

Donderdag 12 april 2018

13:30 - 15:00 uur

SYMPOSIA

S25 Samengesteld symposium Somatiek en Psychiatrie

S25.1

Dimensies van depressieve symptomen en associaties met mortaliteit in dialyse patiënten

Victor Harmse ¹ / Robbert Schouten ¹ / Prof.dr. Adriaan Honig ¹ / Dr. Carl Siegert ¹

P: Presenterende auteur / spreker

1. OLVG

Achtergrond

Depressie is een heterogeen ziektebeeld en veel voorkomend in dialyse patiënten. Het identificeren van specifieke dimensies van depressie kan helpen ter verbetering van screening, preventie en behandeling.

Doel

Het doel van deze studie is om specifieke dimensies van depressieve symptomen te identificeren in dialyse patiënten. Vervolgens onderzoeken we de relatie van deze specifieke dimensies met klinische uitkomstmaten, zoals hospitalisatie en mortaliteit.

Methoden

In deze prospectieve studie onderzoeken we dimensies van depressieve symptomen in dialyse patiënten middels confirmatieve factoranalyse (CFA). We analyseren data van 684 prevalentie en incidentie chronische dialyse patiënten uit 10 dialyse centra in Nederland. Verder onderzoeken we de associatie tussen verschillende dimensies van depressieve symptomen en mortaliteit, hospitalisatie en kwaliteit van leven. Hiervoor maken we gebruik van cox proportionele hazard analyse en multivariate lineair regressie modellen. De multivariate modellen includeren socio-demografische, dialyse gerelateerde en klinische karakteristieken.

Resultaten

In totaal werden er 684 dialyse patiënten geïncludeerd, waarvan 431 prevalentie en 242 incidentie patiënten. We onderscheidde een algemene, een somatische en een cognitieve dimensie van depressie in dit cohort. De somatische dimensie was geassocieerd met mortaliteit, een toegenomen hospitalisatie en een verminderde kwaliteit van leven. De associatie tussen de somatische dimensie en klinische uitkomstmaten bleef significant na correctie voor demografische factoren, dialyse gerelateerde factoren en somatische comorbiditeit.

Conclusie

In vergelijking met de algemene en cognitieve dimensies, was de somatische dimensie van depressie sterk geassocieerd met mortaliteit, toegenomen hospitalisatie en een verminderde kwaliteit van leven. Deze bevindingen laten zien dat er klinische aandacht moet zijn voor de somatische dimensie en met name in het licht van screening, preventie en behandeling van depressie in dialyse patiënten. Toekomstig onderzoek zal rekening moeten houden met deze dimensies in het onderzoek van depressie in dialyse patiënten en voornamelijk in de associatie met klinische uitkomstmaten.

Literatuurverwijzing

Coresh J, Byrd-Holt D, Astor BC, Briggs JP, Eggers PW, Lacher DA, Hostetter TH. Chronic kidney disease awareness, prevalence, and trends among U.S. adults, 1999 to 2000. *J Am Soc.Nephrol.* 16[1], 180-188. 2005.

Palmer S, Vecchio M, Craig JC, Tonelli M, Johnson DW, Nicolucci A, Pellegrini F, Saglimbene V, Logroscino G, Fishbane S, Strippoli GF. Prevalence of depression in chronic kidney disease: systematic review and meta-analysis of observational studies. *Kidney Int* 84[1], 179-191. 2013.

Loosman WL, Rottier MA, Honig A, Siegert CE. Association of depressive and anxiety symptoms with adverse events in Dutch chronic kidney disease patients: a prospective cohort study. *BMC.Nephrol.* 16, 155. 21-9-2015.

Tong A, Sainsbury P, Carter SM, Hall B, Harris DC, Walker RG, Hawley CM, Chadban S, Craig JC. Patients' priorities for health research: focus group study of patients with chronic kidney disease. *Nephrol.Dial.Transplant.* 23[10], 3206-3214. 2008.

Hedayati SS, Minhajuddin AT, Afshar M, Toto RD, Trivedi MH, Rush AJ. Association between major depressive episodes in patients with chronic kidney disease and initiation of dialysis, hospitalization, or death. *JAMA* 303[19], 1946-1953. 19-5-2010.

Wuerth D, Finkelstein SH, Finkelstein FO. The identification and treatment of depression in patients maintained on dialysis. *Semin.Dial.* 18[2], 142-146. 2005.

Farrokhi F, Abedi N, Beyene J, Kurdyak P, Jassal SV. Association between depression and mortality in patients receiving long-term dialysis: a systematic review and meta-analysis. *Am.J.Kidney Dis.* 63[4], 623-635. 2014.

Riezebos RK, Nauta KJ, Honig A, Dekker FW, Siegert CE. The association of depressive symptoms with survival in a Dutch cohort of patients with end-stage renal disease. *Nephrol.Dial.Transplant.* 25[1], 231-236. 2010.

Lopes AA, Bragg J, Young E, Goodkin D, Mapes D, Combe C, Piera L, Held P, Gillespie B, Port FK. Depression as a predictor of mortality and hospitalization among hemodialysis patients in the United States and Europe. *Kidney Int.* 62[1], 199-207. 2002.

Bethesda M. Atlas of chronic kidney disease and end-stage renal disease in the United States. Renal data systems.USRDS 2016 Annual Data Reports: National Institutes of Diabetes and Digestive and Kidney Disease. 2016.

Loosman WL, Siegert CE, Korzec A, Honig A. Validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale and the Beck Depression Inventory for use in end-stage renal disease patients. *Br.J.Clin.Psychol.* 49[Pt 4], 507-516. 2010.

Lopes AA, Albert JM, Young EW, Satayathum S, Pisoni RL, Andreucci VE, Mapes DL, Mason NA, Fukuhara S, Wikstrom B, Saito A, Port FK. Screening for depression in hemodialysis patients: associations with diagnosis, treatment, and outcomes in the DOPPS. *Kidney Int.* 66[5], 2047-2053. 2004.

Lamers F, de JP, Nolen WA, Smit JH, Zitman FG, Beekman AT, Penninx BW. Identifying depressive subtypes in a large cohort study: results from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *J.Clin.Psychiatry* 71[12], 1582-1589. 2010.

van Loo HM, de JP, Romeijn JW, Kessler RC, Schoevers RA. Data-driven subtypes of major depressive disorder: a systematic review. *BMC.Med.* 10, 156. 4-12-2012.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders. 5th ed. Washington DC: American Psychiatric Association. 2013.

Rush AJ. The varied clinical presentations of major depressive disorder. *J.Clin.Psychiatry* 68 Suppl 8, 4-10. 2007.

de Miranda AR, Roest AM, Hoen PW, de JP. Cognitive/affective and somatic/affective symptoms of depression in patients with heart disease and their association with cardiovascular prognosis: a meta-analysis. *Psychol.Med.* 44[13], 2689-2703. 2014.

Goldberg D. The detection and treatment of depression in the physically ill. *World Psychiatry* 9[1], 16-20. 2010.

de JP, Ormel J, van den Brink RH, van Melle JP, Spijkerman TA, Kuijper A, van Veldhuisen DJ, van den Berg MP, Honig A, Crijns HJ, Schene AH. Symptom dimensions of depression following myocardial infarction and their relationship with somatic health status and cardiovascular prognosis. *Am.J.Psychiatry* 163[1], 138-144. 2006.

Roest AM, Thombs BD, Grace SL, Stewart DE, Abbey SE, de JP. Somatic/affective symptoms, but not cognitive/affective symptoms, of depression after acute coronary syndrome are associated with 12-month all-cause mortality. *J.Affect.Disord.* 131[1-3], 158-163. 2011.

Beck A. Manual for the Revised Beck Depression Inventory. Steer R, editor. Psychological Corp . 1987. San Antonio, Tex.

S25.2

Vitamine D status en psychotische stoornissen: associaties met klinische variabelen en risicofactoren

Dr. Christine van der Leeuw ^{p1} / Dr. Lot de Witte ^{2,3} / ing. Claude van der Ley ⁴ / Dr. Richard Bruggeman ⁵ / Prof.dr. Jim van Os ^{1,2} / Dr. Machteld Marcelis ^{1,6}

P: Presenterende auteur / spreker

1. Department of Psychiatry & Neuropsychology, School for Mental Health and Neuroscience, EURON, Maastricht University Medical Center, Maastricht, the Netherlands
2. Department of Psychiatry, Brain Center Rudolf Magnus, University Medical Center Utrecht, Utrecht University, Utrecht, The Netherlands
3. Department of Psychiatry, Icahn School of Medicine, Mount Sinai, NY, USA
4. Department of Laboratory Medicine, University of Groningen, University Medical Center Groningen
5. University Center for Psychiatry, Rob Giel Research Center, University of Groningen, University Medical Center Groningen, Groningen, The Netherlands
6. Institute for Mental Health Care Eindhoven (GGzE), Eindhoven, the Netherlands

Achtergrond

Het verband tussen schizofrenie en verminderde vitamine D status is bekend. Verlaagd maternaal en postnataal vitamine D duiden op een mogelijk etiologisch mechanisme. Vitamine D deficiëntie in patiënten met schizofrenie is echter redelijkerwijs ook het gevolg van ziektegerelateerde factoren. Daarnaast zouden bepaalde demografische risicofactoren zoals mate van verstedelijking (hierna “urbaniciteit”) met vitamine D kunnen samenhangen.

Doel

Deze studie beoogt verschillende associaties tussen vitamine D en psychotische stoornissen (risicofactoren en klinische variabelen) te onderzoeken.

Methoden

Vitamine D werd bepaald in plasma van 282 controles en 347 patiënten met een psychotische stoornis. De associatie tussen vitamine D en patiëntstatus werd onderzocht middels regressieanalyse gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, etniciteit, roken, body mass index en seizoen van afname van het bloedmonster. Groep × symptomatologie en groep × urbaniciteit interacties werden verricht. Zowel huidige urbaniciteit, als die ten tijde van de geboorte, werden geanalyseerd.

Resultaten

Vitamine D bleek significant lager in patiënten ($B = -8,05$; 95% CI $-13,68$ tot $-2,42$; $p = 0,005$). Er was sprake van (trend) significante interacties tussen groep en vitamine D concentratie voor symptomatologie (positieve symptomen: $\chi^2 = 2,91$ en $p = 0,094$; negatieve symptomen: $\chi^2 = 5,63$ en $p = 0,018$). Een klein maar significant effect werd gevonden: hoe hoger de vitamine D concentratie, hoe lager de positieve ($B = -0,02$; 95% CI $-0,04$ tot $0,00$; $p = 0,049$) en negatieve symptoom niveaus ($B = -0,03$; 95% CI $-0,05$ tot $-0,01$; $p = 0,008$) in patiënten. De groep × urbaniciteit (huidig) interactie was niet significant. De groep × urbaniciteit (bij geboorte) was wél significant wanneer er gecorrigeerd werd voor huidige urbaniciteit ($\chi^2 = 11,26$ en $p = 0,001$).

Conclusie

De vitamine D concentratie in patiënten met een psychotische stoornis is lager dan in controles, waarbij er een interactie bestaat met urbaniciteit ten tijde van de geboorte. In de patiëntengroep blijken symptomen milder bij een hogere vitamine D concentratie.

Literatuurverwijzing

Geen

S25.3

Advanced Glycation Endproducts en Cardiovasculair Risico in Vroege Psychose

MSc. Julie Hagen ^{p1} / Drs. Arjen Sutterland ¹ / Dr. Maarten Koeter ¹ / Dr. Rene Lutter ² / Dr. Dan Cohen ³
/ Prof.dr. Lieuwe de Haan ¹

P: Presenterende auteur / spreker

1. AMC Psychiatrie
2. AMC Longziekten en experimentele immunologie
3. GGZ Noord-Holland Noord

Achtergrond

Patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen sterven gemiddeld 20-25 jaar vroeger dan psychisch gezonde leeftijdsgenoten (Colton 2006), met name door een sterk verhoogde prevalentie van hart- en vaatziekten (Osby 2000). Het algemene preventiebeleid voor hart- en vaatziekten lijkt ontoereikend om vroegtijdige sterfte bij deze patiëntengroep te voorkomen (Saha 2007). De concentratie van Advanced Glycation Endproducts (AGEs), welke ontstaan door glycolysering van lipiden en proteïnes onder invloed van oxidatieve stress (Goldin 2006), wordt in verband gebracht met cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit (Kanauchi 2001, Mulder 2009). AGEs stapelen in de huid, alwaar de concentratie non-invasief kan worden gemeten middels autofluorescentie. In oudere patiënten met schizofrenie is reeds een verhoogde AGE-concentratie in de huid aangetoond (Kouidrat 2013). De concentratie AGEs bij vroegere fases van de aandoening zijn nog niet eerder onderzocht.

Doel

Doel van deze studie is om de concentratie van AGEs te onderzoeken in patiënten met een vroege psychose. Wanneer AGE-waarden bij vroege psychose verhoogd blijken, kan dit een indicatie zijn dat cardiovasculair risico bij deze populatie reeds is toegenomen voordat de effecten van behandeling en chroniciteit intreden.

Methoden

111 patiënten met een recent ontstane psychose werden van maart 2015 t/m januari 2016 geïnccludeerd in een case-control studie. De concentratie AGEs in de huid werd gemeten middels autofluorescentie, met de

Resultaten

In 77% van de patiënten kon een AGE-meting worden verricht. AGE-concentratie was gecorreleerd met etniciteit ($P < .001$) en liet een trend-significant verband met een belaste familieanamnese voor hart- en vaatziekten zien ($P < .10$). Er werd geen associatie met andere cardiovasculaire risicofactoren gezien. Wel was er een positieve correlatie van AGE-concentratie met ziekte duur, duur van antipsychotische behandeling en blootstelling aan antipsychotica (respectievelijk $P = .008$; $P = .009$ en $P = .023$). AGEs waren 15,1% verhoogd patiënten met een vroege psychose vergeleken met het validatiecohort ($P < .001$), een toegenomen AGE-stapeling welke gewoonlijk gedurende 10 jaar plaatsvindt. Een vergelijking tussen patiënten en gezonde controles liet na correctie voor leeftijd, geslacht en etniciteit een verschil zien van 10,4% ($P < .001$).

