

Parallelsymposium 'Zijn we RijP voor Rijgeschiktheid bij psychose?'

In de zorg wordt steeds meer ingezet op gepersonaliseerde zorg en medeneming van de context van de persoon. In de huidige regelgeving rond rijgeschiktheid is dat niet het geval en wordt de brede groep van mensen met een psychose op dezelfde manier behandeld, zonder inachtneming van generieke (rij)vaardigheden die in meerdere of mindere mate aanwezig zijn bij de persoon. Ook zijn er weinig tot geen concrete handvatten voor behandelaars over hoe en wanneer zij dit thema met hun cliënten kunnen bespreken.

De wetenschappelijke achtergrond van rijgeschiktheid bij psychose zal de revue passeren en zal worden stilgestaan bij de uitkomsten van focusgroepen met behandelaars en met cliënten en naastbetrokkenen, met als doel te komen tot een verbeterde richtlijn op dit gebied. Een brede werkgroep van experts op het gebied van psychose, (neuro-)psychologie, farmacologie en verkeersveiligheid zet zich in om de huidige regeling over rijgeschiktheid bij psychose te herzien.

Programma:

De bijeenkomst bestaat uit vier onderdelen, waarbij de deelnemers informatie ontvangen en gericht met elkaar op zoek gaan naar antwoorden op veel voorkomende vragen rond rijgeschiktheid bij psychose.

1. Enkele praktijksituaties, verteld vanuit cliënt en familieperspectief
2. Inhoudelijke verdieping en achtergronden
3. De evidentie: wetenschappelijke verdieping
4. De uitkomsten: wat zijn de belangrijkste aanbevelingen?
5. De handvatten: tips en tops voor behandelaars
6. De dilemma's: knel- en pijnpunten

Interactieve elementen/oefenelementen toepasbaar in de praktijk:

De handvatten en dilemma's zullen met de aanwezigen worden besproken en van aanvullingen voorzien, bijvoorbeeld met behulp van een debat- of Lagerhuis methode

Doel / eindtermen:

De aanwezigen zijn zich bewust van het belang het thema rijgeschiktheid standaard in de behandeling op te nemen en hebben daar kennis en handvatten voor ontvangen.

Docenten parallelsymposium:

Cliënten en naastbetrokkenen, onder meer afkomstig van Anoksis
prof. Dr. Marieke Pijnenborg, Hoofd wetenschappelijk onderzoek Langdurige Zorg GGZ Drenthe
Rijksuniversiteit Groningen, GGZ Drenthe
Drs. Widel van Son, klinisch psycholoog, voorzitter werkgroep RijP (Rijgeschiktheid bij Psychose)
GGNet
dr. Frank van Es, psychiater Rijksuniversiteit Groningen, Rob Giel Onderzoekscentrum

2 OP 1

Tevredenheid met zorg van psychotische patiënten en de waarde om uitkomsten te voorspellen
Kwaliteit van zorg wordt op het moment scherp bediscussieerd in Nederland. Kwaliteit kan op diverse manieren gemeten worden, een cruciale uitkomstmaat is het perspectief van de patiënt. De waarde van het meten van tevredenheid met zorg van patiënten met een psychose is nog niet eerder in grote samples of op longitudinale wijze onderzocht.
Inhoud presentatie: Onderzoeksinstelling: afd. Psychiatrie, Academisch Medisch Centrum Amsterdam Achtergrond: Een belangrijke indicator van de kwaliteit van de behandeling vanuit het perspectief van de patiënt is tevredenheid met zorg. Binnen patiënten met een psychose onderzochten wij: 1. Tevredenheid met zorg en de relatie met klinische uitkomstmaten van patiënten; en 2. De voorspellende waarde van patiënt-tevredenheid voor de uitkomsten na drie jaar. Methode: Data van 654 patiënten met een non-affectieve psychose die geïnccludeerd werden in een naturalistische longitudinaal cohort werden geanalyseerd. We includeerden 506 mannen en 148 vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 30.47 (SD 7.24) uit Nederland. Tevredenheid was gemeten met de zelfinvul lijst 'Client Satisfaction Questionnaire-8'. Een variëteit aan klinische uitkomsten was ook gemeten (symptomatologie, functioneren, kwaliteit van leven en ziekte-inzicht). Uitkomsten van laag, gemiddeld en hoog tevreden patiënten werden vergeleken met ANOVA, Chi-Square en Kruskal Wallis testen. De voorspellende waarde werd getoetst door regressie modellen te gebruiken. Resultaten: Tevredenheid niveaus waren laag (19.4%), gemiddeld (48.9%) of hoog (31.7%). Hoog tevreden patiënten lieten significant betere uitkomsten zien, bijvoorbeeld minder ernstige psychotische symptomen maar ook betere kwaliteit van leven in vergelijking tot gemiddeld en laag tevreden patiënten. Hogere tevredenheid was een voorspeller van afname van positieve symptomen na 3 jaar (B=-.09, p-waarde=.013). Conclusies: Tevredenheid van patiënten met een psychose is een waardevolle uitkomstmaat om te monitoren omdat hoog tevreden patiënten betere uitkomsten laten zien. Verder onderzoek is nodig naar de redenen van patiënten die ontevreden zijn om te zien of hun uitkomsten verbeterd zouden kunnen worden.
Presentator: Jentien Vermeulen, arts-onderzoeker Academisch Medisch Centrum Amsterdam

2 OP 3

Inzicht in de zorgkosten van mensen met Ernstige Psychiatrische Aandoeningen (EPA)
Inzicht in de zorgkosten van mensen met Ernstige Psychiatrische Aandoeningen (EPA) is belangrijk voor beleidsmakers maar ook voor GGZ-instellingen die voortdurend te maken hebben met bezuinigingen. Een betrouwbare schatting van de kosten is ook noodzakelijk om de kosteneffectiviteit van interventies vast te stellen en beslissingen te nemen over vergoedingen.
Inhoud presentatie: Doel: Het doel van dit onderzoek is inzicht geven in de kosten die verbonden zijn met Ernstige Psychiatrische Aandoeningen (EPA) vanuit maatschappelijk perspectief. Methode: Baseline kosten zijn berekend voor 188 individuen met EPA die hun maatschappelijke participatie wenselijk te vergroten. Maatschappelijke participatie is gedefinieerd als betaald werk, vrijwilligerswerk, opleiding en dagbesteding. Kosten zijn gemeten vanuit maatschappelijk perspectief door middel van de TIC-P vragenlijst en uitgedrukt in euro's. De totale gemaakte kosten bestaan uit de subcategorieën opnames, beschermd wonen, poliklinische kosten, thuiszorg, georganiseerde dagbesteding, medicatie op recept, medicatie niet op recept, zorgprofessionals, informele zorg, sociale steun en onverwachte uitgaven.
Resultaten Voorlopige resultaten laten zien dat de totale kosten gemiddeld €16.382 bedragen; SD=18.651 (median €7525) per persoon in de 6 maanden voorafgaand aan baseline. De data was erg scheef verdeeld, met een paar individuen die heel hoge kosten maken in bepaalde subcategorieën. Significante Spearman correlaties werden gevonden tussen totale kosten en leeftijd, diagnose (wel/geen psychotische klachten) en woonsituatie (zelfstandig/onzelfstandig). Er werd geen significante relatie gevonden tussen totale zorgkosten en ziekte duur.
Conclusie De baseline kosten in deze studie waren vergelijkbaar met de resultaten uit andere studies naar de zorgkosten van mensen met EPA. Een jongere leeftijd, zelfstandig wonen en het hebben van psychotische klachten waren geassocieerd met hogere zorgkosten. Kosten uit de specifieke subcategorieën en hun implicaties zullen verder besproken worden in de presentatie.
Presentator: Sarita Sanches, PhD student Altrecht GGZ en Tilburg University

2 OP 4

Effecten van een multidisciplinaire leefstijl-bevorderende behandeling in de langdurige zorg voor mensen met EPA

- Een leefstijl met ongezonde eetgewoonten, sedentair gedrag (liggen/zitten zonder te slapen) en weinig fysieke activiteit speelt een belangrijke rol in de welbekende co-morbiditeiten binnen deze doelgroep (o.a. metabool syndroom) [1-3].
- Recente systematische reviews en meta-analysen laten niet alleen positieve effecten zien van meer fysieke activiteit op fysieke gezondheid, maar ook op psychiatrische symptomen, algemeen functioneren en kwaliteit van leven (KvL) (bijv. [4]).
- Gedegen onderzoek naar leefstijlinterventies bij langdurig opgenomen patiënten met EPA ontbreekt, terwijl bovengenoemde klachten juist bij deze doelgroep hoog prevalent zijn als gevolg van ziekte-ernst en langdurig medicatiegebruik.
- Een eerdere studie laat zien dat mensen binnen de langdurige klinische zorg 84% van de tijd sedentair zijn en dat activeren van deze doelgroep niet lukt door alleen motiveren en faciliteren [5, 6].

