

University of Groningen

De kunst van de lange adem

Deenik, J; Looijmans, A; Kruisdijk, F R; Jörg, F

Published in:
 Tijdschrift voor Psychiatrie

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version
 Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:
 2020

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Deenik, J., Looijmans, A., Kruisdijk, F. R., & Jörg, F. (2020). De kunst van de lange adem: implementatie van leefstijlinterventies in de ggz. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 62(11), 981-989.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

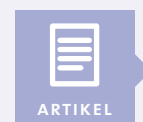
De kunst van de lange adem: implementatie van leefstijlinterventies in de ggz

J. DEENIK, A. LOOIJMANS, F.R. KRUISDIJK, F. JÖRG

- ACHTERGROND** Steeds meer studies tonen de werkzaamheid van leefstijlinterventies aan voor de geestelijke en lichamelijke gezondheid bij psychiatrische aandoeningen, zowel preventief als curatief. Implementeren en succesvolle continuering van zulke interventies in de alledaagse praktijk blijkt echter een uitdaging.
- DOEL** Beschrijven van implementatiefactoren van verschillende leefstijlinterventies in de dagelijkse praktijk.
- METHODE** We bundelen de uitkomsten van drie recent afgeronde proefschriften en geven aanbevelingen en handvatten voor de praktijk.
- RESULTATEN** Bevorderende en belemmerende implementatiefactoren bleken grotendeels universeel te zijn voor setting en doelgroep. Zorgprofessionals en patiënten waardeerden en ondersteunden de ingezette leefstijlinterventies. Een gebrek aan prioriteit, erkenning en ondersteuning voor het onderwerp op organisatieniveau werden in alle studies als belemmerende factoren genoemd. Gelijktijdige inzet op verschillende componenten (zoals bewegen, voeding en ontspanning), afgestemd op mogelijkheden en interesses van patiënten en het stellen van haalbare doelen is van belang voor succes. Het betrekken van gekwalificeerd personeel met expertise in leefstijl, gedragsverandering en psychiatrie, en samenwerking tussen disciplines binnen de ggz en met ketenpartners daarbuiten zijn bovendien cruciaal.
- CONCLUSIE** Succesvolle implementatie van leefstijlinterventies in de geestelijke gezondheidszorg vereist een lange-termijnvisie, veranderingen in cultuur en gedrag en een lange adem in de uitvoering

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)11, 981-989

TREFWOORDEN beweging, depressie, ernstige psychiatrische aandoening, implementatie leefstijlinterventies



Interventies die een gezonde leefstijl bevorderen (o.a. beweging, voeding en stoppen met roken) kunnen een belangrijke rol spelen in het terugdringen en in de toekomst deels voorkómen van de aanzienlijk verhoogde ziektelast en verkorte levensduur van mensen met een psychiatrische aandoening (Plana-Ripoll e.a. 2020), zoals ook blijkt uit de overzichtsartikelen in dit themanummer. Het implementeren en volhouden van zulke interventies in de alledaagse praktijk blijken echter uitdagingen. Ondanks de toename van het wetenschappelijk bewijs voor leefstijl in de psychiatrie is er in de praktijk nog relatief weinig veranderd. De urgentie van aandacht voor deze zogenaemde *evidence-to-practice gap* is al meermaals aangehaald (bijv. McGrath 2016; Stewart 2015).

Implementatie van onderzoeksuitkomsten wordt ook bemoeilijkt doordat onderzoeken tot nog toe weinig zicht geven op effecten op langere termijn (follow-up vaak ≤ 6 maanden) en uitgevoerd zijn bij niet-representatieve deelnemers of omstandigheden (Bartels 2015; Naslund e.a. 2017; Lally e.a. 2018). Er is daarom behoefte aan meer onderzoek naar de effectiviteit en specifieke implementatiefactoren van leefstijlinterventies in de dagelijkse praktijk, waartoe ook werd opgeroepen in recente overzichtsstudies (Stubbs e.a. 2018; Czosnek e.a. 2019; Firth e.a. 2019; 2020).

Dit soort onderzoek is echter schaars. Zelfs voor beweegin-terventies (veruit de meest onderzochte leefstijlfactor) is er een gebrek aan onderzoeken naar implementatiefacto-

ren in de dagelijkse praktijk (Stubbs e.a. 2018; Czosnek e.a. 2019; Deenik e.a. 2019a). Onderzoek naar implementatiefactoren is niet alleen belangrijk voor zorgprofessionals en patiënten, maar ook voor beleidsmakers en andere betrokkenen om zeker te zijn van de langetermijnpact van investeringen in leefstijlinterventies en desinvestering in interventies met weinig bewijs voor succesvolle implementatie (Wiltsey Stirman e.a. 2012; Chambers e.a. 2013; Lennox e.a. 2018).

Zover bij ons bekend, zijn onze studies de eerste geweest in de Nederlandse ggz waarin leefstijlinterventies op de lange termijn in de dagelijkse zorg werden geëvalueerd, en implementatiefactoren werden geanalyseerd (Kruisdijk e.a. 2018; 2020; Looijmans e.a. 2018; Deenik e.a. 2019b). In dit artikel bieden we een overzicht van deze studies die in het kader van drie recent afgeronde promotieonderzoeken werden uitgevoerd en die aanknopingspunten en aanbevelingen bieden voor het implementeren van leefstijlinterventies in de dagelijkse (Nederlandse) praktijk.

