

Factoren die helpen bij deelname aan een behandeling ter bevordering van een multidisciplinaire leefstijl

Een kwalitatief onderzoek naar ervaringen van mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen in de klinische langdurige zorg

Inleiding

De levensverwachting van mensen met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) is 10 tot 20 jaar korter dan die van de algemene bevolking (Walker, Mc Gee, & Druss, 2015). Mensen met EPA hebben een grotere kans op hart- en vaatziekten (Lawrence, Hancock, & Kisely, 2013) en lopen een groter risico op aandoeningen binnen het metabool syndroom, zoals obesitas en verstoorde vet- en suikerwaarden in het bloed (Vancampfort *et al.*, 2015). Naast onder andere genetische en biologische kwetsbaarheid en (bijwerkingen van) medicatiegebruik speelt een ongezonde leefstijl waarin mensen met EPA weinig fysiek actief zijn (Kruisdijk *et al.*, 2017) hierin een belangrijke rol. Fysieke activiteit is belangrijk om de kans om het risico op aandoeningen binnen het metabool syndroom te verminderen (Cabassa, Ezell, & Lewis-Fernandez, 2010). Het lukt mensen met EPA echter moeilijk om zelfstandig fysiek actiever te worden. Bijwerkingen van de medicatie, zoals gewichtstoename en een vermindering van fitheid, hebben een negatieve invloed op een gezonde leefstijl. Alleen motivatie is geen garantie voor participatie. Er is betere ondersteuning gewenst om mensen met EPA te activeren (Deenik *et al.*, 2017). Dit is bij GGZ Centraal de reden geweest voor het ontwikkelen van een behandeling ter bevordering van een multidisciplinaire leefstijl bij mensen met EPA in de kliniek (*MULTIdisciplinary Lifestyle enhancing Treatment for Inpatients with SMI*, afgekort MULTI) (Deenik *et al.*, 2017). Het doel van deze behandelmethode is algehele leefstijlbevordering met een focus op het verminderen van zit- en liggedrag, meer bewegen en het verbeteren van eetgewoonten. Een eerste onderzoek naar MULTI liet

verbetering zien ten opzichte van de gebruikelijke behandeling in de hoeveelheid beweging, de lichamelijke gezondheid, het psychosociaal functioneren en het medicatiegebruik, (Deenik, Tenback, Tak, Hendriksen, & van Harten, 2018; Deenik, Tenback, Tak, Rutters, *et al.*, 2018; Deenik, Tenback, van Driel, Tak, *et al.*, 2018). Deze onderzoeken beschrijven dat het een uitdaging is voor patiënten om een verbetering van hun leefstijl op de langere termijn vol te houden. Er is behoefte aan meer inzicht in welke factoren deelname aan MULTI belemmeren en welke factoren juist helpen. Literatuuronderzoek naar wat helpend is vanuit patiëntenperspectief om deel te nemen aan leefstijlinterventies leverde slechts één onderzoeksresultaat op. Uit het onderzoek van Roberts en Bailey (2013) bleek dat de motivatie tot participatie aan leefstijlinterventies bij patiënten toeneemt als hulpverleners humor gebruiken, open, eerlijk en respectvol zijn, interactieve technieken toepassen tijdens groepssessies, genoeg kennis hebben over gezonde leefstijl en meedoen met de activiteiten.

Probleemstelling

Het is vanuit het patiëntenperspectief onduidelijk welke factoren mensen met EPA in de klinische langdurige zorg bij GGz Centraal, locatie Veldwijk, als helpend ervaren om deel te nemen aan MULTI.

Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is inzicht krijgen in wat helpende factoren zijn vanuit het patiëntenperspectief om deel te nemen aan MULTI en deze in te zetten in de begeleiding om deelname aan MULTI te bevorderen.

Onderzoeksvraag

Wat ervaren mensen met EPA in de klinische langdurige zorg bij GGz Centraal, locatie Veldwijk, als helpend om deel te nemen aan MULTI?

