

Inaugurele rede
prof. dr.

Eric Onno Noorthoorn van der Kruijff

Meer zicht op herstel

Op weg naar een onderzoeksmodel bij
mensen met langdurige zorgbehoefte
in de Specialistische GGZ



Ruim 200.000 mensen ontvingen in 2024 langdurige GGZ zorg. De bijzondere leerstoel richt zich op een betekenisvolle analyse van herstel. Deze analyse gebruikt een koppeling van zorg gegevens met screeningsgegevens en routine uitkomstmetingen. Ernstig psychiatrische patiënten doen beperkt mee aan routine uitkomstmetingen. Daarom is voor deze groep een analysekader ontwikkeld,

die zowel voor het individu, een groep, een afdeling of een kliniek, kan worden toegepast. Bij de inauguratie is het kader toegelicht met een klinische casus en vier voorbeelden van onderzoek verricht door de leerstoel bij verschillende door het ministerie van VWS en ZonMW gefinancierde studies. Het kader is toegepast bij onderzoek naar de nazorg van de vuurwerkramp Enschede, bij landelijk onderzoek naar reductie van dwang en drang en bij verschillende projecten die de effectiviteit van herdiagnostiek bij Ernstig psychiatrische patiënten onderzochten. De betekenis van het analysekader voor beleids-evaluatie en wetenschappelijk onderzoek wordt in de inauguratie nader toegelicht.

Prof. Dr. Eric Noorthoorn van der Kruijff (1958, Leiden) begon zijn academische carrière aan de Universiteit van Maastricht, waar hij in 1984 een Master in Geneeskunde behaalde.

In 1994 rondde hij zijn proefschrift *Social roles and lifetime development in the chronic mentally ill* af.

Na zijn promotie werkte Eric Noorthoorn van der Kruijff als senior onderzoeker bij ggz-instellingen. In 2006 heeft hij het Landelijk Register Dwang en Drang opgezet. Hier is hij tot op heden actief. Hij is expert voor VWS in de landelijke werkgroep verplichte zorg. In zijn onderzoek staat de Ernstig Psychiatrische Patiënt centraal.

MEER ZICHT OP HERSTEL

OP WEG NAAR EEN ONDERZOEKSMODEL BIJ MENSEN MET
LANGDURIGE ZORGBEHOEFTE IN DE SPECIALISTISCHE GGZ

Meer zicht op herstel

Op weg naar een onderzoeksmodel bij mensen met langdurige zorgbehoefte in de Specialistische GGZ

Rede in verkorte vorm uitgesproken ter gelegenheid van de aanvaarding van de bijzondere leerstoel Long-term Mental Health Care aan de Faculteit der Sociale Wetenschappen van de Radboud Universiteit op donderdag 29 januari 2026

door prof. dr. Eric Onno Noorthoorn van der Kruijff

Meer zicht op herstel

Uitgegeven door RADBOUD UNIVERSITY PRESS
Postbus 9100, 6500 HA Nijmegen
www.radbouduniversitypress.nl | radbouduniversitypress@ru.nl

Deze publicatie maakt deel uit van de series Redes en Oraties.

Omslag: naar ontwerp van Textcetera
Print en distributie: Pumbo.nl

ISBN: 9789465152318
Gratis te downloaden op: www.radbouduniversitypress.nl

© 2025 Eric Onno Noorthoorn van der Kruijff

**RADBOUD
UNIVERSITY
PRESS**

Dit is een Open Access boek gepubliceerd onder de termen van de Naamsvermelding-NietCommercieel-GeenAfgeleideWerken 4.0 Internationaal (CC BY-NC-ND 4.0). De gebruiker dient de maker van het werk te vermelden, een link naar de licentie te plaatsen en aan te geven of het werk veranderd is. De gebruiker mag dat op redelijke wijze doen, maar niet zodanig dat de indruk gewekt wordt dat de licentiegever instemt met het werk of het gebruik van het werk. Gebruik voor commerciële doeleinden is onder deze licentie niet toegestaan. De gebruiker mag geen juridische voorwaarden of technologische voorzieningen toepassen die anderen er juridisch in beperken om iets te doen wat de licentie toestaat. Men mag het veranderde materiaal niet verspreiden als men het werk heeft geremixt, veranderd, of op het werk heeft voortgebouwd.

*Mijnheer de Rector Magnificus,
zeer gewaardeerde toehoorders,*

Inleiding

Volgens de meest recente cijfers van het NZA en Vektis (2024) ontvingen in 2024 ruim 200.000 mensen langdurige GGZ-zorg, goed voor een zorguitgave van meer dan €2,2 miljard per jaar. Daarnaast werden in dat jaar ongeveer 978.000 personen behandeld binnen de curatieve geestelijke gezondheidszorg, van wie 614.000 in de specialistische GGZ (SGGZ) waarvan circa 5% ten minste één dag klinisch opgenomen was. Ongeveer 30.000 cliënten verblijven in beschermd wonen, en naar schatting 3.000 mensen verblijven langdurig, vaak meer dan drie jaar, in intramurale zorginstellingen. In totaal hebben ruim 375.000 mensen een WLZ-indicatie in de GGZ. Deze cijfers uit de Vektis factsheets illustreren de structurele omvang en de maatschappelijke impact van de langdurige psychiatrische zorg. Beleidsmakers en onderzoekers wijzen erop dat meer kennis over herstel belemmerende factoren essentieel is om de uitstroom uit langdurige zorg te bevorderen en de maatschappelijke kosten te beperken (Zorginstituut Nederland, 2025; Kenniscentrum Phrenos, 2022).

Nu zou u kunnen denken, dat Routine Outcome Metingen (ROM) – onderzoek het antwoord op veel van deze vragen mogelijk maakt. In de evaluatie van psychotherapie bij angst en stemmingsstoornissen is hiervan inderdaad uitgebreide evidentie (van Sonsbeek et al, 2023; de Jong et al, 2024). Selectieve uitval is in de evaluatie van ROM-uitkomsten een algemeen probleem, een recente studie liet zien dat het een uitkomst in zichzelf is (Jansse et al, 2024).

Voor patiënten met een ernstig psychiatrische aandoening (EPA, Delespaul et al, 2013) ligt dit probleem anders. Bij hen geldt dat hun deelname aan routine outcome measurement en follow up onderzoek een uitdaging is. Hoe zieker de patiënt, hoe groter de kans op uitval. Hoe zieker de patiënt hoe minder continue zijn data. Grote naturalistische cohortstudies laten een deelname zien van rond de 40-50% (Bartels et al 2018, Castelein et al 2021). Follow up studies kennen een vergelijkbare selectie. Wat men meet geeft slechts een benadering van de werkelijkheid weer, met een vermoedelijke onderrapportage bij de meest zieke patiënten.

Bij EPA-patiënten is er zonder uitzondering sprake van een combinatie van problemen uit verschillende levensgebieden. Deze problemen interfereren met elkaar en staan het functioneren in de weg. In routine outcome en evaluatieonderzoek nemen EPA-patiënten beperkt deel (Bartels et al, 2018). In deze rede wil ik u duidelijk maken dat de onmogelijkheid van ROM geenszins betekent dat we moeten stoppen met ROM-onderzoek. Integendeel, het is voor veel patiënten heel bruikbaar, maar voor de EPA-patiënt lijkt het niet goed te werken. In deze rede ga ik in op het meetbaar maken van herstel op basis van de combinatie van gegevens uit verschillende in de zorg beschikbare bronnen. Deze combinatie is nodig, omdat de langdurig zorg afhankelijke patiënt lastig te vangen is in (routine) uitkomst metingen.