METHODE

Voor dit overzicht bundelden we evaluaties van implementatiefactoren van de LION-studie (*Lifestyle Intervention in severe mentally ill Outpatients in the Netherlands*; Looijmans e.a. 2018), EFFORT-D-studie (*EFFect Of Running Therapy on Depression*; Kruisdijk e.a. 2018; 2020) en MULTI-studie (*MULTidisciplinary Lifestyle enhancing Treatment for Inpatients with severe mental illness*; Deenik e.a. 2019b). In **TABEL 1** beschrijven we kort de studies en hoe implementatiefactoren geanalyseerd werden.

RESULTATEN

LION-studie

Patiënten en verpleegkundigen waardeerden de webtool, maar vonden het moeilijk om concrete, haalbare doelen te stellen. Hoewel 77% van alle deelnemers ten minste eenmaal de webtool had ingevuld en doelen had gesteld, werd er bij 12% van hen geen enkel voortgangsverslag ingevuld, bij 56% werden er 2-7 voortgangsverslagen ingevuld en bij de overige 32% 11-18, terwijl er in totaal 23 verslagen beoogd waren (Looijmans e.a. 2018). Leefstijl had binnen de organisatie, mede door een bezuinigings- en reorganisatiegolf in de ggz, onvoldoende prioriteit (zie **TABEL 2**). Personeelwisselingen zorgden voor gebrek aan continuïteit, waardoor terugkombijeenkomsten nauwelijks bezocht werden. Leefstijl was noch op teamoverleg, noch in behandelplan een vast onderdeel; verantwoordelijkheid lag slechts bij enkele individuen met beperkte tijd.

EFFORT-D-studie

Uit de procesevaluatie, uitgevoerd bij trainers en onder-

AUTEURS

JEROEN DEENIK, postdoc onderzoeker, gezondheidspsycholoog en epidemioloog, GGz Centraal en School for Mental Health and Neuroscience, Universiteit Maastricht.

ANNE LOOIJMANS, postdoc onderzoeker, Gezondheidspsychologie, Universitair Medisch Centrum Groningen.

FRANK KRUISDIJK, psychiater, GGz Centraal en Body@Work, TNO-VU Medisch Centrum.

FREDERIKE JÖRG, senior onderzoeker, GGZ Friesland en Universitair Centrum Psychiatrie, Universitair Medisch Centrum Groningen.

CORRESPONDENTIEADRES

Jeroen Deenik, GGz Centraal, Postbus 3051, 3800 DB Amersfoort.
E-mail: j.deenik@ggzcentraal.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 3-7-2020.

zoeksassistent, bleek dat vooral motivatiegebrek, bekend als symptoom van depressie, samenhang met zowel geringe deelname aan de studie als met uitval tijdens de studie. Mogelijke oorzaken waren de ernst van de depressie en de duur van de interventie. Een kortere interventieperiode en kleinere reisafstand werden als suggesties genoemd om deelname te verbeteren. Reorganisaties binnen de betrokken teams als gevolg van bezuinigingen hadden een negatieve invloed. Bij analyse van de persoonlijkheidstrekken van patiënten ($n = 44$) bleek dat een hogere mate van vriendelijkheid (*agreeableness*) geassocieerd was met hogere mate van trouw aan het studieprotocol (OR: 1,2; $p = 0,03$) (Kruisdijk e.a. 2020). In de interventiegroep was een ernstigere depressie geassocieerd met therapieontrouw (OR: 0,70; $p = 0,05$).

MULTI-studie

Medewerkers ($n = 42$, verpleegkundigen/begeleiders, psychiaters, teamleiders, activiteitenbegeleiders en diëtist) ervoeren organisatorische factoren als de grootste belemmering van implementatie, zoals tekort aan personeel, tijd en middelen en reorganisaties die twee keer plaatsvonden in 18 maanden MULTI (Deenik e.a. 2019b). Ook kostte het hun veel tijd en energie om patiënten te laten deelnemen. Patiënten ($n = 33$) noemden de complexiteit van het meedoen aan MULTI en energie en moeite die hun dat kostten als grootste belemmerende factor. Dit hangt mogelijk samen

met organisatorische belemmeringen (bijv. gebrek aan tijd bij verpleegkundigen/begeleiders om afstemming op de individuele patiënt te verbeteren). De implementatie werd bevorderd door de positieve houding van zowel medewerkers als patiënten tegenover *MULTI* en hun eigen rol en verantwoordelijkheid hierin. Het meedoen van medewerkers aan activiteiten bleek als onderdeel van de sociale steun een essentieel element voor patiënten.

DISCUSSIE

In dit artikel beogen we de ervaringen en analyses te bundelen van implementaties van verschillende leefstijlinterventies in de alledaagse praktijk. Veel implementatiebarrières bleken universeel, waarbij met name de ziektegerelateerde uitdagingen bij de deelname van patiënten en belemmerende factoren op organisatieniveau centraal stonden. We bediscussieren in het licht van de literatuur de uitkomsten, en doen op grond daarvan een aantal aanbevelingen die kunnen bijdragen aan toekomstige implementaties in de praktijk.