Conclusie

Bij patiënten met een vroege psychose was er sprake van een verhoogd AGE-niveau ten opzichte van gezonde controles. Deze resultaten benadrukken de noodzaak van vroegtijdige introductie van cardiovasculaire preventie-strategieën bij deze kwetsbare populatie. Mogelijk kan ook spaarzame dosering van antipsychotica AGE-stapeling beperken. Aanvullend wordt op dit moment de correlatie tussen AGE-concentratie in de huid en indicatoren voor inflammatie in serum onderzocht. Tevens loopt momenteel een longitudinale studie om de stapelingsnelheid van AGEs bij vroege psychose en het aandeel van cardiovasculaire risicofactoren, antipsychoticagebruik en ziektekenmerken hierin te onderzoeken. Resultaten van beide studies worden in december 2017 verwacht.

Literatuurverwijzing

Colton CW, Manderscheid RW. Congruencies in increased mortality rates, years of potential life lost, and causes of death among public mental health clients in eight states. *Prev Chronic Dis*. 2006 Apr;3(2):A42. Osby U, Correia N, Brandt L, Ekblom A, Sørensen P. Time trends in schizophrenia mortality in Stockholm county, Sweden: cohort study. *BMJ*. 2000 Aug 19-26;321(7259):483-484. Saha S, Chant D, McGrath J. A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? *Arch Gen Psychiatry*. 2007 Oct;64(10):1123-1131. Goldin A, Beckman JA, Schmidt AM, Creager MA. Advanced glycation end products: sparking the development of diabetic vascular injury. *Circulation*. 2006 Aug 8;114(6):597-605. Kanauchi M, Tsujimoto N, Hashimoto T. Advanced glycation end products in nondiabetic patients with coronary artery disease. *Diabetes Care*. 2001 Sep;24(9):1620-1623. Mulder DJ, van Haelst PL, Graaff R, Gans RO, Zijlstra F, Smit AJ. Skin autofluorescence is elevated in acute myocardial infarction and is associated with the one-year incidence of major adverse cardiac events. *Neth Heart J*. 2009 Apr;17(4):162-168. Kouidrat Y, Amad A, Desailoud R, et al. Increased advanced glycation end-products (AGEs) assessed by skin autofluorescence in schizophrenia. *J Psychiatr Res*. 2013 Aug;47(8):1044-1048.

S25.4

Hiv-medicatie en bijwerkingen van het centraal zenuwstelsel

Msc Lisa van de Wijer ¹ / PhD MD Quirijn de Mast ¹ / Prof. PhD MD André van der Ven ¹ / PhD MD Arnt Schellekens ^{1,2}

P: Presenterende auteur / spreker

1. Radboudumc
2. Nijmegen Institute for Scientist Practitioners in Addiction

Achtergrond

Een van de infecties die wereldwijd vaak samengaat met verslaving is hiv. Het merendeel van de hiv-medicijnen passeert de bloed-hersenbarrière. Dit is belangrijk om cerebrale hiv te bestrijden, maar dit kan ook zorgen voor ongewenste effecten op het centraal zenuwstelsel (CZS). Het beruchtste voorbeeld is efavirenz, dat LSD-achtig effect heeft op de 5HT (serotonine)-2A receptoren in het brein. Het is bekend dat efavirenz bij minimaal een derde van de volwassenen CZS bijwerkingen veroorzaakt, waarbij symptomen variëren van nachtmerries tot depressies en psychosen. De mechanismen van deze CZS bijwerkingen zijn grotendeels onbekend, evenals de gevolgen van chronische blootstelling voor kinderen. Een ander voorbeeld van een hiv-medicijn dat recentelijk in verband is gebracht met CZS bijwerkingen is dolutegravir. De huidige studies beslaan echter enkel retrospectieve analyses en case reports.

Doel

Met deze onderzoekslijn beogen we CZS bijwerkingen van HIV medicatie beter in kaart te brengen, zodat HIV behandeling in de toekomst verbeterd kan worden.

Methoden

Studie 1: vergelijking CZS symptomen tussen Tanzaniaanse volwassenen en adolescenten die behandeld werden met efavirenz of alternatieve hiv-medicatie. Studie 2: soortgelijk onderzoek bij Tanzaniaanse kinderen (momenteel nog in uitvoering). Studie 3: studie naar het effect van een switch van efavirenz naar alternatieve medicatie op CZS symptomen. Studie 4: studie naar lange termijn gevolgen van perinatale blootstelling aan efavirenz in een diermodel: zwangere ratten werden behandeld met efavirenz of een alternatief waarna gedrag- en breinontwikkeling van het nageslacht werden geëvalueerd. Studie 5: observationeel cohort ter inventarisatie CZS symptomen bij het gebruik van dolutegravir middels vragenlijstonderzoek.

Resultaten

Zowel in Tanzania als in Nederland rapporteerden volwassenen die behandeld werden met efavirenz meer CZS symptomen dan volwassenen die met alternatieve medicatie werden behandeld (1,3). Deze symptomen normaliseerden na medicatieswitch (3). Het onderzoek bij kinderen is nog niet afgerond en resultaten volgen (2). Ratten die werden blootgesteld aan efavirenz tijdens de zwangerschap hadden een lager lichaamsgewicht, presteerden slechter op psychomotoire testen en vertoonden structurele breinafwijkingen op volwassenen leeftijd (4). Deze CZS symptomen vonden wij niet terug bij mensen die werden behandeld met dolutegravir (5).

Conclusie

CZS bijwerkingen van efavirenz bij volwassenen komen veel voor en zijn reversibel na medicatieswitch. Perinatale blootstelling aan efavirenz heeft lange termijn gevolgen voor zowel gedrag als breinontwikkeling in ratten. Soortgelijke bijwerkingen lijken niet op te treden bij dolutegravir.

Literatuurverwijzing

Van de Wijer, L., et al. (2016). "Rethinking the risk-benefit ratio of efavirenz in HIV-infected children." *Lancet Infect Dis* 16(5): e76-e81. Mothapo, K. M., et al. (2015). "Improvement of Depression and Anxiety after Discontinuation of Long-Term Efavirenz Treatment." *CNS Neurol Disord Drug Targets*.

S25.5

@ease with headspace

Dr. Rianne Klaassen ^{p1,2}

P: Presenterende auteur / spreker

1. de Bascule
2. VU

Achtergrond

75% van alle mentale stoornissen hebben zich al voor het 25ste levensjaar ontwikkelt, terwijl maar 1 op de 5 jongeren de zorg krijgt die ze willen of nodig hebben. @Ease, Nederlandse Headspace is gestart met een pilot om jongeren te bereiken.

Doel

@Ease NL project bespreken

Methoden

Opzet 2 pilots worden besproken

Resultaten

Nog niet

Conclusie

@Ease, Nederlandse headspace hoort bij grotere Youth mental Health beweging. Toegevoegde waarde binnen Nederland nog niet bekend, wordt nu in pilot onderzocht.

Literatuurverwijzing

A. Malla e.a. (2016): From early intervention in psychosis to youth mental health reform: a review of the evolution and transformation of mental health services for Young people. (Soc Psych Psych Epidemiol, 51: 319-326.

S26 Oude Meesters

Michiel Hengeveld en Thea Heeren geïnterviewd door Coen Verbraak

S27 Tegen de stroom in: nieuwe inzichten in de behandeling van patiënten met EPA

Mensen met een ernstig psychiatrische aandoening (EPA) gebruiken vaak langdurig veel verschillende soorten medicatie die gepaard gaan met de nodige bijwerkingen, zoals bewegingsstoornissen en metabole comorbiditeit. Zowel patiënten als behandelaren zijn gebaat bij strategieën om medicatie(dosering) zo goed mogelijk af te stemmen en de, soms irreversibele, bijwerkingen te voorkomen. Hier zijn door de jaren heen verschillende richtlijnen en ideeën over ontstaan, maar deze sluiten niet altijd aan bij de dagelijkse praktijk. In dit symposium presenteren we verschillende onderzoeken uit de klinische praktijk die nieuwe inzichten verschaffen in de behandeling van mensen met EPA en soms in gaan tegen huidige richtlijnen of assumpties.

S27.1

Knipperfrequentie: een geschikte screeningsmethode voor medicatie-geïnduceerde parkinsonisme?

MD Charlotte Mentzel ^{1,2} / MD PhD Roberto Doornebal-Bakker ^{p1,2} / MD PhD Jim van Os ² / Marjan Drukker ² / MD PhD Glenn Matroos ³ / MD PhD Marina Tijssen ⁴ / MD PhD Peter van Harten ^{1,2}

P: Presenterende auteur / spreker

1. GGz Centraal
2. Maastricht University
3. GGz Curaçao
4. UMC Groningen

Achtergrond

Medicatie-geïnduceerde parkinsonisme (DIP) komt veel voor, vooral bij dopaminereceptor blokkerende middelen (veelal antipsychotica). DIP is ook geassocieerd met een lagere kwaliteit van leven. Bradykinesie is het meest voorkomende symptoom van DIP en wordt vaak gemist of verkeerd geïnterpreteerd (bijvoorbeeld als verschijnsel van depressie). Daarom zochten we naar een screeningsmethode om DIP op te sporen. Bradykinesie weerspiegelt zich onder meer in verminderde lidslag (knipperfrequentie). Omdat de knipperfrequentie eenvoudig te onderzoeken is onderzochten we of deze samenhang met parkinsonisme en of de knipperfrequentie een voorspellende waarde had voor DIP.

Doel

Het onderzoeken van een associatie tussen knipperfrequentie en parkinsonisme en de voorspellende waarde van de knipperfrequentie voor DIP.

Methoden

In een cohort van 204 EPA-patiënten die zorg kregen van de enige geestelijke gezondheidszorg op Curaçao, werd de knipperfrequentie gedurende een minuut gemeten met een stopwatch terwijl de patiënt in gesprek was met een tweede onderzoeker. DIP werd beoordeeld met de Unified Parkinson's Disease Rating Scale (UPDRS). Er waren 878 beoordelingen over een periode van 18 jaar. De sensitiviteit, specificiteit en positief voorspellende waarde van de knipperfrequentie werden berekend.

Resultaten

De DIP-prevalentie was 36%, gemiddelde knipperfrequentie was 14 (standaarddeviatie (SD) 11) voor patiënten met DIP en 19 (SD 14) voor patiënten zonder. De associatie tussen knipperfrequentie en DIP was significant ($p < 0.001$). Met een cut-off van knipperfrequentie van 20 per minuut, was de sensitiviteit 77% en de specificiteit 38%. Een 10%-percentiel cut-off-model leverde in een area under the ROC-curve van 0,61. Een logistisch voorspellingsmodel tussen dichotome DIP en continue knipperfrequentie per minuut leverde een area under the ROC-curve van 0,70.

Conclusie

Er is een significante associatie tussen knipperfrequentie en DIP. De sensitiviteit en specificiteit van de knipperfrequentie zijn echter te laag om de knipperfrequentie te gebruiken als screeningsinstrument voor het detecteren van parkinsonisme.

Literatuurverwijzing

Mentzel, C. L., Bakker, P. R., van Os, J., Drukker, M., Matroos, G. E., Tijssen, M. A. J., van Harten, P.N. (2017). Blink rate is associated with drug-induced parkinsonism in patients with severe mental illness, but does not meet requirements to serve as a clinical test. *Journal of Negative Results in BioMedicine*, 16:15.

S27.2

Van 2 naar 1: de winst van het afbouwen van dubbele antipsychotica

MD Mushde Shakir ^{1,2,3} / Prof. Dr. Peter van Harten ^{1,2} / MD Dr. Diederik Tenback ^{1,4}

P: Presenterende auteur / spreker

1. GGZ Centraal
2. Maastricht University
3. Parnassia i-Psy
4. Veldzicht

Achtergrond

Ongeveer 50% van de patiënten met een diagnose schizofrenie die behandeld worden in Europa, krijgen meer dan een antipsychoticum voorgeschreven. Er is echter weinig onderbouwing voor dergelijke polyfarmacie. Eerste generatie antipsychotica worden geassocieerd met bewegingsstoornissen, terwijl tweede generatie antipsychotica geassocieerd worden met metabole bijwerkingen. Beide bijwerkingen worden geassocieerd met hogere mortaliteit. Het is dus mogelijk dat combinatie van eerste- en tweede generatie antipsychotica geen effectievere behandeling geeft, maar wel extra nadelen, zoals meer comorbide stoornissen.

Doel

Onderzoeken of patiënten beter worden behandeld met één antipsychoticum in plaats van een combinatie van verschillende antipsychotica, met betrekking tot terugval en comorbide stoornissen.

Methoden

Een gerandomiseerde open label trial werd gedaan bij 140 patiënten. Inclusiecriteria waren een diagnose schizofrenie en behandeling met een eerste- en tweede generatie antipsychoticum. Patiënten dienden het doel en de inhoud van de studie te begrijpen en informed consent te ondertekenen. Bij de helft van de patiënten werd antipsychotica afgebouwd tot één antipsychoticum, terwijl de andere helft hun gebruikelijke behandeling continueerden. De studie duurde 9 maanden met een afbouwperiode van 3 maanden. Een cox-proportionele hazard regressiemodel werd gebruikt om terugval te analyseren.

