

# *Reductie van dwangopnames: meta-analyse en praktijkonderzoek*

ESPRi-symposium, Rotterdam

26 november 2015

Mark de Jong

# Inhoud

- Achtergrond
- Systematische review en meta-analyse: reduceren van dwangopnames
- Care 4 Today-programma: inhoud en onderzoek
- Conclusie / Take home

# Inhoud

- **Achtergrond**
- Systematische review en meta-analyse: reduceren van dwangopnames
- Care 4 Today-programma: inhoud en onderzoek
- Conclusie / Take home

# Dwangopnames

- Zijn ingrijpend en traumatisch voor patiënten en familie (Frueh 2005)
- Brengen in 30-50% van de gevallen dwangmedicatie, separatie en/of fixatie met zich mee (Raboch 2010)
- Conflicteren met herstelgerichte zorg, autonomie en shared decision making (Jaeger 2012, Courtney 2014)
- Kunnen patiënten zorgmijdend maken, wegens vrees voor dwangbehandeling (Swartz 2003)
- Hebben negatieve invloed op de relatie van patiënten met familie en behandelaars (O'Donoghue 2010)

# Dwangopnames

- Zijn geassocieerd met verbetering van psychosociaal functioneren en motivatie voor behandeling (Kortrijk 2010)
- Zijn onvermijdelijk in geval van (ernstig) gevaar voor zichzelf en/of anderen (Jagodic 2008)

# Epidemiologie van dwangopnames

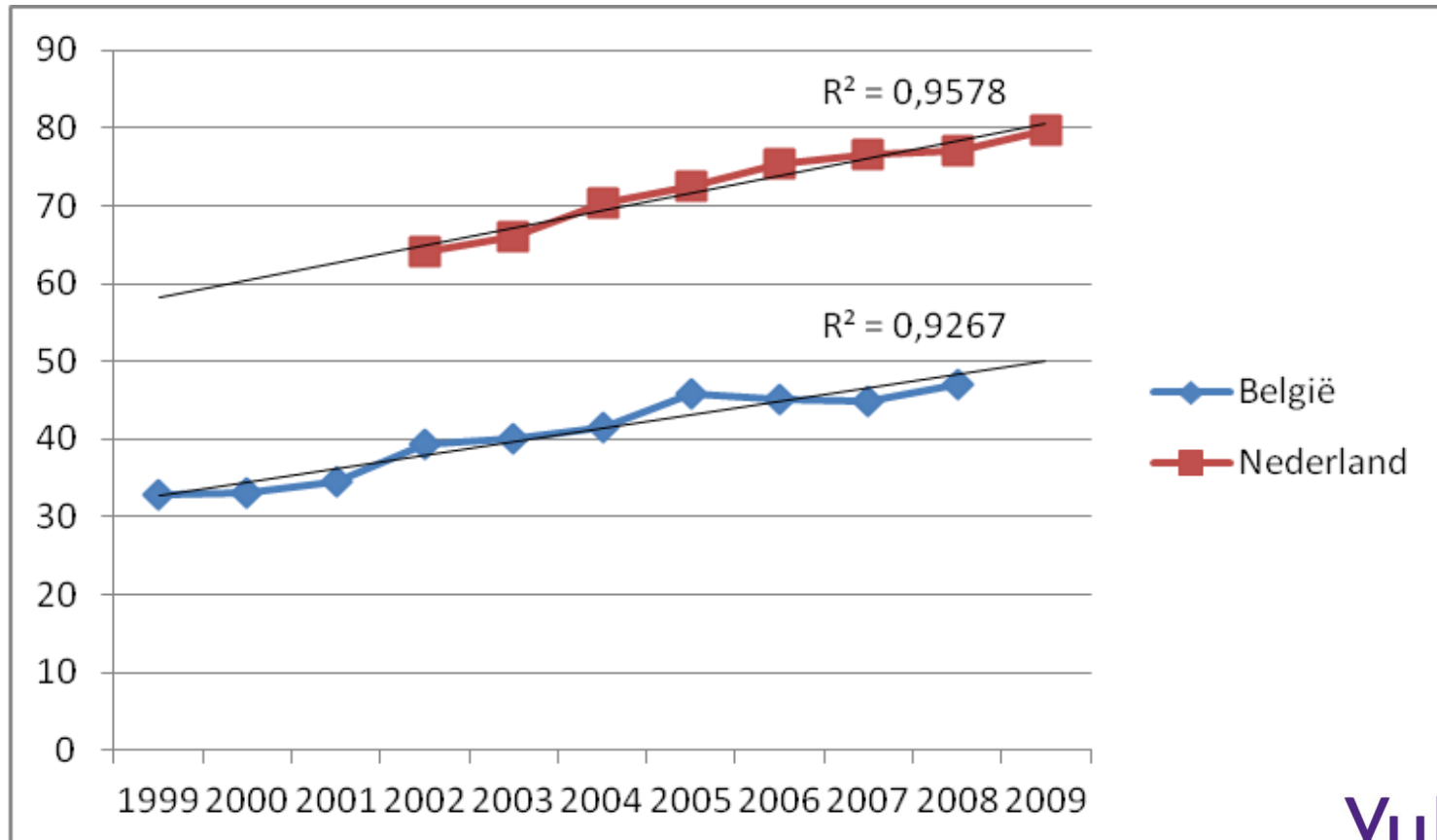
- Veel variatie in incidentie van dwangopnames in Europa: (De Stefano 2008)
  - 6 per 100.000 in Portugal
  - 200 per 100.000 in Finland
- Verhuizing van patiënten uit instellingen naar de maatschappij gaat (in Engeland) gepaard met toename van dwangopnames (Keown 2011)