Prioriteit en erkenning

Prioriteit geven aan het bevorderen van een gezonde leefstijl en het creëren van omstandigheden waarin dat mogelijk wordt, zijn essentieel voor het uiteindelijke succes van leefstijlinterventies (Bartels e.a. 2015). Het gebrek hieraan vormde de belangrijkste belemmerende factor in de uitvoering en/of het continueren van de benodigde verandering passend bij de interventies. Een visie op de noodzaak en potentie van leefstijlverbetering op basis van wetenschappelijke evidentie is nodig.

Dit betekent ook definitief afscheid nemen van het nog regelmatig aanwezige therapeutisch nihilisme dat mensen met een psychiatrische aandoening niet in staat zijn hun gezondheidstoestand te verbeteren (Bartels 2015; Ward e.a. 2017). Deze prioriteit en erkenning zijn op overkoepelend organisatieniveau (raden van bestuur, branche- en beroepsorganisaties, zorgverzekeraars, het ministerie) nodig voor grootschalige verandering.

Op lager organisatieniveau (bijv. individuele teams of regio's) hoeft men hier niet op te wachten. Een pragmatisch en behapbaar startpunt voor teams is te reflecteren op de vraag: in hoeverre wordt dit moment een inactieve/ongezonde leefstijl gefaciliteerd (bijvoorbeeld aanbieden/faciliteren van ongezonde voeding of rookwaar, overnemen van activiteiten die men zelf kan, in stand houden van een omgekeerd dag- en nachtritme en gebrekkige voorbeeldfunctie van het personeel)?

Vervolgens kan nagedacht worden over wat er binnen de huidige kaders mogelijk is om dat te veranderen (bijvoorbeeld bespreekbaar maken van het onderwerp, aanbieden van gezonde alternatieven en ontmoedigen van ongezonde

keuzes, behandelgesprekken lopend doen of na het eten samen wandelen) en te inventariseren wat eventueel extra nodig is om verbetering in te zetten (bijv. uitbreiding van (activiteiten)aanbod, faciliteiten of scholing, laagdrempelige diëtetiek, wijzigingen in het rooster zodat er samen gekookt kan worden of meer ruimte voor begeleide sport/beweegactiviteiten ontstaat).

Een verschuiving van de discussie *of we iets aan leefstijl moeten doen naar hoe we er iets aan gaan doen*, is op ieder organisatieniveau nodig. Leefstijl is bij uitstek een thema waarbij de invulling van het *hoe* sterk beïnvloed wordt door maatschappelijk-culturele en persoonlijke opvattingen en morele dilemma's. Het is daarom sterk aan te bevelen om hier doorlopend over in gesprek te blijven, afspraken te maken en wetenschappelijke onderbouwing en landelijke richtlijnen te volgen voor een eenduidig en duurzaam beleid.

Inzetten op meerdere componenten

Leefstijl, ook wel gezondheidsgedrag, is breed en omvat onder andere beweging, voeding, roken en middelengebruik, slaap en ontspanning. Inzetten op slechts één aspect veroorzaakt een waterbedeffect: door meer te bewegen of te stoppen met roken kunnen mensen bijvoorbeeld meer trek krijgen en gezond eten is dan cruciaal. Een geïntegreerde aanpak gericht op meerdere leefstijlcomponenten (inclusief bijvoorbeeld psycho-educatie en vaardigheidstraining), sociale steun van groepsgenoten en die plaatsvindt onder begeleiding van gekwalificeerde professionals (zie volgende paragraaf) heeft de meeste kans op succes (bijv. Lederman e.a. 2017; Teasdale e.a. 2017; Firth e.a. 2019). Het is van belang om de combinatie van leefstijlfactoren te bespreken met patiënten, ook om teleurstelling en demotivatie te voorkomen. Zo is gewichtsverlies een van de meest genoemde motivaties van patiënten om mee te doen aan beweeginterventies, terwijl dat niet lukt zonder aandacht voor het voedingspatroon (Firth e.a. 2016). Ter stimulatie van motivatie helpt het om samen met de patiënt na te gaan welke uitkomst voor hem of haar relevant is. In plaats van gewichtsverlies kan dit bijvoorbeeld ook algehele fitheid, geestelijke gezondheid of sociaal contact zijn. Het is belangrijk om daarbij haalbare doelen te stellen. Een zogenoemde *small change approach* met activiteiten of dieet die goed vol te houden zijn, laat op de langere termijn beter resultaat zien dan een streng intensief regime (Firth e.a. 2019). Zo kan een gewichtsafname van 5% het risico op hart- en vaatziekten bijvoorbeeld al aanzienlijk verminderen (Brown e.a. 2016) en kan men al starten met eerder uit bed komen, een dagelijks blokje om of minder suikerhoudende dranken drinken. Van *niets* naar *iets* is vaak de belangrijkste stap naar verandering. Succeservaringen kunnen vervolgens een opmaat zijn naar vervolgstappen.

