat goed. Ik vraag mij af of we voor hem geen bezoekerwilliger moeten aanvragen', zegt hij terwijl hij ook wat zout toevoegt. 'Tegelijk vraag ik mij af of je het een vrijwilliger wel aan kunt doen, hij kan iemand zomaar afwijzen.'

Onmacht

Onderhand lopen er wat collega's in en uit, er wordt afgestemd wie er die middag 'verzorgingen' doen en wie naar het moreel beraad gaan. Een andere collega komt bij de tafel staan: 'Als ik eerlijk ben, ik heb wel gedacht aan euthanasie voor deze man', zegt hij. 'Dat kan natuurlijk niet, maar zijn leven is zo uitzichtloos. Hij wordt niet beter en hij heeft niemand.' 'Kamer 7?', raadt iemand anders die binnen komt lopen meteen goed. 'We gaan het over hem hebben in het moreel beraad vanmiddag', zeg ik.

'Eet smakelijk', zeg ik daarna tegen mijn collega terwijl ik naar de zorgvuldig belegde broodjes kijk. 'O. maar dat is niet voor mij', zegt hij. 'Dat is voor de patiënt op kamer 8.' Ik ben even blij verrast: 'Ik dacht, je bent zo aandachtig bezig. Het is voor jezelf.' Hij schudt zijn hoofd en zegt: 'Kamer 8 kan wel wat aandacht gebruiken.'

Grijs gebied

De betrokkenheid van de medewerkers bij deze groep patiënten is groot. Zo ook bij 'kamer 7'. En als het niet goed met iemand gaat kan het je bij de strot grijpen. Zeker als hulpverlener, je wilt immers 'hulp verlenen'. Iemand zien lijden is het laatste wat je wilt.

'Ik dacht dat het maar een 'kleine vraag' was', zegt iemand die middag in het moreel beraad,' maar als je het zo uitwerkt is er zoveel om rekening te houden.' Ik knik. 'Het plaatje' wordt groter. Zonder het moreel beraad helemaal na te willen bespreken: We pluizen samen de vraag uit. Medewerkers bevragen elkaar. Er is plek voor emoties. En als we stap voor stap met elkaar het moreel beraad doorlopen ontdekken we een 'grijs gebied'.

Zo vertelt een andere medewerker dat naast de humaniste ook een collega van een andere afdeling soms contact weet te krijgen met 'Kamer 7'. 'Misschien kunnen we dat uitbouwen?', zegt hij. 'Zolang het geen behandelcontact is wil 'Kamer 7' wel in gesprek'. 'En misschien kan de humaniste ook wat vaker komen?' zegt een ander. 'Mogelijk kunnen we een bezoekerwilliger ook goed selecteren en eerlijk informeren...?'

Er zijn ineens opties. Geen gegarandeerd succes maar het uitzoeken waard.

Kleine stapjes

Als je letterlijk dicht op iemand staat is het figuurlijk lastig om afstand te nemen. Daar gebruikten we dit moreel beraad voor.

Het team lijkt gedurende het gesprek meer energie te krijgen. En de collega die eerder euthanasie in zijn mond nam zegt: 'Op deze afdeling zijn het echt hele kleine stapjes waar je het voor moet doen'. Collega's knikken.

De betrokkenheid zit hem in een broodje kaas, tomaat met peper en zout, gemaakt voor een patiënt. Betrokkenheid is ook zichtbaar in dit gesprek: naar elkaar en naar 'hun patiënten'.

Ze gaan er weer voor. Kleine stapjes, en doorzetten.

Net als 'hun patiënten'.

Swanny Kremer

'Het team' heeft toestemming gegeven om dit moreel beraad globaal te beschrijven. Juist om inzicht te geven in de zorg voor patiënten met complexe problematiek op een afdeling voor zeer intensieve en specialistische zorg in tbs.

Interview met Richard Bruggeman



Prof. dr. Richard Bruggeman was van 1 juni 2012 tot 1 mei 2022 programmaleider van het RGOc. Hij werd per 1 mei 2022 opgevolgd door dr. Frederike Jörg. Het Rob Giel onderzoekscentrum (RGOc), opgericht in 2001, is geboren uit de samenwerking tussen Lentis, GGZ Friesland, GGZ Drenthe, Dimence, Mediant en het UCP / Rijksuniversiteit Groningen. Het sloot aan bij de oproep van zowel de Raad voor Gezondheidsonderzoek als van het ministerie van VWS om het wetenschappelijk onderzoek naar psychiatrische stoornissen te versterken. Het RGOc heeft als doel om de samenwerking in de geestelijke gezondheidszorg op het gebied van wetenschappelijk onderzoek, ontwikkeling, betaalbaarheid van de zorg en scholing in Noord-Nederland te bevorderen. Het RGOc is tevens sinds 2022 het onderkomen van de redactie van GGZet Wetenschappelijk.

Reden voor de redactie van GGZet Wetenschappelijk om, na zijn opvolger Frederike Jörg in het vorige nummer, voor deze uitgave vertrekkend programmaleider Richard Bruggeman uit te nodigen voor een interview. We zitten op een novemberavond in café de Buurvrouw, naast het UMCG, met een drankje en een hapje. Aan tafel zitten twee ondergetekenden van de redactie en Richard.

Richard, je bent 10 jaar programmaleider van het RGOc geweest. Terugkijkend op de afgelopen 10 jaar; zijn ze gelopen zoals je beoogd en verwacht had? Kun je de belangrijkste ontwikkelingen voor ons schetsen?

Zijn ze gelopen zoals ik verwacht en beoogd had. Ik denk wel dat het gelopen is zoals ik gehoopt had. Ik ben 10 jaar geleden gekomen met een bepaald plan over wat er allemaal zou komen. Ik wist ook al een beetje wat er speelde nadat ik een jaar interim programmaleider was geweest. Het - overigens vele - onderzoek dat tot dan toe gedaan werd was vrijer van opzet, gericht op van alles rondom zorg voor de chronische populatie en minder gefocust op de klinische praktijk en specifieke stoornissen. Er was binnen het RGOc wel een idee over welke richting we op wilden, en een aantal mensen, een paar vanuit elke instelling, waaronder ikzelf, zijn vanuit dat idee een programma gaan opstellen. Concreet zijn we daarbij uitgekomen op het opzetten van 3 klinische netwerken die er daarvoor nog niet waren; het netwerk

psychosen, netwerk angst- en stemming en netwerk ouderenpsychiatrie. Ik kon me hier ook goed in vinden dus ik vond het een mooie opdracht. Ik weet nog wel dat ik toen ook zei dat ik de 'netwerk-diagnoses' ging afschaffen maar dat is me volgens mij niet gelukt... - er bestaan nog steeds 3 losse netwerken.

Vorig jaar bij het 20-jarig bestaan van het RGOc hebben we uitgebreid stil gestaan bij hoe we er voorstaan. De onderzoeken, die we aan het doen zijn staan stevig en leveren ook mooie resultaten op. Iedereen heeft het nu over netwerken, maar bedenkt dat het RGOc al meer dan twintig jaar inmiddels *het* onderzoeksnetwerk van de GGZ in Noord Oost Nederland is. En dan niet alleen op gebied van onderzoek, maar via de netwerken weten we elkaar ook voor vragen in de patiënten zorg te vinden. Binnen het UMCG gelden we als 'best practice' op het gebied van samenwerken, maar ook op het gebied van data verzamelen en analyseren, samen met de ROQUA data-verzamelaars.

De grote hoeveelheid data die we inmiddels verzameld hebben is dan ook een succes.

Kunnen de diagnoses er wat jou betreft af? Of moeten we overstappen naar een model waarin iedereen op allerlei criteria in een bepaald spectrum zit?

Nou, we zijn ze nu de netwerken wat betreft onderzoek achter de voordeur aan het samenvoegen in het Mindlines project. Mindlines is een grote database waar alle data inkomen en met elkaar te combineren zijn, zodat je ook iemand kunt vervolgen die begint met een psychotische stoornis en dan doorgaat naar een bipolaire stoornis. De bedoeling was en is om klinici en onderzoekers te verbinden en dat is goed aan het lukken.

Combineren van netwerken is voor klinici lastig omdat die vaak binnen een bepaalde klinische 'entiteit' willen werken, die ook zijn eigen kleur of karakter heeft.

Wat mij betreft bestaan verschillende diagnoses nog wel, maar voor onderzoek wil je nauw met elkaar kunnen samenwerken. Dit is een goede en logische vervolgbeweging - het zou met de kennis van nu wat raar zijn om 3 hele parallelle onderzoeken te gaan doen terwijl er veel overlappende thema's zijn. Kosteneffectiviteit is zo'n thema, dat begon binnen het psychose-onderzoek en nu ook binnen de andere netwerken sterk aanwezig is, maar ook iets als veroudering, wat natuurlijk bij de ouderenpsychiatrie begon, genetische factoren, en metabole stoornissen als gevolg van medicatiegebruik. Op deze thema's wilde ik dus graag de verbinding leggen. De netwerken hoeven hiervoor niet opgeheven te worden, maar we moeten ons er ook niet in terugtrekken. Volgens mij is dat de afgelopen jaren goed gelukt door een veel intensievere samenwerking van de drie netwerken en de database.

Als iemand onderzoek zou willen doen naar een groep of stoornis die niet binnen een van de huidige netwerken valt, bv verslaving - kan die dan ook bij het RGOc terecht?

Ja zeker, dat kan. We hebben zo'n 2-3 jaar geleden, bij ons 20-jarig bestaan, binnen het RGOc ook weer nagedacht over hoe we in de toekomst verder willen om te blijven bestaan als RGOc, ook gezien de behoorlijke bezuinigingen toentertijd. We hebben wat moeten krimpen in personele bezetting maar niet willen inleveren op functionaliteit. Daarom hebben we ook besloten dat nieuwe dingen altijd als project kunnen worden opgezet, waarbij gebruik gemaakt kan worden van de structuur van het RGOc. Zo zou je iets als verslaving of slaap als transdiagnostisch thema binnen de verschillende populatienetwerken kunnen onderzoeken. Wanneer je al

een eigen onderzoekspopulatie hebt, kun je gebruik maken van de datastructuur van het RGOc. Ook kan iedereen gebruik maken van de samenwerkingsstructuur van het RGOc, bijvoorbeeld als er instellingen in de regio zijn die met eenzelfde (onderzoeks)populatie bezig zijn. De meerwaarde van het RGOc zit hem er immers ook in dat je in meer dan 1 instelling onderzoek naar hetzelfde onderwerp kunt uitvoeren. Ook als je nog niet weet hoe onderzoek op te zetten kun je aankloppen bij een van de 3 netwerken van het RGOc. Mocht je idee hier niet duidelijk binnen passen, dan kun je het RGOc consulteren via de contactpersoon van het RGOc binnen jouw instelling. Op de vernieuwde RGOc website is dit allemaal goed terug te vinden.

Waar ben je zelf in het bijzonder trots op?

We hebben erg ingezet op 3 grote beloopstudies; PHAMOUS, ROM-GPS en MOPHAR. In principe zijn dit monitoring studies, waarbij op de eerste trap van de raket gekeken wordt naar medicatie - effectiviteit, bijwerkingen - op een tweede trap naar hoe gaat het nu eigenlijk met iemand - functionele en symptomatische herstelmetingen met vragenlijsten, tevredenheid- en herstelmetingen zowel functioneel als symptomatisch, de PANSS, IDS etc., en een derde trap kan dan zijn wat je hier nog aan kan onderzoeken. Die monitoring studies hebben het pad geëffend voor heel veel mooie interventie studies. Dat dat allemaal gelukt is, laat zien dat er veel bereidheid is binnen de RGOc regio om samen te werken. Ik ben er trots op dat we er met zijn allen steeds weer opnieuw in slagen om daar mee door te gaan en ons steeds weer als onderzoekscentrum verder te ontwikkelen.

Trots is misschien een groot woord, maar het is wel heel bijzonder dat ook de afgelopen jaren, waarbij de GGZ vaak in zwaar weer zat, de bestuurders er steeds in zijn blijven geloven dat we met zijn allen goud in handen hebben, hier met het RGOc. Bijzonder, dat zij als bestuurders steeds maar weer hun eigen achterban hebben kunnen overtuigen van het belang van langdurig met elkaar op pad gaan/samenwerken, als je echt iets wil bereiken.

Netwerken, vertrouwen opbouwen, samenwerken, elkaar wat gunnen, dat zijn allemaal zaken, die tijd nodig hebben. Dat we als RGOc steeds weer het vertrouwen kregen om precies dat te doen, daar mogen we met zijn allen trots op zijn.

Al met al goed bezig dus. Toch als ik een willekeurige FACT-medewerker zou vragen wat je aan ROM-PHAMOUS hebt kan een enkeling het precies uitleggen maar blijft het vaker toch akelig stil. Al wordt er altijd goed meegedaan. Herken je dit probleem? Hoe laat je het voor klinici leven?

Ja dat is een enorme puzzel. Natuurlijk ook iets dat je moet onderhouden en waar je energie in moet blijven steken. De afgelopen jaren heeft dit door corona en bezuinigingen ook onder grote spanning gestaan. Ook hangt het ervan af wie de kar trekt. Je ziet dan ook helaas dat de participatie en implementatie wisselen per afdeling.

Op iedere afdeling is de somatische screening in ieder geval wel blijven bestaan. De winst is dus in ieder geval dat we bewustzijn hebben gecreëerd voor de somatische screening. Ik weet nog dat ik met tomaten bekogeld werd toen ik zei dat we glucoses moesten gaan prikken. Dat was niet 'des psychiaters'.

Een ander onderwerp. Wat vind je van het samenwerken in een netwerk zoals dat in het recente Integrale Zorgakkoord werd voorgesteld -met meer maatschappelijk ketelpartners samen – en de bijbehorende netwerkpsychiater waartoe aios vandaag de dag worden opgeleid?

Je hoort en ziet daar ook veel discussie over zoals recent in het Tijdschrift voor Psychiatrie. 'Ja, moeten we nu samenwerken in het sociaal domein horen we onder psychiaters?' Je hebt de voorstanders die zeggen je moet het helemaal integreren, en degenen die vinden dat wij ons ding moeten doen en zij hun ding, ieder waar hij/zij goed in is.

Ik ben zelf ooit als behandelaar betrokken geweest bij een grote gasexplosie in Veendam. Het is me bijgebleven hoe er vanuit het sociale domein, door de medewerker van de woningcorporatie, vanzelfsprekend werd meegedacht en medeverantwoordelijkheid werd genomen c.q. het opgenomen werd, voor de woonplek van een psychiatrisch patiënt. Dat wordt door hen gewoon als onderdeel van hun werk gezien. Omgekeerd is het voor ons veel minder vanzelfsprekend om met hen mee te denken. Terwijl wij er wel de mond vol van hebben dat deze mensen moeten meedoen in de maatschappij. Als wij dat vinden, betekent dat dat we moeten samenwerken met de mensen die daar ook een verantwoordelijkheid in hebben. Een directeur van een woningcorporatie vindt dat overigens een hele vanzelfsprekende opdracht als je het hem of haar zou vragen. Niet dat wij nu allemaal wijkteams moeten gaan oprichten, maar absoluut tegen wijkteams zijn past niet bij welke kant we samen op moeten gaan. Bij het project 'optimaal leven' in Drenthe lijken ze wel een goed passende vorm gevonden te hebben, terwijl veel GGZ-instellingen nog met deze puzzel worstelen.

Uit de Phamous onderzoeken kwam dat maatschappelijk functioneren een belangrijk onderdeel is van herstel, maar moeilijker te realiseren dan symptomatisch herstel. Niet alles hierin is de taak van de psychiatrie maar wel iets waar we over moeten denken.

Maar samenwerken over alle domeinen heen, is makkelijker gezegd dan gedaan. In een promotietraject over het leven van mensen met psychosen in de wijk gebruiken we 'vriendschap als onderzoeksmethode'; de onderzoeker loopt langere tijd als 'vriend'/buddy met iemand mee. Het lukt om op deze manier zicht te krijgen op wat er gebeurt als iemand in de wijk woont en wat zij nodig hebben voor sociale inclusie, hoe ziet burgerschap er voor hen uit. Dit is niet eerder zo intensief gedaan. En omdat we dit onderzoek multidisciplinair uitvoeren, onderzoeken we ook hoe het is om als multidisciplinair team hieraan samen te werken. Dit levert ook aardige inzichten op. Zoals meerstemmigheid – een cultuurwetenschapper kijkt heel anders tegen een bewoner aan dan een psychiater, en weer anders dan een psycholoog. Een ander ding waar we in dit onderzoek tegenaanlopen is hiërarchie of asymmetrie of macht, hoe je het maar wilt noemen. De machtspositie van de hoogleraar t.o.v. de promovendus. Of de macht van de psychiater tegenover een patiënt. Een derde ding waar we op uitkomen in de multidisciplinaire onderzoeksgroep is co-existentie, het samenzijn, samen werken, het samen uithouden, ondanks die meerstemmigheid en die asymmetrie. Langzaam een beetje begrip voor elkaar krijgen. En eigenlijk zijn die ook de thema's die van belang zijn als mensen vanuit verschillende disciplines met elkaar gaan samenwerken.

De inzet en de waarde van mensen met ervaringskennis is daarbij weer een ander belangrijk aspect.

Het is tegenwoordig heel hip om in onderzoek multidisciplinair te werken met ook een ervaringsdeskundige erbij. Maar wat gebeurt er als een ervaringsdeskundige onderzoeker wordt? Daar kijken we ook naar. Gaat dat goed, gaat dat wel vanzelf? Alle subsidieaanvragen vragen tegenwoordig om het betrekken van een ervaringsdeskundige, terwijl zij er niet voor opgeleid zijn om samen onderzoek te doen. En wij als onderzoekers ook vaak nog niet weten hoe we ons hiertoe moeten verhouden.

Overigens is de patiënten-participatie binnen het RGOc wel echt een mooi voorbeeld van hoe onderzoekers en mensen met geleefde ervaring samen aan onderzoek bezig kunnen zijn. Echt te gek, hoe we daar als RGOc stappen in hebben gemaakt.

Schetst eerdergenoemde ontwikkeling in de zorg - van kliniek naar wijk - ook een beetje jouw persoonlijke ontwikkeling, van biologisch psychiater-neuroloog naar sociaal psychiater?

Ja, dat kun je zo zien., Dat is in ieder geval waar (een groot deel van) de psychiatrie naar toe moet. Alleen mag je het nu netwerkpsychiatrie noemen.

Ergens in deze ontwikkelingen zijn we ook steeds minder bedden gaan gebruiken in de psychiatrie. Was dat een ongelukje of is dat beleid geweest?

Het is in ieder geval goed dat dit gebeurd is. Zeker gezien het fenomeen van 'living up to' een diagnose, waardoor de prognose van patiënten negatief beïnvloed wordt. Helemaal als bij die diagnose, zoals destijds schizofrenie, een uitgestippelde intramurale route hoort.

Waar we eerst heel veel mensen, bijvoorbeeld met een eerste psychose, opnamen doen we dat nu alleen als daar dringende redenen voor zijn.

Is de ambulante zorg wel voldoende ontwikkeld om de beddensluiting op te vangen?

Ja daar ben ik dan in geïnteresseerd; hoe doen we het nu ambulant? Hoe gaat het in het sociale domein? Want als we niet meer iedereen willen opnemen moeten wel zorgen dat dat heel goed is. Daar hebben we nog wel wat door te ontwikkelen. Verder is er de rol van het netwerk, systeem, familie. We proberen een netwerkanalyse studie te doen waarbij we kijken naar het netwerk. Vanuit de FACT-teams krijgen we de indruk dat mensen vaak eenzaam zijn. Dan blijkt dat het vaak wel verbrokkelde netwerken zijn, zoals je dat vaker bij mensen met chronische ziekten ziet. Aan de andere kant, moeten we misschien in ons streven van participatie, burgerschap, sociale inclusie, gaan meenemen dat dat er niet voor iedereen hetzelfde uit ziet en ook niet hetzelfde uit hoeft te zien.

Naast programmeerder van het RGOc, heb jij je zelf ook altijd ingezet voor psychosen-onderzoek. Je afscheidssymposium kreeg als ondertitel mee 'Waar zijn we nu mee bezig?'. Dat is een vraag die voor tweeërlei uitleg vatbaar is: wat wordt er op dit moment gedaan, en: waar zijn we in hemelsnaam mee bezig.

Ik mag graag mensen in verwarring brengen. Ik denk dat het goed is om je af en toe af te vragen 'waar ben je nu in hemelsnaam mee bezig?' Het is niet een vanzelfsprekendheid om te denken 'wat we doen is fantastisch, alles is goed'. In het Noorden hebben we inmiddels echt een mooie onderzoekstraditie als het

om psychosen onderzoek gaat, met Rob Giel, Rob van den Bosch en Durk Wiersma en Cees Slooff als grote inspiratoren. Het RGOc psychosen netwerk zit barstensvol talent, waar heel veel onderzoek gebeurt. Landelijk is het GROUP netwerk (ook al bijna 20 jaar!) nog steeds een belangrijke plek waar we elkaar ontmoeten. Op 17 november krijgen we een mooie mix van waar iedereen mee bezig is. Ik ben benieuwd!!

Is er ook nog iets waar we nu niet mee bezig zijn maar wat wel zou moeten?

Ik dank dat de grootste uitdaging voor nu is, om te zorgen dat iedereen passende zorg krijgt.

Als ik naar psychosen zorg kijk, dan doen we veel te weinig CGT bij mensen met schizofrenie. Dit zou bij iedere patiënt moeten maar doen we niet. Ook zou meer behandeling in groepen gedaan kunnen worden. Dit kan kosteneffectief zijn en veel opleveren, in onze sterk geïndividualiseerde samenleving. Een goed voorbeeld zijn Lotgenotengroepen voor mensen met psychosen.

Een aantal jaren geleden was het veld wat verdeeld over of we nu wel of niet schizofrenie gingen oplossen. Hebben we nu opgelost wat het is en waar het vandaan komt? Zijn we verder aan het komen of zijn we achteruit aan het fietsen?

We dachten natuurlijk allemaal we gaan een gen vinden, vanuit een bepaald Mendeliaans simplisme. Wat dat betreft is het heel mooi dat we risico-genen hebben gevonden, en dat we nu met polygenic risk scores werken. Je ziet alleen dat deze maar een klein deel verklaren. Dat is ook niet zo heel gek, gezien er dus meerdere genen betrokken zijn, wat overigens ook passend is bij de diverse verschijningsvormen. We zijn al met al wel verder in die zin van dat we een hint van een idee hebben van de genetica, en ook met de erkenning dat andere factoren zoals trauma een belangrijke rol spelen. Toen ik begon had ik een veel biologischer visie op de ziekte - als in als je met deze genen op een onbewoond eiland gaat zitten krijg je het ook in deze vorm. Nu is er meer het risicostapelend of overschrijdingsmodel. Dat is wel winst.

We zijn er inmiddels achter dat schizofrenie of psychosen-spectrum stoornis een heel complexe aandoening is met veel verschijningsvormen, alle systemen worden wel aangeraakt. Wat mij betreft mag je het wel de moeder van de psychiatrie noemen.

Wat ik zelf leuk vind om achter te zijn gekomen is de heterogeniteit van cognitie bij psychosen. In Groningen was het cognitieve model heersend; hallucinaties en wanen komen van cognitieve stoornissen, dus je moet (bestaande) cognitieve stoornissen hebben om een psychose te ontwikkelen. Alleen zag ik bijvoorbeeld een patiënt die als docent voor de klas stond, terwijl hij ook stemmen hoorde. Dus dat kon niet de enige route zijn. Dat was voor mij een trigger om te gaan aantonen dat je ook een normale cognitie kan hebben en houden bij psychose, en dat hebben we ook aangetoond. Wel zagen we dat er een patiëntengroep, ca 15% van het totaal, is met een slechte cognitie die ook slecht functioneren. Een leuke uitdaging is om uit te zoeken of dit echt andere endofenotypes zijn, hier hebben we een begin mee gemaakt en het lijkt er wel op, maar dit is nog niet af. Of dit zaligmakend gaat zijn weet ik niet, wel mooi dat we het neergezet hebben.

Een belangrijk inzicht waar we de afgelopen jaren toe gekomen zijn is dat het wel degelijk mogelijk is om goed te functioneren bij psychosen; dat je een psychose

kan hebben en toch een GAFscore van 100. Ook iets waar we van teruggekomen zijn is de veronderstelling dat we trauma's bij mensen met psychosen vooral niet psychotherapeutisch moeten behandelen.

En tenslotte, je bent ook nog steeds psychiater... Wel nu het uitvoeren van deze behandeling, hetzij klinisch, hetzij ambulant, met of zonder CGT, sowieso integraal - daar is personeel voor nodig. En daar is een aardig tekort aan in de GGZ op het moment.

Nou, wij zijn een beetje het Schiphol en inmiddels ook de NS van de gezondheidszorg. Waar je leest dat andere medisch specialisten werkloos op zoek zijn naar een vaste baan zie je dat de GGZ zijn wachtlijsten niet kan wegwerken en dat ook openlijk moet toegeven, ook niet meer van plan is om ze weg te werken, dus wij moeten net als Schiphol gaan nadenken over 'Wat zijn onze kerntaken?', welke vluchten willen wij nog wel door laten gaan. We worden door de hele keten gedwongen om anders te gaan werken en ik denk dat we ons ook beter moeten gaan realiseren dat de manier waarop we het nu doen, ook de manier waarop ik ben opgeleid, dat dat niet meer houdbaar is. We gaan geen dubbele portie psychiaters krijgen, bovendien hebben we er al veel als je kijkt naar andere landen en specialisten. Dus als we dit bestand hebben met deze populatie, dan redden we het niet. Met deze treinstellen die we nu hebben gaan we niet meer iedereen vervoeren met trein met conducteur. Dus wat doen we dan met die invalide die niet verder kan?

Dus is er een daadwerkelijk tekort aan personeel zoals het nu is?
Ik denk het wel ja.

Of zijn de wachtlijsten te lang of met de verkeerde patiënten gevuld?

Dat vind ik heel ingewikkeld want wij hebben die wachtlijsten ook gemaakt, wij hebben het aanbod neergezet in de wereld en daar komen mensen op af. Dat is hetzelfde als vind je dat de verkeerde mensen op vakantie gaan via Schiphol. We hebben met z'n allen besloten wat goed was. Zo hebben we ook deze GGZ met z'n allen ingericht op een manier waarvan we dachten 'dat is goed'. Maar ik denk wel dat we het niet meer redden met deze treinstellen. Dus we gaan met minder treinstellen rijden. En dan moeten mensen iets anders verzinnen. En daar moeten wij dan ook over nadenken, over wat kunnen alternatieven zijn. We zullen de moed moeten hebben om dingen over te dragen naar andere beroepsgroepen. Dat is wel geestig - je hebt dat de oogartsen en KNO-artsen 20 jaar geleden zien doen. Vroeger zaten die de helft van de dag brillen aan te meten, of gehoorapparaten. Nou daar moet je nu echt niet mee aan komen, gehoorapparaten daar heeft een KNO-arts echt geen verstand meer van, terwijl die dat wel hadden. Die hebben dat allemaal aan de opticien en de audicien overgedragen met hele goede regels van wanneer doen zij wat en wanneer verwijzen zij door. Dus ik denk dat wij ook 'psycho-ciens' moeten gaan opleiden. Maar het kan ook geen kwaad om eens te kijken hoe zit het in lage- en midden inkomenslanden aanpakken, Daar is task-sharing al veel verder ontwikkeld. Met vrijwilligers, ervaringsdeskundigen en lotgenoten als belangrijk bron van hulpverlening. Hier hebben we inmiddels herstelacademies, maar we zullen nog veel verder moeten gaan in het overdragen van ondersteuning bij psychische problemen.

Dus je pleit voor een team of plek waar - cf. bij de opticien zit geen oogarts - geen psychiater meer zit. Zou de verpleegkundig specialist dit moeten doen?

Ja, die kunnen dat prima; maar misschien moet je dat zelfs niet willen- als je maar goede afspraken maakt. Overigens heeft Frederike Jorg, mijn opvolgster bij het RGOc samen met GGZ Friesland en de Friesland zorgverzekeraar een hele mooie screener ontwikkeld voor wanneer het nodig is dat je doorverwijst - wanneer gaat het over psychose en wanneer niet. En dan hou je uiteindelijk een groep over die in de specialistische GGZ hoort - en dat is dan wat ik ooit gekscherend 'de 6% van Damiaan' noemde; er is 6% van de bevolking die de specialistische GGZ echt nodig heeft, En er zal een groep met niet-complexe psychiatrische aandoeningen zijn die bij de basis GGZ terecht kan. En voor je psychische weerbaarheidstraining kan je dan bij andere aanbieders terecht, zoals de 'psychocien'.

Dus we kunnen nog wat leren van een aantal andere specialismen.

In ieder geval het overdragen van een aantal taken, en dat moeten we dan wel durven. En dan moeten we als psychiaters ons ook wel echt verantwoordelijk willen voelen voor de meest complexe patiënten. En ik meen te zien dat er nu steeds minder mensen vanuit de opleiding kiezen voor de EPA-groep en die moeten we dan toch wel weer die kant weer op zien te krijgen.

Nog even terug naar het RGOc. Een van jouw initiatieven, ideeën binnen het RGOc was ook dat die zich meer met de opleiding zou moeten bezighouden. Kun je daar nog iets over zeggen?

Ja, ik vind dat dat niet genoeg van de grond is gekomen. Ik denk dat we de aansluiting met de opleiders nog niet strak genoeg hebben. We hebben bijvoorbeeld een heleboel data waar onderzoeksvragen uit te halen of meer te beantwoorden zijn. Wat wel heel leuk is, zijn de plannen voor een gezamenlijk onderwijs platform. Met de hoofden opleidingen van de instelling zijn hard bezig om een soort nascholingscentrum voor Noordoost Nederland op te zetten. Daar hebben we de afgelopen tijd stappen gezet. En het zou echt heel mooi zou zijn als er zo'n platform kan komen. Daar zou ik me nog wel een paar jaar voor in willen zetten, maar dat mogen anderen nu doen. Het is mooi geweest zo. Ik heb er erg van genoten.

Liesbeth Visser en Rikus Knegtering

Psychische problemen bij Marokkaans-Nederlandse bevolkingsgroep

Madelien van de Beek

Madelien van de Beek promoveerde 26 oktober 2022 aan de Universiteit van Groningen op het proefschrift getiteld 'Mental health problems in Moroccan-Dutch people'. Promotoren waren Prof. Dr. R.A. Schoevers, Prof. Dr. W. A. Veling en co-promotor Dr. J.A.J. Van der Krieke. Het onderzoek vond plaats namens de Dimence Groep (Dimence). Hieronder is in de Nederlandse samenvatting de kern van het proefschrift samengevat.

