

Donderdag 4 april 2019

08:30 - 10:00 uur

SYMPOSIA

S18 Recidiefpreventie van depressie in de toekomst

(gewijzigde sessie t.o.v. programmaboek, verplaatst van donderdag 4 april naar woensdag 3 april 14:00-15:30)

S19 Samengesteld symposium: Ethiek en psychiatrie

S19.1

Euthanasie van Nederlandse psychiatrisch patiënten tussen 2015 en 2017

Sisco van Veen ^{p1} / BSc Fokeline Weerheim ¹ / Drs. Menno Mostert ¹ / Prof. dr. Hans van Delden ¹

P: Presenterende auteur / spreker

1. UMC Utrecht

Achtergrond

Nederland is een van de weinige landen in de wereld waar euthanasie en hulp bij zelfdoding toegestaan zijn op basis van psychisch lijden.

Doel

Inzicht in patiëntkenmerken en artsenbetrokkenheid bij euthanasie op basis van psychisch lijden.

Methoden

De Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (RTE) publiceerden tussen 2015 en 2017 43 oordelen online. 35 daarvan zijn geschikt voor analyse. Drie casus worden in detail uitgelicht.

Resultaten

77% van de patiënten was vrouw. 51% van de patiënten was tussen de 50 en 70. Depressieve- en persoonlijkheidsstoornissen waren aanwezig in bijna de helft van de patiënten. Alle patiënten werden wilsbekwaam geacht om over hun levenseinde te beslissen.

Conclusie

Hoewel het aantal gevallen van euthanasie op basis van psychisch lijden toeneemt, vonden we geen verschuiving in patiëntkenmerken. De scheiding tussen psychiatrische en somatische casus kan ingewikkeld zijn. Patiënten die sterven door suïcide verschillen op verschillende vlakken van patiënten die overlijden doormiddel van euthanasie. Het feit dat alle patiënten als wilsbekwaam worden genoemd, kan betekenen dat ze ten onrechte als kwetsbaar worden beschouwd of dat de toetsing onvoldoende zorgvuldig is op dit vlak.

Literatuurverwijzing

Kim, S. Y. H., De Vries, R. G., & Peteet, J. R. (2016). Euthanasia and Assisted Suicide of Patients With Psychiatric Disorders in the Netherlands 2011 to 2014. *JAMA Psychiatry*, 73(4), 362.
<http://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.2887> Thienpont, L., Verhofstadt, M., Van Loon, T., Distelmans, W., Audenaert, K., & De Deyn, P. P. (2015). Euthanasia requests, procedures and outcomes for 100 Belgian patients suffering from psychiatric disorders: a retrospective, descriptive study. *BMJ Open*, 5(7), e007454.
<http://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007454> Onwuteaka-Philipsen, B. D., Legemaate, J., van der Heide, A., van Delden, H., Evenblij, K., El Hammoud, I., ... Willems, D. (2017). Derde evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

S19.2

De vernieuwde internationale ArtsenEed: consequenties voor psychiaters

Prof. dr. Rutger Jan van der Gaag ^{p1,2}

P: Presenterende auteur / spreker

1. Radboudumc
2. Department of Psychosomatics and Psychotherapy Stradina University Riga Latvia

Achtergrond

De internationale artseneed (declaration of Geneva 1948) is in 2017 in een grondige revisie geaccepteerd. Veel van de belangrijke aspecten van de Nederlandse Artsen Eed (2009) zijn in deze nieuwste versie opgenomen. Maar belangrijke nieuwe accenten worden gelegd zowel als het gaat om de arts-patient relatie maar vooral ook de verantwoordelijkheid van artsen voor eigen gezondheid en het aanspreken van anderen bij ongezond gedrag of levensstijl.

Doel

Bovenstaande nieuwe aspecten van de artseneed bespreken in het licht van de toegenomen werkdruk en administratieve druk binnen praktijk en organisaties. Maar ook in het licht van de toegenomen druk vanuit patiënten en klachtenbereidheid.

Methoden

Naar de artikelen van de Doctor's Pledge 2017 (Declaration of Geneva) kijken.

Resultaten

Bezien hoe artsen door het serieus nemen van hun artseneed zich beter kunnen profileren in een werkomgeving van toenemende werkdruk door beter zelfmanagement en meer investeren in eigen regie bij hun patiënten. En dit illustreren aan de hand van praktijk voorbeelden uit de geneeskunde en psychiatrie.

Conclusie

De vernieuwde internationale artseneed, is een aanwinst die artsen en hun patiënten in de dagelijkse praktijk sterk kan helpen. Ook kan hij ingezet worden bij onderhandelingen in de gezondheidszorg op alle niveaus van het beïnvloeden van de policies van VWS tot aan onderhandelingen met zorgverzekeraars.

Literatuurverwijzing

Parsa-Parsi RW(2017) The Revised Declaration of Geneva: A Modern-Day Physician's Pledge. JAMA 28;318(20):1971-1972.

S19.3

Samen Beslissen in de geestelijke gezondheidszorg: de toegevoegde waarde voor patiënten en behandelaars

Drs. Margot Metz ^{p1,2,3} / Dr. Marjolein Veerbeek ³ / Prof. dr. Edwin de Beurs ^{4,5} / Prof. dr. Christina van der Feltz-Cornelis ^{6,7} / Prof. dr. Aartjan Beekman ^{8,9}

P: Presenterende auteur / spreker

1. GGz Breburg
2. VU University
3. Trimbos-instituut
4. Universiteit Leiden
5. Stichting Benchmark ggz
6. University of Tilburg
7. University of York
8. Amsterdam UMC
9. GGZ inGeest

Achtergrond

De laatste jaren is in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) toenemende aandacht voor de implementatie van Samen Beslissen (SB) in de behandelpraktijk. Bij deze aanpak nemen patiënten samen met hun naasten en behandelaars met behulp van ieders expertise in dialoog besluiten over keuzes in de behandeling. In de Nederlandse ggz wordt SB nog niet breed toegepast en zijn beperkt onderzoeksresultaten naar SB beschikbaar. Bovendien is weinig bekend over de meerwaarde van het gebruik van Routine Outcome Monitoring (ROM) en eHealth bij SB. Daarom is zowel via het landelijke project Doorbraak ROM (1,2) als regionaal bij GGz Breburg (3) geïnvesteerd in de invoering van en onderzoek naar SB met behulp van ROM en eHealth.

Doel

Onderzoek naar de toegevoegde waarde van de toepassing van SB voor patiënten en behandelaars en in hoeverre ROM en eHealth hierbij behulpzaam kunnen zijn.

Methoden

Als onderdeel van een promotietraject is via twee cluster gerandomiseerde studies (landelijk (2) N=186; regionaal (3) N=200) onder andere onderzocht in hoeverre SB met behulp van ROM en eHealth leidt tot minder 'Decisional Conflict' (DC) (primaire uitkomstmaat) en betere behandeluitkomsten. DC is een concept dat de kwaliteit van de klinische besluitvorming in beeld brengt (4).

Resultaten

De landelijke studie laat zien dat de interventie niet voor alle patiënten geleid heeft tot minder DC, enkel voor de subgroep patiënten met een depressie (2). Wel zijn behandelaars en patiënten ROM beter gaan gebruiken in de behandeling (1,2). Ook in de regionale studie (3) heeft de interventie niet geleid tot minder DC. Wel blijkt dat de toepassing van SB in de interventiegroep is verbeterd en zijn betere behandeluitkomsten gevonden. In algemene zin is in beide studies (2,3) gevonden dat, indien samen beslissen goed wordt toegepast, dit tot minder DC en betere behandeluitkomsten leidt.

Conclusie

Om de toepassing van SB in de behandelpraktijk verder te verbeteren en de mate van DC te verminderen is het belangrijk dat zowel patiënten als behandelaars hierin naar behoefte en meer op maat worden ondersteund.

Literatuurverwijzing

1. Metz MJ, Veerbeek MA, Franx GC, Van der Feltz-Cornelis CM, De Beurs E, Beekman ATF. A National Quality Improvement Collaborative for the clinical use of outcome measurement in specialized mental health care: results from a parallel group design and a nested cluster randomized controlled trial. *BJPsych Open*. 2017; 3: 106-112.
2. Metz MJ, Veerbeek MA, Twisk JWR, Van der Feltz-Cornelis CM, De Beurs E, Beekman ATF. Shared Decision Making in mental health care using Routine Outcome Monitoring: results of a cluster randomised controlled trial. *Soc Psychiatr Psychiatric Epidemiol*. 2018; doi.org/10.1007/s00127-018-1589-8.
3. Metz MJ, Elfeddali I, Veerbeek MA, De Beurs E, Beekman ATF, Van der Feltz-Cornelis CM. Effectiveness of a multi-facetted blended eHealth intervention during intake supporting patients and clinicians in Shared Decision Making: A cluster randomised controlled trial in a specialist mental health outpatient setting. *PLOS one*. 2018; doi.org/10.1371/journal.pone.0199795.
4. Metz MJ, Veerbeek MA, Elfeddali I, De Beurs E, Van der Feltz-Cornelis CM, Beekman ATF. Inzicht in het begrip 'beslissingsambivalentie' (decisional conflict) en de bruikbaarheid ervan bij de evaluatie van gedeelde besluitvorming. *Tijdschr Psychiatr*. 2018; 60(6): 397-202.

S19.4

Just Culture voor de Psychiatrie

Dr.mr. Diederik de Rooy ^{p1} / BSc Sanne Mulder ¹

P: Presenterende auteur / spreker

1. Leids Universitair Medisch Centrum

Achtergrond

Just Culture werd oorspronkelijk ontwikkeld om te kunnen leren van incidenten, en om deze in de toekomst te voorkomen. In een Just Culture worden mensen niet gestraft voor fouten, zolang zij hier open over zijn, te goeder trouw zijn, en geen sprake is van grove nalatigheid of opzettelijk handelen (1). Als professionals zoals piloten, artsen, verpleegkundigen of andere werknemers met veel verantwoordelijkheid psychische klachten krijgen, kan dit betekenen dat zij hun werk niet meer veilig kunnen doen. Zo is er een verband tussen burn-out klachten van artsen en incidenten in de patiëntenzorg (2). Voor professionals met psychische klachten lijkt een cultuur waarin het hebben van psychische klachten geaccepteerd is, maar waarbij zij tegelijkertijd wel de plicht hebben om te voorkomen dat anderen hierdoor gevaar lopen, zinvol. Just Culture kan hierbij een goed richtsnoer bieden.

Doel

Onderzoeken wat een Just Culture inhoudt, en hoe Just Culture principes kunnen worden gebruikt in de psychiatrie. Hierbij gaat het zowel om het kunnen leren van incidenten en fouten, als om het vinden van een veilige en rechtvaardige manier om met psychische problemen van professionals met veel verantwoordelijkheid om te gaan.

Methoden

De definities van Just Culture in de medische literatuur zullen worden geanalyseerd, en in een bredere juridische en ethische context worden geplaatst. Vervolgens zal er een model worden geformuleerd voor het gebruik van Just Culture principes bij professionals met psychische klachten.

Resultaten

Wij vonden 35 artikelen die een definitie van het begrip Just Culture geven. De meeste auteurs gaan uit van een balans tussen veiligheid en verantwoordelijkheid. Er is weinig geschreven over de ethische principes die ten grondslag liggen aan een Just Culture, maar het lijkt een combinatie van utilisme en de filosofie van Immanuel Kant te zijn. Utilisme wil het beste voor de maatschappij als geheel. De leer van Kant zegt dat morele regels absoluut zijn en dat mensen nooit als een middel mogen worden gebruikt om een doel te bereiken, en vormt de basis van het principe van menselijke waardigheid. Deze theorieën zijn conceptueel moeilijk met elkaar te verenigen, maar Just Culture lijkt dit toch te doen. Juridisch gezien is het gebruik van Just Culture principes uitdagend, omdat de gedachte ingaat tegen enkele basisprincipes van het recht. Zo kijkt het strafrecht primair terug naar het verleden, met de vraag of iemand gestraft moet worden. Het civiele recht kijkt primair of er schade is, die vergoed moet worden. In plaats daarvan kijkt Just Culture vooruit, om te analyseren wat er verbeterd moet worden. Wij denken dat een Just Culture ook zinvol kan zijn als professionals met veel verantwoordelijkheid zoals artsen, verpleegkundigen of piloten, psychische klachten ontwikkelen. In dat geval spelen de juridische kanttelingen niet. Voor gebruik bij psychische klachten moet Just Culture wel in lijn worden gebracht met de ethische basisprincipes van de geneeskunde. Om dat bereiken denken wij dat het concept 'menselijke waardigheid' zou moeten worden meegenomen in de afweging van veiligheid en verantwoordelijkheid. In onze visie betekent een Just Culture voor psychische problemen een combinatie van veiligheid, verantwoordelijkheid en menselijke waardigheid. In de praktijk betekent dit dat mensen een verantwoordelijkheid kunnen hebben om klachten te melden en mee te werken aan een behandeling, maar dat dit geen negatieve consequenties, zoals inkomens- of baanverlies, tot gevolg mag hebben. Voor behandelaren betekent dit dat zij hun patiënt mogen aanspreken op zijn of haar verantwoordelijkheid om mee te werken aan een behandeling. Tegelijkertijd dienen zij er zorg voor te dragen dat de patiënt zijn of haar werk -indien mogelijk- op een veilige manier kan blijven doen.

Conclusie

Just Culture lijkt ook voor de psychiatrie een bruikbaar hulpmiddel om te kunnen leren van fouten en incidenten. Just Culture kan echter ook gebruikt worden om op een verantwoorde manier met psychische klachten van professionals met veel verantwoordelijkheid voor het welzijn van anderen, om te gaan. Daarbij lijkt Just Culture lijkt zowel nuttig als richtsnoer bij het maken van beleid, als om het gesprek tussen de individuele behandelaar en patiënt te ondersteunen.

Literatuurverwijzing

1. Mulder, S, De Rooy, DPC, Pilot Mental Health, Negative Life Events, and Improving Safety with Peer Support and a Just Culture. *Aerosp Med Hum Perform*. 2018 Jan 1;89(1):41-51.
2. Panagioti, M, et al, Association Between Physician Burnout and Patient Safety, Professionalism, and Patient Satisfaction, A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Internal Medicine* 2018 Sept Epub ahead of print.

S20 Clozapine - het antipsychoticum van de toekomst

De OPTiMiSE trial heeft opnieuw de bijzondere positie van clozapine als antipsychoticum onderstreept

S20.1

Het effect van clozapine op mortaliteit in vergelijking tot andere antipsychotica. Een Deens nationaal cohortonderzoek.

Drs. Yvonne van der Zalm ^{p1,2} / Dr Leslie Foldager ³ / Dr. Fabian Termorshuizen ¹ / Prof. Dr. Jean Paul Selten ^{1,2}

P: Presenterende auteur / spreker

1. GGZ Rivierduinen, Sandiforddreef 19, 2333ZZ, Leiden, Nederland
2. Universiteit van Maastricht, School for Mental Health and Neuroscience, PO Box 616, 6200 MD, Maastricht, Nederland
3. Bioinformatics Research Centre (BiRC), Aarhus University, Aarhus, Denemarken

Achtergrond

In grote epidemiologische studies lijkt het gebruik van clozapine geassocieerd met een verlaagde mortaliteit (1,2). Tijd sinds diagnose en somatische comorbiditeit werden echter vaak niet in aanmerking genomen.

Doel

Het vergelijken van mortaliteit geassocieerd met clozapine, met die geassocieerd met andere antipsychotica, gecorrigeerd voor somatische comorbiditeit en de behandeling van deze co-morbiditeit, zowel in een incidentie- als een prevalentie-cohort.

Methoden

Cohortstudie met koppeling van landelijke registers in Denemarken met alle patiënten met een eerste Niet-Affectieve Psychotische Stoornis (NAPS) (incidentie-cohort, n=22.110) en alle patiënten ooit behandeld voor een NAPS (prevalentie-cohort, n=50.881) tussen januari 1995 en juli 2014. Cox regressie-analyse, Hazard Ratios (HR's) werden berekend voor huidig gebruik (ten tijde van overlijden) en cumulatief gebruik (niet ten tijde van overlijden) van clozapine, vergeleken met gebruik van olanzapine, risperidon, andere SGA's, FGA's, polyfarmacie exclusief clozapine, polyfarmacie inclusief clozapine of geen antipsychotica.

Resultaten

De gemiddelde duur van de follow-up was 8,8 jaar in het incidentiecohort (3.612 sterfgevallen) en 11,3 jaar in het prevalentiecohort (13.387 sterfgevallen). De resultaten met betrekking tot huidig gebruik, met clozapine monotherapie als referentie: in het incidentiecohort varieerden de volledig gecorrigeerde HR's voor algehele mortaliteit van 1,11 [95% CI 0,82-1,51] voor andere SGA's tot 1,37 [0,94-2,00] voor polyfarmacie inclusief clozapine. Voor mortaliteit door suïcide was de range: 1,36 [0,46-4,07] voor polyfarmacie inclusief clozapine tot 1,95 [0,75-5,06] voor risperidon. De range voor cardiovasculaire mortaliteit was: 1,11 [0,57-2,18] voor andere SGA's tot 1,62 [0,71-3,72] voor polyfarmacie inclusief clozapine. In het prevalentiecohort waren alle HR's voor suïcide significant verhoogd, variërend van 1,95 [1,10-3,47] voor polyfarmacie inclusief clozapine tot 2,36 [1,36-4,09] voor risperidon. De resultaten met betrekking tot cumulatief gebruik in het incidentiecohort: langdurig gebruik van clozapine (> 10 jaar) was niet geassocieerd met een verhoogde of verlaagde mortaliteit.

Conclusie

De bevindingen spreken een lager suïciderisico tijdens het gebruik van clozapine niet tegen, maar er zijn geen aanwijzingen voor een lagere totale of cardiovasculaire mortaliteit geassocieerd met clozapine.

Literatuurverwijzing

- 1 Tiihonen, J. et al. 2009. "11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study)." *Lancet* 374 (9690):620-7.
- 2 Hayes, R. D. et al. 2015. "The effect of clozapine on premature mortality: an assessment of clinical monitoring and other potential confounders." *Schizophr Bull* 41 (3):644-55.

S20.2

Clozapinebehandeling van vroege psychose bij kinderen en eerste psychose bij volwassenen

Dr. Raphael Schulte ^{p1,2}

P: Presenterende auteur / spreker

1. GGZ Noord-Holland-Noord
2. Clozapinepluswerkgroep, Castricum

Achtergrond

Psychiaters kennen de indicatie 'therapieresistente schizofrenie' voor schizofrenie goed, maar de start hiermee wordt vaak uitgesteld, vooral bij kinderen en eerste psychose.

Doel

Informereren over de plaats van clozapine bij de behandeling van vroege psychose bij kinderen en eerste psychose bij volwassenen.