# Dwangopnames nemen toe (Priebe 2005)

	England	Netherlands	Germany	Italy
1990	40.5	16.4	114.4	20.5
2002	50.3	19.1	190.5	18.1
Change	<b>+24%</b>	<b>+16%</b>	<b>+67%</b>	<b>-12%</b>

# Dwangopnames in Nederland en België:

Per 100.000 per jaar (Schoevaerts 2012)





# Voorlopige conclusie

- Dwangopnames strijden met herstelgerichte zorg
  - Dwangopnames hebben negatieve gevolgen voor de patiënt
  - Dwangopnames zijn strijdig met mensenrechten
  - Dwangopnames nemen toe
- Reduceren van dwangopnames verdient de hoogste prioriteit

# Inhoud

- Achtergrond
- Systematische review en meta-analyse: reduceren van dwangopnames
- Care 4 Today-programma: inhoud en onderzoek
- Conclusie / Take home

# Meta-analyse: doel

- Vaststellen welke interventies bewezen effectief zijn in het reduceren van dwangopnames

# Meta-analyse: inclusie / exclusie

## Inclusie criteria:

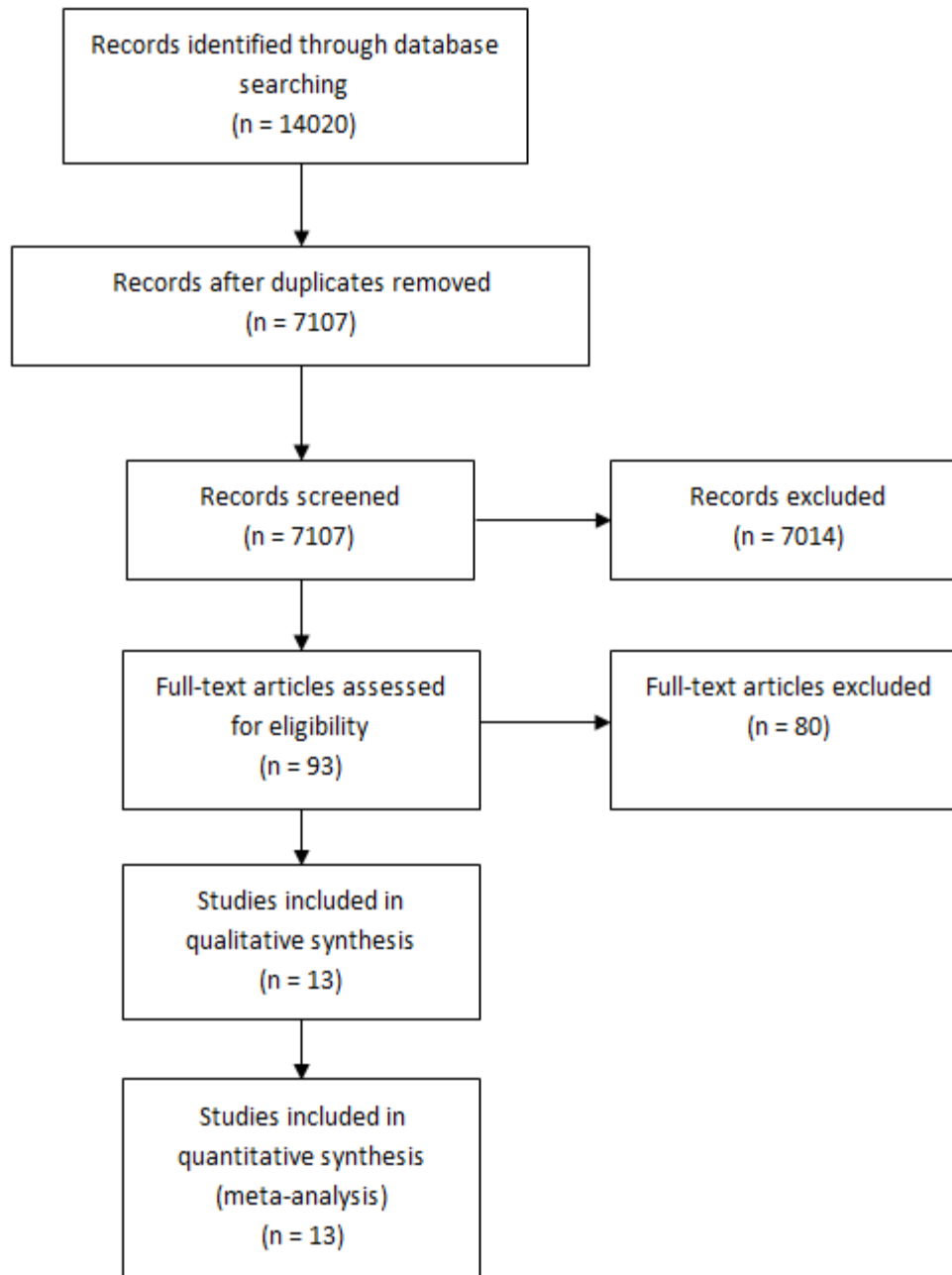
- RCT's met dwangopname als primaire of secundaire uitkomstmaat
- Patiënten: EPA en 18-65 jaar
- Ambulante interventie

