

Woensdag 11 april 2018

09:30 - 11:00 uur

SYMPOSIA

S1 Het laat ontstaan frontaal syndroom: diagnostische uitdagingen en handvaten voor de klinische praktijk

Een laat ontstaan frontaal syndroom (LOF) is een klinisch syndroom gekenmerkt door apathie, disinhibitie en/of dwangmatig gedrag ontstaan tijdens de midden of late volwassenheid. Veelvoorkomende oorzaken van het frontaal syndroom zijn psychiatrische stoornissen, de gedragsvariant van FTD (gvFTD) en andere neurodegeneratieve aandoeningen. Qua diagnostiek brengt het frontaal syndroom veel uitdagingen met zich mee en ook het beloop kan sterk variëren. In dit symposium staan de laatste wetenschappelijke inzichten ten aanzien van het frontaal syndroom centraal en zullen handvaten geboden worden voor de klinische praktijk zowel voor diagnostiek als behandeling.

S1.1

Valkuilen bij het onderscheiden van frontotemporale dementie en psychiatrie

Dr. Welmoed Krudop ^{p1}

P: Presenterende auteur / spreker

1. UMCU

Achtergrond

De gedragsvariant van frontotemporale dementie (gvFTD) wordt gekenmerkt door progressieve frontale gedragsstoornissen zoals apathie, ontremming of vermindering van de theory of mind-functies.¹ Deze symptomen komen echter ook voor bij een scala aan psychiatrische stoornissen. Beschikbare screeningsinstrumenten zijn vaak onderzocht voor gvFTD versus gezonde controles dan wel versus de ziekte van Alzheimer. Het is nog onbekend hoe de beschikbare testen onderscheiden binnen een neuropsychiatrisch cohort. GvFTD patiënten krijgen vaak onterecht eerst een psychiatrische diagnose.² Hoe vaak het omgekeerde, een gvFTD-misdiagnose bij een psychiatrische aandoening, voorkomt is onbekend.

Doel

Bepalen hoe beschikbare klinische screeningsinstrumenten en testen zich handhaven als gvFTD onderscheiden moet worden van primair psychiatrische stoornissen. Identificeren in welke patiëntengroep het grootste risico op misdiagnose bestaat.

Methoden

Presentatie van het Laat Ontstaan Frontaal syndroom-cohort: dit cohort bevat 137 patiënten (45-70 jaar) die geïnccludeerd zijn op basis van een (heteroanamnestisch) frontaal syndroom. Bekende (MMSE, FAB) en minder wijdverbreide (frontal behavioral inventory (FBI), stereotypy rating scale (SRI)) screeningsinstrumenten zijn getest. Diagnoses werden gesteld op basis van klinische en neuropsychologische data, beeldvorming (MRI en FDG-PET) en door een neuroloog en psychiater. Hierbij worden de internationale consensus criteria voor bvFTD toegepast, die een mogelijk, waarschijnlijke of zekere diagnose stellen mogelijk maken. Na twee jaar follow-up zijn patiënten met een gvFTD-misdiagnose geïdentificeerd.

Resultaten

Ruim een derde kreeg een gvFTD diagnose, een derde een psychiatrische diagnose en de overigen verschillende neurologische en neurodegeneratieve aandoeningen. De MMSE, FAB en FBI bleken niet te onderscheiden; een hoge SRI was ondersteunend voor een bvFTD diagnose.³ De groep met een bvFTD-misdiagnose bleek na 2 jaar aanzienlijk, had een mogelijke bvFTD diagnose of een waarschijnlijke bvFTD diagnose op basis van een afwijkende FDG-PET-scan. De meerderheid kreeg na 2 jaar alsnog een psychiatrische diagnose.

Conclusie

Patiënten met een primair psychiatrische stoornis die zich op latere leeftijd presenteren met een frontale gedragsstoornis kunnen overlap vertonen met bvFTD, zowel klinisch als op functionele beeldvorming. Hierdoor bestaat een risico op onder behandeling.

Literatuurverwijzing

1. Warren JD, Rohrer JD, Rossor MN (2013) Frontotemporal dementia. *BMJ* 347, 639-6462. Woolley JD, Khan BK, Murthy NK, Miller BL, Rankin KP (2011) The diagnostic challenge of psychiatric symptoms in neurodegenerative disease: rates of and risk factors for prior psychiatric diagnosis in patients with early neurodegenerative disease. *J Clin Psychiatry* 72, 126-1333. Krudop WA, Kerssens CJ, Dols Am Prins ND, Möller C, Schouws S, vd Flier WM, Scheltens P, Sikkes S, Stek ML, Pijnenburg YAL (2015). Identifying bvFTD within the wide spectrum of the late onset frontal lobe syndrome *Am J of Ger Psy* 23, 1056-66

S1.2

Uitdagingen tijdens het beloop: (non)progressie bij laat ontstane gedragsveranderingen

drs. Flora Gossink ^{p1}

P: Presenterende auteur / spreker

1. GGZinGeest

Achtergrond

Veelvoorkomende oorzaken van laat ontstane gedragsveranderingen zijn de gedragsvariant van FTD (gvFTD), andere neurodegeneratieve aandoeningen en psychiatrische stoornissen. In de Frontotemporale Dementie Consortium Criteria (2011) wordt het onderscheid tussen mogelijke en waarschijnlijke gedragsvariant frontotemporale dementie benadrukt (gvFTD).¹ Om aan de diagnose mogelijke gvFTD te voldoen moet er sprake zijn van ten minste 3 van de volgende criteria: apathie, ontremming, dwangmatig gedrag, hyperoraliteit, verlies van empathie en/of een neuropsychologisch profiel gekenmerkt door executieve stoornissen met een relatief gespaard geheugen en visuospatiele functies. Indien er ook sprake is van functionele achteruitgang en ondersteunende afwijkingen op beeldvormend onderzoek wordt voldaan aan criteria voor waarschijnlijke gvFTD. In de klinische praktijk is er een significant aantal patiënten dat een sterke gelijkenis vertoont met gvFTD maar tijdens het beloop geen achteruitgang laat zien en ook bij herhaling geen afwijkingen op beeldvormend onderzoek heeft. Deze patiënten komen qua diagnostiek niet verder dan mogelijke gvFTD, worden aangeduid met het gvFTD fenocopy syndroom en vormen een diagnostisch dilemma. Hoewel psychiatrische oorzaken gesuggereerd worden is er in de literatuur nog weinig bekend over de etiologie en zijn handvaten voor de klinische praktijk nodig.

Doel

Het beloop van patiënten met laat ontstane frontale gedragsveranderingen beschrijven met daarbij specifieke aandacht voor het gvFTD fenocopy syndroom als diagnostische uitdaging. Hierbij worden handvaten geboden voor de klinische praktijk ten gunste van diagnostiek en behandeling.

Methoden

In de eerste studie worden patiënten met laat ontstane frontale gedragsveranderingen geïnccludeerd (n=137). Er wordt onderzocht hoeveel patiënten na 2 jaar tijd progressie vertonen (zowel klinisch als op beeldvormend onderzoek) en welke patiënten stabiel blijven. In een tweede studie worden patiënten met laat ontstane gedragsveranderingen geïnccludeerd die verdacht worden van gvFTD maar die na 2 jaar geen achteruitgang tonen en geen afwijkingen hebben op beeldvorming. Zij worden middels kwantitatieve en kwalitatieve analyses vergeleken met patiënten met waarschijnlijke gvFTD.

Resultaten

Een vierde van de patiënten met laat ontstane gedragsveranderingen (n=137) bleek een progressief beloop te hebben door overlijden (n=9), institutionalisatie (n=5) of toename van hersenatrofie (n=21). Een kleiner aantal vertoonde geen progressie of beeldvorming en heeft stabiele en of verbeterde scores op MMSE en FAB (n=29). Een genetische mutatie bleek aanwezig bij enkele patiënten met een langzaam progressief beloop. De aanwezigheid van stereotypie was een belangrijke voorspeller voor progressie bij laat ontstane gedragsveranderingen. Bij het gvFTD fenocopy syndroom (n=33) uit de andere studie bleek in 85.2% van de gevallen een combinatie van psychiatrische en psychologische factoren aanwezig hetgeen zich onderscheidde van gvFTD. Stemningsstoornissen, cluster C persoonlijkheidsproblematiek, relatieproblemen en status na recente life events bleken de meest voorkomende oorzaken van een op gvFTD gelijkend beeld zonder progressie.²

Conclusie

In de klinische praktijk kan het beloop bij laat ontstane gedragsveranderingen veel diagnostische informatie geven. Indien er een sterke verdenking is op gvFTD maar functionele achteruitgang ontbreekt en beeldvorming is niet afwijkend dan is het zinvol om genetisch onderzoek in te zetten en specifieke psychiatrische en psychologische condities uit te sluiten.

Literatuurverwijzing

1. Rascofsky K, Hodges JR, Knopman D, et al. Sensitivity of revised diagnostic criteria for the behavioural variant of frontotemporal dementia. *Brain*. 2011;134(9):2456-2477. doi:10.1093/brain/awr179.
2. Gossink FT, Dols A, Kerssens CJ, et al. Psychiatric diagnoses underlying the phenocopy syndrome of behavioural variant frontotemporal dementia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2016:jnnp-2014-308284.

S1.3

De diagnostische waarde van de FTDC-criteria en aanvullend onderzoek voor de diagnose gvFTD bij patiënten met een frontaal syndroom

Dr. Everard Vijverberg ^{p1}

P: Presenterende auteur / spreker

1. Haga Ziekenhuis Den Haag

Achtergrond

In de klinische praktijk van neurologen en psychiaters is het soms lastig/moeilijk onderscheid te maken tussen de gedragsvariant frontotemporale dementie (gvFTD) en enkele psychiatrische stoornissen zoals een depressie, bipolaire stoornis of schizofrenie. De grote klinische gelijkenis, het frontaal syndroom, en het ontbreken van specifiek aanvullend onderzoek maakt het differentiëren tussen deze aandoeningen zeer problematisch. Als gevolg krijgt een relatief hoog percentage (50%) van gvFTD patiënten ten onrechte een psychiatrische diagnose of worden ze geclassificeerd als 'moeilijke' of 'vreemde' personen. Verder is het onbekend wat de diagnostische waarde is van een neuropsychologisch onderzoek, MRI-hersenen, [18F] FDG- PET-scan, en specifieke liquor eiwitten voor gvFTD bij patiënten met een frontaal syndroom.

Doel

Het presenteren van de diagnostische nauwkeurigheid van de diagnostische criteria voor FTD (FTDC-criteria), neuropsychologisch onderzoek, MRI-hersenen, [18F] FDG- PET-scan, en liquor eiwitten voor de diagnose gvFTD in een groep patiënten met het frontaal syndroom.

Methoden

Het onderzoeken van de longitudinale gegevens van het 'Laat ontstaan frontaal syndroom-studie' (LOF). Dit cohort bestaat uit 137 patiënten met gedragsveranderingen tussen de 45 tot 75 jaar, bestaande uit apathie, ontremming en/of dwangmatig/stereotype gedrag. Alle patiënten ondergingen een volledig neurologisch en psychiatrisch onderzoek met een neuropsychologische screening. Dezelfde patiënten ondergingen ook een MRI-scan van de hersenen en een [18F] FDG- PET-scan, en liquor werd verkregen met een lumbaalpunctie.

Resultaten

We vonden een sensitiviteit van 85% en een specificiteit van slechts 27% voor de FTDC-criteria voor mogelijke gvFTD. Na het toevoegen van beeldvorming met frontotemporale veranderingen op baseline ging de specificiteit omhoog tot 82% voor de waarschijnlijke gvFTD diagnose.¹ Bij het neuropsychologisch onderzoek vertoonden gvFTD patiënten minder ernstige stoornissen op executieve functies en verbale geheugen testen in vergelijking met de psychiatrische stoornissen.² Verder vonden wij dat de sensitiviteit van frontotemporale veranderingen op een MRI-hersenen scan voor de diagnose gvFTD 70% is met een specificiteit van 93%. De aanvullende [18F] FDG- PET-scan, als de MRI-hersenen scan niet overtuigend afwijkend was, had een sensitiviteit van 90% ten koste van een lagere specificiteit van 68%. Bij analyse van specifieke liquor eiwitten vonden we dat liquor-Neurofilamenten Light concentraties (area under the curve (AUC) 0,93, $p < 0,001$, 95% CI 0,85-1,00) en de p-tau/tau-ratio (AUC 0,87, $p < 0,001$, 95% CI 0,77- 0,97) nauwkeurig het onderscheid kunnen maken tussen gvFTD en psychiatrische stoornissen. Ook de concentraties van liquor-YKL40 (AUC 0,82, $p = 0,001$, 95% CI 0,68- 0,97) waren verhoogd in waarschijnlijke en definitieve gvFTD patiënten ten opzichte van psychiatrische patiënten en hadden een relatief goede diagnostische waarde.

Conclusie

Bij het frontaal syndroom sluit de aanwezigheid van cognitieve stoornissen een psychiatrische stoornis niet uit. Verder is het advies om altijd beeldvorming te verrichten bij patiënten met een frontaal syndroom voor de diagnose gvFTD, en liquor te gebruiken als een potentiële biomarker in het differentiëren tussen gvFTD en psychiatrische stoornissen.

Literatuurverwijzing

1. Vijverberg EGB, Dols A, Krudop WA, Peters A, Kerssens CJ, van Berckel BNM, et al. Diagnostic Accuracy of the Frontotemporal Dementia Consensus Criteria in the Late-Onset Frontal Lobe Syndrome. *Dement Geriatr Cogn Disord*. Karger Publishers; 2016 May 5;41(3-4):210–9.
2. Vijverberg EGB, Schouws S, Meesters PD, Verwijk E, Comijs H, Koene T, Schreuder C, Beekman A, Scheltens P, Stek M, Pijnenburg Y, Dols A. Cognitive Deficits in Patients With Neuropsychiatric Symptoms: A Comparative Study Between Behavioral Variant Frontotemporal Dementia and Primary Psychiatric Disorders. *J Clin Psychiatry*. 2017 Jul 25.

S1.4

Progressie van sociale cognitie en gedrag in gedragsvariant frontotemporale dementie, vergeleken met psychiatrische en andere neurodegeneratieve aandoeningen

drs. Lianne Reus ^{p1}

P: Presenterende auteur / spreker

1. Alzheimercentrum VUmc

Achtergrond

De gedragsvariant van frontotemporale dementie (gvFTD) kenmerkt zich door forse veranderingen in gedrag en karakter (Rascovsky et al., 2011). Psychiatrische aandoeningen en andere neurodegeneratieve stoornissen kunnen klinisch hetzelfde beeld geven, wat het diagnostisch proces bemoeilijkt. Een belangrijke distictie tussen gvFTD en psychiatrische aandoeningen is dat neurodegeneratieve stoornissen progressief zijn. Dit verschil in ziekteverloop is hoogstwaarschijnlijk gerelateerd aan verschillen in ziekteprocessen die ten grondslag aan de symptomen liggen. Hoe het ziekteverloop van deze aandoeningen zich exact onderling verhoudt is echter onbekend.

Doel

Onderzoeken welke longitudinale meetinstrumenten verschillen in ziekteverloop laten zien tussen gvFTD en andere aandoeningen met gedragsveranderingen. Daarnaast is de relatie tussen ziekteverloop en neurobiologische maten op baseline, zoals liquor-concentraties van eiwitten en magnetic resonance imaging (MRI) maten onderzocht.

