

Vrijdag 5 april 2019

08:30 - 10:00 uur

## SYMPOSIA

### S30 Psychiatrie heeft aandacht voor het lichaam

Somatische comorbiditeit is een veelvoorkomend probleem bij patiënten met psychiatrische aandoeningen, wat bijdraagt aan een kortere levensverwachting. In dit symposium wordt een overzicht gegeven van somatische bijwerkingen veroorzaakt door psychofarmaca. In aansluiting hierop wordt een overzicht gegeven van MOPHAR, een systeem dat somatische gezondheid en bijwerkingen van psychofarmaca monitort. Er worden uitkomsten gepresenteerd van een pilot waarin dit is toegepast bij verschillende poliklinieken in GGZ Drenthe. Ter vergelijking worden data gepresenteerd van somatische screening bij verschillende teams binnen Dimence. In het volgende deel wordt besproken waarom de AIOS psychiatrie zich wel of niet met somatische vraagstukken binnen de psychiatrie bezig houdt en worden aanbevelingen gegeven om de organisatie van somatische zorg te verbeteren. Tot slot worden resultaten gepresenteerd van een onderzoek naar een integrale leefstijlbehandeling bij EPA patiënten bij GGZ Centraal.

#### S30.1

##### Somatische complicaties van psychofarmaca: meten is weten?

Dr. Hans Mulder <sup>1,2,3,4</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

1. GGZ Drenthe, afdeling specialistische opleidingen en GGZ Drenthe Research
2. UMC Groningen, afdeling psychiatrie en Rob Giel Onderzoek Centrum, Rijksuniversiteit Groningen
3. Wilhelmina Ziekenhuis Assen, afdeling klinische farmacie
4. Rijksuniversiteit Groningen, afdeling farmacie, eenheid farmacotherapie, epidemiologie en economie

##### Achtergrond

Psychiatrische patiënten hebben een kortere levensverwachting dan de algemene bevolking. Somatische comorbiditeit is hiervan een belangrijke oorzaak. De comorbiditeit wordt deels veroorzaakt door de psychiatrische diagnose maar ook voor een belangrijk deel door de bijwerkingen van de gebruikte psychofarmaca. Om psychofarmaca op een meer verantwoorde manier voor te schrijven, en om effecten en bijwerkingen van psychofarmaca te monitoren in de tijd, is een goed en sluitend monitoring systeem cruciaal: meten is weten. Weten alleen is niet genoeg. Indien afwijkende uitkomsten gemeten worden is het belangrijk om als arts of verpleegkundig specialist daarin handelend op te kunnen treden, of om met huisarts of verpleeghuisarts (in de keten) afspraken te maken en verder beleid te bepalen.

##### Doel

In deze presentatie worden de somatische complicaties van antipsychotica, antidepressiva en stemmingsstabilisatoren samengevat. De nadruk zal daarbij liggen op psychofarmaca geïnduceerde metabole ontregeling. Moet er gemonitord worden en zo ja hoe vaak en wat te doen met afwijkende uitkomsten?

##### Methoden

Resultaten uit onderzoek over de associatie tussen het gebruik van psychofarmaca en metabole complicaties worden gepresenteerd. Vervolgens is beoordeeld in welke mate het bewijs uit de literatuur is vertaald naar aanbevelingen in Nederlandse richtlijnen.

## **Resultaten**

Voor antipsychotica is bewezen dat deze geassocieerd zijn met een verhoogd risico op metabole ontregeling. Voor antidepressiva en o.a. lithium en valproïnezuur zijn er ook aanwijzingen dat deze geassocieerd zijn met klinisch relevante metabole ontregeling. Interpretatie van onderzoeksgegevens is complex omdat niet altijd helder is of een complicatie wordt veroorzaakt door het geneesmiddel of door de diagnose waarvoor het middel wordt gebruikt. Verschillende richtlijnen bevatten aanwijzingen voor het monitoren van somatische complicaties tijdens het gebruik van psychofarmaca. De richtlijnen verschillen onderling sterk en geen enkele richtlijn geeft aanwijzingen welke interventie noodzakelijk is bij afwijkende uitkomsten en wie daarvoor verantwoordelijk is.

## **Conclusie**

Preventie, monitoring en behandeling van somatische complicaties van psychofarmaca is noodzakelijk. Er is behoefte aan eenduidige generieke module over de vraag wat er gemonitord moet worden, hoe vaak dit moet worden gedaan en wat er moet worden gedaan bij afwijkende uitkomsten.

## **Literatuurverwijzing**

- Cahn W, Ramlal D, Bruggeman R, et al. Preventie en behandeling van somatische complicaties bij antipsychoticagebruik. Tijdschr Psychiatr. 2008;50(9):579-591.
- Bruins J, Pijnenborg GH, van den Heuvel ER, et al. Persistent low rates of treatment of metabolic risk factors in people with psychotic disorders: A PHAMOUS study. J Clin Psychiatry 2017; 78(8):1117-1125
- Dodd S, Malhi GS, Tiller J, et al. A consensus statement for safety monitoring guidelines of treatments for major depressive disorder. Aust N Z J Psychiatry. 2011;45(9):712-725
- Meijboom RW, Grootens KP. Dispensability of annual laboratory follow-up after more than 2 years of valproic acid use: a systematic review. CNS Drugs. 2017;31(11):939-57

## S30.2

### Monitoring Psychofarmacologie (MOPHAR) binnen psychiatrische poliklinieken: Verontrusting en Hoop in de Noord Nederlandse GGz

Dr. Daniëlle Cath <sup>p1,2</sup> / Dr. Bennard Doornbos <sup>1</sup> / Drs. Pascal Raats <sup>1,3</sup> / Drs. Jurriaan Brouwer <sup>1,4</sup> / Dr. Mirjam Simoons <sup>5,6</sup> / Dr. Hans Mulder <sup>1,2,4,6</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

1. GGZ Drenthe, afdeling specialistische opleidingen en GGZ Drenthe Research
2. UMC Groningen, afdeling psychiatrie en Rob Giel Onderzoek Centrum, Rijksuniversiteit Groningen
3. Dimence, afdeling verslaving en psychiatrie
4. Wilhelmina Ziekenhuis Assen, afdeling klinische farmacie
5. Erasmus MC Rotterdam, ziekenhuisapotheek
6. Rijksuniversiteit Groningen, Departement Farmacie, basiseenheid Farmacotherapie, -Epidemiologie en -Economie

#### Achtergrond

Patiënten met bipolaire, stemmings en angst stoornissen overlijden gemiddeld 12 jaar eerder dan de gewone bevolking, aan (een combinatie van) de directe gevolgen van de psychische aandoening waar zij aan lijden, en de lichamelijke gevolgen van de psychofarmaca die zij gebruiken. Het monitoren van psychofarmaca gebruik en de bijwerkingen hiervan vindt over het algemeen onvoldoende plaats en de (overwegend cardiovasculaire) somatische complicaties van psychofarmaca gebruik worden vaak onvoldoende of suboptimaal behandeld (Simoons e.a, 2016; Simoons e.a., in druk). Binnen GGZ Drenthe is een somatisch monitoring systeem opgezet (MOPHAR), om de somatische toestand en bijwerkingen, als ook het medicatiegebruik van patiënten bij de poliklinieken van GGZ Drenthe goed in kaart te brengen, en onder de aandacht van behandelaars te brengen.

#### Doel

In deze presentatie geven wij pilot uitkomsten m.b.t het voorkomen van metabool syndroom (MetS), in relatie tot ernst van klachten en activiteiten niveau op basis van deze monitoring.

#### Methoden

In het MOPHAR systeem brengen verpleegkundigen voorafgaand aan intake zowel somatische complicaties als behandelings- en leefstijl gerelateerde kenmerken in kaart. Aanwezigheid van MetS werd bepaald op basis van Adult Treatment Protocol III (ATP-III) criteria van het Nationale Cholesterol Educatie Programma. Een patiënt had MetS wanneer 3 of meer van de volgende kenmerken afwijkend waren: buikomvang, bloed triglyceride concentraties, HDL, glucose, en bloeddruk. Twee groepen werden onderzocht: een "gemengde" groep met ernstige stemmings, angst en/ of persoonlijkheids stoornissen, en een groep met bipolaire stoornissen. Aanwezigheid en predictoren van MetS (leeftijd, OQ 45 scores, ziekte duur, behandelings- en afgelopen 6 maanden-, WHO DAS scores, aantal gebruikte psychofarmaca) werden onderzocht, met multivariate logistische regressie analyses, met aan- of afwezigheid van MetS als afhankelijke variabele.

#### Resultaten

215 patiënten met bipolaire, depressieve/ angst/ persoonlijkheids stoornissen van de poliklinieken van GGZ Drenthe werden in de pilot studie geïnccludeerd (56% vrouwen, gemiddeld 47 jaar oud). De bipolaire groep was ouder, had een langere ziekte duur, gebruikte meer psychofarmaca, en had lagere OQ-45 SD scores (gemiddeld 57.8 versus 73.05) en rapporteerde significant meer dagelijkse motorische activiteit dan de "gemengde" groep. MetS werd gediagnosticeerd in 48% van de bipolaire groep tegenover 33.3% van de "gemengde" groep (2-zijdig  $p = 0.054$ ) (na correctie voor behandeling van de metabole parameters), waarbij de bipolaire groep vaker verhoogde bloedsuiker waardes vertoonde. De hoeveelheid medicatie, en het dagelijks activiteiten niveau waren de belangrijkste voorspellers voor MetS.

## **Conclusie**

Deze verontrustend hoge percentages MetS (hoger dan in andere cohorten zoals bijvoorbeeld NESDA) vormen voor ons reden om ernst te gaan maken met de behandeling van deze somatische complicaties. In de presentatie wordt –naast presentatie van de uitkomsten van onze pilot- een “outline” gegeven van de behandelstrategieën die ons – in nauwe samenwerking met huisartsen- voor ogen staan.

## **Literatuurverwijzing**

Simoons M, Mulder H, Risselada AJ, Wilmink FW, Schoevers R, Ruhé HG, van Roon EN (2016): Medication Discrepancies at Outpatient Departments for Mood and Anxiety Disorders in the Netherlands: Risks and Clinical Relevance. *J Clin Psychiatry*. 2016 Nov;77(11):1511-1518. Simoons M, Mulder H, Doornbos B, Schoevers RA, van Roon EN, Ruhé HG (2018): Monitoring of somatic parameters at outpatient departments for mood and anxiety disorders. *PLoS One*;13(8):e0200520. doi: 10.1371/journal.pone.0200520. eCollection 2018. Simoons M, Mulder H, Doornbos B, Cath D, Bruggeman R, Schoevers RA, van Roon EN, Ruhé HG, Metabolic syndrome at an outpatient clinic for bipolar disorders: a case for systematic somatic monitoring. Geaccepteerd voor *Psychiatric Services*. (2018).

### S30.3

#### **Uitkomsten van somatische screening bij patiënten in behandeling bij Dimence**

Dr. Melissa Chrispijn <sup>1,2</sup> / Drs. Anja Stevens <sup>1</sup> / Drs. Elnathan Prinsen <sup>2</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

1. Dimence SCBS Bipolaire Stoornissen
2. Dimence IHT Deventer

#### **Achtergrond**

Somatische comorbiditeit is een groot probleem binnen de psychiatrie, door met name metabole verstoringen overlijden mensen met een ernstige psychiatrische aandoening 10-15 jaar eerder dan de gezonde populatie. Om dit te voorkomen of in ieder geval te verminderen is het belangrijk dat bekend is welke variabelen het grootste aandeel hebben in het veroorzaken van deze problematiek. Daarnaast is het uitvoeren van somatische screening cruciaal om verstoringen op te sporen en eventueel te behandelen. Door in kaart te brengen hoe de somatische gezondheid is in een cohort patiënten met psychiatrische aandoeningen kan er worden ingeschat wat het effect is van medicatie op metabole risicofactoren in deze patiëntenpopulatie.

#### **Doel**

Inventariseren van uitkomsten van somatische screening bij verschillende patiëntenpopulaties bij Dimence in Deventer en het effect evalueren van medicatiegebruik op de uitkomst van somatische screening.

#### **Methoden**

In twee verschillende patiëntenpopulaties binnen Dimence Deventer is onderzoek gedaan naar de uitkomsten van somatische screening binnen een bepaalde tijdsperiode. Naast de patiënt- en ziektespecifieke variabelen werden er metabole risicofactoren bepaald (lengte, gewicht, bloeddruk, cholesterol, glucose, middelengebruik). Er werd geïnventariseerd in hoeverre somatische screening werd toegepast en daarnaast zijn resultaten gepoold voor gezamenlijke analyse. Door middel van t-toetsen en multiële regressieanalyse is getoetst of er verschil was tussen groepen en hoe groot het effect was van verschillende afhankelijke variabelen.

#### **Resultaten**

In de twee patiëntenpopulaties werd er op verschillende manieren gescreend op somatische ziektes en bijwerkingen van psychofarmaca, er waren bijvoorbeeld verschillende inclusiecriteria voor screening en er werd tevens op andere parameters gescreend. Inhoudelijk werd gezien dat er met name een verhoging was te zien van BMI door gebruik van antidepressiva, met name het gebruik van een TCA. Er werd geen significante invloed gevonden door het gebruik van antipsychotica of lithium. Er werd tevens geen invloed gevonden van medicatiegebruik of andere ziektespecifieke variabelen op andere metabole risicofactoren.

#### **Conclusie**

Er wordt op verschillende manieren gescreend op somatische ziektes en bijwerkingen van psychofarmaca binnen de onderzochte teams. Daarnaast werd gevonden dat patiënten die een antidepressivum en met name een TCA gebruiken een hoger BMI hebben dan patiënten die geen of een andere antidepressivum gebruiken. Er werd geen verschil gevonden tussen patiënten die wel of geen antipsychoticum gebruikten.

#### **Literatuurverwijzing**

- Laursen TM. Life expectancy among persons with schizophrenia or bipolar affective disorder. Schizophr Res 2011; 131:101–104.
- Abosi O, Lopes S, Schmitz S, Fiedorowicz JG. Cardiometabolic effects of psychotropic medications. Horm Mol Biol Clin Investig. 2018 Jan 10.

## S30.4

### Resultaten van een enquête over somatische zorg bij AIOS psychiatrie

Drs. Esther Klopper <sup>p1</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

#### 1. Pro Persona

##### Achtergrond

Bij Pro Persona loopt sinds januari 2018 een grootschalig project over somatiek en psychiatrie waarbij wordt geïnventariseerd hoe de somatische zorg op dit moment georganiseerd is en waar verbetermogelijkheden liggen. Een onderdeel van dit project was de AIOS enquête. Een AIOS loopt stage op diverse afdeling binnen de organisatie en op verschillende locaties, daarnaast is een AIOS vaak eerste aanspreekpunt voor verpleging en participeren zij in de diensten. AIOS kunnen daardoor goed iets zeggen over verschillen in organisatie van somatische zorg op diverse plekken in een organisatie en over kwaliteit communicatie van GGZ verpleegkundigen richting artsen. Maar ondanks dat AIOS psychiatrie geregeld met somatische vraagstukken te maken krijgen betekent dit niet automatisch dat zij zich ook betrokken voelen met de somatiek of bekwaam voelen om somatische vraagstukken op te lossen.

##### Doel

Inventariseren in hoeverre AIOS psychiatrie zich betrokken voelen met de somatiek en zich bekwaam voelen om somatische vragen te beantwoorden en wat zij vinden van de organisatie van somatische zorg binnen de instelling.

##### Methoden

Er werden 38 AIOS psychiatrie uitgenodigd voor de online enquête. De enquêtevragen werden samengesteld door de projectleiding van de somatische piramide en getoetst bij twee psychiaters op onduidelijkheden en volledigheid. Doel was om een enquête te maken die weinig tijd zou kosten, tussen de 5-10 minuten, omdat de veronderstelling was dat de AIOS anders onvoldoende bereid zouden zijn tijd te investeren naast de drukke klinische- en opleidingswerkzaamheden. Het students research center (SRC) van de Hogeschool Arnhem Nijmegen (HAN) heeft de enquête vervolgens gedigitaliseerd en online gezet. De enquête heeft vier weken online gestaan en iedere AIOS kreeg een persoonlijke inlogcode met wachtwoord toegestuurd per mail om deel te kunnen nemen. De antwoorden zijn anoniem verwerkt door een student verbonden aan het SRC van de HAN. Vervolgens zijn van een aantal belangrijke uitkomsten infographics ontwikkeld.

##### Resultaten

Er was een response rate van 79%. Het grootste deel van de AIOS, 40% (n=12), is 1 jaar in opleiding binnen de psychiatrie, 13% 2 jaar, 27% 3 jaar, en 10% in zowel het 4e als het 5e jaar. Voor de opleiding heeft 40% nog als arts gewerkt binnen een somatisch specialisme. 43% geeft zijn betrokkenheid met somatiek een 8, 24% een 7 en 23% een 6 of lager op een schaal van 1 tot 10. De AIOS zijn naar eigen schatting gemiddeld 32% van hun tijd bezig met somatiek tijdens diensten. 50% van de AIOS vindt de verhouding psychiatrie vs somatiek in de diensten precies goed. Ondanks dat de AIOS gemiddeld 1/3 van hun dienstdtijd bezig zijn met somatische vragen voelen ze zich over het algemeen niet allemaal even bekwaam om de somatische vragen te beantwoorden. 53% (n=16) voelt zich niet bekwaam genoeg om alle somatische problemen op te lossen. 88% van deze AIOS denkt dat e-learning een manier zou kunnen zijn om de vakbekwaamheid op bepaalde somatische onderwerpen te vergroten. 20% zou ook nog graag somatisch onderwijs in het aandachtsgebied willen en 53% is van mening dat er onvoldoende aandacht voor somatiek is in de opleiding. Van de 30 AIOS kan 53% overdag onvoldoende terecht met vragen op gebied van somatiek bij de superviserend psychiater, 23% kan dat wel. 3% van de AIOS vindt de kwaliteit van de overdracht tussen verpleegkundige en arts goed, 40% voldoende, 43% matig en 14% onvoldoende. Daarnaast gaven AIOS nog suggesties voor verbeteringen van somatische zorg binnen de instelling en om de betrokkenheid met somatiek onder behandelaren binnen de GGZ te vergroten.

### **Conclusie**

Een krappe meerderheid van de AIOS voelt zich niet bekwaam alle somatische vraagstukken te beantwoorden, deze AIOS geven ook een lager cijfer aan betrokkenheid met somatiek. AIOS willen graag meer scholing op gebied van somatiek gedurende de opleiding en ook in het aandachtsgebied. Wellicht dat meer somatisch onderwijs zal zorgen voor een toename in bekwaamheid en daarmee ook een toename in betrokkenheid met somatiek bij AIOS psychiatrie en daarmee dus ook bij de psychiaters van de toekomst.

### **Literatuurverwijzing**

-

## S30.5

### Veranderingen in lichamelijke en geestelijke gezondheid en medicatiegebruik na een integrale leefstijlbehandeling bij mensen met EPA

Drs. Jeroen Deenik <sup>p1</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

1. GGz Centraal Innova, locatie Zon & Schild, Amersfoort

#### Achtergrond

Een leefstijl met ongezonde eetgewoonten, sedentair gedrag (liggen/zitten zonder te slapen) en weinig fysieke activiteit speelt een belangrijke rol in de welbekende co-morbiditeiten binnen deze doelgroep (o.a. metabool syndroom), die een negatieve impact hebben op levensverwachting, algehele gezondheid en kwaliteit van leven (KvL) (1-4). Onderzoek naar dit onderwerp bij langdurig opgenomen patiënten met EPA is schaars, terwijl bovengenoemde klachten juist bij deze doelgroep hoog prevalent zijn als gevolg van ziekte-ernst en langdurig medicatiegebruik. Daarnaast is er behoefte aan meer onderzoek naar effectiviteit in de dagelijkse praktijk, omdat uitkomsten van RCT's bij minder zieke groepen in de realiteit vaak vervallen. Eerder cross-sectioneel onderzoek laat zien dat mensen binnen de langdurige klinische zorg 84% van de tijd sedentair zijn en dat activeren van deze doelgroep niet lukt door alleen motiveren en faciliteren (5, 6). Daarop is een leefstijlinterventie ontwikkeld (MULTI) die is geïntegreerd in de dagelijkse behandeling. Hierin staat een 'change-from-within-principe' door multidisciplinaire\* samenwerking centraal. De interventie bestaat uit gezamenlijk op tijd opstaan, drie verantwoorde (zelf gemaakte) maaltijden per dag, een actief dagprogramma, vaardigheidstrainingen (bijv. koken) en psycho-educatie (bijv. over bijwerkingen, voeding, roken). Waar nodig wordt het programma afgestemd op het individu. Het doel van de studie is om het effect van de interventie te meten op fysieke en mentale gezondheidsmaten.

