

Programma refereermiddag

bipolaire stoornissen

Donderdagmiddag 22 september 2022

14.00-17.00 uur – Dimence Deventer

# Welkom!

## We gaan zo beginnen



**13.45 - 14.00 Ontvangst met koffie/thee en inschrijven**

**14.00 - 14.10 Opening & Introductie programma**

Bart Geerling - GGZ VS, hoofd Dimence Bipolair & dagvoorzitter

**14.10 - 14.55 Behandeling langdurige slapeloosheid met CGT-I**

Welmoed Dijkstra, psychotherapeut Angst en Stemming Twello

Nienke Vlak, GZ-psycholoog i.o. Angst en Stemming Twello

**14.55 - 15.25 Toekomstige organisatie van zorg voor bipolaire stoornissen in Nederland**

Bart Geerling, GGZ VS, hoofd Dimence Bipolair

**15.25 - 15.45 pauze en ontmoeting**

**15.45 - 16.00 Bipolair en religie: hoe verder na een psychose?**

Hanneke Verboom, GGZ VS Dimence Bipolair

**16.00 - 16.20 BI-zonder studie - promotieonderzoek**

Alexandra Beunders, Aios, GGZ inGeest Amsterdam

**16.20 - 16.35 Kwalitatief onderzoek naar traumabeleving bij mensen met een bipolaire stoornis**

Linda van der Voort, VIOS Dimence

**16.35 - 16.45 Onderzoek naar de invloed van 'Goed leven met een bipolaire stoornis' op manische symptomen**

Lisette Wittenberg-Noeverman, VIOS Dimence

**16.45 - 16.55 Onderzoek 'Invloed positieve psychologische groepsbehandeling op mate zelfeffectiviteit bij bipolariteit'**

Kayleigh Huis in 't Veld, VIOS Dimence

**16.55 - 17.00 Wrap up & Take Home Message**

Bart Geerling



# Opening en Introductie Programma

## Refereermiddag Bipolaire Stoornissen

door

*Bart Geerling*  
*hoofd Dimence Bipolair en middagvoorzitter*



# Insomnie en CGT-I

Nienke Vlak (PIOG bij team Angst & Stemming  
Twello, n.vlak@dimence.nl)

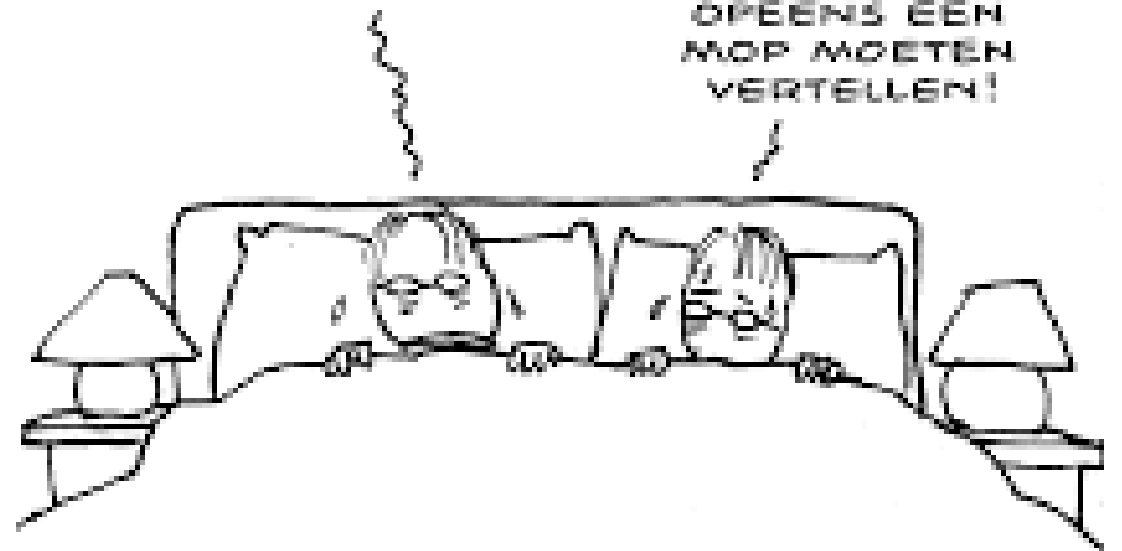
&

Welmoed Dijkstra (GZ-  
psycholoog/psychotherapeut en TLZ bij A&S Twello,  
we.dijkstra@dimence.nl)

**FOKKE & SUKKE**  
KONDEN GISTEREN DE SLAAP NIET VATTEN

ALS ER MAAR NIKS  
FOUT GAAT TIJDENS  
ONS PRAATJE...

..EN WE  
OPEENS EEN  
MOP MOETEN  
VERTELLEN!



*Dimence*

# Inhoud

---

- Over slapen en slaaptekort
- Insomniastoorning en prevalentie
- Insomnie als transdiagnostisch symptoom, als co-morbiditeit en insomnie als voorspeller
- Insomnie en bipolaire stoornis
- Laatste richtlijn
- Etiologie van insomnie Spielman en Glovinsky
- CGT-I
- Ervaringen tot nu toe
- Vragen



# Over slapen

---

- Alle dieren kennen een vorm van slaap (op sponzen en zeesterren na)
- Alleen bij zoogdieren en vogels typische slaapgolven (enige organisatie van het brein vereist)



## Slapen als herstel

- Tijdens diepe slaap produceert de hypofyse het meeste groeihormoon: groeien, herstel bloedvaten, vetverbranding
- Groeihormoon samen met testosteron belangrijk voor fysiek herstel/kracht
- Botten versterken zich
- Lymfatisch systeem van de hersenen 60% actiever tijdens slaap: toxische stoffen worden afgevoerd
- Belangrijk voor het geheugen en om nieuwe verbindingen te consolideren: herinneringen bewaren en overbodige herinneringen kwijt raken
- Nieuwe vaardigheden ontwikkelen: meer remslaap nodig

# Slaaptekort

## GEHEUGENPROBLEMEN

Tijdens de slaap gaat jouw brein connecties maken die je helpen informatie te verwerken. Een tekort aan slaap kan een negatieve impact hebben op zowel het korte- als langetermijngeheugen.

## HOGER RISICO OP ONGEVALLEN

Omdat je suffer bent overdag, loop je meer risico op een ongeluk.

## VERZWAKT IMMUNSYSTEEM

Te weinig slaap heeft een invloed op je immuunsysteem waardoor je vatbaarder bent voor virussen die bijvoorbeeld een verkoudheid en de griep veroorzaken.

## RISICO OP DIABETES

Door een gebrek aan slaap wordt de insulineaanmaak in je lichaam beïnvloed. Mensen met een slaaptekort hebben een hogere bloedsuikerspiegel en lopen meer risico op diabetes type 2.

## LAGER LIBIDO

Bij een gebrek aan slaap heb je minder vaak zin in seks. Bij mannen zou de oorzaak te wijten zijn aan een daling van het testosterongehalte.

## STEMMINGSWISSELINGEN

Een slaaptekort kan je humeurig, emotioneel en opvliegend maken. Een chronisch slaaptekort kan invloed hebben op je humeur en leiden tot angst en depressie.

## CONCENTRATIEPROBLEMEN

Jouw concentratie, creativiteit en probleemoplossend vermogen lijden onder een slaaptekort.

## HOGE BLOEDDRUK

Als je minder dan 5 uur per dag slaapt, verhoog je het risico op een hoge bloeddruk.

## HOGER RISICO OP HARTZIEKTEN

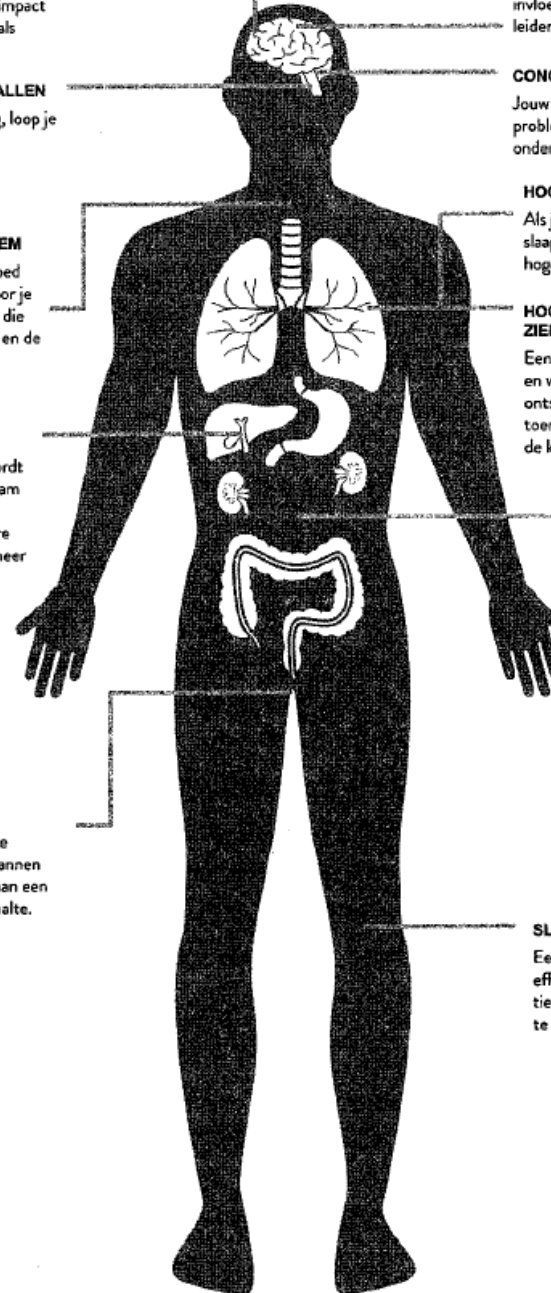
Een slaaptekort kan de bloeddruk en waarden van chemicaliën die ontstekingen veroorzaken doen toenemen. Beide spelen een rol in de kans op hartziekten.

## GEWICHTSTOENAME

Door een slaaptekort worden de chemicaliën die een signaal afgeven aan het brein dat je genoeg gegeten hebt uit balans gebracht. Daardoor heb je meer kans dat je te veel eet.

## SLECHT EVENWICHT

Een tekort aan slaap heeft een effect op je evenwicht en coördinatie. Hierdoor heb je meer kans om te vallen.



# Insomniastoorning

---

- Definitie DSM-V (geen onderscheid primair/secundair):
  - A: ontevredenheid over kwantiteit/kwaliteit van slaap
    - Moeite met inslapen
    - Moeite met doorslapen
    - Vroeg wakker worden
  - B: er is sprake van klinisch significant lijden/beperkingen in functioneren
  - C: minstens 3 nachten per week
  - D: minstens drie maanden aanwezig
  - E: slaapstoornis ondanks voldoende gelegenheid te slapen
  - F-H: betreft geen andere slaapstoornis/middelengevolg/co-existente psychische/somatische aandoening



# Prevalentie

Table 5. Prevalence of insomnia disorder in different European countries

Country	Author (year)	Sample size	% Insomnia diagnosis
England	Calem <i>et al.</i> (2012)	20 503	5.8%
Finland	Ohayon and Partinen (2002)	982	11.7%
France	Léger <i>et al.</i> (2000)	12 778	19%
Germany	Schlack <i>et al.</i> (2013)	7988	5.7%
Hungary	Novak <i>et al.</i> (2004)	12 643	9%
Italy	Ohayon and Smirne (2002)	3970	7%
Norway	Pallesen <i>et al.</i> (2001, 2014)	2000	15.5%
Romania	Voinescu and Szentágotai (2013)	588	15.8%
Spain	Ohayon and Sagales (2010)	4065	6.4%
Sweden	Mallon <i>et al.</i> (2014)	1550	10.5%





# Insomnie als transdiagnostisch symptoom

---

Slaapproblemen is een veelvoorkomende klacht of symptoom bij tal van psychiatrische aandoeningen

Zoals: depressie, PTSS, GAS, ADHD, bipolaire stoornis en psychotische stoornissen



