

Woensdag 3 april 2019

09:30 - 11:00 uur

SYMPOSIA

S1 Nieuwe ontwikkelingen in de toepassing van transcraniële stimulatie voor psychiatrische stoornissen

Repetitieve transcraniële magnetische stimulatie (rTMS) is effectief gebleken in de behandeling van diverse psychiatrische aandoeningen en wordt sinds kort vergoed voor de behandeling van patiënten met een therapieresistente depressie. Hiermee wordt rTMS in toenemende mate een aanvulling op het gangbare behandelarsenaal van psychiatrische stoornissen. Daarnaast zijn er verschillende ontwikkelingen die de therapeutische effecten van rTMS verder vergroten en geïndividualiseerde behandeling mogelijk maken. In dit symposium wordt nieuw onderzoek gepresenteerd, waarin de plaatsbepaling van rTMS binnen de gangbare richtlijnen wordt onderzocht en worden ingegaan op mogelijkheden om de effecten van rTMS verder te verbeteren.

S1.1

Vergelijking tussen rTMS en medicatie voor therapieresistente depressies

Dr. Philip van Eijndhoven ¹ / Prof.Dr. Indira Tendolkar ¹ / Prof.Dr. Jan Spijker ²

P: Presenterende auteur / spreker

1. RadboudUMC, afdeling psychiatrie
2. Pro Persona Mental Health Care, Depression Expertise Center, Nijmegen, Nederland

Achtergrond

Unipolaire depressie is een van de meest voorkomende aandoeningen met een hoge impact op individu en samenleving. Gangbare behandelingen zoals antidepressieve medicatie en psychotherapie zijn weliswaar effectief maar toch knapt 30% van de patiënten niet op. rTMS is effectief gebleken in het behandelen van therapieresistente depressies, maar het is nog onduidelijk of rTMS effectiever is dan de huidige medicatie stappen die in de richtlijn depressie zijn opgenomen, zoals een switch naar TCA of additie van lithium.

Doel

Bepalen van de effectiviteit van rTMS in vergelijking met gangbare medicamenteuze stappen bij patiënten met een matig therapieresistente unipolaire depressie, d.w.z. afwezigheid van respons op 2 adequaat uitgevoerde medicatiestappen.

Methoden

Placebo-gecontroleerde RCT waarin de effectiviteit van rTMS i.c.m. CGT wordt vergeleken met gangbare medicamenteuze interventies i.c.m. CGT bij patiënten met een matig therapieresistente depressieve stoornis. Daarnaast literatuurstudie.

Resultaten

Omdat deze RCT recent is gestart zal de rationale van deze studie gepresenteerd worden. Er zal een overzicht gegeven worden van recente literatuur die ingaat op de effectiviteit van rTMS in vergelijking met medicatie in de context van therapieresistentie.

Conclusie

Op basis van de literatuur bestaat de verwachting dat rTMS een gunstig alternatief kan zijn voor patiënten die niet hebben gereageerd op 2 eerdere medicamenteuze behandelingen, maar de vergelijkende effectiviteit is nooit eerder onderzocht in de setting van het Nederlands stepped care model van depressie.

Literatuurverwijzing

van Eijndhoven e.a. Minimally invasive brain stimulation for unipolar depression. Tijdschr Psychiatr. 2017; 59(10):600-604.

S1.2

De hart-brein connectie bij depressie: Mogelijkheden om magnetische hersenstimulatie te personaliseren

M.Sc. Tabitha Iseger ^{1,2} / Dr. Martijn Arns ^{1,2}

P: Presenterende auteur / spreker

1. Research Institute Brainclinics, Nijmegen, The Netherlands
2. Dept. of Experimental Psychology, Utrecht University, Utrecht, The Netherlands

Achtergrond

De werkzaamheid van repetitieve Transcraniële Magnetische Stimulatie (rTMS), gericht op de Dorsolaterale-Prefrontale-Cortex (DLPFC) voor de behandeling van depressie, is goed bekend. Momenteel wordt verondersteld dat het klinische voordeel van rTMS bij depressie wordt verkregen door connectiviteit in het DLPFC-sgACC netwerk. Tot op heden is er echter geen gevalideerde methode die individualisering van rTMS stimulatie sites bewerkstelligt. Een manier om dit te doen is door een functionele uitkomstmaat te gebruiken als verificatie van het stimuleren van de juiste locatie. Eerdere studies toonden aan dat stimulatie van de DLPFC resulteert in een vertraging van de hartslag. Hiermee wordt een verband aangetoond tussen het depressie netwerk in de hersenen en het hart. Dit suggereert dat hartslag zou kunnen dienen als functionele uitkomstmaat om te verifiëren dat de juiste locatie wordt gestimuleerd. Dit is recentelijk gevalideerd in een pilotstudie (1). Stimulatie van wat op groepsniveau de DLPFC is, resulteerde inderdaad in de grootste hartslagvertraging op groepsniveau, maar er werd ook aanzienlijke individuele variatie waargenomen, wat mogelijkheden voor individualisering aan de hand van de hartslag laat zien.

Doel

Momenteel voeren we een replicatie studie uit waarin we deze eerste Neuro-Cardiac-Guided TMS (NCG-TMS) bevindingen repliceren in een onafhankelijke populatie van 50 gezonde proefpersonen en daarnaast onderzoeken we dosis-respons effecten. In een tweede onafhankelijke populatie van behandelingsresistente depressieve patiënten wordt NCG-TMS onderzocht in reactie op intermitterent Theta Burst rTMS (iTBS).

Methoden

5-seconden van 10Hz rTMS treinen werden toegepast op 8 EEG locaties, gerandomiseerd naar links- of rechtszijdige stimulatie (F3/4; Fp1/2; AF3/4; FC3/4; F5/6; FC5/6; C3/4; F1/2 (10-20 systeem)). In de separate iTBS populatie werd hartslag en bloeddruk verzameld tijdens iTBS en sham stimulatie van de DLPFC.

Resultaten

Tussentijdse analyse van 29 proefpersonen toont aan dat specifieke HR-vertraging beperkt is tot F3/4 en FC3/4, en daarbij Iseger et al. (2017) repliceert. Vergelijkingen tussen 10Hz en iTBS toonden aan dat de hartslag vertraging van iTBS gemiddeld groter was in vergelijking met 10 Hz rTMS, en er werd geen consistente vertraging waargenomen voor sham-iTBS en motor-strip 10Hz TMS.

Conclusie

Dit wijst op meer uitgesproken effecten van iTBS en locatie specifieke hartslagverlaging. Deze resultaten bevestigen het de hypothese dat hartslag gebruikt kan worden als functionele uitgangsmaat om te verifiëren of er daadwerkelijk op de DLPFC wordt gestimuleerd.

Literatuurverwijzing

1. Iseger e.a. Neuro-Cardiac-Guided TMS (NCG-TMS): Probing DLPFC-sgACC-vagus nerve connectivity using heart rate - First results. Brain Stimul. 2017 ;10(5):1006-1008.

S1.3

rTMS-geïnduceerde plasticiteit ter verbetering van cognitieve controle in OCD (TIPICCO-trial)

Prof.dr. Odile van den Heuvel ^{p1}

P: Presenterende auteur / spreker

1. Amsterdam UMC, locatie VUmc, afdeling psychiatrie

Achtergrond

Er bestaat een grote behoefte aan de verdere ontwikkeling van niet-invasieve vormen van neuromodulatie voor de behandeling van patiënten met OCD die onvoldoende effect laten zien op een 1ste keuze behandeling met medicatie en/of cognitieve gedragstherapie. Hoewel een recente meta-analyse het gunstige effect van rTMS bij OCD heeft laten zien, is niet duidelijk welk stimulatieprotocol en welke stimulatielocatie optimaal is, daar geen significante verschillen in effect tussen de protocollen kon worden vastgesteld (1).

Doel

Effecten en werkingsmechanismen van 3 rTMS condities met elkaar vergelijken.

Methoden

Placebo-gecontroleerde RCT (TIPICCO) met 3 rTMS condities (gecombineerd met cognitieve gedragstherapie) in 75 volwassenen patiënten met OCD, waarbij voor, tijdens en na behandeling en bij follow-up wordt gekeken naar hersenfunctie (met EEG, TMS, MRI en spectroscopie) en symptoomernst.

Resultaten

RCT gaat nu pas van start, maar tijdens de lezing zal een update gegeven worden van de huidige stand van kennis die aan de basis ligt van deze trial, waaronder de recente meta-analyse (1) en de resultaten van de experimentele rTMS-fMRI studie die aan deze trial vooraf ging (2) en de voorspellende waarde van MRI-netwerkmaten voor rTMS-respons (3). Ook zullen enkele pilotresultaten gepresenteerd worden van de huidige RCT.

Conclusie

De verwachting bestaat dat rTMS een nieuwe positie zal gaan verwerven in het behandelarsenaal van OCD, zoals ook bij depressie is gebeurd, maar aanvullende evidentie is nodig ter bepaling van de optimale stimulatieparameters. Het experimentele werk geeft inzicht in de werkingsmechanismen, waarbij de voorafgaand aan de behandeling zijnde kenmerken van de betrokken hersennetwerken waarschijnlijk ingezet kunnen worden voor meer gepersonaliseerde stimulatie.

Literatuurverwijzing

(1) de Wit SJ, van der Werf YD, Mataix-Cols D, van Oppen P, Veltman DJ, van den Heuvel OA. Neural correlates of emotion dysregulation in OCD: experimental modulation with rTMS. *Psychological Medicine* 2015; 45: 3059-73

(2) Zhou DD, Wang W, Wang GM, Li DQ, Kuang Li. An updated meta-analysis: short-term therapeutic effects of repeated transcranial magnetic stimulation in treating obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders* 2017; 215: 187-196

(3) Fitzsimmons S, Douw L, van den Heuvel OA, van der Werf YD, Vriend C. Resting-state and task-based centrality of dorsolateral prefrontal cortex predict resilience and vulnerability to effects of inhibitory repetitive transcranial magnetic stimulation. (under review)

S1.4

Toekomstige ontwikkelingen van rTMS voor depressie en andere psychiatrische stoornissen

Prof. Dr. Alexander Sack ^{p1}

P: Presenterende auteur / spreker

1. Center for Integrative Neuroscience (CIN) at Maastricht University

Achtergrond

Onlangs werd rTMS (repetitieve transcraniële magnetische hersenstimulatie) geaccepteerd als een vergoede prestatie voor de behandeling van therapieresistente depressie in de specialistische GGZ in Nederland. De Stichting Hersenstimulatie heeft in samenwerking met het Nederlands Kenniscentrum Angst en Depressie (NedKAD) het initiatief genomen om een consensus aanbeveling op te stellen, die als basis kan dienen voor de ontwikkeling van een richtlijn. Deze richtlijn geeft een aanbeveling voor de toepassing van rTMS op basis van een aantal standaard rTMS protocollen waarvan evidentie voor klinische effectiviteit aangetoond is.

Doel

Hoewel wij nu over een soort gouden standaard rTMS behandeling protocol voor depressie lijken te beschikken, blijven een aantal vragen voor toekomstig onderzoek en ontwikkeling onbeantwoord: Waarom reageren sommige patiënten wel en andere juist niet op TMS? Kunnen wij de respons op TMS misschien voorspellen? Wat zijn toekomstige perspectieven ter verbetering van zowel de kost effectiviteit als ook de klinische effectiviteit van TMS in de psychiatrische zorg?

Methoden

Op basis van recente fundamentele, methodische en klinische onderzoeksresultaten op het gebied van TMS worden verschillende mogelijke toekomstige ontwikkelingen, verbeteringen en nieuwe toepassingen voorgesteld en bediscussieerd.

Resultaten

Het huidige "gouden standaard" rTMS protocol is voor verbetering vatbaar zowel op het gebied van kosten als van klinische effectiviteit.

Conclusie

TMS is een klinisch effectieve behandeling voor depressie. Door individualisering van het TMS protocol en stimulatie van verschillende hersengebieden kan de effectiviteit van de rTMS behandeling van depressie verder verbeterd worden en kan ook een uitbreiding naar toepassing bij andere psychiatrische stoornissen gerealiseerd worden.

Literatuurverwijzing

Arns e.a. (2018) Consensus statement toepassing rTMS bij depressie in Nederland en België, submitted

S2 Samengesteld symposium: Psychose en autisme, etiologie en behandeling

S2.1

De social defeat-hypothese van psychose bij autisme: een eerste cross-sectionele studie

Rik Schalbroeck ^{1,2} / Richard Vuijk ³ / Coranne van Heijnsbergen ¹ /
Prof. Dr. Therese van Amelsvoort ² / Dr. Fabian Termorshuizen ¹ / Prof. Dr. Jean-Paul Selten ^{1,2}

P: Presenterende auteur / spreker

1. GGZ Rivierduinen
2. Universiteit Maastricht
3. Sarr Expertisecentrum Autisme

Achtergrond

Psychose komt veel voor bij personen met een autisme diagnose en bij personen met meer autistische trekken (Selten et al., 2015; Chisholm et al., 2015; Schalbroeck et al., in prep.), maar het is nog niet bekend waardoor dit komt. Social defeat, oftewel de langdurige negatieve ervaring buitengesloten te worden of een verliezer te zijn, lijkt een belangrijke risicofactor voor psychose te zijn (Selten et al., 2005; Selten et al., 2013). Echter, hoewel social defeat veel voorkomt bij autisme, is de relatie tussen social defeat en psychose bij autisme nog niet onderzocht.

Doel

In deze studie hebben wij gekeken of de relatie tussen autisme en psychose samengaat met meer ervaringen van social defeat.

Methoden

Een cross-sectionele studie waarbij deelnemers met (n=71) en zonder (n=145) autisme diagnose (16 t/m 35 jaar oud) online vragenlijsten invulden over de aanwezigheid van autistische trekken (AQ), psychotische ervaringen (PQ-16/Ervaringenlijst), sociale uitsluiting (OES) en eenzaamheid (UCLA-LS).

Resultaten

Deelnemers met een autisme diagnose rapporteerden meer psychotische ervaringen, werden vaker buitengesloten en voelden zich eenzamer dan deelnemers zonder autisme diagnose. Bij zowel deelnemers met als zonder autisme diagnose ging de aanwezigheid van meer autistische trekken gepaard met meer psychotische ervaringen. Dit hing samen met de mate waarin deelnemers zich eenzaam voelden, en bij deelnemers met een autisme diagnose ook met de mate waarin zij werden buitengesloten. Een interessante bijbevinding was dat een hoog percentage van de deelnemers met een autisme diagnose 6 of meer psychotische ervaringen rapporteerden (55% t.o.v. 17% bij deelnemers zonder autisme diagnose), wat mogelijk een indicatie kan geven dat zij een sterk verhoogd risico lopen om een psychotische stoornis te ontwikkelen.

Conclusie

Social defeat is geassocieerd met psychotische ervaringen bij personen met een autisme diagnose en bij personen met meer autistische trekken. Gezien het cross-sectionele onderzoeksdesign is het belangrijk dat causale relaties verder worden onderzocht. Systematische screening op de aanwezigheid van psychotische ervaringen bij en het bieden van preventieve cognitieve gedragstherapie of interventies gericht op emotieregulatie aan cliënten met autisme kan mogelijk het ontstaan van veel psychotische stoornissen voorkomen.

Literatuurverwijzing

Chisholm, K., Lin, A., Abu-Akel, A. & Wood, S. J. (2015). The association between autism and schizophrenia spectrum disorders: A review of eight alternate models of co-occurrence. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 55, 173-83.

Selten, J. P., & Cantor-Graae, E. (2005). Social defeat: risk factor for schizophrenia? *The British Journal of Psychiatry*, 187, 101-102.

Selten, J. P., van der Ven, E., Rutten, B. P., & Cantor-Graae, E. (2013). The social defeat hypothesis of schizophrenia: an update. *Schizophrenia Bulletin*, 39, 1180-1186.