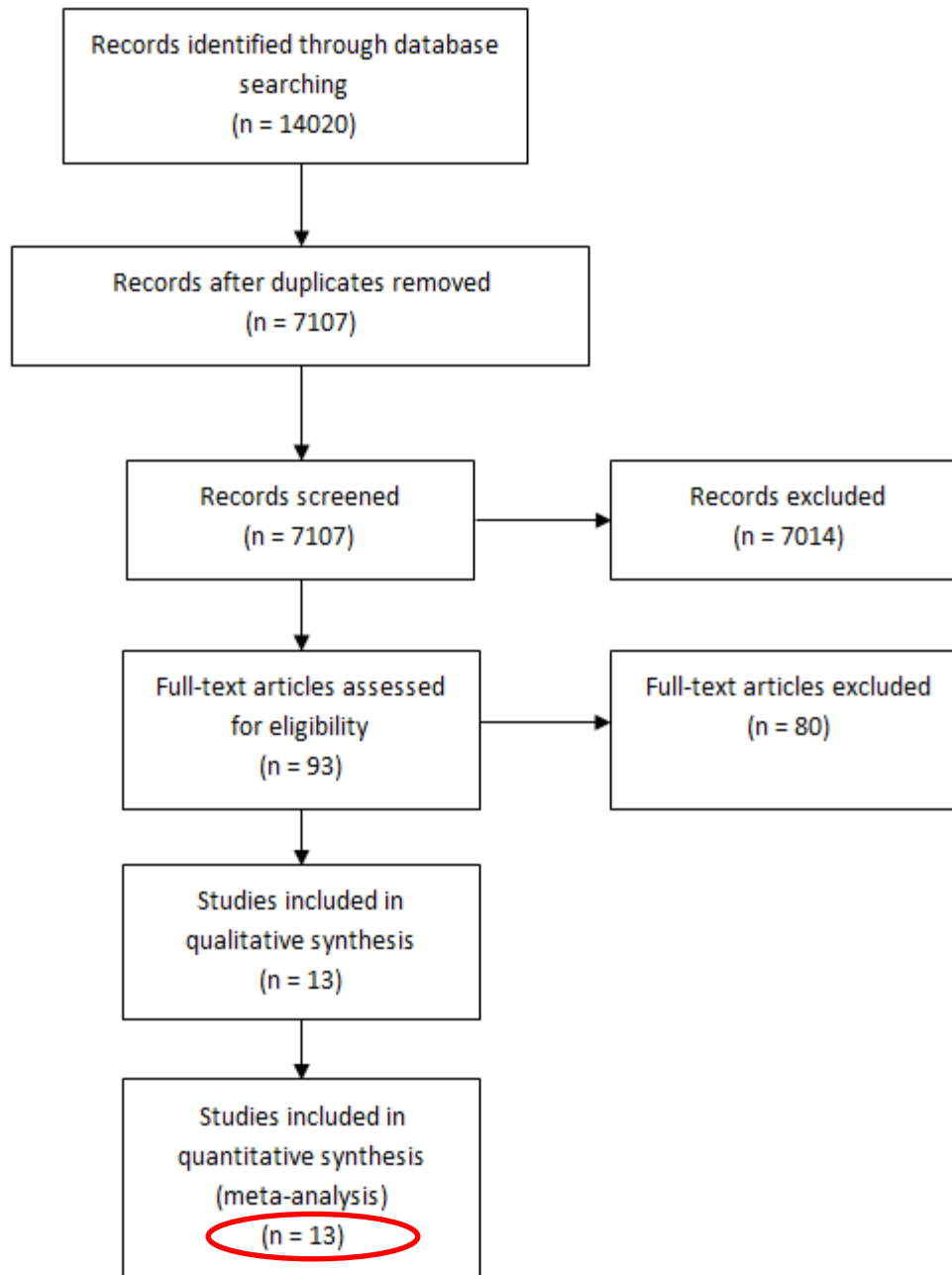
## Exclusion criteria

- Studies over dwangopname *als interventie*
- Studies over interventies *tijdens dwangopname*

# Meta-analyse: methode

- Computer search in 8 databases: Embase, Medline, Web-of-Science, PsycINFO, Cinahl, Cochrane Central, PubMed, Google Scholar
- Met hulp van biomedisch-informatiespecialist van de Medische Bibliotheek Erasmus MC