Het proefschrift geeft verklaringen, maar ook handvaten over hoe om te gaan met Marokkaanse Nederlanders binnen de Geestelijke Gezondheidszorg en draagt bij aan een beter begrip. Voor wie het gehele proefschrift wil lezen, volg de link hierna: *Mental health problems in Moroccan-Dutch people: a mixed-methods study into social determinants, experiences and explanations* — de research portal van de Rijksuniversiteit Groningen (rug.nl)

Het proefschrift heeft ook de aandacht getrokken van de NRC waarin Madelien zelf vertelt wat de belangrijkste bevindingen van haar onderzoek zijn. Dit artikel is te vinden op: <https://www.nrc.nl/nieuws/2022/10/30/migranten-hebben-vaak-psychische-problemen-psychiater-madelien-van-de-beek-vroeg-zich-af-waarom->

Lange tijd is er in wetenschappelijk onderzoek met name veel aandacht geweest voor de genetische en biologische aspecten van psychiatrische stoornissen. Er was minder aandacht voor de rol van de sociale omgeving in de ontwikkeling van psychiatrische problematiek. Er zijn echter verschillende argumenten om de sociale omgeving goed te bestuderen. Wetenschappelijk onderzoek laat zien dat de sociale context van mensen kan bijdragen aan de kwetsbaarheid om psychiatrische problematiek te ontwikkelen. Daarnaast zijn omgevingsfactoren makkelijker te veranderen dan genetische en biologische factoren. Daarmee is de sociale context mogelijk een aangrijppunt voor preventieve interventies om psychiatrische problematiek tegen te gaan. Onderzoek naar migrantenpopulaties kan daarbij extra waardevol zijn. Ten eerste komt psychiatrische problematiek in deze doelgroep vaker voor. Ten tweede zijn migranten in de unieke situatie dat zij van één sociale setting zijn verhuisd naar een vaak totaal verschillende sociaal-culturele setting, wat de mogelijkheid geeft om de invloed van sociale factoren in psychiatrische problematiek goed te bestuderen.

In het eerste hoofdstuk van dit proefschrift geef ik een introductie in het onderwerp van dit proefschrift, namelijk psychiatrische problematiek bij migranten in het algemeen en de Marokkaans-Nederlandse doelgroep in het bijzonder.

Psychiatrische problematiek bij migranten

Psychiatrische stoornissen komen veel voor, en zijn verantwoordelijk voor een grote ziektelast wereldwijd. De meeste psychiatrische stoornissen zijn niet bij de geboorte aanwezig, maar ontwikkelen zich in de loop van de adolescentie of jong volwassenheid. De oorzaak van psychiatrische stoornissen berust waarschijnlijk op een combinatie van genetische factoren, omgevingsfactoren, traumatische ervaringen, en een samenspel tussen individuele kwetsbaarheid en veerkracht.

Migratie is één van de onbetwiste omgevingsfactoren die het risico op psychiatrische stoornissen verhoogt. Dit geldt voor een breed spectrum van psychiatrische stoornissen, waaronder psychotische stoornissen en depressieve stoornissen, hoewel er variatie is op basis van herkomstland en aankomstland van migranten. Ook de tweede generatie migranten, kinderen van ouders die gemigreerd zijn, hebben een verhoogd risico op het ontwikkelen van depressieve en psychotische stoornissen.

Dat migranten een hoger risico hebben op psychiatrische problematiek is een wetenschappelijk interessant gegeven. Het roept namelijk rechtstreeks de vraag op welk mechanisme hieraan ten grondslag ligt. In een eerste wetenschappelijke publicatie hierover (in 1932) suggereerde Ödegaard dat mogelijk juist mensen die een aanleg hadden voor schizofrenie uit rusteloosheid geneigd waren om te migreren. Deze suggestie is daarna door talrijke studies weerlegd. In de wetenschappelijke literatuur is men het er nu over eens dat sociale factoren in het ontvangende land een belangrijke rol spelen. Eén van de vele argumenten hierbij is het verhoogd voorkomen van psychiatrische problematiek bij de tweede generatie migranten, die zelf in het nieuwe land zijn geboren. Het is voorstelbaar dat de mentale gezondheid onder druk kan komen te staan na een migratie naar een vreemd land. Migranten moeten veel investeren om de bestaanszekerheid weer op te bouwen, zoals wonen en werken. Daarnaast moeten migranten zich aanpassen aan een andere cultuur, acculturatie genoemd. De samenleving is niet erg welkom voor migranten, zij ervaren vaak uitsluiting en discriminatie. Daarnaast hebben ze vaak minder familie en vrienden die sociale steun kunnen geven. Al deze factoren - discriminatie, gebrek aan sociale steun en stress rondom acculturatie - zijn in wetenschappelijk onderzoek in verband gebracht met het ontwikkelen van psychiatrische stoornissen bij migranten. Bij onderzoek naar migranten vormen vluchtelingen en asielzoekers een aparte groep, die buiten beschouwing van dit proefschrift wordt gelaten.

Marokkaans-Nederlandse bevolkingsgroep

Nederland heeft ongeveer 17,5 miljoen inwoners, waarvan volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek 25% een migratieachtergrond heeft. Deze bijna 4,5 miljoen migranten in Nederland zijn ongeveer gelijk verdeeld tussen eerste en tweede generatie migranten. Van de 25% migranten is ongeveer 11% afkomstig uit Westerse landen en 14% afkomstig uit niet-Westerse landen. De grootste migrantengroepen zijn afkomstig uit Turkije (430.733) en Marokko (419.631). Deze twee groepen zijn vanaf de jaren '60 van de vorige eeuw aangemoedigd om naar Nederland te komen

om hier ongeschoold werk te doen. De eerste lichting van deze migranten waren daarom vaak jonge mannen, die niet of beperkt waren opgeleid. Destijds dacht men dat deze arbeidsmigranten na verloop van tijd terug zouden keren naar hun eigen land. Het tegenover- gestelde gebeurde echter. De Turkse en Marokkaanse mannen brachten na verloop van tijd hun partners en kinderen mee naar Nederland. Ook hierna hield de migratie uit deze landen aan. Eerste- en tweedegeneratie Turkse en Marokkaanse Nederlanders trouwden vaak met iemand uit het land van herkomst, die zich ook in Nederland ging vestigen. De geboorte van tweede- en volgende generaties Turkse en Marokkaanse kinderen liet deze bevolkingsgroepen groeien tot de huidige omvang. Van de Marokkaanse Nederlanders is meer dan de helft in Nederland geboren. De meeste Marokkaanse Nederlanders wonen in de vier grote steden (Rotterdam, Amsterdam, Den Haag en Utrecht). Van deze groep beschouwt 94% zichzelf als Moslim.

Psychiatrische problematiek bij Marokkaanse Nederlanders

Specifiek onderzoek naar psychiatrische problematiek onder Marokkaanse Nederlanders laat zien dat deze groep een grotere kans heeft op het ontwikkelen van een breed scala aan psychiatrische stoornissen. Zoals hierboven in algemene termen beschreven, geldt voor

Marokkaanse Nederlanders ook dat er vele sociale omstandigheden zijn die ongunstig zijn voor de mentale gezondheid, zoals een lager opleidingsniveau, meer werkloosheid en lagere inkomens. Daarnaast heeft onderzoek laten zien dat problematische acculturatie, discriminatie en een leefomgeving afgezonderd van andere Marokkaanse Nederlanders het risico op psychiatrische problemen verhoogt. Er is echter nog onvoldoende inzicht in welke sociale factoren bij de Marokkaanse Nederlanders een rol spelen in het ontwikkelen van psychiatrische problematiek. Ook is er nog weinig bekend over wat de betekenis is van de bevindingen over sociale problemen en psychiatrische problematiek. Zo is niet bekend hoe Marokkaanse Nederlanders het verhoogde risico op psychiatrische problemen en de sociale omstandigheden zelf ervaren. In de wetenschappelijke literatuur wordt voor de individuele uitleg die iemand geeft over zijn of haar psychiatrische klachten het begrip 'verklaringsmodel' gebruikt. Bij deze individuele verklarings- modellen spelen religieuze en/of culturele aspecten vaak een rol. Het spreekt vanzelf dat het verklaringsmodel dat iemand voor zijn klachten heeft, ook van invloed is op de wijze waarop iemand omgaat met de klachten, bijvoorbeeld of er hulp wordt gezocht bij de GGZ. Meer informatie over hoe mensen hun psychiatrische klachten verklaren en hoe ze hiermee omgaan kan daarom helpen om de psychiatrische zorg voor deze doelgroep te verbeteren.

Het doel van dit proefschrift was om ons inzicht te vergroten in hoe sociale en culturele determinanten gerelateerd zijn aan psychische problemen in Marokkaanse Nederlanders, gelet op: A. de ontwikkeling van psychische problemen; B. de wijze waarop psychische problemen worden ervaren en verklaard; en C. hoe over psychische problemen wordt gesproken en hoe hiervoor hulp wordt verzocht.

Om dit doel te bereiken, heb ik onderzoek gedaan naar de rol van sociale en culturele determinanten in verschillende fases van psychische problemen bij Marokkaanse Nederlanders. Ten eerste heb ik onderzoek gedaan naar mogelijke

sociale risicofactoren die samenhangen met psychische problemen (hoofdstuk 3, 4 en 5). Ten tweede heb ik onderzocht naar hoe Marokkaanse Nederlanders zelf psychische problemen verklaren (hoofdstuk 5 en 6). Ten derde heb ik gekeken naar de culturele context waarin psychische problemen zich ontwikkelen en hoe Marokkaanse Nederlanders met die psychische problemen omgingen (hoofdstuk 5, 6 en 7).

Belangrijkste resultaten

Hoofdstuk 2 van dit proefschrift beschrijft de website ziekofbezeten.nl. Deze website, die beschikbaar was tussen 2012 en 2018, had als doel om jonge Nederlanders met een moslim- achtergrond meer informatie te geven over psychische problemen. Er was informatie beschikbaar over psychische problemen en verslaving. Ook was er informatie beschikbaar over verklaringen die samenhangen met de Islam en volksgeloof. Bezoekers van de website konden zelftesten invullen over psychische klachten. Verder waren er online forumdiscussies. Tenslotte konden website bezoekers in contact komen met GGZ-medewerkers en Imams via email en chat. In het hoofdstuk laten we het bereik van de website in de eerste maanden zien. Er waren bijna 10.000 unieke bezoekers, er waren 200 emailvragen gestuurd en de screeningslijst voor depressieve klachten was bijna 1000 keer ingevuld.

In hoofdstuk 3 wordt het onderzoeksprotocol beschreven voor de MEDINA-studie (MEDINA staat voor: Migrants Examined for Determinants of psychopathology through INternet Assess- ment). De MEDINA-studie is een digitale vragenlijststudie naar de samenhang tussen psychische problemen en sociale factoren, uitgevoerd via de website Marokko.nl en ziekofbezeten.nl. In dit hoofdstuk beschrijven we wat er in de literatuur bekend is over de voor- en nadelen van het doen van onderzoek via het internet. Het voordeel van online uitvoeren van onderzoek is dat je in contact kan komen met unieke doelgroepen; bijvoorbeeld groepen die specifiek online samenkomen, of offline moeilijk te bereiken zijn. Verder geven digitale vragenlijsten meer mogelijkheden om het ontwerp van de vragenlijst aan te passen aan de deelnemer (bijvoorbeeld door op basis van ingevulde antwoorden vervolgvragen te stellen of over te slaan). Het grootste nadeel van online verzamelen van deelnemers is dat je geen zicht hebt op wie er is 'uitgenodigd' ten opzichte van wie er meedoet. Je kunt daardoor voor het onderzoek geen willekeurige steekproef verzamelen, wat de 'gouden standaard' is in epidemiologisch onderzoek. Online uitgevoerde studies met een niet-willekeurig steekproef kunnen zeker waardevolle resultaten opleveren, als daar in het ontwerp van de studie mee rekening wordt gehouden.

In hoofdstuk 4 beschrijf ik de resultaten van de MEDINA-studie. De vragenlijst is door 267 jonge Marokkaans-Nederlandse deelnemers ingevuld, van wie 87% vrouw was. Deelnemers aan de studie ervoeren veel depressieve symptomen en psychotische klachten. We zagen dat ervaren discriminatie geassocieerd was met psychotische ervaringen. Sociale verslagenheid (social defeat) was geassocieerd met psychotische ervaringen en depressieve symptomen. Bij meer ervaren steun en een hoger opleidingsniveau zagen we een relatie met minder depressieve en psychotische

klachten. Onze hypothese hierbij is dat sociale steun en hoger opleidingsniveau ervaringen van sociale uitsluiting (o.a. discriminatie, sociale verslagenheid) tegengaan. Op basis van deze resultaten waren we nieuwsgierig hoe Marokkaanse Nederlanders zelf zouden kijken naar de invloed van sociale uitsluiting op mentale gezondheid, wat we onderzochten aan de hand van twee vervolgstudies. De eerste vervolgstudie kijkt naar de inhoud van online forumdiscussies. In de tweede vervolgstudie interviewen we Marokkaanse Nederlanders.

Op het online platform Marokko.nl vinden al vele jaren forumdiscussies plaats over uiteenlopende onderwerpen. Interessant genoeg zijn er veel online discussies geweest over psychische problemen, waarover in de Marokkaans-Nederlandse doelgroep meestal niet veel wordt gesproken. In hoofdstuk 5 laat ik de kwalitatieve analyse zien van 22 van deze online forumdiscussies. Deelnemers beschrijven veel verschillende sociale problemen die ze tegenkomen. Deze sociale problemen kunnen worden opgedeeld in aspecten die verbonden zijn aan de Nederlandse samenleving (bijvoorbeeld werk-gerelateerde problemen), aspecten van de Nederlandse cultuur (bijvoorbeeld niet-sociaal klimaat), aspecten van de Marokkaanse cultuur (bijvoorbeeld het niet delen van emoties) en aspecten die samenhangen met het leven tussen twee culturen. Forumdeelnemers beschrijven dat deze sociale problemen samenhangen met psychische problemen. De invloed van negatieve ervaringen in de sociale omgeving was echter niet een heel veel voorkomend thema in de forumdiscussies. In de meeste discussies besprak men niet zozeer de sociale omstandigheden die samenhangen met psychische problemen, maar wel mogelijke verklaringen en oplossingen voor de psychische problemen die werden ervaren. Verklaringen voor psychische problemen varieerden van biomedisch tot religieus. Hoewel psychische problemen soms eenzijdig verklaard werden, was er ook een groep mensen die religieuze en medische verklaringen tegelijk hanteerden. Verder zagen we in de forumdiscussies veel voorbeelden van taboe over psychische problemen in de Marokkaans-Nederlandse doelgroep. In de forumdiscussies werd expliciet besproken dat het online platform een plek was om open te zijn over dit taboeonderwerp.

Als vervolg op de analyse van de forumdiscussies hebben we met behulp van 13 diepte-interviews verder onderzocht hoe Marokkaanse Nederlanders aankijken tegen psychische problemen. De analyse van deze interviews wordt besproken in hoofdstuk 6. Als belangrijkste thema kwam uit de gesprekken naar voren dat bijna alle deelnemers (één uitgezonderd) aangeven dat zij niet over psychische problemen praten met familie en vrienden. Het onderwerp is taboe. We hebben de achterliggende factoren van dit taboe in kaart gebracht. Opvoeding, moeilijke levensomstandigheden, religie, en de cultuur in de Marokkaans-Nederlandse gemeenschap spelen hierbij een rol. De culturele aspecten waren volgens de deelnemers het belangrijkste. We zagen dat het taboe op psychische problemen een versterkend effect had op het gevoel van sociale isolatie wat vaak voortkomt bij psychische problemen. Daarnaast zagen we dat door het taboe op psychische problemen er vaak voor oplossingen werd gekozen die mensen alleen, zonder hulp van anderen, konden toepassen (bijvoorbeeld zelfhulp strategieën zoals zelfanalyse en godsdienstuitoefening zoals bidden). Het taboe verhoogt daardoor de drempel naar het reguliere hulpaanbod. Ook in deze studie hebben we gekeken naar de

verschillende verklaringen voor psychische problemen. De categorieën religieuze verklaringen en biomedische verklaringen waren vergelijkbaar met de resultaten uit hoofdstuk 5, in deze studie konden we daar persoonlijke en psychosociale verklaringen aan toevoegen.

Uit alle drie de deelstudies in dit proefschrift (hoofdstuk 4, 5 en 6) blijkt dat de Islam een belangrijke rol speelt in het leven van Marokkaanse Nederlanders, ook in relatie tot psychische problemen. In de Nederlandse wetenschappelijke literatuur is echter weinig geschreven over de relatie tussen Islam en psychische problemen. Daarom hebben we in hoofdstuk 7 een Nederlandstalig essay geschreven met als doel om hulpverleners te informeren over de relatie tussen Islam en psychiatrie. Hierin geven we achtergrondinformatie over de Islam. We bespreken mogelijke verklaringsmodellen voor psychische problemen die Moslims in Nederland kunnen hanteren. Deze verklaringen komen deels overeen met de voorgaande hoofdstukken. Daar komen ook andere verklaringen bij, die een duidelijk religieus karakter hebben. Voorbeelden daarvan zijn dat psychische problemen gezien kunnen worden als een beproeving van Allah, het gevolg van onvoldoende geloofsuitoefening, of het resultaat van bovennatuurlijke krachten. Een vrij bekend voorbeeld van bovennatuurlijke krachten zijn Djinns; dat zijn onzichtbare wezens die in de Koran worden beschreven en zowel met goede als kwade intenties mensen kunnen beïnvloeden. Djinns en Djinn bezetenheid is een veel voorkomende verklaring voor psychische problemen bij Moslimpatiënten. Moslims met psychische problemen kunnen verschillende obstakels ervaren wanneer ze hulp willen zoeken. Ten eerste zijn er praktische obstakels, zoals taalproblemen. Zoals al beschreven kan taboe een belemmering vormen om van GGZ-hulp gebruik te maken. Ten slotte kan het zo zijn dat patiënten geen hulp zoeken in de GGZ, maar gebruik maken van religieuze genezers. Hierbij is het belangrijk dat hulpverleners zich realiseren dat het voor Moslimpatiënten niet ongebruikelijk is om religieuze en reguliere oplossingen met elkaar combineren. Tot slot geven we in het artikel aan dat de Islam een belangrijke bron van steun is voor Moslims en we geven daarbij verschillende adviezen hoe hulpverleners daarvan gebruik kunnen maken in de behandeling.

In de algemene discussie in hoofdstuk 8 bespreek ik de voor- en nadelen van de gekozen onderzoeksmethoden in dit proefschrift. Verder bespreek ik de belangrijkste resultaten uit dit proefschrift per doelstelling en breng onze resultaten in relatie met de bestaande literatuur.

Aanbevelingen

In de algemene discussie in hoofdstuk 8 heb ik tenslotte op basis van de resultaten van dit proefschrift aanbevelingen gedaan voor de klinische praktijk, GGZ-organisaties, de overheid en verder onderzoek.

In dit proefschrift heb ik gekeken naar verklaringen voor psychische ziekten door Marokkaanse Nederlanders. Een klein gedeelte van deze doelgroep gebruikt alleen (volks)religieuze verklaringen en oplossingen in relatie met psychische problemen. Een groot gedeelte van deze doelgroep gebruikt verklaringen die passen binnen

het bio-psychosociale model, al of niet in combinatie met religie. Voor vrijwel de hele doelgroep geldt dat het geloof een belangrijke rol speelt in de omgang met psychische problemen bij Marokkaanse Nederlanders. Daarom is het voor deze doelgroep wellicht passender om religie (of breder, existentiële aspecten) toe te voegen aan het bio-psychosociale verklaringsmodel, zodat hulpverleners dit aspect voortdurend in beeld houden tijdens de behandeling.

Voor de klinische praktijk is het verder belangrijk dat hulpverleners zich realiseren dat er in de behandeling van mensen met een andere culturele achtergrond altijd sprake is van barrières naar de hulpverlening. Deze barrières zijn zowel aan de kant van de patiënt aanwezig (bijvoorbeeld taalproblemen, taboe) maar ook aan de kant van de hulpverlener. Eerder onderzoek heeft laten zien dat hulpverleners zich, bijvoorbeeld door culturele en religieuze verschillen, onvoltoedoende toegerust voelen om passende hulp te bieden. Het is daarom belangrijk dat hulpverleners getraind worden in 'cultureel competente' hulpverlening. Hierdoor kunnen hulpverleners meer passende zorg bieden aan patiënten met een andere culturele achtergrond. Een voorbeeld hiervan is dat hulpverleners voldoende aandacht geven aan de rol van religie en eventueel samenwerken met Islamitische geestelijk verzorgers of Imams. Ten slotte sta ik stil bij de extra drempels die Marokkaanse Nederlanders, en waarschijnlijk ook andere minderheden, hebben moeten nemen voordat ze de spreekkamer instappen. Dit vraagt van hulpverleners een extra stap om vertrouwen te kweken in de therapeutische relatie en extra op te letten om geen extra drempels binnen de hulpverlening te creëren, om drop-out te voorkomen.

Voor de overheid geeft dit proefschrift aanleiding om na te denken over beleid dat gericht is op mentale gezondheid voor burgers. Op dit moment wordt er met name gekeken naar de patiënt, met een individueel probleem. Uit dit proefschrift, net als uit veel ander onderzoek, blijkt de grote invloed die de sociale omgeving heeft op de mentale gezondheid van mensen. Wellicht is het dus helpend om mentale gezondheid (ook) te beschouwen als een maatschappelijk vraagstuk, en na te denken hoe sociaal-maatschappelijke aspecten kunnen worden beïnvloed om de mentale gezondheid van de bevolking te verbeteren. In dit proefschrift hebben we een verband beschreven tussen sociale uitsluiting en psychische problemen bij Marokkaanse Nederlanders. Het is daarbij belangrijk om te realiseren dat de mate van sociale uitsluiting verschilt tussen verschillende migrantengroepen. Niet-Westerse migranten en mensen met een donkere huidskleur ervaren relatief meer sociale uitsluiting. Net als in andere landen speelt daarnaast in Nederland sinds de terroristische aanslagen van 9/11 de opkomst van islamofobie. Onderzoek laat zien dat anti-moslim sentimenten in Nederland relatief hoog zijn en dat islamofobie een negatieve invloed heeft op de mentale gezondheid van moslims. Concreet zou overheidsbeleid erop gericht moeten zijn inclusiviteit te bevorderen, en daarmee de mentale gezondheid van minderheden te bevorderen. Het is daarbij belangrijk dat de overheid en individuele politici zich daarbij ook bewust zijn van hun rolmodel in de maatschappij. We zien nog steeds voorbeelden van institutioneel racisme, zoals bijvoorbeeld bij de toeslagenaffaire. Daarbij gebeurt het tegenovergestelde aan inclusief beleid, maar draagt de overheid op actieve wijze bij aan de sociale uitsluiting van minderheden.

Op basis van dit proefschrift zou ik voor verder onderzoek aanraden om de onderzoeksthema's die hier aan bod zijn gekomen ook te bestuderen in andere migrantengroeperingen in Nederland. Ten tweede denk ik dat kwalitatieve onderzoeksmethodes kunnen bijdragen aan de bestaande literatuur om de hulpverlening aan minderheden met psychische problemen beter in kaart te brengen. Ten derde is het opvallend dat er nog bijna geen literatuur is over de samenhang tussen islam en psychiatrie. Het zou helpend zijn als hier meer onderzoek naar wordt gedaan, bijvoorbeeld naar de inzet van Imams en Islamitische geestelijk verzorgers. Onderzoek naar methodes om de gevoelens van sociale uitsluiting te kunnen verminderen zou zeer relevant zijn. Tot slot zou verder onderzoek zich kunnen richten op positieve psychologie en de rol van sociale determinanten in relatie tot mentale gezondheid.

De GGZ en de innovatieparadox

Oratie Daniëlle Cath, Groningen, uitgesproken op 11-03-2022

‘Zorginnovatie in de GGZ op het gebied van stemming en angst’: een prachtige leerstoel opdracht.

Angst en depressie zorgen voor een gigantisch gezondheidszorg probleem. Wat cijfers: één op de vijf Nederlanders krijgt ergens in zijn of haar leven een depressie en ook ongeveer één op de vijf een angststoornis. Volgens de WHO zijn depressie en angst in de top 3 aangekomen van de meest prevalentie aandoeningen. In Nederland hadden in 2019 ruim 647.000 mensen een depressie, en meer dan 1 miljoen mensen angstklachten.

Wegens de ernst van de klachten behandelt de GGZ ongeveer 170.000 van het totaal aan stemming en angst patiënten, ofwel 20% (Vektis.nl, 2017). Tot 30% van de patiënten maakt de behandeling niet af, 60-70% heeft baat bij de behandeling. Toch valt 50% van hen binnen drie jaar na het einde van de behandeling terug (Bockting et al., 2018; Struijs, 2021).

We hebben dus iets op te lossen. En als we iets op te lossen hebben, is het toverwoord van de laatste 50 jaar in steeds toenemende mate: *innovatie*.

Of het nu gaat om technische innovatie, om maatschappelijke innovatie of om innovatie in de zorg, dit woord heeft de connotatie gekregen van: een gegarandeerde oplossing voor het probleem. Lynn Berger schreef al in 2013 in de Correspondent: ‘Innovatie’ lijkt bijna synoniem aan ‘verbetering’. Innoveren is verleidelijk, en sexy.’

Wat betekent dat eigenlijk, innovatie? De Dikke van Dale zegt: ‘de invoering van iets nieuws’ of ‘het maken van iets nieuws’.

U zult al gauw merken dat ik voor innovatie in de GGZ vanzelf uitkom op de principes van goed wetenschappelijk onderzoek en evidence-based mental health. Nou, denkt u misschien nu al: dat is een saaie boodschap! Ik denk dat het een mooie boodschap is.

Wat is voor mij zinnige innovatie waar ik me graag voor inzet in de komende jaren? Ik stel daar drie voorwaarden aan: 1) innovatie moet verbetering beogen; 2) de verbetering wordt daadwerkelijk en meetbaar geleverd; 3) en de verbetering wordt ook geïmplementeerd.

1. De eerste voorwaarde: de innovatie moet *verbetering* in de kwaliteit van de behandeling *beogen*. Dat spreekt vanzelf maar ik noem het toch uitdrukkelijk. Beoogde verbetering begint met een probleem dat vraagt om een oplossing, en een idee over die oplossing. Je exploreert wat er al is, wat verbeteren kan, gerenoveerd moet worden, en wat echt geïnnoveerd moet worden.

Dat idee wordt eerst voorgelegd aan alle ‘stakeholders’. Dat zijn patiënten, behandelaars, onderzoekers, soms financiers. Hebben al deze partijen dezelfde

probleemdefinitie, en vervolgens: hebben alle stakeholders dezelfde ideeën over de oplossing, de innovatie? Hoe groot is de behoefte aan de innovatie? Wat weten we er al over in de literatuur? Wat zijn barrières en facilitators bij de uitvoering? Dit is een stapsgewijs, en zich steeds herhalend proces. Waarbij probleemdefinitie en oplossingen -mits iedereen ook naar elkaar luistert - telkens worden bijgesteld. En: eventueel terzijde gelegd.

2. De tweede voorwaarde: de innovatie moet daadwerkelijk *verbetering* in de kwaliteit van behandeling *leveren* aan de patiënten, met hun specifieke kenmerken in een specifieke fase van hun aandoening en herstelproces. Wederom spreekt dit vanzelf, en toch noem ik het. Deze 2e voorwaarde impliceert dat evaluatieonderzoek essentieel is. In dat evaluatieonderzoek definiëren we het beoogde effect vanuit verschillende perspectieven: dat van de patiënt, de behandelaar, de onderzoeker en -vooruit- de financier.

Op welk terrein zoeken we verbetering voor de patiënt? Richt je je op vermindering van klachten (symptomatisch herstel), op herstel van functioneren, op persoonlijke doelen (zoals bv het gevoel hebben ergens bij te horen) en/of op somatisch herstel? Alle perspectieven zijn relevant en complementair. Een intensief proces en een zo ruim mogelijke blik, dat is wat in mijn mening innovatie omvat. Geen quick fix voor alle typen patiënten. Herstel is niet zomaar in de pocket.

Voor het meten vanuit de verschillende perspectieven hebben we het best mogelijke instrumentarium nodig. Dat heeft het RGOC met ROQUA. ROQUA (Routine Outcome and Quality Assessment) is een testmanager van door patiënten in te vullen vragenlijsten, waarvan de meeste zich richten op evaluatie van een periode van weken tot maanden. ROQUA is uitgegroeid tot de backbone van het RGOC, met een schatkist aan vragenlijsten en mooie visuele feedbackrapporten die beschikbaar zijn voor patiënt en behandelaar binnen het elektronisch patiëntendossier. Deze backbone is uiterst geschikt voor onderzoek. En voor patiëntenzorg.

Ten slotte is in het palet van ROQUA nog een onderdeel somatische monitoring opgenomen, met hulp van het MOPHAR-monitoring programma. MOPHAR staat voor Monitoring Psychopharmacotherapy, geïntroduceerd vanuit de apotheek van het Wilhelminaziekenhuis Assen door Hans Mulder (Simoons et al., 2018). Verpleegkundigen doen basaal lichamelijk onderzoek (bloeddruk, BMI, buikomvang), en interviewen de patiënt over leefstijl, over hun medicatie, mogelijk middelenmisbruik en bijwerkingen. En ze sturen hen naar het lab. Een belangrijk maar nog niet vanzelfsprekend onderdeel. Met evalueren en meten zit het dus wel goed. Daar is al een rijke traditie in die ik graag verder help uit te bouwen, en waarbij we leren van de gegevens die dit oplevert.

3. Dan kom ik tot slot bij voorwaarde 3: de implementatie. Hoe krijgen we onze behandelaars zo ver dat ze de innovatie in de praktijk omarmen? In richtlijnen opnemen en die richtlijnen ook uitvoeren? Dat is misschien wel de aller moeilijkste fase van de innovatie. Waar de innovatie het vaakst hapert. Daar kom ik op terug.

Samenvattend: je *beoogt* een innovatie, je *evalueert* en *levert* de innovatie, en als succesvol, dan *implementeer* je de innovatie. En ik voeg toe: na implementatie *blijf* je evalueren: werkt het in de praktijk van iedere dag?

Mijn visie is dat je innovatie in de verschillende fases alleen succesvol doorkomt als je je netwerken goed op orde hebt en houdt. Dat zijn je stakeholders. Daar gebeurt het innoveren.

Hoe staat het met het netwerk stemming en angst van het RGOc?

Is het 'stakeholder-wise' een gezond divers netwerk? Het netwerk stemming en angst heeft zichzelf in de afgelopen jaren gegroepeerd rond vijf themagroepen: trauma, psychiatrie en somatiek, bipolair, herstel (ja, ook bij stemming en angst loopt herstelgericht onderzoek) en hardnekkige depressie. In alle themagroepen zitten behandelaars, patiëntvertegenwoordigers en onderzoekers van de Rijksuniversiteit Groningen en/of UCP. En naast betrokkenheid van de andere (RGOc) GGZ-instellingen hebben we ook GGD, huisartsen, en hogescholen kunnen interesseren. Het werkt!