Selten, J. P., Lundberg, M., Rai, D., & Magnusson, C. (2015). Risks for nonaffective psychotic disorder and bipolar disorder in young people with autism spectrum disorder: a population-based study. *JAMA Psychiatry*, 72, 483-489.

Schalbroeck, R., Termorshuizen, F., Visser, E., Van Amelsvoort, T., & Selten, J. P. (in prep.). Risk of non-affective psychotic disorder or bipolar disorder in autism spectrum disorder: a longitudinal register-based study in the Netherlands. Manuscript in preparation.

S2.2

Mentaliseren bevorderende therapie voor nonaffectieve psychotische stoornissen

Jonas Weijers ^{1,2} / Coriene ten Kate ¹ / Prof. Elisabeth Eurelings-Bontekoe ³ / Prof. Jean-Paul Selten ^{1,2}

P: Presenterende auteur / spreker

1. GGZ Rivierduinen
2. Maastricht University
3. Universiteit Leiden

Achtergrond

Beperkingen in het mentaliserend vermogen - d.w.z. het vermogen om het eigen en anderms gedrag te begrijpen in termen van mentale toestanden - worden wijdverbreid waargenomen bij patiënten met non-affectieve psychotische stoornissen (NAPS). Deze beperkingen zijn op hun beurt gerelateerd aan sociaal disfunctioneren. Er zijn echter maar weinig interventies die beperkt mentaliseren effectief behandelen.

Doel

Mentaliseren bevorderende therapie (MBT) is oorspronkelijk ontwikkeld voor borderline persoonlijkheidsstoornis en voor het huidige onderzoek aangepast om sociaal disfunctioneren en beperkt mentaliserend vermogen bij NAPS aan te pakken.

Methoden

De studie is een multicenter, rater-blinded, gerandomiseerd vergelijkend onderzoek. Hypotheses zijn gepre-registreerd en gepubliceerd (Weijers, et al., 2016). Negentig patiënten met NAPS, werden gerekruteerd uit wijkteams van GGZ Rivierduinen en GGZ Altrecht. Zij werden willekeurig toegewezen aan treatment as usual (TAU) plus MBT-P of aan TAU. MBT-P bestond uit 18 maanden groepstherapie (één uur per week) en individuele therapie (30 minuten per twee weken). De primaire uitkomstvariabel was sociaal functioneren (gemeten met de Social Functioning Scale). Andere uitkomstvariabelen waren positieve, negatieve, depressieve en angstige symptomen, en ziekte-inzicht (PANSS), kwaliteit van leven (MANSA), psychotische ervaringen, middelenmisbruik, sociale stressreactiviteit (PsyMate) en mentaliserend vermogen (Social Cognition and Object- Relations System; Hinting TASK). Voor de statistische analyse van de primaire uitkomstmaat zijn zowel een "intention to treat" analyse gebruikt (inclusief iedereen die begonnen is aan het onderzoek) als een "per protocol" analyse (exclusief patiënten die zich niet aan het onderzoeksprotocol hebben gehouden). Secundaire variabelen zijn geanalyseerd met de per protocol analyse.

Resultaten

Wat betreft sociaal functioneren toonde de intention to treat analyse geen significant verschil tussen beide condities, maar de per protocol analyse toonde dat MBT-P deelnemers er meer op vooruit gingen dan mensen die in de controle-conditie zaten ($F = 4.65, p = .035$). Analyses van de secundaire uitkomstmaten toonden een niet-significante reductie op positieve symptomen gemeten door de PANSS ($F = 3.35, p = .073$) en een significante reductie op psychotische ervaringen gemeten door de PsyMate ($b = -0.23, p = .013$) in het voordeel van mensen in de MBT-P conditie. Er werden geen verschillen gevonden tussen de condities op negatieve symptomen, angst, depressie, inzicht, mentaliserend vermogen, middelenmisbruik, sociale stress reactiviteit, of kwaliteit van leven (alle p 's $> .085$).

Conclusie

Op basis van intention to treat zijn er geen aanwijzingen gevonden dat MBT-P leidt tot een verbetering van het sociaal functioneren van patiënten met NAPS. We kunnen op basis van deze analyse dus niet stellen dat MBT-P een effectief bewezen behandeling is. Echter, de hoge mate van uitval in de MBT-P groep heeft vermoedelijk het beeld van het werkelijke behandel-effect vertekend. Per protocol analyses indiceren namelijk wel een effect van MBT-P op sociaal disfunctioneren en psychotische ervaringen, mits het patiënten lukt om de MBT-P groepsessies te volgen.

Literatuurverwijzing

Weijers, J., ten Kate, C., Eurelings-Bontekoe, E., Viechtbauer, W., Rampaart, R., Bateman, A., & Selten, J. P. (2016). Mentalization-based treatment for psychotic disorder: protocol of a randomized controlled trial. *BMC psychiatry*, 16(1), 191.

S2.3

Metacognitive Reflection and Insight Therapy: resultaten van een RCT naar een psychosociale interventie bij psychotische stoornissen

Dr. Steven de Jong ^{1,2} / Dr. Rozanne van Donkersgoed ³ / Prof.Dr. Marieke Timmerman ⁴ /
Dr. Marije aan het Rot ⁴ / MD PHD Lex Wunderink ⁵ / Dr. Johan Arends ⁶ /
Prof.Dr. Mark van der Gaag ^{3,7} / Prof. Dr. Andre Aleman ^{8,4} / Prof. Paul Lysaker ^{9,10} /
Prof. Dr. Marieke Pijnenborg ^{4,6}

P: Presenterende auteur / spreker

1. Lentis
2. Universiteit van Amsterdam
3. Parnassia
4. Rijksuniversiteit Groningen
5. GGZ Friesland
6. GGZ Drenthe
7. VU University
8. Universitair Medisch Centrum Groningen
9. Roudeboush VA Medical Center
10. Indiana University School of Medicine

Achtergrond

De afgelopen jaren is binnen het onderzoek naar psychotische stoornissen steeds meer aandacht gekomen voor metacognitie, ofwel “denken over denken en voelen” (Buck & Lysaker, 2009; Hillis et al., 2015; Schweitzer, Greben, & Bargenquast, 2017). Aanwijzingen dat problemen in de metacognitieve capaciteit samenhangen met psychotische stoornissen hebben geleid tot verscheidene psychotherapieën gericht op metacognitie (Hamm, Hasson-Ohayon, Kukla, & Lysaker, 2013).

Doel

De afgelopen jaren heeft ons team een multicenter randomized controlled trial uitgevoerd om de effecten van Metacognitive Reflection and Insight Therapy te onderzoeken (MERIT; de Jong et al., 2018; Van Donkersgoed et al., 2014).

Methoden

Gedurende vier jaar zijn 70 patiënten geworven bij verscheidene GGZ centra in Nederland. Hiervan ontvingen 35 participanten in totaal 40 sessies MERIT individuele psychotherapie van een getrainde GZ-psycholoog, en 35 ondergingen Treatment as Usual. De primaire uitkomstmaat van metacognitief functioneren, en verscheidene secundaire maten zoals symptomen en kwaliteit van leven, zijn op baseline gemeten, direct na de therapie en op 6 maanden follow-up. Middels multilevel analyse zijn de uitkomsten geanalyseerd. Daarnaast zijn kwalitatieve interviews gehouden met patiënten om hun ervaringen met de therapie in kaart te brengen.

Resultaten

Uit de randomized controlled trial kwam naar voren dat, direct na de therapie, beide groepen (MERIT en TAU) verbeteringen lieten zien op metacognitieve vaardigheden. Zes maanden later, echter, waren de prestaties van de TAU groep teruggelopen tot ruwweg baseline functioneren, terwijl de metacognitieve vaardigheden in de MERIT groep door waren gegroeid, met significante verschillen tussen de groepen als resultaat. Uit de interviews kwam naar voren dat patiënten die de therapie af hadden gemaakt positief waren over de therapie, alhoewel deze als intensief werd ervaren. Verdere analyse van de data liet zien dat ziekte-inzicht een significante moderator is op therapie-effect: mensen met gebrekkig ziekte-inzicht profiteren niet van de therapie, terwijl mensen met goed ziekte-inzicht verbeteringen lieten zien.

Conclusie

Er zijn aanwijzingen dat MERIT toegepast kan worden bij mensen met een psychotische stoornis. Er is echter aanzienlijk meer onderzoek nodig voordat er voldoende evidentie is voor het opnemen in behandelrichtlijnen. Verder onderzoek zal bijvoorbeeld moeten uitwijzen of MERIT wellicht een geschikte therapie is voor mensen die niet profiteren van cognitieve gedragstherapie als gevolg van gebreken in de metacognitieve vaardigheden, en hoe resultaten van MERIT zich verhouden tot andere individuele psychotherapie zoals mentalization-based therapy.

Literatuurverwijzing

Buck, K. D., & Lysaker, P. H. (2009). Addressing Metacognitive Capacity in the Psychotherapy for Schizophrenia: A Case Study. *Clinical Case Studies*, 8(6), 463–472. <https://doi.org/10.1177/1534650109352005>

de Jong, S., van Donkersgoed, R. J. M., Timmerman, M. E., aan het Rot, M., Wunderink, L., Arends, J., ... Pijnenborg, M. (2018). Metacognitive reflection and insight therapy (MERIT) for patients with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 1–11.

Hamm, J. A., Hasson-Ohayon, I., Kukla, M., & Lysaker, P. H. (2013). Individual psychotherapy for schizophrenia: trends and developments in the wake of the recovery movement. *Psychology Research and Behavior Management*, 6, 45–54. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S47891>

Hillis, J. D., Leonhardt, B. L., Vohs, J. L., Buck, K. D., Salvatore, G., Popolo, R., ... Lysaker, P. H. (2015). Metacognitive Reflective and Insight Therapy for People in Early Phase of a Schizophrenia Spectrum Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 71(2), 125–135. <https://doi.org/10.1002/jclp.22148>

Schweitzer, R. D., Greben, M., & Barginquast, R. (2017). Long-term outcomes of Metacognitive Narrative Psychotherapy for people diagnosed with schizophrenia. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90(4), 668–685. <https://doi.org/10.1111/papt.12132>

Van Donkersgoed, R. J. M., de Jong, S., Van der Gaag, M., Aleman, A., Lysaker, P. H., Wunderink, L., & Pijnenborg, G. H. M. (2014). A manual-based individual therapy to improve metacognition in schizophrenia: protocol of a multi-center RCT. *BMC Psychiatry*, 14(1), 27. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-27>

S2.4

Is er een verband tussen de cumulatieve risicoscore voor omgevingsfactoren in schizofrenie en de kwetsbaarheid voor psychose in de algemene populatie?

Renée Boereboom ^p / Stephanie Chanda / Marc Franßen / Xenia Leontarakis / Pieter Smeets / Sam Willemsen / Marjan Drukker / Sinan Gülöksüz

P: Presenterende auteur / spreker

Achtergrond

Zowel genetische- als omgevingsfactoren spelen een belangrijke rol bij de ontwikkeling van psychose en schizofrenie.

Doel

Het doel van deze studie was het opstellen van een cumulatieve risicoscore voor omgevingsfactoren (environmental risk score: ERS) in schizofrenie, vergelijkbaar met de risicoscore voor genetische factoren (PRS), om de relatie tussen de ERS en kwetsbaarheid voor psychose in de algemene bevolking te onderzoeken.

Methoden

De data is verkregen uit de East Flanders Prospective Twin Survey, een tweelingen cohort (n = 704) uit een Oost-Vlaams Meerlingenregister. De ERS is berekend door het integreren van odds ratios voor schizofrenie, voor de volgende omgeving-risicofactoren: jeugdtrauma (fysiek misbruik, emotioneel misbruik, seksueel misbruik, fysieke verwaarlozing en emotionele verwaarlozing), pesten, obstetrische complicaties, cannabis gebruik en geboorte in de winter. Multilevel regressie analyse is toegepast om de relatie tussen ERS en psychose te onderzoeken. De Community Assessment of Psychic Experiences (CAPE) en Structured Interview for Schizotype-Revised (SIS-R) en de bijbehorende subschalen zijn als uitkomstmaten gebruikt om kwetsbaarheid voor psychose te meten.

Resultaten

Er blijkt een significant verband te zijn tussen ERS en CAPE en de bijbehorende subschalen (CAPE totaal: chi-kwadraat =71.60, p<0.0001; CAPE negatief: chi-kwadraat =28.57, p=0.0001; CAPE positief: chi-kwadraat =65.48, p<0.0001; CAPE depressief: chi-kwadraat =54.75, p=0.0001). Ook de resultaten van de SIS-R laten een significant verband zien voor zowel de positieve als negatieve symptoom subschaal (respectievelijk chi-kwadraat =36.37, p<0.0001 en chi-kwadraat=9.41, p=0.0022).

Conclusie

De resultaten suggereren dat verschillende omgevingsfactoren kunnen worden geïntegreerd tot een risicoscore (ERS). Deze ERS blijkt geassocieerd te zijn met kwetsbaarheid voor psychose in de algemene bevolking. In de toekomst zal de ERS worden gecombineerd met de PRS om de interactie tussen gen- en omgevingsfactoren in de ontwikkeling van schizofrenie te onderzoeken.

Literatuurverwijzing

1. van Os J, Rutten B, Poulton R. Gene-Environment Interactions in Schizophrenia: Review of Epidemiological Findings and Future Directions. *Schizophrenia Bulletin*. 2008;34(6):1066-1082.
2. Caspi A, Moffitt T. Gene-environment interactions in psychiatry: joining forces with neuroscience. *Nature Reviews Neuroscience*. 2006;7(7):583-590.
3. Identifying Gene-Environment Interactions in Schizophrenia: Contemporary Challenges for Integrated, Large-scale Investigations. *Schizophrenia Bulletin*. 2014;40(4):729-736.
4. Uher R, Zwickler A. Etiology in psychiatry: embracing the reality of poly-gene-environmental causation of mental illness. *World Psychiatry*. 2017;16(2):121-129.
5. Padmanabhan J, Shah J, Tandon N, Keshavan M. The "polyenviomic risk score": Aggregating environmental risk factors predicts conversion to psychosis in familial high-risk subjects. *Schizophrenia Research*. 2017;181:17-22.
6. Purcell SM, Wray NR, Stone JL, et al. Common polygenic variation contributes to risk of schizophrenia and bipolar disorder. *Nature*. 2009;460(7256):748-52.

S3 De (on)mogelijkheden van big data in de GGZ. Concrete voorbeelden uit alle echelons.

Er zijn hoge verwachtingen van het gebruik van (big) data in de GGZ. Gegevens uit diverse systemen worden ontsloten, dashboards leveren ons real time informatie en we gaan voorspellen. Kunnen we daar al wat mee in de praktijk of is het allemaal nog toekomstmuziek? In dit symposium worden voorbeelden uit de gehele range van de GGZ gepresenteerd: van de huisartspraktijk tot de ziekenhuispsychiatrie, van korte behandelingen tot zeer lange kostbare zorgtrajecten. De presentaties vertellen wat wel, en wat (nog) niet kan met big data in de GGZ.

S3.1

Het voorspellen van een suïcide (poging) op basis van eerdere huisartsenconsulten. Een case-control studie naar de bruikbaarheid van machine learning

Dr. Derek de Beurs ¹ / Drs. Annemarie Prins ¹ / Drs. Vincent Mulder ¹ / Dr. Mark Nielen ¹ /
Dr. Marjolein Fokkema

P: Presenterende auteur / spreker

1. Nivel

Achtergrond

De huisarts speelt een belangrijke rol als gatekeeper bij suïcide preventie. Uit eerder Nivel onderzoek blijkt dat ongeveer de helft van de patiënten in de maand voor een suïcide(poging) nog bij de huisarts komt. In 30% van de laatste consulten had de huisarts een risico op suïcidaal gedrag herkend. De patiënt zal zelf niet direct over suïcidaliteit beginnen, en zal ook met klachten gekomen waarbij de huisarts niet gelijk aan suïcidaliteit denkt. De toepassing van machine learning algoritmes op routinematig verzamelde huisartsendata kan de huisarts wellicht ondersteunen in het voorspellen van suïcidaal gedrag.