Resultaten

Er werden 140 patiënten gerandomiseerd. De gemiddelde leeftijd van 50.9 jaar, 58.6% was man en 74.3% van de patiënten was van et Kaukasische ras. Er was meer terugval in de groep die de gebruikelijke behandeling behield, OR = 2.82 (95% CI: 1.03 – 4.40), p=0.04). Tevens had deze groep meer bewegingsstoornissen, een hoger lichaamsgewicht en een lagere kwaliteit van leven, gemeten met de EQ5D.

Conclusie

Er is enige bewijs dat het gelijktijdig voorschrijven van antipsychotica gunstig kan zijn. Dit bewijs is echter zwak. Deze studie suggereert dat het afbouwen van twee naar een antipsychoticum even goed of zelfs beter is ten aanzien van terugval. Deze open label studie heeft minder interne validiteit maar hoge generaliseerbaarheid.

Literatuurverwijzing

Broekema, W. J., de Groot, I. W., & van Harten, P. N. (2007). Simultaneous prescribing of atypical antipsychotics, conventional antipsychotics and anticholinergics—a European study. *Pharmacy World & Science*, 29(3), 126–130. <http://doi.org/10.1007/s11096-006-9063-1>.

De genetica van antipsychotica-gerelateerde bewegingsstoornissen: overzicht middels Umbrella Review

Nadine van der Burg ¹ / PhD Asmar Al Hadithy ² / Prof. Dr. Jim van Os ³ / Prof. Dr. Peter van Harten ^{1,3} / MD PhD Roberto Doornebal-Bakker ^{1,3}

P: Presenterende auteur / spreker

1. GGZ Centraal
2. UMC Maastricht
3. Maastricht University

Achtergrond

Antipsychotica (AP) veroorzaken frequent bewegingsstoornissen zoals tardieve dyskinesie, parkinsonisme, acathisie en tardieve dystonie. Bewegingsstoornissen zijn een van de bijwerkingen die vaak een reden zijn voor het stoppen van AP, waarna veelal een hernieuwde psychotische episode volgt (Casey 2006). Een groot probleem is dat sommige bewegingsstoornissen irreversibel kunnen worden en dat patiënten erg lijden onder gevoelens van schaamte en angst. Clinici hebben belang bij strategieën ter preventie of behandeling van bewegingsstoornissen. Familiestudies tonen dat genetische factoren voor een deel de kans op het ontwikkelen van bewegingsstoornissen bij AP bepalen (de Koning 2011). Daarom is het vinden van de genen die verantwoordelijk zijn voor de gevoeligheid voor bewegingsstoornissen een potentiële strategie voor preventie.

Doel

Het geven van een overzicht van de belangrijkste farmacogenetische studies naar AP-gerelateerde bewegingsstoornissen middels een umbrella review.

Methoden

Twee van ons (NB, PRB) voerde een literatuuronderzoek uit met Medline, Embase en Psychinfo over de periode 1976 tot en met 2 augustus 2017. Er werd uitgebreid gezocht op relevante trefwoorden met als doel zo volledig mogelijk te zoeken. We scoorden de gevonden meta-analyses per AMSTAR criteria.

Resultaten

Er werden 14 meta analyses gevonden en geïnccludeerd. In 6 genen werden polymorfismen gevonden die effect hebben op het risico van AP-gerelateerde bewegingsstoornissen. Deze zijn: DRD3, DRD2, CYP2D6, 5-HT2A, COMT en MnSOD. We zien een afnemend effect in tijd en de meta-analyses waren moeilijk te vergelijken vanwege verschillen in patiëntenpopulatie. Slechts een meta-analyse keek naar verschillende bewegingsstoornissen, anders dan tardieve dyskinesie.

Conclusie

Resultaten suggereren dat meerdere genen een rol spelen bij AP-gerelateerde bewegingsstoornissen c. Mogelijke verklaringen voor het afnemende effect zijn (1) meer inclusie van Aziatische patiënten met invloed op de Odds Ratio, (2) toename in het voorschrijven van tweede generatie AP en (3) een winners' curse waarbij genetische effectgrootte plaatsvindt bij de eerste studies door selectie van significante uitkomsten. Tardieve dyskinesie is mogelijk het meest onderzocht door de hoge prevalentie en potentiële irreversibiliteit. Er is meer onderzoek nodig op grote schaal, bijvoorbeeld in de vorm van genome wide association studies (GWAS), waarbij verschillende centra kunnen samenwerken om een genetische test te ontwikkelen met een medicatieadvies per patiënt. Verschillende nieuwe genetische analysetechnieken worden al toegepast op andere gebieden (oncologie) waarvan het onderzoek naar bewegingsstoornissen baat bij zou kunnen hebben.

Literatuurverwijzing

Bakker P.R., De genetica van antipsychotica gerelateerde bewegingsstoornissen. Tijdschrift voor psychiatrie. 57(2015)2, 114- 119 Casey, D.E., Implications of the CATIE trial on treatment: extrapyramidal symptoms. CNS Spectr. 11, 25-31. 2006. Koning, J.P., Dyskinesia and parkinsonism in antipsychotic-naïve patients with schizophrenia, first-degree relatives and healthy controls: a meta-analysis, Schizophrenia Bulletin 2010 Jul;36(4):723-31. Lencz, T., Pharmacogenetics of antipsychotic-induced side effects. Dialogues in Clinical Neuroscience Volume 11, Number 4. 2009.

S27.4

Effectiviteit van CYP2D6 en CYP2C19 genotypering in patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen op Curaçao

Anne Koopmans^{p1,2,3} / MD Dr. David Vinkers² / MD Dr. Petra Gelan³ / Prof. Dr. Hans Hoek^{1,4,5} / Prof. Dr. Peter van Harten^{2,6}

P: Presenterende auteur / spreker

1. Parnassia
2. Maastricht University
3. GGz Curaçao
4. UMC Groningen
5. Columbia University, New York
6. GGz Centraal

Achtergrond

CYP2D6 en CYP2C19 zijn enzymen betrokken bij het metabolisme van verschillende psychofarmaca. Verschillen in het genotype, leidt tot vier fenotypen en afhankelijk van het aantal actieve allelen kan iemand geclassificeerd worden als poor metabolizer (PM), intermediate metabolizer (IM), extensive metabolizer (EM) of ultrarapid metabolizer (UM). PMers hebben bij gemiddelde doseringen hogere bloedspiegels en meer dosisafhankelijke bijwerkingen. UMers hebben daarentegen lagere bloedspiegels en minder snel therapeutisch effect van een behandeling. De KNMP heeft richtlijnen ontwikkeld om doseringen aan te passen op basis van de CYP-activiteit, maar het is onduidelijk deze richtlijnen effectief zijn in patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen reeds ingesteld op psychofarmaca.

Doel

Onderzoeken of het toepassen van de KNMP-richtlijnen om doseringen aan te passen op basis van de CYP-activiteit effectief is bij patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen die reeds ingesteld zijn op psychofarmaca

Methoden

In deze studie zijn 269 psychiatrische patiënten op Curaçao, gegenotypeerd voor CYP2D6 en CYP2C19. De patiënten met een PM, IM of UM fenotype werden geselecteerd voor dosisaanpassing volgens de richtlijn en gematcht met een controlegroep van 41 EM patiënten. Alle 45 patiënten werden geselecteerd vanwege een dosisaanpassing op basis van het CYP2D6 profiel. De patiënten werden voor, en vier maanden na dosisaanpassing gemeten op psychopathologie (BPRS), metabole bijwerkingen en bewegingsstoornissen (RR, gewicht, buikomvang, lab, SHRS, BARS) en welzijn (SWN-20, WHODAS 2.0, EQ-5D).

Resultaten

Er was geen verschil in gemiddelde dosering voorgeschreven antipsychotica tussen de verschillende fenotypen. Voor en na dosisaanpassing waren er geen verschillen in psychopathologie, bijwerkingen en welzijn tussen de dosisaanpassing- en de controlegroep.

Conclusie

Dosisaanpassing op basis van CYP2D6 genotype lijkt geen effectieve interventie in patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen, reeds langdurig ingesteld op antipsychotica.

Literatuurverwijzing

Swen JJ, Nijenhuis M, de Boer A, et al. Pharmacogenetics: from bench to byte-an update of guidelines. Clin Pharmacol Ther. 2011;89(5):662-673 Swen J, Wilting I, Goede A de, et al. Pharmacogenetics: From Bench to Byte. Clin Pharmacol Ther. 2008;83(5):781-7

Multidisciplinaire leefstijl-bevorderende behandeling bij langdurig opgenomen patiënten met EPA (MULTI): effecten op medicatiegebruik

MSc Jeroen Deenik^{p 1,2} / Dr. Diederik Tenback^{1,3} / Dr. Erwin Tak^{4,5} / Dr. Ingrid Hendriksen^{4,5} / Prof. Dr. Peter van Harten^{1,2}

P: Presenterende auteur / spreker

1. GGz Centraal
2. Maastricht University
3. Veldzicht
4. Body@Work, TNO-VUmc
5. TNO

Achtergrond

Patiënten met een ernstig psychiatrische aandoening (EPA) hebben vaak een ongezonde leefstijl met, die bijdraagt aan de verkorte levensduur (10-20 jaar) ten opzichte van de algemene bevolking. Het structureel verbeteren hiervan is echter een grote uitdaging en veel pogingen in de praktijk hebben niet het gewenste effect bereikt. Recent liet een geïmplementeerde multidisciplinaire leefstijl-bevorderende behandeling (MULTI) na 18 maanden echter positieve effecten zien op beweging, metabole gezondheid, kwaliteit van leven en functioneren ten opzichte van de gebruikelijke behandeling. Aanvullend was de vraag of er ook een effect op medicatiegebruik was.

Doel

Het evalueren van veranderingen in medicatiegebruik na 18 maanden MULTI.

Methoden

Een observationele gecontroleerde cohortstudie. De behandeling werd in April 2014 op pragmatische wijze geïmplementeerd en retrospectief vergeleken met afdelingen die de gebruikelijke behandeling continueerden. Data werd verkregen uit medicatielijsten, die gecategoriseerd werden op hoofdgroepen volgens de WHO ATC index. Doseringen werden omgerekend naar daily defined dosages (DDD). De scheef verdeelde data werd geanalyseerd met non-parametrische tests.

Resultaten

Voorlopige resultaten laten zien dat doseringen in 18 maanden afnamen in zowel MULTI (n=65) als de gebruikelijke behandeling (n=49). De komst van nieuwe (jongere) psychiaters op de afdelingen van de gebruikelijke behandeling heeft de effecten in deze groep hoogstwaarschijnlijk beïnvloed. MULTI liet een afname zien in DDD van medicatie t.a.v. spijsvertering en metabolisme (A; -1.38*, bijv. insuline), cardiovasculair systeem (C; -0.40*, bijv. bloeddrukverlagers), ademhalingssysteem (R; -0.28*, bijv. pufjes), anti-epileptica (N03; -0.24*), anti-Parkinson (N04; -0.14*), antipsychotica (N05A; -1.4*), hypnotica en sedativa (N05BC; -0.70*) en psychoanaleptica (N06; -0.66*). *p<0.001

Conclusie

Naast zeer opvallende verbeteringen in lichamelijke gezondheid, kwaliteit van leven en functioneren, wordt met MULTI ook afname van medicatie bereikt. Dit zijn zeer relevante resultaten voor de klinische praktijk aangezien eerdere pogingen om leefstijl te verbeteren mislukten op de langere termijn. Verdere (grondigere) analyses zullen uitgevoerd worden om meer robuuste resultaten te genereren en meer inzicht te krijgen in deze veelbelovende resultaten.

Literatuurverwijzing

Deenik J, et al. Physical activity and quality of life in long-term hospitalized patients with severe mental illness: a cross-sectional study. BMC Psychiatry. 2017. Deenik J, et al. Effects of a multidisciplinary lifestyle enhancing treatment on physical and psychiatric health in patients with severe mental illness: the MULTI study I. Submitted. Kruisdijk F, et al. Accelerometer-measured sedentary behaviour and physical activity of inpatients with severe mental illness. Psychiatry Res. 2017.

S28 Symposium Senieur

Tijdens dit symposium presenteren recent of bijna gepromoveerde onderzoekers een samenvatting van het door hun verrichte promotieonderzoek, specifiek gericht op ouderen. Op deze wijze krijgen de aanwezigen in korte tijd een overzicht van belangrijke wetenschappelijke ontwikkelingen in ons vak. De invalshoek is vanuit meerdere disciplines zodat we juist de discipline-overstijgende aspecten van de ouderenpsychiatrie en -psychologie voor het voetlicht brengen. De nadruk ligt in dit symposium op dementie, depressie en Somatisch Onvoldoende begrepen Lichamelijke Klachten (SOLK).

S28.1

De Impact van Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten op het Leven van Ouderen

Dr. Denise Hanssen ^{p1} / Dr. Peter Lucassen ² / Dr. Paul Naarding ³ / Prof. dr. Richard Oude Voshaar ¹

P: Presenterende auteur / spreker

1. Afdeling Psychiatrie, Universitair Medisch Centrum Groningen
2. Afdeling Eerstelijns geneeskunde, Radboud Universitair Medisch Centrum
3. Afdeling Ouderenpsychiatrie, GGNet, Apeldoorn

Achtergrond

Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK) gaan gepaard met een verlaagde kwaliteit van leven voor de patiënt, problemen in de arts-patiënt communicatie en verhoogde zorgkosten. Hoewel we weten dat SOLK bij oudere volwassenen vaak voorkomen, is er nog maar weinig bekend over SOLK op latere leeftijd.

Doel

We onderzochten daarom het algemeen niveau van functioneren en biopsychosociale kenmerken van SOLK op latere leeftijd. In deze presentatie wordt een samenvatting van de resultaten van het proefschrift over deze vragen gegeven.