Mijn leerstoel richt zich erop om zo veel mogelijk bestaande informatie in beeld te brengen. Het richt zich op het doen van naturalistisch onderzoek in deze groep, gebruikmakend van reeds bestaande data, waarbij koppelingen tussen gegevens zichtbaar worden gemaakt.

Hierdoor kunnen binnen het herstelproces zowel herstel bevorderende en herstel belemmerende factoren worden geïdentificeerd. Tevens kan dit tot de conclusie leiden dat sommige factoren onvoldoende in beeld komen doordat hierop niet specifiek en systematisch is gescreend. Zoals onder andere verslaving, autisme, verstandelijke beperking, trauma en somatische comorbiditeit.

De combinatie van gegevens uit verschillende bronnen geeft zicht op selectiviteit van non-response. Maar zij biedt ook de mogelijkheid kenmerken van participanten aan onderzoek te vergelijken met mensen die voor of tijdens het onderzoek uitvallen. Dit betreft mensen van wie binnen instellingen, naast uitkomstgegevens, ook andere zorgdata worden verzameld. Op groepsniveau kan gekeken worden of patiënten die in het onderzoek worden bereikt, een representatieve deelverzameling vormen van alle mensen die in zorg kwamen. Deze vergelijking geeft de bevindingen meer betekenis.

In het hiernavolgende ga ik eerst in op het herstel begrip. Ik laat eerst zien hoe dit herstel begrip werkt in de evaluatie van patiënten op het individuele niveau. Ik ga in op determinanten die herstel in de weg staan. Ik laat dit zien aan de hand van een casus. Vervolgens bespreek ik het model, dat een theoretisch kader biedt voor analyses in de klinische praktijk. Ik beschrijf dan de toepassing van het model in verschillende projecten met co-creatie in de klinische praktijk. Tenslotte ga ik in op de betekenis van het analyse model voor de toekomst van het onderzoek van mijn promovendi en de studenten van de afdeling klinische psychologie.

Het herstel begrip

De vraag bij het in beeld brengen van herstel is vervolgens: wat wil je weten? Waar draait herstel om? Recente literatuurstudies laten zien dat herstel om meer gaat dan symptoomvermindering. Het gaat ook om persoonlijk herstel, functioneel herstel en maatschappelijk herstel (de Winter et al, 2024). Het gaat om zingeving en plezier, om een bevredigende invulling van het dagelijks leven. Het gaat om het gevoel ergens bij te horen, ergens aan deel te nemen. Terwijl enerzijds symptomen persisteren, kan het zijn dat op een van de andere gebieden het functioneren wel verbetert. De beleving van de patiënt moet hierin leidend zijn. Herstel hoeft zich niet te uiten in een verbetering van de symptomen; het kan zich ook uiten in een betere participatie, meer deelname in de maatschappij en minder afhankelijkheid van de zorg. Cijfers over zorgkosten kunnen daarmee andere informatie geven dan symptoomlijsten in eerste instantie laten zien. Het meten van uitkomsten van de zorg aan de hand van routine outcome lijsten zoals HoNos (Mulder et al. 2004), de MANSA (Petkari et al, 2020) of de SQ-Q48 (Carlier et al, 2012) is

daarom te beperkt. Deze uitkomsten moeten worden aangevuld met informatie over het functioneren van de patiënt en informatie over maatschappelijke deelname - informatie over welke ondersteuning de patiënt nodig heeft. Niet alleen routine outcome meting, maar ook routine herstel meting.

Het niveau van de individuele patiënt

Het Herstel Analyse Model dat ik voorstel, is niet alleen bruikbaar bij de analyse van uitkomsten in groepen, maar ook toepasbaar in de evaluatie van problematiek bij patiënten op individueel niveau. Het doet recht aan de combinatie van problematiek of onderliggende interveniërende factoren binnen patiënten: de mogelijke combinatie van psychotische symptomen met somatische comorbiditeit, middelengebruik, verstandelijke beperking of genetische aanleg, maar ook met trauma's in de jeugd. In het diagnostisch proces moeten de comorbide factoren zo breed mogelijk worden meegewogen. Het meenemen van deze individuele informatie in de analyse van uitkomsten in grote groepen, in cohorten van patiënten, in teams of behandelprogramma's maakt dat onderzocht kan worden hoe deze individuele problemen herstel in de weg staan. Deze combinatie van bronnen staat centraal in de leerstoel.

Nu enkele voorbeelden van belemmerende problemen. Het is bekend dat psychotische stoornissen of schizofrenie bij vrouwen zich anders en later presenteren dan bij mannen (Domenicano et al, 2025). Bij mensen met een verstandelijke beperking is er een sterk vergrote kans op een genetische afwijking (Adams et al, 2023). Deze kans is dusdanig dat het van belang is om iedereen met verstandelijke beperking daarop te screenen, zoals momenteel bij GGnet gebeurt. Al met al is er een veelheid aan problemen die herstel in de weg kunnen staan. Zo is het ook bekend dat gehoor problemen, autisme, ADHD, en polyfarmacie geassocieerd zijn met meer kans op psychotische ontregeling (Linszen et al, 2016; Dardani et al, 2023; Marwaha et al, 2015; Højlund et al, 2025).

De ontwikkeling van langdurige problematiek door de tijd heen is in iedere casus anders. Ik ben van mening dat veel van deze factoren in de screening en diagnostiek van mensen met niet goed begrepen psychotische klachten gemist worden omdat hier bij de initiële diagnostiek niet voldoende naar wordt gekeken. Ik pleit daarom voor standaard screening naar verschillende van deze factoren als onderdeel van het diagnostisch proces bij een eerste melding in de zorg en vervolgens om de twee jaar. Ik vind het bijvoorbeeld moeilijk te begrijpen waarom somatische screening in slechts 7.6% van de populatie systematisch wordt uitgevoerd (Noortman et al, 2023), terwijl bij 69% van de patiënten met EPA ernstige lichamelijke problemen kunnen worden vastgesteld (Deenik et al, 2019). Hier is nog veel winst te behalen.

Een casus

Een recent voorbeeld van nut en noodzaak van screening naar somatisch onderliggend lijden uit de klinische praktijk betreft een 45-jarige, licht verstandelijk beperkte man. Een IQ-score van 61 werd vastgesteld met de WAIS (Verbaal IQ=62, Performaal IQ=58). De patiënt kent in zijn voorgeschiedenis meerdere psychotische episodes. In 2008 werd patiënt voor het eerst opgenomen in de GGZ met een depressie met psychotische kenmerken.

December 2015 werd patiënt voor de tweede keer met een psychose opgenomen. Na een korte opname in een psychiatrische afdeling in Duitsland volgde opname in de kliniek van VGGNet. In het najaar van 2017 volgde een opname met een hypomane episode. In 2018 werd patiënt opnieuw opgenomen, nu met een katatoon beeld, toenemende angsten en het omdraaien van het dag- en nachtritme. Patiënt ging na de laatste opname wonen in een 24-uursvoorziening van SIUS. Hij kreeg daar een dagbesteding. Sinds begin 2023 woont patiënt weer zelfstandig in een eigen woning, met ambulante ondersteuning. Patiënt wordt ambulant begeleid door Zorg Plus. Dit loopt goed, omdat patiënt meer zicht krijgt op wat hij zelf kan en waarvoor hij begeleiding nodig heeft. Er lijkt meer stabiliteit in zijn stemming te zijn gekomen. Desondanks valt de persisterende affect labiliteit op. Ook lijkt patiënt moeite te hebben met het inschatten van de sociale relaties; in de relaties met anderen is er weinig wederkerigheid. Na verwijzing naar de polikliniek van VGGnet vond psychiatrisch onderzoek plaats naar ASS. Deze diagnose kon niet worden vastgesteld, gezien het ontbreken van de ASS kenmerken in de (vroege) kindertijd.