Doel

In deze pilot studie kijken we of het mogelijk is om op basis van registreerde consulten zoals verzameld in huisartsenregistraties een suïcide poging te voorspellen.

Methoden

Voor de analyse gebruikten we gegevens uit elektronische patiëntendossiers van huisartsen die deelnemen aan Nivel Zorgregistraties eerste lijn. In Nederland gebruiken huisartsen de International Classification of Primary Care, (ICPC) voor het vastleggen van klachten, symptomen en aandoeningen in elektronische patiëntendossiers. Er is een code voor een suïcide(poging), code P77. Voor deze pilot selecteerden we eerst alle registraties van P77 in 2016 (n = 1108). Vervolgens zochten we voor elke case binnen dezelfde praktijk een control met dezelfde leeftijd en geslacht. Van alle patiënten hadden we tot ongeveer 2 jaar terug aan informatie over consulten. Een relatief nieuwe machine learning techniek, prediction rule ensembles (PREs), werd gebruikt om te voorspellen welke patiënten een verhoogde kans hebben om een suïcide(poging) te plegen op basis van informatie uit alle voorgaande consulten.

Resultaten

Omdat we met een gematchte dataset werken is de a- priori kans op voorspellen van een suïcide(poging) 50%. Het algoritme verbeterde de voorspelling naar 78%. Wanneer wij het algoritme valideerden op ongeziene data van 2017 vonden we vergelijkbare voorspellende waarden. De belangrijkste voorspeller was of iemand voor psychische problemen was geweest. Mannen kwamen vaker voor slapeloosheid en alcoholmisbruik, en vrouwen voor sociale problemen en persoonlijkheidsstoornissen.

Conclusie

De pilot laat zien dat het mogelijk is om de registratie van een suïcide (poging) te voorspellen door machine learning toe te passen op routinematig verzamelde data. Toch blijft het voorspellen van een suïcide(poging) door de lage prevalentie in de algemene bevolking erg lastig.

Literatuurverwijzing

Kasper van Mens, CWM de Schepper, Saskia J Koldijk, Ben Wijnen, Joran Lokkerbol, Hugo Schack, PROSPER*, Suicidal behavior research laboratory, Rory O'Connor, Derek de Beurs. Predicting future suicidal behavior with different machine learning techniques: a population-based longitudinal study. In voorbereiding Walsh, Colin G., Jessica D. Ribeiro, and Joseph C. Franklin. "Predicting risk of suicide attempts over time through machine learning." *Clinical Psychological Science* 5.3 (2017): 457-469.

S3.2

Tijdige herkenning van patiënten die niet verbeteren gedurende een behandeltraject in de basis ggz: een prognostisch model

Dr. Joran Lokkerbol ¹ / PhD Kasper van Mens ² / Prof.dr. Bea Tiemens ³

P: Presenterende auteur / spreker

1. Trimbos instituut
2. Altrecht
3. Pro Persona Research, Indigo, Radboud Universiteit

Achtergrond

Een deel van de patiënten die in de ggz wordt behandeld, heeft geen baat bij hun behandeling. Het is van belang om deze patiënten vroegtijdig te herkennen en een andere behandeling te kunnen bieden.

Doel

Voorspellen welke patiënten aan het einde van hun behandeltraject geen enkel punt vooruitgang boeken in termen van hun symptoomniveau.

Methoden

De analyse richtte zich op patiënten die tussen 2014 en 2017 werden behandeld in de basis ggz. De te voorspellen uitkomstmaat, 'geen enkele punt verbetering in termen van symptomen', werd gebaseerd op de totaalscore van de symptomatische distress subschaal van de OQ-45.2. De uitkomstmaat werd voorspeld aan de hand van de beschikbare inputvariabelen ten tijde van de eerste helft van de behandeling met behulp van logistische regressie, random forest, extreme gradient boosting en support vector machine. De prestatie van deze machine learning algoritmen werd beoordeeld op basis van de area under the curve, de positieve predictieve waarde en de sensitiviteit.

Resultaten

17% van de 2,647 patiënten was aan het einde van de behandeling niet verbeterd in termen van de symptomatische distress subschaal van de OQ-45.2. De area under the curve was zeer vergelijkbaar tussen de vier verschillende machine learning algoritmen, maar algoritmen verschilden in termen van sensitiviteit en positieve predictieve waarde, waar support vector machine zich kenmerkte door het met grote kans juist voorspellen van slechts een kleine groep patiënten die in werkelijkheid niet verbeterden, terwijl de logistische regressie veel meer in werkelijkheid niet verbeterde patiënten wist te 'vangen', maar daarentegen ook vaker onterecht een patiënt labelde als iemand die niet zou verbeteren.

Conclusie

De toegepaste machine learning algoritmen waren ten opzichte van de baseline prevalentie van 17%, drie tot vier keer beter in staat om patiënten die niet verbeterden tijdig te herkennen, maar bij elk van de algoritmen werden ook verkeerde voorspellingen gemaakt. Welk algoritme optimaal is, hangt af van de gepercipieerde waarde van juiste en onjuiste voorspellingen.

Literatuurverwijzing

Tiemens B, Böcker K, Kloos M. Prediction of treatment outcome in daily generalized mental healthcare practice: first steps towards personalized treatment by clinical decision support. *European Journal of Person Centered Healthcare* 2016; 1: 24-32.

S3.3

MICROSCOPE: Big Routine Practice Data uit de Specialistische GGz.

Dr. Jeroen Ruwaard ^{p1} / Prof.dr. Johannes Smit ²

P: Presenterende auteur / spreker

1. GGz InGeest
2. GGz inGeest

Achtergrond

Routinematig verzamelde gegevens in de specialistische ggz-praktijk vormen een grote en potentieel rijke informatiebron waarmee de omvangrijke variatie (in de behandeling) van psychiatrische klachten kan worden onderzocht. Toch wordt dit potentieel nog weinig benut, door technische, praktische, epistemologische en ethische bezwaren.

Doel

In project MicroScope richt GGz InGeest (Amsterdam) zich op de systematische verzameling, validatie en gecontroleerde uitgifte van naturalistische data, voor feedback binnen de organisatie en in- en extern wetenschappelijk (big data) praktijkonderzoek.

Methoden

MicroScope heeft vier componenten. In de ICT-component worden elektronische klinische registratiesystemen gecombineerd, zodat een ontsnipperd real-time data warehouse ontstaat. In de validatie-component worden de betrouwbaarheid en validiteit van de gegevens getoetst. In de feedback-component worden interactieve dashboards ontwikkeld voor zorgmedewerkers. In de toegangs-component, ten slotte, wordt gezocht naar veilige en werkbare procedures waarmee de gegevens kunnen worden ontsloten voor wetenschappelijk onderzoek.

Resultaten

In het data warehouse van MicroScope worden gegevens uit het standaard Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) inmiddels (vrijwel) real-time gekoppeld aan de systemen voor Routine Outcome Management, veiligheidsmanagement, en eHealth. Deze database bevat (historische) behandelgegevens van meer dan 180.000 patiënten, waaronder, ter illustratie, ruim 430.000 diagnoses, 17 miljoen zorgcontacten, en 260.000 ingevulde ROM-vragenlijsten. Er is een pilot gestart met een kwaliteitsdashboard waarin deze gegevens in geaggregeerde vorm worden teruggekoppeld aan behandelaren. Er zijn technieken geïdentificeerd waarmee de privacy van de betrokken patiënten maximaal zou kunnen worden beschermd. Voor de daadwerkelijke ontsluiting van deze database voor wetenschappelijk onderzoek blijven er echter belangrijke ethische en wetgevende barrières bestaan.

Conclusie

Klinische Big Routine Practice data warehouses zijn technisch en organisatorisch goed te realiseren. Het gebruik van deze gegevens in wetenschappelijk onderzoek vraagt echter een betere uitwerking van de informed consent procedures in de GGz-praktijk.

Literatuurverwijzing

Monteith, S., Glenn, T., Geddes, J., & Bauer, M. (2015). Big data are coming to psychiatry: A general introduction. *International journal of bipolar disorders*, 3(1), 21. <https://doi.org/10.1186/s40345-015-0038-9>

S3.4

Het voorspellen van hoge kosten in de geestelijke gezondheidszorg aan de hand van Big Data

MSc Kasper van Mens ¹ / MSc Sascha Kwakernaak ¹ / Prof.dr. Richard Janssen ² / Dr. Joran Lokkerbol ³

P: Presenterende auteur / spreker

1. Altrecht
2. Tilburg University
3. Trimbos instituut

Achtergrond

Het is bekend dat een klein deel van de patiënten in de geestelijke gezondheidszorg een zeer groot deel van de kosten voor haar rekening neemt (Moturu, 2007). Met een proactieve benadering kunnen deze patiënten tijdig worden geïdentificeerd en mogelijk worden behandeld met een aangepaste interventie. Het modelleren van de relatie tussen de eigenschappen van de patiënt, het behandelproces en het zorggebruik is een uitdaging (Gupta Strategies, 2013, Kilbourne, 2010). In de GGZ zijn er verschillende pogingen gedaan om te komen tot een goed model zoals het zorgvraagzwaarte model en het cluster model. Beide modellen laten nog geen hoge nauwkeurigheid zien in het voorspellen van zorgkosten (Stam & Visser 2012, Jacobs et. al 2016). Door de sterk toenemende zorgkosten in Nederland en de beperkte budgetten, is het voorspellen van zorgkosten van groot belang. Verschillende onderzoeken hebben aangetoond dat machine learning technieken geschikt zijn voor het voorspellen van zorgkosten (Cucciare 2006, Koh, 2011, Moturu 2007, Powers 2005, Cunningham 2017).

Doel

In dit onderzoek wordt onderzocht in hoeverre machine learning technieken toepasbaar zijn op beschikbare zorg data. Is het mogelijk om de zogeheten 'high-cost' patiënt goed genoeg onderscheiden om te komen tot proactieve zorgverlening?

Methoden

Verschillende technieken vanuit het veld van machine learning zullen worden geëvalueerd op de toepasbaarheid voor het voorspellen van zorgkosten op basis van beschikbare zorgdata. De modellen worden toegepast op retrospectief cohort van een grote zorginstelling in Nederland. De modellen worden intern gevalideerd door middel van meervoudige cross-validatie. Externe validatie zal plaats vinden op een aparte set data uit een later kalender jaar. Daarnaast zal worden onderzocht of het mogelijk is om data van een vergelijkbare instelling te verzamelen om het model nogmaals extern te valideren.

Resultaten

Resultaten zullen tijdens het symposium worden gepresenteerd.

Conclusie

Conclusie zal tijdens het symposium worden gepresenteerd.

Literatuurverwijzing

Moturu, S.J. Predicting future high-cost patients: A real-world risk modelling application. Bioinformatics and biomedicine. 2007. Gupta Strategies. Zorg in het Kielzog van de Economie. 2013 Kilbourne, A.K. Challenges and opportunities in measuring the quality of mental health care. National Institute of Health, Can J Psychiatry. 2001 Visser, J. Stam, P. Een verkenning van de toegevoegde waarde van GGZ intake gegevens in het risicovereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ. SiRM – Strategies in Regulated Markets. 2012 Jacobs R. et al. Funding of mental health services: Do available data support episodic payment? UK: centre for health economics, 2016. Cucciare, MA. O'Donohue, W. Predicting future healthcare costs: how well does risk-adjustment work? J Health Organ Manag. 2006. Koh, H. T. Data mining applications in healthcare. Journal of Healthcare Information Management. 2011 Powers, CA. Meyr, CM. Roebuuck, MC. Vaziri, B. Predictive modeling of total healthcare costs using pharmacy claims data: a comparison of alternative econometric cost modelling techniques. Med Care. 2005. Cunningham, PJ. Predicting high-cost privately insured patients based on self-reported health and utilization data. AM J Manag Care. 2017.

S3.5

GGZ-instellingen leren samen van data in het compute visits datamodel

Prof.dr. Floortje Scheepers ^{p1} / Drs. Karin Hagoort ¹

P: Presenterende auteur / spreker

1. UMC Utrecht

Achtergrond

Er wordt veel gepraat over data in de zorg, het nieuwe goud. Maar wat kunnen we hier nu eigenlijk mee en hoe zorg je dat het werken met klinische data in de psychiatrie op een betrouwbare en repliceerbare manier gebeurt? Het Compute visits data consortium is opgezet om deze uitdagingen te onderzoeken met elkaar.

Doel

Het doel van deze presentatie is inzicht te geven in de belangrijkste aspecten in samenwerking tussen instellingen op het gebied van data analytics en de mogelijkheden die het compute visits datamodel hierin biedt.

Methoden

Het compute visits data consortium bestaat uit vier GGZ hubs. Zij werken met applied data analytics, bijvoorbeeld rond agressie en medicatie. De ene hub is hierin verder dan anderen. In het model wordt een predictiemodel dat in de ene hub is ontwikkeld, vervolgens als in een carousel in de tweede hub gevalideerd en gerepliceerd en daarna verder in de derde hub enzovoorts. Samenwerking vindt plaats door tooling, kennis, algoritmes en resultaten uit te wisselen. De data blijft binnen de eigen instelling.

Resultaten

In de sessie gaat het over het organiseren van samenwerking rond data-analytics over de instellingsgrenzen heen. De focus ligt op het innovatieve compute visits datamodel dat is ontwikkeld om privacy issues serieus te nemen en instellingen in staat te stellen veilig met elkaar samen te werken. In de presentatie doen we verslag van de eerste resultaten van een predictiemodel dat is ontwikkeld om agressie te voorspellen en dat is gerepliceerd in een van de hubs.

Conclusie

Om kennis uit data sneller de klinische praktijk te laten bereiken, is het essentieel dat GGZ-instellingen met elkaar samenwerken. Echter is het onderling uitwisselen van data vanuit privacy oogpunt lastig. In het compute visits datamodel werken GGZ-instellingen met elkaar samen aan data analytics door tooling, kennis en algoritmes uit te wisselen maar zonder data te delen. Modellen worden ontwikkeld in de ene instelling en gevalideerd en gerepliceerd in de andere instellingen. Zo brengen we een versnelling aan in de kennisverspreiding tussen instellingen.

Literatuurverwijzing

Vincent Menger, Floor Scheepers, Marco Spruit (2018). Comparing deep learning and classical machine learning approaches for predicting inpatient violence incidents from clinical text. vol. 8, issue 6. Applied Sciences (Switzerland) . M. Mostert, B.M.Koomen, J.J.M.van Delden, A.L.Bredenoord (2018). Privacy in Big Data psychiatric and behavioural research: A multiple-case study. International Journal of Law and Psychiatry. Volume 60, September–October 2018, Pages 40-44.

S4 Global Mental Health

Global Mental Health is de discipline die zich wereldwijd bezig houdt met populaties die onvoldoende toegang hebben tot effectieve psychische en psychosociale zorg. Dit symposium omvat eerst onderzoekspresentaties over *de stand van zaken met betrekking tot community-based mental health services in Europa, en *de langere termijn invloed van ernstige complicaties tijdens de zwangerschap, bevalling of kraambed op de maternale mentale gezondheid in Zanzibar, Tanzania. Vervolgens worden effectstudies besproken m.b.t. *interventies die bijdragen aan de beschikbaarheid van zorg in midden- en lage inkomenslanden (India, Pakistan, Kenya, Uganda); *online therapie met ondersteuning door leken bij depressie in Indonesië; en *een training in Psychological First Aid aan gezondheidswerkers in Sierra Leone.