Methode

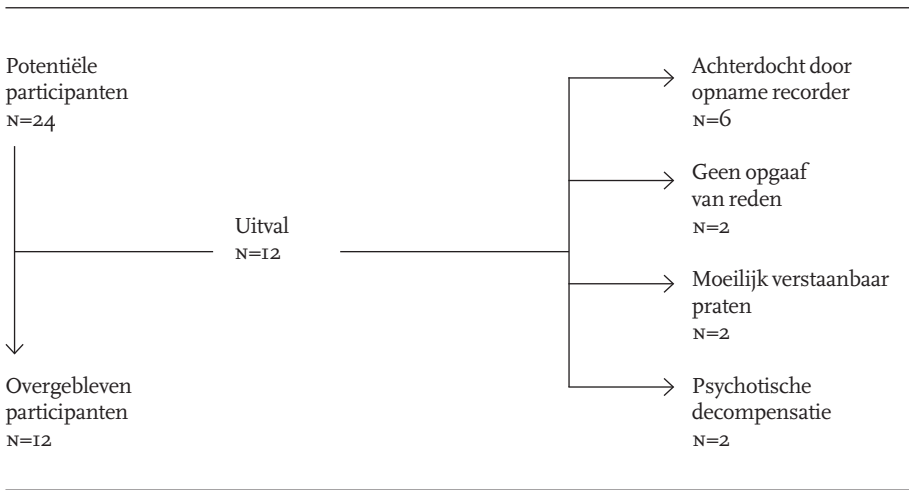
Onderzoekdesign

Het doel van het onderzoek was om de ervaringen te begrijpen vanuit de perceptie van de patiënt (Polit & Beck, 2012). Er is gekozen voor een kwalitatieve thematische analyse. Doordat er diepte-interviews werden afgenomen, kon de patiënt zijn verhaal vertellen en kon zijn ervaring uitgediept worden, met zo min mogelijk beïnvloeding van de onderzoeker (Polit & Beck, 2012).

Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie werd geselecteerd volgens een doelgerichte steekproeftrekking, om zo gericht die populatie te bestuderen waar

Figuur 1
Reden van uitval van potentiële participanten



MULTI aangeboden werd, zodat de vraagstelling goed bestudeerd kon worden (Boeije, 2014). Deze bestond uit mensen met EPA in de langdurige klinische zorg binnen GGz Centraal, locatie Veldwijk. Er werd gestreefd naar zoveel mogelijk diversiteit door alle mensen uit te nodigen die binnen de inclusiecriteria vielen. Behandelaren van de betreffende afdelingen werden gevraagd hun caseload te screenen op patiënten die deel konden nemen. Patiënten tussen de 18 en 65 jaar konden worden geïncludeerd als zij de Nederlandse taal beheersten en in staat waren wensen en behoeften te verwoorden. Risico dat deelname aan het onderzoek zou leiden tot een psychiatrische decompensatie was reden voor exclusie.

Geselecteerde patiënten werden schriftelijk uitgenodigd voor deelname door de onderzoeker. Potentiële participanten ($n=24$) werden benaderd door de onderzoeker. Er werden 12 participanten geïncludeerd na zelf of via de mentor ingestemd te hebben middels informed consent (Figuur 1).

Dataverzameling

De dataverzameling vond plaats tussen september 2018 en februari 2019 door middel van het afnemen van diepte-interviews (Polit & Beck, 2012). De onderzoeker startte met een open vraag gericht op wat de participant verstond onder MULTI en wat hij of zij ervan merkte op de afdeling. Er werd gebruikgemaakt van een topiclijst, die gebaseerd was op mogelijke ervaringen met MULTI en helpende factoren om deel te nemen. Deze lijst vormde een leidraad die participanten aanzette tot het geven van uitgebreide informatie. De onderzoeker startte met een pilotinterview, waarna de interviewstructuur is aange-

past na feedback van de peerreviewer en onderzoeksbegeleider. Daarna werden de participanten geïnterviewd. De interviews werden digitaal opgenomen en na afloop geanonimiseerd getranscribeerd door de tekst verbatim uit te schrijven. De participant koos de plek waar het interview plaatsvond en één interview werd in twee delen gedaan, vanwege de cognitieve beperking van de participant.