Vervolgens bleek bij het afnemen van een ontwikkelingsanamnese sprake te zijn geweest van gynaecomastie, waarvoor op 14-jarige leeftijd een operatie noodzakelijke was. Vanaf de puberteit was er toenemend sprake van overgewicht en vervolgens obesitas. Via een programma van zijn werk is patiënt vervolgens begonnen met verbeteren van zijn leefstijl. Recent werd een hoge bloeddruk vastgesteld en liet bloedonderzoek een laag testosteronniveau zien. Dit alles tezamen leverde de verdenking op het Syndroom van Klinefelter, waarvoor genetisch onderzoek werd geïndiceerd. Deze casus illustreert dat de combinatie van psychiatrisch onderzoek met andere gegevens de behandeling gericht en meer effectief kan maken. Kort samengevat is deze man jarenlang behandeld zonder een goed zicht op de daadwerkelijke onderliggende oorzaak. Het combineren van beschikbare gegevens uit verschillende bronnen bracht een conclusie dat een duidelijke richting kon geven aan de behandeling en aan uitleg aan de patiënt. Deze casus illustreert iets wat bij veel meer EPA-patiënten aan de orde kan zijn. Door op vaste momenten in de zorg stil te staan bij co- morbide risico's kunnen interfererende problemen worden opgespoord en aangepakt.

Van casus naar het Herstel Analyse Model

In het vervolg van deze rede zal ik met eigen onderzoek een aantal risicofactoren bespreken die herstel bij langdurige zorg afhankelijke patiënten kunnen belemmeren. Voor sommige van deze factoren bestaat reeds voldoende empirische evidentie, wat het gebruik van screeners en monitoringinstrumenten rechtvaardigt. Voor andere factoren is de kennisbasis nog beperkt en is verder onderzoek op grotere populaties dringend nodig. In het kader van mijn leeropdracht wil ik er werk van maken om dit in samenwerking met de grote geïntegreerde GGZ-instellingen in het land beter vorm te geven. Dit door instellingen te ondersteunen bij het toepassen van deze onderzoeksmethode op basis van reeds beschikbare bronnen.

In het hiernavolgende kijken wij allereerst terug op wat er inmiddels de afgelopen jaren in dit gebied uit eigen onderzoek en literatuur bekend is, om vervolgens vooruit te kijken naar nog niet ontgonnen vragen. Het gaat om wat we weten en reeds onderzocht hebben, en wat we nog te weten kunnen komen binnen de context van in de GGZ beschikbare data. Nieuw is de koppeling van beschikbare gegevens: patiëntgegevens, vragenlijst uitkomsten en informatie over de kosten en opbrengsten van zorg.

Het Herstel Analyse Model

In mijn onderzoek, dat inmiddels ruim twee decennia beslaat, richtte ik mij in empirisch onderzoek op factoren die herstel belemmeren in/bij langdurig zorg afhankelijke patiënten. Om gegevens betekenisvol met elkaar te kunnen verbinden heb ik gewerkt met een gestandaardiseerd onderzoeksmodel (Tabel 1). Dit is niet zozeer een theoretisch model, maar een praktisch model. Het model is te beschouwen als een algemeen kader voor het koppelen van gegevens uit de verschillende bronnen. Het is een kader waarmee praktisch toegepast onderzoek samen met afdelingen vorm kan worden gegeven.

Het model kent drie onderdelen. Eerst komen de determinanten, te zien links in de tabel. Deze gegevens worden vooraf vastgelegd. De uitkomsten, rechts in de tabel, worden beïnvloed door de mediërende variabelen opgesomd in de middelste kolom. Deze praktijkdata bieden inzicht in patronen van langdurige zorgafhankelijkheid en maken het mogelijk om risicofactoren te identificeren die in effectonderzoeken vaak buiten beeld blijven. Risicofactoren die herstel in de weg staan. Belangrijk uitgangspunt is het basisprincipe dat de gegevens worden verzameld over de gehele doelgroep. Er vindt geen exclusie plaats. Het model vergt wel het regulier navragen van toestemming voor het gebruik van de patiëntgegevens voor wetenschappelijk onderzoek als patiënten in zorg komen of worden opgenomen. Bij GGnet is deze zo geheten 'opt – out' standaard in de intake procedures opgenomen. De toestemming wordt expliciet gevraagd. Patiënten kunnen aangeven als zij niet willen dat de gegevens in het onderzoek wordt meegenomen.

Tabel 1 Onderzoeksmodel

Determinanten	Mediatoren	Uitkomsten
Demografische kenmerken - Geslacht - Social economische status - Etnische achtergrond ECS	Afdeling - Opname - Ouderen - Forensisch - Verblijf CRS	Routine Outcome Measures (voorbeelden.) - Health of Nations outcome (HoNOS) - Manchester short assessment quality of life (MANSA) - IROC ECS
Diagnose - DSM – V hoofdgroep - ICD-11 hoofdgroep ECS	Personeel - Professioneel niveau - Aanwezigheid DRP	Dwang toegepast - Separatie - Fixatie - Gedwongen medicatie - Gedwongen behandeling - Gedwongen opname CRS
Agressie - Staf Observatie en Agressie Schaal (SOAS-R) - Sociale dysfunctie en Agressie Schaal(SDAS) ECS	Bed bezetting - % Bedden bezet CRS	
Risico taxatie - Brøset violence checklist - Kennedy as 5 - HCR-20 of HKT-30 ECS	Medicatie gebruik - Dagelijkse dosering - Hoofdgroepen - Combinaties FRG	Zorg kosten - Personeel kosten - Tijd besteed per personeel - Gebouwelijke kosten - Tijd opgenomen HR
Verstandelijke beperking - Screener Intelligence and Intellectual Disability (SCIL) ECS	Medicatie compliance - Medicatie spiegels - Lab waarden FRG	
Middelen gebruik - Alcohol use disorders identificatie test (Audit) - Drug use disorders identificatie test (Dudit) ECS	Sociale context - Social Network analyse - Family context analyse ECS	Zorg opbrengsten - Zorg verzekeringsfacturen - Aanvullende facturen CRS
Autisme - Autism screening questionnaire (SRS-A) ECS	Contacten therapeuten - Aantal contacten - Locatie contact - Duur of contact - Beroep CRS	QALYs and DALYs - Aantal jaren gewonnen - Aantal jaren verloren ECS
Trauma - Trauma Screening Questionnaire (TSQ) ECS		

Afkortingen: ECS = Elektronisch cliënten systeem CRS= Contact registratie systeem

DRP=Roosterprogramma FRG=Farmacologisch registratie systeem

Bij de dataverzameling wordt gebruikgemaakt van zowel kleinschalige als grootschalige databronnen binnen instellingen, van zorgprestatie model (ZPM)-gegevens, van patiëntkenmerken, van zorgkosten, informatie en informatie over medicatie en somatische comorbiditeit. Deze gegevens worden gekoppeld aan bevindingen van vragenlijsten. Dat kan gaan om screeners en om uitkomsten over het functioneren. Bij de patiënt kenmerken gaat het om demografische kenmerken vastgelegd in het elektronisch cliëntsysteem. Bij een deel van de patiënten is gescreend op verstandelijke beperking, bij

anderen op trauma of middelen gebruik. De verplichte zorg en daaraan ten grondslag agressie incidenten werden door op datum en tijd koppelingen met deze zorgdata in verband gebracht.