#### Doel

Het doel van de huidige studie was om 18 maanden na de implementatie van MULTI veranderingen te evalueren in fysieke activiteit, metabole risicofactoren, kwaliteit van leven, functioneren en medicatiegebruik, vergeleken met afdelingen die de gebruikelijke behandeling continueerden.

#### Methoden

Quasi experimenteel design met inclusie van mensen met EPA die in behandeling waren op de afdelingen voor langdurige zorg van GGz Centraal Amersfoort. Mensen werden geïncludeerd als van hen complete baseline-data (2013) bekend was en als zij geen andere interventie kregen (N=123). Mensen verbleven op afdelingen met MULTI (N=66) of treatment as usual (TAU; N=57). 18 maanden na implementatie meten van fysieke activiteit (5-daagse meting met een versnellingsmeter) en kwaliteit van leven (EQ5D & WHOQoL-Bref in semigestructureerd interview). Retrospectief uit dossiers: metabole gezondheid (gewicht, buikomvang, bloeddruk, triglyceriden, glucosespiegel, HDL-cholesterol), medicatiegebruik (gegroepeerd volgens de ATC-index van de WHO, uitgedrukt in Daily Defined Dosis (DDD)) en psychosociaal functioneren (HoNOS).

#### Resultaten

Na 18 maanden vonden we een significante ( $p < 0.05$ ) toename van fysieke activiteit ( $B = 0.5$ ) en HDL cholesterol ( $0.1\text{mmol/l}$ ), afname van gewicht ( $-4.2\text{kg}$ ), buikomvang ( $-3.5\text{cm}$ ), systolische bloeddruk ( $-8.0\text{mmHg}$ ). Deze uitkomsten verbeterden niet of waren zelf achteruit gegaan in de gebruikelijke behandeling. Psychosociaal functioneren verbeterde ten opzichte van TAU, met afname van HoNOS somscore ( $-3.6$ ) en de subschalen beperkingen ( $-0.7$ ) en sociale problemen ( $-3.0$ ). Kwaliteit van leven verbeterde in beide groepen (in TAU vermoedelijk door niet-leefstijl gerelateerde interventie). In medicatiegebruik zagen we vergeleken met TAU een afname van totaal aantal DDD voor somatische medicatie ( $-0.38\text{DDD}$ ,  $p = 0.13$ ) en psychotrope medicatie ( $-0.55\text{DDD}$ ,  $p = 0.02$ ). Geen van de veranderingen werd gemedieerd door toename in beweging, wat suggereert dat meerdere componenten van MULTI bijdragen aan de verbeteringen (7-9).



## Conclusie

In tegenstelling tot eerdere mislukte pogingen om de leefstijl te verbeteren bij mensen met EPA op de langere termijn, laat MULTI zien een haalbare behandeling te zijn om de gezondheid van mensen met EPA duurzaam te verbeteren. Het gebrek aan verbetering van lichamelijke gezondheid in de gebruikelijke behandeling is een duidelijk signaal naar de praktijk. Met een integrale aanpak lijkt een oplossing voor de neerwaartse spiraal in de gezondheid van mensen met EPA binnen handbereik. De eerste resultaten t.a.v. medicatiegebruik laten zien dat er een mogelijk effect is van leefstijlverbeteringen op medicatiegebruik bij mensen met EPA, maar dient te worden bevestigd in grotere gecontroleerde studies.

## Literatuurverwijzing

1. Piotrowski P, Gondek TM, Krolicka-Deregowska A, Misiak B, Adamowski T, Kiejna A. Causes of mortality in schizophrenia: An updated review of European studies. *Psychiatr Danub*. 2017;29(2):108-20.
2. Hjorthøj C, Sturup AE, McGrath JJ, Nordentoft M. Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*. 2017;4(4):295-301.
3. Tanskanen A, Tiihonen J, Taipale H. Mortality in schizophrenia: 30-year nationwide follow-up study. *Acta Psychiatr Scand*. 2018.
4. Tenback DE, Van Kessel F, Jessurun J, Pijl YJ, Heerdink ER, Van Harten PN. Risk factors for inactivity in patients in long-term care with severe mental illness. *Tijdschrift voor Psychiatrie*. 2013;55(2):83-91.
5. Deenik J. De fysieke activiteit en kwaliteit van leven van patiënten met een ernstig psychiatrische aandoening in de langdurige zorg. Enschede: Universiteit Twente; 2014.
6. Deenik J, Kruisdijk F, Tenback D, Braakman-Jansen A, Taal E, Hopman-Rock M, et al. Physical activity and quality of life in long-term hospitalized patients with severe mental illness: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2017;17:298.
7. Deenik J, Tenback D, Tak E, Rutters F, Hendriksen I, van Harten P. Changes in physical and psychiatric health after a multidisciplinary lifestyle enhancing treatment for inpatients with severe mental illness: the MULTI study I. *Schizophr Res*. 2018.
8. Deenik J, Tenback D, Tak E, Rutters F, Hendriksen I, van Harten P. Improved quality of life and psychosocial functioning in inpatients with severe mental illness receiving a multidisciplinary lifestyle enhancing treatment. The MULTI study II. submitted 2018-05.
9. Deenik J, Tenback D, van Driel H, Tak E, Hendriksen I, van Harten P. Less medication use in inpatients with severe mental illness receiving a multidisciplinary lifestyle enhancing treatment. The MULTI study III. submitted 2018-09.

## **S31 Grensverleggend onderzoek in de GGZ. Eerste resultaten en onderzoeksdesigns van 5 ZonMw Fellows.**

### **Omschrijving**

Binnen het Onderzoeksprogramma GGz van ZonMw hebben in september 2017 2 praktijkfellows en 3 multidisciplinaire fellows een persoonsgebonden subsidie (fellowship) ontvangen. Praktijkfellows zijn professionals en behandelaren werkzaam in de GGz, die onderzoek willen verrichten naar een vernieuwend, grensverleggend GGz onderwerp om zo de brug te slaan tussen onderzoek en praktijk. Multidisciplinaire fellows zijn wetenschappers die innovatieve wetenschappelijke ideeën toepassen binnen de GGZ. Drie onderzoekers doen, elk op hun eigen wijze, innovatief onderzoek naar het optimaliseren van behandeling voor patiënten. De twee andere fellows richten zich op het door-ontwikkelen en toepassen van de netwerkbenadering van psychopathologie. Alle fellows presenteren de resultaten van het eerste jaar van hun onderzoek, en ontvangen graag feedback om hun onderzoek de komende jaren zo goed mogelijk vorm te geven.

### **S31.1**

#### **Relevantere uitkomsten, verbeterde externe validiteit en eenvoudigere implementatie: een vernieuwde RCT-aanpak**

Dr Joran Lokkerbol <sup>1</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

1. Trimbos

#### **Achtergrond**

Omdat randomisatie de meest directe oplossing is tegen selectie-bias, wordt gerandomiseerd gecontroleerd effectonderzoek gezien als de gouden standaard wat betreft het genereren van bewijs over de causale invloed van interventies. RCTs gaan echter gepaard met een aantal nadelen, zoals veelvoorkomende problemen met inclusie en dropout en een mogelijk lage externe validiteit

#### **Doel**

Onderzoeken welke nadelen van een RCT kunnen worden verholpen door middel van een aangepaste RCT-aanpak.

#### **Methoden**

Deze studie vergelijkt een gangbare RCT-aanpak met een instrumental variable-aanpak. De instrumental variable-aanpak wordt veelvuldig toegepast in situaties waar randomisatie door de onderzoeker niet mogelijk is, maar waar daarentegen bestaande vormen van randomisatie worden benut. De twee aanpakken lijken op elkaar, maar het type uitkomst bij en de opzet van een instrumental variable-aanpak zijn anders dan bij een RCT-aanpak. Deze studie vergelijkt beide aanpakken om in kaart te brengen hoe de twee elkaar kunnen versterken.

#### **Resultaten**

Het uitvoeren van een RCT volgens een instrumental variable-aanpak maakt het mogelijk om een zuivere schatting te maken van het daadwerkelijke effect van treatment, in plaats van de gebruikelijke zuivere schatting van het effect van randomisatie (intention-to-treat effect) binnen een reguliere RCT. Met een RCT uitgevoerd volgens een instrumental variable-aanpak worden patiënten bovendien niet gedwongen om in de gerandomiseerde conditie te blijven, waardoor implementatie eenvoudiger wordt.

#### **Conclusie**

De RCT-aanpak en instrumental variable-aanpak zijn te combineren op een manier die de uitvoer van een RCT kan vereenvoudigen en kan leiden tot uitkomsten die relevanter zijn voor de klinische praktijk. Een bijkomend voordeel is dat het bovendien meer inzicht kan geven in effectheterogeniteit.

#### **Literatuurverwijzing**

Kowalski A (2016). Doing more when you're running LATE: applying marginal treatment effect methods to examine treatment effect heterogeneity in experiments. NBER working paper 22363.  
<http://www.nber.org/papers/w2236>

## S31.2

### Eetbuien bij jongeren: pilot data uit een groot cohort onderzoek

Dr Pauline Jansen <sup>p1</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

1. Universiteit Rotterdam

#### Achtergrond

Veel mensen met een eetbuistoornis schamen zich en zoeken pas na jaren hulp. De behandeling is dan lastig omdat de eetbuien een vaste gewoonte zijn geworden. Vroeg ingrijpen is dus noodzakelijk, maar er is eigenlijk nauwelijks iets bekend over de presentatie en oorzaken van eetbuien bij jongeren.<sup>1</sup> Accurate beeldvorming van de symptomen is noodzakelijk om tijdige identificatie en effectieve behandeling van eetbuien te kunnen bevorderen.

#### Doel

In dit door Zon MW gefinancierde project brengen we de prevalentie en presentatie van eetbuien bij kinderen en adolescenten in kaart. Tevens onderzoeken we welke jongeren risico lopen op het ontwikkelen van eetbuien en of/welke emoties eetbuien bij jongeren uitlokken.

#### Methoden

Dit project is ingebed in Generation R, een Rotterdams cohort waarbij kinderen vanaf het vroege foetale leven gevolgd worden en inmiddels 13-15 jaar oud zijn. Op 10-jarige leeftijd hebben de ouders een vragenlijst ingevuld waarin eetbuien en ongecontroleerd eten zijn uitgevraagd. Op 13-jarige leeftijd is onlangs een pilot gestart in Generation R met het verzamelen van data met behulp van een mobiele telefoon applicatie (app). Een onderdeel van de app is Experience Sampling, ook wel dagboekstudie genoemd, waarbij adolescenten meerdere keren op een dag enkele vragen beantwoorden over waar ze zijn, met wie, hoe ze zich voelen en of ze een onbedwingbare eetbui hebben gehad. Uit eerdere vragenlijsten zijn gegevens verkregen over geslacht, etnische achtergrond en sociaaleconomische kenmerken van het gezin. In logistische regressie analyses wordt gekeken of deze demografische kenmerken geassocieerd zijn met het voorkomen van eetbuien onder jongeren.

#### Resultaten

Tijdens het voorjaarscongres zullen de eerste resultaten van dit onderzoek worden gepresenteerd.

#### Conclusie

Ten tijden van het schrijven van deze ZonMW fellowship aanvraag, combineerde ik onderzoek en onderwijs. Hoewel ik beiden met veel plezier doe, liggen mijn ambities en expertise binnen het onderzoek. Door dit fellowship heb ik meer mogelijkheden en meer tijd voor onderzoek, een hele mooie kans dus. Tevens biedt dit project me de gelegenheid om een brug te slaan tussen het epidemiologische onderzoek dat ik doe en de klinische praktijk: ik ga namelijk de dagboek app die nu voor het Generation R onderzoek is gemaakt, verder ontwikkelen en een pilot studie doen naar het gebruik van de app tijdens behandeling van eetbuien bij jongeren.

#### Literatuurverwijzing

Swanson SA, Field AE. Commentary: Considerations for the use of registry data to study adolescent eating disorders. *Int J Epidemiol* 2016;45(2):488-90.ding

### S31.3

#### Regulatievaardigheden trainen bij meervoudig interpersoonlijk getraumatiseerde adolescenten

Dr Rik Knipschil <sup>p1</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

##### 1. Karakter

#### Achtergrond

Psychiaters en psychologen zijn met elkaar in debat over het nut en de noodzaak van het trainen van interpersoonlijke- en emotieregulatievaardigheden bij jongeren die als gevolg van chronische traumatisering een posttraumatisch stressstoornis (PTSS) ontwikkelen. Onder andere zijn er verschillende opvattingen over de dosering en fasering van confrontatie met de traumatische herinneringen.

#### Doel

De centrale vraag van dit project is: moeten jongeren voordat zij beginnen aan een evidence-based PTSS-behandeling eerst regulatievaardigheden trainen om verwerking van traumatische herinneringen aan te kunnen? Richtlijnen spreken elkaar tegen en gedegen onderzoeksresultaten ontbreken.

#### Methoden

De vraagstelling zal onderzocht worden door een gerandomiseerde klinische trial (RCT) uit te voeren bij 15 poliklinische afdelingen van Karakter kinder- en jeugdpsychiater. Jongeren tussen de 12 en 18 jaar die deelnemen aan de RCT zullen toegewezen worden aan één van de twee behandelcondities, namelijk: Conditie 1) 12 sessies EMDR, of Conditie 2) 12 sessies TRAP (STAIR voor adolescenten) gevolgd door 12 sessies EMDR.

#### Resultaten

De resultaten van de studie worden naar verwachting in 2022 gepresenteerd.

#### Conclusie

Tijdens het voorjaarscongres zal het onderzoeksdesign besproken worden en een korte, eerste, evaluatie van de voortgang van de studie

#### Literatuurverwijzing

Bijen, K., Knipschild, R., Koopmans, H., Kors, E., Kroeze, K., Leeuwaarden, D van., Gudino, O., Cloitre, M. (2017). Training in affectieve en interpersoonlijke regulatievaardigheden voor meervoudig getraumatiseerde adolescenten. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

## S31.4

### Een netwerkbenadering van suïcidaal gedrag

Dr Derek de Beurs <sup>p1</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

#### 1. Nivel

#### Achtergrond

Het voorspellen van het risico op suïcidaal gedrag is de afgelopen 50 jaar niet verbeterd, aldus een recente meta analyse. De auteurs pleitten voor nieuwe benaderingen om suïcidaliteit te begrijpen en voorspellen. Een netwerkbenadering van suïcidaal gedrag kan een belangrijke rol spelen om de complexe interactie tussen risicofactoren goed te beschrijven.

#### Doel

Introduceren van een netwerkbenadering van suïcidaal gedrag, en het presenteren van de eerste onderzoeksresultaten.

#### Methoden

In het eerste jaar van de GGZ fellowship heb ik netwerkanalyses gedaan op 1) cross-sectionele data van 3500 volwassenen uit de algemene populatie (wellbeingstudy) 2) Cross-sectionele ziekenhuisdata van 6600 patiënten opgenomen na een episode van zelfbeschadigend gedrag 3). Time-series data verzameld onder 74 opgenomen patiënten.

#### Resultaten

Wellbeing study: van de 20 risico factoren blijken er 12 direct verbonden met suïcidaliteit. Depressieve symptomen, interne entrapment, perceived burdensomeness en een voorgeschiedenis van suïcidale gedachten waren het sterkst gerelateerd met huidige suïcidale gedachten. Simulaties laten zien dat een netwerk waarbinnen risico factoren sterk verbonden zijn, het meeste risico heeft op toekomstig suïcidaal gedrag. Ziekenhuisdata: Het klinische meest relevante motief, de wens om te sterven, speelden tegen verwachting in geen sterke centrale rol in het netwerk van motieven en ervaren problemen. Externe motieven zoals iemand anders beïnvloeden waren meer centraal dan interne motieven. Time series data: Over tijd worden suïcidale gedachten vooral door zichzelf voorspeld. Suïcidale gedachten voorspellen wel heel veel andere variabelen op het volgende meetmoment.

#### Conclusie

Een netwerkbenadering van suïcidaal gedrag kan meer inzicht geven in de complexiteit van suïcidaal gedrag. Er zullen nieuwe studies worden gedaan met o.a. NESDA data en nieuwe EMA data van de CASPAR studie van de VU Amsterdam.

#### Literatuurverwijzing

Derek de Beurs, Eiko Fried, Karen Wetherall, Seonaid Cleare, Daryl B. O'Connor, Eamonn Ferguson, Ronan E. O'Carroll, & Rory C O'Connor. Exploring the psychology of suicidal ideation: a theory driven network analysis. preprint de Beurs, Derek. "Network analysis: a novel approach to understand suicidal behaviour." International journal of environmental research and public health 14.3 (2017): 219. Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., ... Nock, M. K. (2016). Risk Factors for Suicidal Thoughts and Behaviors: A Meta-Analysis of 50 Years of Research. Psychological Bulletin.

## S31.5

### Een netwerkperspectief op de comorbiditeit van depressie en persoonlijkheidsstoornissen op symptoomniveau

Dr Annemarie Köhne <sup>p1</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

#### 1. GGZ momentum

##### Achtergrond

Huidige debatten betreffende de comorbiditeit van persoonlijkheidsstoornissen en syndroomstoornissen draaien veelal om de vraag of we een categorale of dimensionele benadering moeten hanteren. Ondanks dat deze twee benaderingen verschillen in hun ideeën over de 'aard' van psychopathology (categoraal: stoornis is aanwezig of afwezig; dimensioneel: stoornis ontwikkelt zich op een continuüm) hebben ze één ding gemeen: beide veronderstellen een onderliggende aandoening (bv. marker depressie) die optreedt als de oorzaak van een set waarneembare symptomen (bv. somberheid, slapeloosheid en vermoeidheid). Behalve dat er zowel op de categorale als dimensionele modellen kritiek kan worden geleverd op de reïficerende werking, lijkt het probleem van hun verblindende werking nog pregnanter. De aanname dat er een latente variabele aanwezig zou zijn, verblindt ons; het maakt dat we dingen missen.

##### Doel

Het doel van deze studie is dan ook om een alternatief perspectief op de conceptualisatie van persoonlijkheidsstoornissen en een veel voorkomende syndroomstoornis (depressie) te bieden. De leidende vraag van deze studie is of symptomen van persoonlijkheidsstoornissen en een depressieve stoornis elkaar kunnen veroorzaken in plaats van dat deze veroorzaakt worden door een onderliggende ziekte-entiteit (bv. affectieve labiliteit -> instabiele interpersoonlijke relaties -> depressieve stemming).

##### Methoden

Dit perspectief is geïllustreerd aan de hand van de analyse van een cross-sectionele dataset van 350 patiënten die gedurende negen weken klinisch waren opgenomen. De data werden verzameld over een tijdsperiode van twee jaar. Gedurende de klinische opname werd patiënten gevraagd om het Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II-screener-NL) en de Beck Depression Inventory II (BDI-II-NL) vragenlijsten in te vullen. Ook kregen patiënten een DSM-diagnose van hun hoofdbehandelaar (Klinisch Psycholoog of Psychiater).

##### Resultaten

De eerste en voorlopige resultaten verschaffen i) een netwerk van de symptomen van een depressieve stoornis en de verschillende persoonlijkheidsstoornissen en ii) biedt nieuwe ingangen voor diagnostiek en behandeling van deze comorbiditeit.

##### Conclusie

De netwerkbenadering biedt een alternatief op het latent variabelen model dat ons denken over de comorbiditeit van persoonlijkheidsstoornissen en syndroomstoornissen domineert (categorale en dimensionele modellen) en biedt tentatieve suggesties voor diagnostiek, behandeling en verder onderzoek.

##### Literatuurverwijzing

(Unpublished) Köhne, A.C.J. & Cramer, A.O.J. (2019). A network perspective on the comorbidity of personality pathology and depression: A symptom-level approach. (Under Review) Köhne, A. C. J. (2018). The Relationalist turn in understanding mental disorders: from essentialism to embracing dynamic and complex relations. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*. (In Press) Köhne, A. C. J. (2018). The ontological status of a psychiatric diagnosis: The case of Neurasthenia. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*.