Methoden

Gedrag (Frontal Behavioral Inventory [FBI], Stereotypy Rating Inventory [SRI]), sociale cognitie (Ekman faces en Faux Pas test) en cognitie (Mini-Mental State Examination [MMSE], Frontal Assessment Battery [FAB]) was longitudinaal gemeten in 34 gvFTD, 43 psychiatrische en 28 andere neurodegeneratieve patiënten (leeftijd 45 – 75 jaar, gemiddelde $\pm$ SD MMSE = 26.34 ± 2.76) (Krudop et al., 2014). Tijdens de eerste visite (baseline) zijn liquor-concentraties van gefosforyleerd tau (p-tau)/tau ratio, neurofilamenten (NfL) en YKL-40 en MRI maten (subcorticaal volume en corticaal oppervlakte) bepaald. Voor analyses werden linear-mixed models gebruikt.

Resultaten

FBI scores verslechterden over tijd in gvFTD patiënten, terwijl dit verbeterde in psychiatrische patiënten en stabiel bleef in patiënten met een andere neurodegeneratieve aandoeningen. Verslechtering op de MMSE en FAB werd geobserveerd in zowel gvFTD patiënten als patiënten met andere neurodegeneratieve aandoeningen, met een iets snellere achteruitgang op de FAB voor gvFTD patiënten. Geen veranderingen waren geobserveerd op sociale cognitie en SRI. Voor alle diagnostische groepen waren hogere NfL liquor-concentraties op baseline geassocieerd met een snellere afname op de FAB. Daarnaast waren kleinere nucleus caudatus volumes geassocieerd met een snellere toename van stereotiepe gedragingen.

Conclusie

Deze studie laat zien dat gvFTD een ander ziekteverloop heeft op de FBI, MMSE en FAB vergeleken met psychiatrische en/of andere neurodegeneratieve aandoeningen. Daarnaast waren een aantal baseline markers voor hersenschade geassocieerd met een sneller ziekteverloop.

Literatuurverwijzing

Krudop, W. A., Kerssens, C. J., Dols, A., Prins, N. D., Moller, C., Schouws, S., . . . Pijnenburg, Y. A. (2014). Building a new paradigm for the early recognition of behavioral variant frontotemporal dementia: Late Onset Frontal Lobe Syndrome study. *Am J Geriatr Psychiatry*, 22(7), 735-740. doi:10.1016/j.jagp.2013.02.002 Rascovsky, K., Hodges, J. R., Knopman, D., Mendez, M. F., Kramer, J. H., Neuhaus, J., . . . Miller, B. L. (2011). Sensitivity of revised diagnostic criteria for the behavioural variant of frontotemporal dementia. *Brain*, 134(Pt 9), 2456-2477. doi:10.1093/brain/awr179

S2 WaaROM in de ouderenpsychiatrie?

Routine Outcome Monitoring (ROM) is het systematisch evalueren van de behandeling van een individuele patiënt. Op geaggregeerd niveau dient ROM meerdere doelen. Vier belangrijke doelen van ROM zijn 1) het bieden van inzicht in het behandelresultaat van een individuele patiënt, 2) het bieden van inzicht in het functioneren van teams of afdelingen, 3) het vergelijken van zorgaanbieders en zoeken naar best-practices (Benchmark), en 4) het vergroten van de wetenschappelijke kennis over psychiatrische stoornissen en behandel-effecten. Deze doelen hebben een gemeenschappelijke onderlegger, te weten, streven naar verbetering van kwaliteit van zorg. Hoe een ROM-systeem opgezet moet worden is afhankelijk van het specifieke doel dat men voor ogen heeft. In dit symposium schetsen we kort de historische ontwikkeling van ROM binnen de ouderenpsychiatrie. Daarna belichten we specifiek voor de ouderenpsychiatrie de mogelijkheden van ROM voor de verschillende doeleinden.

S2.1

De historie van ROM in vogelvlucht

Dr. Marjolein Veerbeek ^{p1}

P: Presenterende auteur / spreker

1. Trimbos Instituut

Achtergrond

Sinds de jaren negentig van de vorige eeuw heeft ROM geleidelijk een plaats verworven in de psychiatrie. Sinds 2010 heeft Routine Outcome Monitoring (ROM) landelijk een vlucht genomen binnen de ouderenpsychiatrie.

Doel

Een overzicht bieden van de (inter)nationale ontwikkeling met betrekking tot ROM binnen de (ouderen)psychiatrie, inclusief het bespreken van het eerste Nederlandse ROM-project in de Nederlandse ouderenpsychiatrie.

Methoden

De presentatie bestaat uit twee delen. In het eerste deel wordt een (historisch) literatuuroverzicht van de nationale en internationale ontwikkeling van ROM binnen de (ouderen)psychiatrie gegeven. In het tweede deel wordt een samenvatting gegeven van de resultaten van het eerste ROM-project in de Nederlandse ouderenpsychiatrie, de Monitor Geestelijke Gezondheid (MEMO), waarop de auteur is gepromoveerd.

Resultaten

Het nut van het routinematig meten van uitkomsten ter verbetering van zorg werd in de jaren '90 al ingezien. Dit betrof zowel het gebruik in individuele behandeling om behandelingen bij te sturen, als het geaggregeerde gebruik op hoger niveau om van te leren. Opvallend is dat de kwaliteit van de verschillende ROM-studies evident is toegenomen over de afgelopen twee decennia. In de ouderenpsychiatrie was in 2008 de Monitor Geestelijke Gezondheidszorg (MEMO) het eerste project in Nederland waarbij ROM werd gebruikt om landelijk een beeld te krijgen van de effectiviteit de geboden zorg. MEMO richtte zich primair op gerontopsychiatrische ziekten en liet de psychogeriatric (dementiezorg) buiten beschouwing. MEMO liet zien dat over het functioneren van twee derde van de cliënten aanzienlijk verbeterde na behandeling in de ambulante GGZ. Op geaggregeerd niveau bleek somatische comorbiditeit, persoonlijkheidsproblematiek en negatieve life-events geassocieerd met een slechtere uitkomst. Opvallend was echter de grote variatie in behandel-effecten en duur tussen instellingen, welke met de verzamelde gegevens niet verklaard kon worden.

Conclusie

De ontwikkeling van ROM kent een relatief korte historie. Desondanks wordt ROM, zowel op individueel als op geaggregeerd niveau, gezien als een belangrijke optie om de kwaliteit van zorg te verbeteren.

Literatuurverwijzing

Oudejans S.C.C. Routine outcome monitoring & learning organizations in substance abuse treatment. Dissertatie. Universiteit van Amsterdam, 2009. Carlier IVE, Meuldijk D, van Vliet IM, van Fenema EM, van der Wee NJA, Zitman FG. Routine outcome monitoring and feedback on physical or mental health status: evidence and theory. J Eval Clin Pract. 2012;18:104–10. Veerbeek M. Accessibility and effectiveness of mental health care for older adults. Dissertatie. Vrije Universiteit Amsterdam. 2015

S2.2

Zinvol ROM-men in de ouderenpsychiatrie: het kan!

Dr. Arjan Videler ^p

P: Presenterende auteur / spreker

Achtergrond

ROM (Routine Outcome Monitoring) speelt landelijk nog een beperkte rol in individuele patiëntenzorg in de ouderenpsychiatrie. Hoewel de HoNOS-65+ toenemend wordt ingevuld door behandelaren, gestuurd vanuit Benchmark-perspectief, wordt deze vrijwel niet gebruikt in het kader van gezamenlijke besluitvorming. Dit geldt evenzeer voor andere ROM-instrumenten. Allerlei vooroordelen spelen daarbij een rol, waaronder de beperkte belastbaarheid van ouderen, niet beschikbaar zijn van geschikte instrumenten zijn, et cetera.

Doel

Verkennen van cruciale succesfactoren bij de implementatie van ROM-instrumenten in de dagelijkse patiëntenzorg binnen de specialistische ouderenpsychiatrie.

Methoden

Bespreking van de resultaten van een drietal ROM-implementatieprojecten binnen één GGZ instellingen. Eerst worden de resultaten van de projecten “Doorbraak ROM” van het Trimbosinstituut en “Samenwerken aan herstel in de ouderenpsychiatrie”, zoals uitgevoerd bij de ambulante ouderenpsychiatrieteams van GGZ Breburg, besproken. Vervolgens wordt de implementatie van ROM voor persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen binnen PersonaCura, centrum voor hoogspecialistische GGZ voor persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen van GGZ Breburg, besproken.

Resultaten

Doorbraak ROM binnen GGZ Breburg heeft geleid tot de ontwikkeling van de “Behandelvoortgangsmeter”, een gepersonaliseerde ROM-maat die nauw aansluit bij gezamenlijke besluitvorming, naast de keuze voor een zelfinvulvragenlijst, de 48 Symptom Questionnaire (SQ-48). Implementatie van zelfinvulvragenlijsten bleek aanmerkelijk lastiger binnen de algemene tweedelijns ouderenpsychiatrieteams dan binnen het derdelijns centrum. Een combinatie van generieke ROM en van gepersonaliseerde ROM bleek toepasbaar bij 64% van de ouderen met persoonlijkheidsstoornissen (SQ-48, Severity Indices for Personality Problems – Short Form (SIPP-SF) en behandelvoortgangsmeter) versus slechts 23% van de patiënten in de ambulante tweedelijns teams (SQ-48 en behandelvoortgangsmeter). Zelfinvulvragenlijsten en de behandelvoortgangsmeter blijken in de tweede lijn vooral afgenomen te worden bij psychologische behandelingen van angst- en stemmingsstoornissen en in veel mindere mate bij de oudere EPA-patiënten. Een kwalitatieve verkenning van succesfactoren bij behandelaren en patiënten wijst erop dat goed informeren van patiënten over het doel van ROM en de resultaten betrekken bij de behandelbeoordelingen essentieel zijn. Ten slotte blijkt gepersonaliseerde ROM middels de behandelvoortgangsmeter zowel door behandelaren als patiënten ervaren te worden als een zinvolle aanvulling voor gezamenlijke besluitvorming en sturing binnen het individuele behandelproces.

Conclusie

Psychiatrische behandeling van ouderen zonder ROM is als het behandelen van hypertensie zonder bloeddrukmeter. Ook bij ouderen kan ROM op het niveau van de individuele behandeling gezamenlijke besluitvorming ondersteunen. Naast gestandaardiseerde instrumenten is gepersonaliseerd meten zinvol, zeker bij ouderen, omdat deze vorm van ROM nauw aansluit bij de beleving en lijdensdruk van patiënten en hun naasten. Patiënten en behandelaren informeren over doelen van ROM en patiënten betrekken bij de behandelbeoordelingen lijken belangrijke succesfactoren bij implementatie van ROM in de ouderenpsychiatrie.

Literatuurverwijzing

Videler AC, Debast I, Rossi G, Bocken M, Alphen SPJ van (in druk). Effectmeting. In Alphen SPJ van, Bouckaert F, Oude Voshaar RC, Videler, AC (red.) Handboek persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen. Utrecht: De Tijdstroom.

S2.3

(Hoe) kan ROM de patiëntenzorg binnen een instelling of afdeling op een hoger peil brengen?

dr. Ton Dhondt P

P: Presenterende auteur / spreker

Achtergrond

De introductie van routine outcome monitoring (ROM) gaat gepaard met data-verzameling, ongeacht of deze ROM primair is opgezet om individuele behandelingen naar een hoger niveau te tillen (patiëntenzorg), dan wel om Benchmark tussen teams en instellingen mogelijk te maken. ROM beoogt het behandelresultaat in maat en getal te gieten met het hogere doel de behandelresultaten voor zowel de individuele patiënt (ROM in de patiëntenzorg) als de gehele GGZ (ROM als benchmark) te vergroten. Het ouderenpsychiatrisch veld in Nederland is divers georganiseerd, mede omdat zowel gerontopsychiatrische (GP) als psychogeriatrische (PG) zorg geboden wordt. Dit weerspiegelt zich ook in de ROM-data die aangeleverd worden aan Stichting Benchmark GGZ (SBG), in de zorgdomeinen PG, GP en Volwassenen Cure & Care. Het veld realiseert een hoge respons zodat er ondertussen veel data verzameld zijn.

Doel

Inzicht vergroten in de (on)mogelijkheden van het gebruik van ROM-resultaten in het verbeteren van de organisatie en inhoudelijke opzet van de ouderenpsychiatrie op lokaal niveau.

Methoden

Op basis van geanonimiseerde data die beschikbaar zijn gesteld door SBG wordt ingegaan op het onderscheid tussen de zorgdomeinen. Er wordt inzicht gegeven in de hoofddiagnoses en de relatie tussen leeftijd en respons (uitgedrukt als delta T). Behandeluitkomsten van de verschillende zorgtrajecten worden gepresenteerd op basis van beschikbare data bij evalueerbare initiële DBC's binnen GP (N = 8325) van 33 instellingen, en in PG van 11 instellingen. De praktijkvariatie in behandeluitkomsten, behandelintensiteit (aantal minuten behandeltijd) en doorlooptijden zullen worden getoond teneinde inzicht te bieden in de kansen om van geaggregeerde data te kunnen leren op diversie niveaus (team- afdelings- en organisatieniveau). Tevens zal worden ingegaan op de manier waarop casemix correctie kan worden toegepast. Hierbij wordt gekeken naar de volgende variabelen: leeftijd, geslacht, SES, urbanisatiegraad, de score op de voormeting, de GAF score en de primaire diagnose in hoofdgroepen. In de presentatie zal nader ingegaan worden op diverse valkuilen bij het interpreteren van de resultaten.

Resultaten

Er worden flinke verschillen gevonden tussen afdelingen en instellingen als het gaat om behandeluitkomsten, ingezette tijd en wellicht ook interventies. Tussen de 33 GP instellingen varieert de delta T van -1.4 tot 10.1 (mediaan = 6.5) en de behandelminuten van 1157 tot 5058 (mediaan 2954 minuten). Tussen de 11 PG instellingen varieert de delta T van -1.8 tot 10.1 (mediaan 1.9) en de behandelminuten van 1031 tot 3099 (mediaan 1382 minuten). Opvallend is dat er nauwelijks een correlatie is tussen de delta T als maat voor effect en aantal geïnvesteerde behandelminuten. Ook binnen vergelijkbare instellingen worden uitschieters naar boven en onder worden gevonden m.b.t. behandeluitkomsten en ingezette tijd.

Conclusie

De steeds groeiende hoeveelheid data, verzameld middels ROM in de ouderenpsychiatrie, biedt unieke mogelijkheden voor verdergaand inzicht in de resultaten van individuele instellingen en afdelingen. Daarmee een kans biedend om, middels analyse van de uitschieters, van elkaar te leren en de ouderenpsychiatrische zorg in Nederland op een nog hoger peil te brengen. Het gebruik van ROM-data is 'werk in uitvoering' waarbij casemix-correctie en het analyseren van subgroepen nog betekenisvollere resultaten kan opleveren. Dat vraagt wel een open opstelling van het veld.

Literatuurverwijzing

-

S2.4

(Hoe) kan ROM wetenschappelijk onderzoek faciliteren?

Prof.dr. Richard Oude Voshaar ^{p1}

P: Presenterende auteur / spreker

1. UMC Groningen

Achtergrond

De introductie van routine outcome monitoring (ROM) gaat gepaard met data-verzameling, ongeacht of deze ROM primair is opgezet om individuele behandelingen naar een hoger niveau te tillen (patiëntenzorg), dan wel om Benchmark tussen teams en instellingen mogelijk te maken. ROM beoogt het behandelresultaat in maat en getal te gieten met het hogere doel de behandelresultaten voor zowel de individuele patiënt (ROM in de patiëntenzorg) als de gehele GGZ (ROM als benchmark) te vergroten. Wetenschappers zijn primair geïnteresseerd in achterliggende mechanismen en verbanden met als uiteindelijke doel dat een groter inzicht in het ontstaan en voortbestaan van psychiatrische stoornissen richting geeft aan de ontwikkeling van nieuwe behandelmethoden. Wanneer ROM gebruikt wordt voor wetenschappelijk doeleinden is feitelijk sprake van een klinische cohortstudie. Dit betekent dat de kwaliteit van de hieruit voortkomende studies gelegd moet worden langs de internationaal geaccepteerde meetlat STROBE (STrengthening the Reporting of OBservational studie in Epidemiology).