Daarop is een leefstijlbehandeling ontwikkeld die is geïntegreerd in de dagelijkse behandeling. Hierin staat een 'change-from-within-principe' door multidisciplinaire* samenwerking centraal. De behandeling bestaat uit gezamenlijk op tijd opstaan, drie verantwoorde (zelf gemaakte) maaltijden per dag, een actief dagprogramma, vaardigheidstrainingen (bijv. koken) en psycho-educatie (bijv. over bijwerkingen, voeding, roken). Waar nodig wordt het programma afgestemd op het individu.

Het doel van de studie was om het (langere termijn-) effect van de behandeling te meten op fysieke en mentale gezondheidsmaten.

*betrokken psychiaters, activiteitenbegeleiders, verpleegkundig specialist, diëtiste, verpleegkundigen getraind tot leefstijlcoach en een onderzoeker

- Functioneren[HoNOS-12]
- Medicatiegebruik, gegroepeerd volgens de ATC-index van de WHO, uitgedrukt in

Daily Defined Dosis (DDD).

- Vragenlijsten in een semigestructureerd interview

Resultaten zijn gecorrigeerd baseline, verschillen tussen interventie- en controlegroep (leeftijd, diagnose, ziekte-ernst bij start van de behandeling) en afdeling waar iemand behandeld werd (multilevel).

Na 18 maanden zien we vergeleken met de controlegroep verbeteringen in:

- Totale activiteit (B = 0.5*, $p = 0.02$)
- Percentage matige tot intensieve fysieke activiteit (B = 1.78%, $p = 0.03$) - Buikomvang (B = -3.5cm, $p = 0.03$)
- Gewicht (B = -4.2kg, $p = 0.04$)
- Systolische bloeddruk (B = -8.0mmHg, $p = 0.02$)
- HDL-cholesterol (B = 0.1mmol/l, $p = 0.03$)

- Psychosociaal functioneren, puntenschaal 0-48 ($B = -3.6, p = 0.03$)
- Sociale problemen, puntenschaal 0-16 ($B = -3.0, p < 0.001$)

*gestandaardiseerde activity counts, te interpreteren als Cohen's d

Opvallend is dat resultaten laten zien dat fysieke activiteit en metabole gezondheid nauwelijks veranderen of zelfs achteruit zijn gegaan in de controlegroep.

Tevens hebben mensen in de interventiegroep hogere odds op het herstellen van tenminste één criterium voor het metabool syndroom [7], vergeleken met de controlegroep ($OR = 2.06, p = 0.22$). Kwaliteit van leven (\uparrow) en medicatiegebruik (\downarrow) verbeterden binnen beide groepen significant en vielen daarom weg in de regressieanalyse.

Mediatie-analyse laat zien dat de gevonden effecten niet enkel verklaard kunnen worden door de verhoogde fysieke activiteit, wat suggereert dat de behandeling als geheel werkt.

Conclusie

Op de langere termijn geeft de leefstijl-bevorderende behandeling niet alleen verbetering van fysieke activiteit en metabole gezondheid, maar ook in ervaren kwaliteit van leven, psychosociaal functioneren en medicatiegebruik. Er zijn geen negatieve effecten gevonden. Het feit dat fysieke activiteit en metabole gezondheid nauwelijks verbeteren of zelfs achteruitgaan in de gebruikelijke behandeling, pleit voor een structurele integratie van een leefstijlgerichte benadering in de langdurige zorg. Deze resultaten bevestigen dat er met behulp van bestaande middelen en een multidisciplinaire aanpak duurzame en blijvende verbeteringen kunnen worden bereikt. Een implementatie-evaluatie die parallel aan deze studie is uitgevoerd biedt handvatten voor verdere optimalisatie, borging en verspreiding.

Referenties

[1] De Hert M, Schreurs V, Vancampfort D, Van Winkel R. World Psychiatry. 2009;8:15-22.

[2] IGZ. Staat van de Gezondheidszorg 2012. Utrecht: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2012.

[3] Tenback DE, Van Kessel F, Jessurun J, Pijl YJ, Heerdink ER, Van Harten PN. Tijdschrift voor Psychiatrie. 2013;55:83-91. [4] Dauwan M, Begemann MJH, Heringa SM, Sommer IE. Schizophr Bull. 2016;42:588-99.

[5] Deenik J. Enschede: Universiteit Twente; 2014.

[6] Kruisdijk F, Deenik J, Tenback D, Tak E, Beekman A-J, van Harten P, et al. Psychiatry Res. 2017;254:67-74.

[7] Alberti KGMM, Eckel RH, Grundy SM, Zimmet PZ, Cleeman JI, Donato KA, et al. Circulation. 2009;120:1640-5.

Presentator:

Jeroen Deenik, gz-psycholoog en promovendus GGz Centraal

2 OP 5

De discrepantie tussen zorgbehoeften en zorgconsumptie bij mensen met een psychotische stoornis

Instelling

Lentis in samenwerking met het UCP, GGZ-Friesland, GGZ-Drenthe & het Rob Giel Onderzoekcentrum (RGOc).

Doel

Jaarlijks worden alle zorgbehoeften van patiënten met een psychotische stoornis in Noord-Nederland in kaart gebracht met de ROM-Phamous screening. Eerder onderzoek heeft laten zien dat er een discrepantie bestaat tussen de geïdentificeerde probleemgebieden van deze screening en de uiteindelijke behandelplannen (ref Tasma & Bruins). Dit onderzoek zal nagaan in hoeverre de zorgbehoeften van deze patiënten overeenkomen met hun uiteindelijke zorgconsumptie over meerdere jaren. Ook zal er worden gekeken in hoeverre deze zorgconsumptie in overeenstemming is met de Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie.

Methode

De ROM-Phamous screening van patiënten uit 2012, 2013, 2014 & 2015 zal worden vergeleken met hun zorgconsumptie een jaar later. Voor de symptomatische, psychosociale en fysieke problemen zal worden gekeken of er een interventie is ingezet en of deze interventies in overeenstemming zijn met de Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie. Op basis hiervan kunnen verschillende patiëntclusters worden geïdentificeerd. Patiënten die conform de richtlijn en niet conform de richtlijn worden behandeld, zullen worden vergeleken op hun tevredenheid met de zorg, kwaliteit van leven en op klinische uitkomstmaten.

Resultaten

Dit is tot het beste van onze kennis de eerste poging om richtlijnconforme zorg voor mensen met een psychotische stoornis longitudinaal in kaart te brengen binnen de Nederlandse GGZ. We verwachten de eerste resultaten van dit onderzoek te kunnen presenteren tijdens het aanstaande Psychosecongres.

Presentator:

Lukas Roebroek, promovendus Lentis

WS 5

Training Over trauma gesproken

Mensen met psychosen zijn niet alleen vaak en ernstig getraumatiseerd, zij lijden ook vaak aan een co-morbide posttraumatische stress stoornis die in de Nederlandse klinische praktijk maar in 3% van de gevallen herkend wordt (De Bont et al., 2015). Er kunnen vele redenen zijn om niet naar traumatisering en trauma-gerelateerde klachten te vragen, zoals actuele zaken, angst voor ontregeling en therapeutisch defaultisme.

De *Treating Trauma in Psychosis* (T.TIP) studie heeft echter laten zien dat trauma-gerichte behandeling bij mensen met psychosen net zo effectief is als bij mensen zonder psychosen én dat het veilig is (Van den Berg, 2015). Sterker nog: niks doen is gevaarlijker (Van den Berg et al., 2016). Veel behandelaren voelen zich echter onvoldoende toegerust om in beerputten te gaan roeren.

Literatuur

- de Bont, P.A.J., van den Berg, D.P.G., van der Vleugel, B.M., de Roos, C., van der Gaag, M., de Jongh, A., van Minnen, A. (2015). Predictive validity of the TSQ: PTSD in psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 206 (5), 408–416.

doi:10.1192/bjp.bp.114.148486

- van den Berg, D.P.G., de Bont, P.A.J., van der Vleugel, B.M., de Roos, C., de Jongh, A., van Minnen, A., van der Gaag, M. (2015). Prolonged Exposure vs Eye Movement Desensitization and Reprocessing vs Waiting List for Posttraumatic Stress Disorder in Patients With a Psychotic Disorder; A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 72 (3), 259-267.

doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.2637

- van den Berg, D., de Bont, P., van der Vleugel, B., de Roos, C., de Jongh, A., van Minnen, A., & van der Gaag, M. (2016). Trauma-Focused Treatment in PTSD Patients With Psychosis: Symptom Exacerbation, Adverse Events, and Revictimization. *Schizophrenia Bulletin*, 42 (3), 693-702. doi:10.1093/schbul/sbv172

Programma:

- Korte inleiding
- Oefening: introduceren van vragen naar trauma
- Oefening: reageren op de onthulling van trauma
- Oefening: in kaart brengen van trauma-gerelateerde klachten
- Vragen & discussie

Interactieve elementen/oefenelementen toepasbaar in de praktijk:

In alle oefeningen wordt gebruik gemaakt van rollenspelen.