Het model en co-creatie met de praktijk

Centraal in het gehanteerde onderzoeksmodel staat de reguliere terugkoppeling van spiegelinformatie aan behandelaren en teams. Deze continue terugkoppeling maakt het mogelijk om klinisch relevante bevindingen te toetsen aan de verzamelde cijfers en om hypothesen uit de praktijk te verifiëren binnen de onderzoeksdata. Verbanden tussen door behandelaren of beleidsmakers veronderstelde voorspellers van herstel kunnen zo worden getoetst aan werkelijke uitkomsten, waarbij rekening wordt gehouden met mediërende variabelen zoals behandelduur, zorgzwaarte en sociaaleconomische context. Deze terugkoppeling vindt plaats op meerdere niveaus: in teams, op het niveau van behandelprogramma's en op instellingsniveau.

Van bijzonder belang is dat deze terugkoppelingen in nauwe samenspraak worden vormgegeven met de betrokken zorgprofessionals. Het gaat niet alleen om het presenteren van cijfers, maar om een gezamenlijke interpretatie van wat die cijfers betekenen. In overleg met behandelaren, beleidsmakers en onderzoekers wordt besproken welke patronen worden verwacht, wat de data daadwerkelijk laten zien, en hoe dit het beste kan worden geëvalueerd. Deze samenwerking vormt de kern van praktijkgericht onderzoek dat samen met de zorg wordt vormgegeven. Voor dit type onderzoek is actief financiering geworven, juist om met zorginstellingen de resultaten te kunnen evalueren in relatie tot de dagelijkse behandelpraktijk. Een cruciaal uitgangspunt daarbij is dat men bij de interpretatie van resultaten altijd weet van wie men meet en van wie niet. Alleen zo kan selectiviteit worden herkend en gewogen.

Basisgegevens van patiënten die deelnemen aan monitoring worden daarom vergeleken met die van patiënten die niet deelnemen. Vervolgens worden de zorguitkomsten over tijd geanalyseerd in klinisch relevante subgroepen. Populaties worden gestratificeerd naar factoren die in overleg met de praktijk als betekenisvol zijn geïdentificeerd. Voorafgaand aan deze analyses worden fundamentele vragen gesteld: wanneer spreken wij van een behandeling? Wie komt daadwerkelijk in behandeling, en wie niet? Binnen welke termijnen kan verandering redelijkerwijs worden verwacht? Door deze vragen systematisch te verankeren in het onderzoeksmodel ontstaat een kader voor longitudinale evaluatie. Immers het kan ook zijn dat direct na verwijzing geen behandeling wordt gegeven, maar dat de het contact met de zorg beperkt blijft tot een paar gesprekken.

Voorbeelden uit de praktijk van het onderzoek

Nu de praktijk. In het volgende deel van deze rede vat ik de ervaringen uit vier projecten samen. Alle vier projecten betreffen de evaluatie van de zorg binnen het voorgestelde herstel analyse model. Deze ervaringen vormden een opmaat waardoor dit model bruikbaar werd voor evaluatie van de zorg bij EPA-patiënten. Deze evaluatie is toepasbaar binnen wel omschreven cohorten. Groepen patiënten binnen een behandelprogramma.

Nazorg vuurwerkcramp

Het eerste onderzoek waarbij dit model werd toegepast betrof een observationele studie van de zorg na de vuurwerkcramp in Enschede (Noorthoorn et al, 2010). Er waren 1659 patiënten, van wie 663 kort in behandeling kwamen. Bij 392 werd follow-up over een jaar gecompeteerd. PTSS was met 40% de meest gestelde diagnose. Depressieve, angst- en somatoforme stoornissen kwamen even vaak voor als bij reguliere verwijzingen. Jongeren participeerden minder in behandelingen, migranten juist vaker. Mensen met woning- of financiële schade namen vaker deel en vormden bovendien ruim 60% van de populatie. Symptoomscores verbeterden in wisselende mate: angst, depressie en somatoforme klachten met 30%, PTSS met 45%. Sociaal functioneren herstelde minder (20–30%), mobiliteit slechts 13%. De conclusie van het behandelende team luidde dat de ramp vooral een financiële, eerder dan een traumatische ramp was.

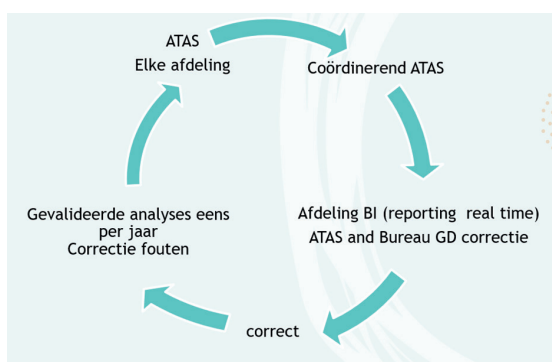
Casus register dwang en drang

Het tweede onderzoek waarin deze methodiek is toegepast betreft dwang en drang. Ik ga wat uitvoeriger op dit voorbeeld in omdat het uiteindelijk op landelijke schaal wordt toegepast (de landelijke registratie van dwang en drang, tegenwoordig aangeduid als verplichte zorg). Vanaf de start is gewerkt volgens een systematiek van terugkoppeling in samenspraak met deelnemende afdelingen. Figuur 1 toont de toegepaste feedbacksystematiek van het Casusregister Dwang en Drang, ontwikkeld in 2005 en anno 2024 bij GGNNet nog steeds in gebruik. In dit onderzoek werden gegevens over toegepaste vrijheidsbeperkende interventies op afdelingsniveau gekoppeld aan achtergrondkenmerken van patiënten. Door middel van algoritmen op basis van datum en tijd werden interventies chronologisch geordend binnen afzonderlijke opnames en ambulante behandeltrajecten en vervolgens gerelateerd aan diagnostische categorieën binnen patiënten, en aan patiënten binnen afdelingen en ambulante teams.

Deze koppeling maakte het mogelijk te onderzoeken of de samenstelling van de patiëntenpopulatie samenhangt met de uitkomsten van zorg, zoals de frequentie en duur

van vrijheidsbeperkende maatregelen. Deze benadering, ook wel aangeduid als casemix-correctie, stelt onderzoekers in staat om verschillen in uitkomsten tussen afdelingen en instellingen beter te begrijpen in relatie tot de kenmerken van de populatie die zij behandelen. De analyses werden geordend en uitgevoerd op afdelingsniveau binnen instellingen. Door bewust te kiezen voor de afdeling, en niet de individuele patiënt, als ordenend principe, bleef de verwerking van gegevens volledig in overeenstemming met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG), tenminste mits een instelling het principe van 'opt out' aan patiënten in behandeling vraagt.

Figuur 1 Feedback in controle en validatie cijfers toepassingen



Deze feedback is toegepast bij 8 instellingen in 2009 om toe te nemen naar 74 in 2014. Cijfers werden verzameld per afdeling. Data werden eenmaal per jaar door instellingen verzonden naar de onderzoeksgroep. Deze verzorgde standaard spiegel informatie aan instellingen. De informatie werd vervolgens ook verwerkt in de rapporten voor de financier van het onderzoek, het ministerie van VWS.

Tussen 2008 en 2014 nam het aantal deelnemende instellingen gestaag toe. Waar de registratie in 2008 begon met acht instellingen, breidde dit aantal zich via zeventien instellingen in 2010 uit tot een landelijke dekking in 2012. Deze groei weerspiegelt de toenemende bereidheid binnen de geestelijke gezondheidszorg om systematisch en transparant gegevens te delen over de toepassing van dwang en drang.

De analyses over deze periode toonden een duidelijke trend. Tussen 2008 en 2014 was sprake van een jaarlijkse afname van gemiddeld 9% in het aantal patiënten dat werd gesepareerd, en een reductie van circa 30% per jaar in de gemiddelde duur van separaties. Waar in 2008 nog 11,8% van de opgenomen patiënten werd gesepareerd, was dat aandeel in 2012 gedaald tot 6,5%. Tegelijkertijd werd een toename van 40% waargenomen in het gebruik van dwangmedicatie: van 1,5% in 2008 tot 2,6% in 2011 (Noorthoorn et al, 2016). Deze verschuiving illustreert dat veranderingen in beleid of klinische cultuur niet noodzakelijkerwijs leiden tot een afname van dwang in bredere zin, maar eerder tot een verandering in de vorm waarin dwang wordt toegepast.