# Insomnie als comorbiditeit

---

- Omdat het vaak wordt gezien als een symptoom van de psychiatrische aandoening, wordt over het hoofd gezien dat het ook een co-morbide stoornis is.
- De prevalentie van insomnie bij mensen met een psychiatrische stoornis is 15-60% en dus een stuk hoger dan bij de algemene bevolking



# Insomnie als comorbiditeit

Table 4. Major co-morbidities of insomnia

Psychiatric	Medical	Neurological	Substance use/dependence
Depressive disorders	Chronic obstructive pulmonary diseases	Neurodegenerative diseases	Alcohol
Bipolar disorders	Diabetes mellitus	Fatal familial insomnia	Nicotine
Generalized anxiety disorder	Chronic kidney diseases	Cerebrovascular diseases	Caffeine
Panic disorder	Human immunodeficiency virus infection	Multiple sclerosis	Marijuana
Posttraumatic stress disorder	Malignancy Rheumatic disorders	Traumatic brain injury	Opioids
Schizophrenia	Chronic pain Sleep apnea	RLS	Designer drugs Cocaine Amphetamine



# Comorbide insomnie voorspelt...

---

- een grotere ernst van de psychiatrische aandoening
- een langere behandelduur bij bijv. depressieve stoornis
- een slechtere behandeluitkomst bij depressieve stoornis
- als slaapproblemen blijven bestaan na herstel depressie is de kans op terugval groter
- bij toename van slaapprobleem een blijvende toename van PTSS (“escalatie”)

Maar bovenal is insomnie een voorspeller voor het ontwikkelen van diverse psychiatrische aandoeningen! (depressie, angst, alcoholmisbruik, psychose)



# Insomnie en bipolaire stoornis

---

- insomnie kan een trigger zijn in de start van de stoornis
- vaak sprake van co-morbide insomnie
- als er sprake is van insomnie dan is de depressieve episode ernstiger
- insomnie is risico factor van slechtere behandeluitkomst en kan een voorspeller zijn van terugval
- vaak wordt insomnie niet expliciet behandeld
- Terwijl: CGT-I blijkt ook voor BS ook effectief: slaap verbetert en stemming meer stabiel



# Richtlijn behandeling Insomnie:

---

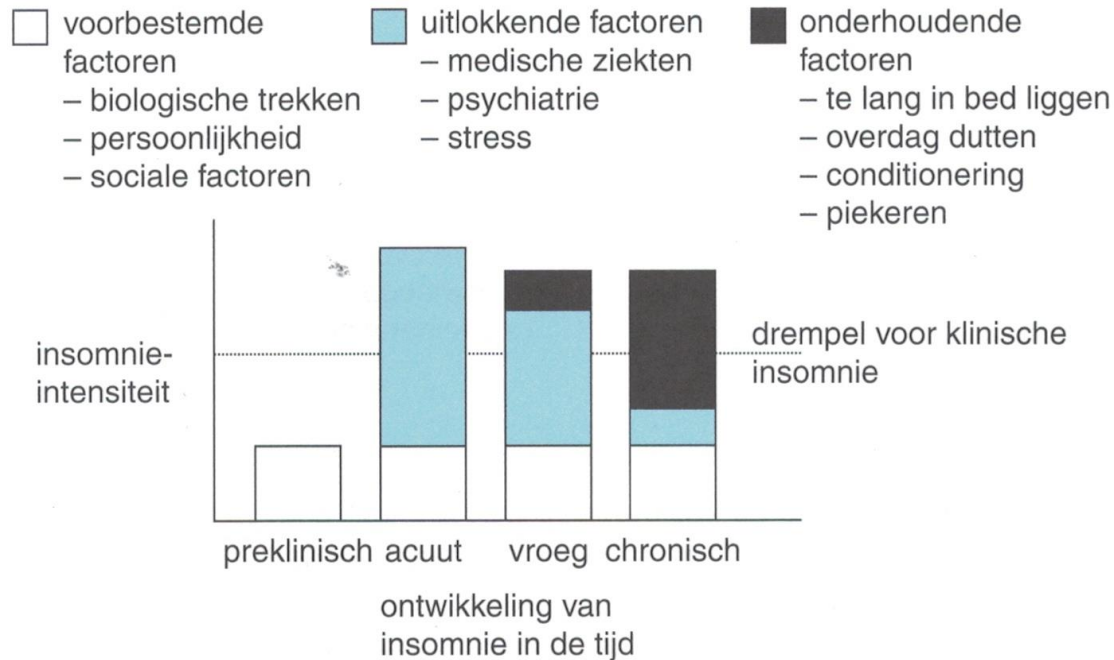
- Wat resultaten uit meta-analyses
  - Significante, middelgrote tot grote behandel effecten van de CGT-I op slaap als er sprake is van een slaapstoornis co-morbide met andere psychiatrische problematiek, met name depressie, PTSS en alcohol afhankelijkheid
  - Groep CGT-I is effectief
  - CGT-I heeft een significant betere behandeluitkomst dan bijvoorbeeld alleen PE bij patiënten met medische of psychiatrische co-morbide aandoeningen
  - CGT-I effectief bij insomnie bij depressie
- Farmacotherapie en CGT-I op de korte termijn vergelijkbaar in effect, op de lange termijn heeft CGT-I de voorkeur
- CGT-I kan ook een gunstig effect hebben op depressie- of angstsymptomen
- Samenvatting omtrent behandeling
  - CGT-i word aangeraden als eerste keuze behandeling
    - Bij 70-80% verbetert de slaap
    - Met name effect op verkorten inslaaptijd en verbeteren van slaapkwaliteit
    - Weinig effect op aantal keer wakker worden, duur van het wakker zijn en de totale slaaptijd
  - Farmacologische interventie is een optie als CGT-I niet beschikbaar/effectief is



# Etiologie van insomnie

- Het model van Spielman en Glovinsky:

**Figuur 1**  
Driefactorenmodel  
van insomnie  
(gebaseerd op  
Spielman &  
Glovinsky, 1991)



# Etiologie van insomnie

- De vicieuze cirkel



■ Figuur 1.2 Algemeen model van langdurige slapeloosheid (gebaseerd op Morin, 1993, p. 57)

**SORRY. DE SLAAP DIE U HEEFT BESTELD IS MOMENTEEL NIET UITVOORRAAD NIET UITBAAR. PROBEERT U HET OVER EEN MAAND NOG EENS.**  
#zouhetnootwillenmissen  
00-10-90.nl



# En daar grijpt de CGT-I op in:

**Figuur 2**  
Algemeen model  
van langdurige  
slapeloosheid  
(gebaseerd op  
Morin, 1993,  
p. 57)



# Inhoud CGT-I

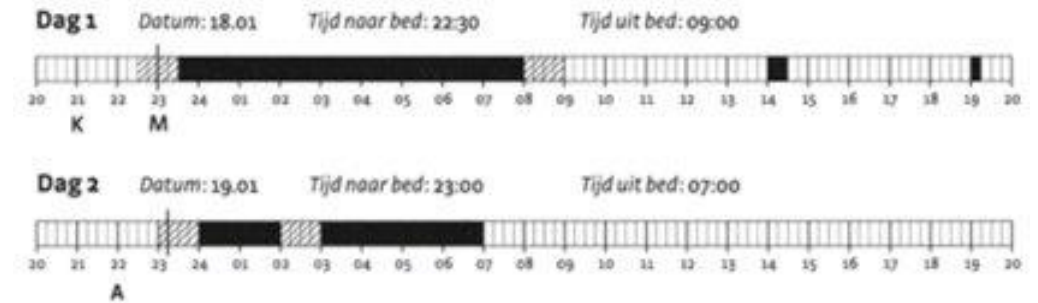
---

- 8 sessies + 2 follow-ups
  - Start met slaapanamnese/psycho-educatie
  - Dagboek ter registratie
  - Stimuluscontrole & slaaprestrictie
  - Ademhalingsoefeningen en progressieve relaxatietraining
  - Cognitieve interventies (piekerprogramma en disfunctionele cognities uitdagen)



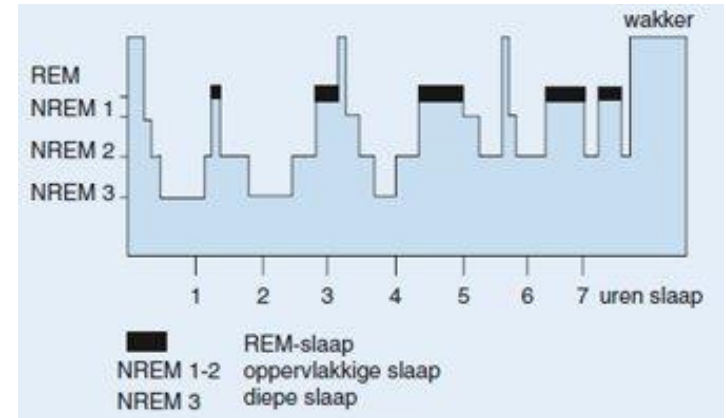
# Start behandeling

- Start met een inventarisatie:
  - Algemene anamnese rondom klacht
  - Compensatiegedrag
  - Screenen co-morbide stoornissen
    - Depressie, angst, psychosociale stressoren
  - Uitvragen somatische oorzaken
  - Medicatie / middelen
  - Cognities over slaap, piekeren
  - Reële hulpvraag formuleren
- En uitleg driefactorenmodel, vicieuze cirkel, huiswerkopdrachten en introductie van het slaapdagboek



# Psycho-educatie slaap

- Slaapstadia
  - Lichte slaap (50%)
  - Diepe slaap (25%)
  - REM (25%)
- Gemiddeld 4-6 cycli per nacht, duur 7 uur
  - Let wel: er is geen standaardnorm voor gezond slapen
  - Slaap verandert als je ouder wordt (vanaf 45e / menopauze):
    - Inslapen duurt langer (bijv. 60 minuten i.p.v. 30 minuten)
    - Slapen wordt oppervlakkiger (vaker wakker worden 's nachts is normaal als je ouder wordt)
- Eerste helft van de nacht: kernslaap (alle stadia)
- Tweede helft: restslaap (lichte en REM)
- Te lang restslapen kan resulteren in niet uitgerust opstaan (hier grijpt slaaprestrictie op in)



# Psycho-educatie

- Twee mechanismen reguleren slaap/waak
  - Slaapschuld
    - Kun je zien als een soort 'slaaphonger'
    - Als je overdag wakker en actief bent, bouw je dit op
  - Biologische klok
    - Ochtend- en avondbensen
- Wat helpt: slaap zien als een 24 uurs-gebeuren
  - Activiteiten van overdag hebben invloed op slaap 's nachts
  - 'Spanningsboog': disbalans inspanning/ontspanning
    - Onrust overdag neem je mee de nacht in
    - Advies: inbouwen van pauzemomenten overdag
- Belangrijkste middelen die van invloed zijn:
  - Alcohol (verstoort het doorslapen)
  - Cafeïne (activerend middel dus kan verstorend werken, als na 18:00 – zie tabel)

Product	mg/100 ml	Consumptie-eenheid	mg per consumptie
Koffie – filter	70	kopje 125 ml	85
Koffie – instant	60	kopje 125 ml	75
Koffie – espresso	130	kopje 50 ml	65
Decaf	2,5	kopje 125 ml	3
Thee – zwart	30	kopje 125 ml	40
Thee – groen	15	kopje 125 ml	20
Cola	10	glas 180 ml	16
Energiedrank	30	blikje 250 ml	75
Energieshot	135	blikje 60 ml	80
Chocolademelk	2	beker 180 ml	4
Pure chocolade	70	reep 50 gram	50
Melkchocolade	20	reep 50 gram	25

Bron: Stichting Voedingscentrum Nederland

# Slaapadviezen

---

- Houd regelmatige bedtijden aan, sta vooral op dezelfde tijd op
- Beperk de tijd in bed tot maximaal 8 uur
- Alleen slapen/vrijen in bed, andere activiteiten maximaal 30 minuten
- Ga pas naar bed als je slaperig bent
- Ontspan voor het slapen gaan, bouw de dag af en vermijd een uur voor het slapen gaan inspannende geestelijke/lichamelijke activiteiten
- Een dutje 's overdag (max. 30 minuten) mag als het geen negatieve invloed heeft op de nacht
- Draai de wekker om (kijk er niet constant op)
- Drink geen cafeïne meer na 18:00
- Alcohol niet gebruiken als slaapmutsje
- Beweeg regelmatig overdag