Doel

Inzicht vergroten in de (on)mogelijkheden van wetenschappelijk onderzoek met verschillende soorten ROM-projecten.

Methoden

De STROBE criteria worden afgezet tegen drie soorten ROM-projecten. Ten eerste ROM in de individuele zorg, waarin feitelijk slechts 1 instrument herhaaldelijk wordt afgenomen bij een patiënt passend bij het behandel doel voor die patiënt. Ten tweede ROM voor Benchmark. Hierbij zal de dataverzameling en opzet van Stichting Benchmark GGZ (SBG) voor de ouderenpsychiatrie als voorbeeld worden genomen. Tot slot als derde een specifiek voor onderzoek opgezet ROM-project in de ouderenpsychiatrie. Dit betreft ROM-GPS project (Routine Outcome Monitoring for Geriatric Psychiatry & Science).

Resultaten

De meest ideale ROM ter facilitering van de (individuele) patiëntenzorg betreft feitelijk n=1 studies, waarbij meetinstrument, timing van afname en gewenst eindresultaat samen met de patiënt wordt bepaald. Dit voldoet aan geen van de STROBE criteria. ROM voor Benchmark voldoet aan veel STROBE criteria. Echter, de rationale en vraagstelling zijn sterk beperkt. Voor fundamentele wetenschappelijke vraagstellingen ontbreken (detail)gegevens over patiëntkenmerken, de gegeven behandeling en essentiële covariaten. Tevens is de betrouwbaarheid van de door klinici verzamelde data een potentiële bron van vertekening. ROM voor wetenschappelijk onderzoek kan in principe aan alle STROBE criteria voldoen, maar lijdt in de praktijk m.n. onder de kwaliteit van uitvoering, te weten een selectieve instroom a.g.v. de informed consentprocedure, simultaan aanbieden van verschillende behandelingen en ondersteuningsvormen, en de belasting voor patiënten.

Conclusie

ROM biedt veel kansen voor wetenschappelijk onderzoek in de ouderenpsychiatrie, maar vergt gedegen kennis van onderzoeksmethodologie. Wanneer deze beperkingen onderkend worden kunnen voor onderzoek en praktijk zinvolle vraagstellingen worden beantwoord die bijdragen aan verbetering van de zorg voor ouderen met een psychiatrische stoornis.

Literatuurverwijzing

-

S3 Samengesteld symposium Afbouw van medicatie

S3.1

HAMLETT: to continue or not to continue?

Prof. dr. Iris Sommer ^{p1}

P: Presenterende auteur / spreker

1. UMCG

Achtergrond

Een studie naar het effect van eerder afbouwen van antipsychotica op het sociaal herstel.

Doel

Een eenduidig antwoord krijgen op de vraag: Wat zijn de effecten op korte en lange termijn van onderhoudsmedicatie of vroegtijdig afbouwen na remissie van een eerste psychose?

Methoden

RCT: 512 patiënten die na een eerste psychose (in het kader van schizofrenie-spectrum stoornis) 3-6 maanden remissie hebben bereikt met een antipsychoticum, nemen deel aan deze pragmatische enkelblinde studie en worden (1:1) gerandomiseerd naar: A. doorgaan met antipsychotica, gedurende minstens 1 jaar (conform de richtlijnen) of B. geleidelijke afbouw van antipsychotica tot een zo laag mogelijke dosis of volledige afbouw

Resultaten

Uitkomstmaten worden na 3 en 6 maanden en 1, 2, 3, en 4 jaar follow-up geanalyseerd. Kosten-baten en kosten-effectiviteitsanalyses worden uitgevoerd en voorspellers van goed sociaal herstel, hoge kwaliteit van leven en goed functioneren worden onderzocht in persoonlijke factoren en onderdelen van de verkregen behandeling

Conclusie

T.z.t. zal Implementatie worden gefaciliteerd door de afbouwschema's en afbouwstrips uit de studie over te nemen in de praktijk. De uitkomsten worden vertaald in richtlijnen, websites en folders en implementatie wordt al tijdens de trial voorbereid in alle deelnemende centra.

Literatuurverwijzing

-

S3.2

Voorspelling van toekomstige recidieven na mindfulness-based cognitieve therapie bij patiënten met een depressieve stoornis in remissie

MSc. Jessica Sluis¹ / Dr. Marloes Huijbers² / MSc. Stephan Löcke / Prof.dr. Jan Spijker^{3,4} / Prof.dr. Philip Spinhoven⁵ / Prof.dr. Anne Speckens² / Dr. Eric Ruhé^{1,2,6}

P: Presenterende auteur / spreker

1. Afdeling Stemmingen en Angststoornissen UMCG, Rijksuniversiteit Groningen
2. Afdeling psychiatrie, Radboudumc
3. Pro Persona
4. Radboud Universiteit Nijmegen
5. Afdeling Psychologie, Universiteit van Leiden
6. Warneford Hospital, Department of Psychiatry, University of Oxford

Achtergrond

Recidivering van de depressieve stoornis (MDD) is een belangrijk klinisch probleem. Samen met het aantal eerdere episodes en residuele symptomen is cognitieve reactiviteit (CR) een mogelijke voorspeller van herhaling. Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) is een effectieve preventieve therapie. Veranderingen in rumineren, mate van mindfulness en zelfcompassie door MBCT zouden het effect van minder recidieven kunnen verklaren (1,2).

Doel

Om te kunnen voorspellen of een MDD-patiënt een recidief zal ervaren en hoe dit risico door MBCT wordt veranderd, analyseerden we in data van twee gerandomiseerde gecontroleerde trials of (1) MBCT de mate van CR, rumineren, mindfulness en zelfcompassie verandert en (2) of deze variabelen een toekomstig recidief van een MDD-episode kunnen voorspellen.

Methoden

We includeerden volwassenen MDD-patiënten in remissie (≥ 3 depressieve episodes) die onderhoudsbehandeling met antidepressiva kregen. In trial 1 ($n = 68$) kregen patiënten MBCT toegevoegd aan de behandeling versus de behandeling zoals gebruikelijk (TAU = onderhoudsmedicatie). In trial 2 ($n = 249$) kregen alle patiënten MBCT met/zonder het afbouwen van de onderhoudsbehandeling met antidepressiva. Wij hebben de veranderingen in ernst van de MDD, CR (gemeten met de LEIDS-R), rumineren, zelfcompassie en mindfulness gemeten in een onderzoeksopzet met een voor- en nameting. Recidivering werd gedurende vijftien maanden follow-up om de drie maanden gecontroleerd door SCID-interviews.

Resultaten

Bij patiënten die MBCT kregen vonden we een verhoogd niveau van mindfulness versus TAU ($M = 7,51 \pm 3,26$; $p = 0,026$; trial 1). In trial 2 voorspelde baseline CR ($HR = 1.018$ [$CI_{95} = 1.006-1.032$], $p = 0.005$) en het afbouwen van de onderhoudsmedicatie ($HR = 1.592$ [$CI_{95} = 1.043-2.428$]; $p = 0.031$) een toekomstig recidief binnen 15 maanden, onafhankelijk van het aantal eerdere episodes, restsymptomen en verandering in mindfulness (alle $p > 0.128$). Interactie-termen waren niet significant ($p > 0.274$), wat inhoudt dat de associatie van CR met recidivering niet veranderde door het gebruik van onderhoudsmedicatie. Elke tien punten stijging van de LEIDS-R ($=CR$) verhoogde het recidief-risico met 19,5%.

Conclusie

MBCT vergroot de mate van mindfulness. Echter, hier waren verbeteringen in mindfulness niet geassocieerd met een verandering van het recidief-risico, terwijl CR en het staken van onderhoudsmedicatie significante, onafhankelijke voorspellers waren van het recidief-risico. Dit is belangrijke informatie voor de planning van onderhoudsbehandeling om recidivering van depressie te voorkomen.

Literatuurverwijzing

1. van der Velden AM, Kuyken W, Wattar U, Crane C, Pallesen KJ, Dahlgaard J, et al. A Systematic Review of Mechanisms of Change in Mindfulness-Based Cognitive Therapy in the Treatment of Recurrent Major Depressive Disorder. *Clin Psychol Rev* 2015; 37: 26–39.
2. Gu J, Strauss C, Bond R, Cavanagh K. Clinical Psychology Review How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing ? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clin Psychol Rev* 2015; 37: 1–12.

S3.3

Een user-driven behandelrichtlijn voor het afbouwen van psychotrope medicatie met behulp van taperingstrips

dr. Peter Groot ^{p1}

P: Presenterende auteur / spreker

1. MUMC Maastricht

Achtergrond

Stoppen met medicijnen zoals antidepressiva, antipsychotica en slaap- en kalmeringsmiddelen levert in de praktijk vaak problemen op. Voor een deel worden die veroorzaakt door de huidige manier om met die problemen om te gaan. Dat gebeurt door het uitwerken van richtlijnen waarin een arts moet kunnen vinden hoe een bepaalde patiënt in een bepaalde situatie met een bepaald medicijn verantwoord zal kunnen stoppen. Daar slagen richtlijnen op dit moment niet in. Dat zal niet veranderen als op de huidige weg wordt doorgegaan, omdat het niet goed mogelijk is om met alle onzekerheden rekening te houden. Huidige richtlijnen zijn te vergelijken met verkeerslichten die steeds ingewikkelder worden, waardoor uiteindelijk iedereen het overzicht verliest. In het verkeer is hiervoor een oplossing gevonden in de vorm van rotondes. Die dwingen om op te letten, om zelf verantwoordelijkheid te nemen en te beslissen. Omgaan met onzekerheden wordt daardoor vanzelfsprekend, de doorstroming neemt toe en ook de veiligheid. Met deze gedachte is door gebruikers zelf een behandelrichtlijn geschreven voor het gebruik van taperingstrips.

Doel

Het doel van de richtlijn is om het voor de arts makkelijker te maken om een patiënt bij het stoppen met, of de dosisreductie van een medicijn beter te kunnen begeleiden. Voor de patiënt moet het vanzelfsprekend worden om zelf verantwoordelijk te nemen en zelf belangrijke beslissingen te nemen. Daarbij geholpen door de arts, op basis van samen beslissen, in de wetenschap dat de behandeling kan worden bijgestuurd als dat nodig is.

Methoden

Taperingstrips zijn ontwikkeld op initiatief van de Stichting Cinderella Therapeutics, in samenwerking met het User Research Center van de Universiteit Maastricht. Bij het schrijven van de richtlijn is uitdrukkelijk rekening gehouden met de ervaringen van de artsen die taperingstrips hebben voorgeschreven en de patiënten die ze hebben gebruikt.

Resultaten

Taperingstrips zijn inmiddels beschikbaar voor meer dan 20 verschillende medicijnen en zijn al door meer dan 2000 verschillende patiënten gebruikt.

Conclusie

De user-driven behandelrichtlijn voor het gebruik van taperingstrips is geen vervanging van, maar een nuttige en noodzakelijke aanvulling op de huidige richtlijnen.

Literatuurverwijzing

Informatie over taperingstrips en de nieuwe behandelrichtlijn voor het gebruik van taperingstrips is te vinden op de website van het User Research Center van Universiteit Maastricht www.taperingstrip.nl

S3.4

Afbouw van langdurig off-label antipsychotica gebruik bij mensen met een verstandelijke beperking; resultaten en determinanten voor succesvol afbouwen

Dr. MD Gerda de Kuijper ^{1,2} / Prof. Dr. MD Pieter Hoeksta ³

P: Presenterende auteur / spreker

1. CVBP/GGZ Drenthe
2. UMCG afdeling psychiatrie
3. UMCG afdeling kinder- en jeugdpsychiatrie

Achtergrond

Het psychofarmaca gebruik onder mensen met een verstandelijke beperking (VB) is hoog, vaak langdurig en off-label bijvoorbeeld voor gedragsproblemen (1,2). Ondanks een toenemend bewustzijn bij artsen werkzaam in de zorg voor mensen met een VB om langdurig gebruik voor gedragsproblemen te verminderen, lukt afbouwen vaak niet. Zowel cliëntgebonden factoren als omgevingsinvloeden kunnen hierbij een rol spelen. Kennis en attitude bij omgaan met probleemgedrag en effecten van psychofarmaca op gedrag van cliënten met VB onder zorgprofessionals kunnen dit gedrag en psychofarmaca gebruik beïnvloeden (3). In eigen onderzoek vonden wij aanwijzingen dat niet herkende neurologische onttrekkingsverschijnselen, en staf-gerelateerde factoren een rol kunnen spelen bij al dan niet succesvol afbouwen (4).

Doel

- Het onderzoeken van resultaten en effect op het gedrag van afbouw van langdurig off-label voorgeschreven antipsychotica bij door artsen verstandelijk gehandicapten (AVG) geselecteerde cliënten.
- Het onderzoeken van potentiële determinanten voor succesvolle afbouw.

Methoden

De studie vond plaats in woonvoorzieningen van 6 zorgaanbieders voor mensen met een VB waar 24u/dag begeleiding en zorg door AVG, huisarts, verpleegkundigen en orthopedagogen beschikbaar was. Deelnemers hadden een leeftijd >6, off-label antipsychoticagebruik > 1 jaar, geen diagnose van schizofrenie, chronische psychose of affectieve psychose, en hun wettelijk vertegenwoordiger had ingestemd met een voorstel tot afbouw van de voorschrijvend arts. Antipsychotica werden afgebouwd in een tijdschema van 14 weken (elke 2 weken 12.5% dosis verlaging). Gegevens werden verzameld op baseline, 4, 8, 12, 16, 22, 28 en 40 weken na de eerste dosisverlaging. De primaire uitkomst was de Aberrant Behavior Checklist (ABC) met subschalen prikkelbaarheid, lethargie, stereotiep gedrag, hyperactiviteit en inadequate spraak. Secundaire uitkomstmaten waren de CGI-S, autonome en extrapyramidale symptomen, (verslechtering in) gezondheidstoestand en leefomstandigheden, en begeleiderskenmerken, waaronder zelf-effectiviteit en emotionele reacties ten aanzien van het optreden van afwijkend gedrag, en kennis van psychofarmacagebruik.

Resultaten

Na 16 weken had 61% van de deelnemers het gebruik volledig afgebouwd en na 40 weken was dit nog 40%. In de groep met volledige afbouw nam de ABC totaalscore en die van de meeste subschalen significant af. In de groep met onvolledige afbouw nam de CGI-S significant toe. Zowel deelnemer kenmerken (o.a. autisme, acathisie, gezondheid) als begeleider kenmerken waren geassocieerd met het resultaat van afbouw.

Conclusie

Afbouw van langdurig antipsychotica is mogelijk bij een groot deel van de deelnemers, waarbij er geen verslechtering in gedrag optreedt. Meer onderzoek naar het effect van en mogelijke beïnvloeding van voorspellende factoren op het resultaat van afbouw is nodig.