Doel / eindtermen:

Na afloop van de workshop weten deelnemers gebruik te maken van diverse vragenlijsten en interviews om traumatisering en trauma-gerelateerde klachten van mensen met psychosen in kaart te brengen.

Docenten workshop:

1) Berber van der Vleugel, GZ-psycholoog GGZ Noord-Holland Noord 2) Paul de Bont, klinisch psycholoog GGZ Oost Brabant

Afbouwen van medicatie (HAMLETT-onderzoek)
<p>Mensen die voor het eerst een psychotische episode hebben gehad, krijgen meestal antipsychotica voorgeschreven. We weten dat deze medicijnen goed helpen om psychotische klachten te behandelen en een volgende episode te voorkomen.</p> <p>De huidige richtlijnen raden daarom aan om deze medicijnen tenminste 1 jaar na het verdwijnen van de psychotische klachten door te gebruiken. Sinds kort is er echter een aanwijzing dat vroeg afbouwen van antipsychotica op de lange termijn een gunstig effect kan hebben op het functioneren.</p> <p>De HAMLETT studie (Handling Antipsychotic Medication: Long-term Evaluation of Targeted Treatment) onderzoekt of de huidige richtlijnen het beste resultaat geven, of dat het beter is om de antipsychotica al eerder te gaan afbouwen. Aan de studie nemen meer dan twintig GGz-instellingen deel; vijfhonderd patiënten met eerste psychose zullen een aantal jaren worden gevolgd. Na loting bouwt de helft antipsychotica drie tot zes maanden na herstel van psychose geleidelijk af, de andere helft gaat minimaal een jaar door. De belangrijkste vraag is of mensen die sneller afbouwen op langere termijn beter functioneren.</p>
Programma:
<p>In een inventarisatieronde worden strategieën uitgewisseld die worden ingezet om antipsychotica af te bouwen na een eerste psychose. Hierin komen praktische zaken aan de orde zoals hoe doseer je, breek je tabletten? Gebruik je afbouwstrips en hoe gaat dat dan met de kosten? Gebruik je druppeltjes voor de afbouw?</p> <p>Vervolgens gaan we bespreken hoe de veiligheid geoptimaliseerd kan worden: extra afspraken, thuisbezoeken, familie inzetten, apps toepassen. De workshopleiders geven extra tips en we proberen tot een consensus te komen.</p> <p>Ook geven we aan hoe de afbouw in HAMLETT gerealiseerd wordt en wat de voor en nadelen zijn van afbouwen in studie-verband.</p>
Interactieve elementen/oefenelementen toepasbaar in de praktijk:
<p>Uitwisselen strategieën voor afbouw en verhogen veiligheid.</p>
Doel / eindtermen:
<p>Bereiken van consensus over praktijk.</p>
Docenten:
<p>1) Iris Sommer psychiater UMC Groningen</p> <p>2) Lieuwe de Haan psychiater Academisch Centrum Psychiatrie, AMC Amsterdam</p>

WS 7

Herstel gerichte dagbehandeling voor jongvolwassenen. Een integrale aanpak (tertiaire preventie)
Achtergrond: Binnen de Meregwaard hebben we een dertien weken durende dagbehandeling voor jongvolwassenen met een gevoeligheid voor psychoses. Doel is mensen regie (terug) te geven over hun leven. Centraal hierbij staat bewustwording van eigen kwaliteiten, gevoeligheid, denkstijlen, wisselingwerking hoofd en lichaam, vergroten competenties en vaardigheden om op deze manier weer volwaardig deel te nemen aan de maatschappij en (indien mogelijk) uitschrijven bij de Meregwaard.
Programma: De verschillende programma-onderdelen benoemen en aan de hand van oefeningen die in de programmaonderdelen gebruikt worden de deelnemers laten ervaren hoe e.e.a op elkaar in werkt. Bewustwording?
Interactieve elementen/oefenelementen toepasbaar in de praktijk: CGT, cognitieve fitness, water en rots, kwaliteiten spel, spel, omdenken, voorbereiden gesprek psychiater, ervaringsverhaal
Doel / eindtermen: Bewust worden dat behandeling gaat over mensen het vertrouwen geven dat ze zelfoplossend vermogen hebben en dit verder kunnen ontwikkelen. Uitgangspunt is mens zijn, niet patiënt zijn. Delen van ervaringen/resultaten tot nu toe.
Docenten: 1) Angel Souren Kloos, psycholoog GGZ Centraal , de Meregwaard 2) Aart Hoogenstrijd, gedragsdeskundige, GGZ Centraal , de Meregwaard
Contactadres GGZ Centraal, De Meregwaard Sociale psychiatrie Drs. Aart Hoogenstrijd gedragdeskundige postbus 1589 1300 BN Almere tel 06-13861996 /036-5210200 e-m a.hoogenstrijd@ggzcentraal.nl

ABC Flevoland

Eerste psychose dagbehandeling voor jongeren en jongvolwassenen (18-30 jaar)

Informatie voor patiënten over het dagbehandelingsprogramma 'Eerste psychose'

Het hebben van een psychose is een indrukwekkende ervaring. Het kan je leven tijdelijk volledig op zijn kop zetten.

Doel van de behandeling

Je bent aangemeld of je oriënteert je op de vierdaagse dagbehandelingsgroep 'Eerste Psychose'.

De behandeling in de Eerste psychose-groep biedt ondersteuning in het herstelproces na een eerste of tweede psychose. *Herstel* betekent dat je zo weinig mogelijk klachten hebt,

dat je verder kunt met de ervaring een psychose te hebben gehad en dat je inzicht hebt in wat de psychose voor jou betekent.

Dit is voor ieder een persoonlijk proces waarin ieder opnieuw evenwicht zoekt en leert zo goed mogelijk en met tevredenheid het leven weer op te pakken en in te vullen. Verwerken en begrijpen van de psychotische ervaring maakt onderdeel uit van de behandeling in de Eerste psychose-groep.

Het programma

	maandag	dinsdag	woensdag	donderdag	vrijdag
09.1 5- 10.3 0	Weekend/ Week- bespreking	Rots en water	Maatschap- pelijke participatie dag	Muziek-therapie	Week/ Weekend- Bespreking/spel
10.3 0- 11.0 0	<i>Pauze</i>	<i>Pauze</i>		<i>Pauze</i>	<i>Pauze</i>
11.0 0- 12.3 0	Cognitieve fitness /Sport	Psycho- educatie		Sociale Vaardigheden/ stress management	Koken/ Ergotherapie + <i>Dagafsluiting tot 13.00</i>
12.3 0- 13.3 0	<i>Lunch</i>	<i>Lunch</i>		<i>Lunch</i>	
13.1 5- 14.4 5	MCT/CGT	Wat wil ik met mijn leven? (Wonen werken vrije tijd)		Eigen kracht Groep + Witboek Dagafsluiting	<i>Individuele gesprekken en B.O.</i>
14.4 5- 15.0 0	<i>Witboek Dagafsluiting</i>	+ <i>Witboek Dagafsluiting</i>			

Werkwijze

De dagbehandeling 'Eerste psychose' is een behandeling in groepsverband. De groep bestaat uit maximaal acht deelnemers die allemaal hun eigen ervaring hebben met een eerste of tweede psychose. Deelnemers volgen gedurende het dagbehandelingsprogramma gezamenlijk het vierdaagse therapieprogramma. Dit programma is een samenhangend behandelaanbod met op elkaar afgestemde activiteiten en therapieën. Deelname duurt 13 weken.

Tussentijds vinden er evaluaties plaats waarin jij met jouw vaste behandelaar en hoofdbehandelaar jouw voortgang en wensen voor de behandeling bespreekt. De Eerste psychosegroep is op maandag, dinsdag, donderdag, en vrijdag (9.15 – 15:0 uur) in de Meregwaard.

Toelichting op de therapieonderdelen: □ Opstart

De dag wordt gezamenlijk gestart. We bespreken hoe het met je gaat, hoe je hebt geslapen en hoe je tegen de dag aankijkt. Bijzonderheden kunnen worden gemeld.

□ *Weekend en week voor- en nabespreking*

Dit onderdeel is gericht op het werken aan doelen voor de komende week en het weekend. Waar ga ik deze week aan werken.

