



Herstelondersteunende interventies voor forensisch psychiatrische patiënten met psychotische stoornissen:

een overzicht van de wetenschappelijke evidentie

**Hanneke van Gestel-Timmermans
Caroline Place
Maaïke van Vugt
Sonja van Rooijen
Chijs van Nieuwenhuizen**

Colofon

Opdrachtgever

Programma Kwaliteit Forensische Zorg

Financiering

Programma Kwaliteit Forensische Zorg

Projectleiding

Prof. dr. Chijs van Nieuwenhuizen, GGzE/ Universiteit van Tilburg

Drs. Sonja van Rooijen, Trimbos-instituut

Projectuitvoering

Dr. Hanneke van Gestel-Timmermans, GGzE

Drs. Caroline Place, Trimbos-instituut

Drs. Maaïke van Vugt, Trimbos-instituut

Met dank aan:

De Woenselse Poort, Altrecht Aventurijn (FPA Roosenburg), de Forensische divisie van GGZ Noord Holland Noord, de Forensisch Psychiatrische afdeling van de Pompestichting en alle experts.

Productie

GGzE & Trimbos-instituut.

Deze publicatie is tot stand gekomen met financiële ondersteuning van het Programma KFZ. Het Programma KFZ heeft daarnaast zorg gedragen voor de inhoudelijke projectbegeleiding waarbij is gestuurd op kwaliteit, voorgangsbewaking en budgetbeheer. Het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie voert namens het programma KFZ het projectmanagement.

Een pdf-versie van het rapport is te downloaden via

<http://www.ggze.nl/professionals/wetenschappelijk-onderzoek/onderzoeksgroep-fggz>,

via <http://www.trimbos.nl/publicaties>

of via <http://www.kfz.nl/projecten/resultaten>.

Ook op de website van de Woenselse Poort, Altrecht Aventurijn (FPA Roosenburg), de Forensische divisie van GGZ Noord Holland Noord en de Forensisch Psychiatrische afdeling van de Pompestichting kunt u het rapport vinden.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar worden gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming.

© KFZ, maart 2015. Het intellectuele eigendom ligt bij de auteurs. De auteurs stemmen er mee in dat deze uitgave onvoorwaardelijk en zonder kosten gebruikt kan worden door alle instellingen binnen het forensisch zorgveld.

Inhoudsopgave

1. Inleiding

1.1	Achtergrond en doelstelling	5
1.2	Definitie herstel + herstelgerichte interventies	5
1.3	Opbouw rapport	6

2. Uitvoering onderzoek

2.1	Procedure literatuurstudie	7
2.2	Procedure veldstudie.....	11

3. Resultaten literatuur- en veldstudie

Leeswijzer hoofdstuk 3	12
3.1 Evidentie interventies literatuur.....	13
3.1.1 Evidentie lotgenotengroepen en ervaringsdeskundigheid	14
3.1.2 Evidentie van interventies gericht op werk, wonen, rehabilitatie en participatie	23
3.1.3 Evidentie familie- en systeeminterventies	31
3.1.4 Evidentie interventies empowerment en zelfmanagement	36
3.1.5 Samenvatting	45
3.2 Best practices; overzicht van andere interventies bekend vanuit de literatuur	46
3.2.1 Lotgenotengroepen en ervaringsdeskundigheid.....	46
3.2.2 Interventies gericht op werk en wonen	46
3.2.3 Familie- en systeeminterventies	46
3.2.4 Empowerment en zelfmanagement	47
3.3 Interventies toegepast in de praktijk: resultaten veldstudie	48
3.3.1 Lotgenotengroepen en ervaringsdeskundigheid.....	48
3.3.2 Empowerment en zelfmanagement	48
3.3.3 Familie- en systeeminterventies	49
3.3.4 Interventies gericht op werk en wonen	49

4. Verslaglegging expertraadpleging

54

5. Conclusies en aanbevelingen voor de toekomst

5.1.	Conclusies op basis van literatuur, veldonderzoek en expertraadpleging	60
5.2.	Randvoorwaarden voor implementatie van herstelondersteunende interventies	67
5.2.1	Herstelondersteunende zorg.....	67
5.2.2	Risicotaxatie en herstel.....	69
5.2.3	Aanbevelingen voor de toekomst	71
	Literatuurlijst	73

Bijlage I: Toelichting interventies

85

Bijlage II: Tabellen resultaten literatuurstudie

88

Bijlage III: Overzicht projectleden, geraadpleegde experts en extra experts.....

148

Hoofdstuk 1: Inleiding

1.1 Achtergrond en doelstelling

Van oudsher wordt binnen de psychiatrie het begrip 'herstel' gelijkgesteld aan genezing en primair gezien als een mogelijke uitkomst van behandeling. In de jaren '80 is vanuit de patiëntenbeweging een tweede betekenis van herstel ontstaan (Boevink, 2009). Hier staat het idee centraal dat herstel niet een uitkomst is, maar een proces met ups en downs en dat iedereen kan herstellen. Herstel verwijst dus naar hoe iemand zijn of haar leven leidt, ondanks een beperking (Anthony, 1993; Davidson e.a., 2009; Van Gestel e.a., 2010a,b; Van Gestel e.a., 2011; Van Gestel e.a., 2012a,b; Leamy, 2011; Meehan, 2008; Wilrycx e.a., 2012a,b).

Herstel en herstelondersteunende zorg middels leidend principe geworden voor de GGz en verslavingszorg en deden recentelijk hun intrede in de maatschappelijke opvang (Van Gestel e.a., 2013) en binnen de justitiële sector (Walravens & Van Heugten, 2012). Herstelondersteunende zorg dient bij te dragen aan een waardevol leven en de vervulling van betekenisvolle rollen (Dröes e.a., 2012; Moradi e.a., 2008). Ondersteuning bij het algemeen functioneren en functioneren in sociale en maatschappelijke rollen is hier onderdeel van. Hierbij wordt, indien mogelijk, de omgeving van de patiënt¹ actief betrokken (Brouwers e.a., 2013). Ten aanzien van de behandeling van forensisch psychiatrische patiënten met psychotische stoornissen is er geen overzicht voorhanden naar effectieve herstelondersteunende behandelinterventies (zie ook Landelijk zorgprogramma voor forensisch psychiatrische patiënten met psychotische stoornissen (Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP), versie 2, 2012)).

Doel van dit project is om de huidige stand van zaken te beschrijven op het terrein van rehabilitatie en herstel van forensisch psychiatrische patiënten met psychotische stoornissen om zo de praktijk richtlijnen te bieden voor herstelondersteunende behandelinterventies. Bij de beschrijving is uitgegaan van het huidige Zorgprogramma Psychotische Stoornissen (EFP, 2012).

De volgende onderzoeksvragen worden behandeld: welke (effectieve) herstelondersteunende behandelinterventies voor patiënten met psychotische stoornissen zijn beschikbaar (Hoofdstuk 3) en welke interventies zijn geschikt voor forensisch psychiatrische patiënten met psychotische stoornissen (Hoofdstuk 5). Daarbij is specifiek gekeken welke effectieve interventies beschikbaar zijn voor forensisch psychiatrische patiënten met psychotische stoornissen die (a) empowerment en zelf management stimuleren, (b) familie en sociale omgeving betrekken bij de behandeling en integratie in de samenleving, (c) gericht zijn op de woon- en werksituatie (intra- /extramuraal) en (d) gericht zijn op ervaringsdeskundigheid en lotgenotengroepen.

1.2 Definitie herstel en herstelgerichte interventies

Herstel

Herstel is een persoonlijk en continu veranderingsproces in iemands opvattingen, waarden, gevoelens, doelen, vaardigheden en/of rollen. Het gaat om het vinden van een nieuwe betekenis en een nieuw doel in het leven en om het leiden van een bevredigend, hoopvol en zinvol leven ondanks de beperkingen die de psychische klachten met zich meebrengen (Anthony, 1993). Persoonlijke groei, het ontwikkelen van een positieve identiteit, hoop, empowerment en zelfstandiger functioneren, staan hierbij voorop (Corrigan e.a., 2004; Jacobson en Greenly, 2001; Resnick e.a., 2005; Leamy e.a., 2011). Herstel is slechts gedeeltelijk gebaseerd op de ontvangen zorg. Minstens zo belangrijk is de eigen inspanning (eigen regie, verantwoordelijkheid) van de persoon en steun vanuit de brede omgeving (Van Gestel-Timmermans, 2011).

¹ In dit rapport is wat betreft terminologie aangesloten bij het Zorgprogramma. Er wordt derhalve gesproken over patiënt en niet over cliënt, hoewel deze laatste term beter aansluit bij de herstelvisie.

Een belangrijk aspect van herstel is verbondenheid met anderen (Leamy e.a., 2011). Herstel heeft dus ook een sociaal aspect; het gaat om het (opnieuw) innemen van betekenisvolle en bevredigende sociale rollen binnen de eigen omgeving. Daarnaast is de betrokkenheid en sociale steun van belangrijke netwerken van de persoon cruciaal. Ook het ontwikkelen van een toekomstperspectief hoort hierbij; binnen de herstelgedachte is leren, ontwikkelen en groeien van wezenlijk belang. Volgens Dröes en Plooy (2012) gaat het om herstel als persoon, herstel van gezondheid, herstel van dagelijks functioneren en herstel van rollen.

Interventies gericht op herstel

Hieronder verstaan we in dit kader enerzijds interventies die gericht zijn op het herstel als persoon. Het gaat om psychosociale interventies zoals systeemgerichte interventies, inzet van ervaringsdeskundigen, lotgenotengroepen en interventies gericht op empowerment en zelfmanagement. Ook cognitieve gedragstherapie en psycho-educatie kunnen ingezet worden als herstelondersteunende psychosociale interventies mits deze interventies effect hebben op herstelgerichte uitkomstmaten. Onder herstelgerichte uitkomstmaten verstaan we bijvoorbeeld subjectieve uitkomstmaten zoals hoop, empowerment, self-efficacy beliefs en kwaliteit van leven, maar ook uitkomstmaten op het gebied van mentale gezondheid, sociale contacten, werk, zorggebruik etc.

Daarnaast gaat het om interventies die gericht zijn op herstel van rollen en herstel van dagelijks functioneren. Het gaat hierbij om individuele benaderingen (zoals de Individuele Rehabilitatie Benadering, Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen, Forensisch (Functie) Assertive Community Treatment of Individual Placement and Support en om groepsmodules (bijvoorbeeld Liberman-modules).

1.3 Opbouw rapport

Het rapport is als volgt opgebouwd:

In hoofdstuk 2 wordt de procedure van de literatuurstudie en veldstudie beschreven.

In hoofdstuk 3 staan de resultaten van de literatuur- en veldstudie. In paragraaf 3.1 staan alle evidence-based en best evidence resultaten van de literatuurstudie. In paragraaf 3.2 staan alle best practices uit de literatuur beschreven en in paragraaf 3.3 worden toegepaste interventies uit de praktijk in Nederland weergegeven. Hoofdstuk 4 is een beschrijving van de uitkomsten van de expertraadplegingen en ten slotte staan in hoofdstuk 5 alle conclusies en aanbevelingen voor de toekomst.

Hoofdstuk 2: Uitvoering onderzoek

2.1 Procedure literatuurstudie

De onderzoekers hebben een literatuurstudie uitgevoerd in de databases Cochrane Library, PsycINFO, Medline en Science Direct, waarbij zij zich hebben beperkt tot de Engels- en Nederlandstalige literatuur. Er is gezocht naar reviews, randomised clinical trials (RCTs) en longitudinale studies vanaf 2009 of later. Literatuur van vóór 2009 is meegenomen, indien deze relevant was voor het zorgprogramma (in de Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie is onderzoek tot juli 2009 opgenomen). Tevens is gekeken naar de zogenaamde grijze literatuur, andere relevante databases, websites en rapporten en abstracts van conferenties. Alle documenten en interventies zijn gescreend op relevantie voor het forensische veld en forensisch psychiatrische patiënten met psychotische stoornissen in het bijzonder. Hierbij ging het om documenten die relevante informatie bevatten om de huidige lacunes in het Zorgprogramma Psychotische Stoornissen te ondervangen.

De belangrijkste zoektermen waren: 'recovery, forensic, psychosis', 'forensic, peer-support (interventions), psychosis', 'consumer-run services, forensic, psychosis', 'forensic, rehabilitation (intervention), psychosis', 'forensic assertive community treatment, psychosis, RCT', 'forensic, family and psychosis/psychotic/ schizofrenia', '(forensic), empowerment, psychosis/ psychotic/ schizofrenia' en '(forensic), selfmanagement, psychosis/ psychotic/ schizofrenia.' Daarnaast is ook gericht gezocht met zoektermen als: Supported employment, Individual placement and support, Supported education, Supported housing, Housing first.

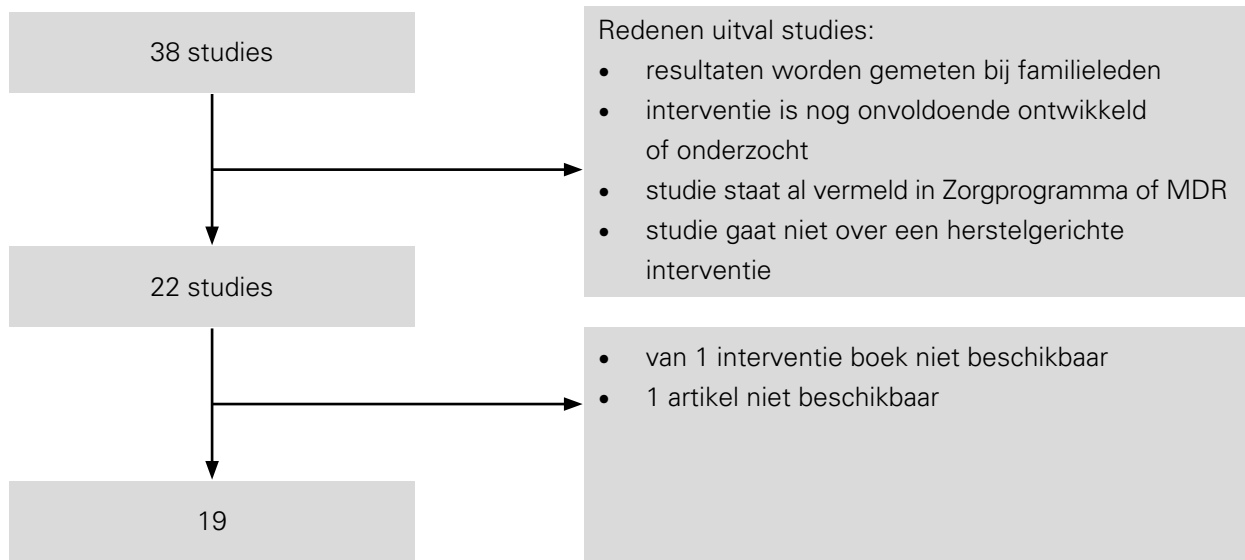
Bij de eerste selectie van de literatuur, uitgevoerd in de periode 1 maart tot 18 juli 2014, zijn in totaal 247 abstracts geselecteerd. Vervolgens zijn deze abstracts én de bijbehorende studies door beide onderzoekers onafhankelijk van elkaar op verschillende criteria gescoord. De abstracts en studies werden allereerst beoordeeld op PICOS-criteria (Patient or problem, Intervention, Comparison, Outcome, Study design; Liberati e.a., 2009). Dat wil zeggen dat gelet werd op:

- De onderzoekspopulatie van het betreffende onderzoek. De doelgroep van dit project betreft patiënten vanaf 18 jaar met psychotische stoornissen en eventuele bijkomende stoornissen, die een gerechtelijke maatregel opgelegd hebben gekregen vanwege het plegen van een of meer (ernstige) delicten, dan wel een verhoogd delict-risico hebben. Daarnaast werd in de literatuur gekeken naar interventies voor patiënten met een psychose of met ernstige psychiatrische aandoeningen, die vertaald kunnen worden naar de forensische psychiatrie.
- De onderzochte interventie: is deze herstelondersteunend en duidelijk beschreven? Zijn er (enige) aanwijzingen voor effectiviteit?
- Aanwezigheid van een controleconditie in het onderzoek (evidence-based practice).
- De uitkomstmaat van het onderzoek; leidt de interventie tot een toename van herstel. Uitkomstmaten voor herstel zijn bijvoorbeeld subjectieve uitkomstmaten zoals hoop, empowerment, self-efficacy beliefs, en kwaliteit van leven, maar ook uitkomstmaten op het gebied van mentale gezondheid, sociale contacten, werk en zorggebruik.
- Soort studie: Voor elke interventie werd aangegeven in welke mate deze is onderzocht. Hierbij werd onderscheid gemaakt tussen evidence-based, best evidence en best practice interventies.

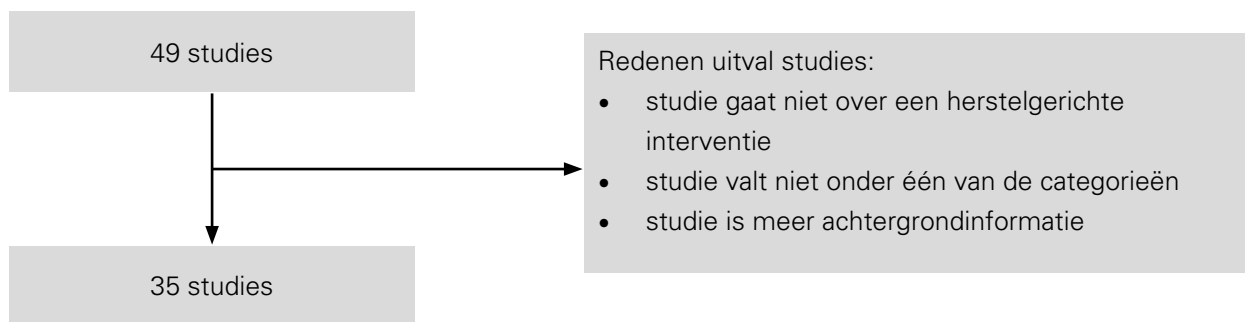
Onder evidence-based interventies worden verstaan: interventies waarvan goede of sterke aanwijzingen zijn voor effectiviteit en die bijvoorbeeld beschreven zijn in reviews, meta-analyses en grote RCTs. Onder best evidence interventies worden interventies verstaan die theoretisch goed onderbouwd en beschreven zijn en enigszins zijn onderzocht. Onder best evidence worden bijvoorbeeld ook interventies geschaard die in kleinschalige RCTs zijn onderzocht (N<100). Evidence-based en best evidence interventies worden beschreven in § 3.1.1. t/m 3.1.4. Tenslotte worden ook beschrijvingen van (nog) niet onderzochte, goede praktijken meegenomen als best practices (deze resultaten worden beschreven in § 3.2.).

De twee onderzoekers hebben onafhankelijk van elkaar de studies beoordeeld op de bovenstaande inclusiecriteria. Alleen de studies waarover consensus bestond, zijn geïncludeerd. Indien er geen overeenstemming was over een studie, werd de volledige tekst door beide onderzoekers nogmaals bekeken en werd de studie door beide onderzoekers eventueel alsnog geïncludeerd na verkregen consensus. Bij de categorie empowerment is dit proces anders verlopen, daar veel studies voor deze categorie gevonden werden met de zoektermen voor de andere categorieën. Daarnaast is gebruik gemaakt van een recente literatuurstudie naar empowerment van het Trimbos-instituut.² Daardoor kon in dit beoordelingsproces een stap worden overgeslagen. In Figuur 1a, 1b, 1c en 1d is het proces per categorie interventies vastgelegd. De resultaten van de literatuurstudie zijn per categorie interventies vastgelegd in een tabel (zie bijlage I).

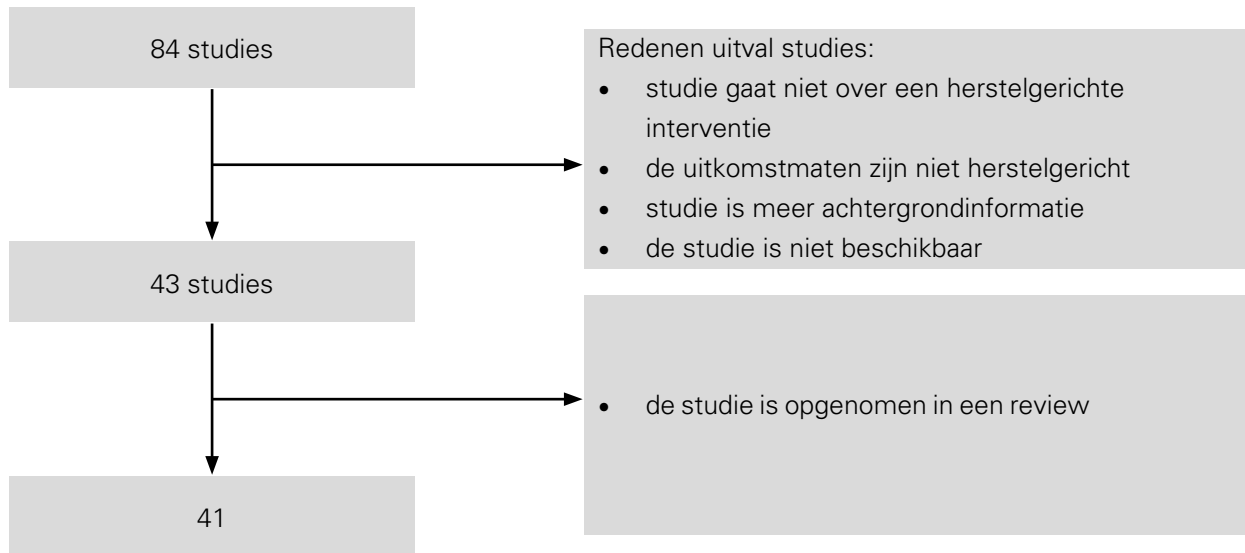
² Boumans, J. (2012) Tussen regie en repressie. Een verkenning van het concept empowerment. Tijdschrift voor Rehabilitatie, 1, 28-42.



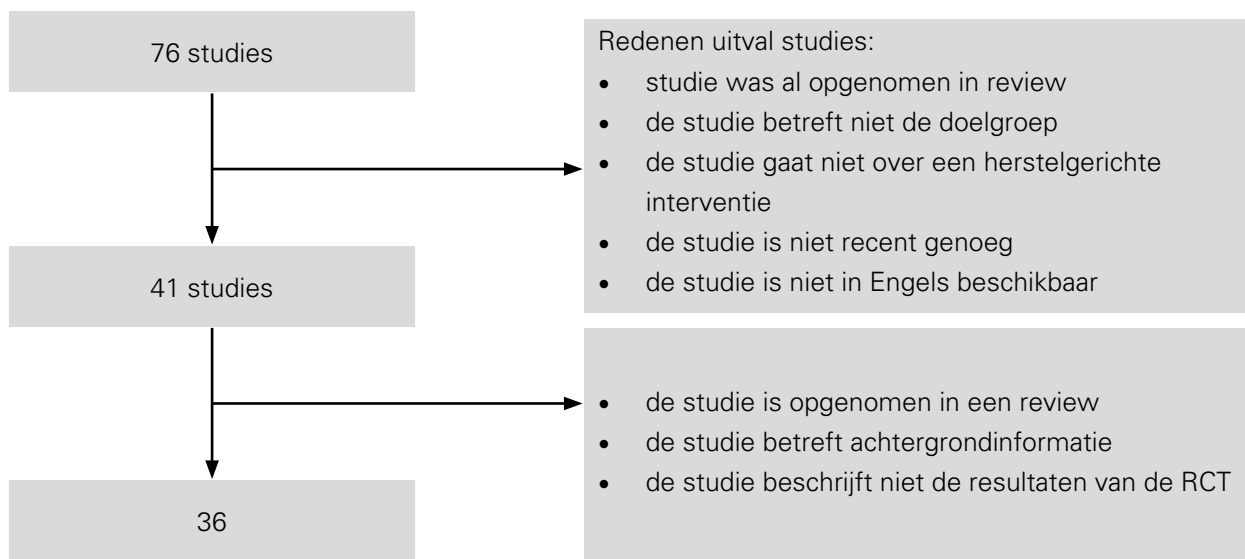
Figuur 1a: Stroomdiagram literatuurstudie familie-interventies



Figuur 1b: Stroomdiagram literatuurstudie empowerment / zelfmanagement

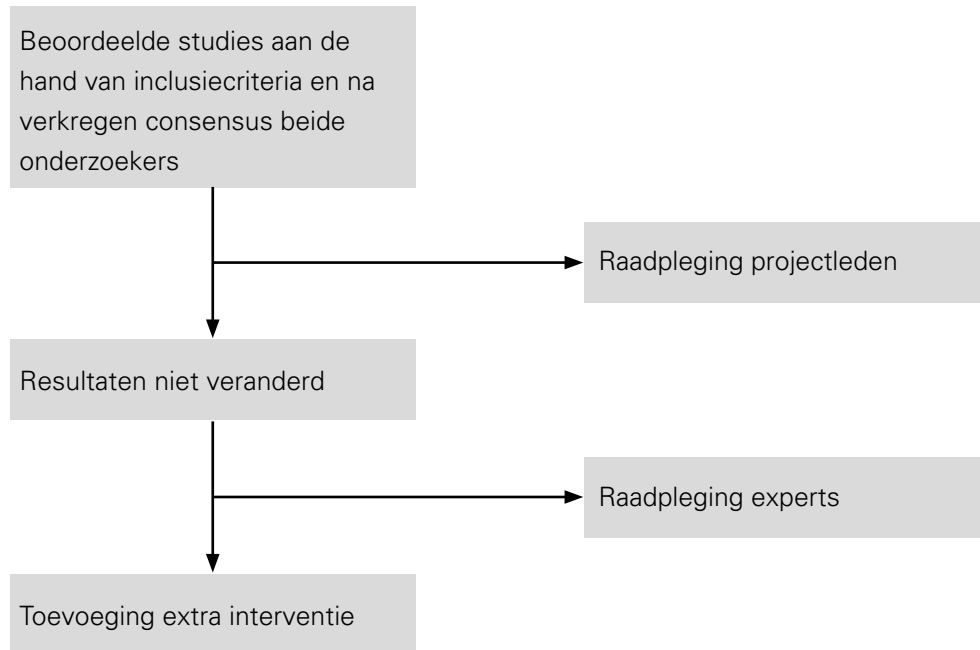


Figuur 1c: Stroomdiagram literatuurstudie lotgenotengroepen en ervaringsdeskundigheid



Figuur 1d: Stroomdiagram literatuurstudie werk en wonen

De tabellen zijn vervolgens voorgelegd aan de projectleden. Aan de hand van deze consultatieronde zijn geen wijzigingen in de tabellen aangebracht. Na expertraadpleging bleek echter dat de Community Reinforcement Approach, een effectieve interventie bij verslaving, inmiddels op een aantal plekken in FPA-, FKZ- en TBS-settings wordt toegepast. Deze interventie is alsnog opgenomen in het addendum bij de effectieve interventies. Het algemene screeningsproces is uiteengezet in het stroomdiagram van Figuur 2.



Figuur 2: screeningsproces literatuur

2.2 Procedure veldstudie

Het doel van de veldstudie was om zicht te krijgen op de bestaande ‘herstelpraktijk’ in het forensische veld. Praktijken van organisaties voor forensische zorg, die rehabilitatie en herstelgerichte zorg een warm hart toedragen, zijn in ogenschouw genomen. Deze organisaties waren: De Woenselse Poort, Altrecht (FPA Roosenburg), de Forensische divisie van GGZ Noord-Holland Noord en de Forensisch Psychiatrische Afdeling van de Pompestichting. Bij elk van de genoemde organisaties is één semigestructureerd diepte-interview afgenomen met een projectleider of manager. Zij zijn bevestigd op herstelondersteunende interventies rond de vier centrale onderwerpen (empowerment & zelfmanagement; betrekken familie & omgeving; wonen & werken; ervaringsdeskundigheid & lotgenotengroepen). Er is gevraagd welke ‘herstelactiviteiten’ plaatsvinden in de betreffende organisaties en wat de ervaringen daarmee zijn, welke interventies relevant zijn voor de doelgroep met psychotische stoornissen, wat belemmeringen zijn, waar lacunes liggen in het aanbod van activiteiten, op welke terreinen meer onderzoek gewenst is, etc. Ook is ingegaan op het Zorgprogramma Psychotische Stoornissen en is gevraagd welke aanvullingen wenselijk zijn met het oog op herstel en rehabilitatie. De interviews zijn opgenomen en uitgewerkt. De verkregen informatie is geanalyseerd en gerelateerd aan het Zorgprogramma.

Hoofdstuk 3: Resultaten literatuur- en veldstudie

Leeswijzer bij hoofdstuk 3

In hoofdstuk 3 worden de resultaten van de literatuur- en veldstudie beschreven. Aangezien dit een omvangrijk hoofdstuk is bestaande uit verschillende paragrafen, volgt onderstaand een leeswijzer.

Hoofdstuk 3 is onderverdeeld in drie paragrafen, namelijk:

3.1 Evidentie interventies literatuur

3.2 Best practices; overzicht van andere interventies bekend vanuit de literatuur

3.3 Interventies toegepast in de praktijk; resultaten veldstudie

In deze drie paragrafen worden de interventies beschreven per deelgebied, waarbij de volgende indeling wordt aangehouden:

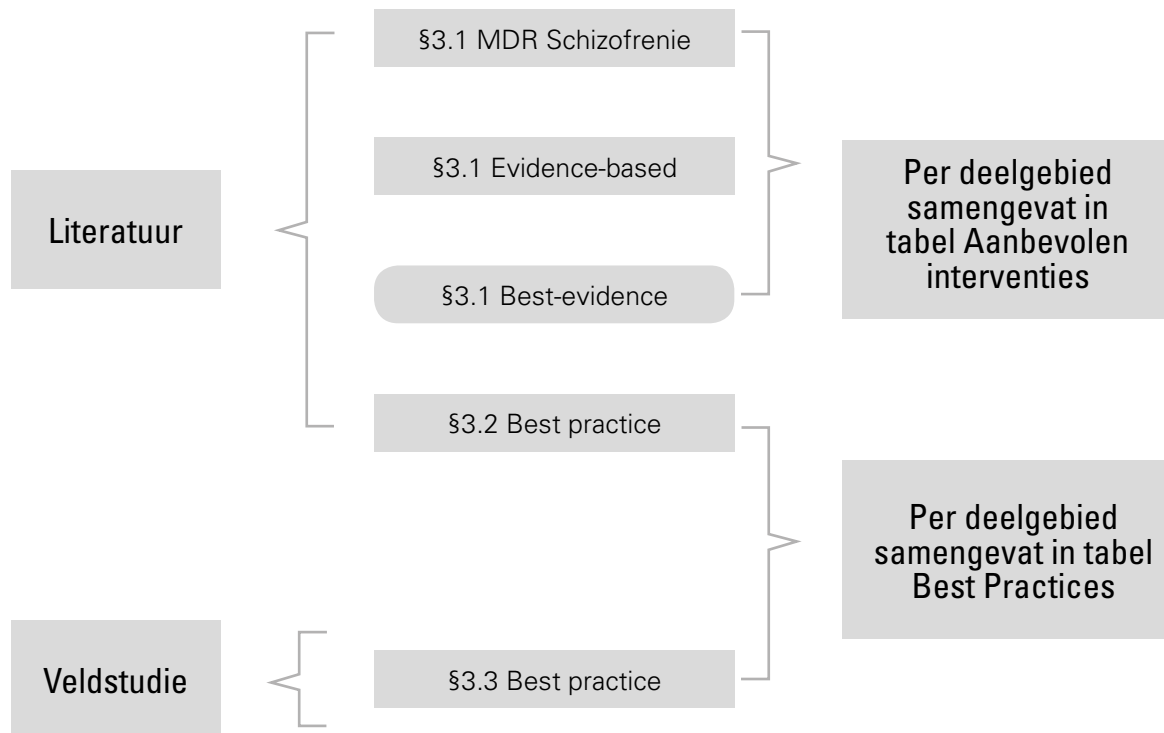
- lotgenotengroepen en ervaringsdeskundigheid
- werk, wonen, rehabilitatie en participatie
- familie- en systeeminterventies
- empowerment en zelfmanagement

In paragraaf 3.1 wordt voor elk deelgebied steeds begonnen met een samenvatting van de conclusies uit de Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie, vervolgens worden de bevindingen van onze literatuurstudie beschreven. Alleen studies die op basis van de criteria van onze studie evidence-based of best evidence³ zijn, worden in deze paragraaf beschreven. Deze evidence-based en best evidence interventies worden allereerst beschreven voor de doelgroep van onze studie en vervolgens voor respectievelijk patiënten met een psychose en patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA). Voor elk deelgebied worden de interventies samengevat in een tabel, waarin de driedeling MDR Schizofrenie, Evidence-based en Best-evidence terugkomt.

In paragraaf 3.2 worden voor elk deelgebied best practices beschreven, dat wil zeggen beschrijvingen van (nog) niet onderzochte, veelbelovende praktijken die uit onze literatuurstudie naar voren kwamen. In paragraaf 3.3. worden de resultaten van de veldstudie weergegeven. Interventies die worden toegepast in de praktijk maar die nog niet zijn onderzocht worden in deze paragraaf beschreven en eveneens aangeduid als best practices. Voor elk deelgebied worden de best practices samengevat in een tabel, waarin onderscheid wordt gemaakt tussen best practices op basis van de literatuur en best practices op basis van praktijkervaringen.

³ Onder evidence-based interventies worden verstaan: interventies waarvan goede of sterke aanwijzingen zijn voor effectiviteit en die bijvoorbeeld beschreven zijn in reviews, meta-analyses en grote RCTs. Onder best evidence interventies worden interventies verstaan die theoretisch goed onderbouwd en beschreven zijn en enigszins zijn onderzocht. Onder best evidence worden bijvoorbeeld ook interventies geschaard die in kleinschalige RCTs zijn onderzocht (N<100).

Schematische weergave van hoofdstuk 3:



3.1 Evidentie interventies literatuur

In dit hoofdstuk wordt de evidentie van verschillende interventies die geschikt zijn voor forensisch psychiatrische patiënten met een psychotische stoornis beschreven, voor zover deze interventies herstelgericht en aanvullend zijn op het Zorgprogramma Psychotische stoornissen (EFP, 2012).

Herstelgerichte interventies:

- interventies die gericht zijn op het herstel als persoon, zoals lotgenotengroepen.
- interventies die effect kunnen hebben op herstelgerichte uitkomstmaten, zoals cognitieve gedragstherapie. Zie voor meer toelichting §1.2

Herstelgerichte uitkomstmaten:

Uitkomstmaten zoals hoop, zelfwaardering, kwaliteit van leven, maar ook uitkomstmaten op het gebied van mentale gezondheid, sociale contacten etc. Zie voor meer toelichting §1.2

De interventies worden beschreven voor de verschillende deelgebieden van onze studie, namelijk:

- lotgenotengroepen en ervaringsdeskundigheid (paragraaf 3.1.1)
- werk, wonen, rehabilitatie en participatie (paragraaf 3.1.2)
- familie- en systeeminterventies (paragraaf 3.1.3)
- empowerment en zelfmanagement (paragraaf 3.1.4).

Voor elk deelgebied worden eerst de conclusies uit de Multidisciplinaire Richtlijn (MDR) voor de betreffende interventies samengevat. Daarna wordt beschreven welke evidence-based en best evidence⁴ interventies er zijn voor de doelgroep en vervolgens welke evidence-based en best evidence interventies er zijn voor respectievelijk patiënten met een psychose en patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA).

3.1.1 EVIDENTIE LOTGENOTENGROEPEN EN ERVARINGSDESKUNDIGHEID

In deze paragraaf wordt de evidentie van interventies gericht op lotgenotencontact en ervaringsdeskundigheid beschreven. Onder lotgenotencontact verstaan we uiteenlopende vormen van (georganiseerde) steun door en voor lotgenoten, bijvoorbeeld zelfhulpgroepen, ontmoetingsgroepen, lotgenotenhulp, weerbaarheidsgroepen, co-counseling, bezoeken, telefooncirkels. Er zijn twee vormen van lotgenotencontact, namelijk:

- de georganiseerde of formele vormen, waarbij ondersteunende contacten tussen lotgenoten plaats vinden, die tot stand komen via de betrokkenheid van een patiëntenorganisatie of een professionele hulpverleningsinstelling. Het gaat om de mogelijkheid tot onderlinge steun die aan lotgenoten wordt aangeboden vanuit een georganiseerd verband. Soms zijn beroepskrachten initiatiefnemer of gespreksleider en facilitator van het lotgenotencontact, maar soms zijn het ook ervaringsdeskundigen.
- daarnaast zijn er de informele vormen; deze vinden plaats buiten enig georganiseerd verband om.

De bekendste vorm van lotgenotencontact is: georganiseerd lotgenotencontact op groepsniveau. Hierbij zijn te onderscheiden:

- de zelfhulpgroep: een groep mensen die een gemeenschappelijk probleem hebben en samen komen om daar iets aan te doen. Doel: stress verminderen door wederzijdse steun en het uitwisselen van ervaringen en adviezen. De begeleiding vindt alleen plaats door lotgenoten.
- de ondersteuningsgroep: een groep die door professionele hulpverleners wordt georganiseerd (bijvoorbeeld bij zware of gecompliceerde problematiek of als er geen zelfhulpgroepen zijn, maar wel behoefte bestaat aan groepsgewijs lotgenotencontact).
- daarnaast zijn er tal van mengvormen. Bijvoorbeeld de zelfhulpgroep waarvan de begeleider zowel lotgenoot als professionele hulpverlener is.

⁴ Onder evidence-based interventies worden verstaan: interventies waarvan goede of sterke aanwijzingen zijn voor effectiviteit en die bijvoorbeeld beschreven zijn in reviews, meta-analyses en grote RCTs. Onder best evidence interventies worden interventies verstaan die theoretisch goed onderbouwd en beschreven zijn en enigszins zijn onderzocht. Onder best evidence worden bijvoorbeeld ook interventies geschaard die in kleinschalige RCTs zijn onderzocht (N<100). Zie ook § 2.1

De zelfhulpgroep en de ondersteuningsgroep zijn dus twee uiteinden van een continuüm.

Verder zijn er nog lotgenotencontacten op dyadisch niveau, namelijk individuele contacten met een lotgenoot. Bijvoorbeeld bezoeken, telefooncirkels. Tot slot zijn er nog lotgenotencontacten mogelijk via schriftelijke steun, bijvoorbeeld via egodocumenten maar ook via internet.

Ten aanzien van ervaringsdeskundigheid zijn er drie stadia te onderscheiden, namelijk:

- Patiëntervaring: het hebben van eigen ervaringen met psychische beperkingen en herstel. Het gaat hierbij zowel om ervaring in de zin van beleving, alsook om ervaring in de zin van kennis (Van Erp e.a., 2011). Binnen de forensische psychiatrie is het belangrijk dat ervaringsdeskundigen ook forensische ervaring hebben.
- Ervaringskennis: door de eigen ervaringen te analyseren en erop te reflecteren ontstaat ervaringskennis. Deze kennis is nog eenzijdig en wordt verbreed door ervaringen te delen met lotgenoten. Ook die ervaringen worden meegenomen in het proces van analyse en reflectie, waardoor brede en genuanceerde ervaringskennis ontstaat (Timmer & Plooy, 2009).
- Ervaringsdeskundigheid betreft de professionele inzet en overdracht van kennis die vergaard is door analyse van en reflectie op eigen ervaringen en ervaringen van deelgenoten, aangevuld met kennis uit andere bronnen zoals literatuur, presentaties en media (Timmer & Plooy, 2009).

Een ervaringsdeskundige is iemand die bovenstaande kennis zowel kan overdragen aan mensen met gelijke ervaringen als aan mensen die deze ervaringen niet hebben. Ervaringsdeskundigen kunnen op verschillende gebieden een belangrijke rol spelen (Hendriksen-Favier e.a., 2012; Boertien & Van Bakel, 2012):

(a) ze kunnen ondersteuning bieden bij individuele herstelprocessen door voorlichting te geven, coaching en ondersteuning te bieden aan patiënten en naastbetrokkenen;

(b) ze kunnen een rol spelen bij de inrichting van herstelondersteunende zorg door voorlichting, scholing, coaching en ondersteuning te bieden aan medewerkers, die met name gericht is op bewustwording en attitudeverandering. Herstelondersteuning moet namelijk in de attitude of basishouding van medewerkers tot uiting komen;

(c) ze kunnen een rol spelen bij het creëren van maatschappelijke kansen door een positieve cultuur te scheppen rondom mensen met ernstige psychische beperkingen.

Alvorens in te gaan op de bevindingen van de literatuurstudie, worden de conclusies uit de MDR voor interventies op het terrein van lotgenotencontact en ervaringsdeskundigheid samengevat.

Conclusie Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie

In de MDR worden alleen eerste voorlopige resultaten beschreven van lotgenotengroepen, zoals de herstelwerkgroepen van het consumer-run HEE-programma (Boevink, 2009). Ten aanzien van ervaringsdeskundigheid is de conclusie dat het aannemelijk is dat ervaringsdeskundigen in een multidisciplinair team als empathischer worden ervaren dan traditionele providers. Ook zijn er volgens de richtlijn aanwijzingen dat, wanneer ervaringsdeskundigen patiënten confronteren met disfunctioneel gedrag, dit tot meer vooruitgang bij patiënten leidt dan wanneer hulpverleners dit doen. Verder is het aannemelijk dat het toevoegen van ervaringsdeskundigheid aan bestaande multidisciplinaire teams geen negatieve invloed heeft op de kwaliteit of effectiviteit van de zorg.

RESULTATEN LITERATUURSTUDIE LOTGENOTENGROEPEN

Interventies voor forensisch psychiatrische patiënten met psychotische stoornissen

Binnen de forensische psychiatrie zijn lotgenotengroepen meestal beperkt tot groepsinterventies of groepsmodules onder leiding van een professional. Lotgenotengroepen opgezet en onder leiding van ervaringsdeskundigen zijn niet gebruikelijk. Voor de doelgroep zijn geen evidence-based interventies gevonden.

Algemene groepsinterventies voor de doelgroep

Best evidence

Voor de doelgroep zijn slechts twee quasi experimentele studies beschreven. De eerste studie betreft een groepsinterventie voor forensisch psychiatrische patiënten om vaardigheden te verbeteren ter preventie van toekomstige psychotische episodes (Beck-Sander, 1998; N=25). De interventie leidde tot meer controle over de ziekte, beter kunnen omgaan met symptomen en vermindering van de angst voor terugval. De tweede studie betreft een studie over een levensvaardigheden-interactiegroep met positieve resultaten (Jones & McColl, 1991; N=24). De overige studies gericht op de doelgroep zijn longitudinale studies, zowel kwalitatief als kwantitatief van aard, maar eveneens met een klein aantal deelnemers. In de studie van Livingston (2013; N=25; kwalitatief en kwantitatief) wordt een herstelondersteunende interventie onderzocht, bestaande uit o.a. wekelijkse lotgenotengroepen en individuele ondersteuning door een ervaringsdeskundige, met als doel de participatie van patiënten te stimuleren. Wynaden (2012) beschrijft een gezonde leefstijl-programma dat bij 56 forensisch psychotische patiënten met behulp van zelfrapportage is onderzocht. In de studie van Ferguson (2009; N=14) wordt een welzijnsinterventie, die vooral gericht is op het stellen van doelen en op het leren plannen, longitudinaal onderzocht aan de hand van vragenlijsten in een forensische setting bij psychotische patiënten. Tenslotte wordt in de studie van Rani (2013; N=7) aan de hand van interviews beschreven hoe forensisch psychiatrische patiënten met een dubbele diagnose een vijfdaagse training hebben ervaren waarin ze hun verhaal konden vertellen. Voor alle studies geldt dus, ondanks de positieve resultaten op het herstel, dat de evidentie gering is.