Data-analyse

De data-analyse werd gedaan volgens de stappen van Colaizzi (Shosha, 2012). De verbatim uitgewerkte interviews werden door de onderzoeker en de peerreviewer aandachtig gelezen. De onderzoeker en de peerreviewer selecteerden en codeerden onafhankelijk van elkaar de zinnen die van belang waren om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden. De codes werden geclusterd in meer omvattende thema's. Uiteindelijk werden deze thema's vertaald naar vier centrale thema's die aansloten bij de onderzoeksvraag van dit onderzoek. De onderzoeker en de peerreviewer kwamen telkens na twee interviews bij elkaar om de interviews te analyseren. De onderzoeker hield tijdens het onderzoek een logboek bij waarin non-verbale communicatie, gebeurtenissen en gedachten tijdens de interviews werden beschreven. Daarnaast werden er memo's bijgehouden waarin werd beschreven welke inzichten werden opgedaan en hoe er tot beslissingen werd gekomen in het onderzoek (Boeije, 2014). Tijdens de analyse werden het logboek en de memo's regelmatig besproken en werden relevante bevindingen meegenomen in de analyse. Als hulpmiddel bij de analyse werd gebruikgemaakt van het computerprogramma ATLAS-ti. 8.o. Als laatste stap werd een membercheck uitgevoerd, waarbij werd nagevraagd of de gemaakte analyse overeenkwam met wat de participanten bedoeld hadden. De participanten wilden geen verbatim verslag. Na vier analyses vond er telkens een gesprek plaats tussen de onderzoeker en de onderzoeksbegeleider om de analyses te bespreken.

Methodologische kwaliteit

Om de methodologische kwaliteit te waarborgen zijn de criteria van trustworthiness toegepast (Polit & Beck, 2012).

De geloofwaardigheid (*credibility*), de betrouwbaarheid (*dependability*) en de authenticiteit (*authenticity*) van de gegevens zijn vergroot doordat de interviews zijn opgenomen en na afloop zijn getranscribeerd door de tekst verbatim uit te schrijven. De geloofwaardigheid en betrouwbaarheid zijn vergroot door de peerreviewer te betrekken bij alle stappen van de data-analyse en de betekenisgeving en door telkens na vier interviews samen met de onderzoeksbegeleider de analyses te bespreken. Om de objectiviteit (*confirmability*) te vergroten zijn de aantekeningen in het logboek en de memo's meegenomen tijdens de analyse van de betekenisgeving. De membercheck heeft de geloofwaar-

Tabel 1
Demografische gegevens participanten

Participant	Geslacht	Leeftijd	Ziektebeeld
1	Man	65	Bipolaire I stoornis
2	Man	56	Schizoaffectieve stoornis
3	Man	28	Schizofrenie
4	Vrouw	49	Schizofrenie
5	Vrouw	63	Schizofrenie
6	Vrouw	60	Schizoaffectieve stoornis
7	Man	56	Uitgebreide neurocognitieve stoornis door alcohol en ocd
8	Vrouw	53	Schizoaffectieve stoornis
9	Vrouw	43	Schizofrenie
10	Vrouw	60	Borderline persoonlijkheidsstoornis
11	Man	61	Schizofrenie
12	Man	30	Schizofrenie

digheid, de betrouwbaarheid en de objectiviteit vergroot. Om de authenticiteit te vergroten vonden de interviews plaats op een plek of een manier waarop de participant zich zoveel mogelijk op zijn gemak voelde. De overdraagbaarheid (*transferability*) is vergroot door een zo groot mogelijke diversiteit in de steekproefbepaling te bewerkstellingen.

Ethische verantwoordelijkheid

Dit onderzoek valt niet onder de Wet Medisch Onderzoek (wmo) volgens de Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek (z.d.) en is derhalve niet aan een medisch ethische toetsingscommissie (METC) voorgelegd. Het onderzoek is voorgelegd aan de Wetenschappelijke Onderzoekscommissie (woc) van GGz Centraal en goedgekeurd. De behandelaar heeft bij een ingeschat risico op schade de patiënt geëxcludeerd. Patiënten werden pas geïnccludeerd als zij de informed consent hadden getekend. De verzamelde gegevens werden gecodeerd en vertrouwelijk verwerkt, conform de wetgeving en interne regelgeving van GGz Centraal.

Resultaten

Er zijn 12 mensen geïnterviewd (Tabel 1).

Er was overwegend sprake van tevredenheid over de ingezette MULTI. Na analyse van de interviews leverde de onderzoeksvraag 'Wat ervaren mensen met EPA in de klinische langdurige zorg bij GGz Centraal, locatie

Veldwijk, als helpend om deel te nemen aan MULTI?’ vier centrale thema’s op: motivatie, begeleiding, praktische voorwaarden en samen doen.