Literatuurverwijzing

- (1) Sheehan R, Hassiotis A, et al. Mental illness, challenging behaviour, and psychotropic drug prescribing in people with intellectual disability: UK population based cohort study. *BMJ* 2015;
- (2) de Kuijper G, Hoekstra PJ. Physicians' reasons not to discontinue long-term used off-label antipsychotic drugs in people with intellectual disability. *JIDR* 2017;
- (3) Donley M, Chan J et al. Disability support workers' knowledge and education needs about psychotropic medication. *British Journal of Learning Disabilities* 2011;
- (4) De Kuijper G, Evenhuis H, et al. Effects of controlled discontinuation of long-term used antipsychotics for behavioural symptoms in individuals with intellectual disability. *JIDR* 2014

S4 Samengesteld symposium Forensisch

S4.1

De associatie van adverse childhood experiences met het sociaal-psychiatrisch functioneren van jongvolwassen Top600 veelplegers

MSc Menno Segeren ¹ / Dr. Thijs Fassaert ¹ / Dr. Matty de Wit ¹ / Prof. Dr. Arne Popma ^{2,3}

P: Presenterende auteur / spreker

1. GGD Amsterdam
2. VUmc, afdeling kinder en jeugdpsychiatrie
3. De Bascule

Achtergrond

Adverse Childhood Experiences (ACE; Felitti et al., 1998) zoals mishandeling, verwaarlozing of het opgroeien in abnormale gezinssituaties zijn geassocieerd met een veelheid aan negatieve uitkomsten tijdens de volwassenheid. Voorbeelden zijn lichamelijke aandoeningen, psychiatrische stoornissen, ongezonde leefstijlen en risicogedragingen. Veelal retrospectief onderzoek toont een hoge prevalentie van ACE in kwetsbare doelgroepen zoals daklozen en justitiabelen. Een centrale bevinding is de zogenaamde dose-response relatie: hoe meer (divers) de blootstelling aan ACE, hoe slechter de uitkomst tijdens de volwassenheid. De relatie tussen ACE en het algemeen functioneren op belangrijke levensdomeinen (zelfredzaamheid) is echter nog grotendeels onbekend. Dat geldt voor de specifieke doelgroep van jongvolwassen gewelddadige veelplegers in het bijzonder.

Doel

Het beschrijven van de prevalenties van ACE, zelfredzaamheidsproblemen, verslavingsproblematiek en andere (klinisch) psychiatrische stoornissen in de Top600 en het onderzoeken van de associatie van ACE met sociaal-psychiatrische uitkomsten tijdens de jongvolwassenheid van gewelddadige veelplegers.

Methoden

Van een steekproef van de Top600 zijn historische jeugdzorgdossiers bestudeerd (Segeren & Fassaert, 2014). Met het Forensisch Profiel Justitiële Jeugd (FPJ; Brand, 2004) is de aan- (1) dan wel afwezigheid (0) van de 'big ten' ACE's tijdens de jeugd vastgesteld op basis waarvan een ACE-somscore is geconstrueerd. Belangrijk onderdeel van de Amsterdamse Top600 Aanpak, gericht op recidivereductie bij een groep van overwegend jongvolwassen gewelddadige veelplegers is een sociaalpsychiatrische screening. Naast het screenen op de mogelijke aanwezigheid van psychopathologie, is de Zelfredzaamheid-matrix (Fassaert et al., 2013; ZRM) hiervan standaard onderdeel. De ZRM is een beoordelingsinstrument waarmee op basis van specifieke indicatoren iemands actuele mate van zelfredzaamheid op elf belangrijke domeinen van het leven kan worden vastgesteld. Scores op elk van domeinen lopen uiteen van 1 (acute problematiek) tot 5 (volledig zelfredzaam) maar zijn voor dit onderzoek gedichotomiseerd tot wel (1-2) of geen (3-5) problemen om tot een ZRM-totaal score te komen.

Resultaten

Van 96 Top600 veelplegers was een FPJ ingevuld. De meest voorkomende ACE's (in de jeugd) waren verlies van een ouder door scheiding/overlijden (62%), detentie van een gezinslid (47%), huiselijk geweld (45%) en lichamelijke verwaarlozing (37%). Emotionele verwaarlozing (23%) en seksueel misbruik (4%) kwamen minder vaak voor. De gemiddelde ACE-totaal score was 2.6 (sd = 2.0). Uitkomsten van de screening van 293 jongvolwassenen (18-27 jaar) uit de Top600 waren beschikbaar. De gemiddelde leeftijd was 21.9 jaar (sd = 2.6). Voorlopige resultaten tonen een prevalentie van 47% van minimaal een DSM-IV As I stoornis. Zelfredzaamheidsproblemen kwamen het meest voor op de ZRM-domeinen financiën (81%), sociaal netwerk (79%), dagbesteding (77%), huiselijke relaties (66%), maatschappelijke participatie (66%) en huisvesting (64%). Minder problemen werden gevonden voor ADL (30%) en lichamelijk gezondheid (13%). Gemiddeld werden op 5.6 (sd = 2.3) van 10 ZRM-domeinen problemen in het functioneren vastgesteld. ACE was positief gerelateerd aan meer zelfredzaamheidsproblemen (ZRM-totaal score; $\beta = .38$, $p = .003$) en verslavingsproblematiek ($OR = 1.45$, $p < .01$) maar niet aan (andere) klinisch psychiatrische stoornissen.

Conclusie

Een groep jongvolwassen veelplegers van de Top600 is tijdens de jeugd blootgesteld aan relatief veel ACE's. ACE is geassocieerd met verminderde zelfredzaamheid en psychopathologie. Interventies voor jongvolwassen veelplegers moeten sensitief zijn voor persoonlijke voorgeschiedenissen en alert zijn op situaties van multi-problematiek.

Literatuurverwijzing

- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., ... & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, 14(4), 245-258.
- Brand, E. F. J. M., & Van Heerde, W. K. (2004). Handleiding FPJ-lijst: forensisch profiel justitiële jeugdigen. [Dienst Justitiële Inrichtingen], Concernstaf Uitvoeringsbeleid, Afdeling Informatieanalyse en Documentatie.
- Segeren, M. & Fassaert, T. (2014). In de nesten : analyse van de voorgeschiedenis van een groep jongvolwassen gewelddadige veelplegers uit Amsterdam. GGD Amsterdam. *Epidemiologie & Gezondheidsbevordering*
- Fassaert T, Lauriks, S, van de Weerd S, de Wit MAS, Buster M. (2013). Ontwikkeling en betrouwbaarheid van de Zelfredzaamheid-Matrix. *TSG* 91(3): 169-177.

S4.2

Transforensische psychiatrie als nieuw behandeldomein

Dr. Joost à Campo ^{p1}

P: Presenterende auteur / spreker

1. Mondriaan

Achtergrond

Transforensische Psychiatrie is een nieuw onderzoeks- en behandeldomein. Het richt zich op mensen met ernstige waarneming-, denk-, stemming en/of gedragsstoornissen met daaraan gekoppeld disruptief gedrag. Ze vallen vooralsnog buiten het strafrecht doch dreigen zonder adequate behandelinterventie te criminaliseren. In feite behoeven ze een behandelkader met de voor de forensische psychiatrie kenmerkende aandacht voor delict-preventie. Ze zijn een maat te groot voor de reguliere GGZ en vooralsnog niet door Politie en Justitie binnen een Forensisch zorgkader geplaatst. Vaak heeft dit simpel te maken met zaken als, het doen van aangifte, of niet. De toebedeling van patiënten aan reguliere GGZ of het Forensische zorgdomein is in hoge mate arbitrair. In de reguliere kliniek hebben gedwongen opgenomen patiënten vaak eenzelfde profiel als in de forensische kliniek. In de reguliere GGZ is echter geen aandacht voor risicotaxatie en delict-preventie. Het is dan wachten op ongelukken.

Doel

Transforensische Psychiatrie overbruggt de kloof tussen de reguliere en forensische psychiatrie. Er is daarbinnen aandacht voor zowel de psychopathologie alsook voor delict-preventie

Methoden

Op 1 oktober 2015 is de eerste transforensische afdeling geopend binnen Radix. Radix is het centrum voor forensisch psychiatrische zorg binnen de geestelijke gezondheidsinstelling Mondriaan. De behandeling bestaat uit het toepassen van de forensische behandelmodules aan patiënten die deze anders niet zouden krijgen wegens ontbreken van een strafrechtelijke titel. Behandelmethodes, met de nadruk op structuur, planning, de hulpvraag van de patiënt, samenwerking, gedeelde verantwoordelijkheid en een therapieaanbod dat gericht is op het grensoverschrijdende gedrag van de patiënt naast de behandeling van de psychopathologie als aanjager van het probleemgedrag. Tot slot is de risicotaxatie een belangrijk onderdeel van de transforensische afdeling. Bij de transforensische afdeling draait het dus om het verlagen van het recidiverisico in disruptief gedrag en het verbeteren van het psychiatrische toestandsbeeld. Beschermende alsook risicofactoren worden in kaart gebracht

Resultaten

Op het congres zullen de eerste behandel-effectmetingen van dit nieuwe behandelaanbod worden gepresenteerd. Deze zijn veelbelovend. Er is een significante reductie in risicogedrag en verbetering van de sociale inbedding.

Conclusie

Transforensische psychiatrie overbruggt de kloof tussen reguliere en forensische zorg

Literatuurverwijzing

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2012). Stoornis en delict: forensische en verplichte geestelijke gezondheidszorg vormen een keten. Den Haag: Raes, B.C.M., Miedema, A.G. & Paesen, L.J. (2001). De grenzen tussen de algemene en de forensische geestelijke gezondheidszorg. Tijdschrift voor Psychiatrie, 43, 575-578.

S4.3

Je gaat het pas zien als je het doorhebt: over lichte verstandelijke beperkingen (LVB) binnen justitiële doelgroepen

Christel Grimbergen ^P / Menno Segeren ¹ / Krista van Dorst ¹ / PhD Thijs Fassaert ¹ / Prof. Arne Popma ²

P: Presenterende auteur / spreker

1. GGD Amsterdam
2. VUmc

Achtergrond

Het is bekend dat herkenning van mensen met een lichte verstandelijke beperkingen (LVB), ook in justitiële settings, moeilijk kan zijn. Amsterdam heeft sinds 2011 een aanpak die zich richt op jongvolwassen veelplegers (Top600) en jongeren met een ernstig risico af te glijden richting criminaliteit (Top400). Het doel van deze aanpakken is het terugdringen van criminele recidive. De GGD heeft in samenwerking met zorgpartijen de taak de betrokken jongeren en jongvolwassenen te screenen, hun zorgbehoefte te analyseren en indien nodig een passend behandel- en begeleidingskader te ontwerpen. Vanwege de hypothese(n) dat LVB (i) in deze doelgroepen vaak voorkomt (1) en (ii) het functioneren en de kans op recidive in negatieve zin beïnvloeden (2) screent de GGD sinds 2014 systematisch op de aanwezigheid van LVB in beide groepen.

Doel

In deze studie wordt de prevalentie van verstandelijke beperkingen binnen de Top600 en Top400 vastgesteld, alsmede de relatie hiervan met het algemeen functioneren (zelfredzaamheid), comorbide psychiatrische stoornissen en resultaten van de aanpak in de vorm van recidive (reductie) onderzocht.

Methoden

Het screeningsinstrumentarium bestaat uit een semigestructureerde vragenlijst en aanvullende instrumenten die worden afgenomen door sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (SPV), psychologen of psychiaters. Op LVB wordt gescreend met de SCIL (1), waarna op (positieve) indicatie het IQ wordt gemeten met de WAIS-IV of SON-R. Informatie uit de semigestructureerde vragenlijst levert bovendien een psychiatrische werkdiagnose op (classificatie DSM-IV) alsmede een beoordeling van het functioneren op 11 leefgebieden middels de Zelfredzaamheid-Matrix (3). Met behulp van Chi-kwadraat toetsen en regressieanalyses zal worden onderzocht in welke mate LVB samenhangt met zelfredzaamheid, (overige) psychopathologie en recidive (reductie).

Resultaten

Uit eerste analyses op basis van steekproeven van 227 (Top600) en 48 (Top400) unieke personen is gebleken dat de SCIL bij respectievelijk 49% en 54% van de doelgroep een indicatie voor de aanwezigheid van een LVB geeft. Beide groepen met een vermoedelijke LVB zijn verminderd zelfredzaamheid vergeleken met de groep bij wie dit vermoeden niet bestaat, vooral op het gebied van financiën, dagbesteding, activiteiten in het dagelijks leven (ADL), sociale relaties en/of huisvesting. Eerste analyses geven geen aanwijzingen voor een verband tussen aanwezigheid van LVB enerzijds en comorbide psychopathologie en criminele recidive anderzijds. Inmiddels zijn echter veel meer gegevens verzameld, over tenminste 544 (Top600) en 52 (Top400) unieke personen. Tijdens de presentatie zullen definitieve resultaten worden gepresenteerd, waarbij ook wordt ingegaan op de uitkomsten van de WAIS/SON bij de groep bij wie de SCIL een indicatie gaf voor LVB.

Conclusie

De resultaten wijzen uit dat bij een belangrijk deel van een groep jongeren en jongvolwassenen die regelmatig (Top400) en vaak (Top600) in contact komen met de politie, vermoedelijk sprake is van LVB. De zelfredzaamheid in de groep met LVB blijkt extra verlaagd vergeleken met de niet-LVB subgroep. De resultaten onderstrepen de urgentie om hier rekening mee te houden.

Literatuurverwijzing

1. Kaal HL, Nijman HLI, Moonen XMH (2015). SCIL. Voor volwassenen (SCIL 18+) en jongeren van 14 tot en met 17 jaar (SCIL 14-17). Handleiding. Amsterdam: Hogrefe
2. Segeren MW, Fassaert T, Kea R, de Wit MAS, Popma A (2016) Exploring differences in criminogenic risk factors and criminal behavior between young adult violent offenders with and without mild to borderline intellectual disability. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*: 1–22.
3. Fassaert T, Lauriks, S, van de Weerd S, de Wit MAS, Buster M. (2013). Ontwikkeling en betrouwbaarheid van de Zelfredzaamheid-Matrix. *TSG* 91(3): 169-177.

S4.4

Vrijwillig contact na forensische behandeling: een onderzoek naar het patiëntperspectief en strafrechtelijke recidive

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

P: Presenterende auteur / spreker

1. InforSa

Achtergrond

Patiënten die met een art 37 Sr in de forensische psychiatrie zijn opgenomen, kenmerken zich door volledige ontoerekeningsvatbaarheid inzake het indexdelict, een forse justitiële voorgeschiedenis en veel hulpverleningscontacten. De strafrechtelijke recidive binnen deze groep na behandeling is hoog. Dit zijn aanwijzingen dat het leven van deze groep kwetsbare mensen tot dan toe gefragmenteerd is geweest. Gezien de aard van de psychiatrische problematiek en het feit dat aansluiting zo moeilijk tot stand komt, lijkt deze groep patiënten aangewezen op een langdurig zorgkader, of een (andere) vorm van blijvende ondersteuning. Het juridische kader biedt hier geen mogelijkheden toe (Van Otheusden & Schaftenaar, 2016). In deze studie onderzoeken wij of 'duurzame verbinding', het vrijwillig contact houden na afloop van de formele behandeling, een bijdrage kan leveren aan het verminderen van deze problemen.

Doel

Deze studie kent drie doelen. Het eerste doel is het geven van 'stem' aan de zorgontvanger om in zijn woorden en taal zijn verhaal te vertellen. Het tweede doel is het door deze verhalen inzichtelijk maken van de betekenis van zorg om zo praktijken en beleid verder te kunnen ontwikkelen. Het derde doel is inzicht krijgen in en het vergelijken van de strafrechtelijke recidive van drie groepen ex-patiënten. Dit onderzoek geeft antwoord op de vraag wat een relationele manier van werken tijdens de opname en het houden van contact na opname voor zorgontvangers betekent en of het iets oplevert in termen van vermindering van recidive.

Methoden

Het kwalitatieve onderzoek is uitgevoerd in de narratieve onderzoekstraditie. Daarnaast is een kwantitatief, multi-center onderzoek uitgevoerd naar de strafrechtelijke recidive van patiënten die contact na behandeling hebben ontvangen. Deze groep (n=45) is vergeleken met twee groepen (n=43 en n=23) die geen contact na behandeling hebben gehad.