• **Sport**

In dit programmaonderdeel wordt de warming up gedaan met behulp van cognitieve fitness. Bewegen en je hersens gebruiken. Daarna wordt gesport middels spel, hierbij wordt rekening gehouden met de wensen in de groep. Plezier, lichamelijk bezig zijn, conditie opbouwen en individueel of in teams aan sport doen staan hierbij voorop..

□ *Lunch*

De lunch kan gezamenlijk met groepsgenoten worden genuttigd bijvoorbeeld in de Lunchroom of pauzeruimte.

. MCT/CGT

Metacognitieve training, cognitieve gedragstraining. Je gedachten bepalen je gevoel. Iedereen heeft gedachte kronkels en patronen in zijn wijze van denken. Door hier meer zicht op te hebben kun je je gedachten sturen en krijg je meer controle over je gevoel en gedachten.

□ **Witboek**

Het bijhouden van succeservaringen in een 'witboek' en het verstevigen van het zelfvertrouwen zijn een belangrijke bouwsteen in de behandeling. Eigen gedragingen positief waarderen maakt dat jij je beter bewust wordt van jouw kracht. Bovendien verhoogt dit het zelfrespect en motiveert het tot vooruitgang.

. Rots en water

Met deze training kom je meer in je eigen kracht, kun je je grenzen aan geven, ruimte in nemen om zo beter voor jezelf op te komen.. Belangrijk hier bij is de

ademhaling, rustige ademhaling geeft rust in je hoofd en geeft rust bij het nemen van beslissingen en reageren op je omgeving.

□ **Psycho-educatie**

In dit programmaonderdeel krijg je informatie over o.a. psychose, de mogelijke oorzaken, vroege signalen, het voorkomen van een psychose, medicatie, bijwerkingen en herstel. Het kan je helpen beter met de gevolgen van de psychose overweg te kunnen zodat je weer meer de regie hebt over jouw eigen leven.

□ **Wat wil ik met mijn leven?**

In deze therapie leer je weer oog te krijgen voor de toekomst. Hoe wil je vorm

gaan geven aan jouw dagelijks leven? Wat zijn jouw persoonlijke wensen .

Praktische gericht op hoe kom ik aan eigen huisvesting , werk, dagbesteding/opleiding en hobby's, wat doe ik in mijn vrije tijd en hoe financier ik dit..

Muziektherapie

Bij muziektherapie wordt er zowel naar muziek geluisterd als samengespeeld.

Muziek is het middel om aan persoonlijke doelen te werken. Doelen kunnen bijvoorbeeld zijn: verbeteren van concentratie, verbeteren van contact en communicatie, vermindering van negatieve symptomen, ervaren van ontspanning.

□ **Sociale vaardigheden/stress management**

Hoe maak je een praatje, hoe kom je nieuwe vrienden tegen, hoe geeft je aan wat je wel of niet wilt. Aan de hand van thema's wordt geoefend met gedrag en communicatie in bepaalde situaties. Een thema kan bijvoorbeeld zijn: wat vertel ik wel en wat vertel ik niet aan anderen (baas/docent/in een sollicitatiegesprek) met betrekking tot mijn psychose.

Je leert omgaan met spanningen. Je leert spanningen te herkennen in het lichaam en deze (gedoseerd) te uiten.

□ **Eigen Kracht Groep**

Hier gaat het om je kwaliteiten , waar ben je goed in , waar word je blij van. Hoe kom je er achter waar je goed in bent. Hoe is het met je zelfvertrouwen , hoe is het beeld van jezelf. Waar maak je je sterk voor, hoe ga je om met het verleden.

□ **Spel**

In dit programmaonderdeel wordt op een ontspannen en soms een beetje competitieve wijze gewerkt aan concentratie en aandacht, verbeteren van de samenwerking en omgaan met spanning/druk

. **Koken**

In deze groep kan je vaardigheden trainen die nodig zijn om dagelijkse bezigheden die voor jou belangrijk zijn uit te kunnen voeren. Het bereiden van eten is een middel om te werken aan deze vaardigheden (bij het bereiden van eten leer je bijvoorbeeld samenwerken, organiseren, plannen, concentreren, energie verdelen, grenzen bewaken en overleggen). De bereide maaltijd wordt gezamenlijk genuttigd.

□ **Maatschappelijke Participatie-dag**

In de Eerst Psychose behandeling wordt, tijdens de verschillende behandelonderdelen, actief toegewerkt naar herstel van maatschappelijke participatie. Je werkt stapsgewijs toe naar invulling van jouw dagelijks leven buiten de Meregwaard, allereerst op de woensdag.

Als je het programma volgt vindne wij et fijn om contact te hebben met belangrijke naasten (familie). Het is van belang dat zij ook goede informatie krijgen en vragen/zorg kunnen delen maar vooral ook om te horen dat je goed bezig bent.

Aan- en afwezigheid

Wij verwachten van jou dat je iedere dag aanwezig bent en het hele programma volgt.

Het kan voorkomen dat je, door onvoorziene omstandigheden, niet aanwezig kunt zijn (bijvoorbeeld door ziekte). In dit geval dien je je af te melden via het telefoonnummer 036-5210200. Je vermeldt dan dat het gaat om de dagbehandeling 'Eerste psychosegroep'.

Het programma is intergaal opgebouwd, de programma onderdselen ondersteunen en versterken elkaar. Als je veel mist dan gaat het programma niet opleveren waar het voor bedoeld is.

Na dertien weken ontvang je een diploma als bewijs van dat je geweldig hard aan je zelf gewerkt hebt.

Adres en bereikbaarheid

De Meregwaard, telefoon 036 5210200 (receptie)
Adres: GGz Centraal de Meregwaard, Postbus 1589, 1300 BN Almere

Aanmelden

Spreekt de ABC groep jou aan en heb je het idee dat wij hiermee iets voor je kunnen betekenen? Neem dan contact op met jouw vaste behandelaar en bespreek met hem je wensen. Er kan dan een vrijblijvend gesprek gepland worden waarin je informatie krijgt , uitlkeg, en een rondleiding. Op basis hiervan kun je beslissen of je met de groep en het prgramma aan de slag wilt. Wij nemen mensen serieus en de basis is respect. Dit respect verwachten we terug. De groep is niet vrijblijvend. Het betekent samen hard werken naar goede resultaten.

Wij zullen je aan alle kanten ondersteunen maar jij moet het doen. Mocht je bijvoorbeeld moeite hebben met opstaan dan kunnen we afspreken dat we je de eerste weken bellen of komen we langs, als je het reizen lastig vindt dan kunnen we dit de eerste weken met je oefenen. Doel is dat je ons niet meer nodig hebt!

De groep start drie keer per jaar, januari, mei, en september

Kosten

Voor algemene informatie over de kosten van de behandeling bij de GGz Centraal verwijzen wij u graag naar www.ggzcentraal.nl/clienten/kosten.

© GGz Centraal de Meregwaard, september 2016, auteurs: Rix van der Beek/Aart Hoogenstrijd

WS 8

<p>Psychose, familie en migratie</p> <p>In de workshop willen we mensen laten kennismaken met de transculturele systeembenadering in de behandeling van een psychotische stoornis bij migranten.</p> <p>Migranten hebben een hogere kans op een psychotische stoornis. Hierin spelen sociale uitsluiting, acculturatieproblemen en discriminatie een rol. Migranten komen vaker uit landen waar een wij-cultuur is en waar familiebanden sterker zijn. Waar in westerse landen besluitvorming vaak plaatsvindt in het kerngezin kunnen in niet-westerse culturen ook andere gezagsdragers in de familie zijn, die een belangrijke invloed hebben.</p> <p>De transculturele systeembenadering maakt o.a. gebruik van het uit de culturele anthropologie afkomstige transitie-model. Hierin wordt migratie opgevat als een belangrijke levensfase-overgang. Levensfasetransities worden gekenmerkt door een separatie-fase, een liminele fase en een re-integratiefase. De liminele fase is een kwetsbare fase. Zowel een migratie als een psychose kan gezien worden als een bijzondere levensfase-overgang voor de familie. Het inzetten van zogenaamde beschermjassen kan families helpen om deze fase door te komen. Beschermjassen is zowel een werkwoord als zelfstandig naamwoord. Het is ontleend aan het begrip enveloppement uit de Franse ethno-psychiatrie en betekent inbedden in de cultuur, in de groep. Het gaat niet alleen over familie, maar over alles van toen. Het zijn de geuren, het landschap, de tradities, de rituelen, de geschiedenis, het eten.</p> <p>Door middel van het maken van een levenslijn kunnen de bijzondere levensfaseovergangen in kaart worden gebracht en kan verhelderd worden welke (stapeling van) liminele kwetsbaarheden spelen. Door middel van het maken van een genogram kan in kaart worden gebracht welke gezagsdragers er zijn, welke bronnen van steun er in de familie zijn. Dit geeft handvatten om met de familie te kijken hoe zij zichzelf kunnen "beschermjassen".</p> <p>Literatuurverwijzing:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Jessurun, CM (2010) <i>Transculturele vaardigheden voor therapeuten</i>. Bussum : Coutinho, ISBN 978 90469020112) Tjin A Djie, K en Zwaan, I (2007) <i>Beschermjassen : transculturele hulp aan families</i>. Assen : Koninklijke van Gorcum ISBN 978 90232437173) Rhmaty, F. (2011). <i>Traumaverwerking met vluchtelingen. Een transculturele systeembenadering</i>. Assen: van Gorcum ISBN 978 90 232 4649 74) Bekkum, D. van, M. van den Ende, S. Heezen, A. Hijmans van den Bergh (1996). <i>Migratie als transitie: de liminele kwetsbaarheid van migranten en implicaties voor de hulpverlening</i>. In J. de Jong & M. van den Berg (Red.), <i>Transculturele Psychiatrie en Psychotherapie</i>. Lisse: Swets Zeitlinger.
<p>Programma:</p> <ul style="list-style-type: none">-korte inleiding: wat is een transculturele systeembenadering?-aan de hand van een casus oefenen met het maken van een genogram en levenslijn, en het inzetten van beschermjassen.