Methoden

Literatuur-search en samenvatting van de relevante onderzoeken.

Resultaten

Bij kinderen met therapieresistente schizofrenie is de werking van clozapine in drie RCTs onderzocht (Kumra e.a. 1996, Shaw e.a. 2006, en Kumra e.a. 2008a). In de eerste trial bleek clozapine superieur aan chloorpromazine bij zowel positieve als negatieve symptomen. Het tweede onderzoek vergeleek olanzapine met clozapine. De clozapinegroep bereikte significant beter scores bij negatieve symptomen en in tegenstelling tot de olanzapinegroep ook een duidelijke verbetering bij de totale en positieve symptoomscores. Maar het verschil met olanzapine was niet significant, mogelijk vanwege te geringe patiëntenaantallen. Bij follow-up na 2 jaar waren de patiënten die overgezet waren van olanzapine op clozapine alsnog op de positieve symptomen verbeterd. Een derde onderzoek vond wel superioriteit voor clozapine boven olanzapine zowel op respons als ook op positieve en negatieve symptomen. In de voortzetting van dit onderzoek werden tien van de 19 olanzapine non-responders toch nog responders op clozapine (Kumra e.a. 2008b). Bij volwassenen met een eerste psychose zonder eerdere behandeling met antipsychotica toont een meta-analyse van vijf studies (1 studie met één eerdere behandeling met een antipsychoticum) significante superioriteit van clozapine boven andere antipsychotica (Hedge's g 0,22), met een soortgelijk resultaat van de drie studies in vergelijking met risperidon (allen eerste lijnsbehandeling met clozapine; Hedge's g 0,274) (Okhuijsen-Pfeifer e.a. 2018). Er was geen enkele heterogeniteit in de studies en ook geen verdenking op publicatiebias. In een observationeel onderzoek bij 244 eerste psychosepatiënten werd in elke fase bij non-respons eerst met een lage, dan een gemiddelde en tot slot een hoge dosis gedurende 4 weken behandeld (Agid e.a. 2011). Bij non-respons werd na drie maanden geswitcht naar het tweede antipsychoticum (olanzapine naar risperidon of vice versa). De respons op het eerste antipsychoticum was 75% (82% bij olanzapine en 66% bij risperidon, $p=0,005$). Van de non-responders werd vervolgens bij het tweede antipsychoticum slechts nog 17% in de tweede trial responder (26% bij olanzapine en 4% bij risperidon, $p=0,04$). Van de 50 non-responders wilden 28 (56%) clozapine proberen. Bij hen steeg het responspercentage opnieuw naar 75%. Dit was bij niemand van de 22 non-responders het geval die hun laatste antipsychoticum voortzetten en geen clozapine wilden accepteren. In de OPTiMiSE trial bereikten 56% van 371 eerste psychosepatiënten met amisulpride een remissie binnen vier weken (Kahn e.a. 2018). Resultaten van de non-remitters na randomisatie naar continueren van amisulpride of switch naar olanzapine laten na zes weken geen verschil zien. Van de 40 non-remitters wilden 28 clozapine proberen. Achttien voltooiden een trial van drie maanden (vijf in remissie, 28%).

Conclusie

Clozapine heeft een unieke plaats bij een therapieresistente psychose bij kinderen. Bij volwassenen met een eerste, niet-therapieresistente psychose zou clozapine vanwege de betere antipsychotische werkzaamheid eerste keuzemiddel moeten zijn. Dit is echter vanwege de specifieke risico's van clozapine geen redelijke optie. Het is immers niet te rechtvaardigen een patiënt aan een middel met extra risico's bloot te stellen terwijl een minder riskant middel ook een redelijke kans op goede werking biedt. Na non-respons op een eerste antipsychoticum is switch naar een tweede antipsychoticum (in elk geval van amisulpride naar olanzapine) geen zinvolle strategie. Het is dus (afgezien van de registratie-eisen) niet nodig een tweede antipsychoticum te proberen, alvorens met clozapine te starten. Wel lijkt het zinvol om amisulpride of olanzapine geprobeerd te hebben. Wat de Agid- en Kahn-trial ook laten zien is, dat een substantieel deel van de patiënten niet tijdig met clozapine wil starten of vervolgens uitvalt. Naast het monitoren van de klinische toestand van de patiënt en het nemen van gepaste vervolgstappen verdient daarom het motiveren van de patiënt voor clozapine extra aandacht.

Literatuurverwijzing

Kumra S, Frazier JA, Jacobsen LK, et al. Childhood-onset schizophrenia. A double-blind clozapine-haloperidol comparison. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 1090-1097. Shaw P, Sporn A, Gogtay N, Overman GP, et al. Childhood-onset schizophrenia: A double-blind, randomized clozapine-olanzapine comparison. *Arch Gen Psychiatry*. 2006 Jul;63(7):721-30. Kumra S, Kranzler H, Gerbino-Rosen G, et al. Clozapine and "high-dose" olanzapine in refractory early-onset schizophrenia: a 12-week randomized and double-blind comparison. *Biol Psychiatry*. 2008a;63(5):524-9. Kumra S, Kranzler H, Gerbino-Rosen G, et al. Clozapine versus "high-dose" olanzapine in refractory early-onset schizophrenia: an open-label extension study. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2008b;18(4):307-16. Okhuijsen-Pfeifer C, Huijsman EAH, Hasan A, et al. Clozapine as a first- or second-line treatment in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 2018;138(4):281-288. Agid O, Arenovich T, Sajeev G, et al. An algorithm-based approach to first-episode schizophrenia: response rates over 3 prospective antipsychotic trials with a retrospective data analysis. *J Clin Psychiatry*. 2011:1439-44. Kahn RS, Winter van Rossum I, Leucht S, et al. Amisulpride and olanzapine followed by open-label treatment with clozapine in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder (OPTiMiSE): a three-phase switching study. *Lancet Psychiatry*. 2018 Oct;5(10):797-807

S20.3

Risico op relapse na dosisreductie van antipsychotica bij patiënten met chronische schizofrenie: een systematische review en meta-analyse

Drs. Jan Bogers ^{p1,2}

P: Presenterende auteur / spreker

1. GGZ Rivierduinen
2. Clozapinepluswerkgroep, Castricum

Achtergrond

Hoge doses antipsychotica veroorzaken bijwerkingen en zijn geassocieerd met onwelbevinden en negatieve symptomen, wat herstel van patiënten verhindert. Echter, dosisreductie van antipsychotica bij patiënten met chronische schizofrenie wordt vaak geassocieerd met een grote kans op psychotische relapse, waardoor behandelaars terughoudend zijn de dosis te reduceren. Hoe groot dat risico is en welke factoren dat risico vergroten zijn bepalend voor de afweging van voor- en nadelen van dosisreductie per patiënt en bepalen eventueel de methodiek van dosisreductie.

Doel

Doel is om in een analyse van studies te bepalen hoe groot het risico is op relapse bij dosisreductie van antipsychotica bij chronische patiënten met schizofrenie die langdurig antipsychotica gebruiken, en te onderzoeken welke factoren het risico op relapse het meest bepalen.

Methoden

In PubMed, Embase en PsycInfo (januari 1950 tot juli 2018) werd gezocht naar publicaties over dosisreductie van antipsychotica bij chronische schizofrenie. Aanvullend werden publicaties uit de referentielijsten toegevoegd aan de selectie voor analyse. Alle studies werden door twee onafhankelijk beoordelaars geanalyseerd.

Resultaten

Uit 35 unieke studies werden ruim 2000 patiënten geïncludeerd voor bepaling van de event rate/person years (cohort analyse). In de RCT-analyse werden ruim 1100 patiënten geïncludeerd wier doses werden gereduceerd, versus ruim 1200 controlepatiënten (relatieve risico). De kans op relapse is in de dosisreductieconditie significant verhoogd. Na eerste analyse blijken de eerste 16 weken na dosisreductie de meest risicovolle periode, is het risico gerelateerd aan de procentuele dosisreductie en lopen patiënten die hun antipsychotica abrupt volledig staken het grootste risico.

Conclusie

Dosisreductie van antipsychotica bij chronische schizofrenie is mogelijk ten koste van een verhoogde kans op relapse. Het risico is extra verhoogd in de eerste weken na dosisreductie en bij patiënten die veel afbouwen of die hun antipsychoticum geheel staken. Over meer risicofactoren voor relapse zal worden gerapporteerd.

Literatuurverwijzing

Bogers JPAM, Schulte PFJ, Broekman TG, Moleman P, de Haan L. Dose reduction of high-dose first-generation antipsychotics or switch to ziprasidone in long-stay patients with schizophrenia: A 1-year double-blind randomized clinical trial. *European Neuropsychopharmacology* (2018) 28, 1024–1034

S20.4

Stappenplan bij falende behandeling met clozapine

Dr. Selene Veerman ^{p1,2}

P: Presenterende auteur / spreker

1. GGZ Noord-Holland-Noord
2. Clozapinepluswerkgroep, Castricum

Achtergrond

De kans dat je gedurende je leven schizofrenie ontwikkelt is 0,4%. Positieve symptomen reageren vaak goed op medicijnen. Maar vandaag de dag bestaan geen sterk bewezen werkzame medicijnen voor negatieve symptomen of cognitieve stoornissen bij schizofrenie, terwijl deze juist het dagelijks functioneren en participatie van de patiënt in de maatschappij belemmeren, debet zijn aan uitval van opleiding en betaald werk en de gezondheidskosten doen stijgen door de noodzaak tot intensieve ambulante zorg of zelfs begeleid of beschermd wonen. Bij 75% van de patiënten keren psychotische symptomen terug of blijven deze bestaan, ondanks behandeling. 25% van die groep patiënten is therapieresistent en reageert dus onvoldoende op twee verschillende antipsychotica, die voldoende lang en in adequate dosering zijn gebruikt. Clozapine is de standaard behandeling voor therapieresistente schizofrenie. Bij een aanzienlijk deel van ongeveer 40% tot 70% van deze patiënten helpt clozapine echter onvoldoende.

Doel

Bepalen van behandelstrategieën bij therapieresistente positieve, negatieve en cognitieve symptomen van schizofrenie en specifiek onder clozapinebehandeling.

Methoden

Systematisch literatuuronderzoek van publicaties van het laatste decennium tot 2018 in de PubMed database en de Cochrane Library naar farmacologische en niet-farmacologische interventies bij therapieresistente schizofrenie en in het bijzonder clozapineresistente schizofrenie. Het literatuuronderzoek beperkt zich tot meta-analyses en reviews om de statistische bewijskracht te vergroten.

Resultaten

Op het moment bestaan weinig effectieve, op bewijs gebaseerde behandelingen voor therapieresistente symptomen. Onderzoek naar additiebehandelingen of andere interventies specifiek bij clozapineresistentie is beperkt. Vooral nog is er geen duidelijk verschil gevonden tussen behandelstrategieën bij clozapineresistente vergeleken met algemene therapieresistente schizofrenie. Bij persisterende positieve symptomen zijn additie van topiramaat, lichamelijke inspanning en cognitieve gedragstherapie werkzame interventies. In het uiterste geval is elektroconvulsieve therapie een optie. Wanneer bij aanhoudende negatieve symptomen sedatie door clozapine en andere oorzaken voor secundaire negatieve symptomen zijn uitgesloten, zijn additie van een antidepressivum, aripiprazol, topiramaat en memantine behandelopties. Het bijwerkingenprofiel is bepalend voor de keuze van additietherapie. Lichamelijke beweging en muziektherapie zijn werkzaam zonder nadelige effecten. Het cognitief functioneren lijkt gunstig beïnvloed te worden door memantine, maar de voordelen van memantine additie zijn nog onvoldoende onderzocht om in de richtlijn te kunnen worden aanbevolen. Resultaten van lichamelijke inspanning op de cognitie bij schizofrenie zijn tegenstrijdig. Sociaal cognitieve interventies lijken werkzaam, maar de evidentie is nog beperkt.

Conclusie

Wanneer ondanks clozapine symptomen onvoldoende verbeteren, dienen verschillende farmacologische en niet-farmacologische interventies samen met de patiënt en eventueel diens naast betrokkenen te worden overwogen. Helaas is de behandeling van schizofrenie in veel GGZ instellingen met name gericht op farmacotherapie, terwijl cognitieve gedragstherapie onvoldoende is geïmplementeerd en lichamelijke inspanning door sporten onder professionele begeleiding nagenoeg niet wordt aangeboden. Verder is bewezen dat intensieve muziektherapie vele malen effectiever is voor negatieve symptomen dan welke andere interventie dan ook, maar muziektherapie wordt zeer beperkt aangeboden door huidige GGZ instellingen. Wanneer muziek en sporten onder begeleiding van vaktherapeuten zou worden geïmplementeerd, dan zou dit niet alleen de kwaliteit van leven en het persoonlijk lijden verminderen, maar de participatie in de maatschappij vergroten en de gezondheidskosten aanzienlijk verminderen van deze ernstige zieke patiëntenpopulatie.

Literatuurverwijzing

S.R.T. Veerman, Pharmacological Interventions in Clozapine-Refractory Schizophrenia, proefschrift 2017, pg 1-286.

S20.5

Zin en onzin van de meting van de clozapinespiegel

Dr. Dan Cohen ^{p1,2}

P: Presenterende auteur / spreker

1. GGZ Noord-Holland-Noord
2. Clozapinepluswerkgroep, Castricum

Achtergrond

Clozapine is het laatste evidence-based geneesmiddel bij de behandeling van therapieresistente schizofrenie. Het is daarmee voor iedere betrokkene van het grootste belang om ervoor te zorgen dat er sprake is van een adequate behandeling met clozapine. Eén van de methodes hiervoor is controle van de clozapinespiegel. Servië is één van de landen in de wereld waar wel met clozapine wordt behandeld maar waar meting van de clozapinespiegel niet voor handen is omdat het land niet beschikt over de apparatuur (aanschaf ±300.000€) noch over het benodigde hooggekwalificeerde personeel voor clozapinemetingen.

Doel

bepalen van de toegevoegde waarde van clozapinepiegelmeting aan de kwaliteit van een lopende behandeling.

Methoden

Middels de dried blood spot is het mogelijk om druppels bloed, opgevangen op een filterpapier, na droging naar het laboratorium van de faculteit Farmacie (Rijks Universiteit Groningen) te sturen waar de clozapinemeting plaatsvindt. Verzending van het filterpapier vindt plaats via de reguliere post. Drie instellingen in Servië in Kragujevac, Kovin en Toponica namen aan het onderzoek deel. Na goedkeuring van het studieprotocol door de medisch-ethische toetsingscommissies van de deelnemende psychiatrische instellingen werden patiënten, na verkregen informed consent, geïncludeerd. Het onderzoek bestaat uit drie metingen: één nulmeting en twee vervolgmetingen, één na drie en één na zes maanden.

Resultaten

Op moment van indienen zijn de uitkomsten van de nulmetingen van de eerste 19 patiënten bekend.

1. Bij alle 19 patiënten kon een clozapinespiegel worden gemeten.
2. Een spiegel binnen het therapeutische venster, d.w.z. > 300 ng/ml en < 800 ng/ml, werd bij 55% van de patiënten gevonden.
3. Een verlaagde spiegel, d.w.z. < 300 ng/ml, was bij 40% van de patiënten aanwezig. Bij 10% was de spiegel onder de 100 ng/ml.
4. Een toxische spiegel was bij 5% van de patiënten aanwezig.

Conclusie

Het betreft een n.a.w. therapietrouwe groep patiënten bij wie subtherapeutische spiegels in een substantiële minderheid (40%) aanwezig was. Potentieel zijn dit patiënten die in aanmerking komen voor dosisverhoging om daarmee de effectiviteit van de clozapinebehandeling te verbeteren. Bij de 5% van de patiënten met een toxische spiegel lijkt juist dosisverlaging van belang voor verbeterde kwaliteit van de behandeling met clozapine.

Literatuurverwijzing

Geers LM, Cohen D, Wehkamp et al. Dried Blood Spot analysis for therapeutic drug monitoring in clozapine. J Clinical Psychiatry 2017; 78 (9): e 1211-1218.

S20.6

Genetische gevoeligheid voor clozapine-geïnduceerde neutropenie: belangrijke verschillen tussen bevolkingsgroepen

Dr. Jurjen Luykx ¹ / MSc. Cynthia Okhuijsen-Pfeifer ¹

P: Presenterende auteur / spreker

1. UMC Utrecht

Achtergrond

Eerder zijn genetische polymorfismen gevonden die het risico op clozapine-geïnduceerde neutropenie (CIN) en agranulocytose (CIA) vergroten. Het bepalen van deze polymorfismen is kosteneffectief bevonden in de behandeling van schizofrenie (1). Het is echter niet bekend of de polymorfismen verschillen in hun mate van voorspellen van risico op CIN en CIA per bevolkingsgroep. Dit is relevant omdat bijv. in Nederland andere bevolkingsgroepen dan de Nederlandse het hoogste risico op schizofrenie lopen.

Doel

Het valideren van eerder gevonden polymorfismen en het bepalen van etnische verschillen in genetische gevoeligheid op het ontwikkelen van CIN en CIA.

Methoden

De vier polymorfismen die het sterkste met CIN en CIA zijn geassocieerd, eerder gevonden via genoom-wijde studies (2-4), werden middels Taqman en Sanger Sequencing gegenotypeerd: rs2769, rs149104283, rs1546308 en rs113332494. Logistische regressie werden gebruikt om de associatie met CIN en CIA in Turken (N=121) en Noord-West Europeanen (N=176) te berekenen. Meta-analyse met bestaande studies (METAL) werd vervolgens gedaan om trans-etnische verschillen met Aziaten en Japanners in genetische gevoeligheid voor CIN en CIA te berekenen.

Resultaten

Rs2769 was alleen significant geassocieerd met CIN/CIA in Noord-West Europeanen en rs113332494 was alleen significant geassocieerd met CIN en CIA in Turken en de totale groep inclusief etnische outliers. Een van de belangrijkste resultaten is de hoge negatieve voorspellende waarde (NPV) in de totale groep (94.55%) van rs113332494. Meta-analyse liet zien dat in Aziatische populaties relatief vaak voorkomende genetische polymorfismen met lage odds ratios het risico op CIN/CIA vergroten, terwijl in Europeanen en Turken relatief weinig voorkomende genetische varianten met hoge odds ratios het risico op CIN/CIA vergroten.

Conclusie

Er zijn belangrijke trans-etnische verschillen in genetische gevoeligheid voor CIN en CIA. Voor de toekomst kan dit belangrijke implicaties hebben. De psychiater moet zich realiseren dat als in de toekomst genetische panels voor CIN/CIA beschikbaar komen deze voor verschillende etnische groepen verschillende validiteit zullen hebben. Rs113332494 is een relatief zeldzame variant en heeft een hoge NPV, wat betekent dat deze variant gebruikt kan gaan worden om patiënten die niet graag bloedcontroles ondergaan in bepaalde gevallen wel op clozapine in te stellen.