S4.1

Methoden ter overbrugging van de 'mental health gap'

Dr. Pim Scholte ^{p1}

P: Presenterende auteur / spreker

1. Equator Foundation & AMC

Achtergrond

Naar schatting van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) lijden wereldwijd 450 miljoen mensen aan een psychische aandoening. Miljoenen hebben echter geen toegang tot zorg, vooral in midden- en lage inkomenslanden, onder meer dankzij een tekort aan professionals en materiële middelen t.o.v. de noden. Deze kloof wordt aangeduid als 'mental health gap', en heeft geleid tot lancering van het 'mental health Gap Action Programme' (mhGAP) door de WHO in 2008. In deze presentatie worden ontwikkelde methodieken en desbetreffende effectstudies besproken, gericht op het in lijn met mhGAP vergroten van de beschikbaarheid van zorg.

Doel

Ontwikkelen en vaststellen van de effectiviteit van werkwijzen die de beschikbaarheid van psychische en psychosociale zorg vergroten.

Methoden

'Task sharing' is een werkwijze waarbij een beperkte hoeveelheid vakkennis en vaardigheden, en de toepassing daarvan, wordt overgedragen aan lager opgeleide gezondheidswerkers. 'Low-intensity, transdiagnostic interventions' hanteren een dimensionele, diagnoseoverstijgende benadering, en worden via relatief eenvoudige technieken in een beperkt aantal zittingen individueel of groepsgewijs aangeboden. Met 'E-mental health' wordt een in principe onbeperkt aantal mensen bereikt via online interventies. Alle drie genoemde werkwijzen zijn in verschillende uitwerkingen en locaties toegepast en onderzocht.

Resultaten

RCT's hebben de effectiviteit aangetoond van interventies via 'task sharing', zoals groeps-IPT voor depressie (Uganda) en een op CGT gebaseerde methode voor depressie en angst (Pakistan, India). De effectiviteit van 'low-intensity transdiagnostic interventions' is aangetoond in Pakistan and Kenya (Problem Management Plus), en wordt momenteel onderzocht in Uganda (Self Help Plus). Een online interventie voor depressie (GAF-ID) bleek effectief te zijn bij een RCT in Indonesië.

Conclusie

Interventies die bijdragen aan de beschikbaarheid van psychische en psychosociale hulp in midden- en lage inkomenslanden zijn volop in ontwikkeling, en de bevindingen bij effectstudies zijn hoopgevend.

Literatuurverwijzing

- WHO (2008). Mental Health Gap Action Programme: scaling up care for mental, neurological and substance use disorders. Geneva: WHO. http://www.who.int/mental_health/evidence/mhGAP/en
- Bolton P, Bass J, Neugebauer R, Verdelli H, et al. (2003). Group interpersonal psychotherapy for depression in rural Uganda: a randomized controlled trial. *JAMA* 289:3117–24.
- Patel V, Weiss HA, Chowdhary N, Naik S, et al. (2011). Lay health worker led intervention for depressive and anxiety disorders in India: impact on clinical and disability outcomes over 12 months. *Br J Psychiatry* 199:459–66.
- Rahman A, Malik A, Sikander S, Roberts C, Creed F (2008). Cognitive behaviour therapy-based intervention by community health workers for mothers with depression and their infants in rural Pakistan: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 372:902–9.
- Bryant RA, Schafer A, Dawson KS, Anjuri D, et al. (2017). Effectiveness of a brief behavioural intervention on psychological distress among women with a history of gender-based violence in urban Kenya: A randomised clinical trial. *PLoS Med.* Aug 15;14(8):e1002371.
- Rahman A, Riaz N, Dawson KS, Usman Hamdani S, et al. (2016). Problem Management Plus (PM+): pilot trial of a WHO transdiagnostic psychological intervention in conflict-affected Pakistan. *World Psychiatry* Jun;15(2):182-3.
- Brown FL, Carswell K, Augustinavicius J, Adaku A (2018). Self Help Plus: study protocol for a cluster-randomised controlled trial of guided self-help with South Sudanese refugee women in Uganda. *Glob Ment Health (Camb.)* Aug 13;5:e27.

S4.2

Gecontroleerde evaluatie van Psychological First Aid (PFA)

Drs. Leontien Ruttenberg ^{p1}

P: Presenterende auteur / spreker

1. War Trauma Foundation

Achtergrond

Wereldwijd is er een sterke consensus dat Psychological First Aid (PFA) de interventie van keuze is in de onmiddellijke nasleep van trauma en rampen. Gecontroleerde evaluaties van de effecten van PFA-training ontbreken echter nog steeds.

Doel

Als een eerste stap om de bewijsvoering met betrekking tot PFA uit te breiden, hebben we een cluster-gerandomiseerde studie uitgevoerd om de effectiviteit van een ééndaagse PFA-training te evalueren met betrekking tot kennis en vaardigheden van PFA.

Methoden

De studie werd gedaan onder gezondheidsmedewerkers van peripheral healthcare units (PHU's) in Sierra Leone. Daarnaast hebben we onderzocht of de PFA-training de professionele kwaliteit van leven, de professionele houding en het zelfvertrouwen verbeterde tijdens de zorgverlening aan patiënten die recent werden blootgesteld aan adverse events. Een totaal van 133 PHU's in 6 districten in Sierra Leone werd benaderd voor deelname. PHU's werden gerandomiseerd over 2 groepen: 1. PFA (63 PHU's; 206 deelnemers) en 2. controle (70 PHU's; 202 deelnemers). Het behoud van kennis over de onderliggende principes en strategieën van PFA en over hoe deze toe te passen, werd beoordeeld bij baseline, post-PFA en 6 maanden follow-up met 17 meerkeuze examenvragen, vier open vragen en twee scenario's. Daarnaast werd bij alle contactmomenten professionele kwaliteit van leven, professionele houding en vertrouwen beoordeeld.

Resultaten

Lineaire gemengde modellenanalyse liet zien dat de toename in retentiescore tussen baseline en 6 maanden follow-up van de meerkeuze en open vragen groter was in de PFA-groep versus in de controleconditie ($p = .0001$). Bovendien toonden PFA-deelnemers een grotere toename in scores op de scenario's die de toepassing van PFA-kennis tussen baseline en 6 maanden follow-up toetsten ($p = 0,049$). Er werden geen significante verschillen gevonden tussen PFA en controle voor professionele kwaliteit van leven, professionele houding en vertrouwenscores.

Conclusie

Wij concluderen dat een PFA-training gehouden in een humanitaire context, bijvoorbeeld in een door Ebola getroffen Sierra Leone, de kennis over adequate psychosociale reacties op een patiënt die recent werd blootgesteld aan een schokkende gebeurtenis, zelfs tot 6 maanden, effectief verbetert. Implicaties voor een opschaling van PFA en toekomstige stappen om de effectiviteit van PFA te evalueren zullen worden besproken.

Literatuurverwijzing

1. Ruzek JIB, M.J.; Jacobs, A.K.; Layne, C.M.; Vernberg, E.M., & Watson. P.J. Psychological First Aid. *Journal of Mental Health Counseling* 2007; 29(1): 17-49.
2. WHO. Psychological first aid: Facilitator's manual for orienting field workers. Geneva: World Health Organization; 2013.
3. WHO. Psychological first aid; guide for field workers. Geneva, Switzerland: WHO, War Trauma Foundation and World Vision International, 2011.
4. Sijbrandij M, Olf M, Reitsma JB, Carlier IV, Gersons BP. Emotional or educational debriefing after psychological trauma. Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2006; 189: 150-5.
5. Rose S, Bisson J, Churchill R, Wessely S. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev* 2002; (2): CD000560.
6. IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva: IASC, 2007.
7. Bisson JIL, C. Systematic Review of Psychological First Aid. Commissioned by the World Health Organisation. . 2009.
8. Harris D, Wurie A, Baingana F, Sevalie S, Beynon F. Mental health nurses and disaster response in Sierra Leone. *Lancet Glob Health* 2018; 6(2): e146-e7.
9. Allen B, Brymer MJ, Steinberg AM, et al. Perceptions of psychological first aid among providers responding to Hurricanes Gustav and Ike. *J Trauma Stress* 2010; 23(4): 509-13.
10. McCabe OL, Everly GS, Jr., Brown LM, et al. Psychological first aid: a consensus-derived, empirically supported, competency-based training model. *Am J Public Health* 2014; 104(4): 621-8.
11. Forbes D, Lewis V, Varker T, et al. Psychological first aid following trauma: implementation and evaluation framework for high-risk organizations. *Psychiatry* 2011; 74(3): 224-39.
12. Diltjens T, Moonens I, Van Praet K, De Buck E, Vandekerckhove P. A systematic literature search on psychological first aid: lack of evidence to develop guidelines. *PLoS One* 2014; 9(12): e114714.
13. Lee JS, You S, Choi YK, Youn HY, Shin HS. A preliminary evaluation of the training effects of a didactic and simulation-based psychological first aid program in students and school counselors in South Korea. *PLoS One* 2017; 12(7): e0181271.
14. WHO. Ebola virus disease. Key facts. 2018. <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ebola-virus-disease> (accessed July 27 2018).
15. Muller KE, Edwards LJ, Simpson SL, Taylor DJ. Statistical tests with accurate size and power for balanced linear mixed models. *Stat Med* 2007; 26(19): 3639-60.
16. Stamm BH. *The Concise ProQOL Manual*, 2nd Edition. Pocatello: ProQOL.org; 2010.
17. Hunsaker S, Chen HC, Maughan D, Heaston S. Factors that influence the development of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in emergency department nurses. *J Nurs Scholarsh* 2015; 47(2): 186-94.

S4.3

Maternale geestelijke gezondheid: lange termijn impact van ernstige obstetrische complicaties in Zanzibar, Tanzania – voorlopige bevindingen

MD Rembrant Aarts ¹ / MD Tanneke Herklots ^{2,3} / MD Susanne Horn ⁴ / MD, PhD Benoit Jacod ⁵

P: Presenterende auteur / spreker

1. Arq Psychotrauma Expert Groep
2. Afdeling Obstetrie & Gynaecologie, Mnazi Mmoja Hospital, Zanzibar, Tanzania
3. Divisie Vrouw & Baby, UMC Utrecht, Nederland
4. Divisie Hersenen, UMC Utrecht, Nederland
5. Afdeling Obstetrie & Gynaecologie, Radboudumc, Nijmegen, Nederland

Achtergrond

Ondanks een wereldwijde daling van maternale mortaliteit in de laatste 30 jaar, blijft in lage inkomenslanden de toegang tot veilige en hoge kwaliteit obstetrische en postpartum zorg beperkt (Ronsmans, Graham, & Lancet Maternal Survival Series steering, 2006). Een significant aantal vrouwen in de vruchtbare levensjaren maakt ernstige obstetrische complicaties door. Naast mogelijke somatische gevolgen, kunnen deze complicaties een langdurig en grote impact hebben vanwege de psychische en/of sociale gevolgen. Een vrouw die, tijdens zwangerschap, bevalling of kraambed, een levensbedreigende complicatie doormaakt en overleefd is een zogeheten 'maternale near-miss' (Pattinson et al., 2009). Perinatale psychische problemen komen in lage inkomenslanden veel voor (Fisher et al., 2012). De impact van een maternale near-miss complicatie op de geestelijke gezondheid is slecht onderzocht.

Doel

Het in kaart brengen van de lange termijneffecten van een maternal near-miss op de geestelijke gezondheid van moeder, met name depressie en posttraumatische stress stoornis.

Methoden

Een prospectief case-control-onderzoek met een follow up bij drie, zes en twaalf maanden op Zanzibar in Tanzania. Inclusie vindt plaats middels de maternale near-miss criteria van de Wereldgezondheidsorganisatie van april 2017 t/m maart 2018. Depressieve symptomen worden gemeten middels de Patient Health Questionnaire-9 en de posttraumatische stress symptomen middels de Harvard Trauma Questionnaire-16. Dit onderzoek is onderdeel van een breder onderzoek naar verschillende dimensies van welzijn in deze groep vrouwen.

Resultaten

Voorlopige resultaten worden gepresenteerd. Tot september 2018 zijn metingen gedaan na 3, 6 en 12 maanden bij respectievelijk 218 (117 near-misses, 101 controles), 132 (63 near-misses, 69 controles) en 45 (24 near-misses, 21 controles) participanten. Er waren tekenen van minstens milde depressie in beide groepen, en significant vaker bij near-misses dan controles, respectievelijk 47.0% en 33.7% bij 3 maanden ($p < 0.000001$); 39.7% en 31.9% bij 6 maanden ($p = 0.0001$); 45.8% en 38.1% bij 12 maanden ($p = 0.0002$). Geen klinisch significante symptomen van een posttraumatisch stressyndroom werden geïdentificeerd.

Conclusie

Het aantal vrouwen in deze setting dat lijdt aan postpartum depressie is groot, en significant groter in het geval de vrouw een levensbedreigende maternale complicatie heeft overleefd. Verdiepend, kwalitatief, onderzoek naar de perceptie van de vrouwen en gezondheidszorgmedewerkers, alsmede naar preventieve en therapeutische mogelijkheden binnen en buiten het huidige gezondheidszorgssysteem in Zanzibar is nodig. Er bestaat een onvervulde behoefte aan mentale gezondheidszorg waar deze vrouwen recht op hebben.

Literatuurverwijzing

- Fisher, J., Cabral de Mello, M., Patel, V., Rahman, A., Tran, T., Holton, S., & Holmes, W. (2012). Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bull World Health Organ*, 90(2), 139G-149G.
- Pattinson, R., Say, L., Souza, J. P., Broek, N., Rooney, C., Mortality, W. H. O. W. G. o. M., & Morbidity, C. (2009). WHO maternal death and near-miss classifications. *Bull World Health Organ*, 87(10), 734.
- Ronsmans, C., Graham, W. J., & Lancet Maternal Survival Series steering, g. (2006). Maternal mortality: who, when, where, and why. *Lancet*, 368(9542), 1189-1200.

S4.4

Minimale interventies in lage en midden inkomenslanden: de potentie van online interventies

MSc Petra Schaftenaar ^{p1} / MD Ivo van Outheden

Prof Claudi Bockting ^{p1}

P: Presenterende auteur / spreker

1. Amsterdam UMC, locatie AMC

Achtergrond

Depressie is een veel voorkomende psychische aandoening en de belangrijkste oorzaak van de mondiale ziektelast. De aandoening blijft vaak onbehandeld, vooral in landen met een laag- of middeninkomen ('Low and Middle Income Countries' of LMICs). Dit komt voornamelijk door de beperkte beschikbaarheid van diensten voor geestelijke gezondheidszorg (mental health gap).

Doel

Onderzoeken of online therapie en begeleiding door getrainde 'leken' de mental health gap kan verminderen.

Methoden

De resultaten van een randomised controlled trial naar depressie in Indonesië zal worden gepresenteerd (n=313, Arjadi et al., 2018). De effectiviteit van online gedragsactivatie met ondersteuning van 'getrainde leken' (Guided Act en Feel Indonesia [GAF-ID]) werd vergeleken met online minimale psycho-educatie zonder ondersteuning (PE). Deelnemers van de studie hadden een PHQ score van 10 of hoger (Patient Health Questionnaire; PHQ-9) en voldeden aan criteria voor een depressieve stoornis (SCID-5). De primaire uitkomstmaat was de score op de PHQ-9 op tien weken (intention-to-treat).

Resultaten

Deelnemers in de GAF-ID-groep hadden na tien weken een lagere PHQ-9-score in vergelijking met de PE-groep (1,26 punten; 95% CI -2,29 tot -0,23, p = 0,017), hebben een 50% hogere kans op remissie na 10 weken (RR 1,50, 95% CI 1,19 tot 1,88, p <0,0001) met een 'number needed to treat' van 4.6. De effectgrootte bleef behouden over minimaal 6 maanden.