Binnen de algemene psychiatrie zijn wel veel studies met voldoende evidentie uitgevoerd. De reviews en RCTs worden hier uitgesplitst voor de volgende doelgroepen: patiënten met een psychose en patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening.

Interventies voor patiënten met een psychose

Psychosociale groepsinterventies voor patiënten met een psychose

De review van Fontao & Hoffmann (2011) gaat over psychosociale groepsinterventies. Zij geven aan dat de meest onderzochte groepsinterventies zijn: sociale vaardigheden trainingen, psycho-educatie en cognitieve gedragstherapie. De auteurs geven ook aan dat groepsinterventies nog onvoldoende onderzocht zijn. De sociale vaardigheden trainingen worden beschreven onder de categorie empowerment (zie 3.1.3.); psycho-educatie groepen en groepsgebonden cognitieve gedragstherapie worden in deze paragraaf beschreven. Daarnaast wordt een studie van een psychotherapeutische groepsinterventie beschreven.

Psycho-educatie in groepen

Best evidence

Walker (2013) beschrijft een RCT (N=81) van een psycho-educatie groepsprogramma (door psychiaters en psychiatisch verpleegkundigen) voor forensisch psychiatrische patiënten met een psychose. Tijdens de sessies werd informatie verstrekt en werden copingvaardigheden en probleemoplossende vaardigheden geoefend. Het programma leidde tot toename van kennis en invoelingsvermogen van de deelnemers. Aho-Mustonen (2008) beschreef een pilotstudie/RCT (N=15) over een psycho-educatiegroep door psychologen. In vergelijking met de controlegroep nam de kennis van de deelnemers toe.

Cognitieve gedragstherapie in groepen

Best evidence

Op het gebied van cognitieve gedragstherapie voor patiënten met een psychose zijn er enkele longitudinale studies. Een kwantitatieve studie van Garret (2007; N=8) beschrijft een pilot interventie om ziekte-inzicht te verbeteren bij forensisch psychiatrische patiënten met een psychotische stoornis door cognitieve gedragstherapie onder leiding van o.a. een ervaringsdeskundige. McInnis (2006; N=9) beschrijft een kwantitatieve studie over een herstelondersteunende cognitieve gedragstherapie interventie voor forensische patiënten met een psychotische stoornis. Laithwaite (2007) onderzocht door middel van een longitudinale studie de effectiviteit van een gestandaardiseerd groepsprogramma om het zelfvertrouwen (self-esteem) te verbeteren bij 15 forensische patiënten met psychoses. Hierbij gaat het om het ontdekken van positieve kwaliteiten, het leren omgaan met (zelf)kritiek en het ontwikkelen van alternatieve gedachten voor deze zelfkritiek. Daarnaast heeft Laithwaite (2009; N=19) een longitudinale studie beschreven waarbij de self-esteem interventie is uitgebreid met compassionate mind training (leren mild te zijn bij teleurstellingen en voor jezelf te zorgen). Hoewel alle genoemde onderzoeken tot positieve resultaten leidden, is de bewijskracht van de studies klein (N is zeer beperkt).

Psychotherapie in groepen

Best evidence

Meyer (2012) heeft een psychotherapeutische groepsinterventie onderzocht in een longitudinale pilot bij 16 forensisch psychiatrische patiënten met een psychotische stoornis. Uit de studie bleek dat er verbetering mogelijk is op het gebied van psychologisch welzijn, hoop, omgang met negatieve emoties, psychologisch herstel, zelfvertrouwen en psychiatrische symptomen.

Cliëntgestuurde groepsinterventies voor mensen met een psychose

Evidence-based

De review van Duckworth & Halpern (2014) geeft aan dat met name de laatste jaren veel RCTs zijn uitgevoerd op het gebied van cliëntgestuurde interventies bij schizofrenie. Wellness Recovery Action Plan (WRAP; Cook e.a., 2012) is inmiddels een evidence-based interventie. De interventie Building Recovery of Individual Dreams & Goals through Education & Support (BRIDGES) is onderzocht in een RCT die beschreven is door Pickett (2012; N=428). Beide studies zijn ook opgenomen in de review van Chinman (2014) en WRAP wordt ook beschreven in de review van Lloyd-Evans (2014). In Nederland is 'Herstellen doe je zelf' het best onderzocht (Van Gestel-Timmermans, 2012) en effectief gebleken voor deze doelgroep, terwijl WRAP momenteel wordt onderzocht in combinatie met IPS.

Castelein (2008) heeft aan de hand van een RCT (N= 106) het effect beschreven van lotgenotengroepen voor mensen met een psychose op hun sociale netwerk en sociale steun. Deze zelfhulpgroepen worden echter grotendeels geleid door hulpverleners. Tenslotte heeft Van der Krieke (2014) een review geschreven over (interactieve) e-mental health interventies voor mensen met een psychose. De resultaten gaven aan dat e-mental health interventies tenminste even effectief zijn als treatment as usual (TAU) of niet-technologische interventies.

Best evidence

Aan de hand van twee kwalitatieve studies is gebleken dat de cursus 'Herstellen doe je zelf' ook geschikt is voor mensen met een verslavingsachtergrond en voor mensen in de maatschappelijke opvang (Van Gestel-Timmermans, 2013; Van Gestel-Timmermans, 2014). Naast 'Herstellen doe je zelf' is er in Nederland onderzoek gedaan naar HEE (Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid; Boevink e.a., 2009), zoals reeds beschreven in het Zorgprogramma en de Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie.

Interventies voor patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen

Evidence-based

Peer support groepsinterventies voor patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen

Een recente review van Lloyd-Evans (2014) beschrijft 18 RCTs op het gebied van peer support voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen. Er was enig bewijs van positieve effecten op hoop, herstel en empowerment aan het eind van en na de interventies. Dit was echter niet consistent het geval bij alle studies over peer-support, maar wel bijvoorbeeld bij de studie over 'Herstellen doe je zelf' (Van Gestel-Timmermans, 2012).

Verder zijn er nog enkele RCTs bekend en een quasi-experimentele studie, die niet meegenomen zijn in de review van Lloyd-Evans. De RCT van Rowe (2007; N=114) betreft een peer support groepsinterventie gericht op vermindering van verslaving en criminaliteit bij mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen. Deze interventie leidde tot verminderd alcoholgebruik bij de deelnemers.

De quasi-experimentele studie betreft het Vet-to-vet program (Resnick, 2008; N=296). Het programma bestaat uit cliëntgestuurde bijeenkomsten, gefaciliteerd door de zorg. Bijeenkomsten bestaan uit het lezen van een curriculum met herstelgeoriënteerde publicaties en discussie. De bijeenkomsten zijn op vrijwillige basis. Dit programma had positieve resultaten op empowerment en persoonlijk welzijn van de deelnemers.

Best evidence

Barbic (2009; N=33) heeft een RCT uitgevoerd bij een groepsinterventie gebaseerd op een 'herstel werkboek'. De interventie had positieve resultaten op hoop, empowerment en herstel van de deelnemers. Tenslotte zijn er nog twee longitudinale studies uitgevoerd van cliëntgestuurde interventies. Fukui (2010; N=47) beschrijft longitudinaal onderzoek naar 'Pathways to recovery', een cliëntgestuurde interventie die berust op een herstel-zelfhulpwerkboek. Deelnemers verbeterden significant op zelfvertrouwen, self-efficacy, sociale steun, spiritueel welzijn en psychiatrische symptomen. Lucksted (2009; N=138) evalueerde aan de hand van een vragenlijst een op empowerment en terugvalpreventie gericht cliëntgestuurd welzijnsprogramma. Deelnemers gaven o.a. aan dat hun kennis over de ziekte verbeterde, dat ze er beter mee om konden gaan, dat ze zich minder machteloos voelden, hun vertrouwen verbeterde en dat ze meer contact hadden met anderen.

Lotgenotengroepen voor patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen

Daarnaast is er nog onderzoek gedaan naar lotgenotengroepen in drie studies, beschreven in de review van Lloyd-Evans (2014), namelijk die van Rogers (2007), Segal (2011) en Kaplan (2011).

Evidence-based

Rogers (2007) vond in zijn RCT (N=1827) hogere niveaus van empowerment voor de deelnemers, in vergelijking met de controleconditie en Segal (2011) vond in zijn RCT (N=139) significante veranderingen op drie herstelgerichte uitkomstmaten (sociale integratie, empowerment en zelfvertrouwen). De studie van Kaplan (2011; N=300) betreft een RCT van lotgenotencontact via internet. De uitkomsten van deze studie waren niet gunstig, omdat deelnemers meer stress ervoeren.

Cognitieve gedragstherapie voor patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen

Duncan (2006) beschrijft in zijn review de effectiviteit van 20 groepsinterventies voor forensisch psychiatrische patiënten met een psychische aandoening, die gebaseerd zijn op cognitieve gedragstherapie, o.a. op het gebied van probleemoplossende vaardigheden en angst- en agressie management. Hij geeft aan dat meer onderzoek nodig is en dat er methodologische beperkingen zijn bij de meeste studies.

Conclusies lotgenotengroepen

Er zijn slechts twee quasi-experimentele studies naar groepsinterventies voor forensisch psychiatrische patiënten met psychotische stoornissen, maar ondanks positieve resultaten is de evidentie hiervan gering. Voor de doelgroep 'mensen met een psychose' zijn de volgende groepsinterventies het best onderzocht: sociale vaardigheden trainingen, psycho-educatie en cognitieve gedragstherapie. Het betreft echter kleinschalige studies met geringe evidentie. Van de cliëntgestuurde interventies is 'Herstellen doe je zelf' het meest uitgebreid onderzocht in Nederland en geschikt gebleken voor verschillende doelgroepen.

HEE is onderzocht in de algemene psychiatrie en momenteel wordt WRAP onderzocht. Verder is aangetoond dat lotgenotencontact voor mensen met een psychose bijdraagt aan hun sociale netwerk en sociale steun en dat e-mental health interventies ten minste even effectief zijn als TAU of niet-technologische interventies. In het buitenland is ook onderzoek gedaan naar lotgenotencontact en zijn effecten aangetoond op sociale integratie, empowerment en zelfvertrouwen van deelnemers.

RESULTATEN LITERATUURSTUDIE ERVARINGSDESKUNDIGHEID

Evidence-based

Buiten bovengenoemde cliëntgestuurde interventies worden ervaringsdeskundigen ook ingezet om individuele begeleiding te geven. Hierover zijn enkele reviews geschreven, waaronder die van Lloyd-Evans (2014), Chinman (2014), Pitt (2013) en Repper & Carter (2011). De resultaten van de review van Chinman (2014) verschillen van die van de review van Pitt (2013) omdat de laatstgenoemde review quasi-experimentele studies en studies over cliëntgestuurde interventies niet opgenomen heeft. De review van Chinman (2014) onderscheidt drie soorten peer support: (1) cliëntgestuurde interventies: een aantal activiteiten of een curriculum door ervaringsdeskundigen gericht op scholing en op het ontwikkelen van copingvaardigheden en probleemoplossende vaardigheden om zelfmanagement te bevorderen, (2) ervaringsdeskundigen in professionele rollen (bijvoorbeeld als lid van een ACT team) en (3) ondersteuning van de traditionele zorg door de ervaringsdeskundige (bijvoorbeeld casemanagement verbonden aan de zorg). Chinman (2014) concludeert dat, vergeleken met professionals, ervaringsdeskundigen beter in staat zijn om opnames te verminderen (zie ook Sledge (2011), opgenomen in de studie van Chinman) en hersteluitkomsten te verbeteren, hoewel één studie negatieve uitkomsten had. Er was meer bewijs voor ondersteuning van de traditionele zorg door ervaringsdeskundigen (8 van 13 studies met positieve uitkomsten) en voor cliëntgestuurde interventies (4 van 4 studies met positieve uitkomsten) dan voor ervaringsdeskundigen in professionele rollen (1 van 3 studies met positieve uitkomsten). Lloyd-Evans (2014) daarentegen komt tot de conclusie dat er weinig of geen bewijs is dat ondersteuning door ervaringsdeskundigen leidt tot minder opnames, symptomen of tevredenheid met zorg. Hoewel er enig positief bewijs is, leidt dit volgens Lloyd-Evans (2014) niet tot aanbevelingen voor beleidsmakers om programma's met ervaringsdeskundigen aan te bieden. Pitt (2013) heeft gekeken naar 11 RCTs en geeft eveneens aan dat er gering of matig bewijs is dat het in dienst nemen van ervaringsdeskundigen in teams resulteert in betere of slechtere psychosociale uitkomsten, symptomen of zorggebruik van patiënten dan wanneer professionals in dezelfde rollen werken. Verder zijn patiënten niet meer tevreden, maar er is ook geen bewijs van schade wanneer ervaringsdeskundigen aangesteld worden in teams. Wel geeft Pitt (2013) aan dat nader onderzoek nodig is. Repper en Carter (2011) concluderen daarentegen uit 7 RCTs dat het aanstellen van ervaringsdeskundigen kan leiden tot minder opnames en andere verbeteringen in het leven van patiënten. Ze wijzen er wel op dat training, supervisie en goed management nodig is voor alle betrokkenen. Beide laatstgenoemde reviews zijn meegenomen in de review van Chinman (2014).

Daarnaast heeft Chinman (2013) in een RCT de uitkomsten vergeleken van enerzijds drie intensive casemanagement teams met elk twee ervaringsdeskundigen met anderzijds drie vergelijkbare teams zonder ervaringsdeskundigen. Uit deze studie bleek dat patiënten in de teams met ervaringsdeskundigen significant meer vooruit gingen en dat ze actiever in de behandeling stonden, wat herstel kan bevorderen. Ook Wright-Berryman (2011) concludeert naar aanleiding van zijn review dat het aanstellen van een ervaringsdeskundige in een ACT-team het outreachend werken van het team kan bevorderen en dat patiënten gemakkelijker betrokken worden en zich gemakkelijker binden door een herstelgerichte aanpak. Tegelijkertijd geeft hij aan dat meer onderzoek nodig is.

Davidson (2012) bevestigt dat er bewijs is dat ervaringsdeskundigen die als zorgverlener werken effectief kunnen zijn in het betrekken van mensen in de zorg, het reduceren van opnames en het reduceren van middelengebruik bij mensen met een dubbele diagnose. Als zorgverleners hun ervaringsdeskundigheid inzetten als 'self-disclosure' en rolmodel en als ze voorwaardelijke aandacht hebben voor de ander, dan neemt het gevoel van hoop, controle en de mogelijkheid om veranderingen in het leven te bewerkstelligen bij patiënten toe. Daarnaast neemt ook de zelfzorg toe, het gevoel ergens bij te horen en de tevredenheid op verschillende levensgebieden. Verder neemt de ernst van depressie en psychose af.

Conclusies ervaringsdeskundigheid

Recentelijk is een aantal reviews verschenen over de inzet van ervaringsdeskundigen. De meningen over de inzet van ervaringsdeskundigheid zijn verdeeld. Volgens Chinman (2014) is de inzet van ervaringsdeskundigen in cliëntgestuurde interventies en ter ondersteuning van de zorg effectief, maar Pitt (2013), Repper & Carter (2011) en Wright-Berryman (2011) zijn wat voorzichtiger in hun conclusie; zij geven aan dat de inzet van ervaringsdeskundigen kan leiden tot betere resultaten, maar dat meer onderzoek nodig is. Lloyd-Evans (2014) daarentegen geeft aan dat er 'enig positief bewijs' is, maar vindt de evidentie niet sterk genoeg om aanbevelingen voor beleidsmakers hieruit af te leiden om dergelijke programma's aan te bieden. Volgens Repper & Carter (2011) is training, supervisie en goed management nodig voor alle betrokkenen.

De aanbevolen interventies op het gebied van lotgenotencontact en ervaringsdeskundigheid staan in Tabel 1.

Tabel 1: Aanbevolen interventies lotgenotencontact & ervaringsdeskundigheid

<p>In MDR Schizofrenie/ zorgprogramma</p>	<ul style="list-style-type: none"> • inzet ervaringsdeskundigen • lotgenotengroepen
<p>O.b.v. recente literatuur (2009-2014): Evidence-based⁵</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Herstellen doe je zelf (Van Gestel-Timmermans e.a., 2012) • HEE (Boevink e.a, 2009) • WRAP* (Cook e.a., 2012; niet in Nederland onderzocht) • lotgenotencontact (Castelein e.a., 2008; Rogers, 2007; Kaplan, 2011; Segal, 2011) • Interactieve E-mental health interventies (Van der Krieke, 2014). • Peer support groepsinterventie ter vermindering van verslaving en criminaliteit (Rowe, 2007) • Vet-to-vet (Resnick, 2008) • BRIDGES (Pickett, 2012) <p>• Er is positief bewijs gevonden voor de inzet van ervaringsdeskundigen, maar training, supervisie en goed management is nodig voor alle betrokkenen.</p> <p>• Een studie van Kaplan (2011) over lotgenotencontact via internet had negatieve resultaten.</p>
<p>O.b.v. recente literatuur (2009-2014): Best evidence⁴</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 'Herstellen doe je zelf' in de verslavingszorg en maatschappelijke opvang* • Patiëntgestuurd welzijnsprogramma gericht op empowerment en terugvalpreventie* (Lucksted, 2009) <p>Voor de doelgroep mensen met een psychose zijn de volgende groepsinterventies het best onderzocht: sociale vaardigheden trainingen, psycho-educatie en cognitieve gedragstherapie. Het gaat echter om kleinschalige studies met geringe evidentie.</p>

NB1: In § 2.1 leest u de procedure van de literatuurstudie waarin de criteria van de geselecteerde studies worden toegelicht.

NB2: Interventies met * behoeven nader onderzoek, maar zijn veelbelovend. Bij de evidence based interventies met * is slechts enig bewijs voor effectiviteit gevonden en is nader onderzoek wenselijk.

⁵ Onder evidence-based interventies worden verstaan: interventies waarvan goede of sterke aanwijzingen zijn voor effectiviteit en die bijvoorbeeld beschreven zijn in reviews, meta-analyses en grote RCTs. Onder best evidence interventies worden interventies verstaan die theoretisch goed onderbouwd en beschreven zijn en enigszins zijn onderzocht. Onder best evidence worden bijvoorbeeld ook interventies geschaard die in kleinschalige RCTs zijn onderzocht (N:100). Zie ook § 2.1

3.1.2. EVIDENTIE VAN INTERVENTIES GERICHT OP WERK, WONEN, REHABILITATIE EN PARTICIPATIE

In deze paragraaf wordt de evidentie van interventies gericht op werk en wonen beschreven. Alvorens in te gaan op de bevindingen van de literatuurstudie, worden de conclusies uit de MDR voor deze interventies samengevat.

Conclusie Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie

De MDR Schizofrenie (NVvP, 2012) concludeert dat programma's waarin huisvesting en case-management zijn geïntegreerd, zoals Assertive Community Treatment (ACT), Critical Time Intervention (CTI) en Integrated Housing Services, dakloosheid meer reduceren dan andere programma's. Verder wordt het aannemelijk geacht dat (stabiele) huisvesting tot minder heropnames leidt.

Op het gebied van werk concludeert de MDR dat Individual Placement and Support (IPS) gunstiger arbeidsgerelateerde uitkomsten heeft (vaker reguliere baan, langer behouden van baan) dan een stapsgewijze arbeidsvoorbereiding, maar dat de effectiviteit van IPS in Nederland op dat moment nog niet is aangetoond.

RESULTATEN LITERATUURSTUDIE

Algemeen: psychosociale interventies bij patiënten met schizofrenie

Op basis van een uitgebreide review op het gebied van psychosociale interventies bij patiënten met schizofrenie (Dixon e.a., 2010) beveelt het Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) de volgende interventies aan: Assertive Community Treatment (ACT), Supported Employment (SE), Cognitieve Gedragstherapie (CGT), Familie-interventies, Token Economy interventies⁶, vaardigheidstraining, psychosociale behandeling bij verslavingsproblematiek, en psychosociale behandeling bij gewichtsmanagement. De meeste interventies zijn in onze literatuurstudie nader bestudeerd en de resultaten worden hieronder beschreven.

RESULTATEN LITERATUURSTUDIE ACT

ACT bij forensisch psychiatrische patiënten

Evidence-based

In de Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) review (Dixon e.a., 2010) wordt beschreven dat ACT sinds enkele jaren ook wordt ingezet bij forensische patiënten met verschillende psychische aandoeningen. Hierbij is het ACT-model aangepast aan de doelgroep, bijvoorbeeld door het toevoegen van een reclasseringsmedewerker aan het team of van begeleiders die gespecialiseerd zijn in dubbele diagnoses. De evidentie voor de effectiviteit van ACT bij forensische patiënten is nog niet heel sterk. Er is enig bewijs dat ACT leidt tot een afname van het aantal arrestaties, het aantal opnamedagen, het aantal detentiedagen en gebruik van alcohol/drugs. Een aanbeveling voor deze specifieke doelgroep kan op basis van de (beperkt) beschikbare studies echter nog niet gedaan worden volgens Dixon en anderen (2010).

Een review naar effecten van Forensisch ACT en (reguliere) ACT bij forensische EPA-patiënten includeerde 14 gerandomiseerd gecontroleerde of longitudinale studies (Place e.a., 2011). De 10 studies naar Forensisch ACT lieten overwegend positieve resultaten zien op psychosociale uitkomstmaten. Ten aanzien van ACT lieten drie RCTs en één longitudinale studie een wisselend beeld zien op psychosociale uitkomstmaten.

⁶ Gedragsinterventie gebaseerd op social learning om persoonlijke hygiëne, sociale interactie en ander aangepast gedrag te bevorderen. Positieve bekrachtiging van het gewenste gedrag en een persoonlijke benadering zijn belangrijke elementen.

Best evidence

Een follow-up studie (Smith e.a., 2010) met 91 forensische patiënten in een ACT-programma vond verbeteringen op het gebied van betere mentale gezondheid, abstinentie, stabiele huisvesting en het hebben van (een) betekenisvolle activiteit(en). Ook waren er sterke resultaten op het gebied van preventie van criminele recidive.

ACT bij patiënten met psychotische stoornissen

Evidence-based

Door het Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) wordt in hun review (Dixon e.a., 2010) aanbevolen dat ACT beschikbaar moet zijn voor patiënten met schizofrenie die veelvuldig opgenomen (dreigen te) worden en voor patiënten die recent een periode van dakloosheid hebben meegemaakt. RCTs hebben veelvuldig laten zien dat ACT bijdraagt aan een afname van opnames en dakloosheid ten opzichte van standaardzorg. Getrouwheid aan het model resulteert in betere uitkomsten. Studies hebben ook aangetoond dat ACT resulteert in betere uitkomsten op het gebied van werk. De effectiviteit van ACT buiten de VS, in landen met een systeem van geïntegreerde zorg, is echter wel minder duidelijk aangetoond (Dixon e.a., 2010; Chien e.a., 2013).

ACT bij patiënten met ernstige psychische aandoeningen (EPA)

Evidence-based

Een systematische review en meta-regressie van 64 trials (N=7819 patiënten; Burns, 2010) concludeert dat 'reguliere community mental health teams' de meeste organisatorische aspecten van ACT delen en daarmee vergelijkbare uitkomsten wat betreft verminderde opnames behalen. De lage caseload-staf verhouding, die zorgt voor hoge kosten van ACT, blijkt geen effect op een reductie van opnames te hebben.

In een review van 16 studies (Nelson e.a., 2007) werden significante reducties gevonden in dakloosheid, opnames en andere uitkomsten (zoals welbevinden) bij dakloze patiënten in Housing en Support programma's, ACT en intensieve casemanagement. De beste resultaten op het gebied van stabiele huisvesting werd gevonden bij programma's die ACT combineerden met Housing en Support. De zwakste resultaten werden gevonden voor alleen intensieve casemanagement.

Flexible ACT bij patiënten met ernstige psychische aandoeningen

Evidence-based

Een Nederlandse studie naar Flexible ACT (FACT) met 645 deelnemers (Drukker e.a., 2013) vergeleek drie groepen patiënten met EPA: patiënten die op het moment van de studie Flexible ACT ontvingen, patiënten die ooit Flexible ACT hadden ontvangen maar op het moment van de studie niet, en een groep patiënten die nooit FACT had ontvangen. De studie vond dat patiëntengroep die FACT ontving in vergelijking tot de andere twee groepen meer ambulante zorgcontacten had en een hoger niveau van psychosociaal functioneren.

RESULTATEN LITERATUURSTUDIE GEÏNTEGREERDE ZORG

Geïntegreerde zorg bij psychotische stoornissen

Evidence-based / best evidence

Een review naar de effectiviteit van geïntegreerde zorg (onder andere Community Mental Health Teams, intensive case management of Assertive Community Treatment) bij patiënten met schizofrenie includeerde

29 studies die verschenen tussen 2011-2013 (Schöttle e.a., 2013). Er werden 8 RCTs en 21 andere studies bekeken. Omdat de betreffende studies verschilden op bepaalde methodologische aspecten was het niet mogelijk om harde conclusies te trekken. De meeste RCTs en niet-RCTs lieten voordelen zien voor geïntegreerde zorg in vergelijking met standaardzorg met betrekking tot effectiviteit en efficiëntie. Wat de kosten betreft was geïntegreerde zorg ten opzichte van standaardzorg in het voordeel of hetzelfde en geïntegreerde zorg had positievere effecten op de subjectieve gezondheid van patiënten. De meeste studies lieten relevante verbeteringen zien op symptomen, functioneren, kwaliteit van leven, en op de binding en tevredenheid met de zorg.

In 2010 heeft de Cochrane Library een review gepubliceerd van gerandomiseerde gecontroleerde studies naar intensief case management (Dieterich e.a., 2010). In deze review werd intensief casemanagement (ICM) vergeleken met standaardzorg of met niet-intensief casemanagement. Onder ICM werd het model verstaan dat zijn oorsprong heeft bij ACT en casemanagement; het model bevat ACT, Assertive Outreach en casemanagement indien de caseload minder dan 20 patiënten op 1 FTE was. ICM bleek in vergelijking tot standaardzorg op verschillende uitkomstmaten effectief voor patiënten met EPA (vermindering hospitalisatie, toename binding met zorg, verbetering sociaal functioneren). Er werden geen duidelijke voordelen gevonden ten opzichte van niet-intensief casemanagement (caseload > 20 patiënten op 1 FTE). ACT modelgetrouwheid speelde een rol bij de resultaten van ICM op het gebied van opnametijd; hoe meer modelgetrouw hoe meer vermindering van de opnametijd. ICM bereikte de beste resultaten bij patiënten die bij aanvang van de studie hoog scoorden op opnames (Dieterich e.a., 2010). Het is niet bekend wat de voordelen zijn van modelgetrouwe ICM ten opzichte van niet-modelgetrouwe ICM.

RESULTATEN LITERATUURSTUDIE VROEGE INTERVENTIE

Vroege interventie bij patiënten met psychotische stoornissen

Evidence-based

Een systematische review naar vroege interventie bij psychose van de Cochrane Library (Marshall & Rathbone, 2011), waarin 18 RCTs met in totaal 1808 patiënten werden geïnccludeerd, wijst uit dat er enig maar onvoldoende bewijs is dat mensen in de prodromale fase van een psychose geholpen zijn bij sommige interventies. Er is enig bewijs voor gespecialiseerd vroeginterventie aanbod, maar nader onderzoek is wenselijk. Ook is er enig bewijs voor fasespecifieke behandeling gericht op werk (en familietherapie), maar ook hier is nader onderzoek noodzakelijk.

RESULTATEN LITERATUURSTUDIE INTERVENTIES SPECIFIEK GERICHT OP WONEN

Supported Housing en Housing First bij patiënten met ernstige psychische aandoeningen

Evidence-based

In een systematische review met 68 studies van verschillende kwaliteit (Rogers e.a., 2009) concluderen de auteurs dat Supported Housing de woonsituatie van patiënten met EPA, daklozen en verslaafden kan verbeteren. Voor optimale effectiviteit is intensieve casemanagement nodig; dit zal tot betere uitkomsten leiden. Supported Housing vermindert de kans op heropname, maar leidt niet altijd tot minder symptomen. Het kan de kwaliteit van leven verbeteren en de tevredenheid met de woonsituatie. Woonsubsidies en vouchers kunnen helpen om mensen zelfstandig te laten wonen. Tenslotte is Supported Housing kosteneffectief en bespaart het kosten van andere sociale en klinische voorzieningen.

De Cochrane review (Chilvers e.a., 2006) waarin 139 gerandomiseerde en quasi-experimentele studies zijn opgenomen, concludeerde dat beschermd en begeleid wonen stabiliteit en ondersteuning

kan geven aan EPA-patiënten. Nadeel is dat het leidt tot afhankelijkheid van de hulpverlening en dat het de exclusie in de samenleving versterkt. Geen enkele studie voldeed aan de inclusiecriteria en er is onvoldoende onderzoek verricht om vast te stellen of de voordelen voldoende opwegen tegen de genoemde nadelen.

Kertesz (2009) concludeert op basis van verschillende reviews dat Housing First goede resultaten laat zien op het gebied van het behoud van huisvesting. Ze stellen vast dat er nog onvoldoende onderzoek is gedaan naar de subgroep met een verslaving.

Best evidence

Een kwalitatieve studie die Housing First vergeleek met 'treatment first' bij 75 dakloze EPA-patiënten (Padgett e.a., 2011) vond dat de patiënten die Housing First ontvingen significant beter scoorden op verslavingsuitkomstmaten en daarnaast ook beter in zorg bleven (de kwalitatieve uitkomsten zijn in de studie gekwantificeerd).

Een kleine kwalitatieve studie (Bean e.a., 2013) vond bij 47 dakloze patiënten dat 98% van de deelnemers aan het project (een combinatie van Housing First, harm reduction en peer support) na 12 maanden hun huis hadden behouden. Deze groep rapporteerde significant betere toegang tot en gebruik van zorg, een toegenomen kwaliteit van leven en verminderd contact met justitie.

In een andere kwalitatieve studie (Norman, 2006; N=7) werd het Clubhousemodel onderzocht, een rehabilitatiemethode voor mensen met psychische problemen met als doel verandering in hun leven te brengen. Werk wordt hier gezien als belangrijkste rehabilitatiemethode. Het doel van de studie was het rehabilitatieproces te evalueren.

RESULTATEN LITERATUURSTUDIE INTERVENTIES GERICHT OP WERK

Forensisch psychiatrische patiënten

Evidence-based

Een RCT gericht op een werkinterventie met 500 deelnemende forensische patiënten met verslavingsproblematiek (Webster e.a., 2014) wees uit dat de interventie na 12 maanden positieve veranderingen liet zien op werk-uitkomstmaten, met name bij de patiënten die geen recente werkervaring hadden. De werkinterventie bestond uit 26 (individuele en groeps-) sessies die gegeven werden in drie fases: het verkrijgen van werk, vasthouden van werk en verbeteren van de werkvaardigheden. De individuele sessies waren gericht op gedrag, motiverend interviewen en strengths-based casemanagement.

Een quasi-experimentele studie naar een Workforce Development Partnership (Lucenti & Gorczyk, 2006), waarin 355 forensisch psychiatrische patiënten participeerden met een hoog risico op recidive en een negatief arbeidsverleden, heeft significante resultaten op de volgende uitkomstmaten:

- Verbeterde levensvaardigheden 93% bij de mannen en 96 % bij de vrouwen.
- Minder recidive 59% (experimentele groep) versus 74% (controle groep) bij de mannen en 38% versus 63% bij de vrouwen.
- Vinden van werk 91% (experimentele groep) versus 64% (controlegroep) bij de mannen en 71% versus 30% bij de vrouwen.

Het behouden van werk lukt deelnemers van de experimentele groep vaker dan deelnemers van de controlegroep (95% versus 86% bij de mannen en 87% versus 75% bij de vrouwen). Deze verschillen zijn niet significant. Het programma is ontwikkeld met input van gedetineerden en het gaat om een strength-based levensvaardighedenprogramma dat wordt ingezet op drie levensgebieden: de leefgroep, en de school- en werkomgeving.

EPA-patiënten

Evidence-based

De Cochrane review (2010) naar Supported Employment (SE) laat zien dat SE effectiever is in het vinden van een competitieve baan dan 'pre-vocational-training', oftewel stapsgewijze arbeidsvoorbereiding. De meest recente review naar Supported Employment (Marshall e.a., 2014) die is gebaseerd op 12 systematische reviews en 19 RCTs naar het IPS model, wijst uit dat SE bij EPA-patiënten consistent positieve uitkomsten laat zien, waaronder hogere percentages regulier werk en een kortere tijd tot de eerste reguliere baan. Daarnaast werken patiënten die SE ontvangen meer uren en weken en krijgen zij meer betaald.

De eerste Nederlandse RCT naar IPS (Michon e.a., 2013; Michon e.a., 2014) met 151 deelnemers, vond dat patiënten in de IPS-groep significant vaker regulier betaald werk vonden dan in de controlegroep. De eerste zes maanden was er geen significant verschil tussen beide groepen, maar na zestien maanden vond wel een significant hoger percentage van de IPS-groep betaald werk.

Een overzicht van studies naar IPS (Bond & Drake, 2014) beschrijft dat mensen die via IPS aan betaald werk komen, verbeteringen boeken op het gebied van inkomen, zelfvertrouwen, kwaliteit van leven, sociale inclusie en controle van symptomen. Deze verbeteringen zijn na 10 jaar nog waar te nemen. 2/3 van de deelnemers aan IPS verkrijgt regulier werk, werkt 20 uur of meer per week en behoudt dit werk voor jaren. Daarnaast bleek uit een review (Bond e.a., 2008) waarin enkel hoog modelgetrouwe IPS programma's werden geïnccludeerd, dat het percentage betaald werk voor IPS 61% was, vergeleken met 23% voor de controlegroep. Gekeken naar de personen die betaald werk hadden gevonden, was de IPS-groep 10 weken eerder aan het werk dan de controlegroep.

Best evidence

In een kleinschalig Nederlands onderzoek bij jongeren met een justitiële of civielrechtelijke maatregel (Van Gestel-Timmermans e.a., 2012) werd de effectiviteit van trajectbegeleiding (gebaseerd op IPS), gekoppeld aan een systeemgerichte behandeling, geëvalueerd. Een belangrijk resultaat van dit onderzoek is dat er bij trajectbegeleiders, reclassering en andere instanties behoefte blijkt te bestaan aan een systeemgerichte benadering van patiënten. Betrokkenen uit het werkveld zien ook de noodzaak om verschillende partijen, die bij de begeleiding betrokken zijn, bijeen te brengen.

RESULTATEN LITERATUURSTUDIE INTERVENTIES GERICHT OP SCHOLING / OPLEIDING

Patiënten met ernstige psychische aandoeningen

Evidence-based

Een systematische review naar Supported Education (Rogers e.a., 2010) waarin 17 studies werden geïnccludeerd, laat zien dat er enig bewijs is dat Supported Education ondersteunend kan zijn bij het stellen van doelen op het gebied van opleiding, het vinden en gebruiken van de juiste hulpbronnen om de opleiding af te ronden en om te gaan met belemmeringen. Er is enig maar nog onvoldoende bewijs dat Supported Education de onderwijsprestaties van mensen met psychiatrische aandoeningen kan verbeteren. Ook is er geen sterk bewijs dat een groter aantal mensen met een psychiatrische beperking door Supported Education een opleiding afrondt of dat ze vaker hierdoor werk krijgen.

Best evidence

In Nederland is onderzoek gedaan naar een begeleid leren programma voor mensen met psychische problematiek door middel van vijf casestudies (Korevaar, 2005). De doelstelling van het onderzoek was na te gaan of het Begeleid Leren-programma de deelnemers in staat stelde een reguliere opleiding te kiezen, te verkrijgen en te behouden.

RESULTATEN LITERATUURSTUDIE INTERVENTIES GERICHT OP REHABILITATIE

Algemeen voor mensen met ernstige psychische aandoeningen

Farkas & Anthony (2010) hebben in een overzicht psychosociale interventies beschreven voor EPA-patiënten. Daarbij maken ze onderscheid tussen interventies op het gebied van psychiatrische rehabilitatie en andere psychosociale interventies. De conclusie is dat interventies op het gebied van psychiatrische rehabilitatie een mix zijn van evidence-based interventies, veelbelovende praktijken en nieuwe methoden. Onder psychiatrische rehabilitatie interventies verstaan ze: het strengths model (Rapp & Goscha, 2006), de casemanagement benadering, ACT, supported employment (IPS), Supported Housing, Supported Education, motiverende gesprekstechnieken en ondersteuning door niet-professionals, zoals familie, lotgenoten, maar bijvoorbeeld ook Clubhouses gericht op beroepsmatige ondersteuning. Sociale vaardigheidstraining wordt ook hiertoe gerekend mits een overkoepelend doel wordt opgesteld en wanneer de vereiste vaardigheden voor dat specifieke doel worden getraind. Verder dient er sprake te zijn van een partnerschap tussen de begeleider en patiënt. Onder complementaire psychosociale interventies wordt verstaan: shared decision making op het gebied van medicatie, WRAP en Illness Management & Recovery (IMR).

Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB) bij patiënten met een psychose

Evidence-based

Uit een Nederlands evaluatieonderzoek naar IRB onder 99 jongeren met psychosekwetsbaarheid (Van Wel & Landsheer, 2013) bleek dat hun maatschappelijke participatie steeg terwijl hun psychiatrische symptomen gelijk bleven.

IRB bij patiënten met ernstige psychische aandoeningen

Evidence-based

Een Nederlandse RCT naar de Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB; Swildens e.a., 2011) vond bij EPA-patiënten in de experimentele groep een hoger percentage dat hun rehabilitatiedoelen bereikte en meer sociale participatie. Er werden geen verschillen gevonden op andere uitkomstmaten.

Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (Den Hollander & Wilken, 2011) wordt momenteel onderzocht in Nederland op effectiviteit (Bitter e.a., Tranzo, Tilburg University).

RESULTATEN LITERATUURSTUDIE REHABILITATIE OVERIG

Rehabilitatie overig forensische psychiatrie

Best evidence

In een review (Robertson e.a., 2011) worden drie belangrijke benaderingen geïdentificeerd in de forensische psychiatrie: risk/needs responsivity, therapeutische modellen gericht op psychopathologie en strength-based models. Van elke benadering worden door middel van een review de sterke en zwakke punten op het gebied van rehabilitatie gedetecteerd. Er wordt geconcludeerd dat de strengths-benadering, zoals bijvoorbeeld in het Good Lives Model, theoretische en praktische voordelen heeft ten

opzichte van de andere twee benaderingen. Het risk/needs responsivity model is met name gericht op risicomanagement. Volgens Ward en Maruna (2007) houdt het model onvoldoende rekening met de bijdrage van sociale en culturele factoren aan risico's. De therapeutische modellen gericht op psychopathologie zijn gebaseerd op het medische model. Dat wil zeggen dat de behandeling gericht is op verlichting van symptomen en psychische beperkingen en het verbeteren van iemands psychisch en sociaal functioneren. Het Good Lives Model (GLM) daarentegen is een strength-based, patiëntgerichte en herstelgerichte benadering die zowel risicofactoren als rehabilitatie doelen combineert (Robertson, 2011).

Rehabilitatie overig psychose

Best evidence

Een gerandomiseerd onderzoek (N=78) naar een rehabilitatiebenadering, Skills Assessment and Definition Goals, (Gigantesco e.a., 2006) vond statistische en klinisch significante verbeteringen op het gebied van persoonlijk en sociaal functioneren bij patiënten met chronische schizofrenie. De methode is bedoeld om het team te helpen om het individuele programma te definiëren en te evalueren. Het is met name gebaseerd op assessment van mogelijkheden en beperkingen, onderhandeling over realistische, meetbare doelen, opsplitsing van doelen in vaardigheden en taken en evaluatie van vooruitgang.

Conclusies werk, wonen, rehabilitatie en participatie

Programma's waarin casemanagement en huisvesting zijn geïntegreerd, zijn het meest effectief. Forensisch ACT leidt tot betere psychosociale uitkomsten (Place, 2011). ACT leidt tot een afname van opnames, dakloosheid en betere uitkomsten op het gebied van werk (Dixon, 2010). ACT in combinatie met Housing en Support levert goede resultaten op met betrekking tot dakloosheid, opnames en bijvoorbeeld welbevinden (Nelson, 2007; Rogers, 2009). Verder bleek intensive casemanagement effectief voor EPA-patiënten op het gebied van hospitalisatie, binding met zorg en verbetering van het sociaal functioneren (Dieterich, 2010). Tenslotte laat Housing First goede resultaten zien op het gebied van het behoud van huisvesting. Wat betreft het vroege interventieaanbod bij psychose is er enig bewijs voor fase-specifieke behandeling gericht op werk, maar nader onderzoek is nodig (Marshall & Rathbone, 2011).

Op het gebied van werk zijn er enkele evidence-based herstelgerichte interventies voor forensisch psychiatrische patiënten bekend, maar deze zijn nog onvoldoende onderzocht. De conclusie in de MDR dat Supported Employment (IPS) effectiever is dan stapsgewijze arbeidsvoorbereiding blijft overeind (Cochrane review 2010, Marshall e.a., 2014). Ook in Nederland is nu aangetoond dat IPS effectief is (Michon e.a., 2013; Michon e.a., 2014). De IPS-groep is eerder aan het werk, het percentage betaald werk is 61% (Bond, 2008) en mensen boeken verbeteringen op het gebied van inkomen, zelfvertrouwen, kwaliteit van leven, sociale inclusie en controle van symptomen (Bond & Drake, 2014). Daarnaast blijkt in de praktijk behoefte te bestaan aan een systeemgerichte benadering (Van Gestel e.a., 2012).

Er is enig maar nog onvoldoende bewijs dat Supported Education de onderwijsprestaties van mensen met psychiatrische aandoeningen kan verbeteren. Daarnaast is er geen sterk bewijs dat een groter aantal mensen met een psychiatrische beperking door Supported Education een opleiding afrondt of dat ze vaker hierdoor werk krijgen. Van de rehabilitatiegerichte benaderingen is alleen de Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB) onderzocht. Verder heeft de strengths-benadering, zoals bijvoorbeeld in het Good Lives Model, theoretische en praktische voordelen ten opzichte van andere benaderingen in de forensische psychiatrie (Barendregt e.a., 2012).

