Woensdag 11 april 2018
16:00 - 17:30 uur

SYMPOSIA

S12 Van brein naar behandeling

Recent wetenschappelijk onderzoek binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie richt zich steeds vaker op jongeren met complexe gedragsproblemen, zoals ADHD, ODD/CD en antisociaal gedrag, en bevat steeds meer een neurobiologische component. Voor onderzoekers is het de uitdaging om de translatie te maken van breingebieden die in onderzoek worden gerelateerd aan antisociaal gedrag naar de behandelaar en zijn (psychopathische) cliënt die telkens recidiveert. Vandaag maken we deze vertaalslag: neurobiologisch maatschappelijk relevant onderzoek is geen contradictio in terminis. De eerste spreker geeft een kort overzicht van de theoretische stand van zaken op neurobiologisch gebied in antisociale populaties. De volgende vier sprekers presenteren hun empirische neurobiologische bevindingen in verschillende doelgroepen. De laatste spreker stelt een nieuwe benadering voor om deze informatie te integreren in een classificatie systeem wat uiteindelijk kan leiden tot meer gepersonaliseerde interventies.

S12.1

Onderzoek naar antisociaal gedrag: van neurobiologische theorie tot praktijk

MSc Josjan Zijlmans P[1] / Dr. Reshmi Marhe [1] / Dr. Floor Bevaart [1] / MSc. Marie-Jolette Luijks [1] / MSc. Laura van Duin [1] / Prof. Dr. Henning Tiemeier [2,3] / Prof. Dr. Arne Popma [4,5]

P: Presenterende auteur / spreker

1. VUmc, afdeling Kinder-en Jeugdpsychiatrie
2. Erasmus Medisch Centrum, afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie
3. Erasmus Medisch Centrum, afdeling Epidemiologie
4. 1. Vrije Universiteit Medisch Centrum, afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie
5. Universiteit Leiden, afdeling Strafrecht en Criminologie

Achtergrond
Het vertalen van bevindingen uit neurobiologische studies over antisociaal gedrag naar toepassingen voor behandelaren in de klinische praktijk is een complex proces. Dit komt onder meer omdat er een grote afstand bestaat tussen onderzoek dat hoofdzakelijk bijdraagt aan theorievorming (e.g., studies die een expliciet neurobiologisch mechanisme testen) en onderzoek dat direct antwoorden te bieden heeft aan de klinische praktijk (e.g., medicatiestudies met als uitkomstmaat verlichting van symptomen). Van de neurowetenschappen wordt meer en meer verwacht dat het onderzoek dat wordt uitgevoerd op termijn bijdraagt aan de klinische praktijk, het is goed om hierbij rekening te houden met het feit dat niet iedere studie een pasklaar antwoord oplevert. Des te belangrijker is het dat inzichtelijk wordt gemaakt wat ook meer fundamenteel onderzoek essentieel maakt voor de uiteindelijke invloed op de praktijk.

Doel
In deze presentatie wordt een overzicht gegeven van de stand van zaken op het gebied van neurobiologisch onderzoek naar antisociaal gedrag. Vervolgens wordt het model van Blair (2007) betreffende moraliteit en psychopathie als voorbeeld genomen om de relatie tussen neurobiologisch onderzoek, theorievorming, en klinische praktijk inzichtelijk te maken. Dit wordt gedaan aan de hand van een recente studie uitgevoerd door de auteurs en gepubliceerde studies. Tot slot wordt bediscussieerd hoe deze resultaten zich verhouden ten opzichte van theorie en praktijk.

Methoden
Binnen het model van Blair spelen de ventromediale prefrontale cortex (vmPFC) en amygdala een centrale rol. Blair stelt voor dat de amygdala een associatie maakt tussen immorele acties (acties die anderen schaden) en de negatieve feedback van de angst en het verdriet die de slachtsoffers tonen. De vmPFC verwerkt deze informatie en creëert een verwachting wanneer iemand opnieuw in een dergelijke situatie terecht komt. Als een deel van dit proces verstoord is, worden de immorele acties en de negatieve gevolgen niet goed aan elkaar gekoppeld, wat leidt tot meer immoreel gedrag.Ter illustratie van de uitdagingen in het vertalen van neurobiologische onderzoeksresultaten naar de praktijk presenteert de spreker resultaten van een functionele MRI-studie naar psychopathie en morele besluitvorming. In dit onderzoek is getest of het evalueren van morele situaties verstoord is bij antisociale jongvolwassen en of dit is terug te zien in de hersenactiviteit in de amygdala en vmPFC tijdens het doen van een morele taak. 110 jongvolwassenen met verschillende niveaus van psychopathe trekken kregen foto's te zien van immorele situaties, negatieve maar niet immorele situaties, en neutrale situaties. Op een schaal van 1 tot 4 gaven ze aan hoe immoreel ze de foto vonden.

Resultaten
Onze resultaten laten zien dat deelnemers met meer psychopathe trekken meer hersenactiviteit vertonen in de vmPFC, maar niet in de amygdala. Daarnaast vonden we dat psychopathe trekken ook gerelateerd zijn aan meer hersenactiviteit in andere gebieden die betrokken zijn bij morele besluitvorming. Op zichzelf zijn deze resultaten moeilijk direct te vertalen naar de klinische praktijk, maar wel dragen ze bij aan de theorievorming omtrent moraliteit en psychopathie. Deze bevindingen zullen in de presentatie gecontrasteerd worden met andere bevindingen uit de literatuur.

Conclusie
Zowel neurobiologisch onderzoek dat meer fundamenteel van aard is als neurobiologisch onderzoek dat directer gerelateerd is aan klinische implicaties is essentieel om theorieën te generen, te toetsen, en te verbeteren. Als dit proces niet zowel vanuit de fundamentele kant als de praktische kant gevoed wordt zal het verlangzamen en mogelijk zelfs stagneren.

Literatuurverwijzing
Blair, R., 2007. The amygdala and ventromedial prefrontal cortex in morality and psychopathy. Trends Cogn. Sci. 11, 387–92. doi:10.1016/j.tics.2007.07.003

S12.2

De toegevoegde waarde van beschermende factoren en neurobiologische maten in de voorspelling van gewelddadig gedrag

MSc Esther de Ruigh P[1,2] / MSc Anneke Kleeven [1,2] / Dr. Lucres Nauta [1,2] / M de Vries-Robbe [1] / Prof. Dr. Robbert Vermeieren [1,2,3] / Dr. Eva Mulder [2,3] / Prof. Dr. Arne Popma [1,2,4]

P: Presenterende auteur / spreker

1. Department of Child and Adolescent Psychiatry, VU University medical center, Amsterdam, The Netherlands
2. Academic Workplace Youth at Risk (AWRJ)
3. Department of Child and Adolescent Psychiatry, Leiden University Medical Center, Oegstgeest, The Netherlands
4. Institute of Criminal Law & Criminology, Faculty of Law, Leiden University, Leiden, The Netherlands

Achtergrond
Om het risico van gewelddadige recidive van antisociale jongeren in Justitiële Jeugdinrichtingen te beoordelen, worden risicotaxatie instrumenten gebruikt. Deze hoofdzakelijk risicogerichte beoordelingsinstrumenten maken gebruik van psychologische- en omgevingsfactoren om het recidiverisico in te schatten. Voorbeelden van deze risicofactoren zijn: psychiatrische of trauma-gerelateerde problematiek, of negatieve omgevingsinvloeden zoals omgang met antisociale leeftijdsgenoten. Twee toevoegingen aan de huidige manier van risicotaxatie kunnen de voorspelling van recidive in de toekomst mogelijk verbeteren. Ten eerste: het meenemen van beschermende factoren, zoals het aanhouden van een gestructureerde dagbesteding en het aanwezig zijn van ondersteunende prosociale relaties (e.g. Campbell, Schmidt, & Wershler, 2016). Het toevoegen van deze beschermende factoren verhoogt de voorspellende waarde (e.g. Rennie & Dolan, 2010) en het lijkt de motivatie voor gedragsverandering bij delinquenten te vergroten (de Vogel, de Ruiter, Bouman & de Vries Robbé, 2012). Ten tweede: recent onderzoek suggereert een mogelijke aanvullende waarde voor het meenemen van onderliggende neurobiologische factoren in de voorspelling van gewelddadige recidive (e.g. Beauchaine et al., 2008; de Vries-Bouw et al., 2011). Hierbij is het van belang dat dergelijke factoren eenvoudig te meten zijn in praktijksituaties. Het meten van het functioneren van het stresssysteem (autonome zenuwstelsel; basaal en in reactie op een stressor) en niveaus van specifieke hormonen bieden hiervoor uitkomst. Uit eerder onderzoek is gebleken dat gedragsgestoorde jongeren een hypo(re)activiteit van stress regulerende systemen laten zien (zie Lorber, 2004; Ortiz & Raine, 2004; Alink et al., 2008). Hierdoor wordt gedacht dat zij meer geneigd zijn tot het opzoeken van prikkels (Zuckerman, Eysenck & Eysenck, 1978), en tevens minder gevoelig zijn voor straf (Quay, 1965).

Doel
Doel van deze studie is het onderzoeken van de toegevoegde waarde van beschermende factoren en neurobiologische maten bovenop momenteel gehanteerde risicofactoren bij het voorspellen van gewelddadige recidive. Deze studie draagt bij aan het toepasbaar maken van neurobiologisch onderzoek in de dagelijkse praktijk van risicotaxatie.

Methoden
Een steekproef van 200 jongeren tussen 12 en 24 jaar uit Justitiële Jeugdinrichtingen werd bestudeerd. Sociale en psychologische risico's en beschermende factoren werden in kaart gebracht aan de hand van de Structured Assessment of Violence in Youth (SAVRY) en de Structured Assessment of Protective Factors for Violence risk – Youth version (SAPROF-YV) respectievelijk. Autonome zenuwstelselactiviteit (HR, HRV/ RSA, PEP) werd gemeten met behulp van het VU-Ambulatory Monitoring System, en cortisol- en testosteronwaarden werden gemeten in speeksel. Recidive werd verkregen uit gerechtelijke systemen, met een follow-up duur van minstens 18 maanden.

Resultaten
Tussen november 2017 en februari 2018 worden de resultaten geanalyseerd. Tijdens de presentatie wordt ingegaan op de bevindingen. De toegevoegde waarde van beschermende factoren en neurobiologische maten in het voorspellen van gewelddadig gedrag zal worden besproken. Daarnaast wordt ingegaan op de praktische implicaties met betrekking tot het toepassen van beschermende factoren en neurobiologische maten in de huidige risicotaxatie praktijk.

Conclusie
Indien uit de resultaten blijkt dat zowel beschermende factoren als neurobiologische maten een waardevolle toevoeging vormen bovenop de huidige risicotaxatie praktijk, heeft dit grote implicaties voor huidige behandeling van delinquente jongeren. De onderzochte neurobiologische maten zijn op relatief eenvoudige wijze te meten en kunnen hierdoor direct geïmplementeerd worden in de huidige behandelpraktijk. Daarnaast kunnen deze maten een objectief beeld verschaffen van het huidige functioneren van jongeren, daar waar de huidige risicoschatting afhangt van het oordeel van de behandelaar. De toevoeging van beschermende factoren in risicotaxatie biedt daarnaast positieve aanknopingspunten voor behandeling. Dit kan juist bij forensische jongeren een mogelijke ingang bieden om de behandelmotivatie te vergroten en draagt hierdoor bij aan een succesvolle terugkeer in de maatschappij.

Literatuurverwijzing
Alink, L. R. A., van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Mesman, J., Juffer, F., & Koot, H. M. (2008). Cortisol and Externalizing Behavior in Children and Adolescents: Mixed Meta-Analytic Evidence for the Inverse Relation of Basal Cortisol and Cortisol Reactivity With Externalizing Behavior. Dev Psychobiol, 50 (5), 427-50.Beauchaine, T., Neuhaus, E., Brenner, S. L., & Gatzke-Kopp, L. (2008). Ten good reasons to consider biological processes in prevention and intervention research. Dev Psychopathol, 20(3), 745-774. Campbell, M. A., Schmidt, F., & Wershler, J. (2016). Juvenile Risk Assessment In R. J. R. Levesque (Ed.), Enycloperiod of Adolescense. . Switserland: Springer International Publishing Switzerland De Vogel, V., de Ruiter, C., Bouman, Y., & de Vries Robbé, M. (2012). SAPROF Structured Assessment of Protective Factors for Violence. 2e Editie. Utrecht: De Forensische Zorgspecialisten De Vries-Bouw, M., Popma, A., Vermeiren, R., Doreleijers, T. A. H., van de Ven, P. M., & Jansen, L. M. C. (2011). The predictive value of low heart rate and heart rate variability during stress for reoffending in delinquent male adolescents. Psychophysiology, 48 (2011), 1596–1603.Lorber, M. F. (2004). Psychophysiology of Aggression, Psychopathy, and Conduct Problems: A Meta-Analysis. Psychological Bulletin, 130 (4), 531–552.Ortiz, J., & Raine, A. (2004). Heart Rate Level and Antisocial Behavior in Children and Adolescents: A Meta-Analysis. J . Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 43 (2). Quay,H.C. (1965). Psychopathic personality as pathological stimulation seeking. American Journal of Psychiatry, 122, 180–183.Rennie, C. E., & Dolan, M. C. (2010). The significance of protective factors in the assessment of risk. Crim Behav Ment Health, 20(1), 8-22. doi: 10.1002/cbm.750Zuckerman, M., Eysenck, S B G., & Eysenck, H. J. (1978). Sensation seeking in England and America: Cross-cultural, age, and sex comparisons. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46, 139-149.

S12.3

Psychofysiologische factoren bij meisjes met een gedragsstoornis

MSc. Helena Oldenhof P[1] / Dr. Lucres Nauta [1] / Prof. Dr. Arne Popma [1]

P: Presenterende auteur / spreker

1. Department of Child and Adolescent Psychiatry, VU Medical Centre, Amsterdam, The Netherlands

Achtergrond
Steeds meer onderzoek richt zich op neurobiologische factoren in relatie tot antisociaal gedrag, zoals de gedragsstoornis (Conduct Disorder; CD). Neurobiologische factoren kunnen meer inzicht bieden in de onderliggende mechanismen van dit gedrag, kunnen helpen onderscheid te maken tussen verschillende subtypes binnen een diagnostische categorie en kunnen aanknopingspunten bieden voor behandelevaluatie. Het autonome zenuwstelsel (AZS) speelt een grote rol speelt bij de regulatie van emoties en lijkt daarom een belangrijke neurobiologische factor in het onderzoek naar antisociaal gedrag. Volgens de huidige literatuur is een lage activiteit van het AZS (lage hartslag) een van de beste voorspellers van antisociaal gedrag bij kinderen en jongeren (Portnoy & Farrington, 2015). Tevens wordt een lage activiteit in het parasympathische zenuwstelsel in verband gebracht met emotieregulatie problemen, welke optreden bij CD (Beauchaine & Thayer, 2015). Echter, veel studies rapporteren tegenstrijdige bevindingen wat doet vermoeden dat er subtypes met verschillende neurobiologische kenmerken bestaan (Fanti, 2016). Een hiaat in de huidige literatuur is bovendien dat er tot op heden weinig meisjes onderzocht zijn, wat maakt dat er weinig kennis is over eventuele afwijkingen in het AZS bij meisjes met CD.

Doel
Dit onderzoek richt zich op het functioneren van het AZS in meisjes met CD. Er is onderscheid gemaakt tussen twee verschillende subtypes van CD volgens de DSM 5 classificering: CD met lage prosociale emoties (LPE) en CD met een comorbide internaliserende stoornis. CD meisjes werden vergeleken met controle meisjes en met jongens met CD om sekse verschillen te onderzoeken.

Methoden
788 meisjes (353 met CD, 435 controles) en 432 jongens (223 met CD, 209 controles) tussen de 9-18 jaar deden mee aan dit onderzoek. Het functioneren van het AZS werd gemeten middels verschillende maten: hartslag (HR), hartslag variabiliteit (HRV; maat voor parasympathische activiteit), pre-ejectie periode (PEP; maat voor sympathetische activiteit) en ademhaling. Dit werd gemeten tijdens een baseline meting en tijdens het kijken naar een emotioneel film fragment.

Resultaten
Er was geen verschil in baseline waardes van HR, HRV, PEP tussen kinderen en adolescenten met CD en controles. Dit gold voor zowel jongens als meisjes. CD meisjes hadden echter een hogere ademhalingsfrequentie dan controle meisjes. Dit verschil was niet aanwezig bij jongens. De CD subgroep met LPE vertoonde geen neurobiologische verschillen, maar de CD subgroep met een comorbide internaliserende stoornis wel; zij vertoonde lagere HRV waardes. Dit resultaat gold alleen voor de meisjes. Tijdens het kijken naar de emotionele film fragmenten vertoonden zowel jongens als meisjes met CD een sterkere AZS reactie dan de controles.

Conclusie

Dit onderzoek vond geen bewijs voor het idee dat kinderen en jongeren met CD gekenmerkt worden door lagere activiteit van het AZS. Er werd enkel een afwijking in AZS activiteit gevonden in CD meisjes met comorbide internaliserende problematiek; zij vertoonden lagere parasympatische activiteit. De neurobiologische afwijkingen van deze subgroep wijzen mogelijk op specifieke 'treatment needs' van deze subgroep. Daarnaast vonden we een hogere ademhalingsfrequentie in meisjes met CD. Eerder onderzoek liet zien dat ademhalingsoefeningen een vermindering van psychische klachten te weeg brachten (Masaoka & Homma, 2004). Wellicht kan dit eveneens een effectieve interventie zijn voor deze doelgroep. In tegenstelling tot de meeste studies, liet deze studie een hogere emotionele reactiviteit zien in kinderen en jongeren met CD. Dit suggereert onderliggende emotie regulatie problemen in plaats van emotieloosheid dat vaak in verband gebracht wordt met CD. Neurobiologische factoren kunnen toegepast worden binnen de klinische praktijk in de vorm van psychoeducatie. Objectieve maten zoals hartslag kunnen een alternatief bieden in het gesprek met de cliënt. Daarnaast geeft dit onderzoek aanknopingspunten voor het gebruik van neurobiologische maten in de diagnostiek en behandelevaluatie.

Literatuurverwijzing

Beauchaine, T. P., & Thayer, J. F. (2015). Heart rate variability as a transdiagnostic biomarker of psychopathology. International Journal of Psychophysiology, 98(2), 338-350.Fanti, K. A. (2016). Understanding heterogeneity in conduct disorder: a review of psychophysiological studies. Neuroscience & Biobehavioral Reviews.Masaoka, Y., & Homma, I. (2004). The effect of pleasant and unpleasant odors on levels of anticipatory anxiety: analysis observing respiratory patterns. Aroma Research, 5(1; NUMB 17), 44-49.Portnoy, J., & Farrington, D. P. (2015). Resting heart rate and antisocial behavior: An updated systematic review and meta-analysis. Aggression and violent behavior, 22, 33-45.

S12.4

Peer pressure leidt tot risicogedrag bij adolescenten met en zonder ADHD: de invloed van hartslag

MSc. Tycho Dekkers P[1,2] / Prof. Dr. Arne Popma [2,3,4] / Brenda Jansen [1] / Anika Bexkens [5,6] / Hilde Huizenga [1,7,8]

P: Presenterende auteur / spreker

1. Universiteit van Amsterdam, afdeling Ontwikkelingspsychologie
2. De Bascule, Academisch centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Afdeling Complexe Gedragsstoornissen
3. Vrije Universiteit medisch centrum, afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie
4. Leiden Universiteit, afdeling Criminologie
5. Leiden Universiteit, afdeling Ontwikkelings- en Onderwijspsychologie
6. GGZ Delfland, Psychiatrisch Centrum, afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie
7. Universiteit van Amsterdam, Brein en Cognitie centrum
8. Universiteit van Amsterdam, Yield

Achtergrond
Adolescenten met ADHD vertonen een verhoogde mate van risicogedrag in het dagelijks leven, zoals middelengebruik, onveilige seks, en roekeloos gedrag in het verkeer1. De oorzaken van dit verhoogde risicogedrag zijn grotendeels nog onduidelijk. Een mogelijke verklaring zou peer pressure kunnen zijn: in de adolescentie hebben leeftijdsgenoten vaak een grote invloed. Adolescenten met ADHD ervaren veel problemen binnen het sociale domein: ze hebben vaker te maken met afwijzing door leeftijdgenoten en komen vaker in aanraking met leeftijdgenoten die deviant gedrag vertonen2. Het is aannemelijk dat adolescenten met ADHD mede hierdoor gevoeliger zijn voor invloeden van leeftijdgenoten dan adolescenten zonder ADHD. Daarnaast speelt het autonome zenuwstelsel een belangrijke rol bij aandacht- en zelfregulatieprocessen; een eenvoudige manier om dit meetbaar te maken is door de hartslag van adolescenten in rust te meten. Nog niet eerder is onderzocht of een verhoogde hartslag op deze manier samen hangt met peer pressure en risicogedrag.

Doel
Het doel van de huidige studie is om te onderzoeken (a) in hoeverre peer pressure tot verhoogd risicogedrag leidt; (b) in hoeverre adolescenten met ADHD gevoeliger zijn voor peer pressure dan adolescenten zonder ADHD; en (c) in hoeverre een verhoging in hartslag de relatie tussen peer pressure en risicogedrag medieert.