Concrete plannen

Wat gaan we nu renoveren, innoveren, slopen, restaureren? Laat ik u een paar *voorbeelden* geven van werk in uitvoering, van mijn, ons onderzoek binnen de genoemde fases. Hieronder volgt niet een overzicht of opsomming van alle plannen, maar een greep eruit om mijn visie op zinvolle innovatie binnen de GGZ te illustreren.

Een eerste voorbeeld betreft onderzoek naar psychiatrische ziekte en somatische gevolgen en risico's. Patiënten met een stemmings- of angststoornis (Erlangsen et al., 2017; Quadackers, 2021) overlijden gemiddeld zeven (vrouwen) tot tien jaar (mannen) eerder dan de gewone bevolking. Daarbij speelt een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, in samenhang met een scala aan factoren een belangrijke rol. Zoals Davy Quadackers opmerkte: we doen aan de voordeur ons best om mensen niet te verliezen (aan bv suïcide) maar we raken ze kwijt aan de achterdeur aan hart -en vaatziekten. De belangrijkste factoren die de kans op sterfte medebepalen, vaak samenhangend met overgewicht, zijn: genetische predispositie, een ongezonde leefstijl, en traumatische gebeurtenissen in de jeugd die blijvende verstoring van de hypofyse-bijnier stress-as en laaggradige ontsteking (ik ontkom soms niet helemaal aan medische termen) kunnen veroorzaken. Dan speelt nog psychofarmaca gebruik en onvoldoende toegang tot zorg. Tenslotte: het hebben van een ernstige stemmings- of angststoornis vormt op zichzelf, ook zonder ongezonde leefstijl en de andere factoren, een *onafhankelijke* risicofactor voor het ontwikkelen van cardiovasculaire aandoeningen.

In de algemene bevolking van Drenthe en Groningen komt meer overgewicht (BMI>30) voor dan gemiddeld. Alleen Zuid-Limburg en regio Rijnmond steken ons de loef af. De *psychiatrische* populatie van die provincies overtreft dat

nog. Mannen, zeker boven 40 jaar, laten meer metabool syndroom, met name hoge bloeddruk en diabetes zien, vrouwen meer fors overgewicht. En vrouwen rapporteren meer lichamelijke klachten en bijwerkingen (gegevens afkomstig uit onze monitoringsdata). We werden ons bewust van die hoge prevalenties en daarmee gepaard gaande risico's, en voelden een grote urgentie om daar aandacht aan te geven. We wilden een gecombineerde leefstijlinterventie aan gaan bieden: meer bewegen, betere voeding en slaap, stoppen met middelengebruik en roken, ontspanning. Met 'wij' bedoel ik hier: de psychiatrie én de huisartsgeneeskunde van het UMCG (Huib Burger, Marjolein Berger) met wie we met veel plezier samenwerken.

Echter net als de aanvankelijk veelbelovende grote klinische trials bij mensen met diabetes (DPP (2003), de Finse DPS studie (2005), en de LookAhead studie (2014)), waarin de standaard leefstijl interventies op de langere termijn (na vier jaar) heel weinig effect blijken te hebben op de factoren die bijdragen aan cardiovasculair risico, liet ook de studie binnen het RGOc bij mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen (de LION-studie) geen noemenswaardig effect zien op verbetering van lichamelijke parameters. (Looijmans e.a., 2019). Effectiever zou waarschijnlijk zijn om in Noord-Nederland de MacDonalds en de Kentucky Fried Chickens te verbieden, maar daar krijg ik geen subsidie voor.

Wat hebben leefstijlstudies wel laten zien? Een kleine maar fijne verbetering van depressieve klachten en van kwaliteit van leven (Gomez-Gomez et al., 2020; Wong e.a., 2021).

Zie hier de paradox: waar leefstijlstudies naar streven - verbetering van lichamelijke gezondheid - krijgen we niet, en waar we niet naar streefden, kregen we wel: verlichting van depressieve klachten.

Wij deden een paar stappen terug naar innovatieonderzoeksfase 1: kwalitatief onderzoek. Dit loopt momenteel; de twee Jolien (Panjer en Kik) onderzoeken nu de wensen en verwachtingen van de stakeholders. Zij interviewen patiënten, behandelaars, trainers, POHs. Heeft -op zijn Gronings- iedereen 'zin aan een gecombineerde leefstijlinterventie'? Wat willen bijvoorbeeld de patiënten zelf bereiken met hun lichamelijke gezondheid? Pas nadat we alle vragen beantwoord hebben, evalueren we de effecten van de nieuw ontworpen training in een RCT.

Een voorbeeld van onderzoek binnen de *tweede* fase van innovatie, het leveren en evalueren van de innovatie, is het onderzoek van Rick de Haart bij traumabehandeling. Soms moet je om een innovatie te leveren en evalueren, de verschillende onderdelen van een bestaande al geëvalueerde behandeling apart onderzoeken. Daarmee neem je eigenlijk een stapje terug. Welke delen hebben echt toegevoegde waarde? Welke kunnen weggelaten worden?

De essentie van trauma behandeling is om met hulp van blootstelling aan de traumatische herinneringen de emotionele intensiteit van die herinneringen uit te laten doven. Een complexe variant van de standaard EMDR-behandeling, 3MDR (Multi-modular Motion-assisted Memory Desensitization and Reconsolidation), wordt in Beilen uitgevoerd. Hierbij lopen militairen zelfgekozen groot

geprojecteerde foto's van situaties die traumatische herinneringen oproepen tegemoet op een loopband, met het idee dat dit tegemoet lopen vermijding aan de herinnering vermindert en daarmee therapie-effect vergroot. Rick de Haart gaat onderzoeken of dezelfde behandel effecten blijven als we de loopband stilzetten. Met andere woorden: wat is de toegevoegde waarde van de loopband?

Dan de derde en moeilijkste fase, de implementatiefase. Een voorbeeld van een wel geïmplementeerde innovatie, die alleen nog niet bij alle behandelaars is geland, is het gebruik van het somatische monitoringssysteem MOPHAR bij stemming en angst. Een schat aan informatie over -alweer- verhoogde bloeddruk, overgewicht, diabetes, vetspectra, en ga zo maar door van onze patiënten wordt de behandelaar op een presenteerblaadje aangereikt. Hoe gemakkelijker je het behandelen maakt om toegang tot monitoringsinformatie te krijgen, hoe groter de kans dat ze die ook gebruiken. Zou je denken.

Uit follow-up onderzoek van Jurriaan Brouwer blijkt echter dat informatie over somatische afwijkingen bij patiënten in minder dan de helft van de gevallen tot behandeling leidt. Het overall beeld van alle somatische afwijkingen bij follow-up is niet beter dan bij baseline. We weten niet in hoeverre de behandelaars de uitkomsten van de wel aanwezige rapporten en lab waarden zien en bespreken.

Nog één stapje verder:

Wat óók blijkt uit de cijfers van de instellingen naar percentages van gebruik van het 'gewone' monitoring systeem (ROM): Ongeveer 50% van de patiënten vult bij intake vragenlijsten in, en slechts ongeveer 20% wordt ook in de loop van de behandeling gemonitord. Het is aannemelijk dat de overige patiënten een behandeling ingaan of voortzetten zonder enige monitoring. Dit is een niet vrolijk stemmende implementatie paradox.

Waarom gebruiken we een goed in het EPD ingebed monitoringssysteem niet massaal? Hoe zinvol, respectvol en inspirerend is het als je monitoringsuitkomsten kan bespreken met de patiënt tegenover je? En als bijvangst: dat je voor jezelf een beeld krijgt van het effect van je eigen behandelingen? En als team inhoudelijk kan reflecteren op je effecten op basis van monitoring data? Ik stel voor om terug naar fase 1 te gaan, en met alle stakeholders de implementatiebarrières te onderzoeken. Als innovatie hoogleraar in de GGZ ziet ik het als mijn opdracht om de wetenschap in de hoofden van onze behandelaars te krijgen. Ik hoop hen enthousiast te krijgen voor het monitoren, alleen al via alle kennis die we nu al hebben gekregen door onze monitoringsprogramma's. Het decision support systeem wordt er één van. Binnen het RGOc is een plan in opzet om de beschikbare monitoringdata te gebruiken om een clinical decision support systeem door te ontwikkelen. Kaying Kan, Frederike Jörg en Talitha Feenstra voerden het zogenaamde I-Shared project uit als belangrijke eerste stap in de ontwikkeling van dit decision support systeem voor behandelaars en patiënten. Dit is een systeem waarmee de kenmerken en de behandelrespons van de patiënt in de spreekkamer vergeleken worden met de monitoringsgegevens van een groot aantal eerder succesvol behandelde patiënten. Dit genereert via een feedback rapport in het EPD een individueel behandeladvies. Met hulp van de gegevens van 1 vragenlijst werd voor de individuele patiënt de vraag beantwoord: welke behandeling had effect bij patiënten die in de uitkomsten

van deze vragenlijst op u leken? Dit gebeurt met behulp van 'gesuperviseerde machinelearning'. Het idee erachter is om door middel van fijnmazige classificatie -geanonimiseerd- degene die voor ons zit op veel verschillende kenmerken te vergelijken met een grote groep al dan niet met succes, en op verschillende manieren, eerder behandelde patiënten. Het begin van precisie geneeskunde. De informatie uit dat systeem wordt vervolgens ingebracht in het gesprek tussen patiënt en zijn behandelaar.

Die eerste aanzet verdient een vervolg met veel meer en veel meer verschillende kenmerken, om het systeem preciezer en fijnmaziger te krijgen. Dit brengt me op het Mindlines project.

De drie RGOc netwerken, ouderenpsychiatrie, psychose en stemming en angst, verzamelen met hun databases, respectievelijk ROM-GPS, PHAMOUS, en MOPHAR een enorme hoeveelheid gegevens. Van patiënten met verschillende diagnoses in verschillende stadia van hun aandoening, met verschillende en ook gedeelde kenmerken c.q. risicofactoren. Wij willen die databases samenbrengen. Dat gaat een rijke database opleveren van meer dan 17.000 personen, van wie we naast klinische ook genetische data hebben, en waarmee we kenmerken op verschillende manieren kunnen wegen. Onderdeel van het plan is om (in samenwerking met de afdeling epidemiologie) polygene risico scores te berekenen voor bijvoorbeeld bijwerkingen van psychofarmaca en metabool syndroom. Zodat we in de toekomst samen met onze patiënten geïnformeerde keuzes kunnen maken in te gebruiken psychofarmaca, mede op basis van ieders persoonlijke genetische risicoprofiel.

We willen af van groepsvoorspellingen en naar voorspellingen op het niveau van het individu. De hypothese is dat een decision tool communicatie verbetert, de behandelaar helpt om evidence-based te werken, de patiënt het gevoel geeft serieus genomen te worden en het vertrouwen van beiden versterkt in gemaakte keuzes. Of dat ook zo is, gaan we onderzoeken. Hoe mooi is dat?

We hebben innovatie binnen handbereik, ik heb er zin in!

Referenties

- Bockting CLH, Klein NS, Elgersma HJ, van Rijsbergen GD, Slofstra C, Ormel J, Buskens E, Dekker J, de Jong PJ, Nolen WA, Schene AH, Hollon SD, Burger H. (2018): Effectiveness of preventive cognitive therapy while tapering antidepressants versus maintenance antidepressant treatment versus their combination in prevention of depressive relapse or recurrence (DRD study): a three-group, multicentre, randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry*;5(5):401-410.
- Diabetes Prevention Program Research Group (2015): Long-term effects of lifestyle intervention or metformin on diabetes development and microvascular complications over 15-year follow-up: the Diabetes Prevention Program Outcomes Study. *Lancet Diabetes Endocrinology*; 3(11):866-75
- Erlangsen A, Andersen PK, Toender A, Laursen TM, Nordentoft M, Canudas-Romo V (2017): Cause-specific life-years lost in people with mental disorders: a nationwide, register-based cohort study. *Lancet Psychiatry*;4(12):937-945.

- Gómez-Gómez I, Bellón JA, Resurrección DM, Cuijpers P, Moreno-Peral P, Rigabert A, Maderuelo-Fernández JA, Motrico E (2020): Effectiveness of universal multiple-risk lifestyle interventions in reducing depressive symptoms: Systematic review and meta-analysis. *Prev Med.*;134:106067.
- Lindström J, Louheranta A, Mannelin M, Rastas M, Salminen V, Eriksson J, Uusitupa M, Tuomilehto J, the Finnish Diabetes Prevention Study Group (2003): The Finnish Diabetes Prevention Study (DPS): Lifestyle intervention and 3-year results on diet and physical activity. *Diabetes Care*; 26(12):3230-6
- Looijmans A, Jörg F, Bruggeman R, Schoevers RA, Corpeleijn E. (2019): Multimodal lifestyle intervention using a web-based tool to improve cardiometabolic health in patients with serious mental illness: results of a cluster randomized controlled trial (LION). *BMC Psychiatry*. 2019 Nov 5;19(1):339.
- Look AHEAD Research Group (2014): Eight-year weight losses with an intensive lifestyle intervention: the lookAHEAD study. *Obesity* (Silver Spring); 22(1):5-13
- Quadackers DMC, Cath DC, Liemburg EJ, Houtman IEM, Oud MJT, Berger MY, Cahn W, Mulder H. (2021): Angst en stemmings stoornissen zijn onafhankelijke risicofactoren voor de ontwikkeling van cardiovasculaire aandoeningen. *Ned. Tijdschr. Geneeskunde*;165:D5747.
- Simoons M, Mulder H, Doornbos B, Schoevers RA, van Roon EN, Ruhé HG. Monitoring of somatic parameters at outpatient departments for mood and anxiety disorders. *PLoS One*. 2018 Aug 21;13(8):e0200520
- Struijs SY, de Jong PJ, Jeronimus BF, van der Does W, Riese H, Spinhoven P. (2021): Psychological risk factors and the course of depression and anxiety disorders: A review of 15 years NESDA research. *J Affect Disord*. 2021 Dec 1;295:1347-1359
- Wong VW, Ho FY, Shi NK, Sarris J, Chung KF, Yeung WF (2021): Lifestyle medicine for depression: A meta-analysis of randomized controlled trials. *J Affect Disord.*; 284:203-216

Hoe zorgen vastgelegde herstelverhalen in de geestelijke gezondheidszorg voor verbondenheid en hoop¹

Fiona Ng*, Christopher Newby, Clare Robinson, Joy Llewellyn-Beardsley, Caroline Yeo, James Roe, Stefan Rennick-Egglestone, Roger Smith, Susie Booth, Sylvia Bailey, Stynke Castelein, Felicity Callard, Simone Arbour en Mike Slade

Samenvatting

Achtergrond: Herstelverhalen zijn een actief ingrediënt van herstelgerichte interventies zoals lotgenotencontact. Herstelverhalen kunnen verbinding en hoop creëren, maar er is beperkt bewijs over welke voorspellers impact hebben.

Doel: Het doel van deze studie was het identificeren van kenmerken van de verteller, de verhaalinhoud en de deelnemer die de kortetermijnimpact van herstelverhalen op deelnemers voorspellen.

Methode: Onafhankelijke studies werden uitgevoerd in een experimentele ($n=40$) en een klinische setting ($n=13$). In beide studies ontvingen deelnemers met psychische problemen vastgelegde herstelverhalen en beoordeelden ze de impact op hoop en verbondenheid. Voorspellende kenmerken werden geïdentificeerd met behulp van multi-level modellen.

Resultaten: De experimentele studie vond dat verhalen die een verteller portretteren als goed levend met geestelijke gezondheidsproblemen die het midden houdt tussen geen en volledig herstel, hogere niveaus van zelfgerapporteerde hoopvolheid genereerden. Deelnemers met een etnische minderheidsachtergrond waren minder verbonden met de vertellers dan deelnemers met een blanke achtergrond, mogelijk als gevolg van een verminderde zichtbaarheid van de diversiteitskenmerken van de verteller.

Conclusies: Verhalen die gedeeltelijk maar niet volledig herstel beschrijven en aansluiten bij etniciteit kunnen leiden tot een grotere impact. Toegang tot verhalen die een scala aan kenmerken van de verteller uitbeelden kan de mogelijkheid van een gunstig effect op verbondenheid en hoop maximaliseren.

Trefwoorden: Herstel geestelijke gezondheid; narratieven; voorspellers; verbinding; hoop

© 2022 The Author(s). Published by Informa UK Limited, trading as Taylor & Francis Group.

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

* Contactpersoon: Fiona Ng, School of Health Sciences, Institute of Mental Health, Universiteit van Nottingham, Triumph Road, Nottingham NG7 2TU, UK
Informatie over alle auteurs is opgenomen in de lijst 'Over de auteurs', achter in het tijdschrift.

¹ Dit is een vertaling van een eerder gepubliceerd artikel in *Journal of Mental Health*, 31:2, 273-280.
Link naar dit artikel: <https://doi.org/10.1080/09638237.2021.2022627>

Inleiding

Hedendaagse conceptualisaties van herstel reiken verder dan de verbetering van symptomen, waarbij individuen worden erkend als experts op basis van hun eigen ervaring (Treichler et al., 2019). In lijn met de internationale beweging naar herstelgerichte praktijken (Salkeld et al., 2013) zijn in de klinische praktijk nieuwe interventies verschenen die gebruikmaken van de persoonlijke verhalen van mensen in herstel (Thomas et al., 2016). Klinische benaderingen omvatten Narrative Enhancement Cognitive Therapie (NETC, wat een groepgebaseerde interventie is die gebruik maakt van Narrative Enhancement oefeningen voor het vertellen van persoonlijke verhalen binnen de cognitieve therapie (Roe et al., 2021). Het geven van persoonlijke verhalen over herstel is ook een centraal kenmerk van de rol van ervaringswerker (Charles et al., 2021; Stratford et al., 2019), en een opkomende benadering die wordt gebruikt door geestelijk verzorgers met vergelijkbare ervaringen (Byrne et al., 2016). Vastgelegde verhalen worden ook gebruikt in online interventies, zoals mensen met ervaring met psychose toegang bieden tot een reeks ervaringsvideo's naast lotgenotencontact (Slade et al., 2021). Naast directe klinische zorg zijn herstelverhalen ook geïntroduceerd in klinische opleidingen waar ze communicatievaardigheden en empathie kunnen vergroten (Repper & Breeze, 2007). Ze ondersteunen ook volksgezondheidscampagnes om stigma's te verminderen, zoals Time to Change in Engeland en Opening Minds in Canada, die gebaseerd zijn op het faciliteren van sociaal contact tussen mensen met en zonder ervaringen met geestelijke gezondheidsproblemen (London & Evans-Lacko, 2010; Stuart et al., 2014) met de persoonlijke verhalen van individuen als een actief sleutelingrediënt (Knaak et al., 2014; Pinfold et al., 2005).

Over het algemeen worden verhalen die herstel van de geestelijke gezondheid beschrijven op grote schaal gebruikt. Maar terwijl de impact van het werken met het eigen verhaal is onderzocht, bijvoorbeeld bij het opbouwen van een positievere zelfidentiteit (Yanos et al., 2011), is er beperkt kwantitatief onderzoek gedaan naar de impact van het ontvangen van andermans verhaal over psychisch herstel.

Er is bewijs naar voren gekomen voor de impact van verhalen over herstel in de geestelijke gezondheidszorg. Uit een systematische review van vijf studies bleek dat herstelverhalen op zes verschillende manieren invloed kunnen hebben op mensen; gevoelens van verbondenheid, begrip van herstel, vermindering van stigma, validatie van persoonlijke ervaringen, affectieve en gedragsmatige reacties (Rennick-Egglestone et al., 2019). In een kwalitatieve studie naar langetermijneffecten werd vastgesteld dat verhalen een nuttig of schadelijk effect hadden op de deelnemer, waarbij gevoelens van hoop en verbondenheid het meest werden gerapporteerd (Rennick-Egglestone et al., 2019). Verbondenheid door het ontvangen van verhalen werd vastgesteld aan de hand van drie mechanismen; vergelijken, leren en empathie (Ng et al., 2019). Het identificeren van factoren die verbinding en hoop voorspellen zal klinici helpen om gepersonaliseerde aanbevelingen te doen voor verhalen die hun cliënten kunnen helpen, en niet schaden. Het is onduidelijk welke verhalen moeten worden gebruikt in de klinische praktijk en in nationale campagnes. Op dit moment is er onvoldoende bewijs over de kenmerken van de deelnemer of het verhaal die een verhoogd gevoel van verbondenheid en hoop voorspellen door het ontvangen van een verhaal over psychisch herstel.

Het doel van deze studie was het identificeren van kenmerken die de impact op korte termijn voorspellen van vastgelegde verhalen over psychisch herstel, door het beoordelen van hoop en verbondenheid na het ontvangen van een verhaal. De doelstellingen waren te onderzoeken of specifieke kenmerken van deelnemers (doelstelling 1) of kenmerken van het verhaal/de verteller (doelstelling 2) van invloed zijn op hoop en verbondenheid op korte termijn, en of verhalen die persoonlijke kenmerken van deelnemers weerspiegelen geassocieerd zijn met hogere narratieve feedback beoordelingen (doelstelling 3).

Methode

Deze studie werd uitgevoerd als onderdeel van het Narrative Experiences Online (NEON) Programma (researchintorecovery.com/neon), waarin wordt onderzocht of het ontvangen van vastgelegde psychische herstelverhalen de kwaliteit van leven verbetert bij mensen met psychische problemen. De NEON-interventie wordt geëvalueerd (Slade et al., in press) in drie klinische studies (ISRCTN11152837; ISRCTN63197153; ISRCTN76355273). Voor het verzamelen van deelnemersgegevens en de ontwikkeling van de NEON-collectie werd toestemming van de ethische commissie verkregen (London-West London REC en GTAC 18/LO/0991) en alle deelnemers gaven schriftelijk of online geïnformeerde toestemming.

Achtergrond van de studie

Er werd een verkennende analyse uitgevoerd van de gegevens die waren verzameld in een Experimentele Studie. De ecologische validiteit ervan werd vervolgens gevalideerd aan de hand van gegevens die waren verzameld in een werkelijke klinische omgeving die bestond uit de deelnemers aan de NEON-haalbaarheidsstudie (hierna de Klinische Studie' genoemd). De twee studies hadden dus verschillende definities van uitkomsten en voorspellers.

Deelnemers

Voor beide studies werden alle deelnemers geworven bij één dienst voor geestelijke gezondheidszorg in Engeland. Inclusiecriteria waren de huidige zelfgerapporteerde geestelijke gezondheidstoestand; huidige gebruiker van wettelijke geestelijke gezondheidszorg; ouder dan 18 jaar; vloeiend Engelssprekend. Exclusiecriteria waren een zelfgerapporteerde huidige crisis in geestelijke gezondheidsproblemen. Om bias te voorkomen, waren de deelnemers aan de Klinische Studie onafhankelijk van de deelnemers aan de Experimentele Studie.

Maatregelen

De verhalen werden gekenmerkt met behulp van de Inventory of Characteristics of Recovery Stories (INCRESE) (Llewellyn-Beardsley et al., 2020). INCRESE is een inventarisatie met 77 items van manifeste en latente kenmerken van herstelverhalen. Categorieën in INCRESE omvatten narratieve geschiktheid (Voldoet het verhaal aan de definitie van een psychisch herstelverhaal zoals gebruikt in de NEON-studie?), narratieve modus (In welke vorm wordt het verhaal gepresenteerd?), narratieve kenmerken (Wat zijn de persoonlijke kenmerken van de verteller?), narratieve kenmerken (Welk genre, positionering, toon, relatie met herstel, traject

of metafoorgebruik omvat het verhaal?), en narratieve inhoud (Welke onderwerpen behandelt het verhaal?).

Hoop werd beoordeeld met behulp van de Herth Hope Index (HHI), een 12-item maat die wordt beoordeeld op een vierpuntsschaal, met een totale score variërend van 12 (weinig hoop) tot 48. De HHI heeft goede psychometrische eigenschappen met een hoge interne consistentie (Cronbach alpha = 0,97), betrouwbaarheid (0,91) en inhoudvaliditeit (Herth, 1992). De HHI werd alleen in de Experimentele Studie afgenomen.

Na elk verhaal werd feedback gegeven door te antwoorden op drie vragen: Hoe verbonden voelde je je met het verhaal? Hoe verbonden voelde je je met de verteller? Hoe hoopvol voelde u zich door het verhaal? In de Experimentele Studie werd elk item beoordeeld op een 11 puntsschaal, variërend van -5 (extreem verbroken of pessimistisch) tot +5 (extreem verbonden of hoopvol). In de Klinische Studie werd een driepuntsschaal gebruikt van 1 (minder verbondenheid) tot 3 voor verbondenheid met het verhaal/de verteller, en van -1 (minder hoopvol dan voorheen), 0 (geen verandering), 1 (iets hoopvoller), en 2 (veel hoopvoller) voor hoopvolheid. De schaal werd gewijzigd naar aanleiding van de bevindingen van een haalbaarheidsstudie van het websiteprototype (Slade et al., 2021), waaruit bleek dat de bruikbaarheid van de narratieve feedbackschalen op mobiele telefoons problematisch was vanwege de omvang van de schaal.

Procedures

Deelnemers werden geworven via posters bij gezondheidsdiensten, door klinische onderzoekers die contact onderhouden met teams voor geestelijke gezondheidszorg, en door contact op te nemen met deelnemers uit eerdere NEON-studies die toestemming hadden gegeven voor contact (Llewellyn- Beardsley et al., 2020; Ng et al., 2019; Rennick-Egglestone et al., 2019).

De NEON-collectie bestaat uit een reeks beheerde verhalen over herstel in de geestelijke gezondheidszorg (Yeo et al., 2020) waarvoor toestemming voor gebruik is verleend. De verhalen bestaan uit een mix van modaliteiten (tekst, video, beeld en audio), en de vertellers vertegenwoordigden verschillende leeftijdsgroepen, geslachten en etniciteiten (zie Online Supplement 1). De verhalen gingen ook over transdiagnostische psychische problemen en de vertellers hadden verschillende achtergronden en verklaringsmodellen. Alle verhalen werden gekarakteriseerd met INCREASE door één codeur en een tweede codeerde voor de geschiktheid van het verhaal en de inhoudelijke waarschuwingen. Inhoudelijke waarschuwingen worden voorafgaand aan de presentatie van een verhaal gepresenteerd en stellen de deelnemer op de hoogte van potentieel leed dat een verhaal kan veroorzaken vanwege de geportretteerde onderwerpen (Bellet et al., 2018). Inhoudelijke waarschuwingen waren onder andere; misbruik of seksueel geweld, verlies van leven of levensgevaar, zelfbeschadiging, geweld of agressie, en onrechtvaardigheid, vooroordelen en discriminatie.

Deelnemers aan beide studies gaven informatie over hun sociaal-demografische (waaronder leeftijd, geslacht, etniciteit, opleiding) en klinische kenmerken (waaronder diagnose, contact met geestelijke gezondheidszorg). In de Experimentele Studie vulden de deelnemers de HHI in voordat ze verhalen kregen en beoordeelden ze hun herstelstatus aan de hand van vooraf gedefinieerde categorieën (bezig met herstel, denkt aan herstel, denkt nog niet aan herstel, zegt het liever niet). In de

klinische studie beoordeelden deelnemers hun herstel aan de hand van vooraf gedefinieerde categorieën (ik ben hersteld, ik leef goed, ik boek vooruitgang, ik overleef van dag tot dag).

In de *Experimentele Studie* werd een verzameling van 30 verhalen geselecteerd uit de NEON-collectie. Vertellingen werden geselecteerd als ze minder dan 10 minuten betrokkenheid vergden. Deelnemers werd gevraagd naar hun voorkeuren voor verhalen in relatie tot geslacht, leeftijd en modaliteit (tekst, video en audio), maar voorkeuren voor etniciteit werden niet geregistreerd. Deelnemers kregen maximaal 10 willekeurig geordende verhaallijnen te zien, waarbij rekening werd gehouden met hun aangegeven voorkeuren, zoals voorkeur voor video boven tekst en stoppen op verzoek (bijv. vanwege vermoeidheid van de deelnemer). Na elk verhaal werd feedback gegeven.

In de *Klinische Studie* werd een verzameling van 100 verhalen uit de NEON-collectie geselecteerd, bestaande uit 72 teksten, 24 video's, 1 audio en 3 statische beelden. Verhalen werden geselecteerd als ze minder dan 10 minuten betrokkenheid vergden. De kenmerken van de verhalen staan in Online Supplement 1. De verhalen werden geplaatst op een website, prototype voor de NEON proef (Rennick-Egglestone et al., 2020), die deelnemers de mogelijkheid biedt om zelf verhalen te selecteren op basis van getagde kenmerken of om een willekeurig geselecteerd verhaal te ontvangen. Getagde kenmerken waren gebaseerd op de kenmerken van de verteller en het verhaal zoals beoordeeld op de INCREASE-inventarisatie. Het doel van deze aanpak was om de ecologische validiteit van de effectbevindingen te maximaliseren, om de NEON-proeven van informatie te voorzien. Daarom werd deze studie uitgevoerd in een daadwerkelijke klinische context, als onderdeel van de NEON haalbaarheidsstudie. Deelnemers kregen een face-to-face sessie met een onderzoeker om het registratieproces te voltooien, het online portaal te introduceren en te oefenen met het openen van de verhalen. Na elk verhaal werd feedback gegeven en de deelnemers kregen gedurende 1 maand onbeperkte toegang tot het online platform, zonder aanbevolen gebruiksvereisten zoals een maximum- of minimumaantal te ontvangen verhalen.

Analyse

Voor alle doelstellingen is gebruik gemaakt van een univariaat statistisch model met meerdere niveaus (deelnemer en verhaal) en gemengde effecten. Dit statistische model houdt rekening met de variabiliteit tussen en binnen deelnemers en tussen en binnen verhalen. De modellen werden geïmplementeerd in R 3.6.3 (R Core Team, 2019). Deelnemers en verhalen in de studies kregen random intercepts, waarbij andere effecten als fixed effects werden aangehouden voor hypothesetoetsing. De afhankelijke variabelen waren de narratieve feedback beoordelingen op het mechanisme (hoopvolheid, verbinding met verhaal, verbinding met verteller) relevant voor elke doelstelling. De voorspellende variabelen waren deelnemerskenmerken, verhaal/verteller-kenmerken of gematchte deelnemers- en verhaal/verteller-kenmerken.