Literatuurverwijzing

1. Li KJ, Solomon H V, DeLisi LE. Clozapine pharmacogenomics: a review of efficacy, pharmacokinetics, and agranulocytosis. *Curr Opin Psychiatry*. 2018;31(5):403-408. doi:10.1097/YCO.0000000000000440
2. Legge SE, Hamshire ML, Ripke S, et al. Genome-wide common and rare variant analysis provides novel insights into clozapine-associated neutropenia. *Molecular Psychiatry*. 2016.
3. Goldstein JI, Fredrik Jarskog L, Hilliard C, et al. Clozapine-induced agranulocytosis is associated with rare HLA-DQB1 and HLA-B alleles. *Nat Commun*. 2014. doi:10.1038/ncomms5757
4. Van Der Weide K, Looovers H, Pondman K, et al. Genetic risk factors for clozapine-induced neutropenia and agranulocytosis in a Dutch psychiatric population. *Pharmacogenomics J*. 2017. doi:10.1038/tpj.2016.32

S21 De neuropsychiatrie van het frontaal syndroom

Aan de neuropsychiatrische symptomen die optreden in het kader van een frontaal syndroom kunnen meerdere pathofysiologische ziekteprocessen ten grondslag liggen. Dat de klassieke dichotomie ('Is het neurologisch of psychiatrisch?') wellicht achterhaald is, is gebaseerd op recente inzichten bij C9orf mutatie dragers en bij patiënten met Chronische Traumatische Encephalopathie. Deze laten zien dat stemmingsklachten, psychotische verschijnselen en gedragsveranderingen geruime tijd en geleidelijk overgaan in cognitief verval en dementie. Met de voordrachten binnen dit symposium beogen wij het klinisch redeneren te belichten aan de hand genoemde ziektebeelden, een neuropsychologische studie bij patiënten die zich op middelbare leeftijd presenteren met een frontaal syndroom en een overzichtsstudie.

S21.1

Taal, maar niet executief functioneren differentieert frontotemporale dementie van primair psychiatrische aandoeningen

Jose Overbeek ^{p1}

P: Presenterende auteur / spreker

1. VU Medisch centrum

Achtergrond

Recent onderzoek liet zien dat executief dysfunctioneren niet onderscheidend is tussen frontotemporale dementie van primair psychiatrische aandoeningen

Doel

Onderzoeken welke neuropsychologische testen bruikbaar zijn bij het onderscheid tussen frontotemporale dementie van primair psychiatrische aandoeningen wanneer patiënten zich presenteren met een frontaal syndroom

Methoden

Neuropsychologische test scores van 33 patiënten met gedragsvariant frontotemporale dementie en 55 patiënten met diverse psychiatrische of psychologische aandoeningen werden vergeleken. Er werd een standaard test batterij afgenomen met testen voor aandacht en tempo, executief functioneren, episodisch geheugen, taal, en visuospatieel functioneren. Associaties tussen baseline test scores en diagnose na 2 jaar follow-up werden onderzocht met logistische regressie analyse met leeftijd en geslacht als covariaten.

Resultaten

Terwijl testen voor aandacht, geheugen en executieve functies geen verschil vertoonden tussen beide diagnostische groepen, werd er een lagere score op testen voor taalfuncties gevonden bij de frontotemporale dementie patiënten (benoemen, figuur herkennen en verbale abstractie). Het effect was het grootst voor de benoemtest (Boston naming test), met een AUC van 0.80 (p < 0.001, 95% CI = 0.694-0.907).

Conclusie

Het toedienen van een benoemtest kan, in tegenstelling tot executieve functie testen, helpen in het onderscheid tussen frontotemporale dementie en primair psychiatrische aandoeningen.

Literatuurverwijzing

Vijverberg EGB, Schouws S, Meesters PD, Verwijk E, Comijs H, Koene T, Schreuder C, Beekman A, Scheltens P, Stek M, Pijnenburg Y, Dols A. Cognitive Deficits in Patients With Neuropsychiatric Symptoms: A Comparative Study Between Behavioral Variant Frontotemporal Dementia and Primary Psychiatric Disorders. *J Clin Psychiatry*. 2017 Sep/Oct;78(8):e940-e946.

S21.2

Chronisch Traumatische Encephalopathie, een opnieuw ontdekte ziekte met neuropsychiatrische symptomen

Dr Everard Vijverberg p¹

P: Presenterende auteur / spreker

1. Haga ziekenhuis / VU medisch Centrum

Achtergrond

Chronisch Traumatische Encephalopathie (CTE) is recent weer in de belangstelling gekomen dankzij internationale cohortstudies en pathologisch onderzoek

Doel

Het beschrijven van de klinische symptomen van CTE in relatie tot de bevindingen bij aanvullend onderzoek en pathologisch onderzoek

Methoden

Op basis van literatuuronderzoek wordt een historisch overzicht geschetst van de ontdekking van een specifiek pathologisch cerebraal beeld gerelateerd aan recidiverende hoofdtrauma's in sport tot aan de ontwikkeling van diagnostische criteria en mogelijke biomarkers.

Resultaten

CTE is een neurodegeneratieve ziekte en wordt klinisch gekarakteriseerd door een spectrum van cognitieve, psychiatrische en motorische symptomen. De tijdspanne tussen het ontstaan van de eerste symptomen en het hoofdletsel beslaat enkele jaren tot decennia na het laatste letsel. Als de symptomen eenmaal aanwezig zijn, is er vaak een langzaam progressief beloop. De vroege fase van CTE wordt vooral gekenmerkt door meer of minder subtiele neuropsychiatrische verschijnselen (prikkelbaarheid, angst, stemmingsproblematiek). In een latere fase ontstaat een beeld gekenmerkt door cognitieve- en gedragsproblematiek in het kader van verder vorderende neurodegeneratie. Histopathologisch worden beide klinische vormen van CTE gekenmerkt door neerslag van hypergefosforyleerd tau-eiwit en aanwezigheid van TAR-DNA-bindende eiwit (TDP-43) in verhouding met relatief weinig bèta-amyloïd. Potentiele biomarkers zijn een cavum septum pellucidum op MRI, en in het hersenvocht een normaal bèta-amyloïdgehalte in combinatie met verhoogde hypergefosforyleerd tau/totale tau-ratio.

Conclusie

herkenning van CTE vergt een multidisciplinaire aanpak. Een betere beschrijving en herkenning van dit ziektebeeld zal uiteindelijk kunnen bijdragen aan preventie van CTE door sport

Literatuurverwijzing

Vijverberg EG, Pijnenburg AC, Scheltens P, Pijnenburg YA. Chronische traumatische encephalopathie; een oude bekende bij sporters. Stand van zaken. Ned Tijdschr Geneeskd. 2017;161:D465. Zuckerman SL, Brett BL, Jeckell A, Yengo-Kahn AM, Solomon, GS. Chronic Traumatic Encephalopathy and Neurodegeneration in Contact Sports and American Football. J Alzheimers Dis 2018;66:37-55.

S21.3

Symptomatologie van de C9orf mutatie: neuropsychiatrisch prodromen of continuum?

Dr Flora Gossink ^{p1}

P: Presenterende auteur / spreker

1. GGZ InGeest

Achtergrond

Uit recente literatuur is bekend dat frontotemporale dementie veroorzaakt door C9orf mutaties relatief vaker gepaard gaat met een psychiatrische diagnose eerder in het leven.

Doel

Het systematisch in kaart brengen van psychiatrische symptomen gedurende de levensloop voorafgaand aan de diagnose frontotemporale dementie bij C9orf mutatie dragers.

Methoden

biografisch interview bij alle opeenvolgende patiënten en hun mantelzorgers met frontotemporale dementie op basis van een C9orf mutatie die zich presenterden op het VUMC Alzheimercentrum tussen 2011-2018. Analyse mbv mixed methods benadering (Kwalitatieve en kwantitatieve analyse).

Resultaten

Uit een groep van 183 patiënten met frontotemporale dementie werden 33 personen met een C9orf mutatie geïdentificeerd. Dertig FTD patiënten zonder mutatie vormden de controle groep. Personen met FTD obv een C9orf mutatie werden vaker omschreven als 'gehecht zijn aan structuur' en als gering empathisch in hun leven voorafgaand aan de diagnose. Dit viel vooral op tijdens hun eerste relaties, maar niet zozeer tijdens de jeugd. Bovendien was er bij hen relatief vaker sprake van een stressvolle gebeurtenis in de aanloop van de FTD.

Conclusie

Dit is de eerste studie die neuropsychiatrische symptomen bij C9orf mutatie dragers extensief in kaart heeft gebracht, hetgeen heeft geleid tot nieuwe inzichten over het ontstaan van deze aandoening. De bevindingen suggereren dat het effect van de mutatie mogelijk eerder optreedt dan in de fase van neurodegeneratie en scheidt het dilemma hoe te bepalen wanneer de ziekte begint.

Literatuurverwijzing

1. Rohrer J, Isaacs A, Mizielińska S, Mead S, Lashley T, Wray S, Sidle K, Fratta P, Orrell R, Hardy J, et al. C9orf72 expansions in frontotemporal dementia and amyotrophic lateral sclerosis. *Lancet Neurology*. 2015; 14(3):291-301
2. Devenney E, Hornberger M, Irish M, Mioshi E, Burrell J, Tan R et al. Frontotemporal Dementia Associated With the C9ORF72 Mutation. *JAMA Neurology*. 2014;71(3):331.
3. Snowden J, Rollinson S, Thompson J, Harris J, Stopford C, Richardson A et al. Distinct clinical and pathological characteristics of frontotemporal dementia associated with C9ORF72 mutations. *Brain*. 2012;135(3):693-708.
4. Ducharme S, Bajestan S, Dickerson B, Voon V. Psychiatric Presentations of C9orf72 Mutation: What Are the Diagnostic Implications for Clinicians?. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. 2017;29(3):195-205.
5. Devenney EM, Ahmed RM, Halliday G, Piguet O, Kiernan MC, Hodges JR. Psychiatric disorders in C9orf72 kindreds: Study of 1,414 family members. *Neurology*. 2018 Oct 16;91(16):e1498-e1507.

S21.4

De laat-ontstaan frontaal syndroom studie: een overzicht van de belangrijkste bevindingen en adviezen voor de praktijk

Yolande Pijnenburg ^{p1} / Dr Annemiek Dols ²

P: Presenterende auteur / spreker

1. VU Medisch Centrum
2. GGZ InGeest

Achtergrond

Wanneer een persoon van middelbare leeftijd zich presenteert met gedragsverandering bestaande uit apathie, ontremming en/of dwangmatigheid (tesamen behorend bij het frontaal syndroom), ontstaat een diagnostisch dilemma. Enerzijds kan er sprake zijn van frontotemporale dementie, anderzijds van een primair psychiatrische aandoening of een andere neurologische aandoening.

Doel

Onderzoeken wat de waarde is van FDG-PET, MRI en liquoronderzoek bij diagnostiek naar de oorzaak van het laat ontstaan frontaal syndroom. Onderzoeken wat de waarde is van klinische parameters bij het laat ontstaan frontaal syndroom.

Methoden

Prospectieve naturalistische multi-center follow-up study met 2 jaar durende inclusie periode en een 2-jarige follow-up duur. De diagnose gesteld na 2 jaar follow-up, mede op basis van MRI patroon en neuropsychologisch onderzoek, werd beschouwd als de goud standaard voor de analyses betreffende de diagnostische waarde van de diverse aanvullende onderzoeken.

Resultaten

De hoofdbevindingen van deze multicenter longitudinale follow-up studie onder 137 personen zullen worden gepresenteerd. Ondanks veel overlappende bevindingen, kunnen stereotiep gedrag en een psychiatrische voorgeschiedenis bijdragen aan het onderscheid tussen frontotemporale dementie van primair psychiatrische aandoeningen. Liquoronderzoek liet hoopvolle bevindingen zien voor YKL-40 en neurofilamenten. Terwijl van MRI onderzoek de sensitiviteit relatief laag was, was de lage specificiteit van FDG-PET een valkuil binnen de diagnostiek van het laat ontstaan frontaal syndroom. Patienten met een genetische vorm van frontotemporale dementie hadden klinisch en/of radiologisch een atypisch beeld.

Conclusie

Wij bepleiten multidisciplinaire diagnostiek van het laat ontstaan frontaal syndroom, met aandacht voor specifieke symptomen die mogelijk onderscheidend zijn en een voorzichtige interpretatie van het beeldvormend onderzoek. Bij twijfel is laagdrempelig genetisch onderzoek geïndiceerd, in de wetenschap dat ook in geval van erfelijke FTD het klinisch en radiologisch beeld atypisch kan zijn.

Literatuurverwijzing

Vijverberg EGB, Gossink F, Krudop W, Dols A, Pijnenburg YAL. Gedragsverandering als symptoom: het diagnosticeren van de gedragsvariant van frontotemporale dementie. Stand van zaken. Ned Tijdschr Geneesk. 2018 Aug 3;162. Gossink F, Schouws S, Krudop W, Scheltens P, Stek M, Pijnenburg Y, Dols A. Social cognition differentiates behavioural variant frontotemporal dementia from other neurodegenerative diseases and psychiatric disorders. Am J Geriatr Psychiatry 2018;26:569-579. Vijverberg EGB, Gossink F, Krudop W, Sikkes S, Kerssens C, Prins N, Stek M, Scheltens P, Pijnenburg Y, Dols A. The diagnostic challenge of the late-onset frontal lobe syndrome: Clinical predictors for primary psychiatric disorders versus behavioural variant frontotemporal dementia. J Clin Psychiatry 2017;78:e1197-e1203. Krudop WA, Dols A, Kerssens CJ, Eikelenboom P, Prins ND, Möller C, Schouws S, Rhebergen D, van Exel E, van der Flier WM, Sikkes S, Scheltens P, Stek ML, Pijnenburg YAL. The pitfall of behavioural variant frontotemporal dementia mimics despite multidisciplinary application of the FTDC criteria. J Alzheimers Dis 2017;60:959-975. Gossink FT, Vijverberg EG, Krudop W, Scheltens P, Stek ML, Pijnenburg YA, Dols A. Psychosis in behavioural variant frontotemporal dementia. Neuropsychiatr Dis Treat 2017;13:1099-1106. Vijverberg EG, Dols A, Krudop WA, Del Campo Milan M, Kerssens CJ, Gossink F, Prins ND, Stek ML, Scheltens P, Teunissen CE, Pijnenburg YA. Cerebrospinal fluid biomarker examination as a tool to discriminate behavioral variant frontotemporal dementia from primary psychiatric disorders. Alzheimers Dement 2017;7:99-106. Dols A, van Liempt S, Gossink F, Krudop WA, Sikkes S, Pijnenburg YA, Stek ML. Identifying specific clinical symptoms of behavioural variant frontotemporal dementia versus differential psychiatric disorders in patients presenting with a late-onset frontal lobe syndrome. J Clin Psychiatry 2016;77:1391-1395. Vijverberg EG, Wattjes MP, Dols A, Krudop WA, Möller C, Peters A, Kerssens CJ, Gossink F, Prins ND, Stek ML, Scheltens P, van Berckel BN, Barkhof F, Pijnenburg YA. Diagnostic accuracy of MRI and additional [18F]FTD-PET for behavioural variant frontotemporal dementia in patients with late onset behavioural changes. J Alzheimers Dis 2016;53:1287-1297. Krudop WA, Kerssens CJ, Dols A, Prins ND, Möller C, Schouws S, van der Flier WM, Scheltens P, Sikkes SA, Stek ML, Pijnenburg YA. Identifying bvFTD Within the Wide Spectrum of Late Onset Frontal Lobe Syndrome: A Clinical Approach. Am J Geriatr Psychiatry 2015;23:1056-1066. Krudop WA, Kerssens CJ, Dols A, Prins ND, Moller C, Schouws S, Barkhof F, van Berckel BN, Teunissen CE, van der Flier WM, Scheltens P, Stek ML, Pijnenburg YA. Building a New Paradigm for the Early Recognition of Behavioral Variant Frontotemporal Dementia: Late Onset Frontal Lobe Syndrome Study. Am J Geriatr Psychiatry 2014;22:735-740.

S22 Therapie-resistentie bij angst en depressie: feit of fictie?

Angst- en depressieve stoornissen komen veel voor in Nederland met een 12-maands prevalentie van 10.1 en 6.1%. Beide stoornissen worden gekenmerkt door veelvuldige terugval, een chronisch beloop en zijn bovendien vaak comorbide stoornissen. Het lukt helaas niet altijd om patiënten succesvol te behandelen. Na zes jaar is minder dan één op de vijf patiënten volledig herstelt, zeker als rekening gehouden wordt met diagnostische instabiliteit. Patiënten lijken 'therapie-resistent' te zijn. Er is echter veel onduidelijk over therapie-resistentie bij angst en depressie: Wat is het? Hoe wordt het vastgesteld? En zijn er dan nog therapeutische opties? Dit symposium gaat in op de complexe relatie tussen angst en depressie, de comorbiditeit en transities van angst naar depressie en andersom, hoe therapie-resistentie bij angst en depressie gedefinieerd kan worden, wat bereikt kan worden met psychotherapie bij chronische patiënten en wat de invloed van antidepressiva op therapie-resistentie is.

S22.1

Diagnostische instabiliteit van terugval bij angst en depressie

Dr Willemijn Scholten ^{p1}

P: Presenterende auteur / spreker

1. GGZ inGeest

Achtergrond

Terugval bij depressie en angststoornissen komt vaak voor en dit heeft een negatieve invloed op het lange termijn beloop van deze stoornissen. De meeste longitudinale- en effectstudies kijken naar terugval van een specifieke stoornis, de indexstoornis. We noemen dit een diagnostisch stabiele terugval. Echter, sommige mensen krijgen geen terugval in dezelfde stoornis, maar ontwikkelen nadat ze eerst volledig hersteld zijn van de indexstoornis, een andere angststoornis of depressie. Dit noemen we dan een diagnostisch instabiele terugval.

Doel

Het onderzoeken van de impact van diagnostisch instabiele terugval op terugvalpercentages.

Methoden

De data voor dit onderzoek kwamen van 656 deelnemers van de Nederlandse studie naar Depressie en Angst (NESDA) studie (een prospectieve cohortstudie). De deelnemers hadden op baseline een paniekstoornis met of zonder agorafobie, gegeneraliseerde angststoornis, een sociale angststoornis, een depressieve stoornis of dysthymie hadden en bereikten vervolgens binnen 2-4 jaar volledige remissie. In deze groep werden terugvalpercentages onderzocht en hierbij werd onderscheid gemaakt tussen diagnostisch stabiele en instabiele terugval.

Resultaten

Bij de deelnemers met angststoornissen op baseline bleek het terugvalpercentage meer dan verdubbeld te worden als de diagnostisch instabiele terugval werd meegerekend. Ook bij mensen met depressieve stoornissen en comorbide angst en depressie bleek er, in mindere mate dan bij angst, sprake van instabiele terugval.