Methoden
De BART (Balloon Analogue Risk Task) is afgenomen bij jongens tussen de 12 en 18 jaar met (N=41) en zonder ADHD (N=55). Dit is een risico-taak waarbij de proefpersoon een ballon dient op te pompen. Met iedere pomp stijgt de financiële waarde van de ballon, maar stijgt ook de kans dat de ballon knapt. Eerder onderzoek heeft herhaaldelijk aangetoond dat deze taak goed correleert met risicogedrag in het dagelijks leven. De BART werd bij iedere proefpersoon twee keer afgenomen: alleen en in een conditie waarin peer pressure ervaren werd door middel van een manipulatie met een camera en een mobiele telefoon. Tijdens beide testsessies werd de hartslag van de proefpersonen gemeten met behulp van VU-AMS, een systeem voor ambulante hartslagmetingen. Hartslagmetingen in rust werden vergeleken met metingen tijdens de BART.

Resultaten
Voorlopige analyses laten zien dat (a) het ervaren van peer pressure leidt tot een significante toename in risicogedrag gemeten op de BART; (b) er geen verschillen lijken te zijn tussen de vatbaarheid voor peer pressure tussen adolescenten met en zonder ADHD; en (c) het ervaren van peer pressure leidt tot een grotere hartslagtoename dan wanneer de BART alleen werd uitgevoerd. Tijdens het symposium worden de definitieve resultaten gepresenteerd.

Conclusie
De voorlopige resultaten tonen aan dat het ervaren van peer pressure bij adolescenten leidt tot een verhoging van het risicogedrag. Dit lijkt los te staan van het al dan niet hebben van ADHD. Voor de behandeling van jongeren die risicogedrag vertonen, is het zodoende aanbevolen de sociale context in beschouwing te nemen. Daarnaast lijken hartslagverhogingen als waarschuwingssignaal te kunnen gelden. Het trainen van een verhoogde bewustwording van deze interne fysieke processen bij adolescenten kan mogelijkerwijs een preventieve werking hebben.

Literatuurverwijzing
1 Nigg (2013) Clin Psyc Rev; 2 Nijmeijer et al., (2008) Clin Psyc Rev.

S12.5

Normalisering van de hersenactiviteit van adolescenten met een disruptieve gedragsstoornis na eenmalige gift methylfenidaat

M.D. Koen van Lith P[1] / M.D., PhD. Dick Veltman [2] / M.D., Phd. Moran Cohn [1] / MSc Louise Pape [1] / MSc Marieke van den Akker-Nijdam [1] / MSc Amanda van Loon [1] / M.D., PhD Wim van den Brink [3] / M.D., PhD Theo Doreleijers [1] / M.D., PhD Arne Popma [1,4]

P: Presenterende auteur / spreker

1. VU University medical center, Department of Child and Adolescent Psychiatry, Amsterdam, The Netherlands
2. VU University medical center, Department of Psychiatry, Amsterdam, The Netherlands
3. Academic Medical Center University of Amsterdam, Amsterdam Institute for Addiction Research, Amsterdam, The Netherlands
4. Leiden University, Institute for Criminal Law & Criminology, Leiden, The Netherlands

Achtergrond
Tussen de 4% en 8% van de kinderen worden gediagnosticeerd met een oppositionele-opstandige stoornis (ODD) of een normoverschrijdende gedragsstoornis (CD)1. Vaak wordt dit consistente patroon van antisociaal gedrag samen genomen binnen de disruptieve gedragsstoornis (DBD). Kinderen met een DBD diagnose hebben een hoge kans op de voortzetting van dit gedrag op volwassen leeftijd wat zowel nadelig voor henzelf als voor hun omgeving is2. Hoewel adequate behandeling van DBD de maatschappij veel geld zou besparen is de effectiviteit van huidige behandelingen beperkt. Een kenmerk van gedrag van DBD patiënten is dat zij het krijgen van beloningen voorop stellen en daarbij weinig rekening houden met de mogelijke nadelige gevolgen hiervan (verlies). Daarnaast hebben ze vaak ook problemen in het aanpassen van hun gedrag wanneer dit niet meer belonend of maatschappelijk aanvaardbaar is, iets wat tot frustratie en agressie kan leiden. Tevens is er een subgroep van DBD patiënten die gekenmerkt wordt door weinig angst en problemen bij het aanvoelen van emoties van anderen. Dit kan er toe leiden dat ze zich in gevaarlijke situatie begeven en gedrag vertonen dat schadelijk is voor anderen. Neurobiologisch onderzoek heeft laten zien dat DBD patiënten ook op hersenniveau anders reageren op beloningen en verliezen (in de amygdala en nucleus accumbens), bij het aanleren van angst (amygdala) en het leren van veranderingen (vmPFC)3. Deze afwijkende gevoeligheid voor beloningen en straffen maakt waarschijnlijk dat DBD patiënten minder gevoelig zijn voor interventies gericht op positieve gedragsveranderingen die vaak juist gebruik maken van belonings- en strafsystemen.

Doel
Hoewel de onderliggende neurobiologische mechanismen van DBD het laatste decennium veelvuldig zijn bestudeerd, heeft deze kennis heeft nog niet geleid tot betere behandeling van DBD. Het beïnvloeden van deze onderliggende mechanismen, bijvoorbeeld door een farmacologische behandeling, kan mogelijk wel leiden tot een meer effectieve behandeling van DBD, maar dit is tot op heden nog weinig onderzocht. Methylfenidaat is een dopamine re-uptake inhibitor welke mogelijk een modulerende rol kan spelen bij het belonings- en strafleren in de hersenen en op die manier kan bijdragen aan de behandeling van DBD. In dit onderzoek is de invloed van methylfenidaat op het functioneren van de hersenen van mannelijke adolescenten met een DBD diagnose onderzocht aan de hand van MRI onderzoek.

Methoden
Voor dit onderzoek zijn 49 mannelijke adolescenten tussen de 14 en 18 jaar oud met een DBD diagnose, in behandeling bij “de Bascule”, een academisch centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrisch te Amsterdam, en 31 normaal ontwikkelende mannelijke adolescenten geïncludeerd. De DBD patiënten zijn dubbel blind gerandomiseerd waarbij ze eenmalig methylfenidaat of een placebo kregen. In de MRI scanner is gekeken naar de activiteit van de amygdala, nucleus accumbens en de vmPFC tijdens het aanleren van angst, het aanleren van veranderingen en het anticiperen en ontvangen van beloningen of verliezen.

Resultaten
Voorlopige resultaten laten zien dat methylfenidaat de amygdala reactiviteit normaliseert tijdens het leren van angst, het anticiperen op een mogelijk verlies en in reactie op het niet krijgen van een beloning. Tevens normaliseert methylfenidaat de nucleus accumbens activiteit tijdens de anticipatie op een mogelijke beloning. De amygdala reactiviteit tijdens het krijgen van een beloning was afwijkend in DBD patiënten zonder dat dit beïnvloed werd door methylfenidaat. Tenslotte werden er geen afwijkingen gevonden in vmPFC reactiviteit tijdens het leren van veranderingen, al zijn er aanwijzingen dat een subgroep van de DBD patiënten wel afwijkende vmPFC reactiviteit hebben, zonder dat methylfenidaat dit beïnvloed.

Conclusie
Hoewel deze resultaten gerepliceerd, maar vooral in de praktijk onderzocht dienen te worden, geven ze een belangrijke aanwijzing dat methylfenidaat een werkzame aanvulling kan zijn in de behandeling van DBD patiënten. Gespeculeerd kan worden dat DBD patiënten dankzij een farmacologische behandeling mogelijk meer ontvankelijk zijn voor gedragstherapie, effectief ouderschap en beloning- en strafsystemen.

Literatuurverwijzing
1) Merikangas KR, Nakamura EF, Kessler RC. Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. Dialogues Clin Neurosci; 2009
2) Colman I, Murray J, Abbott RA, et al: Outcomes of conduct problems in adolescence: 40 year follow-up of national cohort. BMJ; 2009
3) Blair RJR, Veroude K, Buitelaar JK. Neuro-cognitive system dysfunction and symptom sets: A review of fMRI studies in youth with conduct problems. Neurosci. Biobehav. Rev; 2016

S12.6

De classificatie en behandeling van antisociale individuen: van gedrag naar biocognitie

Dr. Inti Brazil P[1,2]

P: Presenterende auteur / spreker

1. Leiden University, Institute for Criminal Law & Criminology, Leiden, The Netherlands
2. Forensic Psychiatric Centre Pompestichting Nijmegen, The Netherlands

Achtergrond
Antisociaal gedrag is een heterogeen construct waar veel eigenschappen en gedragingen onder vallen, zoals de antisociale persoonlijkheidsstoornis en psychopathie. Onderzoek naar de relatie tussen het brein, het cognitief functioneren en gedrag in antisociale populaties begint inmiddels een zichtbare plek te krijgen in forensische settings. Hierbij is een centrale aanname dat de neurowetenschap aanvullende mogelijkheden kan bieden bovenop de traditionele klinische benaderingen in de behandeling van antisociaal probleemgedrag. De meeste therapeutische interventies zijn tot dusver onsuccesvol in het behandelen van, bijvoorbeeld, psychopathie. Neurobiologisch onderzoek kan bijdragen aan een betere classificatie van antisociaal gedrag en aan het ontwikkelen van effectieve interventies (1). Tot nu toe is het echter vaak nog onduidelijk op welke manier neurowetenschappelijke inzichten praktisch geïntegreerd kunnen worden in de klinische praktijk.

Doel
In deze presentatie wordt een nieuwe benadering uiteengezet, waarin informatie vanuit de neurobiologie, het cognitief functioneren en klinische observaties geïntegreerd wordt om de karakteristieken van antisociaal gedrag integraal in kaart te brengen. Vervolgens zal de spreker een voorstel doen om deze informatie te gebruiken in een classificatiesysteem om profielen van antisociaal gedrag in kaart te brengen. Dit kan bijdragen aan meer inzicht in de etiologie van individuele verschillen van antisociaal gedrag. Tot slot wordt bediscussieerd hoe deze benadering tot effectievere en meer gepersonaliseerde interventies kan leiden.

Methoden
NVT

Resultaten
NVT

Conclusie
Antisociaal gedrag is een probleem voor het individu, zijn familie en naaste omgeving en de maatschappij in zijn geheel: het integraal identificeren van onderliggende mechanismen die bijdragen aan het in stand houden van dit gedrag kan helpen bij het vinden van een effectieve oplossing.

Literatuurverwijzing
1 Brazil, I.A., van Dongen, J.D.M., Maes, J.H.R., Mars, R.B., Baskin-Sommers, A.R. Classification and treatment of antisocial individuals: From behavior to biocognition. Neurosciences and biobehavioral reviews (2016).

S13 Risico en preventie van dementie

Dementie is een prioriteit binnen de volksgezondheid volgens de Wereldgezondheidsorganisatie en G8 staten. Zij roepen dan ook op voor meer onderzoek naar risico en preventie van dementie. Onlangs werden een aantal nieuwe risicofactoren bestudeerd, met deels verschillende effecten gedurende de levensloop. In dit symposium zullen de meest recente inzichten van een reeks prospectieve studies en meta-analysen naar cognitieve veranderingen en dementie risico besproken worden, waarbij nieuwe aanknopingspunten voor preventie gezocht worden. Prof. Gill Livingston, voorzitter van de Lancet Commission on Dementia Prevention, Treatment and Care, zal de aanbevelingen van de Commissie op dit gebied presenteren.

S13.1

Trend in 'Persistent Cognitive Decline': resultaten van de Longitudinal Aging Study Amsterdam

Tessa van den Kommer P[1] / Hannie Comijs [1]

P: Presenterende auteur / spreker

1. GGZ inGeest

Achtergrond
Het onderzoeken van trends in snelheid van cognitieve achteruitgang en dementie d in grote bevolkingsstudies biedt een basis voor het voorspellen van toekomstige zorgvragen. Deze schattingen zijn noodzakelijk om beleid te kunnen maken op gebied van dementiezorg en gezondheidszorg en welzijn te organiseren.

Doel
Het onderzoeken van een trend in incidentie van 'Persistent Cognitive Decline' (PCD), en of een stijging of daling verklaard kan worden door (veranderingen in) algemeen bekende risicofactoren van dementie.

Methoden
Gebruikte gegevens werden gedurende een periode van 20 jaar verzameld in de Nederlandse bevolkingsstudie 'Longitudinal Aging Study Amsterdam'. Deelnemers tussen de 65 en 88 jaar oud werden geselecteerd op 7 meetmomenten, met aantallen die varieerden tussen de 1.800 en 1.165. PCD werd vastgesteld middels het meten van cognitieve verandering binnen de deelnemers over de tijd. Tevens werd aanvullend relevante gegevens verzameld op het respondent contact formulier, huisartsgegevens rondom dementie diagnose, gegevens rondom opname op een psychogeriatrische verpleegafdeling en doodsoorzaak (dementie) gebruikt ter bevestiging van PCD. Er werd gebruik gemaakt van logistische 'generalized estimating equations' (GEE) waarin tijd (0, 3, 6, 9, 13 en 16 jaar) de belangrijkste voorspeller was van PCD incidentie gemeten per 3 jaar. Verklarende variabelen werden 1 meetmoment voor incidente PCD (ja/nee) gemeten en stapsgewijs toegevoegd aan het model. Multiple imputatie werd toegepast op missende waarden op de verklarende variabelen.

Resultaten
PCD incidentie was 2,5% op het eerste meetmoment en 3,4% op het laatste meetmoment. GEE liet een positieve trend in PCD incidentie zien (Exp(B)time=1.042; $p<0.001$)). Geen van de verklarende variabelen had een significant effect op de sterkte van de regressie coefficient van (lineaire) tijd. Hogere leeftijd, lagere opleiding, diabetes mellitus, roken, lagere body-mass index en minder lichamelijke beweging hingen samen met een hogere incidentie van PCD.

Conclusie
Een toename van PCD incidentie over de tijd werd gevonden. Alhoewel welbekende risicofactoren samenhingen met incidentie van PCD, verklaarden deze de toename in incidentie niet.

Literatuurverwijzing
None

S13.2

Cardiovasculaire aandoeningen en het risico op cognitieve achteruitgang en dementie: resultaten van een prospectieve cohortstudie en meta-analyse

Kay Deckers P[1]

P: Presenterende auteur / spreker

1. Universiteit Maastricht

Achtergrond
Wereldwijd vormt dementie een belangrijk volksgezondheidsprobleem dat gedeeltelijk te voorkomen is. Echter, er is slechts voor enkele veranderbare risicofactoren consistent bewijs gevonden. Cardiovasculaire aandoeningen, o.a. coronaire hartziekten (CHZ), zijn wereldwijd doodsoorzaak nummer één. De laatste jaren zijn er steeds meer aanwijzingen gekomen dat cardiovasculaire aandoeningen een risicofactor voor cognitieve achteruitgang en dementie vormen, maar het bewijs voor deze associatie is nog niet systematisch onderzocht.

Doel
Het doel van onze studies was daarom: (1) het onderzoeken van de effecten van cardiovasculaire aandoeningen op de cognitieve presentaties van gezonde mensen over een periode van 12 jaar; (2) het in kaart brengen van alle beschikbare studies die de relatie tussen CHZ en het risico op cognitieve achteruitgang of dementie onderzocht hebben.

Methoden
De cognitieve vermogens van 1,823 cognitief gezonde deelnemers (tussen de 24 en 82 jaar oud) van de Maastricht Ageing Study (MAAS) zijn gemeten op drie momenten: bij aanvang van de studie en na 6 en 12 jaar. Verbaal geheugen, executief functioneren en snelheid van informatiewerking zijn geanalyseerd in zowel deelnemers met prevalente of incidente cardiovasculaire aandoeningen als in gezonde deelnemers. Random effects models zijn gebruikt om de associatie tussen cardiovasculaire aandoeningen en cognitief functioneren over tijd te analyseren. Voor de meta-analyse zijn Medline, Embase, PsycINFO, en CINAHL doorzocht voor alle publicaties tot 8 januari 2016. Artikelen werden geïncludeerd als zij voldeden aan de volgende criteria: (1) myocard infarct, angina pectoris of CHZ (combinatie van beide) als voorspeller; (2) cognitie, cognitieve achteruitgang of dementie als uitkomst; (3) algemene populatiestudie; (4) prospectief (≥1 jaar follow-up), cross-sectioneel of patiënt-controle onderzoeksopzet; (5) ≥100 deelnemers; en (6) deelnemers ouder dan 45 jaar. Risicoschatters van het 'fully-adjusted' model werden gepoold door middel van random-effects meta-analysen.

Resultaten
Bij aanvang van de studie lieten deelnemers met prevalente cardiovasculaire aandoeningen meer achteruitgang zien op het gebied van geheugen en snelheid van informatieverwerking in vergelijking met gezonde deelnemers. Deelnemers met incidente cardiovasculaire aandoeningen lieten eveneens meer achteruitgang zien op deze cognitieve domeinen, maar dit effect was alleen significant in de periode tussen 6 en 12 jaar na studie-aanvang. Ons literatuuronderzoek identificeerde 6,132 abstracts, waarvan 24 studies werden geïncludeerd. Meta-analyses van10 prospectieve algemene populatiestudies lieten zien dat CHZ zijn geassocieerd met een 45% verhoogde kans op het krijgen van een cognitieve stoornis of dementie (OR = 1.45, 95%CI = 1.21-1.74, p<0.001). Heterogeniteit tussen studies was laag (I2 = 25.7%, 95%CI = 0-64, p = 0.207). Separate meta-analysen van individuele voorspellers (angina pectoris, myocard infarct) toonden vergelijkbare resultaten. Meta-analyses van cross-sectionele studies en patiënt-controle onderzoek waren niet conclusief

Conclusie
Cardiovasculaire aandoeningen zijn prospectief geassocieerd met cognitieve achteruitgang en een verhoogde kans op het ontwikkelen van een cognitieve stoornis of dementie. Resultaten voor incidente cardiovasculaire aandoeningen laten zien dat het ontstaat van cognitieve achteruitgang gerelateerd is aan het moment dat zich hart- en vaatproblemen aandienden. Op tijd toegepast cardiovasculair risicomanagement kan het ontstaan van cognitieve achteruitgang vertragen.

Literatuurverwijzing

1. SHJ Schievink, MPJ van Boxtel, K Deckers, RJ van Oostenbrugge, FRJ Verhey, S Köhler.Cognitive Changes in Prevalent and Incident Cardiovascular Disease: A 12-Year Follow-Up in the Maastricht Aging Study (MAAS). Eur Heart J 2017 Jul 22;[EPub Ahead of Print].
2. Deckers K, Schievink SHJ, Rodriquez MMF, van Oostenbrugge RJ, van Boxtel MPJ, Verhey FRJ, et al. (2017) Coronary heart disease and risk for cognitive impairment or dementia: Systematic review and meta-analysis. PLoS ONE 12(9): e0184244.

S13.3

Voldoen aan voedingsrichtlijnen en cognitieve achteruitgang vanaf middelbare leeftijd - resultaten van de Doetinchem Cohort Studie

Astrid Nooyens P[1]

P: Presenterende auteur / spreker

1. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu

Achtergrond
Met het ouder worden van de bevolking, komt dementie steeds vaker voor. De ontwikkeling van dementie kenmerkt zich door cognitieve achteruitgang. Gezonde voeding is geassocieerd met langzamere cognitieve achteruitgang. Er is echter nog niet veel kennis over associaties tussen het voldoen aan verschillende voedingsrichtlijnen en cognitieve gezondheid op middelbare leeftijd.

Doel
Onderzoeken of eten volgens het mediterrane dieet (1), het voldoen aan de huidige Nederlandse richtlijnen goede voeding (2) of die van de WHO (3) geassocieerd is met cognitieve functie en cognitieve achteruitgang vanaf middelbare leeftijd.

Methoden
Van 3724 deelnemers aan de Doetinchem Cohort Studie, 41-74 jaar oud tijdens hun eerste cognitieve test (1995-2007), waren zowel cognitie- als voedingsdata beschikbaar. Voedselconsumptie werd elke 5 jaar gemeten met een 178-item gevalideerde semi-kwantitatieve voedsel frequentie vragenlijst. Op basis van de gemiddelde voedselconsumptie op baseline en 5-jaar follow-up werd het voldoen aan de verschillende richtlijnen vastgesteld. Eten volgens het mediterrane dieet werd vastgesteld op basis van de 'modified Mediterranean Diet Score' (mMDS), waarin 9 voedingsgroepen en componenten worden meegenomen (range 0-9). Het voldoen aan de Richtlijnen goede voeding 2015 werd gemeten met de 'Dutch Healthy Diet index 2015' (DHD15-index), die in deze studie werd gebaseerd op 13 voedingsgroepen en componenten (range 0-130). Voldoen aan de WHO richtlijnen werd gemeten met de 'Healthy Diet Indicator' (HDI), gebaseerd op 7 voedingscomponenten (range 0-7). Alle drie de scores werden geanalyseerd in tertielen. Elke 5 jaar werden de globale cognitieve functie, geheugen, informatie verwerkingssnelheid en cognitieve flexibiliteit van de deelnemers bepaald met een neuropsychologische testbatterij. Met lineaire mixed model analyse werden associaties bestudeerd tussen het voldoen aan de richtlijnen en cognitieve functie of cognitieve achteruitgang gedurende follow-up, rekening houdend met verschillen in demografische en leefstijl kenmerken.

Resultaten
Deelnemers in de hoogste tertielen van de mMDS, DHD15-index en de HDI scoorden significant hoger op globale cognitieve functie, geheugen en cognitieve flexibiliteit in vergelijking met deelnemers in de laagste tertielen. Deelnemers in het hoogste tertiel van de DHD15-index lieten daarnaast minder achteruitgang zien in globale cognitieve functie ($p=0.02$), informatie verwerkingssnelheid ($p<0.01$) en cognitieve flexibiliteit ($p=0.01$) dan deelnemers in het laagste tertiel. Deelnemers in het hoogste tertiel van de HDI lieten minder achteruitgang zien in informatie verwerkingssnelheid ($p=0.05$) vergeleken met deelnemers in het laagste tertiel. Voor de mMDS werden geen significante verschillen in cognitieve achteruitgang gezien tussen de tertielen.