Methoden

118 60+ers met SOLK en 154 60+ers met verklaarde lichamelijke klachten namen deel aan de 'Older Persons with medically Unexplained Symptoms' (OPUS) studie, een patiënt-controle onderzoek. Deelnemers met SOLK kregen eerst een multidisciplinaire screening en vervolgens een huisbezoek van een onderzoeker. Deelnemers met verklaarde lichamelijke klachten werden 2x thuis bezocht. Met gevalideerde vragenlijsten, zoals de SF-36, werden tijdens de screening en de huisbezoeken het niveau van functioneren en lichamelijke, psychologische en sociale kenmerken in kaart gebracht. Daarnaast werd een kwalitatieve studie verricht bij een deelgroep van de oudere volwassenen met SOLK.

Resultaten

Oudere volwassenen met SOLK rapporteerden een lagere kwaliteit van leven dan oudere volwassenen met verklaarde lichamelijke klachten. Uit de diepte-interviews kwamen zingevingproblemen bij oudere volwassenen met SOLK naar boven, met name doordat een gebrek aan controle op de klachten ervaren werd. Met betrekking tot biopsychosociale kenmerken zagen wij o.a. dat oudere volwassenen met SOLK meer last hadden van pijn, vaker angstige gedachten over ziek zijn hadden en zich eenzamer voelden dan oudere volwassenen met verklaarde lichamelijke klachten.

Conclusie

SOLK hebben op latere leeftijd een sterke en negatieve uitwerking op de kwaliteit van leven, zelfs sterker dan verklaarde lichamelijke klachten. In overeenstemming met wetenschappelijk onderzoek bij jongere volwassenen komen aanwijzingen naar voren voor een complex samenspel van lichamelijke, psychologische en sociale factoren bij oudere volwassenen met SOLK. Omdat deze factoren veelal veranderbaar zijn, geeft dit aanknopingspunten voor het ontwikkelen van interventies voor SOLK op latere leeftijd.

Literatuurverwijzing

-Barskey, A.J., Orav, E.J., & Bates, D.W. (2005). Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, 62, 903-910. -Dirkzwager, A.J.E., & Verhaak, P.F.M.. (2007). Patients with persistent medically unexplained symptoms in general practice: characteristics and quality of care. *BMC Family Practice*, 8, 33.-Hanssen, D.J.C., Lucassen, P.L.B.J., Hilderink, P.H., Naarding, P., & Oude Voshaar, R.C. (2016). Health-related quality of life in older persons with medically unexplained symptoms. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(11), 1117-1127. -Hanssen, D.J.C., Oude Voshaar, R.C., Naarding, P., Rabeling-Keus, I.M., Olde Hartman, T.C., & Lucassen, P.L.B.J. (2016). Social characteristics and care needs of older persons with medically unexplained symptoms: a case-control study. *Family Practice*, 33(6), 617-625. -Hilderink, P.H., Collard, R., Rosmalen, J.G.M., Oude Voshaar, R. (2013). Prevalence of somatoform disorders and medically unexplained symptoms in old age populations in comparison with younger age groups: a systematic review. *Ageing Research Reviews*, 12(1), 151-156. -Olde Hartman, T.C., Hassink-Franke, L.J., Lucassen, P.L., van Spaendonck, K.P., & van Weel, C. (2009). Explanation and relations. How do general practitioners deal with patients with persistent medically unexplained symptoms: a focus group study. *BMC Family Practice*, 10(1), 1.

S28.2

Beloop en voorspellers van depressie in het latere leven, resultaten uit de LASA studie

Drs. Hans Jeuring^{p1,2} / Dr. Hannie Comijs^{1,2} / Prof. dr. Dorly Deeg³ / Prof. dr. Max Stek^{1,2} / Prof. dr. Martijn Huisman³ / Prof. dr. Aartjan Beekman^{1,2}

P: Presenterende auteur / spreker

1. GGZ inGeest
2. VU University Medical Center
3. VU University

Achtergrond

Er is in toenemende mate aandacht voor depressieve stoornissen op latere leeftijd. Zo is het bekend dat niet alleen de depressieve stoornis gepaard gaat met negatieve gezondheidssuitkomsten, maar dat ook de subsyndromale depressie geassocieerd is met verlies van kwaliteit van leven, hogere zorgconsumptie en voortijdig overlijden. Onder ouderen komt deze subsyndromale depressie (prevalentie ca. 10%) ongeveer 4x zo vaak voor als de depressieve stoornis (prevalentie ca. 2,5%), dit gaat om een aanzienlijk (en groeiend) aantal mensen.

Doel

Aangezien weinig bekend is over a) verschillen in depressie prevalentie tussen generaties, b) het lange termijn beloop van de subsyndromale depressie, en c) de verschillen in oversterfte aan depressie over de tijd, hebben we gebruik gemaakt van data uit de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) om die vragen te beantwoorden.

Methoden

LASA is een nationale representatieve steekproef onder 55-85-jarigen in Nederland, gestart in 1992 (N=3,107). Follow-up vindt plaats elke drie jaar. In 2002 (N=1,002) en 2012 (N=1,023) zijn twee nieuwe samples 55-64-jarigen gerekruteerd volgens hetzelfde sampling frame als in 1992. Depressie is vastgesteld d.m.v. een screener (CES-D) en diagnostisch interview (DIS). Biopsychosociale factoren zijn uitgebreid in kaart gebracht en meegenomen als onafhankelijke factoren in de verschillende studies. Diverse analysemethoden (survival analyses, multinomiale regressie en GEE) werden gebruikt om de drie bovenstaande vragen te beantwoorden.

Resultaten

a) De depressieve stoornis komt bijna twee keer zo vaak voor bij 55-64-jarigen die leefden in 2002 (OR: 1.90, $p=0.022$) en 2012 (OR:1.80, $p=0.039$) t.o.v. hun leeftijdgenoten in 1992. Deze toegenomen prevalentie was geassocieerd met een toename van gezondheidsproblemen: zoals chronische ziekte en functionele beperkingen. Ook vonden we dat bepaalde psychosociale factoren zijn verbeterd voor jongere generaties, zoals het opleidingsniveau, werk en persoonlijkheidseigenschappen. Dit heeft er mogelijk toe geleid dat het prevalentiecijfer niet nog verder is gestegen. Deze verbeterde psychosociale omstandigheden waren eveneens geassocieerd met een 32% lager voorkomen van de subsyndromale depressie in 2012 t.o.v. 2002. b) Bij maximaal 17-jaar follow-up van 341 respondenten met een subsyndromale depressie werd gevonden dat 44.9% herstelde, 40.5% bleef chronisch en 14.7% kreeg een ernstige depressie, met een incidentiedichtheid van 15.1/1000 persoonsjaren. Voorspellers van een ongunstig beloop waren geslacht (vrouw), neuroticisme, chronische ziekte, roken, hoge BMI en gebrek aan steun. Geslacht (man) en afwezigheid van pijn voorspelden herstel. c) De oversterfte gemeten over 16 jaar was afgenomen voor respondenten met een depressieve stoornis (OR=0.92, $p=0.04$), maar niet voor mensen met een subsyndromale depressie. Onze hypothese, dat dit veroorzaakt zou zijn door een afname in de sterfte van cardiovasculaire ziekte, konden we niet bevestigen.

Conclusie

De depressieve stoornis onder 55-64-jarigen komt vaker voor in jongere generaties. Uit onze studie blijkt de mogelijkheid om risicofactoren en/of beschermende factoren voor depressie te beïnvloeden, waarmee de prevalentie van depressie mogelijk ook beïnvloed kan worden. Daarnaast zagen we dat de oversterfte aan de depressieve stoornis over 16 jaar is afgenomen, in tegenstelling tot de oversterfte aan de subsyndromale depressie. Dit zou kunnen wijzen op een betere herkenning en behandeling van de depressieve stoornis op latere leeftijd. Deze resultaten wijzen op het belang om de preventie van de depressieve stoornis adequaat vorm te geven. Gezien de risicofactoren die werden gevonden, lijkt het een aanbeveling om somatisch en fysiek gecompromitteerde patiënten te screenen op de aanwezigheid van een subsyndromale depressie.

Literatuurverwijzing

Huisman, M., Poppelaars, J., van der Horst, M., Beekman, A.T.F., Brug, J., van Tilburg, T.G., & Deeg, D.J.H. (2011). Cohort profile: the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *International Journal of Epidemiology* 40, 868–76. Meeks, T.W., Vahia, I.V., Lavretsky, H., Kulkarni, G., & Jeste, D.V. (2011). A tune in 'a minor' can 'b major': a review of epidemiology, illness course, and public health implications of subthreshold depression in older adults. *Journal of Affective Disorders* 129, 126–42. Jeuring, H.W., Huisman, M., Comijs, H.C., Stek, M.L., & Beekman, A.T.F. (2016). The long-term outcome of subthreshold depression in later life. *Psychological Medicine*, 1–11.

S28.3

Robuustheid van symptoomvaliditeitstesten tegen cognitieve stoornissen en apathie

Dr. Brechje Dandachi-FitzGerald ¹ / Prof. dr. Rudolf Ponds ²

P: Presenterende auteur / spreker

1. Department of Psychiatry and Psychology, Maastricht University Medical Centre (MUMC+)
2. Maastricht University Medical Centre (MUMC+)

Achtergrond

De vraag naar de geldigheid van gerapporteerde klachten en prestaties bij cognitieve tests, staat bekend als symptoomvaliditeit. Om symptoomvaliditeit te meten zijn er verschillende testen ontwikkeld. Deze symptoomvaliditeitstesten (SVTs) gebruiken empirisch gevalideerde afkappunten om ongeloofwaardige klachtenpresentatie vast te stellen. Echter, cognitieve stoornissen en apathie kunnen mogelijk interfereren met de prestatie op deze testen en zo leiden tot een foutpositieve uitslag (dwz dat de score van de patiënt ten onrechte door de SVT wordt geclassificeerd als ongeloofwaardig).

Doel

In deze studie willen we onderzoeken hoe robuust SVTs zijn tegen cognitieve stoornissen en apathie.

Methoden

Cross-sectionele studie. In totaal werden 138 patiënten geïnccludeerd: 97 patiënten met een klinische diagnose MCI of dementie, en 41 patiënten met de ziekte van Parkinson. Alle patiënten waren regulier verwezen voor neuropsychologische diagnostiek binnen het ziekenhuis. Drie SVTs werden toegevoegd aan de testbatterij: de Test of Memory Malingering (TOMM), de Dot Counting Test (DCT), en de Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS). De primaire uitkomstmaten waren 1) het foutpositieve percentage de SVTs en 2) het aantal SVTs waarop afwijkend werd gescoord.

Resultaten

Het foutpositieve percentage was: 14% voor de TOMM trial 2 (score < 45), 6% voor de DCT (score < 22), en 10% voor de SIMS (score > 19). Bij de groep die alle drie de SVTs had gemaakt (N= 87), scoorden 14 patiënten (14%) afwijkend op één SVT, 3% op twee SVTs en geen enkele patiënt op alle drie de SVTs.

Conclusie

Het merendeel van de patiënten in deze steekproef behaalden scores binnen de normale range op de TOMM, DCT en SIMS. Dit wijst erop dat deze instrumenten vrij robuust zijn tegen cerebrale pathologie. Bij toepassing van de beslisregel dat minimaal 2 SVTs afwijkend moeten zijn voordat de klachtenrapportage als ongeloofwaardig wordt geclassificeerd, komen foutpositieve uitslagen weinig voor (3%) en blijft de specificiteit hoog.

Literatuurverwijzing

Merten, T., Bossink, L., & Schmand, B.A. (2007). On the limits of effort testing: Symptom validity tests and severity of neurocognitive symptoms in nonlitigant patients. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 29, 308-318. Dandachi-FitzGerald, B., Van Twillert, B., van de Sande, P., Van Os, Y., & Ponds, R.W.H.M. (2016). Poor symptom and performance Validity in regularly referred hospital outpatients: Link with standard clinical measures, and role of incentives. *Psychiatry Research*, 239, 47-53. Dandachi-FitzGerald, B., Ponds, R.W.H.M., Peters, M.J.V., & Merckelbach, H. (2011). Cognitive underperformance and symptom over-reporting in a mixed psychiatric sample. *The Clinical Neuropsychologist*, 25, 812-828. Rienstra, A., Groot, P.F.C., Spaan, P.E.J., Majoie, C.B.L.M., Nederveen, A.J., Walstra, G.J.M., & Schmand, B.A. (2013). Symptom validity testing in memory clinics: Hippocampal-memory associations and relevance for diagnosing mild cognitive impairment. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 35, 59-70.

S28.4

Proefschrift: Passend psychofarmaca gebruik bij dementie. PROPER-studie

Drs. Klaas van der Spek ¹ / Prof. dr. Raymond Koopmans ^{1,2} / Dr. Martin Smalbrugge ³ / Dr. Marjorie Nelissen-Vrancken ⁴ / Dr. Roland Wetzels ¹ / Mw. Claudia Smeets ¹ / Dr. Steven Teerenstra ⁵ / Prof. dr. Sytse Zuidema ⁶ / Dr. Debby Gerritsen ¹

P: Presenterende auteur / spreker

1. Afdeling Eerstelijnsgeriatrie, Radboudumc, Radboudumc Alzheimer Centrum, Nijmegen
2. Joachim en Anna, specialistisch zorg- en behandelcentrum, Nijmegen
3. Afdeling Huisartsgeneeskunde & Ouderengeneeskunde, Vumc, Amsterdam
4. Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik, Utrecht
5. Afdeling Health Evidence, Group Biostatistics, Radboudumc, Nijmegen
6. Afdeling Huisartsgeneeskunde & Ouderengeneeskunde, UMCG, Groningen

Achtergrond

Er is een toenemende belangstelling voor het verminderen van psychofarmaca gebruik voor de behandeling van neuropsychiatrische symptomen (NPS) bij patiënten met dementie in verpleeghuizen. Richtlijnen adviseren psychosociale interventies bij de behandeling van NPS, en psychofarmaca, zoals antipsychotica, antidepressiva, anxiolytica en hypnotica, als psychosociale interventies onvoldoende effectief zijn. De initiatieven om het gebruik van psychofarmaca te verminderen lijken echter weinig aandacht te hebben voor de kwaliteit van het voorschrijven zelf (passend volgens de indicaties voor voorschrijven en gebruik volgens de richtlijn probleemgedrag van Verenso). Dit kan daarentegen de sleutel zijn voor passend gebruik, met mogelijk meer effectiviteit en minder bijwerkingen tot gevolg.