De aanbevolen interventies op het gebied van werk en wonen staan in Tabel 2.

Tabel 2: Aanbevolen interventies gericht op werk en wonen

<p>In MDR Schizofrenie/ zorgprogramma</p>	<ul style="list-style-type: none"> • interventies gericht op werk, wonen, onderwijs, rehabilitatie • terugvalmanagement
<p>O.b.v. recente literatuur (2009-2014): Evidence-based⁷</p>	<p>Wonen, rehabilitatie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • (Forensisch) ACT (Place, 2011) • ACT gecombineerd met Housing & Support (Nelson e.a., 2007) • Flexible ACT (Drukker e.a., 2013) • Intensive casemanagement (Dieterich, 2010) • Housing First* (Kertesz, 2009; Padgett e.a., 2011) <p>Werk:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Individual Placement and Support (IPS; Bond & Drake, 2014; Michon e.a., 2013; Michon e.a., 2014) • Supported Employment (SE; Marshall e.a., 2014) • Supported education* (Rogers e.a., 2010) • Strengths model (Rapp & Goscha, 2006) • Fase-specifieke behandeling gericht op werk* (Marshall & Rathbone, 2011). • Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB; Van Wel & Landsheer, 2013; Swildens e.a., 2011) • Werkinterventie voor forensische patiënten met verslaving (Webster, 2014) • Workforce Development Program* (Lucenti & Gorczyk, 2006)
<p>O.b.v. recente literatuur (2009-2014): Best evidence⁷</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen* (SRH; Den Hollander en Wilken., 2011; Bitter e.a., Tranzo) • Systeemgerichte benadering (Van Gestel-Timmermans e.a., 2012)

NB1: In § 2.1 leest u de procedure van de literatuurstudie waarin de criteria van de geselecteerde studies worden toegelicht.

NB2: Interventies met * behoeven nader onderzoek, maar zijn veelbelovend. Bij de evidence based interventies met * is slechts enig bewijs voor effectiviteit gevonden en is nader onderzoek wenselijk.

⁷ Onder evidence-based interventies worden verstaan: interventies waarvan goede of sterke aanwijzingen zijn voor effectiviteit en die bijvoorbeeld beschreven zijn in reviews, meta-analyses en grote RCTs. Onder best evidence interventies worden interventies verstaan die theoretisch goed onderbouwd en beschreven zijn en enigszins zijn onderzocht. Onder best evidence worden bijvoorbeeld ook interventies geschaard die in kleinschalige RCTs zijn onderzocht (N:100). Zie ook § 2.1

3.1.3 EVIDENTIE FAMILIE- EN SYSTEEMINTERVENTIES

Familie-interventies zijn bedoeld om de familie van patiënten te ondersteunen en het contact tussen patiënt en familie te herstellen of verbeteren. De term omvat een breed scala aan interventies voor familieleden en andere betrokkenen, zoals psycho-educatie voor familieleden, familiegroepen, trainingen, gezinsbegeleiding en gezinstherapie.

Familie psycho-educatie, afgeleid van stressreductie en copingmodellen, is het meest frequent toegepaste model van familie-interventies (Chien e.a., 2013). 'Behavioral family management' is een ander veelvuldig gebruikte benadering bij families van patiënten met schizofrenie (McFarlane e.a., 1995). De interventie, bekend als 'multi family groups', combineert psycho-educatie, training in communicatievaardigheden en oplossingsgerichte training in groepsbijeenkomsten. In de meeste benaderingen worden familieleden aangemoedigd en ondersteund in de ontwikkeling van stressmanagement, copingvaardigheden, het verbeteren van het welzijn en het vermogen zich aan te passen aan de ziekte van hun familielid (Chien e.a., 2013).

Veel studies naar de effecten van familie-interventies richten zich voornamelijk op familie-uitkomstmaten, vaak uitgedrukt in 'expressed emotion' en 'burden'. De effecten van interventies voor familie van patiënten met schizofrenie of psychotische stoornissen zijn beschreven in de Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie (NVvP, 2012) en worden hier achterwege gelaten.

In deze paragraaf worden de geëvalueerde effecten van familie-interventies op het functioneren en welzijn van de patiënt beschreven, voor zover zij aanvullend zijn op de MDR Schizofrenie (2012) en het Zorgprogramma Psychotische stoornissen (EFP, 2012). Alvorens in te gaan op de bevindingen van deze literatuurstudie, worden de conclusies uit de MDR voor familie-interventies samengevat.

Conclusie Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie

De MDR Schizofrenie (NVvP, 2012, blz. 181) stelt dat gezinsinterventie moet worden aangeboden aan gezinnen die met een gezinslid met schizofrenie samenwonen, of daarmee nauw contact onderhouden. In het bijzonder gezinnen met een gezinslid met een recente terugval, een groot terugvalrisico, of blijvende symptomen, moeten er gebruik van kunnen maken. De behandeling kan begonnen worden in de acute fase of daarna, ook tijdens een opname. De gezinsinterventies moeten drie maanden tot een jaar worden aangeboden, minimaal tien zittingen bevatten en bij voorkeur met het hele gezin en patiënt erbij gegeven worden. De keuze voor individuele- of groepsgezinsinterventie hangt af van de voorkeur van het gezin. De interventie dient een specifieke ondersteunende, educatieve of behandelfunctie te hebben en probleemoplossing of crisismanagement te omvatten.

Het is aangetoond dat gezinsinterventies in vergelijking met de standaardzorg leiden tot minder heropnames, kortere duur van heropnames, minder terugval en verbeterde medicatietrouw (NVvP, 2012).

RESULTATEN LITERATUURSTUDIE

RESULTATEN LITERATUURSTUDIE FAMILIE-INTERVENTIES ALGEMEEN

Patiënten met psychotische stoornissen

Evidence-based

De update van de Cochrane review naar effecten van familie-interventies (Pharoah e.a., 2012) heeft ten opzichte van de eerdere review (2008) 21 studies toegevoegd, in totaal zijn er 53 RCTs geïnccludeerd. Uit de review blijkt dat door familie-interventies de frequentie van terugval kan verminderen (N=2981, 32 RCTs), het aantal opnames kan verminderen (N=481, 8 RCTs) en dat medicatietrouw bij patiënten bevorderd kan worden (N=695, 10 RCTs).

Een recente review (Chien e.a., 2013) bekeek de bevindingen van meer dan 50 gecontroleerde studies uitgevoerd tussen 1980-2010 (met in totaal meer dan 4.800 patiënten) van verschillende familie-interventies met een variëteit aan therapeutische technieken. Zowel individuele als familie-interventies in groepsverband met een duur van drie maanden tot drie jaar als aanvulling op reguliere behandeling, waren geassocieerd met minder terugval en opnames (Chien e.a., 2013). Verder bleek dat familie psycho-educatie en/of gedragsinterventies van tenminste tien sessies en gedurende zes maanden effectiever zijn en een langduriger effect hebben in termen van preventie van terugval vergeleken met enkel individuele psychosociale behandeling of medicatie (Chien e.a., 2013).

Belangrijke componenten van een effectieve familie-interventie zijn sociale ondersteuning, scholing over ziekte en behandeling, ondersteuning bij crisis en oplossingsgerichte training. Minder is bekend over de belangrijke therapeutische componenten van familie-interventies (Chien e.a., 2013). Dit komt overeen met een eerdere review van The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT; Dixon e.a., 2010) waarin wordt gesteld dat familie psycho-educatie met een duur van minstens zes maanden effectief is gebleken.

Ook uit een andere recente review en meta-analyse waarin 41 RCTs werden geïnccludeerd (Absalom-Hornby, 2012), blijkt dat familie-interventies in het algemeen effectief zijn bij patiënten met een psychotische stoornis. Naast de bevinding dat familie-interventies kunnen bijdragen aan minder terugval (N=24 RCTs), werd in deze review ook een bijdrage aan een verbeterd functioneren (N=9 RCTs) en een afname van psychotische symptomen (N=12 RCTs) gevonden. Er werden geen verschillen gevonden in effectiviteit tussen individuele, groeps- of gemengde vormen van familie-interventies. Hetzelfde geldt voor interventies met alleen een familielid of met zowel familielid als patiënt. De meta-analyse berekende dat om bij één patiënt succes te hebben, er bij vijf patiënten een familielid moet deelnemen aan een familie-interventie.

Uit de Cochrane review naar kortdurende familie-interventies (< 5 sessies of < 3 maanden), waarin slechts 4 RCTs (N=163 patiënten) konden worden meegenomen, blijkt dat het onduidelijk is of kortdurende familie-interventies het zorggebruik van patiënten kan doen afnemen. Voor terugval werd geen voordeel ten opzichte van standaardzorg gevonden (N=40, 1 RCT). Andere patiënt-uitkomstmaten werden niet in deze studies onderzocht (Okpokoro e.a., 2014).

Best evidence

In een kleine kwalitatieve studie (N=7; Allen e.a., 2013) is een geïntegreerde familie-interventie onderzocht. De interventie ondersteunde deelnemers bij een nieuwe positionering in de maatschappij, een gevoel van empowerment en persoonlijke verantwoordelijkheid, zelfacceptatie, beter in staat zijn met emoties om te gaan en hoop voor de toekomst.

RESULTATEN LITERATUURSTUDIE FAMILIE PSYCHO-EDUCATIE

Evidence-based

Een review van studies naar familie psycho-educatie (Lucksted e.a., 2012; update van een review van McFarlane e.a uit 2003), toont aan dat familie psycho-educatie bij patiënten met een psychotische stoornis effectief is ten aanzien van het reduceren van terugval en heropname en het verbeteren van het functioneren, in het bijzonder wanneer dit gecombineerd wordt met effectieve medicatie.

RESULTATEN LITERATUURSTUDIE FAMILIE PEER SUPPORT

Evidence-based

Een review van 19 studies naar familie peer support-interventies (Chien & Norman, 2009), waarvan 6 studies met een experimenteel of gerandomiseerd gecontroleerd design, laat zien dat bij patiënten met een psychotische stoornis de geestelijke en psychosociale conditie op korte termijn verbetert. Op de langere termijn zijn de uitkomsten inconsistent. Kanttekening is dat veel studies geen controlegroep hadden, geen gestandaardiseerde en gevalideerde meetinstrumenten gebruikten of geen lange follow-up hadden.

Daarnaast is er een RCT gedaan naar een familie-aan-familie educatie programma, uitgevoerd door ervaringsdeskundige familieleden. Deelnemers hadden significant betere resultaten ten aanzien van probleemgerichte coping en kennis over hun ziekte. Deze resultaten waren ook 9 maanden na de interventie nog aanwezig (Lucksted e.a., 2013; Dixon e.a., 2011).

RESULTATEN LITERATUURSTUDIE OPLOSSINGSGERICHTE THERAPIE

Best evidence

Een kleine quasi-experimentele studie (Eakes e.a., 1997; N=22) bij patiënten met een psychotische stoornis en hun familie naar de effecten van een kortdurende oplossingsgerichte familietherapie, vond dat er in de experimentele groep meer overeenstemming was op de familie-omgeving schaal (Family Environment Scale, FES) tussen patiënt en familie op verschillende dimensies, waaronder familieovereenstemming (Eakes e.a., 1997).

RESULTATEN LITERATUURSTUDIE CRITICAL TIME INTERVENTION (CTI)

Evidence-based

Onderzoek in de V.S. laat zien dat Critical Time Intervention (CTI) effectief is voor verschillende populaties (Lako e.a., 2013; Tomita & Herman, 2012; Jones e.a., 2003; Draine & Herman, 2007). Bij CTI bouwt de patiënt in een bepaalde periode samen met de casemanager aan een sociaal en professioneel steunnetwerk. CTI wordt in Nederland gebruikt door het Team OGGZ van de Parnassia Bavo Groep. Aan de implementatie is een programma-evaluatie gekoppeld. Verder zijn in 2009 in Nederland twee multicenter trials gestart naar de effectiviteit van CTI in de maatschappelijke opvang en in de vrouwenopvang. Onderzocht wordt of CTI bijdraagt aan vermindering van dakloosheid en verbetering van de kwaliteit van leven (Lako e.a., 2013).

Conclusies familie- en systeeminterventies

De bevindingen van de literatuurstudie sluiten aan bij de conclusies van de MDR Schizofrenie: familie-interventies kunnen leiden tot minder heropnames, kortere duur van heropnames, minder terugval en een verbetering van de medicatietrouw bij patiënten met psychotische stoornissen, indien deze interventie minstens tien sessies beslaat en een duur van minstens drie maanden. Aanvullend op de MDR werd ook een bijdrage aan een verbeterd functioneren en een afname van psychotische symptomen gevonden. Deze conclusies zijn gebaseerd op studies naar interventies voor familieleden van patiënten met een psychotische stoornis. Er zijn geen studies gevonden met een gerandomiseerd of longitudinaal design die betrekking hadden op de forensisch psychiatrische patiënten met psychotische stoornissen.

Naast de familie-interventies is CTI een interventie waarbij de patiënt samen met een casemanager bouwt aan een steunnetwerk. Deze interventie wordt gebruikt en onderzocht in de maatschappelijke opvang en vrouwenopvang en is niet onderzocht voor de doelgroep.

De aanbevolen familie-interventies staan in Tabel 3.

Tabel 3: Aanbevolen interventies familie- en systeeminterventies

<p>In MDR Schizofrenie/ zorgprogramma</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gezinsinterventies gedurende 3 maanden tot een jaar • systemisch werken
<p>O.b.v. recente literatuur (2009-2014): Evidence-based⁸</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Individuele familie-interventies met een duur van drie maanden tot drie jaar (Chien e.a., 2013) • Familie groeps-interventies met een duur van drie maanden tot drie jaar (Chien e.a., 2013) • Familie psycho-educatie en/ of gedragsinterventies van ten minste 10 sessies en gedurende zes maanden (Chien e.a., 2013; Lucksted e.a., 2012) • Familie peer support* (Chien & Norman, 2009; Lucksted e.a., 2013; Dixon e.a., 2011) • Critical Time Intervention* (Lako e.a., 2013; Tomita, 2012; Jones, 2003; Draine 2007) <p>Belangrijke componenten van familie-interventies zijn: sociale ondersteuning, scholing over ziekte en behandelingsgerichte training (Chien e.a., 2013)</p>
<p>O.b.v. recente literatuur (2009-2014): Best evidence⁸</p>	<p style="text-align: center;">-</p>

NB1: In § 2.1 leest u de procedure van de literatuurstudie waarin de criteria van de geselecteerde studies worden toegelicht.

NB2: Interventies met * behoeven nader onderzoek, maar zijn veelbelovend. Bij de evidence based interventies met * is slechts enig bewijs voor effectiviteit gevonden en is nader onderzoek wenselijk.

⁸ Onder evidence-based interventies worden verstaan: interventies waarvan goede of sterke aanwijzingen zijn voor effectiviteit en die bijvoorbeeld beschreven zijn in reviews, meta-analyses en grote RCTs. Onder best evidence interventies worden interventies verstaan die theoretisch goed onderbouwd en beschreven zijn en enigszins zijn onderzocht. Onder best evidence worden bijvoorbeeld ook interventies geschaard die in kleinschalige RCTs zijn onderzocht (N:100). Zie ook § 2.1

3.1.4. EVIDENTIE INTERVENTIES EMPOWERMENT EN ZELFMANAGEMENT

In deze paragraaf worden studies beschreven van interventies gericht op het versterken van empowerment en zelfmanagement. Onder empowerment op individueel niveau wordt verstaan 'het herwinnen van de regie over eigen lijf en leven, versterking van eigenwaarde en zelfrespect, eigen kracht (her)ontdekken en deze effectief leren toepassen (www.hee-team.nl). Onder het begrip zelfmanagement wordt verstaan dat patiënten de regie nemen in hun eigen zorgproces. Interventies die zelfmanagement stimuleren zijn gericht op het vergroten van een aantal competenties: ziekte- specifieke kennis en vaardigheden, vertrouwen in eigen kunnen, en het vermogen tot zelfontplooiing en ontwikkeling (Landelijk Platform GGz, 2013).

De effecten van interventies op het gebied van empowerment en zelfmanagement worden hieronder beschreven. Alvorens in te gaan op de bevindingen van de literatuurstudie, worden de conclusies uit de MDR voor deze interventies samengevat.

Conclusie Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie

De MDR Schizofrenie (NVvP, 2012) besteedt geen specifieke aandacht aan empowerment en zelfmanagement. Wel komen deze begrippen terug bij beschrijvingen van studies van diverse interventies, zoals *consumer-run* programma's, psycho-educatie en Assertive Community Treatment.

Op basis van onze literatuurstudie zijn de volgende interventies gekenmerkt als interventies die gericht zijn op het vergroten van empowerment en het stimuleren van zelfmanagement van patiënten: psycho-educatie, cognitieve therapieën (CGT en cognitieve remediatie), training in sociale vaardigheden, psychotherapie, en zelfmanagement-interventies. We vatten kort samen welke conclusies hierover in de MDR Schizofrenie staan.

Over *psycho-educatie* concludeert de MDR dat de interventie geen gezondheidseffecten heeft maar dat psycho-educatie in het kader van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst noodzakelijk is. Psycho-educatie vormt een gemeenschappelijke taal voor behandelaar en patiënt, maar heeft geen effecten op medicatie-adherence, symptomen, heropname, en terugval. Psycho-educatie kan het beste geïndividualiseerd gegeven worden, geleid door de vragen van de patiënt en gericht op het kunnen maken van keuzen in de behandeling. Cursusgroepen zijn hiervoor niet geschikt (MDR Schizofrenie, 2012, p 182).

De conclusie over *Cognitieve gedragstherapie* (CGT) is als volgt omschreven in de MDR: CGT is geïndiceerd bij patiënten met schizofrenie, zowel in de acute fase (tijdens opname) als in een later stadium. Individuele therapie geniet de voorkeur, waarbij minimaal zestien sessies geprotocolleerd aangeboden moeten worden (MDR Schizofrenie, 2012, p 152). Over cognitieve *remediatie* stelt de MDR dat de wetenschappelijke gegevens geen consistent bewijs leveren voor duidelijke effecten die cognitieve remediatie heeft op terugval, heropnames, gezondheidstoestand en kwaliteit van leven (p. 172). Daarom wordt het gebruik van cognitieve remediatie bij de standaardbehandeling van mensen met schizofrenie niet aanbevolen. De MDR stelt verder dat goed gerandomiseerd onderzoek nodig is met voldoende power en een lange follow-up periode.

De MDR concludeert dat *sociale vaardigheidstraining* waarbij een standaardpakket van vaardigheden wordt aangeleerd, niet kan worden aanbevolen voor mensen met schizofrenie (p 208). In de MDR staat te lezen dat een Amerikaanse meta-analyse wel positieve resultaten laat zien (Kurtz & Mueser, 2008), maar dat deze review ook studies includeerde die strikt genomen niet onder sociale vaardigheidstraining vallen. Het Engelse National Institute for Clinical Evidence (NICE, 2010) is op basis van hun meta-analyse over het geheel negatief over sociale vaardigheidstraining en ook een andere meta-analyse (Pilling e.a., 2002) vindt dat er onvoldoende bewijs is om sociale vaardigheidstraining aan te bevelen. In de MDR wordt geconcludeerd dat het grootste obstakel bij vaardigheidstraining de generalisatie van de vaardigheden naar het leven van alledag is. Er is nauwelijks evidentie dat deze generalisatie optreedt.

Counseling en steunende psychotherapie voor mensen met schizofrenie wordt niet aanbevolen voor de behandeling van symptomen (p 166).

RESULTATEN LITERATUURSTUDIE

RESULTATEN LITERATUURSTUDIE PSYCHO-EDUCATIE

Psycho-educatie voor patiënten met een psychose

Evidence-based

Er zijn na de verschijning van de MDR Schizofrenie in 2012 twee reviews naar de effectiviteit van psycho-educatie bij patiënten met een psychotische stoornis gepubliceerd. De meest recente review includeerde 25 artikelen (Chien e.a., 2013). De auteurs concluderen dat uit sommige studies blijkt dat psycho-educatie de kennis over de stoornis kan vergroten, maar geen effecten op andere uitkomsten laat zien. Het meest succesvol zijn psycho-educatie programma's die ingaan op een brede range van behoeften en vragen van de patiënt in relatie tot hun behandeling en zelfmanagement.

De andere review is uitgevoerd door de Cochrane Library (Xia e.a., 2011) en includeerde 44 RCTs, met in totaal 5142 patiënten met een psychotische stoornis, veelal in een intramurale setting. Non-compliance was lager bij patiënten in de psycho-educatiegroep, zowel op korte termijn als langere termijn. Ook het aantal terugvallen en heropnames was lager in de psycho-educatiegroep en het sociaal en algemeen functioneren was beter in deze groep. Ook waren de patiënten in de psycho-educatiegroep meer tevreden met de zorg die zij kregen en hadden een verbeterde kwaliteit van leven. De review berekende dat wanneer vier patiënten met schizofrenie psycho-educatie ontvangen in plaats van standaardzorg, dit resulteert in één persoon met een klinische vooruitgang.

Psycho-educatie voor patiënten met EPA

Best evidence

Een (niet gecontroleerde) studie naar een individuele psycho-educatieinterventie specifiek gericht op het leren omgaan met geld (Elbogen e.a., 2013) includeerde 77 EPA-patiënten. De interventieduur varieerde van een half uur tot drie uur, met een gemiddelde van anderhalf uur. Na zes maanden bleek dat 96% van de deelnemers ten minste één belangrijke nieuwe vaardigheid op het gebied van financiën had aangeleerd, en meer dan de helft (57%) van de deelnemers rapporteerde vijf of meer nieuwe budgetteringsvaardigheden. Meer dan de helft van de deelnemers rapporteerden een toegenomen spaarbudget. Daarnaast bleken psychiatrische symptomen verminderd en de zelfredzaamheid toegenomen.

RESULTATEN LITERATUURSTUDIE COGNITIEVE THERAPIEËN

De bekendste cognitieve therapieën zijn cognitieve gedragstherapie (CGT), cognitieve remediatie en sociale cognitietraining.

Forensisch psychiatrische patiënten met psychotische stoornissen

Best evidence

In een overzicht (Kern e.a., 2009) naar CGT-studies wordt vastgesteld dat CGT bij forensisch psychiatrische patiënten met een psychotische stoornis effectief is in het verminderen van positieve en negatieve symptomen. Daarnaast zijn er aanwijzingen dat het beter kunnen omgaan met symptomen kan leiden tot verbetering in kwaliteit van leven en sociaal functioneren. Over cognitieve remediatie wordt gesteld dat deze interventie veelbelovend lijkt. Ook veelbelovend lijkt de sociale cognitietraining. Voor beide interventies geldt dat meer studies noodzakelijk zijn om evidentie aan te tonen.

In een RCT (Haddock e.a., 2009) waarin CGT met sociale activiteiten therapie werd vergeleken, werden 77 forensisch psychiatrische patiënten met een psychotische stoornis gevolgd. Deze patiënten hadden in het verleden geweld gepleegd. De studie vond dat de patiënten die CGT volgden significant betere resultaten boekten op het gebied van geweld, wanen en risicomanagement.

Een kleine RCT (N=27) evalueerde de effecten van een simpele cognitieve gedrags-interventie bij forensisch psychiatrische patiënten met een psychotische stoornis (Hall & Tarrier, 2003). De interventie was gericht op het stimuleren van zelfvertrouwen. De interventie was een aanvulling op reguliere behandeling en werd vergeleken met patiënten die enkel reguliere behandeling ontvingen. De cognitieve gedragsinterventie resulteerde in een toegenomen zelfvertrouwen, een afname van psychotische symptomen en een verbeterd sociaal functioneren. Deze resultaten hielden stand bij drie maanden follow-up.

Patiënten met psychotische stoornissen

Evidence-based

De review van Chien e.a. (2013) includeerde 22 artikelen gepubliceerd in de periode 1980-2012 naar de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie (CGT), tien studies naar cognitieve remediatie en drie naar sociale cognitieve training. De conclusie wat betreft CGT is dat, ondanks de verschillen in onder andere duur, aantal sessies en de controlegroep, het onderzoek laat zien dat er een positief effect is op psychotische symptomen. Er wordt aangeraden om CGT aan te bieden naast andere psychosociale interventies om het functioneren te verbeteren en symptomen te verminderen, met name bij jonge mensen en mensen met een dubbele diagnose. Een RCT naar cognitieve gedragstherapie (Hodgekins e.a., 2010) waarin 77 patiënten met een psychotische stoornis werden verdeeld over de interventie- en controlegroep, vond dat patiënten die CGT ontvingen een toegenomen positief zelfbeeld hadden.

De conclusie in de review van Chien e.a. (2013) wat betreft cognitieve remediatie is dat onderzoek laat zien dat er medium effect sizes worden gevonden op de gebieden verbeterde aandacht, geheugen en 'executive functioning' (oplossingsvermogen). In de review wordt verder beschreven dat een meta-analyse van 26 RCTs (1150 patiënten) vond dat cognitieve remediatie de cognitie en het psychosociale functioneren kan verbeteren en psychotische symptomen kan doen verminderen. Daarnaast blijkt uit twee meta-analyses dat, indien cognitieve remediatie samen met andere rehabilitatie-interventies wordt gegeven, zoals arbeidsrehabilitatie, verbeteringen op het gebied van algemene cognitie en functioneren kan worden bereikt (Chien e.a., 2013). Daarnaast wordt in de review gesteld dat de interventie meer succes zal hebben als de vaardigheden die getraind worden aansluiten bij de behoeftes van de patiënten in het dagelijks leven.

In de review van Chien e.a. (2013) wordt over sociale cognitie training geconcludeerd dat er weinig studies naar verricht zijn. Twee recente kleine trials van een 12-weken en een 20-weken groepstraining bij patiënten met schizofrenie vonden dat de emotionele perceptie was verbeterd bij patiënten in de interventiegroep. Een andere kleine gecontroleerde studie vergeleek de effecten van een 12-sessie sociale cognitietraining en een andere 12-sessie remediatietraining bij mensen met psychotische stoornissen. De sociale cognitietraining liet meer verbetering zien op sociaal functioneren en sociale competenties.

Patiënten met een verslaving

Evidence-based

Voor patiënten met een verslaving is CRA een bewezen effectieve methode, die in Nederland is onderzocht binnen de verslavingszorg (zie <http://www.communityreinforcement.nl/home/cra/>). CRA richt zich op het ontwikkelen van een nieuwe leefstijl, die meer belonend is dan middelengebruik. Dit gebeurt door in te spelen op bekrachtigers in de directe omgeving van de patiënt, zoals in het gezin, het werk, de woonomgeving, bij vrienden en in de (vrije) tijdsbesteding. Praktisch wordt de patiënt geleerd dat er alternatieven zijn voor het nemen van alcohol en drugs. Er wordt gebruik gemaakt van verschillende cognitief-gedragstherapeutische en farmacologische interventies (Roozen, 2006).

RESULTATEN LITERATUURSTUDIE SOCIALE VAARDIGHEIDSTRAINING

Evidence-based

Forensisch psychiatrische patiënten met psychotische stoornissen

In de overview van Kern e.a. (2009) wordt de sociale vaardigheidstraining genoemd als een interventie die effectief is bij forensisch psychiatrische patiënten met psychotische stoornissen. De interventie resulteert in toegenomen kennis en vaardigheden.

Best evidence

Een quasi-experimentele studie met 84 forensisch psychiatrische patiënten met psychotische stoornissen (Schindler, 2005) vond dat de vaardigheden van patiënten in de vaardigheidstrainingsgroep significant verbeterden ten opzichte van de controlegroep.

Patiënten met psychotische stoornissen

Evidence-based

Na verschijning van de MDR schizofrenie is één review naar de effectiviteit van sociale vaardigheidstraining bij mensen met een psychotische stoornis verschenen (Chien e.a., 2013). Eerdere reviews (NICE, 2010; Pilling e.a., 2002; Kopelowicz e.a., 2006) en de MDR Schizofrenie moesten concluderen dat er onvoldoende bewijs is om sociale vaardigheidstraining aan te bevelen. De review van Chien e.a. (2013) includeerde zeven artikelen die de effecten van sociale vaardigheidstraining beschrijven. Uit de resultaten van meer dan 50 RCTs blijkt dat de interventie leidt tot verbeteringen op verschillende gebieden van sociale vaardigheden. Dit geldt zowel voor patiënten met psychotische stoornissen in intramurale en ambulante settings. De meer recente studies toonden echter aan dat de geleerde vaardigheden niet zomaar naar de eigen leefomgeving kunnen worden getransformeerd.

Patiënten met ernstige psychische aandoeningen

Evidence-based

De Cochrane Library voerde een review uit naar sociale vaardigheidstraining versus standaardzorg bij patiënten met EPA (Tungpunkom e.a., 2012). Er werden zeven RCTs geïncludeerd met in totaal 438 patiënten. Op verschillende uitkomstenmaten werden geen verschillen gevonden tussen patiënten in de interventiegroep en patiënten die alleen standaardzorg ontvingen.

RESULTATEN LITERATUURSTUDIE PSYCHOTHERAPIE

Best evidence

Een kleine quasi-experimentele studie (N=21) bij forensisch psychiatrische patiënten met psychotische stoornissen onderzocht de effectiviteit van een herstelgerichte psychotherapie (Randal e.a., 2003). De patiënten in de interventiegroep lieten significant meer verbetering zien op de totale PANSS (Positive and Negative Symptom Scale) ten opzichte van de controlegroep. Er was een reductie van 43% in positieve symptomen, 30% reductie in negatieve symptomen, 27.5% reductie in algemene psychopathologie en 30% reductie in totaalscores op de PANSS. De algemene gedragscores op de Rehabilitation Evaluation of Hall and Baker schaal waren verbeterd, alsmede de deviantie-scores. Deze deviantie-scores waren significant meer verbeterd ten opzichte van de controlegroep.

RESULTATEN LITERATUURSTUDIE ZELFMANAGEMENT INTERVENTIES

E-zelfmanagement interventies voor patiënten met een psychose

Evidence-based

Een recente review (Van der Krieke e.a., 2014) naar de effectiviteit van diverse e-interventies bij patiënten met psychotische stoornissen, waaronder Shared Decision Making, medicatiemanagement en psycho-educatie, includeerde 28 RCTs. De auteurs concluderen dat e-interventies minstens even effectief zijn als standaardzorg of niet-technologische interventies. Voor e-medicatiemanagement werd een groot effect gevonden.

Een web-applicatie voor patiënten met EPA (MacDonald-Wilson e.a., 2013), Common Ground genaamd, is in de VS op effectiviteit onderzocht bij meer dan 5000 patiënten. De web-applicatie heeft als doel de patiënt beter voorbereid het gesprek met de professional in te laten gaan en dichterbij zijn eigen herstel doelen te komen/blijven. Het bleek dat er een duidelijk positief verband is tussen het gebruik van de zelfmanagementstrategieën en enerzijds het zich minder druk maken over bijwerkingen van de medicatie en anderzijds meer vooruitgang in het herstelproces.

Best evidence

Een Nederlandse RCT met 250 patiënten met een psychotische stoornis heeft de effectiviteit van de webtool Shared Decision Making onderzocht (Van der Krieke e.a., 2013). Deze RCT is ook opgenomen in de review Van der Krieke e.a., 2014. Van 73 patiënten was een vervolgmeting beschikbaar. Er werden geen verschillen gevonden tussen de interventie- en controlegroep wat betreft de uitkomstmaten in waargenomen betrokkenheid bij medicatiebesluitvorming. Aanvullend werd geconcludeerd dat de interventie niet goed paste in de bestaande praktijk van de deelnemende teams.

Momenteel wordt door Li en anderen een review uitgevoerd naar de effectiviteit van cliënt-gestuurde zelfmanagement programma's voor volwassenen met psychotische aandoeningen. In 2012 werd op het International Nursing Research Congress bekend gemaakt dat deze interventies een significant effect hebben op empowerment, hoop, het ervaren herstel, assertiviteit,

sociale steun en de ernst van de symptomen. Echter bij de meeste van de negen geïncludeerde studies ontbrak het o.a. aan een controle groep, randomisatie en follow-up metingen. Daarom is nader onderzoek nodig (<https://stti/confex.com/stti/congrs12/webprogram/Paper50724.html>).

RESULTATEN LITERATUURSTUDIE SHARED DECISION MAKING

Een essentieel onderdeel van herstelondersteunende zorg is het vergroten van eigen regie en autonomie van de patiënt. Dit proces kan worden ondersteund door patiënten vooral zelf te laten formuleren waar hun krachten, ambities en zorgbehoeften liggen. Dit vraagt om een regelmatige afstemming om tot gezamenlijke doelbepaling en inzet van mogelijke interventies en acties te komen. Dit proces wordt ook wel Shared Decision Making (SDM) genoemd of 'samen keuzen maken' (MDR Schizofrenie, 2012).

Evidence-based

Er werd in de literatuurstudie een RCT naar SDM gevonden (Hamann e.a., 2006; Hamann e.a., 2007). Aan de studie namen 107 patiënten met een psychotische stoornis deel. Patiënten in de interventiegroep hadden een beter waargenomen betrokkenheid bij besluitvorming over hun medicatie en meer kennis over hun ziekte. Daarnaast is uit een systematische review gebleken dat Shared Decision Making effectief kan zijn om de binding en tevredenheid met de zorg te verbeteren (Joosten e.a., 2008).

RESULTATEN LITERATUURSTUDIE ILLNESS MANAGEMENT AND RECOVERY (IMR)

Evidence-based

Een review uit 2002 die niet in de MDR staat beschreven (Mueser e.a., 2002) heeft 40 RCTs naar Illness Management and Recovery bij EPA-patiënten bekeken. Illness management wordt in deze review opgevat als een breed pallet van strategieën die erop gericht zijn om patiënten te ondersteunen om samen te werken met professionals, de vatbaarheid van de ziekte te reduceren en effectief om te leren gaan met hun symptomen. De review concludeert dat psycho-educatie de kennis over de stoornis doet toenemen, controle over gedrag en medicatietrouw bevordert, terugvalpreventieprogramma's terugval en opnames doen verminderen en dat copingvaardigheden-training waarin cognitieve gedragstechnieken worden toegepast, de ernst en last van de persisterende symptomen doet afnemen.

In een literatuuroverzicht van psychosociale interventies voor mensen met een psychotische stoornis (Mueser e.a., 2013) wordt beschreven dat op basis van de drie RCTs die zijn verschenen over IMR, geconcludeerd kan worden dat IMR een beloftevolle interventie is.

Een recente review naar IMR bij EPA-patiënten (McGuire e.a., 2014) includeerde drie RCTs, drie quasi-experimentele studies en drie pre-post studies. De RCTs vonden dat patiënten in de interventiegroep significante verbeteringen vertoonden in vergelijking tot de controlegroep, zowel op de IMR-schaal als op psychiatrische symptomen.

RESULTATEN LITERATUURSTUDIE WRAP

Evidence-based

Een RCT naar Wellness Recovery Action Plan (WRAP) waarin 519 EPA-patiënten werden gevolgd (Cook e.a., 2012), vond dat patiënten in de interventiegroep significant minder symptomen hadden, een verbeterde kwaliteit van leven en hoger scoorden op de Hope-scale (totale hoop-score en de subschaal 'goal directed hopefulness').

OVERIGE RESULTATEN LITERATUURSTUDIE

Best evidence

Een quasi-experimentele studie naar een empowerment rehabilitatieprogramma (Park & Sung, 2013) includeerde 46 klinische patiënten met schizofrenie. De interventie had een frequentie van twee maal per week gedurende zes weken. De interventie behandelt 12 onderwerpen over herstel. Onderdeel van het interventieprogramma zijn bijvoorbeeld interventiestrategieën gericht op veranderingen van disfunctionele overtuigingen over de ziekte en de persoon, of het stimuleren van een positieve houding ten opzichte van herstel. Er werden positieve effecten gevonden op de uitkomstmaten hulpeloosheid en herstel.

Conclusies empowerment en zelfmanagement

Op basis van onze literatuurstudie zijn de volgende interventies gekenmerkt als interventies die gericht zijn op het vergroten van empowerment en het stimuleren van zelfmanagement van patiënten: psycho-educatie, cognitieve therapieën (CGT en cognitieve remediatie), training in sociale vaardigheden, psychotherapie, en diverse zelfmanagement-interventies.

De MDR concludeert over psycho-educatie dat de interventie bijdraagt aan de vorming van een gemeenschappelijke taal voor behandelaar en patiënt, maar geen effecten heeft op verschillende uitkomstmaten. Uit onze literatuurstudie blijkt een iets positiever beeld. Een recente review (Chien e.a., 2013) concludeert dat psycho-educatieprogramma's die ingaan op een brede range van behoeften en vragen van de patiënt in relatie tot hun behandeling en zelfmanagement, het meest succesvol zijn. Een andere review (Xia e.a., 2011) vond op verschillende uitkomstmaten positieve effecten, maar hierbij moet opgemerkt worden dat de meeste studies in een intramurale setting plaatsvonden en de conclusies daarom tot die setting beperkt blijven. Er zijn geen recente studies gevonden die psycho-educatie bij forensisch psychiatrische patiënten met psychotische stoornissen hebben onderzocht.

CGT wordt door de MDR aanbevolen bij patiënten met een psychotische stoornis. Een recente review bevestigt deze conclusie. Uit onze literatuurstudie blijkt dat er ook enkele studies zijn verricht bij forensisch psychiatrische patiënten met psychotische stoornissen; hierin werden positieve bevindingen voor CGT gevonden. Voor patiënten met een verslaving is CRA een bewezen effectieve methode. Cognitieve remediatie wordt in de MDR niet aanbevolen; uit onze literatuurstudie blijkt dat er positieve effecten zijn gevonden in een recente meta-analyse van studies bij mensen met een psychotische stoornis.

Sociale vaardigheidstraining wordt door de MDR niet aanbevolen als interventie voor mensen met een psychotische stoornis. Onze literatuurstudie laat echter zien dat bij forensisch psychiatrische patiënten met psychotische stoornissen deze interventie effectief is. Ook laten recente reviews zien dat de interventie bij patiënten met een psychotische stoornis positieve effecten heeft; dit geldt zowel voor patiënten in een intramurale als ambulante setting. De meer recente studies tonen echter wel aan dat de geleerde vaardigheden niet zomaar naar de eigen leefomgeving worden getransformeerd.

Psychotherapie wordt door de MDR niet aanbevolen als interventie bij patiënten met een psychotische stoornis. In onze literatuurstudie werd één recente studie gevonden die de effecten van een herstelgerichte psychotherapie interventie heeft onderzocht bij forensisch psychiatrische patiënten met psychotische stoornissen. Er werden positieve effecten gevonden, er moet echter opgemerkt worden dat het een niet-gecontroleerde kleine studie betrof.

Zelfmanagementinterventies zijn op basis van de literatuurstudie onderverdeeld in internet zelfmanagementinterventies (E-zelfmanagement), Illness Management and Recovery (IMR) en Wellness Management and Recovery Plan (WRAP). In de MDR zijn deze interventies niet besproken. Wat betreft e-interventies kan op basis van de gevonden literatuur worden geconcludeerd dat deze minstens even effectief zijn als standaardzorg of niet-technologische interventies. Voor e-medicatie-management werd een groot positief effect gevonden. Shared Decision Making kan effectief zijn om de binding en tevredenheid met de zorg te verbeteren. Er werd slechts één RCT naar de effectiviteit van WRAP gevonden; de resultaten waren ook hier positief. Naar de effectiviteit van IMR is reeds een aantal studies verricht, waaruit voorzichtig geconcludeerd kan worden dat de resultaten van deze interventie positief zijn.

We kunnen concluderen dat met name onderzoek van interventies gericht op het bevorderen van zelfmanagement (zoals WRAP) wenselijk zijn, om in de toekomst gedegen uitspraken te kunnen over de effectiviteit. In het algemeen kan worden vastgesteld dat onderzoek naar interventies op het gebied van empowerment en zelfmanagement bij forensisch psychiatrische patiënten met psychotische stoornissen zeer schaars is.

De aanbevolen interventies op het gebied van empowerment en zelfmanagement staan in Tabel 4.

Tabel 4: Aanbevolen interventies empowerment en zelfmanagement

<p>In MDR Schizofrenie/ zorg-programma</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dagstructurering • Verliesverwerking • ziekteacceptatie en ondersteuning • CGT • Vaardigheidstrainingen • psycho-educatie • empowerment
<p>O.b.v. recente literatuur (2009-2014): Evidence-based⁹</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Psycho-educatie (Chien e.a., 2013; Xia e.a., 2011) • Cognitieve gedragstherapie* (Kern e.a., 2009) gecombineerd met andere psychosociale interventies • Cognitieve remediatie in combinatie met gerichte rehabilitatie-interventies (Chien e.a., 2013) • Community Reinforcement Approach (CRA) voor patiënten met een verslaving • Sociale vaardigheidstrainingen (Kern e.a., 2009; Farkas & Anthony, 2010); mits de training gericht wordt ingezet • WRAP* (Cook e.a., 2012) • E-zelfmanagement interventies; m.n. medicatie management is effectief. Ook Common Ground (MacDonald-Wilson e.a., 2013) • Shared Decision Making (Hamman e.a., 2006; Farkas & Anthony, 2010; Van der Krieke e.a., 2013; Joosten, 2008) • Illness Management and Recovery (IMR; Mueser e.a., 2002).
<p>O.b.v. recente literatuur (2009-2014): Best evidence⁹</p>	<p>-</p>

NB1: In § 2.1 leest u de procedure van de literatuurstudie waarin de criteria van de geselecteerde studies worden toegelicht.

NB2: Interventies met * behoeven nader onderzoek, maar zijn veelbelovend. Bij de evidence based interventies met * is slechts enig bewijs voor effectiviteit gevonden en is nader onderzoek wenselijk.

⁹ Onder evidence-based interventies worden verstaan: interventies waarvan goede of sterke aanwijzingen zijn voor effectiviteit en die bijvoorbeeld beschreven zijn in reviews, meta-analyses en grote RCTs. Onder best evidence interventies worden interventies verstaan die theoretisch goed onderbouwd en beschreven zijn en enigszins zijn onderzocht. Onder best evidence worden bijvoorbeeld ook interventies geschaard die in kleinschalige RCTs zijn onderzocht (N:100). Zie ook § 2.1

3.1.5 Samenvatting resultaten literatuurstudie

Ten aanzien van **lotgenotencontact** kan worden gesteld dat er onvoldoende onderzoek is gedaan binnen de doelgroep forensisch psychiatrische patiënten met psychotische stoornissen. Er zijn alleen studies gevonden naar groepsinterventies waarvan de evidentie gering bleek te zijn. Wel zijn cliënt-gestuurde interventies zoals 'Herstellen doe je zelf', HEE en WRAP veelbelovend en is nader onderzoek binnen de doelgroep nodig. Hetzelfde geldt voor E-mental health interventies. Op het gebied van ervaringsdeskundigheid is eveneens meer onderzoek nodig, zowel binnen de algemene psychiatrie als binnen de forensische psychiatrie. Binnen de algemene psychiatrie is vastgesteld dat interventies door ervaringsdeskundigen kunnen leiden tot positieve resultaten, maar dat training, supervisie en goed management voor alle betrokkenen nodig is.