Conclusie
In deze populatie vanaf middelbare leeftijd was het meer voldoen aan de Richtlijnen goede voeding 2015 geassocieerd met zowel betere cognitieve functie als minder cognitieve achteruitgang gedurende follow-up. Daarom zou het beter naleven van deze richtlijnen gebruikt kunnen worden als preventief doel om zo cognitieve achteruitgang te vertragen en daarmee mogelijk de ontwikkeling van dementie uit te stellen of te voorkomen.

Literatuurverwijzing

1) Willett WC, Sacks F, Trichopoulou A, Drescher G, Ferro-Luzzi A, Helsing E, Trichopoulos D: Mediterranean diet pyramid: a cultural model for healthy eating. Am J Clin Nutr 1995, 61:1402S–1406S.
2) Gezondheidsraad. Richtlijnen goede voeding 2015. Den Haag: Gezondheidsraad, 2015; publicatienr. 2015/24. ISBN 978-94-6281-089-1
3) WHO, Joint; Consultation, FAO Expert. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. World Health Organ Tech Rep Ser 2003;916.i-viii.

S13.4

Socio-economische verschillen, leefstijl en risico op dementie: resultaten van de English Longitudinal Study of Ageing

Sebastian Köhler P[1]

P: Presenterende auteur / spreker

1. Universiteit Maastricht

Achtergrond
Er bestaan verschillen in het risico op dementie tussen groepen van verschillende socio-economische status (SES), maar hun verklarende factoren zijn niet goed bekend. Verschillen in veranderbare risicofactoren voor dementie zouden te maken kunnen hebben met het hogere risico in groepen met lage SES.

Doel
Het doel van deze studie was om te onderzoeken of lage SES een hoger dementierisico voorspelt en of dit verklaard wordt door verschillen in gezondheids- en leefstijlfactoren.

Methoden
6,346 deelnemers (gemiddelde leeftijd = 64.9 jaar, standaardafwijking = 8.6; 55.7% vrouw) werden 7 jaar lang gevolgd. Het eindpunt dementie was gebaseerd op zelf-rapportage van een diagnose dementie of ziekte van Alzheimer op elke follow-up en een score van 3.38 of hoger op de verkorte IQ-CODE. SES was gebaseerd op vermogen van een huishouding en bevatte cash, beleggingen, besparingen en vastgoed. Gezondheids- en leefstijlfactoren werden samengevat in een nieuwe risicoscore, de 'Lifestyle for BRAin Health' (LIBRA) index. LIBRA bestaat uit een gewogen somscore van 12 veranderbare risico- en beschermende factoren voor dementie. Hogere scores hangen samen met een hoger risico (range -5.9 t/m +10.3). Cox regressie testte de associatie tussen SES en dementie en mogelijke mediatie door LIBRA binnen een structural equation model gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht en opleiding en rekening houdend met mogelijke clustering op niveau van huishoudens.

Resultaten
LIBRA scores waren lager in groepen met hoger SES. Gedurende een mediaan follow-up duur van 6.0 jaar, 192 deelnemers (3.0%) ontwikkelden dementie. Hoger SES was geassocieerd met een lager dementierisico (hoog versus laag SES: HR = 0.54, 95%CI = 0.36-0.79). Dit effect was sterk verminderd nadat er voor verschillen in LIBRA scores gecorrigeerd werd (hoog versus laag SES: HR = 0.77, 95%CI = 0.51-1.16). Elke extra punt op LIBRA was geassocieerd met een gemiddelde toename in dementierisico van 13% (HR = 1.13, 95%CI = 1.07-1.19). Mediatie analyse toonde dat 58% van het risicoverschil tussen hoge en lage SES verklaard werd door verschillen in LIBRA tussen deze groepen.

Conclusie
Verschillen in dementierisico tussen socio-economische groepen in de bevolking kunnen deels toegeschreven worden aan verschillen in veranderbare risicofactoren. Preventieve maatregelen en gezondheidsbevordering gericht op het voorkomen van dementie moet extra rekening houden met deze kwetsbare groep.

Literatuurverwijzing
1. Schiepers OJG, Köhler S, Deckers K, et al. LIfestyle for BRAin Health (LIBRA): validation of a new model for dementia prevention. International Journal of Geriatric Psychiatry 2017; Epub Ahead of Print.
2. Vos SJB, van Boxtel MPJ, Schiepers OJG, et al. Modifiable risk factors for prevention of dementia in midlife and late life: the LIBRA index Journal of Alzheimer's Disease 2017; 58(2): 537-47.

S13.5

Een levensloopmodel voor veranderbare risicofactoren voor dementie

Gill Livingston P[1]

P: Presenterende auteur / spreker

1. University College London

Achtergrond
Dementie is de grootste globale uitdaging voor de gezondheidszorg en sociale zorg in het 21e eeuw. Dementie doet zich vooral voor onder mensen ouder dan 65 jaar, zodat de toename in absolute aantallen en kosten wereldwijd gedreven worden door de stijgende levensverwachting.

Doel
De Lancet Commissie voor Dementie Preventie, Interventie, en Zorg tracht om de gemaakte vorderingen en toegenomen kennis op het gebeid van de risicofactoren en zorg voor dement bij elkaar te brengen.

Methoden
Review en meta-analyse van de huidige stand van zaken naar de samenhang tussen leefstijlfactoren en dementie.

Resultaten
Dementie is zeker geen onvermijdelijke consequentie van het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd of zelfs de 9e levensdecade. Leefstijlfactoren kunnen het individueel risico op dementie verlagen of verhogen. We hebben bestaande risicomodellen uitgebreid door toevoeging van de factoren gehoorverlies en sociale isolatie op basis van een nieuwe review en meta-analyse. Door het integreren van mogelijke veranderbare risicofactoren van verschillende levensfasen, niet alleen oudere leeftijd, waren wij in staat om een nieuw levensloopmodel voor te stellen. Populatie attributieve fracties werden berekend die het mogelijke effect op de incidentie van dementie weergeven door eliminatie van de meest potente factoren.

Conclusie
Effectieve preventie, behandeling en zorg voor dementie zal grote positieve gevolgen kunnen hebben voor de toekomstige maatschappij en het leven (en sterven) van mensen met dementie sterk kunnen verbeteren. Door nu te handelen op basis van wat er al bekend is kan er een verschil worden gemaakt.

Literatuurverwijzing
Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, et al. Dementia prevention, intervention, and care. The Lancet 2017, Published online 19 July 2017

S14 Prikkelverwerking: een nieuw begin voor ontwikkelingsstoornissen

Sinds kort is over en/of ondergevoeligheid voor prikkels opgenomen als kernsymptoom van autisme spectrum stoornis (ASS) in de DSM-5. Deze toevoeging markeert dat atypische prikkelwerking steeds meer als een fundament van de pathogenese van ASS en aanverwante stoornissen wordt gezien. In lijn met deze gedachte is in Utrecht het gecombineerde onderzoek en zorgprogramma Prikkelverwerking gestart. Het doel van dit programma is tweeledig: 1) het beschikbaar maken van EEG-technieken voor diagnostiek en behandelbeslissingen en 2) het testen van nieuwe behandelingen gericht op het corrigeren van verstoorde prikkelverwerking. In dit symposium zullen de resultaten van de eerste afgeronde studies binnen dit zorgprogramma getoond worden. We zullen laten zien hoe prikkelverwerking op verschillende niveaus van fysiologie het klinische beeld beïnvloedt en laten zien hoe de nieuwe behandelingen werkelijk elementen van hersenfunctie kunnen corrigeren.

S14.1

Meten en wegen van prikkelgevoeligheid vanuit het individuele patiëntperspectief

MSc. Dorinde van Andel P[1] / MSc. Chantal Vlaskamp [1] / MSc., MD Jan Sprengers [1] / PhD Henk van Stel [2] / PhD, MD Hilgo Bruining [1]

P: Presenterende auteur / spreker

1. Brain Center Rudolf Magnus, Department of Psychiatry, University Medical Center Utrecht, the Netherlands
2. Julius Center, Department of Public Health, University Medical Center Utrecht, the Netherlands

Achtergrond
De toevoeging van over en/of ondergevoeligheid voor prikkels als kernsymptoom van Autisme Spectrum Stoornis (ASS) vraagt om een nieuwe benadering voor het identificeren en kwantificeren van atypische prikkelverwerking. Kinderen lijken zowel onder- als overgevoelig gedrag te vertonen. Daarnaast lijken dezelfde fysiologische prikkelverwerkingsproblemen tot verschillend gedrag te kunnen leiden. Huidige gedragsinstrumenten kunnen deze heterogeniteit niet altijd vangen: de vragenlijsten zijn diagnostisch, ontwikkelt vanuit het perspectief van de zorgverlener en symptoomgericht. Daarnaast zijn de huidige instrumenten ongeschikt als uitkomstmaat voor (interventie)onderzoek o.a. door beperkte validiteit en ontbrekende informatie over toepasbaarheid als (klinische) effectiviteitsmeting. Met de komst van nieuwe interventies ter verbetering van atypische prikkelverwerking ontstaat er een noodzaak voor uitkomstmaten vanuit het perspectief van patiënten en/of verzorgers die zowel in een klinische als onderzoeksetting bruikbaar zijn.

Doel
Het ontwikkelen van een Patient Reported Outcome Measure (PROM) voor het identificeren van prikkelverwerkingsproblemen in het dagelijks leven en het meten van voor patiënten waardevolle interventie-effecten.

Methoden
Voor de ontwikkeling van de PROM is een mixed-method studie opgezet met zowel kwalitatieve als kwantitatieve methoden. Door middel van ouderinterviews en focusgroepen zijn probleemgebieden geïdentificeerd, waaruit kernthema's en items zijn gedestilleerd. Conceptversies rond kernthema's zijn via 'think aloud'-procedures geëvalueerd en geoptimaliseerd.

Resultaten
Voorlopige resultaten laten een opvallende discrepantie zien tussen items op conventionele vragenlijsten en onze gerapporteerde kernthema's. Nieuwe probleemgebieden, zoals vermoeidheid, boze buien en concentratieproblemen, zijn geïdentificeerd die door huidige lijsten onvoldoende worden geadresseerd.

Conclusie
De methodiek van de PROM is een geheel nieuwe benadering die loskomt van de conventionele lijsten: met dit meetinstrument kunnen prikkelverwerkingsproblemen op zowel individueel als groepsniveau geïdentificeerd en vergeleken worden en zijn interventie-effecten meetbaar, waardoor dit meetinstrument mogelijk zowel in het onderzoek als kliniek inzetbaar is.

Literatuurverwijzing
-

S14.2

Medicamenteuze (on)mogelijkheden ter behandeling van prikkelverwerkingsproblemen bij kinderen met Autisme

MSc., MD Jan Sprengers P[1] / BSc. Anouk Laurier [1] / MSc. Dorinde van Andel [1] / MSc. Chantal Vlaskamp [1] / PhD Bob Oranje [1] / PhD Klaus Linkenkaer-Hansen [2] / PhD, MD Hilgo Bruining [1]

P: Presenterende auteur / spreker

1. Brain Center Rudolf Magnus, Department of Psychiatry, University Medical Center Utrecht, the Netherlands
2. Department of Integrative Neurophysiology, Center for Neurogenomics and Cognitive Research, VU University Amsterdam, the Netherlands

Achtergrond
Toevoeging van over- of ondergevoeligheid voor prikkels als kernsymptoom van Autisme Spectrum Stoornissen (ASS) heeft gevolgen voor de bestaande behandeling. Ten eerste is het van belang te weten wat het effect van de bestaande medicatie hierop is. Ten tweede is het belangrijk om het effect van nieuwe medicijnen op de prikkelverwerking te testen.

Doel
Het doel van het onderzoek is tweeledig:1: het in kaart brengen van de effecten van huidige medicamenteuze interventies op correlaten van prikkelverwerking;2: Een methodiek ontwikkelen ter evaluatie van effecten van (nieuwe) medicamenten op de prikkelverwerking zowel in groepen als in individuen (multiple n =1).

Methoden
1. Een systematische literatuur review van bestaande medicatieonderzoeken om de effecten van antipsychotica, stimulantia en anti-epileptica op de prikkelverwerking te evalueren via (deel)scores van vragenlijsten en individuele items;2. Pilotstudies met geselecteerde patiënten ter evaluatie van de effecten van bumetanide op gedrags-, neuropsychologische- en EEG uitkomsten (event related potentials en resting state).

Resultaten
-

Conclusie
Binnen de bestaande onderzoeken zijn er onvoldoende uitkomstmaten beschikbaar om de effecten van deze geneesmiddelen op prikkelverwerking en prikkelgevoeligheid te evalueren. De seeding studies laten zien dat bumetanide de prikkelverwerking kan verbeteren, mits zowel de patiënten als de uitkomstmaten zorgvuldig worden gekozen.

Literatuurverwijzing
-

S14.3

Prikkelverwerking, een sensory-first benadering

MSc Chantal Vlaskamp P[1] / MSc Dorinde van Andel [1] / MD Jan Sprengers [1] / Dr. Bob Oranje [1] / Prof. dr. Sarah Durston [1] / dr. Hilgo Bruining [1]

P: Presenterende auteur / spreker

1. UMC Utrecht

Achtergrond
Door gebruik te maken van zogeheten event related potentials (ERPs) kunnen we de verwerking van (auditieve) prikkels op een temporeel vroeg niveau bekijken: van onbewuste processen tot het bewust aandacht schenken aan bepaalde stimuli. Deze 'sensory-first' benadering kan mogelijkheden bieden voor diagnostiek en nieuwe behandelingen, vooral in heterogene groepen zoals autisme spectrum stoornis (ASS), waar andere benaderingen vooralsnog tekort schieten. Mismatch negativity (MMN) is een automatische oriënterende reflex, die optreedt bij afwijkende geluiden in de omgeving, zonder een bewust aandachtscomponent. Selectieve aandacht (SA) daarentegen, vereist het bewust focussen op een stimulus waarbij de irrelevante omgeving genegeerd wordt. Beide processen zijn belangrijk voor het functioneren, bijvoorbeeld het opmerken van verandering en het kunnen negeren van omgevingsgeluiden.

Doel
Het in kaart brengen van temporeel vroege verwerking van auditieve prikkels en deze relateren aan (problemen in) gedrag.

Methoden
90 kinderen met ASS (met en zonder epilepsie) en 30 kinderen zonder psychiatrische problematiek in de leeftijd van 7 tot 12 zijn getest met een uitvoerige neurofysiologische batterij, met o.a. een MMN en SA paradigma. Daarnaast zijn verschillende gedragsvragenlijsten afgenomen bij de ouder(s) van de kinderen.

Resultaten
Kinderen met ASS en problemen in de prikkelverwerking lijken minder goed in staat tot het selectief aandacht geven aan auditieve prikkels. Op gedragsniveau zien we dat kinderen met veel irritabiliteit beschikken over minder selectieve aandacht. Het hebben van meerdere afwijkingen op ERP niveau (i.e. zowel MMN als SA) lijkt ook samen te hangen met een verhoogde irritabiliteit. Echter, de ERP resultaten zijn variabel en het is daarom belangrijk om ook aspecten als cognitie en IQ mee te nemen in de analyses (als mediator).

Conclusie
Kinderen met problemen in de prikkelverwerking laten verminderde selectieve aandacht zien. Neurofysiologische data kan waardevolle inzichten bieden in prikkelverwerking, al dan niet in combinatie met andere cognitieve of gedragsmaten.

Literatuurverwijzing
Baum, S. H., Stevenson, R. A., & Wallace, M. T. (2015). Behavioral, perceptual, and neural alterations in sensory and multisensory function in autism spectrum disorder. Progress in Neurobiology, 134, 140-160.

S14.4

Fysiologische dissectie van de prikkelbalans binnen het autisme spectrum

Dr Hilgo Bruining P[1] / Drs Jan Sprengers [2] / Dr Bob Oranje [2] / Dr. Linkenkaer-Hansen [3]

P: Presenterende auteur / spreker

1. BCRM UMC Utrecht
2. BCRM UMC Utrecht
3. CNCR VU Amsterdam

Achtergrond
Het is al heel lang bekend dat problemen in de prikkelverwerking bij autisme spectrum stoornis (ASS) waarschijnlijk samenhangen met een gestoorde signaaloverdracht in het brein. Een leidende hypothese is dat veranderde prikkelgevoeligheid komt door te weinig remming van hersenactiviteit en dat de zogeheten excitatie/inhibitie (E/) balans verstoord is geraakt. Deze hypothese heeft nog niet tot verbeterde behandeling geleid, onder andere door het onvermogen de E/I balans op non-invasieve wijze te kunnen onderzoeken.

Doel
Resting state EEG onderzoek naar correlaten van E/I balans bij verschillende manifestaties van ASS.

Methoden
90 kinderen met ASS (met en zonder epilepsie) en 30 kinderen zonder psychiatrische problematiek in de leeftijd van 7 tot 12 zijn getest met resting-state EEG als onderdeel van de uitgebreide diagnostiek in het zorgprogramma Prikkelverwerking. Met behulp van bestaande en nieuwe analyse methodes zijn verschillende temporele en spatiele componenten geanalyseerd die betrekking kunnen hebben op de E/I balans.

Resultaten
Geavanceerde analyse van temporele correlaties in het EEG signaal laten afwijkingen zien, die een afspiegeling zijn van de E/I balans. De mate van de afwijking in deze markers correleert sterk met ernst van autisme en prikkelgevoeligheids symptomen en is verschillend voor kinderen met en zonder epilepsie comorbiditeit.

Conclusie
Resting-state EEG kan gebruikt worden om de heterogeniteit van autisme te ontleden op een rationele fysiologische basis. Gezien de beschikbaarheid van verschillende middelen die de E/I balans beïnvloeden, kan dit direct therapeutische consequenties hebben.

Literatuurverwijzing
-

S15 Jongeren, verslaving en psychiatrie: nieuwe ontwikkelingen in onderzoek in de jeugdverslavingszorg en jeugd-GGz

In de jeugdverslavingszorg hebben veel jongeren naast verslaving ook andere psychiatrische stoornissen. Er is echter weinig bekend over de middelenproblematiek van cliënten in de Jeugd-GGZ. In dit symposium wordt ingegaan op verschillende thema's op het snijvlak van verslaving en psychiatrie bij jongeren: (1) De aard en ernst van de problematiek bij jongeren in de jeugdverslavingszorg, (2) Inschatting van het middelengebruik van jongeren door behandelaars in de Jeugd-GGZ, (3) Het belang van non-specifieke factoren in de jeugdverslavingszorg en Jeugd-GGZ, (4) De gevolgen van middelengebruik bij residentieel behandelde jongeren en (5) Het lange termijn beloop van verslaving en gerelateerde problemen bij jongeren in de Nederlandse bevolking en onder jongeren in de verslavingszorg.

S15.1

Aandacht voor middelengebruik in de jeugdpsychiatrie

Dr. Albert Boon P[1]

P: Presenterende auteur / spreker

1. Lucertis / De Jutters Kinder- en Jeugdpsychiatrie

Achtergrond
Bij ongeveer driekwart van de jongeren die vanwege middelengebruik in contact komen met jeugdzorg is sprake van psychiatrische comorbiditeit (Snoek e.a. 2010). Veel jongeren met deze meervoudige problematiek komen terecht in de jeugdzorg of Jeugd-GGZ waar behandelaars weinig weet hebben van alcohol- en drugsgebruik. Hierdoor dreigen deze jongeren tussen wal en schip terecht te komen (Mos & Kaptijn, 2008).

Doel
In kaart brengen hoe vaak behandelaars in de specialistische Jeugd-GGZ signaleren dat er bij de jongeren die zij behandelen voor psychiatrische problemen ook sprake is van (problematisch) middelengebruik.

Methoden
In de Jeugd-GGZ wordt in het kader van Routine Outcome Monitoring (ROM) voor alle jongeren die in behandeling komen de Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA) ingevuld door de behandelaar. Daarbij wordt ook middelengebruik in kaart gebracht. Op grond van een landelijk bestand met de gegevens van ruim tienduizend adolescenten (13-18 jaar) wordt onderzocht hoe vaak er door de behandelaar wordt gesignaleerd of er -naast de psychiatrische problematiek- sprake is van middelengebruik.

Resultaten
Bij rond tien procent van hun cliënten signaleren behandelaars dat er sprake is van lichte tot ernstige problemen met het gebruik van middelen. Bij de overgrote meerderheid van de cliënten geeft de behandelaar aan dat geen sprake is van alcohol of drugsgebruik (80%) of dat dit gebruik binnen de leeftijdsnormen ligt (10%).

Conclusie
Het aantal jongeren dat volgens hun behandelaar naast psychiatrische problematiek ook problemen heeft met middelengebruik is veel lager dan verwacht werd op basis van de cijfers van Snoek (2010). Het middelengebruik is volgens de inschatting van de behandelaars zelfs lager dan dat onder de algemene bevolking in deze leeftijdsgroep. Het kan zijn dat jongeren die wegens psychische klachten in de jeugdpsychiatrie terecht komen werkelijk minder alcohol en drugs gebruiken dan hun leeftijdgenoten, maar een alternatieve verklaring is dat behandelaars in de jeugdpsychiatrie te weinig oog hebben voor het middelengebruik van hun cliënten.

Literatuurverwijzing

Mos, K. & Kaptijn, E. (2008). Multidimensionale familietherapie. Een evidence based intensieve gezinsmethodiek voor gezinnen van jongeren met complexe meervoudige problematiek, p.129-141. In: Hermanns, J. (2008). Gezinsinterventies, aan de slag met problematische opvoedingskwesties. Amsterdam: SWP UitgeverijSnoek, A., Wits, E., Stel, J. van der & Mheen, D. van de (2010). Kwetsbare groepen jeugdigen en (problematisch) middelengebruik. Rotterdam IVO.