# Slaapgedrag en pauzemomenten

---

- Stimuluscontrole: het bed weer leren verbinden met slaap; en waakactiviteiten buiten het bed te houden
  - Ga pas naar bed als je slaperig bent
  - Bed alleen gebruiken voor slaap, seks, kort ontspannen wakker liggen
  - Als je na 15-30m nog niet slaapt: verlaat de slaapkamer en ga iets 'saais' doen, ga terug als je slaperig bent (of na 30m)
  - Als iemand niet slaperig wordt: dan is slaaprestrictie meer geïndiceerd
  - Herhaal zo vaak als nodig
  - Sta op als de wekker gaat
- Slaaprestrictie: door de tijd te verkorten, neemt de slaapdruk toe. Dit leidt tot sneller inslapen, dieper slapen en beter doorslapen (tijd verkorten resulteert in kwaliteit verbeteren)
  - Kort tijd in tot de tijd die patiënt denkt te slapen, maar minimaal 5 uur
  - Slaaptijd langzaam uitbreiden als slaapefficiëntie toeneemt (dagboek)
  - Aanvankelijk overdag meer klachten, maar na zes tot acht weken wordt het overdag juist beter
- Het is het beste beide toe te passen, maar patiënt laten kiezen eerst ter start is een optie



# Inhoud vervolgsessies

- Pauzemomenten, ademhalingsoefening en piekerprogramma
- Elke sessie terugkoppeling en SE-scores (aanpassen interventies)
- Ontspanning en cognitieve therapie
  - Progressieve relaxatie volgens Jacobson (zeven spiergroepen)
  - Basisprincipes cognitieve therapie & introductie gedachtenschema
- Aan de slag met automatische gedachten
  - Uitdagen van automatische gedachten
- Vervolg cognitieve therapie
  - Nieuwe ontspanningsoefening: autogene training volgens Schultz (oefenen via de gedachten te ontspannen, 'aan het strand')
  - Cognitieve therapie (thema's van gedachten)
    - Consequenties van slapeloosheid
    - Bezorgdheid/hulpeloosheid over slapeloosheid
    - Verwachtingen van slaap
    - Medicatie
- Evaluatie, vragenlijsten en terugvalpreventieplan
- Sessie 9: follow up na één maand; & sessie 10: follow up na 3 maanden





# Ervaringen tot nu toe

---

## Reacties van groepsleden:

- slaapdagboeken bijhouden en SE (slaapefficiëntie) uitrekenen maakt situatie helder
- SE verbetert
- psychoeducatie is helpend (normaliseert dromen/wakkere momenten)
- slaaprestrictie helpt
- herkenning/motivatie/steun van de groepsleden is erg helpend
- er is wel enige dropout



## Slaapevaluatielijst

Voormeting

Nameting


## SLAAPEVALUATIELIJST

### INSTRUCTIE

Onderstaande vragen gaan over hoe u uw slaap ervaart.

Om te antwoorden hoeft u alleen het cijfer te omcirkelen bij het antwoord dat het beste op u van toepassing is. Dus vindt u bijvoorbeeld dat u over het algemeen enigszins moeite heeft met inslapen, komt dit er als volgt uit te zien:

### Voorbeeld

	Geen	Een beetje	Matig	Ernstig	Zeer ernstig
moeite met inslapen	0	1	2	3	4

Beantwoord alle uitspraken. Omcirkel slechts één antwoord bij elke uitspraak!

Het is mogelijk dat u per ongeluk het verkeerde antwoord omcirkelt of bij nader inzien toch een ander antwoord wilt geven. Als dat het geval is, kruis dan het foute antwoord duidelijk door en omcirkel het juiste antwoord.

### 1. Geef de ernst van uw slaapproblemen aan gedurende de afgelopen twee weken:

	Geen	Een beetje	Matig	Ernstig	Zeer ernstig
a) Moeite met inslapen	0	1	2	3	4
b) Moeite met doorslapen	0	1	2	3	4
c) Problemen met te vroeg wakker worden	0	1	2	3	4

### 2. Hoe tevreden bent u met uw huidige slaappatroon?

	Zeer tevreden	Tevreden	Neutraal	Ontevreden	Zeer ontevreden
	0	1	2	3	4

### 3. In hoeverre beïnvloeden uw slaapproblemen uw dagelijkse functioneren? (bijvoorbeeld vermoeidheid, concentratie, geheugen en stemming)

	Geen negatieve invloed	Een beetje	Erigszins	Veel	Zeer veel negatieve invloed
	0	1	2	3	4

### 4. Hoe opvallend zijn de dagelijkse gevolgen van uw slaapprobleem voor anderen?

	Helemaal niet opvallend	Een beetje	Erigszins	Erg	Heel erg opvallend
	0	1	2	3	4

### 5. Hoe ongerust bent u over uw huidige slaapproblemen?

	Helemaal niet ongerust	Een beetje	Erigszins	Erg	Heel erg ongerust
	0	1	2	3	4

# Conclusie

---

- Hou oog voor comorbide insomnie ipv het als symptoom van een andere psychiatrische stoornis te zien
- Behandeling van slaapstoornis heeft positief effect op psychiatrische lijdensdruk
- CGT-I bewezen effectief ook in groepen
- Helder protocol met werkboek
- Het is wel veel (huis)werk



# Vragen?

---

v/86\_da\_63.

Can't sleep? Workout is your friend. 😊

A few months later:



The solutions are not the same for everyone.

@SOW-AY

The logo for Dimence, featuring a stylized blue 'D' followed by the word 'Dimence' in a purple cursive font.

# Presentatie

## Toekomstige organisatie van zorg voor bipolaire stoornissen in Nederland

door

*Bart Geerling*  
*hoofd Dimence Bipolair*





# Toekomstige organisatie van de zorg voor bipolaire stoornissen in Nederland; Het beste van twee werelden!

---

POSITION PAPER  
KENNISCENTRUM  
BIPOLAIRE  
STOORNISSEN  
(KENBIS)

ELVIRA BOERE

RONALD VONK

HENK MATHIJSSSEN

ROB HAVERMANS

RICHARD WESSELOO

BART GEERLING (VZ)

Refeermiddag Dimence Bipolair, donderdag 22 september 2022

# Werkgroep organisatie van zorg

---

- WG van KenBiS sinds 2010
  - WG bedrijfsvoering
  - WG implementatie zorgstandaard
  - WG organisatie van zorg
- Activiteiten
  - Informatie delen over wijze van organiseren van de poliklinieken
  - Advies BGGZ/SGGZ
  - Advies implementatie zorgstandaard
  - Position paper



# De totstandkoming van het position paper

De noodzaak

De opdracht

De werkwijze

De concepttekst

De wijzigingen

De 'slotverklaring'

De vervolgstappen





# *De noodzaak*

---



Professionals in bipolaire teams hebben een grote mate van kennis en expertise opgebouwd op het gebied van de diagnostiek en behandeling. Deze kennis wordt gedeeld en gevoed vanuit KenBiS en Plusminus.

De tendens om de categorale benadering meer los te laten ten gunste van een meer dimensionele, diagnose overstijgende benadering  
(Amelsvoort, 2018)

Stijging van ggz-hulpvragen en wachtlijsten

De organisatie van de ggz is gefragmenteerd en aanbodgericht, met veel expertiseteams en specialistische centra  
(Scheepers, 2020 en 2021)

Zorg voor mensen met een bipolaire stoornis en hun naasten  
MDR en ZS

De herstelbeweging richt zich niet per se op genezen, wel op herstel van evenwicht en verder kunnen leven op een aanvaardbaar kwaliteitsniveau. Herstel heeft te maken met het ontstaan van een nieuwe betekenis en zin van het leven. (Scheepers, 2020)

Reactie instellingen: naar een organisatievorm gaan waarbij in meerdere of mindere mate het geclusterd specialistisch werken op diagnosegebied losgelaten wordt om plaats te maken voor generalistische zorg al dan niet in wijkteams georganiseerd.

Maak een duidelijk onderscheid tussen 'normale' psychische klachten (levensvragen) en psychische stoornissen en daar de zorg op aan te passen (Denys, 2020).

# *De opdracht*

---



# Opdracht bestuur KenBiS

---

KenBiS wil in de geschetste discussie en beleidsontwikkeling een antwoord vinden op de vraag; 'Wat zijn de kaders en uitgangspunten voor een goede organisatie van zorg in de huidige tendens naar generalistische teams waar het patiënten met een bipolaire stoornis betreft. Welke aanvullende organisatorische uitgangspunten zijn nodig om deze doelgroep van de noodzakelijke specialistische zorg te kunnen blijven voorzien, conform de zorgstandaard bipolaire stoornissen?

Daaraan gekoppeld een advies over de verbinding naar het kwaliteitsstatuut met aandacht voor de complexiteit van de zorg en door wie deze in welke fase van de stoornis wordt uitgevoerd'.



# *Aan de slag*

---



# De uitdaging



# Werkwijze

---

## Uitgangspunten

- Het product moet gedragen kunnen worden door alle KenBiS-deelnemers
- Het product dient niet statisch te zijn maar meerdere doelen kunnen dienen
- Streven naar het samenbrengen van elementen, niet (louter) tegen
- Gericht op een positieve verandering

## Doelstelling

- Het beantwoorden van de vraag op een zodanige wijze dat KenBiS maar ook alle deelnemers van KenBiS in staat worden gesteld om op alle niveaus het gesprek aan te kunnen gaan over hoe de zorg voor mensen met een bipolaire stoornis en hun naasten vormgegeven kan worden waarbij met een stem gesproken kan worden.

## Product

- Een position paper dat de basis is voor verschillende uitingen en bijdraagt aan de discussie.

# Het beste van twee werelden



De ontwikkelingen en discussies over de (nieuwe) GGz samengevat

De delen vanuit de MDR en de ZS die betrekking hebben op de organisatie van zorg samengevat (huidige situatie)

De gewenste situatie geschetst gericht op:

- Doorontwikkeling
- Samenwerking
- Versterking

Aanbevelingen

Samenvatting





*De conceptversie, het is bijna zover, totdat...*



*...De inspraak begint...*

---



# Raad van advies, bestuur en DNR KenBiS

---

Iedereen heeft zijn/haar reacties kunnen geven

Gebundeld en in de werkgroep besproken en gewogen

## Uitgangspunten

- Eenheid van het stuk behouden
- Alle zinvolle aanvullingen overnemen
- Redactionele commentaren overnemen