TABEL 1 Beschrijving van de LION-, EFFORT-D- en MULTI-studie en de gebruikte methode voor het analyseren van implementatiefactoren

Studie (opzet, n)	Doelgroep	Interventie
LION (RCT, n = 281)	Mensen met een ernstige psychiatrische aandoening in de ambulante zorg.	Webtool <i>Leefstijl in beeld</i> in combinatie met motiverende gesprekstechnieken van verpleegkundigen. De webtool bracht het leefstijlgedrag van patiënten in kaart (groen, oranje of rood naarmate het meer of minder gezond was). Dit creëerde bewustwording. Patiënten stelden vervolgens doelen voor zichzelf, die in tweewekelijkse gesprekken gemonitord en bijgesteld werden.
EFFORT-D (RCT, N = 48)	Mensen met een matige tot ernstige depressieve episode, zowel ambulante als klinisch.	Fysiek trainingsprogramma (runningtherapie of Nordic walking). De trainingen werden 2 maal per week ingepland gedurende 6 maanden, waarvan eenmaal begeleid door ervaren trainers. De beoogde inspanning was gericht op 60% van de maximale hartfrequentie. Beoogd werd een inspanning volhouden van minimaal 30 minuten op dit niveau aan het einde van de reeks trainingen.
MULTI (cohort, n = 114)	Mensen met een ernstige psychiatrische aandoening in de kliniek.	De multidisciplinaire leefstijlgerichte behandeling richtte zich vooral op vermindering van sedentair gedrag, verhogen van fysieke activiteit en verbetering van voeding- en eetgewoonten. De gezamenlijke dagstructuur (opstaan, drie maaltijden per dag en een actief dagprogramma) vormde een belangrijke basis. Het dagprogramma bestond uit sport- en werkgerelateerde activiteiten, psycho-educatie en vaardigheidstraining. Door afstemming op heterogeniteit in ziekte-ernst, mogelijkheden en interesses van patiënten, konden uiteindelijke frequentie, intensiteit en soort activiteiten variëren tussen patiënten en afdelingen. Meedoen van het team aan het dagprogramma was een belangrijk kernelement.

LION: Lifestyle Intervention in severe mentally ill Outpatients in the Netherlands; EFFORT-D: Effect Of Running Therapy on Depression; MULTI: Multidisciplinary Lifestyle enhancing Treatment for Inpatients with severe mental illness; RCT: gerandomiseerde gecontroleerde trial.

Ondersteuning en gekwalificeerd personeel

De beschreven studies bevestigen dat het voor mensen met een psychiatrische aandoening een uitdaging is om mee te doen aan leefstijlinterventies en dat meer ondersteuning nodig is om deze barrière te slechten. Het inzetten op zelfmanagement zoals in de LION-studie werkt maar voor een zeer beperkt deel van de populatie. Hoewel we dit weten, doen we hier in de praktijk regelmatig nog een beroep op. We gaan er nog te veel van uit dat mensen uit zichzelf gebruik zullen maken van bepaalde faciliteiten of programma's. Zoals ook bevestigd in de EFFORT-D-studie, doen de mensen die het meeste baat bij leefstijlinterventies zouden hebben (grotere ziektelast, zowel psychisch als lichamelijk) er het minst vaak uit zichzelf aan mee. Leefstijlinterventies en de benodigde ondersteuning daarbij moeten aansluiten op de behoeften en mogelijkheden van patiënten. Voor dit laatste is het van belang om naast uitdagingen in symptomen

en cognitief functioneren, ook rekening te houden met laaggeletterdheid (Clausen e.a. 2016). Sociale steun van zowel medepatiënten als zorgprofessionals (het 'samen doen') is in de ondersteuning van grote waarde, zoals ook bleek uit de MULTI-studie waarin begeleiders meededen met het activiteitenprogramma. Dit is ook in lijn met eerder onderzoek dat suggereert dat betrokkenheid en een gezonde leefstijl van zorgprofessionals het waarschijnlijker maken dat patiënten hun leefstijl verbeteren (Fie e.a. 2012; Hutchison e.a. 2016; Rosenbaum e.a. 2016). Behalve patiënten zelf ervaren de zorgprofessionals eveneens moeite om mensen te betrekken en betrokken te houden bij leefstijlinterventies. Gerichte aandacht van zorgprofessionals voor motiverende factoren vanaf het begin van een beweegstudie of -programma is erg relevant voor het slagen ervan (Kruisdijk e.a. 2018), maar is vaak nog een uitdaging. Deze uitdaging (met o.a. gebrek aan initiatief) is kenmerkend voor de doelgroep, gerelateerd

Hoofduitkomst

Uitval in de studie bleef beperkt (30% na 1 jaar). De gezondheid van patiënten die de webtool gebruikten, was na 1 jaar interventie niet méér verbeterd dan die van de controlegroep (Looijmans e.a. 2019). De motivatie voor gezonder eetgedrag was wel iets toegenomen in de interventiegroep.

Er was een hoog percentage uitval van 40% na 3 maanden, 55% na 6 maanden en 80% na 12 maanden. Hierdoor konden analyses enkel op 3 maanden uitgevoerd worden. De interventie had na 3 maanden geen effect op de ernst van de depressie (Kruisdijk e.a. 2019). Er werden wel aanzienlijke effecten gevonden op de fysieke fitheid en cardiovasculaire risicofactoren.

Iedere patiënt had op een voor hem/haar afgestemde manier deelgenomen. Oorzaak van uitval was verhuizing, overlijden of missende metingen. Na 18 maanden was er bij mensen die MULTI volgden (n = 65) een verbetering zichtbaar in lichamelijke gezondheid, fysieke activiteit, psychosociaal functioneren en medicatiegebruik, vergeleken met een groep die de gebruikelijke behandeling continueerde (n = 49) (Deenik e.a. 2018a;b; 2019c).

Methode van implementatieanalyse

Procesevaluatie volgens het model van Wierenga e.a. (2013), waarbij barrières en bevorderende factoren onderscheiden konden worden op het niveau van de patiënten, verpleegkundigen, interventie, organisatie en sociaal-politieke omgeving.