Conclusie

Begeleide online interventies lijken effectief en haalbaar in Indonesië. Implicaties voor de behandeling van psychische aandoeningen in LMIC's landen, maar ook in hoge inkomenslanden zal worden besproken.

Literatuurverwijzing

Arjadi, R., Nauta, M. H., Scholte, W. F., Hollon, S. D., Chowdhary, N., Suryani, A. O., Uiterwaal, C. S. P. M., Bockting, C. L. H. (2018). Internet-based behavioural activation for depression with lay counsellor support: a randomised clinical trial in Indonesia. *Lancet Psychiatry* Sep;5(9):707-716.

S4.5

Community mental health vanuit een internationaal perspectief: zorg en begeleiding ín en mét de gemeenschap

Dr. René Keet ^{p1,2}

P: Presenterende auteur / spreker

1. GGZ NHN
2. the European Community Mental Health Service providers network (EuCoMS)

Achtergrond

Deinstitutionalisering en ontwikkeling van community mental health, (gemeenschapsgerichte zorg) zijn de doelstellingen van het geestelijke gezondheidsbeleid voor meer dan de helft van de EU-landen.

Doel

In kaart brengen van krachten en zwaktes van community mental health binnen Europa. Op basis hiervan principes vaststellen voor de ontwikkeling.

Methoden

- Een enquête onder de lidstaten van de EU
- Een literatuuroverzicht

Resultaten

Hervormingen van de geestelijke gezondheidsdiensten hebben bijgedragen aan de vooruitgang van de geestelijke gezondheidszorg in veel EU-landen. Er zijn verbeteringen in de levensomstandigheden in psychiatrische ziekenhuizen, de ontwikkeling van psychosociale zorg, de bescherming van de mensenrechten en de deelname van gebruikers en gezinnen aan beleid. Ondanks deze vooruitgang zijn community-based services in de meeste landen te laat en onvolledig ingevoerd. De minst ontwikkelde diensten zijn de eerstelijns zorg, gevolgd door thuisbehandeling, rehabilitatie, mobiele teams, e-health en zelfhulp en andere gebruikersgroepen.

Conclusie

De grootste belemmeringen zijn lage politieke prioriteit en ontoereikende financiering. Dit wordt gevolgd door het gebrek aan consensus en samenwerking tussen belanghebbenden in gezondheids- en sociale sectoren, en onvoldoende integratie in de eerstelijnsgezondheidszorg. Faciliterende factoren zijn onder meer de deelname van gebruikers en gezinnen en NGO's, sterke overheidssteun, goed leiderschap en goed bestuur. De zes beginselen van het netwerk van European Community Mental health Service providers (EUCOMS) helpen bij het bereiken van overeenstemming tussen de verschillende belanghebbenden: 1 mensenrechten, 2 publieke gezondheid 3 herstel 4 effectiviteit 5 community netwerk 6 inzet van ervaringsdeskundigheid

Literatuurverwijzing

- 1 Killaspy, H., McPherson, P., Samele, C., Keet, R., & Caldas de Almeida, J. (2018). Providing community based mental health services. Retrieved: https://ec.europa.eu/health/non_communicable_diseases/mental_health/eu_compass_en
- 2 Recovery for all in the community. The EUCOMS consensus document. Available online: <https://assets-sites.trimbos.nl/docs/5bdc3fde-00c3-4383-978f-1dcb94f4d858.pdf>
- 3 Conventions on the rights of persons with disabilities. Available online: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>

S5 Mindfulness-based interventies in de klinische praktijk: routine outcome monitoring data en werkingsmechanismen

Mindfulness Based Interventies (MBIs) blijken steeds vaker effectief als behandeling van verschillende psychiatrische aandoeningen, maar data over zowel de werkingsmechanismen als de effectiviteit van MBIs in de klinische praktijk ontbreken. Door middel van state-of-the-art data beogen we in dit symposium tot meer gerichte indicatiestelling te komen voor MBIs in de klinische praktijk. Dit symposium gaat in op vragen als: Werkt mindfulness-based cognitieve therapie (MBCT) ook in de klinische praktijk? Voor welke patiënt werkt MBCT wel, voor welke patiënt niet? Wat is het werkingsmechanisme van MBCT bij depressie, ADHD of als behandeling bij kanker? Deze, en andere vragen zullen worden beantwoord aan de hand van data van ongeveer 1000 patiënten die vanaf 2012 MBCT hebben gevolgd op onze afdeling, door data uit mediatieanalyses uit verschillende onderzoeken naar de effectiviteit van MBCT bij depressie, ADHD, kanker en door data uit cognitieve taken voor en na MBCT bij patiënten met ADHD.

S5.1

De effectiviteit van Mindfulness Cognitieve Therapie in de klinische praktijk: evidentie vanuit routine outcome monitoring data

MSc. Félix Compen ¹ / dr. Dirk Geurts ¹ / Prof. dr. Anne Speckens ¹

P: Presenterende auteur / spreker

1. Radboudumc Psychiatrie Centrum voor Mindfulness, Nijmegen

Achtergrond

Mindfulness Based Cognitieve Therapie (MBCT) is sinds enkele jaren opgenomen in de multi-disciplinaire richtlijn als relapse preventie strategie voor patiënten met recidiverende depressie. Inmiddels is er voor veel andere psychiatrische indicaties evidentie voor de efficacy van mindfulness-based interventies (Goldberg et al 2018), maar deze evidentie is veelal beperkt tot onderzoeksstudies in gecontroleerde settings. Data over de effectiviteit van mindfulness-based interventies in de klinische praktijk ontbreekt.

Doel

Het doel van dit onderzoek is om vast te stellen wat het behandelresultaat is van MBCT bij patiënten met verschillende psychiatrische diagnoses (met name stemmings-, angst- en somatoforme stoornissen en ADHD) die de interventie in de klinische praktijk aangeboden krijgen.

Methoden

De onderzoekspopulatie bestaat uit patiënten die MBCT kregen op het Radboudumc Centrum voor Mindfulness tussen juli 2012 en mei 2018. Als onderdeel van de Routine Outcome Monitoring kregen patiënten voor en na de MBCT vragenlijsten voorgelegd over depressieve symptomen, piekeren, mindfulness vaardigheden, zelf-compassie en welzijn. Daarnaast zijn demografische (bijv. leeftijd en werkstatus) en klinische (bijv. psychofarmacagebruik en psychiatrische comorbiditeit) variabelen beschikbaar vanuit het elektronisch patiëntendossier. We zullen ingaan op verschillen tussen verschillende subgroepen op deze vragenlijsten.

Resultaten

De resultaten zijn bij het schrijven van dit abstract nog niet bekend omdat de auteurs nog bezig zijn met de dataverwerking. We verwachten rond februari 2019 de resultaten van MBCT te kunnen laten zien van ongeveer 1000 patiënten met verschillende psychiatrische diagnoses. Daarbij zullen we ook ingaan op effecten van verschillende demografische- en klinische variabelen op de effectiviteit van de interventie.

Conclusie

Uit deze studie naar de effectiviteit van MBCT in de klinische praktijk zal blijken of het behandelresultaat in een klinische onder doet voor het behandelresultaat wat wordt gevonden in gecontroleerde onderzoeksettings. Deze klinisch zeer relevante studie is daarnaast mogelijk een belangrijke eerste aanzet voor specifiekere indicatiestelling voor mindfulness-based interventies in de klinische praktijk.

Literatuurverwijzing

Goldberg, S.B., et al., Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 2018. 59: p. 52-60.

S5.2

De veiligheid en effectiviteit van Mindfulness-based Cognitieve Therapie voor patiënten met bipolaire stoornis: evidentie vanuit ROM

MSc. Imke Hanssen ^{p1} / MSc. Félix Compen ¹ / Dr. Dirk Geurts ¹ / MD Isa van Dord ^{1,2} /
Dr. Melanie Schellekens ³ / Prof. dr. Anne Speckens ¹

P: Presenterende auteur / spreker

1. Radboudumc Psychiatrie Centrum voor Mindfulness, Nijmegen
2. Albert Schweitzer ziekenhuis, Dordrecht
3. Helen Dowling Instituut, Bilthoven

Achtergrond

Mindfulness Based Cognitieve Therapie (MBCT) is sinds enkele jaren opgenomen in de multi-disciplinaire richtlijn als relapse preventie strategie voor patiënten met recidiverende depressie. Ondanks het feit dat er weinig bekend is over de effectiviteit van MBCT bij patiënten met een bipolaire stoornis, wordt het in de klinische praktijk incidenteel wel aangeboden. Uit eerder onderzoek in de klinische praktijk lijkt het behandelresultaat in deze groep minder goed dan bij patiënten met andere diagnoses (Bos et al., 2014).

Doel

Het doel van dit onderzoek was te bekijken of het behandelresultaat bij patiënten met een bipolaire stoornis die in de klinische praktijk MBCT aangeboden krijgen, slechter is dan bij patiënten met een unipolaire depressieve stoornis.

Methoden

De onderzoekspopulatie bestaat uit enerzijds patiënten met een bipolaire stoornis (N=30), anderzijds patiënten met een unipolaire depressieve stoornis (N=501), die MBCT kregen op het Radboudumc Centrum voor Mindfulness tussen juli 2012 en juni 2016. Als onderdeel van de Routine Outcome Monitoring kregen patiënten voor en na de MBCT vragenlijsten voorgelegd over depressieve symptomen, piekeren, mindfulness vaardigheden, zelf-compassie en welzijn.

Resultaten

In tegenstelling tot de bevindingen uit de literatuur, resulteerde MBCT in zowel de patiënten met een bipolaire stoornis als in diegenen met een unipolaire depressie in een middelmatige tot grote vermindering in depressieve symptomen en piekeren en verbeteringen in mindfulness vaardigheden, zelf-compassie en welzijn.

Conclusie

Uit deze studie naar de effectiviteit van MBCT in de klinische praktijk blijkt dat het behandelresultaat patiënten met een bipolaire stoornis niet onder lijkt te doen voor dat bij patiënten met een unipolaire depressieve stoornis. Op grond hiervan is het veilig om een adequaat gepowerde gerandomiseerde trial op te zetten om de effectiviteit van MBCT in deze doelgroep goed te evalueren.

Literatuurverwijzing

Bos EH, Merea R, van den Brink E, Sanderman R, Bartels-Velthuis AA. Mindfulness training in a heterogeneous psychiatric sample: outcome evaluation and comparison of different diagnostic groups. *J Clin Psychol* 2013; 70: 60-71.

S5.3

Dynamische veranderingen van mindfulness en affect tijdens MBCT bij recidiverende depressie: autoregressive latent trajectory models

MSc. Marleen ter Avest¹ / dr. Corina Greven² / dr. Tom Wilderjans³ / dr. Marloes Huijbers¹ / Prof. dr. Anne Speckens¹ / Prof. dr. Philip Spinhoven³

P: Presenterende auteur / spreker

1. Radboudumc Psychiatrie Centrum voor Mindfulness, Nijmegen
2. Donders Institute for Brain, Cognition and Behaviour, Nijmegen
3. Leiden University Institute of Psychology

Achtergrond

In de afgelopen jaren is er steeds meer evidence gekomen voor het toepassen van Mindfulness Based Interventies (MBIs) bij verschillende populaties. Over het mogelijke werkingsmechanisme van mindfulness is echter nog veel minder bekend.

Doel

Dit onderzoek richt zich op het in kaart brengen van de wekelijkse veranderingen en interacties tussen mindful awareness en positief/negatief affect gedurende een cursus Mindfulness Based Cognitieve Therapie (MBCT) bij mensen met recidiverende depressie.

Methoden

Het betreft een secundaire analyse van de data van twee multi-centre gerandomiseerde onderzoeken naar MBCT al dan niet in combinatie met antidepressieve medicatie bij 282 patiënten met recidiverende depressie (Huijbers et al., 2012). De latente structuur, autoregressieve en cross-lagged effecten werden bestudeerd met Autoregressieve Latent Trajectory (ALT) modellen.

Resultaten

Uit het model met betrekking tot positief affect, kwam naar voren dat mindfulness en positief affect beiden in de loop van de MBCT toenamen en dat deze toenamen ook met elkaar samen hingen. Negatief affect laat een dynamischer afnemend beloop zien. Uit het model over negatief affect bleek dat een hoger algemeen niveau van negatief affect geassocieerd was met een minder snelle van mindful awareness gedurende de MBCT.

Conclusie

Er lijkt een rol weggelegd voor de toename van positief affect in de werking van MBCT voor recidiverende depressie. Metingen met kortere intervallen, zoals experience sampling methodology, zouden een nog gedetailleerder beeld kunnen geven van de dynamische processen tijdens MBCT.

Literatuurverwijzing

Huijbers et al. (2016). Discontinuation of antidepressant medication after mindfulness-based cognitive therapy for recurrent depression: randomised controlled non-inferiority trial. *Br J Psychiatry* 2016; 208: 366-73.

S5.4

Dynamische veranderingen van mindfulness en affect tijdens Mindfulness-Based Cognitieve therapie bij kanker: autoregressive latent trajectory models

MSc. Linda Cillessen ¹ / dr. Monique van de Ven ² / MSc. Félix Compen ¹ / MD Else Bisseling ^{3,1,4} / dr. Marije van der Lee ⁴ / Prof. dr. Anne Speckens ¹

P: Presenterende auteur / spreker

1. Radboudumc Psychiatrie Centrum voor Mindfulness, Nijmegen
2. Radboud Universiteit, Orthopedagogiek, Nijmegen
3. Catherina Wilhelmina Ziekenhuis, Nijmegen
4. Helen Dowling Instituut, Bilthoven

Achtergrond

In de afgelopen jaren is er steeds meer evidence gekomen voor het toepassen van Mindfulness Based Interventies (MBIs) bij verschillende populaties. Over het mogelijke werkingsmechanisme van mindfulness is echter nog veel minder bekend.

Doel

Dit onderzoek richt zich op het in kaart brengen van de wekelijkse veranderingen en interacties tussen mindfulness en positief/negatief affect gedurende een cursus Mindfulness Based Cognitieve Therapie (MBCT) bij kankerpatiënten.

Methoden

Het betreft een secundaire analyse van de data van een multi-centre gerandomiseerd onderzoek naar face-to-face en online therapist assisted MBCT versus een wachtlist controle conditie bij 245 kankerpatiënten met klachten van angst en depressie (Compen et al., 2018). De latente structuur, autoregressive en cross-lagged effecten werden bestudeerd met Autoregressive Latent Trajectory (ALT) modellen.

Resultaten

Uit het model over positief affect kwam naar voren dat mindfulness en positief affect in de loop van de MBCT toenamen, waarbij er sprake was van significante en positieve slope factoren. De intercepts en slopes waren echter niet aan elkaar gerelateerd. Uit het model over negatief affect bleek een significante afname in de loop van de MBCT.

Conclusie

Een hogere mate van mindfulness en minder negatief affect aan het begin bleek gerelateerd te zijn aan sterkere afname van negatief affect gedurende de interventie. Metingen met kortere intervallen, zoals experience sampling methodology, zouden een nog gedetailleerder beeld kunnen geven van de dynamische processen tijdens een MBCT cursus.

Literatuurverwijzing

Compen, F., Bisseling, E., Schellekens, M., Donders, R., Carlson, L., van der Lee, M., & Speckens, A. (2018). Face-to-Face and Internet-Based Mindfulness-Based Cognitive Therapy Compared With Treatment as Usual in Reducing Psychological Distress in Patients With Cancer: A Multicenter Randomized Controlled Trial. *Journal of clinical oncology, JCO*. 2017.2076. 5669.

