

Interventiestudie

De invloed van een leefstijlinterventie bij mensen met een ernstig psychiatrische aandoening (EPA) in de langdurige zorg

Jeroen Deenik^A, Diederik E. Tenback^{AB}, Ingrid J. M. Hendriksen^{CD}, Erwin Tak^{CD}, Peter N. van Harten^{AE}

ACHTERGROND

- Een leefstijl met **ongezonde eetgewoonten, sedentair gedrag** (liggen/zitten zonder te slapen) en **weinig fysieke activiteit**, vormt een risico voor veel aandoeningen (o.a. metabool syndroom) en verkort bij mensen met EPA de **levensduur** met 13-30 jaar^{1,2,3}.
- Een eerdere studie laat zien dat mensen binnen de langdurige klinische zorg **84%** van de tijd sedentair zijn en dat **activeren van deze doelgroep niet lukte door alleen motiveren en het aanbieden van faciliteiten**.

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

Het doel van de studie is om het effect van de interventie te meten op fysieke en mentale gezondheidsmaten.

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

DOELEN (NA 18 MAANDEN)

- Toename van fysieke activiteit (Total Activity Counts per hour: TAC/h).
- Verbetering van metabole risicofactoren (gewicht, buikomvang, triglyceriden, bloedruik, bloedglucose en cholesterol).
- Verbetering van psychosociaal functioneren en kwaliteit van leven.

Secundair: afname van psychotische symptomen en zorgbehoefte (medicatie & ZZP)

METHODE

Quasi experimenteel design bij mensen met EPA langdurig klinisch in behandeling bij GGZ Centraal Amersfoort. Mensen werden geïnceludeerd als van hen complete baseline-data (2013) bekend was en als zij geen andere interventie kregen (N=123).

- Interventiegroep (N=66)
- Controlegroep: treatment as usual (N=57)

Follow-up 18 maanden na start van de interventie.

Metingen

- 5-daagse meting met een versnellingsmeter (ActiGraph GT3X+)
- Metabole risicofactoren (gewicht, buikomvang, bloeddruk, bloedwaarden)*
- Psychosociaal functioneren (HoNOS)*
- Kwaliteit van leven objectief (EQ-5D) en subjectief (WHOQoL-Bref)
- Psychotische symptomen (PANSS remission tool) en ziekte-ernst (CGI-S)*
- Medicatie (soort + dosering) en zorgzwaarapackket*

*retrospectief verzameld uit het patiëntendossier.

ActiGraph GT3X+



RESULTATEN (VOOR ZOVER BEKEND OP 26-11-2016)

Bruikbare data:

Interventiegroep (N=65)

- 66% man
- Gemiddelde leeftijd: 54 (31-72)
- 94% diagnose schizofrenie of aanverwant, 6% andere diagnoses (stemmings- angst- en pervasieve stoornissen).

Controlegroep (N=49)

- 55% man
- Gemiddelde leeftijd: 60 (29-84)
- 57% diagnose schizofrenie of aanverwant, 16% stemmingsstoornissen, 27% andere diagnoses (somaatiforme-, persoonlijkheids-, aan alcohol gebonden-, cognitieve- en pervasieve stoornissen).

Groepen verschillen in leeftijd, diagnose en ziekte-ernst op baseline ($p < .01$).

Significante veranderingen **binnen** de groepen na 18 maanden
 Gemarkeerd als **verbetering** of **achteruitgang**.

Metabole risicofactoren & psychotische symptomen

	Interventie	Controle	
Totale activiteit (TAC/h)	+13,5%*	-1,4%	
Gewicht (kg)	-4,6 (9,9)**	2,0 (7,7)	
Buikomvang (cm)	-3,7 (8,2)**	1,2 (7,5)	
Triglyceriden (mmol/l)	-0,3 (0,9)*	0,3 (0,7)*	
Glucose nuchter (mmol/l)	-0,8 (2,4)*	-0,2 (1,26)	
Cholesterol totaal (mmol/l)	-0,2 (0,9)*	-0,1 (0,9)	
PANSS-R	Afgestompt gevoel (1-7)	-1,3 (2,43)**	0,3 (1,8)
	Passief/apathisch (1-7)	-0,61 (2,28)*	0,5 (1,9)
	Manierisme (1-7)	-1,0 (2,14)**	-0,3 (1,5)

Verschil (SD). * $p < .05$ ** $p < .001$ TAC/h: Total Activity Counts per hour.