## Resultaat

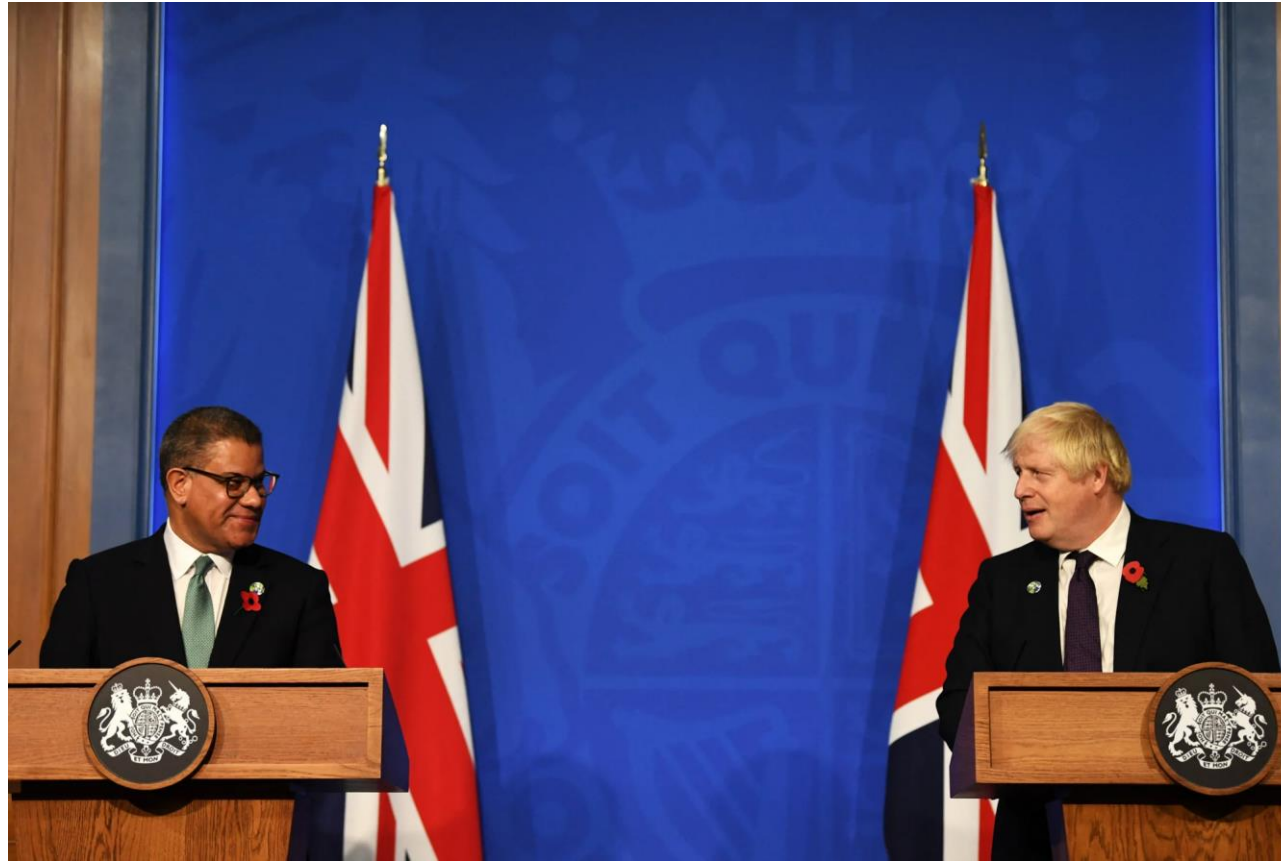
Met dank aan iedereen ligt er een krachtig statement



Bedankt  
voor jullie  
Input

*... Na nog wat schaven is de slotverklaring klaar*

---



# Gewenste situatie

---

- Hetgeen verworven is in KenBiS verband verder ontwikkelen
- Passend bij de huidige tijdsgeest, zonder eigenheid te verliezen
- Opmaat voor de nieuwe zorgstandaard
- Inhoudelijk zijn de MDR en de ZS het uitgangspunt,
- Met volledige integratie van de generieke facetten van de herstel ondersteunende zorg en de netwerkpsychiatrie.
- Persoonlijk en maatschappelijk herstel zijn al (deels) verweven in de huidige behandelmethodiek en de zorgstandaard en kunnen verder uitgewerkt worden
- Streven naar het (verder) versterken van de eigen kracht en regie van de patiënten en naasten,
- Inclusief de evidence-based en op de persoonlijke situatie toegespitste behandeling



# Aanbevelingen

---



# Aanbevelingen

---

- **Specialistische teams voor bipolaire stoornissen** zijn in alle regio's randvoorwaardelijk voor het handhaven van kwalitatieve goede zorg **conform de zorgstandaard en de richtlijn**.
- Het opzetten, onderhouden en handhaven van **regionale specialistische netwerken**, waarin de specialistische teams voor bipolaire stoornissen leidend zijn, en waar huisarts, generalistische basis-ggz, en gespecialiseerde ggz advies kunnen inwinnen en consultatie kunnen vragen.

*'Specialisten in stoornis en herstel'*

# Aanbevelingen specialistische teams

---

- *Voor de specialistische teams wordt aanbevolen :*
  - Elk team is **multidisciplinair** en bevat bij voorkeur minimaal de volgende disciplines:
    - Psychiater,
    - Sociaalpsychiatrisch verpleegkundige,
    - Verpleegkundig specialist GGZ,
    - Klinisch psycholoog of gz-psycholoog,
    - (Indien mogelijk) Ervaringsdeskundige
- De professionals binnen het team besteden bij voorkeur **minimaal 50%** van hun patiëntgebonden tijd aan de **behandeling van mensen met een bipolaire stoornis** (om voldoende **'vliegreuven'** te blijven maken, om expertise en ervaring op te bouwen en in stand te houden. De omvang van de caseload per team is minimaal 100 patiënten



# Aanbevelingen regionale netwerken

---

- De specialistische teams bipolaire stoornissen zijn inhoudelijk leidend voor de regionale netwerken.
- De **omvang** van deze netwerken, om enige 'volume' te kunnen waarborgen ligt tussen de **500-1500** patiënten per netwerk. Dat betekent dat in landelijke gebieden geografisch grotere netwerken zullen zijn dan in (rand)stedelijke gebied.
- **Regionale Samenwerking** met anderen partijen (zoals WMO-zorg, zelfregiecentra en andere behandelnetwerken ect.) is een vanzelfsprekendheid en is structureel verankerd.
- Afgevaardigden van de specialistische teams bipolaire stoornissen die een spilfunctie vervullen in de regionale netwerken, komen samen in een **landelijk netwerk** KenBiS met daarin een vertegenwoordiging vanuit professionals, patiënten en naasten.
- De netwerken hebben ook een belangrijke taak in kennisontwikkeling en verspreiding.
- Deze regionale netwerken (en dat is cruciaal) worden gefaciliteerd in tijd en geld zodat professionals daadwerkelijk de ruimte hebben om in het netwerk te participeren en samen met de netwerkpartners te werken.

*'Netwerken zonder facilitering is 'netwreken'*

# Droste netwerken

---

Er wordt gestreefd naar een netwerkstructuur waarin iedereen zich realiseert dat hij/zij altijd in een keten van netwerken opereert, die elkaar ondersteunen en versterken (van behandeltriade, eigen team, het regionale netwerk, KenBiS, plusminus en de ISBD)



# Overige aanbevelingen

---

- Het binnen een regionaal netwerk door de betrokken organisaties zoveel mogelijk gebruik maken van hetzelfde persoonsgebonden dossier of zorgnetwerk omgeving (ZNO).
- Streven naar het optimaal benutten van digitale mogelijkheden.
- Het uitvoeren van effectiviteitsonderzoek naar de organisatie van zorg, op basis van eerder gevonden evidentie in internationale onderzoeken.



# Samenvattend

---

Het doel is om symptomatisch, functioneel, maatschappelijk en persoonlijk herstel in hun samenhang te bevorderen, en te streven naar het best haalbare niveau van kwaliteit van leven.

Gezien de relatief lage prevalentie en hoge complexiteit van bipolaire stoornissen betekent dit: het handhaven van specialistische kennis van alle disciplines voor bipolaire stoornissen binnen regionale specialistische teams, het (nog verder) verbeteren van het landelijk netwerk en het inrichten van regionale netwerken, waarbinnen de specialistische centra consultatie en advies bieden aan de diverse GGZ- en maatschappelijke ketenpartners.

Inhoudelijk vormen de Multidisciplinaire Richtlijn Bipolaire Stoornissen en de wettelijk vastgelegde Zorgstandaard Bipolaire Stoornissen het uitgangspunt, te integreren met de generieke facetten van de herstel ondersteunende zorg en het werken in elkaar versterkende en lerende netwerken.

*Climate is changing,...*

---



*...So are we!*

---



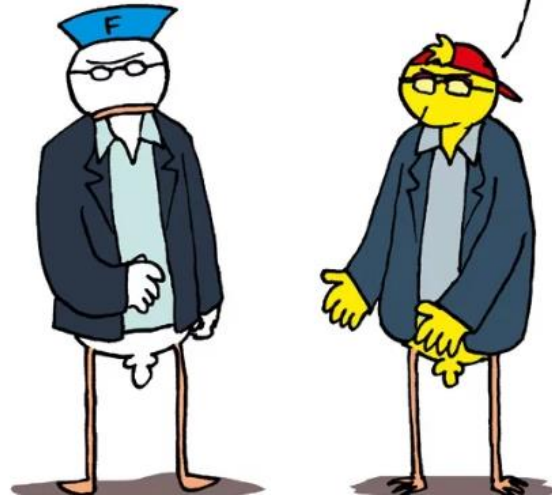
# Maar hoe gaan onze gesprekspartners reageren?

---

## **FOKKE & SUKKE** MAAK JE NIKS WIJS

ER IS HEEL VEEL  
ONDERZOEK DAT  
UITWIJST...

...DAT ZO'N  
KLIMAATAKKOORD  
HELEMAAL NIET  
BESTAAT!



RGVT

# Dus is het aan ons allen

---

PP verspreiden en de discussie voeren

<b>Wie ontvangen het position paper</b>	<b>Ideeën voor vervolgstappen</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>•Alle leden en aspirant-leden van de DNR</li><li>•Raden van bestuur leden en aspirant-leden</li><li>•Zelfregiecentra</li><li>•Zorgverzekeraars Nederland</li><li>•Zorgverzekeraars</li><li>•Nederlandse GGz</li><li>•TOPGGz</li><li>•Andere kenniscentra</li><li>•Beroepsverenigingen (NvvP, VENVN etc.)</li><li>•</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>•Intern bespreken met RvB en beleidsmakers</li><li>•Opnemen in curriculum van de Masterclass</li><li>•Opnemen webinar (beschikbaar via de site KenBiS)</li><li>•Workshops e.d. op congressen</li><li>•Indien mogelijk samen optrekken met andere kenniscentra</li><li>•Media (kan zeer divers zijn van populair tot vakbladen)</li><li>•</li></ul>





**Bedankt**  
**voor**  
jullie  
**aandacht!**

# Programma refereermiddag

## bipolaire stoornissen

Donderdagmiddag 22 september 2022

14.00-17.00 uur – Dimence Deventer



# PAUZE Tot zo!

**13.45 - 14.00 Ontvangst met koffie/thee en inschrijven**

**14.00 - 14.05 Opening & Introductie programma**

Bart Geerling - GGZ VS, hoofd Dimence Bipolair & dagvoorzitter

**14.05 - 14.30 Plusminus; samenwerking en meerwaarde**

Jeroen van der Veen, Regiocoördinator Plusminus Overijssel

**14.30 - 15.15 Behandeling langdurige slapeloosheid met CGT-I**

Welmoed Dijkstra, psychotherapeut Angst en Stemming Twello

Nienke Vlak, GZ-psycholoog i.o. Angst en Stemming Twello

**15.15 - 15.30 pauze en ontmoeting**

**15.30 - 16.00 Toekomstige organisatie van zorg voor bipolaire stoornissen in Nederland**

Bart Geerling, GGZ VS, hoofd Dimence Bipolair

**16.00 - 16.15 Bipolair en religie: hoe verder na een psychose?**

Hanneke Verboom, GGZ VS Dimence Bipolair

**16.15 - 16.30 BI-zonder studie - promotieonderzoek**

Alexandra Beunders, Aios, GGZ inGeest Amsterdam

**16.30 - 16.45 Kwalitatief onderzoek naar traumabeleving bij mensen met een bipolaire stoornis**

Linda van der Voort, VIOS Dimence

**16.45 - 16.52 Onderzoek naar de invloed van 'Goed leven met een bipolaire stoornis' op manische symptomen**

Lisette Wittenberg-Noeverman, VIOS Dimence

**16.52 - 17.00 Onderzoek 'Invloed positieve psychologische groepsbehandeling op mate zelfeffectiviteit bij bipolariteit'**

Kayleigh Huis in 't Veld, VIOS Dimence

**17.00 Wrap up & Take Home Message**

Bart Geerling





## ‘BIPOLAIR EN RELIGIE’

# *HOE VERDER NA HET DOORMAKEN VAN EEN MANISCH PSYCHOTISCHE ONTREGELING?*

HANNEKE VERBOOM - VS GGZ - SCBS

# INHOUD

Hoe zijn we tot deze groep gekomen?

Wat waren de ervaringen?

Wat zegt de literatuur?

Is het mogelijk een belangrijk onderwerp voor verder onderzoek?