Casemix-analyses toonden dat jongere leeftijd, mannelijk geslacht, opname op acute of forensische afdelingen en een psychotische of bipolaire stoornis samenhangen met een hogere kans op separatie. Aanpassings- en depressieve stoornissen, en schizofrenie en het syndroom van Asperger, gingen juist samen met minder vrijheidsbeperkingen. Instellingen met meer opnameafdelingen, forensische bedden of psychotische/bipolaire

patiënten hadden gemiddeld hogere dwangcijfers. Tussen instellingen bestond meer dan een tienvoudig verschil in separatieduur.

Binnen een aantal instellingen is gewerkt aan het ontwikkelen van evidentie. Een onderzoek keek naar het effect van risico taxatie op de toepassing van dwang (Van de Sande et al, 2011). Twee afdelingen werden met elkaar vergeleken: een met en een zonder risicotaxatie. Het onderzoek liet zien dat de afdeling met risico taxatie veel minder dwang toepasten dan de afdeling zonder. In een tweede onderzoek werd dwangmedicatie als middel van eerste keus vergeleken met separatie (Georgieva et al, 2013). Dit onderzoek liet zien dat separatie minder werd toegepast in de conditie met medicatie als eerste keus, terwijl de toepassing van gedwongen medicatie in beide condities vergelijkbaar was.

Recente ontwikkeling rond dwang en drang: Wvggz en opnieuw casemix correctie

Momenteel wordt gewerkt aan het herinrichten van een landelijke database in het kader van de evaluatie van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz). Dit vormt een belangrijke uitdaging, gezien het spanningsveld tussen privacywetgeving en de noodzaak om betrouwbare, valide vergelijkingen te kunnen maken tussen instellingen. Toch is het in het belang van de patiënt, essentieel om cijfers over toegepaste verplichte zorg ook landelijk te kunnen positioneren — en wel tegen de achtergrond van de locatie waar de zorg wordt verleend en de aard van de psychiatrische problematiek van de betrokken personen. Anderzijds is er zowel vanuit de inspectie als vanuit instellingen de behoefte cijfers meer met elkaar te delen, om ervan te kunnen leren. Inspectie en de Alliantie Kwaliteit in de Geestelijke Gezondheidszorg (AKWA GGZ) werken momenteel samen om dit met steun van VWS-vorm te geven. Om goed te kunnen vergelijken is het van belang dat we de methode van data verzameling en datacontrole standaardiseren en centraal organiseren in een 'third trusted party' (TTP). Die TTP ontvangt geaggregeerde data en ondersteunt instellingen bij data verzameling en vooral datacontrole.

In lijn met deze ambitie is het onderzoeksmodel in 2025 opnieuw toegepast, ditmaal om de impact van de Wvggz te onderzoeken op de toepassing van verplichte zorg bij crisismaatregelen binnen GGNet. Dit onderzoek richtte zich op veranderingen in de duur van crisismaatregelen, het aantal toegepaste maatregelen en de aard van de interventies (Gemsa et al, 2025). Na invoering van de wet nam de duur van de juridische maatregelen toe, nam de duur van separaties af en de toepassing van gedwongen medicatie toe. Analyse van de casemix liet zien dat middelengebruik in combinatie met psychotische stoornissen de meest prevalentie diagnoses waren, met name voor implementatie van de nieuwe wet. Desondanks nam separatie als interventie af en gedwongen medicatie toe. Dit onderzoek kan - binnen het landelijke samenwerkingsverband - dienen als voorbeeld voor toekomstige analyses naar trends in de toepassing van verplichte zorg bij meer instellingen.

De prevalentie van verstandelijke beperking binnen de SGGZ

Het derde onderzoek waarin met het gehanteerde onderzoeksmodel is gewerkt betrof een reeks projecten gericht op de vaststelling van de prevalentie van verstandelijke beperking binnen de geestelijke gezondheidszorg. Deze onderzoeken maakten gebruik van de Screener for Intelligence and Learning Disabilities (SCIL), een instrument dat beoogt om zwakbegaafdheid en verstandelijke beperking op een gestandaardiseerde wijze in kaart te brengen. Twee publicaties uit deze onderzoekslijn worden nader besproken.

De eerste studie onderzocht, bij een populatie van 1.616 patiënten de prevalentie van zwakbegaafdheid (SCIL-score 16–19) en verstandelijke beperking (SCIL-score < 15) in verschillende klinische settings binnen GGNet (Nieuwenhuis et al., 2021). De resultaten lieten zien dat de prevalentie van zwakbegaafdheid en een verstandelijke beperking sterk varieert tussen de zorgcontexten. In de ambulante setting waren de percentages het laagst, met 27% zwakbegaafdheid en 10% verstandelijke beperking. Op de verblijfsafdelingen lagen deze percentages aanzienlijk hoger, met respectievelijk 66,9% en 42,7%. De opnameafdelingen en de FACT-teams bevonden zich tussen deze uitersten, met ongeveer 42% zwakbegaafdheid en 20% verstandelijke beperking.

De tweede studie richtte zich op het herstel van functioneren, gemeten met de Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS), bij een populatie van 697 patiënten binnen drie FACT-teams van GGZ Oost-Brabant (Smits et al, 2025). In dit onderzoek werden SCIL-scores (> 19, 16–19 en < 15) afgezet tegen HoNOS-scores over een periode van vijf jaar. Daarnaast werden ook scores op de Trauma Screening Questionnaire (TSQ) in relatie tot de HoNOS geanalyseerd over dezelfde tijdsperiode. Alle deelnemers aan dit onderzoek waren minimaal één jaar in behandeling en hadden ten minste één HoNOS-beoordeling voltooid. Trendanalyses werden uitgevoerd bij patiënten met twee of meer HoNOS-metingen binnen de onderzoeksperiode.

De resultaten toonden significante verschillen in herstelpatronen tussen de SCIL-groepen. Voor patiënten met een SCIL-score > 19 was sprake van een significante verandering in functioneren over de tijd, evenals voor de groep met een SCIL-score tussen 16 en 19. Voor patiënten met een SCIL-score < 15 waren deze verschillen echter niet significant. Daarnaast bleek dat patiënten die positief testten op posttraumatische stress (PTSS) aanzienlijk hogere HoNOS-scores lieten zien dan patiënten zonder PTSS. Opnieuw verbeterden de mensen met SCIL > 15 in combinatie met PTSS, terwijl diegenen met een lage SCIL niet verbeterden. Dit laat zien dat een ernstige verstandelijke beperking herstel in de weg staat en onderstreept de noodzaak van screening om de behandeling aan te passen op het niveau van de patiënt.