Bij de interventies voor **werk en wonen** leidt Forensisch ACT tot verbeterde psychosociale uitkomsten. Programma's waarin casemanagement en huisvesting zijn geïntegreerd worden aanbevolen. Verder laat Housing First goede resultaten zien op het gebied van het behoud van huisvesting. Zo levert ook ACT in combinatie met Housing en Support goede resultaten op.

Op het gebied van werk kan IPS worden aanbevolen, maar nader onderzoek is nodig bij de doelgroep. Er blijkt in de praktijk behoefte te bestaan aan een systeemgerichte benadering bij de begeleiding naar werk. Van de rehabilitatiegerichte benaderingen verdienen op basis van de literatuurstudie IRB en de strengths-benadering (zoals in het Good Lives Model) de voorkeur, maar nader onderzoek is nodig bij de doelgroep.

Familie-interventies zijn niet onderzocht voor de doelgroep, maar alleen voor familieleden van patiënten met een psychotische stoornis. Op basis hiervan worden alleen familie-interventies aanbevolen die minstens drie maanden duren. Echter nader onderzoek binnen de doelgroep is nodig.

Ten slotte is ook onderzoek naar interventies op het gebied van **empowerment en zelfmanagement** zeer schaars bij forensisch psychiatrische patiënten met psychotische stoornissen. Er zijn positieve resultaten binnen de doelgroep gevonden ten aanzien van cognitieve gedragss therapie en sociale vaardigheidstraining. Voor mensen met een verslaving is CRA een bewezen effectieve methode, die ook gebruik maakt van verschillende cognitief-gedragstherapeutische interventies. Bij de sociale vaardigheidstraining dient men er rekening mee te houden dat de geleerde vaardigheden niet als vanzelf naar de eigen leefomgeving worden getransformeerd. Ten aanzien van de psycho-educatieprogramma's wordt nader onderzoek bij de doelgroep aanbevolen. De voorkeur gaat daarbij uit naar interventies die ingaan op een brede range van behoeften en vragen van de patiënt in relatie tot hun behandeling en zelfmanagement. Van de zelfmanagementinterventies komen E-zelfmanagementinterventies en WRAP het meest in aanmerking voor de doelgroep, maar ook hier is nader onderzoek noodzakelijk.

3.2. Best practices; overzicht van andere interventies bekend vanuit de literatuur

In deze paragraaf worden per deelgebied interventies uit de literatuurstudie beschreven die volgens de criteria van deze studie niet vallen onder evidence-based of best evidence. Deze interventies zijn goed omschreven maar nog niet op effectiviteit onderzocht en vallen daarom onder best practices.

3.2.1. Lotgenotengroepen en ervaringsdeskundigheid

Pandya & Myrick (2013) geven een overzicht van verschillende programma's die welzijn en herstel bevorderen, zoals: cliëntgestuurde cursussen, doorlopende peer support en applicaties voor bijvoorbeeld smartphones en tablets. Deze zijn echter niet specifiek bedoeld voor de doelgroep.

3.2.2. Interventies gericht op werk en wonen

In Nederland is de terugkeervoorziening de Sluis ontwikkeld (Heemskerk & Vogelvang, 2010), een beschermend wonen project voor jongeren die na hun detentie terugkeren in de samenleving, of uit een jeugdinstelling of gesloten behandelgroep komen of een grote kans lopen om daar geplaatst te worden. Bij de werkmethode staat het Sociaal Competentiemodel centraal, aangevuld met elementen uit de Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB).

Verder loopt in Nederland ook het project 'Wonen in zelfbeheer'. Zelfbeheer levert een aanzienlijke bijdrage aan dagbesteding van dakloze mensen. Vergelijkend onderzoek naar resultaten op het gebied van uitstroom, maatschappelijke participatie en re-integratie ontbreken, maar de gegevens van de drie zelfbeheerde voorzieningen zijn bemoedigend; een derde tot de helft kreeg betaald werk en een aantal mensen ging een cursus of training volgen (Tuyman, 2012).

3.2.3. Familie- en systeeminterventies

Absalom (2012) heeft een web-based cognitieve gedragstherapie ontwikkeld voor familieleden van forensische patiënten en een casestudie gedaan. De eerste sessies waren face to face en daarna volgden sessies via de web camera. De kennis bij moeder en zus waren verbeterd, er waren minder schuld- en schaamtegevoelens en minder zorgen. Echter er was meer angst bij moeder en meer verdriet en angst voor de toekomst bij de zus.

Chiu (2013) heeft een longitudinaal kwantitatief onderzoek uitgevoerd naar een familie-educatieprogramma bij 109 deelnemers. Het programma verminderde zorgen en ongenoegen, verbeterde spanningen, depressie en empowerment.

Broussard en anderen (2014) hebben onderzoek gedaan naar herstelgerichte visueel georiënteerde psycho-educatiehulpmiddelen voor laaggeletterde patiënten met psychotische stoornissen en hun familieleden. Ze hebben twee boeken ontwikkeld met o.a. de volgende componenten: kennis, zelfmanagement/zelfvertrouwen en plannen.

3.2.4. Empowerment en zelfmanagement

Chan (2013) beschreef een nog uit te voeren studie van een cliëntgestuurd zelfmanagement- programma bestaande uit zes sessies van twee uur.

Van Splunteren (2013) heeft een internetapplicatie ontwikkeld, genaamd: Eigen regie. Patiënten ervoeren de interventie over het algemeen positief. De applicatie hielp hen bij het ordenen en op een rijtje krijgen van gedachten en dagelijkse bezigheden. Ook bood ze hen toegang tot betrouwbare informatie over hun aandoening.

In samenwerking met het HEE-team is een Nederlandse versie van een Amerikaans programma ontwikkeld om ggz-patiënten te ondersteunen in hun besluitvorming over medicatie (<http://www.ggz-nhn.nl/nl/jaarverslag2009/Zichtbaar-beter-Kwaliteit/Mental-e-health.html>). Het online programma heet: Samen keuzes maken. Patiënten vinden het programma prettig, waarderen de hulp van de ervaringsdeskundige en gaan beter voorbereid het gesprek met hun hulpverlener aan.

3.3. Interventies toegepast in de praktijk; resultaten veldstudie

3.3.1. Lotgenotencontact en ervaringsdeskundigheid

Uit de interviews kwam naar voren dat er bij twee organisaties lotgenotengroepen waren opgezet, namelijk bij de Woenselse Poort en bij de divisie forensische psychiatrie van GGZ Noord-Holland Noord. Het gaat hier om de interventies: 'Herstellen doe je zelf', 'Wellness Recovery Action Planning' en de cursus 'De weg naar herstel.' Bij Altrecht vinden wel groepsmodules plaats, maar deze werden door de geïnterviewde niet als lotgenotengroep beschouwd omdat de groepen begeleid worden door professionals. Zowel bij Noord-Holland Noord als bij de Woenselse Poort zijn er lotgenotengroepen voor mensen met een dubbele diagnose. Dit betreft Cocaine Anonymous bij de divisie forensische psychiatrie van Noord-Holland Noord en persuasion groepen bij de Woenselse Poort. Tenslotte is er bij één organisatie een cliëntenservicepunt opgericht (Woenselse Poort) en bij één organisatie een herstelwerkplaats (divisie forensische psychiatrie van Noord-Holland Noord), waar voor patiënten mogelijkheden worden gecreëerd om aan herstel te werken en herstel zelf ter hand te nemen.

Bij twee van de vier organisaties (Woenselse Poort en divisie forensische psychiatrie van Noord-Holland Noord) zijn ervaringsdeskundigen werkzaam. Zij zijn niet alleen werkzaam op het cliëntenservicepunt en de herstelwerkplaats, maar ook in werkgroepen en stichtingen. Daarnaast geven deze ervaringsdeskundigen trainingen en workshops aan patiënten en familie en begeleiden ze patiënten bij het opstellen van (digitale) herstelverhalen.

3.3.2. Empowerment en zelfmanagement

Behalve de bovengenoemde lotgenotengroepen vallen onder deze categorie: interventies begeleid door professionals of ervaringsdeskundigen, vaardigheidstrainingen begeleid door professionals en trainingen op de afdelingen. Bij de interventies begeleid door professionals gaat het zowel om individuele als om groepsinterventies. De individuele interventies zijn: psycho-educatie of schematraining, verliesverwerking in een gesprek met de persoonlijk begeleider (bij de Woenselse Poort). De groepsinterventies zijn een cursus budgetteren (Woenselse Poort) en rehabilitatiegroepen (bij Altrecht; voorheen genoemd: 'Ik heb ook nog wat te willen'. Deelnemers werken met een SRH map naar eigen planning en onder begeleiding van een professional). De interventie, die begeleid wordt door ervaringsdeskundigen, betreft het opstellen van digitale herstelverhalen door patiënten onder leiding van een ervaringsdeskundige trainer die reflecteert op de verhalen (Woenselse Poort). Deze interventies werden niet genoemd door de Pompestichting. Altrecht gaf aan in de toekomst te willen gaan werken met Shared Decision Making en een juridisch spreekuur.

De vaardigheidstrainingen begeleid door professionals zijn: Liberman-modules, assertiviteitstrainingen, Agressie Replacement Training Goldstein of Agressie Regulatie Training, Goldstein sociale vaardigheidstraining, groepsgewijze vaardigheidstrainingen volgens protocol met als doel vroegsignalering en delictanalyse in groepsverband plus een vervolggroep om een terugvalpreventieplan op te stellen. Deze interventies werden door twee van de vier organisaties genoemd (Pompestichting en Woenselse Poort).

Tenslotte worden tot deze categorie (zelfmanagement en empowerment) trainingen op de afdelingen gerekend, zoals zelfzorg en ADL-training. Tevens wordt veel waarde gehecht aan het bieden van structuur op de woongroep of het werk en het 'inslijten' van vaardigheden die geleerd zijn tijdens vaardigheidstrainingen. Dit werd door twee van de vier organisaties genoemd (Woenselse Poort en Pompestichting).

3.3.3. Familie- en systeeminterventies

Alle organisaties besteden veel aandacht aan het systeem of netwerk van de patiënt. De Woenselse Poort geeft aan systeemgericht te werken en voert systeemgesprekken met naasten onder leiding van een maatschappelijk werker. De Pompestichting werkt met systeembegeleiders en neemt ook culturele invloeden van de familie mee bij de behandeling aan de hand van een cultureel interview. Ook zetten ze vaak, wanneer de patiënt geen netwerk heeft, een netwerk op rond de patiënt door te zorgen voor dagbesteding of vrije tijdsbesteding. In de divisie forensische psychiatrie van Noord-Holland Noord worden familiedagen georganiseerd. Er vinden zorgafstemmingsgesprekken plaats met familieleden en er wordt gewerkt met Family Motivational Interviewing. Daarnaast zijn familieleden vertegenwoordigd in de patiëntenraad en vormen ze een familieplatform. Altrecht voert eveneens systeemgesprekken met naasten onder leiding van een maatschappelijk werker en er wordt met de triadekaart gewerkt. De familie wordt ook betrokken bij het opstellen van een Crisis Preventie Actie Plan. In het kader van het Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen wordt een netwerkanalyse gedaan samen met de patiënt. Verder worden hier familieavonden georganiseerd.

3.3.4. Interventies gericht op werk en wonen

De Pompestichting richt zich vooral op het in kaart brengen van de mogelijkheden van de patiënt. In de toekomst willen ze zich gaan richten op interventies gericht op leren. Bij de Woenselse Poort kan men begeleid beschermd werken en is er ook trajectbegeleiding ten aanzien van scholing (leerwerktrajecten), vrijwilligerswerk en dagbesteding. In Noord-Holland Noord wordt IPS aangeboden en is er samenwerking met het onderwijs. Verder kunnen mensen worden begeleid bij het opzetten van een eigen bedrijf en worden mensen opgeleid om asielhonden te trainen. De Pompestichting richt zich vooral op het in kaart brengen van de mogelijkheden van de patiënt. Drie organisaties bieden Forensisch FACT of FACT aan. De divisie forensische psychiatrie van Noord-Holland Noord biedt beschermd wonen voor forensisch psychiatrische patiënten, op het terrein van de GGZ en buiten het terrein. Tenslotte werken ze met verdienwoningen; patiënten mogen alleen in een woning blijven wonen als ze deze 'verdienen'.

Veranderingen in de organisatie en werkwijzen

De geïnterviewden gaven het belang van bepaalde werkwijzen en veranderingen in de organisatie aan om herstelgericht te kunnen werken.

- Bij de Pompestichting wordt gewerkt volgens stepped care. Hierbij wordt de zorg zodanig aangeboden dat de patiënt een maximale mate van eigen regie heeft en keuzemogelijkheden heeft.
- Er zou meer eigen regie in het risicomanagement moeten zijn, bijvoorbeeld door samen de Structured Assessment of Protective Factors (SAPROF; De Vogel e.a., 2007) in te vullen. (Met de SAPROF, maar ook met de Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START; Webster e.a., 2004) worden de beschermende factoren in kaart gebracht aanvullend op het risicotaxatie-instrument dat de risicofactoren in kaart brengt). De eigen doelen moeten worden gekoppeld aan het risicomanagementplan. Doel hiervan is dat patiënten zich actief richten op hun eigen veiligheid, zichzelf meer beschermen zodat restricties tot een minimum beperkt kunnen blijven.

- Altrecht werkt volgens de SRH-methodiek en hecht veel waarde aan samenwerking met ketenpartners om een goede doorstroom te bevorderen. Altrecht en de Pompestichting hebben beiden een samenwerkingsconvenant met de RIBW.
- Zowel de geïnterviewde van Altrecht als van de divisie forensische psychiatrie van Noord-Holland Noord benadrukten dat een cultuurverandering binnen de organisatie nodig is en een anti-stigmabeleid, om herstelondersteunend te kunnen werken. Taalgebruik speelt hierbij een belangrijke rol.

Conclusie

Bij twee organisaties is lotgenotencontact opgezet en wordt gebruik gemaakt van ervaringsdeskundigheid. Deze organisaties beschikken ook over een vrijplaats voor patiënten (respectievelijk een cliënten-servicepunt en herstelwerkplaats).

Interventies gericht op empowerment en zelfmanagement zijn vaak groepsinterventies zoals vaardigheidstrainingen, een cursus budgetteren en rehabilitatiegroepen. Drie van de vier organisaties bieden deze interventies aan. Daarnaast zijn het individuele interventies onder leiding van professionals zoals psycho-educatie of schematraining, verliesverwerking, risicomanagement en trainingen op de afdeling (bij drie van de vier organisaties). Ook kunnen het individuele interventies zijn onder leiding van ervaringsdeskundigen, zoals het opstellen van digitale herstelverhalen onder leiding van ervaringsdeskundigen (één organisatie).

Alle organisaties besteden veel aandacht aan interventies gericht op het systeem of het netwerk van de patiënt, bijvoorbeeld door systeemgesprekken te voeren of een netwerkanalyse te doen. Ook bij zorgafstemmingsgesprekken en het opstellen en bespreken van crisispreventie-actieplannen worden familieleden betrokken.

Op het gebied van begeleiding naar werk zijn er verschillende interventies vanaf het in kaart brengen van mogelijkheden tot trajectbegeleiding en IPS (trajectbegeleiding bij twee van de vier organisaties).

Drie van de vier organisaties bieden Forensisch FACT of FACT aan. Bij één organisatie zijn er woonvormen voor forensisch psychiatrische patiënten op het terrein.

Andere belangrijke interventies of werkwijzen zijn:

- SAPROF en START: bij deze instrumenten is meer eigen regie in risicomanagement mogelijk;
- Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH); één organisatie werkt volgens deze methodiek;
- werken volgens stepped care. Hierbij wordt de zorg zodanig aangeboden dat de patiënt een maximale mate van eigen regie heeft en keuzemogelijkheden heeft; samenwerking met ketenpartners;
- een herstelondersteunende visie, ingebed in de cultuur van de organisatie en anti-stigmabeleid om herstelondersteunend te kunnen werken.

In Tabel 5 t/m 8 worden alle best practices op basis van literatuur en praktijk kort samengevat.

Tabel 5: Best practices lotgenotencontact & ervaringsdeskundigheid

<p>O.b.v. recente literatuur (2009-2014): Best practice</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Applicaties voor smartphones, tablets etc.* (Pandya & Myrick, 2013)
<p>O.b.v. praktijkervaringen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vrijplaats voor en door ervaringsdeskundigen* (cliëntenservicepunt, herstelwerkplaats, werkgroepen, trainingen en workshops voor patiënten en familie, opstellen herstelverhalen) • Cursus 'De weg naar herstel'* • Lotgenoten-groepen voor mensen met dubbele diagnose* • Rehabilitatiegroepen*

Tabel 6: Best practices gericht op werk en wonen

<p>O.b.v. recente literatuur (2009-2014): Best practice</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Het Clubhouse model* met werk als belangrijkste rehabilitatiemethode.
<p>O.b.v. praktijkervaringen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitatie algemeen*: in kaart brengen van de mogelijkheden van de patiënt • Terugkeer-voorziening 'de Sluis'*: een beschermend wonen project voor jongeren na detentie • Project 'Wonen in zelfbeheer'* als bijdrage aan dagbesteding van dakloze mensen • Aanbieden van eigen woonvormen* op het terrein

Tabel 7: Best practices familie- en systeeminterventies

<p>O.b.v. recente literatuur (2009-2014): Best practice</p>	<p>-</p>
<p>O.b.v. praktijkervaringen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Zorgafstemmingsgesprekken met familieleden of systeemgesprekken* • Forensische systeembegeleiders* • Opzetten dan wel versterken van het sociaal netwerk* rond de patiënt • Triadekaart* • Crisis Preventie Actie Plan* • Familiedagen/ familie-avonden* • Familie in de patiëntenraad / familieplatform / familie-ervaringsdeskundigen* • Cultureel interview*; culturele invloeden familie meenemen bij de behandeling

Tabel 8: Best practices empowerment en zelfmanagement

<p>O.b.v. recente literatuur (2009-2014): Best practice</p>	<p>Inzet van risicotaxatie-instrumenten als SAPROF & START* (sterke kanten/beschermende factoren in kaart brengen)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Werken volgens stepped care* • Eigen regie* (Van Splunteren, 2013) • Samen keuzes maken* (www.ggz-hhn.nl) • Verliesverwerking (EMDR)* • Cursus budgetteren* • (Digitale) herstel-verhalen* o.l.v. ervaringsdeskundigen • Liberman modules* • Assertiviteitstrainingen* • Agression Replacement Training Goldstein* • Goldstein sociale vaardigheidstraining* • Vaardigheidstraining t.b.v. vroegsignalering* • Delictanalyse in groepsverband* • Vaardigheidstrainingen op de afdeling* • Risicomanagement* • Mindfulness*
<p>O.b.v. praktijkervaringen</p>	

NB: Interventies met * behoeven nader onderzoek, maar zijn veelbelovend.

Hoofdstuk 4: Verslaglegging expertraadpleging

De interventies die uit de literatuur- en veldstudie naar voren kwamen zijn aan experts voorgelegd. Hiervoor zijn twee expertbijeenkomsten georganiseerd in juni 2014; één bijeenkomst met zeven ervaringsdeskundigen en één bijeenkomst met tien professionals. Van de ervaringsdeskundigen hadden vijf mensen een psychose doorgemaakt en één ervaringsdeskundige was familielid van een patiënt in de forensische psychiatrie. Verschillende ervaringsdeskundigen hadden te maken met verslavingsproblematiek en drie hadden een detentieverleden. Het merendeel was werkzaam in de forensische psychiatrie, één in de verslavingszorg. De groep professionals was eveneens gemengd van samenstelling. Deze bestond uit een psychiater, een verpleegkundig specialist, een sociaal psychiatrisch verpleegkundige, een verpleegkundige in de forensische psychiatrie, een SRH-coach/activiteiten-begeleider, een trajectbegeleider, een hoofd zorg van een Penitentiaire Inrichting, een klinisch psycholoog en een kwaliteitscoördinator.

Tenslotte zijn nog twee bijeenkomsten georganiseerd waarin het conceptrapport is voorgelegd aan de groep professionals en aan de groep ervaringsdeskundigen. Hierbij waren van de genoemde professionals vijf en van de genoemde ervaringsdeskundigen zes personen aanwezig.

Resultaten

Visie

De professionals hebben aangegeven dat er allereerst een visie moet worden ontwikkeld over herstel in de forensische zorg. Daarbij mag niet voorbij worden gegaan aan het spanningsveld tussen behandelen en forensisch toezicht enerzijds en resocialiseren en rehabiliteren anderzijds. De herstelbenadering moet complementair zijn aan het risico-denken. Het doordenken daarvan is niet eenvoudig en vergt veel aandacht. Verder moet bekeken worden hoe binnen de bestaande systemen - sterk gericht op veiligheid en restrictie - ruimte voor herstel gecreëerd kan worden. Procedures moeten veel beter aansluiten op herstelgericht denken. Belangrijk punt is hoeveel ruimte een behandelaar een patiënt kan geven en waar de verantwoordelijkheden liggen. Daarnaast werd aangegeven dat herstelondersteunende zorg vanaf het begin van de behandeling belangrijk is en dat dit op individueel niveau moet worden afgestemd. Oplossingsgerichte strategieën, vanuit een positieve psychologie en gericht op eigen kracht en mogelijkheden van mensen moeten centraal staan. Zowel de experts als de ervaringsdeskundigen benadrukken dat er aandacht moet zijn voor beschermende factoren. De ervaringsdeskundigen vinden daarnaast de volgende elementen van belang: hulpverlening die hoop geeft, steunend is en gericht op eigen verantwoordelijkheid en persoonlijke ontwikkeling.

De experts vinden het belangrijk om in de forensische psychiatrie landelijk meer aandacht te besteden aan herstelondersteuning. Visieontwikkeling is noodzakelijk. Het is echter nog te vroeg om aan te geven welke herstelondersteunende interventies in het bijzonder zijn aangewezen voor de zorg aan forensisch psychiatrische patiënten met psychotische stoornissen. Er is nog veel nader onderzoek te verrichten en derhalve dient in het zorgprogramma geen bepaald werkmodel te worden vastgelegd; wel kan aangegeven worden hoe bepaalde interventies modelgetrouw kunnen worden aangeboden en waar bewijskracht voor gevonden is. Vooral nog is het belangrijk om gebruik te maken van interventies waar voldoende evidentie voor is. Ervaringsdeskundigen bevestigden het belang van visieontwikkeling en benadrukken dat er ruimte voor herstel gecreëerd moet worden. De cultuur binnen de forensische psychiatrie zal moeten veranderen volgens de professionals; de patiënt moet meer in staat worden gesteld om zijn eigen herstelproces ter hand te nemen. De behandeling zou patiëntgericht moeten zijn.

Ervaringsdeskundigen vinden de houding van de hulpverlener belangrijker dan welke interventies zij inzetten. Van belang is volgens hen het opbouwen van een vertrouwensrelatie tussen patiënt en hulpverlener. Ze noemen elementen uit de presentiebenadering en de positieve psychologie die van belang zijn bij de totstandkoming van een vertrouwensband en herstelondersteuning, waaronder: openheid (zowel van de hulpverlener als van de patiënt), luisteren naar de patiënt, vanuit krachten kijken, een hulpverlener die zich ook kwetsbaar opstelt en serieus genomen worden. Een manier om het vertrouwen tussen patiënt en hulpverlener te versterken is het 'samen rapporteren', een interventie die in één instelling al is geïmplementeerd.

De hulpverlener zou volgens de ervaringsdeskundigen over de volgende eigenschappen moeten beschikken: naast de patiënt staan (op hetzelfde/gelijkwaardig niveau), luisteren naar het verhaal van de patiënt en aangeven dat er kansen zijn. Hoop, motivatie, erkenning, warmte en menselijkheid is van belang. De hulpverlener moet in de patiënt geloven en diens zelfvertrouwen versterken.

Eigen regie

Professionals gaven aan dat zelfplanning, zelfmanagement en samen keuzes maken belangrijke ingrediënten zijn van herstelondersteunende zorg. Het is belangrijk dat het herstelplan geschreven wordt door de patiënt zelf. De patiënt zou een eigen persoonlijk profiel of behandelplan moeten hebben dat meegroeit of verandert tijdens alle fases van herstel. Mensen leren dan om zelf hun behandeling in te richten en te plannen. Bij herstel is autonomie belangrijk. Verder hebben patiënten voor hun herstel een plek nodig waar mensen vrij kunnen spreken en denken, zonder dat dit consequenties heeft voor de behandeling.

Ervaringsdeskundigen benadrukten dat herstel voor iedereen anders is. Er moet ruimte zijn voor het individu, het eigen verhaal en het eigen proces. Ze vinden dat hulpverlener en patiënt samen verantwoordelijk zijn voor het behandelplan en voor herstel. De patiënt zou volgens hen vanaf het begin betrokken moeten zijn bij de behandelplanbespreking. Ervaringsdeskundigen geven aan dat zij het belangrijk vinden dat zowel de patiënt als familie betrokken worden bij risicotaxatie/risicoschatting. Daarnaast is het van belang om bij klinisch verblijvende patiënten niet alleen te beoordelen hoe de patiënt op de afdeling functioneert, maar ook daarbuiten (bijvoorbeeld tijdens sport, therapie enz.). Volledig overnemen van structuur en zorg, volledige hospitalisatie en uiterste controle, is belemmerend en niet herstelbevorderend. In dat opzicht worden patiënten niet goed voorbereid op een stap naar buiten. Als zij worden doorgeplaatst naar een 'buitenafdeling' wordt er vrij plotseling een appel gedaan op vaardigheden die lange tijd nauwelijks werden aangesproken. Patiënten krijgen bijvoorbeeld veel meer inspraak. Dit betekent een enorme verandering waar mensen onvoldoende op zijn voorbereid. Er kan meer bereikt worden met minder zorg en het teruggeven van de eigen regie. Het gaat om de balans tussen overvragen en 'overzorgen'. En tussen stress en uitdaging. Ook zijn ervaringen opgedaan met WRAP (een persoonlijk plan gericht op iemands krachten, valkuilen en steunsystemen) waarbij cliënten de regie houden op hun eigen plan en eigen herstelproces. Patiënten hebben een actief aandeel in het opstellen van hun plan en WRAP blijft ook hun eigen plan. Dit vergroot hun betrokkenheid bij de behandeling.

In het forensische veld is het belangrijk dat de patiënt de eigen regie terug krijgt. Dat werkt motiverender dan verplichte behandelingen. Ook bij verplichte behandelingen zou de patiënt een keuze moeten kunnen maken. Verder geven ervaringsdeskundigen aan dat patiënten ook hun verhaal zouden moeten kunnen vertellen aan iemand die los staat van de kliniek. Patiënten zijn soms heel voorzichtig in wat ze vertellen aan vertrouwenspersonen. Vaak weten ze bijvoorbeeld ook niet precies wat een sociotherapeut voor hen kan doen.

Fasen van herstel

Professionals zijn van mening dat je rekening moet houden met de fase van herstel waar patiënten in verkeren en dat je daar de interventies op aan kan passen. Ervaringsdeskundigen zijn hier terughoudender in, omdat je dan mogelijk de wensen van de patiënt negeert en niet direct met het verhaal van de patiënt bezig bent. Het verhaal van de patiënt zou leidend moeten zijn in de zorg en de behandeling moet daarop aangrijpen. Ze delen de mening dat er in verschillende fasen van herstel behoefte is aan andere interventies en dat ook de behoefte aan behandeling, vrijheden en eigen ruimte varieert. Als een patiënt er zelf 'niet meer in gelooft', dan zou een therapiepauze mogelijk moeten zijn. Persoonlijk herstel staat niet los van herstel van ziekte. Medicamenteuze behandeling is soms noodzakelijk om mensen stabiel te kunnen laten functioneren. Dat verschaft een basis waardoor mensen meer ruimte krijgen om zichzelf te zijn. Het bieden van structuur en tijdige psycho-educatie worden eveneens gezien als belangrijke voorwaarden voor herstel. Zo ook is therapie van belang. Individuele cognitieve gedragstherapie door een GGz-psycholoog met ervaring in de forensische psychiatrie helpt om meer grip te krijgen op terugval en valkuilen. Het is een soort erkenning en herkenning. Je wordt je ervan bewust dat je de mogelijkheid hebt om gedragspatronen te veranderen en beter met tegenslagen om te gaan. Je leert om te bepalen hoe je met eigen gevoelens om kunt gaan. In de resocialisatiefase komen vaardigheden aan de orde die belangrijk zijn in het dagelijks leven.

Interventies: Lotgenotengroepen en ervaringsdeskundigheid

Zoals eerder opgemerkt zijn er tal van interventies die van belang zijn bij herstelondersteuning. Er is geen standaard aan te geven voor wat het beste resultaat boekt bij individuele patiënten. Dit is geen reden om voorbij te gaan aan beschikbare methodieken, ook al moeten sommige hun waarde nog (meer) bewijzen. Professionals zijn van mening dat zij zich bij de keuze voor bepaalde interventies op z'n minst moeten laten leiden door bewijs dat voorhanden is. Het is echter belangrijk dat er voldoende experimenteerruimte bestaat om te werken met andere veelbelovende methodieken en interventies die nog verder onderzocht dienen te worden.

Voor het opzetten van lotgenotengroepen en (in mindere mate) het inzetten van ervaringsdeskundigheid bestaat voldoende onderbouwing. Ervaringsdeskundigen bepleiten de inzet hiervan. Herstelgroepen zijn - zo onderstrepen ervaringsdeskundigen - vrijwillig, vrijblijvend. Daarover wordt niet gerapporteerd. Dat is belangrijk voor herstel. Als iets verplicht is, dan geef je mensen niet de ruimte, de regie. Bijvoorbeeld de cursus 'De weg naar herstel' wordt gegeven door ervaringsdeskundigen en staat los van professionals en verpleegkundigen. Volgens de ervaringsdeskundigen zijn zelfhulpgroepen of lotgenotengroepen niet geschikt voor iedereen of sluiten niet aan bij de behoeften van patiënten. Het ligt ook aan de setting; hoe het wordt opgezet en hoe het wordt gebracht. De groep moet veilig zijn en mensen moeten steun bij elkaar kunnen vinden en erover kunnen praten. Men moet naar elkaar kunnen luisteren. De mate van aansluiting en eventuele risico's voor deelname aan lotgenotengroepen moeten volgens professionals per patiënt worden ingeschat. Erkenning van het belang van de inzet van ervaringsdeskundigen is eveneens een belangrijke randvoorwaarde om herstelondersteunend te kunnen werken volgens ervaringsdeskundigen. Ervaring in de forensische psychiatrie is dan gewenst, zo meent het merendeel van de ervaringsdeskundigen.

Volgens professionals is bij herstelondersteuning en ervaringsdeskundige inzet vooral de functie van een vrijplaats belangrijk; een plek waar mensen ervaringen met ontwrichting kunnen delen, erkenning kunnen vinden. Ze vinden het belangrijk dat er meer onderzoek komt op deze terreinen. Daarnaast is het volgens hen belangrijk om de inzet van ervaringsdeskundigen goed te positioneren om zo tot verbeteringen te komen van de praktijk.

Er zijn lotgenotengroepen speciaal voor mensen met verslavingsproblemen. Wellicht zijn deze ook van waarde binnen de forensische psychiatrie. Ervaringsdeskundigen stellen dat voor het herstel bij verslaving met name ervaringsdeskundigheid een belangrijke rol kan spelen. Door de verhalen van ervaringsdeskundigen voelen patiënten zich begrepen en voelen ze aansluiting. Dit verhoogt de motivatie om zelf hun verslavingsproblemen aan te pakken.

Overige interventies bij herstel

Momenteel is het zorgprogramma gebaseerd op het ziektemodel en doorlopen patiënten de volgende fasen: stabiliseren, behandelen en daarna de ambulante fase. Professionals zouden graag als lijn binnen de zorg in de forensische psychiatrie de volgende fasen zien: (a) contact opbouwen, vertrouwen bieden en gaandeweg een lijn uitzetten met de patiënt en het netwerk; (b) behandelen en sociaal netwerk betrekken en versterken; (c) trainen in de resocialisatiefase; ook FACT (transmurale zorg) en IPS worden in deze fase opgestart; (d) ambulante fase; toepassen en volhouden van vaardigheden die je eerder hebt opgedaan.

Professionals vinden vooral de werkzame (basis)elementen belangrijk en niet zozeer de methodieken. Zij onderstrepen evenals de ervaringsdeskundigen het belang van een goede band tussen patiënt en behandelaar. Vertrouwen is de basis waarop verder gebouwd kan worden. Verder vinden ze het van belang dat er voor een kosteneffectieve methodiek wordt gekozen. Het trainen van een team kost immers geld. Als belangrijke interventies bij herstel werden de volgende interventies genoemd:

- strengths-benadering;
- risicotaxatie met SAPROF. SAPROF is veel meer geënt op wat iemand zelf kan en wat iemands steunende factoren zijn;
- systeembenadering (familie en naasten vanaf het begin betrekken en voorlichten).

Ervaringsdeskundigen vinden de volgende interventies belangrijk bij herstel:

- zelfhulpgroepen en cognitieve gedragstherapie
- een cliëntenservicepunt (open inloop) of herstelwerkplaats (waar de regie bij de patiënten zelf ligt)
- mindfulness (met compassie naar jezelf en anderen kijken)
- activiteiten waardoor patiënten gewoon mens kunnen zijn, los van de behandeling (bijvoorbeeld een sportdag, karaoke avond, filmavond, barbecues, koken met patiënten, talentenjacht, etc.).
- familie of netwerk betrekken bij zorgplangesprekken, maar ook bijvoorbeeld een familiedag, familiebarbecue, familiesportdag.
- Verliesverwerking. Specifiek werd EMDR genoemd (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), een therapie voor mensen die last blijven houden van de gevolgen van traumatische ervaringen.

Zoals eerder aangegeven (zie fasen van herstel) vinden ervaringsdeskundigen het belangrijk dat er vroeg in het traject wordt gestart met psycho-educatie en met individuele cognitieve gedragstherapie.

Professionals geven aan dat met DGT (een vorm van cognitieve gedragstherapie) goede resultaten worden geboekt. Dit kan zowel individueel als in groepen worden aangeboden, maar het maakt wel uit in welke fase van herstel iemand zit en of het een eerste of chronische psychose is of iemand ook geschikt is voor groepstherapie. Ten aanzien van psycho-educatie hebben professionals de ervaring dat het COSA project heel goed werkt, omdat dit zich m.n. richt op het creëren van een ondersteunend netwerk. Dit programma werd oorspronkelijk bij zedendelinquenten ingezet, maar het inzetten van een netwerk zou ook goed toepasbaar zijn voor mensen met een psychose. Wat betreft de sociale vaardigheidstrainingen geven ze aan dat deze de eigen kracht en herstelmogelijkheden bevorderen maar over Agressie Regulatie Training (ART) zijn de meningen verdeeld. Ze scharen dit niet onder herstelondersteunende zorg, maar het toepassen van deze vaardigheden op de afdeling en in de dagelijkse praktijk vindt men wel herstelondersteunend. De vaardigheden die geleerd worden in de trainingen zouden dagelijks moeten terugkomen op de afdeling zodat deze beter gegeneraliseerd kunnen worden naar het dagelijkse leven.

De professionals zijn het erover eens dat systeeminterventies belangrijk zijn bij herstel. Het betrekken van familie kan veel opleveren; het versterkt de beschermende factoren en iemand krijgt een netwerk. Ze zijn van mening dat de therapie zo veel mogelijk systemisch van aard dient te zijn en ook bij de transfer moeten er systeemgesprekken door het maatschappelijk werk worden gevoerd met familie of belangrijke anderen. Verder vinden ze het belangrijk dat er een zorgtransfer is naar de ambulante zorg of bij uitplaatsing elders; er moet continuïteit zijn in het netwerk van de patiënt om de transfer goed te kunnen maken. Je zou bijvoorbeeld ambulante hulpverleners uit de reguliere psychiatrie al eerder kunnen betrekken bij de behandeling. Bij begeleiding naar werk helpt het om de desbetreffende patiënt te begeleiden naar de regio waar iemand uiteindelijk terugkeert. Het eigen persoonlijk netwerk van ondersteuners kan in een zogenoemde Eigen kracht conferentie worden aangesproken. Het is wel belangrijk volgens de professionals dat één persoon de regie heeft en dat er afstemming is tussen het eigen informele netwerk en de formele zorg.

Belemmerende factoren bij herstel

Professionals noemden de volgende belemmerende factoren bij herstel:

- Instabiele uitgangssituatie, bijvoorbeeld als patiënten niet goed reageren op medicijnen. Patiënten moeten goed in balans zijn. Medicatie, structuur, beveiliging en veiligheid spelen hierbij een rol.
- Procedures in de forensische psychiatrie kunnen herstelondersteuning in ernstige mate belemmeren. Een behandelaar moet (samen met een patiënt) ruimte kunnen creëren voor herstel binnen de bestaande structuren. Daar is creativiteit voor nodig.

Ervaringsdeskundigen noemden verslaving een belemmerende factor bij herstel. Daarom is het belangrijk dat verslavingsbehandeling integraal onderdeel uitmaakt van de behandeling. Daarnaast noemden ze nog de volgende belemmerende factoren:

- de medische benadering;
- nadruk op beveiliging en controle;
- te veel nadruk op risicotaxatie;
- de omgang met agressie; er wordt op de FPK te krampachtig mee omgegaan volgens ervaringsdeskundigen; agressieregulatie wordt vaak verplicht als er een voorval is geweest met agressie

- stigmatisering; zij geven daarbij aan dat deze stigmatisering van twee kanten komt: de patiënt heeft een vooroordeel over de hulpverlening (bijvoorbeeld “Die gaat me weer vertellen wat ik wel en niet moet doen”) en de hulpverlening over de patiënt (bijvoorbeeld: “patiënt is daar nog niet aan toe”). Het loslaten van bestaande stigma’s is van belang om een open, veilig en herstelondersteunend klimaat te kunnen scheppen;
- mismatch tussen patiënt en hulpverlener; Ervaringsdeskundigen gaven aan dat het opbouwen van een vertrouwensband met de hulpverlener van belang is, maar dat hierin de praktijk niet altijd tijd voor is. Daarnaast is het niet altijd mogelijk om van hulpverlener te wisselen, als blijkt dat er geen goede ‘match’ is;
- standaardbehandelaanbod; Een andere belemmering die de ervaringsdeskundigen noemen is het standaardbehandelaanbod dat verplicht gevolgd moet worden. Als een patiënt uit het behandel-aanbod keuzes kan maken, heeft een patiënt ook meer motivatie om actief deel te nemen aan de behandeling;
- beperkte samenwerking; zowel de experts als de ervaringsdeskundigen noemen het gebrek aan samenwerking tussen hulpverleners van verschillende afdelingen binnen een organisatie als mede de beperkte samenwerking met ketenpartners als belemmerende factor. Daarnaast is er sprake van een slechte kennisuitwisseling: instellingen weten weinig van het behandel-aanbod van andere instellingen, waardoor men het wiel opnieuw uitvindt, terwijl men veel van elkaar kan leren;
- een hiërarchische relatie met begeleiders;
- onvoldoende aanbod van herstelondersteunende activiteiten (bijvoorbeeld door wachtlijsten voor groepsmodules).

Conclusie

Experts benadrukken het belang van een herstelgerichte cultuur binnen de organisatie. Dit betreft de visie van de organisatie op herstel, de herstelondersteunende attitude van de hulpverlener en het bevorderen van de eigen regie van de patiënt. Ook vindt men het belangrijk dat de zorg vraaggericht is. Er moet ruimte zijn voor het individuele proces, het eigen verhaal en het eigen proces. Lotgenotencontact en ervaringsdeskundigheid zijn belangrijk voor herstel volgens de experts, maar op deze gebieden is weinig onderzoek gedaan binnen de doelgroep. Daarnaast vinden ze herstelactiviteiten voor patiënten belangrijk en een centraal punt om dit te organiseren.

Belangrijke interventies zijn volgens de experts: inzet van instrumenten zoals SAPROF en START, agressieregulatietraining, systeemgerichte benadering en trainingen. Als belangrijkste trainingen werden genoemd: vaardigheidstrainingen, psycho-educatie en cognitieve gedragstherapie. De vaardigheidstrainingen moeten wel ingebed worden in het dagelijkse leven om er optimaal gebruik van te kunnen maken. Tenslotte werden nog mindfulness en verliesverwerking genoemd. Naast de genoemde interventies vinden experts het belangrijk dat er een vloeiende zorgtransfer is naar de ambulante zorg of bij uitplaatsing elders; er moet continuïteit zijn in het (professionele) netwerk van de patiënt om de transfer goed te kunnen maken. Ook dient er afstemming te zijn tussen het eigen informele netwerk en de zorg en is het belangrijk dat één persoon de regie heeft.

Tenslotte moet volgens de experts ook rekening worden gehouden met allerlei belemmerende factoren zoals procedures, wachtlijsten, weerstand, stress, stigmatisering, omgang met agressie, een hiërarchische relatie met de hulpverlener en disbalans bij medicatie. Ervaringsdeskundigen noemden verslaving ook een belemmerende factor, in de zin dat iemand niet kan herstellen zolang de verslaving aanwezig is. Verslaving is echter integraal onderdeel van de behandeling.

Hoofdstuk 5: Conclusies en aanbevelingen voor de toekomst

5.1 Conclusies op basis van literatuur, veldonderzoek en expertraadpleging

Lotgenotencontact en ervaringsdeskundigheid

Ten aanzien van specifieke interventies voor de doelgroep, is er alleen onderzoek naar groepsinterventies gedaan, maar de evidentie daarvan is gering. Cliëntgestuurde interventies zoals 'Herstellen doe je zelf', herstelwerkgroepen en WRAP komen het meest in aanmerking voor de doelgroep, maar nader onderzoek binnen de doelgroep is gewenst. De cursus 'Herstellen doe je zelf' is al voor verschillende doelgroepen onderzocht en de uitvoerbaarheid binnen psychiatrie, verslavingszorg en maatschappelijke opvang is goed. Deze cursus is dus veelbelovend voor de forensische psychiatrie en wordt bovendien hier al ingezet. Daarnaast is WRAP veelbelovend en ook hier is al ervaring mee opgedaan binnen de forensische setting. Volgens experts zijn lotgenotencontact en ervaringsdeskundigheid belangrijk voor herstel.

Ervaringsdeskundigheid is nog onvoldoende onderzocht, ook binnen de forensische psychiatrie. Binnen de algemene psychiatrie is vastgesteld dat interventies door ervaringsdeskundigen kunnen leiden tot positieve resultaten, maar dat training, supervisie en goed management voor alle betrokkenen nodig is. Experts vinden eigen activiteiten door en voor patiënten belangrijk en onderstrepen het belang van een centraal punt in de organisatie om dit te organiseren (bijvoorbeeld een herstelwerkplaats). In twee organisaties zijn inmiddels ook goede ervaringen opgedaan met de inzet van ervaringsdeskundigen. In de literatuur wordt er op gewezen dat in dat geval training, supervisie en goed management voor alle betrokkenen nodig is.