Interactieve elementen/oefenelementen toepasbaar in de praktijk:

- het maken van een genogram van de grootfamilie met aandacht voor de gezagsdragers
- door middel van het maken van een levenslijn het in kaart brengen van levensfaseovergangen - het inzetten van "beschermjassen".

Leerdoelen:

Bewust zijn van het verschil tussen een ik-cultuur en een wij-cultuur
Kennis hebben van de impact van migratie als levensfase transitie
Kennis hebben van en kunnen werken met het transitiebehandelmodel
Kennis hebben van en kunnen werken met "beschermjassen".

Docenten:

Caroline Verheijde-Zeijl, psychiater/transcultureel systeemtherapeut i.o. BuurtzorgT

Anna de Voogt, klinisch psycholoog –psychotherapeut, hoofddocent en supervisor opleiding
Transculturele Systeemtherapie CTT Marjon Arends Instituut

WS 9**Eerste ervaringen Peer-supported Open Dialogue in Nederland**

In januari 2017 zijn vier lidorganisaties van de Werkplaats Herstelondersteuning te weten Altrecht, GGZ Eindhoven, Lister en Metggz elk met een pilotteam gestart met een training Peer-supported Open Dialogue (POD) en toepassing daarvan in de praktijk.

Programma:

Korte inleiding over de kern van Peer-supported Open Dialogue gevolgd door de ervaringen uit de praktijk vanuit verschillende perspectieven (klant, psychiater, psycholoog, ervaringsdeskundige, manager). Hierop volgt een oefening met de deelnemers in de workshop waarin zij zelf kort kunnen ervaren wat POD is.

Interactieve elementen/oefenelementen toepasbaar in de praktijk:

- Uitwisseling en vragen nav de eerste ervaringen uit de praktijk - Een POD oefening

Doel / eindtermen:

- Deelnemers hebben een levendig beeld van Peer-supported Open Dialogue, van wat een open dialoog behelst, hoe het aan kan sluiten bij hun eigen praktijk.

Docenten:

Olaf Galisch, psychiater Lentis

Cynthia Blaauw, manager GGZ Eindhoven
Yvonne Willems, ervaringsdeskundige Metggz
Tom van Wel, psycholoog Altrecht

WS 10

Individuele Rehabilitatie in Beeld
<p>De Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB) is een zeer uitgewerkte methodiek waarmee mensen kunnen worden geholpen bij hun maatschappelijk herstel. Deze nieuwe vorm maakt de methode simpeler en meer cliëntgericht.</p> <p>'Rehabilitatie in Beeld' maakt gebruik van de blokkentaal van de Yucelmethode. Deze taal wordt gebruikt om het proces van verkennen, kiezen, verkrijgen en behouden van zelfgestelde doelen tastbaar te maken. Dit gebeurt doordat de persoon een balk maakt die zijn of haar participatiedoel weergeeft; onder deze balk komen ondersteunende factoren te staan en op de balk belastende knelpunten bij het verkrijgen of behouden van het gestelde doel.</p> <p>Doordat de persoon zelf deze opstellingen bouwt wordt het rehabilitatieproces voor de persoon eigen en overzichtelijk.</p> <p>Knelpunten kunnen apart besproken worden. Daarbij komen vaardigheids- en hulpbronontwikkeling aan de orde.</p>
Programma:
<p>Inleiding Demonstratie Oefening in kleine subgroepen</p> <p>De balk maken (verkennen en kiezen) Bouwen van een opstelling verkrijgen Bouwen van een opstelling behouden Externaliseren van knelpunten; vaardigheden en hulpbronnen verwerven</p> <p>Samenvatting</p>
Interactieve elementen/oefenelementen toepasbaar in de praktijk:
<p>De docent brengt een aantal blokkendozen mee zodat de deelnemers de methode zelf kunnen oefenen. Van de 75 minuten worden er 55 gebruikt voor oefening.</p>
Doel / eindtermen:
<p>Kennis van de hoofdlijnen van een heel rehabilitatieproces; ervaring met het werken met de blokkentaal.</p> <p>Het ervaren van het zelf bouwen van opstellingen is essentieel.</p>
Docenten:
<p>Jos Dröes, psychiater n.p., docent rehabilitatie Stichting Rehabilitatie 92 Astrid Gijsbertsen, ervaringswerker Huiselijk geweld /ervaringsdeskundige i.o.</p>

11) PS

Parallelsymposium Generieke Module Stemmen Horen

Stemmen horen is een veelvoorkomend psychisch fenomeen met een prevalentie van 10% bij jongeren en 5% bij volwassenen. Bij een kleine groep vormen hallucinaties een probleem en wordt het een symptoom. Dat kan bij allerlei stoornissen voorkomen en om die reden is de behandeling van het horen van stemmen niet gebonden aan een (beperkt aantal) stoornissen. Er zijn verschillende symptomatische behandelvormen ontwikkeld en de generieke module licht deze toe en geeft ook de evidentie voor de verschillende behandelvormen. In dit parallel symposium komt de generieke module aan de orde.

Programma:

Eerst zullen vier van de tien methoden uit de 'Generieke Module Stemmen Horen' kort toegelicht worden. Vooral de werkwijze zal worden getoond en toegelicht.

De vier methoden zijn:

HIT en coping training (Marije van Beilen),

Maastrichtse methode (Sandra Escher),

Cognitieve Gedragstherapie (Mark van der Gaag),

medicatie en repetitieve Transcraniële Magnetische Stimulatie (Iris Sommer).

Elke methode wordt in 10 minuten toegelicht en daarna zijn er 5 minuten voor vragen en discussie met het publiek.

Er wordt afgesloten met een overzicht van de evidentie voor alle methoden en welk onderzoek in de toekomst gewenst is (Mark van der Gaag).

Doel / eindtermen:

Kennis van het horen van stemmen, de achtergronden van verschillende invalshoeken en de aanbevolen en optionele behandelmethoden.

Voorzitter:

prof. Dr. Mark van der Gaag

klinisch psycholoog en psychotherapeut/ hoogleraar Parnassia Den Haag/ Vrije Universiteit Amsterdam

Sprekers:

1) Marije van Beilen

gz-psycholoog, senior onderzoeker
stemmenpoli UMC Groningen

2) Sandra Escher

senior onderzoeker

Universiteit Maastricht

3) Iris Sommer

psychiater, hoogleraar psychiatrie
UCP, UMC Groningen

12 OP 6

Bewegingsstoornissen en mortaliteit bij patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen; is er een relatie?

Patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) hebben een kortere levensverwachting dan de algemene bevolking. Patiënten met schizofrenie leven gemiddeld 12 tot 25 jaar korter en patiënten met een bipolaire stoornis 8,5 tot 14 jaar. Het is van belang de factoren die de levensverwachting van deze patiënten bekorten in kaart te brengen. Mogelijk spelen, naast factoren als leefstijl en toegang tot en kwaliteit van medische zorg, ook bewegingsstoornissen een rol. Bewegingsstoornissen waaronder tardieve dyskinesie (TD), parkinsonisme en akathisie komen veelvuldig voor bij EPA-patiënten die antipsychotica gebruiken. Uit verschillende studies is naar voren gekomen dat EPA-patiënten met TD een nog hoger risico hebben om vroegtijdig te overlijden dan EPA-patiënten die niet aan deze bewegingsstoornis lijden, hoewel er ook studies zijn die dit verband niet vonden. Naar de relatie van parkinsonisme en akathisie met mortaliteit is nog nauwelijks onderzoek gedaan. Wij onderzochten de associatie tussen TD, parkinsonisme en akathisie en mortaliteit bij 158 patiënten met EPA.