Resultaten

Uit de narratieve analyse blijkt een meervoudige waarde van deze praktijk voor ex-patiënten. Het levert een doorbraak op in het tot dan toe bekende patroon van (voortdurende eindigende) hulpverlenerscontacten. Daarbij heeft het een effect op de ex-cliënt: hij ervaart gezien te worden, eer, en voelt dat hij het waard is. Het geeft vertrouwen. Uit het onderzoek naar de strafrechtelijke recidive blijkt dat ex-patiënten die contact na behandeling hebben gehad, minder snel en minder vaak recidiveren dan ex-patiënten die dit niet hebben ontvangen ($\chi^2=11.421$ (df=2), $p=.003$). Er is geen verschil in type recidive. Uit de logistische regressie, gecorrigeerd voor bekende voorspellers van recidive komt naar voren dat de groep 'contact na behandeling' minder recidiveert ($\chi^2=15.160$ (df=4), $p=.004$). De verklaarde variantie van contact na behandeling (Nagelkerke R²) is 18%.

Conclusie

Dit onderzoek laat enerzijds zien dat patiënten die contact na behandeling hebben gehad, minder vaak en minder snel recideerden dan een vergelijkbare groep patiënten en geeft anderzijds inzicht in de waarde en opbrengst van het contact vanuit patiëntperspectief. Dit lijkt een helpende interventie te zijn waar de behandeling vanwege de juridische kaders van het artikel per definitie ophoudt. Deze vorm van vrijwillig contact en informele zorg overbruggt de moeilijke fase die patiënten na overplaatsing uit de kliniek ingaan. De uitkomsten van dit onderzoek geven aanleiding om vervolgonderzoek te doen naar de specifieke aard en werkzaamheid van deze interventie.

Literatuurverwijzing

Van Outhousden, I. & Schaftenaar, P. (2016). Duurzame verbinding als antwoord op de forensische draaideur. *Sancties*, 46(5), 175-181.

S4.5

Het inschatten van agressie-risico's tijdens crisiscontacten, ondersteund door de Checklist Risico Crisisdienst (CRC) agressie-app

Dr. Berry Penterman ^{p1} / Prof. Henk Nijman ²

P: Presenterende auteur / spreker

1. GGZ oost Brabant
2. Fivoor

Achtergrond

Tijdens de crisisdienst van de GGZ kunnen spanningen en emoties hoog oplopen. Vaak worden bij nacht en ontij en onder tijdsdruk beslissingen genomen waar niet alle partijen het mee eens zijn. Medewerkers van de crisisdienst lopen dan ook een relatief hoog risico om tijdens (outreaching) crisiscontacten met agressie van de patiënt in crisis, of van zijn of haar partner / familie, geconfronteerd te worden.

Doel

Mede door de aard en ernst van een aantal geregistreerde agressieve incidenten, leek het zinvol om te onderzoeken of eventuele agressie tijdens crisiscontacten beter 'voorspelbaar' zou kunnen worden gemaakt.

Methoden

We onderzochten of we op basis van de vaak summiere informatie die de verwijzer (veelal de huisarts) ons geeft tijdens de aanmelding van een psychiatrische crisis, of we agressief gedrag van de patiënt tijdens het aanstaande crisiscontact tot op zekere hoogte zouden kunnen voorspellen. Hiervoor werd de zogenaamde Checklist Risico Crisisdienst (CRC) ontwikkeld, die elke keer dient te worden ingevuld voordat de medewerkers van de crisisdienst een outreachend contact hadden met een patiënt in psychiatrische crisis. Ná dat contact werd eventueel waargenomen agressie van de patiënt geregistreerd aan de hand van de SOAS-R.

Resultaten

De predictieve validiteit van de CRC voor latere agressie leek behoorlijk goed te zijn. Met name drie factoren leken hierbij een rol te spelen: 1) het klinisch oordeel van de hulpverlener op een visueel-analoge schaal betreffende het risico dat er tijdens het crisiscontact agressie zal optreden, 2) de inschatting van de hulpverlener dat er agressieve personen in de omgeving zijn van de betrokken patiënt, en 3) het antwoord op de vraag of de patiënt zelf de aanmelder van de crisis was. Met deze drie factoren uit de CRC kon agressie naar anderen worden voorspeld met een sensitiviteit van 74% en een specificiteit van 84% (Penterman & Nijman, 2009; 2011). Uit afzonderlijke univariate analyses bleek daarnaast dat 15 van de in de CRC opgenomen, specifieke variabelen, significant samenhangen met een verhoogde kans op agressie tijdens het aanstaande crisiscontact. Deze variabelen werden opgenomen in een CRC agressie-app die bedoeld is om medewerkers van crisisdiensten te ondersteunen in hun voorbereiding op het outreachende crisiscontact.

Conclusie

Geconcludeerd werd op basis van het onderzoek dat het gebruik van de CRC, het vastleggen van agressieve incidenten middels de SOAS-R en het wekelijks nabespreken van deze incidenten, goede hulpmiddelen zijn om incidenten en risico's te inventariseren en te analyseren en zo de veiligheid van de medewerkers trachten te vergroten. De CRC is op basis van de onderzoeksresultaten omgezet naar een mobiele applicatie (app) die tijdens de presentatie getoond wordt. Deze app kan crisisdienstmedewerkers ondersteunen om vooraf een inschatting te maken van de crisissituatie wat betreft de risico's op eventuele agressie.

Literatuurverwijzing

Penterman, E.J.M. & Nijman, H. (2009). Het inschatten van agressie bij patiënten van de GGZ-crisisdienst. Tijdschrift voor Psychiatrie, 51, 355 – 364. Penterman, B. & Nijman, H. (2011). Assessing Aggression Risks in Patients of the Ambulatory Mental Health Crisis Team. Community Mental Health Journal, 47, 463-471.

S5 Psychiatrie binnen de oncologie

De psycho-oncologie houdt zich bezig met psychische zorg aan kankerpatiënten. Patiënten met kanker ervaren vaak psychologische distress en hebben een verhoogd risico op angst, depressie en aanpassingsstoornissen. Tijdens dit symposium brengen ziekenhuispsychiaters uit verschillende oncologische centra u op de hoogte van recente klinische en wetenschappelijke ontwikkelingen. Er wordt stilgestaan bij aanpassingsstoornissen bij patiënten met kanker en de effectiviteit van een mindfulness behandeling via e-health. De angst voor terugkeer van kanker komt aan bod en de impact die de ziekte heeft op familieleden aan de hand van een partnergroep van patiënten met hersentumoren. Anderzijds zijn er patiënten en hun partners die juist geen psychische ondersteuning willen, omdat ze dit te confronterend vinden. Tenslotte wordt besproken hoe de serotonine producerende tumoren ons inzichten kunnen geven voor psychiatrie buiten het ziekenhuis.

S5.1

De rol van serotonine in psychiatrische en cognitieve klachten bij patiënten met carcinoid tumoren

Dr. de Vries ^{p1}

P: Presenterende auteur / spreker

1. Antoni van Leeuwenhoek-Nederlands Kanker Instituut

Achtergrond

Neuro-endocriene tumoren (NET) van de dunne darm, zijn zeldzame tumoren die serotonine produceren. De klinische presentatie van overproductie van serotonine, diarree en opvliegers, wordt het carcinoid syndroom genoemd. Patiënten met NET rapporteren ook cognitieve en psychiatrische problemen zoals geheugenproblemen, somberheid, angst en prikkelbaarheid (Russo, Nielen et al. 2003, Russo, Boon et al. 2004). Perifere overproductie van serotonine door de tumorcellen zou kunnen leiden tot centrale depletie van tryptofaan, de precursor van serotonine. Acute tryptofaan depletie werd eerder geassocieerd met somberheid, angst en agressie (Ruhe, Mason et al. 2007). De rol van het serotonine metabolisme bij de psychische klachten van NET patiënten is nog niet duidelijk. Als er bij NET patiënten een verband bestaat tussen gestoord serotonine metabolisme en psychiatrische klachten, kan dit mogelijk ook het inzicht vergroten in de rol van serotonine in psychiatrische stoornissen.

Doel

Het doel van deze studie is het systematisch in kaart brengen van cognitieve en psychiatrische symptomen bij patiënten met een dunne darm NET en om de relatie te onderzoeken tussen deze klachten en de perifere serotonine productie.

Methoden

Er worden in totaal 85 patiënten geïnccludeerd met een dunne darm NET waarbij een gestandaardiseerde neuropsychologische testbatterij wordt afgenomen, vragenlijsten worden ingevuld en een gestructureerd psychiatrisch interview (SCID-5) wordt verricht. Afwijkend cognitief functioneren werd vastgesteld door de test scores te vergelijken met een referentie groep in een bestaande database door middel van Multivariate Normative Comparison. Stemningsklachten gebaseerd op de totaal score op de Inventory of Depressive Symptoms self report (IDS-SR: 0-84) en cognitief functioneren waren de primaire uitkomstmaten en deze maten werden gecorreleerd aan de serotonine concentratie in het bloed. Een interim analyse op de beschikbare data zal worden gepresenteerd.

Resultaten

Er zijn momenteel 8 patiënten geïnccludeerd, 5 mannen en 3 vrouwen tussen de 54 en 68 jaar oud. Het cognitief functioneren was bij geen van deze patiënten afwijkend ten opzichte van een normgroep. Geen van de patiënten voldeed op het moment van testen aan de DSM-5 criteria voor een depressieve stoornis of een angststoornis. De gemiddelde score op de IDS was 20.8, wat overeenkomt met milde depressieve klachten. Drie patiënten hadden scores overeenkomstig met matige tot ernstige depressieve klachten. De gemiddelde serotonine concentratie in het bloed was 21.3 nanomol/picoliter (normaal waarde <5.8 nmol/pl). Er was geen significante correlatie tussen IDS score en serotonine gehalte in het bloed (Spearman's rho= -0.21, p=0.6).

Conclusie

De interim analyse van acht NET patiënten liet geen aanwijzingen zien voor cognitieve problemen. Wel zijn er aanwijzingen voor depressieve klachten, zonder dat er aan de formele diagnose depressie wordt voldaan. Er wordt vooralsnog geen correlatie met serotonineproductie gevonden, maar dit kan te maken hebben met te weinig power. Naar verwachting kunnen in april 2018 data gepresenteerd worden van 30-40 patiënten.

Literatuurverwijzing

Ruhe, H. G., N. S. Mason and A. H. Schene (2007).

S5.2

Aanpassingsstoornis bij patiënten met kanker

Dr. Tineke Vos ^{p1}

P: Presenterende auteur / spreker

1. Haaglanden Medisch Centrum

Achtergrond

Patiënten met kanker worden blootgesteld aan vele stressoren in alle fasen van de ziekte, diagnostiek en behandeling en vaak ook nog na afronding van het behandeltraject. De meeste patiënten zijn in staat om zich lichamelijk en emotioneel staande te houden en zich aan te passen aan de stressoren en de veranderingen die de ziekte tot gevolg heeft dankzij hun veerkracht. Wanneer dit niet goed lukt, kan een patiënt een aanpassingsstoornis ontwikkelen. Een aanpassingsstoornis bij een patiënt met kanker is altijd een combinatie en een interactie van stressoren, veerkracht en klachten of symptomen. Een aanpassingsstoornis kan gepaard gaan met klachten van angst en/of depressie of zich uiten in gedragsproblemen, zoals agressie. De ernst van de aanpassingsstoornis is vooral te onderkennen aan de ervaren lijdensdruk en de mate van beperkingen in sociaal en beroepsmatig functioneren. Door het huidige financieringsstelsel is psychosociale zorg voor patiënten met kanker en een aanpassingsstoornis niet toereikend. Om discussie over adequate financiering te heropenen is op verzoek van Minister Schippers en het Zorginstituut Nederland is in 2016 de Richtlijn aanpassingsstoornis bij patiënten met kanker geschreven. Met financiële steun van het ministerie van VWS wordt pilot gestart om de (kosten) effectiviteit van behandeling te meten.

Doel

Bespreking van de dilemma's rond het concept aanpassingsstoornis en het in de richtlijn ontwikkelde model voor diagnostiek van de aanpassingsstoornis bij patiënten met kanker.

Methoden

De richtlijn is ontwikkeld op basis van evidence based richtlijnontwikkeling (EBRO) en practice based kennis verzameld via een focusgroep.

Resultaten

Uit de literatuur blijkt dat de diagnose aanpassingsstoornis nauwelijks onderscheiden kan worden van een depressie of een angststoornis. Daarbij stuit de toepassing van de DSM-5 criteria van de aanpassingsstoornis zowel in wetenschappelijk onderzoek als in de dagelijkse praktijk bij patiënten met kanker op een aantal beperkingen, zoals het criterium van drie maanden, lijdensdruk niet in verhouding tot de ernst of intensiteit en significante beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren. Daarom is ten behoeve van de richtlijn gekozen voor een diagnostisch model op basis van drie pijlers: stressoren - tekortschietende veerkracht - klachten/symptomen. Voor dit model is een diagnostisch instrument ontwikkeld dat in de pilot gebruikt zal worden.

Conclusie

Bij de diagnostiek van de aanpassingsstoornis bij patiënten met kanker wordt aanbevolen gebruikt te maken van het diagnostisch instrument dat gebaseerd is op het model zoals beschreven in de richtlijn.

Literatuurverwijzing

Casey, P. (2014). Adjustment disorder: New developments. *Current Psychiatry Report*, 16, 451. Casey, P., Maracy, M., Kelly, B.D., Lehtinen, V., Ayuso-Mateos, J.L., Dalgard, O.S., & Dowrick, C. (2006). Can adjustment disorder and depressive episode be distinguished? Results from ODIN. *Journal of Affective Disorders*, 92(2-3), 291-297. Diefenbacher, A., & Strain, J.J. (2002). Consultation-liaison psychiatry: Stability and change over a 10- year-period. *General Hospital Psychiatry*, 24(4), 249-256. Nederlandse Vereniging voor Psychosociale Oncologie (NVPO) (2016). Richtlijn Aanpassingsstoornis bij patiënten met kanker. Utrecht: Trimbos-instituut Strain J.J., Smith G.C, Hammer J.S., McKenzie D.P., Blumenfield M., Muskin P, Newstad G, Wallack J, Wilner A., Schleifer S.S. (1998). Adjustment Disorder: A Multisite Study of its Utilization and Interventions in de Consultation-Liaison Psychiatry Setting. *General Hospital Psychiatry* 20, 139-149 Strain, J.J. & Diefenbacher, A. (2008). The adjustment disorders: The conundrum of the diagnoses. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 121-130. Wein S. & Amit I. (2015). Adjustment disorder and anxiety. In: Cherny N. et al (eds) *Oxford Textbook of Palliative Medicine*

S5.3

Waarom weigeren patiënten met longkanker en hun partners deelname aan een studie naar de effecten van een mindfulness training?

Dr. Melanie Schellekens ^{p1}

P: Presenterende auteur / spreker

1. Radboud UMC

Achtergrond

Longkankerpatiënten en hun partners ervaren vaak psychische klachten (43-62%) (Carlson et al., 2004). Wij hebben in een gerandomiseerde gecontroleerde studie onderzocht of een mindfulness training effectief is in het verminderen van deze psychische klachten. Tijdens de werving bleek het erg moeilijk om mensen met longkanker en hun partners te includeren in de trial.

Doel

Exploreren van de redenen om wel of niet deel te nemen aan de studie.

Methoden

Nadat patiënten en partners waren gescreend voor psychische klachten, werd een subsample van 137 patiënten en 99 partners uitgenodigd voor deelname aan het MILON onderzoek (Mindfulness bij Longkanker Nijmegen). Uiteindelijk besloten 21 patiënten en 13 partners hieraan deel te nemen. Wij hebben 16 patiënten en 12 partners geïnterviewd over hun redenen om wel of niet deel te nemen. Kwalitatieve analyses werden uitgevoerd aan de hand van de thematic analysis approach.