Motivatie

Elf van de twaalf participanten hadden motivatie om deel te nemen aan MULTI. De wens gezond te leven, ouder te worden en af te vallen werd als helpend ervaren. Dit motiveerde om te bewegen, mee te doen met activiteiten, gezonder te eten en te drinken en geen of minder alcohol/drugs te gebruiken.

‘Waarom wil je gezond leven? Gewoon. Je wil ouder worden, hè?’ (P5)

‘Dat opa, kijk daar ligt opa weer in de goot. Nee, nee dat heeft me wel gemotiveerd om dat niet meer te doen.’ (P7)

Verbetering van hun lichamelijke toestand, sociale contacten en geld kunnen verdienen bij het doen van bepaalde werkzaamheden gaven motivatie om door te gaan.

‘En ik ben d'r nu achter, dat, eh, hoe meer ik beweeg, hoe lager de suiker.’ (P5)

Acht van de twaalf participanten gaven aan wensen te hebben ten aanzien van het doen van andere of meer activiteiten.

Begeleiding

Elf van de twaalf participanten gaven aan dat zij extrinsieke motivatie nodig hebben om deel te nemen aan MULTI. De begeleiding van de verpleegkundige, de activiteitenbegeleider, de diëtiste of de fysiotherapeut (multidisciplinair team) in de vorm van stimuleren tot en uitnodigen voor activiteiten, opdrachten geven, aan de hand meenemen en complimenten geven werd als helpend ervaren.

‘Zij bemoedigt mij. ‘Oké, als ze me ziet op de afdeling: [Naam participant], ben je naar de fitness geweest? [Naam participant], ben je naar de kwekerij geweest? Ze bemoedigt mij. Pusht me. Dat vind ik leuk. Ja, ik heb, ik heb motivatie nodig.’ (P2)

‘Dan gaat er een duimpje zo omhoog [lacht]. Leuk, toch?’ (P5)

Zeven van de twaalf participanten gaven aan meer begeleiding te willen.

Praktische voorwaarden

Negen van de twaalf participanten gaven aan dat het helpend is dat er gelet wordt op het eten gezonde voeding. Acht van de twaalf participanten gaven aan dat voorlichting over voeding helpend is.

‘Nou, soms helpt het wel. De vorige diëtiste bijvoorbeeld, [naam diëtiste], die zei tegen mij dat in verband met je suiker je beter geen appelmoes kunt eten, omdat daar zoveel suikers in zitten. Daarna ben ik ook helemaal gestopt met die appelmoes.’ (P11)

Daarnaast werden voorlichting over bewegen, een goede planning in de aangeboden activiteiten, vaste dagen en tijden voor bepaalde activiteiten, een vast dagprogramma en niet te veel activiteiten op één dag genoemd als helpend.

'Vast programma. Ja en een... per dag, ja. Ik weet gewoon elke dag wat ik 's morgens moet doen. Dat is het belangrijkste. Vind ik fijn, dan gaat de dag verder door. Totdat ik weer in m'n, eh, bedje beland.' (P4)

Vijf van de twaalf participanten gaven aan dat ruime openingstijden van de fitnessruimte, goede trainingen, meer aanbod van sporten en gratis trainen helpend zijn om meer te sporten.

'Maar uhh, als, als ik dus iets wil doen dan wil ik het doen wanneer het mij uitkomt.' (P12)

Zes van de twaalf participanten gaven aan dat het helpt als er een gezellige en rustige sfeer is tijdens activiteiten, dat er leuke begeleiding is en ze wat ze doen of wat hen aangeboden wordt leuk vinden.

'En, eh, 't helpt mij d'r bij dat [naam fysiotherapeut] ook gewoon heel leuk is. Ze is, ze doet het heel leuk.' (P5)

'Nou daarzo op die AB-ruimte kan het nogal gezellig wezen.' (P11)

Vijf van de twaalf participanten gaven aan meer voorlichting te willen over MULTI.

Samen doen

Zes van de twaalf participanten gaven aan dat het helpend is om dingen samen te doen met anderen. Het opdoen van sociale contacten, elkaar motiveren en meer gezelligheid door dingen samen te doen werden als helpend ervaren en motiveerden om door te gaan.