Conclusie

Diagnostisch instabiele terugval heeft een grote impact op terugvalpercentages, vooral bij angststoornissen. Wanneer alleen stabiele terugval gediagnosticeerd wordt, worden terugvalpercentages onderschat en ontstaat er onterecht een te positief beeld van het beloop van deze stoornissen.

Literatuurverwijzing

Scholten WD, Batelaan NM, Penninx WJH, Van Balkom AJLM, Smit JH, Schoevers RA, Van Oppen P. Diagnostic instability of recurrence and the impact on recurrence rates in depressive and anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*; 2016; 195:185-190.

S22.2

Therapieresistentie bij depressie: wat is het, hoe vaak komt het voor, kunnen we het voorspellen?

Prof. dr. Frenk Peeters ^{p1,2}

P: Presenterende auteur / spreker

1. Afdeling Psychiatrie en Psychologie, Maastricht Universitair Medisch Centrum
2. School for Mental Health and Neuroscience Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Maastricht University

Achtergrond

Schatting over de prevalentie van therapie-resistente depressie (TRD) lopen uiteen, mede op grond van verschillende definities. Daarnaast is het voor de klinische praktijk van belang kennis te bezitten over risicofactoren voor TRD zodat daar bij indicatiestelling van behandeling rekening mee kan worden gehouden.

Doel

Kennisverwerving over definitie, prevalentie en risicofactoren voor TRD.

Methoden

Overzicht van bestaande literatuur, bestaande meetinstrumenten en globale presentatie van Nederlands instrumenten en onderzoek op dit gebied.

Resultaten

De prevalentie van TRD ligt waarschijnlijk op 10-15%. Er bestaan enkele in Nederland ontwikkelde instrumenten voor vaststellen van risico op en mate van TRD die gemakkelijk in de praktijk te gebruiken zijn. Daarnaast zijn er ontwikkelingen op het gebied van ICT die complexe analyses van klinische karakteristieken voor het voorspellen van behandelingsucces en TRD mogelijk gaan maken.

Conclusie

Er is toenemende praktisch-relevante kennis over voorspelling van TRD die kunnen gaan helpen de prevalentie te verminderen.

Literatuurverwijzing

Peeters, F.P., et al., The Dutch Measure for quantification of Treatment Resistance in Depression (DM-TRD): an extension of the Maudsley Staging Method. *J Affect Disord*, 2016. 205: p. 365-371. Ruhe, H.G., et al., Staging methods for treatment resistant depression. A systematic review. *J Affect Disord*, 2012. 137(1-3): p. 35-45. van Krugten, F.C., et al., Indicators of patients with major depressive disorder in need of highly specialized care: A systematic review. *PLoS One*, 2017. 12(2): p. e0171659. DeRubeis, R.J., et al., The Personalized Advantage Index: translating research on prediction into individualized treatment recommendations. A demonstration. *PLoS One*, 2014. 9(1): p. e83875.

S22.3

Heroverweging van therapie-resistentie bij angststoornissen: een longitudinale studie naar het uitblijven van behandelresultaat

MSc Wicher Bokma ^{p1}

P: Presenterende auteur / spreker

1. GGZ inGeest

Achtergrond

Ondanks behandeling ervaren veel angststoornis patiënten een suboptimaal behandelresultaat. Het uitblijven van een gunstig resultaat na (meerdere) adequaat toegepaste evidence-based behandelingen wordt soms aangeduid met 'therapie-resistentie'. Bij angststoornissen bestaat er echter geen consensus over de criteria waaraan moet worden voldaan om te spreken van therapie-resistentie. Er wordt in de klinische praktijk vaak een inventarisatie gemaakt van welke behandelingen geprobeerd zijn om een indruk van de mate van therapie-resistentie te krijgen.

Doel

Het doel van deze studie is om empirisch te onderzoeken welke aspecten bij angststoornissen effect hebben op uitblijven van therapieresultaat twee jaar later.

Methoden

Er werd uit de Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA), een naturalistische cohortstudie, een selectie gemaakt van respondenten die op de baselinemeting een angststoornis (paniekstoornis, gegeneraliseerde angststoornis of sociale angststoornis) hadden en die zich meldden voor behandeling in de GGZ (n=492). Met regressieanalyse onderzochten wij in welke mate verschillende potentiële criteria voor therapie-resistentie samenhangen met respons en remissie na 2 jaar behandeling.

Resultaten

De criteria die op baseline samenhangen met het persisteren van een angststoornis na 2 jaar waren: hoge ernst van de angstsymptomen (Odds Ratio (OR)= 5.59, 95%BI=2.48-12.6), hoge mate van functionele beperkingen (OR=3.17, 95%BI=1.50-6.67), aanwezigheid van andere psychiatrische stoornissen (OR=2.14, 95%BI=1.43-3.22), en lange duur van de angststoornis (OR=2.51, 95%BI=1.62-3.88). Het aantal reeds uitgevoerde eerste- of tweedelijns farmacotherapeutische behandelingen en het aantal psychotherapeutische behandelingen voorspelde het uitblijven van effect van behandeling na twee jaar niet (alle $p > 0.20$). Voor twee andere uitkomstmaten (respons na twee jaar en de duur van het persisteren van de angststoornis over twee jaar) vonden wij vergelijkbare resultaten.

Conclusie

De criteria die doorgaans worden gebruikt voor het aanduiden van therapie-resistentie, namelijk eerdere gefaalde behandelingen, blijken niet samen te hangen met toekomstig therapie-effect bij patiënten met angststoornissen. Het lijkt zo te zijn dat voor het beloop bij een therapieresistente groep patiënten met een angststoornis het eerder de algemene beloopvoorspellers zijn die de prognose bepalen, niet de mate van therapie-resistentie. Een herevaluatie van het begrip therapie-resistentie lijkt op zijn plaats.

Literatuurverwijzing

Bokma, WA; Batelaan, NM; van Balkom, ALJM; Penninx, BWJM. Reconsidering treatment-resistance in Anxiety Disorders: a longitudinal assessment of treatment effects. In preparation.

S22.4

De lange termijn effecten van psychotherapie bij persistente depressie

Dr. Jenneke Wiersma ^{p1}

P: Presenterende auteur / spreker

1. GGZ inGeest

Achtergrond

Er is weinig bekend over de lange termijn effecten van psychotherapie bij persistente depressie.

Doel

Het beloop van depressieve klachten in kaart brengen bij personen die 7 jaar geleden deelnamen aan een gecontroleerd onderzoek naar het effect van psychotherapie voor persistente depressie.

Methoden

Personen die 7 jaar geleden meededen aan een gecontroleerd onderzoek waarin Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP), een psychotherapie model speciaal ontwikkeld voor persistente depressie, werd vergeleken met de gebruikelijk zorg voor depressie (CAU), werden benaderd voor de huidige 7-jaars follow-up studie. De ernst van de depressieve symptomen werd gemeten met de Inventory for Depressive Symptomatology-Self-Report (IDS-SR). As I problematiek werd uitgevraagd met de Mini International Neuropsychiatric Interview plus (M.I.N.I. plus). Het beloop van de depressieve klachten en de behandelgeschiedenis in de afgelopen 7 jaar werd in kaart gebracht met de Life Chart methode.

Resultaten

Van het originele sample, waren 39 personen (28%) bereid tot deelname, de meeste deelnemers uit het originele sample waren niet meer bereikbaar. De gemiddelde IDS scores daalden van 40.8 (SD 10.0) naar 19.5 (SD 12.8) in de CBASP groep en van 43.8 (SD 10.6) naar 30.4 (SD 15.6) in de CAU groep. Linear mixed-effects regression analysis liet echter geen verschil tussen CBASP en CAU zien op de IDS ($t = -1.26$, $P = .22$) en op de Life Chart ($t = .25(20.5)$, $P = .81$). In de afgelopen 7 jaar, rapporteerden de meeste deelnemers (85%) perioden waarin zij last hadden van depressieve symptomen en 55% ontving verdere behandeling voor hun depressieve klachten. Remissie aan het einde van de originele studie voorspelde lagere IDS scores na 7 jaar ($t(34) = -3.05$, $P = .004$).

Conclusie

Na 7 jaar vonden we geen significante verschillen meer tussen CBASP en CAU. Remissie aan het einde van de originele studie lijkt een belangrijke voorspeller voor een beter beloop na 7 jaar.

Literatuurverwijzing

Wiersma JE, Van Schaik DJF, Hoogendoorn A, Dekker JJ, Van HL, Schoevers RA, Blom MBJ, Maas K, Smit JH, McCullough JP, Beekman ATF, Van Oppen P. The effectiveness of Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy for chronic depression: a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom* 2014;83:263-269.

S22.5

Verminderde respons bij het herstarten van antidepressiva, een systematische review

MSc Renske Bosman ^{p1}

P: Presenterende auteur / spreker

1. GGZ inGeest

Achtergrond

Verminderde respons bij het herstarten van antidepressiva, een systematische review
Achtergrond: Na remissie worden bij angststoornissen en depressieve stoornissen, antidepressiva vaak gestaakt en bij terugkerende klachten herstart. In sommige patiënten lijkt het herstarten van antidepressiva minder effectief, maar een overzicht ontbreekt.

Doel

Deze systematische review had als doel inzicht te krijgen in de omvang en risicofactoren voor het niet meer goed reageren op antidepressiva na herstart in patiënten met angststoornissen, depressieve stoornissen, obsessieve-compulsieve stoornis (OCS), en post-traumatische stress stoornis (PTSS).

Methoden

PubMed, Embase en trial registers zijn systematisch doorzocht voor studies waarin patiënten 1) een angststoornis, depressieve stoornis, OCS of PTSS hadden, en 2) verminderd of geen effect ervaren na het herstarten van een eerder effectief antidepressivum.

Resultaten

Tien studies rapporteerde een verminderde respons na het herstarten van antidepressiva. Het fenomeen werd bij 16.5% (range: 3.8-42.9%) van de patiënten met een depressieve stoornis, OCS, en sociale fobie geobserveerd en kwam voor in alle klasse antidepressiva. Er is geen onderzoek gedaan na risicofactoren voor verminderde respons.

Conclusie

Er is beperkt onderzoek gedaan naar verminderde respons na het herstarten van antidepressiva. Verminderde respons kwam bij een minderheid van de patiënten voor. Het fenomeen is relevant gezien de prevalentie van de onderzochte stoornissen, het aantal patiënten dat behandeld wordt met antidepressiva, en het voorkomen van het fenomeen bij alle klasse antidepressiva. Deze systematische review benadrukt dat degelijk onderzoek naar dit fenomeen en de risicofactoren hard nodig is.

Literatuurverwijzing

Bosman, R. C., Waumans, R. C., Jacobs, G. E., Oude Voshaar, R. C., Muntingh, A. D. T., & Batelaan, N. M. (2018). Failure to Respond after Reinstatement of Antidepressant Medication: A Systematic Review. *Psychother Psychosom*, 8. <https://doi.org/10.1159/000491550>

S23 De mentale gezondheid van de zwangere en het kind van de toekomst

Psychiatrische problemen zoals depressieve- en angstklachten komen veel voor tijdens de zwangerschap. Daarnaast worden tevens zwangerschaps-specifieke stoornissen beschreven, zoals angst voor de bevalling of PTSS door een eerder doorgemaakte traumatische bevalling. Aangezien zelfs op symptoomniveau depressieve en angstklachten van de moeder effecten hebben op de ontwikkeling van het nageslacht, zijn tijdige en haalbare interventies tijdens de zwangerschap van groot belang. Aan de hand van data van verschillende studies (GUSTO, MamaKits, Optimum Study, een case study en literatuuronderzoek), worden de nieuwste bevindingen ten aanzien van de effecten van de mentale gezondheid tijdens de zwangerschap op het nageslacht besproken, alsmede toekomstige interventies zoals een online therapie voor depressie in zwangeren, en EMDR tijdens de zwangerschap voor PTSS gerelateerde klachten van eerdere traumatische bevallingen. Voorzitter: Barbara Portier, OLVG

S23.1

De mentale gezondheid van de moeder en de effecten op het nageslacht

Dr. Birit Broekman Birit Broekman ^{p1,2}

P: Presenterende auteur / spreker

1. VUmc
2. Singapore Institute for Clinical Sciences

Achtergrond

Uit onderzoek met dieren is gebleken dat de hersenontwikkeling zowel in utero als in de eerste periode na de geboorte beïnvloed wordt door de directe omgeving, waarin de moeder een belangrijke rol speelt. Bij mensen is hierover minder bekend omdat er nog weinig onderzoek is gedaan met hersenscans in pasgeborenen.

Doel

Aantonen van verschillen in de vroege hersenontwikkeling tussen kinderen van moeders met depressieve symptomen en angstklachten tijdens de zwangerschap en in de vroege postnatale periode versus kinderen van moeders zonder depressieve symptomen of angstklachten.

Methoden

In het GUSTO cohort, waarin intensieve fenotypering en bio-sampling heeft plaatsgevonden in 1247 moeder-kind dyades, is onder andere gekeken naar de invloed van depressieve en angstsymptomen van de moeder op de (hersenen)ontwikkeling van het nageslacht. Depressie werd gemeten met de Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) en Beck Depression Inventory (BDI), en symptomen van angst met de Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI), zowel tijdens de zwangerschap (26 weken) als postpartum (3 maanden). De hersenontwikkeling in-utero werd onderzocht met een structurele MRI en DTI van de pasgeborene binnen 2 weken postpartum en de hersenontwikkeling bij pasgeborenen met een structurele MRI en DTI bij 6 maanden postpartum.

Resultaten

Diverse resultaten worden besproken waarin duidelijk wordt dat depressieve- en angstsymptomen van de moeder effect hebben op de vroege hersenontwikkeling. Hieruit blijkt dat sommige gebieden van de hersenen zich juist beter ontwikkelen in kinderen van moeders met depressieve of angstklachten, namelijk die gebieden die te maken hebben met emotieregulatie en stressregulatie.

Conclusie

Zelfs op symptoomniveau hebben depressieve en angstklachten van de moeder effecten op de (vroege) hersenontwikkeling van het nageslacht. Hoewel tijdige interventies van belang zijn om deze effecten te voorkomen, zijn er ook aanwijzingen dat de hersenontwikkeling van het nageslacht adaptief reageert wanneer (aankomende) moeders klachten hebben van depressie, angst of verminderd sensitief zijn in de vroege postnatale periode, door extra te investeren in die gebieden die van belang zijn voor emotieregulatie en stressregulatie.

Literatuurverwijzing

Wee CY, Poh JS, Wang Q, Broekman BF, Chong YS, Kwek K, Shek LP, Saw SM, Gluckman PD, Fortier MV, Meaney MJ, Qiu A. Behavioral Heterogeneity in Relation with Brain Functional Networks in Young Children. *Cereb Cortex*. 2018 Sep 1;28(9):3322-3331. Soe NN, Wen DJ, Poh JS, Chong YS, Broekman BF, Chen H, Shek LP, Tan KH, Gluckman PD, Fortier MV, Meaney MJ, Qiu A. Perinatal maternal depressive symptoms alter amygdala functional connectivity in girls. *Hum Brain Mapp*. 2018 Feb;39(2):680-690. Qiu A, Anh TT, Li Y, Chen H, Rifkin-Graboi A, Broekman BF, Kwek K, Saw SM, Chong YS, Gluckman PD, Fortier MV, Meaney MJ. Prenatal maternal depression alters amygdala functional connectivity in 6-month-old infants. *Transl Psychiatry*. 2015 Feb 17;5:e508. Soe NN, Wen DJ, Poh JS, Li Y, Broekman BF, Chen H, Chong YS, Kwek K, Saw SM, Gluckman PD, Meaney MJ, Rifkin-Graboi A, Qiu A. Pre- and Post-Natal Maternal Depressive Symptoms in Relation with Infant Frontal Function, Connectivity, and Behaviors. *PLoS One*. 2016 Apr 13;11(4):e0152991. Rifkin-Graboi A, Meaney MJ, Chen H, Bai J, Hameed WB, Tint MT, Broekman BF, Chong YS, Gluckman PD, Fortier MV, Qiu A. Antenatal maternal anxiety predicts variations in neural structures implicated in anxiety disorders in newborns. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015 Apr;54(4):313-21.e2. doi: 10.1016/j.jaac.2015.01.013. Epub 2015 Jan 30. Rifkin-Graboi A1, Kong L2, Sim LW1, Sanmugam S1, Broekman BF1,3, Chen H4, Wong E1, Kwek K5, Saw SM6, Chong YS1,7, Gluckman PD8,9, Fortier MV10, Pederson D11, Meaney MJ1,12,13, Qiu A1,2. Maternal sensitivity, infant limbic structure volume and functional connectivity: a preliminary study. *Transl Psychiatry*. 2015 Oct 27;5:e668. Broekman BF, Wang C, Li Y, Rifkin-Graboi A, Saw SM, Chong YS, Kwek K, Gluckman PD, Fortier MV, Meaney MJ, Qiu A; GUSTO Study Group. Gestational age and neonatal brain microstructure in term born infants: a birth cohort study. *PLoS One*. 2014 Dec 23;9(12):e115229. doi: 10.1371/journal.pone.0115229. eCollection 2014. Broekman BF, Chan YH, Chong YS, Kwek K, Cohen SS, Haley CL, Chen H, Chee C, Rifkin-Graboi A, Gluckman PD, Meaney MJ, Saw SM; GUSTO Research Group. The influence of anxiety and depressive symptoms during pregnancy on birth size. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2014 Mar;28(2):116-26.

S23.2

De invloed van maternale gezondheid op de vroege sociale ontwikkeling van kinderen en de mediërende rol van opvoedstijlen

Drs. Linda Jilderda ^{p1}

P: Presenterende auteur / spreker

1. VUmc

Achtergrond

Jonge kinderen zijn in de vroege sociale ontwikkeling afhankelijk van een goede moeder-kind synchronisatie. Echter, vele moeders (naar schatting tot 50%) ervaren in die eerste levensjaren symptomen van depressie en/of angst, die de interactie tussen moeder en kind kunnen beïnvloeden.

Doel

Het onderzoeken van het effect van maternale symptomen van depressie en angst op de vroege sociale ontwikkeling van het jonge kind, alsmede de mediërende rol van ouderschapsstijlen.

Methoden

Voor deze studie hebben we gebruik gemaakt van data uit het Growing Up in Singapore Towards healthy Outcomes (GUSTO) geboortecohort. 463 moeder-kind dyades werden geïnccludeerd. Maternale symptomen van depressie en angst werden op meerdere tijdstippen tussen 3-54 maanden postpartum gemeten, middels de Beck Depression Inventory (BDI) en de State-Trait Anxiety Inventory (STAI), waarna er een gestandaardiseerde score werd berekend over de gehele periode. De opvoedingsstijl van moeder werd op 54 maanden postpartum in kaart gebracht door middel van de Parenting Styles and Dimensions Questionnaire (PSDQ). Als uitkomstmaat werd Theory of Mind (ToM) van het kind onderzocht met de Sally-Anne test op de leeftijd van 54 en 72 maanden, en het sociaal functioneren van het kind werd door moeder gerapporteerd met de Social Responsiveness Scale (SRS) bij 54 maanden.