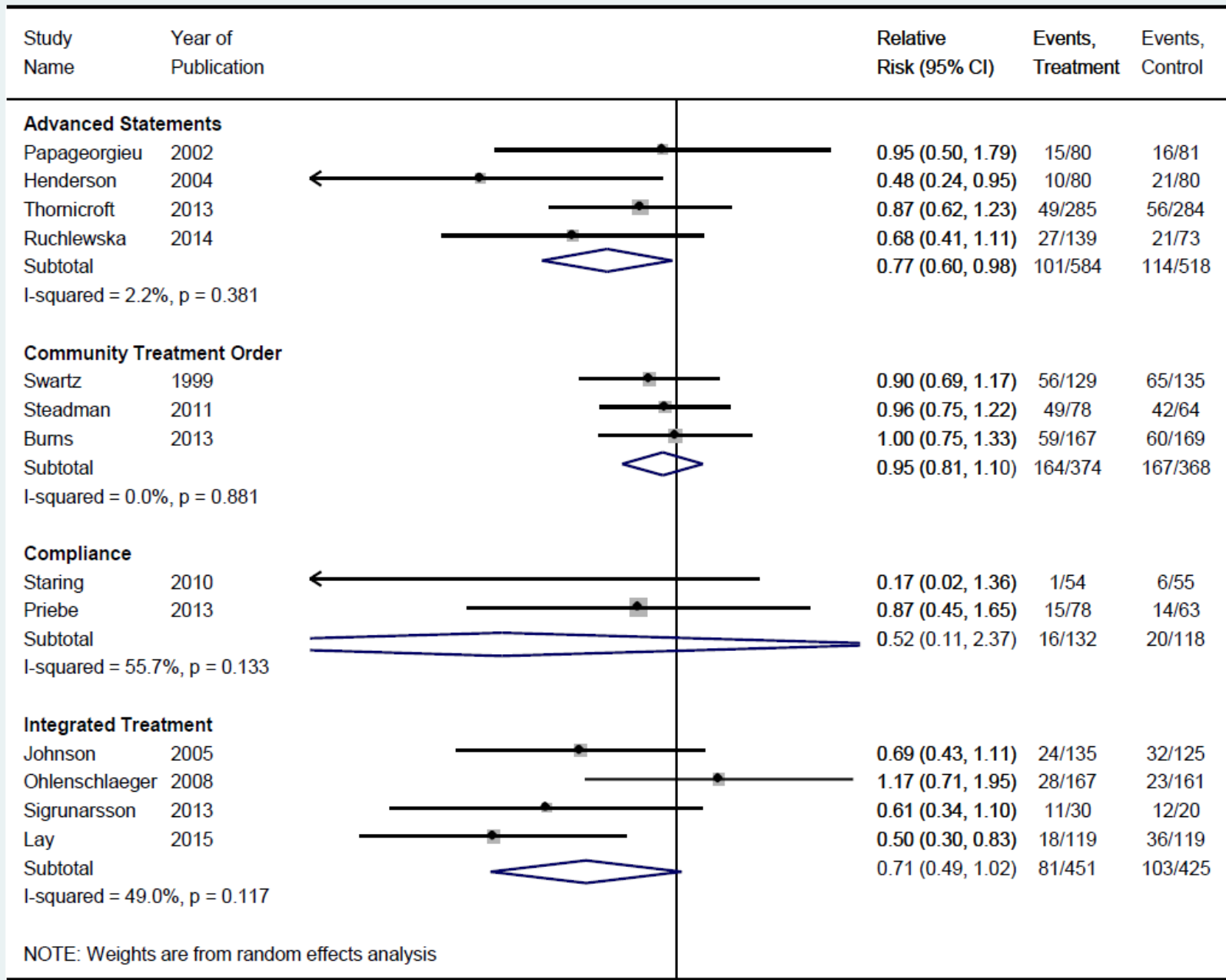


# Meta-analyse: resultaten

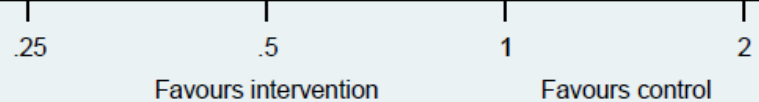
- 13 RCT's geïnccludeerd: totaal 2970 patiënten
- Follow-up varieerde van 6 maanden tot 12 jaar, de meeste tussen 1 en 1,5 jaar
- 13 RCT's verdeeld in 4 groepen met vergelijkbare interventies:
  - Advance statements
  - Community treatment orders
  - Compliance enhancement
  - Integrated treatment



Author, year	Country	Inclusion	Intervention	Control	N	Follow-up
<b>Papageorgiou 2002</b>	UK	Inpatient compulsory treatment	Advance directive	Standard multidisciplinary community care	161	1 year
<b>Henderson 2004</b>	UK	SMI and $\geq 1$ admission in past 2 years;	Joint Crisis Plan	Local community mental health team	160	15 months
<b>Thorncroft 2013</b>	UK	Relapsing psychotic disorder; $\geq 1$ admission in last 2 years	Joint Crisis Plans	Standard multidisciplinary care	569	18 months
<b>Ruchlewska 2014</b>	Netherlands	Outpatient, psychotic / bipolar disorder; $\geq 1$ crisis /admission in last 2 years	Crisis Plan (2 arms)	(f)ACT or IMR	212	18 months
<b>Swartz 1999</b>	US	SMI $>1$ yr, $\downarrow$ GAF, intensive treatment for 2 years	Outpatient Commitment	Case management, without outpatient commitment	264	1 year
<b>Steadman 2001</b>	US	Referral to outpatient commitment program	Outpatient Commitment	Standard care, without outpatient commitment	142	11 months
<b>Burns 2013</b>	UK	Currently detained with psychosis	Outpatient Commitment	Standard outpatient care, without outpatient commitment	336	12 months
<b>Staring 2010</b>	Netherlands	outpatient; SMI; problems with service engagement	Treatment Adherence Therapy	Standard community mental health care	109	12 months
<b>Priebe 2013</b>	UK	SMI, receiving 75% or less of prescribed depot	Financial Incentives	Community mental health care	141	12 months
<b>Johnson 2005</b>	UK	Crisis severe enough to consider admission	Crisis Resolution Teams	Standard crisis care	260	6 months
<b>Ohlenschlaeger 2008</b>	Denmark	First episode schizophrenia spectrum disorder	Integrated care	Standard community mental health care	328	1 year
<b>Sigrunarsson 2013</b>	Norway	Recent onset psychosis (symptoms $\leq 2$ years)	Integrated Treatment	case management,	50	12 years
<b>Lay 2015</b>	Switzerland	$\geq 1$ compulsory admission in past 2 yrs	Psycho-education + intensive monitoring	Standard community mental health care	238	12 months