## **S32 MINDSET: een transdiagnostisch perspectief op de rol van bias en stress in stressgerelateerde en ontwikkelingsstoornissen**

MINDSET staat voor Measuring Integrated Novel Dimensions in Stress-related and Neurodevelopment disorders. In dit cross-sectionele onderzoek (n=600) van de afdeling psychiatrie van het RadboudUMC, worden patiënten met stress-gerelateerde (stemming, angst, verslaving) en/of ontwikkelingsstoornissen (ADHD, ASS), evt. in combinatie met somatiek, uitgebreid en systematisch onderzocht op verschillende domeinen. Naast gestructureerde diagnostiek en metingen van symptoomdimensies, vindt onderzoek met aanvullend vragenlijsten, neuropsychologisch onderzoek (bias-meting en eye-trackingtaak) en neuroimaging (MRI stress-test) plaats. Het onderzoek is opgezet vanuit het inzicht dat psychopathologische mechanismen zich niet beperken tot een bepaalde DSM-5 stoornis, maar transdiagnostisch onderscheiden moeten worden, in aansluiting op initiatieven als RDOC en HITOP. In dit symposium zullen de rol van bias en stressgevoeligheid vanuit een transdiagnostisch perspectief belicht worden.

### **S32.1**

#### **Introductie van het MINDSET-onderzoek**

Prof.Dr. Aart Schene <sup>p1</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

1. RadboudUMC, afdeling psychiatrie

#### **Achtergrond**

De huidige classificatie van psychiatrische stoornissen met behulp van DSM 5 zorgt voor de nodige problemen. Ondanks uniforme criteria vormen psychiatrische stoornissen heterogene groepen die slechts in beperkte mate overeenstemmen in onderliggende pathofysiologische mechanismen. Anderzijds kunnen dezelfde mechanismen een rol spelen binnen verschillende psychiatrische stoornissen. De frequente comorbiditeit van psychiatrische stoornissen wijst er waarschijnlijk ook op dat deze classificatie te weinig recht doet aan de onderliggende pathofysiologie, waardoor behandeling te vaak niet effectief is. Initiatieven zoals RDOC en HITOP bieden alternatieve paradigma's voor diagnostiek, die mogelijk beter de onderliggende pathofysiologie weerspiegelen. Het MINDSET onderzoek, Measuring Integrated Novel Dimensions in Stress-related and Neurodevelopment disorders, sluit hierbij aan. In dit cross-sectionele onderzoek worden patiënten met stress-gerelateerde (stemming, angst, verslaving) en/of ontwikkelingsstoornissen (ADHD, Autismespectrumstoornissen), uitgebreid en systematisch onderzocht om gemeenschappelijke en specifieke ziektemechanismen te onderzoeken.

#### **Doel**

Overzicht geven van de achtergronden en doelen van het MINDSET onderzoek en een beschrijving van de verschillende onderzoeksdomeinen

#### **Methoden**

In het onderzoek worden 450 patiënten met een depressieve stoornis, angststoornis, verslaving, ADHD of autismespectrumstoornis, alleen of in combinatie, geïnccludeerd, naast 150 mensen zonder psychiatrische stoornis. Patiënten worden zorgvuldig gediagnostiseerd met behulp van gestructureerde interviews (SCID / DIVA / NIDA / MATE), symptoomdimensies worden in kaart gebracht, en er vindt onderzoek met aanvullend vragenlijsten, genetisch onderzoek, neuropsychologisch onderzoek (bias-meting en eye-trackingtaak) en neuroimaging (MRI stress-test) plaats.

#### **Resultaten**

Inmiddels zijn ongeveer 430 deelnemers in de studie geïnccludeerd. In het vervolg van het symposium zullen de eerste resultaten van de studie gepresenteerd worden.

#### **Conclusie**

Het onderzoek is opgezet vanuit het inzicht dat psychopathologische mechanismen zich niet beperken tot een bepaalde DSM-5 stoornis, maar transdiagnostisch onderscheiden moeten worden, in aansluiting op initiatieven zoals RDOC en HITOP.

**Literatuurverwijzing**

Insel e.a. Research domain criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. *Am J Psychiatry*. 2010 ;167(7):748-51. Krueger e.a. Progress in achieving quantitative classification of psychopathology. *World Psychiatry*. 2018;17(3):282-293.



## S32.2

### Reversal learning in depressie: van negatieve bias naar beslissingsruis

M.Sc. Sophie Brolsma <sup>1</sup> / Dr. Janna Vrijzen <sup>1,2</sup> / Dr. Eliana Vassena <sup>3</sup> / Prof. Dr. Aart Schene <sup>4</sup> / Prof. Dr. Roshan Cools <sup>3</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

1. RadboudUMC, afdeling psychiatrie
2. 3Pro Persona Mental Health Care, Depression Expertise Center, Nijmegen
3. Donders Instituut voor Brein, Cognitie en Gedrag, Centrum voor Cognitieve Neuroimaging, Radboud Universiteit
4. RadboudUMC

#### Achtergrond

Het leren van beloning en straf is al vaak onderzocht in depressie. In de context van reversal learning is eerder gevonden dat mensen met depressie meer fouten maken na het krijgen van straf. Dit werd geïnterpreteerd als de uiting van een negatieve bias. Maar eerder is hierbij geen onderscheid gemaakt naar enerzijds het leren van straf en beloning, en anderzijds beslissingsruis. Deze processen zouden beiden het effect van meer fouten kunnen verklaren.

#### Doel

Het uit elkaar halen van een leercomponent, waarbij de verwachte waarde van stimuli wordt geüpdate na het krijgen van beloning of straf, en een beslissingscomponent, waarbij op basis van deze verwachte waarde een beslissing wordt gemaakt. Dit is onderzocht in patiënten met en zonder depressie.

#### Methoden

We hebben een probabilistische reversal learning taak onderzocht in een heterogene psychiatrische patiëntengroep (n=218), waar mensen depressie, angst, ADHD of autisme hadden. Ze werden onderverdeeld in een 'geen depressie', 'depressie in het verleden' en 'huidige depressie' groep. In deze taak moesten de proefpersonen een reeks keuzes maken tussen 2 stimuli. Na elke keuze werd er feedback gegeven (beloning of straf). Deze feedback was voor 80% correct, en voor 20% incorrect. Door middel van een computationeel model werd een leercomponent en een beslissingscomponent onderzocht.

#### Resultaten

Patiënten met een huidige depressie waren vergelijkbaar in het leren van waardes van stimuli met patiënten zonder depressie. Daarentegen lieten ze wel meer variabiliteit zien in hun keuzes.

#### Conclusie

Patiënten met een huidige depressie (onafhankelijk van andere comorbide psychiatrische aandoeningen) hebben meer beslissingsruis. Dit kan betekenen dat zij moeite hebben met de vertaling van waarde naar een actie. Daarnaast is het ook mogelijk dat hun keuzes exploratiever zijn.

#### Literatuurverwijzing

Murphy e.a. Neuropsychological impairment in patients with major depressive disorder: the effects of feedback on task performance. *Psychological medicine*. 2003; 33(3), 455-467. Huys e.a. . Mapping anhedonia onto reinforcement learning: a behavioural meta-analysis. *Biology of mood & anxiety disorders*. 2013; 3(1), 12.

### S32.3

#### Verklaart negatieve bias de hoge prevalentie van depressie in patiënten met Autisme Spectrum Stoornis?

M.Sc. Annemiek Bergman <sup>1,2</sup> / Dr. Janna Vrijssen <sup>3,4</sup> / Dr. Constance Vissers <sup>5,6</sup> / Prof.Dr. Aart Schene <sup>1,2</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

1. RadboudUMC, afdeling psychiatrie
2. Donders Institute for Brain, Cognition and Behavior, Nijmegen, Nederland
3. RadboudUMC, afdeling psychiatrie
4. Pro Persona Mental Health Care, Depression Expertise Center, Nijmegen, Nederland
5. Nijmegen Institute for Cognition and Information, University of Nijmegen, Nijmegen, Nederland
6. Royal Dutch Kentalis, Kentalis Academy, Sint-Michielsgestel, Nederland

#### Achtergrond

Autisme spectrum stoornis (ASS) is een neurobiologische ontwikkelingsstoornis die hoofdzakelijk gekenmerkt wordt door problemen in sociale interacties en stereotype en- repetitieve gedragingen en interesses (DSM-V, American Psychiatric Association, 2000). De prevalentie van depressie in individuen met ASS blijkt duidelijk hoger dan in de bevolking. Symptomen van depressie zijn doorgaans moeilijk te herkennen in óf vertonen gelijkenis met symptomen van ASS; dit bemoeilijkt het vaststellen van een depressie. Hieruit volgt onze vraagstelling: verklaart gedeelde cognitieve kwetsbaarheid de comorbiditeit van depressie in ASS? De cognitieve theorie voor depressie (Beck, 2008), beschrijft dat door cognitieve biases, bijv. in de aandacht voor de omgeving, depressieve symptomen kunnen ontstaan. Deze biases kunnen voortkomen uit negatieve ervaringen in de jeugd. Op hun beurt kunnen cognitieve biases bijdragen aan het veroorzaken, onderhouden en recidiveren van depressie (Gotlib & Joormann, 2010). Negatieve aandachtsbiases worden in depressieve patiënten gevonden: zij hebben meer moeite met het losmaken van hun blik van negatieve dan van positieve stimuli (LeMoult & Gotlib, 2018). Aangezien patiënten met ASS dikwijls meer negatieve jeugdervaringen hebben dan de algemene bevolking, verwachten wij dat dezelfde cognitieve kwetsbaarheid ook samenhangt met een verhoogde prevalentie van depressie in ASS. Aandachtsbias onderzoek in ASS heeft zich vooral gericht op sociale stimuli. Veelal wordt er meer aandachtsbias gevonden voor non-sociale ten opzichte van sociale stimuli in vergelijking met controles.

#### Doel

Wij willen nagaan of er (i) evidentie is voor meer negatieve (non-sociale) aandachtsbias bij patiënten met ASS in vergelijking met psychiatrisch gezonde controles en (ii) indien er evidentie is voor deze aandachtsbias, deze vergelijkbaar is met de bias in depressie zoals gevonden in de literatuur.

#### Methoden

Wij ontwikkelden een eye-tracking taak om aandachtsbiases in ASS te meten. Het is een free-viewing taak die zowel non-sociale als sociale stimuli bevat welke verschillen in valentie (i.e., positief of negatief). In totaal zijn 50 patiënten met ASS en 56 psychiatrisch gezonde controles geïnccludeerd in het kader van het MIND-Set onderzoek. De eye-tracking variabelen die geanalyseerd worden door middel van separate multilevel analyses zijn de locatie van de eerste fixatie (engagement), de revisits (attentional shift), de duur van de gemiddelde oogopslag en de relatieve fixatie duur (maintained attention).

#### Resultaten

Voorlopige resultaten laten nog geen significante verschillen in aandachtsbias zien. Wel wordt er door beide groepen gemiddeld het langst en het vaakst (terug)gekeken naar de negatieve non-sociale stimuli.

#### Conclusie

Deze studie is een van de eerste studies die specifiek onderzoek doet naar de evidentie van negatieve aandachtsbiases in patiënten met ASS als mogelijke verklarende factor voor de cognitieve kwetsbaarheid voor het ontwikkelen van depressie. Als ondersteunend bewijs gevonden wordt voor deze theorie, dan zou dit ten goede komen aan de beperkte kennis over deze cognitieve kwetsbaarheid alsook aan opties om in de toekomst aangepaste Aandachtsbias Modification therapieën te ontwikkelen specifiek voor patiënten met ASS (en depressie).

### **Literatuurverwijzing**

American Psychiatric Association, A. P. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (revised 4th ed.). Washington, DC: Author. Beck, A. T. (2008). The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *American journal of psychiatry*, 165(8), 969-977. Gotlib, I. H., & Joormann, J. (2010). Cognition and depression: current status and future directions. *Annual review of clinical psychology*, 6, 285-312. LeMoult, J., & Gotlib, I. H. (2018). Depression: A cognitive perspective. *Clinical Psychology Review*.

## S32.4

### Negatieve geheugenbias als transdiagnostisch mechanisme

M.Sc. Fleur Duyser <sup>1</sup> / Dr. Janna Vrijzen <sup>1,2</sup> / Prof. Dr. Indira Tendolkar <sup>1,3</sup> / Prof. Dr. Aart Schene <sup>1,3</sup> / Dr. Philip van Eijndhoven <sup>1,3</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

1. RadboudUMC, afdeling psychiatrie
2. 3Pro Persona Mental Health Care, Depression Expertise Center, Nijmegen, The Netherlands
3. Donders Institute for Brain, Cognition and Behaviour, Centre for Cognitive Neuroimaging, Nijmegen, The Netherlands

#### Achtergrond

Onder negatieve geheugenbias wordt de neiging verstaan om meer negatieve en minder positieve informatie te onthouden. Negatieve geheugenbias is vaak onderzocht in patiënten met depressies (1) en wordt verondersteld een belangrijke rol te spelen bij het ontwikkelen en onderhouden van depressieve symptomen (2). Negatieve geheugenbias is recentelijk ook bestudeerd in andere psychiatrische stoornissen (3) wat suggereert dat negatieve geheugenbias niet beperkt is tot de depressieve stoornissen, maar mogelijk een transdiagnostisch mechanisme is.

#### Doel

Alhoewel psychiatrische comorbiditeit zeer veelvoorkomend is in de praktijk (4) is negatieve geheugenbias tot dusver vrijwel alleen onderzocht in afzonderlijke psychiatrische stoornissen zoals depressie. Om negatieve geheugenbias als transdiagnostisch mechanisme te onderzoeken, is het belangrijk om dit te doen in een groep patiënten die de praktijk goed weergeeft. Het doel van dit onderzoek is om te kijken of en hoe negatieve geheugenbias gerepresenteerd is in een psychiatrische patiëntengroep en om te kijken welke psychiatrische symptomen samenhangen met negatieve geheugenbias.

#### Methoden

302 patiënten met één of meer gediagnosticeerde stressgerelateerde en/of ontwikkelingsstoornissen en 66 controles vulden vragenlijsten in om psychiatrische symptomen in kaart te brengen (IDS voor depressieve symptomen, ASI voor angst, AQ-50 voor autisme en ASRS voor symptomen van ADHD). Daarnaast namen patiënten en controles deel aan de Self-Referencing Encoding Task (SRET). Deze taak bestaat uit een 'bevestigend' onderdeel waarin men moet aangeven hoe goed of slecht positieve en negatieve bijvoeglijke naamwoorden (bijvoorbeeld 'liefdevol' en 'waardeloos') bij hen passen en uit een 'terughaal' onderdeel waarin men na een afleidingstaak de woorden moet opschrijven die men nog onthouden heeft. Hieruit kan een negatieve geheugenbias score worden berekend.

#### Resultaten

Patiënten hadden hoge negatieve bias scores die significant verschilden van de controlegroep ( $p < 0.001$ ). Ook bevestigden zij significant minder positieve en meer negatieve woorden dan controles ( $p < 0.001$ ) én haalden zij minder positieve woorden terug ( $p < 0.001$ ). Voor zowel patiënten als controles waren IDS en ASI scores significant gecorreleerd aan negatieve geheugenbias scores ( $p < 0.05$ ). ASRS scores lieten voor patiënten en controles een trend zien in correlatie met negatieve geheugenbias (respectievelijk  $p = 0.061$  en  $p = 0.056$ ). AQ-50 scores waren niet significant gecorreleerd aan negatieve geheugenbias scores.

#### Conclusie

Negatieve geheugenbias is voor het eerst in kaart gebracht in een grote psychiatrisch sample met stressgerelateerde en ontwikkelingsstoornissen. De resultaten laten zien dat de patiëntengroep, ondanks de hoge mate van heterogeniteit, duidelijk meer negatieve en minder positieve informatie bevestigt, terughaalt en onthoudt. Dit is niet alleen gerelateerd aan depressieve klachten, maar ook aan angst-gerelateerde symptomen en in mindere mate aan ADHD symptomen. Dit onderzoek laat zien dat een bias voor negatieve informatie niet een kenmerk is dat zich tot depressie beperkt, maar een transdiagnostisch mechanisme dat geassocieerd is met verschillende symptoom dimensies.

### **Literatuurverwijzing**

- 1 Gotlib, I. H., Krasnoperova, E., Yue, D. N., & Joormann, J. (2004). Attentional biases for negative interpersonal stimuli in clinical depression. *Journal of Abnormal Psychology, 113*, 127-135.
- 2 Hamilton, J. P., & Gotlib, I. H. (2008). Neural substrates of increased memory sensitivity for negative stimuli in major depression. *Biological Psychiatry, 63*, 1155-1162.
- 3 Vrijzen, J. N., Van Amen, C. T., Koekkoek, B., Van Oostrom, I., Schene, A. H., & Tendolkar, I. (2017). Childhood trauma and negative memory bias as shared risk factors for psychopathology and comorbidity in a naturalistic psychiatric patient sample. *Brain and Behaviour, 7*, doi: 10.1002/brb3.693.
- 4 Andrews, G., Slade, T., & Issakidis, C. (2002). Deconstructing current comorbidity: Data from the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *British Journal of Psychiatry, 181*, 306-314.

## Structurele effecten van aversieve jeugdervaringen op het brein bij verschillende psychiatrische stoornissen

Dr. Philip van Eijndhoven <sup>1</sup> / Drs. Jasper van Oort <sup>1</sup> / Prof.Dr. Indira Tendolkar <sup>1</sup> / Prof.Dr. Aart Schene <sup>1</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

1. RadboudUMC, afdeling psychiatrie

### Achtergrond

Aversieve ervaringen in de jeugd, zoals verwaarlozing en misbruik, behoren tot de meest prevalentie en mogelijk te voorkomen oorzaken voor het ontstaan van psychiatrische stoornissen. Onderzoek laat zien dat dergelijke aversieve ervaringen de ontwikkeling van bepaalde hersenstructuren die gevoelig zijn voor de effecten van stress kunnen beïnvloeden, waardoor ook op volwassen leeftijd structurele afwijkingen blijven bestaan die kunnen bijdragen aan het ontstaan van psychiatrische stoornissen.

### Doel

De huidige studie onderzocht de relatie tussen het voorkomen van aversieve ervaringen in de kindertijd met volumeveranderingen in amygdala, hippocampus, anterior cingulate cortex (ACC) en orbitofrontale cortex (OFC) in specifieke psychiatrische stoornissen en gezonde controles. Deze structuren zijn gekozen op basis van bestaande literatuur (1 en 2).

### Methoden

Patiënten met een autismespectrumstoornis, ADHD, stemmingsstoornis of angststoornissen werden geïncorporeerd in de studie. Het voorkomen van aversieve ervaringen in de kindertijd werd retrospectief gemeten met de NEMESIS- childhood trauma questionnaire. Structurele (T1) MRI scans werden gesegmenteerd met behulp van Freesurfer, waardoor volumes van hippocampus, amygdala, ACC en OFC bepaald konden worden, die vervolgens input waren voor de statistische analyses in SPSS.

### Resultaten

In totaal werden 215 deelnemers onderzocht, waaronder 167 patiënten en 48 gezonde controles. Het volume van de linker ACC was lager in de groep van psychiatrische patiënten die enige vorm van aversieve ervaringen had in de kindertijd ( $F=7.053$ ,  $p=0.009$ ), onafhankelijk van diagnose. Er was ook een lineaire relatie tussen ernst van de negatieve ervaringen en volume van de linker ACC ( $p=0.044$ ). Binnen de specifieke stoornissen werd gevonden dat patiënten met ADHD en aversieve ervaringen een kleinere hippocampus hadden ( $F=4.167$ ,  $p=0.039$ ) en binnen de groep depressieve patiënten werd een significante relatie gevonden tussen de ernst van negatieve ervaringen en volume van zowel de linker ( $p=0.005$ ) als rechter ( $p=0.035$ ) hippocampus.

### Conclusie

Deze studie laat zien dat aversieve ervaringen tijdens in de jeugd geassocieerd zijn met het volume van hersenstructuren van volwassen patiënten, waarbij gecorrigeerd is voor het hebben van een psychiatrische stoornis. Er werden zowel algemene effecten in de hele patiëntengroep gevonden (ACC), als specifieke patronen binnen verschillende aandoeningen (hippocampus), wat mogelijk wijst op een interactief effect van negatieve ervaringen en psychiatrische stoornissen op het brein. Echter, vanwege het cross-sectionele karakter van de studie kunnen geen causale uitspraken gedaan worden.

### Literatuurverwijzing

1. Teicher MH, Samson JA. Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 2016;57(3):241-66.
2. Cohen RA, Grieve S, Hoth KF, Paul RH, Sweet L, Tate D, et al. Early life stress and morphometry of the adult anterior cingulate cortex and caudate nuclei. *Biological psychiatry*. 2006;59(10):975-82.