Procesevaluatie op basis van de methode van Linnan en Steckler (2002), waarbij uitval en *no-show* kwalitatief en kwantitatief werden geregistreerd. Associaties tussen uitval en patiënt- en ziektegerelateerde kenmerken bij aanvang werden geanalyseerd. Logistische-regressieanalyse van determinanten van deelnametrouw in zowel de studiegroep als geheel als in de interventiegroep.

Op basis van het *Meetinstrument voor Determinanten van Innovaties* (Fleuren e.a. 2014a;b) werden bevorderende en belemmerende implementatiefactoren geïdentificeerd bij patiënten en medewerkers, op het niveau van de interventie, gebruikers (patiënten/medewerkers), organisatie en sociaal-politieke omgeving.

aan ziektebeelden en -ernst en werd ook in eerder onderzoek als belangrijkste barrière genoemd (Happell e.a. 2013; Robson e.a. 2013). Een gebrek aan initiatief moet echter niet verward worden met een gebrek aan motivatie. Iemand kan gemotiveerd zijn, maar door symptomen van de psychiatrische aandoening of bijwerkingen van medicatie het lastig vinden om zelfstandig ergens toe te komen (Firth e.a. 2016).

Teams hebben ondersteuning nodig van gekwalificeerd personeel met expertise in leefstijl, gedragsverandering en psychiatrie. Leefstijlinterventies met gekwalificeerde professionals (zoals bewegingsagogen, psychomotorisch therapeuten of diëtisten) laten grotere effecten en lagere uitval zien dan interventies met niet-gespecialiseerde medewerkers (Teasdale e.a. 2017; Stubbs e.a. 2018). Een betere integratie van zulke disciplines in de ggz kan bovendien bijdragen aan betere leefstijlkennis en -vaardigheden van personeel (Firth e.a. 2019).

Samenwerking

Een multimodale leefstijlaanpak zoals voorgesteld staat of valt met een goede samenwerking tussen verschillende disciplines, zoals de verpleegkundige/begeleider, psychiater, huisarts, diëtist en beweegexpert, maar ook facilitaire diensten die bijvoorbeeld eet- en drinkvoorzieningen organiseren of sportcomplexen beheren. Samenwerking met patiënten zelf is hier ook van groot belang, aangezien nog regelmatig voor hen wordt ingevuld wat zij al dan niet kunnen en wensen. In de besproken studies werden zulke samenwerkingen als zeer positief en ondersteunend ervaren, maar ze moeten wel gefaciliteerd worden. Afstemming en samenwerking tussen genoemde partijen is nog niet vanzelfsprekend, en vooral in de ambulante setting een flinke uitdaging.

De ggz kan hierbij enerzijds veel leren van het werken aan en verbeteren van een gezonde leefstijl en goede lichamelijke gezondheid in de reguliere (niet-ggz-)zorg. Anderzijds

TABEL 2 Belemmerende en bevorderende implementatiefactoren gevonden in de LION-, EFFORT-D- en MULTI-studie, gecategoriseerd per implementatieniveau

Niveau	LION	EFFORT-D	MULTI
Interventie	<ul style="list-style-type: none"> + patiënten en medewerkers positief over webtool – lastig om concrete doelen te stellen – voortgangsverslag invullen hoge administratieve last 	<ul style="list-style-type: none"> + medewerkers positieve houding en goede deelname aan interventie – reisafstand – duur interventie 	<ul style="list-style-type: none"> + patiënten en medewerkers positief over opzet MULTI – patiënten: complexiteit deelname
Gebruiker (zorgprofessional / patiënt)	<ul style="list-style-type: none"> + toename kennis en belang gezonde leefstijl – medewerkers: complexiteit motiveren patiënten – tijdgebrek 	<ul style="list-style-type: none"> + hogere mate van vriendelijkheid patiënten – motivatiegebrek – hogere ziekte-ernst 	<ul style="list-style-type: none"> + werkplezier + taakopvatting + uitkomstverwachting + sociale steun – medewerkers: complexiteit motiveren patiënten – persoonlijke nadelen patiënten
Organisatie en sociaal-politieke context	<ul style="list-style-type: none"> – reorganisatie en turbulentie – personeelsbezetting en -verloop – verantwoordelijkheid bij enkele individuen met beperkt tijd – gebrek prioriteit 	<ul style="list-style-type: none"> – reorganisatie en turbulentie 	<ul style="list-style-type: none"> – reorganisatie en turbulentie – personeelsbezetting en -verloop – beschikbaarheid tijd, materialen en (financiële) middelen – onvoldoende bekrachtiging van (hoger) management

– belemmerende factor; + bevorderende factor

zou de niet-ggz-zorg zich meer kunnen specialiseren in het begeleiden en behandelen van mensen met een psychiatrische aandoening, die vaak meer ondersteuning nodig hebben of klachten anders presenteren. Kennisuitwisseling tussen deze partijen, inclusief betere inbedding van leefstijl en ggz in vooropleidingen van professionals in beide sectoren, is noodzakelijk en in ieders belang (Gezondheidsraad 2020).