'Ik zou het wel leuk vinden als iemand meeging, een, eh, begeleidster of een bewoonster.' (P3)

Symptomen en bijwerkingen

Hoewel de vraag van dit onderzoek zich richt op de helpende in plaats van op de niet-helpende factoren, werden symptomen en bijwerkingen vaak genoemd door participanten in relatie tot de helpende factoren. Vijf van de twaalf participanten gaven aan dat de symptomen van hun aandoening en de bijwerkingen van hun medicatie hen belemmerden om mee te doen met MULTI.

'En soms zijn de frequentie van de stemmen zo hoog dat ik word slap van en dat ik niet kan functioneren.' (P2)

'Maar door de, ehh, diazepam word ik overdag ook wat duffig, dus als ik vandaag geen afspr... afspraak met u had dan had ik op bed liggen slapen.' (P8)

'En nu zit ik met de problemen opgescheept, ik ben dertig kilo zwaarder.' (P12)

Discussie

Met dit onderzoek werd inzicht verkregen in wat mensen met EPA in de klinische langdurige zorg bij GGz Centraal, locatie Veldwijk, ervaren als helpend om deel te nemen aan MULTI. Motivatie, begeleiding, praktische voorwaarden en samen doen zijn hierin de centrale thema's.

Uit dit onderzoek is gebleken dat het merendeel van de participanten motivatie heeft om deel te nemen aan MULTI. Motiverend zijn de lichamelijke toestand verbeteren, meer sociale contacten opdoen en geld kunnen verdienen bij het doen van bepaalde werkzaamheden. Opvallend is echter ook dat bij het vragen naar helpende factoren de gevolgen van EPA, zoals stemmen horen, en de bijwerkingen van medicatie, zoals sufheid en gewichtstoename, regelmatig nadrukkelijk zijn benoemd als belemmerende factoren om deel te nemen aan MULTI. Dit komt overeen met eerder onderzoek, dat liet zien dat minder motivatie, minder concentratie, minder cognitief functioneren, sederende bijwerkingen van de medicatie, minder financiële middelen, beperkte toegang tot sporten, scholing en gezondheidsprogramma's factoren zijn die ervoor zorgen dat deelname aan leefstijlinterventies moeizaam verloopt bij klinisch opgenomen mensen (Knight, Bolton, Coakley, Kopeski, & Slifka, 2015). Door de belemmerende factoren is alleen motivatie geen garantie voor participatie. Uit dit onderzoek is gebleken dat begeleiding van multidisciplinaire behandelteamleden, in de vorm van stimuleren tot en uitnodigen voor activiteiten, opdrachten geven, aan de hand meenemen en complimenten geven, helpend is om deel te nemen. Dit sluit aan bij het onderzoek van Deenik *et al.* (2017), waarin zij aantonen dat betere ondersteuning gewenst is om mensen met EPA structureel te activeren. Uit dit onderzoek blijkt dat het bieden van plezierige begeleiding, het geven van voorlichting over een gezonde leefstijl en het samen doen van activiteiten helpend zijn om deel te nemen. Dit sluit aan bij het onderzoek van Roberts en Bailey (2013), waarin zij beschrijven dat motivatie tot participatie aan leefstijlinterventies toeneemt als hulpverleners humor gebruiken, open, eerlijk en respectvol zijn, genoeg kennis hebben over een gezonde leefstijl en meedoen met de activiteiten. Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat het daarnaast helpend is als er gelet wordt op gezond eten, voorlichting, een goede dagplanning, een gezellige sfeer, aansluiting bij wat men leuk vindt en goede voorzieningen voor het sporten. Het merendeel van de participanten geeft aan andere activiteiten of meer activiteiten te willen doen, en meer begeleiding en meer voorlichting te willen krijgen.

Klinische relevantie

Een eerste onderzoek naar MULTI liet verbetering zien ten opzichte van de gebruikelijke behandeling in de hoeveelheid beweging, de lichamelijke gezondheid, het psychosociaal functioneren en het medicatiegebruik. (Deenik, Tenback, Tak, Hendriksen, *et al.*, 2018; Deenik, Tenback, Tak, Rutters, *et al.*, 2018; Deenik, Tenback, Van Driel, Tak, *et al.*, 2018). Deelname aan MULTI biedt mogelijkheden om de gezondheidstoestand te verbeteren. Dit onderzoek geeft inzicht in wat mensen met EPA in de klinische langdurige zorg binnen GGz Centraal, lo-

catie Veldwijk, als helpend ervaren om deel te nemen aan MULTI. Uit dit onderzoek blijkt dat men ook wensen heeft. Deze resultaten geven handvatten om het aanbod van het actieve dagprogramma binnen MULTI meer aan te laten sluiten op de behoefte van de mensen, waardoor deelname aan MULTI mogelijk bevorderd kan worden.