## S32.6

### Universele en specifieke aspecten van de acute stressrespons over stress-gerelateerde en ontwikkelingsstoornissen heen

Drs. Jasper van Oort <sup>1,2</sup> / Prof. Dr. Indira Tendolkar <sup>1</sup> / Dr. Nils Kohn <sup>2</sup> / Prof. Dr. Aart Schene <sup>1</sup> / Prof. Dr. Guillen Fernandez <sup>2</sup> / Dr. Philip van Eijndhoven <sup>3</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

1. RadboudUMC afdeling psychiatrie
2. Donders Instituut voor Hersenen, Cognitie en Gedrag, Centrum voor Cognitieve Neuroimaging
3. RadboudUMC

#### Achtergrond

Acute stress leidt tot grootschalige veranderingen in de hersenen (1). Hoewel deze veranderingen in gezonde personen het individu helpen om adequaat op een stressor te reageren, kan een maladaptieve stressrespons bijdragen aan psychopathologie (2). Er zijn aanwijzingen dat het actief blijven van de hersennetwerken die betrokken zijn bij de stressrespons, nadat de stressvolle gebeurtenis voorbij is, een belangrijke rol speelt bij het ontwikkelen van psychopathologie (3). Twee van de netwerken die een belangrijke rol spelen bij de stressrespons zijn het salience netwerk (SN) en het default mode netwerk (DMN). Het SN speelt een centrale rol in de stressrespons en richt de aandacht op belangrijke, emotionele informatie op momenten van stress. Bij stress wordt vaak ook toegenomen activiteit gezien in het DMN. Dit netwerk speelt een belangrijke rol bij het optreden van spontane gedachten en bij het verwerken van informatie die betrekking hebben op een individu zelf. (8). De huidige studie is het eerste onderzoek dat de universele en specifieke aspecten van de acute stressrespons in de hersenen bestudeert over een patiëntengroep heen met een grote diversiteit aan psychiatrische stoornissen.

#### Doel

Een beter begrip krijgen van de acute stressrespons in psychopathologie, door universele en specifieke aspecten van deze respons over psychiatrische stoornissen heen te bestuderen.

#### Methoden

We hebben de voortgezette stressrespons bestudeerd in de Magnetic Resonance Imaging (MRI) scanner na stress inductie met een aversieve film en deze vergeleken met de periode na een neutrale, controle film. We hebben een patiëntengroep geïncludeerd met een brede range aan psychiatrische stoornissen (n = 174), waarbij de nadruk ligt op stress-gerelateerde en ontwikkelingsstoornissen. Er is onderzocht wat universele en wat specifieke veranderingen zijn in het SN en DMN over stoornissen heen, door zowel alle patiënten samen te bestuderen, als de veranderingen binnen verschillende stoornissen (i.e. depressie, angststoornissen, attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) en autisme) te onderzoeken.

#### Resultaten

Veranderingen in diverse maten voor stress, waaronder de hartslag, cortisol en subjectieve stress scores, bevestigen dat stress inductie succesvol is geweest. Een universeel patroon van de voortgezette stressrespons over stoornissen heen is dat er sprake is van verhoogde samenwerking tussen de gebieden van het SN en dat ook de samenwerking tussen het SN en DMN versterkt is. De versterkte samenwerking tussen het SN en DMN is positief gecorreleerd met veranderingen in de subjectieve stress scores. Behalve deze universele aspecten van de stressrespons, zullen ook specifieke patronen binnen de verschillende diagnosegroepen besproken worden.

## Conclusie

Stress inductie leidt tot grootschalige veranderingen in hersennetwerken gedurende de periode direct na stress inductie, waarbij er universele en specifieke patronen gezien worden over psychiatrische stoornissen heen. De positieve correlatie tussen de subjectieve stress score en de verhoogde samenwerking tussen het SN en DMN weerspiegelen mogelijk het verwerken van de effecten van de stressvolle gebeurtenis of het toenemen van negatieve gedachten die betrekking hebben op het individu zelf. Er zijn parallellen tussen deze stress geïnduceerde veranderingen en observaties in (stress-gerelateerde) psychopathologie. Zo is er in depressie, waarbij vaak sprake is van een overmatig focus op negatieve gedachten, ook een verhoogde samenwerking tussen het SN en DMN (9).

## Literatuurverwijzing

1. Hermans EJ, Henckens MJ a G, Joëls M, Fernández G. Dynamic adaptation of large-scale brain networks in response to acute stressors. *Trends Neurosci.* 2014 Jun;37(6):304–14.
2. de Kloet ER, Joëls M, Holsboer F. Stress and the brain: from adaptation to disease. *Nat Rev Neurosci.* 2005 Jun;6(6):463–75.
3. van Marle HJF, Hermans EJ, Qin S, Fernández G, Fernández G. Enhanced resting-state connectivity of amygdala in the immediate aftermath of acute psychological stress. *Neuroimage.* 2010 Oct 15;53(1):348–54.
4. van Oort J, Tendolkar I, Hermans EJ, Mulders PC, Beckmann CF, Schene AH, et al. How the brain connects in response to acute stress: A review at the human brain systems level. *Neurosci Biobehav Rev.* 2017;83(October):281–97.
5. Hermans EJ, Marle HJF Van, Ossewaarde L, Henckens MJ a G, Qin S, Kesteren MTR Van, et al. Stress-Related Noradrenergic Activity Prompts Large-Scale Neural Network Reconfiguration. *Science (80- ).* 2011 Nov 25;334(6059):1151–3.
6. Corbetta M, Shulman GL. Control of goal-directed and stimulus-driven attention in the brain. *Nat Rev Neurosci.* 2002;3(March):201–15.
7. Seeley WW, Menon V, Schatzberg AF, Keller J, Gary H, Kenna H, et al. Dissociable intrinsic connectivity networks for salience processing and executive control. *J Neurosci.* 2007;27(9):2349–56.
8. Raichle ME, Macleod AM, Snyder AZ, Powers WJ, Gusnard DA, Shulman GL. A default mode of brain function. 2001;98(2):676–82.
9. Andrews-Hanna JR, Smallwood J, Spreng RN. The default network and self-generated thought: Component processes, dynamic control, and clinical relevance. *Ann N Y Acad Sci.* 2014;1316(1):29–52.



### **S33 Agressie op de HIC: vóórkomen, voorkómen en behandelen**

In dit symposium gaan we in op het vóórkomen van agressie. De uitgangsetting is een HIC of acute gesloten opname setting. Agressie in de psychiatrie is niet beperkt tot de psychiatrie daarom zal dit symposium ook zeker van toepassing zijn voor een open afdeling en de ambulante setting. We onderzoeken de oorzaken van agressie geassocieerd met patiënt variabelen en omgevingsfactoren als de afdeling en personeel werkzaam op een afdeling. We bekijken hoe te interveniëren middels niet farmacologisch middelen zonder gebruik te maken van vergaande maatregelen als separatie of ingrijpmedicatie. Is acute ingrijpmedicatie dan toch noodzakelijk dan presenteren we een systematische review en meta-analyse hoe meest effectief te handelen, zodat een herstel van contact en samenwerking met de patiënt weer mogelijk wordt.

#### **S33.1**

##### **Agressie op de psychiatrische afdeling: prevalentie en oorzaken. Een systematische review van de literatuur**

Irene Weltens <sup>p1</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

1. Mondriaan

##### **Achtergrond**

Agressie door psychiatrische patiënten is veelvoorkomend op de psychiatrische afdeling en een onderwerp waar veel over gesproken en geschreven wordt. Echter: Welke factoren beïnvloeden het ontstaan van agressie en incidenten?

##### **Doel**

Doel van deze review is om een overzicht te genereren van de beschikbare literatuur over factoren die hun invloed hebben op het ontstaan van agressie en een correlatie hebben met agressie op de psychiatrische afdeling. Ingedeeld in factoren op het niveau van de patiënt, het personeel en de afdeling.

##### **Methoden**

In Pubmed en Embase werd een search verricht ten einde data te extraheren over prevalentie van agressie op psychiatrische afdelingen. Daarnaast werd gezocht naar effecten van de afdeling, het personeel en de patiënt op het ontstaan van agressie. Als outcome werden de verschillende factoren en hun invloed op of correlatie met agressie genomen.

##### **Resultaten**

Het onderscheid tussen agitatie, agressie en geweld is vaag in de gevonden literatuur, maar wordt gezien als continuüm van toenemende ernst. Agressie is zeer prevalent op psychiatrische afdelingen, maar met een zeer grote range van 17-44% (1). Patiënt-factoren die zorgen voor een toegenomen kans op agressie zijn: leeftijd, gender, aantallen opnames, langere duur van de opname, gedwongen opname, maar ook een voorgeschiedenis van geweld, zelf-destructief gedrag en middelenmisbruik (2,3). Personele factoren die van invloed zijn op het ontstaan van agressie zijn gender, leeftijd, ervaring, scholing, het verstrekken van medicatie, de interactie met de patiënt, tevredenheid met het eigen werk en aanwezigheid op de afdeling (4,5,6). Afdelingsfactoren die het ontstaan van agressie beïnvloeden zijn de hoeveelheid regels, het tijdstip van de dag, de eerste week en 24 uur van opname, de locatie op de afdeling, de beddenbezetting, de hoeveelheid activiteiten voor de patiënt en de gesloten deur (5,6).

## **Conclusie**

In deze review is duidelijk geworden dat agressie een veel voorkomend probleem is op psychiatrische afdelingen over de hele wereld. Er zijn verschillende patiënt-, personele en afdelingsfactoren die invloed hebben op het ontstaan en voorkomen van agressie. Deze factoren moeten in ogenschouw genomen worden in de behandeling van onze meest acuut zieke patiënt. Niet enkel de patiënt is debet aan het ontstaan van agressie, ook het personeel en de afdeling zelf hebben hun invloed, waar rekening mee gehouden moet worden in training en in bouw van nieuwe afdelingen. De toepasbaarheid van de verschillende studies op de Nederlandse situatie is complex door een grote heterogeniteit in de gevonden studies. Prospectief onderzoek waarbij de patiënt gevolgd wordt gedurende zijn gehele verblijf op de afdeling is noodzakelijk.

## **Literatuurverwijzing**

1. Iozzino L, Ferrari C, Large M, Nielssen O, de Girolamo G. Prevalence and Risk Factors of Violence by Psychiatric Acute Inpatients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One*. 2015;10(6):e0128536.
2. Dack C, Ross J, Papadopoulos C, Stewart D, Bowers L. A review and meta-analysis of the patient factors associated with psychiatric in-patient aggression. *Acta Psychiatr Scand*. 2013;127(4):255-68.
3. Cornaggia CM, Beghi M, Pavone F, Barale F. Aggression in psychiatry wards: a systematic review. *Psychiatry Res*. 2011;189(1):10-20.
4. Gadon L, Johnstone L, Cooke D. Situational variables and institutional violence: a systematic review of the literature. *Clin Psychol Rev*. 2006;26(5):515-34.
5. Cutcliffe JR, Riahi S. Systemic perspective of violence and aggression in mental health care: towards a more comprehensive understanding and conceptualization: part 1. *Int J Ment Health Nurs*. 2013;22(6):558-67.
6. Hamrin V, Iennaco J, Olsen D. A review of ecological factors affecting inpatient psychiatric unit violence: implications for relational and unit cultural improvements. *Issues Ment Health Nurs*. 2009;30(4):214-26.

## S33.2

### **Niet meer separeren op de HIC; hoe houden we de werkplek veilig en gezond voor medewerkers en medecliënten?**

Astrid Dirks <sup>p1</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

#### 1. GGZ Breburg

##### **Achtergrond**

Sinds 2002 is er in de psychiatrie toenemend aandacht gekomen voor het terugdringen van separatie in zowel duur als frequentie. Dit heeft na adviezen van GGZ Nederland [1] en de inspectie voor de gezondheidszorg [2][3] geleid tot de ontwikkeling van een nieuw behandelmodel, het HIC-model. Dit model werd voor het eerst gepubliceerd in 2013 in het HIC werkboek [4][5].

##### **Doel**

Een van de belangrijkste redenen voor de ontwikkeling van dit HIC-model was dus de noodzaak om minder dwangtoepassingen toe te passen, en dan in het bijzonder het verminderen van separeren. Op de HIC's van GGZ Breburg is deze opzet goed geslaagd. Het separeren is binnen GGZ Breburg tot bijna nul gereduceerd. [6] Er is naast lof voor de mooie resultaten ook wel kritiek op het HIC model, en ook vertwijfeling, want hoe dan om te gaan met agressie en geweld zonder dwangtoepassingen? Hoe kan de werkplek veilig en gezond blijven voor medewerkers en medecliënten zonder inzetten van die separeer?

##### **Methoden**

In deze presentatie zal er aan de hand van praktische casuïstiek worden toegelicht hoe we leren van agressie- en geweldsincidenten en hoe we deze kennis kunnen vertalen naar de werkplek.

##### **Resultaten**

We zullen laten zien hoe door diverse kleine praktische aanpassingen een belangrijke bijdrage kan worden geleverd aan de veiligheid van de werkplek.

##### **Conclusie**

Door te leren van agressie- en geweldsincidenten, en door deze kennis dan op een praktische wijze te vertalen naar de werkplek kunnen we de veiligheid voor medewerkers en medecliënten verbeteren.

##### **Literatuurverwijzing**

1. GGZ Nederland. De krachten gebundeld: ambities van de GGZ. 2004.
2. Inspectie voor de Gezondheidszorg. Voorkomen van separatie van psychiatrische patiënten vereist versterking van patiëntgerichte zorg. Den Haag, 2008.
3. Inspectie voor de Gezondheidszorg. Terugdringen separeren stagneert, normen vereist rondom insluiting psychiatrische patiënten. Utrecht, 2011.
4. Best practices rondom dwangreductie in de geestelijke gezondheidszorg. Een inventariserend onderzoek naar best practices bij de reductie van dwang. Yolande Voskes, Justine Theunissen, Guy Widdershoven, Amsterdam, 2011.
5. Werkboek HIC; High en intensive care in de psychiatrie. Tom van Mierlo, Frits Bovenberg, Yolande Voskes, Niels Mulder. Uitgeverij De Tijdstroom, 2013, ISBN 9789058982353.
6. Clinical implementation of a novel treatment protocol (High and Intensive Care model) significantly reduces restrictive measures such as segregation without increase in aggression or violence, A. Dirks, N. Bouwhuis, S. Vos, Poster presentation, publication in proceedings of the 10th European congress on violence in clinical psychiatry, 2017, Dublin.

### S33.3

#### Acute ingrijpmedicatie: systematische review en meta-analyse

PhD / MD Maarten Bak <sup>1,2</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

1. Maastricht University
2. Mondriaan

#### Achtergrond

Bij acute opwindning, agitatie en agressie in de psychiatrie gaan niet-farmacologisch interventies altijd vooraf aan farmacologische interventies. Overzichten van acute ingrijpmedicatie zijn vooral descriptief van aard of vergelijken alleen 1 bepaald geneesmiddel met meerder andere geneesmiddelen. Hier presenteren we de data van een systematische review en meta-analyse.

#### Doel

Het in kaart brengen welke middelen het meest effectief zijn in snel bereiken van kalmte en die tegelijk veilig zijn om te gebruiken als acute ingrijpmedicatie.

#### Methoden

Er werd in Pubmed en Embase een uitgebreide zoekstrategie uitgezet gericht op RCT's die acute ingrijpmedicatie onderzoeken. De uitkomst was het bereiken van kalmte binnen 2 uur. Tevens werden de ongewenste werkingen van de middelen op 2 uur genoteerd.

#### Resultaten

In totaal zijn er 53 artikelen geïnccludeerd in de systematische review en meta-analyse. De meeste studies betroffen olanzapine. Met de middelen midazolam, haloperidol plus promethazine, olanzapine, risperidone, aripiprazole en droperidol bereikten de meeste patiënten kalmte. Aripiprazole is uitsluitend onderzocht inkader van manie. Het effect van risperidone is overschat, vanwege 1 kleine studie. De ernstigste ongewenste effecten zijn beschreven bij haloperidol en haloperidol plus lorazepam.

#### Conclusie

Olanzapine, haloperidol en droperidol zijn het meest effectief en veilig te gebruiken als acute ingrijpmedicatie in een GGZ of ambulante setting. Midazolam IV is geschikt voor gebruik op SEH.

#### Literatuurverwijzing

The pharmacological management of agitated and aggressive behaviour: a syetemtic review and meta-analysis Maarten Bak<sup>1\*</sup>, Irene Weltens<sup>1</sup>, Chris Bervoets<sup>2</sup>, Jurgen De Fruyt<sup>3</sup>, Jerzy Samochowiec<sup>4</sup>, Andrea Fiorillo<sup>5</sup>, Gaia Sampogna<sup>6</sup>, Przemyslaw Bienkowski<sup>7</sup>, W. Ulrich Preuss <sup>8</sup>, Blazej Misiak<sup>9</sup>, Dorota Frydecka<sup>10</sup>, Agnieszka Samochowiec<sup>11</sup>, Emma Bak<sup>12</sup>, Marjan Drukker<sup>13</sup>, Geert Dom<sup>14</sup>. In preperation

## S33.4

### Veiligheid op de HIC: resultaten van vier jaar onderzoek

Dr. Yolande Voskes<sup>p1,2</sup> / MSc Laura van Melle<sup>1</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

1. Amsterdam UMC
2. GGZ Breburg

#### Achtergrond

In 2013 is het HIC model ontwikkeld. De belangrijkste aanleiding was de ambitie het aantal bedden in de GGZ af te bouwen en separatie en andere vrijheidsbeperkende maatregelen zoveel mogelijk te voorkomen en te verminderen. Deze ontwikkelingen zorgen voor een belangrijke uitdaging: door de afbouw van bedden neemt de complexiteit in de kliniek toe en dient er tevens preventief gewerkt te worden om agressie en gevaar en mogelijk daaropvolgend separatie te voorkomen

#### Doel

Om zicht te krijgen op hoe hic- afdelingen hiermee omgaan en om de ontwikkelingen van HIC te volgen en effecten van HIC te meten werd er de afgelopen vier jaar onderzoek gedaan binnen 26 ggz- instellingen

#### Methoden

De afgelopen vier jaar is er binnen 26 ggz- instellingen een mixed methods studie gedaan. Enerzijds werden er kwantitatieve data verzameld over de implementatie van HIC (HIC monitor) en de kwaliteit van zorg (kwaliteit van zorg schaal; KWAZOP). Anderzijds werden er kwalitatieve interviews en focusgroepen gedaan om zicht te krijgen op de wijze waarop afdelingen HIC implementeren en agressie, gevaar en separatie voorkomen.

#### Resultaten

Er is een groot verschil in de mate waarin afdelingen HIC geïmplementeerd hebben. Over het algemeen is te zien dat er veel aandacht uitgaat naar veiligheid en het beleid omtrent veiligheid. Verschillende interventies en instrumenten worden ingezet om te werken aan de veiligheid op de afdeling. Veel afdelingen zetten in op opschaling en een op een begeleiding in de Intensive Care Unit, crisissignaleringsplannen, risicotaxatie en de samenwerking en zorgafstemming met de ambulante zorg. Een (beperkt) aantal afdelingen/ instellingen slaagt erin separatie volledig te voorkomen en desondanks wel de veiligheid te garanderen.

#### Conclusie

Er zijn grote verschillen te zien als het gaat om de implementatie van HIC in Nederland. Er wordt veel geïnvesteerd in veiligheid en het beleid daaromtrent. In deze presentatie wordt een overzicht gegeven van de implementatie van HIC in Nederland en de wijze waarop gewerkt wordt aan het voorkomen van agressie, gevaar en separatie. Bovendien wordt er aandacht besteed aan de ervaren kwaliteit van zorg op HIC's van cliënten

#### Literatuurverwijzing

van Mierlo, T., Bovenberg, F., Voskes, Y., & Mulder, N. (2013). Werkboek High en Intensive Care. Utrecht: De Tijdstroom.

## S34 Innoverend onderzoek in de spoedeisende psychiatrie

De Spoedeisende psychiatrische zorg is gecompliceerde zorg. Terwijl de patiënt centraal staat moet er ook worden aangesloten bij de vragen en wensen van veel verschillende partijen zoals de naastbetrokkenen, huisartsen, politie en andere maatschappelijke instellingen. Daarnaast is de crisiszorg ook inhoudelijk complex. Binnen beperkte tijd moeten hulpverleners samen met patiënt en zijn naastbetrokken veel beslissingen nemen; wel of geen verdere zorg en als er zorg gegeven gaat worden hoe moet die zorg er dan inhoudelijk uitzien. En dat terwijl er vanuit wetenschappelijke literatuur weinig handvaten zijn hoe er optimaal tijdens een psychiatrische crisis gehandeld kan worden. In dit symposium zullen in verschillende lezingen een aantal projecten en het daarmee gepaard gaande onderzoek met voorlopige resultaten worden beschreven. Projecten vanuit verschillende instellingen in Nederland en die allen ten doel hebben om de spoedeisende psychiatrie te optimaliseren.