Interventies gericht op werk en wonen

Op het gebied van werk en wonen blijkt uit de literatuur dat Forensisch ACT of ACT in combinatie met begeleid wonen tot goede resultaten leidt. Deze interventies werden ook door de meeste organisaties aangeboden. Op het gebied van werk leidt vooral IPS tot goede resultaten, maar nader onderzoek binnen de doelgroep is nodig. Slechts twee van de vier organisaties bieden trajectbegeleiding aan. De experts vinden het belangrijk dat interventies gericht op werk en wonen al in een vroeg stadium worden aangeboden. Van de rehabilitatiegerichte benaderingen verdienen op basis van de literatuurstudie IRB en de Strengths-benadering (Rapp & Goscha, 2006) de voorkeur, maar nader onderzoek is nodig bij de doelgroep. Binnen één organisatie wordt naar eigen zeggen met succes volgens de SRH-methodiek gewerkt.

Familie- en systeeminterventies

Ten aanzien van familie-interventies voor patiënten met een psychotische stoornis blijkt uit de literatuur dat nader onderzoek nodig is. Alleen interventies die minstens drie maanden duren worden aanbevolen. De experts vinden een systeemgerichte benadering wel noodzakelijk en alle organisaties besteden veel aandacht aan interventies gericht op het systeem of netwerk van de patiënt. Verder is Critical Time Intervention een evidence-based methode om te werken aan steunsystemen, maar deze methode is niet onderzocht voor de doelgroep.

Interventies gericht op empowerment en zelfmanagement

Onderzoek naar interventies op het gebied van empowerment en zelfmanagement is zeer schaars bij de forensische doelgroep. De experts noemden echter een aantal van deze interventies wel als belangrijkste interventies bij herstel, naast lotgenotencontact en ervaringsdeskundigheid. Vooral de inzet van instrumenten als SAPROF of START, agressieregulatietraining, vaardigheidstrainingen, psycho-educatie en cognitieve gedragstherapie werden genoemd als belangrijke interventies die empowerment en zelfmanagement bevorderen. In de literatuur zijn positieve resultaten binnen de doelgroep gevonden ten aanzien van cognitieve gedragstherapie en sociale vaardigheidstraining. Bij de sociale vaardigheidstraining dient men er wel rekening mee te houden dat de geleerde vaardigheden niet zomaar naar de eigen leefomgeving worden getransformeerd. Ook de experts gaven aan dat de vaardigheidstrainingen ingebed moeten worden in het dagelijkse leven om er optimaal gebruik van te kunnen maken. Daarom worden vaak individuele trainingen op de afdeling georganiseerd. Ten aanzien van psycho-educatie wordt nader onderzoek bij de doelgroep aanbevolen. De experts noemden verder nog mindfulness en verliesverwerking als belangrijke interventies. Van de overige interventies die in de literatuur worden genoemd, zouden WRAP en e-zelfmanagement interventies het meest in aanmerking kunnen komen voor de doelgroep, maar deze interventies zijn niet (voldoende) onderzocht voor de doelgroep.

Best practices

Naast de bovengenoemde interventies worden in de praktijk nog andere interventies toegepast, namelijk: rehabilitatiegroepen als groepsinterventie en daarnaast het opstellen van een (digitaal) herstelverhaal, dit laatste onder leiding van een ervaringsdeskundige, als individuele interventies.

Verder kwam uit de literatuur nog een aantal best practices naar voren. Terugkeerverzorging 'de Sluis' en het project 'Wonen in zelfbeheer' zijn voorbeelden van projecten waarin wonen en rehabilitatie worden gecombineerd. Daarnaast zijn de internetapplicatie 'eigen regie' en het programma 'samen keuzes maken' mooie voorbeelden van zelfmanagementinterventies.

Randvoorwaarden

Om herstelondersteunend te kunnen werken, is volgens experts en ervaringsdeskundigen meer nodig dan alleen het inzetten van herstelondersteunende interventies. Ze benadrukken het belang van een herstelondersteunende organisatiecultuur binnen de organisatie. Dit betreft de visie van de organisatie op herstel, de herstelondersteunende attitude van de hulpverlener en het bevorderen van de eigen regie van de patiënt. Erkenning van het belang van de inzet van ervaringsdeskundigen is eveneens een belangrijke randvoorwaarde. Ook vindt men het belangrijk dat de zorg patiëntgericht is. Er moet ruimte zijn voor het individuele proces, het eigen verhaal en het eigen proces. Van belang is het opbouwen van een vertrouwensband tussen patiënt en begeleider. Daarnaast vindt men bepaalde werkwijzen van belang hierbij, zoals Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen, de Strengths-benadering en het werken volgens het stepped care model. Hierbij wordt de zorg zodanig aangeboden dat de patiënt een maximale mate van eigen regie heeft en keuzemogelijkheden heeft. Tenslotte vindt men ook samenwerking met ketenpartners van belang.

Belemmerende factoren

Volgens experts moet ook rekening worden gehouden met allerlei belemmerende factoren zoals procedures en wachtlijsten die herstel in de weg kunnen staan, weerstand tegen de behandeling als iemand uit een penitentiaire inrichting komt en de stress die hiermee gepaard kan gaan. Verder werden genoemd de omgang met agressie op afdelingen, een hiërarchische relatie met de hulpverlener, niet kunnen wisselen van hulpverlener als er geen 'match' is en disbalans bij medicatie. Daarnaast werd stigmatisering genoemd die ontstaat doordat er zowel bij hulpverlener als bij de patiënt zelf vooroordelen kunnen zijn. Tenslotte noemden ervaringsdeskundigen verslaving ook als een belemmerende factor bij herstel; verslaving is echter bij veel patiënten onderdeel van de problematiek en daardoor onderdeel van de behandeling. Een extra factor bij het herstel is dan meer inzicht en grip te krijgen op de verslaving.

In Tabel 9 zijn alle interventies opgenomen die naar aanleiding van het onderzoek worden aanbevolen.

Tabel 9: Overzicht aanbevolen evidence-based interventies en nader te onderzoeken veelbelovende interventies (*)

	Lotgenotencontact en ervaringsdeskundigheid	Interventies gericht op werk en wonen	Familie- en systeeminterventies	Empowerment en zelfmanagement
Interventies aanbevolen in MDR Schizofrenie/zorgprogramma	<ul style="list-style-type: none"> inzet ervaringsdeskundigen lotgenotengroepen 	<ul style="list-style-type: none"> interventies gericht op werk, wonen, onderwijs, rehabilitatie terugvalmanagement 	<ul style="list-style-type: none"> Gezinsinterventies gedurende 3 maanden tot een jaar systemisch werken 	<ul style="list-style-type: none"> Dagstructurering Verliesverwerking ziekteacceptatie en ondersteuning CGT Vaardigheidstrainingen psycho-educatie empowerment
Interventies aanbevolen op basis van recente literatuur (2009-2014): Evidence-based	<ul style="list-style-type: none"> Herstellen doe je zelf (Van Gestel-Timmermans e.a., 2012) HEE (Boevink e.a., 2009) WRAP* (Cook e.a., 2012; niet in Nederland onderzocht) lotgenotencontact (Castelein e.a., 2008; Rogers, 2007; Kaplan, 2011; Segal, 2011) Interactieve E-mental health interventies (van der Krieke, 2014). Peer support groepsinterventie ter vermindering van verslaving en criminaliteit (Rowe, 2007) Vet-to-vet (Resnick, 2008) BRIDGES (Pickett, 2012) 	<p>Wonen, rehabilitatie:</p> <ul style="list-style-type: none"> (Forensisch) ACT (Place, 2011) ACT gecombineerd met Housing & Support (Nelson e.a., 2007) Flexibel ACT (Drukker e.a., 2013) Intensive casemanagement (Dieterich, 2010) Housing First* (Kertesz, 2009; Padgett e.a., 2011) <p>Werk:</p> <ul style="list-style-type: none"> Individual Placement and Support (IPS; Bond & Drake, 2014; Michon e.a., 2013; Michon e.a., 2014) Supported Employment (SE; Marshall e.a., 2014) 	<ul style="list-style-type: none"> Individuele familie interventies met een duur van drie maanden tot drie jaar (Chien e.a., 2013) Familie groepsinterventies met een duur van drie maanden tot drie jaar (Chien e.a., 2013) Familie psycho-educatie en/of gedragsinterventies van ten minste 10 sessies en gedurende zes maanden (Chien e.a., 2013; Lucksted e.a., 2012) Familie peer support* (Chien & Norman, 2009; Lucksted e.a., 2013; Dixon e.a. 2011) Critical Time Intervention* (Wolf, 2013; Tomita, 2012; Jones, 2003; Draine 2007) 	<ul style="list-style-type: none"> Psycho-educatie (Chien e.a., 2013; Xia e.a., 2011) Cognitieve gedrags-therapie* (Kern e.a., 2009) gecombineerd met andere psychosociale interventies en cognitieve remediatie in combinatie met andere rehabilitatie-interventies (Chien e.a., 2013) Community Reinforcement Approach (CRA) voor patiënten met een verslaving (Roosen, 2006) Sociale vaardigheidstrainingen (Kern e.a., 2009; Farkas & Anthony, 2010); als de vaardigheden voor een overkoepeelend doel worden getraind.

Interventies aanbevolen op basis van recente literatuur (2009-2014): Best evidence	<p>Er is positief bewijs gevonden voor de inzet van ervaringsdeskundigen, maar training, supervisie en goed management is nodig voor alle betrokkenen.</p> <p>Een studie van Kaplan (2011) over lotgenotencontact via internet had negatieve resultaten</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Supported education* (Rogers e.a., 2010) • Strengths model (Rapp & Goscha, 2006) • Fase-specifieke behandelingsgericht op werk* (Marshall & Rathbone, 2011). • Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB; Van Wel & Landsheer, 2013; Swildens e.a., 2011) • Werkinterventie voor forensische patiënten met verslaving (Webster, 2014) • Workforce Development Program* (Lucenti & Gorczyk, 2006) 	Belangrijke componenten van familie interventies zijn: sociale ondersteuning, scholing over ziekte en behandeling, ondersteuning bij crisis en oplossingsgerichte training (Chien e.a., 2013).	<ul style="list-style-type: none"> • WRAP* (Cook e.a., 2012) • E-zelfmanagement interventies; m.n. medicatie management is effectief. Ook Common Ground (MacDonald-Wilson e.a., 2013) • Shared decision making (Hamman e.a., 2006; Farkas & Anthony, 2010; Van der Krieken e.a., 2013; Joosten, 2008; niet gebruiken om doelen te stellen voor rehabilitatie). • Illness Management and Recovery (IMR; Mueser e.a., 2002).
	<ul style="list-style-type: none"> • 'Herstellen doe je zelf' in de verslavingszorg en maatschappelijke opvang* • Patiëntgestuurd welzijnsprogramma gericht op empowerment en terugvalpreventie* (Lucksted, 2009) 	<ul style="list-style-type: none"> • Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen* (SRH; Den Hollander & Wilken, 2011; Bitter e.a., Tranzo) • Systeemgerichte benadering (van Gestel-Timmermans e.a., 2012) 		

	<p>Voor de doelgroep mensen met een psychose zijn de volgende groeps- interventies het best onderzocht: sociale vaardigheden trainingen, psycho-educatie en cognitieve gedragstherapie. Het gaat echter om kleinschalige studies met geringe evidentie.</p>			
<p>Interventies aanbevolen op basis van literatuur: Best practice</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Applicaties voor smartphones, tablets etc.* (Pandya & Myrick, 2013) 	<ul style="list-style-type: none"> • Het Clubhouse model* met werk als belangrijkste rehabilitatie-methode. 		
<p>Interventies aanbevolen op basis van praktijkervaringen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vrijlaats ervaringsdeskundigen* (patiënten-servicepunt, herstelwerkplaats, werkgroepen, trainingen en workshops voor patiënten en familie, opstellen herstelverhalen) • Cursus 'De weg naar herstel'* • Lotgenoten-groepen voor mensen met DD* • Rehabilitatiegroepen* 	<ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitatie algemeen*: in kaart brengen van de mogelijkheden van de patiënt • Terugkeer-voorziening 'de Sluis'*; een beschermend wonen project voor jongeren na detentie • Project 'Wonen in zelfbeheer'* als bijdrage aan dagbesteding van dakloze mensen. • Aanbieden van eigen woonvormen* op het terrein en eigen forensisch RIBW 	<ul style="list-style-type: none"> • Zorgafstemmingsgesprekken met familieleden of stelsystemen* • Forensische systeembegeleiders* • Opzetten van netwerk* rond de patiënt indien dit niet bestaat • Triadekaart* • Crisis Preventie Actie Plan* • Familiedagen/ familie avonden* • Familie in de patiëntenraad/ familieplatform* • Cultureel interview*; culturele invloeden familie meenemen bij de behandeling 	<ul style="list-style-type: none"> • Inzet instrumenten als SAPROF & START* (sterke kanten/beschermende factoren in kaart) • Werken volgens stepped care* • Eigen regie* (van Splunteren, 2013) • Samen keuzes maken* (www.ggz-nhn.nl) • Verliesverwerking* (EMDR) • Cursus budgetteren* • (Digitale) herstel-verhalen* o.l.v. ervaringsdeskundigen • Liberman modules* • Assertiviteitstrainingen*

<ul style="list-style-type: none"> • ART/ Agressie Replacement Training Goldstein* • Goldstein sociale vaardigheidstraining* • Vaardigheidstraining t.b.v. vroegsignalering* • Delictanalyse in groepsverband* • Vaardigheidstrainingen op de afdeling* • Risicomanagement* • Mindfulness* 				
--	--	--	--	--

NB: Interventies met * behoeven nader onderzoek, maar zijn veelbelovend. Bij de evidence based interventies met * is slechts enig bewijs voor effectiviteit gevonden en is nader onderzoek wenselijk.

5.2 Randvoorwaarden voor de implementatie van herstelondersteunende interventies

5.2.1. Herstelondersteunende zorg

Succesvolle implementatie van de interventies genoemd in § 5.1 wordt bevorderd door beleid dat een herstelondersteunende zorg binnen de organisatie en samenwerking met ervaringsdeskundigen stimuleert. Herstelondersteunende zorg betekent een cultuuromslag binnen de organisatie. Dit betekent bijvoorbeeld dat aan professionals en managers herstelgerichte trainingen worden aangeboden, dat sociale netwerken van de patiënt worden betrokken bij het herstelproces en dat de behandeling van het begin tot het eind gericht is op ontplooiing en ontwikkeling van de patiënt.

Herstelondersteunende zorg is alle zorg die gericht is op het bevorderen van het herstelproces van de patiënt. Herstelondersteunende zorg dient dus bij te dragen aan een waardevol leven en de vervulling van betekenisvolle rollen van de patiënt. Ondersteuning bij het algemeen functioneren en bij het functioneren in sociale en maatschappelijke rollen is hier onderdeel van. Hierbij wordt zo nodig de omgeving van de patiënt betrokken (Dröes & Plooy, 2012; Brouwers e.a., 2013). Er is aandacht voor de mogelijkheden en ontwikkeling van de patiënt op het gebied van participatie, scholing en werk. Voor de omslag naar herstelondersteunende zorg moeten begeleiders anders gaan denken en werken. In het begeleidingsproces staan de *wensen van de patiënt, de relatie met de begeleider en empowerment* centraal.

Wensen van de patiënt

Herstelgerichte zorg is persoonsgericht, ondersteunt de sterke eigenschappen van de patiënt en is gebaseerd op samenwerking tussen patiënt en hulpverlener (Topor e.a., 2009). Er wordt ruimte voor herstel gecreëerd. De begeleiding is onderdeel van en ondersteunend aan het herstelproces; het individuele proces is leidend. De begeleider ondersteunt de patiënt zowel om zijn levensverhaal te vertellen als om zijn doelen te bepalen en sluit hierbij aan. Hoop is een voorwaarde voor herstel en de begeleider zal dus deze hoop moeten bieden om herstel mogelijk te maken.

Relatie met de begeleider

Er is aandacht voor de relatie tussen begeleider en patiënt; het gaat om partnerschap en om het nemen van gezamenlijke beslissingen. De patiënt speelt de grootst mogelijke rol bij het opstellen van doelen en bij het bepalen van de weg om die doelen te bereiken. Dit bevordert het maken van keuzes, eigen regie en empowerment (Silverstein & Bellack, 2008). Het gaat om cliëntenparticipatie op microniveau. Partnerschap is een voorwaarde om participatie mogelijk te maken (Tambuyzer, 2012). Volgens Dröes en Plooy (2012) zijn de volgende concrete kenmerken van hulpverleners belangrijk bij herstelondersteunende zorg. De hulpverlener is present ¹⁰, gebruikt zijn professionele referentiekader op een terughoudende en bescheiden wijze, sluit aan bij het eigen verhaal van de patiënt en erkent en stimuleert het benutten van de eigen kracht en ervaringsdeskundigheid van de patiënt. Verder stimuleert de hulpverlener de ondersteuning van de patiënt door zijn of haar steunsysteem. Tenslotte is de begeleider gericht op het vergroten van de eigen regie van de patiënt en het verlichten van het lijden.

¹⁰ Zie presentiebenadering van Baart; <http://www.andriesbaart.nl/presentie/>

Empowerment

Empowerment vormt volgens Van Regenmortel (2009) het kader voor de moderne zorg. Empowerment staat voor een krachtgerichte zorg, waarbij een positieve attitude van de begeleider en passende participatie van de patiënt twee basisvoorwaarden zijn. Er is sprake van een gedeelde verantwoordelijkheid tussen patiënt en begeleider. Niet de vraag, maar de dialoog stuurt de zorg (Van Regenmortel, 2009). Empowerment is een proces dat ontstaat in interactie met anderen. Er is een faciliterend klimaat nodig om empowerment mogelijk te maken.

Een herstelondersteunende organisatie

De algemene uitgangspunten van een herstelondersteunende organisatie zijn dat wensen en behoeften van patiënten het vertrekpunt vormen. Daarnaast zijn de principes van herstel en empowerment verweven in de hele organisatie, allereerst in de visie en missie van de organisatie.

Visie en missie van de organisatie

- De herstelvisie is het fundament van de organisatie. Er is een cultuur van openheid, vertrouwen en ruimte voor eigen regie en zelfreflectie. Er wordt gewerkt vanuit hoop en optimisme.
- Men kent elkaars krachten en talenten en deze worden benut. Er is veel zelfsturing in teams en er zijn veel mogelijkheden om gezamenlijk beleid te bepalen. Er is aandacht voor de mens achter de medewerker.
- De organisatie is een lerende, ontwikkelingsgerichte organisatie.
- De organisatie biedt een helende omgeving, waarin iemand zich thuis kan voelen.

Patiëntenparticipatie; invloed van patiënten op zorg en beleid

- Er is cliëntenparticipatie op het niveau van het eigen begeleidingsplan en op beleidsniveau.
- Er is een infrastructuur aanwezig waarin patiënten als vanzelfsprekend invloed hebben op de zorg, direct en indirect. Patiënten worden betrokken bij beleid, bij het aannemen van nieuw personeel, etc.
- Ervaringsdeskundigen zijn in toenemende mate betaald aan het werk in alle lagen van de organisatie.

Wensen en behoeften van patiënten en eigen regie als vertrekpunt

- Bij de omslag naar herstelondersteunende zorg wordt in eerste instantie geïnvesteerd in activiteiten die ten goede komen aan patiënten. Bijvoorbeeld herstelwerkgroepen, patiëntinitiatieven en andere vormen van zelfhulp.
- Gesteund door een herstelondersteunende organisatie werken patiënten zelf aan hun herstel. Ze doen dit niet alleen, maar samen met familie, lotgenoten, hulpverleners, collega's en vrienden. Er is veel aandacht voor een stevig steunsysteem rondom de patiënt.

- Patiënten worden door het aanbod van diverse diensten (cursussen, dagbesteding en begeleiding naar werk) ondersteund in hun persoonlijk herstelproces en in het nemen van eigen regie. Het doel is dat patiënten betekenisvolle relaties hebben, wonen zoals ze wensen en het gevoel hebben dat hun leven betekenisvol is.
- Medewerkers worden gefaciliteerd (door scholing, supervisie, intervisie en coaching) om patiënten herstelondersteunende zorg te bieden in de eigen omgeving.
- Er wordt gewerkt aan een positieve omgeving voor mensen met een psychische beperking, om hen kansen te bieden een normaal bestaan op te bouwen. De herstelvisie wordt ook uitgedragen buiten de organisatie (kwartier maken).
- Er is aandacht voor (zelf)stigma en preventie, want stigma belemmert herstel.

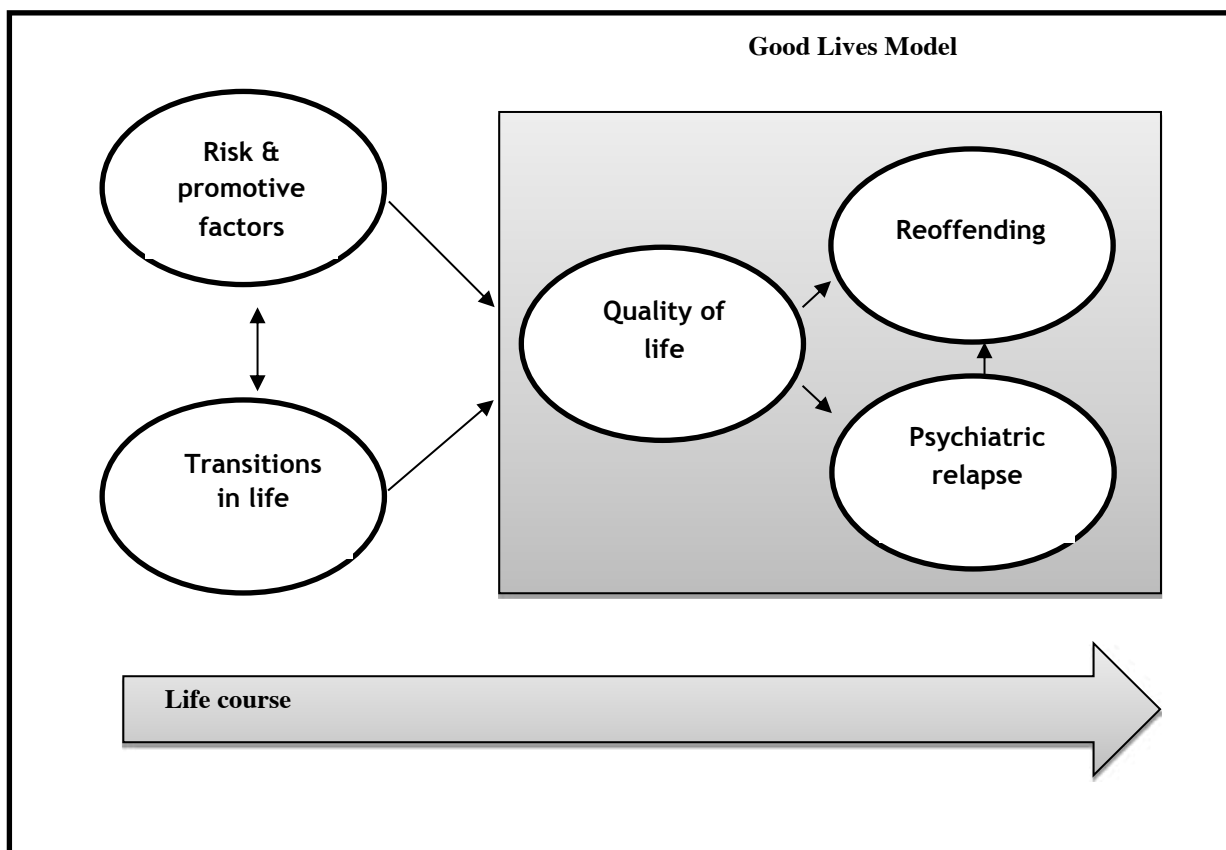
Samenwerking

Samenwerkingsverbanden met andere organisaties en externe hulpverleners is met name van belang tijdens en voorafgaand aan de ambulante fase om continuïteit van de aangeboden zorg te kunnen waarborgen.

5.2.2. Risicotaxatie en herstel

Herstelondersteunende zorg kan ingezet worden om het persoonlijk herstelproces van patiënten te bevorderen. Daarnaast is van belang om de risico's van een patiënt duidelijk te maken, de relatie tussen behandelaar en patiënt te versterken en beschermende factoren te identificeren en te versterken die een buffer zijn voor de gesignaleerde risico's. De focus op beschermende factoren naast risico's bevordert juist de preventie van geweld, risicomanagement en reductie van schadelijke gevolgen (Simpson, 2011). Er is echter geen theoretisch model voor het werkveld in de forensische psychiatrie, waarbij herstelgericht werken gecombineerd wordt met risicotaxatie. Het Good Lives Model (zie Figuur 3), hoewel empirisch nog onvoldoende onderzocht, zou hiervoor een basis kunnen vormen. Het model is oorspronkelijk ontwikkeld voor zedendelinquenten, maar is ook toepasbaar voor de forensische zorg. Zoals eerder vermeld in hoofdstuk 3, beschrijft Robertson (2011) drie rehabilitatiebenaderingen binnen de forensische geestelijke gezondheidszorg; het risk/needs responsivity model, therapeutische modellen gericht op psychopathologie en strength-based modellen. Het Good Lives Model, als strength-based model, bleek praktische en theoretische voordelen te hebben in vergelijking met de andere twee benaderingen. Het risk/needs responsivity model is met name gericht op risicomanagement. Volgens Ward en Maruna (2007) houdt het model onvoldoende rekening met de bijdrage van sociale en culturele factoren aan risico's. De therapeutische modellen gericht op psychopathologie zijn gebaseerd op het medische model. Dat wil zeggen dat de behandeling gericht is op verlichting van symptomen en psychische beperkingen en het verbeteren van iemands psychisch en sociaal functioneren. Het Good Lives Model (GLM) daarentegen is een strength-based, patiëntgerichte en herstelgerichte benadering die zowel risicofactoren als rehabilitatie doelen combineert (Robertson, 2011).

Vanuit het perspectief van het GLM dient de behandeling zich enerzijds te focussen op het identificeren van belemmeringen tot een evenwichtig, bevredigend leven en anderzijds op het uitrusten van de patiënt met vaardigheden, waarden, overtuigingen en ondersteuning om hierop meer invloed te krijgen. Eigen regie en persoonlijke identiteit zijn belangrijk binnen het GLM (Ward & Brown, 2004). Het model gaat er vanuit dat door het verbeteren van vaardigheden en persoonlijke capaciteiten de kwaliteit van leven toeneemt, waardoor tijdens de rehabilitatie de kans op psychische terugval en delicten vermindert (Barendregt e.a., 2012). Het model kan behandelaars helpen om de psychische en sociale problemen van deze heterogene doelgroep te formuleren en de relatie tussen psychische klachten en delictgedrag te begrijpen, waardoor individuele rehabilitatie doelen kunnen worden opgesteld (Robertson, 2011). Verschillende studies hebben aangetoond dat door invoeren van het GLM-model positieve behandelrelaties en samenwerking met de behandelaar worden bevorderd en dat daarnaast delicten langer uitblijven (Robertson, 2011). Een uitgebreide versie van het Good Lives Model is onderzocht bij adolescenten door Barendregt en anderen (2012; zie Figuur 3)



Figuur 3: Conceptueel model voor het ontstaan van delictgedrag bij adolescenten: Het Good Lives Model (Barendregt e.a., 2012)

Het model is gebaseerd op het Good Lives Model-Comprehensive (Ward & Brown, 2004). Het oorspronkelijke Good Lives Model kan echter niet het aanhouden of beëindigen van delinquent gedrag verklaren, door het ontbreken van een levensloop-perspectief. Dit perspectief is toegevoegd in het model van Barendregt en anderen (2012). Daarnaast wordt er in het oorspronkelijke Good Lives Model geen rekening gehouden met invloeden van transitie perioden in het leven van de delinquent, zoals detentie of de overgang van detentie naar de forensische psychiatrie. Aangezien deze transities ook van invloed zijn op de kwaliteit van leven, zijn deze eveneens in het model van Barendregt opgenomen. Ondanks het feit dat het model onvoldoende empirisch is onderzocht, geeft het wel inzicht in factoren die van invloed kunnen zijn op delict-gedrag en psychisch welzijn, waar behandelaars en begeleiders rekening mee zouden moeten houden. Het kader kan dus richting geven aan de manier van denken van professionals in de forensische psychiatrie. Daarnaast past het model in de keten, omdat bijvoorbeeld de reclassering ook bekend is met het model. De aanbeveling is dan wel dat het model in alle fasen van de behandeling wordt meegenomen.

Verder kwam uit de expertbijeenkomsten naar voren dat de inzet van risicotaxatie instrumenten als SAPROF en START meer de eigen regie in het risicomanagement zouden kunnen bevorderen. Door bijvoorbeeld samen de SAPROF of de START in te vullen worden zowel de beschermende factoren als de risicofactoren in kaart gebracht. De eigen doelen moeten worden gekoppeld aan het risicomanagementplan. Daardoor gaan patiënten zich hier meer voor inzetten, zichzelf meer beschermen en worden restricties niet (alleen) door de hulpverlener opgelegd.

5.2.3. Aanbevelingen voor de toekomst

Een herstelondersteunende zorg, waarin tevens ruimte is voor risicotaxatie, is een goede basis voor de aanbevolen interventies. Herstelondersteunende zorg kan al vanaf het begin van een opname worden ingezet. Hierbij is wel aandacht nodig voor de continuïteit in de ondersteuning van de patiënt. Het is dus belangrijk dat er zowel binnen detentie, forensische psychiatrie en binnen de algemene psychiatrie volgens eenzelfde visie wordt gewerkt en dat het handelen gebaseerd is op eenzelfde theoretisch kader. Er moet hierbij aandacht zijn voor het lange termijnperspectief; herstel is immers een continu proces. Verder is het van belang dat er samenwerking is tussen verschillende instanties en met externe hulpverleners om deze continuïteit te kunnen waarborgen. Het is ook wenselijk dat iemand de rode draad van het herstelproces van de cliënt bewaakt; dus dat er centrale regie is.

Daarnaast moet rekening gehouden worden met belemmerende factoren, zoals sommige procedures en wachtlijsten. De hulpverlener moet als het ware ruimte creëren voor herstel, maar procedures en wachtlijsten kunnen soms herstel in de weg staan. Zo kan bijvoorbeeld de bureaucratische instelling van sommige instanties en hulpverleners belemmerend werken, omdat er geen rekening wordt gehouden met de voortgang van het traject van de patiënt en met de situatie van de patiënt zelf. Daarnaast wordt de voortgang van trajecten vaak belemmerd door de wachttijd bij een afspraak of door wachttijden voor groepsinterventies.

Verder is samenwerking van belang, zowel binnen instellingen zelf als tussen verschillende instanties. Bij de ontwikkeling van een herstelondersteunende forensische zorg zijn ook ontmoetingen tussen ervaringsdeskundigen en hulpverleners uit het forensische veld van belang om uitwisseling van ervaringen met bepaalde interventies mogelijk te maken. Ontwikkeling van een breed toegankelijke centrale kennisbank waarin de interventies worden beschreven en waar zij in de praktijk al worden toegepast is eveneens aan te bevelen.

Meer onderzoek is nodig om nieuwe, nog nauwelijks onderzochte interventies te onderzoeken op effectiviteit. Herstelondersteunend werken zal niet kosteneffectief zijn op de korte termijn, maar wel op de lange termijn. Het is belangrijk welke uitkomstmaten gehanteerd worden voor verder onderzoek. Kwaliteit van leven op verschillende levensgebieden zou voorop moeten staan. Tenslotte staat het herstelperspectief vaak nog haaks op het perspectief van de samenleving. Er zal nog veel actie nodig zijn om hersteldenken voor deze specifieke doelgroep mogelijk te maken.

Literatuurlijst

- Absalom-Hornby, V. (2012). *A meta-analysis of the efficacy of family interventions in the treatment of Schizophrenia*. In: An investigation into family intervention within forensic services. A thesis submitted to the University of Manchester for the degree of Doctor of Philosophy (Clinical Psychology) in the Faculty of Medical and Human Sciences.
- Aho-Mustonen, K., Miettinen, R., Koivisto, H., Timonen, T. & Raty, H. (2008). Group psychoeducation for forensic and dangerous non-forensic long-term patients with schizophrenia. A pilot study. *European Journal of Psychiatry*, 22, 84-92.
- Allen, J., Burbach, F. & Reibstein, J. (2013). 'A Different World' individuals' experience of an integrated family intervention for psychosis and its contribution to recovery. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 86, 212–228.
- Anthony, W. (1993). Recovery from mental illness; The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4):11-23.
- Barbic, S., Krupa, T. & Armstrong, I. (2009). A Randomized Controlled Trial of the Effectiveness of a Modified Recovery Workbook Program: Preliminary Findings. *Psychiatric Services*, 60, 491–497.
- Barendregt, C.S., van der Laan, A.M., Bongers, I.L., & van Nieuwenhuizen, Ch. (2012). Explaining reoffending and psychiatric relapse in youth forensic psychiatry from a Good Lives Model perspective. In T.I. Oei & M.S. Groenhuijsen (Eds.), *Progression in Forensic Psychiatry* (pp. 415-434). Deventer: Kluwer.
- Bean, K.F., Shafer, M.S. & Glennon, M. (2013). The impact of housing first and peer support on people who are medically vulnerable and homeless. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36, 48-50.
- Beck-Sander, A., Griffiths, A. & Friel, C. (1998). A group-based intervention for forensic patients recovering from Psychosis. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 8, 193–201.
- Bitter, N. *Hoe effectief is het systematische rehabilitatiegericht handelen? Een randomized controlled trial*. Lopend promotieonderzoek. Tranzo, Tilburg University.
- Boevink, W., Prinsen, M., Elfers, L, Dröes, J., Tiber, M. & Wilrycx, G. (2009). Herstelondersteunende zorg, een concept in ontwikkeling. *Tijdschrift voor rehabilitatie*, 1, 42-54.
- Bond, G., Drake, R.E. & Becker, D.R. (2008). An update on Randomized Controlled Trials of Evidence-Based Supported Employment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31, 280-290.
- Bond, G. & Drake, R.E. (2014). Making the Case for IPS Supported Employment. *Administration and Policy in Mental Health*, 41, 69–73.

Boertien, D. & van Bakel, M. (2012). *Handreiking voor de inzet van ervaringsdeskundigheid vanuit de geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Broussard, B., Radkins, J.B. & Compton, M.T. (2014). Developing Visually Based, Low-Literacy Health Education Tools for African Americans with Psychotic Disorders and Their Families. *Community Mental Health Journal*, DOI 10.1007/s10597-013-9666-7

Brouwers, E.P.M., van Gestel-Timmermans, J.A.W.M. & van Nieuwenhuizen, Ch. (2013). Herstelgerichte zorg in Nederland: modegril of daadwerkelijke verandering? *Psychopraktijk*, 4, 14-17.

Burns, T. (2010). The rise and fall of assertive community treatment? *International Review of Psychiatry*, 22, 130–137.

Castelein, S., Bruggeman, R., van Busschbach, J.T., van der Gaag M., Stant, A.D., Knegtering, H., & Wiersma D. (2008). The effectiveness of peer support groups in psychosis: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118, 64-72.

Chien, W. & Norman, I. (2009). The effectiveness and active ingredients of mutual support groups for family caregivers of people with psychotic disorders: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 1604-1623.

Chien, W.T., Leung, S.T., Yeung, F.K.K. & Wong, W.T. (2013). Current approaches to treatments for schizophrenia spectrum disorders, part II : psychosocial interventions and patient-focused perspectives in psychiatric care. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13, 1463-1481.

Chan, S.W., Li, Z., Klainin-Yobas, P., Ting, S., Chan, M.F. & Eu, P.W. (2013). Effectiveness of a peer-led self-management programme for people with schizophrenia: protocol for a randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 70, 1425-35.

Chilvers, R., Macdonald, G.M. & Hayes, A. (2006). Supported housing for people with severe mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD000453.

Chinman, M., George, P., Dougherty, R.H., Daniels, A.S., Ghose S.S., Swift, A. & Delphin-Rittmon, M.E. (2014). Peer Support Services for Individuals With Serious Mental Illnesses: Assessing the Evidence. *Psychiatric Services*, 65, 429-441.

Chiu, M.Y., Wei, G.F., Lee, S., Choovanichvong, S. & Wong, F.H. (2013) Empowering caregivers: impact analysis of FamilyLink Education Programme (FLEP) in Hong Kong, Taipei and Bangkok. *International Journal of Social Psychiatry*, 59, 28-39.

Cook, J.A., Copeland, M.E., Jonikas, J.A., Hamilton, M.M., Razzano, L.A., Grey, D.D., . . . Boyd, S. (2012). Results of a Randomized Controlled Trial of Mental Illness Self-management Using Wellness Recovery Action Planning. *Schizophrenia Bulletin*, 38, 881-891.

Corrigan, P.W., Salzer, M., Ralph, R.O., Sangster, Y. & Keck, L. (2004). Examining the Factor Structure of the Recovery Assessment Scale. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 1035-1041.

Dröes, J. & Plooy, A. (2012). Herstelondersteunende zorg in Nederland: vergelijking met de Engelstalige literatuur. In: J. Dröes & C.J. Witsenburg (red.). *Herstelondersteunende zorg, behandeling, rehabilitatie en ervaringsdeskundigheid als hulp bij herstel van psychische aandoeningen* (Passagecahier; pp. 99-110). Amsterdam: SWP.

Davidson, L., Drake, R.E., Schmutte, T., Dinzeo, T. & Andres-Hyman, R. (2009). Oil and water or oil and vinegar? Evidence-based medicine meets recovery. *Community Mental Health Journal*, 45, 323-332.

Davidson, L., Bellamy, C., Guy, K. & Miller, R. (2012). Peer support among persons with severe mental illness: a review of evidence and experience. *World Psychiatry*, 11, 123-8.

den Hollander, D. & Wilken, J.P. (2011). Zo worden cliënten burgers. *Praktijkboek Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen*. Amsterdam: SWP.

Dieterich, M., Irving, C.B., Park, B. & Marshall, M. (2010). Intensive case management for severe mental illness (Review). *The Cochrane Collaboration*, Issue 11.

Dixon, L.B., Dickerson, F., Bellack, A.S., Bennett, M., Dickinson, D., Goldberg, R.W., ... Kreyenbuhl, J. (2010). The 2009 Schizophrenia PORT Psychosocial Treatment Recommendations and Summary Statements. *Schizophrenia Bulletin*, 36, 48-70.

Dixon, L.B., Lucksted, A., Medoff, D.R., Burland, J., Stewart, B., Lehman, A.F., Fang, L.J., ... Murray-Swank, A. (2011). Outcomes of a randomized study of a peer-taught family-to-family education program for mental illness. *Psychiatric Services*, 62, 591-597.

Draine, J. & Herman, D.B. (2007). Critical time intervention for reentry from prison for persons with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 58, 1577-1581.

Drukker, M., Visser, E., Sytma, S. & van Os, J. (2013). Flexible Assertive Community Treatment, Severity of Symptoms and Psychiatric Health Service Use, a Real life Observational Study. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 28, 202-9.

Duckworth, K. & Halpern, L. (2014). Peer support and peer-led family support for persons living with schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 27, 216-221.

Duncan, E.A.S., Nicol, M.M., Ager, A. & Dalgeish, L. (2006). A systematic review of structured group interventions with mentally disordered offenders. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 16, 217-241.

Eakes, G., Walsh, S., Markowski, M., Gain, H. & Swanson, M. (1997). Family centred brief solution-focused therapy with chronic schizophrenia: a pilot study. *Journal of Family Therapy*, 19, 145-158.

Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (2014). *Landelijk zorgprogramma voor forensisch*

psychiatrische patiënten met psychotische stoornissen.

Elbogen, E.B., Bradford, D.W. & Swartz, M.S. (2013). A Recovery-Oriented Money Management Intervention. *Psychiatric Services*, doi: 10.1176/appi.ps.640103.

Farkas, M. & Anthony, W.A. (2010). Psychiatric rehabilitation interventions: a review. *International Review of Psychiatry*, 22, 114-29.

Ferguson, G., Conway, C., Endersby, L. & Macleod, A. (2009). Increasing subjective wellbeing in long-term forensic rehabilitation: evaluation of well-being therapy. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 20, 906-918.

Fontao, M.I. & Hoffmann, K. (2011). Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches. *Psychosis*, 3, 226–234.

Fukui, S., Davidson, L.J., Holer, M.C. & Rapp, C.A. (2010). Pathways to recovery (PTR): impact of peer-led group participation on mental health recovery outcomes. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 34, 42-8.

Garret, M. & Lerman, M. (2007). CBT for psychosis for long-term inpatients with a forensic history. *Psychiatric Services*, 58 (5), 712-713.

Gigantesco, A., Vittorielli, M., Piolo, R., Falloon, I.R.H., Rossi, G. & Morosini, P. (2006). The VADO Approach in Psychiatric Rehabilitation: A Randomized Controlled Trial. *Psychiatric Services*, 57, 1778–1783.

Haddock, G., Barrowclough, C., Shaw, J.J., Dunn, G., Novaco, R.W. & Tarrier, N. (2009). Cognitive-behavioural therapy versus social activity therapy for people with psychosis and a history of violence: randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 194, 152-157.

Hall, P. L. & Tarrier, N. (2003) The cognitive behavioural treatment of low self-esteem in psychotic patients: a pilot study. *Behaviour Research Therapy*, 41, 317-332.

Hamann, J., Langer, B., Winkler, V., Busch, R., Cohen, R., Leucht, S. & Kissling, W. (2006). Shared decision making for in-patients with Schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114, 265–273.

Hamann, J., Cohen, R., Leucht, S., Busch, R. & Kissling, W. (2007). Shared Decision Making and Long-term Outcome in Schizophrenia Treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 992-997.

Hendriksen-Favier, A., Nijens, K. & van Rooijen, S. (2012). *Handreiking voor de implementatie van herstelondersteunende zorg in de ggz*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Hodgekins, J. & Fowler, D. (2010). CBT and recovery from psychosis in the ISREP trial: mediating effects of hope and positive beliefs on activity. *Psychiatric Services* 61, 321–324.

Jacobson, N. & Greenly, D. (2001). What Is Recovery? A Conceptual Model and Explication. *Psychiatric Services*, 52, 482–485.

Jones, E.J. & McColl, M.A. (1991). Development of evaluation of an interactional life skills group for offenders. *The Occupational Therapy Journal of Research*, 11, 80-92.

Jones, K., Colson, P.W., Holter, M.C., Lin, S., Valencia, E., Susser, E., & Wyatt, R.J. (2003). Cost-effectiveness of critical time intervention to reduce homelessness among persons with mental illness. *Psychiatric Services*, 54, 884-90.

Joosten, E.A., DeFuentes-Merillas, L., de Weert, G.H., Sensky T., van der Staak, C.P. & de Jong, C.A. (2008). Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77, 219-26.