Tools

De beschreven aanbevelingen zijn gebaseerd op eerder onderzoek en lijken bij tijd en wijle open deuren. Hoe kan men dan in eigen dagelijkse praktijk zicht krijgen op bevorderende en belemmerende implementatiefactoren en hoe kunnen barrières vervolgens worden beslecht? Hiervoor kan men verschillende instrumenten en handreikingen gebruiken.

– Het *Meetinstrument voor Determinanten van Innovaties* (MIDI; Fleuren e.a. 2014a; Fleuren e.a. 2014b, www.tno.nl/midi), ontwikkeld door implementatiedeskundigen van TNO, helpt zicht te krijgen op bevorderende en belemmerende implementatiefactoren bij de interventie, gebruikers (patiënten/medewerkers), organisatie en sociaal-politieke omgeving. Dit geeft inzicht in waar de

aandachtspunten voor succesvolle implementatie liggen en kan men gebruiken voorafgaand of ter evaluatie van de implementatie.

- Daarnaast ontwikkelde ZonMw een handige en uitgebreide implementatie-invaltool (www.publicaties.zonmw.nl/maak-zelf-een-implementatieplan), waarin onder andere concrete strategieën en oplossingsrichtingen staan die men kan inzetten op de gevonden aandachtspunten.
- Als het gaat om opschaling van een succesvolle interventie, wellicht in combinatie met onderzoek, is een implementatieraamwerk zoals PRACTIS (PRACTical planning for Implementation and Scale-up; Koorts e.a. 2018) nuttig (voor toelichting zie: Deenik e.a. 2019a). Deze instrumenten en handreikingen zijn vrij toegankelijk en te gebruiken, evenals een voorbeeld van de MIDI-vragenlijst zoals gebruikt in de MULTI-studie (Deenik e.a. 2019b) die als aanvullend document bij dit artikel gedownload kan worden (zie sectie Meetinstrumenten op de site van het Tijdschrift).

Kanttekeningen

Het huidige overzicht moet we zien in het licht van een aantal kanttekeningen. De betrokken studies zijn in ver-

schillende instellingen en contexten uitgevoerd, wat mogelijk invloed heeft op de generaliseerbaarheid. Dat de resultaten grotendeels met elkaar en bestaande literatuur overeenkomen, suggereert echter dat uitkomsten universeel zijn voor de gez.

Daarnaast betreft het een pragmatische *lessons-learned* evaluatie van interventies die op zichzelf niet zijn gestart met een vooropgezet implementatieplan en waarbij de evaluatie van implementatiefactoren volgens verschillende al dan niet systematische methoden is uitgevoerd. Zover wij weten behoren deze onderzoeken echter tot de enige waarin men implementatiefactoren van (multidisciplinaire) leefstijlinterventies in de dagelijkse geestelijke gezondheidszorg evalueerde in Nederland en is er ook internationaal nog een gebrek aan (eenduidig) uitgevoerde studies hierin (Czosnek e.a. 2019; Deenik e.a. 2019a).

Evaluatie van interventies met een vooraf gedefinieerde implementatiestrategie gebaseerd op de beschreven aanbevelingen is nodig om betere uitspraken te kunnen doen over de waarde hiervan. Een meer eenduidige en systematische methode van evaluatie van implementatiefactoren in toekomstig onderzoek kan onderlinge vergelijkbaarheid verbeteren en daarmee tevens inzicht geven in instellings-overstijgende strategieën die mogelijk nodig zijn. In onderzoek naar de implementatie van leefstijlin-

terventies dienen evaluaties van kosten en ongewenste effecten (*adverse events*) tevens onderdeel te zijn, als cruciale factoren voor duurzame implementatie en opschaling die nu vaak nog gemist worden (Stubbs e.a. 2018; Czosnek e.a. 2019; Firth e.a. 2019).

CONCLUSIE

Leefstijlinterventies kunnen een belangrijke rol spelen in het terugdringen van en in de toekomst deels voorkómen van de aanzienlijk verhoogde ziektelast en verkorte levensduur van mensen met een psychiatrische aandoening. Uitkomsten van drie recente proefschriften suggereren dat bevorderende en belemmerende implementatiefactoren in grote lijnen universeel zijn voor setting en doelgroep. Implementatie van leefstijlinterventies gaat hand in hand met cultuur- en gedragsverandering en vereist niet alleen een langetermijnvisie, maar ook een lange adem in de uitvoering.

De alledaagse praktijk is de uitdagendste, maar ook de belangrijkste plek om wetenschappelijke evidentie te vertalen in de zorg en eenieder in de zorg heeft daar invloed op. Met de gegeven aanbevelingen hopen we concrete handreikingen te bieden voor toekomstige implementaties in de praktijk, om daarmee (nog) beter te bereiken wat we al heel lang weten: mens sana in corpore sano.