### S34.1

#### **Intensive Home Treatment in de acute psychiatrie: baseline kenmerken van deelnemers aan een multi-center randomised controlled trial**

MD Jurgen Cornelis <sup>1</sup> / MSc Ansam Barakat <sup>2,3</sup> / Dr Matthijs Blankers <sup>2,4,5</sup> / Nick Lommerse <sup>6</sup> / Prof. Dr. MD Aartjan Beekman <sup>7</sup> / Prof Dr Jack Dekker <sup>8,9</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

1. Arkin, Mental Health Care, Amsterdam
2. Arkin Mental Health Care, Amsterdam
3. Departement of Psychiatry, Amsterdam Public Health, VU University Medical Centre /GGZInGeest, Amsterdam
4. Trimbos Institute, Utrecht
5. Department of Psychiatry, Academic Medical Centre Amsterdam
6. Arkin Mental Health Care, Amsterdam
7. Department of Psychiatry, Amsterdam Public Health, VU University Medical Centre/GGZ InGeest, Amsterdam,
8. Arkin Mental Health Care, Amsterdam,
9. Department of Clinical Psychology, VU University, Amsterdam

#### **Achtergrond**

Professionals, cliëntenorganisaties en ook financiers van de zorg pleiten voor ambulantisering van de psychiatrische zorg. Intensive Home Treatment (IHT) is een zes weken durende intensieve psychiatrische thuisbehandeling die als alternatief kan dienen voor een opname bij patiënten in een acute psychiatrische crisis [1]. IHT is een interventie die in toenemende mate wordt ingezet binnen Nederland [2]. Beoogde voordelen van IHT zijn dat patiënten sneller herstellen in hun vertrouwde context, naasten betrokken worden bij de behandeling en patiënten ook weer sneller kunnen participeren in de maatschappij[3]. Omdat nog onduidelijk is of genoemde voordelen daadwerkelijk worden gerealiseerd is in de afgelopen jaren een multi-center randomised controlled trial (RCT) uitgevoerd in Amsterdam. Onderzocht is of IHT het aantal opnames en de opnameduur doet afnemen. Klinische uitkomstmaten en tevredenheid van IHT-patiënten en hun naasten worden vergeleken met de conditie waarin patiënten andere spoedeisende psychiatrische zorg kregen.

#### **Doel**

Het beschrijven van de onderzoeksgroep en voor zover mogelijk te vergelijken met de gehele groep van patiënten die binnen de spoedeisende psychiatrie worden beoordeeld en met groepen patiënten in vergelijkbaar internationaal onderzoek.

## Methoden

In de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam, een samenwerkingsverband tussen Arkin en GGZinGeest is eind 2016 een RCT gestart [4]. Patiënten werden in twee condities ingedeeld: 1) IHT en 2) andere psychiatrische crisiszorg. De dataverzameling vindt plaats op baseline en op 6, 26 en 52 weken na randomisatie van de patiënten. Medio oktober 2018 zijn >230 deelnemers geïnccludeerd, waarmee 100% van de benodigde instroom is behaald. De onderzochte groep zal in deze presentatie middels beschrijvende statistiek worden vergeleken op essentiële criteria met de totale groep beoordeelde patiënten in de spoedeisende psychiatrie en groepen patiënten uit relevant internationaal onderzoek.

## Resultaten

Met N=164 verwerkte voormetingen tekent het volgende beeld zich af: 48,8 % van de participanten is vrouw, gemiddelde leeftijd is 40,6 jaar (SD:12,5 jaar), 37,8 % is hoog opgeleid (HBO en WO), 49,4% heeft betaald werk en 43,9% is alleenwonend. 23,2% had in de 6 maanden voor inclusie in het onderzoek contact met justitie. Er werd bij 23,3% een depressieve stoornis, 20,9% een bipolaire stoornis, 17,8% een psychotische stoornis als hoofddiagnose gesteld. 65,9 % van de participanten had nicotine gebruikt in de maand voorafgaande aan de inclusie, 43,3% alcohol en 29,3% cannabis. Middels de Alcohol Use Identification Test (AUDIT) werd vastgesteld dat 69,5% een laag risico op problemen met het alcoholgebruik rapporteerde, er bij 22% waarschijnlijk sprake was van probleemdrinken (AUDIT score tussen 8 en 20) en er bij 4,3% waarschijnlijk sprake was van een stoornis in het alcoholgebruik (AUDIT score >20). Gemiddelde totaalscore Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) = 1,76 (SD:0,4; schaal 1-7), totaal aantal aanwezige symptomen op de Brief Symptom Inventory (BSI)= 25,1 (SD: 14,7). MANchester Short Assessment of quality of life (MANSA) gemiddeld 4,81 (SD:1,2: schaal 1-7). De algehele gezondheid werd door de deelnemers bij aanvang van het onderzoek middels gescoord op de Visual Analogue Scale (EQ-VAS) = 62,90 (SD: 22,2 schaal 0-100). Tijdens het congres zullen deze getallen in een context worden geplaatst en kan nader ingegaan worden op de baseline resultaten van de gehele onderzoeksgroep.

## Conclusie

De baselijn kenmerken van de totale onderzoeks cohort (n = 230) worden beschreven tijdens het congres in het voorjaar van 2019. In hoeverre dit cohort op relevante criteria overeenkomt met de totale groep patiënten die binnen de spoedeisende psychiatrie worden beoordeeld en met patiënten die deelnamen in vergelijkbaar internationaal onderzoek, en in hoeverre de resultaten van dit onderzoek generaliseerbaar zijn zal worden bediscussieerd.

## Literatuurverwijzing

1. Johnson S, Nolan F, Pilling S, Sandor A, Hoult J, McKenzie N, White IR, Thompson M, Bebbington P. Randomised controlled trial of acute mental health care by a crisis resolution team: the north Islington crisis study. *BMJ* 2005. Doi: 10.1136/bmj.38519.678148.8F.
2. Prinsen E, Wel B, Mulder N, Koning de N. Handboek intensive home treatment. Utrecht: de Tijdstroom; 2016.
3. Johnson S. Crisis resolution and home treatment teams: an evolving model. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2013, 19:115-123.
4. Cornelis J, Barakat A, Dekker J, Schut T, Berk S, Nusselder H, Ruhl N, Zoeteman J, Van R, Beekman A, Blankers M. Intensive home treatment for patients in acute psychiatric crisis situations: a multicentre randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2018, 18.

## S34.2

### Intensive Home Treatment en het effect op acute gedwongen opnames

Drs. Elnathan Prinsen <sup>p1,2</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

1. Dimence
2. Landelijk platform IHT

#### Achtergrond

Intensive home treatment (IHT) is in Nederland een relatief nieuw model voor het bieden van intensieve psychiatrische crisisbehandeling in de thuissituatie van de patiënt. Het doel is om een psychiatrische crisis zo goed mogelijk te behandelen in de eigen situatie van de patiënt en daarmee opnames te voorkomen en te verkorten. Er zijn uit onderzoek in met name Engeland wel aanwijzingen dat het lukt om vrijwillige opnames te voorkomen. Maar er zijn tevens aanwijzingen dat het aantal gedwongen opnames juist is toegenomen.

#### Doel

Onderzoeken in de regio Overijssel of invoering van IHT leidt tot meer gedwongen opnames in de zin van aantal IBSen. Wetende dat het aantal IBSen in heel Nederland toeneemt. (Dit betreft een klein deelonderzoek in een groter onderzoek naar modelgetrouwheid en effectiviteit van IHT in Nederland. Naast de resultaten van dit kleine onderzoek kan van dit grote onderzoek de opzet gepresenteerd worden, echter het is nog te vroeg daarvan resultaten te tonen.)

#### Methoden

In onze regio wordt sinds september 2013 gewerkt met IHT. Het aantal opnames met IBS van de jaren 2013-2016 zijn in kaart gebracht en afgezet tegen het aantal inwoners van het verzorgingsgebied van het betreffende IHT/crisisdienst team. Dit is afgezet tegen het aantal IBS in Nederland in deze periode. Tevens is dit zelfde gedaan in een controle regio (waar pas een aantal jaren later met IHT werd gestart).

#### Resultaten

Sinds 2013 daalt het aantal afgegeven IBSen in de onderzochte regio ieder jaar. In de controle regio zonder IHT bleef het aantal IBSen ongeveer gelijk. In Nederland totaal steeg het aantal IBSen in dezelfde periode.

#### Conclusie

Intensieve behandeling thuis in de acute crisis lijkt in de ondergezochte regio juist te leiden tot minder acute gedwongen opnames middels IBS. Ander mogelijke verklaringen werden niet gevonden, zeker omdat het contrast ten opzichte van de landelijke cijfers en de controle regio zo groot was. Dit dus in tegenstelling met eerder gepubliceerd onderzoek in Engeland.

#### Literatuurverwijzing

- Forbes, N.F., Cash, H.T., Lawrie, S.M. (2010). Intensive home treatment, admission rates and use of mental health legislation *The Psychiatrist*; 34:12; 522-524
- Prinsen, E., Koning, N., Wel, B. van der, Mulder, N. (2016) Handboek IHT. De tijdstroom, Utrecht .
- Wheeler, C. et al (2015). Implementation of the Crisis Resolution Team model in adult mental health settings: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 2015, 15:74



### S34.3

#### DOEL-studie (Doelmatig Opname voorkomEn in de Langdurige zorg)

Dr.mr. Oswald Bloemen <sup>p1</sup> / Dr. Leon Klunder <sup>1</sup> / Dorien Spanhaak <sup>1</sup> / Prof. dr. Peter van Harten <sup>1</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

1. GGZ Centraal

#### Achtergrond

Een grote groep mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen heeft gedurende lange periodes een relatief stabiele kwaliteit van leven mede door ambulante hulp in de vorm van ACT- en FACT- teams. Deze periodes kunnen worden onderbroken door psychiatrische crises, die zodanig veel contactmomenten eisen dat klinische opname noodzakelijk is, met mogelijke iatrogene schade. Als alternatief voor opnames zijn er Intensive Home Treatment (IHT) teams opgezet, met name gericht op vervanging en voorkoming en soms verkorting van klinische opname. Het is echter onvoldoende onduidelijk welke factoren bij aanvang voorspellend zijn voor succes en doelmatigheid van een IHT interventie.

#### Doel

Dit project richt zich op het in kaart te brengen van voorspellende factoren voor een succesvolle IHT-interventie bij psychiatrische crises.

#### Methoden

Door inzet van een Delphi-groep verzamelen wij potentieel voorspellende factoren ; zoals aanwezigheid van steunsysteem, eerdere gedwongen zorg, diagnose en huidig zorgkader. Wij kwantificeren de mate en aard van de crisis worden op twee manieren. Ten eerste middels gestandaardiseerde vragenlijsten die vooraf, halverwege en na afloop van de IHT-interventie worden afgenomen. Ten tweede middels de Psymate-app waarbij het subjectieve beloop tweemaal daags door patiënten en door een naaste ingevuld worden gedurende de IHT-interventie. Wij analyseren middels een regressieanalyse welke factoren voorspellend zijn voor de uitkomst.

#### Resultaten

Deze manier van onderzoek blijkt goed te integreren in care-as-usual binnen de spoedeisende psychiatrie. Wij behalen een vrijwel volledige inclusie, wat valide en representatieve resultaten oplevert. Wij presenteren tijdens dit nog lopende onderzoek een overzicht van de aangemelde populatie van de afgelopen jaren, de eerste trends van hoe een gekwantificeerd beloop van crisis eruit ziet, en welke factoren deze voorspellen.

#### Conclusie

Het kwantificeren van aard en mate van crisis is goed mogelijk binnen een IHT-populatie. Door dit onderzoek kunnen wij beter voorspellen bij welke patiënten IHT effectief en doelmatig is. Dit is van belang in de verdeling van schaarste in de zorg en het bieden van veilige en doelmatige crisisinterventies, met een minimum aan potentieel schadelijke opname.

#### Literatuurverwijzing

Biong S, Ness O, Karlsson B, Borg M, Kim HS Int J Ment Health Syst. A crisis resolution and home treatment team in Norway: a longitudinal survey study Part 3. Changes in morbidity and clinical problems from admission to discharge. Cotton MA, Johnson S, Bindman J, Sandor A, White IR, Thornicroft G, Nolan F, Pilling S, Hoult J, McKenzie N, Bebbington P. An investigation of factors associated with psychiatric hospital admission despite the presence of crisisresolution teams, BMC Psychiatry. 2007 Oct 2;7:52. Johnson S., Lloyd-Evans B., Gilbert H., Slade M. Acute in-patient psychiatry: Residential alternatives to hospital. Psychiatric Bulletin. 2007;31:262–264 Glover G, Arts G, Babu KS, Crisis resolution/home treatment teams and psychiatric admission rates in England, Br J Psychiatry. 2006 Nov;189:441 Sjølie H, Karlsson B, Kim HS. Crisis resolution and home treatment: structure, process, and outcome - a literature review. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2010 Dec;17(10):881-92. Keet I, Beter worden doe je thuis, tijdschrift voor psychiatrie 53 (2011) 10

## S34.4

### Risicofactoren voor een opname: welke patiënten hebben een hogere risico voor een opname ongeacht de aanwezigheid van Intensive Home Treatment

MSc. Ansam Barakat <sup>1,2</sup> / Dr. Matthijs Blankers <sup>1,3,4</sup> / MD Jurgen Cornelis <sup>1,5</sup> / Prof. Dr. Jack Dekker <sup>1,6</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

1. Arkin Mental Health Care, Amsterdam, The Netherlands.
2. Department of Psychiatry, Amsterdam Public Health, VU University Medical Centre/GGZ InGeest, Amsterdam, The Netherlands.
3. Trimbos institute, Utrecht, The Netherlands.
4. Department of Psychiatry, Academic Medical Centre Amsterdam, The Netherlands.
5. Department of Psychiatry, Amsterdam Public Health, VU University Medical Centre/GGZ InGeest, Amsterdam, The Netherlands.
6. Department of Clinical Psychology, VU University, Amsterdam, The Netherlands.

#### Achtergrond

Een van de doelen van de zesweekse Intensive Home Treatment (IHT) behandeling is een opname in een psychiatrisch ziekenhuis te voorkomen of het aantal ligdagen te verkorten. Opname is voor sommige patiënten niet te voorkomen. In de literatuur zijn verschillende risicofactoren geïdentificeerd voor opname van patiënten in een psychiatrische crisis, zoals psychoses, wanen, suïcidaliteit en impulsiviteit (1-4). Er is echter nog geen onderzoek naar risicofactoren voor een psychiatrische opname van patiënten die IHT-zorg ontvangen.

#### Doel

Het identificeren van risicofactoren voor een psychiatrische opname van patiënten die IHT-zorg ontvangen.

#### Methoden

De gegevens van 96 IHT patiënten zijn verzameld tijdens een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek naar de (kosten)effectiviteit van IHT (5). Chi-kwadraat en t-toetsen zijn toegepast om de variabelen te identificeren die samenhangen met opname in een psychiatrisch ziekenhuis gedurende de eerste zes weken na randomisatie. Van de (borderline) significante ( $p < .10$ ) voorspellers van opname is hierna middels multiële logistische regressie onderzocht hoe veel variantie in psychiatrische opname deze variabelen verklaren.

#### Resultaten

In totaal zijn de gegevens van 96 IHT-patiënten gebruikt in de analyses. Hiervan zijn er 25 (26%) ten minste één dag opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis in de eerste zes weken na de randomisatie. Verschillen tussen de participanten die wel of niet zijn opgenomen zullen worden gepresenteerd. Variabelen geassocieerd met een opname in een psychiatrisch ziekenhuis zijn geclusterd in sociaal-demografische kenmerken, klinische kenmerken en eerdere zorggebruik in de GGZ.

#### Conclusie

Door meer kennis over sociaal-demografische kenmerken, klinische kenmerken en eerdere zorggebruik, kan aan de IHT-patiëntenpopulatie persoonsgerichte zorg geboden worden. Daarnaast kunnen patiënten die voldoen aan de geïdentificeerde risicofactoren mogelijk eerder hoog-intensief behandeld worden middels IHT om een psychiatrische opname te voorkomen.

### Literatuurverwijzing

1. Rabinowitz J, Massad A, Fennig S. Factors influencing disposition decisions for patients seen in a psychiatric emergency service. *Psychiatric services (Washington, DC)*. 1995;46(7):712-8.
2. Ziegenbein M, Anreis C, Brüggem B, Ohlmeier M, Kropp S. Possible criteria for inpatient psychiatric admissions: which patients are transferred from emergency services to inpatient psychiatric treatment? *BioMed Central Ltd [Internet]*. 2006. Available from: Item Resolution URL <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/6/150>.
3. Unick GJ, Kessell E, Woodard EK, Leary M, Dilley JW, Shumway M. Factors affecting psychiatric inpatient hospitalization from a psychiatric emergency service. *General hospital psychiatry*. 2011;33(6):618-25.
4. Dazzi F, Picardi A, Orso L, Biondi M. Predictors of inpatient psychiatric admission in patients presenting to the emergency department: the role of dimensional assessment. *General hospital psychiatry*. 2015;37(6):587-94.
5. Cornelis J, Barakat A, Dekker J, Schut T, Berk S, Nusselder H, et al. Intensive home treatment for patients in acute psychiatric crisis situations: a multicentre randomized controlled trial. *BMC psychiatry*. 2018;18(1).

## S34.5

### Kan een spoedeisende psychiatrische screening ook klinisch?

Drs Hans Nusselder <sup>p1</sup> / Prof. Dr. Jack Dekker <sup>2</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

1. Mentrum
2. Arkin, Amsterdam

#### Achtergrond

Door afbouw van bedden en toename van onvrijwillige opnames, was er rond 2000 een ernstige stagnatie in de crisisketen in Amsterdam. Patiënten bleven langdurig in politiecellen en werden veelvuldig buiten de stad opgenomen (gastplaatsingen). Om deze reden werd de TOA (Tijdelijke Overbruggings Afdeling) ingericht. In de jaren daarna vervulde de TOA een belangrijke rol in de crisisketen. Na opname aldaar wordt een nadere probleemanalyse gemaakt, wordt behandeling ingezet en snelle doorplaatsing gerealiseerd.

#### Doel

Inzicht geven in de populatie die de afgelopen 15 jaar op de Amsterdamse TOA werden opgenomen. Het beschrijven van trends betreffende het aantal dwangopnames en dwangbehandelingen bij deze Amsterdamse patiëntengroep ten opzichte van de landelijke ontwikkelingen en de plaatsbepaling van een acute ultrakorte klinische screeningsafdeling in de crisisketen.

#### Methoden

Sinds de start van de TOA in 2001 werden alle basale gegevens van de patiënten verzameld in een digitaal logboek. Uit het elektronisch dossier werd de diagnose gehaald. Daarnaast werden informatiesystemen gebruikt voor het aantal dwangopnames en dwangbehandelingen.

#### Resultaten

Er vonden 8890 opnames plaats in de onderzoeksperiode van 2001 tot 2016. Het totale aantal IBS-en in Amsterdam nam toe van 529 per jaar naar 939. Omgerekend is dit een toename van 72 naar 85 IBS-en per 100.000 inwoners. Landelijk is dit 47 per 100.000. Van de Amsterdamse IBS-en wordt zo'n 70% op de TOA opgenomen. Daarnaast nam het aantal Rechterlijke Machtigingen fors toe: van 70 naar 177 per 100.000 inwoners. Landelijk is dit 89 per 100.000. De duur van de opname is gedaald van 4,1 dagen naar 3,5 dagen. Het percentage doorverwijzingen naar een afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis schommelt rond de 80%. Het aandeel opnames van patiënten afkomstig uit het buitenland, steeg van 4,7% naar 9,5% evenals uit de rest van Nederland (van 5,8% naar 13,0%). De diagnose in het psychotische spectrum nam af (van 67,5% naar 60,4%). Het percentage stemmingsstoornissen nam toe (van 13,9 tot 20,0%). De toepassing van separatie is sterk afgenomen van 36,5% tot 19,9%. De sterkste daling vond plaats na 2008.

#### Conclusie

Er is in Amsterdam een toename van vrijwillige en onvrijwillige opnames vanuit de Spoedeisende Psychiatrie. Bij een toename van het aantal dwangopnames op de TOA, is er niettemin een afname van het aantal separaties. Een voorziening zoals de TOA vervult een spilfunctie in de crisisketen door acute klinische opvang en doorplaatsing naar een reguliere opnameafdeling.

#### Literatuurverwijzing

Mulder,W., Dekker,J., Gijsbers van Wijk,C.M.T. (2005). De Tijdelijke Overbruggingsafdeling Amsterdam. Tijdschr Psychiatr 47,383-389. Broer,J., Koetsier,H., Mulder,C.L. (2015) Stijgende trend in dwangtoepassing onder de wet BOPZ zet door, implicaties voor de nieuwe Wet Verplichte Geestelijke Gezondheidszorg. Tijdschr Psychiatr 57,240-247.