Kaplan, K., Salzer, M.S., Solomon, P., Brusilovskiy, E. & Cousounis, P. (2011). Internet peer support for individuals with psychiatric disabilities: A randomized controlled trial. *Social Science & Medicine*, 72, 54-62.

Kertesz, S.G., Crouch, K., Milby, J.B., Cusimano, R.E. & Schumacher, J.E. (2009). Housing First for Homeless Persons with Active Addiction: Are We Overreaching? *The Milbank Quarterly*, 87, 495–534.

Kern, K.S., Glynn, S.M., Horan, W.P. & Marder, S.R. (2009). Psychosocial Treatments to Promote Functional Recovery in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35, 347–361.

Kopelowicz, A., Liberman, R.P. & Zarate, R. (2006). Recent Advances in Social Skills Training for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 32, S12–S23.

Korevaar L. (2005). *Rehabilitatie door educatie, onderzoek naar een begeleid leren programma voor mensen met psychiatrische problematiek*. Dissertatie. Rotterdam: Bavo groep.

Kurtz, M.M. & Mueser, K.T. (2008). A meta-analysis of controlled research on social skills training for schizophrenia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 491-504.

Laithwaite, H., Gumley, A., Benn, A., Scott, E., Downey, K., Black, K. & McEwen, S. (2007). Self-esteem and psychosis: a pilot study investigating the effectiveness of a self-esteem programme on the self-esteem and positive symptomatology of mentally disordered offenders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35, 569–577.

Laithwaite, H., O’Hanlon, M., Collins, P., Doyle, P., Abraham, L. & Porter, S. (2009). Recovery After Psychosis (RAP): A Compassion Focused Programme for Individuals Residing in High Security Settings. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37, 511-526.

Lako D.A.M., de Vet, R., Beijersbergen, M.D., Herman D.B., van Hemert A.M. & Wolf, J.R.L.M. The effectiveness of critical time intervention for abused women and homeless people leaving Dutch shelters: study protocol of two randomized controlled trials. *BMC Public Health* 2013, 13, 555.
<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/555>

Landelijk Platform GGz (2013). Zelfmanagement en passende zorg. Programma's van Eisen. Versie 1.

Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J. & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199, 445-452.

Livingston, J.D., Nijdam-Jones, A., Lapsley, S., Calderwood, C. & Brink, J. (2013). Supporting Recovery by Improving Patient Engagement in a Forensic Mental Health Hospital: Results From a Demonstration Project. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 19, 132-145.

Lloyd-Evans, B., Mayo-Wilson, E., Harrison, B., Istead, H., Brown, E., Pilling, S., . . . Kendall, T. (2014). A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of peer support for people with severe mental illness. *BMC Psychiatry*, 14:39. doi: 10.1186/1471-244X-14-39.

Lucenti, R. & Gorczyk, J. (2005). Workforce Development Program. *Research Demonstration Project*. Vermont: Vermont's Workforce Development Program.

Lucksted, A., McNulty, K., Brayboy, L. & Forbes, C. (2009). Initial evaluation of the Peer-to-Peer program. *Psychiatric Services*, 60, 250–253.

Lucksted, A., McFarlane, W., Downing, D., Dixon, L. & Adams, C. (2012). Recent developments in family Psychoeducation as an evidence-based practice. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38, 101-121.

Lucksted, A., Medoff, D., Burland, J., Stewart, B., Fang, L.J., Brown, C., . . . Dixon, L.B. (2013). Sustained outcomes of a peer-taught family education program on mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127, 279-286. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2012.01901.x

MacDonald-Wilson, K.L., Deegan, P.E., Hutchison, H.L., Parrotta, N. & Schuster, J.M. (2013). Integrating self-management strategies into mental health service delivery: Empowering people in recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36, 258-263.

Marshall, M. & Rathbone, J. (2011). Early intervention for psychosis (Review). *The Cochrane Library*, 2011, Issue 6.

Marshall, T., Goldberg, R.W., Braude, L., Dougherty, R.H., Daniels, A.S., Ghose, S.S., . . . Delphin-Rittmon, M.E. (2014). Supported Employment: Assessing the Evidence. *Psychiatric Services*, doi: 10.1176/appi.ps.201300262.

McFarlane, W.R., Lukens, E., Link, B., Dushay, R., Deakins, S.A., Newmark, M., . . . Toran, J. (1995). Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 52, 679-87.

McFarlane, W.R., Dixon, L., Lukens, E. & Lucksted, A. (2003). Family psychoeducation and schizophrenia: A review of the literature. *Journal of Marital & Family Therapy*, 29, 223–245.

McGuire, A.B., Kukla, M., Green, A., Gilbride, D., Mueser, K.T. & Sayers, M.P. (2014). Illness Management and Recovery: A Review of the Literature. *Psychiatric Services*, 65, 171–179.

McInnis, E., Sellwood, W. & Jones, C. (2006). A cognitive behavioural groupbased educational programme for psychotic symptoms in a low secure setting: a pilot evaluation. *The British Journal of Forensic Practice*, 8, 36-46.

Meehan, T.J., King, R.J., Beavis P.H. & Robinson, J.D. (2008). Recovery-based practice: do we know what we mean or mean what we know? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42, 177-182.

Meyer, P.S., Johnson, D.P., Parks, A., Iwanski, C. & Penn, D.L. (2012). Positive living: A pilot study of group positive psychotherapy for people with schizophrenia. *The Journal of Positive Psychology*, 7, 239-248.

Michon, H., van Busschbach, J., van Vugt, M., Stant, D. & van Weeghel, J. (2013). De effectiviteit van Individuele Plaatsing en Steun. *Een studie naar de resultaten van vernieuwende arbeidsrehabilitatie in Nederland*. In: Psychiatrische Rehabilitatie Jaarboek 2013-2014.

Michon, H., van Busschbach, J.T., Stant, A.D., van Vugt, M.D., van Weeghel, J. & Kroon, H. (2014). Effectiveness of Individual Placement and Support for People With Severe Mental Illness in the Netherlands: A 30-Month Randomized Controlled Trial, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37, 129–136.

Moradi, M., Brouwer, E., van den Bogaard, J. & van Nieuwenhuizen, Ch. (2008). Herstel. Vanuit verschillende perspectieven samen verder. *Tijdschrift voor Rehabilitatie*, 17, 37-45.

Mueser, K.T., Corrigan, P.W., Hilton, D.W., Tanzman, B., Schaub, A., Gingerich, S., . . . Herz, M.I. (2002). Illness management and recovery: a review of the research. *Psychiatric Services*, 53, 1272–1284.

Mueser, K.T., Deavers, F., Penn, D.L. & Cassisi J.E. (2013). Psychosocial Treatments for Schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 465–497.

Nelson G., Aubry, T. & Lafrance, A. (2007). A review of the literature on the effectiveness of housing and support, assertive community treatment, and intensive case management interventions for persons with mental illness who have been homeless. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(3), 350-361.

NICE, National Institute for Health and Care Excellence (2010). Psychosis and schizophrenia in adults. *The NICE Guideline on Treatment and management*. National Collaborating Centre for Mental Health.

Norman, C. (2006). The Fountain House movement, an alternative rehabilitation model for people with mental health problems, members' descriptions of what works. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20, 184–192.

NVvP, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2012). *Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie*. Utrecht: De Tijdstroom.

Okpokoro, U., Adams, C.E. & Sampson, S. (2014). *Family intervention (brief) for schizophrenia (Review)*. The Cochrane Library 2014, Issue 3.

Padgett, D.K., Stanhope, V., Henwood, B.F. & Stefancic, A. (2011). Substance Use Outcomes Among Homeless Clients with Serious Mental Illness: Comparing Housing First with Treatment First Programs. *Community Mental Health Journal*, 47, 227–232.

Pandya, A. & Myrick, J. (2013). Wellness and Recovery Programs: A Model of Self-Advocacy for People Living with Mental Illness. *Journal of Psychiatric Practice*, 19, 242-246.

Park, S.A. & Sung, K.M. (2013). The Effects on Helplessness and Recovery of An Empowerment Program for Hospitalized Persons With Schizophrenia. *Perspectives in Psychiatric Care*, 49, 110-117.

Pharoah, F., Mari, J.J., Rathbone, J., & Wong, W. (2012). *Family intervention for schizophrenia (review)*. The Cochrane Library 2012, Issue 12.

Pickett, S.A., Diehl, S.M., Steigman, P.J., Prater, J.D., Fox, A., Shipley, P., . . . Cook, J.A. (2012). Consumer Empowerment and Self-Advocacy Outcomes in a Randomized Study of Peer-Led Education. *Community Mental Health Journal*, 48, 420–430

Pilling, P., Bebbington, P., Kuipers, E., Garety, P., Geddes, J., Martindale, B., . . . Morgan, C. (2002). Psychological treatments in schizophrenia: II. Meta-analyses of randomized controlled trials of social skills training and cognitive remediation. *Psychological Medicine*, 32, 783-791.

Pitt, V., Lowe D., Hill, S., Pictor, M., Hetrick, S.E., Ryan, R. & Berends, L. (2013). *Consumer-providers of care for adult clients of statutory mental health services (Review)*. The Cochrane Library 2013, Issue 3.

Place, C., van Vugt, M. & Neijmeijer, L. (2011). *Literatuurstudie naar de effectiviteit van Forensisch (F)ACT*. Trimbos-instituut: Utrecht.

Randal, P., Simpson, A. I. F. & Laidlaw, T. (2003). Can recovery-focused multimodal psychotherapy facilitate symptom and function improvement in people with treatment-resistant psychotic illness? A comparison study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 720–727.

Rani, S. & Byrne, H. (2013). A multi-method evaluation of a training course on dual diagnosis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(6), 509-520.

Rapp, C.A. & Goscha, R.J. (2006). *The strengths model: Case management with people with psychiatric disabilities*. Oxford University Press.

Repper, J. & Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health*, 20, 392–411.

Resnick, S.G., Fontana, A., Lehman, A.F. & Rosenheck, R.A. An empirical conceptualization of the recovery orientation. (2005). *Schizophrenia Research*, 75, 119 – 128.

Resnick, S.G. & Rosenheck, R.A. (2008). Integrating Peer-Provided Services: A Quasi-experimental Study of Recovery Orientation, Confidence and Empowerment. *Psychiatric Services*, 59, 1307—1314.

Robertson, P., Barnao, M. & Ward, T. (2011). Rehabilitation frameworks in forensic mental health. *Aggression and Violent Behavior*, 16, 472–484.

Rogers, E.S., Teague, Ph.D., Lichtenstein, C., Campbell, J., Lyass, A., Chen, R. & Banks, S. (2007). The effects of participation in adjunctive consumer-operated programs on both personal and organizationally mediated empowerment: Results of a multi-site study. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 44, 785-800.

Rogers, E.S., Kash-MacDonald, M. & Olschewski, A. (2009). *Systematic Review of Supported Housing Literature 1993-2008*. Boston: Boston University, Sargent College, *The Center for Psychiatric Rehabilitation*.

Rogers, E.S., Kash-MacDonald, M., Bruker, D., & Maru, M. (2010). *Systematic Review of Supported Education Literature, 1989 – 2009*. Boston: Boston University, Sargent College, Center for Psychiatric Rehabilitation.

Roozen, H. (2006). De Community Reinforcement Approach (CRA). Operante leerprincipes, sociale systeembenadering en gedragsfarmacologie. *Verslaving*, 2, 132–139.

Rowe, M., Bellamy, C., Baranoski, M., Wieland, M., O’Connell, M.J., Davidson, L., . . . Sells, D. (2007). A Peer-Support, Group Intervention to Reduce Substance Use and Criminality Among Persons With Severe Mental Illness. *Psychiatric Services*, 58, 955-961.

Schindler, V.P. (2005). Role Development: An Evidenced-Based Intervention for Individuals Diagnosed with Schizophrenia in a Forensic Facility. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28, 391-394.

Schöttle, D., Karow, A., Schimmelmann, B.G. & Lambert, M. (2013). Integrated care in patients with schizophrenia: results of trials published between 2011 and 2013 focusing on effectiveness and efficiency. *Current Opinion in Psychiatry*, 26, 384-408.

Segal, S., Silverman, C.J. & Temkin, T.L. (2011). Outcomes from consumer-operated and community mental health services: a randomized controlled trial. *Psychiatric Services*, 62, 915-921.

Silverstein, S.M., & Bellack, S.E. (2008). A scientific agenda for the concept of recovery as it applies to schizophrenia. *Clinical Psychology Review*, 28, 1108–1124.

Simpson, A.I.F., & Penney, S.R. (2011). Editorial The recovery paradigm in forensic mental health services. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 21, 299–306.

Sledge, W.H., Lawless, M., Sells, D., Wieland, M., O'Connell, M.J. & Davidson, L. (2011). Effectiveness of peer support in reducing readmissions of persons with multiple psychiatric hospitalizations. *Psychiatric Services*, 62, 541-544.

Smith, R.J., Jennings, J.L. & Cimino, A. (2010). Forensic continuum of care with assertive community treatment (ACT) for persons recovering from co-occurring disabilities: Long-term outcomes. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 33, 207-218.

Swildens, W., van Busschbach, J.T., Michon, H., Kroon, H., Koeter, M.W.J., Wiersma, D. & van Os, J. (2011). Effectively Working on Rehabilitation Goals: 24-Month Outcome of a Randomized Controlled Trial of the Boston Psychiatric Rehabilitation Approach. *Canadian Journal of Psychiatry*, 56, 751–760.

Tambuyzer, E. (2012). *Eén verhaal, drie visies. Patiënten, familieleden en hulpverleners over participatie in de geestelijke gezondheidszorg*. Research Group Psychiatry Academic Center for General Practice. LUCAS - Centre for Care Research and Consultancy.

Timmer, H. & Plooy, A. (2009). *Weten over Leven. Ervaringskennis van mensen met langdurende psychische aandoeningen*. Uitgeverij SWP, Amsterdam

Topor, A., Borg, M., Di Girolamo, S. & Davidson, L. (2009). Not just an individual journey: social aspects of recovery. *International Journal of Social Psychiatry*, 57, 90-99.

Tomita, A. & Herman, D.B. (2012). The Impact of Critical Time Intervention in Reducing Psychiatric Rehospitalization After Hospital Discharge. *Psychiatric Services*, 63, 935–937.

Tungpunkom, P., Maayan, N. & Soares-Weiser, K. (2012). Life skills programmes for chronic mental illnesses (Review). *The Cochrane Collaboration*, Issue 1.

Tuynman, M. & Huber, M. (2012). "Wij kunnen het beter". *Handreiking zelfbeheer in de maatschappelijke opvang*. Trimbos-instituut & Hogeschool van Amsterdam: Utrecht & Amsterdam.

van Erp, N. & Place, C. (2011). *Familiebetrokkenheid en familie-interventies in de langdurige ggz*. In: *Psychiatrische rehabilitatie: jaarboek 2010-2011*. Amsterdam: SWP.

van Gestel-Timmermans, J.A.W.M., van den Bogaard, J., Brouwers, E.P.M., Herth, K. & van Nieuwenhuizen, Ch. (2010a). Hope as a determinant of mental health recovery: A psychometric evaluation of the Herth Hope Index-Dutch version. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24, 67-74.

van Gestel-Timmermans, J.A.W.M., Brouwers, E.P.M. & van Nieuwenhuizen, Ch. (2010b). Recovery is up

to you, a peer-run course. *Psychiatric Services*, 61(9), 944-945.

van Gestel-Timmermans, J.A.W.M. (2011). *Recovery is up to you: Evaluation of a peer-run course*. Ridderkerk: Ridderprint.

van Gestel-Timmermans, J.A.W.M., Brouwers, E.P.M., van Assen, M.A.L.M. & van Nieuwenhuizen, Ch. (2012a). Effects of a peer-run course on the recovery of people with major psychiatric problems: A randomised controlled trial. *Psychiatric Services*, 63, 54-60.

van Gestel-Timmermans, J.A.W.M., Brouwers, E.P.M., Bongers, I.L., van Assen, M.A.L.M. & Nieuwenhuizen, Ch. van (2012b). Profiles of individually defined recovery of people with major psychiatric problems. *International Journal of Social Psychiatry*, 58(5), 521-531.

van Gestel, J.A.W.M., Buitendijk, J.H., Brouwers, E.P.M. & van Nieuwenhuizen, Ch. (2013). *Persoonlijk herstel van cliënten in de maatschappelijke opvang: Een studie naar de uitvoerbaarheid en implementatie van de cursus 'Herstellen doe je zelf'*. Tilburg: Stichting Maatschappelijke Opvang Traverse.

van Gestel-Timmermans, J.A.W.M. & Brouwers, E.P.M. (2014). Feasibility and usefulness of the peer-run course "Recovery Is Up to You" for people with addiction problems: A qualitative study. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 32, 79-91.

van der Krieke, L., Emerencia, A.C., Boonstra, N., Wunderink, L., de Jonge, P. & Sytema, S. (2013). A Web-Based Tool to Support Shared Decision Making for People With a Psychotic Disorder: Randomized Controlled Trial and Process Evaluation. *Journal of Medical Internet Research*, 15, e216, doi:10.2196/jmir.2851.

van der Krieke, L., Wunderink, L., Emerencia, A.C., de Jonge, P., & Sytema, S. (2014). E-Mental Health Self-Management for Psychotic Disorders: State of the Art and Future Perspectives. *Psychiatric Services*, 65, 33-49.

van Regenmortel, T. (2009). Empowerment als uitdagend kader voor sociale inclusie en moderne zorg. (Empowerment as a challenging framework for social inclusion and modern care). *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, 18, 22-42.

van Splunteren, P., Boerema, I. & de Leeuw R. (2013). *Eigen regie bij schizofrenie. Een e-mental health toepassing voor mensen met ernstige psychische aandoeningen*. In: J. van Busschbach, S. van Rooijen en J. van Weeghel. Jaarboek Psychiatrische Rehabilitatie (2013-2014), p 97-110. Uitgeverij SWP, Amsterdam.

van Wel, T. & Landsheer, H. (2013). De invloed van individuele rehabilitatie op de maatschappelijke participatie van jongeren met een psychosekwetsbaarheid. *Tijdschrift voor rehabilitatie en herstel*, 4, 4-14.

Walker, H., Tulloch, L., Ramm, M., Drysdale, E., Steel, A., Martin, C., . . . Connaughton, J. (2013). A randomised controlled trial to explore insight into psychosis; effects of a psycho-education programme on insight in a forensic population. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 24, 756-771.

Walravens, T. & van Heugten, T. (2012). *Herstelgerichte ondersteuning binnen justitiële zorg. Ontwikkelen en implementeren van herstelgerichte detentie*. Eindhoven: Walravens Zorgadvies & Ton van Heugten.

Ward, T. & Maruna, S. (2007). *Rehabilitation: Beyond the risk assessment paradigm*. London, UK: Routledge.

Ward, T. & Brown, M. (2004). "The Good Lives Model and conceptual issues in offender rehabilitation." *Psychology, Crime & Law*, 10, 243-257.

Webster, J.M., Staton-Tindall, M., Dickson, M.F., Wilson, J.F. & Leukefeld, C.G. (2014). Twelve-month employment intervention outcomes for drug-involved offenders. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 40, 200-5.

Wilrycx, G.K.M.L., Croon, M.A., van den Broek, A. & van Nieuwenhuizen, Ch. (2012a). Mental Health Recovery: Evaluation of a Recovery-Oriented Training Program. *The Scientific World Journal*, special issue "Mental Health, Recovery, and the Community", 1-7. doi: 10.1100/2012/820846.

Wilrycx, G.K.M.L., Croon, M.A., van den Broek, A. & van Nieuwenhuizen, Ch. (2012b). Psychometric properties of three instruments to measure recovery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26, 607–614. doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00957.x.

Wright-Berryman, J.L., McGuire, A.B. & Salyers, M.P. (2011). A review of consumer-provided services on assertive community treatment and intensive case management teams: implications for future research and practice. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 17, 37-44.

Wynaden, D., Barr, L., Omari, O., & Fulton, A. (2012). Evaluation of service users' experiences of participating in an exercise programme at the Western Australian State Forensic Mental Health Services. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21, 229–235

Xia, J., Merinder, L.B. & Belgamwar, M.R. (2011). *Psychoeducation for schizophrenia (Review)*. The Cochrane Collaboration, Issue 6..

Bijlage I: Toelichting interventies

Assertive Community Treatment (ACT): Assertive Community Treatment is een zorgorganisatiemodel dat zich onder andere kenmerkt door: hulp op verschillende levensgebieden vanuit één multidisciplinair team, outreachende hulpverlening en continuïteit van zorg.

BRIDGES: Building Recovery of Individual Dreams & Goals through Education & Support is een door peers geleide opleiding gericht op het empoweren van patiënten. In de opleiding wordt aandacht besteed aan de oorzaken en behandeling van psychische ziektes, zelfhulpvaardigheden, herstelprincipes en peer support.

CGT: cognitieve gedragstherapie is een mengeling van gedragstherapie met interventies die ontwikkeld zijn vanuit de cognitieve psychologie. De kern is de veronderstelling dat zogenaamde irrationele cognities (gedachten) zorgen voor disfunctioneel gedrag, zoals vermijdingsgedrag of agressie. De technieken die gebruikt worden in de cognitieve gedragstherapie richten zich op het veranderen van de inhoud van deze irrationele cognities.

Clubhouse Model: een rehabilitatiemethode waarbij werk wordt gezien als belangrijkste rehabilitatiedoel.

Community Reinforcement Approach (CRA): een breed-spectrum biopsychosociale gedragstherapeutische benadering die leefstijlverandering beoogt bij mensen met verslavingsgedrag. Het is gebaseerd op de aanname dat alcoholafhankelijkheid in stand wordt gehouden door allerlei bekrachtigers die gekoppeld zijn aan het gebruik, terwijl alternatieve bekrachtigers die niet aan gebruik gekoppeld zijn, nagenoeg ontbreken. Het ontwikkelen of tot stand brengen van zulke beloningen - met name op het gebied van sociale activiteiten, zodat abstinentie lonender is dan drinken - is essentieel voor het bereiken en vasthouden van abstinentie.

Critical Time Intervention (CTI): een methodiek van casemanagement die is bedoeld om mensen met complexe, meervoudige sociaal maatschappelijke en/of psychiatrische problematiek op gestructureerde wijze in verbinding te brengen met passende ondersteuning.

Good Lives Model (GLM): Het Good Lives Model is ontstaan als een alternatieve benadering voor strafrechterlijke interventies die gebaseerd zijn op het Risk-Needs-Responsivity (RNR) model. Het GLM richt zich vooral op het bevorderen van het welzijn van de delinquent en stelt de sterke eigenschappen en capaciteiten van het individu centraal.

HEE: Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid. HEE omvat effectieve werkwijzen en strategieën van mensen met psychische kwetsbaarheden om zichzelf te (leren) helpen. Het HEE-team bestaat uit ervaringsdeskundige docenten, die hun ervaringskennis overdragen aan anderen met het doel marginalisering van mensen met psychische beperkingen tegen te gaan en hun empowerment te bevorderen. Het HEE-programma omvat zelfhulpgroepen, studiedagen, cursussen en themabijeenkomsten in een samenhangend geheel. Het HEE-team biedt ook voorlichting op maat, adviseert en coacht individuen en organisaties en geeft lezingen.

Herstellen doe je zelf: een cursus bestaande uit twaalf bijeenkomsten van twee uur, waarin vijf tot maximaal acht cliënten in een veilige omgeving onder leiding van twee getrainde ervaringsdeskundige cursusleiders informatie krijgen over, reflecteren op, ervaringen uitwisselen over en oefenen met vaardigheden aangaande thema's die te maken hebben met herstel. Thema's zijn onder andere: persoonlijke ervaringen met herstel, keuzes maken over zorg of dagelijkse problemen, doelen stellen en het krijgen van sociale steun. Belangrijke elementen van de cursus zijn de aanwezigheid van rolmodellen, psycho-educatie en ziektemanagement, leren van elkaars ervaringen, sociale steun en huiswerkopdrachten. In de cursus ontdekken cliënten hun eigen kracht en mogelijkheden om van daaruit op eigen wijze en in eigen tempo stappen te zetten op de weg naar herstel.

Housing First: een specifieke vorm van Supported Housing, waarbij daklozen met meervoudige problematiek een woning krijgen aangeboden en daarnaast (woon)begeleiding. Nadruk ligt op het herwinnen van de regie over de eigen leefsituatie.

IPS: Individual Placement & Support is een Supported Employment interventie die mensen met psychiatrische problematiek ondersteunt bij het zoeken naar en het behouden van regulier betaald werk. Bij IPS ligt de focus op het snel zoeken naar regulier betaald werk, ondersteuning ook na het vinden van werk en samenwerking en integratie van de begeleiding met de rest van de behandeling.

Shared Decision Making (SDM): gezamenlijke besluitvorming, oftewel samen keuzes maken, is een manier van werken waarbij professional en patiënt samen tot een beleid komen dat het beste bij de patiënt past.

Strengths model: centraal in deze krachtenbenadering staan de eigen mogelijkheden van patiënten, evenals de hulpbronnen die de omgeving biedt om mensen met een ernstige psychiatrische stoornis als burger in de samenleving te laten participeren.

Supported Employment: een begeleid werken methodiek om op de werkplek praktische ondersteuning te bieden. Zie ook IPS.

Supported Education: een begeleid leren methodiek waarbij mensen met psychische problematiek worden ondersteund bij het behouden, kiezen en verkrijgen van een reguliere opleiding.

Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH): een methodiek die professionals toerust om patiënten te ondersteunen in hun herstel- en ontwikkelingsproces en omgevingen te creëren die steunend zijn.

Vet-to-vet: een door peers geleide training, ontwikkeld in Amerika voor veteranen met psychische problematiek. Professionals hebben een ondersteunende en adviserende rol en geven supervisie aan de peer facilitators. Bijeenkomsten bestaan uit het lezen van een curriculum met herstelgeoriënteerde publicaties en discussie.

Workforce Development Partnership: een strengths-based methodiek die professionals die werken met de forensische doelgroep toerust om persoonlijke ontwikkeling te stimuleren en vaardigheden te ontwikkelen. Werk en opleiding zijn geïntegreerd in het programma.

WRAP: Wellness Recovery Action Plan. WRAP is een in Amerika ontwikkeld zelfhulp-instrument dat mensen ondersteunt om weer greep te krijgen (en te houden) op het leven wanneer dat ontregeld is geraakt door ernstige gebeurtenissen. WRAP is een plan dat mensen zelf maken voor herstel in hun eigen leven. Dit proces wint sterk aan kracht door ervaringsdeskundige ondersteuning en uitwisseling.

Bijlage II: Tabellen resultaten literatuurstudie

Tabellen Peer support en ervaringsdeskundigheid

*** FP forensisch psychiatrische patiënten met psychotische stoornis Patiënten** F Patiënten in een forensische setting met een andere stoornis of geen stoornis (of niet vermeld in artikel)

** P Patiënten met een psychotische stoornis

* EPA Patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA)

RCT= Randomized Controlled Trial ; QE= quasi-experimentele studie; n.s.= niet significant

Tabel IA: Peer support en ervaringsdeskundigheid: studies met controleconditie of reviews/meta-analyses

Auteur en jaartal	Interventie	Soort studie RCT / QE /review	Soort herstelmaat	Effectief op herstelmaten ja /nee / n.s.	Peiler herstel (Peersupport, Familie, Wonen, Werk, Empowerment, Zelf management, Algemeen)
Duncan E.A.S., Nicol M.M., Ager, A. & Dalgleish, L. (2006) ***Mentally disordered offenders N= 4-40	Group interventions (problem- solving skills training, anger/aggression management, deliberate self-harm interventions and other interventions). The majority of the studies were based on a cognitive behavioural approach to intervention.	Review of the efficacy or effectiveness of group interventions (20 studies)	Various, e.g. (social) problem solving, knowledge about illness	Best evidence. This review confirmed that there has been some useful research into structured group therapy interventions with mentally disordered offenders, but the time has come to build on these studies and conduct high-quality rigorous research in this area. Methodological limitations in most of the studies (N, lack of comparison group in several studies, convenience sampling) and each of the reviewed studies is open to bias.	Algemeen rehabilitatie Peer support

<p>Walker H. (2013)</p> <p>***FP</p> <p>N=81</p>	<p>Psycho-education programme for people with psychosis. The programme offered a combination of didactic (information giving) sessions and behavioural (problem solving and coping skills) sessions. The programme was delivered where possible by a Consultant Psychiatrist and Clinical Nurse Specialist, or suitably qualified alternatives. Participants were encouraged to become involved in open discussion during each session and were issued with information relating to the session and supplementary reading material at the close of each session.</p>	<p>RCT</p>	<p>- Schedule for the Assessment of Insight [SAI])</p> <p>- patient understanding of symptoms (Forensic Assessment of Knowledge Tool)</p> <p>- management of illness and legal issues using a semi-structured questionnaire</p> <p>- mental state (The PANSS)</p> <p>- depression (The Calgary Depression Scale for Schizophrenia)</p> <p>- Quality of Life (The Schizophrenia Quality of Life Scale Revision 4 (SQLS-R4))</p> <p>- social behaviour (Behaviour Status Index [BEST-Index]).</p>	<p>Best evidence. Significant improvement in knowledge and empathy.</p>	<p>Peer support</p>
<p>Aho-Mustonen K. (2008)</p> <p>***FP</p> <p>N=15</p>	<p>An eight-time psychoeducational group. The sessions were conducted by two psychologists (the first and second authors of this article).</p>	<p>Pilot study/ RCT</p>	<p>“Knowledge of Schizophrenia” is a 23-item multiple-choice questionnaire adapted from the 25-item Knowledge About Schizophrenia Questionnaire (KASQ) of Ascher-Svanum and Krause. Awareness of illness and attitudes toward psychiatric treatment and medication were assessed by means of a 25-item questionnaire developed by the first author. The 21-item Beck Depression Inventory was used.</p>	<p>Best evidence. The results of this pilot study indicate that, in comparison with the control group, the study group’s knowledge of schizophrenia increased during the intervention.</p>	<p>Peer support</p>

Beck-Sander A. e.a. (1998) ***FP N=25	A group-based intervention on forensic patients recovering from psychosis.	QE design	The measure of change was self-report using Mulhall's Personal Questionnaire Rapid Scaling Technique (1978) which provided an overall rating on a scale of 0-9 across the following five constructs: (1) control over illness: 'I feel in control of my illness' (2) fear of relapse: 'I worry about becoming ill' (3) likelihood of relapse: 'My illness might recur' (4) coping with symptoms: 'I feel able to cope with my symptoms' (5) depression: 'I feel down or depressed'	Best evidence. The impact of the group-based intervention appeared to depend on whether the group member concerned denied or accepted his vulnerability to relapse at the outset of the group. The intervention appeared to have had some of the predicted outcomes for this group namely increased control over illness, increased ability to cope with symptoms and it reduces fear of relapse.	Peer support Zelfmanagement
Jones E.J. & McColl M.A. (1991) ***FP N=24	Interactional lifeskills group for offenders vs. conventional inpatient group therapy	QE design	Roles	Best evidence. The ILS group took on significantly more roles than the comparison group, particularly the pleaser, director, and risk-taker roles. Furthermore, the ILS group values the roles they occupied to a greater extent than did the comparison group and more ILS Ss felt excited about participating.	Peer support
Interventies onderzocht bij patienten met psychotische stoornissen					
Duckworth & Halpern (2014) **P	Peer support and peer-led family support for persons living with	Review	Knowledge, coping, self-care, social support, and self-management strategies.	Evidence based. The field has seen Wellness Recovery Action Plan (WRAP) named as evidence-based practice. A RCT was also conducted for another peer-developed and led program called Building Recovery of Individual Dreams & Goals	Zelfmanagement Peer support

Fontao & Hoffmann (2011) **p	Psychosocial treatment in group format with people diagnosed with schizophrenia	Review	Most studies examine the question whether, and if so, to what extent, “schizophrenic patients” who receive a complex treatment programme including different therapeutic approaches (medication, individual therapy, group therapy, milieu therapy, etc.) over a certain time, show better scores for the pre-defined success criteria (e.g. reduction of symptoms or relapse rate) than patients assigned to a control group in form of waiting list, “treatment as usual”, or an alternative psychotherapeutic approach.	through Education & Support. Family to Family, the largest peer-led family psychoeducation course, has also been named as an evidence-based practice. Evidence based. The main conclusion of a thorough review of the scientific literature on group approaches is that the bulk of current empirical research concentrates on outcome research.	Peer support Zelfmanagement
Castelain e.a. (2008). **p N=106	Peer support groups in psychosis	RCT	Personal Network Questionnaire (PNQ), Social Support List (SSL), Mental Health Confidence Scale (MHCS), Rosenberg scale, WHO Quality of Life (WHO QoL) Bref, Community Assessment of Psychic Experiences (CAPE)	Evidence based. The experimental group showed GPSG to have a positive effect on social network and social support compared with the control condition. In the experimental condition, high attenders favored over low attenders on increased social support, self-efficacy, and quality of life. Economic evaluation demonstrated groups to be without financial consequences. Evidence based/ best evidence. People with psychotic disorders were able and willing to use e-mental health services. Results suggest that e-mental health services are at least as effective as usual care or non-	Peer support Empowerment
Van der Krieke e.a. (2014) **p	E-mental health self-management interventions included psychoeducation, medication management, communication and shared decision making, management of daily functioning, lifestyle	Review (28 studies; 14 RCTs and 14 were feasibility and acceptability studies).	Use of e-mental health services versus use of non-technological services	Evidence based/ best evidence. People with psychotic disorders were able and willing to use e-mental health services. Results suggest that e-mental health services are at least as effective as usual care or non-	Peer support Zelfmanagement

	management, peer support, and real-time self-monitoring by daily measurements (experience sampling monitoring).			technological approaches. Larger effects were found for medication management e-mental health services. No studies reported a negative effect. Results must be interpreted cautiously, because they are based on a small number of studies.	
Interventies onderzocht bij patiënten met EPA					
Lloyd-Evans e.a. (2014) *EPA	EPA Peer support programmes	Systematic review and meta-analysis of 18 RCTs	Hope, recovery, empowerment, hospitalization, symptoms, satisfaction.	Evidence based. There was substantial variation between trials in participants' characteristics and programme content. There was little or no evidence that peer support was associated with positive effects on hospitalisation, overall symptoms or satisfaction with services. There was some evidence that peer support was associated with positive effects on measures of hope, recovery and empowerment at and beyond the end of the intervention, although this was not consistent within or across different types of peer support. Although there are few positive findings, this review has important implications for policy and practice: current evidence does not support recommendations or mandatory requirements from policy makers for mental health services to provide peer support programmes. Further peer support programmes should be implemented within the context of high quality research projects wherever possible.	Peer support. In Nederland evidence based: Recovery is up to you (Herstellen doe je zelf) WRAP wordt in Nederland onderzocht

Repper J. & Carter T. (2011) * EPA	employment Peer Support Workers (PSWs)	Review; 7 RCTs, waaronder ook Davidson (2004), Rogers (2007) en Solomon (1995) die al opgenomen zijn. Verder Clarke (2000), Dummont (2002), O'Donnel (1999) en Sells (2006).	Admissions + functioning	Evidence based. RESULTS: The literature demonstrates that PSWs can lead to a reduction in admissions among those with whom they work. Additionally, associated improvements have been reported on numerous issues that can impact on the lives of people with mental health problems. CONCLUSION: PSWs have the potential to drive through recovery-focused changes in services. However, many challenges are involved in the development of peer support. Careful training, supervision and management of all involved are required.	Peer support
Rowe M. e.a. (2007) *EPA N=114	Peer-support group intervention & peer mentorship to reduce substance use and criminality among persons with EPA	RCT	Addiction severity index (ASI) Criminal Justice data	Best evidence. Of the outcomes, only decreased alcohol use was attributable to the experimental intervention. Although this may be a chance finding, peer- and community-oriented group support and learning may facilitate decreased alcohol use over time.	Peer support Evaringsdeskundigheid
Chinman e.a. (2014) *EPA	Three service types: peers added to traditional services, peers in existing clinical roles, and peers delivering structured curricula.	Review; 20 studies (1995-2012) Veel overlap met studie Lloyd-Evans.	Various outcome measures	Evidence based. The level of evidence for each type of peer support service was moderate. Many studies had methodological shortcomings, and outcome measures varied. The effectiveness varied by service type. Across the range of methodological rigor, a majority of studies of two service types—peers added and peers delivering curricula—showed some improvement favoring peers.	Peer support Evaringsdeskundigheid

<p>Pickett (2012) (in alle reviews) *EPA N=428</p>	<p>Peer-Led Recovery Education using Building Recovery of Individual Dreams and Goals through Education and Support (BRIDGES). Two-and-one-half hour classes were taught once a week for 8 weeks by peers who were certified BRIDGES instructors.</p>	<p>Single blind RCT; individuals were assigned to BRIDGES or to a list control condition.</p>	<p>Recovery Assessment Scale (RAS), State Hope Scale (SHS), the depression subscale of the Brief Symptom Inventory (BSI)</p>	<p>Compared with professional staff, peers were better able to reduce inpatient use and improve a range of recovery outcomes, although one study found a negative impact. There was more evidence in support of peers added to traditional services (8 of 13 studies found a positive peer impact) and in support of peers delivering curricula (4 of 4 studies found similar impact). There was less support for peers in existing roles (assuming a regular provider position; 1 of 3 studies found positive outcomes). These results differ from the Cochrane review (Pitt), in part because that review excluded quasi-experimental trials and studies involving peer-delivered curricula.</p>	
				<p>Best evidenceEighty-six percent of participants were followed up. On average, participants attended five sessions. Individuals participating in BRIDGES showed significantly greater improvement than controls in self-perceived recovery and some aspects of hopefulness (across rural, urban and suburban study sites). Severity of depressive symptoms had a negative influence on recovery outcomes. At the same time, BRIDGES produced superior outcomes over time, despite participants' high depressive symptom severity.</p>	<p>Peer support</p>

Van Gestel-Timmermans (2012) (in Lloyd-Evans) *EPA N=333	A 12-week peer-run course on recovery; "Recovery Is Up to You."	Randomized controlled trial. Assessments took place at baseline, after three months (at the end of the course), and after six months.	Herth Hope Index, the Manchester Short Assessment of Quality of Life, the Mental Health Confidence Scale, the Dutch Empowerment Scale, and the Loneliness Scale.	Best evidence The intervention had a significant and positive effect on empowerment, hope, and self-efficacy beliefs but not on quality of life and loneliness. The effects of the intervention persisted three months after participants completed the course.	Peer support Empowerment
Barbic S. e.a. (2009) *EPA N=33	The Recovery Workbook as a group intervention for persons with serious mental illness.	RCT	The Herth Hope Index, the Empowerment Scale, the Recovery Assessment Scale, and the Quality of Life Index.	Best evidence. Participation in the intervention group was associated with positive change in perceived level of hope, empowerment, and recovery but not in quality of life. The associations remained after analyses controlled for demographic variables.	Peer support
Boevink e.a. (2009). *EPA	HEE; Zie zorgprogramma.				Peer support Empowerment
Kaplan 2011 *EPA (22 % schizofrenie; 78 % stemmingsstoornissen) N=300	An unmoderated, unstructured Internet peer support; similar to what is naturally occurring on the Internet, on the well-being of individuals with psychiatric disabilities.	RCT; three conditions: experimental Internet peer support via a listserv, experimental Internet peer support via a bulletin board, or a control condition. Assessments at baseline, 4- and 12 months post-baseline.	The recovery assessment scale (RAS), Lehman's quality of life (QOL) interview, The Empowerment Scale, The medical outcomes study (MOS) social support survey, Hopkins symptoms checklist, Questions pertaining to participation in the online group and Questions pertaining to experiences in the online group.	Evidence based. No differences between conditions on the main outcomes. Post-hoc repeated measures ANOVAs found that those individuals who participated more in Internet peer support reported higher levels of distress than those with less or no participation (p = 0.03). Those who reported more positive experiences with the Internet peer support group also reported higher levels of psychological distress than those reporting less positive experiences (p = 0.01).	Peer support

<p>Segal 2011</p> <p>*EPA (41 % schizofrenie en 59 % stemmingsstoornissen)</p> <p>N=139</p>	<p>The COSP includes peer support groups, material resources, drop-in socialization, and direct services. The CMHA was a county mental health organization that provides outpatient mental health services for people with mental illness. These services include assessment, medication review, individual and group therapy, case management, and referral.</p>	<p>RCT; clients were randomly assigned to agency-only service or to a combination of COSP and CMHA services. Client-members were assessed at baseline and eight months</p>	<p>Diagnostic Interview Schedule for DSM-IV (DIS-IV), The Personal Empowerment Scale, the Self-Efficacy Scale, Independent Social Integration Scale (ISIS), Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), and The Hopelessness Scale.</p>	<p>Best evidence. Results indicated that significant changes in three recovery-focused outcomes were associated with service condition across time: social integration (p<.001), personal empowerment (p<.006), and self-efficacy (p<.001). All changes favored the CMHA-only condition. Neither symptomatology nor hopelessness differed by service condition across time.</p>	<p>Peer support</p>
<p>Resnick 2008</p> <p>*EPA</p> <p>N=296</p>	<p>Although meetings are entirely peer led, Vet-to-Vet programs are affiliated and colocated with mental health services, and mental health staff serve as consultants to peer facilitators, provide initial training and weekly supervision, and help to obtain additional resources. Meetings occur five days per week, follow a “read and discuss” format using an established curriculum of recovery-oriented publications, and have a voluntary attendance policy</p>	<p>Control condition, no randomisation; the study compared the effectiveness of the Vet-to- Vet program, a peer education and support program, and standard care without peer support. A third cohort (cohort 2-V) was constructed that consisted of the subset of participants from the second cohort who directly participated in more than ten Vet-to-Vet sessions.</p>	<p>Recovery Attitudes Questionnaire (RAQ), The Mental Health Confidence Scale, The 28-item Making Decisions Scale was used as a measure of general empowerment, Recovery Assessment Scale (to specifically measure mastery and empowerment over symptoms of mental illness). Secondary measures: Activities of Daily Living Scale, Global Assessment of Functioning (GAF), two self-report questions from the Addiction Severity Index (ASI), Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS).</p>	<p>Evidence based. In the intention-to-treat analyses, the Vet-to-Vet cohort scored significantly higher on measures of empowerment. In the as-treated analyses, significant differences favoring the Vet-to-Vet cohort were observed on both empowerment and confidence. Secondary analyses of clinical measures showed significant differences favoring the cohorts 2 and 2-V on measures of functioning and on alcohol use. Conclusions: These data suggest that participation in peer support may enhance personal well-being, as measured by both recovery-oriented and more traditional clinical measures.</p>	<p>Peer support Empowerment</p>
<p>Rogers 2007 (ook in Pitt en Repper)</p>	<p>Consumer- Operated Service Programs (COSP) within the context of a multisite, federally funded, randomized</p>	<p>RCT</p>	<p>The Making Decisions Empowerment (MDE) scale, Personal Empowerment (PE)</p>	<p>Evidence based. Results suggest that the individuals who received the consumer-operated services perceived higher levels of</p>	<p>Peer support Empowerment</p>