S15.2

Youth in Transition: een longitudinaal onderzoek naar het beloop van verslaving bij jongeren in de bevolking en onder jongeren in de verslavingszorg

Prof.Dr. Vincent Hendriks P[1]

P: Presenterende auteur / spreker

1. Brijder Verslavingszorg; Curium-LUMC

Achtergrond
Stoornissen in het gebruik van middelen hebben meestal hun oorsprong in de adolescentie en hangen vaak samen met psychische en sociale problemen. Terwijl vrij veel onderzoek is verricht naar de progressie van eerste gebruik van een psychoactief middel naar frequent of excessief gebruik en naar het ontstaan van verslaving, is weinig bekend over het verdere beloop van middelenstoornissen bij jongeren, in de kritische overgangsperiode van de adolescentie naar de (jong)volwassenheid.

Doel
In de Youth in Transition studie onderzoeken wij het lange termijn beloop – van de adolescentie tot de jongvolwassenheid – van verslaving onder adolescenten in de Nederlandse bevolking (Studie 1) en bij ruim 400 jongeren die in behandeling komen in de jeugdverslavingszorg (Studie 2). We kijken daarbij niet alleen naar het beloop van verslaving, maar ook naar de aanwezigheid van andere psychische stoornissen en naar het sociaal-maatschappelijke functioneren van de jongeren. Daarbij wordt onderzocht welke kenmerken van de jongeren samenhangen met een gunstig of juist ongunstig lange termijn beloop, om op basis daarvan het beloop beter te kunnen voorspellen. Ook wordt onderzocht welke soorten verslavingsbehandelingen, qua type, duur en intensiteit, bij welke deelgroepen jongeren resulteren in een gunstige lange termijn uitkomst van behandeling.

Methoden
In Studie 1 maken wij gebruik van bestaande gegevens uit de prospectieve 'Tracking Adolescents' Individual Lives Survey' (TRAILS), waarin de ontwikkeling van de geestelijke gezondheid van jongeren vanaf hun 11e levensjaar wordt gevolgd tot hun 26e levensjaar. Studie 2 is een multicenter prospectief cohort onderzoek in een representatieve steekproef van 420 jongeren die in behandeling komen in de jeugdverslavingszorg. Deze jongeren worden in het onderzoek gedurende vier jaar gevolgd, met follow-up metingen aan het einde van hun behandeling en na twee en vier jaar. In vervolgonderzoek zijn wij voornemens deze jongeren gedurende een nog langere periode te volgen.

Resultaten
De Youth in Transition studie werd in 2017 door ZonMw gehonoreerd, in het kader van het Onderzoeksprogramma GGz. De totale looptijd van het onderzoek is 6,5 jaar. De eerste resultaten, die betrekking hebben op de uitkomsten uit het bevolkingsonderzoek, worden eind 2018 verwacht. In deze lezing zal dan ook vooral ingegaan worden op de achtergrond en de opzet van het onderzoek.

Conclusie
De resultaten van het onderzoek zullen naar verwachting een belangrijke bijdrage leveren aan het verbeteren van de vroege herkenning van jongeren met een hoog risico op chronische verslavingsproblemen, en aan het ontwikkelen van een meer op individuele jongeren toegesneden behandelaanbod in de verslavingszorg (gepersonaliseerde zorg).

Literatuurverwijzing
Ormel J; Raven D; Van Oort F; Hartman CA; Reijneveld SA; Veenstra R; Vollebergh WAM; Buitelaar J; Verhulst FC; Oldehinkel AJ (2015). Mental health in Dutch adolescents: a TRAILS report on prevalence, severity, age of onset, continuity and co-morbidity of DSM disorders. Psychol Med, 45:345-360.

S15.3

De gevolgen van middelengebruik bij residentieel behandelde jongeren

Sjouk de Boer P[1,2]

P: Presenterende auteur / spreker

1. De Fjord, Centrum voor Orthopsychiatrie en Forensische Jeugdpsychiatrie (onderdeel van Lucertis)
2. De Jutters, centrum voor Jeugd-GGZ Haaglanden

Achtergrond
Onder Nederlandse jongeren is middelengebruik vrij algemeen. Van de 17 en 18 jarigen heeft ongeveer de helft wel eens cannabis gebruikt (Verdurmen e.a., 2011). Onder jongeren die met de hulpverlening of strafrecht in aanraking komen, is het gebruik aanzienlijk hoger. Bovendien is er een sterke relatie tussen middelengebruik en antisociaal gedrag (Grant et al., 2015). Dit betekent dat middelengebruik veelvuldig zal voorkomen bij jongeren die residentieel behandeld worden vanwege psychiatrische problematiek in combinatie met ernstige gedragsproblemen. De vraag is hoe problematisch middelengebruik is bij deze doelgroep.

Doel
Een beeld te schetsen van het middelengebruik voor, tijdens en na de behandeling op de kliniek van De Fjord en de gevolgen die dit gebruik heeft voor de uitkomsten van de behandeling.

Methoden
De sample bestaat uit 196 jongeren die behandeld zijn op de klinische afdelingen van De Fjord, centrum voor Orthopsychiatrie en Forensische Jeugdpsychiatrie. Metingen werden gedaan bij opname, beëindiging van de behandeling en achttien maanden nadat de behandeling was gestopt. Op de verschillende meetmomenten werd middels vragenlijsten informatie verzameld over achtergrondkenmerken (geslacht, leeftijd etc.), middelengebruik, criminele activiteiten en psychosociaal functioneren. Er werd onderzocht welke factoren van voorspellende waarde zijn voor het succesvol afronden van de behandeling en het dagelijks functioneren na beëindiging van de behandeling. Hierbij werd specifiek gekeken naar de rol van middelengebruik.

Resultaten
Naast factoren zoals de leeftijd waarop de gedragsproblemen voor het eerst voorkwamen, bleek het cannabisgebruik van de jongeren voordat zij in behandeling kwamen een voorspeller van dropout (het vroegtijdig beëindigen van de behandeling). Bij follow up bleek dat cannabisgebruik (naast het goed afronden van de behandeling) een voorspeller is van het functioneren bij follow up.

Conclusie
Het beleid ten aanzien van middelengebruik binnen een kliniek voor jongeren is de afgelopen decennia onderwerp van discussie geweest. Van een aanvankelijk totaalverbod is de nadruk veel meer komen liggen op voorlichting en preventie. Onderzoek laat zien dat er een relatie is tussen cannabisgebruik en behandelresultaat en dat het belangrijk is om de jongeren te leren verstandig met het gebruik om te gaan omdat het hun kansen op een succesvolle behandeling verhoogt.

Literatuurverwijzing
De Boer, S.B.B., Boon, A.E., De Haan, A.M. & Vermeiren, R. (2016). Treatment adherence in adolescent psychiatric in patients with severe disruptive behaviour. Clinical Psychologist, (ahead-of-print).De Boer, S.B.B., Boon, A.E., De Haan, A.M., & Vermeiren, R. (2017). Treatment adherence and general daily functioning at follow-up in youths with severe disruptive behavior. Manuscript submitted for publication.Boon, A., & De Boer, S. (2007). Drug usage as a threat to the stability of treatment outcome. European Child & Adolescent Psychiatry, 16(2), 79-86.Grant, J., Lynskey, M., Madden, P., Nelson, E., Few, L., Bucholz, K., et al. (2015). The role of conduct disorder in the relationship between alcohol, nicotine and cannabis use disorders. Psychological Medicine, 45(16), 3505-3515.Verdurmen, J., Monshouwer, K., Van Dorsselaer, S., Lokman, S., Vermeulen-Smit, E., & Vollebergh, W. (2011). Jeugd en riskant gedrag 2011: kerngegevens uit het Peilstationsonderzoek scholieren. Utrecht: Trimbos-instituut.

S15.4

Jongeren in de verslavingszorg, meer dan alleen verslavingsproblematiek

Leontien Los P[1]

P: Presenterende auteur / spreker

1. Brijder-Jeugd

Achtergrond
Jaarlijks zoeken ongeveer 5.000 jongeren van 22 jaar of jonger hulp bij een verslavingszorginstelling. Tot op heden is er nog maar weinig bekend over de zwaarte van de problematiek waarmee deze jongeren bij de verslavingszorg in zorg komen. ConclusieVoor de meeste jongeren die zich aanmelden bij de Jeugd Verslavingszorg geldt dat er naast een verslavingsprobleem ook sprake is van sociaal-maatschappelijke ontwrichting of co morbide stoornissen. Het feit dat de problemen bij binnenkomst zwaar zijn kan erop duiden dat jongeren pas relatief laat bij de verslavingszorg in zorg komen. Dit komt ook overeen met de grove schattingen van het treatment gap van 'tienduizenden jongeren met een cannabisverslaving' (Over et al., 2016); voor andere middelen is hier geen zicht op. Op basis hiervan kan geconcludeerd worden dat inzet gepleegd dient te worden om jongeren eerder in beeld te krijgen bij de verslavingszorg.

Doel
Doelstelling van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in de populatie jongeren die zich aanmelden voor een behandeling bij een verslavingszorginstelling en hun zorggebruik. Er wordt gekeken naar hun achtergrond, de ernst van hun verslaving (enkelvoudig of meervoudig), typen en mate van co morbide problematiek en sociaal-maatschappelijke problemen waar zij mee kampen. Daarnaast wordt geconsumeerde zorg in kaart gebracht en gerelateerd aan aard en de ernst van de problematiek.

Methoden
Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van een geanonimiseerd bestand met standaard zorggegevens van alle jongeren die in 2016 in zorg waren bij Brijder Jeugd, onderdeel van Brijder Verslavingszorg (N=1206). Achtergrondkenmerken, hoofd- en nevendiagnoses (DSM IV) en zorggegevens zijn geanalyseerd met behulp van frequentietabellen, t-tests en ANOVA's.

Resultaten
Bij jongeren die zich aanmelden bij een verslavingszorginstelling blijkt vaak sprake van meervoudige en ernstige problematiek. Zo is er bij vier van de vijf jongeren sprake van sociaal-maatschappelijke ontwrichting (as 1 'problemen kind relatie en/of 3 of meer problemen as4) (zie Figuur 1, links). Daarnaast heeft bijna de helft, naast een verslavingsdiagnose, in ieder geval ook één andere co morbide stoornis. Een derde heeft een middelenstoornis voor twee verschillende middelen. Zwakbegaafdheid of problemen met gebruik op zeer jonge leeftijd komt bij 7% van de populatie voor. 9% van de jongeren die in zorg zijn gekomen heeft geen van deze beschreven problemen (zie Figuur 1, rechts). Zij hebben een enkelvoudig verslavingsprobleem. De meest jongeren hebben of één of twee van de beschreven problemen, bovenop hun middelen-,gok-, of gameverslaving. Verder blijkt uit de studie dat de zwaarte van problematiek samen hangt met de hoeveelheid geconsumeerde zorg. Zo hebben jongeren met twee of meer problemen gemiddeld meer ftf-contacten dan jongeren met minder dan twee problemen ($t=-4.640$; $df=1171.42$; $p<0.00$).

Conclusie
Voor de meeste jongeren die zich aanmelden bij de Jeugd Verslavingszorg geldt dat er naast een verslavingsprobleem ook sprake is van sociaal-maatschappelijke ontwrichting of co morbide stoornissen. Het feit dat de problemen bij binnenkomst fors zijn kan erop duiden dat jongeren pas relatief laat bij de verslavingszorg in zorg komen. Dit komt ook overeen met de grove schattingen van het treatment gap van 'tienduizenden jongeren met een cannabisverslaving' (Over et al., 2016); voor andere middelen is hier geen zicht op. Tevens zijn er aanwijzingen dat middelen misbruik door jongeren een negatieve uikomst kan geven bij een psychiatrische behandeling. Op basis hiervan kan geconcludeerd worden dat inzet gepleegd dient te worden om jongeren eerder in beeld te krijgen bij de verslavingszorg.

Literatuurverwijzing

Over EAB, van Gils PF, Suijkerbuijk AWM, Lokkerbol J, de Wit GA (2016). Maatschappelijke kostenbatenanalyse van cognitieve gedragstherapie voor alcohol- en cannabisverslaving. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.Boon, A., & De Boer, S. (2007). Drug usage as a threat to the stability of treatment outcome. European Child & Adolescent Psychiatry, 16(2), 79-86.

S15.5

Behandelmotivatie en therapeutische alliantie bij jongeren in de jeugdpsychiatrie en jeugdverslavingszorg

Drs. Patty van Benthem P[1] / Dr. Renske Spijkerman [2] / Prof. Vincent Hendriks [2]

P: Presenterende auteur / spreker

1. Brijder Verslavingszorg
2. Brijder Onderzoek (PARC)

Achtergrond
Volgens ervaringen van professionals uit de jeugdpsychiatrie en -verslavingszorg vormt het versterken van de behandelmotivatie en de therapeutische alliantie een belangrijk aandachtspunt bij de behandeling. Wetenschappelijk kennis over hoe deze factoren de voortgang van behandelingen in de jeugd GGZ beïnvloeden is tot op heden nog ontoereikend. Eerder zijn behandelmotivatie en alliantie vooral onderzocht bij kinderen, volwassenen en gemengde leeftijdsgroepen (Shirk, Karver & Brown, 2011). Deze resultaten zijn niet zonder meer generaliseerbaar naar adolescenten. Daarnaast vertonen eerdere studies enkele beperkingen, zoals het ontbreken van meerdere perspectieven op de behandelmotivatie en therapeutische alliantie en het volgen van ontwikkeling in deze factoren over tijd. De eerste fase van behandeling is van belang voor het continueren van de behandeling en het uiteindelijke behandelresultaat. De mate van behandelmotivatie en de kwaliteit van de alliantie bij aanvang van de behandeling kan al voorspellend zijn voor het uiteindelijke behandelresultaat (Ilgen, McKellar, Moos & Finney, 2006; Horvath, Del Re, Flückiger, & Symonds, 2011).

Doel
Het huidige onderzoek richt zich op behandelmotivatie en alliantie, vanuit perspectief jongere en behandelaar, als voorspellers van klachtenverloop in de eerste vier maanden van de behandeling bij adolescenten in de jeugd GGZ en jeugdverslavingszorg.

Methoden
Het huidige onderzoek is gebaseerd op (een deel van de) gegevens die verzameld zijn in het kader van de prospectieve, longitudinale PACT-studie. Voor de data-analyse is gebruik gemaakt van gegevens van 127 jongeren (13-23 jaar), die gedurende de eerste vier maanden van hun behandeling op drie meetmomenten (baseline, maand twee en maand vier) vragenlijsten hebben ingevuld over behandelmotivatie (MYTS), therapeutische alliantie (WAV) en klachtenverloop (SDQ en Middelenmatrix MATE-Y). Op dezelfde meetmomenten zijn de MYTS en WAV ingevuld door de behandelaar.

Resultaten
Het percentage jongeren met een gunstige score op klachtenpatroon veranderde van 33.9% op baseline naar 50.0% op maand twee en 47.3% op maand vier. Deze verandering was significant gunstig over tijd met een iets sterkere verandering voor de twee maanden dan de vier maanden. Behandelsetting en leeftijdsgroep hadden een significant effect op klachtenpatroon maand vier. Therapeutische alliantie op baseline gerapporteerd door de jongere en behandelaar was een significante voorspeller voor behandeluitkomst op maand vier. Behandelmotivatie bij aanvang van de behandeling was geen voorspeller voor behandeluitkomst op maand vier.

Conclusie

Het aantal jongeren met een gunstige score op klachtenpatroon neemt toe gedurende de eerste vier maanden van de behandeling, met een iets sterkere verandering op maand twee dan maand vier van de behandeling. Jongeren in de jeugdverslavingszorg hebben een grotere kans op een gunstig klachtenverloop op maand vier dan jongeren in de jeugd-GGZ. Ook leeftijd blijkt gerelateerd aan het klachtenverloop: jongeren van 17 jaar of ouder hebben een grotere kans op een gunstige uitkomst op maand vier dan jongeren van 16 jaar of jonger. De therapeutische alliantie op baseline, gerapporteerd door de jongere en de behandelaar, was voorspellend voor behandeluitkomst op maand vier. Dit hield in dat naarmate jongeren en behandelaren bij aanvang van de behandeling positiever waren over de therapeutische relatie, de kans groter was dat de jongere na vier maanden follow-up een gunstigere uitkomst wat betreft klachtenpatroon liet zien. Tegen de verwachting in was de behandelmotivatie van de jongere bij aanvang van de behandeling, ongeacht of deze werd gerapporteerd door de jongere zelf of door de behandelaar, geen voorspeller van klachtenverloop gedurende vier maanden follow-up.

Literatuurverwijzing

Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy.Ilgen, M. A., McKellar, J., Moos, R., & Finney, J. W. (2006). Therapeutic alliance and the relationship between motivation and treatment outcomes in patients with alcohol use disorder. Journal of Substance Abuse Treatment, 31(2), 157-162.Shirk, S. R., Karver, M. S., & Brown, R. (2011). The alliance in child and adolescent psychotherapy.

S16 Voorschrijven van psychofarmaca bij mensen met een verstandelijke beperking

De prevalentie van psychische aandoeningen bij mensen met een verstandelijke beperking (VB) is 40%. Het psychofarmacagebruik is hoog en deze middelen worden meestal langdurig en buiten de geregistreerde indicaties voorgeschreven. Monitoring van behandeleffecten vindt onvoldoende plaats, hoewel mensen met een VB kwetsbaar zijn voor bijwerkingen.Door bijkomende lichamelijke aandoeningen, beperkingen in communicatie en een andere wijze van klachten presentatie is de diagnostiek van psychopathologie bij mensen met een VB complex en worden bijwerkingen van medicatie moeilijk herkend. Aangepaste methoden voor diagnostiek van psychopathologie en monitoring van behandeleffecten zijn nodig. Dit symposium biedt inzicht in methodes voor aangepaste diagnostiek en effectevaluatie bij psychofarmacagebruik bij mensen met een VB (1), in richtlijnen voor het voorschrijven van psychofarmaca aan mensen met een VB (2) en in knelpunten en verbetermogelijkheden bij het volgen van richtlijnen (3).

S16.1

Psychofarmaca voorschrijven bij mensen met een verstandelijke beperking; waarom en hoe?

Dr. Gerda de Kuijper P[1,2]

P: Presenterende auteur / spreker

1. GGZ Drenthe
2. UMCG afdeling psychiatrie

Achtergrond
Het overmatig gebruik van psychofarmaca door mensen met een VB is wereldwijd een grote zorg voor zowel behandelaars als beleidsmakers in de zorg voor mensen met een VB . Er zijn ook in Nederland initiatieven om dit gebruik terug te dringen (1). Hierbij dreigt echter het gevaar dat ook noodzakelijke behandelingen met psychofarmaca gestopt worden. Uit de literatuur is bekend dat zowel over- als onderbehandeling met psychofarmaca bij mensen met een VB plaats vindt (2). Om dit te voorkomen is een zorgvuldige en waar nodig aangepaste, specifieke wijze van diagnostiek, indicatiestelling en evaluatie van effect en bijwerkingen nodig, en op tijd stoppen met de behandeling (3, 4, 5, 6).

Doel
- Inzicht geven in knelpunten bij diagnostiek van psychopathologie bij mensen met een VB en bij het herkennen van bijwerkingen, - Inzicht geven in methoden en instrumenten die diagnostiek en effectevaluatie kunnen verbeteren, - Het bespreken van richtlijnen op het gebied van psychofarmaca prescriptie bij mensen met een VB.

Methoden
Aan de hand van literatuurgegevens en eigen onderzoek worden de diagnostiek, classificatie en indicatiestelling (waarom?), voorkomen en monitoring van bijwerkingen (hoe?), en redenen voor doorgaand off-label gebruik gepresenteerd.

Resultaten
De DM-ID2, een van de DSM5 afgeleid specifiek op VB gericht classificatiesysteem, biedt mogelijkheden voor verbetering van de diagnostiek. De NVAVG richtlijn “Voorschrijven van psychofarmaca bij mensen met een verstandelijke beperking” biedt een overzicht van het “waarom en hoe”. De betrouwbaarheid voor het monitoren van met name neurologische bijwerkingen bij mensen met een VB is in Nederland onvoldoende. Bij langdurig off-label gebruik van antipsychotica besluiten voorschrijvers in de helft van de gevallen dat dit gebruik gestopt kan worden. Zowel patiëntgebonden als omgevingsfactoren spelen een rol.

Conclusie
Multidisciplinaire implementatie van richtlijnen is nodig om het prescriptiebeleid te verbeteren. Het ontwikkelen van betrouwbare instrumenten voor monitoring van bijwerkingen is nodig. Onderzoek naar onderliggende factoren bij off-label voorgeschreven psychofarmaca voor gedragsproblematiek is nodig.

Literatuurverwijzing

(1) http://www.vilans.nl/onze-projecten-psychofarmaca-verminderen.html; (2) Stolker JJ, Koedoot PJ et al. Psychotropic drug use in intellectually disabled group-home residents with behavioural problems. Pharmacopsychiatry 2002; (3) Gerda de Kuijper. Voorschrijven van psychofarmaca aan mensen met een verstandelijke beperking. Psyfar juni 2017; (4) http://nvavg.nl/wp-content/uploads/2016/12/2016-Voorschrijven-van-psychofarmaca-webversie.pd; (5) de Kuijper G, Hoekstra PJ. Assessment of drug-associated extrapyramidal symptoms people with intellectual disability; a comparison of an informant-based scale with clinical rating scales. Journal of clinical Psychopharmacology 2016; (6) de Kuijper G, Hoekstra PJ. Physicians' reasons not to discontinue long-term off-label used antipsychotic drugs in people with intellectual disability. Journal of Intellectual Disability Research 2017.