Resultaten

Maternale symptomen van depressie zijn geassocieerd met het uitblijven van ToM ontwikkeling bij 72 maanden, dit effect werd niet gevonden voor angstsymptomen bij moeders. Zowel symptomen van depressie als van angst zijn geassocieerd met meer sociale beperkingen gerapporteerd door moeder. Dit effect bleef in stand na correctie voor multipale confounders, zoals sociaal economische status, gender, intelligentie en het hebben van oudere siblings. Tevens blijkt het effect van depressie op de sociale ontwikkeling van het kind partieel gemedieerd te worden door autoritaire en permissieve ouderschapsstijlen. Voor de relatie tussen angst en sociale beperkingen vonden we alleen een partiële mediatie door een autoritaire opvoedingsstijl.

Conclusie

Dit is de eerste studie die laat zien dat angst en depressie op symptoomniveau, dus zonder dat er sprake is van een klinische diagnose, een negatieve impact hebben op de vroege sociale ontwikkeling van kinderen. Daarnaast hebben we aangetoond dat dit effect ten dele verklaard wordt door de invloed van angst en depressie op de opvoedingsstijl van de moeder. Dit onderzoek kan bijdragen aan de ontwikkeling van gerichte interventies om nadelige gevolgen van maternale affectieve symptomen op de sociale ontwikkeling van het kind te beperken. Meer onderzoek is echter nog nodig om deze resultaten te bevestigen.

Literatuurverwijzing

Stein A, Craske MG, Lehtonen A, et al. Maternal cognitions and mother-infant interaction in postnatal depression and generalized anxiety disorder. *J Abnorm Psychol* 2012;121(4):795-809. doi: 10.1037/a0026847

Stein A, Pearson RM, Goodman SH, et al. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *The Lancet* 2014;384(9956):1800-19. doi: 10.1016/s0140-6736(14)61277-0

Lovejoy MC, Graczyk PA, O'Hare E, et al. Maternal depression and parenting behavior: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* 2000;20(5):561-92.

Comaskey B, Roos NP, Brownell M, et al. Maternal depression and anxiety disorders (MDAD) and child development: A Manitoba population-based study. *PLoS One* 2017;12(5):e0177065. doi: 10.1371/journal.pone.0177065

Reck C, Hunt A, Fuchs T, et al. Interactive regulation of affect in postpartum depressed mothers and their infants: an overview. *Psychopathology* 2004;37(6):272-80. doi: 10.1159/000081983

Kaitz M, Maytal H. Interactions between anxious mothers and their infants: An integration of theory and research findings. *Infant Ment Health J* 2005;26(6):570-97. doi: 10.1002/imhj.20069

Seymour M, Giallo R, Cooklin A, et al. Maternal anxiety, risk factors and parenting in the first post-natal year. *Child Care Health Dev* 2015;41(2):314-23. doi: 10.1111/cch.12178

S23.3

Behandeling van angst en depressie bij zwangeren, de toekomst van online tools

Drs. Hansje Heller ^{p1}

P: Presenterende auteur / spreker

1. VUmc

Achtergrond

Depressie en angst komen vaak voor bij zwangere vrouwen (prevalentie 11-13%) en kunnen verstrekkende gevolgen hebben voor de zwangerschap en het kind. De klachten worden vaak niet herkend, noch door de vrouwen zelf, noch door de hulpverlening, doordat er een overlap bestaat tussen depressieve- en angstklachten en klachten passend bij de zwangerschap. Daarnaast bestaat er bij veel zwangere vrouwen een taboe op het erkennen en uiten van hun klachten uit het idee ondanbaar of een slechte moeder bevonden te worden. Vanuit dit taboe en doordat zwangere vrouwen vaak overbelast zijn door drukke activiteiten gecombineerd met een afgenomen belastbaarheid, wordt er minder gauw hulp gezocht. De laatste jaren zijn er steeds meer internet interventies beschikbaar die succesvol worden ingezet tegen depressie en angst in de algemene bevolking. Een dergelijke interventie zou de barrières die bij zwangere vrouwen bestaan tegenover het zoeken van hulp, gedeeltelijk teniet kunnen doen.

Doel

Het onderzoeken van de effectiviteit van een online interventie voor depressieve en angstklachten bij zwangere vrouwen.

Methoden

De interventie bestond uit een voor de algemene bevolking onderzochte en aan zwangere vrouwen aangepaste online cursus gebaseerd op Problem Solving Treatment (PST) waarbij de zwangeren onder begeleiding van een psycholoog (in opleiding) in 5 lessen wordt geleerd om grip te krijgen op hun klachten. Zwangeren (≤ 30 weken) in heel Nederland met depressieve- en/of angstklachten werden middels flyers bij verloskundigen en poliklinieken Verloskunde uitgenodigd om zich aan te melden voor het onderzoek. Na ontvangst van het informed consent werden de zwangeren gescreend middels de Center for Epidemiological Studies Depression scale (CES-D) en de Hospital Anxiety and Depression scale, anxiety subscale (HADS-A). Vervolgens werden vrouwen met een CES-D score > 16 en/ of HADS-A > 8 gerandomiseerd naar de interventie of de controle-wachtlijstgroep. De vragenlijsten werden een aantal maal herhaald, waarbij naast het effect van de interventie ook de tevredenheid over de interventie en het beloop van zwangerschap, bevalling en het kraambed werd gemeten.

Resultaten

Er werden totaal 159 vrouwen geïncludeerd waarvan 79 in de interventiegroep terechtkwamen en 80 in de controlegroep. Van de interventiegroep maakte 47% de cursus helemaal af en deed 63% drie lessen of meer. De analyses zijn momenteel nog in gang, waarbij de eerste resultaten een verbetering laten zien van stemmings- en angstklachten gedurende de zwangerschap, maar waarbij vooralsnog geen significant effect van de interventie kan worden aangetoond. De volledige resultaten en mogelijke beïnvloedende factoren zullen tijdens het symposium uiteengezet worden.

Conclusie

Depressie en angst komen tijdens de zwangerschap veel voor, kunnen grote consequenties hebben, worden slecht herkend en nog minder goed behandeld. Een begeleide interventie via internet kan mogelijk een aanvulling vormen op de bestaande hulpverlening.

Literatuurverwijzing

Howard L. et al. Lancet 2014 Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. Ko J.Y. et al. J Womens Health 2012 Depression and Treatment Among U.S. Pregnant and Nonpregnant Women of Reproductive Age, 2005–2009 Broekman B.F.P. et al. Paediatric and Perinatal Epidemiology 2014 The Influence of Anxiety and Depressive Symptoms During Pregnancy on Birth Size Van Straten A. et al. J Medical Internet Research 2008 Effectiveness of a Web-Based Self-Help Intervention for Symptoms of Depression, Anxiety, and Stress: Randomized Controlled Trial. Heller H.M. et al. BMC Pregnancy and Childbirth 2014 The (cost) effectiveness of an online intervention for pregnant women with affective symptoms: protocol of a randomised controlled trial

S23.4

Angst voor bevalling: een casus uit de praktijk

Drs. Guus Eeckhout ^{p1}

P: Presenterende auteur / spreker

1. VUmc

Achtergrond

Angst voor bevalling en PTSS door een eerdere traumatische bevalling kunnen, zeker nog samen met andere psychiatrische comorbiditeit, een zwangerschapstraject fors compliceren met risico's voor moeder en kind op korte en lange termijn.

Doel

Kennisneming van praktische toepassing van resultaten van wetenschappelijk onderzoek in de complexe praktijk.

Methoden

Casusbespreking uit de klinische praktijk waarbij tevens de wetenschappelijke kennis hierover vanuit de literatuur wordt besproken.

Resultaten

We presenteren een casus met een combinatie van dergelijke psychiatrische problematiek tijdens een zwangerschap. We bespreken het klinische beeld, de diagnostische overwegingen en de verwachte risico's voor het beloop. Vervolgens illustreren we hoe, mede op grond van beschikbare wetenschappelijke kennis, geïntegreerde multidisciplinaire zorg kan bijdragen aan een adequaat beleid en gunstige uitkomst en wat daarvoor de randvoorwaarden en bedreigingen zijn.

Conclusie

Een adequaat beleid voor die situatie vereist doorgaans goede samenwerking van betrokken behandelaars in de psychiatrie en somatiek, zoals bijvoorbeeld op een POP-poli kan worden geboden of gecoördineerd.

Literatuurverwijzing

Nillni YI, Mehralizade A, Mayer L, Milanovic S (2018). Treatment of depression, anxiety, and trauma-related disorders during the perinatal period: A systematic review. *Clin Psychol Rev* online June 9 2018. Ayers S, Bond R, Bertullies S, Wijma K (2016). The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework. *Psychol Med*, 46, 1121-34. Grekin R, O'Hara MW (2014). Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 34, 389-401.

S23.5

Traumatisch ervaren bevallingen en PTSS

Dr. Marielle van Pampus ^{p1}

P: Presenterende auteur / spreker

1. OLVG, Amsterdam

Achtergrond

Voor vrouwen die eerder een trauma hebben doorgemaakt kan een bevalling als traumatisch beleefd worden. In de obstetrische praktijk worden daarnaast veel vrouwen gezien met een nare of negatieve bevallingservaring, zonder dat dat voldaan wordt aan het DSM-V criterium (A) voor een traumatische gebeurtenis (zoals beschreven in DSM-V namelijk feitelijke of dreigende dood, ernstige verwonding of seksueel misbruik). Beide groepen vrouwen kunnen PTSS symptomen rapporteren.

Doel

De risicofactoren, prevalentie en gevolgen van bevallings-gerelateerde PTSS in kaart te brengen door middel van een systematisch literatuuronderzoek.

Methoden

Er werd gezocht naar bestaande buitenlandse richtlijnen (<http://www.guideline.gov/>, <http://www.nice.org.uk/>, <http://www.cbo.nl/thema/Richtlijnen/>, en <http://www.sign.ac.uk/>) en naar systematische reviews in de Cochrane Library. Vervolgens werd gezocht naar gepubliceerde wetenschappelijke onderzoeken in de elektronische databases PubMed (Medline), Embase en PsychINFO van 1980 tot en met april 2018 in de Engelse of Nederlandse taal. Tevens werd aanvullend gezocht naar studies aan de hand van de literatuurlijsten van de geselecteerde artikelen.

Resultaten

De prevalentie van bevallingsgerelateerde PTSS varieert internationaal van 3.2-4.0 procent in ongeselecteerde populaties, tot 15.7-18.5 procent in hoog-risicogroepen. Nederlandse studies in laag-risico of ongeselecteerde populaties rapporteren een prevalentie van 1.2-2.1 procent enkele maanden postpartum. In deze studies voldeed 9.1-21.4 procent van de vrouwen aan het DSM criterium A voor trauma. In nagenoeg alle onderzoeken werd gebruik gemaakt van vragenlijsten (screening) en niet van een klinisch interview. Bij 20-75 procent van de vrouwen met PTSS na de bevalling is er tevens sprake van een depressie. De verhoogde kans op PTSS (klachten) bij primipara en na ziekenhuisbevallingen kan worden verklaard door het feit dat interventies vaker vóórkomen in deze groepen. Diverse obstetrische, psychische, sociale en situationele factoren zijn geassocieerd met een verhoogde kans op het ontwikkelen van PTSS (klachten) na de bevalling. De belangrijkste risicofactoren zijn een medisch verloop van de zwangerschap en bevalling met complicaties, psychosociale factoren, een psychiatrische voorgeschiedenis waaronder PTSS, eerder doorgemaakte trauma's met name seksueel misbruik, en negatieve ervaringen van de bevalling. In de literatuur worden verschillende (negatieve) gevolgen genoemd van bevallingsgerelateerde PTSS, zoals angst voor een volgende zwangerschap of bevalling, een verzoek tot sectio caesarea in een volgende zwangerschap of kiezen voor minder of andere zorg dan medisch geïndiceerd. Ook zijn beschreven: een negatief zelfbeeld bij de moeder, moeilijkheden met borstvoeding en problemen met seksualiteit.

Conclusie

Bevallingsgerelateerde PTSS klachten komen vaak voor. Het tijdig herkennen en behandelen hiervan is belangrijk om negatieve gevolgen te voorkomen.

Literatuurverwijzing

Yildiz PD, Ayers S, Phillips L. The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2018;208:No-Specified. Cook N, Ayers S, Horsch A. Maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period and child outcomes: A systematic review. *J Affect Disord.* Netherlands; januari 2018;225(June 2017):18–31. Grekin R, O'Hara MW. Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2014;34(5):389–401. Ayers S, Bond R, Bertullies S, Wijma K. The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework. *Psychol Med.* 2016;46(6):1121–34. Lapp LK, Agbokou C, Peretti C-S, Ferreri F. Management of post traumatic stress disorder after childbirth: a review. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2010;31(3):113–22. Alder J, Stadlmayr W, Tschudin S, Bitzer J. Post-traumatic symptoms after childbirth: What should we offer? *J Psychosom Obstet Gynecol.* 2006;27(2):107–12. Van Pampus MG, Wolf H, Weijmar Schultz WCM, Neeleman J, Aarnoudse JG. Posttraumatic stress disorder following preeclampsia and HELLP syndrome. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 2004;25(3–4):183–7.

S23.6

De OptiMUM-studie: EMDR-therapie bij zwangeren met een posttraumatische stress-stoornis na een vorige bevalling, of zwangeren met bevalangst.

Drs. Melanie Baas ^{p1}

P: Presenterende auteur / spreker

1. OLVG, Amsterdam

Achtergrond

Na een bevalling ontwikkelt circa 3% van de vrouwen een posttraumatische stress-stoornis (PTSS). Wanneer deze vrouwen opnieuw zwanger worden kan dit gepaard gaan met ernstige angst rondom zwangerschap en bevalling. Vermijdingssymptomen kunnen zich manifesteren als het vermijden van zorg, of het verzoek tot een geplande keizersnede. Ook zonder een traumatische bevalling in het verleden sprake zijn van pathologische angst voor de komende bevalling (‘fear of childbirth’), waarbij het zelfs kan voldoen aan de DSM-5 criteria voor specifieke fobie. Angst en stress tijdens de zwangerschap zijn gerelateerd aan negatieve uitkomsten voor moeder en kind, zoals een verhoogd risico op vroeggeboorte en spoedkeizersnede. Bevalangst is tevens geassocieerd met een zesmaal verhoogde kans op het ontwikkelen van bevallings-gerelateerde PTSS. Voor PTSS zijn EMDR therapie en traumagerichte cognitieve gedragstherapie behandelingen van eerste keus. Echter is over het toepassen van traumatherapie tijdens de zwangerschap zeer weinig bekend. Cognitieve gedragstherapie, en met name exposure in vivo, is de aangewezen behandeling voor specifieke fobieën. Echter is in vivo exposure niet goed toepasbaar bij bevalangst. EMDR therapie is een effectieve behandeling voor diverse specifieke fobieën, maar toepassing tijdens de zwangerschap is amper beschreven. Behandeling van bevalangst met EMDR-therapie is nooit eerder onderzocht. Voor zwangeren met PTSS op basis van een vorige bevalling of bevalangst lijkt EMDR een veelbelovende maar amper eerder onderzocht behandelingsmethode.

Doel

Deze studie onderzoekt of EMDR een effectieve en veilige behandeling is voor zwangeren met een PTSS na een vorige bevalling, of voor zwangeren met bevalangst.

Methoden

Het betreft een twee-armige randomized controlled trial met overlappend ontwerp. In dit onderzoek worden 50 zwangeren met PTSS en 120 zwangeren met bevalangst gerandomiseerd tussen de gebruikelijke zwangerschapsbegeleiding (care-as-usual) of de gebruikelijke zwangerschapsbegeleiding plus 3 sessies EMDR-therapie bij een eerstelijns psycholoog.

Resultaten

De studie is momenteel in de inclusiefase en zullen tijdens het congres de eerste preliminary resultaten presenteren.

Conclusie

De resultaten van deze studie kunnen mogelijk bijdragen aan betere zorg voor zwangeren met bevalangst, of met PTSS na een vorige bevalling.

Literatuurverwijzing

M. A. M. Baas, C. A. I. Stramrood, L. M. Dijkman, A. de Jongh & M. G. van Pampus (2017). The OptiMUM-study: EMDR therapy in pregnant women with posttraumatic stress disorder after previous childbirth and pregnant women with fear of childbirth: design of a multicentre randomized controlled trial, *European Journal of Psychotraumatology*, 8:1, 1293315, DOI: 10.1080/20008198.2017.1293315

S24 Forensische psychiatrie van de toekomst: innovatieve neurowetenschappelijke technologieën in de praktijk?

In dit symposium laten we zien hoe nieuwe inzichten in neurowetenschap hun weg kunnen vinden in forensische diagnostiek en behandeling. Sprekers richten zich op (a) hoe neurowetenschap op dit moment gebruikt wordt in de pro Justitia rapportage, b) of toediening van oxytocine empathie bij psychopaten kan verbeteren, c) Hoe virtual reality kan helpen bij het aanpakken van vijandige intentietoekening in forensische populatie en d) mogelijkheden van 'mind reading' met neurotechnieken voor de forensische psychiatrie.

S24.1

Sociaal emotioneel gedrag in mannelijke psychopaten na placebo gecontroleerde toediening van oxytocine

Dr. Maaïke Kempes ^{p1}

P: Presenterende auteur / spreker

1. NIFP

Achtergrond

Er zijn goede wetenschappelijke gronden om psychopathie een empathiestoornis te noemen. De vraag is of je empathie kunt verbeteren. Op dit moment leveren gedragstherapieën weinig op. Daarom is de focus nu gericht op hormonale stimulansen. Oxytocine is een hormoon dat aandacht voor sociale stimuli en daarmee pro sociaal gedrag verhoogt.

Doel

De onderzoekshypothese is dat toediening van oxytocine aan psychopaten de herkenning van emoties vergroot en daarmee het empathisch functioneren verbetert.

Methoden

In het kader van een wetenschappelijk onderzoek naar beïnvloeding van sociaal-emotioneel gedrag bij mannelijke tbs-patiënten met een hoge mate van psychopathie wordt de veranderlijkheid van emotieherkenning en empathische processen getoetst. Daartoe wordt in een zogenoemd dubbelblind onderzoek op twee onderzoeksdagen placebo dan wel oxytocine per neusspray toegediend aan 20 TBS patiënten. Hierna werden lichamelijke metingen verricht aan oogkijkbewegingen, gelaatsspieren, hartslag en hormoonniveaus in speeksel.