Doel

In het eerste deel van het onderzoek werd het passend gebruik in kaart gebracht en de daarmee samenhangende factoren. In het tweede deel werd het effect van systematische medicatiebeoordelingen op het passend psychofarmaca gebruik onderzocht.

Methoden

Een instrument werd ontwikkeld dat specifiek geschikt is voor het meten van passend psychofarmaca gebruik voor NPS bij dementie. Medische dossiers van 559 verpleeghuispatiënten op psychogeriatrische afdelingen, die in totaal 147 antipsychotica, 167 antidepressiva, 85 anxiolytica en 76 hypnotica gebruikten, werden getoetst op passend gebruik en mogelijke relevante patiënt-, arts- en verzorgende factoren. In een gerandomiseerde gecontroleerde trial (RCT) werd een halfjaarlijkse gestructureerde multidisciplinaire medicatiebeoordeling door de arts, apotheker en verzorgende in de interventiegroep geïntroduceerd. Bij aanvang van de trial waren er 380 patiënten geïncludeerd, waarvan er 222 werden gerandomiseerd naar de interventiegroep, in de controlegroep was sprake van 'care-as-usual'. Gedurende 18 maanden werd de mate van passend gebruik 4 keer gemeten met het nieuwe instrument.

Resultaten

Het instrument bestond uit zeven items van passend gebruik; indicatie, evaluatie, dosis, interacties, contra-indicaties, duplicaties en therapieduur. De minderheid, slechts 10% van het psychofarmaca gebruik was volledig passend. Meer uitgesproken NPS waren geassocieerd met meer passend psychofarmaca gebruik. Arts- en verzorgende-gerelateerde factoren werden ook geassocieerd met passend gebruik van psychofarmaca. In de RCT verbeterde het passend gebruik in de medicatiebeoordeling groep significant meer dan in de controle groep.

Conclusie

Passend gebruik van psychofarmaca voor NPS bij verpleeghuispatiënten met dementie is beperkt en geassocieerd met patiëntgerelateerde- maar zeker ook niet-patiëntgerelateerde factoren. Als artsen, apothekers en verzorgenden samen regelmatig de medicatie beoordelen draagt dit bij aan het vergroten van de kwaliteit van voorschrijven en daarmee tot een vermindering van niet-passend psychofarmaca gebruik.

Literatuurverwijzing

van der Spek, Klaas, Gerritsen, Debby L., Smalbrugge, Martin, Nelissen-Vrancken, Marjorie H.J.M.G., Wetzels, Roland B., Smeets, Claudia H.W., Zuidema, Sytse U., Koopmans, Raymond T.C.M. (2013). PROPER I: Frequency and appropriateness of psychotropic drugs use in nursing home patients and its associations: a study protocol. *BMC Psychiatry*; 13(1), 307. van der Spek, Klaas, Gerritsen, Debby L., Smalbrugge, Martin, Nelissen-Vrancken, Marjorie H.J.M.G., Wetzels, Roland B., Smeets, Claudia H.W., Zuidema, Sytse U., Koopmans, Raymond T.C.M. (2015). A reliable and valid index was developed to measure appropriate psychotropic drug use in dementia. *Journal of Clinical Epidemiology*; 68(8), 903–12. van der Spek, Klaas, Gerritsen, Debby L., Smalbrugge, Martin, Nelissen-Vrancken, Marjorie H.J.M.G., Wetzels, Roland B., Smeets, Claudia H.W., Zuidema, Sytse U., Koopmans, Raymond T.C.M. (2016). Only 10% of the psychotropic drug use for neuropsychiatric symptoms in patients with dementia is fully appropriate. The PROPER I-study. *International Psychogeriatrics*; 28(10), 1589–1595. van der Spek, Klaas, Koopmans, Raymond T.C.M., Smalbrugge, Martin, Nelissen-Vrancken, Marjorie H.J.M.G., Wetzels, Roland B., Smeets, Claudia H.W., Zuidema, Sytse U., Gerritsen, Debby L. (2017). Factors associated with appropriate psychotropic drug prescription in nursing home patients with severe dementia. *International Psychogeriatrics*; 21,1-10. Smeets, Claudia H.W., Smalbrugge, Martin, Gerritsen, Debby L., Nelissen-Vrancken, Marjorie H.J.M.G., Wetzels, Roland B., van der Spek, Klaas, Zuidema, Sytse U., Koopmans, Raymond T.C.M. (2013). Improving psychotropic drug prescription in nursing home patients with dementia: design of a cluster randomized controlled trial. *BMC psychiatry*; 13(1), 280. van der Spek, Klaas, Koopmans, Raymond T.C.M., Smalbrugge, Martin, Nelissen-Vrancken, Marjorie H.J.M.G., Wetzels, Roland B., Smeets, Claudia H.W., Zuidema, Sytse U., Gerritsen, Debby L.. The effect of biannual medication reviews on the appropriateness of psychotropic drug use for neuropsychiatric symptoms in patients with dementia: a randomised controlled trial. submitted.

DISCUSSIEGROEPEN

D13 Zijn patiënten met schizofrenie wilsbekwaam voor deelname aan medisch-wetenschappelijk onderzoek?

MD Selene Veerman ^{p1} / PhD, MD Dan Cohen ^{p2} / Mette Lanssen ^{p3}

P: Debatleider / panelleden

1. GGZ NHN
2. GGZ NHN
3. Anoiksis, vereniging voor en door psychosegevoelige mensen

Inhoud (wat)

Inleiding Schizofrenie en beeldvorming hebben een moeizame verhouding. Schizofrenie is een relatief zeldzame aandoening met een prevalentie van 0,4%, wat vermoedelijk bijdraagt aan de onbekendheid in de algemene bevolking. Sociaal-psychologische factoren als chronische vernedering, pesten, sociale uitsluiting of seksueel misbruik dragen bij aan de ontwikkeling van schizofrenie. Omgekeerd leidt onbekendheid vaak tot vooroordelen, discriminatie en uitsluiting, die op hun beurt het zelfvertrouwen, de hoop op herstel en de kwaliteit van leven van patiënten negatief beïnvloeden. Vooroordelen zijn mede het gevolg van berichtgeving, die zich vrijwel uitsluitend richt op de zeer zeldzame geweldsincidenten, daarmee de suggestie wekkend dat schizofrenie gelijk staat aan bedreiging en gevaar. Wilsbekwaamheid over deelname aan wetenschappelijk onderzoek is een ander vooroordeel, dat leidt tot uitsluiting en een rem vormt op wetenschappelijk onderzoek bij schizofrenie. Aanleiding Bij schizofrenie kan sprake zijn van sprake van een ernstige denk- en/of waarnemingsstoornis. Daarmee doet zich de vraag voor hoe zich dat verhoudt tot wils(on)bekwaamheid voor deelname aan wetenschappelijk onderzoek. Deze kwestie werd actueel door berichtgeving over klachten rond een lopend wetenschappelijk onderzoek (effectiviteit van memantine-additie bij clozapineresistente schizofrenie). De berichtgeving was voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) aanleiding tot een diepgaand onderzoek. In haar rapport neemt de IGZ stelling over de wilsbekwaamheid van patiënten met schizofrenie: 'vanwege de kwetsbaarheid van de patiëntengroep zou het te verkiezen zijn geweest als de instelling niet alleen de patiënten maar ook hun familie of naastbetrokkenen had geïnformeerd over de memantine studie, en ook van hen toestemming zou hebben.' Het uitgangspunt van de IGZ was in dit geval dat het onduidelijk was of de patiënten gedurende de hele studie in staat zouden zijn tot een redelijke waardering van hun belangen. Doel van de bijeenkomst 1. Uitwisseling van argumenten voor en tegen de stelling van de IGZ. 2. Wetenschappelijk onderbouwde eigen stellingname.

Vorm (hoe)

Aan de hand van stellingen worden verschillende standpunten vanuit de media, de Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek (WMO) met mensen, de IGZ, Anoiksis, vereniging voor en door psychosegevoelige mensen, onderzoekers en behandelend psychiaters ter discussie gesteld. Uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek worden gepresenteerd ter onderbouwing van aanbevelingen voor het verkrijgen van informed consent inzake wetenschappelijk onderzoek.

Leerdoelen

1. Bekendheid met de argumenten voor en tegen wils(on-)bekwaamheid van patiënten met schizofrenie.
2. Bekendheid met de uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek naar wils(on-)bekwaamheid van patiënten met schizofrenie (en psychose in het algemeen) voor deelname aan wetenschappelijk onderzoek.
3. Bekendheid met mogelijkheden om wilsbekwaamheid te objectiveren bij twijfel of een patiënt de voor- en nadelen van deelname aan wetenschappelijk redelijk kan waarderen of zelfstandig hierover kan beslissen.

Literatuurverwijzing

1. Appelbaum PS, Grisso T. MacCAT-CR: MacArthur Competence Assessment Tool for Clinical Research. Sarasota, Fla: Professional Resource Press; 2001.
2. Carpenter WT, Gold JM, Lahti AC, Queern CA, Conley RR, Bartko JJ, et al. Decisional capacity for informed consent in schizophrenia research. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 533-8.
3. Inspectie voor de Gezondheidszorg, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Inspectieonderzoek naar de uitvoering van de MAOTC studie. 2016. <http://www.igz.nl/zoekresultaten.aspx?q=memantine>.
4. Jeste DV, Palmer BV, Appelbaum PS, Golshan S, Glorioso D, Dunn LB, et al. A new brief instrument for assessing decisional capacity for clinical research. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64: 966-74.
5. McGrath J, Saha S, Chant D, Welham J. Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence and mortality. *Epidemiol Rev* 2008; 30: 67-76.
6. Morán-Sánchez I, Luna A, Pérez-Cárceles MD. Assessment of capacity to consent to research among psychiatric outpatients: Prevalence and Associated Factors. *Psychiatr Q*. 2016; 87: 89-105.
7. Prentice KJ, Gold JM, Carpenter Jr. WT. Optimistic bias in the perception of personal risk: Patterns in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 507-12.
8. Selten JP, van der Ven E, Rutten BP, Cantor-Graae E. The social defeat hypothesis of schizophrenia: an update. *Schizophr Bull*. 2013; 39: 1180-6.
9. Vass V, Morrison AP, Law H, Dudley J, Taylor P, Bennet KM, et al. How stigma impacts on people with psychosis: The mediating effect of self-esteem and hopelessness on subjective recovery and psychotic experiences. *Psychiatry Res* 2015; 230: 487-95.
10. Veerman SR, Schulte PF, Smith JD, de Haan L. Memantine augmentation in clozapine refractory schizophrenia: a randomised, double-blind, placebo-controlled crossover study. *Psychol Med* 2016; 46: 1909-21.

D14 Samenwerking en gegevensuitwisseling tussen partijen in de Wet verplichte GGZ: de ultieme translationele uitdaging

Pieter Prins ^{p1,2} / Oswald Bloemen ^{p1,3} / Chris Vleugels ^{p1,4} / Jan Pieter Maes ^{p1,5} / Leontine ten Hoopen ^{1,6}

P: Debatleider / Panelleden

1. Commissie Wet- en Regelgeving NVvP
2. Altrecht
3. GGZ Centraal
4. FPC De Rooyse Wissel
5. Yulius
6. Erasmus MC

Inhoud (wat)

Het lijkt er nu echt van te komen, na ruim 20 jaar wordt afscheid genomen van de wet BOPZ en wordt deze opgevolgd door de Wet verplichte GGZ (WVGZ). Aan deze wet is ruim tien jaar gewerkt met een aantal ingrijpende wijzigingen. Oorspronkelijk was de bedoeling dat deze wet, meer dan de huidige wet, zou gaan fungeren als een behandelwet. Het debat over verwarde personen en het rapport van de Commissie Hoekstra hebben ertoe geleid dat de wet volgens sommigen teveel het karakter van een veiligheidswet heeft gekregen. De oorspronkelijke bedoeling van de wet was de voorkeuren en wensen van de patiënt en de omgeving centraal te stellen. Dit kan nog steeds middels een zogenaamd Plan van Aanpak dat voorkomt dat gedwongen zorg zal worden toegepast. Maar straks kan iedereen bij de gemeente een melding doen met betrekking tot personen die mogelijk verplichte zorg nodig hebben. Het college van burgemeester en wethouders wordt dan verantwoordelijk voor het instellen van een verkennend onderzoek. Verder hebben de officier van justitie en de geneesheer-directeur prominente rollen in de WVGZ. Maar wie krijgt de meest prominente rol? De rechter kan in deze nieuwe wet zelfstandig de doelen en de vorm van gedwongen zorg aanpassen in een zorgmachtiging. Het aantal betrokkenen neemt sterk toe met daarmee ook de wens of zelfs plicht(!) tot uitwisseling van gegevens. Begrijpen wij elkaars taal al voldoende en hoe komen we tot een verantwoordelijke uitwisseling van gegevens, waarbij de patiëntrechten centraal en intact blijven? Of gaat de taal van 'law en order' de boventoon voeren? Treedt er verbetering op met de nieuwe WVGZ, ook na de laatste amendementen die de Tweede Kamer heeft doorgevoerd en het schrappen van de observatiemaatregel? Kortom, dit levert ethische en juridisch interessante en noodzakelijke discussies op in de aanloop tot invoering van de nieuwe wetgeving. Graag gaan we dit debat met onze beroepsgroep aan, maar uiteraard in het totale veld van belanghebbenden.