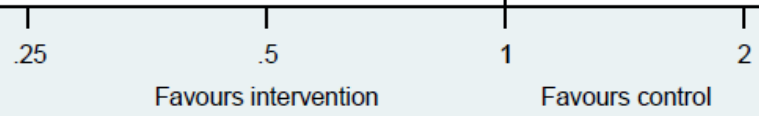


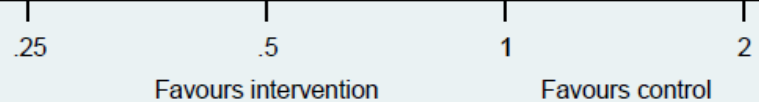
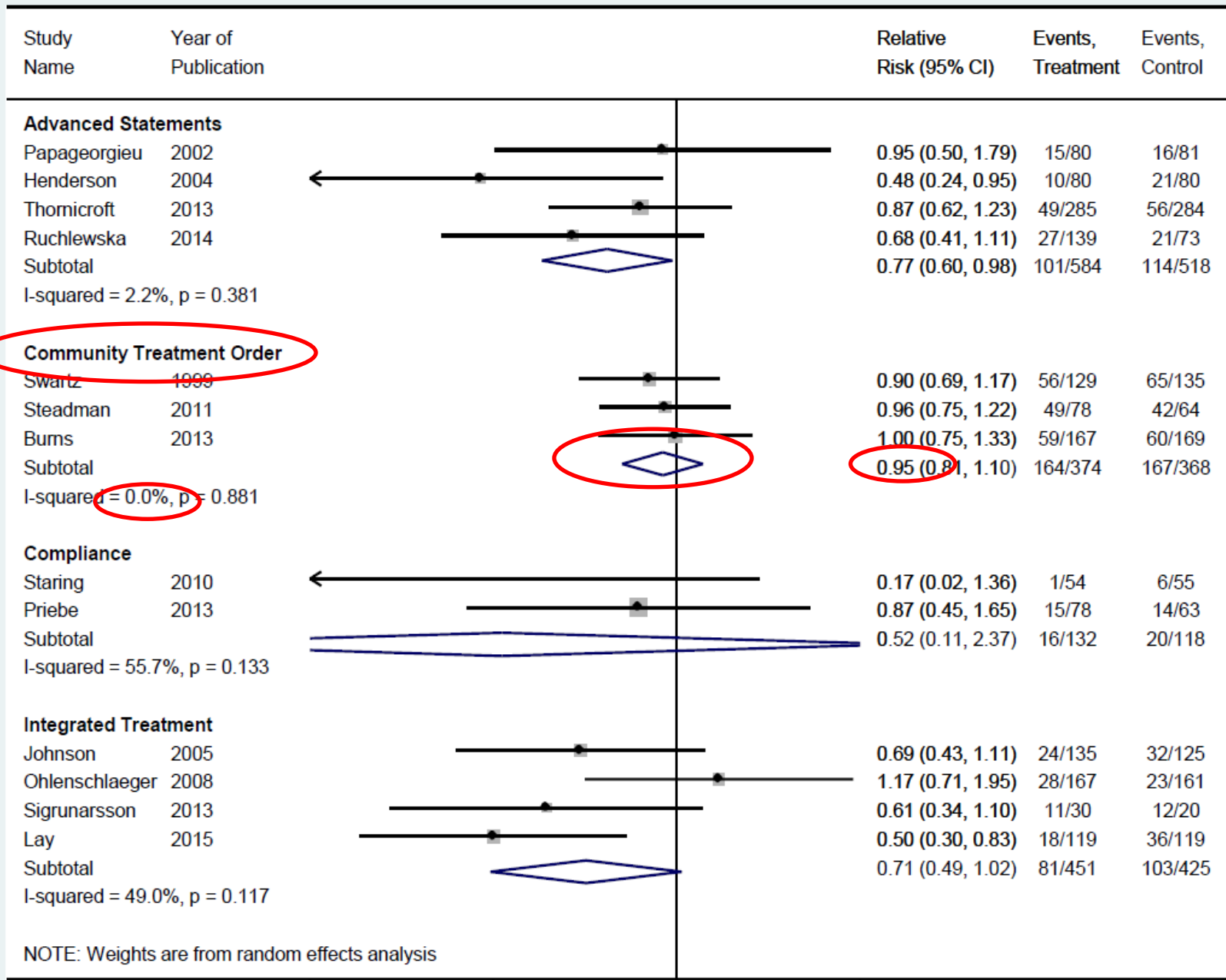
NOTE: Weights are from random effects analysis