Inhoud presentatie:

Op Curaçao, in het enige psychiatrische ziekenhuis van het eiland, is sinds 1992 een cohort EPA-patiënten gevolgd. Over een periode van achttien jaar zijn daarbij acht keer TD, parkinsonisme en akathisie gemeten met behulp van valide en betrouwbare meetschalen. In april 2016 is via patiëntendossiers onderzocht of en op welke datum patiënten overleden waren. Met een Cox regressie werd het verband tussen TD, parkinsonisme en akathisie met overlijden geanalyseerd, gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, diagnose, type en dosering antipsychotica, dosering antidepressiva, dosering benzodiazepines en cocaïne gebruik.

Voor de huidige studie was data beschikbaar van 158 patiënten. Bij aanvang van de studie was de gemiddelde leeftijd 50,5 jaar (SD 15,4), 71% was man, 72% was van Afrikaans Caribische afkomst en 83% had de diagnose schizofrenie. Op 1 april 2016, 24 jaar na baseline, waren 84 patiënten overleden. Parkinsonisme verhoogde het risico op overlijden met een hazard ratio van 1,02 (95% CI 1.005 - 1.038) per punt op de Unified Parkinson's Disease Rating Scale. TD en akathisie lieten geen significant verband met mortaliteit zien.

Onze bevindingen laten zien dat parkinsonisme een risicofactor is voor vervroegd overlijden bij patiënten met EPA. Toekomstig onderzoek zal moeten uitwijzen op welke wijze parkinsonisme het overlijdensrisico verhoogt en of effectieve behandeling van parkinsonisme ook de levensverwachting van deze patiënten kan doen toenemen.

Presentator:

Anne Willems

12 OP 7

Symptomatische en functionele remissie bij jongvolwassenen met een vroege psychose
Vroegtijdige behandeling gericht op herstel in termen van symptomatische remissie (SR) en functionele remissie (FR) bij jongvolwassenen met een psychotische aandoening is van cruciaal belang om een langdurende ernstige psychische aandoening te voorkomen. Het doel van dit onderzoek is om SR en FR te onderzoeken bij een afdeling voor jongvolwassenen met een vroege psychose, bij Altrecht. Hierbij is nagegaan welke persoonlijke en geestelijke gezondheidszorg (GGZ) factoren van invloed kunnen zijn op SR en/of FR.
Inhoud presentatie: Onderzoekinstelling: Altrecht, afdeling ABC (voor jongeren met een psychotische kwetsbaarheid) Methode: Om verbanden tussen personen en GGZ factoren en resultaten op SR en/of FR te verkennen is gebruik gemaakt van Generalized Estimating Equations (GEE) en regressieanalyses op Routine Outcome Monitoring (ROM) data en gegevens over vervulde en onvervulde zorgbehoeften. Individuele zorgtrajecten zijn gemiddeld twee jaar gevolgd. Resultaten: Gegevens van 287 jongvolwassenen zijn verzameld. Bijna 40% bereikt of behoudt SR, 34% FR, en 26% bereikt of behoudt beide. Naast de sociodemografische factoren (mannelijke geslacht, westerse etniciteit, relatief hogere leeftijd), zijn zelfstandig wonen, betaalde arbeid, hogere mate van behandeltrouw en betere vervulling van onvervulde zorgbehoeften - op de domeinen psychisch welbevinden, gezelschap en dagelijkse activiteiten -, geassocieerd met betere uitkomsten op SR en/of FR. Conclusies: Onze bevindingen benadrukken dat om remissie succesvol te verbeteren en te behouden, tijdens de behandeling geïnvesteerd dient te worden in rehabilitatiedomeinen.
Presentator: Sascha Kwakernaak, PhD /psycholoog Altrecht

12 OP 8

Herstel van executief functioneren bij mensen met een bipolaire stoornis

Mensen met een bipolaire stoornis kunnen hinder ervaren bij het behouden en vinden van (vrijwilligers)werk en opleiding, ook in periodes waarin zij weinig tot geen last hebben van symptomen. Een van de factoren die hierin meespeelt zijn beperkingen in de executieve functies waarmee mensen in staat zijn hun emoties, behoeften en gedachten te reguleren. Met neuropsychologische tests kunnen deze functies gemeten worden, hoewel deze tests beperkt ecologisch valide zijn. Vanwege het belang van deze functies in het dagelijks leven van mensen is vanuit het lectoraat GGZ van de Hogeschool Leiden een methode ontwikkeld waarmee professionals en cliënten samen beperkingen in kaart kunnen brengen en plannen kunnen maken voor herstel. De ZEEF (zelfregulatie en executieve functies) methode, gebaseerd op de theorie van neuropsycholoog Russell Barkley, is in concept gereed en wordt in dit onderzoek verder ontwikkeld en getest voor mensen met een bipolaire stoornis type I die hinder ervaren bij het vinden en/of behouden van (vrijwilligers)werk of opleiding.

Inhoud presentatie:

Het onderzoek wordt uitgevoerd vanuit de Hogeschool Leiden i.s.m. Tilburg University. Om de ZEEF-methode goed aan te laten sluiten bij mensen met een bipolaire stoornis worden allereerst, middels semigestructureerde kwalitatieve interviews, ervaringen verzameld van patiënten en ervaringsdeskundigen met een bipolaire stoornis type I en hun naastbetrokkenen. Ervaren hindernissen én succeservaringen bij het vinden en behouden van (vrijwilligers)werk en opleiding vormen de focus binnen deze interviews. Aan de hand van deze ervaringen wordt de theoretische ZEEF-methode verder ingevuld en vervolgens besproken binnen focusgroepen om een beeld te krijgen van de mening van mensen met een bipolaire stoornis type I, hun naastbetrokken en deskundigen over de methode. Professionals en patiënten met een bipolaire stoornis type I gaan hierna aan de slag gaan met de methodiek zodat deze getest kan worden op betrouwbaarheid, (ecologische) validiteit en gebruiksvriendelijkheid.

Het gaat om een recent gestart onderzoek, waardoor er vooralsnog beperkte resultaten zijn. Naar verwachting worden in de zomer van 2017 de eerste interviews afgenomen. Wel kan vanuit wetenschappelijke literatuur en oriënterende gesprekken gesteld worden dat mensen met een bipolaire stoornis last kunnen hebben van cognitieve beperkingen (waaronder de executieve functies) en dat deze beperkingen een belemmerende invloed hebben op het functioneren van

mensen in het dagelijks leven. Herstel of verdere ontwikkeling van executieve functies in voor het individu relevante contexten, zoals (vrijwilligers)werk en opleiding, is belangrijk voor het algehele herstelproces van mensen met een bipolaire stoornis type I.

Presentator parallelsymposium:

Juul Koene, onderzoeker / promovenda Hogeschool Leiden / Tilburg University

12 OP 9

Implementatie- en effectonderzoek naar Mental Health First Aid

Mental Health First Aid (MHFA) is een gestandaardiseerd psycho-educatie programma dat ontwikkeld is om burgers (uit de algemene bevolking en specifieke doelgroepen) beter in staat te stellen om psychisch leed bij anderen in hun omgeving te herkennen, hen te benaderen, te ondersteunen en te verwijzen naar passende hulp. In de cursus krijgen deelnemers kennis en vaardigheden geleerd op basis van richtlijnen die ontwikkeld zijn door veel betrokkenen (ervaringsdeskundigen, familie, professionals). Deelnemers leren over oorzaken en risicofactoren, ze leren symptomen te herkennen, welke hulp effectief is en waar en hoe ze hulp kunnen inschakelen. Ook leren zij de nodige vaardigheden om initiële hulp en steun te bieden bij beginnende psychische klachten of bij klachten die verergeren (onder meer crisissituaties).

Inhoud presentatie:

GGzE/MHFA Nederland en het Trimbos-instituut willen een implementatie- en een effectonderzoek uitvoeren naar MHFA in Nederland. Het onderzoek zal worden uitgevoerd bij acht instellingen. De beoogde instellingen zijn GGZ inGeest, Parnassia/Indigo, Dimence/IMpluz, GGZ Friesland, Altrecht, Antes, GGzE en Mondriaan.