Vorm (hoe)

Verschillende vertegenwoordigers uit het veld, zoals een officier van justitie, een burgemeester, een psychiater, een geneesheer-directeur, een familievertegenwoordiger en een ervaringsdeskundige zullen allen vanuit hun eigen ervaring en expertise een toelichting geven op de huidige en komende wetgeving op dit gebied. Waar liggen de beperkingen, de kansen, de mogelijkheden en de moeilijkheden, nu en met de toekomstige wetgeving? Vervolgens zal aan de hand van stellingen hierover een debat plaatsvinden met zowel de vertegenwoordigers als het publiek.

Leerdoelen

Inzichten in de kernpunten en samenwerkingsverbanden in de komende WVGZ. Inzichten in de vigerende wet- en regelgeving rond samenwerking en gegevensuitwisseling tussen verschillende domeinen. Zicht op verschillende belangen van de betrokkenen en mogelijkheden om een optimale samenwerking te creëren waarin de patiëntrechten centraal staan. Zicht op de spanning tussen veiligheid en belangen van de maatschappij enerzijds en de belangen/rechten van de patiënt en zorg bij samenwerking en gegevensuitwisseling anderzijds.

Literatuurverwijzing

Derde nota van wijziging Wet verplichte ggz. Integrale versie te vinden op www.dwangindezorg.nl

D15 Stoppen met roken in de GGZ

Drs. Paul Höppener ^{p1} / drs. Cassandra Steenkist ^{p2} / drs Céline de Weerdt ^{p2}

P: Debatleider / panelleden

1. Reinier van Arkel
2. Dimence

Inhoud (wat)

Roken is een controversieel onderwerp in de GGZ. Diverse onderzoeken hebben overtuigend aangetoond dat de prevalentie van roken van tabak beduidend hoger is onder mensen met een psychiatrische stoornis (53%) dan onder de gezonde populatie (37%). Het is algemeen bekend dat roken slecht is voor de gezondheid. Uit onderzoek komt naar voren dat rokers een hogere risico lopen op psychiatrische aandoeningen onder andere depressieve stoornissen en verslavingsstoornissen. Verder laten steeds meer studies positieve effecten zien van het stoppen met roken op de behandeluitkomst van psychiatrische stoornissen en verslavingsstoornissen. Ondanks deze bevindingen zijn er nog maar weinig GGZ-instellingen die een rookbeleid voeren dat gericht is om patiënten te ondersteunen om te stoppen met roken. Kennelijk is er veel weerstand om beleid te maken op het stoppen met roken. Vaak gehoorde reden om de patiënten te laten roken is: “roken is het enige wat ze nog hebben en het biedt ontspanning” . In de discussiebijeenkomst staan we stil bij de verschillende aspecten van een rookbeleid in de GGZ.

Vorm (hoe)

In de bijeenkomst bediscussiëren we de verschillende aspecten van een rookbeleid in de GGZ zoals een algeheel niet roken beleid, een motiveren tot stoppen beleid en/of een gedoogbeleid . .

Leerdoelen

- 1) U leert de verschillende aspecten van een rookbeleid in de GGZ
- 2) U kunt na de discussiebijeenkomst bepalen wat het standpunt is tav rookbeleid op uw afdeling.
- 3) U staat stil bij de gevolgen van het stoppen met roken bij psychiatrische patiënten

Literatuurverwijzing

- 1) Mackowick KM, Lynch MJ, Weinberger AH, George TP (2012). Treatment of tobacco dependence in people with mental health and addictive disorders. Curr Psychiatry Rep. 14(5) 478-85.
- 2) Blankers M, Ter Weijde W, van Laar M (2015). Rookbeleid in de GGZ. De Stand van zaken in de Nederlandse instellingen. Trimbos

D16 Transitie in de GGZ

MD Gwen Dieleman ^{p1} / dr. Kirstin Greaves-Lord ^{p1,2} / Prof. dr. Therese van Amelsvoort ^{p3,2} / Larissa van Bodegom ^p / dr. Anneke Louwerse ^{p1}

P: Debatleider / panelleden

1. Erasmus MC – Sophia, Kinder- en Jeugdpsychiatrie/psychologie, Rotterdam, Nederland
2. Yulius Academie, Yulius GGZ, Barendrecht, Nederland
3. Maastricht Universitair Medisch Centrum, Psychiatrie, Maastricht, Nederland

Inhoud (wat)

Tussen het 12 en 25e levensjaar is de incidentie en prevalentie van psychiatrische problemen het grootst. Mogelijk zorgen de vele veranderingen in deze levensfase op het gebied van scholing, werk, (intieme) relaties en zelfstandigheid voor een te hoge druk en psychische klachten. GGZ instellingen lijken hier onvoldoende op in te kunnen springen. Jongvolwassenen gebruiken bijna twee keer zo weinig zorg binnen de ggz als kinderen en adolescenten. Twee derde van de jongvolwassenen hebben een zorgbehoefte, maar krijgen niet de juiste zorg. Initiatieven als MILESTONE, de Academische Werkplaats 'Samen Doen' en Headspace proberen in kaart te brengen hoe de zorg voor deze groep wordt vormgegeven en hoe dit beter kan. Ook zijn er ontwikkelingen in het onderzoek naar transitie bij jongeren met een depressie en jongeren met een verstandelijke beperking. In de discussiegroep wisselen we over deze initiatieven van gedachten.

Vorm (hoe)

De panelleden geven inzicht in de transities die jongeren en jongvolwassenen doormaken, hierbij komen onderzoekers van MILESTONE, Headspace en de Academische werkplaats Autisme 'Samen Doen' aan het woord. MILESTONE richt zich op de transitie van de jeugd GGZ naar volwassenen GGZ, de Academische Werkplaats Samen Doen is gericht op transities die mensen met een autismespectrumstoornis doormaken. Deze ervaringen en de ervaringen vanuit de zaal worden gedeeld.

Leerdoelen

1. Vergroten van bewustwording over transitie tussen verschillende levensfasen en bijpassende GGZ.
2. Kennis delen over en vanuit MILESTONE en de Academische Werkplaats Samen Doen.
3. Vergroten van bewustzijn: groep met meeste problemen wordt het minst gezien in de huidige GGZ? Wat gaat hier mis?

Literatuurverwijzing

- Raballo, A., Poletti, M., McGorry, P. (2017) Architecture of change: rethinking child and adolescent mental health, 4, 656-657.
- Eytre, O., Thapar, A. (2014) Common adolescent mental disorders: transition to adulthood. 383, 1366-68.
- Copeland WE, Shanahan L, Davis M, et al. (2015) Increase in untreated cases of psychiatric disorders during the transition to adulthood. Psychiatr Serv 66:397-403.

D17 Alles is translatie - transdiagnostisch denken, precisie-geneeskunde, en netwerk-benaderingen tussen neurosciëntisme en neuroscepticisme

Prof. Dr. Gerrit Glas ^{p1,2,3} / Prof. Dr. Christine van der Feltz-Cornelis ^{p4,5} / Prof. Dr. Floor Scheepers ^{p6} / Dr. Derek Strijbos ^{p7,8}

P: Debatleider / Panelleden

1. VUmc, afdeling anatomie en neurowetenschappen
2. Dimence Groep, Zwolle
3. VUmc, afdeling geesteswetenschappen
4. GGZ-Breburg
5. Universiteit Tilburg
6. UMC-Utrecht
7. Dimence Groep, Deventer
8. Radboud Universiteit

Inhoud (wat)

Net als de neurowetenschap (Glas 2017) heeft ook de psychiatrie een groot translatie probleem. De DSM blijkt geen oplossing als het gaat om het verbinden van wetenschap en praktijk. Als vervanging dienen zich allerlei alternatieven aan:

- (1) dimensionele diagnostiek en onderzoek;
- (2) 'staging and profiling';
- (3) precisie geneeskunde
- (4) Research Domain Criteria; ROAMER
- (5) neo-mechanistische en interventionistische benaderingen van causaliteit
- (6) netwerkbenaderingen
- (7) dynamische systeembenaderingen.

In dit symposium worden met name benadering 3 t/m 7 tegen het licht gehouden. Dit gebeurt tegen de achtergrond van de vraag wat translatie is, Bestaat er wel wetenschap zonder translatie? Wat is de rol van metaforen? Is de veel besproken 'gap' tussen wetenschap en praktijk wel echt zo'n gap? Brengen nieuwe vormen van samenwerking tussen wetenschap en klinische praktijk niet alleen een eigen discours met zich mee maar scheppen ze niet tegelijk ook een eigen realiteit? Wat betekent dit voor TOPGGz?

Vorm (hoe)

Korte introducties gevolgd door plenair debat

Leerdoelen

Het doel van de discussiegroep is samen na te denken over de vraag welke kant het op moet met wetenschappelijk onderzoek in de psychiatrie. Daarbij wordt ingegaan op vragen als

- Welke paradigma's bestaan er in wetenschappelijk onderzoek in de psychiatrie?
- Wat valt er te zeggen over transdiagnostische, precisie- c.q. persoonsgerichte, en netwerkbenaderingen van psychopathologie
- Wat houdt de term translatie in?
- Bestaat er wel wetenschap zonder translatie?
- Wat is de rol van metaforen?
- Wat te denken van de allianties tussen verschillende paradigma's, met name onderzoek waarin wetenschap vervlochten is met de klinische praktijk? Deelnemers zullen oa ook worden over ROAMER, ook in relatie tot RDoC, over de potentiële betekenis van data-mining voor de psychiatrie en over pogingen tot meer gepersonaliseerde vormen van diagnostiek en behandeling.

Literatuurverwijzing

Borsboom D., Cramer, A.O.J. (2013). Network analysis: An integrative approach to the structure of psychopathology. *The Annual Review of Clinical Psychology* 9:91–121. Craver, C.F., Darden, L. (2013). In search of mechanisms. *Discoveries across the life sciences*. Chicago: Univ. of Chicago Press. Fernandes, B.S., Williams, L.M., Steiner, J., Leboyer, M., Carvalho, A.F. & Berk, M. (2017). The new field of 'precision psychiatry'. *BMC Medicine* (2017) 15:80-85. Glas, G. (2017). Touching a nerve – Filosofie in de neurowetenschappen. Oratie Vrije Universiteit, Amsterdam. Haan, S. de (2015). An inactive approach to psychiatry. Doctoral dissertation, University of Heidelberg. Haro J.M., Ayso-Mateos J.L., Bitter I., et al. (2014). ROAMER: a European roadmap for mental health research. *Int J Methods Psychiatr Res* 23 Suppl 1:1–13. Insel, Th. (2014). The NIMH Research Domain Criteria (RDoC) Project: Precision Medicine for Psychiatry. *American Journal of Psychiatry* 171:4, 395–397. Kendler, K.S. (2008). Explanatory models for psychiatric illness. *American Journal of Psychiatry* 165, 695–702. Kendler, K.S. (2009). An historical framework for psychiatric nosology. *Psychological Medicine* 39, 1935–1941. Latour, B. (1987). *Science in action*. Cambridge: Harvard University Press. Schumann G, Binder EB, Holte A, et al. (2014). Stratified medicine for mental disorders. *European Neuropsychopharmacology* 24:55–60. Van der Feltz-Cornelis, C.M. et al. (2014). Towards Horizon 2020: challenges and advances for clinical mental health research – outcome of an expert survey. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 10: 1057–1068.

D18 Is de psychiatrie klaar voor de meelezende patiënt?

Drs. Sisco van Veen ^{p1,2} / Mr. Drs. Menno Mostert ^{p1} / Dr. Lot de Witte ^{1,2,3} / Dr. Metten Somers ¹

P: Debatleider / panelleden

1. UMC Utrecht
2. De Jonge Psychiater
3. mt. Sinai Hospital, New York

Inhoud (wat)

Binnen enkele jaren mogen alle Nederlandse patiënten elektronisch hun dossier inzien. Dit ligt vastgelegd in de Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg (Wabvpz) en de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG). Deze nieuwe regelgeving valt samen met een internationale trend om patiënten online toegang te bieden tot hun dossier. De Nederlandse academische ziekenhuizen werken al met online toegankelijke dossiers, waarbij in de meeste gevallen een tijdsbuffer van bijvoorbeeld één of twee weken is ingebouwd. (Smulders & Metselaar 2017) In het UMC Utrecht kunnen patiënten echter direct hun dossier inzien, met uitsluiting van diagnostische overwegingen en gegevens van derden. Een recent overzichtartikel van Verstraete et al. beschrijft de precieze werking van dit patiëntenportaal en onderzocht de eerste ervaringen binnen enkele somatische specialismen. (Verstraete & Koehorst 2016) Of online inzage leidt tot betere gezondheidsuitkomsten is nog niet duidelijk, maar de eerste ervaringen van patiënten en behandelaren wereldwijd zijn positief. (Goldzweig et al. 2013) Zo daalt het aantal fouten in de dossiervoering en draagt online inzage bij aan duidelijke communicatie tussen patiënt en behandelaar. Daarentegen worden wel zorgen geuit over privacybescherming en de nadelige effecten voor patiënten die bijvoorbeeld, zonder artsenbegeleiding, naar uitslagen van aanvullend onderzoek kijken. (Shah et al. 2015; Smulders & Metselaar 2017; Verstraete & Koehorst 2016; Vodicka et al. 2013) De Nederlandse eHealth monitor toont dat het idee van online inzage begint te wennen bij medisch specialisten. Waar in 2015 nog 49% van de ondervraagde specialisten online inzage ongewenst vonden, daalde dit aantal in 2016 naar 33%. Onder huisartsen veranderde de mening over online inzage niet; ongeveer 40% is voor en 40% is tegen. (Krijgsman 2016) Wat deze trend zal betekenen voor de psychiatrie is een onderwerp waar nog weinig aandacht voor is. (Ritter 2014; Kahn et al. 2014) Een op psychiatrie gerichte discussie is wel nodig, met name omdat er regelmatig sprake is van complex behandelcontact. Stelt u zich voor: hoe gaat de gedwongen opgenomen paranoïd-psychotische patiënt zonder ziekte-inzicht om met online inzage? En wat betreft de poliklinische patiënt onder behandeling voor een borderline persoonlijkheidsstoornis? Om meer helderheid te verkrijgen over dit onderwerp hebben we de ervaringen van de vakgroep psychiatrie in het UMCU geïnventariseerd doormiddel van een vragenlijst en een discussiebijeenkomst. Op basis hiervan hebben we vier thema's geïdentificeerd die waarschijnlijk zullen veranderen ten gevolge van deze ontwikkeling: verbeterde toegankelijkheid, patiëntenbetrachting, veranderend behandelcontact en een gewijzigde rol van verslaglegging. Al deze thema's verdienen verdere exploratie en kunnen gezien worden als goede beginpunten voor een brede discussie binnen de GGZ.