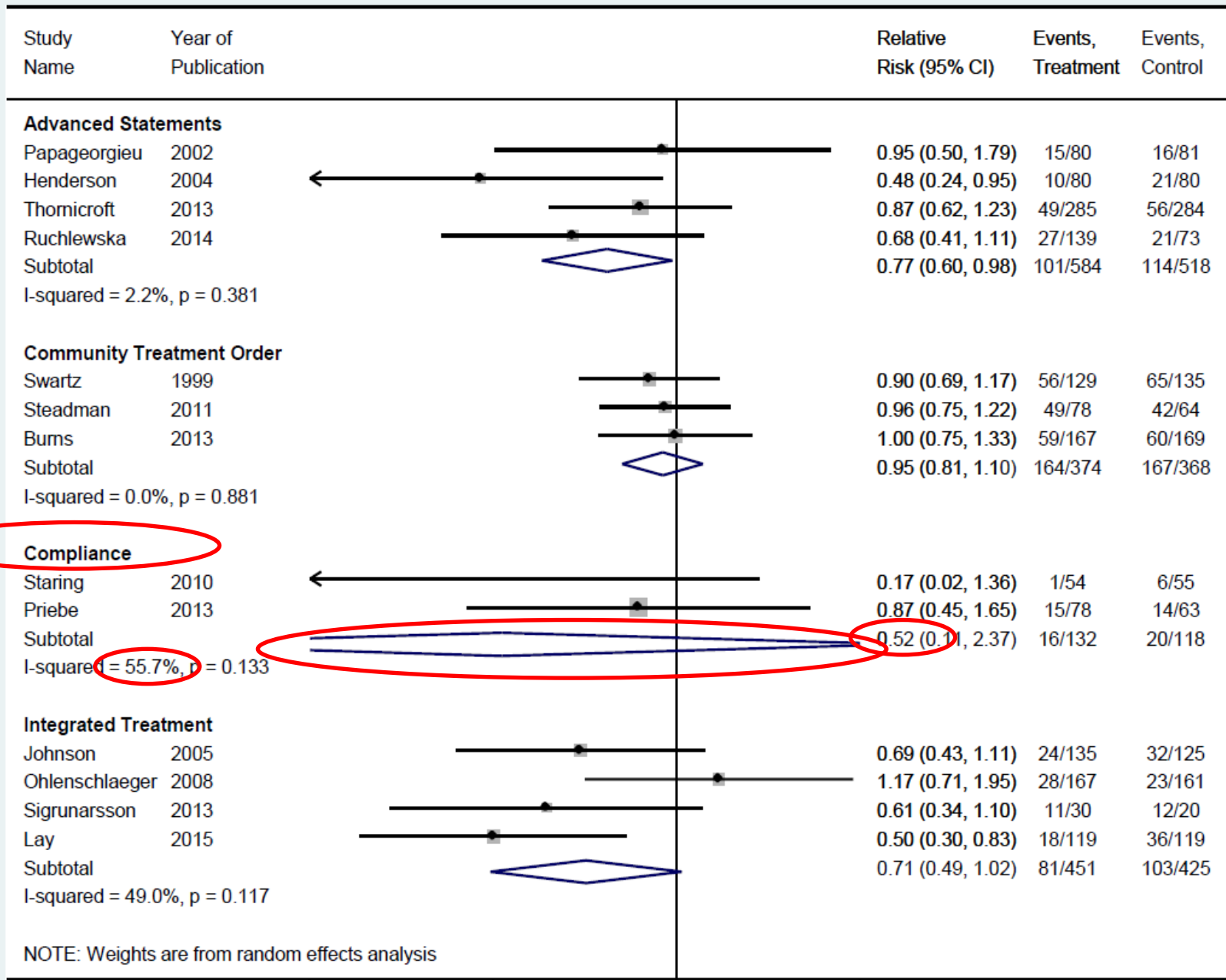
Study Name	Year of Publication	Relative Risk (95% CI)	Events, Treatment	Events, Control
<b>Advanced Statements</b>				
Papageorgiou	2002	0.95 (0.50, 1.79)	15/80	16/81
Henderson	2004	0.48 (0.24, 0.95)	10/80	21/80
Thornicroft	2013	0.87 (0.62, 1.23)	49/285	56/284
Ruchlewska	2014	0.68 (0.41, 1.11)	27/139	21/73
Subtotal		0.77 (0.60, 0.98)	101/584	114/518
I-squared = 2.2%, p = 0.381				
<b>Community Treatment Order</b>				
Swartz	1999	0.90 (0.69, 1.17)	56/129	65/135
Steadman	2011	0.96 (0.75, 1.22)	49/78	42/64
Burns	2013	1.00 (0.75, 1.33)	59/167	60/169
Subtotal		0.95 (0.81, 1.10)	164/374	167/368
I-squared = 0.0%, p = 0.881				
<b>Compliance</b>				
Staring	2010	0.17 (0.02, 1.36)	1/54	6/55
Priebe	2013	0.87 (0.45, 1.65)	15/78	14/63
Subtotal		0.52 (0.11, 2.37)	16/132	20/118
I-squared = 55.7%, p = 0.133				
<b>Integrated Treatment</b>				
Johnson	2005	0.69 (0.43, 1.11)	24/135	32/125
Ohlenschlaeger	2008	1.17 (0.71, 1.95)	28/167	23/161
Sigrunarsson	2013	0.61 (0.34, 1.10)	11/30	12/20
Lay	2015	0.50 (0.30, 0.83)	18/119	36/119
Subtotal		0.71 (0.49, 1.02)	81/451	103/425
I-squared = 49.0%, p = 0.117				