Belangrijke voorspellers uit het univariate multilevelmodel van de experimentele studie en de klinische studie werden vergeleken op significantie. Het model werd vergeleken door toepassing van Maximum Likelihood en ANOVA voor het univariate voorspellingsmodel in vergelijking tot het interceptiemodel om een overkoepelende *p*-waarde te verkrijgen. Elke voorspellende variabele werd

vervolgens verder getest op significantie met behulp van Random Effects Maximum Likelihood. β -coëfficiënten van voorspellende variabelen werden niet vergeleken tussen de experimentele en klinische studies wegens verschillen in de gebruikte schalen voor de afhankelijke variabelen. De referentiecategorie voor de vergelijking van ordinale gegevens werd geselecteerd op basis van de kleinste of minste categorie (bijvoorbeeld relatie met herstel, mensen die van dag tot dag overleefden was de referentiecategorie, terwijl de referentiecategorie voor de vergelijking van nominale gegevens alfabetisch werd geselecteerd (bijvoorbeeld voor geslacht was de categorie vrouw de referentiecategorie) of de grootste categorie om de power te behouden (d.w.z. blanke achtergrond in etniciteit), kleinere categorieën van etniciteit werden gecombineerd om de power te waarborgen om te testen op verschillen die samenhangen met het behoren tot een etnische minderheid.

Het onderzoeksteam bestond uit een divers scala van academische en klinische perspectieven, waaronder onderzoek naar geestelijke gezondheidszorg, overlevingsonderzoek; kritisch kwalitatief gezondheidsonderzoek, kwalitatief onderzoek binnen herstel; statistiek; en klinische psychologie. Sommige leden van het onderzoeksteam identificeren zich ook met het hebben van ervaringen met geestelijke gezondheidsproblemen. Het overleg met het NEON Lived Experience Advisory Panel (LEAP) vond plaats in drie fasen. Eerst werd overleg gepleegd bij de ontwikkeling van de NEON Collectie (Slade et al., 2021), waarbij LEAP-leden werden geraadpleegd over de ethische principes van genezende narratieven, bij de identificatie van verhalen voor opname in de NEON Collectie, en wanneer er een meningsverschil bestond binnen het onderzoeksteam met betrekking tot de opname van een verhaal in de NEON Collectie. Ten tweede zijn LEAP-leden geraadpleegd bij de ontwikkeling van INCREASE, met name bij het categoriseren van inhoudelijke waarschuwingen. Ten derde zijn drie leden van het LEAP geraadpleegd om de interpretatie van de bevindingen te ondersteunen. Dit zorgde ervoor dat er een evenwicht was tussen academische en ervaringsperspectieven.

Resultaten

De kenmerken van de deelnemers aan de experimentele studie ($n=40$) en de klinische studie ($n=13$) zijn weergegeven in tabel 1.

De kenmerken van de verhalen die tijdens de twee studies zijn ontvangen, zijn weergegeven in tabel 2.

Experimentele studie

Deelnemers ontvingen gemiddeld 7 verhalen (tussen 3 en 10). Univariate voorspellers voor het multi-level model zijn weergegeven in Online Supplement 2, significante voorspellers uit het multi-level model voor zowel model fit, als voorspelling zijn samengevat in Tabel 3.

Hogere basisniveaus van hoop, zoals gemeten met de HHI, voorspelden hogere waarderingen van hoop ($\beta=0,06$, S.E. = 0,03, $p=0,02$). Verhalen werden als meer hoopvol beoordeeld als ze een verteller lieten zien die goed leefde met psychische problemen, dat wil zeggen tussen vooruitgang en herstel in ($\beta=1,16$, S.E.= 0,50, $p=0,03$). De band van een deelnemer met de verteller was groter wanneer het geslacht van de verteller overeenkwam met de voorkeur van de deelnemer voor

Tabel 1. Kenmerken van de deelnemers aan de experimentele studie ($n=40$) en de klinische studie ($n=13$).

Participant characteristic	Experimental study n (%)	Clinical study n (%)
Gender		
Female	24 (60)	6 (46)
Male	16 (40)	6 (46)
Other	0 (0)	1 (8)
Age		
18–25 years	7 (18)	1 (8)
26–40 years	12 (30)	6 (46)
41–65 years	16 (40)	6 (46)
66+ years	5 (13)	0 (0)
Ethnicity		
White	33 (82)	10 (77)
Belongs to a UK ethnic minority	7 (17)	2 (15)
Prefer not to say	0 (0)	1 (8)
Recovery Status		
Working on recovery	NA	11 (85)
Thinking about recovery	NA	1 (8)
Prefer not to say	NA	1 (8)
Recovery trajectory		
I am recovered	1 (3)	NA
I am living well	4 (10)	NA
I am making progress	18 (45)	NA
I am surviving day to day	17 (43)	NA
Diagnosis		
Neurodevelopmental disorders	0 (0)	1 (8)
Eating or food related	1 (3)	0 (0)
Mood-related	20 (50)	4 (31)
Personality related	8 (20)	1 (8)
Schizophrenia or other psychosis related	9 (23)	2 (15)
Stress-related	2 (5)	1 (8)
Multiple diagnosis	0 (0)	4 (31)
Herth Hope Index, Mean (SD)	31.1 (5)	NA

het geslacht van de verteller ($\beta=0,99$, S.E.=0,51, $p=0,05$). Er werd ook minder verbondenheid met vertellers vastgesteld voor deelnemers met een etnische minderheidsachtergrond dan voor deelnemers met een blanke achtergrond ($\beta=-1,04$, S.E.=0,41, $p=0,01$).

Klinische studie

Dertien deelnemers namen deel aan de klinische studie. Van de 100 verhalen die in de klinische studie konden worden bekeken, ontvingen de deelnemers slechts 38 verhalen. Gemiddeld ontvingen de deelnemers zes verhalen (range 2-14). Univariate

Tabel 2. Kenmerken van de ontvangen verhalen in de experimentele studie (n =30) en de klinische studie (n =38).

Narrative characteristic	Experimental study n (%)	Clinical study n (%)
Narrator gender		
Female	17 (57)	25 (66)
Male	12 (40)	6 (16)
Not identifiable	1 (3)	6 (16)
Other	0 (0)	1 (3)
Narrator age		
18–25 years	5 (17)	5 (18)
26–40 years	5 (17)	7 (14)
41–65 years	8 (27)	4 (11)
Non-identifiable	12 (40)	22 (58)
Narrator ethnicity		
White	12 (40)	12 (32)
Black, Asian or other Minority Ethnicity	5 (17)	6 (16)
Unknown	13 (43)	20 (53)
Narrator diagnosis		
Mood-related	9 (30)	10 (26)
Schizophrenia/other psychosis	4 (13)	0 (0)
Multiple	8 (27)	8 (21)
Stress	0 (0)	1 (3)
Rejects diagnosis	4 (13)	8 (21)
Not identifiable	5 (17)	11 (29)
Narrative modality		
Audio	5 (17)	0 (0)
Video	10 (33)	6 (16)
Text	15 (50)	32 (84)

voorspellers voor het multi-level model van de drie afhankelijke variabelen (hoop, verbondenheid met het verhaal/verteller) worden gepresenteerd als Online Supplement 3, de significante voorspellers voor zowel model fit als voorspelling zijn samengevat in Tabel 4.

Deelnemers meldden zich minder hoopvol te voelen bij een verteller die man was (vergeleken met niet-identificeerbare, $\beta = 0,78$, S.E.=0,35, $p = 0,03$). Vrouwelijke (vergeleken met mannelijke deelnemers; $\beta = -0,59$, S.E.=0,28, $p = 0,04$) en jongere deelnemers (18-25 vergeleken met 66+ jaargroep, $\beta = -1,17$, S.E. = 0,52, $p = 0,03$) voelden zich echter meer verbonden met vertellers. Deelnemers voelden zich minder verbonden met vertellers met een etnische minderheidsachtergrond in vergelijking met vertellers met een blanke achtergrond ($\beta = -0,75$, S.E. =0,37, $p = 0,05$). Wanneer de etniciteit van de deelnemers en de verteller overeenkwamen was dit significant meer hoopvol ($\beta = 0,44$, S.E.=0,21, $p = 0,05$).

Discussie

Dit is het eerste artikel waarin de voorspellers van impact in vastgelegde verhalen over herstel in de geestelijke gezondheidszorg worden onderzocht. Het ontvangen van verhalen over een goed leven met psychische problemen leidde tot meer hoop dan verhalen over overleven van dag tot dag. Een overeenkomst tussen de etnische achtergrond van deelnemers en vertellers hing samen met hogere niveaus van hoopvolheid, maar deelnemers uit etnische minderheden beoordeelden hun band met het verhaal en de verteller significant lager dan deelnemers met een blanke achtergrond.

Verband met eerdere studies

Verhalen over goed leven met psychische problemen wekten meer hoop op dan verhalen over overleven van dag tot dag of volledig hersteld zijn. Er is bezorgdheid geuit over de curatieve connotaties van ‘hersteld zijn’ op, omdat deze wellicht niet de ervaringen van veel mensen omvatten (Piat et al., 2009). Daarom kunnen verhalen die een goed leven met geestelijke gezondheidsproblemen beschrijven, inzicht verschaffen in ervaringen die als meer haalbaar of realistisch worden ervaren. Uit kwalitatieve studies blijkt dat de waargenomen authenticiteit van verhalen bekend staat als een belangrijke mediator van de impact van opgenomen verhalen over herstel van de geestelijke gezondheid (Ng et al., 2019). De authenticiteit van verhalen draagt bij aan hun gepercipieerde echtheid en maakt een beter begrip van de geleefde ervaring van de verteller mogelijk.

De demografische variabelen van de deelnemers, zoals etniciteit, leeftijd en geslacht, waren ook voorspellend voor hoop en verbondenheid. Voor leeftijd en geslacht was een match tussen de deelnemer en de verteller niet noodzakelijk van invloed op hoe verbonden of hoopvol mensen zich voelden na het ontvangen van een verhaal. Etniciteit beïnvloedde de beoordeling van verbondenheid en hoop, zodat in de experimentele studie deelnemers met een etnische minderheidsachtergrond hun verbondenheid met het verhaal en de verteller significant lager beoordeelden dan deelnemers met een blanke achtergrond. Dit kan worden toegeschreven aan het feit dat er momenteel minder vertellers van allochtone afkomst in de NEON-collectie aanwezig zijn. Wel moet worden erkend dat in beide onderzoeken de deelnemers met een etnische minderheidsachtergrond slechts een klein deel uitmaken (17,5% en 15%), wat de generaliseerbaarheid van de bevindingen kan beïnvloeden.

De bevindingen in de Klinische Studie geven aan dat een match tussen een deelnemer en de etniciteit van de verteller (bijvoorbeeld wanneer een ontvanger en verteller beiden geclassificeerd zijn als behorend tot een etnische minderheid) kan leiden tot hogere niveaus van hoop. Een rolmodel zijn voor hoop is een kernonderdeel van de rol van een ervaringswerker (Bradstreet & Pratt, 2010), en het vermogen om zichzelf te zien binnen een verhaal kan bijdragen tot een gevoel van erbij horen. Bovendien kunnen mensen uit etnische minderheden aanzienlijke verschillen ervaren in hun mogelijkheden om toegang te krijgen tot geestelijke gezondheidszorg (Vahdaninia et al., 2020), waarbij stigmatisering het zoeken naar hulp verder ontmoedigt (Linney et al., 2020). Het ontvangen van verhalen over psychisch herstel kan een meer discrete gelegenheid zijn voor mensen uit etnische minderheden om te leren over herstel en kan fungeren als een vorm van sociaal contact.

Tabel 3. Ontwikkelingsstudie voorspellers van hoop, verbondenheid met verhaal en verbondenheid met verteller.

Predictor	Hopefulness β value (SE, <i>p</i> -value)	Connection with narrative β value (SE, <i>p</i> -value)	Connection with narrator β value (SE, <i>p</i> -value)
Participant characteristics			
Ethnicity			
White vs minority ethnicity	0.02 (0.39, 0.96)	-0.79 (0.41, 0.05)	-1.04 (0.41, 0.01)
White vs prefer not to say	NA	NA	NA
Herth Hope Index	0.06 (0.03, 0.02)	0.04 (0.03, 0.22)	0.04 (0.03, 0.17)
Connection to narrative	0.44 (0.05, <0.01)		0.75 (0.04, <0.01)
Connection to narrator	0.41 (0.05, <0.01)	0.74 (0.04, <0.01)	
Hopefulness		0.49 (0.06, <0.01)	0.46 (0.06, <0.01)
Participant preferred narrator gender			
Female vs male	-1.32 (0.54, 0.02)	-1.07 (0.58, 0.07)	-0.55 (0.58, 0.35)
Female vs female or male	-0.28 (0.39, 0.48)	0.1 (0.41, 0.81)	0.24 (0.42, 0.57)
Participant preferred narrative as audio			
Yes vs no	0.76 (0.43, 0.08)	1.06 (0.45, 0.02)	0.11 (0.46, 0.68)
Narrative content			
Recovery trajectory			
I am surviving day to day (stage 1) vs I am making progress (stage 2)	-0.65 (0.65, 0.33)	-0.44 (0.76, 0.57)	-0.43 (0.75, 0.58)
I am surviving day to day (stage 1) vs I am living well (stage 3)	1.16 (0.50, 0.03)	-0.69 (0.59, 0.25)	-0.56 (0.58, 0.35)
I am surviving day to day (stage 1) vs I am recovered (stage 4)	0.96 (1.22, 0.43)	-2.76 (1.42, 0.06)	-3.53 (1.40, 0.02)
Modality			
Audio vs text	0.32 (0.78, 0.68)	2.01 (0.7, 0.01)	1.8 (0.74, 0.02)
Audio vs video	0.63 (0.81, 0.44)	1.08 (0.73, 0.15)	0.91 (0.78, 0.25)
Matched characteristics of participant and narrative/narrator			
Match of preferred narrator gender to gender of narrator			
Yes vs no	0.2 (0.49, 0.69)	-0.85 (0.52, 0.11)	-0.99 (0.51, 0.05)
Bold values indicate a <i>p</i> -value < 0.05.			

Sterke punten en beperkingen van het artikel

Het artikel heeft verschillende sterke punten. Ten eerste werden de verhalen in meerdere modaliteiten aangeboden. Hoewel in de experimentele studie alleen tekstgebaseerde verhalen een hogere waardering voor verbondenheid met het verhaal opleverden, kan het aanbieden van verschillende verhaalvormen inspelen op verschillende leerstijlen. Ten tweede is dit de eerste studie die gebruik maakt van verhalen over transdiagnostische psychische problemen, met vertellers met verschillende achtergronden en verschillende verklaringsmodellen (bijvoorbeeld

Tabel 4. Klinische studie voorspellers van hoop, verbondenheid met verhaal en verbondenheid met verteller.

Predictor	Hopefulness β value (SE, <i>p</i> -value)	Connection with narrative β value (SE, <i>p</i> -value)	Connection with narrator β value (SE, <i>p</i> -value)
Participant characteristics			
Participant gender			
Female vs male	-0.07 (0.22, 0.75)	-0.63 (0.27, 0.03)	-0.59 (0.28, 0.04)
Female vs other	0.10 (0.53, 0.85)	0.37 (0.65, 0.58)	-0.34 (0.66, 0.61)
Participant age			
18–25 years vs 41–65 years	0.70 (0.40, 0.11)	-0.56 (0.48, 0.26)	-0.46 (0.51, 0.38)
18–25 years vs 66+ years	0.07 (0.40, 0.87)	-1.40 (0.48, 0.01)	-1.17 (0.52, 0.03)
Participant diagnosis			
Mood related vs multiple diagnosis	0.66 (0.24, 0.01)	0.87 (0.31, 0.01)	0.91 (0.30, 0.01)
Mood related vs neurodevelopmental disorders	0.05 (0.59, 0.93)	-0.08 (0.76, 0.91)	-0.99 (0.74, 0.19)
Mood related vs personality related	0.22 (0.37, 0.55)	0.25 (0.47, 0.60)	0.34 (0.46, 0.46)
Mood relate vs schizophrenia or other psychosis related	1.07 (0.28, 0.00)	0.94 (0.36, 0.02)	1.19 (0.35, 0.00)
Mood relate vs stress related	-0.15 (0.40, 0.72)	-0.48 (0.51, 0.35)	-0.39 (0.50, 0.44)
Connection to narrative	0.56 (0.07, <0.01)		0.93 (0.05, <0.01)
Connection to narrator	0.56 (0.07, <0.01)	0.87 (0.05, <0.01)	
Hopefulness		0.85 (0.1, <0.01)	0.91 (0.1, <0.01)
Narrator characteristics			
Gender			
Not identifiable vs female	0.07 (0.26, 0.80)	0.39 (0.35, 0.27)	0.28 (0.35, 0.43)
Not identifiable vs male	-0.78 (0.35, 0.03)	0.05 (0.32, 0.87)	0.16 (0.32, 0.62)
Not identifiable vs other	0.59 (0.64, 0.36)	-0.17 (0.59, 0.77)	-0.11 (0.60, 0.85)
Ethnicity			
White vs UK minority background	-0.51 (0.29, 0.08)	-0.75 (0.37, 0.05)	-0.75 (0.37, 0.05)
White vs not known	-0.53 (0.23, 0.03)	-0.19 (0.29, 0.51)	-0.29 (0.30, 0.33)
Matched characteristics of participant and narrative/narrator			
Match of participant ethnicity			
Yes vs no or don't know	-0.44 (0.21, 0.05)	-0.31 (0.28, 0.28)	0.28 (0.28, 0.32)

gekte onderzoeken, overlever en klinische modellen). Ten derde hebben eerdere studies alleen de impact van verhalen in een experimentele setting onderzocht. De klinische studie was de eerste studie die de impact van herstelverhalen onderzocht binnen een echte klinische context als onderdeel van een haalbaarheidsstudie van de NEON trial (Rennick-Egglestone et al., 2020). Tot slot was er verschil van aanlevering van verhalen bij de twee studies. Deelnemers aan de experimentele studie kregen willekeurig geselecteerde verhalen, terwijl deelnemers aan de klinische studie een willekeurig of zelfgekozen verhaal konden krijgen. Het is aannemelijk dat deelnemers verhalen kiezen die hun persoonlijke kenmerken weerspiegelen, maar behalve een match in etniciteit tussen deelnemer en verteller wijzen de bevindingen

er niet op dat een match in persoonlijke kenmerken leidt tot meer verbondenheid of hoop. Ondanks de mogelijkheid om zelf verhalen te selecteren, is het proces dat een deelnemer doorloopt bij het kiezen van een verhaal onduidelijk. Toekomstig kwalitatief onderzoek met een hardop-nadenken protocol om de beslissingen achter de verhaalk keuze in kaart te brengen, kan helpen om de categorisering van verhalen te verbeteren.

Er kunnen verschillende beperkingen worden vastgesteld. Ten eerste is in beide studies een kleine steekproefgrootte gebruikt. De generaliseerbaarheid van de bevindingen is wellicht beperkt, maar de bevindingen bieden een voorlopig inzicht in variabelen die de impact van vastgelegde herstelverhalen op deelnemers kunnen voorspellen. Om de generaliseerbaarheid en de toepasbaarheid van de bevindingen te vergroten, is verder onderzoek nodig met een grotere steekproefomvang van zowel deelnemers als verhalen in een werkelijke klinische setting, buiten Engelstaligen, om voorspellers van impact met meer zekerheid te identificeren. Ten tweede kan de kracht van de studie beperkt zijn. Deelnemers aan de klinische studie gaven feedback op 38 verhalen, ondanks het feit dat zij gedurende één maand toegang hadden tot de verhalen. Dit kan wijzen op een geringe betrokkenheid van de deelnemers, die kan worden verholpen door herinneringen per e-mail te sturen. Ten derde, om de voordelen van het ontvangen van verhalen te maximaliseren, wordt aanbevolen om verhalen te presenteren die laten zien dat de vertellers goed leven met psychische problemen. Er is echter verder onderzoek nodig om te begrijpen waarom verhalen van volledig herstelde vertellers minder nuttig zijn en of deze verhalen nuttiger zijn in andere klinische of publieke settings (bijvoorbeeld intramurale settings of anti-stigma campagnes). Ten vierde werd etniciteit in de kwantitatieve analyse gecategoriseerd als een dichotome variabele. Dit houdt geen rekening met het feit dat etniciteit een betwiste constructie is, gezien de aanzienlijke heterogeniteit tussen personen die zich identificeren als behorend tot een etnische minderheid. Het is daarom onjuist om aan te nemen dat deelnemers en vertellers met een etnische minderheidsachtergrond vergelijkbare ervaringen zullen hebben op basis van alleen het etniciteitsconstruct. Bovendien kan de etnische identiteit van een persoon in combinatie met andere verwarrende factoren, zoals sociale klasse, sociaaleconomische status, iemands uiterlijk of accent, van invloed zijn op hoe een deelnemer zich verbindt met het verhaal of er hoop uit put. Het mediaformaat waarin de verhalen werden gepresenteerd kan de waargenomen verschillen nog hebben versterkt. Audio- en videoverhalen bieden extra aanwijzingen die iemands perceptie van een verteller kunnen veranderen. Deelnemers met een etnische minderheid gaven aan zich minder verbonden te voelen met de verteller en het verhaal, maar ook andere, niet in het onderzoek onderzochte variabelen kunnen hebben bijgedragen aan de waargenomen verschillen. Toekomstig onderzoek zou kwalitatief kunnen nagaan op welke specifieke componenten deelnemers letten bij het ontvangen van verhalen en of deze componenten verschillen tussen personen met verschillende etnische achtergronden. Het opnemen van meer etnische categorieën, naast de dichotome categorieën blank en etnische minderheid in de kwantitatieve analyse, met grotere steekproeven voor elke etnische categorie, kan een diepgaander begrip opleveren van de invloeden van het etniciteitsconstruct op de impact van psychische herstelverhalen. Ook het onderzoeken van de verschillende effecten van elk narratief format kan helpen vaststellen of er een ideaal narratief format bestaat voor het genereren van verbondenheid en hoop.

Implicaties voor klinische praktijk en onderzoek

De resultaten van de huidige studie suggereren klinische benaderingen voor het beïnvloeden van persoonlijk herstel en wijzen aanbieders van geestelijke gezondheidszorg in een richting die herstel verder integreert in de dienstverlening. Daarom kunnen de bevindingen van deze studie de klinische praktijk en het onderzoek op verschillende manieren beïnvloeden. Ten eerste kan het aanbieden van verhalen die een verteller als volledig hersteld afspiegelen niet de hoop bevorderen bij participanten in een vroeger stadium van herstel. Verhalen van personen die goed leven met geestelijke gezondheidsproblemen maar nog steeds uitdagingen ervaren, kunnen een realistischer en hoopgeverender beeld van herstel laten zien. Het is raadzaam dat geestelijke gezondheidsdiensten en -systemen die gebruik maken van herstelverhalen als onderdeel van de promotie van diensten, niet alleen verhalen gebruiken van personen die volledig hersteld zijn. Verder zouden nationale anti-stigmacampanjes gebruik moeten maken van authentieke verhalen, waaronder verhalen met elementen van voortdurende strijd, in plaats van alleen verhalen te gebruiken waarin alle problemen volledig zijn opgelost. Ten tweede, alvorens specifieke verhalen aan te bevelen, wordt aanbevolen dat medewerkers in de geestelijke gezondheidszorg voortdurend in gesprek blijven gaan met mensen met geestelijke gezondheidsproblemen over hun relatie met herstel, omdat dit van invloed kan zijn op iemands latere ervaring van verbondenheid en hoop. Ten derde is er diversiteit nodig in de verhalen die aan personen met geestelijke gezondheidsproblemen worden voorgelegd. Dit maximaliseert niet alleen de kans dat mensen zich met een verhaal of verteller verbonden voelen en zich hoopvol voelen, maar het maakt ook een groter begrip mogelijk van perspectieven die eerder misschien niet aan bod waren gekomen. In een klinische tekst kan het bijvoorbeeld belangrijk zijn om minder uitgesproken en politiek onderbouwde verhalen op te nemen, of verhalen waarin het verhaal niet volledig is opgelost of eerder metaforisch dan letterlijk wordt uitgedrukt, om de kans op impact zo groot mogelijk te maken. Dit heeft ook gevolgen voor landen met volkeren van de eerste generatie. In Canada bijvoorbeeld kan toekomstig onderzoek met inheemse groepen op deze bevindingen voortbouwen. De richtlijnen van de Mental Health Commission of Canada bevatten een hoofdstuk over het werken met First Nations, Inuit en Metis, en erkennen dat herstelprincipes en de inheemse gedeelde opvatting van welzijn elkaar in hoge mate overlappen (Mental Health Commission of Canada, 2015). Het gebruik van herstelverhalen bij deze bevolkingsgroep, aangeboden in hun eigen taal, zou nuttig kunnen blijken. Cultuurspecifieke herstelverhalen zijn een praktische manier om relevante en op maat gesneden ondersteuning te bieden. Ten vierde zijn grootschalige trials met een diverse verzameling van opgenomen herstelverhalen (zoals de NEON Trial) (Rennick-Egglestone et al., 2020) nodig om de effecten van het ontvangen van opgenomen herstelverhalen goed te kunnen beoordelen.

Verklaring van openbaarmaking

De auteur(s) hebben geen potentiële belangenverstrengeling gemeld. De geuite meningen zijn die van de auteurs en niet noodzakelijk die van het NIHR of het Department of Health and Social Care.

Financiering

Dit artikel is onafhankelijk onderzoek gefinancierd door het NIHR in het kader van haar Programme Grants for Applied Research Programme (Programme Grants for Applied Research, Personal experience as a recovery resource in psychosis: Narrative Experiences Online (NEON) Programme, [RP-PG-0615-20016]). MS erkent de steun van het Center for Mental Health and Substance Abuse, University of South-Eastern Norway en het NIHR Nottingham Biomedical Research Centre.

Referenties

- Bellet, B. W., Jones, P. J., & McNally, R. J. (2018). Trigger warning: Empirical evidence ahead. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 61, 134–141. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2018.07.002>
- Bradstreet, S., & Pratt, R. (2010). Developing peer support worker roles: Reflecting on experiences in Scotland. *Mental Health and Social Inclusion*, 14(3), 36–41. <https://doi.org/10.5042/mhsi.2010.0443>
- Byrne, L., Happell, B., & Reid-Searl, K. (2016). Lived experience practitioners and the medical model: World's colliding? *Journal of Mental Health*, 25(3), 217–223. <https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1101428>
- Charles, A., Nixdorf, R., Ibrahim, N., Meir, L. G., Mpango, R. S., Ngakongwa, F., Nudds, H., Pathare, S., Ryan, G., Repper, J., Wharrad, H., Wolf, P., Slade, M., & Mahlke, C. (2021). Initial training for mental health peer support workers: Systematized review and international Delphi consultation. *JMIR Mental Health*, 8(5), e25528. <https://doi.org/10.2196/25528>
- Herth, K. (1992). Abbreviated instrument to measure hope: Development and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 17(10), 1251–1259. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1992.tb01843.x>
- Knaak, S., Modgill, G., & Patten, S. B. (2014). Key ingredients of anti-stigma programs for health care providers: A data synthesis of evaluative studies. *Canadian Journal of Psychiatry*, 59(10), S19–S26. <https://doi.org/10.1177/070674371405901s06>
- Linney, C., Ye, S., Redwood, S., Mohamed, A., Farah, A., Biddle, L., & Crawley, E. (2020). 'Crazy person is crazy person. It doesn't differentiate': An exploration into Somali views of mental health and access to healthcare in an established UK Somali community. *International Journal for Equity in Health*, 19(1), 190. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01295-0>
- Llewellyn-Beardsley, J., Barbic, S., Rennick-Egglestone, S., Ng, F., Yeo, C., Roe, J., Hui, A., Deakin, E., Hare Duke, L., & Slade, M. (2020). Inventory of the Characteristics of Recovery Stories (INCRESE): An inventory to characterise recorded mental health recovery narratives. *Journal of Recovery in Mental Health*, 3, 25–44.
- Llewellyn-Beardsley, J., Rennick-Egglestone, S., Bradstreet, S., Davidson, L., Franklin, D., Hui, A., McGranahan, R., Morgan, K., Pollock, K., Ramsay, A., Smith, R., Thornicroft, G., & Slade, M. (2020). Not the story you want? Assessing the fit of a conceptual framework characterising mental health recovery

- narratives. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55(3), 295. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01791-x>
- London, J., & Evans-Lacko, S. (2010). Challenging mental health-related stigma through social contact. *European Journal of Public Health*, 20(2), 130–131. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckq014>
- Mental Health Commission of Canada. (2015). *Recovery guidelines ottawa*. Mental Health Commission of Canada.
- Ng, F., Charles, A., Pollock, K., Rennick-Egglestone, S., Cuijpers, P., Gillard, S., van der Krieke, L., Bongaardt, R., Pomberth, S., Repper, J., Roe, J., Llewellyn-Beardsley, J., Yeo, C., Hui, A., Hare-Duke, L., Manley, D., & Slade, M. (2019). The mechanisms and processes of connection: Developing a causal chain model capturing impacts of receiving recorded mental health recovery narratives. *BMC Psychiatry*, 19(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2405-z>
- Piat, M., Sabetti, J., Couture, A., Sylvestre, J., Provencher, H., Botschner, J., & Stayner, D. (2009). What does recovery mean for me? Perspectives of Canadian mental health consumers. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32(3), 199–207. <https://doi.org/10.2975/32.3.2009.199.207>
- Pinfold, V., Thornicroft, G., Huxley, P., & Farmer, P. (2005). Active ingredients in anti-stigma programmes in mental health. *International Review of Psychiatry*, 17(2), 123–131. <https://doi.org/10.1080/09540260500073638>
- R Core Team. (2019). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing.
- Rennick-Egglestone, S., Elliott, R., Smuk, M., Robinson, C., Bailey, S., Smith, R., Keppens, J., Hussain, H., Pollock, K., Cuijpers, P., Llewellyn-Beardsley, J., Ng, F., Yeo, C., Roe, J., Hui, A., van der Krieke, L., Walcott, R., & Slade, M. (2020). Impact of receiving recorded mental health recovery narratives on quality of life in people experiencing psychosis, people experiencing other mental health problems and for informal carers: Narrative Experiences Online (NEON) study protocol for three randomised controlled trials. *Trials*, 21(1), 661. <https://doi.org/10.1186/s13063-020-04428-6>
- Rennick-Egglestone, S., Morgan, K., Llewellyn-Beardsley, J., Ramsay, A., McGranahan, R., Gillard, S., Hui, A., Ng, F., Schneider, J., Booth, S., Pinfold, V., Davidson, L., Franklin, D., Bradstreet, S., Arbour, S., & Slade, M. (2019). Mental health recovery narratives and their impact on recipients: Systematic review and narrative synthesis. *Canadian Journal of Psychiatry*, 64(10), 669–679. <https://doi.org/10.1177/0706743719846108>
- Rennick-Egglestone, S., Ramsay, A., McGranahan, R., Llewellyn-Beardsley, J., Hui, A., Pollock, K., Repper, J., Yeo, C., Ng, F., Roe, J., Gillard, S., Thornicroft, G., Booth, S., & Slade, M. (2019). The impact of mental health recovery narratives on recipients experiencing mental health problems: Qualitative analysis and change model. *PloS One*, 14(12), e0226201. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226201>
- Repper, J., & Breeze, J. (2007). User and career involvement in the training and education of health professionals: A review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 44(3), 511–519. <https://doi.org/10.1177/070674371405901s06>
- Roe, D., Yamin, I., Hasson-Ohayon, I., Lysaker, P., & Yanos, P. (2021). Narrative enhancement cognitive therapy (NECT). In I. Hasson-Ohayon & P. Lysaker (Eds.), *The recovery of the self in psychosis* (pp. 106–125). Routledge.
- Salkeld, R., Wagstaff, C., & Tew, J. (2013). Toward a new way of relating: An

- evaluation of recovery training delivered jointly to service users and staff. *Journal of Mental Health*, 22(2), 165–173. <https://doi.org/10.3109/09638237.2012.694506>
- Slade, M., Rennick-Egglestone, S., Llewellyn-Beardsley, J., Yeo, C., Roe, J., Bailey, S., Smith, R. A., Booth, S., Harrison, J., Bhogal, A., Penas Moran, P., Hui, A., Quadri, D., Robinson, C., Smuk, M., Farkas, M., Davidson, L., van der Krieke, L., Slade, E., ... Ng, F. (2021). Recorded mental health recovery narratives as a resource for people affected by mental health problems: Development of the Narrative Experiences Online (NEON) intervention. *JMIR Formative Research*, 5(5), e24417. <https://doi.org/10.2196/24417>
 - Stratford, A. C., Halpin, M., Phillips, K., Skerrett, F., Beales, A., Cheng, V., Hammond, M., O'Hagan, M., Loreto, C., Tiengtom, K., Kobe, B., Harrington, S., Fisher, D., & Davidson, L. (2019). The growth of peer support: An international charter. *Journal of Mental Health*, 28(6), 627. <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1340593>
 - Stuart, H., Chen, S.-P., Christie, R., Dobson, K., Kirsh, B., Knaak, S., Koller, M., Krupa, T., Lauria-Horner, B., Luong, D., Modgill, G., Patten, S. B., Pietrus, M., Szeto, A., & Whitley, R. (2014). Opening Minds in Canada: Targeting change. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(1), 13–18. <https://doi.org/10.1177/070674371405901S05>
 - Thomas, N., Farhall, J., Foley, F., Leitan, N. D., Villagonzalo, K.-A., Ladd, E., Nunan, C., Farnan, S., Frankish, R., Smark, T., Rossell, S. L., Sterling, L., Murray, G., Castle, D. J., & Kyrios, M. (2016). Promoting personal recovery in people with persisting psychotic disorders: Development and pilot study of a novel digital intervention. *Frontiers in Psychiatry*, 7, 196. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00196>
 - Treichler, E. B. H., Li, F., O'Hare, M., Evans, E. A., Johnson, J. R., & Spaulding, W. D. (2019). Psychosocial and functional contributors to personal recovery in serious mental illness. *Journal of Mental Health*, 28(4), 427–435. <https://doi.org/10.1080/09638237.2018.1521932>
 - Vahdaninia, M., Simkhada, B., van Teijlingen, E., Blunt, H., & Mercel-Sanca, A. (2020). Mental health services designed for Black, Asian and Minority Ethnic (BAME) in the UK: A scoping review. *Mental Health and Social Inclusion*, 24(2), 81–95. <https://doi.org/10.1108/MHSI-10-2019-0031>
 - Yanos, P. T., Roe, D., & Lysaker, P. H. (2011). Narrative enhancement and cognitive therapy: A new group-based treatment for internalised stigma among persons with severe mental illness. *International Journal of Group Psychotherapy*, 61(4), 576–595. <https://doi.org/10.1521/ijgp.2011.61.4.576>
 - Yeo, C., Hare-Duke, L., Rennick-Egglestone, S., Bradstreet, S., Callard, F., Hui, A., Llewellyn-Beardsley, J., Longden, E., McDonough, T., McGranahan, R., Ng, F., Pollock, K., Roe, J., & Slade, M. (2020). The VOICES typology of curatorial decisions in narrative collections of the lived experiences of mental health service use, recovery, or madness: Qualitative study. *JMIR Mental Health*, 7(9), e16290. <https://doi.org/10.2196/16290>

Barrières en facilitatoren voor implementatie van cognitieve aanpassingstraining in langdurige intramurale voorzieningen voor mensen met de diagnose ernstige psychische aandoeningen: Een verpleegkundig perspectief¹

Michelle van Dam, Jaap van Weeghel, Annemarie Stiekema, Stynke Castelein, Marieke Pijnenborg, Lisette van der Meer

Overzicht

Wat is er bekend over dit onderwerp?