S5.5

Effecten van mindfulness based cognitieve therapie op gedragscontrole en flexibiliteit van werkgeheugen in patiënten met ADHD

dr. Dirk Geurts^{1,2} / dr. Hanneke den Ouden² / MSc. Monja Froböse² / MSc. Lotte Janssen¹ / MSc. Jennifer Swart² / Prof. dr. Roshan Cools²

P: Presenterende auteur / spreker

1. Radboudumc Psychiatrie Centrum voor Mindfulness, Nijmegen
2. Donders Institute for Brain, Cognition and Behaviour, Nijmegen

Achtergrond

Mindfulness based cognitive therapy (MBCT) laat positieve effecten zien bij een grote variëteit aan psychiatrische aandoeningen. De neurocognitieve mechanismes die hieraan ten grondslag liggen zijn nog grotendeels onbekend. In dit onderzoek bekeken we verschillende aspecten van het effect van MBCT op cognitieve gedragstaken bij volwassenen met ADHD.

Doel

Ons doel was om te onderzoeken of MBCT in ADHD-patiënten (1) de flexibiliteit of juist de stabiliteit van werkgeheugen verandert en (2) of MBCT instrumentele controle over gedrag versterkt t.o.v. positieve en negatieve motivationele Pavloviaanse invloeden.

Methoden

In het kader van een multicenter gerandomiseerde klinische trial, gericht op het klinische effect van MBCT op ADHD, onderzochten wij 50 volwassen ADHD-patiënten voor en na 8 weken treatment as usual (TAU) in combinatie met of zonder MBCT. We namen onder meer twee taken af: (1) Een delay match-to-sample werkgeheugen taak, waarbij gemeten werd hoe goed patiënten in het werkgeheugen opgeslagen informatie konden onthouden (neutrale conditie), konden updaten (update-conditie) en hoe goed die informatie bestand was tegen afleiding (negeer-conditie). (2) Een Pavloviaans Instrumentele transfer (PIT) taak waarbij gemeten werd hoe sterk doelgerichte/instrumentele acties geactiveerd worden door positieve (i.e. positieve PIT) en geremd worden door negatieve (i.e. negatieve PIT) Pavloviaans geconditioneerde stimuli (CS).

Resultaten

Zoals verwacht, was accuratesse op de werkgeheugen taak gerelateerd aan baseline ADHD symptomatologie. Interpretatie van het effect van MBCT op de neutrale en negeer-conditie werd bemoeilijkt door groepsverschillen op baseline. Dit gold niet voor de update-conditie, waarbinnen de TAU+MBCT groep, een sterkere toename van taak-relevante updates liet zien dan de TAU groep. Resultaten van de PIT taak lieten zien dat ADHD-patiënten die gekenmerkt werden door hyperactiviteit en impulsiviteit geen negatieve PIT (i.e. remming) lieten zien. Bovendien vonden we dat de remmende invloed van negatieve, maar niet van positieve, Pavloviaanse CS op instrumenteel gedrag versterkt werd door MBCT.

Conclusie

De data suggereren onder andere dat (1) MBCT het flexibel updaten van werkgeheugen mogelijk bevordert en (2a) dat aversieve Pavloviaanse remming gerelateerd is aan hyperactiviteit/impulsiviteit en (2b) dat deze remming door MBCT mogelijk versterkt wordt. Implicaties van deze bevindingen voor ons begrip van de mogelijke transdiagnostische werkingsmechanismen van MBCT zullen besproken worden.

Literatuurverwijzing

Janssen, L., Kan, C. C., Carpentier, P. J., Sizoo, B., Hepark, S., Schellekens, M. P., ... & Speckens, A. E. (2018). Mindfulness-based cognitive therapy v. treatment as usual in adults with ADHD: a multicentre, single-blind, randomised controlled trial. *Psychological medicine*, 1-11.

WORKSHOPS

W1 Renale bijwerkingen bij chronisch lithiumgebruik: evidentie en besluitvorming

MD Alexandra Beunders ^{p1} / Prof. dr. Ralph Kupka ^{1,2,3} / MD PhD Annemieke Dols ^{1,2} / MD PhD Eline Regeer ³

P: Workshopleiders

1. GGZ inGeest
2. Amsterdam UMC, locatie VUmc
3. Altrecht GGZ

Inhoud (wat)

Lithium is het middel van eerste keus bij medicamenteuze behandeling van de bipolaire stoornis. Het gebruik van deze stemmingsstabilisator wordt dan ook aangeraden door alle belangrijke internationale richtlijnen. Lithium is niet alleen het meest effectief als onderhoudsbehandeling ter preventie van depressieve of (hypo)manische episoden, het wordt ook gebruikt in de behandeling van een acute manie of bipolaire depressie, waarbij het vaak gecombineerd wordt met andere middelen. Daarnaast vermindert lithium het risico op suicide bij bipolaire stoornis en heeft het mogelijk een neuroprotectief effect. Langdurig lithiumgebruik kan echter invloed hebben op de nierfunctie en deze renale bijwerkingen roepen vragen op over welk beleid gevoerd moet worden met betrekking tot het lithium gebruik. Moet een patiënt met een progressieve nierinsufficiëntie stoppen met lithium? En zo ja, wanneer? En zou aan een patiënt met late-onset bipolaire stoornis en een bestaande nierinsufficiëntie lithium als onderhoudsbehandeling overwogen moeten worden? Wat is het beleid bij een 30-jarige vrouw die geen stemmingsepisoden meer heeft gehad sinds start van het lithium maar bij wie de nierfunctie gestaag achteruitgaat? Wat zijn hierbij de afwegingen? Deze workshop bespreekt de huidige kennis over renale bijwerkingen bij chronisch lithiumgebruik. Sinds het verschijnen de huidige richtlijn 'Renale bijwerkingen chronisch lithiumgebruik' in 2013 zijn meerdere studies verschenen over het langetermijneffect van lithiumgebruik op de nieren. Een update was dus op zijn plaats. Recent publiceerden wij hierover in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (Beunders et al 2018). In deze workshop komen verschillende soorten lithium-geïnduceerde nieraandoeningen aan bod, met een focus op renale diabetes insipidus en chronische nierinsufficiëntie. Hierbij zal worden ingegaan op etiologie, prevalentie, diagnostiek en behandeling. Vervolgens wordt de huidige richtlijn onder de loep genomen. Aan de hand van een aantal klinische dilemma's bij patiënten met verschillende leeftijden zal een discussie volgen over mogelijk toekomstig beleid rondom renale bijwerkingen bij lithiumgebruik. Deelnemers zijn uitgenodigd zelf ook casuïstiek in te brengen.

Vorm (hoe)

- uitgangsquiz met multiplechoicevragen (individueel)
- presentatie door de workshopleiders over de huidige stand van zaken
- groepsdiscussie over de klinische dilemma's en mogelijk toekomstig beleid

Leerdoelen

- De deelnemer kent de indicaties en richtlijn voor starten met lithium
- De deelnemer kan farmacologische begrippen als therapeutische breedte, biologische beschikbaarheid, farmacokinetiek en farmacodynamiek m.b.t. de klinische praktijk hanteren en kent de belangrijkste medicamenten die kunnen interacteren met lithium
- De deelnemer kent de noodzakelijke (somatische) controles bij lithium.
- De deelnemer kent de evidentie van bijwerkingen van lithium op de nieren op de lange termijn
- De deelnemer kent de huidige richtlijn voor stoppen met lithium vanwege renale bijwerkingen
- De deelnemer kan gedeelde besluitvorming toepassen in de klinische praktijk, met betrekking tot acute en chronische nierziekten

Literatuurverwijzing

Beunders AJM, Hillegers MHJ, Regeer EJ, Vervloet MG, Gaillard CAJM en Dols A. Nierschade bij lithiumgebruik: stoppen of doorgaan? Ned Tijdschr Geneeskd. 2018;162:D2683.

W2 Het psychiatrisch onderzoek: kerncompetentie van de psychiater!

Dr. Desiree Oosterbaan ¹ / em.prof.dr Michiel Hengeveld ² / dr Joeri Tijdink ³

P: Workshopleiders

1. radboudumc/mentaal beter
2. Praktijk Hengeveld e.a.
3. VUmc

Inhoud (wat)

Het kunnen vaststellen van de psychiatrische symptomen van een patiënt is één van de hoofdpijlers van de psychiatrische diagnostiek en een kerncompetentie van de psychiater. Een goed onderzoek van de status mentalis draagt bij aan een gepersonaliseerde benadering van de patiënt en verbetert de kwaliteit van DSM-gestuurde diagnostiek. Een uitdaging voor de toekomst is om psychiatrische diagnostiek niet te laten vervallen tot het afnemen van simpele afkruislijstjes met DSM-criteria. Ook bij gestructureerde vormen van diagnostiek wordt benadrukt dat men altijd het klinisch oordeel mee moet wegen. Voor een goed klinisch oordeel is een juiste interpretatie en weging van de symptomen van de patiënt essentieel. Het zojuist verschenen Handboek psychiatrisch onderzoek biedt de clinicus handvatten om de kwaliteit van het door hem/haar uitgevoerde status mentalis onderzoek te vergroten. In deze workshop wordt aan de hand van videofragmenten geoefend met aspecten uit de status mentalis en stilgestaan bij de interpretatie van een divers scala aan symptomen. In verband met het vertonen van privacygevoelig materiaal staat deze workshop alleen open voor deelnemers met een BIG-registratie.

Vorm (hoe)

Interactieve workshop

Leerdoelen

De deelnemer is in staat tot het herkennen, benoemen en differentiëren van een selectie van psychiatrische symptomen aan de hand van videomateriaal.

Literatuurverwijzing

Handboek psychiatrisch onderzoek. M.W. Hengeveld, D.B. Oosterbaan, J.K. Tijdink. Uitgeverij de Tijdstroom. verwacht februari 2019

W3 Eten (z)onder dwang. Kan je herstel afdwingen?

Drs. Renate Floor ¹ / Drs. Manuelle Flos ² / Dr. Miranda Fredriks ³

P: Workshopleiders

1. UMC Utrecht
2. Erasmus MC
3. AMC

Inhoud (wat)

Anorexia Nervosa (AN) is doodsoorzaak nummer 1 bij patiënten met een psychiatrische stoornis. Een volhardende wens om af te vallen, een verlangen naar perfectie en een laag zelfbeeld zijn belangrijke factoren in het ontstaan en onderhouden van het ziekte beeld. In extreme gevallen ontstaat er in de tijd een gevaarlijke situatie waardoor sondevoeding nodig is. Als de patiënt dit weigert, kan dit onder dwang gegeven worden wat veel vraagt van een behandelteam. Er komen allerlei vragen op in het behandelteam, in de gesprekken met ouders en patiënt en maakt de behandeling complex. "Wanneer ga je starten met dwangvoeding", 'Hoe lang is dwangsondevoeding nodig?' en 'Wat zijn de korte en de lange termijn effecten?'. Richtlijnen hierin zijn schaars en er zijn grote verschillen tussen de behandelcentra. De vraag die centraal staat in deze discussie: 'Wat is de toegevoegde waarde van dwangsondevoeding bij patiënten met Anorexia Nervosa?'. Aangezien er weinig studies zijn die de effectiviteit van dwangsondevoeding evalueren, zal er veel aandacht zijn voor de klinische praktijk. Een kinderarts zal haar visie t.a.v. dwangsondevoeding toelichten, een ethicus de meerwaarde van een moreel beraad, de kinderpsychiater neemt u mee in de worsteling van de timing van starten en stoppen van behandeling, de wet- en regelgeving en het vinden van passende behandelplekken. En tot slot de patiënt en ouders zelf; wat zijn hun ervaringen met dwangsondevoeding en wat kunnen we hiervan leren. Graag nodigen we u uit om deel te nemen aan de workshop en hopen mede door uw inbreng een stap verder te komen in de best clinical practice voor deze complexe maar zeker uitdagende doelgroep.

Vorm (hoe)

Workshop gegeven door een kinderarts, een kinderpsychiater, een geneesheer-directeur, een ethicus en een ervaringsdeskundige.

Leerdoelen

Na deelname aan deze workshop: - Bent u op de hoogte van de verschillende morele en medisch inhoudelijke dilemma's die er spelen in de besluitvorming rondom beleid van een jongere met een eetstoornis; - Kunt u update kennis van wet en regelgeving gebruiken in de uitvoering van uw beleid.

Literatuurverwijzing

Ramsay R, Ward A, Treasure J, Russell GFM. Compulsory treatment in anorexia nervosa Short-term benefits and long-term mortality. 1999. Ward A, Ramsay R, Russell G, Treasure J. Follow-up mortality study of compulsorily treated patients with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2015;48(7):860-865. doi:10.1002/eat.22377 Watson TL, Bowers W a, Andersen a E. Involuntary treatment of eating disorders. *Am J Psychiatry*. 2000;157(11):1806-1810. doi:10.1176/appi.ajp.157.11.1806 Carney T, Wakefield A, Tait D, Touyz S. Reflections on Coercion in the treatment of anorexia nervosa. *Pol Merkur Lek organ Pol Tow Lek*. 2006;20(116):245-248.

W4 Workshop over het nut van neurocognitieve screeners voor psychiaters, opmaat naar verdiepende diagnostiek bij complexe neuropsychiatrische pathologie

Drs. Mike van Kessel ^{p1} / Drs. Mike van Kessel ¹

P: Workshopleiders

1. Antes

Inhoud (wat)

Cognitieve stoornissen komen voor bij bijna ieder psychiatrisch ziektebeeld. Vroeger werd gedacht dat deze afwijkingen verbleekten als het psychiatrisch ziektebeeld in remissie ging. Tegenwoordig komt er steeds meer evidentie naar voren waaruit blijkt dat dit niet zo is. Een delirium kan bijvoorbeeld een voorbode zijn van dementie en patiënten kunnen nog lang na een depressie cognitieve problemen ondervinden. Het uitvragen van (milde) cognitieve afwijkingen bij psychiatrische ziekten wordt vaak door psychiaters zelf gedaan. Door inzet van neurocognitieve screeners kan, mits getraind, snel een globaal valide beeld worden verkregen van de specifieke cognitieve domeinen. Deze screeners zijn hypothese genererend en geven aanleiding tot aanvullende neuropsychologische diagnostiek. Beide elementen zijn waardevol en, mits juist ingezet, verhogen de effectiviteit van het diagnostisch proces.

Vorm (hoe)

Als vervolg op de geslaagde workshop van vorig jaar, wordt tijdens deze workshop verdieping gegeven aan het nut en de valkuilen bij het gebruik van neurocognitieve screeners en de rol van deze screeners in complexe neuropsychiatrische casuïstiek. Naast basiskennis over de afname van bekende en minder bekende screeners, zal met name gekeken worden naar de bruikbaarheid van deze instrumenten als eerste stap in uitvoeriger neuropsychiatrische/-psychologische diagnostiek. Aan de hand van unieke praktijkvoorbeelden van recente casuïstiek wordt stilgestaan bij de diagnostische cyclus van complexe neuropsychiatrie en de rol daarbij voor neurocognitieve screeners.

Leerdoelen

Vergroten van inzicht in de meerwaarde en de valkuilen van cognitieve screeners voor psychiaters in de volwassenenzorg, als opmaat naar meer verdiepende neuropsychologische diagnostiek bij complexe neuropsychiatrische casuïstiek.