# HOE ZIJN WE TOT DEZE GROEP GEKOMEN?

- Meerdere adolescenten die een manisch psychotische ontregeling hebben meegemaakt;
- Welke religieuze aspecten had;
- Zelf christelijk/gelovig zijn;
- Na het stabiliseren niet meer met het geloof bezig (durven) zijn;
- Wat hen ook in identiteitscrisis brengt;
- In een moeilijke periode die zij al doormaken omdat het zoeken is om weer te stabiliseren na het doormaken van een ontregeling.
- Zich eenzaam voelen hierin.

## WAT WAREN DE ERVARINGEN MET DEZE GROEP

- Lotgenotencontact, ik ben niet alleen, er worstelen meer mensen met de vraag: 'Hoe verder na het doormaken van psychose'.
- Veel herkenning: Waar is God nu de psychose voorbij is? Wat moet ik nu wel of niet geloven? Hoe moet ik verder met het geloof? Of zet ik het aan de kant?
- Hoe kan ik dit bespreekbaar maken in mijn omgeving? Er is schaamte en angst.
- Er is veel angst om met het geloof bezig te zijn, wat als het opnieuw een psychose uitlokt?
- Er is geen concrete oplossing, het is voor ieder een 'eigen weg'. Wel is er behoefte aan handvatten hoe deze weg te vinden.



## UIT ONDERZOEK BLIJKT DAT....

- Religie en spiritualiteit zijn regelmatig op diverse manier verwezen met de symptomen van manische en depressieve episoden.
- Manische ontregeling gaan vaak gepaard (52%) met religieuze denkwijzen/invulling.
- Manische patiënten rapporteren veel frequenter (55%) religieuze ervaringen dan depressieve patiënten (25%).
- Bij frequenter kerkbezoek komen religieuze wanen vaker voor.
- 40% van de ondervraagden geeft aan dat de bipolaire stoornis heeft geleid tot afname van hun religieuze geloofsopvattingen.

Braam, A.W. (2008). *Religie en de bipolaire stoornis: openbaring of desillusie.*

## UIT ONDERZOEK BLIJKT DAT...

- Alle religieuze ervaringen significant komen vaker voor in manieën dan in stabiele periodes;
- Mensen met een bipolaire stoornis kunnen religieuze ervaringen hebben die met de ziekte samenhangen, die tegelijkertijd religieuze en spirituele betekenissen kunnen toekennen aan deze ervaringen, omdat deze hun leven blijvend beïnvloeden. 58% geeft aan dat dit een blijvende positieve invloed heeft gehad op hun leven;
- Er is behoefte om op religieuze ervaringen en de relatie met het eigen levensverhaal te reflecteren, zowel binnen als buiten de behandeling.

Ouwehand, E. (2021). *Mania and meaning. A Mixed Methods Study into Religious Experiences in People with Bipolar Disorder: Occurrence and Significance.*)



- Literatuurstudie
- Mogelijke samenwerking met Kenniscentrum christelijke GGZ
- Nader onderzoek?
- Om uiteindelijk handvatten te kunnen formuleren om deze adolescentengroep te kunnen ondersteunen in deze moeilijke levensfase

LIGT HIER  
MOGELIJK EEN  
NADER TE  
ONDERZOEKEN  
ONDERWERP?



VRAGEN???

BEDANKT VOOR DE AANDACHT

# BRONNEN

- Braam, A.J. (2008) *Religie en de bipolaire stoornis: openbaring of desillusie*.
- Cook, C.C.H. (2015). Religious psychopathology: the prevalence of religious content of delusions and hallucinations in mental disorder. *International Journal of Social Psychiatry*, 61, 404-425.
- Ouwehand, E. (2020). Mania and meaning. *A Mixed Methods Study into Religious Experiences in People with Bipolar Disorder: Occurrence and Significance*.

Voor een samenvatting zie: <https://www.youtube.com/watch?v=MxrGvWr2zMg&t=3s>



# DE BI-ZONDER STUDIE

---

ALEXANDRA BEUNDERS

ARTS IN OPLEIDING TOT PSYCHIATER & PROMOVENDA

GGZ INGEEST

DIMENCE REFEREERMIDDAG BIPOLAIRE STOORNISSEN 22-09-2022

# DISCLOSURE

---

(potentiële) belangenverstremgeling	Geen
Voor bijeenkomst mogelijk relevante relaties met bedrijven	Geen
<ul style="list-style-type: none"><li>• Sponsoring of onderzoeksgeld</li><li>• Honorarium of andere (financiële) vergoeding</li><li>• Aandeelhouder</li><li>• Andere relatie, namelijk ...</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Subsidie Stichting tot Steun VCVGZ</li><li>• Geen</li> <li>• Geen</li><li>• Geen</li></ul>



# CRITERIA BI-ZONDER STUDIE

---

## Criteria BI-zonder studie:

- 50 jaar of ouder
- Tenminste 5 jaar geleden diagnose bipolaire stoornis (persoon in kwestie hoeft het hier zelf niet mee eens te zijn)
- Tenminste 5 jaar of langer geen onderhoudsmedicatie voor de stemming (slaapmedicatie wel toegestaan)

## Nieuwe deelnemer of meer informatie?

- Mail naar: [bizonder@ggzingeest.nl](mailto:bizonder@ggzingeest.nl)





## IN DE PRAKTIJK...

---

“Die medicijnen hè, hoe lang moet ik die nog blijven slikken?”

- 83 jaar
- Bipolaire II stoornis waarvoor lithium
- Al 10 jaar redelijk stabiel (geen ernstige episoden)
- Last van bijwerkingen (gewichtstoename, trillen, schildklier)
- Goed steunnetwerk
- Actief sociaal leven, werkt





## DE RICHTLIJN (1/2)

---

- Expert opinion richtlijn:
  - “bipolaire stoornis is een chronische, levenslange kwetsbaarheid”
- Indicatie onderhoudsbehandeling:
  - Na 2e of 3e episode (Nederlandse richtlijn 2015)
  - Na 1e manie (internationale CANMAT ISBD richtlijn 2018)
- Doel onderhoudsbehandeling:
  - Verminderen manische en depressieve klachten
  - Voorkómen van nieuwe episoden





## DE RICHTLIJN (2/2)

---

- Duur onderhoudsmedicatie:
    - stoppen met lithium?
      - hoger risico op terugval + suïcide, mn in 1<sup>e</sup> jaar
    - maar het is niet duidelijk:
      - óf/ bij wie wél/ wanneer wél/ na hoe lang behandeling onderhoudsmedicatie verlaagd of gestopt kan worden
- ➔ Meeste behandelaars raden aan om de onderhoudsbehandeling te continueren



# UITSTAPJE I: MIJN PROMOTIEONDERZOEK

---

- Onderzoek naar ouderen met een bipolaire stoornis
  - Cognitief functioneren
  - Lichamelijke ziekten
- Data van de DOBi studie: Dutch Older Bipolars
  - N=227 patiënten van 50+
  - Doorsnee polikliniek + FACT patiënten Amsterdam
  - 98% gebruikt onderhoudsmedicatie

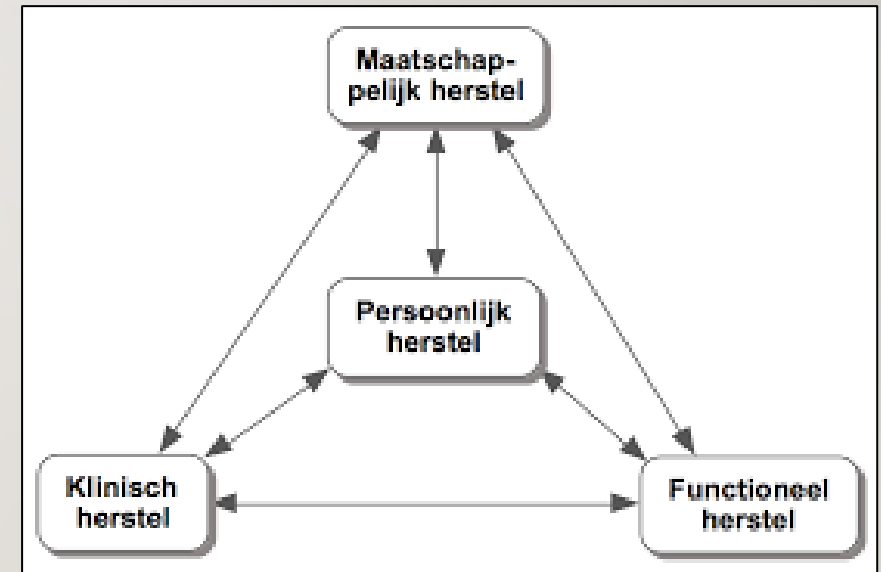


**→ Lastig te onderzoeken of onderhoudsmedicatie van invloed is op cognitie of somatiek!**



## UITSTAPJE 2: PERSOONLIJK VS. KLINISCH HERSTEL

- Studies naar medicijnen focussen op **klinisch herstel**  
(minder symptomen, minder terugvallen)
- Voor patiënten vaak belangrijk:  
**functioneel, maatschappelijk, persoonlijk herstel**  
("Kan ik mijn leven leiden zoals ik het wil?")
- In het veld van psychose en depressie wordt in de afgelopen 10 jaar meer aandacht besteed aan 'herstel'<sup>1,2</sup>



→ **Onderzoek naar herstel zonder medicatie bij bipolaire stoornis bestaat niet!**



# EEN BI-ZONDERE GROEP BESTAAT!

---

- NEMESIS-2:
  - Prevalentie bipolaire stoornis: 1,3%
  - 43,3% ontving GGZ-behandeling
  - 38,1% gebruikte medicatie
- ±225.000 mensen in Nederland met een bipolaire stoornis
  - in 2019: 39.900 mensen bekend met code bipolaire stoornis bij de huisarts



## Mensen met bipolaire stoornis zónder medicatie bestaan!

- Buiten beeld van de GGZ en wetenschappelijk onderzoek
- Onderrepresentatie
- **Waarschijnlijk veel mensen in zorg bij huisarts**



# BI-ZONDER -ONDERZOEKSVRAGEN

Wij vragen ons -onder andere- af:

- Hoe is het om te leven met een bipolaire stoornis zonder medicijnen?
- Welke afweging hebben zij gemaakt toen zij besloten om geen medicijnen te gebruiken voor de bipolaire stoornis?
- Hebben zij specifieke strategieën om stabiel te blijven?
- Lijkt deze groep mensen zónder medicijnen op de groep die wel medicijnen gebruiken voor de bipolaire stoornis?
- Of hebben zij wellicht in het verleden ten onrechte de classificatie bipolaire stoornis gehad?