Resultaten

In lijn met de hypothese lijken psychopaten niet mee te fronzen met boze gezichten. Dit negatieve effect verdwijnt na toediening van oxytocine.

Conclusie

Oxytocine lijkt invloed te hebben op het sociaal emotioneel gedrag van psychopaten. Dit basaal-wetenschappelijk onderzoek zou vérstreckende gevolgen kunnen hebben voor eventuele therapieën in de tbs-klinieken, bijvoorbeeld als toevoeging van psychotherapie.

Literatuurverwijzing

Dadds, M.R., Moul, C., Cauchi, A., Dobson-Stone, C., Hawes, D.J., Brennan, J., Urwin, R., Ebstein, R.E. (2014). Polymorphisms in the oxytocin receptor gene are associated with the development of psychopathy. *Dev. Psychopathol.*, 26(1), 21-31.

S24.2

Weging van neurobiologische informatie in de pro Justitia rapportage over jeugdige verdachten

Dr. Maaïke Kempes ^{p1}

P: Presenterende auteur / spreker

1. NIFP

Achtergrond

Het toenemende wetenschappelijke bewijs dat neurobiologische factoren een rol hebben in crimineel gedrag is belangrijk voor het pro Justitia onderzoek bij jonge verdachten.

Doel

In deze studie hebben we onderzocht of pro Justitia rapporteurs neurobiologische factoren meenemen in hun overwegingen over toerekeningsvatbaarheid, risicotaxatie en risicomangement.

Methoden

We hebben 232 pro Justitia rapporten van jongeren tussen 12-25 jaar die opgesteld waren in de periode 2005-2015 onderzocht. We hebben gekeken hoe informatie ten aanzien van traumatisch hersenletsel, niet traumatisch hersenletsel, neurobiologische afwijkingen en genetische afwijkingen werd onderzocht en gewogen ten behoeve van de vraagstelling van het pro Justitia onderzoek.

Resultaten

De aandacht voor bovengenoemde factoren in pro Justitia rapportages was laag en leek over de jaren niet toe te nemen. Daarnaast was het opvallend dat als rapporteurs een relatie vaststelden tussen de bovengenoemde factoren en het index delict, werd de neurobiologische factor vaak niet overwogen ten behoeve van vragen van risicotaxatie en risico management.

Conclusie

Rapporteurs zouden meer aandacht moeten besteden aan neurobiologische risicofactoren in zowel hun onderzoek als bij verdere overwegingen en adviezen.

Literatuurverwijzing

Kempes, M., Berends, I., Duits, N. & Van den Brink, W. (in press) Neurobiological information and consideration in Dutch pre-trial forensic reports of juvenile criminal offenders. *International Journal of Forensic Mental Health*. Doi: 10.1080/14999013.2018.1525776

S24.3

Virtual reality als tool om vijandige intentie bias bij forensische patiënten te behandelen

Dr. Danique Smeijers ^{p1}

P: Presenterende auteur / spreker

1. Pompe Kliniek

Achtergrond

Agressie wordt over het algemeen behandeld met technieken vanuit de cognitieve gedragstherapie. We weten dat deze behandelingen gedeeltelijk effectief zijn. We weten echter ook dat niet alle onderliggende oorzaken met deze behandelvorm kunnen worden aangepakt. Denk bijvoorbeeld aan onbewuste, automatische processen zoals het verwerken van sociale informatie en de eerste reactie op sociale dreiging. Zo zijn we over het algemeen geneigd om sociale dreiging, zoals boze gezichtsuitdrukkingen, te vermijden. Individuen met een hoge mate van agressie en woede doen echter het tegenovergestelde.

Doel

In deze studie willen we deze automatische toenadering van sociale dreiging verminderen.

Methoden

Recent een game in virtual reality ontwikkeld. Deze game wordt aangeboden aan 60 patiënten naast de gewone agressie behandeling van ambulante forensisch psychiatrische patiënten en onderzocht op effectiviteit. Op dit moment zijn 25 patiënten getest.

Resultaten

De allereerste resultaten met 25 patiënten lijken veel belovend. Zo zijn er meerdere patiënten die hebben aangegeven dat ze door de game zich meer bewust zijn geworden van in welke situaties hun irritaties oplopen. Ook heeft een patiënt aangegeven in real life beter met drukke omgevingen met veel mensen om te kunnen gaan doordat hij hier in de game mee heeft kunnen oefenen.

Conclusie

De eerste resultaten wijzen op een positief resultaat van de inzet van een virtual reality game op beleving van agressief gedrag door patiënten.

Literatuurverwijzing

-

S24.4

'Mind reading' met neurotechnieken in de forensische psychiatrie?

Prof. Gerben Meynen p¹

P: Presenterende auteur / spreker

1. Universiteit utrecht

Achtergrond

Voor de diagnostiek is de psychiatrie in hoge mate aangewezen op wat degenen die worden onderzocht zelf over hun ervaringen zeggen of schrijven (vragenlijsten). Dat vormt voor de psychiater een uitdaging, zeker in die situaties waarin mensen zich zaken niet herinneren, wanneer ze niet meewerken, of wanneer er sprake is van malingering, dan wel het faken dat er geen klachten zijn. In het algemeen gaat men ervan uit dat het risico hierop in de forensische psychiatrie verhoogd is. Momenteel zijn er belangrijke ontwikkelingen op het gebied van 'mind reading' met neurotechnieken. Zou dit in bepaalde gevallen meer inzicht kunnen geven in diagnostiek, risico en risicomanagement in de forensische psychiatrie?

Doel

Zicht krijgen op de mogelijkheden van 'mind reading' met neurotechnieken voor de forensische psychiatrie, met name op technische en ethische risico's.

Methoden

Een analyse van de huidige state of the art met betrekking tot neurotechnologische 'mind reading' en van centrale technische en ethische risico's die daarbij een rol spelen.

Resultaten

Over de mogelijkheid van 'mind reading' met neurotechnieken wordt volop nagedacht, ook over consequenties binnen de gezondheidszorg. Voor de forensische psychiatrie tekenen zich kansen af, maar ook risico's. Daarbij is van belang dat de resultaten slechts in experimentele settingen verkregen zijn.

Conclusie

De ontwikkelingen geven aanleiding 'mind reading' met neurotechnieken serieus te nemen. Daarbij dient goed over een aantal risico's te worden nagedacht alvorens dergelijke technologieën in de psychiatrische praktijk te introduceren.

Literatuurverwijzing

Meynen G (2018). Brain-based mind reading: Conceptual clarifications and legal applications. *Journal of Law and the Biosciences*, 5(1), 212–216. Meynen G (2017). Brain-based Mind Reading in Forensic Psychiatry: Exploring Possibilities and Perils. *Journal of Law and the Biosciences*, 4(2), 311–329.

S25 Psychotische stoornissen in internationale context

Het onderzoeken van de fenomenologie van psychiatrische aandoeningen in internationale context kan inzicht geven in onderliggende, pathologische mechanismen. In het kader van de EU-GEI (European Network of National Schizophrenia Networks Studying Gene-Environment Interactions) studie zijn tussen 2010 en 2015 in specifieke wervingsgebieden in Engeland, Frankrijk, Italië, Spanje, Brazilië en Nederland in totaal 2274 personen met een eerste psychose geïdentificeerd. Uit deze groep zijn 1168 cases geworven, alsook 1498 controlepersonen uit de algemene bevolking, van wie demografische, sociale, psychiatrische en genetische informatie is verzameld. In dit veelzijdige symposium zullen wij nieuwe bevindingen van deze invloedrijke studie presenteren. We zullen het raakvlak tussen epidemiologisch, sociaal en genetisch onderzoek bespreken in een poging de oorzaken van psychotische stoornissen beter te begrijpen.

S25.1

Interactie tussen polygenisch risico voor schizofrenie en jeugdtrauma beïnvloedt emotieregulatie en psychotische ervaringen in het dagelijks leven

Lotta-Katrin Pries ¹ / Boris Klingenberg ¹ / Claudia Menne-Lothmann ¹ / Jeroen Decoster ^{1,2,3} / Ruud van Winkel ^{1,2} / Dina Collip ¹ / Philippe Delespaul ¹ / Marc De Hert ² / Catherine Derom ^{4,5} / Evert Thiery ⁶ / Nele Jacobs ^{1,7} / Marieke Wichers ^{1,8} / Ozan Cinar ¹ / Bochao D. Lin ⁹ / Jurjen J. Luykx ⁹ / Bart P. F. Rutten ¹ / Jim van Os ^{1,9} / Sinan Guloksuz ^{1,10}

P: Presenterende auteur / spreker

1. Department of Psychiatry and Neuropsychology, School for Mental Health and Neuroscience, Maastricht University Medical Centre, Maastricht, the Netherlands
2. University Psychiatric Centre KU Leuven, Department of Neurosciences, KU Leuven, Belgium
3. University Psychiatric Centre Sint-Kamillus Bierbeek, Brothers of Charity, Belgium
4. Centre of Human Genetics, University Hospitals Leuven, KU Leuven, Belgium
5. Department of Obstetrics and Gynecology, Ghent University Hospitals, Ghent University, Belgium
6. Department of Neurology, Ghent University Hospital, Ghent University, Ghent, Belgium
7. Faculty of Psychology and Educational Sciences, Open University of the Netherlands, Heerlen, The Netherlands
8. University of Groningen, University Medical Center Groningen, Department of Psychiatry, Interdisciplinary Center Psychopathology and Emotion regulation (ICPE), The Netherlands
9. Department of Psychiatry, Brain Centre Rudolf Magnus, University Medical Centre Utrecht, Utrecht, the Netherlands
10. Department of Psychiatry, Yale School of Medicine, New Haven, CT

Achtergrond

Veelvoorkomende genetische- en omgevingsfactoren dragen mogelijk op een niet specifieke manier bij aan symptoomdomeinen (e.g. affectief en psychotisch) en aan de ontwikkeling van diverse klinische resultaten (1-3). Vooral tijdens beginnende psychopathologie zijn de effecten veranderlijk en afhankelijk van zowel timing en het gezamenlijk voorkomen van factoren. Daarom is meer onderzoek nodig naar de interactie tussen genetische en omgevingsfactoren en hun invloed op dynamisch veranderlijke symptoomdomeinen.

Doel

Het algemene doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in 'polygenische risicoscore' voor schizofrenie (PRS) en na te gaan of en hoe deze interageren met jeugdtrauma in het beïnvloeden van emotieregulatie en subklinische psychotische ervaringen in het dagelijks leven.

Methoden

Voor deze studie werden gegevens van de EU-GEI (European Network of National Schizophrenia Networks Studying Gene-Environment Interactions, $n = 593$) gebruikt. De 'Childhood Trauma Questionnaire' werd gebruikt om jeugdtrauma na te gaan en de 'Experience Sampling Methodology' (ESM) werd gebruikt om tijdelijke fluctuaties in emotieregulatie [zowel negatief affect (NA) als positief affect (PA)] en subklinische psychotische ervaringen (PE) te meten. PRS werd berekend op basis van de meest recente 'Psychiatric Genetics Consortium schizophrenia' meta-analyse. De analyses werden uitgevoerd met behulp van multilevel tobit regressie.

Resultaten

Met betrekking tot emotieregulatie en subklinische psychotische ervaringen toonden de ESM-gegevens dat ervaringen in de vroege leeftijd gelinkt zijn aan verhoogd NA ($b = 0.13$, 95% CI 0.07; 0.19, $P < 0.001$), verlaagd PA ($b = -0.12$, 95% CI 0.17; -0.06, $P < 0.001$), en verhoogde PE ($b = 0.18$, 95% CI 0.10; 0.26, $P < 0.001$). PRS was enkel geassocieerd met verhoogd PA ($b = 0.08$, 95% CI 0.03; 0.14, $P < 0.001$). Significante interacties werden gevonden tussen PRS en jeugdtrauma voor emotieregulatie en subklinische psychotische ervaringen: NA ($b = 0.07$, 95% CI 0.01; 0.13, $P = 0.013$), PA ($b = -0.05$, 95% CI -0.10; -0.00, $P = 0.043$), en PE ($b = 0.11$, 95% CI 0.03; 0.19, $P = 0.007$).

Conclusie

Omgevingsfactoren en genetische kwetsbaarheden interageren en leiden tot persoonsspecifieke veranderingen in emotieregulatie en subklinische psychotische ervaringen.

Literatuurverwijzing

1. van Os J, Kenis G, Rutten BP. The environment and schizophrenia. *Nature*. 2010;468(7321):203-212.
2. van Os J, van der Steen Y, Islam MA, et al. Evidence that polygenic risk for psychotic disorder is expressed in the domain of neurodevelopment, emotion regulation and attribution of salience. *Psychol Med*. 2017;47(14):2421-2437.
3. Nivard MG, Gage SH, Hottenga JJ, et al. Genetic overlap between schizophrenia and developmental psychopathology: longitudinal and multivariate polygenic risk prediction of common psychiatric traits during development. *Schizophr Bull*. 2017;43(6):1197-1207.

S25.2

Nederland in Europa: de incidentie van psychotische stoornissen.

Dr Hannah Jongsma ¹ / Dr James Kirkbride ¹ / Prof Peter Jones ² / Prof Craig Morgan ³

P: Presenterende auteur / spreker

1. UCL
2. University of Cambridge
3. Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience

Achtergrond

De incidentie van psychotische stoornissen verschilt per locatie, bevolkingsgroep, en aan de hand van sociaaleconomische risicofactoren. De incidentie ligt bijvoorbeeld hoger in mannen, ethnische minderheden, in stedelijke gebieden, meer noordelijk gelegen locaties en in achterstandswijken. Hoewel hier veel aandacht voor is in de literatuur, zijn vergelijkingen tussen verschillende landen en studies lastig door verschillen in onderzoeksmethodologie.

Doel

Het doel van deze lezing is het contextualiseren van de incidentie en geslachtsverdeling van psychotische stoornissen in Nederland binnen Europa, door middel van een internationale studie met identieke onderzoeksmethodologie.

Methoden

De EU-GEI studie was een multinationale incidentiestudie met deelnemende centra in Engeland, Nederland, Spanje, Frankrijk, Italië en Brazilië. De twee Nederlandse centra waren gevestigd in Amsterdam, en Gouda en Voorhout. Volwassenen (18-64 jaar) met een eerste zorgcontact voor een psychotische stoornis werden geïdentificeerd door middel van centraal getrainde onderzoekers die nauw contact hielden met zorginstaties. Het OPCRIT algoritme werd gebruikt om een onderzoeksdiagnose vast te stellen. Bevolkingsdata werd opgevraagd bij nationale statistiekbureaus. In Nederland was dit het CBS. We berekenden de incidentie per 100,000 persoonjaren. Verschillen in patiëntkarakteristieken tussen Nederland en overige landen werden getoetst door middel van Chi2 testen.

Resultaten

We identificeerden 2,774 patiënten tijdens 12.94 miljoen persoonjaren: een incidentie van 21.4 (95%BI: 19.4-23.4) per 100,000 persoonjaren. De incidentie in Amsterdam was 46.7 (95%BI: 44.6-48.7) per 100,000 persoonjaren, en in Gouda en Voorhout was dit 21.8 (95%BI: 19.7-23.9). In vergelijking met de overige landen waren patiënten in Nederland vaker man (63.1% tegenover 55.8%; χ^2 : 8.41, $p < 0.01$), hadden vaker een migratieachtergrond (52.8% tegenover 37.2%; χ^2 : 39.01, $p < 0.01$) en kregen vaker een niet-affectieve diagnose (84.1% tegenover 77.6%; χ^2 : 10.85, $p = 0.01$). Er was geen verschil in leeftijdsverdeling (χ^2 : 6.76, $p = 0.56$).

Conclusie

De distributie van psychotische stoornissen in Nederland verschilt ten opzichte van andere (grotendeels) Europese landen. Internationale studies zouden hierdoor beperkt toepasbaar kunnen zijn op de Nederlandse context. Lokale kennis is belangrijk voor het modelleren van de verwachte incidentie, en het plannen van de gezondheidszorg.

Literatuurverwijzing

Bourque F, van der Ven E, Malla A. A meta-analysis of the risk for psychotic disorders among first- and second-generation immigrants. *Psychol Med.* 2011;41(5):897-910. Jongsma, H. E., Gayer-Anderson, C., Lasalvia, A., Quattrone, D., Mulè, A., Szöke, A., ... Kirkbride, J. B. (2018). Treated Incidence of Psychotic Disorders in the Multinational EU-GEI Study. *JAMA Psychiatry*, 75(1), 36. <http://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.3554>

McGrath J, Saha S, Welham J, El Saadi O, MacCauley C, Chant D. A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BMC Med.* 2004;2:13. Vassos E, Pedersen CB, Murray RM, Collier DA, Lewis CM. Meta-analysis of the association of urbanicity with schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2012;38(6):1118-1123. van der Werf M, Hanssen M, Köhler S, et al; RISE Investigators. Systematic review and collaborative recalculation of 133,693 incident cases of schizophrenia. *Psychol Med.* 2014;44(1):9-16.

S25.3

Incidentie van psychotische stoornissen onder diverse migranten groepen in Europa: vergelijking tussen landen in de EU-GEI studie

Dr. Fabian Termorshuizen ^{p1} / Dr. Els van der Ven ^{2,3} / Prof. Jean-Paul Selten ^{1,3}

P: Presenterende auteur / spreker

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

Achtergrond

Onder migranten naar Europa is een verhoogd risico op psychotische stoornissen vastgesteld. Er zijn echter grote verschillen gevonden, waardoor er behoefte is aan een internationaal onderzoek waarbij de risico's met een uniforme methodiek tussen verschillende landen en migranten groepen vergeleken kunnen worden.

Doel

In het kader van de European Network of National Schizophrenia Networks Studying Gene-Environment Interactions (EU-GEI) studie hebben wij de incidentie van psychose onder migranten uit diverse geografische regio's in verschillende gastlanden onderzocht. Doel was om na te gaan of er variatie is tussen gastlanden en tussen herkomstgroepen in het relatieve risico van psychose onder migranten in vergelijking met autochtonen.

Methoden

Tussen 2010-2015 zijn in een aantal wervingsgebieden in Nederland, Groot-Brittannië, Frankrijk, Spanje en Italië de eerste-contact incidentiecijfers vastgesteld met gestandaardiseerde criteria voor alle niet-organische psychosen (ICD-10 codes F20-F33) en voor niet-affectieve psychosen (ICD-10 codes F20-F29). De voor leeftijd en geslacht gecorrigeerde Incidence Rate Ratio's (IRR_{adj}) werden geschat in Poisson regressiemodellen.