S16.2

Volgen van richtlijnen door artsen bij antipsychotica prescriptie aan mensen met een verstandelijke beperking; belemmerende en bevorderende factoren

PhD Lotte Ramerman P[1,2] / dr. MD Gerda de Kuijper [1,2] / Prof. Dr. MD Pieter Hoekstra [3]

P: Presenterende auteur / spreker

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

Achtergrond
Er zijn zowel nationale als internationale richtlijnen beschikbaar die adviezen geven over het voorschrijven van antipsychotica bij mensen met een verstandelijke beperking (1). Uit voorgaand onderzoek weten we dat antipsychotica vaak langdurig en off-label, voornamelijk bij gedragsproblemen, worden voorgeschreven (2). Het is daarom van belang dat adviezen over indicatiestelling voor antipsychoticagebruik, het monitoren van effect en bijwerkingen, het waar nodig bijstellen van medicamenteuze behandeling en inzetten van aanvullende psychosociale en educatieve interventies, en afbouw van antipsychoticagebruik nauwkeurig worden nageleefd.

Doel
Het doel van dit onderzoek was het in kaart brengen van het voorschrijfbeleid van artsen werkzaam in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking voor wat betreft antipsychotica en het exploreren van belemmerende en bevorderende factoren in het gebruik van richtlijnen.

Methoden
Aan de hand van een zelfontworpen checklist, gebaseerd op bestaande protocollen en standaarden zijn medische dossiers van cliënten die antipsychotica gebruikten (n=299) geanalyseerd op kenmerken uit richtlijn adviezen. Vervolgens zijn twee betrokken psychiaters, vier Arts Verstandelijk Gehandicapten (AVG) en vijf gedragswetenschappers geïnterviewd over naar hun mening belemmerende en bevorderende factoren bij de implementatie en het gebruik van richtlijnen rond antipsychotica gebruik bij mensen met een VB.

Resultaten
Antipsychotica werden bij bijna alle cliënten langer dan 1 jaar, en bij 60% van de cliënten die in een woonvoorziening van een instelling woonden, langer dan 10 jaar voorgeschreven. Bij 75% was de reden van voorschrijven probleemgedrag in combinatie met een andere psychische aandoening in afwezigheid van psychotische symptomen. Vaak was er sprake van een co-morbide diagnose van autisme spectrum stoornis of ADHD. Bij 15% werden antipsychotica alleen voor probleemgedrag in afwezigheid van een psychiatrische diagnose voorgeschreven. Minder dan de helft ontving naast de medicamenteuze behandeling een psychosociale of educatieve interventie. Ook monitoring van behandeleffecten en bijwerkingen vond niet structureel en methodisch plaats. Factoren die bevorderend werkten voor het gebruik van richtlijn adviezen waren het inzetten van verpleegkundige teams en het vertalen van richtlijnen naar organisatie specifiek beleid. Belemmerende factoren waren gebrek aan kennis rondom psychofarmacagebruik en omgaan met probleemgedrag bij zorgprofessionals, aan voldoende middelen en ondersteuning van directie en management, en tekortkomingen in het elektronisch patiënten dossier.

Conclusie
Richtlijn adviezen rond het voorschrijven van antipsychotica bij mensen met een verstandelijke beperking worden niet altijd nageleefd, vooral met betrekking tot additionele interventies en het monitoren van effecten en bijwerkingen. Om het gebruik te stimuleren is meer bewustzijn van de adviezen nodig bij professionals en moet er een vertaalslag van richtlijnen naar organisatie specifiek behandelbeleid gemaakt worden. Een facilitering door het management van de organisatie om de zorg volgens richtlijnen te kunnen leveren en mogelijkheden voor een multidisciplinaire benadering zijn hierbij voorwaarden.

Literatuurverwijzing

(1) Ramerman, L., de Kuijper, G. et al. Adherence of clinicians to guidelines for the prescription of antipsychotic drugs to people with intellectual disabilities. Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities 2017;
(2) De Kuijper G, Hoekstra P et al. Use of antipsychotic drugs in individuals with intellectual disability (ID) in the Netherlands: prevalence and reasons for prescription. Journal of Intellectual Disability Research 2010.

S16.3

Ontwikkeling beoordelingsinstrument voor de kwaliteit van voorschrijven van psychofarmaca bij mensen met een verstandelijke beperking

PhD Josien Jonker P[1,2] / dr. MD Gerda de Kuijper [3]

P: Presenterende auteur / spreker

1. CVBP/ GGZ Drenthe
2. UMCG afdeling huisartsgeneeskunde
3. CVBP/GGZ Drenthe

Achtergrond
Het percentage psychofarmacagebruik bij mensen met een verstandelijke beperking (VB) varieert tussen de 20 en 50%, afhankelijk van de onderzoekspopulatie. Groeiende bewustwording bij professionals en beleidsmakers over dit overmatig psychofarmacagebruik van mensen met een VB heeft geleid tot initiatieven om het onjuist psychofarmacagebruik te verminderen. Met onjuist psychofarmacagebruik wordt bedoeld te lang, verkeerd gedoseerd of met een verkeerde indicatie voorgeschreven. De in december 2016 verschenen richtlijn van de NVAVG 'Voorschrijven van psychofarmaca bij mensen met een verstandelijke beperking' adviseert zorgvuldig en terughoudend te zijn met het voorschrijven van psychofarmaca en het gebruik goed te monitoren (1). Desondanks is er nog steeds sprake van een hoog en langdurig gebruik van psychofarmaca, zonder een goede monitoring. Vanuit deze ontwikkeling is de behoefte ontstaan aan een methode om de kwaliteit van voorschrijven van psychofarmaca bij mensen met een VB op een eenvoudige, maar ook een betrouwbare en gevalideerde manier in kaart te brengen. Hiervoor is een instrument ontwikkeld dat door een voorschrijvend arts of verpleegkundig specialist kan worden ingevuld.

Doel
Het instrument heeft als doel zorgverbetering door interne kwaliteitscontrole en het meten van effecten van interventies en innovaties voor wetenschappelijk onderzoek.

Methoden
De ontwikkeling van het beoordelingsinstrument heeft plaatsgevonden met behulp van 3 panels. Het eerste panel (de projectgroep betrokken bij de studie) heeft aan de hand van de mogelijke items van beschikbare instrumenten in Nederland en in het buitenland (2) beoordeeld welke domeinen genoemd in de NVAVG richtlijn 'Voorschrijven van psychofarmaca' relevant worden geacht voor het beoordelingsinstrument. Deze domeinen waren: indicatie, dosering, interacties, contra-indicaties, duplicaties, duur van gebruik, evaluatie van target symptomen, evaluatie van bijwerkingen. Het tweede panel (5 psychiaters, 15 artsen voor verstandelijk gehandicapten (AVG) en 5 apothekers) heeft een definitieve keuze uit de lijst van mogelijke domeinen voor het beoordelingsinstrument gemaakt. Hierbij is gebruik gemaakt van een Delphi procedure, bestaande uit herhaalde ondervragingen met tussentijdse rapportage van de resultaten. Het derde panel (2 andere psychiaters, 10 andere AVG en 3 andere apothekers) heeft de aangegeven domeinen van panel 2 gewogen naar relevantie. De weging heeft eenmalig plaatsgevonden, zonder consensus procedure.

Resultaten
Een beoordelingsinstrument voor de kwaliteit van voorschrijven van psychofarmaca bij mensen met een VB. Het eerste deel van het instrument bevat een instructie waarin wordt uitgelegd wanneer het instrument gebruikt kan worden en wat de inhoud en betekenis van de verschillende domeinen is. Het tweede deel van het instrument omvat de uitwerking van de domeinen per psychofarmacon.

Conclusie
In consensus is door AVG, psychiaters en apothekers een beoordelingsinstrument ontwikkeld om de kwaliteit van het voorschrijven van psychofarmaca bij mensen met een VB te verbeteren, bedoeld voor gebruik door voorschrijvende artsen en verpleegkundig specialisten. In het tweede kwartaal van 2018 wordt het beoordelingsinstrument getest op validiteit, betrouwbaarheid en gebruikersgemak.

Literatuurverwijzing

(1) http://nvavg.nl/wp-content/uploads/2016/12/2016-Voorschrijven-van-psychofarmaca-webversie.pd;
(2) Spek K van der, Gerritsen D et al. A reliable and valid index was developed to measure appropriate psychotropic drug use in dementie. Journal of clinical Epidemiology 2015;

S16.4

Knelpunten bij diagnostiek en behandeling van psychopathologie in de praktijk

dr. MD Gerda de Kuijper [1,2] / Dr. MD Erik Mulder [3] / PhD Josien Jonker [1,4] / PhD Lotte Ramerman P[1,2]

P: Presenterende auteur / spreker

1. CVBP/GGZ Drenthe
2. UMCG afdeling psychiatrie
3. CVBP/ GGZ Drenthe
4. UMCG afdeling huisartsgeneeskunde

Achtergrond
De beschikbare kennis op het gebied van diagnostiek en behandeling van psychopathologie bij mensen met een VB wordt in de huidige praktijk niet of onvoldoende toegepast. Gebrek aan kennis ten aanzien van effecten van psychofarmacagebruik bij professionals, tekortkomingen in dossiervorming en gebrek aan middelen kunnen hierbij een rol spelen (1) .

Doel
Inzicht geven in diagnostische processen en medicamenteuze en niet-medicamenteuze behandelingen van psychopathologie in de huidige praktijk van de zorg voor mensen met een VB

Methoden
Een survey met behulp van een zelfontwikkelde vragenlijst met adequate psychometrische kwaliteiten naar kennis en verwachtingen ten aanzien van psychofarmacagebruik onder professionele begeleiders van mensen met een VB (2). Er worden drie casussen gepresenteerd, waarbij bij elke casus aandacht wordt besteed aan achtereenvolgens diagnostiek, gekozen behandelingen en wijze van effectevaluatie, en knelpunten bij het toepassen van evidence based kennis in de huidige praktijk.

Resultaten
Bij begeleiders is een gebrek aan kennis over psychofarmaca en er bestaan onrealistische verwachtingen ten aanzien van effecten van antipsychoticagebruik bij mensen met een verstandelijke beperking (2).Door het niet toepassen van onderbouwde specifieke en methodische diagnostiek, behandeling en effectevaluatie zijn indicatiestelling en behandelingsresultaten onduidelijk en onvoldoende gericht op herstel van functie en verbetering van kwaliteit van leven, en ontbreekt een lange termijn beleid en perspectief.

Conclusie
Voor verbetering van de huidige praktijk is een integratieve, multidisciplinaire en evidence based methodische diagnostiek en behandeling van psychopathologie bij mensen met een VB nodig; scholing van professionals en afstemming van werkprocessen in de verschillende settingen zou hierbij kunnen helpen (3,4) .

Literatuurverwijzing
(1) Ramerman L., Hoekstra PJ, et al. Exploring barriers and facilitators in the implementation and use of guideline recommendations on antipsychotic drug prescriptions for people with intellectual disability

S17 Bipolaire stoornis, slaap en het circadiane systeem

De relatie tussen stemmingswisselingen en slaap behoren enerzijds inmiddels tot een vast klinisch gegeven. Bij mensen met een bipolaire stoornis is verstoring van de slaap bij zowel een depressieve episode als een manische episode een belangrijk kenmerk, waarbij het zowel uitlokkend kan zijn als een belangrijk symptoom van ontregeling. Dit symposium brengt zowel achtergrond informatie op basis van literatuur studie als mogelijkheden van chronotherapeutische interventies en nieuwe resultaten uit wetenschappelijk onderzoek gerelateerd aan de bipolaire stoornis.

S17.1

Slaapverstoring in de perinatale periode en de invloed op postpartumpsychopathologie

MD Anja Stevens P[1]

P: Presenterende auteur / spreker

1. SCBS Dimence

Achtergrond
De behandeling van vrouwen met een bipolaire stoornis tijdens en na de zwangerschap biedt vele uitdagingen voor zowel de vrouw, haar familie als de behandelaar. Beslissingen moeten worden genomen ten aanzien van medicatiegebruik tijdens de zwangerschap en de periode postpartum. Met name de postpartumperiode is een periode met verhoogd risico op decompensatie en ook maternale sterfte. De relatie tussen slaap en perinatale stemmingsstoornissen krijgt meer en meer aandacht.

Doel
Overzicht geven van de literatuur met betrekking tot slaapstoornissen gedurende zwangerschap en perinatale periode in relatie tot postpartumpsychopathologie

Methoden
Literatuurreview

Resultaten
Er is nauwelijks prospectief onderzoek gedaan naar de invloed en voorspellende waarde van slaapverstoring tijdens zwangerschap en de perinatale periode op de postpartumpsychopathologie. In de postpartum periode is het aantal psychiatrische opnamen fors toegenomen. Het grootste deel komt voor rekening van vrouwen met een bipolaire stoornis. Wellicht is slaapverstoring de “final common pathway” die een postpartum psychose induceert.

Conclusie
Een beter begrip van de invloed van slaapverstoring tijdens (zwangerschap en) de perinatale periode op het ontwikkelen van een postpartumpsychose kan helpen bij het ontwikkelen van (evidence-based, best-practice) richtlijnen voor preventie/behandeling van postpartumpsychose bij vrouwen met een verhoogd risico.

Literatuurverwijzing
Lewis, K. J., Foster, R. G., & Jones, I. R. (2016). Is sleep disruption a trigger for postpartum psychosis? Br J Psychiatry, 208(5), 409-411. doi: 10.1192/bjp.bp.115.166314Munk-Olsen, T., Laursen, T. M., Mendelson, T., Pedersen, C. B., Mors, O., & Mortensen, P. B. (2009). Risks and predictors of readmission for a mental disorder during the postpartum period. Arch Gen Psychiatry, 66(2), 189-195. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2008.528Ross, L. E., Murray, B. J., & Steiner, M. (2005). Sleep and perinatal mood disorders: a critical review. J Psychiatry Neurosci, 30(4), 247-256.

S17.2

Bipolaire stoornissen en het effect van medicatie op slaap

Dr. Melissa Chrispijn P[1]

P: Presenterende auteur / spreker

1. SCBS DImence

Achtergrond
Bipolaire stoornis is een aandoening die wordt gekenmerkt door een cyclisch beloop van stemmingsepisoden. Patiënten met een bipolaire stoornis hebben daarnaast vaak last van slaapstoornissen in zowel de (hypo)manische als de depressieve episode waarvoor dikwijls slaapmedicatie wordt voorgeschreven. Daarnaast gebruiken zij ook medicatie voor de behandeling van stemmingswisselingen die vaak ook een al dan niet positief effect op de slaap hebben. Hoewel er een breed aanbod is van medicatie die de slaap beïnvloedt blijven slaapstoornissen een groot probleem en daarbij spelen bijwerkingen van medicatie mogelijk een significante rol.

Doel
Deze lezing heeft tot doel om een overzicht te geven van de gangbare medicatie die wordt gebruikt bij patiënten met een bipolaire stoornis die kampen met slaapstoornissen en daarnaast zowel de positieve als negatieve neveneffecten te beschrijven van veelgebruikte medicatie op de slaap.

Methoden
Er werd in PubMed gezocht met de volgende zoektermen: “bipolar disorder”, “sleep disturbances”, “sleep medication”, “hypnotics”. De resultaten die door de auteur als relevant werden beschouwd zijn meegenomen in het overzicht. Verder is gebruikt gemaakt van de Multidisciplinaire Richtlijn Bipolaire Stoornissen 2015.

Resultaten
Er zijn verschillende artikelen die het effect van meerdere veelgebruikte medicatiegroepen zoals atypische antipsychotica beschrijven op slaap, soms afgezet tegen lithium of placebo, soms als enkelvoudige therapie. Met name quetapine en olanzapine zijn vaak onderzocht en lijken naast hun effect op stemming en suïcidaliteit een positieve invloed te hebben op de hoeveelheid en kwaliteit van slaap. In andere artikelen wordt het effect van melatonine en aanverwante middelen onderzocht. De resultaten van deze studies zijn niet conclusief en nader onderzoek is nodig om het effect op stemming en slaap te onderzoeken. In de richtlijn wordt als advies gegeven om een ernstige slaapstoornis kortdurend te behandelen met een benzodiazepine. Benzodiazepines hebben echter als nadeel dat de hoeveelheid slaap wel kan worden verlengd, maar dat de kwaliteit van de slaap niet verbetert. Daarnaast zijn bijwerkingen als tolerantie en afhankelijkheid redenen om terughoudend te zijn met het voorschrijven van deze middelen. Tot slot zijn er antidepressiva zoals fluoxetine en tranylcypromine waarbij slaapstoornissen een veelvoorkomende bijwerking zijn.

Conclusie
In de literatuur en de landelijke richtlijn is reeds veel geschreven over de behandeling van slaapstoornissen bij bipolaire stoornissen. Er blijkt echter ook een verscheidenheid aan bijwerkingen op de slaap te zijn van veelgebruikte medicatie in deze patiëntengroep, die een weloverwogen medicatiekeuze nodig maakt.

Literatuurverwijzing
Kupka R et al., Multidisciplinaire richtlijn bipolaire stoornissen. Derde, herziene versie, 2015.

S17.3

Verstoord slaap-waak ritme en de bipolaire stoornis: “State” of “Trait” fenomeen?

Stefan Knapen P[1] / Sanne Verkooijen [2] / Dr. Marco Boks [2] / prof. Robert Schoevers [1] / dr. Rixt Riemersma-van der Lek [1]

P: Presenterende auteur / spreker

1. UCP-UMCG
2. UMCU

Achtergrond

Patiënten met een bipolaire stoornis vertonen vaak slaap-waakritmestoornissen die wijzen op het circadiane systeem een onderliggende pathofysiologische oorzaak van deze aandoening te vinden kan zijn. Er zijn onderzoeken die laten zien dat dergelijke stoornissen niet beperkt zijn tot een manische of depressieve episode bij patiënten en dat ze genetisch oorsprong kunnen hebben. We hebben het circadiane slaap-waak ritme bestudeerd doormiddel van actigrafie in de euthyme fase van de ziekte en vergeleken dit met niet aangedane broers en zussen en met gezonde controles.

Doel

Het doel was onderbouwing te vinden voor de hypothese dat verstoringen in het circadiane rust-activiteits ritme een endofenotype van bipolaire stoornis zijn.

Methoden

Patiënten met bipolaire I stoornis, broers en zussen en gezonde controles namen deel in het 14-daags actigrafie protocol als onderdeel van de Nederlandse bipolaire cohortstudie (DBC). Uit de actigrafiedata worden niet-parametrische circadiane variabelen berekend en vergeleken tussen de verschillende groepen.

Resultaten

257 proefpersonen werden opgenomen in de studie (144 vrouwen, gemiddelde leeftijd: 50,2 jaar), 107 patiënten, 72 broers en zussen en 78 gezonde controles. Er waren geen verschillen in de niet-parametrische circadiane variabelen tussen de groepen (alle 7 variabelen $p > 0,05$). Het toevoegen van stemmingsverschijnselen aan de analyse leverde geen andere resultaten op. Een gevoeligheidsanalyse die alleen patiënten zonder huidig werk of kinderen in het huishouden omvat, heeft ook niet aangetoond dat patiënten meer circadiane ritmestoornissen hebben dan de andere groepen.

Conclusie

Uit deze grote steekproef van patiënten met bipolaire stoornis kunnen we concluderen dat euthyme bipolaire patiënten niet lijden aan meer circadiane ritmestoornissen in vergelijking met niet aangedane broers en zussen en gezonde controles. Dit laat zien dat patiënten in staat zijn om een stabiel ritme te behouden wanneer ze in de euthyme fase zitten. Verstoringen in het slaap-waakritme lijken daarmee eerder een state dan een trait fenomeen van de bipolaire stoornis.

Literatuurverwijzing

Harvey AG. Sleep and circadian rhythms in bipolar disorder: seeking synchrony, harmony, and regulation. Am J Psychiatry [Internet]. 2008 Jul;165(7):820–9. McClung C a. How might circadian rhythms control mood? Let me count the ways... Biol Psychiatry [Internet]. Elsevier; 2013 Aug 15 [cited 2014 Apr 29];74(4):242–9Verkooijen S, van Bergen AH, Knapen SE, Vreeker A, Abramovic L, Pagani L, et al. An actigraphy study investigating sleep in bipolar I patients, unaffected siblings and controls. J Affect Disord. 2017;208(August 2016):248–54.

S17.4

Het effect van lichttherapie bij bipolaire stoornissen

MD Lisette Rops P[1] / Marijn Groen [1,2] / Dr. Machteld Marcelis [1,2] / Dr. Claudia Simons [1,2]

P: Presenterende auteur / spreker

1. GGzE
2. Maastricht University

Achtergrond
Lichttherapie bij seizoensgebonden depressie toont robuuste positieve effecten bij unipolaire affectieve stoornissen. Er is echter zeer weinig onderzoek naar behandeling van lichttherapie bij bipolaire affectieve stoornissen.

Doel
Het evalueren van de effecten van lichttherapie bij seizoensgebonden depressie binnen het kader van een bipolaire stoornis.

Methoden
De lichttherapie werd gegeven met een intensiteit van 10.000 lux voor een periode van zeven achtereenvolgende dagen. Na deze zeven dagen is bepaald of er nog een extra week werd toegevoegd met maximale continuering tot 21 dagen. Multilevel regressieanalyses werden uitgevoerd met IDS totaal score, waarbij IDS was afgenomen voorafgaande aan de lichttherapie (dag 0), direct na de lichttherapie (dag 7) en bij continuering van de lichttherapie tevens op dag 14. De resultaten gaan over de periode van oktober 2014 tot maart 2015 en oktober 2015 tot maart 2016.

Resultaten
De resultaten toonden een significante afname is van depressieve klachten op dag 7 ten opzichte van dag 0 [B = -6,6, p<0,001]. Voor de groep patiënten die de therapie continueerden, was de afname van IDS totaalscore op dag 14 significant t.o.v. de voormeting [B = -5,1, p=0,036], maar er is geen significante afname t.o.v. de eerste zeven dagen lichttherapie [B=0,6, p=0,79]. Slechts bij één patiënt werden hypomane klachten geconstateerd.