Vorm (hoe)

De discussiebijeenkomst zal opgedeeld worden in vier delen:

- We beginnen met een interactief onderdeel waarbij verschillende klinische vignetten en dilemma's langs komen waar het publiek op kan reageren.
- Hierna volgt een presentatie van ons artikel in 20 minuten. (Is de psychiatrie klaar voor de meelezende patiënt? Geaccepteerd voor publicatie in het maartnummer van het Tijdschrift voor Psychiatrie).
- Aansluitend volgt een debat van ongeveer 30 minuten met een panel van deskundigen, behandelaren en ervaringsdeskundigen die verschillende zienswijzen vertegenwoordigen.
- Afsluitend is er 20 minuten ruimte voor vragen en discussie met de zaal.

Leerdoelen

- We moeten ons als psychiatrie beseffen dat er een brede trend bestaat in de gezondheidszorg om de patiënt meer centraal te stellen, het medisch dossier online voor patiënten open te stellen is hier onderdeel van.
- Deze trend wordt de komende jaren vertaald in (Europese) wetgeving die het delen van het dossier voor alle hulpverleners verplicht maakt.
- Werken met een gedeeld dossier brengt bijzondere voor- en nadelen mee voor de psychiatrie.
- Door bewust met het gedeelde dossier om te gaan kan het bijdragen aan een effectieve en gelijkwaardige behandelrelatie.

Literatuurverwijzing

Goldzweig, C. L., Orshansky, G., Paige, N.M., Towfigh, A.A., Haggstrom, D.A., Miake-Lye, I., et al., 2013. Electronic Patient Portals: Evidence on Health Outcomes, Satisfaction, Efficiency, and Attitudes. *Annals of Internal Medicine*, 159(10), p.677. Kahn, M.W., Bell, S.K., Walker, J., Delbanco, T., 2014. Let ' s Show Patients Their Mental Health Records. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, Volume 311(13), p.1291. Krijgsman, J., Swinkels, I., van Lettow, B., De Jong, J., Out, K., Friele, R. et al. 2016. Meer dan techniek, eHealth-monitor 2016. Den Haag & Utrecht: Nictiz & NIVEL. Ritter, J.T., 2014. Transparency in the delivery of mental health care. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, Volume 312(6), p.650. Shah, S.G.S., Fitton, R., Hannan, A., Fisher, B., Young, T., Barnett, J., 2015. Accessing personal medical records online: A means to what ends? *International Journal of Medical Informatics*, 84(2), pp.111–118. Smulders, Y. & Metselaar, S., 2017. Direct inzage in epd niet in belang van patiënt. *Medisch Contact*, pp.34–35. Verstraete, E. & Koehorst, A.M., 2016. Is patiënt gebaat bij directe inzage in zijn dossier ? *Nederlands tijdschrift voor Geneeskunde*, 160(325), pp.1–6. Vodicka, E., Mejilla, R., Leveille, S.G., Ralston, J.D., Darer, J.D., Delbanco, T., 2013. Online access to doctors' notes: Patient concerns about privacy. *Journal of Medical Internet Research*, 15(9), pp.1–13.

WORKSHOPS

W36 Elektroconvulsietherapie, the state of the art (duurt drie uur)

dr. Bas Verwey^{p1} / Prof. Walter van den Broek² / Dr. Tom Birkenhäger² / Dr. Theo Groenland

P: Workshopleider

1. Ziekenhuis Rijnstate Arnhem
2. Erasmus MC

Inhoud (wat)

ECT is een behandeling die toenemend kennis en vaardigheden van de uitvoerder vereist. De indicatiestelling, technische aspecten, de anesthesie en de behandeling na ECT worden in deze workshop behandeld aan de hand van de Richtlijn Elektroconvulsietherapie 2010. De indicatie van complexe patiënten en de risicofactoren worden besproken. Technische aspecten als elektrodeplaatsing, bepaling van de insulddrempel, en stimulusdosering passeren de revue in relatie tot het effect. Preoperatieve screening, anaesthesiemiddelen, interacties en bijwerkingen worden besproken met specifieke aandacht voor cardiaal gecompromitteerde patiënten. Zowel de behandeling van patiënten na succesvolle als na niet-succesvolle ECT wordt gepresenteerd, waaronder de indicatie en uitvoering van onderhouds-ECT.

Vorm (hoe)

Interactieve presentatie

Leerdoelen

- Leren indiceren van ECT
- Inzicht verwerven in technische aspecten, anaesthesie en uitvoering van ECT
- Kennis vergaren over behandeling na ECT.

Literatuurverwijzing

W.W. van den Broek, T.K. Birkenhager, e.a. Richtlijn Elektroconvulsietherapie, tweede herziene versie. De Tijdstroom, Utrecht, 2010. W.W. van den Broek, A.F.G. Leentjens, I.M. van Vliet, B. Verwey. Handboek Elektroconvulsietherapie. Van Gorcum, Assen, 2005.

W37 Vertaling van een lage IQ score naar een classificatie van verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid in DSM-5

Christel Grimbergen ^{p1} / Dr. Joanneke van der Nagel ^{p2} / Dr. Jannelien Wieland ^{3,4}

P: Workshopleiders

1. GGD Amsterdam
2. Tactus Verslavingszorg
3. Poli Plus
4. Cordaan

Inhoud (wat)

Sinds de invoering van DSM-5 is er veel veranderd in de classificatie van zwakbegaafdheid en verstandelijke beperking. En dat heeft de diagnostiek gecompliceerd. IQ scores zijn minder belangrijk geworden. Er is een belangrijke rol weggelegd voor het adaptief functioneren. Om een verstandelijke beperking te kunnen classificeren moeten er beperkingen in het aanpassingsvermogen zijn zowel op het gebied van leren, op sociaal gebied en in de zelfverzorging. De ernst van de verstandelijke beperking moet gebaseerd worden op de ernst van de afwijkingen van het adaptief functioneren. Maar hoe bekwaam ben je als psychiater in het vaststellen van het adaptief functioneren van je patiënt? En hoe maak je onderscheid tussen de beperkingen die voortkomen uit een psychiatrische stoornis, een verslaving en/of hersenschade bij niet aangeboren hersenletsel en de beperkingen die passen bij een verstandelijke beperking? DSM-5 biedt hier geen handvatten voor. En hoe classificeer je zwakbegaafdheid, nu DSM-5 voor deze V-code geen criteria meer biedt?

Vorm (hoe)

In de workshop bespreken we de ervaringen van deelnemers met de diagnostiek van verstandelijke beperking en zwakbegaafdheid binnen DSM-5. We bieden handvatten hoe om te gaan bij de uitdagingen waarvoor de DSM-5 ons in de praktijk stelt. We zullen ingaan op de rol die IQ scores spelen in de classificatie. We besteden daarnaast extra aandacht aan methoden om het adaptief functioneren vast te stellen. Aan de hand van een papieren casus zal er tijdens de workshop met drie instrumenten geoefend worden om het adaptief functioneren vast te stellen (AVVB, Zelfredzaamheidsmatrix en de klinische blik van de psychiater). We nodigen deelnemers uit eigen instrumenten voor het vaststellen van adaptief functioneren mee te nemen. Daarnaast bespreken we veel voorkomende knelpunten in de diagnostiek van bijzondere doelgroepen in de GGZ: mensen met ernstige psychiatrische comorbiditeit, met verslaving en met niet aangeboren hersenletsel.

Leerdoelen

1. Wat is de rol van IQ bepaling binnen het vaststellen van een verstandelijke beperking en zwakbegaafdheid binnen DSM 5.
2. Hoe meet je het adaptieve vermogen van een persoon met een verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid?
3. Verschillen in werkwijze bij het vaststellen van 'aangeboren' verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid en 'verworven' vormen bij patiënten met psychiatrische comorbiditeit, bij verslaving en bij niet aangeboren hersenletsel.

Literatuurverwijzing

Grimbergen, C. Diagnostiek van (lichte) verstandelijke beperking in DSM 5. LinkedIn, 2017. Online available: <https://www.linkedin.com/pulse/diagnostiek-van-lichte-verstandelijke-beperking-dsm-5-grimbergen>. Van der Nagel, J., Kiewik, M. en Didden, R. Handboek LVB en verslaving. Utrecht: Uitgeverij Boom, 2017. Wieland, J. en Aldenkamp E. Beperkt begrepen. Behandeling van patiënten met een laag IQ in de GGZ. Utrecht: Bohn Stafleu, 2017.

W38 Zorg bij Conversie-stoornissen; een translationele uitdaging!

Sabine Swolfs ^{p1}

P: Workshopleider

1. ETZ, Elisabeth Twee Steden Ziekenhuis Tilburg

Inhoud (wat)

Onverklaarde motorische of sensorische symptomen worden in de DSM-5 aangeduid als conversiestoornis; “functioneel-neurologische-symptoomstoornis”. De klachten kunnen zich onder andere manifesteren als spierzwakte, spierspasmen, moeite met praten, ongevoeligheid voor pijn, doofheid, visusklachten, toevallen en convulsies (PNEA). De conversiestoornis is geen zeldzame aandoening; schattingen van de incidentie bij de neurologische patiëntenpopulatie liggen tussen 1-10%. Zeker bij de ziekenhuis-psychiatrische populatie, komt conversieve uitval veelvuldig voor. Onze ervaring is, dat goede diagnostiek, en vervolgens goede uitleg aan de patiënt en diens netwerk, essentieel zijn voor een goede start van een behandeltraject. Dit sluit wat ons betreft goed aan bij het thema “translationele uitdagingen!”. We laten n.a.v. een casus, achtereenvolgens passeren; · Korte update m.b.t. achtergrondinformatie conversie (ouderenpsychiater N.Veth) · Hoe kan een neurologisch onderzoek helpen onderscheid te maken tussen een neurologische ziekte, conversie, nabootsen of simulatie? Hoe kan je “positive signs” benutten in je uitleg? (aios M.Roobol) · Zijn beeldvormende technieken van meerwaarde? (ouderenpsychiater D.Everaerd). Wat zijn do’s en don’ts in een conversie-consult? (psychiater S.Swolfs) · Welke reattribution-modellen kunnen helpen? (aios M.Heesterbeek) · Waar bestaat het actuele therapeutisch aanbod bij conversie uit? Hier komen o.a. psycho-educatie, cognitieve gedragstherapie, fysiotherapie, psychomotore therapie (doel; lichaamsmentaliseren bevorderen) en ook het toepassen van hypnotische interventies aan bod. (klinisch-psychologe E.Beijer).

Vorm (hoe)

We laten bewust in workshop-format, de hierboven genoemde themata op praktisch toepasbare wijze aan bod komen; op een manier die sterk de interactie met de participanten vergroot.

Leerdoelen

State-of-the-art update t.a.v. de achtergronden, diagnostische- en behandelmogelijkheden van conversie. Het oefenen met een “conversie-consult”; hoe krijgen we het goed uitgelegd? Hoe het neurologisch onderzoek max. te benutten ter diagnostiek en reattribution? Is beeldvormend onderzoek nuttig? Welke therapeutische opties zijn wanneer geïndiceerd?

Literatuurverwijzing

Beilen van, M., e.a., Functionele bewegingsstoornissen, Tijdschrift voor Neurologie en Neurochirurgie, 2005, pg.100-107. K.Hoogduin, Psychologische interventies bij conversiestoornissen. Kanaan, R.A. e.a., The role of psychiatrists in diagnosing conversion disorder; a mixed-method analysis. Neuropsychiatric Disease and Treatment, 2016, 1181-1184. Moene, F.C., Rumke, M., Behandeling van de conversiestoornis. 2004, Praktijkreeks Gedragstherapie deel 20. Moene, F.C., Roelofs, K., Hypnosis in the treatment of conversion and somatization disorders. The Oxford Handbook of hypnosis, theory, research and practice, 2008, 625-647. Schaik van, A., e.a., Simulatie in het algemeen ziekenhuis, Ned.Tijdschrift voor Geneeskunde, 2012. Stone J, e.a., Systematic review of misdiagnosis of conversion symptoms and “hysteria”. BMJ; October 2005. Themanummer Directieve therapie, 2015, nr.3; toepassing van hypnose en katalepsie bij conversiestoornis Vermeulen, M., Conversiestoornis, Ned.Tijdschrift voor Geneeskunde, 2012.