- Tot op heden richt het meeste onderzoek naar innovatieve psychosociale interventies in de psychiatrie zich op de ontwikkeling en effectiviteit van de interventies. Ondanks het feit dat dit belangrijke klinische en wetenschappelijke bijdragen zijn, bereikt slechts een klein percentage van de evidence-based interventies de klinische praktijk.
- Cognitieve Adaptatie Training (CAT) is een effectieve psychosociale interventie om het dagelijks functioneren en het cognitief functioneren te verbeteren bij mensen met de diagnose ernstige psychische aandoening (SMI) in de intramurale en extramurale psychiatrische zorg.
- Ondanks de kennis over de doeltreffendheid van de interventie is het systematisch gebruik van CAT in de dagelijkse routine van verpleegkundigen in de geestelijke gezondheidszorg onvoldoende.

Wat voegt het document toe aan de bestaande kennis?

- Tot op heden is er geen onderzoek beschikbaar dat de factoren beschrijft die samenhangen met de implementatie van CAT vanuit een verpleegkundig perspectief.
- Dit onderzoek draagt ook bij aan de literatuur over revalidatie bij mensen met de diagnose SMI in een intramurale setting.
- De resultaten dragen bij aan de wetenschap van het implementeren van interventies in de langdurige psychiatrische zorg en kunnen toekomstige interventies helpen bij hun implementatieproces.

Wat zijn de gevolgen voor de praktijk?

- Uit deze studie blijkt dat bij de invoering van een interventie in de routinezorg met meerdere factoren rekening moet worden gehouden en dat het een ingewikkeld proces is.
- Toekomstige uitvoeringsinitiatieven vereisen voortdurende opleiding en supervisie van CAT-specialisten, benoeming van lokale kartrekkers om de betrokkenheid van het verplegend personeel te vergroten en toewijding en inzet van het management om organisatorische belemmeringen te overwinnen.

¹ Vertaling van artikel 'Barriers and facilitators to implementation of cognitive adaptation training in long-term inpatient facilities for people diagnosed with several mental illness: A nursing perspective'. Gepubliceerd in *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* (2022) 29.4. <https://doi.org/10.1111/jpm.12821>

- Als de aanwezigheid van belemmeringen voor de uitvoering niet wordt onderkend en er geen strategieën worden overwogen om die belemmeringen weg te nemen, zal een duurzame uitvoering waarschijnlijk geen succes worden.

Samenvatting

Inleiding: Evidence-based interventies in de psychiatrie slagen er vaak niet in de klinische praktijk te bereiken. Cognitieve Adaptatie Training (CAT) is een evidence-based psychosociale interventie die tot doel heeft het dagelijks functioneren van mensen met een ernstige psychische aandoening te verbeteren. Implementatie van CAT blijft een uitdaging, ondanks aangetoonde effectiviteit.

Doel: Het identificeren van bevorderende en belemmerende factoren voor de implementatie v CAT op het niveau van de interventie, de verpleging en de organisatie. Het onderzoeken van relaties tussen bekwaamheid, gelegenheid, motivatie en beoordeling met behulp van het COM-B model.

Methode: Het Measurement Instrument for Determinants of Innovations en CAT-specifieke vragen werden voorgelegd aan 46 verpleegkundigen. De relatie tussen bekwaamheid, mogelijkheid, motivatie en waardebeoordeling werd berekend met behulp van de correlatiecoëfficiënt Pearson's r.

Resultaten: Er werden negen barrières (meestal op organisatieniveau) en 13 facilitatoren (meestal op interventie- en verpleegkundig niveau) geïdentificeerd. Er werden significante matige correlaties gevonden tussen bekwaamheid en mogelijkheid, bekwaamheid en motivatie, bekwaamheid en waardebeoordeling en een sterke correlatie tussen motivatie en beoordeling.

Discussie: De resultaten suggereren dat belemmerende factoren op organisatieniveau moeten worden weggenomen en dat bevorderende factoren op interventie- en verpleegkundig niveau kunnen worden benut om de implementatie te verbeteren.

Implicaties voor de praktijk: Toekomstige implementatie-initiatieven vereisen voortdurende training en supervisie van CAT-specialisten en benoeming van lokale kartrekkers om de betrokkenheid van verpleegkundigen te vergroten, en vragen toewijding en inzet van het management om belemmerende factoren op organisatie niveau te overwinnen.

Sleutelwoorden

evidence-based practice, herstel, rehabilitatie, schizofrenie, kwaliteitsevaluatie zorg

Inleiding

Mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) kampen met ernstige en aanhoudende symptomen op positieve, negatieve en cognitieve domeinen die hun dagelijks functioneren aanzienlijk beïnvloeden (Green e.a., 2000; Killaspy e.a., 2008). Zij hebben vaak langdurige psychiatrische zorg nodig die essentiële dagelijkse ondersteuning biedt op verschillende levensgebieden om het functioneren

te verbeteren. De in de literatuur beschreven rehabilitatie-interventies richten zich echter vooral op domeinen van functioneren die (nog) niet relevant zijn voor de meeste mensen die in een langdurige intramurale setting worden behandeld. Te denken valt aan bijvoorbeeld onderwijs (Leonard & Bruer, 2007) en werk (Bond et al., 2020).

Cognitieve Adaptatie Training (CAT) is een psychosociale interventie die zich richt op dagelijkse levensvaardigheden, zoals persoonlijke hygiëne, en kan geschikt zijn voor behandeling in een intramurale setting. CAT is erop gericht de functionele vaardigheden te vergroten door cognitieve beperkingen te compenseren, in plaats van cognitie te trainen (Allott et al., 2020; Velligan et al., 2002). Na een beoordeling van de functionele vaardigheden, cognitief functioneren en de manifestatie van executieve stoornissen in het dagelijks leven (gedragstype; heeft iemand juist stimulatie nodig (apathie) of een vermindering van prikkels (disinhibitie)), worden compensatie strategieën ontwikkeld en omgevingshulpmiddelen voorgesteld. Onderzoek heeft aangetoond dat CAT consistent positieve effecten heeft op dagelijks functioneren, terugvalpreventie en kwaliteit van leven in ambulante zorg (Velligan et al., 2002, 2008). Bovendien laten mensen met de diagnose ernstige en aanhoudende psychische aandoeningen die langdurig intramurale zorg nodig hebben, verbeteringen zien in dagelijkse levensvaardigheden, executief functioneren en visuele aandacht (Quee et al., 2014; Stiekema et al., 2020). CAT kan dus een waardevolle aanvulling zijn op de behandeling in deze setting.

Ondanks de effectiviteit van interventies is echter vastgesteld dat onderzoeksresultaten lang niet altijd optimaal worden gebruikt en toegepast in de klinische praktijk (Drake & Essock, 2009). Het in kaart brengen van belemmerende en bevorderende factoren voor de implementatie van dergelijke interventies kan waardevolle inzichten opleveren, zowel voor interventie specifieke aspecten (bv. voor CAT) als voor evidence-based praktijken in het algemeen. Belemmerende en bevorderende factoren kunnen op verschillende niveaus worden vastgesteld: op het niveau van de interventie (bijv. 'Is de interventie duidelijk beschreven?'); op het niveau van de zorgverlener (bijv. 'Beschikken de zorgverleners over voldoende kennis en vaardigheden?') en op het niveau van de organisatie. (bijv. 'Is er voldoende tijd beschikbaar om de interventie toe te passen?'). Kennis van deze factoren is essentieel voor de implementatie, omdat het belangrijke input levert voor het ontwerpen van effectieve strategieën om de onderzoeksresultaten te vertalen naar de klinische praktijk. Bovendien kunnen belemmerende en bevorderende factoren binnen deze niveaus op elkaar inwerken en elkaar versterken. Dit wordt samengevat door het capability (C), opportunity (O), motivation (M) and behaviour (B) (COM-B) model, dat gedragsverandering bij individuen beschouwt als het mechanisme dat implementatie aanstuurt (Michie et al., 2011). Het model gaat ervan uit dat relaties tussen capaciteiten, mogelijkheden en motivatie causaal verbonden zijn met gedragsverandering (B) en vice versa. Als zodanig bieden deze factoren en hun relaties verklaringen voor waarom een verpleegkundige wel of niet overgaat tot gewenst gedrag, wat in het geval van dit onderzoek het toepassen van CAT is. Bekwaamheid wordt gedefinieerd als de psychologische en fysieke bekwaamheid om CAT uit te voeren (bv. kennis), mogelijkheid wordt gedefinieerd als de sociale en fysieke omstandigheden die buiten de controle van verpleegkundigen liggen, maar noodzakelijk zijn voor het uitvoeren van CAT (bv. sociale steun en middelen) en motivatie wordt gedefinieerd als de reflectieve (bv. overtuiging dat CAT effectief is)

en automatische (bv. CAT maakt deel uit van routinezorg) processen die het gedrag van verpleegkundigen sturen.

In de huidige studie willen wij een beter inzicht krijgen in de factoren die samenhangen met de implementatie van CAT in instellingen die intramurale zorg verlenen aan mensen met EPA. Ten eerste willen we belemmerende en bevorderende factoren van de implementatie van CAT identificeren op het niveau van de interventie, de zorgverlener en de organisatie. Ten tweede willen we de relaties onderzoeken die in het COM-B model worden beschreven. De resultaten van deze studie helpen ons om cruciale factoren in kaart te brengen waarmee men rekening moet houden bij de implementatie van CAT en andere psychosociale interventies in de klinische praktijk, en ze kunnen een basis vormen voor toekomstig implementatieonderzoek.

Methoden

Onderzoeksopzet

Deze studie is onderdeel van een grote multicenter gerandomiseerde gecontroleerde (RCT) trial om de effectiviteit van Cognitieve Adaptatie Training (CAT) als verpleegkundige interventie in de langdurige intramurale geestelijke gezondheidszorg te evalueren (Stiekema et al., 2020). Als onderdeel van deze trial werd een post hoc procesevaluatie uitgevoerd waarbij alle verpleegkundigen op de afdelingen die toegewezen waren aan de CAT-conditie werden benaderd voor deelname. Alle verpleegkundigen gaven mondeling informed consent.

Interventie

CAT is een psychosociale interventie die tot doel heeft het dagelijks functioneren te verbeteren door cognitieve stoornissen te compenseren met behulp van compensatiestrategieën en omgevings-hulpmiddelen (Velligan et al., 2000) die gebaseerd zijn op de persoonlijke doelen van de client, en ook op zijn niveau van executief functioneren en de manifestatie van deze executieve stoornissen in het dagelijks leven (gedragstype). Aanvullende informatie over CAT wordt beschreven in de CAT-handleiding (Velligan et al., 2010). In het onderzoek werden 12 verpleegkundige teams gerandomiseerd in teams die alleen gebruikelijke zorg (treatment as usual (TAU conditie)) leverden en teams die met CAT werkten aanvullend op de gebruikelijke zorg (CAT conditie). De verpleegkundigen in de CAT-groep kregen één dag didactische training in het opzetten van CAT-interventies volgens het CAT-protocol. Deze verpleegkundigen waren verantwoordelijk voor het opzetten en aanpassen van CAT-interventies voor één tot drie cliënten, en het hele team was verantwoordelijk voor de ondersteuning en voortzetting van de interventies op dagelijkse basis. Alle CAT-gerelateerde werkzaamheden (organisatie, aanpassingen en het gebruik van compensatiestrategieën en omgevingshulpmiddelen) werden uitgevoerd tijdens reguliere contactmomenten tussen cliënten en verpleegkundigen; er werd dus geen extra tijd of personeel ingezet om deze taken uit te voeren. Twee psychologen van de afdeling superviseerden de verpleegkundigen in het uitvoeren en toepassen van CAT. De resultaten van de RCT waren nog niet beschikbaar toen de procesevaluatie werd uitgevoerd. Daarom waren de verpleegkundigen niet op de hoogte van de resultaten van de RCT.

Resultaten

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van het Measurement Instrument for Determinants of Innovations (MIDI), dat is ontworpen om bevorderende en belemmerende factoren van interventie-implementatie te bepalen (Fleuren et al., 2014). Twee getrainde onderzoeksassistenten (MA-niveau) namen de MIDI af als semi-gestructureerd interview. De MIDI werd ontwikkeld op basis van een literatuurstudie gevolgd door een Delphi-studie onder implementatie-experts, waardoor de inhoudsvaliditeit werd gewaarborgd (Fleuren et al., 2004). De MIDI omvat 29 determinanten, gemeten op een Likert-schaal die de mate van overeenstemming of onenigheid met de items weergeven. De keuzemogelijkheden varieerden van 1-2 (nee/ja) en 1-6 (geen tot alle). De MIDI bevat vier subschalen: interventiespecifiek (bijv. 'De interventie is gebaseerd op feitelijk correcte kennis'; zeven items); interventie-adoptie (bijv. 'Ik (d.w.z. de verpleegkundige) vindt dat het mijn verantwoordelijkheid is om CAT te gebruiken'; 11 items); organisatie-specifiek (bijv. 'Er is voldoende personeel om de interventie te gebruiken'; 10 items) en sociaal-politieke context (bijv. 'De in de interventie genoemde activiteiten passen goed binnen de bestaande wet- en regelgeving'; één item). Dit laatste item werd in het huidige onderzoek niet gebruikt omdat CAT in overeenstemming is met de nationale wet- en regelgeving. Voor zeven items (items 8, 13, 15 en 16) werden subvragen geformuleerd. Deze aanpassingen van de MIDI waren in overeenstemming met de manier waarop de MIDI is opgezet, namelijk determinanten kunnen worden weggelaten of afgestemd op de doelstellingen van het onderzoek. De algemene interne consistentie van de MIDI was acceptabel ($\alpha = 0,74$) (George & Mallery, 2003).

In aanvulling op de MIDI creëerden wij zes items die specifiek betrekking hadden op CAT: het volgen van CAT-training; kennis over de inhoud en het proces van CAT; motivatie om CAT te gebruiken; kennis van het gedragstype en het niveau van executief functioneren en de vaardigheid om CAT-interventies op te zetten. De keuzeopties varieerden van 1-2 (nee/ja) en 1-6 (geen tot alle). Alle MIDI-determinanten en CAT-specifieke items worden beschreven in tabel S1. Zowel de MIDI- als de CAT-specifieke vragen werden gesteld in de vorm van een semi-gestructureerd interview. Om diepgaande kwalitatieve gegevens naast de kwantitatieve gegevens uit de MIDI- en CAT-specifieke vragen te verzamelen, werd aan alle verpleegkundigen gevraagd hun antwoorden toe te lichten.

Statistische methoden

Aangezien hogere scores staan voor een grotere overeenstemming, moest voor een aantal items omgekeerd worden gescoord. Voor elke determinant werden gemiddelden en standaarddeviaties (SD's) berekend. Om te bepalen of de items belemmerende, bevorderende factoren of geen van beide waren, werden twee antwoordcategorieën gebruikt voor de vierpunts Likert-schaal (niet akkoord, akkoord) en drie categorieën voor de Likert-schalen met vijf tot zeven items (niet akkoord, neutraal en akkoord). Een determinant werd als een belemmerende factor beschouwd indien $\geq 20\%$ van de respondenten het er niet mee eens was en als een bevorderende factor indien $\geq 80\%$ van de respondenten was het eens met de determinant (Deenik et al., 2019; Verberne et al., 2018).

De relaties tussen bekwaamheid, mogelijkheid en motivatie in het COM-B model werden als volgt geanalyseerd: Alle vragenlijstitems werden toegewezen aan

bekwaamheid, mogelijkheid of motivatie op basis van consensusbeoordelingen (auteurs MD, LM en MP). Dit proces bracht vijf items aan het licht die niet overeenkwamen met een van deze categorieën en werden gecategoriseerd als een vierde construct: waardebeoordeling (A). In deze studie wordt waardebeoordeling gedefinieerd als de evaluatie door de zorgverlener van CAT en de waargenomen waarde ervan voor de klinische praktijk. Vervolgens werd voor elke verpleegkundige een gemiddelde score berekend op basis van de constructen bekwaamheid, mogelijkheid, motivatie en waardebeoordeling door de oorspronkelijke gegevens van de verpleegkundigen over de MIDI- en CAT-specifieke items op te tellen en vervolgens te delen door het aantal items in die categorie. De categorisering van de items is weergegeven in tabel S2. De correlatie-coëfficiënt Pearson's r werd gebruikt om de relatie tussen bekwaamheid (C), gelegenheid (O), motivatie (M) en waardebeoordeling (A) ($\alpha = 0,05$) te evalueren. Aan de assumpties voor de r van Pearson werd voldaan. Aangezien we geen maat voor gedragsverandering (B) hadden opgenomen, konden we dit construct niet in onze analyse opnemen. Alle analyses werden uitgevoerd met IBM SPSS versie 26.0 (IBM Corp., 2019). Thematische analyse werd gebruikt om de kwalitatieve data te categoriseren en werd uitgevoerd door MvD. In lijn met Noticing-Collecting-Thinking methode beschreven door Friese (2019), werd een inductieve benadering gebruikt om de onderwerpen genoemd onder verpleegkundigen in te delen. De antwoorden van de verpleegkundigen die correspondeerden met de vragen werden gekwantificeerd in percentages.

Resultaten

Werving

Alle verpleegkundigen in de CAT-conditie ($n = 50$) werden tussen maart en juni 2016 benaderd en uitgenodigd om deel te nemen. In totaal stemden 46 van de 50 verpleegkundigen die in aanmerking kwamen in met deelname aan de interviews (8 mannen, 38 vrouwen). Vier verpleegkundigen konden niet worden geïnccludeerd omdat zij niet langer werkzaam waren in de deelnemende teams op het moment dat de interviews werden afgenomen. De MIDI-resultaten zijn weergegeven in tabel 1.

Resultaten

Belemmerende en bevorderende factoren

Interventieniveau

Wat de interventie CAT betreft, noemde 80% van de verpleegkundigen de duidelijkheid van het proces als een bevorderende factor, waarbij zij aangaven dat de interventie hen helpt om op een gestructureerde en systematische manier te werken. Er werden geen belemmeringen met betrekking tot dit niveau vastgesteld.

Niveau zorgverlener

Wat het niveau van de zorgverlener betreft, noemde 83% van de verpleegkundigen de motivatie om CAT in de dagelijkse praktijk te gebruiken als een bevorderende

factor, en de 17% die dat niet deed gaven verschillende verklaringen: 'CAT lijkt veel op de dingen die we al doen in ons dagelijks werk' en 'Ik was niet gemotiveerd door de manier waarop het me werd gebracht. Mij werd gewoon gezegd dat ik het moest doen.' In totaal identificeerde 89% van de verpleegkundigen resultaatverwachtingen als een bevorderende factor, wat aangeeft dat zij verwachtten dat CAT zou bijdragen aan de onafhankelijkheid van de gebruikers: 'CAT helpt me te begrijpen waarom bepaalde taken moeilijk zijn voor de cliënt, zodat ik daar rekening mee kan houden bij de ondersteuning. Het helpt ook om grotere doelen op te delen in kleinere stappen.' In totaal vond 83% van de verpleegkundigen dat de professionele verplichting een bevorderende factor is: 'Het is mijn taak om cliënten vooruit te helpen, en CAT ondersteunt dit proces.' Sociale steun van collega's (83%) en leidinggevend (84%) werd ook genoemd als een bevorderende factor, wat aangeeft dat de verpleegkundigen verwachtten voldoende steun te krijgen van hun collega's en leidinggevend: 'Ik zou hulp en steun krijgen van elk teamlid als ik dat nodig zou hebben. Mijn manager is ook een groot voorstander van CAT.' Tot slot werden self-efficacy om CAT-interventies te creëren (91%) en uit te voeren (96%), en subjectieve bekendheid met de inhoud van CAT (89%) geïdentificeerd als bevorderende factoren.

In totaal noemde 26% van de verpleegkundigen persoonlijke nadelen als een belangrijke belemmering, waaronder: (i) administratieve lasten in verband met RCT-uitkomstmaten die een negatieve houding ten opzichte van CAT uitlokken; (ii) bezorgdheid dat de interventie een te grote belasting vormt voor de cliënten en (iii) het risico dat de interventie niet wordt gebruikt bij hun afwezigheid doordat sommige collega's zich niet betrokken voelen. Als tweede belemmerende factor meldden de verpleegkundigen in de teams die aan de CAT-conditie waren toegewezen dat bijna de helft van hun collega's CAT (item 'beschrijvende norm' in de MIDI) de CAT-hulpmiddelen niet hun dagelijks werk meenemen (40%): 'Ik praat over CAT met mijn collega's, maar ik zie ze het niet echt toepassen.' Een gebrek aan inhoudelijke en procedurele kennis over CAT werd als derde belemmerende factor genoemd: 54% van de verpleegkundigen kon niet meer dan één aspect noemen dat met CAT te maken had. De aspecten die het meest werden genoemd waren het gebruik van hulpmiddelen in de omgeving ($n = 9$) en het doel om het dagelijks functioneren te verbeteren ($n = 7$). Het compenseren van cognitieve tekorten werd zelden genoemd ($n = 2$), evenals het gebruik van gedragstypes bij het ontwikkelen van CAT-interventies ($n = 2$). Bovendien konden de meesten het niveau van executief functioneren (76%) en het gedragstype (62%) van hun cliënten niet aangeven. Ook had 28% van de verpleegkundigen geen basistraining CAT gevolgd, maar in plaats daarvan instructies gekregen van een collega of de CAT-handleiding gelezen.

Tabel 1 Gemiddelden, standaardafwijkingen en percentages van determinanten

Determinanten	M	SD	N	% oneens	% neutraal	% akkoord
Determinanten van CAT						
1. Procedurele duidelijkheid	3.8	0.7	46	6.5	13.0	80.4
2. Correctheid	3.7	0.6	46	4.3	23.9	71.7
3. Volledigheid	3.7	0.7	46	4.3	30.4	65.2
4. Complexiteit	3.8	0.9	46	10.9	13.0	76.1
5. Compatibiliteit	3.8	0.6	46	4.3	17.4	78.3
6. Waarneembaarheid	3.5	0.9	46	4.3	17.4	78.3
7. Relevantie voor de gebruikers van de diensten	3.6	0.8	46	10.9	23.9	65.2

Determinanten in verband met de gebruiker (verpleegkundigen)

8a. Persoonlijke voordelen	3.6	0.7	45	8.9	17.8	73.3
8b. Persoonlijke nadelen	3.3	1.1	45	26.7	26.7	46.7
9. Resultaatverwachtingen	4.1	0.6	46	-	10.9	89.1
10. Professionele verplichting	3.9	0.7	46	4.3	13.0	82.6
11. Tevredenheid van de gebruikers	3.6	0.5	46	2.2	39.1	58.7
12. Medewerking van de gebruikers	3.6	0.6	36	2.8	33.3	63.9
13a. Sociale steun: collega's	3.9	0.8	46	8.7	8.7	82.6
13b. Sociale steun: supervisoren	4.0	0.7	45	4.4	11.1	84.4
14. Beschrijvende norm (1-7)	4.6	1.7	43	39.5	18.6	41.9
15a. Subjectieve norm: supervisor	3.8	0.9	46	6.5	21.7	71.7
15b. Subjectieve norm: management	4.0	1.0	46	6.5	15.2	78.3
15c. Subjectieve norm: mening supervisor	3.3	0.9	46	15.2	34.8	50.0
15d. Subjectieve norm: mening management	3.5	0.9	46	10.9	26.1	63.0
16a. Self-efficacy: creëer CAT-interventies	4.0	0.6	46	2.2	6.5	91.3
16b. Self-efficacy: CAT-interventies uitvoeren	4.0	0.6	46	2.2	2.2	95.7
17. Kennis	3.6	1.0	46	15.2	21.7	63.0
18. Bekendheid met de inhoud van CAT (1-4)	3.1	0.6	46	10.9	-	89.1

Determinanten die verband houden met de organisatie

19. Formele bekrachtiging door de directie (nee/ja)	1.7	0.4	42	26.2	-	73.8
20. Vervanging bij vertrek van personeel	3.4	1.0	46	19.6	26.1	54.3
21. Personeelscapaciteit	3.8	0.8	46	13.0	6.5	80.4
22. Financiële middelen	3.5	.8	46	10.9	30.4	58.7
23. Beschikbare tijd	3.4	0.9	46	19.6	28.3	52.2
24. Materiële middelen en voorzieningen	3.8	0.7	46	8.7	13.0	78.3
25. Coördinator (nee/ja)	1.9	0.3	44	9.1	-	90.1
26. Onafhankelijke organisatie (nee/ja)	1.1	0.3	46	87.0	-	13.0
27. Toegankelijke informatie over het gebruik van CAT	4.0	0.6	46	2.2	8.7	89.1
28. Feedback over prestaties	3.1	1.0	46	37.0	21.7	41.3

CAT-specifieke items

29. CAT-kennis	1.5	1.3	46	54.3	32.6	13.0
30. Aanwezigheidstraining (nee/ja)	1.7	0.5	46	28.3	-	71.7
31. Gedragstype (nee/ja)	1.4	0.5	37	62.2	-	37.8
32. Niveau van executief functioneren (nee/ja)	1.2	0.4	31	75.7	-	24.3
33. Uitvoering van CAT-interventies (nee/ja)	1.8	0.4	38	18.4	-	81.6
34. Motivatie om CAT te gebruiken (1-4)	3.2	0.8	46	17.4	-	82.6

Opmerking: Alle antwoordmogelijkheden variëren van 1 tot 5, tenzij anders vermeld tussen haakjes. Oneens = score < 3; neutraal = score 3; eens = score > 3. Belemmeringen (≥20% oneens) en bevorderende factoren (≥80% eens) zijn vetgedrukt.

Tabel 2 Correlatiematrix

	N	Vermogen	Kans	Motivatie	Beoordeling
Bekwaamheid	46	-			
Mogelijkheid	39	0.325*	-		
Motivatie	45	0.469**	0.184	-	
Waardebeoordeling	46	0.430**	0.214	0.738**	-

*p ≤ .05.

**p ≤ .001.

Organisatieniveau

Er werden verschillende bevorderende factoren vastgesteld met betrekking tot de organisatorische structuur. In totaal gaf 80% van de verpleegkundigen aan dat zij voldoende personeel in hun teams hadden om CAT te gebruiken zoals bedoeld. Ook verklaarde 87% van de verpleegkundigen dat er een formele coördinator was aangesteld voor de implementatie van CAT. Tenslotte gaf 89% van de verpleegkundigen aan dat informatie over CAT gemakkelijk toegankelijk was binnen hun organisatie.