Literatuurverwijzing

1. Gualtieri CT, Morgan DW. The frequency of cognitive impairment in patients with anxiety, depression, and bipolar disorder: an unaccounted source of variance in clinical trials. *The Journal of clinical psychiatry*. 2008;69(7):1122-1130.
2. Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS. Delirium in elderly people. *Lancet*. 2014;383(9920):911-922.
3. Baune BT, Miller R, McAfoose J, Johnson M, Quirk F, Mitchell D. The role of cognitive impairment in general functioning in major depression. *Psychiatry Res*. 2010;176(2-3):183-189.
4. Eling, P., Krabbendam, L., Aleman, A., (2013) *Cognitieve Neuropsychiatrie*. Amsterdam: Boom Nelissen (ISBN 9789461051967)
5. David, A., Fleming, S., Kopelman, M., Lovestone, S., Mellers, J. (4 th ed.) *Lishman's Organic Psychiatry, a Textbook of Neuropsychiatry*. Oxford: Wiley Blackwell Science Ltd. (ISBN: 9781405118606 hard cover)

W5 Een intelligentie ver boven of onder het gemiddelde. Hoe ziet hun psychiatrie van de toekomst er uit?

dr. Jannelien Wieland ^{1,2} / Esther Roelfsema ^{3,4} / Jenny Steggerda ^{3,5}

P: Workshopleiders

1. Poli+
2. Cordaan
3. INTER-PSY
4. Mede-oprichter van IQwise, expertise in hoogbegaafdheid en psychiatrie
5. Mede-oprichter van IQwise, expertise in hoogbegaafdheid en psychiatrie

Inhoud (wat)

Zorgstandaarden, richtlijnen en protocollen beschrijven wat goede zorg is, vaak beschreven vanuit het perspectief van de patiënt en zijn naasten. Dat wil zeggen, vanuit het perspectief van de gemiddelde patiënt. Maar wat als uw patiënt niet zo gemiddeld is? Volgens de normaalverdeling van de intelligentie heeft 15 % van de mensen een IQ wat ruim onder het gemiddelde ligt. Deze mensen zijn zwakbegaafd of hebben een lichte verstandelijke beperking. Ruim 2% van de mensen heeft juist een IQ ver boven het gemiddelde. Deze mensen zijn hoogbegaafd. In de GGZ zijn mensen met een laag of juist een heel hoog IQ oververtegenwoordigd (Nieuwenhuis e.a. 2017, Karpinski e.a. 2018, Wieland e.a. 2018). Zij vallen niet alleen qua intelligentie buiten het gemiddelde. Vaak passen ze ook niet in de gemiddelde GGZ en passen ze niet zonder meer binnen reguliere zorgpaden en gangbare protocollen. Weet u waar u rekening mee moet houden in de diagnostiek bij iemand die cognitief functioneert op zwakbegaafd niveau? Herkent u hoogbegaafdheid bij uw patiënten? Zijn wij ons wel voldoende bewust van de gevolgen van een licht verstandelijke beperking of hoogbegaafdheid in het dagelijks leven? En dus ook, welke gevolgen dit kan hebben voor de psychiatrie?

Vorm (hoe)

Met behulp van praktische informatie, patiëntenverhalen, dialoog en discussie gaan we aan de slag.

Leerdoelen

In deze workshop zal u duidelijker worden dat zowel voor diagnostiek als behandeling geldt, dat ver afwijken van het gemiddelde vraagt om een andere benadering. Na het volgen van deze workshop kunt u beter symptomen interpreteren bij mensen met een laag of juist heel hoog IQ. U begrijpt hoe de omgeving soms onvoldoende aansluit bij uw patiënt. Deze workshop geeft u meer inzicht in de risico's op misdiagnostiek en handvatten voor het beter behandelen van patiënten die qua intelligentie – soms ver - buiten het gemiddelde vallen. Doordat u deze inzichten direct kunt gebruiken bij uw patiënten, zult u hen al in de zeer nabije toekomst meer op het individu afgestemde zorg kunnen bieden, met een grotere kans op een positieve uitkomst.

Literatuurverwijzing

Karpinski, R. I., Kolb, A. M. K., Tetreault, N. A., & Borowski, T. B. (2018). High intelligence: A risk factor for psychological and physiological overexcitabilities. *Intelligence*, 66, 8-23. Nieuwenhuis, J. G., Noorthoorn, E. O., Nijman, H. L. I., Naarding, P., & Mulder, C. L. (2017). A blind spot? Screening for mild intellectual disability and borderline intellectual functioning in admitted psychiatric patients: Prevalence and associations with coercive measures. *PloS one*, 12(2), e0168847. Wieland J, van Hout TP, van Els B & Bogers J. (2018) Onderkennen van Screenen op en herkennen van zwakbegaafdheid of een lichte verstandelijke beperking bij aangemelde patiënten op een algemene psychiatrische polikliniek. Submitted.

W6 Matched care bij somatisch-symptoomstoornissen: wie behandelt welke patiënt?

dr. Jonna van Eck van der Sluijs^{1,2} / dr. Lineke Tak³

P: Workshopleiders

1. GGz Breburg
2. Tranzo Universiteit van Tilburg
3. Dimence

Inhoud (wat)

Patiënten met somatisch symptoomstoornissen hebben vaak al een lange behandelgeschiedenis achter de rug. Zij tobben met (ernstige) lichamelijke klachten waarvoor artsen geen (of onvoldoende) lichamelijke oorzaak kunnen vinden. En hun beperkingen zijn fors, zowel fysiek, sociaal als psychisch. Wat is voor hen de juiste plek om behandeld te worden, en door wie? In deze workshop gaan deelnemers na een theoretische inleiding zelf aan de slag met casuïstiek. We geven achtergrondinformatie over de samenhang tussen Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK), lichamelijke klachten die door een (chronische) somatische aandoening verklaard kunnen worden, en psychische klachten. Ook het concept somatisch-symptoomstoornis (DSM-5) wordt hierbij besproken. SOLK kunnen complex zijn en een hoogspecialistische behandeling nodig hebben, maar kunnen ook minder complex zijn en bijvoorbeeld in de eerste lijn of een reeds lopende behandeling behandeld worden. Matched care is dus van belang. In de klinische praktijk blijkt er echter verschillend gedacht te worden over welke patiënt door wie behandeld zou kunnen worden. De Transdiagnostische Decision Tool is recent ontwikkeld en een uitstekend hulpmiddel voor matched care. Voor zowel de beginnende behandelaar als de zeer ervaren behandelaar. Aan de hand van casuïstiek gaan de deelnemers hier zelf mee oefenen: waar zou deze patiënt het beste behandeld kunnen worden? Huisarts, eerstelijns, tweedelijns, hoogspecialistische ggz? Tot slot wordt dit plenair nabesproken en bediscussieerd.

Vorm (hoe)

Inleidende lezing waarna de deelnemers zelf aan de slag gaan met casuïstiek, gevolgd door een interactieve nabespreking.

Leerdoelen

- Inzicht krijgen in de complexe samenhang tussen lichamelijke en psychische klachten
- Inzicht krijgen in een passende behandelsetting voor deze klachten
- Leren gebruik te maken van de transdiagnostische decision tool

Literatuurverwijzing

- Eck van der Sluijs, J. van, Have, M., ten, Rijnders. C., Marwijk, H. W. J., van, Graaf, R., de, & Feltz-Cornelis, C., van der(2015). Medically unexplained and explained physical symptoms in the general population: association with prevalent and incident mental disorders. *Plos One* 2015; 10(4).
- van Eck van der Sluijs JF, de Vroege L, van Manen AS, Rijnders CAT, van der Feltz-Cornelis CM. Complexity Assessed by the INTERMED in Patients With Somatic Symptom Disorder Visiting a Specialized Outpatient Mental Health Care Setting: A Cross-sectional Study. *Psychosomatics*. 2017 Jul - Aug;58(4):427-436.
- van Eck van der Sluijs JF, Castelijns H, Eijsbroek V, Rijnders CATH, van Marwijk HWJ, van der Feltz-Cornelis CM. Illness burden and physical outcomes associated with collaborative care in patients with comorbid depressive disorder in chronic medical conditions: A systematic review and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry* 50 (2018) 1-14.
- M. Goorden, E. M. C. Willemsen, C. A. M. Bouwmans-Frijters, J. J. V. Busschbach, M. J. Noomx, C. M. van der Feltz-Cornelis, C. A. Uyl-de Groot and L. Hakkaart-van Roijen (2017) Developing a decision tool to identify patients with personality disorders in need of highly specialized care *BMC Psychiatry* DOI 10.1186/s12888-017-1460-6
- Alexandra E. Dingemans, Maartje Goorden, Freek J.B. Lötters, Clazien Bouwmans, Unna N. Danner, Annemarie A. van Elburg, Eric F. van Furth & Leona Hakkaart-van Roijen (2017) Development and Validation of a Decision Tool for Early Identification of Adult Patients with Severe and Complex Eating Disorder Psychopathology in Need of Highly Specialized Care *Eur. Eat. Disorders Rev.* DOI: 10.1002/erv.2528
- F. C.W. van Krugten, M. Goorden, A. J. L. M. van Balkom, J. Spijker, W. B. F. Brouwer, L. Hakkaart-van Roijen (2018) Indicators to facilitate the early identification of patients with major depressive disorder in need of highly specialized care: A conceptmapping study *Depress Anxiety*;1–7. DOI: 10.1002/da.22741
- Frederique C. W. van Krugten, Meriam Kaddouri, Maartje Goorden, Anton J. L. M. van Balkom, Claudi L. H. Bockting, Frenk P. M. L. Peeters, Leona Hakkaart-van Roijen (2017) Indicators of patients with major depressive disorder in need of highly specialized care: A systematic review *PLOS ONE* | DOI:10.1371/journal.pone.0171659

W7 Het glutamaat systeem en psychosen, een klinisch georiënteerde update. Het interactieve onderwijs is tevens een kennismaking met nieuwe leervormen

Dr. Psychiater Henderikus (Rikus) Knegtering ^{p1,2}

P: Workshopleiders

1. Lentis
2. UMCG

Inhoud (wat)

Het glutamaat systeem en psychosen, een klinisch georiënteerde update. Het interactieve onderwijs is tevens een kennismaking met nieuwe leervormen in het psychiatrie onderwijs. In het brein is glutamaat een van de meest voorkomende neurotransmitters. Glutamaat heeft talrijke functies in de hersenen, zoals leren, prikkelselectie, gegevensverwerking maar ook toxiciteit bij schade aan de hersenen. Het glutamaat systeem daagt bij aan het ontstaan van o.a. psychotische klachten, negatieve symptomen, trauma gerelateerde problemen en stemmingsproblemen. Het glutamaat systeem is complex, en daarmee een uitdaging om te begrijpen. Een goed begrip ervan biedt toegang tot het ontwikkelen en toepassen van nieuwe behandelvormen. In een interactieve bijeenkomst leert u via afwisselende leervormen uw eigen glutamaat systeem zo te beïnvloeden, dat leren snel en leuk is. De leervormen geeft tegelijkertijd inzicht in het nieuwe neuroscience gerichte psychofarmacologie onderwijs dat zich ontwikkelt binnen de elektronische leeromgeving van de psychiaters in opleiding.

Vorm (hoe)

Een mix van werkvormen variërend van spelvormen, interactie, frontaal onderwijs en verrassende werkvormen.

Leerdoelen

1. Inzicht krijgen in het glutamaat systeem, receptoren van het glutamaat systeem in relatie tot de fysiologie en farmacotherapie
2. Transdiagnostische toepassing van kennis van het glutamaat systeem illustreren
3. Inzicht krijgen in hoe nieuwe leervormen leiden tot het snelle krijgen en beter vasthouden van kennis.
4. Op de hoogte komen van vorm en inhoud van het psychofarmacologie onderwijs van psychiaters in opleiding.

Literatuurverwijzing

Ćurčić-Blake B, Bais L, Sibeijn-Kuiper A, Pijnenborg HM, Knegtering H, Liemburg E, Aleman A. Glutamate in dorsolateral prefrontal cortex and auditory verbal hallucinations in patients with schizophrenia: A 1H MRS study. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2017 Aug 1;78:132-139. Aleman A, Lincoln TM, Bruggeman R, Melle I, Arends J, Arango C, Knegtering H (2016). Treatment of negative symptoms: Where do we stand and where do we go?. *Schizophr. Res*. 2017 Aug;186:55-62.

DISCUSSIEGROEPEN

D1 Het voorspellen van behandeluitkomsten bij depressie: wie knapt op, wie niet en bovendien: wie mag dat weten?

drs. Dyllis van Dijk ¹ / drs. Suzanne van Bronswijk ² / drs. Vivian Peerbooms ³ / dr. Rosanne Herzberger ⁴ / prof. dr. Frenk Peeters ²

P: Debatleider / panelleden

1. PsyQ
2. Maastricht Universitair Medisch Centrum
3. PsyQ Rotterdam
4. Functie: microbioloog, columniste

Inhoud (wat)

Uitkomsten van depressiebehandelingen zijn moeilijk te voorspellen. Ondanks de bewezen effectiviteit van verschillende depressiebehandelingen is het nauwelijks in te schatten of een individu zal profiteren van een voorgestelde behandeling. Verondersteld wordt dat wanneer de behandeling kan worden aangepast aan de individuele kenmerken, behandeluitkomsten zullen verbeteren (Hetrick et al., 2008; Simon & Perlis, 2010). De afgelopen jaren is er dan ook getracht indicatoren van depressie uitkomsten te identificeren en te combineren in zogenaamde predictiemodellen (Peeters et al., 2012; Peeters et al., 2016). De vraag is echter of het resultaat van dergelijk onderzoek ook een keerzijde kan hebben en voor wie deze informatie beschikbaar mag zijn. In deze discussiegroep geven wij een actueel overzicht van de kennis rondom voorspellers van stagnerende behandeling en terugval bij depressie en gaan we dieper in op de potentieel negatieve consequenties die deze kennis met zich mee kan brengen. Ten slotte proberen we met een discussie de positie van de psychiater in deze ontwikkelingen te verhelderen.

Vorm (hoe)

1. Algemene introductie (20 min)

- ♣ Voordracht 1: Vivian Peerbooms. Welke beïnvloedbare patiëntgebonden voorspellers van stagnerende behandelingen worden er in een vroeg stadium van de behandeling gevonden?
- ♣ Voordracht 2: Suzanne van Bronswijk, Psychotherapie voor depressie: Voorspellen van terugval na succesvolle behandeling.
- ♣ Voordracht 3: Michael van den Boogaard: Een decision support tool voor de behandeling van depressie: computer says “yes“, maar wat zegt de behandelaar?
- ♣ Voordracht 4: Rosanne Herzberger: De denkbare keerzijde van het voorspellen van behandeluitkomsten.

2. Plenaire stellingen: interactie met het publiek (10 min) en discussie panelleden (45 min) Deze vindt plaats aan de hand van deze vier stellingen, waarbij de aanwezigen nadrukkelijk worden uitgenodigd deel te nemen:

- ♣ Als er bij depressie een kans van 5% is op behandel succes kun je beter geen behandeling starten.
- ♣ Als predictiemodellen voor behandeluitkomsten bij depressie in 90% van de gevallen een juiste voorspelling doen, moeten ze verplicht onderdeel zijn van de intake procedure.
- ♣ Zorgverzekeraars mogen inzicht hebben in de individuele voorspellers van depressiebehandelingen.
- ♣ Individuen hebben het recht op het “niet-weten” van hun kansen in depressie behandelingen.

3. Samenvattende afsluiting (10 min).

Leerdoelen

1. Het bevorderen van kennis over de stand van zaken rondom voorspellers van stagnerende behandeling en terugval bij depressie
2. Het creëren van bewustzijn ten aanzien van de mogelijke negatieve consequenties van het voorspellen van behandeluitkomsten van depressie.
3. Inzicht krijgen in de positie en verantwoordelijkheden van de psychiater in deze ontwikkelingen in het kader van kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid.

Literatuurverwijzing

Hetrick, S., Parker, A. G., Hickie, I., Purcell, R., Yung, A., & McGorry, P. (2008). Early identification and intervention in depressive disorders: Towards a clinical staging model. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77(5), 263-270. doi:<http://dx.doi.org/10.1159/000140085>

Peeters, F. P. M. L., Ruhe, H. G., Beekman, A. T. F., Spijker, J., Schoevers, R., Zitman, F., & Schene, A. (2012). Staging and profiling of unipolar depression. [Dutch]. [Stagering en profilering van unipolaire depressies.]. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54(11), 957-963.