Conclusie
Zeven dagen lichttherapie kan bij patiënten met een bipolaire stoornis positieve effecten hebben op seizoensgebonden depressieve klachten. Onduidelijk is of continuering van lichttherapie zinvol is wanneer er na zeven dagen slechts een beperkte afname is van depressieve klachten. Het risico op het doorschieten naar (hypo)manie lijkt beperkt. Door deze bemoedigende resultaten hebben we het onderzoek met een jaar verlengd en zodoende nog meer data te generen.

Literatuurverwijzing
Benedetti F. Dalaspezia, S., Fulgosi, M.C., Barbini, B., Colombo, C. Smeraldi E. (2007). Phase advance is an actimetric correlate of antidepressant response to sleep deprivation and light therapy in bipolar depression. Chronobiology International, 24(5):921-937.Benedetti F., Barbini B., Fulgosi M.C., Colombo C., Dallaspezia S., Pontiggia A., Smeraldi, E. (2005). Combined total sleep deprivation and light therapy in the treatment of drug-resistant bipolar depression: acute response and long-term remission rates. Journal of Clinical Psychiatry, 66(12):1535-1540.

S17.5

Ontwikkeling van een protocol voor lichttherapie bij patiënten met een winterdepressie in het kader van een bipolaire stoornis

Dr. Raphael Schulte P[1] / MD Loes Kaarsgaren

P: Presenterende auteur / spreker

1. GGZ-NHN

Achtergrond
De beschikbare behandelingen voor de depressieve episode van de bipolaire stoornis zijn niet altijd werkzaam en worden niet door alle patiënten geaccepteerd. Bij een unipolaire depressieve stoornis met seizoensgebonden (winter-)patroon is lichttherapie een eerstelijnsbehandeling.

Doel
1) Vaststellen van de werkzaamheid van lichttherapie en het risico op onder andere switch naar (hypo-) manie bij patiënten met een bipolaire winterdepressie. 2) opstellen van een behandelprotocol voor de bipolaire (winter-)depressie.

Methoden
Literatuuronderzoek en meningsvorming in een panel van deskundigen op basis van klinische praktijkervaring.

Resultaten
1) Een systematische review met meta-analyse naar de werkzaamheid van lichttherapie bij bipolaire depressie vindt slechts vier gecontroleerde onderzoeken met een matige effect-size voor verbetering van de depressie en geen aanwijzing voor meer switch naar (hypo-) manie dan in de controleconditie (Tseng e.a. 2016). Gerandomiseerd onderzoek naar de werkzaamheid van lichttherapie bij bipolaire winterdepressie ontbreekt. In de praktijk wordt lichttherapie bij bipolaire winterdepressie veelvuldig toegepast met goede resultaten betreffende werkzaamheid en veiligheid. De Multidisciplinaire richtlijn Bipolaire stoornissen oordeelt dat lichttherapie bij een winterdepressie in het kader van de bipolaire stoornis als behandeloptie overwogen kan worden (Kupka e.a. 2015). Een overzichtsartikel vindt weinig aanwijzing voor schadelijkheid van lichttherapie voor de retina bij patiënten die psychofarmaca gebruiken (Brouwer e.a. 2017). 2) Het protocol voor lichttherapie bij bipolaire winterdepressie onderscheidt zich op slechts enkele punten van de gangbare protocollen bij unipolaire depressie: a) bij bipolaire I depressie wordt een stemmingsstabilisator aanbevolen ter manieprevention, b) een depressieve episode met gemengde kenmerken is een relatieve contra-indicatie, c) psychofarmaca zijn geen absolute contra-indicatie voor lichttherapie. De patiënt wordt over de huidige stand van kennis geïnformeerd.

Conclusie
Het is aannemelijk dat een bipolaire winterdepressie effectief en veilig met lichttherapie kan worden behandeld. De behandeling onderscheidt zich op slechts enkele punten van die voor de unipolaire winterdepressie.

Literatuurverwijzing
Brouwer A, Nguyen H-T, Snoek FJ, e.a. Light therapy: is it safe for the eyes? Acta Psychiatr Scand. 2017 Sep 10. doi: 10.1111/acps.12785. [Epub ahead of print]Kupka R, Goossens P, van Bendegem M, e.a.. Multidisciplinaire richtlijn bipolaire stoornissen, Derde, herziene versie, 2015, Trimbos-instituut, De Tijdstroom, UtrechtSpijker, J, Bockting, C, Meeuwissen, e.a. (2013). Multidisciplinaire richtlijn depressie (derde revisie, 2013). Utrecht: Trimbos-instituut.Tseng PT, Chen YW, Tu KY, e.a. Light therapy in the treatment of patients with bipolar depression: A meta-analytic study. Eur Neuropsychopharmacol. 2016 Jun;26(6):1037-47.

S18 De spoedeisende psychiatrie als plek voor innovatie

Spoedeisende psychiatrische zorg is vaak complex, zowel qua zorgproces als zorg inhoudelijk. Veel ketenpartners, zoals bijvoorbeeld huisarts, ambulancepersoneel, politie, justitie en andere instanties, kunnen betrokken zijn bij iemand in crisis. Ketenpartners die eigen ideeën hebben over hetgeen in een crisissituatie moet gebeuren, iets dat samenwerken niet altijd gemakkelijk maakt. Inhoudelijk kan crisiszorg ook gecompliceerd zijn. Niet alleen omdat het vanwege de crisis vaak praktisch moeilijk is om een goede probleem analyse te maken en tot behandelopties te komen maar ook omdat er weinig wetenschappelijk bewijs is over wat goed handelen in een crisissituatie is. In de verschillende lezingen zullen een aantal projecten en het daarmee gepaard gaande onderzoek met de voorlopige resultaten worden beschreven. Projecten die als doel hebben samenwerking tussen ketenpartners binnen de crisiszorg te verbeteren en/ of meer wetenschappelijk bewijs te krijgen met betrekking tot crisis zorg.

S18.1

Een randomised control trial in de acute psychiatrie: medisch-ethische dilemma's

Jurgen Cornelis P[1] / Ansam Barakat [1] / Dr Astrid Vellinga [1]

P: Presenterende auteur / spreker

1. Arkin

Achtergrond
Intensive Home Treatment (IHT) teams worden vanaf 2012 door heel Nederland opgezet. Door onmiddellijk startende intensieve kortdurende ambulante hulp te bieden proberen zij psychiatrische patiënten in crisis in hun thuissituatie te behandelen. Met name Angelsaksisch onderzoek heeft aangetoond dat door middel van de IHT methodiek opnames voorkomen of, indien een opname onvermijdelijk was, verkort kunnen worden. Of dit ook voor de Nederlandse situatie geldt is nog niet onderzocht.Patiënten en hun familieleden die in contact komen met de spoedeisende psychiatrie bevinden zich vaak op een kwetsbaar moment in hun leven. Het is ook een moment waarop ingrijpende beslissingen moeten worden genomen. Bijvoorbeeld over de inhoud van een behandeling of een eventuele gedwongen opname. Omdat deze beslissingen grote consequenties kunnen hebben voor de toekomst en er weinig wetenschappelijk bewijs omtrent het handelen in de spoedeisende psychiatrie bestaat, is onderzoek in de acute psychiatrie van groot belang.Het doen van onderzoek bij mensen in een kwetsbare situatie roept allerlei medisch ethische dilemma's op. Bijvoorbeeld in hoeverre zijn mensen in zo'n situatie wilsbekwaam en voelen ze zich vrij om te beslissen over het wel of niet meedoen aan onderzoek? En onthoudt je mensen in deze kwetsbare groep geen nieuwe interventies omdat onderzoek doen zoveel problemen oplevert? Is het doen van een onderzoek naar de IHT methode waarbij een randomisatie moet plaats vinden wel haalbaar en ethisch verantwoord?

Doel
Het bewust worden van de medisch-ethische dilemma's en de mogelijke oplossingen verbonden aan het uitvoeren van onderzoek in de spoedeisende psychiatrie.

Methoden
In deze lezing worden kort de dilemma's en discussies die zich voordeden in de voorbereiding en de uitvoering van de Randomised Control Trial (RCT) "The feasibility and efficacy of intensive home treatment" besproken. In deze RCT, die in november 2016 is gestart, wordt de IHT methode vergeleken met care-as-usual bij mensen in een psychiatrische crisis.

Resultaten
In discussies met de hulpverleners van de IHT-teams bleek dat randomisatie teveel zou interfereren met het hulpverleningsproces. Daarom werd in voorgenoemd onderzoek gekozen voor het 2-arm Zelen dubbel consent design, waarbij er sprake is van een pre-randomisatie. Dit bekent dat er een randomisatie plaats vindt voordat er informed consent is gevraagd. Op deze manier kan het zorg proces zo snel als mogelijk gestart worden en kan er een kwalitatief hoog aangeschreven type onderzoek worden toegepast. Echter, mensen worden wel al geïncludeerd in een wetenschappelijk onderzoek voordat zij toestemming hebben gegeven. De informed consent wordt uiterlijk binnen 4 weken verkregen. Wilsbekwaamheid wordt volgens een strikt protocol bepaald.

Conclusie
Het doen van onderzoek, zelfs met een RCT, binnen de spoedeisende psychiatrie is belangrijk en ook mogelijk en zal altijd gepaard gaan met medisch-ethische discussies.

Literatuurverwijzing
http://www.trialregister.nl/trialreg/admin/rctsearch.asp?Term=IHTTorgerson DJ, Roland M. Understanding controlled trials. What is the Zelen design? BMJ. 1998;316:606.

S18.2

Intensive Home Treatment voor patiënten met acute psychische klachten: eerste resultaten van een multi-center randomised controlled trial

MSc. Ansam Barakat P[1,2] / MD Jurgen Cornelis [1,2] / Prof. Dr. Aartjan Beekman [3] / Prof. Dr. Jack Dekker [1,4] / PhD. Matthijs Blankers [1,5,6]

P: Presenterende auteur / spreker

1. Arkin Mental Health Care, Amsterdam, Nederland
2. VU University Medical Centre/GGZ InGeest, Amsterdam, Nederland
3. Department of Psychiatry, EMGO Institute of Health and Care Research, VU University Medical Centre/GGZ InGeest , Amsterdam, Nederland
4. Department of Clinical Psychology, VU University, Amsterdam, Nederland
5. Trimbos Institute, Utrecht, Nederland
6. Department of Psychiatry, Academic Medical Centre Amsterdam, Nederland

Achtergrond
Een klinische opname is een veel voorkomende interventie bij patiënten in een acute psychiatrische crisis. Intensive Home Treatment (IHT), een korte intensieve psychiatrische thuisbehandeling, kan een alternatief bieden (Murphy et al. 2015). De hypothese achter de IHT methode is dat patiënten in crisis sneller herstellen in de thuissituatie, beter aansluiting houden met hun sociale context en daardoor weer sneller kunnen participeren in de maatschappij. Het betrekken van het sociale steunsysteem speelt dan ook een belangrijke rol in de IHT-behandeling. IHT wordt in toenemende mate ingezet in Nederland. De effectiviteit gemeten in opnamedagen of klinische uitkomstmaten in vergelijking met een klinische opname is echter nog niet in Nederland onderzocht in de vorm van een randomised controlled trial (RCT).

Doel
Onderzocht wordt of toepassing van de IHT-methode het aantal opnames en de opnameduur per patiënt doet afnemen in vergelijking met andere spoedeisende psychiatrische zorg. Daarnaast worden klinische uitkomstmaten en tevredenheid in beide condities met elkaar vergeleken. In deze presentatie beschrijven we de opzet en geven we een beschrijving van de patiëntenpopulatie van deze studie.

Methoden
Eind 2016 is een Zelen double consent (Zelen, M. 1979). RCT gestart in Amsterdam. Patiënten in acute psychiatrische crisis worden ingedeeld in twee condities 1) IHT of 2) andere psychiatrische crisis zorg (care-as-usual). De dataverzameling middels vragenlijsten vindt plaats op baseline en op 6, 26 en 52 weken na het tekenen van het toestemmingsformulier door de deelnemer. Deelnemers worden geworven in de spoedeisende psychiatrie van twee GGZ instellingen (Arkin en GGZ inGeest) in Amsterdam.

Resultaten
De onderzoeksgroep bestaat momenteel, (sept. 2017), uit 82 deelnemers, waarvan 52% procent vrouwelijk is en 82% in Nederland geboren is. De gemiddelde leeftijd is 41 jaar (SD:13,2). Van de deelnemers heeft 38% een hoge opleiding afgerond (HBO of Universiteit) en 51% betaald werk. Van de deelnemers heeft 24% de afgelopen 30 dagen cannabis gebruikt en 7% harddrugs. Alcoholgebruik wordt door 46% van de deelnemers gerapporteerd. 43% van de deelnemers is in de afgelopen 6 maanden met politie of justitie in aanraking gekomen. Verder score de deelnemers op klinische karakteristieken de volgende: de gemiddelde totale score op de BPRS is 1,7 (N=79; SD: 0,29; schaal: 1-7) en op de BSI (op basis van the Global Severity Index) is 1,1 (N=76; SD: 0,76; schaal: 1-5). Op de kwaliteit van leven scoren de deelnemers op de MANSA een gemiddelde van 4,8 (N=76; SD: 1,4) en op de EQ-5D-5L op basis van Nederlandse utiliteiten (Versteegh et al., 2016) een gemiddelde van 0,78 (N=80; SD: 0,25). Tijdens het NVvP congres zullen up-to-date uitkomsten gepresenteerd worden.

Conclusie

Onderzoek in de acute psychiatrie wordt zelden uitgevoerd vanwege de setting en ook de patiëntenpopulatie. De RCT in Amsterdam, waarin de IHT-methode wordt vergeleken met overige spoedeisende psychiatrische zorg, toont aan dat het haalbaar is om een grootschalige studie uit te voeren binnen een stedelijke omgeving. De eerste baseline resultaten geven een gedetailleerde weergave van de verdeling en samenstelling van de onderzochte populatie. Dit vormt een werkbare basis voor het analyseren van de effectiviteit van IHT.

Literatuurverwijzing

- Murphy, S.M., Irving, C.B., Adams, C.E., & Waqar, M. (2015). Crisis intervention for people with severe mental illnesses. Cochrane Database.Syst.Rev., 12, CD001087. doi:10.1002/14651858.CD001087.pub5 [doi]. Retrieved from PM:26633650
- Versteegh M.M, Vermeulen M.K., Evers M.A.A.S., de Wit GA, Prenger R., Stolk A.E.(2016). Dutch Tariff for the Five-Level Version of EQ-5D. Value Health. 19(4):343-52. doi: 10.1016/j.jval.2016.01.003. Epub 2016 Mar 30.
- Zelen, M. (1979). A new design for randomized clinical trials. N.Engl.J.Med., 300(22), 1242-1245. doi:10.1056/NEJM197905313002203 [doi]. Retrieved from PM:431682.

S18.3

Doorontwikkeling van het Psycholance concept

Jeroen Zoeteman P[1]

P: Presenterende auteur / spreker

1. GGZ Arkin

Achtergrond
In april 2014 ging een unieke samenwerking tussen Ambulance Amsterdam en de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam van start. De 'Psycholance' oftewel gespecialiseerd ambulance vervoer voor psychiatrische patiënten is inmiddels in Amsterdam en andere regio's niet meer weg te denken. Het concept heeft in 4 jaar tijd een behoorlijke ontwikkeling doorgemaakt, waarbij niet alleen het vervoer zelf is veranderd maar ook het (spoed)zorglandschap is beïnvloed.

Doel
Deelnemers leren de verschillende aspecten van het vervoer van acute psychiatrische patiënten begrijpen aan de hand van praktijkvoorbeeld de Psycholance, maar ook welke invloed deze verandering heeft gehad op ketenpartners.

Methoden
Aan de hand van het uitgevoerde pre/post onderzoek, monitoring-cijfers van de crisisketen en praktijkervaringen worden de voor- en nadelen van de Psycholance inzichtelijk gemaakt.

Resultaten
Waar in vele regio's de politie het vervoer van acute psychiatrische patiënten nog doet, wordt in Amsterdam inmiddels meer dan 90% van het spoedvervoer door de ambulance uitgevoerd, met minder restrictie, zonder toename van incidenten.

Conclusie
De Psycholance is begonnen als een ambitieus project met goede resultaten in een stedelijke omgeving, maar levert ook nieuwe vraagstukken op, zoals met betrekking tot de mogelijkheid van het doen van somatische controles op GGZ opvanglokaties, de samenhang tussen GGZ crisisdiensten en SEH posten in ROAZ verband en de rol van politie en openbaar ministerie bij gevaarsettingen en strafbare feiten.

Literatuurverwijzing
Achilles, R.A., Beerthuis, R.J., Ewijk, W.M. & Zoeteman, J.B. (redactie) (2017). Handboek Spoedeisende Psychiatrie. Derde, geheel herziene druk. Utrecht: De Tijdstroom.Zoeteman, J.B., Dijk, A.J. van, Braam, A.W., Reijsen, A.F.R.R. van & Hoeven, B.J.H van der (2016). Samenwerking tussen politie en GGZ crisisdiensten in Nederland. Ontwikkelingen in de vier grote steden. Cahiers Politiestudies, 40-3, 109-124.

S18.4

Vroege beoordeling van verwarde verdachten op het politiebureau door de crisisdienst: (wie) helpt het?

drs. Erik Sikkens P[1]

P: Presenterende auteur / spreker

1. Arkin

Achtergrond
Van 3 april tot 3 oktober 2017 loopt een pilot voor de beoordeling van verwarde verdachten door de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam op het politiebureau. In de beoordeling wordt gekeken of er acute psychiatrische zorg nodig is en of er bijvoorbeeld een inbewaringstelling in het kader van de wet BOPZ noodzakelijk is. Het betreft een samenwerking tussen GGZ Arkin (Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam), de politie, het OM, de reclassering, de GGD en het NIFP. Er is een werkwijze afgesproken tussen alle partijen waar m.n. de privacy aspecten voldoende aandacht hebben gekregen en gewaarborgd zijn. Er zijn gegevens verzameld van alle beoordelingen en tevens van de politie en het OM zodat zicht is gekregen om welke groep het gaat.

Doel
Doel van de pilot was om te bezien of er acute zorg nodig was voor de beoordeelde verwarde verdachte en of na overleg met het OM tot een adequaat vervolg gekomen kon worden, strafrechtelijk dan wel civielrechtelijk.

Methoden
Beoordeling vond plaats binnen twee uur na aanhouding na verdenking op een strafbaar feit (licht misdrijf, zoals bedreiging, vernieling, etc.) en er werd vervolgens overlegd met het OM (ZSM-OvJ, met toestemming van de beoordeelde) en een advies gegeven mn tav de vraag of er sprake was van een situatie waarin een inbewaringstelling in het kader van de wet BOPZ noodzakelijk was. Hierna kon het OM besluiten tot een strafrechtelijk vervolg

Resultaten
Gegevens zijn verzameld van meer dan 100 beoordelingen en de groep verwarde verdachten die op het Hoofdbureau van politie zijn bezocht en beoordeeld is in kaart gebracht. Tevens is gekeken of een dergelijke werkwijze (die voor deze pilot bij alle meewerkende instellingen geïmplementeerd moest worden) voldoende adequaat geïmplementeerd kon worden en tot betere (en meer tevreden) samenwerking heeft geleid.

Conclusie
Duidelijkheid is verkregen over hoe groep verwarde verdachten er uit ziet (o.a. m.b.t. aanwezigheid van een psychiatrische stoornis, justitiële voorgeschiedenis) en over welk aandeel van die groep een dusdanige ernstige psychiatrische aandoening heeft en een gevaar vormt in het kader van de wet BOPZ dat een ibs of andere maatregel (intrekken voorwaardelijk ontslag) werd geadviseerd c.q. ten uitvoer gelegd. Tevens is er naar de tevredenheid over de samenwerking tussen de instellingen gekeken.

Literatuurverwijzing
1. C.L. Mulder et al, Expertise van de GGZ in de frontlinie bij de zorg voor personen met verward gedrag ofwel met acute (zorg)nood, Tijdschrift voor Psychiatrie, 59(2017)9, 527-545
2. Doorpakken. Eindrapportage Aanjaagteam Verwarde Personen. Min van VWS/V&J en VNG, september 2016
3. Niemand tussen wal en schip. Schakelprogramma Schakelteam personen met verward gedrag. Min van VWS/V&J en VNG, december 2016.

S18.5

Van beveiliger naar patiëntenbegeleider

Willem Zevering P[1] / Jurgen Cornelis [2]

P: Presenterende auteur / spreker

1. SPA Mentrum
2. Arkin

Achtergrond
De Spoedeisende Psychiatrische Onderzoek Ruimte (SPOR) in Amsterdam is sinds 2004 de ruimte waar politie, mensen naar toe kan brengen als er mogelijk sprake is van gedrag voortkomend uit een psychiatrische ziekte. De SPOR is gelokaliseerd in het centrum van de stad samen met een psychiatrische kliniek en bestaat uit 6 kamers waar jaarlijks zo'n 3000 consulten worden uitgevoerd. Veiligheid binnen de SPOR, zowel voor patiënten als voor personeel, is altijd een belangrijk punt van aandacht geweest. Vanaf de start van de SPOR werden beveiligers aangesteld om de veiligheid te waarborgen. Vanuit de praktische ervaring die de vaste groep beveiligers kreeg met psychiatrische patiënten, bijscholingen over psychiatrische ziekte beelden en met name over angststoornissen, beïnvloedingstechnieken die politie onderhandelaars gebruiken bij gijzelingen en zelf experimenteren ontwikkelden zijzelf een systematische werkaanpak om te kunnen de-escaleren als agressie dreigt. De systemische werkaanpak bestaat eruit dat na inschatting van de situatie één of meerdere omschreven beïnvloedingstrategieën worden gekozen en toegepast. Indien dit niet werkt wordt geëvalueerd en een andere strategie geprobeerd. Doordat beveiligers, samen met een verpleegkundige, de patiënt ontvangen, zorgen dat de patiënt zich zo aangenaam mogelijk voelt en uitleggen wat de gang van zaken is hebben ze in het begin een aantal korte contacten waarin zij kunnen observeren en strategieën, indien nodig , kunnen toepassen. Op deze wijze ontstaat er vaak een betere basis voor samenwerking met de bewakers iets waar vaak gebruik van gemaakt kan worden in het beoordelingsproces. Cliënten geven aan hierover tevreden te zijn en ook is politie assistentie op de SPOR in 4 jaar teruggedrongen van bijna 10% in gevallen waar escalatie dreigde naar 0,5%. De rol van beveiliger is door deze werkwijze veranderd in de rol van patiënten begeleider.