Resultaten

De IRR_{adj} voor psychose onder migranten (N=775) in vergelijking met autochtone personen (N=1.111) varieerde van 1.15 [0.66-2.00] in Spanje tot 2.85 [2.03-3.99] in Groot-Brittannië. Onder West-Europese migranten werden lage IRR_{adj} 's (<1.00) gevonden zonder verschillen tussen gastlanden. Voor migranten uit Sub-Saharisch Afrika was er sprake van een significant verschil tussen gastlanden (p<0.01) met IRR_{adj}'s variërend van 1.92 [0.55-6.65] in Spanje tot 6.34 [4.79-8.39] in Groot-Brittannië. Hoge IRR_{adj} 's en verschillen tussen gastlanden werden ook gevonden voor migranten uit het Midden-Oosten, de Caraïbische eilanden en Noord-Afrika. Verhoogde risico's werden gevonden voor zowel 1e- als 2e-generatie migranten. Vergelijkbare resultaten werden gevonden bij beperking tot niet-affectieve psychosen.

Conclusie

De significante verschillen tussen gastlanden wijzen waarschijnlijk op een belangrijke interactie tussen migrantengroep en gastland in de pathogenese van psychose.

Literatuurverwijzing

Jongsma HE et al. Treated Incidence of Psychotic Disorders in the Multinational EU-GEI Study JAMA Psychiatry 2018; 75(1): 36-46.

S25.4

De rol van sociale omgevingsfactoren in het verhoogde risico van psychose onder etnische minderheden

Dr. Els van der Ven ^{1,2} / Prof. Jean-Paul Selten ^{2,3}

P: Presenterende auteur / spreker

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

Achtergrond

Het verhoogd risico van psychotische stoornissen onder verscheidene etnische minderheden is een veelvuldig gerepliceerde bevinding.¹ De achterliggende redenen zijn echter onbekend. Er zijn enkele aanwijzingen dat sociale omgevingsfactoren op individueel niveau bijdragen aan het verhoogd risico doordat zij veel voorkomen en/of een sterkere impact hebben op leden van etnische minderheidsgroepen.^{2, 3}

Doel

Onderzoeken of specifieke kandidaat omgevingsfactoren vaker voorkomen en/of een sterkere impact hebben in etnische minderheidsgroepen.

Methoden

In het kader van de EU-GEI studie zijn in 16 wervingsgebieden in 6 landen (Groot-Brittannië, Frankrijk, Nederland, Italië, Spanje en Brazilië) data van patiënten en niet-psychotische controlepersonen verzameld. Patiënten die hulp zochten voor een nog onbehandelde psychotische stoornis werden uitgenodigd voor het onderzoek. Controlepersonen die qua leeftijd en geslacht representatief waren voor de algemene bevolking werden geworven via advertenties. Van beide groepen is gedetailleerde informatie verzameld over werk, opleiding, sociale klasse, inkomen, leefomstandigheden, sociale relaties en ervaringen van discriminatie, negatieve levensgebeurtenissen en vroegkinderlijk trauma. Ook zijn de data bekend van mogelijke confounders, zoals leeftijd, geslacht, IQ, stedelijke leefomgeving en psychiatrische familiegeschiedenis. Met behulp van logistische regressieanalyses, gecorrigeerd voor ontbrekende gegevens door multiële imputatie, zullen we onderzoeken of deze factoren het excessieve psychoserisico in etnische minderheden kunnen verklaren.

Resultaten

In totaal zijn er 1168 patiënten en 1498 controlepersonen geworven. Begin oktober 2018 zal gestart worden met de analyses zoals beschreven. We zullen specifiek antwoord geven op de vragen of (a) het effect van elke factor sterker is op de kans op psychose onder etnische minderheden; of (b) de prevalentie van elke factor hoger is in etnische minderheids- dan meerderheidsgroepen; en of (c) negatieve sociale ervaringen die het meest bedreigend en intrusief zijn het sterkst geassocieerd zijn met psychose in etnische minderheidsgroepen.

Conclusie

De spreker zal mogelijke verklaringen voor de bevindingen geven en suggesties doen voor toekomstig onderzoek.

Literatuurverwijzing

1. Bourque F, van der Ven E, Malla A. A meta-analysis of the risk for psychotic disorders among first-and second-generation immigrants. *Psychological medicine* 2011;41(5):897-910.
2. Morgan C, Kirkbride J, Hutchinson G, et al. Cumulative social disadvantage, ethnicity and first-episode psychosis: a case-control study. *Psychological Medicine* 2008;38(12):1701-1715.
3. Veling W, Selten J-P, Susser E, Laan W, Mackenbach JP, Hoek HW. Discrimination and the incidence of psychotic disorders among ethnic minorities in The Netherlands. *International Journal of Epidemiology* 2007;36(4):761-768.

S25.5

Migratie en psychose: een meta-analyse van incidentiestudies (1977-oktober 2017)

Prof. Jean-Paul Selten ^{1,2} / Dr. Els van der Ven ^{3,2} / Dr. Fabian Termorshuizen ¹

P: Presenterende auteur / spreker

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

Achtergrond

De auteurs van de laatste meta-analyse (Bourque et al., 2011) naar het verband tussen migratie en psychose includeerden alleen onderzoeken naar de incidentie van de Non-Affectieve Psychotische Stoornis (NAPS) tot 2008 en geen onderzoeken naar de Affectieve Psychotische Stoornis (APS = depressie of manie met psychotische kenmerken). Bovendien werd in deze meta-analyse niet gecorrigeerd voor socio-economische status (SES).

Doel

(1) schatting maken van het gemiddelde, gewogen Relatief Risico (RR) op het ontwikkelen van NAPS en APS onder migranten en hun kinderen; (2) deze resultaten corrigeren voor SES bij het eerste contact met de behandelaar; (3) zoeken naar bronnen van heterogeniteit in het risico op NAPS.

Methoden

We includeerden incidentiestudies die een voor leeftijd gecorrigeerd RR met 95% betrouwbaarheidsinterval (95% BI) rapporteerden (of cijfers die deze bewerking mogelijk maakten) en gepubliceerd waren in de periode 1-1-1977 t/m 12-10-2017. We hanteerden een random effects model.

Resultaten

We vonden studies die uitgevoerd waren in Europa (N=43), Israël (N=3), Canada (N=2) en Australië (N=1). De aantallen publicaties over risico op APS en NAPS bedroegen respectievelijk 4 en 47. Het RR, gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht (vergeleken met de autochtone populatie), bedroeg 2.57 voor APS (95% BI, 1.93-3.24) en 2.13 (95% BI, 1.99-2.17) voor NAPS. Voor deze resultaten gold dat de heterogeniteit statistisch significant was. Na correctie voor SES namen de RRs af, maar ze bleven wel significant verhoogd. Met betrekking tot NAPS: Het verschil in RR tussen eerste en tweede generatie was niet significant. De volgende cijfers gelden voor migranten en hun kinderen. Een voorgeschiedenis van migratie uit landen buiten Europa naar Europa was geassocieerd met een hoger Relatief Risico (RR=2.94; 95%BI, 2.63-3.29) dan migratie binnen Europa (RR= 1.88; 95% BI, 1.62-2.18). Het RR was lager in Israël (RR= 1.22; 95% BI, 0.99-1.50) en Canada (RR=1.21; 95% BI, 0.85-1.74). Het RR was het hoogste voor personen met een zwarte huidskleur (RR= 4.19; 95% BI, 3.42-5.14).

Conclusie

De spreker zal mogelijke verklaringen voor de gevonden patronen bespreken. Positieve selectie zou het lage risico in Canada kunnen verklaren en de overgang van sociale exclusie naar inclusie het lage risico voor Joden in Israël. Gelet op het hoge risico in Europa voor migranten uit ontwikkelingslanden speelt de ervaring van sociale uitsluiting (social defeat) wellicht een pathogene rol.

Literatuurverwijzing

Bourque F, van der Ven E, Malla A (2011). A meta-analysis of the risk for psychotic disorders among first- and second-generation immigrants. *Psychological Medicine*, vol 41, pp 897-910.

WORKSHOPS

W23 TAPP the app; Tool Appropriate Prescribing Psychotropic drugs. Test je voorschrijfbeleid bij mensen met een verstandelijke beperking

MSc Josien Jonker ^{p1} / Dr. Gerda de Kuijper ¹

P: Workshopleiders

1. GGZ Drenthe

Inhoud (wat)

Bij mensen met een verstandelijke beperking (VB) is sprake van een hoog en vaak langdurig psychofarmacagebruik, veelal voorgeschreven voor gedragsproblemen. De laatste jaren is geïnvesteerd om het gebruik van psychofarmaca voorgeschreven met een verkeerde indicatie, verkeerd of te lang gedoseerd te verminderen en hiermee het passend gebruik van psychofarmaca te vergroten. De NVAVG richtlijn 'Voorschrijven van psychofarmaca' (2016) is hierbij richtinggevend geweest. Om de kwaliteit van voorschrijven van psychofarmaca bij mensen met een VB te verbeteren en op een eenvoudige, betrouwbare en valide manier in kaart te brengen is in 2018 de Tool Appropriate Prescribing Psychotropic drugs (TAPP) ontwikkeld. De TAPP is allereerst ontwikkeld om artsen en verpleegkundig specialisten te ondersteunen bij het passend voorschrijven van psychofarmaca en draagt daarmee bij aan de kwaliteitsverbetering van de patiëntenzorg. Daarnaast kan de TAPP gebruikt worden voor het meten van effecten van interventies en innovaties voor wetenschappelijk onderzoek. Het instrument is ontwikkeld met input en consensus vanuit het veld (psychiaters, apothekers en artsen verstandelijk gehandicapt) en bestaat uit zeven domeinen: 1) indicatie, 2) dosering, 3) duur van gebruik, 4) duplicaties, 5) interacties, 6) evaluatie van effect en 7) evaluatie van bijwerkingen. Recent is van de TAPP een app ontwikkeld. In deze workshop zullen we bespreken hoe de TAPP artsen en verpleegkundig specialisten kan ondersteunen bij het passend voorschrijven van psychofarmaca bij mensen met een verstandelijke beperking.

Vorm (hoe)

De workshop kent de volgende opbouw:

- 1) Casus
- 2) Stand van zaken; resultaten van onderzoek naar de huidige praktijk van voorschrijven
- 3) Uitleg over de inhoud en het gebruik van de TAPP
- 4) Invullen van de TAPP in de app door de workshopdeelnemers aan de hand van de casus. Eventueel met aanvullende casuïstiek.
- 5) Discussie over de uitkomsten en het gebruik van de TAPP

Leerdoelen

- 1) Het vergroten van kennis over het passend voorschrijven van psychofarmaca bij mensen met een VB
- 2) Het gebruiken van (de app van) de TAPP in de praktijk, met als doel de kwaliteit van het voorschrijven van psychofarmaca bij mensen met een VB te verbeteren

Literatuurverwijzing

Spek, K. van der et al. (2015). A reliable and valid index was developed to measure appropriate psychotropic drug use in dementia. *Journal of Clinical Epidemiology*, 68, 903-912. NVAVG. Revisie NVAVG standaard: voorschrijven van psychofarmaca. Enschede, 2016.

W24 Workshop Slaapverbetering middels CGT-insomnia protocol

Dr. Mardien Oudega ¹ / Dr. Tanja Su ^{p1} / Dr. Annemiek Dols ²

P: Workshopleiders

1. GGZ inGeest/Vumc
2. GGZ inGeest/VUmc

Inhoud (wat)

Verstoorde slaap is een veelvoorkomende symptoom als onderdeel van psychiatrische stoornissen, zoals bij depressie, maar ook als comorbiditeit. Cognitieve Gedragstherapie voor insomnie (CGT-i) is een effectieve behandelmethodede voor chronische co-morbide slaapproblemen bij volwassenen(1). CGT-i combineert slaapprolichting, slaapregistratie (c.q. slaapdagboek), relaxatietechnieken, gedragsregels (c.q. stimuluscontrole, slaaprestrictie, slaaphygiëne) en tot slot cognitieve interventies(2). Uit eerder onderzoek bij volwassenen blijkt dat slaapverbetering middels CGT-i even effectief of effectiever en duurzamer is dan behandeling met sedativa (1). In de klinische praktijk is CGT-i nog geen standaardonderdeel van het behandel aanbod. Sedativa worden nu vaak langdurig voorgeschreven, tegen de adviezen van de diverse richtlijnen. Afbouwen en staken van sedativa zou ook makkelijker kunnen worden als er alternatieve behandelingen zoals CGT-i aangeboden kunnen worden. CGT-i doorbreekt de factoren en gewoontes die het slechte slapen in stand houden (2). Dit wordt gedaan middels het bewerken van disfunctionele cognities en slaapgewoontes, en door het tegen gaan van hyperarousal. In de huidige workshop wordt manipulatie van de biologische elementen extra benadrukt. Slaaphygiënische maatregelen (c.q. beperken van cafeïne inname en dutjes) worden besproken in het kader van het manipuleren van de slaapdruk, zo ook de hardere maatregel van slaaprestrictie. Op dezelfde wijze komt manipulatie van de biologische klok of slaap-waak ritme aan bod (3).

Vorm (hoe)

Workshop waarin de theorie van slaapprolichting gecombineerd wordt met praktijkgerichte training van het leren opstellen en uitvoeren van cognitieve- en gedragsinterventies. Deelnemers krijgen vooraf twee korte huiswerkopdrachten opgestuurd. Deze opdrachten bestaan uit eenmaal een slaapregistratie bijhouden en het invullen van een korte vragenlijst. Deze opdrachten zullen geëvalueerd worden tijdens de workshop.

Leerdoelen

Na afloop kent de deelnemer:

- De theorie en de basisprincipes van het slaap-waak ritme en CGT-i

Na afloop kan de deelnemer:

- patiënten met een verstoorde slaap adviseren en gericht motiveren voor het volgen van CGT-i
- Disfunctionele cognities en slaapgewoontes leren signaleren
- Slaapregistratie zelf uitvoeren en interpreteren
- Gedragsregels zelf leren opstellen en uitvoeren
- Relaxatieoefening zelf ervaren en leren geven
- Zijn of haar eigen slaappatroon verbeteren

Literatuurverwijzing

1. Geiger-Brown JM, Rogers VE, Liu W, et al. Cognitive behavioral therapy in persons with comorbid insomnia: A meta-analysis. *Sleep Med Rev.* 2015 Oct;23:54-67.
2. I. Verbeek en M. van der Laar. Behandeling van langdurige slapeloosheid. Bohn Stafleu van Loghum. December 2014
3. E. van Someren. Slaapproblemen bij ouderen.

W25 Statistiek in neuro-psychiatrisch onderzoek, significant en relevant?

Dr. Nicole Korten ^{1,2} / Dr. Sander Verfaillie ^{1,3} / Dr. Annemiek Dols ⁴

P: Workshopleiders

1. GGZinGeest
2. Amsterdam Public Health research institute
3. Alzheimercentrum VUmc
4. GGZinGeest VUmc

Inhoud (wat)

In wetenschappelijk onderzoek en daarmee ook neuropsychiatrisch onderzoek is statistiek niet te vermijden. Bijvoorbeeld, de relatie tussen depressie en cognitieve klachten kan worden bestudeerd door lineaire regressie analyses, weergegeven met regressie coëfficiënten en betrouwbaarheidsintervallen. Terwijl de relatie tussen amyloid en cognitieve klachten door logistische regressie analyses en odds ratio's kan worden weergegeven. Maar wat is nou ook al weer het verschil? Bij het noemen van deze statistische termen haken sommigen al snel af. Tijdens de opleiding is er vaak beperkte aandacht voor statistiek of wordt er veel tijd besteed aan de formules achter de statistiek. Hierdoor wordt het vaak als saai of ingewikkeld ervaren. De uitkomsten zijn niet goed te begrijpen waardoor de klinische toepasbaarheid niet altijd duidelijk is. Toch kan statistiek ook simpeler worden uitgelegd en worden begrepen zonder de ingewikkelde formules te hoeven snappen. Er zal uitleg worden gegeven over de veel gebruikte beschrijvende en toetsende statistiek. Wanneer gebruik je welke test? Wat betekenen de resultaten in de klinische praktijk?

Vorm (hoe)

- Kahoot statistiek online (groep)
- Interactieve presentatie van veelgebruikte statistiek
- Aan de hand van voorbeelden uit neuropsychiatrisch onderzoek de geleerde statistische kennis toepassen

Leerdoelen

1. Een beter begrip van statistiek en de interpretatie hiervan.
2. Het beter kunnen toepassen van statistiek in neuropsychiatrisch onderzoek.

Literatuurverwijzing

Douglas G. Altman. Practical Statistics for Medical Research. 1990.

W26 Module Deprescribing in de psychiatrie: Toekomstmuziek of al dagelijkse praktijk?

drs. Theo Burm ¹ / dr. Eric Ruhé ² / prof. dr. Kees Kramers ³

P: Workshopleiders

1. GGNet
2. Radboudumc
3. Radboud universiteit / Radboudumc

Inhoud (wat)

Het voorschrijven van psychofarmaca bij ouderen wordt door de collegae in de somatiek vooral als complex, wijdverbreid tav de grootte van de groepen psychofarmaca en divers qua indicatiegebieden gezien. Het afbouwen van deze medicatie wordt als nog complexer gezien. Vanuit de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG) en het Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG) kwam recent het initiatief om een addendum van de richtlijn Polyfarmacie bij Ouderen te maken vanwege een grote behoefte aan een zorgbrede module 'deprescribing'. In de huidige richtlijn was de paragraaf over het stoppen van medicatie erg beknopt en gaf het onvoldoende handvatten voor het proces van deprescribing. In verband met de vermeende complexiteit van psychofarmaca stelde de werkgroep voor om op een later moment, na invoering van het addendum Deprescribing, door psychiaters zelf, stap voor stap de verschillende medicatie-groepen uit te werken. Wel werd gekozen voor een achttal geneesmiddelgroepen of indicaties, waaronder antihypertensiva; protonpompremmers (PPI's); statines en osteoporosemedicatie, maar expliciet niet voor de in de zorg, maatschappij en media veel besproken psychofarmaca. Vrijwel tegelijkertijd is er vanuit de KNMP, het NHG en de NVvP, in samenwerking met MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid gewerkt aan het multidisciplinaire document "Afbouw SSRI's en SNRI's", waarin al handvatten worden aangereikt aan artsen, apothekers en patiënten, over de huidige stand van zaken. Op basis van de farmacologische en farmacodynamische kenmerken, de beperkte literatuur, maar ook de gebruikservaringen, lijkt het, dat er toch redelijk wat praktische informatie bestaat om tot een individueel advies met betrekking tot deprescribing te komen.

Vorm (hoe)

In de workshop zal een korte uiteenzetting worden gedaan van de reeds gezette stappen van de werkgroep van het addendum Deprescribing en zullen de eerste ervaringen uit het veld na de publicatie van het multidisciplinaire document afbouw SSRI's en SNRI's worden genoemd. Daarna zal worden gesproken over de daadwerkelijke complexiteit van psychofarmaca en het ontbreken van wetenschappelijke onderbouwing voor afbouw. Hoe ziet de psychiater het zelf? Doen we maar wat? Of is er sprake van stigmatisering van deze groep medicatie? Dit zal dienen als input voor enerzijds de werkgroep Deprescribing van de NVKG en NHG en anderzijds om te kijken hoe we als psychiaters verder komen met de aanbevelingen rond het afbouwen van psychofarmaca.