Beperkingen en sterke punten

Alle participanten waren in zorg binnen de langdurige klinische zorg bij GGz Centraal, locatie Veldwijk. Het aantal deelnemers was beperkt. Er werden participanten geïnterviewd, totdat er geen nieuwe participanten meer waren. Mensen met EPA hebben cognitieve beperkingen (Fioravanti, Bianchi & Cinti, 2012), wat het lastig maakt hen te interviewen. Boeije (2014) beschrijft dat het een voordeel kan zijn als de geïnterviewde en de interviewer elkaar kennen of als de onderzoeker ervaring heeft met de doelgroep. De onderzoeker is in het verleden werkzaam geweest als verpleegkundige binnen deze doelgroep, wat er waarschijnlijk aan bijgedragen heeft dat er toch 12 mensen binnen deze moeilijke doelgroep geïnterviewd konden worden. Hierdoor was er echter ook risico op interviewerbias. In de memo's en de analyses werd hier expliciet aandacht aan besteed. Er is getracht een zo heterogeen mogelijke groep te interviewen. Er zijn zowel mannen als vrouwen geïnterviewd, met verschillende ziektebeelden en op alle klinische afdelingen van locatie Veldwijk.

Conclusie en aanbevelingen

MULTI geeft verbetering in de hoeveelheid beweging, de lichamelijke gezondheid, het psychosociaal functioneren en het medicatiegebruik. Dit onderzoek laat zien dat klinisch opgenomen mensen met EPA motivatie hebben om deel te nemen aan MULTI. Alleen motivatie is echter geen garantie voor participatie. Klinisch opgenomen mensen met EPA ervaren belemmeringen, waardoor begeleiding vanuit het multidisciplinaire team helpend is om deel te nemen. Daarnaast worden praktische voorwaarden en het samen doen van activiteiten als helpend ervaren om deel te nemen. Uit dit onderzoek blijkt dat er wensen zijn omtrent activiteiten: meer begeleiding en meer voorlichting. Er wordt aanbevolen de helpende factoren en de wensen die uit dit onderzoek zijn gekomen te implementeren, om zo deelname aan MULTI te bevorderen. Verder onderzoek naar helpende factoren en wensen met betrekking tot MULTI wordt aanbevolen om deelname verder te bevorderen. Hierdoor kan de gezondheidstoestand van mensen met EPA die klinisch opgenomen zijn structureel en duurzaam verbeteren.