LITERATUUR

- Bartels S, Brunette M, Aschbrenner K, Daumit G. Implementation of a system-wide health promotion intervention to reduce early mortality in high risk adults with serious mental illness and obesity. *Implementation Science* 2015; 10: A15.
- Bartels SJ. Can behavioral health organizations change health behaviors? The STRIDE study and lifestyle interventions for obesity in serious mental illness. *Am J Psychiatry* 2015; 172: 9-11.
- Brown JD, Buscemi J, Milsom V, Malcolm R, O'Neil PM. Effects on cardiovascular risk factors of weight losses limited to 5-10. *Transl Behav Med* 2016; 6: 339-46.
- Chambers DA, Glasgow RE, Stange KC. The dynamic sustainability framework: addressing the paradox of sustainment amid ongoing change. *Implement Sci* 2013; 8: 117.
- Clausen W, Watanabe-Galloway S, Bill Baerentzen M, Britigan DH. Health Literacy Among People with Serious Mental Illness. *Community Ment Health J* 2016; 52: 399-405.
- Curran GM, Bauer M, Mittman B, Pyne JM, Stetler C. Effectiveness-implementation hybrid designs: combining elements of clinical effectiveness and implementation research to enhance public health impact. *Med Care* 2012; 50: 217-26.
- Czosnek L, Lederman O, Cormie P, Zopf E, Stubbs B, Rosenbaum S. Health benefits, safety and cost of physical activity interventions for mental health conditions: A meta-review to inform translation efforts. *Mental Health and Physical Activity* 2019; 16: 140-51.
- Deenik J, Czosnek L, Teasdale SB, Stubbs B, Firth J, Schuch FB, e.a. From impact factors to real impact: translating evidence on lifestyle interventions into routine mental health care. *Transl Behav Med* 2019a.
- Deenik J, Tenback DE, Tak ECPM, Blanson Henkemans OA, Rosenbaum S, Hendriksen IJM, e.a. Implementation barriers and facilitators of an integrated multidisciplinary lifestyle enhancing treatment for inpatients with severe mental illness: the MULTI study IV. *BMC Health Serv Res* 2019b; 19: 740.
- Deenik J, Tenback DE, Tak ECPM, Hendriksen IJM, van Harten PN. Improved psychosocial functioning and quality of life in inpatients with severe mental illness receiving a multidisciplinary lifestyle enhancing treatment. *The MULTI study II. Mental Health and Physical Activity* 2018a; 15: 145-52.

- Deenik J, Tenback DE, Tak ECPM, Rutters F, Hendriksen IJM, van Harten PN. Changes in physical and psychiatric health after a multidisciplinary lifestyle enhancing treatment for inpatients with severe mental illness: The MULTI study I. *Schizophr Res* 2019c; 204: 360-7.
- Deenik J, Tenback DE, van Driel HF, Tak ECPM, Hendriksen IJM, van Harten PN. Less Medication Use in Inpatients With Severe Mental Illness Receiving a Multidisciplinary Lifestyle Enhancing Treatment. The MULTI Study III. *Front Psychiatry* 2018b; 9: 707.
- Fie S, Norman IJ, While AE. The relationship between physicians' and nurses' personal physical activity habits and their health-promotion practice: A systematic review. *Health Educ J* 2012; 72: 102-19.
- Firth J, Rosenbaum S, Stubbs B, Gorczynski P, Yung AR, Vancampfort D. Motivating factors and barriers towards exercise in severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med* 2016; 46: 2869-81.
- Firth J, Siddiqi N, Koyanagi A, Siskind D, Rosenbaum S, Galletly C, e.a. The Lancet Psychiatry Commission: a blueprint for protecting physical health in people with mental illness. *Lancet Psychiatry* 2019; 6: 675-712.
- Firth J, Solmi M, Wootton RE, Vancampfort D, Schuch FB, Gilbody S, e.a. A meta-review of 'lifestyle psychiatry': the role of exercise, smoking, diet and sleep in the prevention and treatment of mental illness. *World Psychiatry* 2020.
- Fleuren MA, Paulussen TG, Van Dommelen P, Van Buuren S. Towards a measurement instrument for determinants of innovations. *Int J Qual Health Care* 2014a; 26: 501-10.
- Fleuren MAH, Paulussen TGWM, Van Dommelen P, Van Buuren S. Measurement Instrument for Determinants of Innovations (MIDI). Leiden: TNO; 2014b.
- Gezondheidsraad. *Integrale zorg voor mensen met lichamelijke en psychische aandoeningen*. Den Haag: De Gezondheidsraad; 2020.
- Happell B, Platania-Phung C, Scott D. Survey of Australian mental health nurses on physical activity promotion. *International Journal of Mental Health Promotion* 2013; 15: 148-61.
- Hutchison SL, Terhorst L, Murtaugh S, Gross S, Kogan JN, Shaffer SL. Effectiveness of a Staff Promoted Wellness Program to Improve Health in Residents of a Mental Health Long-Term Care Facility. *Issues Ment Health Nurs* 2016; 37: 257-64.
- Koorts H, Eakin E, Estabrooks P, Timperio A, Salmon J, Bauman A. Implementation and scale up of population physical activity interventions for clinical and community settings: the PRACTIS guide. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2018; 15: 51.
- Kruisdijk F, Hendriksen I, Tak E, Beekman A-J, Hopman-Rock M. EFFORT-D study process evaluation: challenges in conducting a trial into the effects of running therapy in patients with major depressive disorder. *Annals of General Psychiatry* 2018; 17: 10.
- Kruisdijk F, Hopman-Rock M, Beekman ATF, Hendriksen I. EFFORT-D: results of a randomised controlled trial testing the effect of running therapy on depression. *BMC Psychiatry* 2019; 19: 170.
- Kruisdijk FR, Hopman-Rock M, Hendriksen IJM, Beekman ATF. Personality traits as predictors of exercise treatment adherence in major depressive disorder: lessons from a randomized clinical trial. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2020.
- Lally J, Watkins R, Nash S, Shetty H, Gardner-Sood P, Smith S, e.a. The representativeness of participants with severe mental illness in a psychosocial clinical trial. *Front Psychiatry* 2018; 9: 654.
- Lederman O, Suetani S, Stanton R, Chapman J, Korman N, Rosenbaum S, e.a. Embedding exercise interventions as routine mental health care: implementation strategies in residential, inpatient and community settings. *Australas Psychiatry* 2017; 25: 451-5.
- Lennox L, Maher L, Reed J. Navigating the sustainability landscape: a systematic review of sustainability approaches in healthcare. *Implement Sci* 2018; 13: 27.
- Looijmans A, Jörg F, Bruggeman R, Schoevers RA, Corpeleijn E. Multimodal lifestyle intervention using a web-based tool to improve cardiometabolic health in patients with serious mental illness: results of a cluster randomized controlled trial (LION). *BMC Psychiatry* 2019; 19: 339-.
- Looijmans A, Jörg F, Corpeleijn E, Schoevers R. Introducing lifestyle interventions in long-term psychiatric care: lessons learned from two pragmatic randomized controlled trials. In: Looijmans A, red. *Lifestyle interventions in patients with a severe mental illness*. Groningen: University of Groningen; 2018. p. 163.
- McGrath JJ. No mental health without physical health - a call to arms. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2016; 25: 195-6.
- Naslund JA, Whiteman KL, McHugo GJ, Aschbrenner KA, Marsch LA, Bartels SJ. Lifestyle interventions for weight loss among overweight and obese adults with serious mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry* 2017; 47: 83-102.
- Plana-Ripoll O, Weyerer N, Momen NC, Christensen MK, Iburg KM, Laursen TM, e.a. Changes Over Time in the Differential Mortality Gap in Individuals With Mental Disorders. *JAMA Psychiatry* 2020.
- Robson D, Haddad M, Gray R, Gournay K. Mental health nursing and physical health care: a cross-sectional study of nurses' attitudes, practice, and perceived training needs for the physical health care of people with severe mental illness. *Int J Ment Health Nurs* 2013; 22: 409-17.
- Rosenbaum S, Watkins A, Ward PB, Pearce D, Fitzpatrick K, Curtis J. Psychiatry heal thyself: a lifestyle intervention targeting mental health staff to enhance uptake of lifestyle interventions for people prescribed antipsychotic medication. *Eur Psychiatry* 2016; 33: S619.
- Steckler A, Linnan L. *Process evaluation for public health interventions and research*. San Francisco, CA, US: Jossey-Bass; 2002.
- Stewart R. Mental disorders and mortality: so many publications, so little change. *Acta Psychiatr Scand* 2015; 132: 410-1.