In totaal noemde 26% van de verpleegkundigen het ontbreken van een formeel document (bv. werkplannen en beleidsplannen) dat het gebruik van CAT binnen de organisatie beschrijft ('formele bekrachtiging' in MIDI) een belemmering. Verder noemde 87% van de verpleegkundigen een instabiele organisatie als gevolg van organisatorische veranderingen een belemmering. De meesten gaven aan veranderingen in het behandelbeleid te ervaren: *'We moeten mensen ondersteunen bij het doen van hun eigen boodschappen, in plaats van deze voor hen te verzorgen.'* Anderen noemden veranderingen in de organisatiestructuur, bv. een verschuiving van een door een manager geleid team naar een zelfsturend team, als meest storend. Ten slotte noemde 37% van de verpleegkundigen een gebrek aan feedback over de prestaties als een belemmering, waarbij meer dan een derde aangaf dat de organisatie onvoldoende feedback gaf over de voortgang en uitvoering van CAT: *'In het begin werden CAT-interventies regelmatig besproken in het multidisciplinaire overleg, maar later hoorde ik er nooit meer iets over.'*

Bekwaamheid, mogelijkheid, motivatie en waardebeoordeling

Uit Tabel 2 blijkt dat bivariate correlatieanalyse laat zien dat er significante matige positieve correlaties bestaan tussen bekwaamheid en mogelijkheid, bekwaamheid en motivatie, bekwaamheid en waardebeoordeling, en een sterke correlatie tussen motivatie en waardebeoordeling.

Discussie

Deze studie had tot doel de belemmerende en bevorderende factoren van de implementatie van evidence-based interventies, zoals CAT in de klinische praktijk, in kaart te brengen en de relaties te onderzoeken tussen bekwaamheid, mogelijkheid, motivatie en waardebeoordeling op basis van het COM-B model. De belangrijkste bevinding is dat de meeste belemmerende factoren werden ervaren op organisatorisch niveau, en dat de meeste bevorderende factoren werden genoemd op het niveau van de interventie en de zorgverlener. Verder bevestigen onze resultaten de relatie tussen de factoren die in het COM-B model zijn geïdentificeerd in de CAT-context.

Interpretatie

Belemmerende en bevorderende factoren

Interventieniveau

Wij hebben geen belemmeringen op interventieniveau kunnen vaststellen. Procedurele duidelijkheid werd geïdentificeerd als een bevorderende factor, wat aangaf dat de stappen die nodig zijn om een CAT-behandelplan op te stellen begrijpelijk waren voor de verpleegkundige teams. Andere studies vonden dat de ervaren complexiteit van een interventie omgekeerd evenredig is met het succes van de implementatie (Damschroder et al., 2009; Greenhalgh et al., 2004; Gustafson et al., 2003). De duidelijke en begrijpelijke CAT-procedure bevestigt dus gevoelens van bekwaamheid en wat de bereidheid om CAT te gebruiken zal vergroten. Objectieve metingen van procedurele CAT-kennis vonden echter het tegenovergestelde onder de geïnterviewde verpleegkundigen, zoals beschreven in de onderstaande paragraaf.

Niveau zorgverlener

Persoonlijke nadelen werden geïdentificeerd als een belemmerende factor en hielden meestal verband met de administratieve last van de onderzoeksmetingen, waardoor negatieve beoordelingen en associaties met de uitgevoerde interventie ontstonden. Daardoor kunnen verpleegkundigen ook de motivatie verliezen om mee te doen aan onderzoeksactiviteiten in het algemeen (Clark, 2008). Als het gaat om de klinische praktijk zal deze belemmering niet van toepassing zijn omdat er geen onderzoeksmetingen zullen worden uitgevoerd. Omdat deze procesevaluatie post hoc werd uitgevoerd, kunnen we deze aanname bevestigen doordat de verpleegkundigen aangaven zeer gemotiveerd te zijn om met CAT te werken, toen administratieve onderzoekstaken niet meer nodig waren.

Hoewel de meeste verpleegkundigen aangaven in staat te zijn CAT-interventies te ontwerpen, op te zetten en uit te voeren; zich gemotiveerd voelden om CAT te

gebruiken; CAT als onderdeel van hun werk beschouwden en steun noemden van zowel hun manager als hun collega's, gaven zij ook aan dat minder dan de helft van hun collega's CAT gebruikte in hun dagelijkse praktijk. Ondanks onze inspanningen om sociaal wenselijke antwoorden te minimaliseren (bv door de interviews te laten afnemen door studenten die de verpleegkundigen niet kennen), zou sociaal wenselijkheid wel de discrepantie kunnen verklaren tussen de zelfverklaarde kennis over CAT en het relatief lage niveau van feitelijke inhoudelijke en procedurele kennis. Dit gebrek aan kennis zou als een belemmering kunnen worden gezien. Immers, onvoldoende inhoudelijke en procedurele kennis van CAT kan het werkingsmechanisme en een goede uitvoer van de behandeling beïnvloeden.

Organisatorisch niveau

Het ontbreken van een formeel document (bv. werkplannen en beleidsplannen) waarin het gebruik van CAT binnen de organisatie wordt beschreven kan medewerkers het gevoel geven dat de organisatie, inclusief het management, niet volledig toegewijd is aan het gebruik van CAT in de praktijk. Dit is belangrijk, aangezien commitment van het management om een interventie te implementeren in de dagelijks zorg een significante invloed heeft op het succes van de implementatie (Damschroder et al., 2009). Toch leek het gebrek aan formele bekrachtiging geen invloed te hebben op het gevoel van steun van het management en zagen verpleegkundigen het in plaats daarvan als een bevorderende factor. Dit is in overeenstemming met een onderzoek naar de implementatie van Assertive Community Treatment (ACT) bij mensen met de diagnose EPA, waaruit bleek dat steun vanuit het midden-/hogermanagement als vanuit teamleiders bepalend waren voor het implementatiesucces (Mancini et al., 2009).

Verder werd een instabiele organisatie als een tweede belemmering genoemd. De kwalitatieve data gaven aan dat verpleegkundigen vooral instabiliteit ervoeren in verband met veranderingen in het behandelbeleid, gericht op meer herstelgerichte zorg en een overgang naar de-institutionalisering. In lijn met de herstelbeweging moesten de afdelingen transformeren van residentiële naar behandelafdelingen (Medeiros et al., 2008). Desondanks leek deze perceptie van instabiliteit geen invloed te hebben op de motivatie om CAT in de dagelijkse praktijk te gebruiken. Mogelijk was het verplegend personeel in staat om CAT af te stemmen op dit herstelgerichte zorgperspectief, maar dit werd door geen van de verpleegkundigen expliciet gezegd. Een derde belemmering was het ontbreken van regelmatige feedbackbijeenkomsten om de voortgang van CAT te bespreken. Hoewel het geven van feedback was opgenomen in de onderzoeksopzet door gedurende de eerste twee maanden minstens één keer per maand individuele supervisie te geven en gedurende de daaropvolgende zes maanden CAT-groepsbijeenkomsten (Stiekema et al., 2015), hadden verpleegkundigen meer feed-back willen krijgen. Ook ander onderzoek schetste het belang van supervisie bij de implementatie. Wekelijkse supervisie en voortgangsrapportages die steun voor de interventie lieten zien behoorden tot de sterkste voorspellers van succesvolle implementatie (Fixsen et al., 2005; Greenhalgh et al., 2004; Whitley et al., 2009).

Hoewel factoren op zorgverlener niveau, zoals een gedegen opleiding, essentieel zijn voor de implementatie, moet ook rekening worden gehouden met contextuele factoren, zoals organisatiekenmerken. Hierin kan het management een belangrijke rol spelen. Betrokkenheid en actieve belangstelling kunnen de empowerment van

personeel versterken. Zich gewaardeerd voelen door de organisatie houdt verband met betere resultaten bij de uitvoering. Dit geldt zowel voor directe betrokkenheid, zoals feedbackbijeenkomsten, als voor indirecte betrokkenheid, zoals het beschrijven van het gebruik van de interventie in een formeel document. Dus ook al zijn behandelaren over het algemeen degenen die evidence-based interventies gebruiken in hun behandeling, de betrokkenheid van het management is essentieel om het succes van de implementatie te vergroten.

COM-B

In overeenstemming met het COM-B model vonden wij een positieve relatie tussen de bekwaamheid en motivatie van verpleegkundigen om CAT te gebruiken in de dagelijkse praktijk. Deze studie evalueerde bekwaamheid vooral door zelfevaluatie en niet door objectieve metingen. Daarmee zouden we 'bekwaamheid' ook interpreteren als self-efficacy, d.w.z. de overtuiging van een persoon dat hij in staat is om een specifiek gedrag of een specifieke vaardigheid uit te voeren (Bandura, 1977; Treasure, 2004). In dit geval betekent dat dus de bekwaamheid in het toepassen van CAT. De positieve relatie tussen bekwaamheid en motivatie die in deze studie werd gevonden, suggereert dat meer self-efficacy kan leiden tot een verhoogde motivatie om CAT toe te passen en vice versa. Dit is in overeenstemming met onderzoek dat aantoont dat mensen met een sterk gevoel van self-efficacy meer geneigd zijn de interventie toe te passen en het gebruik ervan voort te zetten wanneer zij moeilijkheden ondervinden bij de implementatie. De positieve correlatie tussen motivatie en waardebeoordeling ondersteunt deze interpretatie en suggereert dat een positieve waardebeoordeling van CAT en de waargenomen klinische waarde ervan de motivatie om het te gebruiken verhogen. Deze driehoek bestaande uit self-efficacy, waardebeoordeling, en motivatie om gedragsverandering te bewerkstelligen wordt benadrukt in de literatuur over motivational interviewing in psychiatrische behandeling, die stelt dat het relatieve belang (waardebeoordeling) van verandering en self-efficacy de individuele bereidheid tot gedragsverandering bepalen (Treasure, 2004).

Gezien het belang van self-efficacy en beoordeling van verandering voor motivatie, benadrukken deze bevindingen de noodzaak van adequate training en actief leren om de toepassing van evidence-based praktijken te vergroten. De huidige gegevens suggereren echter dat de inhoudelijke kennis van CAT en bijbehorende procedures niet altijd optimaal is. Daarom valt het te overwegen een meer diepgaande opleiding en eventueel andere opleidingsmethoden te ontwikkelen, naast manieren om met elkaar te reflecteren op de ervaringen met CAT. Uit ander onderzoek is gebleken dat training via workshops en handleidingen onvoldoende was om voldoende behandelingsstrouw, vaardigheden en competentie te creëren (Beidas & Kendall, 2010; Sanders & Turner, 2005). Actieve leerprocessen - met inbegrip van coaching, leren ter plaatse en feedback om de voortgang te evalueren - bleken het meest effectief bij het verbeteren van de implementatie en zouden in toekomstige studies moeten worden opgenomen om de kennis van een interventie te vergroten, waardoor het gevoel van zelfredzaamheid toeneemt.

Hoewel niet gespecificeerd in het COM-B model, vonden we ook een positieve relatie tussen bekwaamheid en de mogelijkheid om CAT te gebruiken in de

dagelijkse praktijk, wat erop wijst dat hoe meer de verpleegkundigen zich gesteund voelen, hoe bekwaamer zij zich voelen in het gebruik van CAT. De capabiliteitsbenadering benadrukt deze relatie (Sen, 1974) en stelt dat de bekwaamheden van mensen in het algemeen worden bepaald door externe factoren, zoals interacties met anderen, opleiding en toegang tot middelen. Evenzo toont de implementatieliteratuur aan dat de inzet en betrokkenheid van managers belangrijk zijn voor het implementatiesucces, aangezien zij middelen kunnen toewijzen (b.v. opleidingsbudgetten, ruimte en tijd) en kunnen helpen bij het prioriteren van werktaken die nodig zijn voor een effectieve implementatie (Rycroft-Malone et al., 2004). Ten slotte kunnen voldoende capaciteiten om CAT toe te passen leiden tot een grotere doeltreffendheid van de interventie en bijgevolg de contextuele factoren bij de implementatie van CAT versterken. Als de gunstige resultaten van de interventie beter zichtbaar zijn voor managers en collega's, zullen zij waarschijnlijk meer bereid zijn te investeren in termen van sociale steun en toewijzing van middelen die nodig zijn om de interventie toe te passen.

In tegenstelling tot bevindingen beschreven in de literatuur (Michie et al., 2011), vonden wij geen verband tussen motivatie en mogelijkheid. Hoewel wij dit niet kunnen verklaren in verband met andere onderzoeksresultaten, verwachten we dat de motivatie om CAT te gebruiken samenhangt met andere contextuele en organisatorische factoren die wij in deze studie niet hebben gemeten.

Implicaties voor verpleegkundigen

Om het gebruik van evidence-based interventies in de klinische praktijk door verpleegkundigen te bevorderen, worden verschillende stappen geadviseerd. Op basis van onze studie moet de belangrijkste prioriteit voor toekomstig gebruik van CAT in de klinische zorg liggen bij het trainen van het hele verpleegkundig team dat CAT gaat gebruiken, om ervoor te zorgen dat zij voldoende kennis hebben van de interventie. Gebaseerd op de gegevens die de inhoudelijke kennis van CAT in kaart brachten, geeft deze studie aan dat de eendaagse training en klinische supervisie over het uitvoeren van CAT onvoldoende waren voor de verpleegkundigen om alle concepten en onderliggende neuropsychologische processen die de basis vormen van de interventie te begrijpen. Daardoor is het goed mogelijk dat CAT niet modelgetrouw is uitgevoerd, wat de effectiviteit van de interventie kan hebben beïnvloed. Ons onderzoek toont ook aan dat de mate waarin iemand zich bekwaam genoeg voelt om de interventie toe te passen van invloed is op de motivatie om de interventie te gebruiken, evenals de mate waarin iemand de interventie nuttig vindt in zijn dagelijkse zorg. Daarom moet er meer nadruk worden gelegd op de initiële en doorlopende training van het hele verpleegteam, en op lokale kartrekkers, d.w.z. mensen die de interventie in hun team initiëren, uitvoeren en ondersteunen (bijv. door de voordelen van de evidence-based interventie te benoemen, collega's te helpen kennis te vergaren en discussies met collega's bij te wonen), waardoor ze een voorbeeldfunctie vervullen en zich eigenaar voelen van de interventie. Dat is met name van belang in supervisie of boostersessies. Een tweede weg naar een betere implementatie is het inzetten van zeer gemotiveerde mensen. Het aanstellen van lokale kampioenen kan de implementatie bevorderen en bijdragen aan de beslissing van andere verpleegkundigen om de evidence-based praktijk toe te passen (Aarons et al., 2012; Fishbein et al., 2003), en kan als gevolg daarvan anderen motiveren om deze te gebruiken. Ondanks de gunstige rol van deze lokale kartrekkers, kan de

implementatie van de interventie stagneren wanneer zij vertrekken. Om dit risico te minimaliseren, moeten er meerdere lokale kartrekkers worden aangesteld of moet er een nieuwe lokale kartrekker worden gezocht. De laatste implicatie voor de klinische praktijk is dat het management betrokken moet worden bij het implementatieproces om in gezamenlijkheid de belemmerende factoren vast te stellen die een succesvol gebruik in de dagelijkse zorg in de weg staan. Dit omvat zaken als het betrekken van het verpleegkundigen, het creëren van betrokkenheid bij en verantwoordelijkheid voor de interventie, het bepalen welke aanvullende training of supervisie nodig is en het toewijzen van middelen zoals tijd en bijbehorende kosten. Als deze verbeteringen kunnen worden gerealiseerd, ontstaat een meer collectieve aanpak van de implementatie van evidence-based interventies binnen de verpleegkundige teams, waardoor een betere basis ontstaat voor duurzame implementatie.

Sterke punten en beperkingen

Een belangrijke kracht van deze studie is dat zij is uitgevoerd in een omgeving waarin de behandelingsmogelijkheden schaars waren en de afgelopen decennia weinig aandacht kregen in het onderzoek. Verder, bieden onze resultaten belangrijke aanbevelingen voor toekomstig effectiviteits- en implementatieonderzoek bij deze populatie. Het in kaart brengen van de belemmerende en bevorderende factoren van implementatie zal helpen om meer op maat gesneden implementatiestrategieën op te stellen om implementatiebarrières te overwinnen. Daarom zijn de resultaten van deze studie meegenomen in vervolgonderzoek naar de implementatie van CAT in de routinezorg (van Dam et al., 2020).

Deze studie heeft ook enkele beperkingen. Ten eerste konden we door een gebrek aan gegevens de huidige bevindingen niet relateren aan het succes van de implementatie, zoals het succes van de behandeling. Ook hadden we geen maatstaf voor het meten van gedragsverandering, waardoor we niet alle componenten van het COM-B model konden analyseren. Ten tweede werd de MIDI op advies van de ontwikkelaars afgenomen als een semi-gestructureerd interview (in plaats van een vragenlijst), wat sociaal wenselijke antwoorden kan hebben opgeleverd. Niettemin hebben wij van 46 van de 50 verpleegkundigen (92%) meer diepgaande gegevens verzameld - een zeer hoog responspercentage vergeleken met de gebruikelijke responspercentages van 20%-47% voor online of papieren enquêtes (Nulty, 2008). Bovendien is de MIDI, ondanks het grondige ontwikkelingsproces dat wijst op een solide inhoudsvaliditeit, nog niet volledig gevalideerd. Aangezien de MIDI is ontworpen voor de preventieve gezondheidszorg voor kinderen en wordt voorgesteld als toepasbaar voor andere settings, is het mogelijk dat de kenmerken niet volledig overlappen met die in de geestelijke gezondheidszorg. Ten derde hebben we grenswaarden geformuleerd voor belemmerende ($\geq 20\%$) en bevorderende ($\geq 80\%$) factoren, in lijn met andere studies die de MIDI hebben gebruikt (Deenik et al., 2019; Dugstad et al., 2020). Hoewel verschillende items niet kwalificeerden als belemmerende of bevorderende factoren onder deze normen, kunnen ze toch een significante impact hebben op de implementatie (Greenhalgh et al., 2004). Bijvoorbeeld, 19,6% van de verpleegkundigen gaf aan dat ze te weinig tijd hadden om CAT te gebruiken en dat er geen opgeleide vervangers beschikbaar waren wanneer verpleegkundigen vertrekken. Als dit niet wordt aangepakt en er geen geschoolde vervanging beschikbaar is bij personeelwisselingen, zal de implementatie hoogstwaarschijnlijk mislukken. Ten vierde, aangezien het oorspronkelijke onderzoek (de RCT) in de

eerste plaats gericht was op de gebruikers, hebben wij geen andere beschrijvende gegevens over het verplegend personeel verzameld dan het geslacht. Ook het feit dat dit onderzoek post hoc werd uitgevoerd, kan de resultaten hebben beïnvloed. Hoewel de verpleegkundige teams nog niet op de hoogte waren van de resultaten van de RCT (aangezien deze nog niet geanalyseerd waren), kunnen zij een toename in het dagelijks functioneren hebben waargenomen bij zorggebruikers die CAT gebruikten. Dit zou tot positievere resultaten kunnen hebben geleid dan de procesevaluatie tijdens de studieperiode werd afgenomen. Ten slotte geeft deze studie verschillende aanbevelingen om de algemene implementatie van CAT in de routinepraktijk te verbeteren. Dit artikel introduceert deze aanbevelingen, maar ze worden uitgebreider beschreven in het studieprotocol voor een vervolgstudie naar een nieuw implementatieprogramma voor CAT en vergelijkbare psychosociale interventies (van Dam et al., 2020).

Relevantieverklaring

Dit onderzoek beschrijft het perspectief van verpleegkundigen in de geestelijke gezondheidszorg op de belemmerende en bevorderende factoren voor de implementatie van een effectieve interventie voor mensen met een EPA. Het manuscript is van belang voor dit tijdschrift omdat het hulpverlener, managers en andere zorgvernieuwers kan helpen de implementatie van interventies te verbeteren door rekening te houden met de belemmerende en bevorderende factoren. Op basis van deze studie moet toekomstige implementatie gericht zijn op voortdurende training en supervisie van CAT-specialisten, benoeming van lokale kartrekkers om betrokkenheid en inclusie te vergroten en betrokkenheid van het management om organisatorische barrières te overwinnen. Op die manier helpt dit onderzoek cliënten om meer voordeel te halen uit de effectieve interventies.

Erkenningen

De auteurs bedanken alle verpleegkundigen in de geestelijke gezondheidszorg voor hun tijd en inzet bij deelname aan dit onderzoek. Deze studie werd gefinancierd door NutsOhra (subsidienummer: 103-041).

Auteursbijdragen

Alle auteurs hebben bijgedragen aan de opzet van de studie. Michelle van Dam verzamelde de gegevens, voerde de analyse uit en schreef het eerste concept van het manuscript. Alle auteurs bespraken de resultaten, gaven feedback en droegen bij aan de definitieve versie van het manuscript.

Goedkeuring

Het protocol werd goedgekeurd door de Medisch Ethische Commissie van het Universitair Medisch Centrum Groningen in Nederland (M13.143271). De auteurs verklaren dat alle procedures die hebben bijgedragen tot dit werk voldoen aan de ethische normen van de relevante nationale en institutionele comités voor menselijke experimenten en de Verklaring van Helsinki van 1975.

Verklaring van beschikbaarheid van gegevens

De gegevens die de bevindingen van deze studie ondersteunen, worden bewaard in het Psychiatrisch Instituut Lentis en zijn toegankelijk voor leden van het onderzoeksteam. Voor vragen over de gegevens kunt u contact opnemen met de corresponderende auteur.

ORCID

Michelle van Dam <https://orcid.org/0000-0001-5574-5657>

Jaap van Weeghel <https://orcid.org/0000-0002-8537-6167>

Annemarie Stiekema <https://orcid.org/0000-0002-6739-3772>

Stynke Castelein <https://orcid.org/0000-0002-8419-568X>

Marieke Pijnenborg <https://orcid.org/0000-0002-1461-0649>

Lisette van der Meer <https://orcid.org/0000-0002-7703-7026>

Referenties

- Aarons, G. A., Glisson, C., Green, P. D., Hoagwood, K., Kelleher, K. J., & Landsverk, J. A. & The Research Network on Youth Mental Health (2012). The organizational social context of mental health services and clinician attitudes toward evidence-based practice: A United States national study. *Implementation Science*, 7, 56. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-56>
- Allott, K., van-der-EL, K., Bryce, S., Parrish, E. M., McGurk, S. R., Hetrick, S., Bowie, C. R., Kidd, S., Hamilton, M., Killackey, E., & Velligan, D. (2020). Compensatory interventions for cognitive impairments in psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 46(4), 869–883. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbz134>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Beidas, R. S., & Kendall, P. C. (2010). Training therapists in evidence-based practice: A critical review of studies from a systems contextual perspective. *Clinical Psychology*, 17(1), 1–30. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2009.01187.x>
- Bond, G. R., Drake, R. E., & Becker, D. R. (2020). An update on individual placement and support. *World Psychiatry*, 19(3), 390–391. <https://doi.org/10.1002/wps.20784>
- Clark, T. (2008). We're over-researched here!: Exploring accounts of research fatigue within qualitative research engagements. *Sociology*, 42(5), 953–970. <https://doi.org/10.1177/0038038508094573>
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4, 50. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>
- Deenik, J., Tenback, D. E., Tak, E. C. P. M., Blanson Henkemans, O. A., Rosenbaum, S., Hendriksen, I. J. M., & van Harten, P. N. (2019). Implementation barriers and facilitators of an integrated multidisciplinary lifestyle enhancing treatment for inpatients with severe mental illness: The MULTI study IV. *BMC Health Service Research*, 19(1), 740. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4608-x>

- Dugstad, J., Sundling, V., Nilsen, E. R., & Eide, H. (2020). Nursing staff's evaluation of facilitators and barriers during implementation of wireless nurse call systems in residential care facilities. A cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 20(1), 163–169. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4998-9>
- Fishbein, M., Hennessy, M., Yzer, M., & Douglas, J. (2003). Can we explain why some people do and some people do not act on their intentions? *Psychology, Health & Medicine*, 8(1), 3–18. <https://doi.org/10.1080/1354850021000059223>
- Fixsen, D., Naoom, S., Blase, K., & Friedman, R. (2005). *Implementation research: A synthesis of the literature*. University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, National Implementation Research Network.
- Fleuren, M. A. H., Paulussen, T. G. W. M., van Dommelen, P., & van Buuren, S. (2014). Towards a measurement instrument for determinants of innovations. *International Journal for Quality in Health Care*, 26(5), 501–510. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzu060>
- Fleuren, M. A. H., Wiefferink, K., & Paulussen, T. (2004). Determinants of innovation within health care organizations: Literature review and Delphi study. *International Journal for Quality in Health Care*, 16(2), 107–123. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzh030>
- Friese, S. (2019). *Qualitative data analysis with ATLAS.ti* (3rd ed.). Sage Publications Ltd.
- George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update* (4th ed.). Allyn & Bacon.
- Green, M. F., Kern, R. S., Braff, D. L., & Mintz, J. (2000). Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: Are we measuring the 'right stuff'? *Schizophrenia Bulletin*, 26(1), 119–136. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033430>
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *The Milbank Quarterly*, 82(4), 581–629. <https://doi.org/10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x>
- Gustafson, D. H., Sainfort, F., Eichler, M., Adams, L., Bisognano, M., & Steudel, H. (2003). Developing and testing a model to predict outcomes of organizational change. *Health Services Research*, 38(2), 751–776. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.00143>
- IBM Corp (2019). *IBM SPSS statistics for windows*. Armonk, NY.
- Killaspy, H., Rambarran, D., & Bledin, K. (2008). Mental health needs of clients of rehabilitation services: A survey in one trust. *Journal of Mental Health*, 17(2), 207–218. <https://doi.org/10.1080/09638230701506275>
- Leonard, E. J., & Bruer, R. A. (2007). Supported education strategies for people with severe mental illness: A review of evidence based practice. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 11, 97–109.
- Mancini, A. D., Moser, L. L., Whitley, R., McHugo, G. J., Bond, G. R., Finnerty, M. T., & Burns, B. J. (2009). Assertive community treatment: Facilitators and barriers to implementation in routine mental health settings. *Psychiatric Services*, 60(2), 189–195. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.60.2.189>
- Medeiros, H., McDaid, D., & Knapp, M. (2008). *Shifting care from hospital to the community in Europe: Economic challenges and opportunities* PSSRU.
- Michie, S., van Stralen, M. M., & West, R. (2011). The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions.

- Implementation Science*, 6, 42. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>
- Nulty, D. D. (2008). The adequacy of response rates to online and paper surveys: What can be done? *Null*, 33(3), 301–314. <https://doi.org/10.1080/02602930701293231>
 - Quee, P. J., Stiekema, A. P. M., Wigman, J. T. W., Schneider, H., van der Meer, L., Maples, N. J., van den Heuvel, E. R., Velligan, D. I., & Bruggeman, R. (2014). Improving functional outcomes for schizophrenia patients in the Netherlands using cognitive adaptation training as a nursing intervention - A pilot study. *Schizophrenia Research*, 158(1–3), 120–125. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.06.020>
 - Rycroft-Malone, J., Harvey, G., Seers, K., Kitson, A., McCormack, B., & Titchen, A. (2004). An exploration of the factors that influence the implementation of evidence into practice. *Journal of Clinical Nursing*, 13(8), 913–924. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.01007.x>
 - Sanders, M. R., & Turner, K. M. T. (2005). Reflections on the challenges of effective dissemination of behavioural family intervention: Our experience with the triple P - positive parenting program. *Child and Adolescent Mental Health*, 10(4), 158–169. <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2005.00367.x>
 - Sen, A. (1974). Informational bases of alternative welfare approaches: Aggregation and income distribution. *Journal of Public Economics*, 3(4), 387–403. [https://doi.org/10.1016/0047-2727\(74\)90006-1](https://doi.org/10.1016/0047-2727(74)90006-1)
 - Stiekema, A. P. M., Quee, P. J., Dethmers, M., van den Heuvel, E. R., Redmeijer, J. E., Rietberg, K., Stant, A. D., Swart, M., van Weeghel, J., Aleman, A., Velligan, D. I., Schoevers, R. A., Bruggeman, R., & van der Meer, L. (2015). Effectiveness and cost-effectiveness of cognitive adaptation training as a nursing intervention in long-term residential patients with severe mental illness: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 16, 49–58. <https://doi.org/10.1186/s13063-015-0566-8>
 - Stiekema, A. P. M., van Dam, M. T., Bruggeman, R., Redmeijer, J. E., Swart, M., Dethmers, M., Rietberg, K., Wekking, E. M., Velligan, D. I., Timmerman, M. E., Aleman, A., Castelein, S., van Weeghel, J., Pijnenborg, G. M. H., & van der Meer, L. (2020). Facilitating recovery of daily functioning in people with a severe mental illness who need longer-term intensive psychiatric services: Results from a cluster randomized controlled trial on cognitive adaptation training delivered by nurses. *Schizophrenia Bulletin*, 46(5), 1259–1268. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbz135>
 - Treasure, J. (2004). Motivational interviewing. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10(5), 331–337. <https://doi.org/10.1192/apt.10.5.331>
 - van Dam, M. T., van Weeghel, J., Castelein, S., Pijnenborg, G. H. M., & van der Meer, L. (2020). Evaluation of an adaptive implementation program for cognitive adaptation training for people with severe mental illness: Protocol for a randomized controlled trial. *JMIR Research Protocols*, 9(8), e17412. <https://doi.org/10.2196/17412>
 - Velligan, D. I., Bow-Thomas, C., Huntzinger, C., Ritch, J., Ledbetter, N., Prihoda, T. J., & Miller, A. L. (2000). Randomized controlled trial of the use of compensatory strategies to enhance adaptive functioning in outpatients with schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 157(8), 1317–1323. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.8.1317>

- Velligan, D. I., Diamond, P. M., Mintz, J., Maples, N., Li, X., Zeber, J., Ereshefsky, L., Lam, Y.-W. F., Castillo, D., & Miller, A. L. (2008). The use of individually tailored environmental supports to improve medication adherence and outcomes in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 34(3), 483–493. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbm111>
- Velligan, D., Maples, N., & Ritch, J. (2010). *Cognitive adaptation training: The use of Compensatory strategies in the psychosocial rehabilitation of patients with Schizophrenia (manual)*. UTHSCSA, Department of Psychiatry.
- Velligan, D. I., Prihoda, T. J., Ritch, J. L., Maples, N., Bow-Thomas, C. C., & Dassori, A. (2002). A randomized single-blind pilot study of compensatory strategies in schizophrenia outpatients. *Schizophrenia Bulletin*, 28(2), 283–292. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006938>
- Verberne, L. M., Kars, M. C., Schepers, S. A., Schouten-van Meeteren, A. Y. N., Grootenhuis, M. A., & van Delden, J. J. M. (2018). Barriers and facilitators to the implementation of a paediatric palliative care team. *BMC Palliative Care*, 17(1), 23–28. <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0274-8>
- Whitley, R., Gingerich, S., Lutz, W. J., & Mueser, K. T. (2009). Implementing the illness management and recovery program in community mental health settings: Facilitators and barriers. *Psychiatric Services*, 60(2), 202–209. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.60.2.202>

Klinische les

Acute dystonie bij een 78-jarige man met gelijktijdig olanzapine- en lithium-gebruik

J. van der Valk, T.R.W.M. Walrave¹ en C.J. Blanksma

Samenvatting

Een 78-jarige man is opgenomen in verband met een manisch-psychotische ontregeling. Vlak voor de opname wordt gestart met olanzapine en tijdens opname vindt lithium additie plaats. Tijdens opname wordt de patiënt positief getest op COVID-19. Een dag later wordt patiënt met forse motorische onrust en spiercontracties aangetroffen op zijn kamer. Het bewustzijn is helder, maar de communicatie is vrijwel onmogelijk. Het klinische beeld past het best bij een acute dystonie. Patiënt herstelde na intramusculaire biperideen toediening, dit bevestigde de diagnose. De acute dystonie is vermoedelijk ontstaan door een combinatie van het recent starten en in relatief korte tijd ophogen van olanzapine en lithium additie, met daarbij een COVID-19 infectie, bij een kwetsbaar brein (TIA in de voorgeschiedenis). In deze klinische les wordt deze zeldzame complicatie van dopamine receptorblokkerende middelen beschreven.