Doel
Psychiatrische patiënten roepen vaak bij mensen die ermee geconfronteerd worden gedrag op dat voornamelijk voortkomt uit angst en in de relatie met de patiënt escalerend kan werken. Een escalatie die vaak door patiënten en personeel als traumatisch wordt beleefd.. Angst voor de psychiatrische patiënten wordt gezien bij personeel van de ketenpartners van de spoedeisende psychiatrie, bijvoorbeeld ambulance personeel. Om handvatten te bieden aan de keten partners is rond de systematische de-escalerende werkwijze een training ontwikkeld door de patiënten begeleiders waarmee ambulancepersoneel wordt getraind in de-escalerende technieken.

Methoden
In deze lezing zal worden toegelicht waaruit de door de patiënten begeleiders ontwikkelde methodische werkwijze bestaat, hoe de verschillende beïnvloedingstrategieën eruit zien en hoe dit praktisch werkt in de dagelijkse praktijk van de spoedeisende psychiatrie.

Resultaten
Minder escalatie in contacten tussen medewerkers van de spoedeisende psychiatrie en mensen waarbij een psychiatrische ziekte wordt vermoed.

Conclusie
De methodische werkwijze om te de-escaleren die is opgezet vanuit de beveiligers van de spoedeisende psychiatrie Amsterdam blijkt in praktijk effectief en kan ook door ketenparners gebruikt worden om ongewenste escalatie met mensen waarbij een psychiatrische ziekte wordt vermoed te voorkomen.

Literatuurverwijzing
-

S18.6

Onmiddellijke cliëntfeedback in de spoedeisende psychiatrie: een gerandomiseerde trial bij de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam

dr. Flip Jan van Oenen P[1,2]

P: Presenterende auteur / spreker

1. Arkin
2. Amsterdams Instituut voor Gezins- en Relatietherapie

Achtergrond
Onderzoek wijst uit dat het toepassen van feedback de behandelresultaten kan verbeteren bij patiënten met psychische aandoeningen

Doel
Onderzoeken of patiënten die zich in crisis melden bij de spoedeisende psychiatrie baat hebben bij het toepassen van onmiddellijke feedback

Methoden
In een gerandomiseerde gecontroleerde studie (RCT) werden de resultaten vergeleken van een groep cliënten die met feedback behandeld werd en een controlegroep die treatment as usual ontving. De experimentele groep, of feedbackgroep (FB), heeft na elk therapeutisch contact de behandeling aan de hand van vier Likert-schalen beoordeeld. De controlegroep kreeg de behandeling zoals gebruikelijk (TAU) zonder beoordeling van de sessies. De effectmetingen werden uitgevoerd bij inname (T0), na 6 weken (T1) en na 12 weken (T2). Vragenlijsten voor symptoominventarisatie (BSI), welbevinden (OQ45) en een patiënttevredenheidsschaal werden afgenomen. De hypothese is dat de experimentele groep meer verbetering vertoont dan de controlegroep.

Resultaten
In totaal namen 287 patiënten deel aan de studie, gerandomiseerd toegewezen aan een FB-groep (N = 149) en een TAU-groep (N = 138). Na 12 weken hebben 72 patiënten van de FB-groep en 57 patiënten van de TAU deelgenomen aan de vervolgmeting op het primaire meetmoment T12.Er werden geen significante verbeteringen gevonden bij T12 in de FB-groep, in vergelijking met de TAU-groep over de symptomen, welbevinden en de tevredenheid van de patiënt. Er zijn aanwijzingen dat de TAU-groep meer verbeterde op het meetpunt na 6 weken dan de FB-groep.

Conclusie
Systematische feedback bij iedere behandelsessie toonde geen verbetering van het behandeleffect aan bij patiënten die behandeld worden bij de spoedeisende psychiatrie. Mogelijke verklaringen voor het gebrek aan verbetering zijn de crisis van de patiënten en de aard van de psychiatrische problemen van de patiënten. Een andere verklaring is de substantiele verbetering van de patiënten in de controlegroep, waardoor een mogelijk contrast tussen de experimentele en controlegroep werd verminderd.

Literatuurverwijzing
1. Oenen Fv, Schipper S, Van R, Schoevers R, Peen J, Dekker J, et al. Efficacy of immediate patient feedback in emergency psychiatry: A randomized controlled trial in a crisis intervention and brief therapy team. BMC Psychiatry, 2013, 13:331. (design article) 2. Oenen Fv, Schipper S, Van R, Schoevers R, Peen J, Visch I, Dekker J. Feedback-informed treatment in emergency psychiatry; a randomised controlled trial. BMC Psychiatry 16:110, 2016. DOI: 10.1186/s12888-016-0811-z (results)URL: http://www.biomedcentral.com/1471-244X/16/110.

DISCUSSIEGROEPEN

D8 Interview van de medisch leider (in uzelf)

drs Audrey van Schaik P[1,2] / drs Afra van der Markt P[3] / drs Alexej Kuiper P[4] / drs Marc van Heteren P[5]

P: Debatleider / panelleden

1. SHDH
2. NVvP, beroepsbelangencommissie
3. GGZ inGeest
4. Arkin
5. GGZinGeest/VUmc

Inhoud (wat)
Het huidige werkveld vraagt van elke psychiater de transitie van behandelaar naar een medisch expert met steeds meer leiderschapskwaliteiten. De psychiater van de toekomst zou een duidelijke visie moeten hebben en uitdragen. Binnen teams wordt er van de psychiater verwacht dat ze als regiebehandelaar een leidinggevende rol op zich nemen. Ook op bestuurlijke niveaus is het nodig dat de psychiatrie betrokken is bij besluiten die in de zorg worden genomen. Maar kan iedereen deze rol wel op zich nemen? Sommige psychiaters lijken geboren leiders, maar is dat wel echt zo of hebben ze hard moeten werken om te worden wie ze nu zijn? Wat hebben ze ontwikkeld? Om deze vragen te beantwoorden hebben AIO's video-interviews afgenomen bij, in hun ogen, medisch leiders. Deze medisch leiders houden zichzelf een spiegel voor in het interview. De deelnemers gaan vervolgens met elkaar in gesprek over de leiderschapskwaliteiten die zij tegenkomen in de interviews en bij zichzelf.

Vorm (hoe)
Door middel van fragmenten uit de interviews die AIO's hebben afgenomen bij medisch leiders willen we met het publiek in discussie gaan over de vraag wat medisch leiderschap is en wat het vraagt van psychiaters in hun (persoonlijke) ontwikkeling. Drie AIO's die voor het psychiatrieonderwijs de module beleid en management volgen en een interview afnamen zijn betrokken bij de discussiegroep.

Leerdoelen
Deelnemers kunnen zich verder oriënteren op benodigde competenties voor een medisch leider en waar zij zelf staan op dit domein. Mn is de discussie geschikt voor AIO's en beginnende psychiaters

Literatuurverwijzing
◦ Medical leadership in changing times. Bhugra, D, 2011. Asian Journal of Psychiatry
◦ Artsen met verstand van zaken. M. Levi. De Tijdstroom, 2016

D9 Omgaan met adolescenten met ASS in crisis: buigen of barsten?

drs. Liesbeth Hoekstra [P1] / dr. Els van den Ban [P1] / dr. Pierre Herpers [P1,1] / dr. Lisanne Stone [P1] / drs. Eline Geerlings [P1]

P: Debatleider / panelleden

1. Karakter

Inhoud (wat)
Uit de multidisciplinaire richtlijn ASS voor jongeren blijkt dat voor geen enkele gedragsmatige behandeling evidentie bestaat (Schothorst et al., 2009), laat staan dat er evidentie is voor de werkzaamheid van behandelingen gericht op het gezin, zoals systeemtherapie (Spain et al., 2017). Dit gegeven belet jongeren met ASS evengoed niet om gedragsmatig in de knel te komen. Dit gebeurt met name in de adolescentie wanneer hun autonomiebehoefte toeneemt en zij de rol die ouders vanaf hun vroege kindertijd hebben aangenomen niet langer accepteren. Ouders zijn vaak in een patroon van volgen en toegeven geraakt om agressie en conflicten te voorkomen waardoor het gedrag steeds bepalender is geworden en ouders en kind dit niet meer doorbroken krijgen. In de praktijk moeten we deze jongeren en hun ouders natuurlijk helpen, maar wat is wijsheid wanneer de wetenschappelijke stand van zaken hierin geen richting geeft? Dit probleem speelt des te meer een rol wanneer er thuis crisissituaties ontstaan en de dagstructuur en –invulling verstoord zijn geraakt. In deze discussiegroep wordt de vraag gesteld wat een passende aanpak kan zijn voor deze jongeren en hun gezin aan de hand van de netwerktheorie (e.g., Borsboom, 2017) en hoe gepersonaliseerde opname vervangende behandeling (zoals bijv. Intensive Home Treatment waarbij de focus ligt op de systemische factoren en hoe deze het gedrag van de jongeren kunnen versterken en verzwakken) een rol kan spelen.

Vorm (hoe)
Panelleden zijn kinder- en jeugdpsychiaters en GZ-psychologen. Zij hebben (daarnaast/ook) een verschillende (neuro)wetenschappelijke, orthopedagogische en psychologische achtergrond. Vanuit diverse invalshoeken zullen stellingen belicht worden. In interactie met het publiek zal geprobeerd worden om meningen voor zich te winnen en er zal getracht worden een gezamenlijke eindconclusie te formuleren.

Leerdoelen
-Deelnemers hebben meer zicht op de dynamiek die veelal ontstaat tussen jongere met ASS en ouders, en welke factoren deze dynamiek in stand houden
-Deelnemers hebben handvatten hoe om te gaan met emotie-regulatieproblematiek tijdens de adolescentie bij jongere met ASS en hun ouders
-Deelnemers hebben inzicht in de rol van pedagogische begrenzing en de vernieuwende aanpak die Intensive Home Treatment daarin hanteert

Literatuurverwijzing
- Borsboom, D. (2017). A network theory of mental disorders. World psychiatry, 16(1), 5-13.
- Schothorst, P. F., van Engeland, H. van der Gaag, R. J., Minderaa, R. B., Stockmann, A. P. A. M., Westermann, G. M. A., & Floor-Siebelink, H. A. (2009). Richtlijn diagnostiek en behandeling autismespectrumstoornissen bij kinderen en jeugdigen. NVVP, Utrecht.
- Spain, D., Sin, J., Paliokosta, E., Furuta, M., Prunty, J. E., Chalder, T., ... & Happé, F. G. (2017). Family therapy for autism spectrum disorders. The Cochrane Library.

D10 Hoe kunnen we de ernstige gevolgen van een psychiatrische stoornis voorkomen?

drs. Kees Lemke P[1] / prof.dr. Jaap van Weeghel P[2,3,4] / prof.dr. Niels Mulder P[5,6] / Olena Trompert P[7]

P: Debatleider / panelleden

1. GGNet
2. Kenniscentrum Phrenos
3. Parnassia Groep
4. Tilburg University
5. Parnassia Groep, Bavo Europoort
6. Erasmus Medisch Centrum
7. GGZ InGeest

Inhoud (wat)

Veel ggz-patiënten herstellen mede dankzij de geboden behandeling goed van hun stoornis, krijgen geen ernstige terugval en kunnen hun leven naar wens hervatten. Helaas verloopt het niet altijd zo voorspoedig. Niet iedereen herstelt duurzaam van zijn symptomen, en nog minder patiënten bereiken volledig maatschappelijk herstel. Zo behoren vele jonge ggz-patiënten volgens Britse onderzoekers tot de zogeheten NEET-jongeren: Not in Education, Employment, or Training (Hodgekins e.a., 2015). Veel is al bekend over factoren die met een slechte prognose samenhangen, zoals slecht premorbide functioneren, vroeg begin van de stoornis, geen steunend netwerk en veel negatieve symptomen. Moeten we de marginalisering van deze patiënten als een gegeven accepteren? Of kunnen we eraan bijdragen dat de ernstige, blijvende gevolgen die een psychiatrische stoornis nu vaak heeft in het leven van patiënten - denk aan publiek- en zelfstigma, somatische ziekten, functionele beperkingen, werkloosheid, demoralisatie en sociaal isolement - tot een minimum beperkt blijven? Preventie van ernstige psychiatrische aandoeningen is één van de twee strategieën die volgens het landelijk plan van aanpak Over de brug (projectgroep plan van aanpak EPA, 2014) moeten worden ingezet om een derde minder ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) in Nederland te realiseren. Echter, in dat plan heeft de andere strategie - het bieden van de best mogelijke behandeling aan mensen die al tot de EPA-groep behoren – veruit de meeste aandacht en uitwerking gekregen. Het wordt tijd om nu ook het voorkómen van EPA serieus ter hand te nemen. We richten ons dan op personen die al bij de GGz bekend en in behandeling zijn. Het gaat om tertiaire- of zorggerelateerde preventie: 'voorkomen dat een bestaande aandoening leidt tot complicaties, beperkingen, een lagere kwaliteit van leven of sterfte'. We doelen hierbij op preventieve activiteiten die in principe binnen het bereik van de GGz(-professionals) liggen. Daarnaast is een ander aspect van preventie van belang, namelijk het verkleinen van sociaal-economische gezondheidsverschillen die ontstaan ten gevolge van een chronische ziekte. Kenniscentrum Phrenos heeft a.d.h.v. interviews met experts en een review van onderzoeksliteratuur kennis verzameld over: 1) risicofactoren en -groepen voor gestagneerde herstelprocessen; 2) effectief gebleken interventies en good practices die gericht zijn op het voorkómen van (de nadelige gevolgen van) EPA. We zullen de belangrijkste bevindingen van deze studie presenteren. Verder is sinds 2016 het actieplatform Herstel voor iedereen! gestart, waaraan 16 ggz-instellingen deelnemen. Zij hebben aan elkaar en aan een panel van ervaringsdeskundigen en vakspecialisten hun actieplannen gepresenteerd. We besteden aandacht aan de plannen die betrekking hebben op de preventie van EPA.

Vorm (hoe)

Debat waar de auteurs aan de hand van enige voorzetten de deelnemers uitnodigen om, mede op geleide van eigen praktijkervaringen, mee te denken over effectieve en uitvoerbare programma's om de negatieve gevolgen van een ernstige psychiatrische stoornis tegen te gaan. Deze programma's worden vanuit wetenschappelijk-, klinisch- en ervaringsdeskundig perspectief tegen het licht gehouden en bediscussieerd.

Leerdoelen
Deelnemers delen de kennis over effectieve interventies en programma's m.b.t. de secundaire preventie bij ernstige psychische aandoeningen. De uitkomsten van het debat worden daarna voorgelegd aan de voorhoede van actief aan herstel werkende ggz-instellingen in Nederland.

Literatuurverwijzing
Hodgekins, J. e.a. (2015). Investigating trajectories of social recovery in individuals with first-episode psychosis: a latent class growth analysis. British Journal of Psychiatry 207, 536-543.Projectgroep Plan van aanpak EPA (2014). Over de brug: plan van aanpak voor de behandeling en ondersteuning van ernstig psychiatrische aandoeningen. Utrecht: Kenniscentrum Phrenos.

WORKSHOPS

W19 Leefstijl ter preventie en behandeling van stemmings- en angststoornissen

dr. Rogier Hoenders [p1]

P: Workshopleider

1. CIP, Lentis

Inhoud (wat)
Naast het verminderen van klachten is het belangrijk patiënten te helpen bij het vergroten van hun krachten: hun gezonde kanten, kwaliteiten en veerkracht. Hiertoe zijn diverse transdiagnostische methoden beschikbaar. Leefstijl is er een van. De Raad van Volksgezondheid en Zorg adviseerde de (G)Gz in 2010 om 'van ziekte en zorg, naar gezondheid en gedrag' te bewegen. In het visiedocument van de federatie voor medisch specialisten 2025 wordt gesproken over 'de medisch specialist als leefstijlcoach' (FMS, 2016). Er is toenemend wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit van therapeutische leefstijl veranderingen voor stemmings- en angststoornissen zoals voeding, beweging, relaxatie (Walsh, 2011). Hoogleraar Ornish ontwikkelde een leefstijl programma met voeding, beweging en relaxatie dat effectief bleek bij hart en vaatziekten, prostaat kanker en tevens depressieve klachten met 50% deed verminderen (Pischke et al., 2010). Tevens lijken leefstijl veranderingen kosteneffectief (Stahl et al., 2015). Er is recent meer inzicht gekomen in werkingsmechanismen van leefstijl veranderingen, zoals de gut-brain-axis, het microbioom en de invloed van voeding op brein, stemming en gedrag. Echter, op mindfulness en running therapy na, wordt leefstijl begeleiding nog nauwelijks toegepast in de GGz. Gedragsverandering is moeilijk, zeker op de langere termijn. Bekende voorbeelden zijn jojo effecten bij pogingen af te vallen en de goede voornemens van 1 Januari die vaak voor het eind van de maand zijn vergeten of verlaten. Is duurzame gedragsverandering op gebied leefstijl überhaupt haalbaar? Wat is ervoor nodig om dit te bereiken? Hoe ziet dat er concreet uit in de GGz?

Vorm (hoe)
Deze interactieve workshop bestaat uit drie delen. Eerst wordt een overzicht gegeven van wetenschappelijk onderzoek, richtlijnen en beleidsnotities over preventie en leefstijl. Daarna oefenen deelnemers met het verrichten van een leefstijl anamnese. Tenslotte wordt er in tweetallen geoefend met het induceren van therapeutische leefstijl veranderingen, middels de principes van gedragstherapie, motivational interviewing en oplossingsgericht werken.

Leerdoelen
1. Kennis nemen van recent wetenschappelijk onderzoek naar effectiviteit en werkingsmechanismen van therapeutische leefstijl veranderingen.
2. Leren een leefstijl anamnese af te nemen.
3. Leren hoe therapeutische leefstijl veranderingen te induceren.
4. Leren hoe leefstijl te implementeren in het behandelaanbod.

Literatuurverwijzing
Hoenders, H.J.R., Van der Ploeg, K., Steffek, E., Hartogs, B. (2014) Leefstijl. In: Transdiagnostische factoren: theorie, onderbouwing en behandeling. Heycop the Ham, B, Hulsbergen, M & Bohlmeijer E (red), Boom. Pischke, CR, Frenda, S, Ornish, D. and Weidner, G (2010) Lifestyle changes are related to reductions in depression in persons with elevated coronary risk factors. Psychology and Health Vol. 25, No. 9, November 2010, 1077–1100. Stahl JE, Dossett ML, LaJoie AS, Denninger JW, Mehta DH, Goldman R, et al. (2015) Relaxation Response and Resiliency Training and Its Effect on Healthcare Resource Utilization. PLoS ONE 10(10): e0140212. Walsh, R. (2011). Lifestyle and mental health. The American Psychologist, 66(7), 579-592.

W20 Patiënten met een therapieresistente conversiestoornis: is er nog beweging mogelijk?

dr. Lineke Tak [1] / dr. Babette de Graeff-Meeder [2] / MD Mirte Hulscher-Ruks [2]

P: Workshopleiders

1. Dimence
2. Altrecht Psychosomatiek

Inhoud (wat)
Conversiestoornis (functioneel-neurologisch-symptoomstoornis) heeft een roemruchte geschiedenis in de geneeskunde en valt nu onder de somatisch-symptoomstoornis en aanverwante stoornissen in de DSM-5. Toegepaste behandelingen zijn o.a. fysiotherapie, psychotherapie, hypnotherapie en multidisciplinaire behandeling. Er is echter ook een groep patiënten te identificeren bij wie sprake is van een therapieresistente conversiestoornis. Bij deze groep patiënten lijkt behandeling de klachten soms juist steeds erger te maken: ze worden rolstoel- of bedgebonden, krijgen katheters of voedingssondes en ondanks dat er zeer ernstige klachten zijn, raken ze in de tussen wal en schip en ontvangen soms uiteindelijk alleen nog zorg van de huisarts. Er ontstaat veel machteloosheid van zowel patiënt, systeem als vaak meerdere betrokken behandelaars. Niemand krijgt grip op patiënt. Dat leidt er mede toe dat er regelmatig gedacht wordt aan een nagebootste stoornis. Er zijn geen richtlijnen hoe om te gaan met deze groep patiënten met een (richtlijn)therapieresistente conversiestoornis. Toch is het belangrijk een kader te hebben hoe een geïntegreerde visie te houden op een patiënt die in beeld is bij verschillende hulpverleners. Kan de volwassenenzorg iets leren van AMBIT (Adolescent Mentalization Based Integrative Therapy)? Kan het maken van een 'desintegratie raster' helpen in situaties met hyper- en hypomentaliseren zoals die vaak voorkomen bij patiënten en hulpverleners rond een therapieresistente conversiestoornis? In deze workshop zal de (wetenschappelijke) achtergrond geschetst worden van de historie en huidige behandelinzichten betreft de conversiestoornis. Vervolgens wordt casuïstiek besproken vóórbij geldende behandelrichtlijnen, waarbij steeds de vraag aan het publiek is wat hun overwegingen en beleid zou zijn en besproken of principes uit AMBIT hulpverleners geholpen hebben.