Peeters, F. P. M. L., Ruhe, H. G., Wichers, M., Abidi, L., Kaub, K., van der Lande, H. J., . Schene, A. H. (2016). The Dutch Measure for quantification of Treatment Resistance in Depression (DM-TRD): an extension of the Maudsley Staging Method. *Journal of Affective Disorders*, 205, 365-371. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2016.08.019>

Simon, G. E., & Perlis, R. H. (2010). Personalized medicine for depression: Can we match patients with treatments? . *American Journal of Psychiatry*, 167(12), 1445-1455. doi:<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09111680>

<https://decorrespondent.nl/1138/in-de-tweede-wereldoorlog-hadden-we-wel-wat-te-verbergen/19034345044-dfa2bc26>

D2 Visie op ouderenpsychiatrie 2023, gaat het roer om?

MD Wouter Teer ^{p1} / MD Renske Lonhard ^{1,2} / MD Sebastiaan van Denderen ^{1,3}

P: Debatleider / panelleden

1. GGZ Rivierduinen
2. Transparant
3. LUMC

Inhoud (wat)

In de komende 20 jaar verdrievoudigt het aantal 90 plussers, verdubbelt het aantal mensen met dementie, verdubbelt het aantal eenzame 75-plussers en stijgt het aantal mensen met chronische aandoeningen met 30%. De zorgkosten aan ouderenzorg zullen in de komende 20 jaar met 157% moeten stijgen om dezelfde kwaliteit te behouden, bij doorgaan op de huidige voet. Deze alarmerende cijfers gelden evenzeer voor het vóórkomen van psychiatrische stoornissen bij ouderen. Nu de oudere steeds langer thuis blijft, is de doorstroming van de V&V sector snel toe aan het nemen: men komt in het verpleeghuis om te sterven. De Frailty populatie wordt steeds meer in crisis vanuit huis opgenomen, maar kan niet meer terugkeren. De druk om deze mensen op te nemen in een psychiatrische voorziening wordt steeds groter. Op dit moment hebben 25% van de ouderen psychiatrische stoornissen, maar bereikt slechts 6% de SGGZ. We moeten ons voorbereiden op een verdere en forse stijging van de vraag met gelijkblijvende budgetten. De roep om anders organiseren en anders werken wordt steeds luider, met nadruk op vroeginterventie, zelfmanagement, participatie, eigen verantwoordelijkheid, inclusie in de wijk. Instellingen gaan er in hun beleidsplannen steeds meer van uit dat zij in de wijk hun kennis delen met anderen, maar niet een rol vervullen in de uitvoering van zorg. Zowel klinisch als ambulante wordt het aantal beroepsbeoefenaren dat lager opgeleid is steeds hoger, als ook de krapte aan personeel. Voor de Frailty populatie is het behandelen van enkel een DSM diagnose of een ICD diagnose geheel niet toereikend en levert zelfs schade op. Rivierduinen heeft zich verdiept in de strategie voor de ouderenpsychiatrie voor de komende vijf jaar, en is daarover het debat aangegaan met de lokale ketenpartners, cliënten en naastbetrokkenen, en de interne organisatie, met als belangrijkste vraagstuk hoe de ouderenpsychiatrie zich ten opzichte van deze vraagstukken moet gaan positioneren. Moet het roer radicaal om, en zo ja welke kant op dan? Zijn oudere werkelijkheden nog opportuun of moeten we nieuwe wegen gaan bewandelen. Hoort ouderenpsychiatrie nog wel bij de GGZ of wil zij een onvervreemdbaar onderdeel van het ouderennetwerk zijn. We zouden vroeger in de keten moeten signaleren en interveniëren, maar hoe doen wij dat dan, en hoe zit het met de consequenties van case-finding? Wie heeft de regie in de wijk? Is er plaats voor de ouderenpsychiatrie in het Senior Friendly Hospital? Hoe moet consultatie vanuit de Ouderenpsychiatrie vorm gegeven worden? In deze discussiegroep worden een aantal dilemma's voorgeschoteld over bovenstaande uitdagingen en wordt aan de hand van nieuwe onorthodoxe oplossingsrichtingen het debat gevoerd.

Vorm (hoe)

De panelleden zullen hun visie geven op de plaats en inhoud van de ouderenpsychiatrie en de dilemma's die zij tegenkomen bij het uitwerken van visie naar strategie. Alternatieve opties worden voorgelegd en in discussie gebracht.

Leerdoelen

Na de discussiegroep is de psychiater zich meer dan ooit bewust van de eisen die de vergrijzing en de consequenties van de economische crisis aan de zorg en meer expliciet aan de ouderenpsychiatrie stelt, en heeft nagedacht over een scala aan opties om de psychiatrische zorg vernieuwend te positioneren en vorm te geven.

Literatuurverwijzing

1. Iersel M.B. van e.a. Frailty bij ouderen, Ned.Tijdsch.Geneeskd. 2009;153:A183
2. RIVM Factsheet Impact van de Vergrijzing April 2018
3. Gezondheidsraad Zelfredzaamheid van ouderen aan Min.VWS Nr 2018/12, Den Haag 13-06-2018
4. Slaets P.J. Commentaar Screening bij ouderen Ned.Tijdschr.Geneeskd. 2012;156:A4771
5. RIVM trendscenarios vergrijzing. <https://vtv2018.nl/trendscenario>
6. Nederlands Kenniscentrum Ouderenpsychiatrie, Visiedocument Specialistische GGZ en intensieve ambulante behandelmethoden voor Ouderen Trimbos Instituut zomer 2014

D3 Somatiek als vast onderdeel in de psychiatrie: de weg er naar toe

Dr. Roberto Doornebal-Bakker ^{1,2,3} / MD Esther Klopper ⁴ / Maarten van Schijndel ^{5,6} /
Dr. Melissa Chrispijn ⁷ / Prof. dr. Wiepke Cahn ^{2,8}

P: Debatleider / panelleden

1. GGz Centraal
2. UMC Utrecht
3. Universiteit Maastricht
4. Propersona
5. Rijnstate
6. Erasmus MC
7. Dimence
8. Altrecht

Inhoud (wat)

Vanuit uit de Agenda gepast gebruik zijn thema's geformuleerd waarmee de GGZ-partijen zich de komende jaren op willen richten. Een van de hoofdthema's is het opheffen van de tweedeling 'soma' en 'psyche'. De NVvP is trekker van dit thema. Wetende dat patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening 15 tot 20 jaar korter leven en dat dit wordt veroorzaakt door de ongelijkheid in het verkrijgen van goede somatische zorg bij psychiatrische aandoeningen, wordt de volgende ambitie voor psychiaters gedefinieerd. De psychiater (als medisch specialist en als generalist) zorgt ervoor dat zijn patiënt gedurende de levensloop -zowel bij de diagnostiek als de behandeling- geen belemmeringen ondervindt van het gezondheidszorgsysteem en de toegang daartoe. De psychiater zal daarnaast zorg dragen voor optimale lichamelijke zorg voor zo laag mogelijke kosten. Het verenigingsbestuur van de NVvP heeft een Taskforce somatiek in het leven geroepen en besloten tot 3 deelprojecten:

- Inventarisatie belemmeringen voor goede somatische zorg per werksetting
- Wat de psychiater zelf doet aan somatiek
- Opleiding en bij/nascholing Het doel van de Taskforce is uiteindelijk geïntegreerde zorg te realiseren.

Aansluitend bij het visiedocument Medisch Specialist 2025 van de Federatie, waar netwerkgeneeskunde een belangrijk thema is, hanteren we als tijdsplan voor deze doelstelling 2018-2025.

Vorm (hoe)

Wij geven een presentatie over de Taskforce somatiek – de huidige stand van zaken kijkend naar de toekomst. Wij bediscussiëren de mogelijkheden om de somatiek meer onderdeel te laten zijn van de psychiatrie. Aan de hand van een aantal stellingen zullen wij het debat voeren met u. **STELLINGEN** Een deel van onze beroepsgroep is huiverig voor somatiek Een deel van onze beroepsgroep 'heeft niet veel met somatiek' Het is belangrijk om eerst een sense of urgency te creëren In het toekomstig opleidingsplan 'HOOP 3.0' moet de stage in een algemeen ziekenhuis of academisch centrum als verplicht onderdeel opgenomen worden Meer scholing op gebied van somatiek zorgt voor meer bekwaamheid wat op zijn beurt zal zorgen voor meer betrokkenheid met somatiek.

Leerdoelen

U maakt kennis met aspecten van de somatiek en hoe deze te integreren in uw dagelijkse psychiatrische praktijk. Het debat maakt u meer bewust omtrent de rol van de somatiek in het verbeteren van psychiatrische klinische praktijk. De discussiegroep geeft inzicht in concrete mogelijkheden voor het integreren van de somatiek binnen de psychiatrische klinische praktijk.

Literatuurverwijzing

Preventie en behandeling van somatische complicaties bij antipsychoticagebruik W. Cahn, D. Ramlal, R. Bruggeman, L. de Haan, F.E. Scheepers, M.M. van Soest, J. Assies, C.J. Slooff

D4 Hoe kunnen wij stigmatisering van cliënten met een verslavingsstoornis binnen de GGZ een halt toeroepen?

MD/PhD Rama Kamal ^{1,2,3,4} / Hendrik Hartevelt ^{5,6} / Prof Jaap van Weeghel ^{7,8} / PhD Catherine van Zelst ⁹ / MD Ad van Hoek ^{10,11}

P: Debatleider / panelleden

1. Psychiater HIC GGZE
2. Manager Acute psychiatrie GGZE
3. Bestuurslid afdeling verslavingspsychiatrie NVvP
4. Verslavingsarts KNMG, MiAM
5. Vicevoorzitter Stichting het Zwarte Gat/ MIND Verslaving
6. Bestuurder Verslavingskunde Nederland,
7. Scientific Director Kenniscentrum Phrenos
8. Professor Tilburg University , Tranzo
9. Onderzoeker Maastricht University
10. Verslavingsarts KNMG bij Novadic-Kentron
11. Bestuurslid VVGN

Inhoud (wat)

Stigmatisering is een proces waarin een individu met een afwijkende conditie of met afwijkend gedrag als minderwaardig wordt gezien door anderen in de samenleving en wordt gelabeld en buitengesloten. Wereldwijd is middelenmisbruik een groot gezondheidsprobleem. In ongeveer 4% van alle sterfgevallen is het de oorzaak en op de schaal van de totale ziektelast is 5,4% toe te schrijven aan middelenmisbruik. Daarnaast is middelenmisbruik een risicofactor voor andere problemen zoals ziekteverzuim, een verhoogde kans op ongevallen, een verminderde productiviteit en sociale problemen. Behandeling van complexe verslavingsproblemen is cruciaal voor het weer kunnen functioneren voor een aanzienlijk aantal burgers. Stigmatisering is voor de hulpverlening en rehabilitatie van mensen met een verslaving een probleem. Een groter probleem is de stigmatisering met daarbij negatieve attitudes van hulpverleners ten aanzien van patiënten met een verslaving in de GGZ. Onderzoek heeft aangetoond dat attributieovertuigingen, zoals de overtuiging dat iemand zelf verantwoordelijk is voor een verslaving, dat deze mensen agressief en manipulatief zijn, ze weinig gemotiveerd zijn, evenals de mate waarin men verwacht dat iemand zelf controle heeft over een verslaving, in combinatie met gevoelens van angst en boosheid van invloed zijn op stigmatiserende attitudes van hulpverleners. Bij cliënten met een drugsverslaving was de toewijding van hulpverleners in het werk lager dan bij cliënten met een depressie. Zij hadden meer stigmatiserende attitudes ten aanzien van patiënten die actief middelen gebruiken dan van patiënten met andere psychiatrische aandoeningen. Verpleegkundigen waren bijvoorbeeld weinig gemotiveerd en gaven aan weinig voldoening te halen uit de zorg voor patiënten die illegaal drugs gebruiken. De hulpverlening aan patiënten met een dubbele diagnose werd vaak als complex en stressvol ervaren. Hulpverleners gaven aan frustratie, verontwaardiging en machteloosheid te voelen in de hulpverlening voor deze specifieke groep patiënten. Ook komt het voor dat fysieke problemen bij mensen met een verslaving sneller worden toegeschreven aan hun verslavingsproblemen. Vergeleken met andere cliënten met psychiatrische diagnoses, blijkt dat cliënten met een verslaving meer discriminatie ervaren en hierop anticiperen. Verslaving kan iedereen overkomen, want iedereen heeft hiervoor een bepaalde kwetsbaarheid. Deze negatieve/stigmatiserende attitudes kunnen een negatief effect op de behandeling hebben zoals een minder goede therapeutische relatie en communicatie tussen hulpverlener en patiënt. Het kan voor mensen met verslavingsproblematiek ook een barrière vormen om de stap te zetten naar behandeling en soms van invloed zijn om de behandeling voortijdig te stoppen, of niet te hervatten indien sprake is van een terugval met een negatief effect op self-efficacy en herstel. Wij willen de attitudes van de stakeholders (hulpverleners, onderzoekers, cliënten/ ervaringsdeskundigen, opleidingen, management) binnen de GGZ in kaart brengen en met elkaar de dialoog voeren over verslaving, stigma en de gevolgen voor het therapeutisch aanbod/ hersteltraject. Kortom, we willen de uitdagingen van de genoemde problemen aangaan en komen tot (de aanzet van) mogelijke oplossingen voor deze problemen.

Vorm (hoe)

Door middel van een discussiegroep tussen de eerdergenoemde stakeholders. Het panel bestaat uit: -Prof. Dr. J. van Weeghel, Scientific Director kennisconsortium Destigmatisering en Sociale Inclusie, Phrenos en Professor Tilburg University, Tranzo - Hendrik Hartevelt, ervaringsdeskundige/ vicevoorzitter Stichting het Zwarte Gat/ MIND Verslaving/ bestuurder Verslavingskunde Nederland, - Dr. Catherine van Zelst, onderzoeker universiteit Maastricht - Ad van Hoek, Verslavingsarts KNMG/ bestuurslid VVGN En Dr. Rama Kamal, Verslavingspsychiater GGZE als debatleider

Leerdoelen

- De attitudes van hulpverleners binnen de GGZ jegens cliënten met een verslaving in kaart brengen;
- Inventariseren wat de gevolgen van deze attitudes zijn op de hulpverlening aan cliënten;
- Inzicht krijgen in de factoren die ten grondslag liggen aan het stigma van mensen met verslavingsproblematiek;
- Vaststellen van de juiste randvoorwaarden en succesvolle strategieën die zorgorganisaties kunnen inzetten om de gevolgen van stigma te kunnen reduceren en
- Een beeld krijgen van de training/ opleiding die nodig is om hulpverleners binnen de GGZ te leren zonder stigma met deze patiënten te kunnen werken.

Literatuurverwijzing

- Boekel, L.C. van, Brouwers, E.P.M., Weeghel, J. van, & Garretsen, H.F.L. (2014a). Healthcare professionals' regard towards working with patients with substance use disorders: comparison of primary care, general psychiatry and specialist addiction services. *Drug and Alcohol Dependence*, 134C, 92–98.
- Brenner L, Von Hippel W, Kippax S, Preacher KJ. The role of physician and nurse attitudes in the health care of injecting drug users. *Subst Use Misuse* 2010a; 45: 1007-18.
- Boekel, L.C. van, Brouwers, E.P.M., Weeghel, J. van, & Garretsen, Stigmatisering van patiënten met een verslaving en de gevolgen voor de hulpverlening: een systematisch literatuuronderzoek *Tijdschrift voor Psychiatrie* 57(2015)7, 489-497
- Ford R. Interpersonal challenges as a constraint on care: The experience of nurses' care of patients who use illicit drugs. *Contemp Nurse* 2011; 37: 241-52.
- Generieke module Destigmatisering (www.ggzstandaarden.nl)
- Factsheet Stigma en Verslaving Nicole van Erp (Trimbos-instituut) en Attie van der Meulen (VNN)
- World Health Organization. ATLAS on substance use: resources for the prevention and treatment of substance use disorders. WHO; 2010.