Trefwoorden: acute dystonie, antipsychotica, olanzapine, lithium, COVID-19

Inleiding

Acute dystonie is een acuut ontstane bewegingsstoornis waarbij spieren in het lichaam onwillekeurig samentrekken. Het kan focaal optreden, waarbij een lichaamsdeel is aangedaan, zoals bijvoorbeeld bij een kaakklem, of segmentaal, waarbij twee of meer aangrenzende lichaamsdelen zijn aangedaan, en gegeneraliseerd, waarbij het hele lichaam is aangedaan. Acute dystonie treedt in de meeste gevallen op na het starten of ophogen van de dosering van antipsychotica. Het risico op het optreden van acute dystonie ten gevolge van antipsychotica hangt af van het gebruikte middel, het tempo van verhoging van de dosering en eventuele comedatie. Risicofactoren zijn verder: klassieke antipsychotica, jonge leeftijd, mannelijk geslacht, een kwetsbaar brein (hersensletsel), eerder doorgemaakte acute dystonie en recent cocaïnegebruik. Deze klinische les beschrijft het beeld van een acute gegeneraliseerde dystonie, hetgeen een uiterst beangstigende ervaring is. Ziektegeschiedenis Het betreft een 78-jarige, gehuwde man, die qua psychiatrische voorgeschiedenis bekend is met recidiverende depressieve episodes en recidiverende insomnia en eenmalig een psychotische depressie (1992), na ontslag van het werk. Hij gebruikt momenteel sertraline 200 mg per dag. Patiënt is voor zijn pensioen werkzaam geweest als gymnastiekleraar, bij meerdere middelbare scholen. De eerste

¹ Contactpersoon: T.R.W.M. Walrave, psychiater en A-opleider bij Mediant Geestelijke Gezondheidszorg, e-mailadres: tr.walrave@mediant.nl

depressieve episode ontstond, toen hij, vanwege een hernia nucleus pulposi, zijn werk tijdelijk niet meer kon doen. Hij is hiervoor destijds behandeld op de PAAZ. Maniforme episodes zijn er in het verleden nooit geweest. Hij woont thuis met zijn zorgzame vrouw en samen hebben zij twee uitwonende dochters. Hij is, ondanks verwijzingen uit de eerste lijn, nooit eerder ambulant behandeld geweest in de specialistische GGZ, vanwege schaamte. In tabel 1 is de somatische voorgeschiedenis weergegeven met daarbij de ingezette behandeling.

Tabel 1: Somatische voorgeschiedenis + behandeling

Voorgeschiedenis	Behandeling
1992 - Hernia nucleus pulposus	Conservatief beleid
1995 - Hypercholesterolemie	Atorvastatine 20mg 1dd
2011 - TIA t.g.v. atriumfibrilleren	Ablatie, apixaban 5mg 2dd, metoprolol 50mg 1dd
2019 – Prostaatacarcinoom	Operatie, pelviene lymfklierdissectie beiderzijds i.v.m. cT2C prostaatacarcinoom
2021 – Obstipatie	Psylliumvezels 3,25g 1dd

De laatste twee maanden is hij, zonder duidelijk aanwijsbare redenen, sneller overbelast, zo kan het kijken naar een televisieprogramma hem al te veel zijn. Meneer is toenemend somberen er zijn angstklachten. De laatste weken laat hij significant gewijzigd gedrag zien, wat zijn vrouw niet eerder ervaren heeft bij hem. Hij is toenemend geïrriteerd en snel kortaf. Vanwege de toenemende onrust is hij in overleg met de ambulant behandelende psychiater en sociaalpsychiatrisch verpleegkundige gestart met mirtazapine 15 mg voor het slapen, naast de sertraline 200 mg daags. Na een woordenwisseling thuis, die uitmondt in een woede-uitbarsting, geeft zijn echtgenote aan dat het te veel wordt voor haar. Hij wordt, na een beoordeling van de Crisisdienst, vrijwillig klinisch opgenomen op de Acute Opname Afdeling van de GGZ met een manische ontregeling met paranoïde-psychotische kenmerken. Er wordt gestart met olanzapine 5 mg voor de nacht en de mirtazapine en de sertraline worden afgebouwd. De olanzapine wordt vanwege onvoldoende effect na enkele dagen opgehoogd naar 10 mg. De patiënt blijft psychotisch, hij is achterdochtig en druk en zijn gedachten zijn niet te volgen. Hij wordt twee weken na de crisisopname overgeplaatst naar de afdeling Ouderenpsychiatrie, alhier wordt hij vriendelijker in contact, wel is hij nog hypomaan en daarbij ook rand psychotisch. De patiënt heeft geen ziekte-inzicht en vindt zelf dat het goed met hem gaat. Gezien de ontremming wordt, in overleg met patiënt en familie, naast de olanzapine, lithium 400 mg gestart. Een week na het starten van lithium vindt er een omslag plaats, waar hij tot die tijd vond dat het uitstekend met hem ging, geeft de patiënt nu aan veel klachten te hebben. Hij geeft aan dat hij alles maar moeilijk kan volgen en dat hij moeite heeft om zaken te onthouden, ook heeft hij klachten van duizeligheid en een vreemd gevoel in het hoofd. De lithiumspiegel blijkt laag (0,39 mmol/L-therapeutisch venster 0,6-0,8 mmol/L) waarop het lithium wordt opgehoogd naar 600 mg. Overige laboratoriumwaarden lieten geen afwijkingen zien. Twee dagen later wordt bij

de patiënt vanwege meerdere coronagevallen op de afdeling een COVID-19 test afgenomen. De volgende dag geeft hij aan keelklachten te hebben en later die dag blijkt de afgenomen COVID-19 test positief te zijn.

Later op die dag wordt patiënt ontkleed, liggend op de grond in zijn kamer, aangetroffen. Hij is motorisch zeer onrustig, het bewustzijn is helder maar de communicatie is vrijwel onmogelijk en hij voert geen opdrachten uit. Tijdens een kort moment van contact geeft hij aan geen pijn te hebben. Hij maakt een apraktische indruk, waarbij hij met hoge spiertonus ritmische, onwillekeurige bewegingen maakt, met zijn hele lichaam. Hierbij zien wij hem met gestrekte benen, een holle rug en zijn hoofd achterovergebogen verkrampd op bed te liggen, (dit wordt een opisthotonus genoemd), afgewisseld met een flexie houding. Verder is de gezichtsuitdrukking van patiënt opvallend, bij vlagen is een stijve grijns op zijn gezicht te zien met daarbij ontholte tanden en een strakke blik in de ogen (Dit verschijnsel heet risus sardonius). Ook is patiënt incontinent geweest van urine. De vitale functies zijn niet afwijkend. Het onderzoek van hart, longen en buik laat geen afwijkingen zien. Neurologisch onderzoek wordt gedaan voor zover mogelijk was. Pupilreflexen zijn niet afwijkend en de motoriek van het gelaat is symmetrisch. Kracht, sensibiliteit, reflexen en coördinatie van de extremiteiten kunnen in deze toestand niet getest worden, maar zichtbaar is dat de bewegingen symmetrisch waren. Zowel het hoofd als het gehele lichaam wordt geïnspecteerd op bloedingen of ander letsel, deze worden niet waargenomen.

Differentiaaldiagnose

Op basis van de klinische presentatie, lichamelijk onderzoek, de recente wisselingen in medicatie en de recente COVID-19 besmetting wordt differentiaal diagnostisch voornamelijk gedacht aan neurologische en psychiatrische oorzaken. Neurologisch wordt gedacht aan temporale epilepsie en een CVA. Temporale epilepsie staat hoog in de differentiaaldiagnose vanwege de motorische onrust en de incontinentie, maar wordt minder waarschijnlijk geacht gezien de risus sardonius. Er wordt ook gedacht aan een CVA vanwege de TIA in de voorgeschiedenis, maar dit is minder waarschijnlijk, gezien de symmetrische presentatie zonder paresen.

Psychiatrisch wordt, vanwege de motorische onrust en de gestoorde aandacht, onder andere gedacht aan een hyperactief delier, maar het klinisch beeld van ritmische extensie/opisthotonus en flexie passen daar niet bij. Er wordt ook gedacht aan katatonie, dit wordt onwaarschijnlijk geacht vanwege afwezigheid van rigiditeit, katalepsie en flexibilis cerea. Conversie is een moeilijk uit te sluiten diagnose en blijft nog staan in de differentiaaldiagnose. Op geleide van het klinisch beeld staat de acute dystonie bovenaan in de differentiaaldiagnose. Zowel de motorische onrust, de hoge spiertonus als de opisthotonus en de risus sardonius passen hierbij. De combinatie van de recent gestarte olanzapine waarvan vervolgens de dosis werd verhoogd, de recente lithium additie, met daarbij een COVID-19 infectie en een kwetsbaar brein (met een TIA in de voorgeschiedenis) lijkt dit beeld te hebben veroorzaakt.

Beleid en beloop

Overwogen wordt om patiënt in te sturen naar de afdeling Neurologie in het algemeen ziekenhuis. Hier zou, met MRI en elektro-encefalogram (EEG), aanvullend diagnostisch onderzoek kunnen worden gedaan om CVA en epilepsie uit te sluiten. Echter, gezien de werkdiagnose acute dystonie, de kritische situatie en de zeer kleine kans op bijwerkingen wordt gekozen om eerst intramusculair biperideen 2,5 mg toe te dienen. Dit is de eerste keuze behandeling bij acute dystonie. Na een half uur knapt patiënt zichtbaar op, er is minder spiertonus, de motorische onrust is verminderd en ook is er geen opisthotonus noch risus sardonius meer zichtbaar. De patiënt kan weer communiceren en hij geeft adequaat antwoord. Hij geeft aan dat hij nu opgelucht is en dat hij enorm angstig is geweest en het gevoel heeft gehad dat dit het einde van zijn leven zou zijn. Aangezien de acute dystonie van patiënt geheel in remissie is, wordt besloten om hem niet in te sturen naar het ziekenhuis. Er is geen indicatie meer voor een verder onderzoek naar eventueel co-morbide somatisch lijden.

Beschouwing

Dystonie is een bewegingsstoornis waarbij er aanhoudende of intermitterende contracties van een spier, spiergroep of het hele lichaam zijn. Dit kan resulteren in repetitieve bewegingen en een afwijkende houding (1). Daarnaast veroorzaakt dystonie vaak angst en ontreddering. Er bestaat zowel acute- als tardieve dystonie. Een dystonie komt meestal voor als bijwerking van anti-psychotische medicatie, vrijwel altijd ontstaat het na het starten van een dopamine receptorblokkerend middel of na het ophogen van de dosis daarvan (2). Klassieke antipsychotica zoals haloperidol zijn vormen een bekende risicofactor; atypische antipsychotica zoals olanzapine in veel mindere mate. ., Andere risicofactoren voor het krijgen van acute dystonie zijn: jonge leeftijd, mannelijk geslacht, hersenletsel, cocaïnegebruik, lithiumadditie en een voorgeschiedenis met acute dystonie (3).

Naast het recent starten en ophogen van olanzapine en lithium heeft de patiënt uit deze casus verder het mannelijke geslacht en het kwetsbare brein (TIA in voorgeschiedenis) als risicofactoren. De precieze pathofysiologie van acute dystonie is nog niet bekend, waarschijnlijk speelt blokkade van dopaminereceptoren in de basale ganglia hierin een rol (1). Acute dystonie vertoont snel herstel na toediening van anticholinergica, zoals bijvoorbeeld intra musculaire biperideen injectie (4). De patiënt uit deze casus gebruikt, op het moment van het optreden van de acute dystonie, lithium en olanzapine. Het lithium is sinds een week toegevoegd en na enkele dagen opgehoogd en de olanzapine gebruikt hij dan sinds enkele weken. Lithium is al meer dan vijftig jaar bekend als stemmingsstabilisator (5). Het gebruik van lithium vereist nauwlettende monitoring van de spiegel, gezien de smalle therapeutische breedte. Tremoren zijn de meest voorkomende neurologische bijwerking, maar zeldzamere complicaties als dystonie kunnen ook voorkomen (6). Lithium moet, ondanks de bijwerkingen die het met zich mee kan brengen, worden gezien als een belangrijke behandelingspijler bij patiënten met bipolaire stoornissen (5). Op neuronaal niveau vermindert lithium de exciterende neurotransmitters dopamine en glutamaat en verhoogt het de remmende neurotransmitter GABA (7).

Olanzapine is een middel dat behoort tot de atypische antipsychotica en het wordt, vanwege de sederende bijwerkingen, voorgeschreven bij manische episoden. Vanwege het gunstigere bijwerkingenprofiel, met name op het gebied van extrapiramidale stoornissen, wordt tegenwoordig vaker gebruik gemaakt van atypische antipsychotica dan van klassieke antipsychotica (8). Echter, bekend is dat atypische antipsychotica in zeldzame gevallen ook kunnen leiden tot extrapiramidale bijwerkingen, waaronder acute dystonie (1). Olanzapine heeft een blokkerende werking op receptoren voor serotonine, dopamine, histamine en muscarine; via de laatste kunnen anti-cholinerge bijwerkingen ontstaan. De meest voorkomende bijwerkingen van olanzapine zijn slaperigheid, orthostatische hypotensie en gewichtstoename, ook kunnen in zeldzame gevallen extrapiramidale bijwerkingen optreden, ondanks het anti-cholinerge effect. Van het ontstaan van acute dystonie, na het starten van enkel olanzapine, zijn weinig casussen beschreven. Bij deze patiënt was het ook onwaarschijnlijk dat de olanzapine op zichzelf de dystonie had uitgelokt, omdat patiënt dit middel al enkele weken gebruikte. Echter, gelijktijdig gebruik van antipsychotica en lithium kan dystonie luxeren, met name bij een kwetsbaar brein (9). De acute dystonie kan ook optreden bij een (sub) therapeutische lithiumspiegel (10). Bij de patiënt uit deze casus is de meest recente lithiumspiegel, van drie dagen voor de acute dystonie, nog onder de gewenste therapeutische waarde. Van lithium is bekend dat de spiegel kan stijgen, wanneer ergens in het lichaam een infectie optreedt. Uit recent onderzoek is gebleken dat dit ook het geval is bij COVID-19 infecties (11). Mogelijkerwijs is de lithiumspiegel van de patiënt uit deze casus gedurende de COVID-19 infectie, door verminderde hydratatie, gestegen of heeft de infectie de neurologische kwetsbaarheid verergerd.

Reflectie

Bij deze patiënt is de manisch psychotische ontregeling mogelijk geluxeerd door de hoge sertraline dosering. Vervolgens is de sertraline afgebouwd. Hij heeft toen, als zeldzame complicatie bij olanzapine gebruik met lithiumadditie, een acute dystonie ontwikkeld, bij een onderliggende COVID-19 infectie. Op de dag dat bekend werd dat de patiënt positief was getest op het coronavirus, heeft hij de acute dystonie ontwikkeld. Wanneer in een eerder stadium bekend was geworden dat hij besmet was met COVID-19, dan had de lithiumspiegel eerder gecontroleerd kunnen worden en eventueel de lithium- en ook de olanzapine dosering verlaagd kunnen worden. Achteraf gezien had patiënt prodromen van een virusinfectie: veel klachten/malaise, prikkelbaarheid, hij kan alles maar moeilijk volgen, geheugenproblemen, duizeligheid en een vreemd gevoel in het hoofd.

Deze casus en de daarbij gepresenteerde literatuur illustreren dat het ten tijde van een infectie en/of een kwetsbaar brein belangrijk is om voorzichtig te zijn met het starten en ophogen van dopamine receptorblokkerende middelen en voorzichtig te zijn met lithiumadditie, omdat dit bij risicogroepen (mede) kan leiden tot bijwerkingen, waaronder in zeldzame gevallen een acute dystonie. Een bijwerking die, gezien de uiterst beangstigende ervaring voor de patiënt, te allen tijde vermeden dient te worden.

Literatuurlijst

- 1 van Mierlo HC, Schubart CD, Golüke NMS, Bessembinders KM, Tijdink JK. Acute dystonia in a patient with an elevated clozapine level due to an infection. Tijdschrift voor Psychiatrie 2018; 60(12):843-847.
- 2 Loonen AJM, Ivanova SA. Neurobiological mechanisms associated with antipsychotic drug-induced dystonia. Journal of Psychopharmacology 2021 Jan;35(1):3-14.
- 3 Hirjak D, Kubera KM, Bientreu S, Thomann PA, Wolf RC. Antipsychotic-induced motor symptoms in schizophrenic psychoses-Part 1: Dystonia, akathisia and parkinsonism. Nervenarzt 2019 Jan; 90(1):1.
- 4 Kanburoglu M, Derinoz O, Cizmeci M, Havalı C. Is Acute Dystonia an Emergency? Sometimes, It Really Is. Pediatric emergency care 2013 Mar;29(3):380-382.
- 5 Licht RW. Lithium: Still a Major Option in the Management of Bipolar Disorder. CNS neuroscience & therapeutics 2012 Mar;18(3):219-226.
- 6 Aggarwal R, Garg D, Dhamija R. Lithium-induced lingual dystonia. Annals of the Indian Academy of Neurology 2020 May 1;23(3):383-384.
- 7 Malhi GS, Tanious M, Das P, Coulston CM, Berk M. Potential mechanisms of action of lithium in bipolar disorder. CNS drugs 2013 Feb 1;27(2):135.
- 8 Kumar A, Datta SS, Wright SD, Furtado VA, Russell PS, Datta SS. Atypical antipsychotics for psychosis in adolescents. Cochrane database of systematic reviews 2013 Oct 15;2013(10):CD009582.
- 9 Netto I, Phutane VH, Ravindran B. Lithium Neurotoxicity Due to Second-Generation Antipsychotics Combined With Lithium: A Systematic Review. Primary care companion for CNS disorders 2019 Jun 20;21(3).
- 10 Jha A, Pai N, Ganjekar S, Desai G, Chaturvedi S. Resurrecting the discussion on neurotoxicity of lithium at therapeutic levels. International clinical psychopharmacology 2020 Oct 29;36(2):106-108.
- 11 Rojas-Velasquez D, Lifland B, Caro MA. Supratherapeutic lithium levels in COVID-19 infection. Bipolar Disorders 2022 Jun;24(4):447-450.

Toelichting literatuursectie

Voor de benodigde informatie is via PubMed gezocht naar 'acute dystonia'. Deze zoekterm is uitgebreid met 'lithium', 'olanzapine', 'antipsychotics', 'infection' en 'COVID-19'. Hierbij is gefilterd op artikelen van de laatste tien jaar. Daarnaast is gekeken naar de risico's en bijwerkingen van medicatie via het Farmacotherapeutisch Kompas en is informatie gehaald uit een artikel over acute dystonie van het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde.

Waarden onder vuur; ethiek in de forensische psychiatrie

S. Kremer, K. Goethals

Achtergrond	Professionals in de forensische psychiatrie komen regelmatig voor morele vraagstukken te staan. Zij moeten bijvoorbeeld afwegingen maken tussen de behandeling van een patiënt en de beveiliging van de maatschappij.
Doel	Inzicht geven in enkele moeilijke, specifiek forensische, dilemma's en laten zien dat forensische professionals baat hebben bij structurele ethiekondersteuning.
Methode	Beschrijven dat ethiekondersteuning zoals moreel beraad nuttig kan zijn bij het maken van morele afwegingen in de forensische psychiatrie.
Resultaten	Door deelname aan moreel beraad worden afwegingen beter onderbouwd en leren medewerkers van en met elkaar.
Conclusie	Moreel beraad ondersteunt medewerkers bij het gezamenlijk nadenken over morele dilemma's van de (forensische) werkvloer.

Er zijn regelmatig dilemma's in de forensisch psychiatrische zorg (Cosyns & Goethals 2013; Kremer & Widdershoven 2019; Gerritsen e.a. 2020). Veel ethische afwegingen in de (forensisch) psychiatrische zorg zijn gebaseerd op vier morele principes, namelijk autonomie, welzijn, niet-schaden en rechtvaardigheid (Beauchamp & Childress 1989). Echter, in de dagelijkse praktijk zal vaak blijken dat deze principes met elkaar kunnen botsen. Wanneer een tbs-gestelde met een achtergrond van zedendelicten bijvoorbeeld graag een prostituee zou bezoeken in zijn resocialisatietraject is dat wellicht goed voor zijn autonomie en welbevinden. Het is echter de vraag of het de prostituee geen schade op zal leveren en of het (daarom) wel rechtvaardig is om toe te staan. Deze morele principes op zichzelf zijn daarmee niet voldoende om medewerkers in de forensische psychiatrie voor te bereiden op de moeilijke vraagstukken waar zij zichzelf voor geplaatst zullen vinden (Beauchamp & Childress 1989). Naast deze morele principes zou men ook oog moeten hebben voor waarden die op het spel staan en voor wie deze waarden gelden. In de forensische psychiatrie worstelt men vaak met de afweging tussen wat goed is voor een patiënt en wat goed is voor de samenleving.

Binnen de forensische psychiatrie leven mensen die worden beperkt in hun (keuze)vrijheid. Medewerkers nemen een groot deel van de beslissingen voor forensische patiënten. Het handelen om bestwil voor de patiënt kan op gespannen voet staan met respect voor de autonomie van de patiënt (Kortmann 2000; Sen e.a. 2007; Kremer e.a. 2013; Kremer & Widdershoven 2019). Paternalisme ligt juist in de forensisch psychiatrische zorg, waar patiënten niet altijd goed in staat zijn om een weloverwogen keuze te maken, op de loer. In deze bijdrage richten we ons in het bijzonder op de complexe dilemma's die er kunnen spelen rond behandelen en beveiligen, hetgeen wij toespitsen op het toedienen van libidoremmende medicatie (LRM). Moreel beraad kan nuttig zijn bij moeilijke afwegingen in de forensische zorg. Deze methode biedt handvatten om gezamenlijk gestructureerd na te denken over complexe morele vragen (Kremer e.a. 2013; Kremer & Widdershoven 2019; Molewijk 2021). Moreel beraad draagt zo bij aan goede zorg voor patiënten en aan zelfzorg voor medewerkers.

Autonomie en paternalisme

Van oudsher zijn proportionaliteit (staat het in ver-

AUTEURS

Swanny Kremer, filosoof, ethicus, onderzoeker en projectleider moreel beraad, Forensisch Psychiatrisch Centrum, Dr. S. van Mesdag, en docent, Rijksuniversiteit Groningen, Faculteit Godgeleerdheid en Godsdienstwetenschap.

Kris Goethals, forensisch psychiater, psychotherapeut en directeur Universitair Forensisch Centrum, Universitair Ziekenhuis Antwerpen, en hoogleraar Forensische psychiatrie, Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute (CAPRI), Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Universiteit Antwerpen.

Correspondentie

S. Kremer (s.kremer@fpcvanmesdag.nl)

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 26-4-2021.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2021;63(10):723-726

houding?), subsidiariteit (is er een minder ingrijpende manier?) en doelmatigheid (is het effectief?) een soort 'juridische meetlat' waarlangs men te maken afwegingen over bijvoorbeeld het inperken van vrijheden en opleggen van dwang legt. Dwang en drang zijn niet bedoeld om de autonomie van de patiënt af te nemen, maar juist om deze uiteindelijk te bevorderen en zo recidivegevaar te laten afnemen. Externe dwang kan ingezet worden om de behandeling op gang te brengen waardoor de interne dwang om onverstandige dingen te doen (hopelijk) vermindert. De patiënt wordt aangespoord om ander gedrag te laten zien, gedrag dat volgens medewerkers beter aansluit bij de maatschappij. De vraag of een patiënt niet kan veranderen of niet wil veranderen, is blijvend actueel. Met dwangbehandeling haal je mogelijk de component van ziekte en 'niet kunnen' weg, waardoor verandering in gedrag kan optreden. Helaas zijn er ook altijd patiënten die (vanwege hun psychiatrische stoornis) niet 'willen' veranderen. Autonomie heeft verschillende kanten. We kunnen namelijk autonomie als waarde beschouwen of deze meer als eigenschap zien. Hiermee is autonomie in de forensische psychiatrie eigenlijk een paradoxaal begrip. Aan de ene kant is het de wens van professionals om de patiënt te zien als een persoon die recht heeft op het maken van eigen afwegingen en het verdedigen van de eigen belangen. Aan de andere kant houdt de forensische setting juist in dat de patiënten vaak niet hieraan kunnen voldoen doordat ze er niet toe in staat zijn door hun psychiatrische aandoening of er niet toe in de gelegenheid zijn door een vrijheidsinperking vanwege de risico-inschatting op recidief. Een paradox dus die zich beweegt tussen twee fundamenteel, verschillende inperkingen van autonomie: interne versus externe dwang/drang, wilsvrijheid versus handelingsvrijheid, waarmee we bedoelen dat de vrijheid ook nog wordt beperkt door maatschappelijke normen betreffende delictpreventie (Kremer e.a. 2013).

Maar hoeveel dwang en drang mag men vervolgens toepassen? Men raakt gemakkelijk in de slip op een glijdende schaal van autonomie naar paternalisme. Het gaat niet om het overnemen van alle verantwoordelijkheden van een patiënt, maar om de patiënt en de samenleving te beschermen tegen onwenselijke of gevaarlijke situaties. Het is de ultieme uitdaging om op dit hellende vlak een goed en juist evenwicht te vinden. Het is een zoektocht naar een balans tussen het recht op zelfbeschikking van de patiënt en het recht op passende zorg en veiligheid. Autonomie kan wel een centrale waarde zijn, maar de aanname dat iedereen autonomie 'als eigenschap' heeft, blijkt niet altijd stand te houden in de forensische psychiatrie (Kremer e.a. 2013). Wij beschrijven een casus passend bij de beschreven thematiek waarbij we in het kort de methode van moreel beraad illustreren. Het al dan niet aanwenden van libidoremmende medicatie (LRM) is een moeilijk dilemma in de forensische psychiatrie. Bij de besproken casus volgen we in grote lijnen de structuur van een moreel beraad. De casus is geanonimiseerd en deels op inhoud aangepast om herkenning van personen te voorkomen.

GEVALSBESCHRIJVING

Patiënt A, een mannelijke leerkracht op een kleuterschool, was veroordeeld voor de verkrachting van twee vijfjarige jongens aan wie hij les gaf. Bij huiszoeking was er veel kinderporno op de computer gevonden. Hij gaf toe dat hij al zeker vier jaar sadistische fantasieën had over het verkrachten van jonge jongens. Patiënt werd na zijn detentie en elektronisch toezicht verwezen voor ambulante behandeling. Naast psychotherapeutische behandeling was er LRM opgestart in injecteerbare vorm gezien de ernst van de seksuele delicten met sadistisch karakter.

Enkele jaren later kreeg patiënt een duurzame relatie met een vriendin die op de hoogte was van zijn voor-geschiedenis. Beiden hadden na drie jaar relatie een kinderwens. Na het stoppen van de LRM zou zijn spermakwaliteit normaliseren. Het dilemma betrof de vraag om mee te werken aan hun kinderwens en gefaseerd te stoppen met LRM of deze medicatie te continueren? Binnen het multidisciplinaire team waren de meningen verdeeld. 'Het recht op een kind' werd zwaar gewogen, maar de verantwoordelijkheid voor de samenleving eveneens. Patiënt kreeg vanuit het team wisselende signalen. Besloten werd om dit dilemma in een moreel beraad te bespreken. Na het formuleren van het dilemma keek men welke waarden er onder vuur lagen. Deelnemers kwamen onder andere op autonomie, veiligheid, bescherming, lichamelijke integriteit, relationaliteit, rechtvaardigheid en verantwoordelijkheid. Verder vond men dat er bij het dilemma rekening gehouden diende te worden met het perspectief van de professional (die voor de keuze stond), patiënt en zijn vriendin, het 'toekomstige kind', en uiteraard altijd met de maatschappij. Dat laatste perspectief werd meegenomen in de argumentatie van de forensische professional.

Moreel beraad

Als voorbeeld werken wij enkele argumenten vanuit het perspectief van de professional, in dit geval de psychiater, uit. Voor het continueren van de LRM pleitte het recidive-risico (verantwoordelijkheid, veiligheid). Mede omdat patiënt nog steeds hoog scoorde op de gebruikte risicotaxatie-instrumenten die seksueel grensoverschrijdend gedrag voorspellen. Risico kon zelfs bestaan voor het 'toekomstige kindje', stel dat dit een jongetje en dus een potentieel slachtoffer wordt (bescherming)? Daarnaast was er nog weinig stabiliteit bereikt op andere fronten zoals op de arbeidsmarkt.

Voor afbouwen van de LRM pleitte het 'recht' op het vervullen van de ouderrol. Een gezin zou patiënt mogelijk ook helpen te stabiliseren (relationaliteit en veiligheid). En ook zijn vriendin zou door een weigering om mee te werken aan de afbouw van de LRM niet in staat gesteld worden moeder te worden (autonomie en rechtvaardigheid), behalve als zij patiënt zou verlaten voor een ander. Echter, het verlies van een stabiele partner zou het risico op recidive bij patiënt weer kunnen verhogen (veiligheid).

In het moreel beraad werden naast het perspectief van de psychiater ook andere perspectieven uitgewerkt. Dat waren patiënt, zijn vriendin, en het toekomstige kind. Rechtvaardigheid (recht hebben op een kind) en autonomie, en veiligheid en verantwoordelijkheid voor de maatschappij waren enkele waarden die hier botsten. Na de bespreking van dit dilemma in een moreel beraad werd gekozen voor veiligheid voor de samenleving. Het risico op toekomstige slachtoffers werd zwaarder gewogen dan de autonomie van patiënt en zijn vriendin.