Vorm (hoe)
Theorie: wetenschappelijke presentatie. Praktijk: casuïstiek-bespreking van patiënten met een ernstige, therapieresistente conversiestoornis met participatie publiek, waarbij de steeds eerst de vraag aan het publiek is: 'wat zou u nu doen?' en vervolgens besproken wordt wat er gedaan is en of dat effectief was.

Leerdoelen
- Herkennen van groep patiënten met ernstige, therapie-resistente conversiestoornis
- Onderscheid maken tussen conversiestoornis en nagebootste stoornis
- Kennen evidence-based behandelingen conversiestoornis en beschreven interventies voor patiënten met ernstige, therapieresistente conversiestoornis
- Kennismaken met het AMBIT model, toegepast op hulpverleners
- Uitwisseling van ervaringen met interventies vóórbij de geldende richtlijnen

Literatuurverwijzing
Spaans J, van der Horst H, Rosmalen J, van Rood Y, Visser S (redactie). Handboek Behandeling van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten. LannooCampus, Tielt, 2017. Bevington D, Fuggle P, Fonagy P. Applying attachment theory to effective practice with hard-to-reach youth: the AMBIT approach. Attach Hum Dev. 2015;17(2):157-74van Dessel N, den Boeft M, van der Wouden JC, Kleinstauber M, Leone SS, Terluin B, et al. Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. The Cochrane database of systematic reviews. 2014(11):CD011142.Stone J. Therapeutic sedation for functional (psychogenic) neurological symptoms. J Psychosom Res. 2014 Feb;76(2):165-8.Stone J. Neurologic approaches to hysteria, psychogenic and functional disorders from the late 19th century onwards. Handb Clin Neurol. 2016;139:25-36.Schönfeldt-Lecuona C, Lefaucheur JP, Lepping P, Liepert J, Connemann BJ, Sartorius A, Nowak DA, Gahr M. Non-Invasive Brain Stimulation in Conversion (Functional) Weakness and Paralysis: A SystematicReview and Future Perspectives. Front Neurosci. 2016 Mar 31;10:140.

W21 AMBIT: translatie van psychotherapie naar buiten de muren van de GGZ

MD Saskia Knapen [p1] / MD Rozemarijn van Duursen [p1]

P: Workshopleiders

1. Altrecht

Inhoud (wat)
Patiënten met ernstige hechtingsproblemen vormen een moeilijk te bereiken doelgroep, die vaak al een lange, gebroken hulpverleningsgeschiedenis achter de rug hebben. Door eerdere ervaringen met de GGZ zijn ze gedesillusioneerd geraakt en zijn ze hun vertrouwen in de hulpverlening verloren, waardoor het veel moeite kost om weer vertrouwen op te bouwen in de behandelrelatie. Interactieproblemen en heftig destructief gedrag staan in de behandeling vaak op de voorgrond. Dit levert ook bij hulpverleners soms heftige emoties op, die ertoe leiden dat de (behandel)relatie met deze mensen onder druk kan komen te staan. Het kunnen delen en begrijpen van deze emotionele reacties is van groot belang om de behandelrelatie te kunnen behouden en de behandeling te kunnen volhouden. Ondersteuning van je eigen mentaliserend vermogen is daarom gewenst. Inbedding in een team met kennis en vaardigheden t.a.v. persoonlijkheidsstoornissen wordt als essentieel geacht voor het behoud van gezonde en productieve medewerkers, maar ook voor de borging van de kwaliteit van de behandeling en het voorkomen van onder behandeling en iatrogene schade. AMBIT (Adaptive Mentalization Based Integrative Treatment) biedt hiertoe een gestructureerde werkwijze, die binnen het Anna Freud Centre in Londen ontwikkeld is voor moeilijk te bereiken mensen met ernstige complexe problemen op verschillende levensdomeinen. AMBIT is gebaseerd op de hechtingstheorie en legt een sterke nadruk op het bouwen van relaties. Het is geen individuele therapie, maar een teambenadering. In de werkwijze wordt de aandacht niet alleen gericht op de patiënt, maar gelijk verdeeld over het werken met de patiënt, je team, je netwerk en het leren van wat je doet (de vier domeinen van het AMBIT-wiel).

Vorm (hoe)
In deze workshop wordt uitleg gegeven over de AMBIT-werkwijze, er wordt geoefend met de tools die binnen de vier verschillende domeinen gebruikt kunnen worden, en er is aandacht voor hoe AMBIT te implementeren binnen de bestaande behandelmodellen.

Leerdoelen
- kennismaking met de AMBIT werkwijze
- kennismaking met praktische AMBIT tools

Literatuurverwijzing
Knapen, S. (2017). AMBIT als antwoord op wijkgericht werken. GZ-Psychologie, 9(5), 17-21.

W22 Neuropsychologische bed-side screening

Laura Breuning [1] / Floor van Bergen [2] / Meike Holleman [2]

P: Workshopleiders

1. Reinier van Arkel
2. Jeroen Bosch Ziekenhuis

Inhoud (wat)
In de ouderenpsychiatrie gaan psychiatrische klachten vaak gepaard met cognitieve problemen. Het is vaak moeilijk om te onderscheiden of er sprak is van een primair psychiatrische stoornis met comorbide cognitieve problemen of een neurodegeneratieve aandoening met comorbide psychiatrische symptomen. Voor de diagnostiek naar deze complexe ziektebeelden is cognitieve screening onontbeerlijk. Zo vertaal je het klachten patroon in objectieve waarden, die richting kunnen geven aan de diagnostiek. Uitgebreid neuropsychologisch onderzoek is tijdrovend en bij deze populatie vaak niet haalbaar. Korte neuropsychologische testen kunnen ingezet worden om een indruk te krijgen van het cognitief functioneren.

Vorm (hoe)
In de inleiding zal een actueel overzicht gegeven worden over de verschillende cognitieve screeningsinstrumenten (inclusief een zeer nieuw vertaalde screeningslijst). Er zal ingegaan worden op de mogelijkheden en ook de onmogelijkheden van neuropsychologische screening en een richting gegeven worden welke test wanneer af te nemen. Nadien zal aandacht geschonken worden aan de afname en zal er geoefend worden met de verschillende screeningsinstrumenten.

Leerdoelen
Na de workshop weet je welke screeningstesten je kan afnemen bij verschillende cognitieve symptomen, weet je deze af te nemen en te interpreteren.

Literatuurverwijzing
J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2004 May; 75(5): 700–705. doi: 10.1136/jnnp.2003.021055PMCID: PMC1763549The seven minute screen: a neurocognitive screening test highly sensitive to various types of dementiaE Meulen, B Schmand, J P van Campen, S J de Koning, R Ponds, P Scheltens, and F VerheySeven Minute Screen (7MS)Tijdschrift:Neuropraxis > Uitgave 5/2016Auteur:Marjolein de BrouwerMocatest.orgDautzenberg PLJ, de Jonghe JFM. Montreal Cognitive Assessment: afname- en scoringinstructies. 2004. Beschikbaar via: http://www.mocatest.org/wp-content/uploads/2015/tests-instructions/MoCA-Instructions-Dutch.pdf [Geraadpleegd op: 2016 Mar 2]Vandermeulen JAM, Derix MMA, editors. Neuropsychologische casuïstiek: verdieping en praktijkgerichte gevalsbeschrijvingen. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2015.IPA survey of brief cognitive screening instrumentsKI Shulman, N Herrmann, H Brodaty, H Chiu… - International …, 2006 - cambridge.org

W23 Tijdschrift voor Psychiatrie workshop: wetenschappelijk publiceren voor aios

dr. Boudewijn Bus [p1,2] / MD Sanne Smith-Apeldoorn [p3]

P: Workshopleiders

1. GGZ Oost Brabant
2. Maastricht University
3. UMC Groningen

Inhoud (wat)
Binnen de CanMeds competentie "kennis en wetenschap" is beschreven dat elke medisch specialist binnen de opleiding moet leren medische informatie kritisch te beschouwen en de ontwikkeling en verbreding van medisch wetenschappelijke kennis te bevorderen. Een voor de hand liggende manier om deze competentie te ontwikkelen is om zelf artikelen te publiceren. Helaas gebeurt dat in de praktijk niet frequent, getuige het feit dat bij het Tijdschrift voor Psychiatrie in het afgelopen jaar slechts negen oorspronkelijke artikelen zijn gepubliceerd met een aios als eerste auteur. Mogelijke redenen hiervoor zijn de beperkte mogelijkheden om binnen de opleiding data te verzamelen en/of een hoge ervaren drempel om het verrichte werk (wat doorgaans wel als eindreferaat wordt gepresenteerd) om te zetten in een artikel. Het schrijven van een referaat is een mooi alternatief om het wetenschappelijk denken te ontwikkelen en tevens een artikel te publiceren, zonder dat er data verzameld hoeft te worden. In deze workshop zullen we uitgebreider ingaan op de vraag hoe een artikel goed gerefereerd kan worden om zodoende de kans op acceptatie en publicatie te vergroten. Tevens zullen we aandacht besteden aan het schrijven van een goede gevalsbeschrijving. Dit is, naast het schrijven van een referaat, een andere laagdrempelige manier om te publiceren. De workshop is gericht op aios, maar kan ook nuttig zijn voor supervisoren die aios begeleiden bij het werken aan hun wetenschappelijke competenties.

Vorm (hoe)
De workshop wordt gegeven door twee redacteuren van het tijdschrift voor psychiatrie. We starten met een korte introductie over de verschillende mogelijkheden voor aios om te publiceren in een peer reviewed tijdschrift. Daarna zullen we gezamenlijk op een interactieve manier het proces doorlopen om tot een publicabel referaat te komen. Ten slotte wordt stilgestaan bij de kenmerken van een goede gevalsbeschrijving.

Leerdoelen
- Een overzicht krijgen van de mogelijkheden voor aios om een artikel te publiceren, ook wanneer er geen zelfstandig onderzoek wordt verricht.
- Vaardigheden ontwikkelen om een artikel te refereren en om te zetten in een publicabel referaat
- Vaardigheden ontwikkelen om een goede gevalsbeschrijving te schrijven

Literatuurverwijzing
Geen

W24 Wanneer werkt feedback? Het kritisch gebruik van feedback als procesversneller in behandeling

drs Rint de Jong [1] / dr Heddeke Snoek [1] / dr Helen Klip [1]

P: Workshopleiders

1. Karakter

Inhoud (wat)
Systematisch werken met feedback van de patiënt bij elke sessie, als praktische vorm van ROM, vertaalt de geboden zorg naar een personalized care. Een open attitude van de behandelaar, efficiënte digitale assessment en delibereren met de patiënt over de feedback verhoogt de sensitiviteit van de behandelaar voor een van de meest effectief werkzame factoren in behandelingen: de wijze waarop de patiënt de behandeling en de behandelrelatie ervaart. Het vragen naar feedback wordt vaak als vanzelfsprekend ervaren, echter daadwerkelijk weten wat de patiënt denkt over de behandeling en de behandelrelatie weten behandelaren vaak toch niet. De sessie-bij-sessie feedback lijkt een veelbelovende aanvulling op gestandaardiseerde ROM: de tijdsresolutie ligt hoger en de vragen sluiten beter aan bij de persoonlijke situatie en dat met een minimale belasting. De feedback stelt de behandelaar in staat het verhaal van de patiënt over de behandeling te vertalen naar kritische succesfactoren voor het doen slagen van de behandeling. In deze workshop presenteren wij u de meest recente bevindingen uit ons RCT naar het effect van systematisch gebruik van feedback binnen een kinderpsychiatrische setting. We laten u kennismaken met Feedback Informed Treatment: een in de behandelsessie toepasbare, digitale en grafische manier om feedback te genereren over zowel het welbevinden van de patiënt als diens beleving van de therapeutische relatie. In de onderzoeksliteratuur is de algemene constatering dat het gebruik van feedback effectief is en staat nu de voor de praktijk bijzonder interessante vraag centraal: bij wie werkt feedback en wanneer? Op basis van onze onderzoeksbevindingen geven wij invulling aan het wanneer. We willen u kritisch laten worden voor timing in de behandeling. Hoe draagt feedback bij aan een optimale match tussen de ontvankelijkheid van de patiënt en de interventie door de therapeut?

Vorm (hoe)
Naast een plenaire inleiding en een korte bespreking van onze onderzoeksresultaten kan iedere deelnemer participeren in het gebruik van de Feedback Informed Treatment Tool. Participanten dienen hiervoor te beschikken over een device met WiFi (smartphone, tablet, laptop). In een discussie-werkvorm onderzoeken we de relevantie van de factor Timing in behandeling om vervolgens in subgroepen hiermee praktisch aan het werk te gaan op basis van feedbackprofielen uit casuïstiek. We ronden af met een plenaire reflectie over de ontstane inzichten tijdens deze workshop.

Leerdoelen
1. De participanten hebben kennis van recente inzichten over het gebruik van feedback in behandeling en integreren dit in hun professionele kritische houding ten aanzien van ROM in het algemeen en meer specifiek ten aanzien van gebruik van feedback in behandeling.
2. De participanten ervaren de toepassingsmogelijkheden van de feedback-tool Feedback Informed Treatment en bepalen voor zichzelf de meerwaarde hiervan voor de eigen behandelsetting.
3. De participanten verhogen hun behandelefficiëntie door kritisch gebruik te maken van de factor timing.

Literatuurverwijzing
Gondek, D., Edbrooke-Child's, J., Fink, E., Deighton, J. & Wolpert, M. (2016). Feedback from Outcome Measures and Treatment Effectiveness, Treatment Efficiency, and Collaborative Practice: A Systematic Review. Administration and Policy in Mental Health, 43: 325-343Bargmann, S. & Robinson, B. (2012). Manual 2: Feedback-Informed Clinical Work: The Basics. International Center for Clinical ExcellenceMiller, S.D., Duncan, B.L., Brown, J., Sorrell, R., & Chalk, M.B. (2006). Using formal client feedback to improve retention and outcome. Journal of Brief Therapy, 5, 5-22.

W25 Verhalen vertalen: de impact van een tuchtklacht

dr. Ursula Klumpers [1,2] / mr Caren Velink [3] / mr. dr. Brenda Frederiks [4,5] / mr Rembrandt Zuijderhoudt [6]

P: Workshopleiders

1. GGZ inGeest
2. VUmc School of Medical Sciences
3. Velink & De Die advocaten Amsterdam
4. VU Universiteit Amsterdam
5. Centraal Tuchtcollege Den Haag
6. Zuijderhoudt Consultancy

Inhoud (wat)
In de huidige maatschappelijke gezondheidssetting neemt de klachtbereidheid van patiënten toe. Als een klacht van een patiënt over de behandeling niet binnen de werksetting kan worden opgelost, kan deze uitmonden in een gang naar het medisch tuchtcollege. Een (tucht)klacht of de vrees de daartoe, geeft veel stress en heeft een grote impact op het dagelijkse functioneren als professional. Uit literatuur wordt duidelijk dat de minderheid van de artsen immuun is voor de (aan)klachten en dat maar een zeer klein aantal artsen aangeeft de klacht als leermoment te ervaren (1). Naar de eventuele gevolgen van een tuchtklacht is zowel in Nederland als in het buitenland beperkt onderzoek gedaan. Vele artsen ervaren stress mede vanwege de onvoorspelbaarheid over de voortgang en het verlies van controle, omdat de regie bij de klager c.q. het tuchtcollege ligt. Gevoelens van schaamte spelen bij behandelaren een grote rol. Artsen functioneren na het doormaken van een tuchtprocedure, ongeacht de uitkomst, doorgaans minder goed dan daarvoor. Denk aan: defensiever werken, minder werkplezier hebben, meer aan hun eigen belang - het voorkomen van een klacht - denken, en minder aan de belangen van de patiënt (2). Als reactie kunnen verschijnselen optreden van depressie of 'overwhelming anger', somatische klachten, alcohol of drugsgebruik. 12% van de artsen > 60 jaar stopt met de uitoefening van het vak na een boete of berisping en in 3% volgt suïcide
(3). Eigenlijk kun je spreken van een psychotrauma met een gefaseerde verwerking van zowel emotionele als professionele reacties.

Vorm (hoe)
In deze workshop wordt aandacht besteed aan de verschillende aspecten die komen kijken bij een tuchtklacht, zoals de procedure en het inschakelen van bijstand. Er wordt casuïstiek besproken en is er ruimte om ervaringen met elkaar uit te wisselen. Beoogd wordt de deelnemers handvatten te geven hoe te handelen in het geval hij/zij geconfronteerd wordt met een tuchtklacht.

Leerdoelen
Het onderkennen van
- de impact van een tuchtklacht op professioneel en emotioneel vlak
- het belang van juridische professionele counseling
- de noodzaak van support uit professionele en privé omgeving, en dit weten te organiseren.

Literatuurverwijzing
1. Tuchtrecht: wordt de dokter er beter van? Medisch Contact 30 september 20152. Niet meer de oude na een tuchtrechtklacht. Sophie Broersen, Medisch Contact 28 januari 20153.
https://www.nivel.nl/nl/nieuws/openbaarmaking-tuchtuitspraak-extra-belastend-voor-zorgverlener

W26 Moreel Beraad in de forensische psychiatrie

dr. Yolande Voskes p[1,2] / drs. Swanny Kremer [3] / Prof.dr. Frans Koenraadt [4] / drs. Carolien Sijbrandij [5] / dr. Jaap van Vliet / drs. Petra de Leede [6] / drs. Charlotte Karman [7] / prof.dr. Guy Widdershoven p[1]

P: Workshopleiders

1. VUmc
2. GGZ Breburg
3. FPC van Mesdag
4. Universiteit van Utrecht
5. Trajectum
6. FPA Roosenburg
7. GGZ Nederland

Inhoud (wat)
De Commissie 'Ethiek in de Forensische Psychiatrie' houdt zich sinds 2008 bezig met ethische vragen in het veld van de forensische zorg. Deze commissie bestaat uit behandelaars, ethici en juristen uit praktijk en wetenschap en wil een platform zijn waar ethische vragen in de forensische zorg besproken kunnen worden. Dit gebeurt door o.a. expertmeetings, werkbezoeken maar ook door middel van Moreel Beraden in de praktijk. Een Moreel Beraad is een gesprek waarin de deelnemers gezamenlijk een ethische kwestie uit hun werk bespreken. Zij doen dit gestructureerd, aan de hand van een gespreksmethodiek, en met behulp van een gespreksleider. Tijdens een Moreel Beraad wordt aan de hand van een concreet voorbeeld uit de dagelijkse praktijk, samen gezocht naar een antwoord op de vraag wat in die specifieke situatie goede zorg is. Moreel Beraad richt zich allereerst op het verbeteren van de kwaliteit van zorg binnen de besproken casus. Daarnaast is ook de toename van professionele morele competenties een belangrijk doel. Tot slot beoogt een Moreel Beraad de kwaliteit van zorg te verbeteren op het niveau van de organisatie, door het stimuleren van een gezamenlijk leerproces en het verbinden van Moreel Beraad met instellingsbeleid.

Vorm (hoe)
Tijdens de workshop zal er kort ingegaan worden op het werk van de ethische commissie waarna een casus besproken zal worden uit de eigen praktijk van een van de deelnemers door middel van Moreel Beraad.

Leerdoelen
De deelnemers:
- maken kennis met het werk van de ethische commissie forensische psychiatrie
- krijgen inzicht in eigen morele dilemma's in de (forensisch) psychiatrische praktijk
- maken kennis met Moreel Beraad als methode voor morele reflectie

Literatuurverwijzing
- van Dartel, H. & Molewijk, A.C. (2014). In gesprek blijven over goede zorg; overlegmethoden voor ethiek in de praktijk. Amsterdam: Boom uitgevers
- Voskes, Y., Weidema, F. & Widdershoven, G.A.M. (2016). Clinical ethics in Forensic Psychiatry: Using Moral Case Deliberation in order to foster reflection and dialogue at the ward. Journal of Clinical Ethics, 11.

FILMS

F1 Stemmingmakerij in de bovenkamer

drs. Karien Smits [P1,2] / Drs. Pieter Veraart

P: Spreker

1. Stichting Het Rozenhuis
2. drs. P.R.Prins, geneesheer directeur Altrecht

Filmmaker
Pieter Veraart

Producent
Karien Smits (en zus van Maarten)

Synopsis
Hoe leef je net als andere mensen terwijl je stemmen in je hoofd hebt en je hele leven al kampt met de aandoening schizofrenie? In deze documentaire laat de 60 jarige Maarten zien hoe hij omgaat met zijn chronische psychiatrische aandoening. Door de vertrouwensband tussen Maarten en de filmmakers (zwager en zus) durfde hij het aan met hen een film over zijn leven te maken. Maarten vindt het belangrijk dat er meer begrip komt voor mensen met een sociale (psychiatrische) kwetsbaarheid. Een ziekte met stemmen die er zijn zonder dat hij daar iets aan kan doen. Het is een filmisch doorkijkje in hoe Maarten desondanks zijn leven vorm en zin geeft. Maarten woont begeleid omdat hij dat niet (meer) zelfstandig kan. Hij gidst de kijker door zijn leven en vertelt over het verlies van autonomie, de noodzaak en vervelende effecten van medicatie. Hij krijgt greep op zijn herstel door steeds opnieuw de regie te nemen. Maarten biedt de kijker een beeld van zijn ervaringen met wonen, werk, tekenen en schilderen en de betekenis van contact met zijn familie, begeleiders, medebewoners en collega's. De documentaire is een pleidooi voor structurele aandacht en blijvende inspanning voor mensen met een chronische psychiatrische aandoening.