Implementatieonderzoek

Het implementatieonderzoek beoogt inzicht te krijgen in de ervaringen (van deelnemers en trainers) met de cursus, de relevante aandachts- en verbeterpunten en in de resultaten van deelname aan de cursus in de praktijk. De volgende vraagstellingen staan hierbij centraal:

- a. Welke rol kan MHFA volgens deelnemers en trainers spelen bij persoonlijke en maatschappelijk herstel van mensen met psychische problemen? In hoeverre en op welke manier kan MHFA een bijdrage leveren aan destigmatisering en inclusie van deze doelgroep?
- b. Wat zijn de ervaringen van trainers en deelnemers met MHFA? Wat zijn mogelijkheden voor verbetering van de cursus? Wat zijn effectieve elementen van de cursus?
- c. Wat zijn de resultaten van deelname aan MHFA voor de deelnemers? Welke betekenis heeft de cursus voor hen gehad? Welke gevolgen ervaren zij in hun houding (t.o.v. mensen met psychische problemen), zelfvertrouwen (om iemand met een psychische problemen te helpen) en in de dagelijks praktijk (concrete voorbeelden van toepassingen)?
- d. Wat zijn specifieke aandachtspunten voor de cursus met betrekking tot inzet van ervaringsdeskundigheid, diversiteit bij het verlenen van eerste hulp (cultuur, leeftijd, opleidingsniveau, gender, seksuele geaardheid), en het tegengaan van stigma?

Effectonderzoek

Resultaten van buitenlandse studies laten zien dat MHFA de kennis betreffende psychische gezondheid van de deelnemers verhoogt, hun negatieve houdingen vermindert en (onder)steunend gedrag richting mensen met psychische problemen doet toenemen (Hadlaczky et al., 2014). Ook

blijkt MHFA de sociale afstand te verkleinen tussen mensen met en zonder een psychische kwetsbaarheid.

Het effectonderzoek in Nederland moet uitwijzen of MHFA ook effectief is in de Nederlandse

context. In de Nederlandse effectstudie staan de volgende vragen centraal:

a. Is het MHFA programma in Nederland effectief om burgers klaar te maken (*readiness*) om hulp te verlenen aan mensen met psychische problematiek? Hypothesen hierbij zijn:

het vertrouwen in het geven van hulp aan mensen met psychische gezondheidsproblemen neemt

toe door MHFA training;

de sociale afstand ten opzichte van mensen met psychische gezondheidsproblemen neemt af

door MHFA training.

b. Wat zijn de effecten van de MHFA training bij deelnemers op het terrein van: kennis over psychische aandoeningen en hun behandeling; kennis over hoe je je kunt gedragen/opstellen en hoe je kunt handelen wanneer je met iemand in contact bent met psychische problemen; attitudes jegens mensen met psychische problemen.

Presentator:

1) Catherine van Zelst, Onderzoeker en trainer MHFA Mondriaan 2) Nicole van Erp, sr wetenschappelijk medewerker Trimbos-instituut

12 OP 10

De Nationale Herstelschaal, validering van een meetinstrument

In Nederland is een instrument nodig om persoonlijk herstel te meten bij mensen met ernstige psychische aandoeningen ten behoeve van Routine Outcome Measuring (ROM).

Het projectteam van het project 'Ontwikkeling Nationale Herstelschaal I', bestaande uit ervaringsdeskundigen, onderzoekers en hulpverleners uit de GGz, heeft een instrument geconstrueerd (Van Gestel et. al, 2014). Dit instrument is gebaseerd op een concept mapping bijeenkomst, waarin ervaringsdeskundigen participeerden, en op de wetenschappelijke literatuur.

Inhoud presentatie:

Eerder onderzoek met de Nationale Herstelschaal toonde aan dat het instrument goed bruikbaar is in de praktijk en dat het gebruiksvriendelijk, betrouwbaar en valide is. Helaas kon de sensitiviteit van het instrument onvoldoende worden aangetoond door de korte duur van het project.

Het doel van het huidige project waarvan verslag wordt gedaan, is om de sensitiviteit van de vragenlijst nader te onderzoeken en vast te stellen of het instrument ook geschikt is voor ROM doeleinden.

Presentator:

dr. Wilma Swildens, sr onderzoeker, Hoofd afdeling onderzoek en ROM Altrecht

WS 15

Systematisch rehabilitatiegericht handelen – herstelondersteunende zorg in vele kaders
Binnen veel settings, zeker binnen de Fact-teams, maar ook op afdelingen wordt gezocht naar een gemeenschappelijke methodiek en taal om het herstel van onze cliënten te bevorderen. Systematisch rehabilitatiegericht Handelen is een goed uitgewerkte methode om presentiegericht, herstelgericht en krachtgericht te werken. In deze workshop maak je kennis met deze methode en ervaar je wat het betekent als vooral vanuit mogelijkheden en krachten wordt gedacht.
De toepasbaarheid komt uitgebreid aan de orde.
Programma:
Er wordt in het eerste halve uur een overzicht over de belangrijkste methodische aspecten en achtergronden geboden. Daarna volgt een ervaringsgerichte oefening en in het laatste deel kunnen we kijken naar de klinische toepasbaarheid binnen je eigen setting.
Interactieve elementen/oefenelementen toepasbaar in de praktijk:
Er is veel ruimte voor discussie en om deze methode aan den lijve zelf te ervaren.
Doel / eindtermen:
Er is basiskennis over SRH als methodiek waarna men zou kunnen besluiten om zich er verder in te verdiepen.
Docenten:
1) B. Jacobsen, psychiater Rino, Pro Persona ACT team vroege psychose zorgmijding 2) Els Makaay, SRH coach en opleider, Rino groep

WS 16

Herstelondersteunend werken in de GGZ
De focus van de behandeling van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) is in de afgelopen jaren verbreed. Naast de aandacht voor symptoomstabilisatie is de aandacht voor het sociaal maatschappelijke en het persoonlijke herstel gegroeid. Dit vraagt om een andere manier van werken in de GGZ die nog meer herstelondersteunend zou moeten zijn. Deze workshop zal zich

richten op: 1) het belang van de therapeutische relatie; 2) het centraal stellen van hersteldoelen in dit contact gebruikmakend van de INSPIRE; 3) het betrekken van de naastbetrokkenen bij het bereiken van herstel (RACT-methodiek).

Het is bekend dat een goede *therapeutische relatie* erg belangrijk is voor herstelbevordering, misschien zelfs dé belangrijkste factor om een behandeling te laten slagen (Goldsmith e.a., 2015, Horvath e.a., 2011). Toch is er weinig bekend over hoe je als hulpverlener een goede therapeutische relatie tot stand brengt. In het VOICE-onderzoek proberen we uit te zoeken welke factoren bijdragen aan het tot stand komen en het in stand houden van een goede therapeutische relatie. Dit doen we door al in gesprek te gaan met cliënten, hulpverleners en ervaringswerkers binnen de GGZ. In deze workshop zullen we eerst het weinige dat er tot nu toe bekend is op een rij zetten. Daarna nodigen we de deelnemers uit voor een brainstormsessie, met de mogelijkheid alle kennis en ideeën over dit belangrijke onderwerp te delen.

In het behandelcontact is het belangrijk dat hulpverleners en cliënten met elkaar in dialoog zijn over herstel en dat individuele doelen en wensen bekend zijn (Bitter e.a., 2016; Kvam & Eide, 2015; Schön, 2013). In de praktijk is er echter een discrepantie tussen de intentie van de GGZ om herstel ondersteunend te werken en de mogelijkheden van professionals op de werkvloer om daar een praktische uitvoering aan te geven (Le Boutillier e.a., 2015). Hieruit spreekt een duidelijke behoefte aan praktisch toepasbare handvatten om herstel ondersteunend werken te concretiseren. De INSPIRE is een instrument dat mogelijk als een dergelijk handvat kan fungeren, door een leidraad te vormen in het bespreken van de persoonlijke hersteldoelen van de cliënt en vooral wat er voor nodig is om deze te bereiken (Williams e.a., 2015). Deelnemers aan de workshop leren de INSPIRE kennen en kunnen ervaren hoe het werken met de INSPIRE er in de praktijk uit ziet. Ook zal kort worden toegelicht hoe we deze werkwijze de komende jaren zullen onderzoeken.

Bij een patiënt met EPA zijn er vaak meerdere hulpverleners, van bijvoorbeeld wijkteams, GGZ en verslavingszorg, betrokken bij het werken aan diens hersteldoelen. Maar ook naastbetrokkenen spelen een rol en deze rol zou mogelijk beter gefaciliteerd kunnen worden. In Groningen wordt daarom nu ingezet op het werken met steungroepen volgens de RACT-methodiek, die in Zweden al effectief is gebreken (Grawe e.a. 2006; Malm e.a., 2003). De cliënt stelt zelf een steungroep samen, waarin naastbetrokkenen en hulpverleners samen werken aan de hersteldoelen van de patiënt. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van een sociogram, om de naastbetrokkenen van de patiënt in kaart te brengen. De cliënt staat centraal, heeft de regie in handen en tegelijkertijd wordt geprobeerd de zorg te ontschotten. In deze workshop bespreken we hoe het werken met de steungroepen er in de praktijk uit ziet, met aandacht voor mogelijkheden en valkuilen. Ook lichten we toe hoe we dit in de pilot "Samen voor Herstel" in Groningen aan het onderzoeken zijn.