Herdiagnostiek

De vierde onderzoekslijn waarin met het onderzoeksmodel is gewerkt betreft onderzoek naar de impact van systematische 'her' - diagnose op verstrekte zorg. In vier projecten is hiernaar gekeken. Ten eerste werden in 2017 ruim 1000 dossiers van mensen langer dan 2 jaar in zorg gescreend op de indicatie om een diagnose opnieuw vast te stellen en een behandeling anders in te richten. In 27% van de gevallen werd een andere diagnose vastgesteld. Analyse van de HoNos gegevens na 2 jaar liet zien dat er sprake was van een significante verbetering bij mensen die een nieuwe diagnose of een veranderde indicatiestelling verkregen. Het concept van herziening van diagnostiek is in de daaropvolgende jaren verder onderzocht in verschillende cohorten van langdurig opgenomen patiënten. Daarbij werd nagegaan of het behandelprotocol Diagnose-Indicate-Treat-Serious Mentally Ill (DITSMI) leidde tot aanpassingen in de behandeling en invloed had op de kosten van de geboden zorg. DITSMI is in essentie eenvoudig: bij patiënten met een langdurige psychiatrische voorgeschiedenis wordt de behandeling opnieuw ingericht volgens de meest actuele diagnostiek en richtlijnen. Het eerste cohort ging om 94 patiënten die meer dan 10 jaar waren opgenomen en tussen 2014 en 2019 het behandelprotocol door hebben gelopen. Het tweede cohort, waarvan verdere publicaties in nog voorbereiding zijn betrof 209 patiënten opgenomen ten behoeve van herdiagnostiek tussen 2019 en 2024.

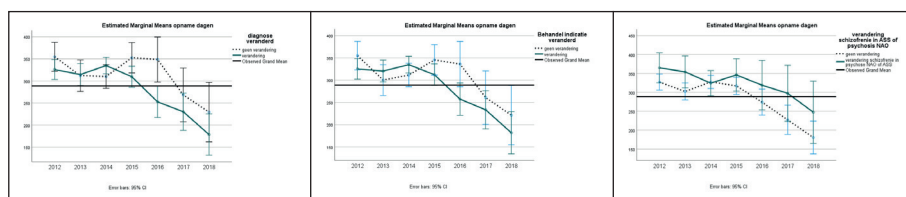
Kosten en opbrengsten van zorg bij langdurige opname

De eerste studie richtte zich op de kosten en opbrengsten van zorg in een steekproef van 94 langdurig residentiële patiënten, gevolgd tussen 2012 en 2018 (Veereschild et al, 2020 & 2025). De zorgkosten werden berekend op basis van het bed gebruik, de tijd die professionals besteedden aan klinische of poliklinische contacten, en de directe personeelskosten. Deze kosten werden uitgesplitst naar functiecategorieën — psychiaters, psychologen, artsen, verpleegkundigen en maatschappelijk werkers. Als opbrengsten werden de facturen van zorgverzekeraars aan instellingen geanalyseerd, zowel voor klinische opnames (inkomsten uit verblijven) als voor poliklinische behandelcontacten en overige zorgprestaties. Alle gegevens werden per patiënt geaggregeerd tot jaarrecords, met als basis dag registraties die werden samengevoegd via speciaal ontwikkelde software.

Elke interactie met een zorgprofessional werd geregistreerd. Bij groepsessies werden de kosten per patiënt berekend door de inzet van therapeuten te delen door het aantal deelnemers. Met behulp van een datum- en tijdalgoritme werden de gegevens vervolgens per patiënt geaggregeerd op dag-, maand- en jaarbasis. De verschillen in kosten en inkomsten vóór en na de implementatie van DITSMI werden getoetst met behulp van een Chi-kwadraattoets, terwijl de relaties tussen diagnosewijzigingen, behandelvoorstellen, medicatieaanpassingen, opnamedagen en inkomsten werden onderzocht met variantieanalyse voor herhaalde metingen (ANOVA).

Figuur 2 illustreert de trends die zichtbaar werden na implementatie, in het bijzonder de verandering van de diagnose *schizofrenie* naar *autismespectrumstoornis* — een verschuiving die na 2014 significant bleek. De analyses lieten zien dat het aantal opnamedagen significant afnam bij een gewijzigde diagnose bij een verschuiving van schizofrenie naar ASS en bij een aanpassing van het behandelplan. De totale verblijfsopbrengsten daalden eveneens in samenhang met diagnosewijzigingen en aangepaste behandelvoorstellen. Gemiddeld vertoonden de inkomsten uit klinische opnames een daling van ruim 50%, terwijl de totale inkomsten van zorgverzekeraars daalden met bijna 40%.

Figuur 2 Trend lijnen diagnose en indicatie veranderd



Interessant genoeg bleek uit de analyses dat de kosten van psychiaters significant afnamen terwijl de kosten van psychologen en artsen juist stegen in de patiëntengroep bij wie de diagnose veranderde van *schizofrenie* naar *neuro-ontwikkelingsstoornis*. De kosten van maatschappelijk werkers en het totale personeelsbudget daalden in dezelfde groep. Deze bevindingen illustreren dat een gerichte investering in diagnostiek en behandelherziening aanvankelijk hogere inzet van specialistisch personeel vraagt, maar op termijn leidt tot een substantiële afname van de totale zorgkosten. In de HoNOS-scores voor en na de behandeling steeg het percentage patiënten onder de afkapwaarde bij wie de diagnose was veranderd van 39 naar 61%. Overeenkomstig steeg het percentage patiënten onder de afkapwaarde voor de verandering in behandelindicatie van 40 naar 60%. Significante gezondheidswinst.

De toekomst

Wat kan ons dit alles opleveren en wat kunnen we hiermee in de toekomst? De bovenstaande studies laten zien dat een dieper inzicht in cijfers die zicht geven op onderliggende mechanismen van ziekte en gezondheid bij mensen met een langdurige zorg afhankelijkheid kan bijdragen aan het herstel gericht aanpassen van het beleid. De belangrijkste boodschap is dat deze ontsloten zorgcijfers daarbij een bruikbare aanvulling kunnen bieden op de Routine Outcome gegevens die bij de verschillende behandelprogramma's worden verzameld. Wij zijn dit momenteel in de verschillende DITSMI-cohorten verder aan het toepassen. Juist bij de groep EPA-patiënten is deelname

aan ROM beperkt, waardoor gegevens uit andere bronnen meer van belang worden. Daar waar herstelgerichte netwerkpsychiatrie in toenemende mate binnen het veld van de SGGZ leidend is kan dit herstelgerichte onderzoeksmodel een belangrijke hulpmotor vormen. Ik hoop dit de komende jaren nader vorm te geven, binnen de eigen instelling en in samenwerking met de andere SGGZ-instellingen.

Daarnaast is replicatie van onze interne GGnet studies naar de impact van de wet verplichte GGz op de toepassing van verplichte zorg van landelijk belang. Voorkomen van traumatische vormen van dwang werkt direct herstel bevorderend. Ik hoop dit met de deelnemers aan AKWA, de inspectie en VWS wellicht binnen de kaders van een Third Trusted Party verder vorm te geven.

Een derde belangrijk thema is onderzoek naar relevantie van somatische screening in de behandeling van jongvolwassenen binnen GGnet.

En als laatste is het voortzetten van wetenschappelijk onderzoek binnen het expertisecentrum voor psychiatrie en licht verstandelijke beperking, VGGnet van groot belang. Niet in het minst van het veelvuldig gebleken voorkomen van een verstandelijke beperking binnen de SGGZ. Drie deelprojecten vinden daar plaats:

1. Een onderzoek naar determinanten van zelfbeschadiging.
2. Onderzoek naar de effectiviteit van de behandeling afgemeten aan symptomen en mate van herstel.
3. Onderzoek naar genetische variabiliteit en syndromen bij mensen met een LVB binnen de naar VGGnet verwezen patiënten.

Nogmaals het thema van deze rede

Centraal thema in deze rede is het eerder opsporen en ook behandelen van risico factoren, die herstel in de weg staan. En, indien goed geadresseerd herstel kunnen bevorderen. Hoewel het gaat om factoren die in wisselende mate bekend zijn bij behandelaren is het in belang, voor het herstel van EPA-patiënten, deze factoren systematisch en meer expliciet te inventariseren en aan de uitkomsten van de routine monitoring toe te voegen. Het gaat daarbij om een verstandelijke beperking, recent of eerder doorgemaakt trauma's, middelen gebruik, genetische predispositie, screening op somatische comorbiditeit, afwijkende medicatie bloedspiegels en last but not least reguliere en systematische (her-) diagnostiek bij mensen die al langer zonder noemenswaardig herstel in zorg zijn. Al deze gegevens worden gekoppeld aan de kenmerken van de patiënt. Screening en diagnostiek horen in dit model bij routine outcome measurement en brengen als corrigerende factoren de effectiviteit van de behandeling en het herstel beter in beeld. Dit geldt op groepsniveau, maar ook op het niveau van de individuele EPA-patiënt.