Resultaten

Patiënten die met pensioen waren, op dat moment geen kankerbehandeling ontvingen en een hogere mate van zelfcompassie rapporteerden, waren minder geneigd om deel te nemen. Partners die minder psychische klachten rapporteerden waren minder geneigd om deel te nemen. De kwalitatieve analyse op basis van de interviews toonde aan dat patiënten en partners die besloten deel te nemen dit vaak deden omdat zichzelf of hun partner psychische klachten ervoeren en behoefte aan hulp hadden. Degenen die weigerden, rapporteerden soms ook een hoge mate van psychische klachten maar wilden geen hulp omdat ze niet onder ogen wilden zien dat zij (of hun partner) longkanker hadden.

Conclusie

Deze resultaten zijn grotendeels geruststellend. Patiënten en partners die meer klachten hebben, nemen sneller deel aan het onderzoek en diegenen die mindere psychische klachten ervaren, gaan minder snel in op het hulpaanbod. Extra aandacht moet echter worden besteed aan de groep patiënten en partners die psychische klachten hebben maar geen hulp willen.

Literatuurverwijzing

Carlson, L.E., Angen, M., Cullum, J., goodey, E., Koopmans, J., Lamont, L., et al. (2004). High levels of untreated distress and fatigue in cancer patients. British Journal of Cancer, 90 (12), 2297-2304.

S5.4

BeMind: (online) mindfulness bij kanker

MD Else Bisseling ^{p1,2}

P: Presenterende auteur / spreker

1. Radboud UMC
2. Helen Dowling Instituut

Achtergrond

Veel kankerpatiënten leiden aan stemmings- of angstklachten. Omdat het aantal mensen dat leeft met de gevolgen van kanker steeds groter wordt, is een stijging te verwachten in de vraag naar psycho-oncologische begeleiding en ondersteuning bij kanker. Mindfulness Based Cognitieve Therapy (MBCT) kan 'psychologische distress' verminderen, maar patiënten ervaren vaak belemmeringen ten aanzien van het volgen van de groepsbehandeling. Internet-based MBCT kan een belangrijke en effectieve aanvulling op het bestaande behandelaanbod zijn.

Doel

De effectiviteit onderzoeken van (online) ten opzichte van gebruikelijke zorg voor kankerpatiënten met psychische klachten.

Methoden

245 patiënten werden geïnccludeerd in de drie-armige trial en gerandomiseerd naar groeps MBCT eMBCT of treatment-as-usual (TAU). TAU bestond uit alles wat de patiënt wenste, behalve een mindfulness-interventie. Patiënten werden gescreend met de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Patiënten moesten een HADS hebben hoger dan 11 en mochten niet eerder een mindfulness-interventie hebben gehad. Tevens moest psychofarmaca-gebruik drie maanden stabiel zijn en mocht er geen sprake zijn van ernstige psychiatrische comorbiditeit. Primaire uitkomstmaat was de HADS en secundaire uitkomstmaten waren psychiatrische stoornissen, angst voor terugkeer van kanker, rumineren, kwaliteit van leven, mindfulness vaardigheden en welzijn.

Resultaten

Patiënten in de interventie condities rapporteerden significante vermindering van psychologische distress met medium size effect. Verbetering in termen van psychiatrische stoornissen vertoonde een non significante trend. Beiden interventies verminderden angst voortrugkeer van kanker, rumineren, kwaliteit van leven, mindfulness vaardigheden en welzijn.

Conclusie

Groepstherapie en individuele internet-based MBCT zijn superieur aan treatment-as-usual in het reduceren van psychologische distress bij kankerpatiënten in een multicenter RCT. Het online aanbieden van mindfulness kan effectieve psychosociale ondersteuning bij kanker toegankelijker en laagdrempeliger maken.

Literatuurverwijzing

Piet J, Wurtzen H, Zachariae R: The Effect of Mindfulness-Based Therapy on Symptoms of Anxiety and Depression in Adult Cancer Patients and Survivors: A Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of Consulting and Clinical Psychology 80:1007-1020, 2012

S5.5

Angst voor terugkeer van kanker bij kankerpatiënten met of zonder psychiatrische stoornissen

MD Else Bisseling ^{p1,2}

P: Presenterende auteur / spreker

1. Radboud UMC
2. Helen Dowling Instituut

Achtergrond

Angst voor terugkeer van kanker is een veel voorkomend probleem bij kankerpatiënten. Er is gesuggereerd dat het een apart en specifiek probleem is, maar slechts een kleine aantal studies onderzocht het verband met psychiatrische stoornissen.

Doel

De samenhang onderzoeken tussen angst voor terugkeer van kanker enerzijds en de aanwezigheid van psychiatrische stoornissen anderzijds.

Methoden

Bij 206 kanker patiënten met psychologische distress, gedefinieerd als een HADS score ≥ 11 , werd de ernst van angst voor terugkeer van kanker gemeten met de Fear of Cancer Recurrence Inventory, short form (FCRI-SF) en de aanwezigheid van psychiatrische stoornissen geëxploreerd door middel van semigestructureerde interviews met het Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis-I disorders (SCID-I).

Resultaten

De gemiddelde score op de HADS was 17.9. Het overgrote deel van de populatie (90%) had een grote mate van angst voor terugkeer van kanker. De prevalentie van psychiatrische stoornissen was 38%. Echter 59% van de patiënten die hoog scoorden op angst voor terugkeer van kanker, had geen psychiatrische stoornis. Daarentegen rapporteerden bijna alle patiënten met een psychiatrische stoornis (97%) grote mate van angst voor terugkeer van kanker. Daarbij rapporteerden zij een significant hogere mate van psychologische distress ($M=22.3$; $SD\ 5.7$) in vergelijking met patiënten met een hoge mate van angst zonder psychiatrische stoornis ($M= 15.8$; $SD\ 5.9$).

Conclusie

Het overgrote deel van kankerpatiënten ervaart veel angst voor terugkeer van kanker. Slechts een gedeelte daarvan heeft eveneens een psychiatrische stoornis. Specifieke aandacht voor deze angst en daar waar nodig, zeker bij een zeer hoge mate van psychologische distress, wordt verwijzing naar gespecialiseerde zorg c.q. psychiatrische diagnostiek aanbevolen.

Literatuurverwijzing

Simard, S., et al., Fear of cancer recurrence in adult cancer survivors: a systematic review of quantitative studies. J Cancer Surviv, 2013. 7(3): p. 300-22.

S5.6

Psychiatrische consultatie en zorg bij patiënten met een hersentumor en hun naasten

Dr. Paul Bouvy ^{p1}

P: Presenterende auteur / spreker

1. Erasmus Medisch Centrum

Achtergrond

Kanker gaat gepaard met veel problemen, zowel voor de patiënt als diens naasten. Uit onderzoek blijkt dat hersentumoren in vergelijking tot andere vormen van kanker een nog grotere impact hebben op de levens van patiënten en naasten. (Boele et al, 2013) Binnen het Erasmus Medisch Centrum wordt door de consultatieve psychiatrie en psychosociale zorg samengewerkt met het Hersentumorcentrum waarbij maandelijks problemen worden besproken. Vanuit dit overleg is enkele jaren geleden het initiatief ontstaan om een groepsbehandeling te starten voor partners/naasten van patiënten met een hooggradig glioom. Deze patiëntengroep heeft een beperkte levensverwachting. Vanuit de constatering dat de naasten van deze groep patiënten een aantal specifieke problemen hebben. Zo bestaat de behandeling van een aanzienlijk deel van de ze patiënten uit een operatie ('debulking') bestraling en chemotherapie. Deze behandeling leidt vaak tot forse veranderingen in het gedrag van de patiënt en een duidelijk verminderd functioneren, terwijl de patiënt dit zelf vaak maar ten dele zo ervaart. Veel partners geven aan zich met deze problemen alleen te voelen staan.

Doel

Een beeld geven van deze behandeling. Daarin komt ook de thematiek van deze specifieke populatie aan de orde.

Methoden

De interventie bestaat uit vier sessies van 90 minuten. Inhoud van het programma bestaat uit informatie over de ziekte en de gevolgen daarvan met name ook op de persoonlijkheid en het gedrag van de patiënt, rolverandering en hoe moeilijk dat kan zijn, verlies en rouw, en durven kijken naar de toekomst. Aan de deelnemers wordt gevraagd aan het eind een evaluatieformulier in te vullen

Resultaten

Uit de evaluaties van de deelnemers blijkt dat deze interventie voorziet in een grote behoefte. Behalve waardering voor de inhoud van het programma is men vooral zeer positief over de groep. Voor deze naasten blijkt het erg belangrijk hun verhalen te kunnen delen in een veilige omgeving met mensen die dezelfde problemen geconfronteerd worden.

Conclusie

Voor deze doelgroep, is systematische inventarisatie van de problemen van partners en naasten aangewezen. Korte groepsinterventie voorziet in een duidelijke behoefte.

Literatuurverwijzing

Boele, F.W., Heimans, J.J., Aaronson, N.K. et al. J Neurooncol (2013) 115: 87.

DISCUSSIEGROEPEN

D1 De nieuwe NvvP-Richtlijn: implementatie van Farmacogenetica en Therapeutic Drug Monitoring (TDM) in de Psychiatrie

dr. Rozemarijn van Westrhenen ^{p1} / professor dr. Ron van Schaik ^{p2} / professor dr. Teun van Gelder ^{p3} / drs. Marga van Weelden ^{p4} / professor dr. Witte Hoogendijk ^{p5}

P: Debatleider / panelleden

1. ErasmusMC
2. Hoogleraar Farmacogenetica, Afdeling Klinische Chemie, ErasmusMC
3. Hoogleraar Klinische Farmacologie, Apotheek ErasmusMC
4. Apotheek Ermel, Ermelo
5. Hoogleraar en Afdelingshoofd Psychiatrie, ErasmusMC, Rotterdam

Inhoud (wat)

De meerderheid van geneesmiddelen wordt afgebroken door cytochroom P450 (CYP) enzymen. Voor psychotrope geneesmiddelen zijn de 5 belangrijkste subenzymen: CYP3A4 (betrokken bij afbraak van ca. 40-50% van alle geneesmiddelen), CYP2D6 (25 à 30%), CYP2C9 (5 à 10%), CYP2C19 (5-10%), en CYP1A2 (ca. 5%). Er is sprake van interindividuele variatie in CYP-activiteit en daarom aanzienlijk verschil in werkzaamheid van medicatie en ook een verschil in risico op bijwerkingen. Geneesmiddelen hebben bijwerkingen, en meestal wordt via een trial-and-error-benadering gezocht naar een geneesmiddel in een dosering, die de individuele patiënt het beste verdraagt. Genetische polymorfismen spelen een rol in de farmacodynamiek en -kinetiek van geneesmiddelen die van invloed kunnen zijn in de werkzaamheid en bijwerkingen. Er werd op grond van de huidige beschikbare wetenschappelijke literatuur een landelijke richtlijn ontwikkeld in opdracht van de NvvP, waarin naast farmacogenetica ook TDM werd meegenomen. In deze discussiegroep zal de conceptrichtlijn gepresenteerd worden waar het publiek de gelegenheid krijgt om met de panelleden te discussiëren en suggesties te doen op de voorgestelde plannen van aanpak.

Vorm (hoe)

1. Setting de scene: Algemene introductie,
2. Presentatie concept Richtlijn, met feedback vanuit het publiek en ruimte voor discussie en vragen,
3. Implicaties voor de praktijk,
4. Bespreken Stellingen:
 1. De richtlijn geeft genoeg handreiking om als behandelaar te weten bij welke patiënten en wanneer farmacogenotypering aan te vragen
 2. Spiegelbepaling van geneesmiddelen is voldoende om op individueel patiënten niveau farmacotherapie te kunnen toepassen.

Leerdoelen

1. Bekendheid met de status quo van farmacogenetica en psychotropica in het algemeen, in Nederland en internationaal,
2. Kennis voor de mogelijkheden van het toepassen van farmacogenetica in de klinisch psychiatrische praktijk.

Literatuurverwijzing

1. Bousman CA, Forbes M, Jayaram M, Eyre A, Reynolds CF, Berk M, Hopwood M, Ng C. Antidepressants prescribing in the precision medicine era: a prescriber's primer on pharmacogenomics tools. BMC Psychiatry 2017;17(1):60
2. Siest G, Auffray C, Taniguchi N, Ingelman-Sundberg M, Murray H, Visvikis-Siest S, Ansari M, Marc J, Jacobs P, Meyer U, Van Schaik RH, Müller MM, Wevers RA, Simmaco M, Kussmann M, Manolopoulos VG, Alizadeh BZ, Beastall G, Németh G. Systems medicine, personalized health and therapy. Pharmacogenomics. 2015;16(14):1527-39

D2 Dwangtoepassing in de ambulante behandeling, evidence versus ervaring

Prof. Dr. Niels Mulder ^{p1,2} / Dr. Yolande Voskes ^{p3,4} / Dr. Frank van der Heijden ^{p5} / Drs Dieuwertje de Waardt-Morsink ^{p5}

P: Debateleider / panelleden

1. Parnassiagroep
2. Erasmus MC afd. Psychiatrie
3. VUmc, afdeling Metamedica
4. GGZ Breburg
5. Vincent van Gogh

Inhoud (wat)

Met de komst van de wet Verplichte GGZ bestaat straks ook in Nederland de mogelijkheid om dwang toe te passen in de ambulante behandeling van mensen met een psychiatrische stoornis. In veel Westerse landen, zoals de Verenigde Staten, het Verenigd Koninkrijk en Australië, wordt al gewerkt met deze vorm van behandeling. Het doel van het invoeren van deze vorm van dwangtoepassing is veelal om (her)opnames te voorkomen. Er zijn drie grote RCT's gedaan naar de werkzaamheid van ambulante dwangtoepassing (Steadman e.a. 2001, Swartz e.a. 1999, Burns e.a. 2013). Uit deze drie onderzoeken kan worden geconcludeerd dat ambulante dwangtoepassing niet leidt tot een significante verandering in het gebruik van zorg, sociaal functioneren, tevredenheid met zorg, psychische gezondheid of de kwaliteit van leven in vergelijking met vrijwillige zorg. Toch is ambulante dwangtoepassing in een groot aantal landen geïntroduceerd en behandelaren lijken over het algemeen wel vertrouwen te hebben in deze maatregel (Romans e.a. 2004, Manning e.a. 2011). Dit blijkt ook uit de resultaten van ons recente onderzoek onder Nederlandse behandelaren. Wat veroorzaakt nu de discrepantie tussen de klinische ervaring van behandelaren en de resultaten van de RCT's? En wat is dan de waarde van de uitkomsten van die RCT's? Zouden we niet moeten kijken naar de uitkomst op individueel niveau?

Vorm (hoe)

Een discussiegroep, waarbij er eerst een overzicht zal worden gegeven van de uitkomsten van de RCT's en van een aantal onderzoeken naar de visie van behandelaren. Hierbij zullen ook de resultaten worden gepresenteerd van recent onderzoek onder Nederlandse behandelaren naar hun visie op ambulante dwang. Daarna zal er een discussie plaatsvinden waarbij er aan de hand van een aantal stellingen ook de interactie zal worden gezocht met het publiek. Hierbij zal gebruik gemaakt worden van Mentimeter.

Leerdoelen

- Uiteenzetten van de discrepantie tussen de evidence die er is voor de werkzaamheid van ambulante dwangtoepassing en de verwachting die behandelaren hebben.
- Gezamenlijk stilstaan bij de waarde van de uitkomsten van RCT's in verhouding tot de klinische ervaring van behandelaren.
- De discussie aangaan over de waarde van de n=1 studie. Waarbij we ons de vraag stellen: als een interventie niet werkzaam is voor een grote groep, maar wel voor bepaalde individuen, moeten we die interventie dan toch uitvoeren?