NOTE: Weights are from random effects analysis





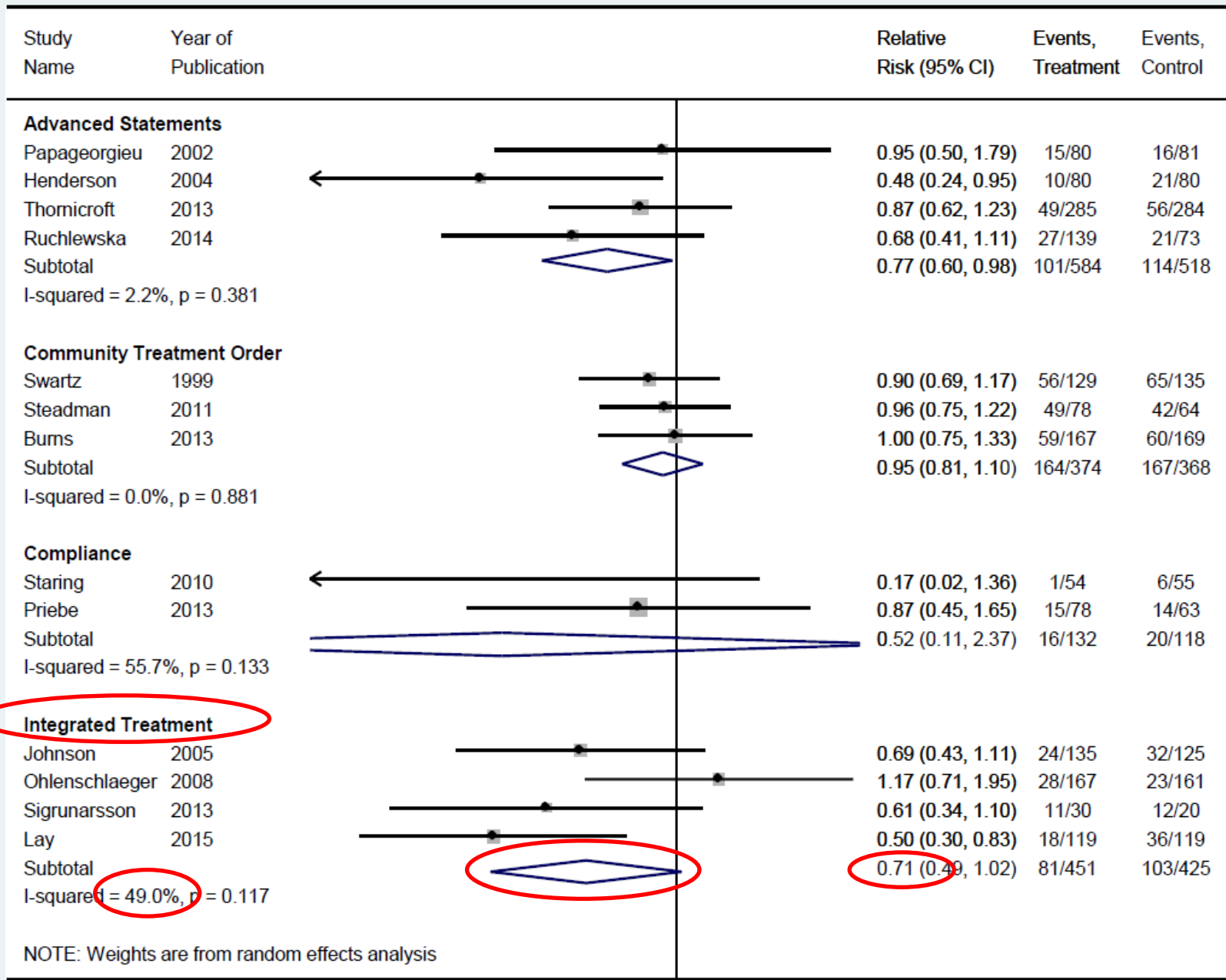
NOTE: Weights are from random effects analysis



NOTE: Weights are from random effects analysis

.25      .5      1      2

Favours intervention      Favours control



NOTE: Weights are from random effects analysis

.25      .5      1      2  
 Favours intervention      Favours control

# Meta-analyse: discussie (1)

- Slechts 13 RCT's is teleurstellend weinig
- Advance statements reduceren het risico op een dwangopname met 23%
- Statistisch significant en klinisch relevant resultaat
- Overige interventie-types geen significant resultaat en/of met verhoogde heterogeniteit

# Meta-analyse: discussie (2)

- Waarom is het zo moeilijk om effectieve interventies te ontwikkelen die dwangopnames reduceren?
- Is “treatment as usual” al zo goed, dat verdere verbetering bijna niet haalbaar is?
- Het duidelijke resultaat m.b.t. CTO's gaat tegen de klinische ervaring in



# Meta-analyse: discussie (3)

- Komen de “moeilijkste” patiënten, bij wie de grootste verbetering te behalen valt, wel in de studies terecht?
- Moeten we aan alternatieve designs gaan denken? Bijv:
  - Cluster-gerandomiseerde trials
  - Zelen’s design
  - Naturalistisch, semi-gecontroleerd

(Zelen 1990, Adamson 2006, Swanson 2014)

# Inhoud

- Achtergrond
- Systematische review en meta-analyse: reduceren van dwangopnames
- **Care 4 Today-programma: inhoud en onderzoek**
- Conclusie / Take home



# care4today™

## Mental Health Solutions

**Een modulair, flexibel, gestructureerd programma  
voor een significante reductie van terugval en heropname  
en verbetering van kwaliteit van zorg  
voor EPA patiënten.**



**Healthy Solutions**  
INTEGRATED HEALTH CARE

# Care 4 Today: inleiding

- Care 4 Today (C4T) is een gestructureerd programma gericht op persoonlijk herstel, therapietrouw en voorkomen van opnames
- Doelgroep: EPA-patiënten (zoals in FACT)
- Er zijn aanwijzingen uit Duitsland en Engeland dat het programma opnames en zorggebonden kosten reduceert

# C4T: inleiding

- Diverse elementen om adherentie te bevorderen:
  - Aangenaam ingerichte centrale lounge
  - Gezamenlijke lunch bij elke bijeenkomst
  - Health & wellbeing-activiteiten
  - Online/digitale mogelijkheden voor patiënten, familie en hulpverleners
- Geen *nieuwe* interventies, wel betere samenhang en structuur in standaard FACT-zorg

# C4T: doelstelling

- C4T implementeren in 3 FACT-teams bij BAVO Europoort (locatie West-Blaak)
- Niet als *onderzoeksinterventie* maar als toevoeging aan de bestaande praktijk
- Wel wetenschappelijke evaluatie van de uitkomsten van C4T