Het onderzoeksmodel dat hierop gebaseerd is, is zodanig ontworpen dat deze gegevens uit verschillende bronnen worden gehaald, en via datum en tijd algoritmen op

een relevante wijze aan elkaar worden gekoppeld. Beschikbare gegevens, die aan de hand van het koppelen van bronnen met elkaar in verband worden gebracht. Waardoor het individuele niveau ook weer naar het groepsniveau kan worden gebracht.

Bijdrage van de leerstoel aan het onderwijs klinische psychologie

Het bovenstaande onderzoeksmodel is de kern van de leerstoel. Het model brengt uitkomsten van screenende en uitkomst vragenlijsten in verband met gegevens uit de zorg. Gegevens over opnames, contacten en intensiteit van de behandeling. Maar ook gegevens die te maken hebben met het voorkomen van agressie en de toepassing van verplichte zorg. Het brengt een individueel toepasbaar model naar het niveau van analyses op groepsniveau. Dit model is algemeen toepasbaar bij alle vormen van routine uitkomst metingen, zowel voor de patiënten in kortdurende behandeling als voor patiënten langdurig in zorg.

De leerstoel brengt aan de hand van het model de langdurige zorg onder de aandacht van de studenten klinische psychologie. Het laat de studenten de mogelijkheden en beperkingen van de zorg zien, vanuit theoretisch, maar ook praktisch perspectief. Wat kunnen de studenten, eenmaal afgestudeerd, bijdragen aan de zorg voor langdurig psychisch zieken? Hoe kunnen zij de uitkomsten van behandelingen interpreteren en op welke wijze kunnen studenten naar beschikbare uitkomst data kijken? Waar moeten ze rekening mee houden? Wat zijn mogelijkheden en onmogelijkheden bij deze patiënten? Bij welke patiënten kan er effect verwacht worden en bij welke niet en hoe kun je dat het beste onderzoeken? In het onderwijs komt met het hier besproken onderzoeksmodel, de bevorderende en belemmerende factoren en het gestratificeerd analyseren van de uitkomsten aan de orde. Zowel in de vorm van bespreken van de uitkomsten van studies, als in de eigen Masterthesen en het kunnen werken aan bij de bijzonder hoogleraar beschikbare databases en daaraan gerelateerde projecten. Bij verschillende afdelingen van GGnet en andere GGZ-instellingen zijn stageplaatsen hiervoor beschikbaar.

Tot slot

In deze rede heb ik getracht een lans te breken voor een onderzoeksmethode in wisselwerking met de praktijk waardoor naast bestaande routine outcome metingen herstel op een betekenisvolle manier in beeld kan worden gebracht binnen de SGGZ. Een alternatief met praktische betekenis voor patiënten, naasten, behandelaren in brede zin teams, afdelingen, organisaties en desgewenst financiers. Een alternatief dat momenteel nog maar beperkt wordt toegepast, maar met m.i. veel potentie heeft als het gaat om nog beter herstel gericht werken met uitzicht op een menswaardig perspectief.

Dankwoord

Dan ben ik nu toegekomen aan het dankwoord. Allereerst wil ik prof. dr. Giel Hutschemaekers, prof. dr. Eni Beckers en prof. dr. Mike Rinck danken voor hun gastvrijheid binnen de afdeling klinische psychologie. De rector van de Universiteit, prof. dr. José Sanders, de decaan van de faculteit der Sociale Wetenschappen prof. dr. Evelyn Kroesbergen en de directeuren van BSI-onderzoek prof. dr. Debby Beckers en het onderwijs instituut prof. dr. Rob Holland. De benoemingscommissie van de Radboud Universiteit dank ik voor het vertrouwen dat in mij is gesteld. De raad van bestuur van GGnet dank ik voor de financiering van deze bijzondere leeropdracht. Het biedt mij de gelegenheid klinische psychologie en zorgepidemiologie beter met elkaar te verknopen en het onderwijs en onderzoek op dat terrein uit te breiden. Met de studenten hierboven genoemd, met collega's van de universiteit, collega's uit de GGZ en lopende promoties tot een goed einde te brengen van verschillende aanwezigen hier.

De inauguratie als hoogleraar is niet enkel een persoonlijke mijlpaal, maar vooral ook het resultaat van samenwerking, vertrouwen en inspiratie van velen om mij heen. Allereerst mijn promovendi, waar ik de afgelopen vijftien jaar mee heb mogen samenwerken, maar vooral ook de groep inmiddels collega-hoogleraren die deze promovendi met mij hebben begeleid. Wim, Fleur, Roland, Yolande, Jeanet, Patricia, Birgit, Mike, Stephan, Raimon en Renate, ik heb het door de jaren heen altijd een van de leukste dingen van mijn werk gevonden om jullie te kunnen begeleiden. In volgorde van intensiteit van de samenwerking wil ik allereerst als mijn inspirator Henk Nijman noemen, die bij de start van het casusregister dwang en drang veel heeft meegedacht en als sparringpartner heeft gefungeerd. Zijn rol werd na zijn overlijden in 2021 overgenomen door Peter Lepping en Hein de Haan. Robbert Didden en Cor de Jong waren in de eindfase intensief betrokken bij Birgit, eveneens na het overlijden van Henk. Met Giel Hutschemaekers werk ik al sinds 2008 samen bij verschillende van onze promovendi. Met Niels Mulder heb ik vervolgens door de jaren heen de meeste promovendi gedeeld, al dan niet in de rol van copromotor. Mijn eerste twee promovendi waren, tenslotte, samen met Guy Widdershoven, inmiddels al enige jaren terug. Kees Lemke was tussen 2014 en 2019 een belangrijke stimulans achter dit hoogleraarschap. Kees, van jou heb ik geleerd om me af te vragen wat de maatschappelijke relevantie van deze leerstoel kan zijn. Hoe kan ik dat overdragen? Op de achtergrond van mijn onderzoeksmodel heeft Steven Boonzajer Fleas een essentiële rol gespeeld in de koppeling van complexe data. Daarom ook dank aan jou voor de prettige samenwerking.

Tot slot wil Mieke, Jacco en Esther bedanken voor de steun, het vertrouwen en het geduld in de omgang met deze voortdurende laptoppende workaholic. Mijn deelname aan de familie Leerkes heeft mij veel geleerd. Vooral in de communicatie. Waardoor ik nu hier sta.

Ik heb gezegd!