Literatuurverwijzing

- Burns T, Rugkåsa J, Molodynski A, Dawson J, Yeeles K, Vazquez-Montes M e a. Community treatment orders for patients with psychosis (OCTET): a randomised controlled trial. The Lancet 2013; 381: 1627-33.
- Manning C, Molodynski A, Rugkasa J, Dawson J, Burns T. Community treatment orders in England and Wales: national survey of clinicians' views and use. The Psychiatrist 2011; 35: 328-333.
- Romans S, Dawson J, Mullen R, Gibbs A. How mental health clinicians view community treatment orders: a national New Zealand survey. Aust N Z J Psychiatry 2004; 38: 836-841.
- Steadman HJ, Gounis K, Dennis D, Hopper K, Roche B, Swartz M, e. a. Assessing the New York City involuntary outpatient commitment pilot program. Psychiatr Serv 2001; 52: 330-6.
- Swartz MS, Swanson JW, Wagner HR, Burns BJ, Hiday VA, Borum R. Can involuntary outpatient commitment reduce hospital recidivism?: Findings from a randomized trial with severely mentally ill individuals. Am J Psychiatry 1999; 156: 1968-75.

D3 Bouwstenen personen met verward gedrag: wat is een goed antwoord op bouwsteen 5: de voorziening voor beoordeling en risicotaxatie?

MD Elnathan Prinsen ^{p1} / MD Maykel Michiels ^{p2} / MD Emile Barkhof ^{p2} / MD Koos Westendorp ^{p2}

P: Debatleider / panelleden

1. Dimence
2. Rivierduinen

Inhoud (wat)

Op 01-10-2018 zullen in elke veiligheidsregio en alle gemeenten de bouwstenen voor de sluitende aanpak voor personen met verward gedrag geïmplementeerd moeten zijn. Overal wordt tussen lokale overheden, politie en GGZ meer of minder intensief samengewerkt om dit te realiseren. Het tussenrapport van het schakelteam personen met verward gedrag is echter niet onverdeeld optimistisch. Er is nog weinig integratie en samenhang tussen alle initiatieven en op het gebied van preventie is nog erg veel te doen. Ook wordt veelal het commitment van bestuurders gemist. Mede door de ervaringen van de SPOR in Amsterdam en de OVP in Den Haag is in GGZ Rivierduinen per 15-06-2017 de Psychiatrische Eerste Hulp (PEH) van start gegaan. Dit is een opvang- en triageruimte in de directe nabijheid van een GGZ-afdeling, waar personen met verward gedrag en verdenking op een psychiatrische stoornis kunnen worden gebracht door de politie. In Dimence is gekozen voor het model van streettriage, waarbij hulpverleners op vragen van politie personen met verward gedrag beoordelen binnen de context van de persoon zelf. De ervaringen van streettriage en PEH worden gepresenteerd en gebruikt om te debatteren over 3 fundamentele vragen: 1. Wat is nu het goede antwoord is op deze prangende maatschappelijke vraag om beoordeling en risicotaxatie? 2. Wat zijn de (medisch) inhoudelijke voorwaarden om binnen het huidige stelsel personen met verward gedrag te onderzoeken en naar de juiste zorg toe te leiden, en in welke fase van het proces is de GGZ aan zet? 3. Wie draagt nu eigenlijk de verantwoordelijkheid voor zo'n opvangs- en beoordelingslocatie, alsmede het vervoer naar- en van deze locatie, en wie behoort dit te financieren? Wat is nu precies de positie van de GGZ in dit speelveld?

Vorm (hoe)

De discussie zal gevoerd worden in de zaal. Het panel, dat uit experts van beide organisaties bestaat zal de discussie voeden. Er zullen drie inleidingen worden gehouden die uitmonden in een debat over de drie vragen.

Leerdoelen

Na de discussiegroep zullen de deelnemers een breed overzicht hebben van de stand van zaken rond implementatie van bouwsteen 5 (beoordeling en risicotaxatie) van het plan van aanpak van het aanjaagteam personen met verward gedrag, en zullen ze voorbeelden van opvanglocaties hebben kunnen toetsen aan hun eigen initiatieven. Er zal meer zicht zijn op de verschillende argumenten ten aanzien van de positie van de GGZ in dit speelveld

Literatuurverwijzing

C.L. Mulder, J. van Weeghel, A. Wierdsma, J. Zoeteman, A. Schene Expertise van de ggz in de frontlinie bij de zorg voor personen met verward gedrag ofwel met acute (zorg)nood, 537 - 545 Tussenrapportage Schakelteam: Niemand tussen Wal en Schip Oktober 2017

WORKSHOPS

W1 Zorgstandaard Eetstoornissen

Prof.dr. Annemarie van Elburg ^{p1,2} / Drs. Mirjam Lammers ^{p3} / MSc Tamara Berends ⁴

P: Workshopleiders

1. Altrecht- Rintveld
2. FSW-UU
3. GGNet-Amarum
4. Altrecht-Rintveld

Inhoud (wat)

Informatie over de nieuwe Zorgstandaard Eetstoornissen wordt met het publiek gedeeld.

Vorm (hoe)

Aanvangsquiz, (eigen) casussen worden doorgewerkt aan de hand van de Zorgstandaard, aanbevelingen besproken

Leerdoelen

Nieuwste inzichten m.b.t. diagnostiek en behandeling van voedings- en eetstoornissen eigen maken, randvoorwaarden voor behandeling leren kennen

Literatuurverwijzing

Zorgstandaard Eetstoornissen (in press)

W2 Professionele openheid: over de beroepsrol in tijden van transitie

dr. Derek Strijbos ^{p1} / drs. Erwin van Meekeren / prof. Gerrit Glas ^{p1}

P: Workshopleiders

1. Dimence

Inhoud (wat)

De visie op gezondheid is veranderd (Huber 2014), evenals de visie op de relatie professional-patiënt. Samen beslissen (shared decision making) is het vertrekpunt in het Visiedocument Medisch Specialist 2025, waarin kernbegrippen te lezen zijn als gerechtvaardigd vertrouwen, medemenselijkheid en compassie. De moderne psychiater dient flexibel te zijn in het hanteren van drie rollen: Expert (bijvoorbeeld de deskundige farmacotherapeut), Bemiddelaar ('not knowing') en Persoon (de relatie mens-mens). (Van Oenen et al.) De basistekst van de Zorgstandaarden GGZ gaat voorbij de traditionele 'professionele distantie' en roept vooral op tot 'een verdere verankering van professionele nabijheid in de GGZ' (p.9). In deze workshop gaan we verder in op deze ontwikkelingen. Hoe moeten we de nieuwe norm van 'professionele nabijheid' verder vormgeven en waar liggen de grenzen? Hoe hanteren we de verschillende professionele rollen in een steeds dynamischer wisseling van contexten in de dagelijkse praktijk van de psychiater? Wat zijn de nieuwe uitdagingen wat betreft de bemiddelende rol van de psychiater in tijden van transitie, ook en vooral buiten de muren van de spreekkamer? Uw inbreng ten aanzien van dit 'nieuwe professionalisme' is volop mogelijk.

Vorm (hoe)

Na een wetenschappelijk-theoretische inleiding ligt het accent tijdens de workshop op de praktijk d.m.v. reflectie op dilemma's binnen en buiten de spreekkamer. Inbreng deelnemers wordt toegejuicht.

Leerdoelen

- Kennis vergroten over de verschillende relaties en rollen van de psychiater in tijden van transitie
- Inzicht geven in de literatuur over 'nieuw professionalisme' (new professionalism).
- Reflectie op de wijze waarop professionele openheid (impliciet) gestalte krijgt in de eigen praktijk.
- Vaardigheden vergroten hoe de expertrol ook buiten de spreekkamer in te zetten.

Literatuurverwijzing

Huber, M. 2014. Towards a new, dynamic concept of health. Enschede: Ipskamp Drukkers. Meekeren, E. van (red.). Zelfonthulling; Professionele openheid in de GGZ (2017). Amsterdam: Uitgeverij BoomGlas, G (2015) Persoonsgerichte zorg. In: De ziel van het vak. Meekeren, E van en J. Baars (red.) Amsterdam: Uitgeverij BoomVan Oenen, F.J., Van Deursen, S., Cornelis, J. 2014. De rol van de psychiater; medisch, contextueel en persoonsgericht denken en handelen in de psychiatrie. Tijdschrift voor Psychiatrie 56 (11): 728-736.
https://gallery.mailchimp.com/aa3dd57dd0ff188a82dbe388e/files/170113_Visiedocument_Medisch_Specialist_2025_DEF.pdf <http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/wp-content/uploads/2016/06/Model-GGZ-Zorgstandaard-2.1.pdf>

W3 Chronotherapie in de klinische praktijk als additionele behandeling bij affectieve stoornissen

Dr. Harm Pieter Spaans ^{p1} / Dr. Esmée Verwijk ^{p1,2,3}

P: Workshopleiders

1. Parnassia, Klinisch Centrum Mangostraat, Den Haag
2. Afdeling Psychologie, Universiteit van Amsterdam, Amsterdam
3. Afdeling Medische Psychologie, AMC, Universiteit van Amsterdam, Amsterdam

Inhoud (wat)

Chronotherapie betekent dat bij een behandeling rekening wordt gehouden met de tijd van de dag en met de “interne tijd”. Met interne tijd wordt bedoeld de fase van de biologische klok, gelokaliseerd in de Nucleus Suprachiasmaticus. Dat het belangrijk is om rekening te houden met “tijd” blijkt ook uit het feit dat verstoringen van de biologische klok, het slaap/waakritme en hieraan gerelateerde energieproblematiek vaak (mede) ten grondslag kunnen liggen aan (psychische) gezondheidsproblemen. Het aanpakken van b.v. slaapproblemen in de klinische praktijk vanuit een chronobiologische hoek zal een grote verbetering kunnen betekenen in therapiesucces. Chronotherapie is een gepersonaliseerde aanpak van de behandeling waarbij rekening wordt gehouden met individuele verschillen in “biologische tijd” en de relatie met het slaap-waak ritme. Vanaf de jaren '70 is het gebruik van waaktherapie (destijds slaapdeprivatie genoemd) meer en minder populair geweest bij de behandeling van depressie. Inmiddels is deze additionele vorm van therapie uitgebreid met andere chronotherapeutische interventies, als sociale ritme therapie, lichttherapie en melatonine gebruik. Chronotherapie blijkt breder van toepassing dan alleen bij slaap-waak problematiek en depressie, o.a. bij de behandeling van bipolaire stoornissen, A(D)HD, bij angst, premenstrueel syndroom, borderline problematiek, eetstoornissen, dementie en bij somatische ziekten (o.a. kanker, Parkinson).

Vorm (hoe)

In deze workshop geven we informatie over de achtergronden van de chronotherapie, maar gaan we ook direct in op de praktische toepassingen, de mogelijkheden en drempels, bij behandeling van affectieve problematiek a.d.h.v. casus. We hopen daarbij het publiek te enthousiasmeren voor deze effectieve klinische toepassing van chronotherapie en ze handvatten te bieden waarmee men direct aan de slag kan. De deelnemers worden door middel van vragen geprikkeld te participeren.

Leerdoelen

Inzicht en kennis m.b.t. de basisbeginselen van chronotherapeutische principes; herkenning van chronotherapeutische ontregeling bij patiënten en mogelijkheden van additionele chronotherapie. Bekendheid vergroten van het zich ontwikkelend netwerk chronotherapie in Nederland.

Literatuurverwijzing

Chellappa S.L., Gordijn M.C.M., Cajochen C. (2011) Can light make us bright? Effects of light on cognition and sleep. Progress in Brain Research. Elsevier Publishers, Kerkhof G.A. and Van Dongen H. (eds). Chapter 7; Vol 190: 119-133. Dallaspezia S., and F. Benedetti (2011). Chronobiological therapy for mood disorders. Expert Rev. Neurother. 11(7), 961–970 Dallaspezia, S. and A. van Jaarsveld (2016).

W4 Vertalen in de praktijk: het gebruik van nieuwe zorgstandaarden bij zwakbegaafde en verstandelijk beperkte patiënten

Dr. Jannelien Wieland ^{p1,2} / MD Sara Kapitein ³ / MD Karlijn Vermeulen ^{p4,5,6,7}

P: Workshopleiders

1. Cordaan
2. Poli+
3. Altrecht
4. Karakter
5. RadboudUMC
6. Donders Institute
7. CCE

Inhoud (wat)

Eind van het afgelopen jaar waren er bijna 20 nieuwe zorgstandaarden klaar voor gebruik in de GGz. Vanaf begin dit jaar is er een start gemaakt met de implementatie. Van behandelaren in de zorg wordt verwacht dat zij, gebruikt maken van deze nieuwe standaarden, samen met hun patiënten de meeste geschikte en passende behandeling gaan uitstippelen. Samen besluiten. Maar hoe vertaalt u deze nieuwe zorgstandaarden voor uw zwakbegaafde of verstandelijk beperkte patiënt? Waar moet u rekening mee houden in de diagnostiek? En kunt u behandelopties waarvan de effectiviteit wetenschappelijk bewezen is bij patiënten met een gemiddelde intelligentie ook toepassen bij mensen met een lager IQ? Of zijn er aanpassingen nodig?

Vorm (hoe)

In deze workshop, vertalen in de praktijk, staan we stil bij het gebruik van de nieuwe stoornisspecifieke zorgstandaarden bij zwakbegaafde en verstandelijk beperkte patiënten. We vertellen over de generieke module psychische stoornissen bij zwakbegaafdheid of lichte verstandelijke beperking. We staan stil bij een aantal belangrijke uitdagingen in het gebruik van de nieuwe zorgstandaarden, oefenen met (door u zelf meegebrachte) casuïstiek en beantwoorden uw vragen.

Leerdoelen

Na het volgen van deze workshop bent u bekend met de generieke module psychische stoornissen en zwakbegaafdheid of lichte verstandelijke beperking en weet u hoe deze generieke module u kan helpen bij het gebruik van de nieuwe stoornisspecifieke zorgstandaarden.

Literatuurverwijzing

Generieke module psychische stoornissen en zwakbegaafdheid of lichte verstandelijke beperking (authorisatiefase). Wieland J, Aldenkamp EA & Vd Brink A. (2017) Behandeling van patiënten met een laag IQ in de GGZ. Beperkt begrepen. Bohn, Stafleu en van Loghum. Didden R, Troost P, Moonen X & Groen W (redactie). (2016). Handboek psychiatrie en lichte verstandelijke beperking. Uitgeverij de Tijdstroom.

W5 De therapieresistente patiënt met PTSS. Ben je ooit “uitbehandeld”?

Dr. Carien de Kloet ^{p1} / Joop de Jong ^{p2,3} / Vivian Spiertz ¹

P: Workshopleiders

1. Stichting Centrum 45
2. Parnassia Groep, PsyQ, afdeling psychotrauma
3. Parnassia Groep, Specialismegroep Trauma en Dissociatie

Inhoud (wat)

De lifetime - prevalentie van PTSS is ongeveer 8% en het voorkomen is afhankelijk van vele variabelen. Het leed dat gepaard gaat met het hebben van PTSS is fors en de vaak voorkomende comorbiditeit is daar mede debet aan. Er zijn gelukkig vele, goede, evidence-based psychotherapeutische en farmacotherapeutische behandelingen. De efficiëntie van de therapieën uitgedrukt in number needed to treat is in onderzoek tussen 2 en 4. Binnen de geneeskunde en ook de psychiatrie betekent dat een succes. Het betekent echter ook dat er een aanzienlijk aantal is dat na behandeling nog steeds kampt met PTSS. In de praktijk blijkt dat sommige therapeuten dan zeggen dat deze patiënt uitbehandeld is, maar is dit wel terecht? Zijn er alternatieven? en wat als iemand twee of drie verschillende therapieën gehad heeft en nog steeds PTSS heeft? Wanneer zeg je dat het genoeg is en heb je dan nog iets te bieden?