## S34.6

### Vroege beoordeling van verwarde verdachten op het politiebureau door de crisisdienst: doorontwikkeling van een pilot

Drs. Erik Sikkens <sup>p1</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

1. Arkin

#### Achtergrond

De Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam heeft in 2017 een pilot gedaan met het psychiatrisch beoordelen (in het kader van der wet BOPZ) van verwarde verdachten op het hoofdbureau van politie met als doel de juiste persoon op de juiste plek krijgen. Het betroffen verdachten van een licht misdrijf (o.a. diefstal, belediging, eenvoudige mishandeling, bedreiging), die door de politie als verwarde werden gekenmerkt en waarbij een zorg advies aan het OM (OvJ ZSM) werd gegeven. Het betrof een samenwerking tussen de SPA, het OM de politie, de Gemeente (oa GGD en AcVZ), de reclassering en het NIPF, waarbij mn het het opzetten van een doelmatige samenwerking middels het op elkaar afstemmen van het werkproces, naast het in kaart brengen van de doelgroep van belang was.

#### Doel

Inzicht verwerven in het de resultaten van de pilot en de op basis hiervan ingezette doorontwikkeling.

#### Methoden

In 2017 zijn een half jaar lang alle gegevens verzameld van de beoordeelde verwarde verdachten op het gebied van justitiële en psychiatrische voorgeschiedenis, diagnostiek, zorgbehoefte en strafrechtelijke afhandeling.

#### Resultaten

Er zijn ruim 120 verwarde verdachten beoordeeld en een klein deel (17%) er van is met een BOPZ maatregel opgenomen, meestal ivm een psychotische stoornis. Een belangrijk deel kreeg een strafrechtelijke afhandeling.

#### Conclusie

De pilot was qua samenwerking en het in kaart brengen van de doelgroep een succes en op basis hiervan is een plan voor verdere doorontwikkeling gemaakt dat besproken gaat worden.

#### Literatuurverwijzing

Eindrapport Pilot Verwarde Verdachten, Gemeente Amsterdam, februari 2018

## WORKSHOPS

### W40 STiP-5.1: assessment van het Niveau van Persoonlijheidsfunctioneren middels een semigestructureerd interview

Dr. Theo Ingenhoven <sup>1</sup> / Dr. Han Berghuis <sup>2</sup> / Dr. Joost Husebaut <sup>3</sup>

P: Workshopleiders

1. Arkin
2. Pro Persona
3. De Viersprong

#### Inhoud (wat)

In het Alternatief model persoonlijkheidsstoornissen (in Deel III van de DSM-5) wordt persoonlijkheidspathologie omschreven op basis van de ernst van beperkingen in het niveau van persoonlijkheidsfunctioneren, en op basis van de aard van aanwezige pathologische persoonlijkheidstrekken. Voor de diagnostiek van het niveau van persoonlijkheidsfunctioneren is vanuit het landelijk kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen een semigestructureerd interview ontwikkeld, de STiP-5.1. Voor persoonlijkheidstrekken zijn inmiddels Nederlandstalige vragenlijsten voorhanden. Deze workshop geeft een kennismaking met de achtergronden van het Alternatieve DSM-5 model, met de STiP-5.1 interviewmethode, en met de wijze waarop antwoorden worden gescoord. Ook wordt kort stil gestaan bij recent onderzoek naar de betrouwbaarheid en validiteit van de STiP-5.1.

#### Vorm (hoe)

Twee korte inleiding over de ontwikkeling van het Alternatief model persoonlijkheidsstoornissen in de DSM-5, en van de ontwikkeling van het STiP-5.1 interview vanuit het landelijk Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen. Geoefend wordt met scores van het interview aan de hand van enkele videofragmenten van een interview.

#### Leerdoelen

Inzicht krijgen in het Alternatief model persoonlijkheidsstoornissen in Deel III van de DSM-5 Kennis nemen van de opbouw van het Niveau van persoonlijkheidsfunctioneren op basis van haar vier elementen en twaalf aspecten Kennis nemen met de interviewtechniek van de STiP-5.1 Verkrijgen van basale vaardigheden in het scoren van het Niveau van persoonlijkheidsfunctioneren

#### Literatuurverwijzing

Han Berghuis & Theo Ingenhoven (2015). Het alternatief DSM-5-model voor persoonlijkheidsstoornissen. *PsyXpert*, 1 (1), 12-18. J. Hutsebaut, H. Berghuis, A. Kaasenbrood, H. de Saeger, & T. Ingenhoven (2015). Semigestructureerd Interview voor Persoonlijheidsfunctioneren 5.1 (STiP 5.1). Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen, Utrecht. Theo Ingenhoven, Joost Hutsebaut, Hilde de Saeger, Ad Kaasenbrood & Han Berghuis (2017). Alternatief DSM-5 model voor persoonlijkheidsstoornissen. In: EHM Eurelings-Bontekoe, R. Verheul & WM Snellen (redactie) *Handboek persoonlijkheidspathologie*. Derde herziene druk. Bohn, Stafleu van Loghum, Houten.

## **W41 Mindfulness Based Interventies (MBIs) in de psychiatrie: werkzaamheid, werkingsmechanisme en indicatiestelling**

Prof Anne Speckens <sup>p1</sup> / Dr. Dirk Geurts <sup>1</sup> / Drs Félix Compen <sup>1</sup>

P: Workshopleiders

1. Radboudumc

### **Inhoud (wat)**

In de workshop zullen in eerste instantie de laatste onderzoeksbevindingen op het gebied van mindfulness aan de orde komen: recente meta-analyses op het gebied van effectiviteit, nieuwe toepassingsgebieden, blended, therapist assisted en online vormen van mindfulness, mediatie studies en resultaten van neuropsychologische, structurele en functionele neuroimaging studies. In het verlengde van deze informatie zullen we met elkaar in gesprek gaan over mogelijke toepassingen van MBIs in de psychiatrische praktijk. Wat zijn indicaties en contra-indicaties? Wat is de plaats van MBIs in het behandeltraject? Hoe leg je de rationale aan je patiënt uit? Daarnaast zal ook gelegenheid zijn om samen een aantal mindfulness oefeningen te doen.

### **Vorm (hoe)**

Deels didactisch, deels praktisch en in ieder geval interactief.

### **Leerdoelen**

- Kennis van de huidige stand van zaken over de effectiviteit van MBIs bij verschillende psychiatrische aandoeningen.
- Kennis van de huidige evidentie betreffende de mogelijke werkingsmechanismen.
- Ervaring opdoen met enkele oefeningen uit het mindfulness curriculum dan wel de compassietraining.
- Ervaringen met elkaar uit wisselen over de toepassingsmogelijkheden van MBIs in de psychiatrische praktijk en hoe deze bij patiënten te introduceren.

### **Literatuurverwijzing**

Fox KC, Nijeboer S, Dixon ML, Floman JL, Ellamil M, Rumak SP, Sedlmeier P, Christoff K. Is meditation associated with altered brain structure? A systematic review and meta-analysis of morphometric neuroimaging in meditation practitioners. *Neurosci Biobehav Rev* 2014;43:48-73. Fox KC, Dixon ML, Nijeboer S, Girn M, Floman JL, Lifshitz M, Ellamil M, Sedlmeier P, Christoff K. Functional neuroanatomy of meditation: A review and meta-analysis of 78 functional neuroimaging investigations. *Neurosci Biobehav Rev* 2016;65:208-28. Goldberg SB, Tucker RP, Greene PA, Davidson RJ, Wampold BE, Kearney DJ, Simpson TL. Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2018;59:52-60.

## W42 Psychofarmaca bij licht verstandelijke beperking, (regelmatig) een ingewikkelde puzzel

Elisabeth ter Hoeven-Vroegindeweij <sup>1</sup> / Dr. Wouter Groen <sup>2,3</sup>

P: Workshopleiders

1. Yulius
2. Karakter
3. Academische Werkplaats Kajak

### Inhoud (wat)

Ongeveer 15 procent van de mensen heeft een (licht) verstandelijke beperking (LVB). Psychiatrische stoornissen zijn ook sterk oververtegenwoordigd bij mensen met een LVB, en met de juiste diagnostiek zijn bijzonder goede behandelresultaten mogelijk, niet alleen wat betreft begeleiding, maar ook wat betreft farmacologische behandeling. Desondanks is in de beleving van veel klinici farmacologische behandeling bij mensen met een LVB een onderbelicht onderwerp. De workshop heeft als doel om praktische handreikingen te bieden, waar kan evidence based, voor de farmacologische behandeling bij mensen met een verstandelijke beperking. De workshop start met een schets van het medisch-psychiatrische kader waarbinnen medicatie aan jeugdigen en volwassenen met een licht verstandelijke beperking (LVB) moet worden voorgeschreven. Psychiatrische diagnostiek bij LVB is complex. Hoe ernstiger de verstandelijke beperking hoe complexer het is om een diagnose te stellen. Er is vaak sprake van co-morbiditeit, zowel wat betreft de somatiek als de psychiatrie. Na deze schets worden algemene principes voor het voorschrijven van psychofarmaca aan jeugdigen en volwassenen met een licht verstandelijke beperking besproken. We starten met farmacotherapeutische principes ten aanzien van werking en bijwerkingen, dosering, wijze van instellen op medicatie. Vervolgens reiken we praktische handvatten aan ten aanzien van het medicatieconsult, de bejegening van de patiënt, het betrekken van anderen, de medicatie-inname en het geven van voorlichting. Aansluitend bespreken we gezamenlijk de verschillende (groepen) psychofarmaca en hun bijzonderheden bij het voorschrijven bij kinderen/jeugdigen en volwassenen met een licht verstandelijke beperking. De workshopleiders nemen beide deel aan de werkgroep LVB En Psychofarmaca van de Academische Werkplaats Kajak. Deze werkgroep is bezig met het ontwikkelen van een handreiking voor het voorschrijven van psychofarmaca voor deze patiënten doelgroep. De afronding van deze handreiking zal eind 2018 plaats vinden.

### Vorm (hoe)

De workshop wordt ingeleid met een korte presentatie, waarbij een stand van zaken wat betreft de wetenschappelijke literatuur t.a.v. psychofarmaca bij LVB wordt geschetst. Vervolgens bespreken de workshopleiders samen met de deelnemers 3 casus, waarbij 1) op interactieve wijze ruimte is om kennis te delen over het voorschrijven van medicatie aan deze kwetsbare patiënten doelgroep; 2) door de workshop-leiders informatie wordt aangereikt zoals beschreven in de leerdoelen.

### Leerdoelen

De deelnemer neemt kennis van de stand van zaken ten aanzien van de wetenschappelijke evidentie voor het voorschrijven van psychofarmaca aan kinderen, jeugdigen en volwassenen met een Licht Verstandelijke beperking. De deelnemer heeft algemene principes geleerd ten aanzien van het voorschrijven van psychofarmaca aan deze doelgroep. De deelnemer heeft ervaringen en kennis gedeeld. De deelnemer heeft kennis genomen van de (in ontwikkeling zijnde) handreiking voor het voorschrijven van psychofarmaca aan kinderen en jeugdigen.

### Literatuurverwijzing

Internationaal: Expert Consensus Survey (2000, Rush and Frances, USA) en Clinical consensus Survey 2008 Unwin and Deb, UK) NVAVG-richtlijn: Voorschrijven van psychofarmaca bij mensen met een verstandelijke beperking (2016).[www.nvavg.nl](http://www.nvavg.nl) In ontwikkeling (Kajak): Handreiking voorschrijven psychofarmaca bij mensen met LVB (verwacht eind 2018).



## W43 De verhalenbank psychiatrie; narratieve weg naar herstel

Prof. dr. Floor Scheepers<sup>1</sup> / PhD Natascha den Bleijker<sup>1</sup> / Projectmanager Ruth Seidell<sup>1</sup>

P: Workshopleiders

1. UMC Utrecht

### Inhoud (wat)

In de afgelopen 50 jaar is de psychiatrische zorg steeds meer geprotocolleerd en gericht op patiëntengroepen op geaggregeerd niveau. De persoonlijke ervaringen en het subjectieve verhaal van de patiënt zijn meer naar de achtergrond verdwenen. Echter, om echt herstel en sociale participatie te bereiken, is het erg belangrijk dat individuele relevante levensthema's worden behandeld en besproken in plaats van een continue focus op (symptomen van de) ziekte (1). Thema's als schaamte, schuldgevoelens, spiritualiteit, religie, seksualiteit en sociale uitsluiting spelen een structurele rol in het leven van veel patiënten: ze geven vorm aan hun levensverhalen. Het blootleggen van de rol van deze thema's in de verhalen van patiënten is een stap in de richting van echt herstel. Verhalen zijn een onmisbare bron van informatie die kan worden gebruikt om de psychiatrische zorg te verbeteren (2, 3). Verschillende thema's kunnen meer of minder belangrijk zijn bij bepaalde aandoeningen of in een bepaalde fase van de ziekte, leeftijd of individu (4). Door verhalen uit de verhalenbank psychiatrie te analyseren [handmatig en met behulp van tekst-mining en machine learning (5, 6)], proberen we patronen en thema's te identificeren die eerdere of verbeterde detectie van behoeften en lacunes of tekortkomingen in de huidige zorg mogelijk maken. Geïdentificeerde thema's en patronen kunnen vervolgens worden gebruikt om zorg te verbeteren en te personaliseren om herstel te bewerkstelligen. Daarnaast willen we de betrokkenheid van patiënten bij hun eigen zorg vergroten en verbeteren door hen een plek te geven om hun verhaal te vertellen.

### Vorm (hoe)

In een workshop geleid door het team van de verhalenbank psychiatrie (UMC Utrecht) wordt uiteengezet hoe de verhalenbank psychiatrie is opgezet en toegepast, wat de eerste resultaten zijn en hoe de verbinding met de verhalenbank dementie tot stand is gekomen. Aan de hand van een oefening wordt in groepen gewerkt aan een complexe probleem analyse van een patiënt waarbij vanuit het verhaal gezocht wordt naar de samenhang van factoren die de mentale status beïnvloeden op een positieve of negatieve manier. Door deze oefening komen symptomen en richtlijnen in een bredere (subjectievere) context te staan en ontstaan handvatten voor aanvullende interventies.

### Leerdoelen

kennis genereren over de inzet van het narratief in de behandeling en de verschillende methoden om deze analyses op geaggregeerd niveau toe te passen. Zicht krijgen op de aanvullende waarde van het narratief en hoe dit zich verhoudt tot de huidige diagnostiek en richtlijnen.

### Literatuurverwijzing

1. Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., ... & Schnabel, P. (2011). How should we define health?. *Bmj*, 343, d4163.
2. Westerhof, G. J., & Bohlmeijer, E. T. (2012). Life stories and mental health: The role of identification processes in theory and interventions. *Narrative Works*, 2(1).
3. Bohlmeijer, E. T., Westerhof, G. J., Randall, W., Tromp, T., & Kenyon, G. (2011). Narrative foreclosure in later life: Preliminary considerations for a new sensitizing concept. *Journal of Aging Studies*, 25(4), 364-370.
4. Davidson, L. (2016). The recovery movement: Implications for mental health care and enabling people to participate fully in life. *Health Affairs*, 35(6), 1091-1097.
5. Murray, M. & Sools, A. (2009) Narrative research. In Rohleder, P., & Lyons, A. C. (Eds.). (2014). *Qualitative research in clinical and health psychology* (Chapter 9). Macmillan International Higher Education.
6. Spruit, M., & Lytras, M. (2018). *Applied Data Science in Patient-centric Healthcare*. Elsevier

## **W44 Taskforce Vluchtelingen in gesprek met de COA, Zorgverzekeraar, Pharos over de toegang tot GGZ- zorg voor asielzoekers met psychische problemen**

Dr. Marjolein van Duijl <sup>1,2</sup> / MD Evert Bloemen <sup>3</sup> / Drs Janet Helder <sup>4</sup> / Drs Baer Jonkers <sup>5</sup>

P: Workshopleiders

1. Centrum voor Transculturele Psychiatrie Veldzicht
2. Taskforce Vluchtelingen NVvP
3. Pharos, landelijk Expertisecentrum Gezondheidsverschillen
4. COA, Centraal orgaan opvang asielzoekers, bestuurder
5. Arts en Zorg, Programmamanager GGZ

### **Inhoud (wat)**

De incidentie van psychische stoornissen en suïcide onder asielzoekers, vluchtelingen en ongedocumenteerden is vele malen hoger dan onder de Nederlandse bevolking. Schokkende gebeurtenissen, verlieservaringen, onzekerheden over de toekomst, en vele andere situationele stressfactoren, zowel eerder in het land van herkomst, tijdens de vlucht en tijdens de asielpcedure dragen hier aan bij. Deze factoren, met daarnaast ook mogelijke communicatieproblemen en cultuurverschillen, maken diagnostiek en behandeling van psychische problemen van asielzoekers complex. Interferentie met asielpcedures maken het nog extra ingewikkeld. Hoe is de ggz - zorg voor asielzoekers op dit moment georganiseerd? Welke afspraken en rolverdeling bestaan er tussen de COA, ggz instellingen en zorgverzekeraar? Is de onderkenning van psychische problematiek, de toegang tot adequate zorg, en continuïteit van zorg afdoende geregeld? Wat gaat er goed en waar liggen knelpunten? Waar zouden we als psychiaters en psychiatrische instellingen meer aandacht voor moeten hebben? Waar liggen kwetsbaarheden in de zorgketen bijvoorbeeld voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen? Deze vragen en andere zullen aan de orde komen in gesprek met belangrijke partners verantwoordelijk voor de opvang en zorg voor asielzoekers. Een deel van de vragen kan tijdens deze bijeenkomst opgelost worden, andere geconstateerde knelpunten hebben mogelijk een vervolg nodig. Janet Helder, bestuurder van COA zal de opvang en praktijk binnen de AZC's schetsen en dilemma's benoemen tav signalering en toegankelijkheid van de GGZ als het gaat om het grensvlak tussen overlast en psychiatrische aandoeningen. Baer Jonker, Arts en Zorg, zal de eerste opvang en verwijzstructuur bespreken tbv psychiatrische problematiek. Evert Bloemen van Pharos, landelijk Expertisecentrum Gezondheidsverschillen, zal ingaan op dilemma's in de geestelijke gezondheidszorg tav asielpcedures. Deelnemers aan de workshop en leden van de Taskforce Vluchtelingen kunnen vragen en ervaringen uit de praktijk (eventueel vooraf) inbrengen. De Taskforce Vluchtelingen van de NVvP is opgericht om met informatie en meedenken collega's te steunen bij vragen op het gebied van psychiatrische zorg aan asielzoekers en vluchtelingen.

### **Vorm (hoe)**

De vorm zal bestaan uit drie korte inleidingen met vragen en discussie. Er zal een verslag worden gemaakt met eventuele aandachts/actiepunten.

### **Leerdoelen**

- Inzicht in de organisatie van GGz zorg voor asielzoekers, afspraken tussen COA, GGZ en zorgverzekeraar -
- Kennis van epidemiologie van psychische problemen van asielzoekers en vluchtelingen
- Basiskennis tav asielpcedures, handvaten voor het handelen als psychiater in de zorg voor asielzoekers, bewustzijn van valkuilen in de continuïteit van zorg aan asielzoekers en hoe die als psychiater te kunnen ondervangen.