Referenties

1. <https://www.vektis.nl/inzichten/factsheet-ggz>
2. Jaarverslag 2024 Zorginstituut Nederland. 12 maart 2025.
3. Kenniscentrum Phrenos. (2022). Bevindingen veldraadpleging zorg gerelateerde preventie bij deelnemende instellingen. <https://www.phrenos.nl>
4. van Sonsbeek MAMS, Hutschemaekers GJM, Veerman JW, Verhulst A, Tiemens BG (2023). The results of clinician-focused implementation strategies on uptake and outcomes of Measurement-Based Care (MBC) in general mental health care. *BMC Health Serv Res.* Apr 1;23(1):326.;
5. de Jong K, Aafjes-van Doorn K. (2022). Routine outcome monitoring: The need for case examples. *J Clin Psychol.* Oct;78(10):1963-1972.
6. Janse, P, Geurtzen N, Scappini, A Hutschemaekers G. (2024). Disentangling the Therapist Effect: Clustering therapists by using different treatment outcomes. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* Volume 51, pages 769–779.
7. Delespaul PH; de consensusgroep EPA (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie.* 55(6):427-38.
8. Bartels-Velthuis AA, Visser E, Arends J, Pijnenborg GHM, Wunderink L, Jörg F, Veling W, Liemburg EJ, Castelein S, Knegtering H, Bruggeman R (2018). Towards a comprehensive routine outcome monitoring program for people with psychotic disorders: The Pharmacotherapy Monitoring and Outcome Survey (PHAMOUS). *Schizophr Research;* Jul;197:281-287.
9. Castelein S, Timmerman ME (2021) PHAMOUS investigators; van der Gaag M, Visser E. Clinical, societal and personal recovery in schizophrenia spectrum disorders across time: states and annual transitions. *Br J Psychiatry.* Jul;219(1):401-408.
10. de Winter L, Jelsma A, Vermeulen JM, van Weeghel J, Hasson-Ohayon I, Mulder CL, Boonstra N, Veling W, de Haan L (2024). Long-term Changes in Personal Recovery and Quality of Life Among Patients With Schizophrenia Spectrum Disorders and Different Durations of Illness: A Meta-analysis. *Schizophr Bulletin.* Dec 20;51(1):37-53.
11. Mulder, C. L., Staring, A. B. P., Loos, J., Buwalda, V. J. A., Kuijpers, D., Sytema, S., & Wiersma, A. I. (2004). De Health of the Nation Outcome Scales (HONOS) als instrument voor 'routine outcome assessment' [The Health of the Nation Outcome Scales (HONOS) in Dutch translation as an instrument for Routine Outcome Assessment]. *Tijdschrift voor Psychiatrie,* 46(5), 273–284.
12. Petkari E, Giacco D, Priebe S. (2020). Factorial structure of the Manchester Short Assessment of Quality of Life in patients with schizophrenia-spectrum disorders. *Qual Life Res.* Mar;29(3):833-841.
13. Carlier, I. et al 2012. Development and validation of the 48 item Symptom Questionnaire (SQ-48) in patients with depressive-, anxiety- and somatoform disorders. *Psychiatry Research,* 200 (2-3), 904-910.

14. Domenicano I, Onofrio A, Citton M, Vecchioni L, De Donatis D, Bertelli R, Emanuelli F, Grassi L, Ferrara M (2025). Sex differences in outcomes of first episode psychosis: results from an early intervention service. *Frontiers Behavior Neuroscience*. Sep 8;19:1642460.
15. Adams RL, Baird A, Smith J, Williams N, van den Bree MBM, Linden DEJ, Owen MJ, Hall J, Linden SC (2023). Psychopathology in adults with copy number variants. *Psychological Medicine*. May;53(7):3142-3149.
16. Linszen MM, Brouwer RM, Heringa SM, Sommer IE (2016). Increased risk of psychosis in patients with hearing impairment: Review and meta-analyses. *Neuroscience Biobehavioral Reviews*. Mar;62:1-20.
17. Dardani C, Schalbroeck R, Madley-Dowd P, Jones HJ, Strelchuk D, Hammerton G, Croft J, Sullivan SA, Zammit S, Selten JP, Rai D. (2023). Childhood Trauma As a Mediator of the Association Between Autistic Traits and Psychotic Experiences: Evidence From the Avon Longitudinal Study of Parents and Children Cohort. *Schizophr Bulletin*. Mar 15;49(2):364-374.
18. Marwaha S, Thompson A, Bebbington P, Singh SP, Freeman D, Winsper C, Broome MR (2015). Adult attention deficit hyperactivity symptoms and psychosis: Epidemiological evidence from a population survey in England. *Psychiatry Research*. Sep 30;229(1-2):49-56.
19. Højlund M, Rohde C, Gasse C, Hallas J, Fink-Jensen A, Correll CU, Köhler-Forsberg O (2025). Antipsychotic polypharmacy in patients with schizophrenia between 1999 and 2024 in Denmark: Prevalence, time trends, and combinations. *European Neuropsychopharmacology*. Nov;100:4-12.
20. Noortman L, de Winter L, van Voorst A, Cahn W, Deenik J. (2023). Screening and prevalence of cardiometabolic risk factors in patients with severe mental illness: A multicenter cross-sectional cohort study in the Netherlands. *Comprehensive Psychiatry*, Oct;126:152406.
21. Deenik, J., Tenback, D. E., Tak, E. C., Rutters, F., Hendriksen, I. J., & van Harten, P. N. (2019). Changes in physical and psychiatric health after a multidisciplinary lifestyle enhancing treatment for inpatients with severe mental illness: The MULTI study I. *Schizophrenia research*, 204, 360-367.
22. Noorthoorn EO, Havenaar JM, de Haan HA, van Rood YR, van Stiphout WA (2010). Mental health service use and outcomes after the Enschede fireworks disaster: a naturalistic follow-up study. *Psychiatric Services*. Nov;61(11):1138-43.
23. Noorthoorn EO, Voskes Y, Janssen WA, Mulder CL, van de Sande R, Nijman HL, Smit A, Hoogendoorn AW, Bousardt A, Widdershoven GA (2016). Seclusion Reduction in Dutch Mental Health Care: Did Hospitals Meet Goals? *Psychiatr Services*. Dec 1;67(12):1321-1327.
24. Van de Sande R, Nijman HL, Noorthoorn EO, Wierdsma AI, Hellendoorn E, van der Staak C, Mulder CL (2011). Aggression and seclusion on acute psychiatric wards: effect of short-term risk assessment. *British Journal of Psychiatry*, Dec;199(6):473-8.
25. Georgieva I, Mulder CL, Noorthoorn E (2010). Reducing seclusion through involuntary medication: a randomized clinical trial. *Psychiatry Research*, ; Jan 30;205(1-2):48-53.

26. Gemsa S, Noorthoorn EO, Lepping P, de Haan HA, Hutschemaekers GJM (2025). The Dutch Compulsory Care Act: Possible effects on emergency involuntary admissions, treatment, and length of stay. *International Journal of Law and Psychiatry*, Sep-Oct;102:102113.
27. Nieuwenhuis JG, Lepping P, Mulder NL, Nijman HLI, Veereschild M, Noorthoorn EO (2021). Increased prevalence of intellectual disabilities in higher-intensity mental healthcare settings. *British Journal of Psychiatry Open*, Apr 22;7(3):e83.
28. Smits HJH, Lang BLS, Nijman HLI, Penterman EJM, Nieuwenhuis JG, Noorthoorn EO (2025). Association of Mild Intellectual Disability/Borderline Intellectual Functioning and Post-Traumatic Stress Disorder to Treatment Outcome in Patients With Severe Mental Illness. *Journal of Applied Research in Intellect Disabilities*, Mar;38(2):e70043.
29. Veereschild HM, Noorthoorn EO, Nijman HLI, Mulder CL, Dankers M, Van der Veen JA, Loonen AJM, Hutschemaekers GJM (2020). Diagnose, indicate, and treat severe mental illness (DITSMI) as appropriate care: A three-year follow-up study in long-term residential psychiatric patients on the effects of re-diagnosis on medication prescription, patient functioning, and hospital bed utilization. *Eur Psychiatry*. May 8;63(1):e47.
30. Veereschild MH, Noorthoorn EO, Lepping P, Van der Veen AJ, Hutschemaekers GJM (2025). Cost Effects of Diagnose, Indicate, and Treat Severe Mental Illness (DITSMI) in Residential Psychiatry. *J Ment Health Policy Economy*, Sep 1;28(3):105-116.