<p>*EPA N=1827</p>	<p>clinical trial of COSPs</p>		<p>scale & The Organizationally Mediated Empowerment (OME) scale. Intervention engagement intensity was assessed by program attendance.</p>	<p>personal empowerment than those in the control intervention; overall, effect sizes were very modest when all sites were examined together in intent-to-treat analyses. However, variations in outcomes were noted by intensity of COSP use and also by study site, which suggest that specific programs had significant effects, while others did not.</p>	
<p>Chinman 2013 *EPA PS group N=149, Usual Care N=133</p>	<p>Comparing patients served by three intensive case management teams that each deployed two Peer Specialists (PSs) for 1 year, to the patients of three similar teams without PSs (Usual Care).</p>	<p>RCT; cluster randomized controlled trial</p>	<p>Recovery self-assessment (RSA), The Mental Health Recovery Measure (MHRM), Quality of Life Instrument-Brief Version (QOLI), Patient Activation Measure (PAM), In addition to the total score, the BASIS-R scales that were used were interpersonal relationships, depression, and psychosis.</p>	<p>Evidence based. Patients in the Peer Specialist (PS) group improved significantly more (z=2.00, df=1, p= 0.05) than those receiving Usual Care on activation. There were no other significant differences. PSs helped patients become more active in treatment, which can promote recovery.</p>	<p>Peer support Ervaringsdeskundigheid</p>
<p>Sledge W.H. e.a. (2011) *EPA (69 % schizofrenie, 31 % stemmingsstoornissen) N=74</p>	<p>The study examined the feasibility and effectiveness of using peer support to reduce recurrent psychiatric hospitalizations.</p>	<p>A randomized controlled design was used, with follow-up at nine months after an index discharge from an academically affiliated psychiatric hospital.</p>	<p>The outcome measures were the number of hospitalizations and hospital days during the nine-month study period, which were documented through medical records and an administrative database.</p>	<p>Best evidence. Implementation of the program was feasible and patients who were assigned a recovery mentor had fewer hospital admissions and hospital days over a nine-month period than patients who were not assigned a mentor.</p>	<p>Peer support</p>
<p>Pitt 2013 *EPA</p>	<p>Consumer-providers in mental health teams</p>	<p>Review; 11 RCT's</p>	<p>psychosocial, mental health symptom and service use outcomes, client satisfaction</p>	<p>Evidence based. There is low to moderate quality evidence from 11 randomised controlled trials indicating that involving consumer-providers in mental health teams results in psychosocial, mental health</p>	<p>Peer support Ervaringsdeskundigheid</p>

<p>Wright-Berryman 2011 *EPA</p>	<p>Consumer-providers in ACT teams</p>	<p>Review; 8 RCTs, 5 quasi-experimental, between-group comparisons; and 3 pre-post designs</p>	<p>Various outcome measures</p>	<p>Evidence based/ best evidence. Including a consumer provider on an ACT team could enhance the outreach mechanisms of ACT, using a more recovery-focused approach to bring consumers into services and help engage them over time. More rigorous research is needed to further evaluate integrating consumer providers on teams.</p>	<p>symptom and service use outcomes for clients that are no better or worse than those achieved by professionals employed in similar roles, particularly for case management services. There is no difference in client satisfaction with services. There is no evidence of harm associated with involving consumer-providers in mental health teams. Future decisions regarding consumer-provider involvement should consider how their involvement differs compared to trained professionals and the potential impact this will have. Job descriptions, wages and benefits, training and supervision, and strategies to successfully integrate consumer-providers into multi-disciplinary teams are important issues to consider when implementing this type of intervention.</p>	<p>Peer support</p>
<p>Davidson 2012 *EPA</p>	<p>Review</p>		<p>Engaging in care, use of emergency rooms, substance abuse, hope, self-care</p>	<p>Evidence based. Thus far, there is evidence that peer staff providing conventional mental health services can be effective</p>	<p>Peer support</p>	

	<p>in engaging people into care, reducing the use of emergency rooms and hospitals, and reducing substance use among persons with co-occurring substance use disorders. When providing peer support that involves positive self-disclosure, role modeling, and conditional regard, peer staff have also been found to increase participants' sense of hope, control and ability to effect changes in their lives; increase their self-care, sense of community belonging, and satisfaction with various life domains; and decrease participants' level of depression and psychosis.</p>				
--	---	--	--	--	--

KWAL=kwantitatieve studie, LONG=longitudinale studie (meerdere metingen)

Tabel IB: Peer support en ervaringsdeskundigheid: grijze literatuur/ longitudinale studies zonder controleconditie/ kwalitatief onderzoek

Auteur en jaartal	Interventie	Soort studie Geen, KWAL, LONG	Relevantie /uitkomsten	Peiler herstel (Peersupport, Familie, Wonen, Werk, Empowerment, Zelfmanagement, Algemeen)
Interventies onderzocht bij forensisch psychiatrische patiënten met psychotische stoornis				
Livingston J.D. (2013) ***FP N=25	Intervention to increase patient engagement by establishing a peer support program (weekly mutual peer support groups and individual-based peer support), strengthening a patient advisory committee and creating a patient-led research team.	Naturalistic, prospective, longitudinal approach (19 months), quantitative and qualitative data (MHRM, SOLES, MDES, IEPA, RSA, EssenCES).	Best evidence. The evaluation demonstrated that forensic inpatients can be supported to participate in a diverse range of engagement activities, including peer support, peer research, and patient advisory roles. Implementing these strategies in a forensic hospital required careful planning and continuous problem solving. The study revealed that patient participation in the peer support program, but not the other two components of the intervention, was associated with increases in personal recovery and may have prevented increases in levels of internalized stigma. The total intervention had minimal impacts on internalized stigma, personal recovery, personal empowerment, service engagement, therapeutic milieu and the recovery orientation of services.	Peer support Empowerment zelfmanagement
Garrett M. & Lerman M. (2007) ***FP	An CBT intervention that might increase insight and revitalize progress toward discharge. 20 individual sessions once a week during 45 minutes by a psychotherapist trained in CBT. Experienced therapists trained	KWAL	Best evidence. Results were encouraging. Despite the chronicity of illness, six of eight patients were judged to have benefited from the CBT intervention. Patients who improved may have been responding both	Algemeen Peer support

8 ; patients hospitalized >10 years	most of the patients, but other experienced staff were recruited to the effort by providing a weekly seminar and peer supervision focused on CBT for psychosis. Patient-centered approach; As “coinvestigators,” therapist and patient examine “evidence” for and against the patient’s beliefs.			to nonspecific supportive aspects of the treatment and to the CBT intervention itself.	
McInnis E. e.a. 2006 ***FP N=9	A recovery-themed cognitive behavioural group for clients suffering from chronic positive and negative symptoms of schizophrenia, on a low secure inpatient unit.	Baseline and post-intervention measures of insight, self-esteem and knowledge about schizophrenia. Additional post-intervention measures included compliance with medication, feelings about schizophrenia, qualitative views and access to the community.		Best evidence. Overall, the results were positive within the limits of this small-scale study. Following the intervention, most participants reported that they were less frightened about psychosis, and felt more in control of their illness and more optimistic about their future.	Selfmanagement Peer support Empowerment
Wynaden (2012) ***FP N=56	Healthy lifestyle programme (a formal exercise programme coordinated by and exercise physiologist); sessions include topics, such as managing stress, nutrition and making healthy eating choices, and incorporating exercise into everyday life. The formal exercise programme offers a range of individual, group, and team exercises, and patients spend between 30 min to 1 hour per day completing their programme.	KWAL 6 month evaluation by self-report questionnaires		Best evidence. Overall, patients reported that the programme assisted them to manage their psychiatric symptoms, as well as improving their level of fitness, confidence and self-esteem.	Selfmanagement Peer support
Laithwaite e.a. (2007) ***FP N=15	A standardized group programme for improving self-esteem in individuals with psychosis living in high security settings. The self-esteem programme was delivered by a chartered clinical psychologist (HL), a clinical nurse specialist in cognitive behaviour therapy, and an assistant psychologist.	LONG Participants were assessed at baseline, mid-way (5 weeks) through the programme, at the end of the programme (10 weeks) and at 3-month post group follow-up. Rosenberg Self-esteem Measure, Robson Self-concept questionnaire, Self-images Profile for Adults & PANSS, PSYRATS, Beck Depression Inventory.		Best evidence. The results demonstrated significant improvements in self-esteem over the course of the group intervention, with some effects maintained at 3-month follow-up.	Peer support Empowerment
Laithwaite e.a. (2009) ***FP	Recovery group intervention based on compassionate mind training, for individuals with psychosis.	Assessments at the start of the group, mid-group (5 weeks), at the end of the programme and at 6 week follow-up. Social Comparison Scale (SCS), External Shame (the Other as Shamer Scale -		Best evidence. The results provide initial indications of the effectiveness of a group intervention based on the principles of compassionate focused therapy for this	Algemeen Peer support

N=19		OAS), Self-Compassion Scale (SeCS), The Beck Depression Inventory II, The Rosenberg Self-Esteem measure (RSE), The Self-Image Profile for Adults (SIP-AD).	population.	
Ferguson e.a. (2009) ***FP N=14	An empirically derived, wellbeing intervention in a forensic setting; a strength-based, client centered approach (based on the Good Lives Model). The intervention (6 weekly one-hour group sessions) focuses on developing goal setting and planning skills (linked to well-being). The intervention focused on positive engagement with goals rather than reducing problems or negative feelings, therefore there was no focus on symptoms of mental illness or offending behaviour.	Positive and Negative Affect Scale (PANAS), Satisfaction with Life Scale (SWLS), Future Thinking Task (FTT), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Beck Hopelessness Scale (BHS), Negative Syndrome Scale (NSS).	Best evidence. There was a significant effect of treatment on well-being and symptoms of mental illness. By the end of treatment (and maintained at two-month follow-up), participants reported reduced hopelessness and negative affect and increased positive future thinking. They were also rated as presenting with fewer negative symptoms of psychosis. Participants also reported higher levels of satisfaction with life two months post-intervention compared to pre-intervention. The results support the view that developing goal setting and planning skills in mentally disordered offenders enhances well-being and impacts on symptoms of mental illness.	Zelfmanagement Peer support Empowerment
Meyer et al. (2012) ***FP N=16	Group positive psychotherapy for people with schizophrenia.	Longitudinal pilot study. Sixteen participants were recruited to participate in two separate PL groups and were assessed at baseline, post-intervention and at 3-month follow-up. Feasibility of this intervention was examined. Well-being outcomes were assessed including psychological well-being, hope, savoring, and self-esteem as well as clinically related outcomes including symptoms, psychological recovery, and social functioning.	Best evidence. Findings indicate that the PL group was feasible and associated with possible improvements in psychological well-being, hope, savoring, psychological recovery, self-esteem, and psychiatric symptoms.	Algemeen
Rani S. & Byrne H. (2013)	A five day training course on dual diagnosis was developed by the authors and delivered annually within the Irish forensic mental health service	This qualitative descriptive study was aimed at exploring the experiences of service users' telling their stories on a dual diagnosis training course. Data was	Best evidence. Three themes emerged from the analysis: the benefits, the challenges for the service users and strategies for their future involvement.	Peer support

**F		collected using one-to-one interviews from seven service users.	Service users reported psychological, personal and social benefits and there were perceived benefits for the learners. Public speaking, preparing for the talk and taking questions from the trainees were the main challenges. They suggested several strategies for overcoming challenges in the future courses.	
-----	--	---	--	--

Interventies onderzocht bij patiënten met EPA				
Stevenson, C., Barker, P., & Fletcher E. (2002). *EPA N=150	An innovative nursing model (the Tidal Model generating hope). The model includes recovery groups, solution finding groups, information groups.	Pre- posttest	Best evidence. In relation to outcomes, the pre-post-test design has generated significant findings in relation to improved patient care.	Peer support Algemeen
Fukui S. e.a. (2010) *EPA N=47	Peer-led groups based on Pathways to Recovery (PTR): A Strengths Recovery Self-Help Workbook; 12-week sessions	Pre-posttest research The Rosenberg Self-Esteem Scale, the General Self-Efficacy Scale, Multidimensional Scale of Perceived Social Support, the Spirituality Index of Well-Being, and the Modified Colorado Symptom Index were employed as recovery outcomes.	Best evidence. Findings revealed statistically significant improvements for PTR participants in self-esteem, self-efficacy, social support, spiritual well-being, and psychiatric symptoms.	Peer support
Lucksted e.a. (2009) *EPA N= 138	A structured, experiential, self-empowerment, relapse prevention and wellness program led by trained peer mentors for people with mental illnesses.	A brief anonymous survey before and after participating in the program.	Best evidence. Analyses of responses from 138 participants indicated that they gained significant benefits, especially in areas central to the Peer-to-Peer curriculum—specifically, knowledge and management of their illness, feelings of being less powerless and more confident, connection with others, and completion of an advance directive. Qualitative analysis of responses to an open-ended postintervention question supported the quantitative findings.	Peer support
Pandya A. Jan Myrick K. (2013) *EPA	The review provides an overview of several programs that promote wellness and recovery.	Review	Best practice. In addition to peer-led courses, ongoing peer support and a range of applications for mobile devices can help consumers lead a self-directed and affirming life that facilitates symptom management and reduction and maximizes wellness. By understanding wellness and recovery and how people living with mental illnesses achieve these goals, psychiatrists may build rapport with their patients and improve outcomes. By familiarizing oneself with new resources available to people with serious mental illness,	Peer support Zelfmanagement Empowerment

<p>Van Gestel-Timmermans e.a. (2014) *EPA N= 59</p>	<p>Herstellen doe je zelf in de verslavingszorg</p>	<p>KWAL Evaluatie aan de hand van 24 semi-structureerde interviews en aan de hand van checklists</p>	<p>mental health clinicians may be able to suggest supports that extend far beyond the time constraints of our current treatment model.</p> <p>Best evidence. De cursus lijkt van toegevoegde waarde te zijn voor de verslavingszorg. Cursisten gaven aan dat de cursus, anders dan therapie en twaalf stappen groepen, meer gericht is op wat er in de plaats kan komen van bijvoorbeeld het drinken en wat je daarna wilt, in de toekomst. Ze vonden het belangrijk om verder te kijken dan hun verslaving. Over het algemeen hadden zowel deelnemers als cursusleiders positieve ervaringen met de cursus. De cursus is goed uitvoerbaar binnen de verslavingszorg en de cursusleiders hielden zich goed aan het protocol.</p>	<p>Zelfmanagement Empowerment Peer support</p>
<p>Van Gestel-Timmermans e.a. (2014) *EPA N=26</p>	<p>Herstellen doe je zelf in de maatschappelijke opvang</p>	<p>KWAL Evaluatie aan de hand van drie focusgroepen (één met cursusleiders en twee met cursisten) en checklists</p>	<p>Best evidence. Ook hier werd de cursus in hoge mate gewaardeerd door cursusleiders en cursisten. De cursus lijkt belangrijk te zijn voor het herstel van mensen in de maatschappelijke opvang, omdat belangrijke aspecten van herstel zoals hoop, empowerment en zelfvertrouwen werden gestimuleerd. Ook werd de eigen verantwoordelijkheid van patiënten gestimuleerd. Daardoor zou de cursus een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan de nieuwe ontwikkelingen naar een meer herstelgerichte zorg. Een ander belangrijk aspect van de cursus is het sociale contact met medecursisten. De cursisten ervaren het belang van dit contact, doordat ze over hun problemen praten en deze delen met anderen. Hierdoor worden ze gestimuleerd om hun eigen sociale netwerk, dat vaak ontbreekt door alle negatieve ervaringen, weer op te bouwen. De cursus is goed uitvoerbaar en sluit aan bij de behoeften van mensen die aan hun herstel willen werken.</p>	<p>Zelfmanagement Empowerment Peer support</p>

Tabellen WERK/ WONEN

Tabel IIA: Werk en Wonen: studies met controleconditie of reviews/meta-analyses

Auteur en jaartal	Interventie	Soort studie RCT / QE	Soort herstelmaat	Effectief op herstelmaten ja /nee / n.s.	Peiler herstel (Peersupport, Familie, Wonen, Werk, Empowerment, Zelf management, Algemeen)
Interventies onderzocht bij forensisch psychiatrische patiënten					
Place, C e.a. (2011) **F	ACT en Forensisch ACT	Review. RCTs en longitudinaal onderzoek. 14 studies betreffen forensische EPA-Patiënten en ACT of Forensische ACT	Justitiële uitkomstmaten en reguliere uitkomstmaten	Evidence based & best evidence. Ten aanzien van ACT laten drie RCTs positieve resultaten zien op justitiële uitkomstmaten; 1 longitudinale studie vond géén sign resultaten. De studies laten een wisselend beeld zien t.a.v. de reguliere uitkomstmaten. Ten aanzien van Forensische ACT is er (enig) bewijs dat dit leidt tot minder criminaliteit of detentiedagen bij forensische EPA-Patiënten. 8 studies laten overwegend positieve resultaten zien op zowel reguliere als forensische uitkomstmaten. Van de 2 RCTs heeft 1 niet-significante resultaten en 1 heeft positieve resultaten op justitiële uitkomstmaten.	Wonen Algemeen
Webster M. e.a. (2014) **F N=500	A twelve-month employment intervention outcomes for drug-involved offenders	RCT; Participants were randomly assigned to drug court as usual (control group) or to the employment intervention in addition to drug court	Addiction Severity Index, typical work status since the baseline interview, days paid for legal employment in the past 30 days and since the baseline interview (past year), and income from legal employment in the past 30 days and since the baseline	Evidence based. The present study adds to the growing substance abuse and employment literature. It demonstrates the efficacy of an innovative employment intervention tailored for drug-involved offenders by showing positive changes in 12-month employment outcomes, most strongly for those who have not had recent employment success.	Werk

<p>Lucenti R. & Gorczyk J. (2006)</p> <p>**F</p> <p>N=355; 164 mannen en 191 vrouwen</p>	<p>Workforce Development Program. Research Demonstration Project. Ontwikkeld met input van gedetineerden; strength based levensvaardigheden programma. Holistische benadering die wordt ingezet op drie verschillende gebieden: leefgroep, schoolomgeving en werkomgeving.</p>	<p>QE</p>	<p>interview (past year)</p> <p><i>Habits of Mind</i> Questionnaire, a measure created specifically for the Program's evaluation and based on the 16 <i>Habits of Mind</i> (levensvaardigheden), Employment- and Re-incarceration rates.</p>	<p>Best evidence. Quasi-experimenteel onderzoek naar WDP bij gedetineerden met een hoog risico en slecht arbeidsverleden, heeft significante resultaten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verbeterde levensvaardigheden 93% bij de mannen en 96 % bij de vrouwen • Minder recidive 59% versus 74% bij de mannen en 38% versus 63% bij de vrouwen • Vinden van werk 91% versus 64% bij de mannen en 71% versus 30% bij de vrouwen. <p>Het behouden van werk lukt deelnemers van de experimentele groep vaker dan deelnemers van de controlegroep (95% versus 86% bij de mannen en 87% versus 75% bij de vrouwen). Deze verschillen zijn niet significant.</p>	<p>Werk Wonen</p>
<p>Interventies onderzocht bij patiënten met psychotische stoornis</p>					
<p>Schöttle, D e.a. (2013)</p> <p>**P</p>	<p>Integrated care in patients with schizophrenia</p>	<p>Overview on integrated care trials (2011-2013) focusing on effectiveness and efficiency. 8 RCTs and 21 non-RCT studies</p>		<p>Evidence based/ best evidence. The most commonly used models are, among others, Community Mental Health Teams, Intensive Case Management of Assertive Community Treatment. Details on rationales and further content details are often missing within the publications, which decreases their comparability, the chance to draw final conclusions, and thereby their transferability into other health-care systems. Most RCTs and non-RCTs show an advantage of the integrated care model compared with TAU with regard to effectiveness and efficiency.</p>	<p>Wonen Algemeen</p>
<p>Marshall M. & Rathbone J. (2011)</p>	<p>Early intervention for psychosis</p>	<p>18 RCTs</p>		<p>Evidence based. There is emerging, but as yet inconclusive evidence, to suggest that people in the prodrome of</p>	<p>Werk Familie Algemeen</p>

<p>**p</p> <p>Total N = 1808</p>				<p>psychosis can be helped by some interventions. There is some support for specialised early intervention services, but further trials would be desirable, and there is a question of whether gains are maintained. There is some support for phase-specific treatment focused on employment and family therapy, but again, this needs replicating with larger and longer trials.</p>	
<p>Dixon L.B. e.a. (2010)</p> <p>**p</p>	<p>The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements</p>	<p>Review</p>		<p>Evidence based. The review process produced 8 treatment recommendations in the following areas: assertive community treatment, supported employment, cognitive behavioral therapy, family-based services, token economy, skills training, psychosocial interventions for alcohol and substance use disorders, and psychosocial interventions for weight management. Reviews of treatments focused on medication adherence, cognitive remediation, psychosocial treatments for recent onset schizophrenia, and peer support and peer delivered services indicated that none of these treatment areas yet have enough evidence to merit a treatment recommendation, though each is an emerging area of interest.</p>	<p>Algemeen</p>
<p>Chien e.a. (2013)</p>	<p>Treatments for schizophrenia spectrum disorders, part II: psychosocial interventions and patient-focused perspectives in psychiatric care</p>	<p>Review</p>	<p>Symptoms, level of functioning, and/or relapse rate</p>	<p>Evidence-based Five main approaches to psychosocial intervention had been used for the treatment of schizophrenia: cognitive therapy (cognitive behavioral and cognitive remediation therapy), psychoeducation, family intervention, social skills training, and assertive community treatment. Most of these five approaches applied to people with schizophrenia have demonstrated satisfactory levels of short- to medium-term clinical efficacy in terms of</p>	<p>Algemeen</p>

Gigantesco e.a. (2006) **p N=78	The VADO approach in psychiatric rehabilitation	RCT	Personal and Social Performance Scale, Brief Psychiatric Rating Scale Version	<p>symptom control or reduction, level of functioning, and/or relapse rate. To conclude, current approaches to psychosocial interventions for schizophrenia have their strengths and weaknesses, particularly indicating limited evidence on long-term effects. To improve the longer-term outcomes of people with schizophrenia, future treatment strategies should focus on risk identification, early intervention, person-focused therapy, partnership with family caregivers, and the integration of evidence-based psychosocial interventions into existing services.</p> <p>Evidence based. A statistically and clinically significant improvement in functioning was observed among patients treated with the VADO approach.</p>	Algemeen
Interventies onderzocht bij patiënten met EPA					
Burns T. (2010) *EPA Total N= 7819 patients	ACT	Review; 64 trials	hospitalization outcomes	<p>Evidence based. The review included measures of model fidelity and hospitalization outcomes. Variation in reduced hospitalization was found to be mainly due to variation in control service practice but model fidelity to team organization principles was also associated with reduced hospitalization. Low caseloads and specified ACT staffing, however, had no effect at all on outcome. 'Ordinary CMHTs' share most of the organizational aspects of ACT and appear to deliver equal outcomes with much reduced resources. The value of investing in high fidelity ACT teams must, therefore, be in doubt.</p>	Wonen

<p>Farkas M. & Anthony W. (2010) *EPA</p>	<p>Psychiatric rehabilitation interventions; the study differentiates psychosocial interventions that can be classified as psychiatric rehabilitation interventions from other psychosocial interventions.</p>	<p>Overview</p>		<p>Evidence based. Psychiatric rehabilitation interventions: strengths model, person centred rehabilitation case management approach, ACT, peer support, supported employment (IPS), supported housing, supported education, clubhouses, client based industries, social firms, motivational interviewing, Fountain House clubhouses. *Social skills training: modifications such as preparing for SST by identifying an overall rehabilitation goal, only teaching the assessed critical skills for that goal and modifying the lessons to reflect a teaching process which involves the learner in a partnership, can enhance SST as a rehabilitation intervention.* Complementary psychosocial interventions are: Shared decision making about medications, WRAP, Illness Management and Recovery. * Shared decision making has also been suggested as useful for rehabilitation goal setting, however, such an application does not correspond to the values of self-determination in recovery and rehabilitation.*</p>	<p>Wonen Werk Algemeen</p>
<p>Kertesz, S.G. e.a. (2009). *EPA</p>	<p>Housing First</p>	<p>Review</p>	<p>Housing retention, addiction severity</p>	<p>Evidence based & best evidence (case studies). According to reviews of comparative trials and case series reports, Housing First reports document excellent housing retention, despite the limited amount of data pertaining to homeless clients with active and severe addiction. Several linear programs cite</p>	<p>Wonen</p>

<p>Nelson G. e.a. (2007) *EPA</p>	<p>Housing and support, ACT and intensive case management interventions for persons with mental illness who have been homeless</p>	<p>Review; 16 controlled outcome evaluations; experimental/ quasi experimental design</p>	<p>Homelessness, hospitalization, and e.g. well-being</p>	<p>reductions in addiction severity but have shortcomings in long-term housing success and retention. This article suggests that the current research data are not sufficient to identify an optimal housing and rehabilitation approach for an important homeless subgroup.</p> <p>Evidence based/ best evidence. The study revealed significant reductions in homelessness and hospitalization and improvements in other outcomes (e.g., well-being) resulting from programs that provided permanent housing and support; assertive community treatment (ACT), and intensive case management (ICM). The best outcomes for housing stability were found for programs that combined housing and support (effect size = .67), followed by ACT alone (effect size = .47), while the weakest outcomes were found for ICM programs alone (effect size = .28).</p>	<p>Wonen</p>
<p>Rogers e.a. (2009) *EPA</p>	<p>Supported Housing</p>	<p>Review; 68 articles</p>	<p>Living situation</p>	<p>Evidence based/ best evidence. There are several well controlled studies of supported housing and several studies conducted with less rigorous designs. Overall, the synthesis suggests that supported housing can improve the living situation of individuals who are psychiatrically disabled, homeless and with substance abuse problems. Results show that supported housing can help people stay in apartments or homes up to about 80% of the time over an extended period. In order to be most effective, intensive case management services (rather than traditional case</p>	<p>Wonen</p>

<p>Chilvers e. a. (2006) *EPA</p>	<p>Determine the effects of supported housing schemes compared with outreach support schemes or 'standard care' for people with EPA living in the community</p>	<p>Review; 139 studies</p>	<p>Living situation</p>	<p>management) are needed and will generally lead to better housing outcomes. Having access to affordable housing and having a service system that is well-integrated is also important. Providing a person with supported housing reduces the likelihood that they will be re-hospitalized, although supported housing does not always lead to reduced psychiatric symptoms. Supported housing can improve clients' quality of life and satisfaction with their living situation.</p>	
<p>Bond G.R. & Drake R.E.</p>	<p>IPS</p>	<p>Review / overview</p>	<p>Vocational outcomes</p>	<p>Best evidence. Although 139 citations were acquired from the searches, no study met the inclusion criteria. Dedicated schemes whereby people with severe mental illness are located within one site or building with assistance from professional workers have potential for great benefit as they provide a 'safe haven' for people in need of stability and support. This, however, may be at the risk of increasing dependence on professionals and prolonging exclusion from the community. Whether or not the benefits outweigh the risks can only be a matter of opinion in the absence of reliable evidence. There is an urgent need to investigate the effects of supported housing on people with severe mental illness within a randomised trial.</p> <p>Evidence based. Several systematic reviews conclude</p>	<p>Women</p> <p>Werk</p>

<p>(2014)</p> <p>*EPA</p>				<p>that IPS enhances vocational outcomes. About two-thirds of IPS participants succeed in competitive employment, typically working 20 h or more per week and sustaining employment for years. IPS helps people with different diagnoses, educational levels, ethno-racial backgrounds, and prior work histories, long-term Social Security beneficiaries, young adults, older adults, veterans with post-traumatic stress disorder, and people with co-occurring mental illness and substance use disorders. People who obtain competitive employment through IPS enhance their income, self-esteem, quality of life, social inclusion, and control of symptoms. These enhancements to well-being persist at 10-year follow-ups. People with SMI often report that IPS is good treatment and central to their recovery.</p>	
<p>Marshall T. e. a. (2014)</p> <p>*EPA; Adults with mental disorders or co-occurring mental and substance use disorders</p>	<p>Supported Employment</p>	<p>Review; 12 systematic reviews and 17 RCTs</p>	<p>Vocational outcomes</p>	<p>Evidence based. The level of research evidence for supported employment was graded as high, based on 12 systematic reviews and 17 randomized controlled trials of the individual placement and support model. Supported employment consistently demonstrated positive outcomes for individuals with mental disorders, including higher rates of competitive employment, fewer days to the first competitive job, more hours and weeks worked, and higher wages. There was also strong evidence supporting the effectiveness of individual elements of the model. Conclusions: Substantial evidence demonstrates the</p>	<p>Werk</p>

				effectiveness of supported employment. Policy makers should consider including it as a covered service. Future research is needed for subgroups such as young adults, older adults, people with primary substance use disorders, and those from various cultural, racial, and ethnic backgrounds.	
Bond G.R. e.a. (2008) *EPA	Supported Employment	Review; 11 RCTs	competitive employment	Evidence based. Across the 11 studies, the competitive employment rate was 61% for IPS compared to 23% for controls. About two-thirds of those who obtained competitive employment worked 20 hours or more per week. Among those who obtained a competitive job, IPS participants obtained their first job nearly 10 weeks earlier than did controls. Among IPS participants who obtained competitive work, duration of employment after the start of the first job averaged 24.2 weeks per year, or 47% of the 52-week year.	Werk
The Cochrane Collaboration (2010) *EPA	Vocational rehabilitation	Review; 18 RCTs	Vocational outcomes	Evidence based. Supported employment is more effective than Pre-vocational Training in helping severely mentally ill people to obtain competitive employment. There is no clear evidence that Pre-vocational Training is effective.	Werk
Rogers E.S. e.a. (2010) *EPA	Supported Education	Review; 17 articles	educational opportunities in integrated settings in the community	Evidence based & best evidence. There are a very few well-controlled studies of supported education and numerous studies with minimal evaluation data and less rigorous designs. Evidence from existing studies	Onderwijs

<p>Dieterich e.a. (2010) N=7328 participants</p>	<p>Intensive casemanagement for Severe Mental Illness</p>	<p>Review; 38 trials</p>	<p>Various outcomes</p>	<p>suggests that individuals with significant psychiatric disabilities can enroll in and pursue educational opportunities in integrated settings in the community. There is preliminary evidence that supported education can assist individuals to identify educational goals, find and link to resources needed to complete their education and assist them in coping with barriers to completing their education. There is very preliminary but insufficient information that supported education can increase the educational attainment of individuals with psychiatric disabilities. Because many studies are short term and focus on course completion, there is no rigorous evidence to suggest that supported education will lead to a greater number of individuals with psychiatric disabilities possessing advanced degrees or certificates. Further, there is no rigorous evidence that supported education leads to higher employment rates among participants.</p> <p>Best evidence The trials provided data for two comparisons: 1. ICM versus standard care, 2. ICM versus non-ICM. ICM was found effective in ameliorating many outcomes relevant to people with severe mental illnesses. Compared to standard care ICM was shown to reduce hospitalisation and increase retention in care. It also globally improved social functioning, although ICM's</p>	<p>Algemeen</p>
--	---	--------------------------	-------------------------	---	-----------------

					effect on mental state and quality of life remains unclear. ICM is of value at least to people with severe mental illnesses who are in the sub-group of those with a high level of hospitalisation (about 4 days/month in past 2 years) and the intervention should be performed close to the original model. It is not clear, however, what gain ICM provides on top of a less formal non-ICM approach. The authors do not think that more trials comparing current ICM with standard care or non-ICM are justified, but currently they know of no review comparing non-ICM with standard care and this should be undertaken.	
Korevaar E. L. (2005) *EPA	Begeleid leren	Vijf case studies	Reguliere opleiding (kiezen, verkrijgen, behouden)	Onderwijs		
Michon e.a. (2013) *EPA N=151	IPS (vs. controlegroep)	RCT	Regulier betaald werk als hoofduitkomstmaat	Werk	Evidence based. Patiënten in de IPS groep hebben significant vaker regulier betaald werk gevonden. De beide groepen verschilden nauwelijks in de mate waarin Patiënten werk hadden gevonden volgens de meest brede definitie (inclusief vrijwilligerswerk). In de eerste 6 maanden verschilden beide groepen niet significant, maar na 6-18 maanden vond wel een significant hoger percentage van de IPS-groep betaald werk (34 % vs. 18 %). Na 18 tot 30 maanden was er ook geen significant verschil, hoewel het percentage, evenals in de eerst 6 maanden, bij de	

<p>Swildens W. e.a. (2011) *EPA N=156</p>	<p>IRB versus gebruikelijke begeleiding bij persoonlijke doelen</p>	<p>RCT</p>	<p>Goal attainment change in work situation and independent living, the Personal Empowerment Scale, the Camberwell Assessment of Needs, and the World Health Organization Quality of Life assessment.</p>	<p>IPS groep iets hoger lag. Evidence based. The rate of goal attainment was substantially higher in PR at 24 months (adjusted risk difference: 21%, 95% CI 4% to 38%; number needed to treat [NNT] = 5). The approach was also more effective in the area of societal participation (PR: 21% adjusted increase, CAU: 0% adjusted increase; NNT = 5) but not in the other secondary outcome measures.</p>	<p>Algemeen</p>
---	---	------------	---	--	-----------------

Tabel IIB: Werk en Wonen: grijze literatuur/ longitudinale studies zonder controleconditie/ kwalitatief onderzoek

Auteur en jaartal Doelgroep en aantal deelnemers (N)	Interventie	Soort studie Geen, KWAL, LONG	Relevantie / uitkomsten	Peiler herstel (Peersupport, Familie, Wonen, Werk, Empowerment, Zelf management, Algemeen)
Interventies onderzocht bij forensisch psychiatrische patiënten met psychotische stoornis				
Barendregt (2012) ***FP	Good Lives Model	Beschrijvend	<p>Best evidence By using the Good Lives Model as a theoretical basis for the new proposed conceptual framework, we focus on the complete lives of incarcerated offenders in order to explain reoffending and psychiatric relapse. In taking this holistic approach to explain delinquent behavior among youngsters, we do not limit ourselves to those factors directly related to criminal behavior but, instead, focus on capacities and skills in all life domains. Like the Good Lives Model that states that sometimes it is better to target non-criminogenic needs, we have added several elements to the proposed framework that may not be directly related to reoffending or psychiatric relapse. These factors can have an impact on reoffending and psychiatric relapse through experienced quality of life. In this way, we expect youngsters with a higher experienced quality of life to desist from crime after discharge, while youngsters 16 with a lower perceived quality of life are more likely to reoffend or to experience a psychiatric relapse.</p>	Algemeen

<p>Robertson e.a. (2011)</p> <p>***FP</p>	<p>Rehabilitation frameworks in forensic mental health (2011).</p>	<p>Beschrijvend</p>	<p>Best evidence; although in the early stages of development and application, the Good Lives Model of forensic mental health (GLM-FM) shows promise in being able to conform to all aspects of a sound rehabilitation theory. The GLM-FM is a strength based, client-centered, and recovery oriented approach . It focuses on promoting individuals' important personal goals while at the same time reducing and managing their risk for future offending. In good lives assessment/ treatment the risk of harm can be reduced through the provision of skills that can meet this need (e.g. CBT skills, medication, and using relationship skills effectively). A growing body of research studies have incorporated principles of the GLM into interventions for sexual and violent offending with positive results, while others have offered support for the GLM's underlying assumptions. Adoption of the GLM enhances treatment engagement and positive therapeutic relationships, as well as the promotion of longer term desistance from offending.</p>	<p>Algemeen</p>
<p>Smith R.J. (2010)</p> <p>**F</p> <p>N=91</p>	<p>Forensic continuum of care with ACT for persons recovering from co-occurring disabilities</p>	<p>Follow-up study</p>	<p>Best evidence. Results showed continued positive outcomes for an additional 73 program graduates in terms of non-reoffending, psychiatric stability, substance abuse abstinence, stable housing and meaningful activity. This continuum of care recovery model had strong results in preventing criminal recidivism in addition to achieving improved mental health, abstinence and quality of life.</p>	<p>Wonen</p>
<p>Heemskerk I. & Vogelvang B. (2010)</p> <p>***F, Jongeren tussen 16 en 26 jaar</p>	<p>Methode De Sluis; intensieve en gefaseerde begeleiding gericht op maatschappelijke aansluiting en exclusie én vermindering van recidive en overlast.</p>		<p>Best practice/ Best evidence. De methode is doorontwikkeld en de kennis en ervaring van de uitvoerende werkers is verzameld, uitgebreid en vastgelegd. Er is veel aandacht voor ketensamenwerking en doorgaande begeleiding. Deze is het meest effectief als concrete ondersteuning wordt geboden bij het aanleren van vaardigheden, in combinatie met begrenzen van recidiverende, niet-adequate gedragingen, het versterken</p>	<p>Algemeen Wonen Werk</p>

			van maatschappelijke steunpunten op het gebied van dagbesteding en sociale netwerken en het streven naar een nieuwe, delictvrije toekomst. De doorontwikkelde methode fungeert in de praktijk als richtsnoer voor alle medewerkers van de Sluis ('halfway houses'), is transparant voor ketenpartners en biedt concrete aanknopingspunten voor samenwerking en is (op termijn) overdraagbaar naar vergelijkbare instellingen.	
Interventies onderzocht bij patiënten met psychotische stoornis				
Van Wel & Landsheer (2013) **p N=99	IRB	Evaluatieonderzoek Uitkomstmaten: maatschappelijke participatie en functioneren	Best evidence. De maatschappelijke participatie steeg.	Algemeen
Interventies onderzocht bij patiënten met EPA/ anders				
Rapp C. A. & Goscha R. J. (2006)	The Strengths Model	Beschrijvend	Best evidence The Strengths Model is described as a set of principles and values, and a theory of practice and methods, and is based on a set of beliefs: that people can recover, reclaim and transform their lives; that all people have unique strengths, talents and skills; and that community provides a key to helping people achieve well-being. The Strengths Model has been refined over time and applied to various areas of social work. It has been used in employment support, care of the elderly, community development and family, and young people projects, finally being adopted by the University of Kansas School of Social Work as one of its core curriculum subjects.	Algemeen
Drukker M. e. a. (2013) *EPA N=645	Flexible ACT (460) versus two groups of patients (102 controls, 97 patients with at least one earlier FACT episode) not currently provided with a specific model of community service.	QE	Best evidence. Data showed that most patients in FACT also had non-FACT episodes after the start of FACT. Furthermore, patients in FACT displayed higher levels of psychosocial functioning and used more outpatient care than the other two groups.	Wonen

Norman C. (2006) *EPA N=4	The clubhouse model*	The aim of the study was to explore the members' perception of the rehabilitation process.	<p>Best evidence. Three keystones on which the thematic subculture rests were identified: meaningful relationships, meaningful work tasks and a supportive environment. The member must, in the first place, internalize the ideology as well as view differences between people as a resource rather than an obstacle. This was experienced as a turning point. The work-ordered day functioned as a framework and a resource for members and staff to work intensively with relationships. Some members experienced their membership as too intense at times which could result in a temporary withdrawal. A limitation of the study is that only members who experienced a turning point were involved in the study. This means that the data may lack some critical views of the ideology of the clubhouse.</p> <p>* The clubhouse model is a method of rehabilitation. Members and staff are supposed to take a communal responsibility for managing and maintaining the clubhouse. Work is considered the main tool of rehabilitation within the clubhouse. The members are also offered study possibilities, living opportunities, participation in working groups/ committees or transitional employment.</p>	Werk Algemeen
Padgett D.K. e.a. (2011) *EPA N=75	Housing First versus Treatment First Programs	QE - interviews	<p>Best evidence. The HF group had significantly lower rates of substance use and substance abuse treatment utilization; they were also significantly less likely to leave their program. Housing First's positive impact is contrasted with the difficulties Treatment First programs have in retaining clients and helping them avoid substance use and possible relapse.</p>	Wonen
Bean F.K. e.a. (2013) Homeless people who are medically vulnerable N=47	Housing first and peer support	Comparisons of interviews with participants who were housed at the day of their move-in and 6-months and 12-months after their move-in.	<p>Best evidence. Ninety-eight percent of the participants remained in housing after 12 months. Individuals who were housed reported significant increases in their access to and utilization of planned health care services and quality of life, and reductions in their involvement in the criminal justice system.</p> <p>Conclusion and Implications for Practice: Housing first, harm reduction, and peer support models demonstrate effectiveness in decreasing substance use and improving the quality of life of people who are homeless over time.</p>	Wonen

<p>Tuynman M. (2012) Daklozen</p>	<p>Wonen in zelfbeheer; gebruikers van de voorziening nemen als groep verantwoordelijkheid voor elkaar en voor de voorziening.</p>	<p>Evaluatieonderzoek</p>	<p>Best practice. Er zijn aanwijzingen dat zelfbeheerde voorzieningen diensten leveren van goede kwaliteit. Zelfbeheer levert een aanzienlijke bijdrage aan dagbesteding van dakloze mensen. Vergelijkend onderzoek naar resultaten op het gebied van uitstroom, maatschappelijke participatie en re-integratie ontbreken vooralsnog, maar de gegevens van de drie zelfbeheerde voorzieningen zijn bemoedigend. Van de bewoners van de Je Eigen Stek kreeg een derde betaald werk en een kwart ging een training of cursus volgen. Van de bewoners van de Nachtopvang uit Noodzaak Nijmegen kreeg de helft betaald werk en één van de vijftien beheerders ging een cursus of training volgen. Best practice.</p>	<p>Wonen</p>
<p>Den Hollander D. & Wilken (2011) *EPA</p>	<p>Systematisch Rehabilitatie-gericht Handelen</p>	<p>Beschrijvend</p>		<p>Algemeen</p>
<p>Van Gestel-Timmermans (2012) *EPA</p>	<p>Trajectbegeleiding verbinden met systeemtherapie</p>	<p>Evaluatieonderzoek naar de effectiviteit</p>	<p>Best evidence. Rapport over de koppeling van trajectbegeleiding voor jongeren met een justitiële maatregel aan systeemgerichte behandeling.</p>	<p>Werk</p>

Tabellen Familieinterventies

Tabel IIIA: Familieinterventies: studies met controleconditie of reviews/meta-analyses