# BI-ZONDER -OPZET

oktober 2020 - december 2022

**Deel A: Kwantitatief onderzoek**  
**(poweranalyse: minimaal 60 deelnemers nodig)**  
**vergelijking DOBi (med+) vs. BI-zonder (med-)**



**Deel B: Kwalitatief onderzoek**  
**(selectie van 20-25 uit de 60 deelnemers)**

## AANPAK VAN HET ONDERZOEK

### DEEL A

- 1** **THUIS:**  
VRAGENLIJSTEN INVULLEN
- 2** **OP LOCATIE/ VIDEOBELLEN:**  
NEUROPSYCHOLOGISCH ONDERZOEK  
  
INTERVIEW OVER PSYCHISCHE KLACHTEN IN HEDEN EN VERLEDEN  
  
LICHAAMSMETINGEN: GEWICHT, BUIKOMVANG EN BLOEDDRUK METEN

---

### DEEL B (OPTIONEEL)

- 3** INDIVIDUEEL DIEPTE-INTERVIEW (HIERBIJ IS EEN ONDERZOEKER EN EEN ERVARINGSDESKUNDIGE AANWEZIG)



# BI-ZONDER -WERKEN MET ERVARINGSDESKUNDIGEN

---

- Ervaringsdeskundigen zijn essentieel!
  - Verruimt je blik als onderzoeker
  - Drempelverlagend voor mensen om mee te doen
- Werving:
  - netwerken en locaties buiten ggz
  - taalgebruik op flyers/posters
  - nadenken over waarom mensen weigeren
- Kwalitatieve interviews:
  - Meedenken over topic lijst
  - Interviewen in koppel onderzoeker + ervaringsdeskundige
  - Advies over interpretatie van resultaten → behouden brede blik
- Verspreiding resultaten in netwerk (buiten GGZ)

Soms minder stabiele perioden, dus fijn om met meerdere ervaringsdeskundigen in een team te werken

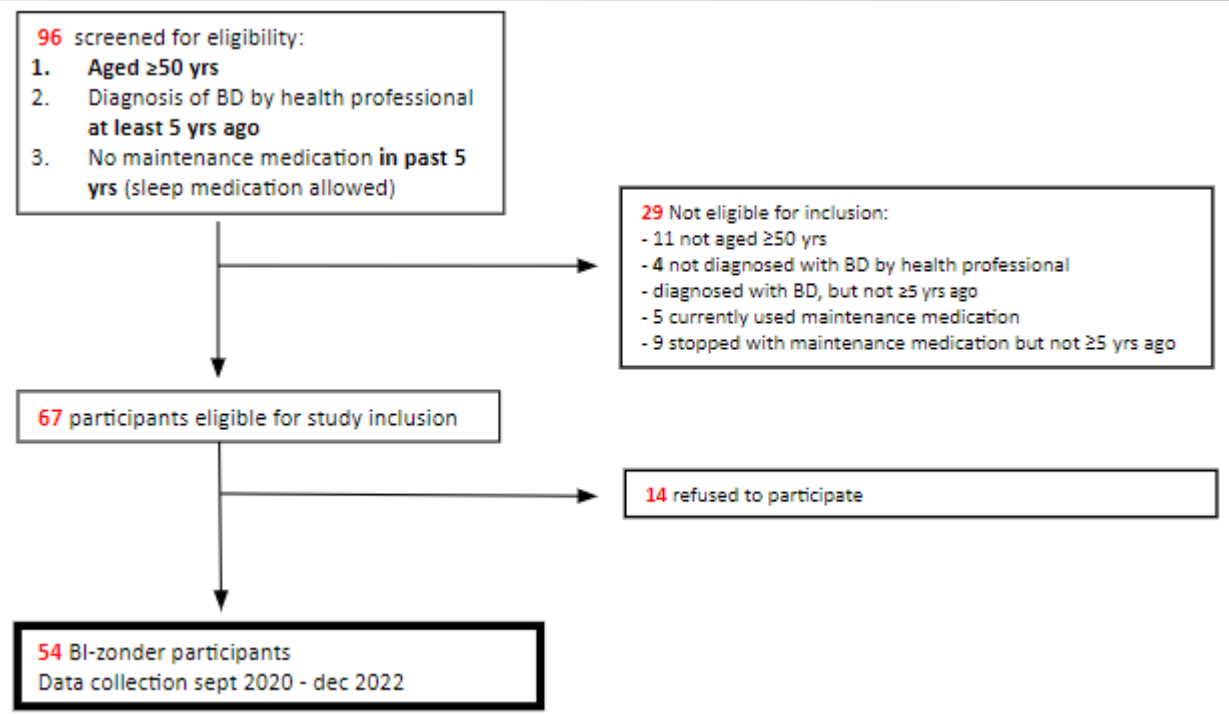
Neem ruim salariskosten voor ervaringsdeskundigen op in de subsidiebegroting!



# BI-ZONDER -EERSTE RESULTATEN

**LET OP!**  
Deze resultaten zijn voorlopig en mogen niet verspreid worden!

- Nu 54 actieve deelnemers (dus nog +/- 7 nodig!)
  - Werving via social media, Plusminus, GGZ-instellingen, ervaringsdeskundigen, huisartsen
- Bipolaire stoornis lijkt niet 'fout' gediagnosticeerd
  - maar: termen 'diagnose' en 'bipolaire stoornis' liggen heel gevoelig!
  - verschillende verklaringsmodellen: oa. vroegkinderlijk trauma
  - sommigen ervaren bipolariteit niet als chronisch, ervaren zichzelf als hersteld
- Veel deelnemers zijn ervaringsdeskundige of schreven herstelverhaal
  - aanwijzingen voor actief herstelproces + sterke eigen regie
- Veel verborgen leed onder deelnemers
  - Niet gehoord/gezien voelen door ggz
  - Veel last van stempel/diagnose, bijv. bij vinden van werk







# BI-ZONDER -(EERSTE) KWALITATIEVE BEVINDINGEN

**LET OP!**  
Deze resultaten zijn  
voorlopig en mogen  
niet verspreid  
worden!

- **HOOFDVRAAG 1: Op basis waarvan maken mensen met bipolariteit afwegingen om géén medicijnen te gebruiken (vanuit ervaringsdeskundig/patiënt/client perspectief)?**

- Invloed van anderen (overgehaald worden om medicijnen te gebruiken, geen steun ervaren om te stoppen)
- Negatieve houding tov medicijnen
- Zelfvertrouwen hebben: "ik kan het (misschien) zonder medicijnen" (experiment aangaan)
- (Weinig) last ervaren van de psychische klachten / psychische klachten geen (groot) probleem vinden
- Last hebben van/ gehinderd voelen door de medicijnen

Sterk gevoel  
van eigen  
regie

- **HOOFDVRAAG 2: Hoe gaan deze mensen om met hun mentale gezondheid (vanuit ervaringsdeskundig/patiënt/client perspectief)?**

- Inzichten verwerven (over zichzelf, bipolaire stoornis, eigen klachtenpatroon, ontwikkelen persoonlijk verklaringsmodel)
- Voorkómen van/ stabiel blijven door/ omgaan met psychische klachten (op het moment dat ze er zijn)  
→ psychische/cognitieve acties, praktische acties, hulp/behandeling ontvangen



## IN DE PRAKTIJK...

---

“Die medicijnen hè, hoe lang moet ik die nog blijven slikken?”

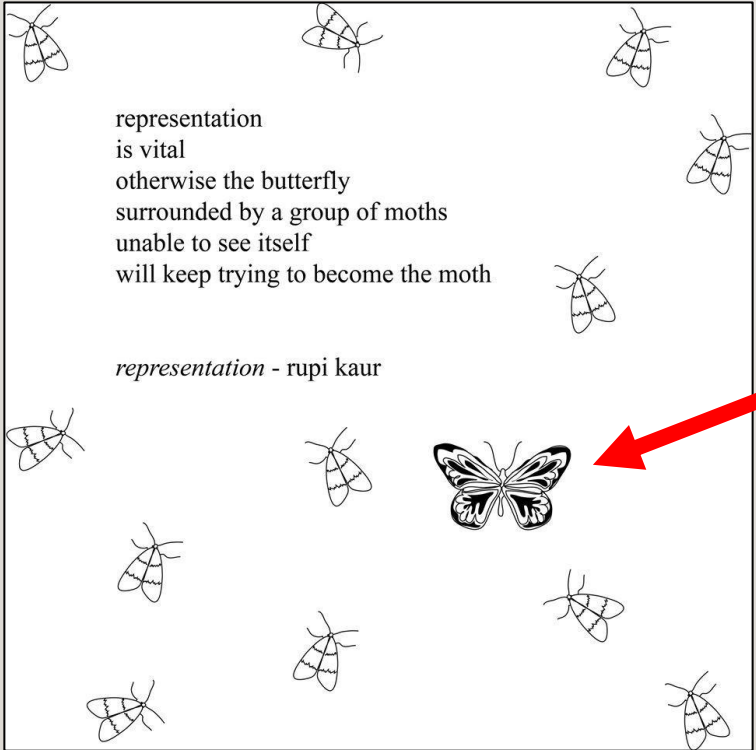
- ‘Dat weten we niet precies’
- ‘Laten we de voors en tegens op een rijtje zetten’
- Opties:
  - doorgaan op huidige weg
  - dosis verlagen
  - wisselen van medicijn
  - héél langzaam stoppen onder begeleiding
  - niet iemand uitschrijven zodra geen medicijnen meer!  
→ psychotherapie, sociaal ritme therapie, systeemtherapie, lichttherapie, monitoren 1-2x/jaar



**➔ Onderhoudsbehandeling = shared decision making + maatwerk!**



# BI-ZONDER: REPRESENTATION MATTERS!



Bipolaire stoornis  
zonder medicatie:  
een Bi-zondere groep!





# CRITERIA BI-ZONDER STUDIE

## Criteria BI-zonder studie:

- 50 jaar of ouder
- Tenminste 5 jaar geleden diagnose bipolaire stoornis (persoon in kwestie hoeft het hier zelf niet mee eens te zijn)
- Tenminste 5 jaar of langer geen onderhoudsmedicatie voor de stemming (slaapmedicatie wel toegestaan)

## Nieuwe deelnemer of meer informatie?

- Mail naar: [bizonder@ggzingeest.nl](mailto:bizonder@ggzingeest.nl)



**Met dank aan:**

- Annemiek Dols – psychiater en hoofdonderzoeker DOBi en BI-zonder
- Marieke Van Eijkelen – ervaringsdeskundige
- Chris Nijboer – gezondheids(zorg)onderzoeker op gebied van gezonde leefstijl, veerkracht en ervaringsdeskundigheid
- onderzoeksassistenten: Tokie Kemp, Claudia Beentjes, Azita Ghasemi, Marrit Schouten
- kwalitatief onderzoekers: Eline Regeer, Eva Maassen, Almar Kok
- adviserend onderzoekers: Ralph Kupka, Anja de Kruif
- Vereniging PlusMinus
- Stichting tot Steun VCVGZ
- alle deelnemers tot nu toe!

**Meer informatie of aanmelden?**

**bizonder@ggzingeest.nl**

Tips voor  
werving?

**Zie ook**  
[www.kenbis.nl](http://www.kenbis.nl)  
&  
[www.kenniscyclus.nl](http://www.kenniscyclus.nl)



# **Kwalitatief onderzoek naar de traumabeleving bij mensen met een bipolaire stoornis**

Linda van der Voort  
VIOS Dimence  
22 september 2022

## Inhoud van de presentatie

- Betrokken onderzoekers en doelstelling
- Inleiding
- Gevolgen van een comorbiditeit
- Probleemstelling
- Doelstelling
- Onderzoeksvraag
- Inclusie- & exclusiecriteria
- Steekproef
- Dataverzameling
- Wat kun je verwachten
- Vragen

## Betrokken onderzoekers & doelstelling

- Hoofdonderzoeker: Titus Beentjes PhD, verpleegkundig specialist ggz, onderzoeker
- Onderzoeker: Linda van der Voort, verpleegkundig specialist ggz i.o.
  
- Doelstelling: Informeren, werving participanten.



## Inleiding

- Tussen de 36% en 51% van de cliënten met een bipolaire stoornis heeft in zijn leven tenminste één traumatische gebeurtenis meegemaakt (Rakofsky et al., 2011).
- Tot 40% van de mensen met een bipolaire stoornis heeft een comorbiditeit met een posttraumatische stoornis (Cerimele et al., 2017; Boylan et al., 2004; Otto et al., 2004).

# Gevolgen van een comorbiditeit

- Meer last van stemmingswisselingen en depressieve episodes.
- Het ervaren van een zwaardere ziektelast.
- Slechtere kwaliteit van leven (Cerimele et al., 2017).
- Toename van suïcidaliteit (Kocabas et al., 2019; Katz et al., 2020; Olgiati & Serretti, 2021; Quarantini et al., 2010).



# Probleemstelling

- Ervaringen binnen team angst en stemming Deventer Dimence.
- Gevolgen behandeling.
- Vraag: Herkent iemand dit?

# Doelstelling

- Inzicht krijgen hoe mensen met een bipolaire stoornis trauma gerelateerde klachten ervaren tijdens de manische en de euthyme fase.
- Belemmerende en bevorderende factoren voor het starten met een traumagerichte behandeling.

## Onderzoeksvraag

- Hoe hebben mensen met een bipolaire stoornis een trauma en posttraumatische stress gerelateerde klachten tijdens de euthyme fase beleefd? En hoe hebben zij het beslisproces naar het inzetten van een trauma gerelateerde behandeling ervaren?