Leerdoelen

Na de workshop zullen de deelnemers een breder beeld hebben van de noodzaak van het opstellen van een richtlijn addendum voor psychofarmaca en wat daarbij de te verwachten (on-)mogelijkheden zullen zijn en zal de workshop een basis kunnen vormen van een werkgroep Deprescribing van psychofarmaca.

Literatuurverwijzing

Richtlijn polyfarmacie bij Ouderen. Multidisciplinaire document "Afbouw SSRI's en SNRI's"

W27 De CAMS “best practice behandeling” bij suïcidaal gedrag?

MW, Ph.D Remco de Winter ^{1,2} / Ph.D Marieke de Groot ³ / MD, Ph.D Joelle Ratsma ⁴

P: Workshopleiders

1. Parnassia Groep
2. VU universiteit Amsterdam
3. Lentis
4. Lucertis/Parnassia Groep

Inhoud (wat)

De Collaborative Assessment & Management of Suicidality (CAMS) is een methodologie die gedurende meer dan 30 jaar is ontwikkeld door David Jobes. De CAMS is een therapeutisch klinische raamwerk dat gebruikt kan worden bij (chronisch) suïcidaal gedrag (Jobes, 2016). Het kan toegepast worden bij klinische en ambulante patiënten. Er zijn in de literatuur nu 8 correlatieve /open trials die de CAMS ondersteunen en 3 gepubliceerde RCT's met positieve resultaten en er lopen nog 3 RCT's. De auteurs hebben met Professor Jobes het model in 2016 in Nederland geïntroduceerd. De CAMS is vrij verkrijgbaar <http://suicidaliteit.nl/cams/index.html>. De CAMS is ook als behandelmethodologie opgenomen in de recente Generieke module Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Momenteel is er ervaring met het model en wordt het o.a. bij het IHT en de kinder en jeugdpsychiatrie toegepast. De CAMS methode houdt in : 1) samen met de patiënt worden de drijfveren van het suïcidale gedrag geïnventariseerd (de SSF), Dit wordt gedurende het beloop van de behandeling herhaald. 2) gebruikmaking van een samen opgesteld stabilisatieplan en 3) De onderliggende drijfveren van het suïcidale gedrag worden aangepakt/behandeld. De kracht van de methodologie is dat zowel het suïcidale gedrag als de onderliggende aandoening wordt behandeld. Er is in Nederland nog geen eenduidige behandeling die toegepast kan worden bij de behandeling van suïcidaal gedrag en de CAMS methode vult deze leemte. Er is bij Parnassia Groep (najaar 2018) nu een cursus ontwikkeld van 2 dagdelen en in deze workshop zullen we de cursus samenvatten en de methodologie uitleggen. De cursisten krijgen een vertaling van de werkwijze en krijgen materiaal krijgen om het toe te passen in de praktijk.

Vorm (hoe)

Eerste blok theorie en samenvatting van volledige CAMS cursus Utdelen cursusmateriaal In drietallen oefenen met de SSF Plenaire terugkoppeling

Leerdoelen

Basis van de CAMS methode weten Kunnen werken met de SSF van de CAMS Bij (ingewikkelde) suicidaliteit kunnen werken met de methode

Literatuurverwijzing

Jobes DA. Managing suicidal Risk: A collaborative Approach. Guilford press: 2016 Jobes DA, Gregorian MJ, Colborn VA. A Stepped Care Approach to Clinical Suicide Prevention. Psychological Services 2018, Vol. 15, No. 3, 243–250

W28 Reflecteren in Open Dialogue

Drs Dirk Corstens ¹ / Drs Olaf Galisch ² / Drs Mascha Mos ³ / Drs Kwok Wong ⁴ / Drs Manouche Alst van ⁵

P: Workshopleiders

1. MET ggz
2. Lentis
3. Altrecht/Lister
4. GGzE
5. Altrecht

Inhoud (wat)

Open Dialogue is een sociaal netwerkbenadering met goede resultaten in Finland die in Nederland aan populariteit wint sinds via de Werkplaats Herstelondersteuning hulpverleners bij Lister, Altrecht, GgzE, Lentis en MET ggz getraind zijn in Engeland in de Peer supported Open Dialogue. Een netwerkgesprek wordt altijd door minimaal twee hulpverleners begeleid waarbij het vinden van gezamenlijke taal in het netwerk een belangrijk doel is. Reflecteren van de hulpverleners naar elkaar is een belangrijke katalysator om die gezamenlijke taal te stimuleren.

Vorm (hoe)

Vijf psychiaters zullen u de principes van Open Dialogue kort uitleggen en van het reflecting team in het bijzonder. Vervolgens zullen we aan de hand van rollenspelen met het publiek het reflecteren gaan demonstreren en oefenen.

Leerdoelen

- U kent de basisprincipes van een sociaal netwerkgesprek volgens Open Dialogue.
- U bent op de hoogte van de kenmerken van het reflecting team.
- U heeft kunnen oefenen met reflecteren.

Literatuurverwijzing

- Russell Razzaque and Tom Stockman. An introduction to peer-supported open dialogue in mental health care. *BJPsych Advances* (2016) 22:348-356.
- Olson M, Seikkula J, Ziedonis D (2014) The Key Elements of Dialogic Practice in Open Dialogue: Fidelity Criteria. The University of Massachusetts Medical School (<https://www.umassmed.edu/globalassets/psychiatry/open-dialogue/keyelements1.109022014.pdf>).
- Seikkula J, Trimble D (2005) Healing elements of therapeutic conversation: dialogue as an embodiment of love. *Family Process*, 44: 461–75.
- Seikkula J, Alakare B, Aaltonen J (2011a) The Comprehensive Open- Dialogue Approach in Western Lapland: II. Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, 3: 192–204.
- Seikkula J, Aaltonen J, Alakare B, et al (2006) Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychotherapy Research*, 16: 214–28.

W29 Psychotrope medicatie voorschrijven, evalueren en afbouwen bij mensen met een verstandelijke beperking en probleemgedrag

dr. Erik Mulder ¹ / drs. Tom Scheers ^{1,2} / dr. Jannelien Wieland ^{3,4} / dr. Gerda de Kuijper ¹

P: Workshopleiders

1. Centrum Verstandelijke Beperking en Psychiatrie, GGz Drenthe, Assen
2. Accare, Kinder- en jeugdpsychiatrie, Groningen
3. Poli-Plus, Leiden
4. Cordaan, Amsterdam

Inhoud (wat)

In het verleden, maar ook helaas nog tegenwoordig, wordt psychotrope medicatie veelvuldig voorgeschreven aan mensen met een verstandelijke beperking zonder dat er sprake is van een vastgestelde psychiatrische stoornis. In veel gevallen biedt deze psychotrope medicatie soelaas voor de problemen van de patiënt en zijn omgeving. Echter té vaak wordt het effect van de medicatie niet regelmatig geëvalueerd en wordt niet afgebouwd. Helaas wordt nog te vaak psychotrope medicatie voorgeschreven aan mensen met een verstandelijke beperking zonder dat er deugdelijke diagnostiek heeft plaats gevonden naar de achtergronden (medisch, psychisch, systemisch) van gedragsproblemen. Gevolg is dat teveel mensen met een verstandelijke beperking te lang psychotrope medicatie gebruiken met alle negatieve gevolgen (somatische en psychische) van dien. Uit onderzoek blijkt dat het in veel gevallen mogelijk is om succesvol psychotrope medicatie af te bouwen bij mensen met een verstandelijke beperking. Maar in de praktijk blijkt afbouw vaak moeilijk, hierbij spelen verschillende factoren een rol, wo: beschikbaarheid van artsen en psychiaters, mogelijkheden voor evaluatie, kennis bij woonbegeleiding, kennis bij naastbetrokkenen. Het blijkt dat het succesvol afbouwen van psychotrope medicatie eigenlijk al begint met deugdelijke diagnostiek, een goede indicatie, bewust voorschrijven (evt off-label), systematische evaluatie en al slotstuk succesvol afbouwen. In 2019 verschijnt de nieuwe multidisciplinaire richtlijn "Diagnostiek en behandeling van probleemgedrag bij volwassenen met een verstandelijke beperking". In de workshop wordt de richtlijn geïllustreerd aan de hand van praktische voorbeelden door ervaren klinici werkzaam binnen de GGz en zorg voor mensen met een verstandelijke beperking, enkele hadden namens de NVvP of NVAVG zitting in de werkgroep.

Vorm (hoe)

De richtlijn wordt gepresenteerd met vooral aandacht voor het deel over medicatie. Er wordt, aan de hand van casus, een praktisch handvat aangereikt voor het voorschrijven, evalueren en succesvol afbouwen van psychotrope medicatie. De rol van de nieuwe Wet Zorg en Dwang wordt besproken.

Leerdoelen

- kennen van de multidisciplinaire richtlijn
- kennen van de rol en verbeterpunten mbt diagnostiek bij mensen met een VB en probleemgedrag
- kennen van aandachtspunten bij het voorschrijven, evalueren en afbouwen van psychotrope medicatie bij mensen met een VB en probleemgedrag
- kennen van de rol van de Wet Zorg en Dwang

Literatuurverwijzing

Multidisciplinaire richtlijn "diagnostiek en behandeling van probleemgedrag bij volwassenen met een verstandelijke beperking" in wording de Kuijper, G., Evenhuis, H., Minderaa, R. B., & Hoekstra, P. J. (2014). Effects of controlled discontinuation of long-term used antipsychotics for behavioural symptoms in individuals with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 58(1), 71-83.

W30 De Wet zorg en dwang: waarin verschilt deze wet van de Wet verplichte ggz en hoe ziet de samenloop er straks uit?

mr.dr. Brenda Frederiks ^{p1} / mr Sofie Steen ²

P: Workshopleiders

1. VUmc (Amsterdam UMC, locatie VUmc)
2. KBS Advocaten

Inhoud (wat)

Op 1 januari 2020 treden de ‘Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten’ en de ‘Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg’ in werking. Beide wetten komen in de plaats van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische instellingen. De Wet zorg en dwang heeft betrekking op mensen met een verstandelijke beperking en/of een psychogeriatrische aandoening. Hoewel beide wetten zoveel mogelijk met elkaar geharmoniseerd zijn, blijven er ook grote verschillen tussen beide wetten bestaan. In deze workshop wordt de Wet zorg en dwang nader uitgelegd waarbij de nadruk ligt op het begrip onvrijwillige zorg en de procedures die deze wet voorschrijft om onvrijwillige zorg te mogen toepassen. De Wet zorg en dwang verschilt daarin wezenlijk van de Wet verplichte ggz. We staan echter ook uitgebreid stil bij de samenloop tussen beide wetten. Wat betekent dit voor de praktijk en de psychiatrie in het bijzonder?

Vorm (hoe)

Een workshop. We geven een korte inleiding over de Wet zorg en dwang, en vervolgens gaan we met de zaal in gesprek over een aantal vraagstukken en casuïstiek. De deelnemers krijgen van te voren literatuur van ons toegestuurd

Leerdoelen

Deze workshop geeft inzicht in de Wet zorg en dwang Deze workshop geeft inzicht in de verschillen tussen de Wet zorg en dwang en de Wet verplichte ggz Deze workshop maakt de knelpunten in de praktijk inzichtelijk Deze workshop geeft handvatten om in de praktijk om te gaan met de Wet zorg en dwang

Literatuurverwijzing

De Wet zorg en dwang (wettekst) Frederiks, B.J.M. en S.M. Steen. Gedwongen zorg in de Wet zorg en dwang en Wet verplichte ggz: twee verschillende procedures. Nederlands Juristenblad (NJB). Ingediend op 2 september 2018. Frederiks, B.J.M. en S.M. Steen. De Wet zorg en dwang is aangenomen, en nu? Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2018 (42), 2, p. 156-163. Frederiks, B.J.M. Rechtspositie van mensen met een verstandelijke beperking en ouderen met dementie: vrijheid gewaarborgd? Regelmaat, 2017/6, p. 432-441.

W31 De mobiele medisch-psychiatrische unit: de zorg van de toekomst

Tim van Nesselrooij ^{p1} / dr. Marjan Kromkamp ¹

P: Workshopleiders

1. UMCUtrecht

Inhoud (wat)

In 2018 heeft in het UMCU gedurende 6 maanden een voor Nederland unieke pilot gedraaid, de mobiele medisch-psychiatrische unit (mMPU). Deze zorginnovatie is gericht op een beperkte maar zeer complexe groep patiënten met zowel somatische als psychiatrische en/of gedragsmatige problematiek. Deze patiëntengroep komt voor op alle afdelingen van het ziekenhuis, zorgt voor een hoge werkdruk, overbelasting van teams, incidenten, tegenoverdracht naar, stigmatisering en onderbehandeling van de betreffende patiënt. De mMPU zorgt ervoor dat de benodigde zorg naar de patiënt toekomt. De mMPU behandelt en begeleidt patiënten op en in samenspraak met de afdeling waar deze verblijft. De zorg kan indien nodig worden opgeschaald naar uren meedraaien in de dienst, er wordt dagelijks visite gelopen en er is regelmatig een MDO met alle behandelaren en verpleegkundigen. De mMPU verpleegkundigen zijn gestationeerd op de SEH en helpen ook mee in de zorg voor complexe patiënten aldaar. Kennisverbreding en expertise verbetering zijn kenmerken van de multidisciplinaire samenwerking die door de mMPU ontstaat. Dit project heeft mede daardoor al landelijke aandacht gekregen in o.a. het NOS journaal, en er is vanuit andere ziekenhuizen ook reeds interesse getoond in het concept. De workshop gaat in op de vraag: wat levert een mMPU nu op in de praktijk?

Vorm (hoe)

Inleiding door de workshop auteurs met presentatie van de uitkomsten van de pilot mMPU in het UMCU. Daarna korte casuïstiek presentaties van enkele betrokken hulpverleners van andere (medische) disciplines bij de pilot. Aansluitend plenaire discussie over de uitkomsten van de pilot studie en verdere toekomst van het concept mMPU binnen en buiten het UMCU.

Leerdoelen

Gezien de ontwikkelingen in de acute zorg waarbij een intensivering van de complexe patiëntenpopulatie op de SEH's en in ziekenhuizen nu al waar te nemen is, sluit het nieuwe mMPU concept aan bij de relevante maatschappelijke ontwikkeling en het multidisciplinaire werken. Deze workshop is bedoeld ter inspiratie en uitwisselingen van ideeën tussen alle aanwezigen, waarbij andere zorginstellingen hun voordeel kunnen doen met de ervaringen uit de pilot. Tevens zal aandacht worden besteed aan de financiële onderbouwing van het concept.

Literatuurverwijzing

<https://team.mijnumc.nl/connect/hersenen/Psychiatrie/Paginas/m-MPU.aspx> <https://nos.nl/uitzending/31518-nos-journaal.html> <https://nos.nl/artikel/2219990-psychiatrisch-verpleegkundige-op-spoedeisende-hulp-wil-contact-maken.html> <https://team.mijnumc.nl/connect/hersenen/Psychiatrie/Documents/Projectplan%20m-MPU.pdf>

W32 Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis: introductie van de herziene richtlijn.

dr. Cecile Gijsbers van Wijk ¹ / Prof.dr. Guy Widdershoven ² / drs. Henk Corthals ³

P: Workshopleiders

1. Arkin
2. Amsterdam UMC, locatie VUmc, afdeling Metamedica
3. GGZ Breburg

Inhoud (wat)

In september 2017 is de herziene NVvP richtlijn Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis gepubliceerd. De NVvP richtlijn is opgesteld in samenwerking met de NHG, de artsenfederatie KNMG en het NIP, ondersteund door het Kennisinstituut Federatie Medisch Specialisten. De richtlijn beschrijft een zorgvuldige procedure in vier fasen (verzoekfase, beoordelingsfase, consultatiefase en uitvoeringsfase), die nauwgezet dient te worden doorlopen bij een verzoek om levensbeëindiging. In deze workshop maakt u kennis met de herziene richtlijn en de belangrijkste wijzigingen ten opzichte van de vorige richtlijn. Er is speciale aandacht voor het aangaan van het gesprek met de patient, het beoordelen van de wettelijke zorgvuldigheidseisen bij psychiatrische patienten (wilsbekwaamheid, ondraaglijk en uitzichtloos lijden, resterende behandelmogelijkheden), het betrekken van familie en naasten alsmede het multidisciplinaire team in het besluitvormingsproces, en het consultatie traject (i.e. een tijdige second opinion door een onafhankelijk psychiater deskundig op het stoornisgebied, naast de verplichte consultatie door een SCEN arts). Aan de hand van casuïstiek worden complexe vragen en dilemma's uit de praktijk besproken.

Vorm (hoe)

1. Inventarisatie van de theoretische kennis en praktische ervaring van de deelnemers over euthanasie in de psychiatrie.
2. Introductie van de richtlijn door een presentatie over de verschillende fasen in het proces, met aandacht voor de belangrijkste wijzigingen ten opzichte van de vorige richtlijn en de actuele praktijk van euthanasie in de psychiatrie in Nederland.
3. Bespreken van casuïstiek van patienten met een verzoek tot hulp bij levensbeëindiging, met inbreng van ervaringen van deelnemers.
4. Discussie met de deelnemers over complexe vragen en dilemma's, en de persoonlijke stellingname als psychiater rondom euthanasie bij psychiatrische patienten.

Leerdoelen

1. Kennis nemen van de inhoud van de richtlijn, de belangrijkste wijzigingen ten opzichte van de vorige richtlijn, de onderscheiden fasen in het traject na een verzoek tot hulp bij levensbeëindiging, en de actuele praktijk van euthanasie in de psychiatrie.
2. Inzicht in de complexe vragen en dilemma's die zich in de praktijk voor kunnen doen in de beoordeling van de zorgvuldigheidseisen, suicidale patienten, contact met familie en naasten, en het consultatie traject.
3. Reflectie op de eigen opvattingen, positie en rol als psychiater bij een euthanasieverzoek van een psychiatrische patient.

Literatuurverwijzing

1. Richtlijn Levensbeëindiging op verzoek bij patienten met een psychische stoornis.
https://richtlijnen database.nl/richtlijn/levensbeëindiging_op_verzoek_psychiatrie/startpagina_-_levensbe_indiging_op_verzoek.html
2. Elke psychiater moet het gesprek over verzoek tot euthanasie aan kunnen gaan.
<https://depsychiater.nl/jaargangen/2018/september/elke-psychiater-moet-het-gesprek-over-verzoek-tot-euthanasie-aan-kunnen-gaan.html>