Auteur en jaartal	Interventie	Soort studie RCT / QE	Soort herstelmaat	Effectief op herstelmaten ja /nee / n.s.	Peiler herstel (Peersupport, Familie, Wonen, Werk, Empowerment, Zelf management, Algemeen)
Interventies onderzocht bij forensisch psychiatrische patiënten met psychotische stoornis					
Absalom-Hornby (2012) **p N=2764	Familie-interventies	Meta-analyse; 41 RCT's	Sociaal functioneren	Evidence based Familie-interventies bij patiënten met schizofrenie kunnen bijdragen aan: minder terugval (n=24), verbeterd sociaal functioneren (n=9), meer kennis over de ziekte bij familie (n=4), afname van psychotische symptomen (n=12). Secundaire uitkomstmaten bij enkele studies lieten verbeterde relaties en afname van burden zien. Zowel individuele familie interventies, groepsinterventies als gemengde familie-interventies zijn effectief. Hiertussen zijn geen verschillen gevonden in effectiviteit. Hetzelfde geldt voor interventies met alleen een familielid of met familielid en patiënt en door welke soort hulpverlener de interventie wordt gegeven. Om bij één cliënt successen te boeken moeten vijf patiënten en hun familie een familie interventie krijgen.	Familie
Pharoah F, Mari JJ, Rathbone J, Wong W (2010)	Family psychosocial interventions	Review/meta analyse; 53 RCT's	Oa opname, terugval Expressed emotion binnen de familie General social	Evidence based Family intervention may decrease the frequency of relapse, hospital admission and encourage compliance with medication	Familie

<p>update van 2006 die genoemd is in de multidisciplinaire richtlijn (ook genoemd in review Chien 2013)</p> <p>**P</p>			<p>impairment</p>	<p>but it does not obviously affect the tendency of individuals/ families to leave care. Family intervention also seems to improve general social impairment and the levels of expressed emotion within the family. Further data from trials that describe the methods of randomisation, test the blindness of the study evaluators, and implement the CONSORT guidelines would enable greater confidence in these findings</p>	
<p>Okpokoro U, Adams CE, Sampson S. (2014)</p> <p>**P</p> <p>N=163</p>	<p>Brief family interventions (psycho educatie in een beperkt aantal sessies)</p>	<p>Review; 4 RCT's</p>	<p>Opname Begrip van de stoornis bij familie Gebruik van zorg</p>	<p>Beste Evidence</p> <p>It is not clear if brief family intervention reduces the utilisation of health services by patients, as most results are equivocal at long term and only one study reported data for the primary outcomes of interest of hospital admission. Data for relapse are also equivocal by medium term. However, data for the family outcome of understanding of family member significantly favoured brief family intervention (n = 70, 1 RCT, MD 14.90, 95% CI 7.20 to 22.60, very low quality evidence). Slechte kwaliteit van studies volgens auteur. Interventie zou mogelijk effectiever zijn bij betere en grotere studies.</p>	<p>Familie</p>
<p>Chien ea (2013)</p> <p>**P</p> <p>N=>4.800</p>	<p>Family (or family based) interventions</p>	<p>Review;>50 RCT's</p>	<p>Kennis, terugval, (her)opname, sociaal functioneren</p>	<p>Evidence based en best evidence</p> <p>Familie interventies (zoals psycho-educatie en <i>family behavioral management</i>) als aanvulling op standaardzorg of verslavingsbehandeling kunnen de kennis van familie verbeteren over de ziekte,</p>	<p>Familie</p>

<p>Lucksted ea (2012)</p> <p>**P (uitkomsten apart vermeld voor mensen met schizofrenie)</p>	<p>Family psycho educatie (FPE)</p> <p>Combines informational, cognitive, behavioral, problem-solving, emotional, coping, and consultation therapeutic elements. Gegeven door een profesional, vooral diagnosespecifiek en als onderdeel van de behandeling. Verder variëren de psycho-educatieprogramma's in duur, sessies, mate van deelname cliënt, setting en focus</p>	<p>Review</p>		<p>vermindert <i>burden</i> bij familie en terugval (tot 2 jaar) bij patienten (Review Pharoah)</p> <p>Zowel interventies (zowel met één gezin als met meerdere gezinnen en met een gevarieerde inhoud en technieken) die 3 maanden tot 3 jaar duurden hadden een verband met minder terugval en heropnames.</p> <p><i>Behavioral family management</i> (10 sessies gedurende 3 maanden) met meerdere gezinnen is effectief gebleken in het verminderen van de symptomen en <i>burden</i> bij familie, stimuleren van remissie en het verbeteren van sociaal functioneren.</p>	
				<p>Evidence based</p> <p>Veel studies tonen positieve effecten van FPE op het gebied van terugval en heropname en functioneren bij clienten met schizofrenie. De effecten voor familie zijn wisselend, maar</p> <p>It is becoming clear that the outcomes associated with family psycho education benefit not only consumers' clinical profile but also wider quality of life domains. For example, Resnick, Rosenheck, and Lehman (2004) reanalyzed data from the initial Schizophrenia PORT client survey (825 persons with schizophrenia) and found that having received family psychoeducation in the past year was significantly related to three of four recovery domains they evaluated (hope, knowledge, and empowerment, but not quality of life as measured). Maar tegelijkertijd lijken de</p>	<p>Familie</p>

Chien & Norman (2009) **P	Mutual support group for family caregivers	Review; 25 studies (waarvan 11 met een controleconditie)	<p>Familie: Kennis over stoornis en behandeling Familiërelatie/contact Stress</p> <p>Familie en patiënt: Functioneren</p>	<p>programma's nog erg ontwikkeld vanuit de 'oude' visie van de behandeling van een chronische patiënt in plaats van de herstelondersteunende visie gericht op het herstel en verantwoordelijkheid van de klant voor zijn herstel</p> <p>Meta analyse naar alleen familie psycho-educatie (zonder andere familie-interventies) is gewenst.</p> <p>Evidence based There is consistent evidence of the immediate or short-term (< 1 year) positive effects of mutual support groups on the physical and psychosocial health conditions of patients and their families (less burdens, more knowledge, improved coping)</p> <p>Inconsistente uitkomsten op de lange termijn.</p> <p>Veel studies hadden geen controlegroep, gebruikten geen gestandaardiseerde/gevalideerde meetinstrumenten of hadden geen lange follow-up meting.</p>	Familie Familie peer support
Interventies onderzocht bij patiënten met EPA					
Dixon ea (2011) *EPA N=318 (familieleden)	Peer-taught Family-to-Family Education Program for mental illness 12 weken: developed and conducted by trained family members. In weekly two- to three-hour sessions, family member attendees receive information about mental	RCT (wacht controle) 3 maanden follow up	Hersteluitkomstmaten bij familieleden (die deels ook patiëntgerelateerd zijn): Empowerment en family functioning with the Family Assessment Device (FAD). The FAD evaluates family functioning and family relations	<p>Evidence based FTF participants had significantly greater improvements on indicators of problem-focused coping, as measured by empowerment (within the family, service system, and community subscales) and knowledge about mental illness. Subjective burdens did not differ across groups. In exploratory analyses, FTF participants had</p>	Familie Peer support

	illnesses, medication, and rehabilitation. They also learn self-care, mutual assistance, and communication skills, as well as problem-solving strategies, advocacy skills, and ways to develop emotional insight into their responses to mental illness			significantly greater improvements on the COPE acceptance subscale, which emphasizes the importance of accepting one's family member's illness. FTF participants also showed significant reductions in the anxiety subscale of the BSI and significantly improved scores on the FAD problem-solving subscale compared with controls. The effect sizes for empowerment were in the medium range, whereas other effect sizes were small. Two previous studies suggested that FTF reduces participants' subjective burden and increases their perceived empowerment. The first was an uncontrolled trial; in the second, participants served as their own controls during a waiting list period	
Lucksted e.a. (2013) *EPA N=113 (familieteden)	Peer-taught Family-to-Family Education Program for mental illness Zie Dixon ea 2011	Follow up van de experimentele groep 9 maanden follow up	Zie Dixon ea 2011	Evidence based Resultaten die 3 maanden na het familieprogramma gevonden zijn, zijn er ook na 9 maanden follow-up zonder extra boosters of terugkombijeenkomsten. Zie Dixon ea 2011	Familie Peer support
Richards e.a. (2009) *EPA	Familie-interventies	Literatuur review		Evidence based The review indicates the potential for positive outcomes for families following family interventions in dual diagnosis, which may be beneficial in a forensic setting in lowering risk	Familie
Eakes, G., Walsh, S., Markowski, M., Cain, H. and Swanson, M. (1997)	Familie georiënteerde kortdurende oplossingsgerichte therapie. De onderzochte therapie	Quasi-experimentele pilot	Familie-omgeving (dimensies: expressie, active-recreational orientation, cohesie, conflict, achievement)	Best evidence Als meetinstrument is de FamilyEnvironment Scale (FES) gebruikt. Voorafgaand aan de therapie waren geen significante verschillen gevonden op FES. Na vijf therapie sessie zijn	Familie Empowerment Zelfmanagement

<p>**P familieleden en Patiënten (> 18jaar) met schizofrenie 22 (Patiënten en familieleden)</p>	<p>bestond uit vijf oplossingsgerichte sessies binnen een periode van tien weken De controle groep bestond uit de gebruikelijke sessies vanuit de traditionele medische benadering</p>		<p>orientation, organisatie, controle, onafhankelijkheid)</p>	<p>significante verschillen gevonden: De scores van de experimentele groep (n=12) op expressie en active-recreational orientation namen toe (actiever in vrijetijdsbesteding), terwijl de scores van de controlegroep (n=10) afnamen. De score voor moral-religious emphasis bleef in de experimentele groep gelijk en nam toe bij de controlegroep. De incongruentieschaal steeg bij de controlegroep en daalde bij de experimentele groep, d.w.z. dat er meer overeenstemming was op de verschillende dimensies van de FES tussen cliënt en familie. Geen significante verschillen op cohesie, conflict, achievement orientation, organisatie, controle, onafhankelijkheid. Meer onderzoek nodig hiernaar</p>	
<p>Lako e.a. (2013) Studie loopt nog Daklozen en misbruikte vrouwen</p>	<p>Critical Time Intervention</p>	<p>RCT</p>	<p>Quality of life (primary outcome for abused women) and recurrent loss of housing (primary outcome for homeless people) as well as secondary outcomes (e.g. care needs, self-esteem, loneliness, social support, substance use, psychological distress and service use) were assessed</p>	<p>Evidence-based Based on international research CTI is expected to be an appropriate intervention for clients making the transition from institutional to community living. If CTI proves to be effective for abused women and homeless people, shelter services could include this case management model in their professional standards and improve the (quality of) services for clients.</p>	<p>Netwerk</p>
<p>Tomita & Herman, 2012</p>	<p>Critical Time Intervention</p>	<p>RCT</p>	<p>Psychiatric rehospitalization was</p>	<p>Evidence-based <i>Results: At the end of the</i></p>	<p>Netwerk</p>

<p>*EPA N=150</p>			<p>assessed via participant self-report in follow-up interviews conducted every six weeks over 18 months by research interviewers blind to treatment condition. Psychiatric hospitalization was defined as an overnight stay in a psychiatric unit in a general hospital, psychiatric hospital, or psychiatric emergency room.</p>	<p>follow-up period, psychiatric rehospitalization was significantly lower for the group assigned to CTI compared with the usual services group (odds ratio=.11, 95% confidence interval=.01-.96). Conclusions: This study demonstrated that CTI, primarily designed to prevent recurrent homelessness, also reduced the occurrence of rehospitalization after discharge.</p>	
<p>Jones e.a. (2003) *EPA N=96</p>	<p>Critical Time Intervention</p>	<p>RCT</p>	<p>Costs and housing outcomes for the two groups were examined over 18 months.</p>	<p>Evidence-based Although difficult to conduct, studies of the cost-effectiveness of community mental health programs can yield rich information for policy makers and program planners. The critical time intervention program is not only an effective method to reduce recurrent homelessness among persons with severe mental illness but also represents a cost-effective alternative to the status quo.</p>	<p>Network</p>

Tabel IIIB: Familieinterventies: grijze literatuur/ longitudinale studies zonder controleconditie/ kwalitatief onderzoek

Auteur en jaartal	Interventie	Soort studie Geen, KWAL, LONG	Relevantie /uitkomsten	Peiler herstel (Peersupport, Familie, WOnen, WERK, Empowerment, Zelf management, Algemeen)
Doelgroep en aantal deelnemers (N) Absalom, V., Gooding, P., Tarrier, N. (2012) **F N=1	Web based CBT forensic family intervention	Casestudy	Best evidence Eerste sessies zijn face to face. Vervolgens wekelijkse sessies van 60-90 minuten via de webcam. O.a. toegenomen kennis bij moeder en zus, verbeterde algemene gezondheid, minder schuld, schaamtegevoelens, minder zorgen, meer angst algemeen bij moeder, meer verdriet en angst voor de toekomst bij zus.	Familie
Draine & Herman (2007) **F + EPA Prisoners with severe mental health problems	This article describes CTI as a promising model to provide support for reentry from prison for people with mental illness. A conceptual model is presented for evaluating the impact of CTI on the transition from correctional settings to the community.	A conceptual model is presented for evaluating the impact of CTI on the transition from correctional settings to the community.	Much work remains to be done toward developing and testing a variety of effective models to facilitate community reentry of persons with mental illness from different types of correctional facilities. Among collaborative mental health and criminal justice interventions, the most impressive results to date have been obtained from interventions that rely on assertive community treatment, sometimes in a time-limited format, as the primary driver of consumer-level outcome. CTI presents an alternative that is specifically structured to build mental health system capacity to facilitate transitions, establish connections for reentering clients, and allow the connections to work. CTI differs from most reentry programs that are initiated by the justice system in its focus on the well-being of the consumer as a value at least on par with public safety.	Netwerk
Interventies onderzocht bij patiënten met psychotische stoornis				
Allen ea (2013)	Geïntegreerde familie-	KWAL (diepte-interviews)	Best evidence	Familie

**P N=7	interventie	met 7 Patiënten)	Empowerment
Lefley (2001) **P	Weekly psychoeducational support group (offered as a public service)	Geen onderzoek	Three central themes highlighted the participants' experience: (1) They welcomed the shared experience with their families and felt contained and valued by the therapists; (2) They felt the sessions contributed to changed patterns of relating within the family and the creation of new meaning through the validation of multiple perspectives; and (3) They described how the family sessions supported a new positioning in the world, a sense of their own empowerment and personal responsibility, greater self-acceptance, an increased ability to manage emotions, and hope for the future. Practice based
Chiu ea (2013) * Mental health N=109	Peer-led FamilyLink Education Programme (FLEP)	Longitudinaal: voormeting, naming direct na interventie en zes maanden na interventie	Familie Peersupport
Broussard ea (2014) **P N=39	Low-Literacy recovery-oriented, visually based psychoeducational tools	Informal discssiongroups	Familie Herstel algemeen Zelfmanagement

Tabellen EMPOWERMENT / ZELFMANAGEMENT

Tabel IVA: Empowerment & Zelfmanagement: studies met controleconditie of reviews/meta-analyses

Auteur en jaartal	Interventie	Soort studie RCT / QE	Soort herstelmaat	Effectief op herstelmaten ja /nee / n.s.	Peiler herstel (Peersupport, Familie, Wonen, Werk, Empowerment, Zelf management, Algemeen)
Interventies onderzocht bij forensisch psychiatrische patiënten met psychotische stoornis					
Kern R.S. e.a. (2009) ***FP	Psychological treatments Social skills training (zie ook Kurtz), Cognitive Behavioral Therapy (CBT), Cognitive remediation, Social cognition training	Review		Social Skills training programs affects a number of dimensions important to recovery in persons with schizophrenia and can have broader effects on community functioning as well. GBT: a number of independent studies have shown improvements in mood and community functioning . CR: there are fewer studies relevant to testing effects on recovery. SCT: there are a few innovative studies; results are promising.	Algemeen
Schindler V.P. (2005) ***FP N=84	Role development is a theory-based individualized intervention in which staff and participant work collaboratively to identify and develop the participant's social roles, such as worker, student, friend, and group member, and the task and interpersonal skills associated with these roles.	Quasi-experimental design	Role Functioning Scale (Goodman, Sewell, Cooley & Leavitt, 1993); the Task Skills Scale, and the Interpersonal Skills Scale (Mosey, 1986; Rogers, Sciarappa & Anthony, 1991).	Best evidence. Role Development program showed statistically significant improvement in the development of task skills, interpersonal skills, and role functioning, especially at four weeks of treatment, in comparison to participants in the control group. Qualitative data from staff focus groups and patient interviews supported the findings.	Empowerment
Randal P. e.a. (2003) ***FP	Recovery-focused multimodal psychotherapy	Quasi-experimental design; Nine people with treatment-resistant schizophrenia or	The overall Positive and Negative Symptom Scale (PANSS) & General behaviour scores on	The treatment group showed clinically significant improvements in PANSS scores which was significantly better than the	Algemeen

N=21			schizoaffective disorder were engaged in individual multimodal psychotherapy for up to 21 months. They also received standard inpatient care. Twelve people in the comparison group received standard inpatient care.	the Rehabilitation Evaluation of Hall and Baker	changes found in the comparison group (p = 0.037). General behaviour scores were clinically improved. Recovery-focused multimodal psychotherapy may facilitate symptom and function improvement in people with treatment-resistant psychotic illness	
Haddock G. e.a. (2009) ***FP N=77	Cognitive behavioural therapy v. social activity therapy for people with psychosis and a history of violence		A single-blind RCT	Primary outcome of violence and secondary outcomes of anger, symptoms, functioning and risk. Outcomes were evaluated by masked assessors at 6 and 12 months.	Best evidence. CBT targeted at psychosis and anger may be an effective treatment for reducing the occurrence of violence.	Zelfmanagement
Hall P.L. & Tarrier N. (2003) ***FP N=23	The cognitive behaviour treatment of low self-esteem in psychotic patients; a simple cognitive behavioural intervention (as described by Tarrier, 2001: use of coping strategies and self-regulation) to improve self-esteem in psychotic patients who scored poorly on a self-esteem measure.		Pilot study RCT	Robson Self Concept Questionnaire (self-esteem), the Hospital Anxiety and Depression Scale, the Positive and Negative Syndrome Scale for schizophrenia, the Social Functioning Scale, and a self-constructed questionnaire (administered post intervention) to assess satisfaction with the intervention and subjective effects.	Results: increased self-esteem, decreased psychotic symptomatology and improved social functioning. These benefits were largely maintained at 3-month follow-up.	Algemeen
Interventies onderzocht bij patiënten met psychotische stoornis						
Mueser e.a. (2013) **P	Review: psychosocial treatments for schizophrenia		Evidence based practices (and promising practices)		Evidence based practices include ACT, (CBT for psychosis, cognitive remediation,) family psychoeducation, illness self-management training, social skills training and SE.	Zelfmanagement Werk Wonen Familie
Hodgekins J & Fowler D. (2010) **P N=77	CBT therapy with a specific focus on instantiating positive self-concept and promoting hope for the future. This is in contrast to traditional CBT approaches,		RCT	Primary outcome = weekly hours in structured activity. Beck Hopelessness Scale, Positive and negative beliefs about self and others were assessed with the	Evidence based. SRCBT had a significant effect on improving positive beliefs about self and others. A trend was noted suggesting a main effect of SRCBT on reducing hopelessness among individuals with nonaffective	Algemeen

Pilling S. e.a. (2002) **P Totale N= 471 patients	which focus on self-defeating negative cognitions Social skills training	Review; 9 RCTs	Brief Core Schema Scales.	psychosis. Increases in positive beliefs about self were found to mediate improvements in activity in the SRCBT group. Evidence based. There was no clear evidence for any benefits of social skills training on relapse rate, global adjustment, social functioning, quality of life or treatment compliance. Cognitive remediation had no benefit on attention, verbal memory, visual memory, planning, cognitive flexibility or mental state. Conclusions. Social skills training and cognitive remediation do not appear to confer reliable benefits for patients with schizophrenia and cannot be recommended for clinical practice.	Algemeen
Kurtz M.M. & Mueser K. T. (2008) **P	Social skills training	Meta-analysis; 22 RCTs	Evidence based. Outcome measures were categorized according to a proximal-distal continuum in relation to the presumed site of	Evidence based. Outcome measures were categorized according to a proximal-distal continuum in relation to the presumed site of action of skills training interventions, with content mastery tests and performance-based measures of skills assumed to be most proximal, community functioning and negative symptoms intermediate, and general symptoms and relapse most distal. Results reveal a large weighted mean effect size for content-mastery exams ($d = 1.20$), a moderate mean effect size for performance-based measures of social and daily living skills ($d = 0.52$), moderate mean effect sizes for community functioning ($d = 0.52$) and negative symptoms ($d = 0.40$), and small mean effect sizes	Algemeen

<p>Kopelowicz A. e.a. (2006) **p</p>	<p>Social skills training</p>	<p>Review</p>		<p>for other symptoms ($d = 0.15$) and relapse ($d = 0.23$). These results support the efficacy of social skills training for improving psychosocial functioning in schizophrenia.</p> <p>Evidence based. For all its benefits, the effects of social skills training on domains of psychopathology such as psychotic symptoms, relapse rates, and quality of life among patients with schizophrenia are not consistently confirmed by existing reviews and meta-analyses.</p> <p>Social skills training is always delivered in the context of comprehensive treatment approaches that also confer protection against exacerbation of symptoms and contribute to community functioning. Antipsychotic medication, supportive and more intensive forms of case management, crisis intervention, family psychoeducation, vocational rehabilitation, supported housing, and a potpourri of other services all contribute to protection against relapse and successful living in the community. The broad spectrum of treatment needs of persons with schizophrenia will always require integrated, multimodal services. However, the important role of social skills training in the overall rehabilitation effort is evidenced by its insertion in broader treatment programs serving the clinical needs of dually</p>	<p>Algemeen</p>
--	-------------------------------	---------------	--	---	-----------------

<p>Xia e.a. (2011) **P Mostly inpatients Totale N= 5142</p>	<p>Psycho-educatie (geen nieuwe interventie, maar een update voor het ZP)</p>	<p>Review; 44 studies</p>	<p>Herstelmaten: Quality of life Social and global functioning</p>	<p>diagnosed mentally ill substance abusers, older adults, and individuals who choose to work and are enrolled in supported employment. Evidence based It is supposed that increased knowledge enables people with schizophrenia to cope more effectively with their illness We found that incidences of non-compliance were lower in the psychoeducation group in the short term. This finding holds for the medium and long term. Relapse appeared to be lower in psychoeducation group and this also applied to readmission. Scale-derived data also suggested that psychoeducation promotes better social and global functioning. In the medium term, treating four people with schizophrenia with psychoeducation instead of standard care resulted in one additional person showing a clinical improvement. Evidence suggests that participants receiving psychoeducation are more likely to be satisfied with mental health services and have improved quality of life. Psychoeducation does seem to reduce relapse, readmission and encourage medication compliance, as well as reduce the length of hospital stay in these hospital-based studies of limited quality. The true size of effect is likely to be less than demonstrated in this review - but,</p>	<p>Herstel algemeen Zelfmanagement</p>
---	---	---------------------------	--	--	--

<p>Xia ea (2011) **p N=5142</p>	<p>Psycho-educatie</p>	<p>Review; 44 studies, alleen RCTs</p>	<p>Non-compliance, relapse, readmission Quality of life, Social and global functioning, satisfaction with care</p>	<p>nevertheless, some sort of psychoeducation could be clinically effective and potentially cost beneficial. Evidence based Incidences of non-compliance were lower in the psychoeducation group in the short term. This finding holds for the medium and long term. Relapse appeared to be lower in psychoeducation group and this also applied to readmission. Scale-derived data also suggested that psychoeducation promotes better social and global functioning. In the medium term, treating four people with schizophrenia with psychoeducation instead of standard care resulted in one additional person showing a clinical improvement. Evidence suggests that participants receiving psychoeducation are more likely to be satisfied with mental health services and have improved quality of life.</p>	<p>Herstel algemeen Zelfmanagement</p>
<p>Chien W.T. e.a. (2013) **p</p>	<p>Approaches to treatments for schizophrenia spectrum disorders</p>	<p>Review 92 articles; RCTs or reviews</p>		<p>Evidence based. Current approaches to psychosocial interventions for schizophrenia have their strengths and weaknesses, particularly indicating limited evidence on long-term effects. To improve the longer-term outcomes of people with schizophrenia, future treatment strategies should focus on risk identification, early intervention, person-focused therapy, partnership with family caregivers, and the integration of evidence-based psychosocial interventions into existing</p>	<p>Zelfmanagement Algemeen</p>

Park & Sung (2013) artikel niet in bezit **P N=46	Herstel en empowermentgericht programma van 6 weken (2 sessies van een uur per week)	QE	Hulpeloosheid en herstel	<p>services.</p> <p>Best evidence</p> <p>The empowering program was effective on helplessness (F = 185.218, p <.001) and recovery (F = 159.402, p <.001, F = 34.154, p <.001)</p> <p>Best evidence/Evidence based</p> <p>Some studies suggested that peer-led self-management had a significant effect on the following outcomes: crisis planning, empowerment, hopefulness, perceived recovery, self-advocacy, social support and symptom reduction. However, the evidence is inconclusive. The majority of the reviewed studies lack randomization, a control group, follow-up assessments and intention-to-treat analysis with considerable dropout rate, which might undermine the credibility and generalizability of the results.</p> <p>Evidence-based</p> <p>In recent years, peer-led self-management programmes (PLSMPs) for people with mental illness have become increasingly popular in the USA and New Zealand. However, as these PLSMPs have not been systematically evaluated, their outcomes remain uncertain</p> <p>This study will provide evidence on the effectiveness of a peer-led self-management programme for patient recovery. It will identify a clinically useful and potentially</p>	Empowerment Herstel algemeen
Li & Chan (2010) **P	Peer led self-management programme	Meta-analyse; 9 studies	crisis planning, empowerment, hopefulness, perceived recovery, self-advocacy, social support and symptom reduction		Zelfmanagement Empowerment Peer support
Chan e.a. (2013) **P N=242	Peer led self-management programme (six 2-hour sessions) based on the principles of the lay-led long-term illness self-management programmes pioneered in the USA by Professor Kate Lorigat Stanford University (Lorig 2002, Davidson 2005, Sterling e.a. 2010).	RCT compared with standard rehabilitation programme	Psychotic symptom severity, hospital readmission, psychiatric consultation, cognition, empowerment, functioning level, medication adherence, perceived recovery, quality of life and social support		Zelfmanagement Empowerment Peer support

Joosten e.a. (2009)	Shared Decision Making	Review; 11 RCTs		<p>effective intervention that incorporates empowerment concept</p> <p>Evidence-based The methodological quality of the studies included in this review was high overall. Five RCTs showed no difference between SDM and control, one RCT showed no short-term effects but showed positive longer-term effects, and five RCTs reported a positive effect of SDM on outcome measures. The two studies included of people with mental healthcare problems reported a positive effect of SDM. Conclusions: Despite the considerable interest in applying SDM clinically, little research regarding its effectiveness has been done to date. It has been argued that SDM is particularly suitable for long-term decisions, especially in the context of a chronic illness, and when the intervention contains more than one session. Our results show that under such circumstances, SDM can be an effective method of reaching a treatment agreement. Evidence for the effectiveness of SDM in the context of other types of decisions, or in general, is still inconclusive. Future studies of SDM should probably focus on long-term decisions.</p>	Algemeen
Hamann ea (2006)	Shared decision making	RCT Vergeleken met standaardzorg	Kennis Betrokkenheid bij de keuze van medicatie	<p>Evidence based Patients in the intervention group had a better knowledge about</p>	Selfmanagement Empowerment

**P N=107					their disease and a higher perceived involvement in medical decisions. The intervention increased the uptake of psycho-education	
Hamann ea (2007) **P N=107	Shared decision making	RCT Vergeleken met standaardzorg	Geen hersteluitkomstmaten: long-term compliance and rehospitalizations (6-month and 18-month follow-up), CGI, GAF	Best evidence There was a positive trend (p = .08) that patients in the SDM intervention had fewer rehospitalizations Er kan geen duidelijke conclusie getrokken worden op basis van de studie aldus de auteurs	Zelfmanagement Empowerment	
Van der Krieke ea (2013) **P first-episode patients and long-term care patients in the Netherlands N=250	A Web-Based Tool to Support Shared Decision Making: Een informatie en keuzehulp die patiënten alleen of met ondersteuning van een assistent kunnen gebruiken om zicht te krijgen op hun behoeften en de behandelmogelijkheden binnen de organisatie	RCT	Patient-perceived involvement in medical decision making measured with the Combined Outcome Measure for Risk Communication and Treatment Decision-making Effectiveness (COMRADE)	Evidence based Nee. 73 patients completed the follow-up measurement and were included in the final analysis (response rate 29.2%). More than one-third (48/124, 38.7%) of the patients who were provided access to the Web-based decision aid used it, and most used its full functionality. No differences were found between the intervention and control conditions on perceived involvement in medical decision making (COMRADE satisfaction with communication: F1,68=0.422, P=.52; COMRADE confidence in decision: F1,67=0.086, P=.77). In addition, results of the process evaluation suggest that the intervention did not optimally fit in with routine practice of the participating teams.	Zelfmanagement	
Van der	E-Mental Health Self-	Systematische review; 28	Kennis	Evidence based	Zelfmanagement	

Krieke e.a. (2014) **P	<p>Management interventions:</p> <ul style="list-style-type: none"> - E-mental health computerized psycho-education interventions - E-health medication management interventions and shared decision-making - E-health communication and management of daily functioning - E-health interventions for lifestyle management - E-mental health peer support - Experience sampling monitoring symptoms 	studies	Tevredenheid	<p>Ja: The effect size for e-mental health computerized psychoeducation interventions compared with usual care on the outcome of knowledge was small (Hedges' $g = .37$; 95% confidence interval [CI] = $-.07$ to $.80$), based on three studies</p> <p>E-health medication management interventions compared with care as usual had a large effect on medication adherence (Hedges' $g = .92$; CI = $-.51$-1.33), based on two studies.</p> <p>E-health communication and shared decision-making interventions compared with care as usual had a small effect on satisfaction (Hedges' $g = .21$; CI = $-.03$-$.38$), a finding based on two studies</p> <p>According to the effect sizes of individual studies, the results suggest that e-mental health interventions are at least as effective as standard mental health care.</p> <p>Care-as-usual conditions were not always clearly described. Moreover, in some trials, usual care was compared with usual care plus the intervention. Calculations were based on very few studies.</p>	via e-mental health
Steinwachs e.a. (2011) Opgenomen in	Web-based empower program	Trial	empowered engagement in treatment	<p>Evidence based The Web-based tool empowered persons with schizophrenia to engage more fully in a patient</p>	Empowerment

Van der Krieke (2014) **P Total N=50				centered dialogue about their treatment.	
Interventies onderzocht bij patiënten met EPA					
Mueser K.T. e.a. (2002) *EPA	Illness management and recovery: a review of research (programs run by professionals)	40 RCTs			<p>Evidence based. The core components of illness management and the evidence supporting them can be summarized as follows. With respect to the more proximal outcomes, three studies found that psychoeducation was effective at increasing knowledge about mental illness, and a fourth did not. Similarly, all four studies of behavioral tailoring found that it was effective in improving the taking of medication as prescribed. In terms of the more distal outcomes, all five studies of training in relapse prevention found that it reduced relapses and rehospitalizations, all four studies of teaching coping skills found that it reduced the severity of symptoms, and all eight studies of cognitive behavioral treatment of persistent psychotic symptoms reported that it reduced the severity of psychotic symptoms.</p> <p>Best evidence. De deelnemers aan de IMR groep lieten significant meer verbetering zien op het gebied van ziektemanagement dan deelnemers in de controlegroep. Ook op psychiatische symptomen en psychosociaal functioneren</p>
Färdig R. e.a. (2011) *EPA N=41	Illness management and recovery	RCT			Zelfmanagement

Levitt A.J. e.a. (2009) *EPA N=104	Illness management and recovery	RCT	scorden zij significant beter en ze hadden minder suïcidale gedachten. Best evidence. Deelnemers in de IMR-groep verbeterden significant meer dan de controlegroep op zelfgerapporteerde en hulpverlenerscores van ziektemanagement. Daarnaast rapporteerden Patiënten in de IMR groep ook op depressieve en angstige gevoelens minder ernstige symptomen en ze rapporteerden een verbeterd psychosociaal functioneren.	Zelfmanagement
McGuire A.B. e.a. (2013) *EPA	Illness management and recovery	Review 3 RCTs, 3 quasi-controlled trials, 3 pre-post trials.	Evidence based/ best evidence. IMR shows promise for improving some consumer-level outcomes. Important issues regarding implementation require additional study. Future research is needed to compare outcomes of IMR consumers and active control groups and to provide a more detailed understanding of how other services utilized by consumers may affect outcomes of IMR.	Zelfmanagement
Korsbek L. (2014)	Illness management and recovery	Cochrane review protocol	To investigate the benefits and harms of the curriculum-based intervention IMR for people with schizophrenia or schizophrenia-like psychoses (schizophreniform and schizoaffective disorders).	Zelfmanagement
Tungpunkom P. (2012) *EPA Total N=483	Life skills programmes for chronic mental illnesses	7 RCTs, evaluating life skills programmes versus standard care, or support group	Evidence based. Currently there is no good evidence to suggest life skills programmes are effective for people with chronic mental illnesses. More robust data are needed from studies that are adequately powered to determine whether life skills training is beneficial for people with chronic	Zelfmanagement

<p>Cook e.a. (2012) Pickett (2012) (in alle reviews) *EPA Total N=519</p>	<p>A peer-led illness self-management intervention called Wellness Recovery Action Planning (WRAP) compared with usual care</p>	<p>RCT, comparing WRAP with usual care</p>	<p>Hope Scale (& Brief Symptom Inventory Global Symptom Severity and Positive Symptom Total & QOL)</p>	<p>mental health problems Evidence based Compared to controls, at immediate postintervention and at 6-month follow-up, WRAP participants reported: (1) significantly greater reduction over time in Brief Symptom Inventory Global Symptom Severity and Positive Symptom Total, (2) significantly greater improvement over time in hopefulness as assessed by the Hope Scale total score and subscale for goal directed hopefulness, and (3) enhanced improvement over time in QOL as assessed by the World Health Organization Quality of Life-BREF environment subscale.</p>	<p>Zelfmanagement Empowerment</p>
<p>MacDonald-Wilson e.a. (2013) *EPA Totale N=5548</p>	<p>Web applicatie CommonGround</p>		<p>Herstel</p>	<p>Best evidence Het bleek dat er een duidelijk positief verband is tussen het gebruik van zelfmanagement strategieën en enerzijds het zich minder druk maken over bijwerkingen van de medicatie en anderzijds meer vooruitgang in het herstelproces.</p>	<p>Zelfmanagement Empowerment</p>
<p>Boevink (2009) Roozen (2006)</p>	<p>HEE; zie zorgprogramma Community Reinforcement Approach, uitkomsten van onderzoek</p>	<p>Overzichtsstudie</p>		<p>Best evidence Uit meta-analyses (Roozen e.a., 2004; Meyers, Villanueva & EPATH, 2005) naar de effecten van CRA blijkt dat er redelijk tot sterk bewijs is dat CRA effectief is in vergelijking met een twaalf-stappenbenadering. Ook is er bewijs dat de combinatie CRA en 'voucher management' effectiever is dan</p>	<p>Empowerment Peer support Algemeen</p>

				<p>een standaardbehandeling voor het bereiken van cocaïneabstinentie. CRA hoort bij de beste vijf van de dertig tot vijftig interventies die bewezen effectief zijn, inclusief farmacologische interventies (Finney & Monahan, 1996; Holder e.a., 1991; Miller e.a., 1995, 2003).</p> <p>Op grond van verschillende studies kan worden gesteld dat CRA zeer effectief is en beter werkt dan de meeste andere behandelvormen. Verder kan worden opgemerkt dat CRA in termen van kosteneffectiviteit als gemiddeld is beoordeeld (Finney & Monahan, 1996).</p>	
--	--	--	--	--	--

Tabel IVB: Empowerment & Zelfmanagement: grijze literatuur/ longitudinale studies zonder controleconditie/ kwalitatief onderzoek

Auteur en jaartal Doelgroep en aantal deelnemers (N)	Interventie	Soort studie RCT / QE	Soort herstelmaat	Effectief op herstelmaten ja /nee / n.s.	Peiler herstel (Peersupport, Familie, Wonen, Werk, Empowerment, Zelf management, Algemeen)
Interventies onderzoek bij patiënten met psychotische stoornis					
Van Splunteren P. e.a. (2013) **p	Eigen regie (E-mental health bij schizofrenie)	Ontwikkeling en proefimplementatie project		Best practice. Het is gelukt om een werkbare internetapplicatie te bouwen. Hulpverleners en mantelzorgers ervoeren voor zichzelf te weinig voordelen, maar ze zagen wel de voordelen van het gebruik voor hun Patiënten. Patiënten waardeerden ER over het algemeen positief. De applicatie hielp hen bij het ordenen en op een rijtje krijgen van gedachten en dagelijkse bezigheden. Ook bood ze hen toegang tot betrouwbare informatie over hun aandoening.	Zelfmanagement Empowerment
Interventies onderzoek bij patiënten met EPA					
HEE-team & GGz Noord-Holland Noord	Samen keuzes maken Amerikaans programma om ggz- Patiënten te ondersteunen in besluitvorming over medicatie. Doel is om in goede samenwerking tussen cliënt en hulpverlener overeenstemming te bereiken over de behandeling. SDM geeft inhoud aan informed consent. SDM onderscheidt zich enerzijds van het paternalistisch model waarin de arts de beslissing neemt en anderzijds van het informatiemodel waarin de cliënt alleen de beslissing neemt. In samenwerking met het HEE-team is een Nederlandse versie ontwikkeld: Samen Keuzes Maken.	Pilot		Best practice Patiënten vinden het programma prettig om mee te werken, waarden de hulp van de ervaringswerker en gaan beter voorbereid het gesprek met hun hulpverlener aan.	Empowerment
Elbogen ea (2013)	A Recovery-Oriented Money Management Intervention: \$steps for		Interviews en vragenlijsten:	Best evidence Items from theMoney Mismatchment	Herstel algemeen Wonen

<p>* EPA Mensen met schizofrenie, bipolaire stoornis of ernstige depressie die financiële ondersteuning krijgen vanwege hun beperkingen N=77</p>	<p>Achieving Financial Empowerment (SAFE) Individuele psycho-educatie van een half uur tot 3 uur.</p>		<p>nulmeting en zes maanden later</p>	<p>Measure were used to measure debt, savings, and implementation of a budget. Self-efficacy was measured with the empowerment scale. At six-month follow up, 96% of participants reported implementation of at least one new major financial management skill, and over half (57%) reported implementation of five or more new skills. Skills: saving on utilities (51%), coupon use (61%), eating out less (68%), using a coin jar (65%), and managing a budget (64%). Over half (55%) reported a significant increase in savings as a result of skill implementation. Six-month follow-up interviews revealed other financial benefits as well. Compared with baseline, participants at six-month follow-up were more likely to be working at least part time, more likely to be saving money, less likely to report being in debt, and more likely to be using a budget. Multivariate analyses controlling for demographic and clinical variables revealed reduced psychiatric symptoms and increased self-efficacy at six-month follow-up.</p>
--	---	--	---------------------------------------	--

Bijlage 3: Geraadpleegde experts

Projectleden

P. de Leede (adviseur), teammanager Altrecht Aventurijn/FPA Roosenburg.

M. van Boxtel (adviseur), verpleegkundig specialist FPA Roosenburg, projectleider herstelproject.

Drs. E.J. van Maren (adviseur), directeur behandelzaken forensische psychiatrie GGZ Noord Holland Noord.

Jan Reijnen (adviseur), Klinisch psycholoog en programmamanager De Woenselse Poort. Expertise: forensische psychiatrie en geïntegreerde behandeling bij dubbele diagnose.

Toon Walravens (adviseur), zorgconsulent patiënten servicepunt de Woenselse Poort en forensisch en justitieel ervaringsdeskundig begeleider. Expertise: herstel bij patiënten met een justitiële maatregel, vanuit patiëntenperspectief. Winnaar internationale 'Redemption & Justice Award' 2013.

Prof. dr. Dick Raes (adviseur), emeritus hoogleraar forensische psychiatrie Rijksuniversiteit Groningen, Vrije Universiteit Amsterdam. Expertise: beleidspsychiatrie, forensische psychopathologie, zorg voor mensen met een psychische beperking en verslaving.

Dr. Jessica de Maeyer (adviseur), docent/onderzoeker Hogeschool Gent en Expertisecentrum Quality of Life (E-QUAL). Expertise: kwaliteit van leven, harm reduction, outreach, strengths-based werken, maatschappelijk kwetsbare groepen.

Jasper van Marle (adviseur), psychiater/behandelcoördinator forensische crisisunit FPK Assen, psychiater forensische polikliniek AFPN Assen. Expertise: forensische psychiatrie en forensische ACT, lid lees- en redactiecommissie EFP Zorgprogramma Psychotische Stoornissen.

Frans Douw (adviseur), vestigingsdirecteur Penitentiaire Inrichting Heerhugowaard en bestuurder Stichting Herstel. Expertise: forensische psychiatrie (internationale kennisuitwisseling).

Experts

R. Kwant, psychiater, divisie forensische psychiatrie GGz Noord-Holland Noord

M. Schaap, verpleegkundig specialist, divisie forensische psychiatrie GGz Noord-Holland Noord

S. Burrie, ervaringsdeskundig medewerker, divisie forensische psychiatrie GGz Noord-Holland Noord

M. Hilverda, SRH-coach/ activiteitenbegeleider, Altrecht Aventurijn FPA Roosenburg

B. Altemuhl, trajectbegeleider, Altrecht Aventurijn FPA Roosenburg

D. Boonman, Ervaringsdeskundige i.o., cliëntenservicepunt Woenselse poort GGz Eindhoven

F. Meijer, ervaringsdeskundige

J. Hemert, ervaringsdeskundig medewerker, cliëntenservicepunt Woenselse Poort GGz Eindhoven

C. Reijgersberg, hoofd zorg PI Heerhugowaard

W. Seelaar, ervaringsdeskundige/ kunstenaar, GGz Drenthe

W. den Boer, klinisch psycholoog, Woenselse Poort GGz Eindhoven

M. Timmermans, kwaliteitscoördinator, Woenselse Poort GGz Eindhoven

A. de Kroon, ervaringsdeskundig familielid en patiëntenvertegenwoordiger divisie forensische psychiatrie GGz Noord-Holland Noord

F. Wichink, Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige, forensische poli- en dagklinik de Tender

J. Remmers, ervaringsdeskundig medewerker, Novadic Kentron

J. van Marle, psychiater behandelcoördinator, Divisie Forensische psychiatrie/ polikliniek AFPN/ Forensisch crisisunit

C. van der Weide, psychiater Oostvaarderskliniek

Prof. dr. H. G. Roozen, Hoogleraar Verslavingszorg, Tranzo, Tilburg University

Geïnterviewde experts

E-J. van Maren, directeur behandelzaken, divisie forensische psychiatrie GGZ-NHN

M. van Boxtel, behandelaar/ opleider, Altrecht Aventurijn FPA Roosenburg

W. van Bergen, gezondheidszorgpsycholoog, Woenselse Poort GGz Eindhoven

J. Koolen, manager patiëntenzorg, Behandelkliniek Nijmegen Pompestichting



Herstelondersteunende interventies voor forensisch psychiatrische patiënten met psychotische stoornissen:

een overzicht van de wetenschappelijke evidentie