# Inclusie- en exclusiecriteria

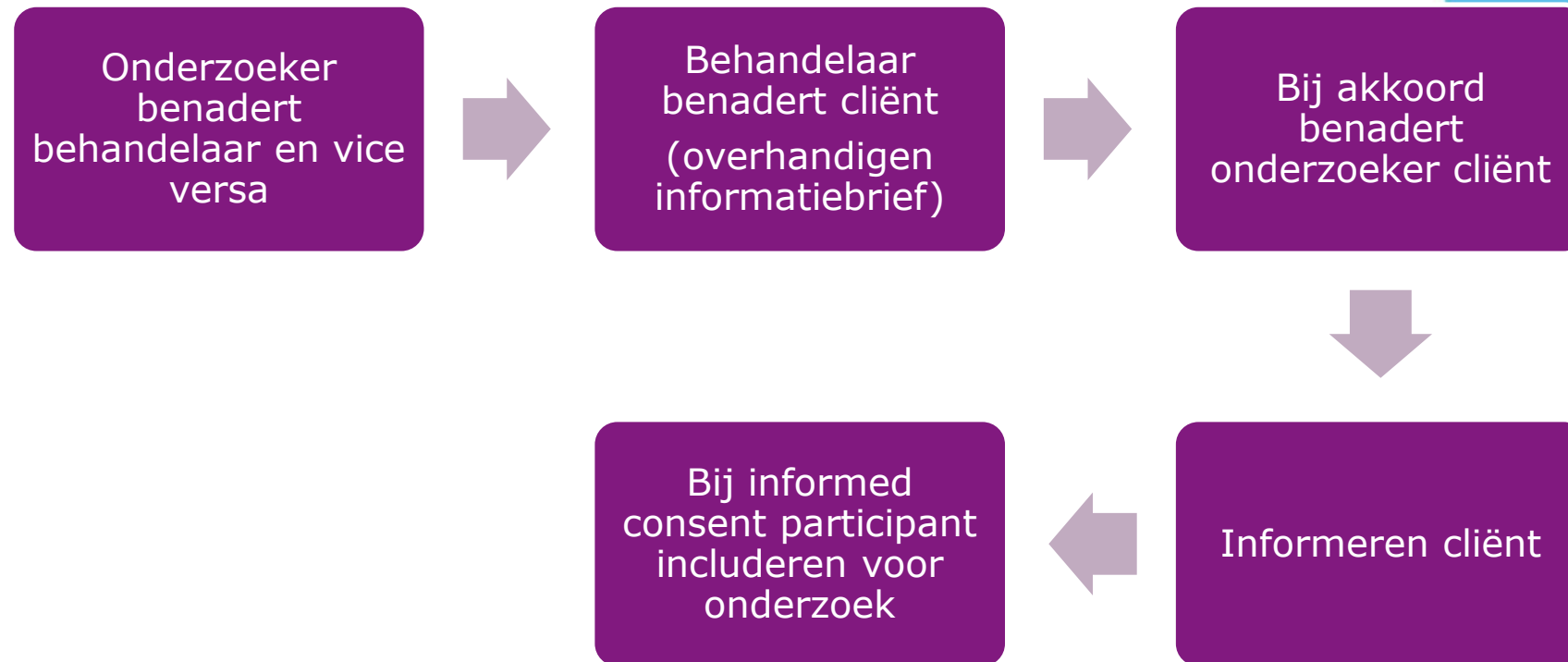
## **Inclusiecriteria:**

- Diagnose bipolaire-I-stoornis volgens de DSM-5.
- Het hebben doorgemaakt van een traumatische ervaring.
- Beheersen van de Nederlandse of Engelse taal.
- Er is sprake van een euthyme fase.
- Volwassenen vanaf 18 jaar, die in staat zijn om informed consent te geven.
- Ambulant in behandeling bij Dimence.

## **Exclusiecriteria:**

- Betrokkenheid van de onderzoeker bij de behandeling.

## Steekproef



Vraag: Komen er al cliënten bij je op als mogelijke participant?

## **Dataverzameling**

- Semigestructureerde interviews
- Topic list
- Voice recorder
- Duur gemiddeld 60 min
- Plaats interview



# Wat kun je verwachten?

- Bevindingen van het interview bespreken
- Stoppen met deelname
- Gebruik behandelgegevens en persoonsgegevens
- Vertrouwelijkheid
- Uitkomsten onderzoek
- Kosten

**Vragen?**



# Aandragen van participanten voor het onderzoek

## Contactgegevens voor deelname wetenschappelijk onderzoek

### **Hoofdonderzoeker**

Naam: Dhr. T. Beentjes, PhD

Functie: verpleegkundig specialist ggz, onderzoeker

Email: [t.beentjes@dimence.nl](mailto:t.beentjes@dimence.nl)

Tel: 0570 604 020

Bereikbaar op woensdag, donderdag en vrijdag.

### **Onderzoeker**

Naam: Mw. L. van der Voort

Functie: verpleegkundig specialist ggz in opleiding

E-mail: [l.vandervoort@dimence.nl](mailto:l.vandervoort@dimence.nl)

Tel: 0570 639 745

Bereikbaar op maandag, dinsdag en vrijdag

# Literatuurlijst



- Boylan, K. R., Bieling, P. J., Marriott, M., Begin, H., Young, L. T., & MacQueen, G. M. (2004). Impact of comorbid anxiety disorders on outcome in a cohort of patients with bipolar disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 65(8), 1106–1113. <https://doi.org/10.4088/jcp.v65n0813>
- Cerimele, J. M., Bauer, A. M., Fortney, J. C., & Bauer, M. S. (2017). Patients with co-occurring bipolar disorder and posttraumatic stress disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 78(5), e506–e514. <https://doi.org/10.4088/jcp.16r10897>
- Katz, D., Petersen, T., Amado, S., Kuperberg, M., Dufour, S., Rakhilin, M., Hall, N. E., Kinrys, G., Desrosiers, A., Deckersbach, T., Sylvia, L., & Nierenberg, A. A. (2020). An evaluation of suicidal risk in bipolar patients with comorbid posttraumatic stress disorder. *Journal of Affective Disorders*, 266, 49–56. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.091>
- Kocabas, O., Sevinocok, L., Memis, C. O., & Dogan, B. (2019). The association of lifetime suicide attempts with anxiety disorders in patients with bipolar disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, 25(1), 7–13. <https://doi.org/10.1097/prs.0000000000000361>
- Olgiati, P., & Serretti, A. (2021). Post-traumatic stress disorder and childhood emotional abuse are markers of subthreshold bipolarity and worse treatment outcome in major depressive disorder. *International Clinical Psychopharmacology*, 37(1), 1–8. <https://doi.org/10.1097/yic.0000000000000380>
- Otto, M. W., Perlman, C. A., Wernicke, R., Reese, H. E., Bauer, M. S., & Pollack, M. H. (2004). Posttraumatic stress disorder in patients with bipolar disorder: A review of prevalence, correlates, and treatment strategies. *Bipolar Disorders*, 6(6), 470–479. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2004.00151.x>
- Quarantini, L. C., Miranda-Scippa, N., Nery-Fernandes, F., Andrade-Nascimento, M., Galvão-de-Almeida, A., Guimarães, J. L., Teles, C. A., Netto, L. R., Lira, S. B., De Oliveira, I. R., Post, R. M., Kapczinski, F., & Koenen, K. C. (2010). The impact of comorbid posttraumatic stress disorder on bipolar disorder patients. *Journal of Affective Disorders*, 123(1–3), 71–76. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.08.005>
- Rakofsky, J. J., Levy, S. T., Dunlop, B. W., & Boadie, M. D. (2011). Conceptualizing treatment nonadherence in patients with bipolar disorder and PTSD. *CNS Spectrums*, 16(1), 11–20. <https://doi.org/10.1017/s1092852912000119>

**Korte presentatie  
over het  
onderzoek naar de invloed van 'Goed leven met een  
bipolaire stoornis' op manische symptomen  
&  
het onderzoek 'Invloed positieve psychologische  
groepsbehandeling op mate zelfactiviteit bij bipolaire  
stoornis'**  
door



*Kayleigh Huis in 't Veld  
VIOS Dimence FACT Almelo  
en*

*Lisette Wittenberg-Noeverman  
VIOS Dimence Bipolaire stoornissen Almelo*



September  
2022

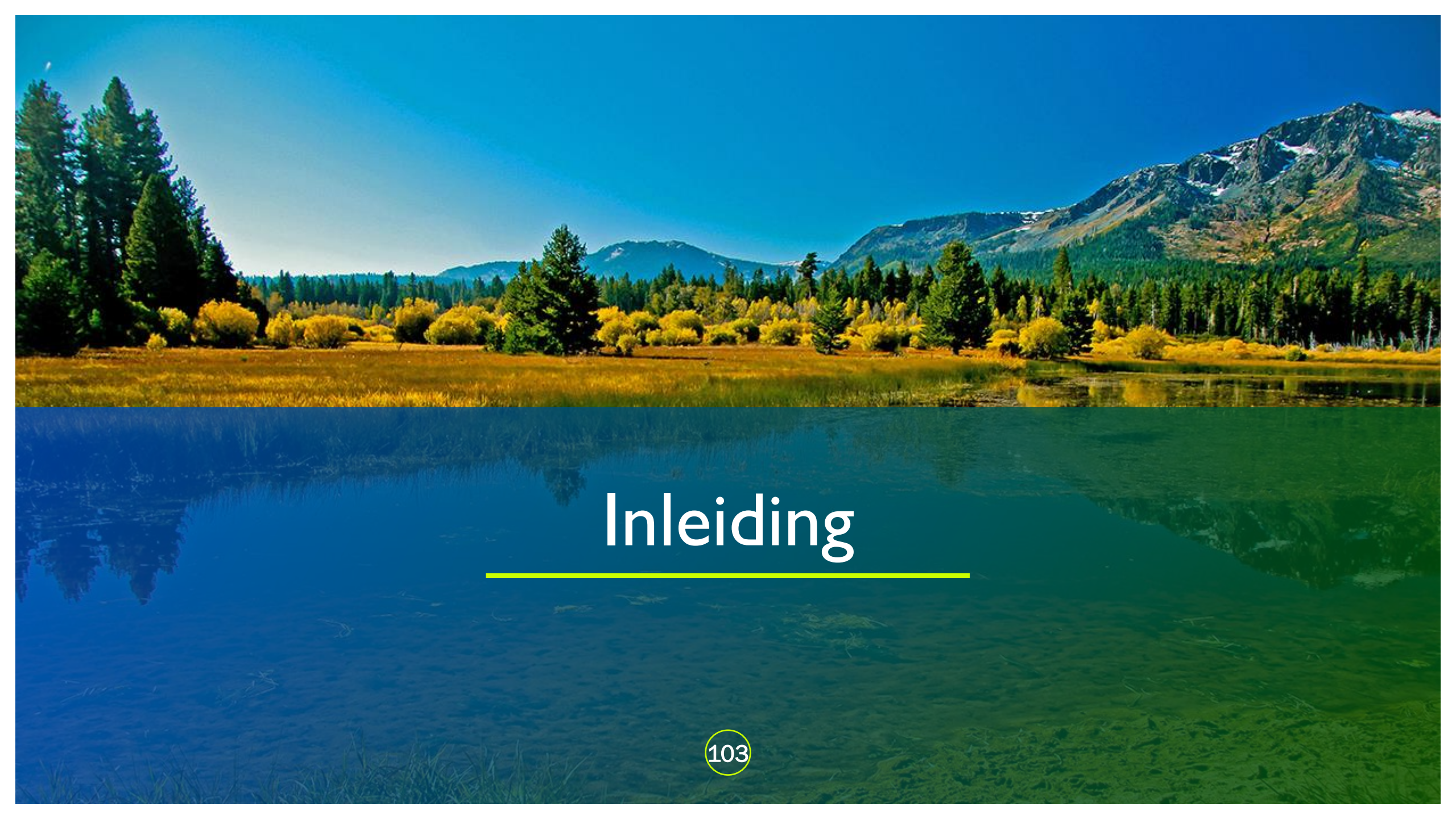
# Wetenschappelijk onderzoek

---

Lisette Wittenberg

Kayleigh Huis in 't Veld

Verpleegkundig Specialist GGZ in opleiding



# Inleiding

---

# Onderzoeksvragen

---

- Verandert de mate van zelfeffectiviteit bij mensen met een bipolaire stoornis na het volgen van een positieve psychologische groepsbehandeling? (*onderzoeksvraag Kayleigh*)
- Heeft het inzetten van de positieve psychologie interventie 'Goed leven met een bipolaire stoornis' invloed op manische symptomen bij volwassenen met een bipolaire stoornis? (*onderzoeksvraag Lisette*)





# Onderzoeksdoel

---

## Onderzoeksdoel Kayleigh

- Het doel van het onderzoek is kennis te verkrijgen over de invloed van de positieve psychologische groepsbehandeling 'Goed leven met een bipolaire stoornis' op de mate van zelfeffectiviteit\* bij mensen met een bipolaire stoornis. Dit kan helpend zijn voor het verbeteren van het zelfmanagement en daarmee het optimaal psychosociaal functioneren van mensen met een bipolaire stoornis.