### **Literatuurverwijzing**

Literatuur kan gevonden worden op de website van de Taskforce Vluchtelingen:  
<https://www.nvvp.net/vluchtelingen>

## W45 Katatonie: diverse verschijningen, diverse uitkomsten

dr. Erik Mulder <sup>1</sup> / dr. Jeanine Kamphuis <sup>2,3</sup> / drs. Jos Hubers <sup>1</sup> / drs. Esther Zoetemeijer <sup>1</sup> / dhr. Hans Warning <sup>2</sup>

P: Workshopleiders

1. Centrum Verstandelijke Beperking en Psychiatrie, GGz Drenthe, Assen
2. Universitair Centrum Psychiatrie, UMCG, Groningen
3. Slaapcentrum voor Psychiatrie, GGz Drenthe, Assen

### Inhoud (wat)

In korte tijd presenteren zich in het Centrum voor Verstandelijke Beperking en Psychiatrie een viertal patiënten met katatonie. Het betreft mannen van respectievelijk 20, 28, 43 en 55 jaar. De beelden zijn erg divers, een somatische oorzaak wordt in geen van de gevallen gevonden. De behandeling bestaat in alle gevallen uit lorazepam in hoge dosering, het effect is erg verschillend. Bij alle vier patiënten is de uitkomst anders. Twee knappen vrijwel zonder restverschijnselen op, één ontwikkelt een psychotisch beeld, één kent een zeer complex verlopend beeld met ECT als voorlopig eindpunt. Nader literatuuronderzoek leert dat er redelijk wat informatie is te vinden over de behandeling van acute katatonie, echter over chronische katatonie vinden we nauwelijks houvast in de literatuur. In de workshop bespreken we de volgende casus: Casus 1: een jongeman van 20 jr., bekend met autisme en een matige verstandelijke beperking, presenteert zich met stijve spieren, 'kleven' in handelingen (eten, naar de WC gaan, etc) en mutisme. Behandeling met lorazepam resulteert in een snelle verbetering van de klachten. Echter hij ontwikkelt achterdocht en hallucinaties. Er wordt aripiprazol gestart en de lorazepam wordt langzaam afgebouwd. Dit resulteert in remissie. Casus 2: een man van 28 jr, verdacht van autisme en schizofrenie, wordt aangemeld vanuit een woonvorm, waar hij sinds anderhalf jaar vrijwel mutistisch is, de hele dag op een bed ligt en grote perioden niet of nauwelijks eet. Behandeling met lorazepam wordt gestart, met een eerste positieve reactie, maar later verdwijnt het effect. Vervolgens wordt gestart met ECT, tweemaal per week. Al snel knapt patiënt op. Echter na afbouw van ECT treedt er al snel een terugval op in mutisme en voedselweigering, voor het laatste blijkt dwangbehandeling met sondevoeding noodzakelijk. Hoogfrequent ECT (4 maal per week) geeft wel remissie. Casus 3: een man van 55 jr., bekend met autisme en licht verstandelijke beperking, wordt opgenomen vanuit het ziekenhuis. Hij is al langere tijd op zichzelf, somber, mutistisch en schopt mensen om zich heen ogenschijnlijk zonder intentie. Een eenmalige proef met lorazepam geeft een directe verbetering van zijn klachten. Vervolgbehandeling met lorazepam geeft een geleidelijke (over maanden) verbetering van zijn klachten. Casus 4: een man van 43 jr., bekend met angst- en panieklachten en een licht verstandelijke beperking, wordt als crisis aangemeld door zijn huisarts. In een periode van anderhalve week werd hij onbereikbaar voor zijn naasten, hij was steeds zijn sleutels kwijt en daarnaar op zoek, liep onrustig rond met een onduidelijk doel en kopiëerde gedrag, woorden en zinnen van anderen. Hij wordt opgenomen op onze kliniek, somatische diagnostiek wordt ingezet en behandeling gestart.

### Vorm (hoe)

De casus worden gepresenteerd, met video materiaal, achtereenvolgens worden de volgende aspecten besproken en bediscussieerd:

- klinisch beeld
- diagnostiek en gebruik van meetinstrumenten (Bush-Francis Catatonia Rating Scale - NL versie)
- behandelmogelijkheden, incl. juridische aspecten
- uitkomsten, incl. ethische aspecten

### Leerdoelen

- erkennen van het voorkomen van katatonie
- herkennen van katatonie - gebruiken van meetinstrumenten in diagnostiek en volgen van behandel-effect
- kennen van de behandelmogelijkheden tot en met ECT
- wegen van medisch inhoudelijke, juridische en ethische aspecten in de behandeling van mn. chronische katatonie

### **Literatuurverwijzing**

Coffey, M.J., Roy-Byrne, P.P., Marder, S., Solomon D. Catatonia in adults: Epidemiology, clinical features, assessment, and diagnosis, [www.up-to-date.com](http://www.up-to-date.com), laatste keer geraadpleegd 1/10/18  
Coffey, M.J., Roy-Byrne, P.P., Marder, S., Solomon D. Catatonia: Treatment and prognosis, [www.up-to-date.com](http://www.up-to-date.com), laatste keer geraadpleegd 1/10/18  
Dhossche, D.M., van de Steen, L.F., Shettar, S.M. Katatonie bij autismespectrumstoornis, overzicht en gevalsbeschrijving, *Tijdschrift voor Psychiatrie* 57 (2015) 2, 89-93  
Rooseleer, J., Willaert, A., Sienaert, P. Katatonie meten: welke schaal te kiezen, *Tijdschrift voor Psychiatrie* 53 (2011) 5, 287-298

## W46 IFMS (Individueel Functioneren Medisch Specialisten), waar gaat het echt om?

Drs. Guido Geeraerts <sup>1,2</sup> / MD, MCM Giliam Kuijpers <sup>3,4</sup> / Drs. René Sorel <sup>4</sup> / Dr. Martin Sielk <sup>5</sup>

P: Workshopleiders

1. Bestuurslid van de Stichting Appraisal & Assessment (helpt zorgorganisaties met implementatie van IFMS)
2. Als Psychiater werkzaam bij Zuyderland Medisch Centrum / Sittard - Geleen
3. Kinderarts
4. Stichting Appraisal & Assessment - Trainer/gespreksleider
5. Als Psychiater werkzaam bij Emergis - Ambulant Centrum Oosterschelderegio

### Inhoud (wat)

De psychiatrie van de toekomst steunt op psychiaters, die investeren in hun professionele ambities en persoonlijk ontwikkelpotentieel: eerste kennismaking met de Appraisal & Assessment Methode (A&A) en implementatie van deze IFMS methode in een GGZ instelling. Bij IFMS zijn zelfreflectie en feedback de fundamenten van daadwerkelijke professionele groei. Het belangrijkste doel van de A&A methode is motiveren en stimuleren van medische professionals. Binnen het huidige zorglandschap dreigen het individuele werkplezier, professionele ambities en persoonlijk ontwikkelpotentieel ondergesneeuwd te raken door factoren buiten de invloedssfeer van de dokter. Met onze kwalitatieve IFMS spiegelmethode beogen we de motor te zijn achter de intrinsieke motivatie van de collega en de ingrediënten te formuleren voor een aansprekend en waardevol persoonlijk ontwikkelplan. Daarnaast draagt A&A bij aan een positieve en veilige feedback cultuur en aan het voorkomen van onderpresteren. Een dokter die met passie en uitdaging zijn werk kan blijven doen is een groot goed. Bij specialisten werkzaam in algemene ziekenhuizen is de IFMS (Individueel Functioneren Medisch Specialist) procedure al lager gemeengoed. In een toenemend aantal specialismen is IFMS één van de verplichte onderdelen voor herregistratie. In de IFMS-procedure evalueert een specialist zijn eigen functioneren aan de hand van de zeven CanMed competenties. Daarnaast wordt in de werkomgeving van betrokkene schriftelijk feedback gevraagd omtrent zijn of haar functioneren. Op grond van de eigen evaluatie en de omgevingsfeedback, die door een neutrale gespreksleider samengevat en teruggekoppeld wordt, wordt een ontwikkelplan gemaakt voor de periode tot de volgende evaluatie. A&A is één van de methodieken om het IFMS systeem binnen een zorgorganisatie vorm te geven. A&A richt zich met name op de (intrinsieke) motivatoren van de dokter. We maken daarbij gebruik van een kwalitatieve spiegelmethode. Voor het goed doorlopen van de procedure op zowel individueel als organisatie niveau is het van belang goed opgeleide gespreksleiders uit eigen geleding ('peer') te hebben en een daartoe uitgeruste organisatievorm. De workshop is erop gericht de deelnemers kennis te laten nemen van de grondbeginselen van A&A en het implementeren van deze methode op de verschillende niveaus: gericht op de individuele psychiater, de vakgroep en de zorginstelling.

### Vorm (hoe)

De workshop heeft vier onderdelen:

- 1). Kennis: Wat is de toegevoegde waarde van het A&A instrument en wat zijn de ervaringen vanuit de algemene ziekenhuizen? Ingegaan wordt op 'de stok en de wortel' (de RGS en de intrinsieke motivatie van de zorgprofessional (blijvend verbeteren)). Wat zijn de verschillen met intervisie en Groeps FMS? Welke weerstanden zijn te verwachten en hoe deze weg te nemen.
- 2). Persoonlijke reflectie: middels een werkvorm wordt met de aanwezigen een casus uitgewerkt.
- 3). Ervaring van uit de GGZ: Resultaten uit semigestructureerd interviews met psychiaters voor en na het doorlopen van de IFMS methode in een GGZ instelling (Emergis) worden gepresenteerd. Eerste resultaten laten zien dat de tevredenheid bij de deelnemers hoog is en de investering van 4-6 uur als acceptabel wordt ervaren. Het implementatieproces wordt omschreven en ervaringen en valkuilen gedeeld.
- 4). Tijd voor vragen en discussie.

### Leerdoelen

Inzicht verwerven in methodes van evalueren voor professionals; Inzicht en kennis verwerven door de ervaringen vanuit de algemene ziekenhuizen; Inzicht verwerven hoe een traject implementatie Appraisal & Assessment opgestart wordt; Inzicht verwerven in de verschillende aspecten die samenhangen met de rol van appraisor.

### **Literatuurverwijzing**

- 1). Power of Feedback, John Hattie en Helen Timperlye, Review of Educational Research Mar. 2007; vol. 77, nr. 1, p. 81 – 112.
- 2). One more Time: how do you motivate your employees, Frederich Herzberg, Harvard Business Review, September – October 1987 p. 6 – 12.
- 3). Toetsing van de individuele arts met het IFMS-systeem, Guido Geeraerts en Ton Hoofwijk, NTVG, 2013, 157, p. 1 – 4.
- 4). Besluit Herregistratie Specialisten, College Geneeskunde Specialismen, 9 september 2015

## W47 Wat (be)weegt de behandelaar? Zelfonthulling in de dagelijkse praktijk

Drs. Agnes Zegwaard <sup>1,2</sup> / Dr. Flip Jan van Oenen <sup>3</sup> / Dr. Rien Van <sup>1</sup>

P: Workshopleiders

1. Arkin Amsterdam
2. Arq Psychotrauma Expert Group
3. Arkin, Jeugd en Gezin

### Inhoud (wat)

Zelfonthulling van psychiaters staat volop in de belangstelling. In het algemeen is daarbij de boodschap dat psychiaters te veel schroom hebben voor het toepassen van zelfonthullingen. Door meer over het eigen leven te vertellen, soms ook over doorgemaakte eigen problematiek, zouden patiënten zich beter begrepen voelen waardoor de therapeutische relatie verstrekt wordt. Een aantal psychiaters ondersteunt dit met expliciete zelfonthullingen buiten de spreekkamer, bijvoorbeeld op de eigen website en soms in de media. Daardoor is voor de patiënt van te voren reeds veel bekend over de psychiater. De oproep tot meer transparantie over het eigen leven en gebruik maken van eigen ervaringskennis maakt veel psychiaters en aios echter ook onzeker. Moet ik het anders gaan doen dan ik ooit geleerd heb en wat weeg ik af bij het doen van zelfonthullingen? Ook zijn er vragen over waar de eigen grenzen liggen, in welke behandelingen het passend is en hoe je het kunt uitvoeren. Het is nuttig een duidelijk onderscheid te maken tussen intra- en extra therapeutische zelfonthullingen. Met het eerste wordt bedoeld een opmerking maken over eigen gevoelens of gedachten als een onmiddellijke en directe reactie op hetgeen de patiënt inbrengt, zoals 'het raakt me wat u me vertelt'. Bij extra-therapeutische zelfonthulling wordt een link gemaakt met het eigen leven van de psychiater, zoals 'ik kan me dat goed voorstellen want ik ben zelf vroeger ook veel gepest'. Wetenschappelijk onderzoek is beperkt en heeft voornamelijk plaatsgevonden bij de cliëntgerichte behandelingen. Daaruit blijkt een bescheiden, maar wel significant effect van vooral intra-therapeutische zelfonthulling op de waardering voor de therapeut en op uitkomst van behandeling. Extra-therapeutische zelfonthulling liet geen duidelijke effecten zien. Over zelfonthulling bij ernstiger patiënten die zich veelal bij de psychiater presenteren is vrijwel geen onderzoek beschikbaar. Deze workshop heeft als doel de kennis over uitvoering en effecten van zelfonthulling te vergroten. Op grond van literatuur en een focusgroep is een afwegingslijst samengesteld waarmee men de eigen geneigdheid tot zelfonthulling kan bepalen. Deze lijst blijkt behulpzaam bij het bespreken van zelfonthulling in intervisie en in supervisie van aios.

### Vorm (hoe)

Bespreking van de theoretische en wetenschappelijke achtergrond van zelfonthulling en presentatie van de afwegingslijst. Met behulp van oefening en discussie laten we zien hoe de items van deze lijst behulpzaam zijn om de eigen geneigdheid tot zelfonthulling te bepalen en het op systematische wijze te bespreken in supervisieverbanden.

### Leerdoelen

- Kennis vergroten over de evidentie over de uitvoering en de effecten van zelfonthulling
- Reflecteren op de eigen geneigdheid tot zelfonthulling
- Vaardigheid ontwikkelen in het adequaat toepassen van zelfonthulling

### Literatuurverwijzing

Henretty JR et al (2014). The impact of counselor self-disclosure on clients: A meta-analytic review of experimental and quasi-experimental research. *J Conc Psych* 61:191-207. Ziv-Beiman S et al (2017). Immediate therapist self-disclosure bolsters the effect of integrative psychotherapy on psychiatric symptoms and the perception of therapists: A randomized clinical trial. *Psychotherapy Research* 27:558-570. Pinto-Coelho KG et al (2015). Therapist self-disclosure in psychodynamic psychotherapy: A mixed method investigation. *Counselling Psychology Quarterly*, DOI: 10.1080/09515070.2015.1072496

## W48 Slaap-waakstoornissen bij kinderen en jongeren. Van DSM 5 naar de spreekkamer

Dr. Jeannette Hop <sup>1</sup> / Dr. Shalini Soechitram <sup>2,3</sup> / Drs. Nynke Storm <sup>4</sup>

P: Workshopleiders

1. Psymens
2. Kempenhaeghe
3. Pluryl
4. GGZ Noord Holland Noord

### Inhoud (wat)

In de DSM 5 hebben Slaap-waakstoornissen een prominente plek gekregen. Maar wat zijn hiervan de implicaties voor de praktijk? Slaapproblemen komen veel voor bij kinderen en jongeren met uiteenlopende psychiatrische stoornissen. Maar wanneer is het slaapprobleem een symptoom in het kader van bijvoorbeeld depressie of ADHD, en wanneer classificeer je dit als een aparte slaap-waakstoornis? Op deze en andere vragen gaan we in deze workshop uitgebreid in.

### Vorm (hoe)

Aan de hand van aangeboden casuïstiek, zal op interactieve manier praktijkgerichte kennis worden overgebracht. Tevens is er voor deelnemers ruimte voor inbreng van eigen casuïstiek.

### Leerdoelen

Na het volgen van de workshop:

- Hebben de deelnemers meer kennis over de meest voorkomende slaap-waakstoornissen.
- Zijn de deelnemers beter in staat om de symptomen op het gebied van de slaap te duiden in relatie tot overige psychiatrische symptomen.
- Weten de deelnemers beter welke behandelopties zinvol zijn bij (comorbide) slaapproblemen.

### Literatuurverwijzing

Sleep patterns in children with autistic spectrum disorders: a prospective cohort study. Humphreys JS, et al. Arch Dis Child 2014;99:114–118. Current role of melatonin in pediatric neurology: Clinical recommendations. Bruni O, et al. Eur J Paediatric Neurology 2015; 19: 122-133 The Complex Role of Sleep in Adolescent Depression, Clarke G, Harvey, AG. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2012; 21(2): 385–400. Associations of sleep disturbance with ADHD: implications for treatment. Hvolby A. ADHD Atten Def Hyp Disord 2015; 7:1–18



## DISCUSSIEGROEPEN

### D18 Hersenletsel - het vergeten kind van de psychiatrie

Dr. Boudewijn Bus <sup>p1</sup> / Prof. dr. Caroline van Heugten <sup>2,3,4</sup> / Drs. Bert ter Mors <sup>1</sup> / Dr. Ingrid Brands <sup>5</sup>

P: Debatleider / panelleden

1. GGZ Oost Brabant - hoogspecialistisch centrum hersenletsel Huize Padua
2. Department of Neuropsychology & Psychopharmacology, Faculty of Psychology and Neuroscience (FPN), Maastricht University
3. Expertisecentrum Hersenletsel Limburg – Limburg Brain Injury Center
4. School for Mental Health and Neuroscience, Department of Psychiatry & Neuropsychology, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences (FHML), Maastricht University Medical Center
5. Revalidatiecentrum Blixembosch

#### Inhoud (wat)

In één van zijn artikelen schrijft neuroloog Symonds in 1937: 'Om hersenletsel te kunnen begrijpen moeten we de hele constitutie van de persoon bestuderen'. Met andere woorden: het is niet het letsel dat bepalend is, maar het hoofd dat het letsel ondergaat (1; vrij vertaald). Met andere woorden benadrukt Symonds het belang van een geïntegreerde benadering waarin zowel de neurobiologie als de psychische aspecten onderkend moeten worden. Doordat veel verschillende specialisten betrokken zijn in de zorgketen bij hersenletsel, lijkt juist de integratie van deze aspecten naar de achtergrond te verdwijnen. De psychiater kan een verbindende factor zijn, maar specifieke expertise met deze doelgroep is heel beperkt aanwezig in de psychiatrie. In 2013 onderzochten van Heugten e.a. de ontvangen zorg en zorgbehoefes voor klinische patiënten met hersenletsel binnen de ggz werden beschreven. Nederland telt op dat moment zes psychiatrische opnameafdelingen voor patiënten met hersenletsel. In het onderzoek wordt op al die afdelingen een zorgmonitor afgenomen. De conclusie luidt dat de patiënt met hersenletsel in de ggz specifieke zorg behoeft waarvoor in andere sectoren geen mogelijkheden zijn (2). Nu, vijf jaar later, zijn er reeds twee van de afdelingen uit het onderzoek gesloten. Bij nog een afdeling is het aantal bedden gereduceerd. In plaats van de nodige uitbreiding van de zorgmogelijkheden is er juist krimp. De gevolgen zijn langere wachtlijsten, opnames ver buiten de eigen regio en een afname van specifieke expertise met de doelgroep. Is hersenletsel daarmee het vergeten kind van de psychiatrie?

#### Vorm (hoe)

In deze sessie zal door de panelleden: een psychiater, revalidatiearts en een wetenschapper en allen experts binnen de hersenletselzorg, uitgelegd worden hoe de zorg voor hersenletselpatiënten momenteel is georganiseerd en welke specifieke psychiatrische zorgbehoefes er bestaan. Daarna zal aan de hand van stellingen worden bediscussieerd waar de knelpunten in de zorg zitten. Aan de hand van de discussie zullen door het panel conclusies worden geformuleerd die aanknopingspunten kunnen vormen voor het verbeteren van de psychiatrische zorg voor patiënten met hersenletsel.

#### Leerdoelen

1. Geïnformeerd zijn over de verschillende onderdelen binnen de zorgketen voor patiënten met hersenletsel.
2. Meer specifiek geïnformeerd zijn over de psychiatrische zorgbehoefte van patiënten met hersenletsel.
3. Kunnen herkennen waar de hiaten in deze zorg zitten.

#### Literatuurverwijzing

1. Symonds CP. Mental disorders following head injury. Proc R Soc Med 1937; 3: 1081-92.
2. Heugten CM van, Janssen EPJ, Visscher AJM, Wolters Gregório G, Smeets S, Berkers RMWJ, e.a. Klinische patiënten met niet-aangeboren hersenletsel in de ggz; inventarisatie van zorgbehoefes en ontvangen zorg. Tijdschr Psychiatr 2013; 55: 665-75.

## **D19 Oprichting van een netwerk voor de behandeling van Therapie Resistente Depressie: innovatie en verbetering van zorg in de zeer nabije toekomst**

MSc Sjoerd van Belkum <sup>1</sup> / Prof.Dr. Jan Spijker <sup>2</sup> / Prof.Dr. Frenk Peeters <sup>3</sup> / Prof.Dr. Aartjan Beekman <sup>4</sup> / Prof.Dr. Robert Schoevers <sup>1</sup>

P: Debatleider / panelleden

1. UMCG
2. ProPersona
3. Maastricht University
4. Amsterdam UMC

### **Inhoud (wat)**

Depressieve stoornissen hebben een hoge prevalentie en worden op grote schaal behandeld in de eerste lijn en de basis GGZ. Ondanks behandeling knapt ongeveer 20-30% van de patiënten niet op. Zij lijden ernstig en ervaren grote beperkingen in het functioneren door chronische depressieve klachten. Het verbeteren van de prognose van patiënten met 'therapieresistente depressie' is een belangrijke taak van de (hoog)specialistische psychiatrie. Landelijke samenwerking kan een belangrijke bijdrage leveren aan optimalisatie en innovatie van behandeling. We hoeven dit in de psychiatrie niet opnieuw uit te vinden, andere specialismen gingen ons voor door het opzetten van landelijke monitoring, uitwisseling en trial netwerken. Het doel van het TRD netwerk is om 1) de deskundigheid over TRD te vergroten en te delen, 2) patiënten en hun eerdere en huidige behandelingen goed in kaart te brengen en te volgen en 3) klinische studies op te zetten om behandeluitkomst van TRD te verbeteren. Middels een discussiegroep willen we samen met u discussiëren over het opzetten van een dergelijk netwerk. Wat is voor u als psychiater of organisatie belangrijk, waar heeft u behoefte aan, hoe zou u willen bijdragen?