W39 De downside van het digitale fietsenhok: over de negatieve gevolgen van online interacties tussen jongeren

Drs. Rik Knipschild ^{p1} / Dr. Iva Bicanic ^{p2,3} / Drs. Liesbeth Wasterval ¹

P: Workshopleiders

1. Karakter kinder- en jeugdpsychiatrie
2. Landelijk psychotraumacentrum UMC Utrecht
3. Centrum Seksueel Geweld

Inhoud (wat)

‘Merle (15 jr) volgt de aanwijzingen van haar DGT-therapeut en ademt diep in. Ze heeft vandaag moeite zich te focussen op de aandachtsoefening. ‘Wat is er aan de hand?’, vraagt haar therapeut. Zichtbaar gespannen legt Merle uit dat een van haar vriendinnen op de groepsapp heeft aangegeven niet meer te willen leven nadat een naaktfoto van haar verspreid is. Sindsdien reageert ze niet meer op berichtjes in de groep’. In toenemende mate worden we in de klinische praktijk geconfronteerd met de stormachtige digitale ontwikkelingen en de positieve en negatieve aspecten van social media op het psychisch welbevinden van jongeren zoals Merle. De onbegrensde mogelijkheden om 24/7 met elkaar in contact te staan, en de grensoverschrijdingen die jongeren op verschillende domeinen mee kunnen maken leiden geregeld tot handelingsverlegenheid in de behandelkamer. Filmpjes van pesten worden gedeeld. Naaktfoto’s worden zonder toestemming verspreid. Zelfbeschadigend gedrag wordt getoond op Instagram. In hoeverre interfereren online contacten en gebeurtenissen met de psychiatrische (crisis-) behandeling? In welke mate dragen zij bij aan het ontwikkelen en/of in stand houden van psychiatrische problematiek? In deze workshop gaan de sprekers hier nader op in en zullen zij inzoomen op de begeleidings- en behandelmogelijkheden bij online seksueel geweld (sexting, grooming, sextortion), cyberpesten en het delen van zelfbeschadigend en suïcidaal gedrag via social media en groepsapps.

Vorm (hoe)

Workshop

Leerdoelen

Deelnemers hebben na het volgen van de workshop een overzicht van actuele wetenschappelijke literatuur over diverse vormen van digitaal seksueel geweld. Deelnemers hebben na het volgen van de workshop geoefend met het indicatiestellen en geven van psychoeducatie over de kansen op juridisch, medisch en psychologisch vlak na het meemaken van digitaal seksueel geweld. In deze workshop worden ideeën en onderzoeksresultaten besproken en uitgewisseld met de deelnemers met betrekking tot het omgaan met negatieve (digitale) groepsinteracties bij overwegend klinisch geplaatste jongeren in de KJP.

Literatuurverwijzing

Knipschild, R. & Bicanic, I. (2017). EMDR gericht op schade door sexting. Een leidraad voor behandeling. EMDR Magazine, 2 (14), 8-10.

W40 Werken met Super Brains, de nieuwe lifestyle app voor ADHD

dr. Sandra Kooij^{p1,3} / Rutger den Hollander^{p2}

P: Workshopleiders

1. Psychiater PsyQ
2. Associate Professor psychiatrie VUMC
3. Directeur Super Brains

Inhoud (wat)

Super Brains is een nieuwe lifestyle app voor mensen met ADHD van alle leeftijden, ontwikkeld door ervaringsdeskundige en ICTer Rutger den Hollander, i.sm. het ADHD team van PsyQ o.l.v. Sandra Kooij. De app biedt meer dan tips en tricks: er zijn 49 behandelvideo's voor evenveel weken, waarin de avatar 'dr. Brains' praat over relevante thema's voor ADHD, zoals Focus, Onrust & Impulsiviteit, Slaap, Relaties, en Bijkomende problemen. Psycho-educatie, vragenlijsten, coaching, CGT interventies en nieuw gedrag oefenen via de zg. Tiny Habits maken deel uit van het aanbod. Elke activiteit in de app wordt beloond, zodat het motiverend is om het te doen voor zowel patiënten als behandelaars! Behandelaars hebben hun eigen 'Virtual Practice', chatrooms, toegang tot kennis en vragenlijsten. Ook zij worden beloond voor het monitoren van de voortgang van hun patiënten via de app, of voor het beantwoorden van vragen van collega's of patiënten. Er zijn 3 versies: Super Brains Light, voor gebruik in eigen regie, Super Brains Blended, voor gezamenlijk gebruik door patiënt en behandelaar tijdens de behandeling, en Super Brains Digital Coach, voor gebruik na ontslag ter voorkoming van terugval. Bij de laatste is er alleen digitaal contact met de eigen behandelaar.

Vorm (hoe)

Video demonstratie van de Super Brains app met interactieve discussie.

Leerdoelen

Ontdekken wat Blended Care voor ADHD inhoudt en kennismaken met eventuele toepassing in de eigen praktijk. Super Brains wordt ook ontwikkeld voor andere stoornissen, in nauwe samenwerking met patiënten en experts.

Literatuurverwijzing

Nog geen

W41 Moderne opvattingen over mind and brain

Maurits Nijs ^{p1} / dr. Thomas Nys ^{p2}

P: Workshopleiders

1. Landelijk Psychiatrie Onderwijs NVvP
2. Universiteit van Amsterdam

Inhoud (wat)

Levenslang leren houdt voor psychiaters in dat zij hun klinische ervaring en observatievermogen als uitgangspunt nemen voor reflectie en zelfreflectie ten einde een steeds beter psychiater te worden. Toch volstaat het niet om alleen te reflecteren op eigen ervaring om het vak wetenschappelijk vooruit te helpen. Dat hangt mede af van de helderheid van de concepten die wij als psychiaters hanteren en van de breedte en de subtiliteit van ons begripsvermogen. Die helderheid en subtiliteit ontbreekt nogal eens. De psychiatrie gaat nog te vaak uit van onheldere vooronderstellingen en gebruikt nogal eens onlogisch, krakkemikkige, niet steekhoudende argumenten. De filosofie kan daarbij helpen. Filosofie is bij uitstek een vakgebied dat zich bezighoudt met het logisch analyseren van concepten en argumenten. Zonder overdrijven kan worden gesteld dat u als psychiater in uw dagelijkse praktijk herhaaldelijk en misschien wel het meest van alle beroepen te maken krijgt met de relatie tussen geest en brein. Uw behandelinterventies sluiten enerzijds aan bij de subjectieve ervaringen van uw patiënt, en anderzijds grijpen zij –zeker met de behandeling met psychofarmaca- in op objectiveerbare traceerbare hersencircuits. Hoe zit dat? Een complexe relatie die om verheldering vraagt, om heldere concepten en werkhypotheses. De filosofie heeft een rijke traditie te reflecteren over de relatie tussen geest en brein. Daar kunnen wij ons voordeel bij doen.

Vorm (hoe)

De gangbare filosofische theorieën over de mind/brain-relatie worden voor u ingeleid: dualisme in zijn verschillende vormen (W. Hart), type-identiteit (J. Smart), taak-identiteit (J. Kim), functionalisme (J. Fodor), eliminatief materialisme (D. Davidson), externalisme (R. Roland), realisme en antirealisme (H. Putnam) fenomenologie (F. Varela en E. Thompson). Vervolgens worden de verschillende theorieën tegen het licht gehouden voor zover zij een bijdrage kunnen leveren aan de theorievorming van het eigen vakgebied, de psychiatrie.

Leerdoelen

De deelnemer leert:

- Kennis te hebben van de voornaamste filosofische stromingen in de “philosophy of mind”
- Te kunnen inschatten wat de betekenis is van die verschillende stromingen op de theorievorming van het eigen vakgebied, de psychiatrie.

Literatuurverwijzing

Dieneke Hubbeling. Review of Maladapting minds: Philosophy, Psychiatry, and evolutionary Theory. Philosophical Psychology, Vol 26(6), Dec, 2013. pp. 932-936. S. Nassir Ghaimi. The Concepts of Psychiatry. The Johns Hopkins University Press, 2007. Kenneth Kendler. A Psychiatric Dialogue on the Mind-Body problem. American Journal of Psychiatry. 2001; 158: 989-1000. Kenneth Kendler. Toward a Philosophical Structure for Psychiatry. American Journal of Psychiatry. 2005; 162: 433-440

W42 Frame or be framed. If we are not at the table we'll be on the menu. Of: vertaal je verhaal effectief in de (social) media

drs Jan Mokkenstorm ^{p^{1,2}} / drs Anke Wammes ^{p²} / drs Marcel Hammink

P: Workshopleiders

1. GGZ inGeest
2. 113 Zelfmoordpreventie

Inhoud (wat)

Beeldvorming over psychiatrische aandoeningen speelt een hoofdrol bij het bij het stigma rond psychisch lijden en het doorbreken daarvan; en kan bijdragen aan preventie maar helaas ook leiden tot ongewenste effecten voor de volksgezondheid. Beeldvorming over psychiaters en de psychiatrie beïnvloedt het maatschappelijk draagvlak en vertrouwen in onze professie en in de ggz als sector. In de huidige beeldcultuur is het vrijwel onmogelijk en ook onwenselijk te voorkómen dát beeldvorming plaatsvindt. Als wij ons verhaal niet vertellen wordt het vóór ons en óver ons verteld.

Vorm (hoe)

Dynamische workshop met spraakmakende beelden en prikkelende interactie. Deelnemers worden door een expert duo (een ervaren journalist en een communicatie strateeg) uitgedaagd een kernboodschap, pakkende slogan of een sterk symbool, en effectieve media te kiezen voor een (tijdens de workshop te kiezen) zaak die hen aan het hart gaat. Dit gebeurt na een inleiding van het begrip framing aan de hand van korte video clips en social media uitingen, nieuwsitems en campagne materiaal.

Leerdoelen

Kennis overdracht: Hoe maken de (social) media verhalen over de GGZ en de mensen hierin? Wat zijn frames? Welke frames zijn vaker gebruikt in relatie tot de GGZ? Welke effecten zijn er van verschillende vormen van beeldvorming? (bijv: copy-cat effect of Papageno effect) Vaardigheid: Hoe formuleer je jouw verhaal in kernboodschappen? Welke frames kun je hierbij gebruiken? Welke kanalen of media passen het beste bij de boodschap?

Literatuurverwijzing

Aalberg, T., Strömbäck, J., & De Vreese, C. H. (2012). The framing of politics as strategy and game: A review of concepts, operationalizations and key findings. *Journalism*, 13(2), 162-178. McGinty, E. E., Webster, D. W., Jarlenski, M., & Barry, C. L. (2014). News media framing of serious mental illness and gun violence in the United States, 1997-2012. *American journal of public health*, 104(3), 406-413. Sieff, E. (2003). Media frames of mental illnesses: The potential impact of negative frames. *Journal of Mental Health*, 12(3), 259-269.

W43 Werken met psychodynamische principes in de algemeen psychiatrische praktijk

dr. Kees Kooiman ^{p1} / drs Gert Spruijt ^{p2} / drs Eda Vendysova Bakalarova ²

P: Workshopleiders

1. De Viersprong

2. vrijgevestigd

Inhoud (wat)

Hoe meer we onder stress staan, hoe meer ons gedrag wordt bepaald door automatische verwachtingen die wij hebben ten aanzien van onszelf en anderen. Dat geldt voor patiënten en voor onszelf. Daar waar het de werkrelatie verstoort, hebben wij als psychiater de taak om verstorende impliciete drijfveren te vertalen naar expliciete verwachtingen en gevoelens om met wederzijds begrip het werk (weer) mogelijk te maken. Transference Focused Psychotherapie (TFP), een psychodynamische psychotherapie ontwikkeld voor de behandeling van patiënten met borderline pathologie, geeft daar handvatten voor. Hoewel ontwikkeld als een specialistische psychotherapie zijn de algemene principes van TFP breed toepasbaar en bovendien makkelijk te leren. Deze algemeen psychodynamische principes geven met 'gezond verstand'-aanpassingen houvast aan elke praktiserend psychiater, ook aan degenen die voornamelijk farmacotherapeutisch werken.

Vorm (hoe)

Na een korte theoretisch inleiding wordt met behulp van videomateriaal gedemonstreerd hoe TFP-principes de praktiserend psychiater kunnen helpen een behandelkader te scheppen dat zowel voor de patiënt als voor de behandelaar veilig is en dat de werkrelatie verstevigt. In rollenspelen zal tot slot geoefend kunnen worden in de hantering van veel voorkomende praktijkproblemen als therapie-ontrouw, overmatig gebruik van medicatie, niet verschijnen op afspraken maar wel een beroep doen op de crisisdienst, splitsing in teams, et etc. Voor deze workshop zijn rollenspelen geschreven, maar de deelnemers kunnen in overleg met de workshopgevers ook zelf casuïstiek inbrengen.

Leerdoelen

De workshop geeft de deelnemers instrumenten in handen die helpen signaleren hoe (tegen-)overdracht en falend mentaliseren de veerkracht van zowel de patiënt als de behandelaar kunnen compromitteren en hoe zij deze kennis kunnen gebruiken om de behandeling in goede richting om te buigen.

Literatuurverwijzing

Bernstein J, Zimmerman M, Auchincloss EL. Transference-Focused Psychotherapy training during residency: an aide to learning psychodynamic psychotherapy. *Psychodynamic Psychotherapy* 2015; 43 (2): 201-222. Hersh RG. Using Transference-Focused Psychotherapy principles in the pharmacotherapy of patients with severe personality disorders. *Psychodynamic Psychiatry* 2015; 43 (2): 181-200. Kooiman K. Overdrachtsgerichte psychotherapie (TFP) bij persoonlijkheidsstoornissen. in Colijn e.a. *Leerboek Psychotherapie*. Hoofdstuk 39.4, pg 703-715. De Tijdstroom. Utrecht, 2009. Zerbo E, Cohen S, Bielska W, en Caligor E. Transference-Focused Psychotherapy in the general psychiatry residency: a useful and applicable model for residents in acute clinical settings. *Psychodynamic Psychiatry* 2013; 41: 163-181.