Patiënt bleef ingesteld op LRM. Door de verschillende perspectieven en argumentatie mee te wegen werd het voor het gehele multidisciplinaire team beter te begrijpen waarom de LRM bij patiënt werd voortgezet. Op de glijdende schaal van autonomie naar paternalisme was zorgvuldig gezamenlijk nagedacht over de minst kwalijke keuze. Voor patiënt en zijn vriendin was het een verdrietige beslissing. Echter, doordat er gezamenlijk was gereflecteerd op deze vraag, was het voor alle betrokken professionals mogelijk om helder uit te leggen aan patiënt en zijn vriendin hoe men tot deze conclusie gekomen was. Voor hen waren de argumenten goed te begrijpen, waarna zij zich beter bij het besluit neer konden leggen.

DISCUSSIE

Achteraf lijkt de uitkomst van een moreel beraad vaak een logische conclusie. Is zo'n lang gesprek met meerdere professionals bij elkaar dan wel nodig? Volgt uit de juridische beginselen zoals subsidiariteit en proportionaliteit niet automatisch de goede conclusie? De vraagtekens bij de meerwaarde van moreel beraad doen echter geen recht aan de moeilijke dilemma's waar medewerkers in de forensische psychiatrie regelmatig voor geplaatst worden. Centraal in een moreel beraad staat niet de uitkomst op zich, maar juist de uitwisseling van verschillende perspectieven en het proces naar die uitkomst toe. In de beschreven omstandigheden was het van meerwaarde om een gesprek te voeren tussen de psychiater en het multidisciplinaire team omdat niet het hele team op één lijn zat. Het moreel beraad hielp voor alle betrokkenen om helder te krijgen welke perspectieven en argumenten een rol spelen en om van en met elkaar te leren (Kremer & Widdershoven 2019).

Ondersteuning personeel

Patiënten binnen de forensische psychiatrie zijn in zeer grote mate afhankelijk van de beslissingen die medewerkers nemen. Dit is ook zo wanneer het gaat om vragen waarbij waarden zoals autonomie, lichamelijke integriteit en veiligheid onder vuur liggen, zoals bij de besproken casus het geval is. Helaas ontbreekt het in de forensische psychiatrie veelal aan een centraal georganiseerde vorm van ethische ondersteuning die steun en sturing kan bieden bij het maken van dergelijke complexe en vaak moreel geladen afwegingen. Door een hoge werkdruk nemen medewerkers vaak geen tijd om stil te staan bij en te reflecteren op hun dagelijkse werkzaamheden. Hierdoor zijn medewerkers regelmatig op zichzelf aangewezen als zij voor een moeilijke afweging staan, waarbij zij zich veelal laten leiden door hun eigen (morele) intuïtie en ervaringen. Afwegingen lijken hierdoor deels arbitrair en ook te weinig reflectief te zijn (Kremer 2013; Kremer & Widdershoven 2019).

Om medewerkers ondersteuning te bieden bij het maken van deze moeilijke afwegingen kan (professionele) ethiek in de instelling behulpzaam zijn (Kremer 2013). Wanneer men op regelmatige basis en gestructureerd met elkaar in gesprek gaat over morele afwegingen, bijvoorbeeld door middel van moreel beraad, is het aannemelijk dat de kwaliteit van onze afwegingen zal verbeteren (Jellema e.a. 2017). Doordat medewerkers binnen de forensische psychiatrie regelmatig met elkaar in gesprek gaan over dilemma's worden zij zich meer bewust van morele vraagstukken op de werkvloer. Door 'oefening' met morele vragen neemt de morele sensitiviteit toe (Kremer e.a. 2017).

Conclusie

In dit artikel lichtten wij toe dat medewerkers in de forensische psychiatrie vaak voor morele dilemma's worden gesteld. Specifiek voor het forensische veld gaan deze dilemma's regelmatig over een afweging tussen een patiënt en de samenleving, over behandeling en beveiliging. Deze dilemma's vragen om weloverwogen afwegingen. Moreel beraad is nuttig bij het gestructureerd nadenken over dergelijke complexe vraagstukken. Door 'stil te staan' en gezamenlijk te reflecteren leren professionals van en met elkaar, wordt de (eventuele) uitkomst van een afweging beter onderbouwd en worden medewerkers zich op den duur meer bewust van dilemma's die op de (forensische) werkvloer afspeelen.

SUMMARY

Values under fire; ethics in forensic psychiatry

S. Kremer, K. Goethals

Background	Professionals in forensic psychiatry regularly face moral issues. For example, they have to make trade-offs between the treatment of a patient and society's security.
Aim	To provide insight into some difficult, specifically forensic, dilemmas and show that forensic professionals benefit from structural ethics support.
Method	Describing that ethics support, such as moral case deliberation, can provide support in making moral choices in forensic psychiatry.
Results	By participating in moral case deliberation, considerations are better substantiated and employees learn from and with each other.
Conclusion	Moral case deliberation supports staff in jointly reflecting on moral dilemmas of the (forensic) workplace.

LITERATUUR

- Beauchamp TL, Childress JF Principles of biomedical ethics. 3de ed. New York/Oxford: Oxford University Press; 1989.
- Cosyns P, Goethals K. Penitentiary mental health care in Belgium. In: Konrad N, Völlm B, Weisstub DN, red. Ethical issues in prison psychiatry. Dordrecht: Springer; 2013 p. 145-52.
- Gerritsen S, Widdershoven G, Bossenbroek B, e.a. Moral dilemmas in contact-based care: the relevance of moral case deliberation for forensic psychiatry. Front Psychiatry 2020; 11: 574336.
- Jellema H, Kremer S, Mackor AR, e.a. Evaluating the quality of the deliberation in moral case deliberations: a coding scheme. Springer: 2017. p. 277-85.
- Kortmann FAM. Beschouwingen over paternalisme en autonomie in de psychiatrie. Tijdschr Psychiatr 2000; 42: 319-26.
- Kremer S. Pionieren met ethiek. Ethische reflectie in Forensisch Psychiatrisch Centrum dr. S. van Mesdag. In: van Ewijk H, Kunneman H, red. Praktijken van normatieve professionalisering. Amsterdam: SWP; 2013. p. 97-116.
- Kremer S, Widdershoven G. Ethiek van de werkvloer. Moreel beraad in de forensische psychiatrie. In: Goethals K, Meynen G, Popma A, red. Leerboek forensische psychiatrie. Utrecht: de Tijdstroom; 2019. p. 407-19.
- Kremer S, van der Meijde J. Ondersteunen van het eigen denkproces. Ethiek in FPC Dr. S. van Mesdag. Tijdschrift voor Humanistiek 2011; 47: 96-105.
- Kremer S, van der Meijde J, te Winkel S, Pomp L. Beschadigde autonomie. (Hoe) valt autonomie te begrijpen in een forensisch psychiatrisch centrum? Journal of Humanistic Studies, Waardenwerk 2013; 52: 89-97.
- Kremer S, Kroon D, Molewijk B, e.a. Morele sensitiviteit in de forensische psychiatrie: heeft moreel beraad invloed op de mate van morele sensitiviteit van sociaaltherapeuten in de (forensische) psychiatrische zorg? Jaarbundel Integriteit, Boots on the ground meet science, 2017. p. 112-28.
- Molewijk B. Moreel beraad: dialogisch onderzoek als vehikel voor continu leren en goede zorg. Tijdschr Psychiatr 2021; 63: 750-4.
- Sen P, Gordon H, Adshead G, e.a. Ethical dilemmas in forensic psychiatry: two illustrative cases. J Med Ethics 2007; 33: 337-41.

Het geweten, een integratieve theorie

Het functioneren van het geweten in delinquenten en niet-delinquenten

Marion Verkade

Op 23 september jongstleden verdedigde Marion Verkade haar goed geschreven proefschrift over het geweten als regulerende psychologische functie. Marion die langdurige ervaring heeft in de forensische psychologie en psychiatrie heeft haar onderzoek gedaan binnen de FPK van GGZ Drenthe. Ze constateert dat het geweten van delinquenten op zich functioneert, maar gehinderd wordt door tekortkomingen in empathie, schaamtegevoel en schaamte coping en moreel redeneren. Deze op zich waardevolle kennis wint aan kracht doordat het vertaald wordt naar de klinische praktijk. Als een echte cientist-practitioner vertaalt de klinisch psycholoog haar resultaten in voorstellen voor verbetering van de behandeling: deze dient minder gericht te zijn op de externaliserende (in het oog springende) coping en meer op de internaliserende coping, dus dat delinquenten zich minder terugtrekken uit een situatie en onvoldoende de schuld bij zichzelf zoeken. De behandelaar dient echt in contact te treden met de delinquent en dit vereist een intersubjectieve (lees: gelijkwaardige) relatie met vrije reflectieruimte, waarin de delinquent/client met vallen en opstaan kan leren naar zichzelf te kijken, niet alleen om schuld, maar ook om kracht en gezond vertrouwen op het innerlijk te ervaren.

We raden de lezer aan om in ieder geval de Nederlandse samenvatting van het proefschrift te lezen, maar natuurlijk liever het gehele proefschrift via deze link: www.publicatie-online.nl/publicaties/marion-verkade/

Inleiding

Meer dan 20 jaar werken als psycholoog in de forensische psychiatrie stelde mij onvermijdelijk en herhaaldelijk voor vragen over het kwaad en de regulatie daarvan. De algemeen geldende gedachte is dat kwade intenties in ieder van ons aanwezig zijn en door het geweten min of meer in bedwang gehouden of gereguleerd worden. Over delinquenten wordt vaak gezegd dat ze over 'lacunaire gewetensfuncties' beschikken of zelfs dat zij gewetenloos zijn. Dit zijn uitspraken die op onvoldoende empirische onderbouwing kunnen rekenen, omdat een eenduidige definitie van het geweten ontbreekt, terwijl het oordeel van een lacunair geweten van grote invloed kan zijn op iemands leven en stigmatiserend kan zijn. Er bestaat een gebrek aan kennis, dat gevolgen heeft voor overwegingen in straf- en maatregel-opleggingen, indicatiestelling, en/of (terugval)preventie.

Het onderzoek in dit proefschrift beoogt de kennis over het geweten als regulerende psychologische functie te vergroten. Dit alles met de bedoeling dat daarmee zowel theoretisch als empirisch onderbouwde, beschrijvende diagnostiek van het functioneren van het geweten mogelijk wordt gemaakt. Dit kan bijdragen aan een meer genuanceerd beeld van de daders die op indicatie behandeling of maatregelen behoeven voordat zij volledig kunnen terugkeren en re-integreren in de samenleving.

Literatuuronderzoek, de definitie van het geweten

Als eerste is onderzocht hoe het geweten tot nu toe in de Engels- en Nederlandstalige (forensisch) psychiatrische en psychologische literatuur werd gedefinieerd en geoperationaliseerd. Daarin zijn twee stromingen te onderscheiden, die elk de cognitieve dan wel de affectieve aspecten van het geweten benadrukken en waarin de vigerende definities veelal uni-dimensioneel zijn. Op basis van de relatie van de aspecten in deze eerdere uni-dimensionele definities met delinquentie, alsook hun onderlinge samenhang en onderlinge afhankelijkheid, bleek het van belang om het geweten niet te reduceren tot het ene of het andere domein of aspect, maar om de kennis hieromtrent samen te brengen in één definitie en theorie van het geweten. Deze multi-dimensionele definitie luidt: Het geweten is een psychologische functie, die ons gedrag en onze identiteit reguleert door middel van zelfreflectie en (tweede-orde) evaluatie, in een samenspel van affectieve en cognitieve empathie, zelfbewuste emoties (zoals schuld en schaamte), en moreel redeneren. Deze psychologische functie manifesteert zich in de ontwikkeling van het kind aanvankelijk in het vermogen tot (affectieve en cognitieve) empathie, gevolgd door de neiging om zelfbewuste emoties zoals schaamte, schuld of trots te ervaren en reguleren, en tenslotte het vermogen tot moreel redeneren. Het geweten is echter moreel neutraal, in die zin dat het zelf geen intrinsieke inhoud heeft. Het is als een lege doos die gevuld kan worden met elke vorm van morele inhoud, dat wil zeggen normen en waarden die we internaliseren tijdens onze ontwikkeling.

Empirisch onderzoek

De gekozen definitie van het geweten werd gebruikt in een viertal empirische studies en geïllustreerd in een casusbeschrijving. Respondenten werden geworven in een penitentiaire inrichting in Zwolle en, bij de Forensisch Psychiatrische Kliniek en Forensische polikliniek van GGZ Drenthe in Assen, bij de algemene GGZ van dezelfde instelling, en via sociale media in de algemene bevolking ($N = 281$, voor deelstudies respectievelijk: $n = 98$, $n = 75$ en $n = 152$). Zij werden allen door middel van een folder geïnformeerd over het onderzoek, hebben ruim de tijd gekregen hierover vragen te stellen, en zijn vervolgens verzocht op basis van *informed consent* deel te nemen. De respondenten vulden daartoe eenmalig een set vragenlijsten in, hetgeen ongeveer een half uur tot een uur in beslag nam en waarvoor vrijstelling is verkregen van de Medisch Ethische Toetsing Commissie (METC) van het UMCG en de Ethische Commissie van de Faculteit Gedrags- en Maatschappijwetenschappen van de Rijksuniversiteit Groningen.

Met het oog op de vergelijkbaarheid met het eerder verricht integratief onderzoek bij adolescenten zijn zo veel mogelijk dezelfde vragenlijsten gebruikt als in dat onderzoek. De verschillende aspecten van cognitieve en affectieve empathie (perspectief nemen, fantasie, empathische betrokkenheid en het ervaren van persoonlijke stress bij het zien van anderen lijden) werden gemeten met behulp van de Interpersoonlijke Reactiviteits Index (IRI). De geneigdheid tot het ervaren van schuld en schaamte werd gemeten met de Test Of Self Conscious Affect (TOSCA). De wijze van omgaan met schaamte werd ten slotte in kaart gebracht door middel van de Compass of Shame Scale (CoSS). In adaptieve coping met

schaamte wordt de schaamte (h)erkend en geëvalueerd, wat veelal resulteert in een actietendens tot reparatiegedrag. Schaamte-coping kan echter ook internaliserend ('aanvallen van het zelf' of 'vermijden') of externaliserend ('ontkennen' of 'aanvallen van de ander') zijn. De Morele Oriëntatie Lijst (MOL) is niet geschikt voor volwassenen en werd daarom vervangen door de Hoe Ik Denk-vragenlijst (HID) die het niveau van moreel redeneren meet op basis van primaire en secundaire cognitieve vertekeningen. De primaire vertekening is zelfcentrering, waarbij het eigen perspectief en verlangen nog het centrum en uitgangspunt zijn in iemands morele overwegingen. Secundaire vertekeningen zijn zelfbeschermende denkfouten die worden ingezet om gevoelens van schuld en schaamte die optreden in anticipatie op, of na afloop van het overschrijden van de eigen normen te neutraliseren en zo het eigen gedrag te rechtvaardigen.

In de eerste drie vergelijkende onderzoeken werden hypothesen getest met behulp van (M)ANCOVA S en zowel onafhankelijke als gepaarde t-tests. Dat wil zeggen, wanneer aan de assumpties voor (M)ANCOVAS en t-toetsen werd voldaan. Wanneer assumpties werden geschonden, werden niet-parametrische alternatieven voor de gekozen tests (Kruskall-Wallis en/of Wilcoxon Signed Rank-test) gebruikt. Post-hoc Bonferroni-Holm-correcties werden toegevoegd om te corrigeren voor meervoudig testen. Voor de vierde studie, betreffende de onderlinge relaties en wederkerige beïnvloeding van de onderliggende aspecten van het geweten, werd gebruik gemaakt van netwerkanalyses en regressieanalyses.

De eerste studie liet zien dat delinquenten inderdaad relatief gezien tekortschieten op de onderliggende aspecten van het geweten. Met betrekking tot empathie bleek dat delinquenten niet lager scoorden op cognitieve empathie, maar wel minder affectieve empathie lieten zien, zich minder identificeerden met een ander en minder persoonlijke stress of mee-lijden met een ander ervoeren dan niet-delinquenten. Ook waren zij minder geneigd tot het ervaren van schaamte dan niet-delinquenten en hadden zij een lager niveau van moreel redeneren. Delinquenten bleken meer egocentrisch te zijn en meer gebruik te maken van zelfbeschermende cognitieve vertekeningen om het eigen delinquente gedrag mogelijk te rechtvaardigen of goed te praten: zij waren sterker dan niet-delinquenten geneigd anderen de schuld geven, of het eigen gedrag als onvermijdelijk, gezien de omstandigheden, te beoordelen. De bevindingen komen grotendeels overeen met die uit het onderzoek bij adolescenten. Waar de gegevens uit het adolescentenonderzoek suggereerden dat vrouwelijke delinquenten met meer psychische problemen kampen dan mannelijke delinquenten, leek ook dit onderzoek voorzichtig in die richting te wijzen, doch de groep vrouwelijke delinquenten was te klein om hier uitspraken over te kunnen doen.

Gezien de in de literatuur gevonden indicaties voor genderverschillen en omdat vrouwelijke gedetineerden nauwelijks onderzocht zijn terwijl zij een steeds groter aandeel van de totale gedetineerdenpopulatie zijn gaan vormen, zijn vrouwelijke delinquenten als groep onderzocht. Immers, kennis van de verschillen in functioneren van het geweten tussen vrouwelijke en mannelijke daders kan ons begrip van trajecten naar criminaliteit vergroten en daarmee helpen in het ontwikkelen van gendersensitieve interventies waar dit nodig blijkt. Zij zijn daartoe in de tweede studie op alle aspecten van het geweten vergeleken met mannelijke delinquenten. De vrouwen vertoonden niveaus van moreel redeneren, cognitieve empathie en empathische bezorgdheid vergelijkbaar met die van de mannen,

maar scoorden hoger op persoonlijke stress bij het zien van andermans lijden (gevoelsbesmetting), op schaamte- en schuldgevoelens en op het gebruik van internaliserende coping strategieën om met deze schaamte om te gaan. Uit de derde studie, een vergelijking van vrouwelijke delinquenten met niet-delinquente vrouwen uit de algemene bevolking en uit de GGZ, bleek verder dat vrouwelijke delinquenten achterblijven in decentralisatie. De zelfcentrering was bij de delinquente vrouwen hoger dan bij de niet-delinquente vrouwen, en daarnaast maakten de delinquente vrouwen meer gebruik van secundaire cognitieve vertekeningen dan niet-delinquente vrouwen.

De vierde studie richtte zich tenslotte op de onderlinge samenhang en wederzijdse beïnvloeding van de constituerende aspecten van het geweten, in de verwachting dat de structuur van het geweten voor delinquenten anders zou zijn dan die voor niet-delinquenten, zoals dit bij adolescenten het geval was. In tegenstelling tot onze verwachting lieten netwerkanalyses van partiële correlaties geen significante verschillen zien in de structuren of dichtheid van gewetensnetwerken tussen delinquenten en niet-delinquenten. Dit lijkt bij te dragen aan de ontkrachting van het idee dat daders gewetenloos zouden zijn. Aspecten van hun geweten bleken echter relatief gebrekkig, wat een gezond functioneren van het geweten als geheel belemmert. Want resultaten van regressieanalyses hebben laten zien dat het functioneren van het geweten sterk afhangt van de ontwikkeling van het zelf, van decentralisatie en in sterkere mate van capaciteiten voor affectieve dan voor cognitieve empathie.

Conclusies en implicaties voor behandeling

Concluderend is het geweten een dynamische psychologische functie die ons gedrag en onze identiteit reguleert door middel van zelfreflectie en -evaluatie, in een samenspel van affectieve en cognitieve empathie, zelfbewuste emoties en moreel redeneren. Een regulerende en epistemische functie, die in zichzelf neutraal is en waarvan de inhoud gevormd wordt door de normen en waarden die het individu gaandeweg internaliseert. Een functie die voor wat betreft de inhoud tussen groepen kan verschillen, maar ook in de wijze van functioneren verschillen vertoont. Hoewel in de onderlinge samenhang en wederzijdse beïnvloeding van de constituerende aspecten van het geweten geen verschillen zijn gevonden tussen delinquenten en niet-delinquenten, wordt het functioneren van het geweten bij delinquenten wel gehinderd door relatieve tekortkomingen in (affectieve) empathie, schaamtegeneigdheid, gebrek aan adaptieve en internaliserende coping met schaamte, en moreel redeneren (verharde zelfcentrering / gebrek aan decentralisatie, en gebruik van cognitieve vertekeningen om eventuele schuld of schaamte te neutraliseren). De relatieve tekorten blijken voor mannelijke en vrouwelijke delinquenten ten opzichte van niet-delinquenten van hun eigen sekse vergelijkbaar, maar in nuance verschillend, met enkele behandelimplicaties tot gevolg. Dat delinquenten tegen de verwachting in niet meer externaliseren dan niet-delinquenten maar wel duidelijk minder internaliseren en over minder adaptieve copingstrategieën beschikken dan niet-delinquenten, heeft implicaties voor de behandeling. Behandelingen richten zich vaak richten op het stoppen of afleren van externaliserende coping, doordat deze zo in het oog springt. Het daadwerkelijke

probleem en richtpunt voor behandeling lijkt echter gelegen in het gebrek aan adaptieve en internaliserende coping, ofwel in het gegeven dat delinquenten zich onvoldoende terugtrekken uit de situatie en de schuld onvoldoende bij zichzelf zoeken.

De hoge niveaus van gestagneerde zelfcentrering en achterblijvende ontwikkeling van het moreel redeneren bij delinquenten vergeleken met niet-delinquenten, alsook de hogere niveaus van gevoelsbesmetting, schaamte, en het tekortschieten van adaptieve copingstrategieën bij vrouwelijke delinquenten vergeleken met zowel mannelijke delinquenten als vrouwelijke niet-delinquenten, lijken eveneens verscheidene implicaties voor behandeling te hebben. Het vanuit besmetting ervaren van emoties en daardoor overspoeld raken, in plaats van te delen van gevoelens met behoud van zelf/ander-onderscheid, suggereert een emotionele ontwikkelingsachterstand, mogelijk als gevolg van onveilige gehechtheid of samenhangend met trauma. Vrouwelijke delinquenten als groep lijken dan ook te moeten leren om het eigen zelf van dat van de ander te onderscheiden, en vervolgens om hun emoties te (h)erkennen en te reguleren. Pas dan is echte empathie, anders dan de rudimentaire gevoelsbesmetting, mogelijk.

Vervolgens lijkt het voor vrouwelijke delinquenten nodig dat interventies gericht worden op het leren van meer adaptieve manieren om met schaamte en woede om te gaan. Wat dit laatste betreft, zouden vooral vrouwelijke 'first offenders' baat kunnen hebben bij interventies die hen helpen hun gevoelens van schaamte of woede regelmatig op een adaptieve manier te uiten, waardoor een accumulatie tot het punt van een uitbarsting of een agressief uithalen uit schaamte kan worden voorkomen. De onderzoeksresultaten geven aanleiding tot een kritische beschouwing van onze behandelcentra en de interventies die worden ingezet om de gestagneerde (gewetens)ontwikkeling weer op gang te brengen. Want patiënten, vooral forensisch psychiatrische patiënten, ontmoeten vaak behandelaars die menen te weten wat het beste is en die hen vertellen hoe ze wel of niet moeten denken of zich gedragen. Ook worden in delictanalyses de gedragskeuzes, handelingen en zelfs intenties van de patiënt vaak geïnterpreteerd door een 'alwetende' en soms ook normerende therapeut. Benjamin stelt dat dit moet veranderen, omdat interpretatie een daad is van een subject naar een object, die zorgt voor complementariteit. De patiënt voelt zich door de normativiteit en/of interpretaties tot een object gereduceerd. Daardoor wordt de ontmoeting tussen twee subjecten verbroken en wordt echte reflectie belemmerd. Volgens Benjamin riskeren dergelijke interpretaties en interventies precies datgene te bestendigen, wat zij pogen te bestrijden of beheersen. Gewetensontwikkeling volgt namelijk niet de weg van dwang of overreding, die leidt tot ogenschijnlijke naleving ten overstaan van externe referenten maar tot het weerstaan daarvan wanneer diezelfde referenten 'uit het zicht' zijn. Behandeling gericht op de ontwikkeling van een meer volwassen functioneren van het geweten vereist gesprekken over zowel gepast als wangedrag, verwijzend naar de gevoelens van anderen als gevolg van dit gedrag, met de bedoeling zowel de eigen gevoelens en intenties als die van anderen te leren begrijpen, waarmee zowel de decentralisatie als het mentaliseren worden bevorderd. Daartoe dient de behandelaar zich echt in het contact te begeven. Dit is niet eenvoudig, omdat het dient te gebeuren zonder onnodige angst of defensiviteit vanuit een gevoel van dreiging of extreme schaamte bij de ander teweeg te brengen. Het vereist een intersubjectieve relatie met vrije reflectieruimte. Dat wil zeggen, een relatie tussen twee subjecten zonder de

schadelijke dynamiek van de wetende versus een onwetende, waarin de patiënt zich geobjectiveerd voelt door een normerend en alwetend subject. Binnen een dergelijke veilige intersubjectieve relatie kan men, door een constante dans van *attunement*, *misattunement and repair*, ofwel van relatiebreuken en relatieherstel, leren en erop gaan vertrouwen dat er meer dan een persoon kan overleven. Bovendien versnellen het herkennen en erkennen van relationele breuken en de daaropvolgende reparaties de therapeutische effecten en verminderen ze de uitval uit therapie.

Ten slotte. Het onderhavig onderzoek richtte zich op het geweten. Daarbij is het van belang de beperking van dit onderzoek goed in het oog te houden. Het geweten als psychologische functie is immers een noodzakelijke, maar niet volledige of zelfs maar voldoende voorwaarde voor prosociaal gedrag. Er zijn vele andere (interne en externe) factoren die ons gedrag beïnvloeden. Om bijvoorbeeld het eigen gedrag naar eigen wil te kunnen bepalen, is het hebben van voldoende zelfbeheersing een voorwaarde. Dit geldt des te meer wanneer de omgeving criminaliteit stimuleert. En juist bij delinquenten blijkt het executieve functioneren vaker te haperen.

Over de auteurs

- **Simone Arbour**, Ontario Shores Centre for Mental Health Sciences, Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto
- **Sylvia Bailey**, NEON Lived Experience Advisory Board, Nottingham
- **Madelen van de Beek**, psychiater FACT Team en plaatsvervangend opleider van de Dimence Groep
- **C.J. Blanksma**, Specialist Ouderengeneeskunde, Mediant
- **Susie Booth**, NEON Lived Experience Advisory Board, Nottingham
- **Felicity Callard**, School of Geographical and Earth Sciences, University of Glasgow, Glasgow
- **Daniëlle Cath**, psychiater, opleider psychiatrie GGZ Drenthe en bijzonder hoogleraar zorginnovaties binnen de GGZ
- **Stynke Castelein**, afdelingshoofd Lentis Research & bijzonder hoogleraar Rijksuniversiteit Groningen, afdeling Klinische Psychologie & Experimentele Psychopathologie
- **Michelle van Dam**, psycholoog i.o. tot GZ-psycholoog bij PsyQ, afdeling Angst & Dwang
- **Kris Goethals**, forensisch psychiater, psychotherapeut en directeur Universitair Forensisch Centrum, Universitair Ziekenhuis Antwerpen en hoogleraar Forensische psychiatrie, Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute (CAPRI), Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Universiteit Antwerpen
- **Rikus Kneger**, voormalig opleider psychiatrie, senior onderzoeker, Lentis Groningen
- **Rob Giel Onderzoekcentrum**, Neuroimaging Center UMCG, Groningen
- **Swanny Kremer**, filosoof, ethicus, werkzaam bij Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC),
- **Dr. S. van Mesdag** Kliniek in Groningen & docent professionele ethiek Faculteit Godsdienstwetenschappen en godgeleerdheid, Rijksuniversiteit Groningen
- **Joy Llewellyn-Beardsley**, School of Health Sciences, Institute of Mental Health, University of Nottingham, Nottingham
- **Lisette van der Meer**, psycholoog, Lentis, Rijksuniversiteit Groningen
- **Christopher Newby**, School of Health Sciences, Institute of Mental Health, University of Nottingham, Nottingham
- **Fiona Ng**, School of Health Sciences, Institute of Mental Health, University of Nottingham, Nottingham
- **Marieke Pijnenborg**, psycholoog, Rijksuniversiteit Groningen, GGZ Drenthe
- **Clare Robinson**, Centre for Primary Care & Public Health, Pragmatic Clinical Trials Unit, Queen Mary University of London, London
- **James Roe**, National Institute for Health Research, Applied Research Collaboration (ARC) East Midlands, University of Nottingham, Nottingham
- **Stefan Rennick-Egglestone**, School of Health Sciences, Institute of Mental Health, University of Nottingham, Nottingham
- **Mike Slade**, School of Health Sciences, Institute of Mental Health, University of Nottingham, Nottingham
- **Roger Smith**, NEON Lived Experience Advisory Board, Nottingham

- **J. van der Valk**, semi-arts stage bij Ouderen Psychiatrie, Mediant
- **Annemarie Stiekema**, Universiteit Maastricht, School for Mental Health and Neuroscience, Faculty of Health, Medicine and Life Science, Department of Psychiatry and Neuropsychology
- **Marion Verkade**, Klinisch psycholoog /Psychotherapeut bij GGZ Drenthe, afdeling Kinder en Jeugdpsychiatrie en FPK
- **Liesbeth Visser**, psychiater, senior onderzoeker en waarnemend opleider psychiatrie bij Lentis
- **T.R.W.M. Walrave**, psychiater en A-opleider, Mediant
- **Jaap van Weeghel**, Emeritus Professor, Tilburg School of Social and Behavioral Sciences
- **Caroline Yeo**, School of Health Sciences, Institute of Mental Health, University of Nottingham, Nottingham

Redactie GGZet Wetenschappelijk

Gretha Boersma, *GGZ Drenthe*

Jojanneke Bruins, *Lentis*

Lieke Christenhusz, *Dimence Groep*

Ernst Horwitz, *GGZ Friesland*

Jos de Keijser, *GGZ Friesland*

Rikus Knegtering, *Lentis*, hoofdredacteur

Swanny Kremer, *FPC Dr. S. van Mesdag*

Pauline van Pelt, *Dimence Groep*

Kor Spoelstra, *Lentis en VNN*

Karin Timmernan, *Mediant*

Lia Verlinde, *Mediant*, plv. hoofdredacteur

Liesbeth Visser, *Lentis*, hoofdredacteur

Secretariaat

Berta Oosterloo

ggzetwetenschappelijk@rgoc.nl

Ontwerp en productie

Klaas van Slooten, bno

Oplage

1100 exemplaren

ISSN 1389-1715