# C4T: praktijkonderzoek

- Semi-gecontroleerd onderzoek naar de uitkomsten van C4T
- Systematische maar voor deelnemers weinig belastende verzameling van behandeluitkomsten
- Door METC niet-WMO-plichtig verklaard
- Vergelijken met behandeluitkomsten van niet-C4T-deelnemers in andere FACT-teams, met vergelijkbare kenmerken

# C4T: uitkomstmaten

- Primair:
  - totale aantal opnamedagen
- Secundair o.a.:
  - zorgkosten
  - patiënttevredenheid
  - medicatie-adherentie



# C4T: stand van zaken

- C4T is gestart in september 2015
- Momenteel ongeveer 30 deelnemers, uit een potentieel van ongeveer 75
- Looptijd is 1 jaar na start
- Uitkomsten verwacht in 2017

# Inhoud

- Achtergrond
- Systematische review en meta-analyse: reduceren van dwangopnames
- Care 4 Today-programma: inhoud en onderzoek
- Conclusie / Take home

# Conclusie / Take home

- Er bestaan weinig RCT's (13) met dwangopname als uitkomstmaat
- Advance statements reduceren dwangopnames met 23%, i.t.t. andere interventies, die geen significant laten zien
- Er is praktijkgericht onderzoek nodig naar reduceren van dwangopnames
- Wetenschappelijke evaluatie van C4T is een voorbeeld van dergelijk onderzoek

# Bedankt!

## Yulius

- Margreet Oorschot
- Arthur Van Gool



## Erasmus MC / ESPRi

- Wichor Bramer
- Astrid Kamperman
- Niels Mulder



## Hogeschool Utrecht

- Roland v.d. Sande

# References

- Burns, T., et al. (2013). "Community treatment orders for patients with psychosis (OCTET): A randomised controlled trial." *Lancet* 381(9878): 1627-1633.
- Gravier B, et al. Ethical issues in psychiatry under coercion. *Rev Med Suisse* 2011;7:1806-11
- Henderson, C., et al. (2004). "Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: Single blind randomised controlled trial." *BR MED J* 329(7458): 136-138.
- Jaeger, M. and P. Hoff (2012). "Recovery: Conceptual and ethical aspects." *Curr Opin Psychiatry* 25(6): 497-502.
- Jagodic, H. K., et al. (2008). "Involuntary treatment is better than no treatment." *EUR NEUROPSYCHOPHARMACOL* 18(S4): S568.
- Johnson, S., et al. (2005). "Randomised controlled trial of acute mental health care by a crisis resolution team: The north Islington crisis study." *BR MED J* 331(7517): 599-602.
- Kortrijk, H. E., et al. (2010). "Involuntary admission may support treatment outcome and motivation in patients receiving assertive community treatment." *SOC PSYCHIATRY PSYCHIATR EPIDEMIOL* 45(2): 245-252.
- Large MM, et al. The predictive value of risk categorization in schizophrenia. *Harv Rev Psychiatry* 2011;19:25-33
- O'Donoghue B, et al. People's perception of their involuntary admission at one year follow-up and readmission rates to hospital. *Schizophr Res* 2010;117:288-9
- Ohlenschlaeger, J., et al. (2008). "Effect of integrated treatment on the use of coercive measures in first-episode schizophrenia-spectrum disorder. A randomized clinical trial." *INT J LAW PSYCHIATRY* 31(1): 72-76.
- Priebe, S., et al. Reinstitutionalisation in mental health care: Comparison of data on service provision from six European countries. *Br Med J* 2005;330:123-6
- Papageorgiou, A., et al. (2002). "Advance directives for patients compulsorily admitted to hospital with serious mental illness: Randomised controlled trial." *BR J PSYCHIATRY* 181(DEC.): 513-519.
- Priebe, S., et al. (2013). "Effectiveness of financial incentives to improve adherence to maintenance treatment with antipsychotics: cluster randomised controlled trial." *BMJ (Clinical research ed.)* 347: f5847.
- Ruchlewska, A., et al. (2014). "Effect of crisis plans on admissions and emergency visits: a randomized controlled trial." *PLoS ONE* 9(3): e91882.
- Schoevaerts, K., et al. An increase of compulsory admissions in Belgium and the Netherlands: An epidemiological exploration. *Tijdschr Psychiatr* 2013;55:45-55
- Sigrunarson, V., et al. (2013). "Integrated treatment vs. treatment-as-usual for recent onset schizophrenia; 12 year follow-up on a randomized controlled trial." *BMC Psychiatry* 13.
- Staring, A. B. P., et al. (2010). "Treatment adherence therapy in people with psychotic disorders: Randomised controlled trial." *BR J PSYCHIATRY* 197(6): 448-455.
- Swanson, J. W. and M. S. Swartz (2014). "Why the evidence for outpatient commitment is good enough." *PSYCHIATR SERV* 65(6): 808-811.
- Swartz, M. S., et al. (1999). "Can involuntary outpatient commitment reduce hospital recidivism?: Findings from a randomized trial with severely mentally ill individuals." *AM J PSYCHIATRY* 156(12): 1968-1975.
- Swartz MS., et al. Does fear of coercion keep people away from mental health treatment? Evidence from a survey of persons with schizophrenia and mental health professionals. *Behav Sci Law* 2003;21:459-72
- Szmukler G, et al. Risk assessment in mental health care: values and costs. *Behav Sci Law* 2013;31:125-40
- Thornicroft, G., et al. (2013). "Clinical outcomes of Joint Crisis Plans to reduce compulsory treatment for people with psychosis: A randomised controlled trial." *Lancet* 381(9878): 1634-1641.