- Stubbs B, Vancampfort D, Hallgren M, Firth J, Veronese N, Solmi M, e.a. EPA guidance on physical activity as a treatment for severe mental illness: a meta-review of the evidence and Position Statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the International Organization of Physical Therapists in Mental Health (IOPTMH). *Eur Psychiatry* 2018; 54: 124-44.
- Teasdale SB, Ward PB, Rosenbaum S, Samaras K, Stubbs B. Solving a weighty problem: systematic review and meta-analysis of nutrition interventions in severe mental illness. *Br J Psychiatry* 2017; 210: 110-8.
- Ward PB, Firth J, Rosenbaum S, Samaras K, Stubbs B, Curtis J. Lifestyle interventions to reduce premature mortality in schizophrenia. *Lancet Psychiatry* 2017; 4: e14.
- Wierenga D, Engbers LH, Van Empelen P, Duijts S, Hildebrandt VH, Van Mechelen W. What is actually measured in process evaluations for worksite health promotion programs: a systematic review. *BMC Public Health* 2013; 13: 1190.
- Wiltsey Stirman S, Kimberly J, Cook N, Calloway A, Castro F, Charns M. The sustainability of new programs and innovations: a review of the empirical literature and recommendations for future research. *Implement Sci* 2012; 7: 17.

SUMMARY

The art of endurance: implementation of lifestyle interventions in mental healthcare

J. DEENIK, A. LOOIJMANS, F.R. KRUISDIJK, F. JÖRG

BACKGROUND An increasing number of studies in people with mental illness have demonstrated the efficacy of lifestyle interventions for both mental and physical health. However, implementing and sustaining such interventions in routine mental healthcare is challenging.

AIM To describe implementation barriers and facilitators of various lifestyle interventions in routine mental healthcare.

METHOD In this paper we summarise the results of three recent doctoral theses and provide recommendations for routine mental healthcare.

RESULTS Enabling factors and barriers for successful implementation appeared to be universal across various settings and patient populations. Mental healthcare professionals and patients appreciated and supported the lifestyle interventions. A lack of priority, recognition and support on the organisational level were reported as barriers in all the studies. Addressing various lifestyle behaviours simultaneously (e.g. physical activity and diet), personalised to the patients' abilities and preferences, and setting measurable and attainable goals, were important for success. Moreover, involving qualified professionals (e.g. exercise professionals and dietitians with expertise in mental healthcare) and ensuring cooperation between patients and healthcare professionals and disciplines within and outside mental healthcare appeared crucial.

CONCLUSION Successful implementation of lifestyle interventions in mental healthcare requires changes in culture and behaviour, a long-term strategy and endurance.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)11, 981-989

KEY WORDS depression, implementation, lifestyle interventions, physical activity, severe mental illness