Vorm (hoe)

Casuïstiek wordt gepresenteerd waardoor het probleem concreet, herkenbaar en bespreekbaar wordt. Kort wordt relevant onderzoek doorgenomen waarna discussie en bespreking volgt wat goede zorg zou kunnen zijn voor PTSS-patiënten die niet opknappen. Hierbij wordt stilgestaan bij de diversiteit in de presentatie en mogelijkheden om hier op aan te sluiten in de behandeling en de integratie van psychotherapeutische en farmacotherapeutische behandelingen. Uiteraard komt ook behandelalgoritme bij comorbide stoornissen aan bod en worden farmacotherapeutische behandelstappen besproken die nog onvoldoende zijn onderzocht, maar in de klinische praktijk wel effect sorteren. Uiteraard wordt ook het advies vanuit de zorgstandaard besproken.

Leerdoelen

Na het volgen van de workshop heeft de deelnemer meer zicht op mogelijke keuzes in de vervolgbehandeling van de patiënt met PTSS die niet of niet voldoende verbetert op een eerste keus behandeling.

Literatuurverwijzing

de Vries GJ, Olff M. The lifetime prevalence of traumatic events and posttraumatic stress disorder in the Netherlands. *J Trauma Stress*. 2009 Aug;22(4):259-67. doi: 10.1002/jts.20429. Cusack K, Jonas DE, Forneris CA, Wines C, Sonis J, Middleton JC, Feltner C, Brownley KA, Olmsted KR, Greenblatt A, Weil A, Gaynes BN. Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2016 Feb;43:128-41. doi: 10.1016/j.cpr.2015.10.003. Koek RJ, Schwartz HN, Scully S, Langevin JP, Spangler S, Korotinsky A, Jou K, Leuchter A. Treatment-refractory posttraumatic stress disorder (TRPTSD): a review and framework for the future. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2016 Oct 3;70:170-218. doi: 10.1016/j.pnpbp.2016.01.015.

W6 Herstelondersteunende zorg

dr. Wil Buis^{p1} / Dikkie Roelofsen^{p2,3}

P: Workshopleiders

1. Buis Psychiatrisch Advies, Den Bosch
2. VanOrigine, Nijmegen
3. Howie the Harp, Arnhem

Inhoud (wat)

Deze workshop is bedoeld om psychiaters vertrouwd te maken met herstelondersteunende zorg. Herstelondersteunende zorg is ontwikkeld en bepleit door ervaringsdeskundigen. Met herstel wordt hier niet bedoeld op het verdwijnen van symptomen, maar op het leiden van een zinvol leven ondanks symptomen en beperkingen. Bij een eenzijdig focus op het behandelen van de stoornis kunnen patiënten zich gereduceerd voelen tot hun aandoening. Veel ervaringsdeskundigen zeggen dat de manier waarop hun verhaal en ervaringen waren vertaald naar een psychiatrische diagnose een belemmering was geweest voor hun herstel. Psychiaters die herstelondersteunende zorg bieden ervaren dit vaak als een verbetering van de kwaliteit van zorg en een verrijking van hun werk. Inmiddels wordt herstelondersteunende zorg opgenomen in de kwaliteitsstandaarden en zorgmodules die voor de GGZ ontwikkeld worden. Deze worden door professionals, ervaringsdeskundigen en naasten ontwikkeld en door de beroepsgroepen waaronder de NVvP geaccordeerd. Deze workshop wil bijdragen aan de vertaling van dit gedachtegoed naar de praktijk.

Vorm (hoe)

Een inleiding op het onderwerp van Dikkie Roelofsen vanuit het perspectief van de ervaringsdeskundige en een inleiding van Wil Buis vanuit het perspectief van de psychiater. Daarna oefenen in kleine groepen, gevolgd door een plenaire terugkoppeling van ervaringen en take-home messages.

Leerdoelen

Deelnemers krijgen de mogelijkheid:

- Informatie op te doen over wat herstelondersteunende zorg is en waarom het van belang is;
- Zicht te krijgen op wat verandert in de aanpak vergeleken met de traditionele manier van werken;
- Te ervaren hoe verrijkend deze manier van werken is.

Literatuurverwijzing

Generieke module herstelondersteuning. Netwerk kwaliteitsontwikkeling GGZ, Utrecht 2017
<http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/wp-content/uploads/2015/03/GM-Herstelondersteuning.pdf>,
Herstelspecial GGZ Nederland 2013 www.ggz nederland.nl/uploads/assets/asset_948983.pdf Oil and water or oil and vinegar? Evidence-based medicine meets recovery. L. Davidson, R. Drake e.a., Community Ment Health J (2009) 45:323-332. The Principle of Personhood: The Field's Transcendent Principle. Anthony, W. A., Psychiatric Rehabilitation J (2004) 27:205

W7 Intervisie volgens Balint

Jan van Trier^{p1} / Dr Moniek Thunnissen^{p2}

P: Workshopleiders

1. St Antoniusziekenhuis
2. Zelfstandig gevestigd Bergen op Zoom

Inhoud (wat)

De Balint-methode wordt al meer dan vijftig jaar door huisartsen gebruikt als methode voor intervisie. De methode is genoemd naar de Hongaarse psychiater Balint. Veel psychiaters hebben er reeds ervaring mee omdat zij groepen huisartsen begeleiden met deze gefaseerde methode. De methode leent zich echter ook voor intervisie bij psychiaters. Met de nieuw geformuleerde opleidingseisen volgens het competentiemodel kunnen aios ook profiteren van deze intervisiemethode. In de workshop komt aan bod hoe de Balint-methode kan worden gebruikt als een begeleide groepsintervisie, waarin op een systematische wijze wordt gereflecteerd op persoonlijke praktijkervaringen met de patiënt. De methode richt zich op de communicatie tussen arts en patiënt; inzicht vergroten in eigen mogelijkheden en beperkingen; beter omgaan met emotionele reacties die patiënten oproepen; overdrachtsfenomenen herkennen en bewust worden van tegenoverdrachtsaspecten. Het voordeel van groepsintervisie is dat men kan leren van elkaar. De structuur en de fases volgens de Balint-methode zorgen voor veiligheid en vertrouwen. De psychiaters of psychotherapeuten die de groep leiden, dienen vertrouwd te zijn met principes van groepsdynamiek en supervisie.

Vorm (hoe)

Na een korte inleiding over de Balint-methode zullen de deelnemers ervaring kunnen opdoen met de methode. Een deelnemer presenteert een casus en deze wordt volgens de Balint-methode in de groep besproken. Na afloop bespreken we de waarde voor psychiaters en voor aios met betrekking tot de eerder genoemde competenties.

Leerdoelen

Psychiaters leren hoe zij intervisiegroepen kunnen begeleiden volgens de Balint-methode. Zij leren aandacht te schenken aan met name de communicatie tussen arts en patiënten. Doel van de Balint-methode is dat artsen beter in staat zijn professioneel te handelen. De methode biedt specifieke aandacht voor de competenties communicatie, samenwerken, maatschappelijk handelen en professionaliteit.

Literatuurverwijzing

1. J. van Trier. Balint-groepen. Groepen maart 2010, 23-29.
2. www.balint.nl

W8 Peer supported Open Dialogue (POD)

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

P: Workshopleider

1. MET ggz Roermond
2. Lentis
3. Altrecht
4. GGzE

Inhoud (wat)

De resultaten van de behandeling van mensen met een eerste psychose (N=90, 5 jaar) met Open Dialogue in Finland zijn echt om over naar huis te schrijven: 80 % is aan het werk of gaat naar school, een kleine minderheid (20%) krijgt nog een lage dosis neurolepticum voorgeschreven, 80% heeft geen psychotische symptomen meer. Open Dialogue is een sociale netwerkbenadering die vaak gecombineerd wordt met individuele psychodynamische therapie als dat gewenst is (60%). Vanuit de Werkplaats Herstelondersteuning hebben MET ggz, Lister, Altrecht en GGzE in 2017 teams naar de training Peer supported Open Dialogue gestuurd die in Engeland wordt gegeven onder leiding van Russell Razzaque. Ervaringswerkers worden tegelijk met professionals getraind in de methodiek en voeren samen de netwerkbehandelingen uit. Mindfulness is een methodiek die in deze variant van Open Dialogue wordt gebruikt om een adequate therapeutische houding aan te leren. Inmiddels is er een grote RCT gestart in Londen en omgeving. De psychiaters die deel hebben genomen aan de training zullen u wegwijs maken in de POD.

Vorm (hoe)

Presentatie - Casuïstiek - Reflectieoefening

Leerdoelen

- U bent op de hoogte van de inhoudelijke principes van POD.
- U hebt begrepen hoe POD in een organisatie kan worden ingebed.
- U weet wat de resultaten zijn van effectonderzoek naar Open Dialogue.
- U heeft kennis genomen van een aantal casus.
- U heeft kunnen oefenen met reflecteren, een belangrijke methodiek binnen Open Dialogue.

Literatuurverwijzing

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

W9 Uit het donker In het Licht. Hoe de mens met machines het therapeutisch contact met suïcidale mensen kan versterken

Drs. Jan Mokkenstorm ^{p1} / Drs. Eva Becking ^{p1} / Drs. Judith de Heus ¹ / Dr. Wouter van Ballegooijen ²

P: Workshopleiders

1. 113Zelfmoordpreventie
2. Vrije Universiteit Amsterdam

Inhoud (wat)

Het gebruik van nieuwe technologie hierbij wordt door experts beschouwd als één van de meest relevante en beloftevolle ontwikkelingen om suïcide te helpen voorkómen. De kern van suïcidepreventie is contact. De centrale vraag is: Hoe bereik je wanhopige mensen die in de schaduw van hun schaamte worstelen met de duisternis in hun leven; en hoe help je hen uit het donker in het licht? Technologie verlaagt drempels om hulp te zoeken; helpt het verhaal van de hulpzoeker in kaart te brengen beter aan te sluiten en om het contact vast te houden. Hulpzoekers communiceren graag met een immer geduldige, onvermoeibare therapeut zonder tegenoverdracht, empathy fatigue of wachttijd. Door inzet van technologie zou dit nog veel vaker dan nu al het geval is kunnen worden gerealiseerd. Deze workshop is bedoeld om u te laten zien hoe ver het al is met het moderne digitale contact met suïcidale hulpzoekers. Maak kennis met Lotte en Maayke, twee jonge psychologen én vloggers van 113Zelfmoordpreventie. Zij loodsen jongeren met hun motiverende en laagdrempelige videoclips door een online suïcidepreventie interventie. Ontmoet Caspar, die de suïcidale patiënt, en daarmee zijn behandelaar, helpt zijn suïcidaliteit door de dag heen in kaart te brengen. Of chat met Sanne, zij is suïcidaal en een chatbot. Ervaar zelf hoe verbazingwekkend snel u dat laatste vergeet. “Natuurlijk gaat er niks boven “echt” contact, van mens tot therapeut. Er gaat niets boven een “echt” gesprek in een spreekkamer setting.” Denkt u nu nog wellicht. Maar wen er maar aan. Zoals in elk aspect in ons leven, zal technologie ook het aangezicht van de suïcidepreventie ingrijpend veranderen.

Vorm (hoe)

Korte (video) introductie met de mogelijkheid en alle nadelen en gevaren van toepassing van techniek op te sommen en met elkaar te delen. Demonstratie/discussie Ecologic Momentary Assessment met App CASPAR Demonstratie/discussie Persuasive Design via Vlog Live chatten met een suïcidale persona via chatbot en discussie hierover. Interactieve verkenning: Hoe helpt technologie zicht te krijgen op de duisternis van suïcidale mensen? Hoe help je hen gebruik te maken van bronnen om ze leven te leren leven? Hoe zou nieuwe technologie ons kunnen helpen beter, vaker, veiliger, effectiever en prettiger in contact te komen met onze suïcidale patiënten?

Leerdoelen

Kennisoverdracht: Update laatste technologische ontwikkelingen en mogelijke toepassing daarvan in de praktijk van de suïcidepreventie Kennis van Persuasive design bij het aanbieden van (digitale) hulp. Bewustwording: Eigen paradigma's over “echt” contact en hulpverlening en mogelijke alternatieven hiervoor.

Literatuurverwijzing

Hoermann et al S.(2017). Application of Synchronous Text-Based Dialogue Systems in Mental Health Interventions: Systematic Review. Journal of Medical Internet Research, 19(8). O'Connor, R. C. Towards an Integrated Motivational-Volitional Model of Suicidal Behaviour. In International handbook of suicide prevention: Research, policy and practice; O'Connor, R. C.; Platt, S.; Gordon, J., Eds.; Wiley-Blackwell: Chichester, UK, 2011; pp. 181–198. Kelders et al (2012) J Med Internet Res. 2012 Nov-Dec; 14(6). Persuasive System Design Does Matter: A Systematic Review of Adherence to Web-Based Interventions. E. Gijbels De menselijke geest uniek? Dat had u gedacht. NRC 10 oktober 2017 <https://www.nrc.nl/nieuws/2017/10/13/de-menselijke-geest-uniek-dat-had-u-gedacht-13484136-a1577190> Nock et al. (2017) J Abnorm Psychology 126(6) 726-738 Examination of real-time fluctuations in suicidal ideation and its risk factors: Results from two ecological momentary assessment studies.

W10 Negatieve symptomen, apathie, psychosen en dementie. Van klinisch probleem en interventie naar neuroscience

Dr. Henderikus Knegtering ^{p^{1,2,3}} / Dr. Leonie Bais ^{p^{1,4}}

P: Workshopleiders

1. Lentis Research
2. Neuroimaging Center UMCG
3. Rob Giel onderzoekscentrum UMCG
4. Neuroimaging Center UMCG

Inhoud (wat)

Negatieve symptomen, initiatief verlies en apathie treden o.a. op bij mensen met psychosen, traumatisch hersenletsel en dementiële beelden. Recent (imaging) onderzoek werp enig licht op hoe initiatief in het brein ontstaat maar werp ook veel vragen op. In Groningen wordt via het apathieproject gekeken of met Transcraniële Magnetische Stimulatie, Transcranial Direct Current Stimulation al dan niet met psychosociale interventies er meer therapeutische mogelijkheden gaan ontstaan. Met neuroimaging technieken wordt gekeken hoe deze interventies hun sporen nalaten. Van klinische vraag, naar interventie naar fundamenteel neurowetenschappelijk onderzoek en terug.

Vorm (hoe)

Ze recente, deel niet gepubliceerde, bevindingen uit het apathieproject worden gepubliceerd. Bij iedere bevinding wordt de zaal gevraagd mee te denken over de interpretatie van de bevinding en hoe de bevinding in de praktijk of in verder onderzoek een plaats kan krijgen. In de discussie zal met de deelnemers worden gezocht naar een uitwisseling die

Leerdoelen

1. Kennis delen over de voortgang van onderzoek naar de oorzaak en behandeling van apathie en negatieve symptomen.
2. Het bezien wat de mogelijkheden en beperkingen zijn van de uitkomsten van recent onderzoek.
3. Een discussie op gang brengen over hoe het onderzoek zich verder zou kunnen ontwikkelen en wat we met de huidige kennis in de praktijk al zouden kunnen doen.

Literatuurverwijzing

Kos C, Klaasen NG, Marsman JC, Opmeer EM, Knegtering H, Aleman A, van Tol MJ. Neural basis of self-initiative in relation to apathy in a student sample. *Sci Rep.* 2017 Jun 12;7(1):3264. Larabi DI, Liemburg EJ, Pijnenborg GH, Sibeijn-Kuiper A, de Vos AE, Bais L, Knegtering H, Ćurčić-Blake B, Aleman A. Association between prefrontal N-acetylaspartate and insight in psychotic disorders. *Schizophrenia Research.* 2017 Jan;179: 112-118.