Programma:

0 – 10 minuten 10 – 30 minuten

30-50 minuten 50 – 65 minuten

65-75 minuten

Welkom, kennismaking workshopleider en deelnemers

Hoe breng je een goede therapeutische relatie tot stand? Een korte introductie

en brainstormsessie.
Hersteldoelen concretiseren met de INSPIRE: een introductie en demonstratie De omgeving van de cliënt betrekken door steungroepen: bespreking van de

RACT methodiek en ontschotting van de zorg. Conclusie en afsluiting.\

Interactieve elementen/oefenelementen toepasbaar in de praktijk:

- Brainstormen en input leveren over de therapeutische relatie
- Demonstratie en oefenen in het gebruiken van de INSPIRE
- Ervaringen delen tussen cliënten en naastbetrokkenen over het betrekken van de omgeving

bij de behandeling

Doel / eindtermen:

- Bestaande kennis en het belang van de therapeutische relatie bespreken;
- Interactief kennis delen over factoren die bijdragen aan een goede therapeutische relatie; - Demonstreren van een instrument die de kloof tussen theorie en praktijk van herstel

ondersteunend werken concretiseert;

- Aan het eind van de workshop weten cliënten en hulpverleners hoe de INSPIRE er uit ziet en

hoe deze ingezet kan worden bij herstelondersteunend werken;

- Het benadrukken van het belang van het betrekken van de omgeving bij de behandeling van

de cliënt, maar ook het bespreken van de moeilijkheden omtrent de praktische uitvoering ervan.

Docenten workshop:

Drs. Miriam Tolsma, promovenda Lentis

Idelette Kruidhof Verpleegkundig Specialist Lentis

Prof.dr. Stynke Castelein Bijzonder hoogleraar Herstelbevordering bij EPA Lentis/RuG

WS 17

Wat wil jij beter kunnen? Naar een persoonlijke hulpverlening...

Herstel is een persoonlijk traject dat aansluit bij wensen en behoeften van de cliënt.

Bij herstel staat de cliënt (en bij voorkeur ook zijn betrokkenen) centraal. Maar hoe lukt je dat.

Hoe kom je van de goede instelling (en goede voornemens) naar een goede praktijk waarbij gelijkwaardige samenwerking met de verschillende partners in de triade, centraal staat.

Bij de meest voor de hand liggende vragen zijn we vaak onbeholpen: de cliënt wil zijn medicatie afbouwen, beschut wonen verlaten, werk, een relatie. We gaan gemakkelijk op de rem staan omdat we enkel slechte ervaringen kennen (een relapse uit het verleden) en weinig zicht hebben op de sterke punten uit het dagelijkse leven van betrokkenen.

Programma:

- exploratie van de vragen die mensen in hun praktijk van cliënten horen en waarmee ze niet goed om weten te gaan;

<ul style="list-style-type: none"> - wat heb je nodig om de cliënt het vertrouwen te kunnen geven dit proces samen aan te gaan - oefening rond functionele diagnostiek in een collaboratieve triadische verkenning.
<p>Interactieve elementen/oefenelementen toepasbaar in de praktijk:</p> <ul style="list-style-type: none"> - brainstorm - korte voorstelling van mogelijkheden - werksessie naar strengths van cliënten - naar een collaboratief gesprek
<p>Doel / eindtermen:</p> <p>Aanwezigen weten tools te hanteren die hen in staat stellen op een empirische wijze strengths and weaknesses (kwetsbaarheid en weerbaarheid) van cliënten te exploreren en in een collaboratief proces te gebruiken in het proces naar herstel.</p>
<p>Docenten:</p> <p>1) Philippe Delespaul Professor Innovatie in de GGZ Universiteit Maastricht/Mondriaan 2) Simone Verhagen PhD student Universiteit Maastricht</p>

WS 18

<p>Waar geen wil is, zoeken we een weg. Coaching voor families van zorgwekkende zorgmijders</p>
<p>Vanaf mei 2017 experimenteert Ypsilon Utrecht, in samenwerking met Altrecht en met de Utrechtse buurtteams, met de ondersteuning van familieleden van zorgwekkende zorgmijders die willen proberen om hun familielid naar de zorg toe- of terug te leiden.</p> <p>Voor die ondersteuning wordt eigen familie-ervaring ingezet, in combinatie met professionele ervaring van een Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige.</p> <p>Het pilot-project wordt gefinancierd vanuit het ZonMW budget voor "Personen met Verward Gedrag".</p>
<p>Programma:</p> <p>Na een korte inleiding over de gekozen aanpak en de ervaringen tot op dit moment, zullen we vooral de workshopdeelnemers betrekken in oefeningen door middel van rollenspellen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Een korte presentie over dit project aan de hand van het projectplan - Feedback van de deelnemers - Oefenen met de workshopdeelnemers.
<p>Interactieve elementen/oefenelementen toepasbaar in de praktijk:</p> <p>Deelnemers zullen ervaren hoe het is om zelf (als familie-ervaringsdeskundige of als SPV) zo'n gesprek te voeren met een familie van een zorgmijder.</p>
<p>Doel / eindtermen:</p> <p>We willen uiteindelijk bereiken dat er ook in andere regio's systematisch samenwerking wordt gezocht met de families van zorgwekkende zorgmijders.</p>

Docenten:

1) Tiny van Hees, SPV, Altrecht

2) Tom Rusting, Afdelingsvoorzitter Ypsilon Utrecht en familie-ervaringsdeskundige bij Altrecht

WS 19**Van bijzonder naar psychotisch over leeftijden en diagnoses heen**

Milde psychotische ervaringen komen veel vaker voor dan de floride psychose.

Hoewel veel psychotische ervaringen vanzelf weer over gaan, vormen zij veelal een marker voor ernstige psychopathologie, zowel bij jongeren als bij volwassenen. Hoe ga je met psychotische ervaringen om en wanneer wordt een psychotische ervaring manifest?

Programma: We starten met een korte introductie over psychotische ervaringen en waarom we deze bijzondere ervaringen zouden kunnen noemen bij 12-35 jarigen. Hierbij worden recente gegevens betrokken van wetenschappelijk onderzoek naar psychotische ervaringen bij 12-35 jarigen. Vervolgens gaan we aan de hand van beeldmateriaal van jongeren en jongvolwassenen uit de dagelijkse VIP praktijk met elkaar aan de slag.

Interactieve elementen/oefenelementen toepasbaar in de praktijk:

- Met behulp van het beeldmateriaal gaan we met elkaar de discussie aan en worden vaardigheden aangeboden en geoefend.

Doel / eindtermen:

De deelnemer beschikt na de workshop over actuele kennis betreffende (milde en floride) psychotische ervaringen en kan deze kennis toepassen in de praktijk.

De deelnemer beschikt over deelvaardigheden in de aanpak van psychotische ervaringen.

Docent:

Yvonne de Jong

klinisch psycholoog / promovendus / lid specialisatieteam psychose van Parnassia Lucertis, kinder – en jeugdpsychiatrie, regulier en VIP-team

WS 20

Kennismaken met 'Het Scharnier'**Cursus voor mensen met een lege agenda; steun bij participeren**

Achtergrond: Cosis, zorginstelling voor mensen met een psychische en verstandelijke beperking, ontwikkelt met de IRB als basis een groot aantal interventies voor mensen met een grote afstand tot participeren in allerlei maatschappelijke rollen.

Een voorbeeld van zo'n interventie is de cursus Scharnier. Met behulp van deze cursus worden deelnemers uitgedaagd om bezig te zijn met het zich oriënteren op en kiezen van een betekenisvolle activiteit. Tevens krijgen zij gestructureerd de gelegenheid om ervaring op te doen met activiteiten middels zgn 'snuffelstages'.

Het Scharnier kent een cursorische opzet. De cursus wordt gegeven door een ervaringsdeskundige docent en een docent van het team Educatie & Training.

Programma:

In de workshop staan we stil bij: - Het ontwerp

- De Inhoud
- Het cursusproces

- Ervaringen van cursisten
- Voorbeelden van cursistuitkomsten - Resultaten tot nu toe

Interactieve elementen/oefenelementen toepasbaar in de praktijk:

De deelnemers van de workshop doen een onderdeel/oefening uit het cursusmateriaal. Een korte film over 'het Scharnier' wordt vertoond.

De aanwezige trainers en cursus deelnemers gaan in discussie met de workshop bezoekers.

Doel / eindtermen:

Deelnemers hebben kennis gemaakt met de methodische opzet (individuele rehabilitatie benadering) en de onderdelen van de cursus. Tevens hebben zij kunnen horen welke meerwaarde de cursus heeft voor kwetsbare burgers. Wat heeft deelname tot nu toe opgeleverd?

Docenten:

- 1) Lenneke Docter, MSc
beleidsadviseur / Trainer Cosis
- 2) Drs. Ina Marten
ervaringsdeskundig adviseur / trainer Cosis