*\*Zelfeffectiviteit is het vertrouwen van een persoon in de eigen bekwaamheid om met succes invloed uit te oefenen op zijn of haar omgeving door een bepaalde taak te volbrengen of een probleem op te lossen''.*

## Onderzoeksdoel Lisette

- Het doel van het onderzoek is kennis vergaren over de invloed van de positieve psychologische groepsbehandeling 'Goed leven met een bipolaire stoornis' op manische symptomen. Dit kan een bijdrage leveren aan de veiligheid van het behandelprogramma voor bipolaire stoornissen.

# Onderzoekspopulatie

- De doelpopulatie bestaat uit patiënten vanaf 18 jaar, die conform de DSM-5 criteria gediagnosticeerd zijn met een BS (American Psychiatric Association, 2014) en in behandeling zijn binnen de Dimence Groep.
- De onderzoekspopulatie betreft een selecte steekproef en bestaat uit patiënten vanuit de doelpopulatie in een euthyme- of milde depressieve episode.
  - **Inclusiecriteria:**
    - volwassenen vanaf 18 jaar, gediagnosticeerd met een BS die in behandeling zijn binnen de Dimence Groep;
    - zich momenteel bevinden in een euthyme-, milde depressieve of mild manische episode. De deelnemers worden geïncludeerd als patiënten tussen 1 (niet ziek) en 4 (matig ziek) scores op depressiesymptomen en 1 (niet ziek) en 3 (m) voor maniesymptomen op de Clinical Global Impression Scale – Bipolar (CGI-BP) (Spearing et al., 1997) (zie Bijlage A).
  - **Exclusiecriteria:**
    - Mensen die de Nederlandse taal niet machtig zijn
    - Mensen die op dit moment in behandeling zijn voor verslavingsproblematiek (geldt enkel als exclusiecriteria voor deelname aan het onderzoek van Lisette)

# Dataverzameling

## Onderzoek Kayleigh

Zelfeffectiviteit betreft de afhankelijke variabele in dit onderzoek en wordt geoperationaliseerd met behulp van de General Self Efficacy Scale (GSES) (Nederlandse versie).

Om een goed beeld te krijgen van de onderzoekspopulatie worden naast de zelfeffectiviteit enkele demografische gegevens en mogelijke confounders uitgevraagd

## Onderzoek Lisette

Manische klachten betreft de afhankelijke variabele in dit onderzoek en wordt geoperationaliseerd met behulp van de Altman Self-Rating Mania Scale Nederlandse Vertaling (ASRM-NL). Om een goed beeld te krijgen van de uiteindelijke steekproef, wordt naast de vragenlijst over de stemming, ook een aantal demografische gegevens verzameld. Een aantal factoren kunnen van invloed zijn op het ontstaan van manische symptomen. Om deze reden worden ook mogelijke confounders uitgevraagd.

## Afname vragenlijsten

De demografische vragenlijst van beide onderzoeken is samengevoegd tot één vragenlijst. In totaal wordt de deelnemers gevraagd om tijdens de eerste- en de laatste groepsbijeenkomst, drie vragenlijsten in te vullen (GSES, ASRM-NL, demografische vragenlijst).

De onderzoekers zullen aanwezig zijn tijdens de eerste-en laatste groepsbijeenkomst om de vragenlijsten op papier te verstrekken.

Het invullen van de vragenlijsten zal per deelnemer ongeveer 15 minuten tijd in beslag nemen.

Naam patiënt \_\_\_\_\_ Beoordeeld door \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### CLINICAL GLOBAL IMPRESSION - Bipolaire Versie (CGI-BP)

#### I. ERNST van de ziekte

Op grond van uw klinische ervaring met bipolaire patiënten, hoe ziek was de patiënt gedurende de afgelopen week.

	Normaal, niet ziek	Minimaal ziek	Licht ziek	Matig ziek	Matig ernstig ziek	Ernstig ziek	Zeer ernstig ziek
	1	2	3	4	5	6	7
a. Manie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Depressie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Algehele bipolaire stoornis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### II. VERANDERING t.o.v. vorige beoordeling

Datum vorige beoordeling: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Welke verandering heeft u bij patiënt waargenomen in vergelijking met de vorige beoordeling?

	Zeer veel verbeterd	Veel verbeterd	Minimaal verbeterd	Geen verandering	Minimaal slechter	Veel slechter	Zeer veel slechter	n.v.t.
	1	2	3	4	5	6	7	8
a. Manie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Depressie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Algehele bipolaire stoornis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### I. ERNST van de ziekte

##### 1. NORMAAL, NIET ZIEK.

##### 2. MINIMAAL ZIEK:

Weinig of minimale symptomen, met behoud van doelmatig functioneren in gebruikelijke activiteiten.

##### 3. LICHT ZIEK:

Lichte symptomen met duidelijk subjectief onwelbevinden, maar geen of slechts weinig functionele beperkingen.

##### 4. MATIG ZIEK:

(Enkele) duidelijke symptomen, gepaard gaand met enige beperkingen in het dagelijks functioneren.

##### 5. MATIG ERNSTIG ZIEK:

Uitgesproken symptomen, gepaard gaand met aanzienlijke beperkingen in het dagelijks functioneren.

##### 6. ERNSTIG ZIEK:

Ernstige symptomen; onvermogen om te functioneren op de meeste gebieden.

##### 7. ZEER ERNSTIG ZIEK:

Zeer ernstige symptomen; patiënt kan niet meer functioneren en heeft veel zorg nodig.

#### II Verandering t.o.v. de vorige beoordeling.

##### 1. ZEER VEEL VERBETERD (opvallende verbetering):

Geheel of vrijwel geheel hersteld; evt. minimale restverschijnselen; dagelijks functioneren op oude niveau.

##### 2. VEEL VERBETERD (matige verbetering):

Merkbare verbetering met duidelijke afname van symptomen (er kunnen symptomen blijven bestaan) en verbetering van het functioneren.

##### 3. MINIMAAL VERBETERD (geringe verbetering):

Enige verbetering, maar nauwelijks klinisch relevante afname van symptomen. Het klinische beeld, het niveau van functioneren en de zorgbehoefte zijn in grote lijnen ongewijzigd.

##### 4. GEEN VERANDERING VAN SYMPTOMEN

##### 5. MINIMAAL SLECHTER (geringe verslechtering):

Enige verslechtering, maar nauwelijks klinisch relevante toename van symptomen. Het klinische beeld, het niveau van functioneren en de zorgbehoefte zijn in grote lijnen ongewijzigd.

##### 6. VEEL SLECHTER (matige verslechtering):

Merkbare verslechtering met duidelijke toename van symptomen; verslechtering van het functioneren op verschillende gebieden.

##### 7. ZEER VEEL SLECHTER (uitgesproken verslechtering):

Uitgesproken verslechtering met ernstige toename van symptomen en onvermogen om te functioneren.

### Dutch General Self-Efficacy Scale

#### Toelichting

Hieronder volgen 10 stellingen over hoe u in het algemeen denkt en doet.

Zou u aan willen geven in hoeverre u het oneens of eens bent met deze stellingen.

Wilt u daartoe voor alle stellingen het antwoord aankruisen dat OP DIT MOMENT op u het meest van toepassing is.

		volledig onjuist	nauwelijks juist	enigszins juist	volledig juist
1	Het lukt me altijd moeilijke problemen op te lossen, als ik er genoeg moeite voor doe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Als iemand mij tegenwerkt, vind ik toch manieren om te krijgen wat ik wil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Het is voor mij makkelijk om vast te houden aan mijn plannen en mijn doel te bereiken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Ik vertrouw erop dat ik onverwachte gebeurtenissen doeltreffend aanpak.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Dankzij mijn vindingrijkheid weet ik hoe ik in onvoorziene situaties moet handelen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Ik kan de meeste problemen oplossen als ik er de nodige moeite voor doe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Ik blijf kalm als ik voor moeilijkheden kom te staan omdat ik vertrouw op mijn vermogen om problemen op te lossen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Als ik geconfronteerd word met een probleem, heb ik meestal meerdere oplossingen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Als ik in een benarde situatie zit, weet ik meestal wat ik moet doen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Wat er ook gebeurt, ik kom er wel uit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Demografische vragenlijst

Naam:

Datum:

**1. Geslacht**

- Man
- Vrouw

**2. Leeftijd**

..... jaar

**3. Burgerlijke staat**

- Gehuwd
- Relatie / niet samenwonend
- Samenwonend
- Alleenstaand
- Gescheiden
- Weduwe / weduwnaar

**4. Hoeveel jaar geleden bent u gediagnosticeerd met een bipolaire stoornis?**

- 0-2 jaar geleden
- 2-5 jaar geleden
- 5-10 jaar geleden
- >10 jaar geleden

**5. Hoe ziet doorgaans uw daginvulling er uit?**

- Betaalde baan
- Vrijwilligerswerk
- Dagbesteding
- Huishoudelijke taken
- Geen daginvulling
- Anders, namelijk:.....

**6. Heeft u tijdens de groepsbehandeling: Goed leven met een bipolaire stoornis aanvullende psychologische behandeling ontvangen?**

- Ja, namelijk: .....
- Nee

**7. Hebben er wijzigingen in uw psychiatrische medicatie plaatsgevonden tijdens de groepsbehandeling: Goed leven met een bipolaire stoornis?**

- Ja, namelijk: .....
- Nee

**8. Spelen er op dit moment grote veranderingen in uw privé situatie (denk hierbij aan verhuizing, verandering in burgerlijke staat, geboorte, sterfte of verandering van baan)**

- Ja, namelijk: .....
- Nee



# Wat vragen wij van behandelaren

---

- **Minimaal 34 deelnemers nodig**
- **Bij indicatie voor de groepsbehandeling:**
  - De patiënt op de hoogte te brengen van de onderzoeken welke verbonden zijn aan de groepsbehandeling en hen te vragen of er contact met hen opgenomen mag worden door de onderzoekers, zodat verdere informatie verstrekt kan worden
    - Ondertekenen toestemmingsformulier: “uitwisseling persoonsgegevens”
  - De vragenlijst Clinical Global Impression Scale – Bipolar (CGI-BP), als behandelaar, in te vullen om te beoordelen of de patiënt momenteel in een euthyme- of milde depressieve episode zit (depressiesymptomen score 1-4 en maniesymptomen score 1-3)
  - Toestemmingsformulier en ingevulde CGI-BP te mailen naar:
    - [k.timmerhuis@dimence.nl](mailto:k.timmerhuis@dimence.nl) en [l.wittenberg@dimence.nl](mailto:l.wittenberg@dimence.nl)
  - 15 minuten van de tijd tijdens de eerste- en laatste groepsbijeenkomsten om de vragenlijsten in te laten vullen



# Uitkomsten onderzoek

---



# BEDANKT!

---

Lisette Wittenberg  
Kayleigh Huis in 't Veld

E-mail

06-10498067

06-32452020

[l.wittenberg@dimence.nl](mailto:l.wittenberg@dimence.nl)

[k.timmerhuis@dimence.nl](mailto:k.timmerhuis@dimence.nl)

# Wrap up & Take Home Message

**P.S.**

Vul het [evaluatieformulier](#) in via de QR-code.

Staat in de chat & ligt op de tafels in de zaal.

**Kost weinig tijd, maar helpt ons enorm!**