Psychosociaal functioneren & kwaliteit van leven

	Interventie	Controle	
HoNOS	Somscore (0-48)	-6,1 (8,1)***	-1,9 (7,9)
	Gedragsproblemen (0-12)	-0,6 (1,6)**	-0,4 (2,0)
	Beperkingen (0-8)	-0,7 (2,0)**	0,2 (2,3)
	Sociale problemen (0-16)	-2,0 (2,6)***	-0,1 (2,3)
	Symptomatologie (0-12)	-2,0 (3,1)***	-1,9 (3,5)***
WHOQoL-Bref	EQ5D-index (0-1)	0,1 (0,3)**	0,7 (3,1)
	Fysieke KvL (4-20)	1,0 (2,4)***	1,6 (4,3)
	Psychologische KvL (4-20)	0,8 (2,3)**	1,1 (2,8)*†
	Sociale KvL (4-20)	1,8 (3,5)***	1,6 (3,8)***†
	Omgevings KvL (4-20)	0,6 (2,5)	1,0 (3,2)*†

Verschil (SD). * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$.

†toename kan deels verklaard worden door een niet aan leefstijl gerelateerde interventie in de controlegroep (levensverhalen)

Significante interventie-effecten na 18 maanden

Interventiegroep t.o.v. de controlegroep na correctie voor baselinewaarden van de uitkomst, leeftijd, diagnose en ziekte-ernst bij start van de interventie.

	B	p
Totale activiteit†	0,5	0,02
Cholesterol HDL	0,1	0,03

† gestandaardiseerd omwille van de interpretatie. B kan geïnterpreteerd worden als cohen's d

	B	p
Gewicht	-4,2	0,04
Buikomvang	-3,5	0,03
Bloeddruk systolisch	-8,0	0,02
HoNOS somscore (0-48)	-3,5	<0,01
HoNOS beperkingen (0-8)	-0,7	0,04
HoNOS sociale problemen (0-16)	-2,0	<0,001

CONCLUSIES

- Op de **langere termijn** geeft een leefstijlgerichte behandeling significante **verbetering van fysieke activiteit, metabole risicofactoren en psychotische symptomen**. Het effect op totale activiteit is sterk ($d = 0.5$).
- Naast risico- en symptoomreductie verbeteren het **psychosociaal functioneren en de ervaren kwaliteit van leven**.
- Geen leefstijlgerichte behandeling geven = geen verbetering** (of zelfs achteruitgang) in fysieke activiteit, metabole risicofactoren en psychosociaal functioneren.
- Deze voorlopige resultaten lijken het doel van deze behandeling te bevestigen: een duurzame en **blijvende leefstijlverbodering** binnen de langdurige psychiatrie met behulp van **bestaande middelen** en een **multidisciplinaire samenwerking**.

Uitgebreidere analyses van o.a. medicatie-data worden nog gedaan om betere uitspraken te kunnen doen over de gevonden effecten en verbetering in zorgbehoefte. Een procesevaluatie wordt uitgevoerd om handvatten te kunnen bieden voor optimalisatie en grootschaligere implementatie.

REFERENTIES

- De Hert, M., et al., World Psychiatry, 2009, 8(1): p. 15-22.
- Inspectie voor Gezondheidszorg, 2012, Ministerie van VWS: Utrecht.
- Tenback, D., et al., Tijdschrift voor Psychiatrie, 2013, 55(2): p. 83-91.
- Deenik, J., 2014, Faculteit Gedragswetenschappen Universiteit Twente: Enschede.

Affiliaties auteurs

- ^A GGZ Centraal Innova, Amersfoort.
- ^B Afd. Farmaco-epidemiologie en Klinische Farmacologie, Universiteit Utrecht, Utrecht.
- ^C TNO Expertisecentrum Life Style, Leiden.
- ^D Body@Work TNO-VUmc, Amsterdam.
- ^E School for Mental Health and Neuroscience, Universiteit Maastricht, Maastricht.

Meer informatie

Jeroen Deenik, MSc
 j.deenik@outlook.com