Literatuur

- Boeije, H. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Cabassa, L. J., Ezell, J. M., & Lewis-Fernandez, R. (2010). Lifestyle interventions for adults with serious mental illness: A systematic literature review. *Psychiatric Services*, 61, 774-782. <https://doi.org/10.1176/ps.2010.61.8.774>
- Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek. (z.d.). *Uw onderzoek WMO-plichtig of niet?* Geraadpleegd op 23 februari 2018, van <http://www.ccmo.nl/nl/uw-onderzoek-wmo-plichtig-of-niet>
- Deenik, J., Kruisdijk, F.R., Tenback, D. E., Braakman-Jansen, A., Taal, E., Hopman-Rock, M., van Harten, P. N. (2017). Physical activity and quality of life in long-term hospitalized patients with severe mental illness: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 17, 298. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1466-0>
- Deenik, J., Tenback, D. E., Tak, E. C. P. M., Hendriksen, I. J. M., & van Harten, P. N. (2018). Improved quality of life and psychosocial functioning in inpatients with severe mental illness receiving a multidisciplinary lifestyle enhancing treatment. The MULTI study II. *Mental Health and Physical Activity*, 15, 145-152. <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2018.10.004>
- Deenik, J., Tenback, D. E., Tak, E. C. P. M., Rutters, F., Hendriksen, I. J. M., & van Harten, P. N. (2018). 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. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.07.033>
- Deenik, J., Tenback, D. E., van Driel, H. F., Tak, E. C. P. M., Hendriksen, I. J. M., & van Harten, P. N. (2018). Less Medication Use in Inpatients With Severe Mental Illness Receiving a Multidisciplinary Lifestyle Enhancing Treatment. The MULTI III. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 707. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00707>
- Fioravanti, M., Bianchi, V., & Cinti, M. E. (2012). Cognitive deficits in schizophrenia: an updated metanalysis of the scientific evidence. *BMC Psychiatry*, 12, 64. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-64>
- Knight, M., Bolton, P., Coakley, C., Kopeski, L., & Slifka, K. (2015). NursingCare for Lifestyle Behavioral Change. *Issues in Mental Health Nursing*, 36, 464-73. <https://doi.org/10.3109/01612840.2014.997845>
- Kruisdijk, F., Deenik, J., Tenback, D., Tak, E., Beekman, A. J., van Harten P., Hendriksen, I. (2017). Accelerometer-measured sedentary behavior and physical activity of inpatients with severe mental illness. *Psychiatry Residence* 254, 67-74. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.04.035>
- Lawrence, D., Hancock, K. J., & Kisely, S. (2013). The gap in life expectancy from prevalence physical illness in psychiatric patients in Western Australia: retrospective analysis of population-based registers. *BMJ-British Medical Journal* 346. <https://doi.org/10.1136/bmj.f2539>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research, Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Wolters Kluwer Health. Lippincott Williams & Wilkins.
- Roberts, S. H., & Bailey, J. E. (2013). An ethnographic study of the incentives and barriers to lifestyle interventions for people with severe mental illness. *Journal of Advanced Nursing*, 69, 2514-24. <https://doi.org/10.1111/jan.12136>
- Shosha, G. A. (2012). Employment of Colaizzi's strategy in descriptive phenomenology: a reflection of a researcher. *European Scientific Journal*, 8, 31-43. Geraadpleegd op 2 juni 2018, van <http://paperity.org/p/59157175/employment-of-colaizis-strategy-in-descriptive-phenomenology-a-reflection-of-a>
- Vancampfort, D., Stubbs, B., Mitchell, A. J., De Hert, M., Wampers, M., Ward, P. B., Correll, C.U. (2015). Risk of metabolic syndrome and its components in people with schizophrenia and related psychotic disorders, bipolar disorders and major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*, 14, 339-47. <https://doi.org/10.1002/wps.20252>
- Walker, E., Mc Gee, R., & Druss, B. (2015). Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. *Jama Psychiatry*, 72, 334-41. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.2502>

Samenvatting

Achtergrond: De levensverwachting van mensen met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) is aanzienlijk korter dan die van de algemene bevolking. Fysieke activiteit is belangrijk om de kans op risicofactoren te verminderen. Het lukt mensen met EPA moeilijk zelfstandig verandering aan te brengen in hun leefstijl en meer te gaan bewegen. Alleen motivatie is geen garantie voor participatie. Er is betere ondersteuning gewenst om deze mensen te activeren. Dit is de reden geweest om bij GGz Centraal een behandeling te ontwikkelen die een multidisciplinaire leefstijl bevordert bij mensen met EPA in de kliniek (MULTI).

Doel: Inzicht krijgen in wat mensen met EPA in de klinische langdurige zorg bij GGz Centraal, locatie Veldwijk, als helpend ervaren om deel te nemen aan MULTI, met als doel het bevorderen van deelname.

Onderzoeksmethode: Een kwalitatieve thematische analyse door middel van diepte-interviews.

Resultaat: N=12. Vier factoren die helpend zijn voor deelname: motivatie, begeleiding, praktische voorwaarden en samen doen.

Conclusie: Klinisch opgenomen mensen met EPA hebben motivatie om deel te nemen aan MULTI. Zij ervaren wel belemmeringen. Begeleiding waarbij iemand hen stimuleert, aan de hand meeneemt, opdrachten en complimenten geeft, wordt als helpend ervaren. Daarnaast zijn praktische voorwaarden als gezonde voeding, voorlichting, een dagplanning, een gezellige sfeer, aansluiting bij wat men leuk vindt, goede voorzieningen qua sporten en het samen doen van activiteiten helpend.

Trefwoorden: patiënten met EPA, multidisciplinaire-leefstijl-bevorderende behandeling, helpend