### **Vorm (hoe)**

Discussiepanel, bestaande uit psychiater-onderzoekers die zich actief bezighouden met TRD en bezig zijn om een landelijk netwerk te vormen rond TRD. Daarnaast zal er een collega van de gynaecologie aanschuiven om ervaringen over het opzetten van een dergelijk netwerk te delen. Er wordt gebruik gemaakt van digitale instrumenten om enkele prikkelende stellingen aan het publiek voor te leggen en te bespreken.

### **Leerdoelen**

Aan het einde van de sessie zijn de aanwezigen op de hoogte van verschillende manieren om tegen therapieresistente depressie aan te kijken en heeft men kennis over hoe complexe problemen als TRD het beste in een netwerk onderzocht kan worden.

### **Literatuurverwijzing**

- World Health Organization. Depression and other common mental disorders, global health estimates 2017.
- Depression in Europe - facts and figures. Trimbos, report: Zicht op Depressie (April 2018).
- Rush J, et al. Am J Psychiatry 2006; 163: 1905-1917. - Van Belkum SM et al., J Clin Psychiatry 2018;79(1):17m11475.

## D20 De kinder- en Jeugdpsychiater van de toekomst

Dr. Heddeke Snoek <sup>p1</sup> / Dr Ingeborg Lindhout <sup>2</sup> / Dr Marijke Hofstra <sup>3</sup> / Nicky van Londen <sup>1</sup>

P: Debatleider / panelleden

1. Karakter
2. GGZ NoordHollandNoord
3. Erasmus MC

### Inhoud (wat)

Hoe bereiden we onze AIOS kinder- en jeugdpsychiatrie voor op hun transitie naar 'de medisch specialist van de toekomst'? Sinds 1 januari 2015 is de nieuwe Jeugdwet van kracht. Gemeente hebben de financiële en bestuurlijke verantwoordelijkheid voor alle jeugdhulp. In het verlengde van de nieuwe wetgeving is een transformatie in gang gezet, waarbij het probleemoplossend vermogen van de burgers en hun directie sociale omgeving meer wordt aangesproken. De verschillende instanties zijn op zoek naar de juiste verbindingen met elkaar om op het juiste moment de juiste hulp te bieden. Voor de kinder- en jeugdpsychiater is een juiste positionering in het veld van belang: de specialistische expertise is niet alleen voorbehouden aan de spreekkamer! Waar en hoe zet je je kennis en kunde op de juiste manier in? De vraagstukken rondom privacy, haalbaarheid van passend onderwijs, zorg voor 18plussers en verbinding met de somatiek stellen ons voor flinke uitdagingen. Als kinder- en jeugdpsychiater word je verondersteld op verschillende (beleids-)niveaus te kunnen meewerken en -denken. Tevens wordt de zorg geconfronteerd met een stijgende zorgvraag, die bovendien complexer wordt. Het zorgaanbod zal daarom veranderen. In het visiedocument van de Medisch Specialist 2025 richt men zich op vier belangrijke ontwikkelingen. 1. De unieke patiënt en de moderne medisch specialist; de relatie tussen patiënt en medisch specialist is in 2025 vooral gericht op het optimaliseren van de kwaliteit van leven voor de patiënt, waarbij de patiënt steeds meer toegang krijgt tot eigen gezondheidsinformatie om actief mee te doen. Eenvoudig contact via digitale technologie, maakt zorg op afstand mogelijk. 2. Richting netwerkgeneeskunde; Medisch specialisten nemen het voortouw bij de ontwikkeling van zorgnetwerken van zorgprofessionals, zowel fysiek als digitaal. Uitgangspunt van een zorgnetwerk is de behoefte van de patiënt, waarbij verschillende spelers in het netwerk op verschillende momenten waarde kunnen toevoegen voor de patiënt. 3. Betrokken bij gezondheid en gedrag; Naast het behandelen van ziekte spelen medisch specialisten in 2025 een belangrijke rol in preventie van ziekte en het behoud van functioneren. 4. Voorop in vernieuwing; in 2025 zijn medisch specialisten samen met patiënten meer betrokken bij het bedenken, ontwikkelen en beoordelen van innovaties binnen de zorg, denk daarbij aan mogelijkheden van 'wearables', big data analyse en thuisdiagnostiek. In deze discussiegroep willen wij in gesprek gaan met ervaren, onervaren en toekomstige collega's op wat bovenstaande betekent voor de kinder- en jeugdpsychiater in 2025. En specifiek, willen we onderzoeken wat dit, vanuit opleidingsperspectief betekent, voor het vormgeven van onze opleiding tot kinder- en jeugdpsychiater.

### Vorm (hoe)

Middels een korte introductie (door kinder- en jeugdpsychiaters, AIOS, managers) de huidige stand van zaken met zijn kansen en uitdagingen uiteengezet. Daarna is ruim te tijd om aan de hand van stellingen en ervaringen met elkaar en het panel in gesprek te gaan.

### Leerdoelen

Het doel van deze discussiegroep is jonge kinder- en jeugdpsychiater en AIOS KJP te ondersteunen in de transitie naar medisch specialist. - Deelnemers krijgen een beeld van de huidige situatie en de rol(len) die zij kunnen innemen als kinder- en jeugdpsychiater - Deelnemers verkrijgen inzicht over welke (deel)vaardigheden de toekomstige kinder- en jeugdpsychiater moet beschikken en waar de opleiding op maat moet worden gemaakt om toekomstbestendige psychiaters af te leveren

### Literatuurverwijzing

- Rapport ' inventarisatie Jeugdhulp: 'transformatie Jeugd nog in de Kinderschoenen', Transitiecommissie Sociaal Domein, juni 2016-' Als alles verandert' TSD, [www.transitiecommissiesociaaldomein.nl](http://www.transitiecommissiesociaaldomein.nl)- Besluit Jeugdwet.

- Visiedocument MS2025

<https://www.demedischspecialist.nl/sites/default/files/Visiedocument%20Medisch%20Specialist%202025-DEF.pdf>

## **D21 Jong Volwassenen met Autisme/ADHD hebben de toekomst ! Daarom alle hens aan dek om hun behandeling te optimaliseren!**

Fenna van Koningsveld <sup>1</sup> / Anja Karst-Grummel <sup>1</sup> / Harmke Nygard-Smith <sup>1</sup> / Monique Swartjes <sup>1</sup> / Sara Annink <sup>1</sup>

P: Debatleider / panelleden

### 1. Dimence

#### **Inhoud (wat)**

Achtergrond Met de invoering van de Jeugdwet in 2015 is er veel veranderd in de behandeling van Jong Volwassenen (17-23 jaar) met een psychiatrische stoornis. Op hun 18e verjaardag is er een wijziging in de financiering van hun zorg: zij vallen dan “opeens” onder de Zorgverzekeringswet. Qua psychiatrische behandeling moeten zij de transfer maken van de JeugdGGZ naar de VolwassenenGGZ. Door dit rigide gekozen overgangsmoment kan geen rekening gehouden worden met de ontwikkelingsleeftijd, specifieke zorgbehoeften en individuele mogelijkheden tot zelfredzaamheid van de Jong Volwassene. In de praktijk werd duidelijk dat sommige Jong Volwassenen er voor kozen te stoppen met de behandeling en dat anderen wel begonnen aan de transitie maar deze niet tot een goed eind brachten. De transitie was vaak onvoldoende voorbereid en er ontstond dan een leemte in het behandeltraject. Aan de andere kant merkte de volwassenenGGZ dat zij lang niet altijd goed geëquipeerd was voor deze (nieuwe) doelgroep. Samenhangend met bovenstaande transitie merkten de behandelteams voor volwassenen met een ontwikkelingsstoornis binnen Dimence dat er een toestroom was van Jong Volwassenen naar het team. Het betrof Jong Volwassenen waarvan een grote groep al eens in behandeling was geweest bij Jeugd, maar ook een groep die nu voor t eerst vast ging lopen in school/stage of werk. Om deze groep beter te bedienen ontwikkelde zij een zogenaamd “Jong Volwassenen aanbod” dat op 1-1-2018 van start ging. Getracht werd om in dit aanbod het beste van beide werelden (JeugdGGZ en VolwassenenGGZ) te verenigen.

#### **Vorm (hoe)**

In deze discussiegroep zullen behandelaren van Dimence u vertellen over hun ervaringen in de ontwikkeling en uitvoering van dit (SGGZ)-aanbod. Zij willen met u delen welke uitdagingen en dilemma’s zij tegen kwamen en welke keuzes er zijn gemaakt. Zij hopen met u te discussiëren over de mogelijkheden om de zorg voor deze Jong Volwassenen in de toekomst verder te verbeteren.

#### **Leerdoelen**

De deelnemers zijn zich bewust van de consequenties van de transitie van de Jeugd naar de Volwassenen GGZ Zij hebben een beeld over de aanpassingen die in de behandeling nodig zijn. Zij zijn zich bewust van de acties die helpend zijn om de transitie goed te laten verlopen.

#### **Literatuurverwijzing**

Tijdschrift voor psychiatrie 55 (2013) 8, 581-583 Tijdschrift voor Psychiatrie 59 (2017) 6, 341-349

## CLINICAL CASES

### CC2 Clinical cases blok 2

#### CC2.1 Gedragsverandering tijdens het beloop van een bipolaire stoornis

Dr. Jurjen Luykx <sup>1</sup> / Annemiek Dols <sup>2</sup> / Yolanda Pijnenburg <sup>3</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

1. UMCU
2. Amsterdam UMC
3. VUMC

#### Titel

Gedragsverandering tijdens het beloop van een bipolaire stoornis

#### Achtergrond

Bij patiënten met een bipolaire stoornis kan het uitdagend zijn een episode van gedragsverandering op latere leeftijd te duiden.

#### Casus (achtergrond, huidig klinisch beeld, diagnostische overwegingen)

Een patiënte van 61 jaar werd op 10 november 2017 opgenomen in verband met toenemende gedragsstoornissen bestaande uit decorumverlies, verzameldrang, stelen en zelfverwaarlozing. Initieel werd gedacht aan manische decompensatie van haar bipolaire I stoornis; echter bleven manische en psychotische kenmerken uit en werd deze diagnostische overweging verworpen. Psychofarmaca werden waar mogelijk afgebouwd om het ziektebeeld goed te objectiveren.

Klinisch vielen slechte zelfzorg, ontremming in gedrag, visuospatiële desoriëntatie en haar indifferente houding in contact op. Na observatie van verpleegkundig team, artsen en behandelend psychiater leek het beeld het best te passen bij neurocognitieve stoornissen bij frontotemporale dementie (FTD). Een PET-FTG hersenscan werd verricht die frontale en temporale hypoperfusie aantoonde, ondersteunend was voor deze diagnose. Echter, dergelijke PET kan fout positieve resultaten opleveren. Op basis van observaties, het NPO, het lab en de PET-FTG-scan werd op 19-12-2017 op basis van de internationale criteria voor FTD de diagnose waarschijnlijke FTD met gedragsstoornissen gesteld.

Deze diagnose kon in een expertise centrum echter niet bevestigd worden omdat de lange duur van de klachten niet passend was bij het ontbreken van afwijkingen op de MRI scan en een psychiatrische oorzaak van de klachten niet uitgesloten kon worden.

Het decorumverlies lijkt na herstart en instelling op lithium en olanzapine (ter stabilisatie stemming) en de instelling op citalopram licht te zijn verbeterd. Mogelijk speelt gewenning aan verpleging en afdeling ook een rol. Patiënte loopt minder frequent zonder gêne naakt over de afdeling en ook het urineren en defeceren op openbare plekken is afgenomen. Daarentegen valt verplegend personeel een toename van apraxie bij toiletgang en douche op: Patiënte kan taken niet organiseren en weet de volgorde niet meer. Klinisch lijkt er daarom sprake van langzame achteruitgang van de cognitieve verschijnselen maar lichte verbetering van het gedrag. Bij een eenmalige vlucht van de afdeling viel op dat ze haar eigen woning vlot vond.

Het klinisch beeld met wisselende vooral cognitieve symptomen is atypisch voor een episode in het kader van een bipolaire stoornis en ook niet typisch voor een neurodegeneratieve aandoening, mede gezien de MRI-bevindingen. Het beloop in de tijd zal meer duidelijkheid kunnen geven.

#### Leerdoelen

Bespreken van de work-up in geval van een gedragsverandering tijdens het beloop van een psychiatrische stoornis.

Bespreken van de waarde van aanvullende diagnostiek in dergelijke gevallen, m.n. de aanvullende waarde van functionele beeldvorming in de vorm van nucleaire imaging van het brein.

Bespreken van omgang met diagnostische onzekerheid, naar familie, patiënte en personeel toe.

**Literatuurverwijzing**

Gedragsverandering als symptoom. Het diagnosticeren van de gedragsvariant van frontotemporale dementie. Everard G.B. Vijverberg, Flora Gossink, Welmoed Krudop, Annemiek Dols en Yolande A.L. Pijnenburg. Ned Tijdschr Geneeskd. 2018;162:D2733

## CC2.2 PANDAS of ASS? Diagnostiek met verschillende brillen

Drs Mori van den Bergh <sup>1</sup> / Drs Lieke van Brakel <sup>p1</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

### 1. Karakter

#### **Titel**

PANDAS of ASS? Diagnostiek met verschillende brillen

#### **Casus (achtergrond, huidig klinisch beeld, diagnostische overwegingen)**

De plek waar een kind als eerste gepresenteerd wordt, kan grote invloed hebben op diagnostiek en behandeling. Wij bespreken een casus waarbij zowel kinderneurologisch als kinderpsychiatrisch onderzoek werd verricht en laten zo het grensvlak tussen twee specialismen zien. Reden tot nauwere samenwerking?

#### **Leerdoelen**

Deze casus geeft informatie over:

- Overlap in presentatie bij kinderpsychiater en kinderneuroloog
- Psychiatrische diagnostiek bij jonge kinderen
- PANDAS als verklaring voor gedragsverandering

#### **Literatuurverwijzing**

- Leon et al, Longitudinal outcomes of children with pediatric autoimmune neuropsychiatric disorder associated with streptococcal infections (PANDAS). *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2018 May;
- Hedderly et al, Childhood acute neuropsychiatric syndromes... furthering the discussion PANS and PANDAS. *European Journal of the European Pediatric Neurology Society*, 2018.
- Informatie over PANDAS op [www.kinderneurologie.eu](http://www.kinderneurologie.eu)
- Verhulst, linder- en Jeugdpsychiatrie, hoofdstuk 9 Stoornissen van de zuigeling-, peuter- en kleuterleeftijd.

## CC2.3 Katatonie succesvol behandeld met ECT bij een patiënt met frontotemporale dementie op basis van een C9orf mutatie

Drs. Querijn van Bokhorst<sup>1,2</sup> / Dr. Flora Gossink<sup>1</sup> / Dr. Annemiek Dols<sup>1</sup> / Dr. Femke Bouwman<sup>2</sup> /  
Drs. Marion van Bruggen<sup>3</sup> / Prof. Max Stek<sup>1</sup> / Drs. Jasper Texier<sup>2</sup> / Dr. Eric van Exel<sup>1</sup> / Dr. Yolande  
Pijnenburg<sup>4</sup>

P: Presenterende auteur / spreker

1. GGZinGeest
2. VUmc
3. Mentrum
4. vumc

### Titel

Katatonie succesvol behandeld met ECT bij een patiënt met frontotemporale dementie op basis van een C9orf mutatie

### Achtergrond

De gedragsvariant van frontotemporale dementie (gvFTD) wordt gekenmerkt door progressieve frontale gedragsstoornissen waaronder apathie, ontremming en dwangmatig gedrag. Een mutatie in het C9orf72-gen is wereldwijd de meest voorkomende oorzaak van familiäre frontotemporale dementie.<sup>1</sup> Onderzoek heeft aangetoond dat neuropsychiatrische symptomen vaker voorkomen bij dragers van deze mutatie dan bij sporadische variant van gvFTD. <sup>1, 2</sup>

Een recente review met betrekking tot de voornaamste neuropsychiatrische symptomen van C9orf72-gerelateerde gvFTD wees uit dat psychotische symptomen het meest voorkomen. Deze variant van gvFTD vertoont ook veel gelijkennis met 'late-onset' manieën en depressie met cognitieve beperkingen.<sup>5</sup> Met betrekking tot de relatie tussen katatonie en gvFTD is er nog weinig bekend.<sup>3</sup>

### Casus (achtergrond, huidig klinisch beeld, diagnostische overwegingen)

Een 63-jarige man presenteert zich op het neuropsychiatrie spreekuur van een academisch ziekenhuis vanwege aanhoudende stemmingsklachten, cognitieve achteruitgang en gedragsproblemen. In de voorgeschiedenis is patiënt bekend met een 'burn-out' en diagnose PTSS waarvoor psychologische behandeling zonder blijvend effect. De voornaamste klachten van patiënt zijn geheugenproblemen terwijl naaste familieleden periodes van frequente stemmingswisselingen en emotionele uitbarstingen benoemen welke door patiënt zelf niet worden herkend. Een neuropsychologisch onderzoek (NPO) en MRI brein worden verricht waarbij aanvankelijk geen aanwijzingen voor een neurodegeneratieve aandoening. De cognitieve problemen en gedragsveranderingen worden geduid als voortkomend uit een depressie. Antidepressiva laten voorts echter weinig verbetering zien. Bovendien breidt de symptomatologie zich uit: patiënt ontwikkelt angstaanvallen, gepaard gaande met derealisatie, imperatieve hallucinaties en nachtmerries. De wanhoop van patiënt neemt toe en een tentamen suïcide volgt. Patiënt wordt opgenomen op een acute opname afdeling en bij gebruik van een combinatie van antipsychotica, antidepressiva en benzodiazepinen lijkt er enige verbetering op te treden. Na ontslag treden geleidelijk echter wisselende periodes van desoriëntatie, aandachtsproblemen, geheugen- en concentratieproblemen, formele denkstoornissen, apathie en stoornissen in de impulscontrole op de voorgrond. Bij NPO een jaar na eerder onderzoek, worden forse beperkingen in executieve functies zichtbaar waarmee de differentiaal diagnostische overweging betreffende een neurodegeneratieve aandoening weer op de voorgrond treedt. Omdat eerder aanvullend onderzoek daarvoor geen ondersteuning vormde wordt genetisch onderzoek verricht waarmee uiteindelijk een mutatie in het C9orf72-gen gevonden wordt. Vanwege de klinische symptomen met duidelijk aanwezige gedragsveranderingen waaronder apathie en stoornissen in de impulscontrole, executieve functiestoornissen bij het NPO én de aanwezigheid van een genmutatie die geassocieerd is met gvFTD krijgt patiënt de diagnose definitieve gvFTD. Patiënt gaat intussen zichtbaar achteruit. Hij wordt verbaal en fysiek agressief, mutistisch en incontinent en ontwikkelt een stupor. Er blijkt sprake van katatonie (Bush Francis Catatonia Rating Scale: 22). Behandeling met lorazepam (tot 17mg/ dag) heeft weinig effect. Conform richtlijn wordt besloten over te gaan op behandeling middels elektroconvulsie therapie (ECT), met een startfrequentie van 5 sessies per week waarna een onderhoudsbehandeling wordt ingezet waarmee de katatonie in remissie blijft.



### **Leerdoelen**

Na het volgen van deze gevalsbeschrijving zijn deelnemers op de hoogte van de diagnose gvFTD (inclusief het onderscheid tussen mogelijke, waarschijnlijke en definitieve gvFTD op basis van de consensuscriteria), hebben zij inzicht in de verschillende neuropsychiatrische symptomen die gepaard kunnen gaan met gvFTD op basis van een C9orf72-mutatie, kunnen zij gefundeerde afwegingen maken in het diagnostisch proces bij gedragsveranderingen op latere leeftijd en hebben zij kennis van behandelmogelijkheden in het geval van katatonie bij gvFTD.

### **Literatuurverwijzing**

1. Rohrer J, Isaacs A, Mizielska 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. Holm A. Neurodegenerative and psychiatric overlap in frontotemporal lobar degeneration: a case of familial frontotemporal dementia presenting with catatonia. *International Psychogeriatrics*. 2013;26(02):345-347.