

Vrijdag 13 april 2018

13:00 - 14:30 uur

SYMPOSIA

S35 Geneesmiddelontwikkeling in de psychiatrie: waar blijven die nieuwe middelen?

De neurowetenschappen bieden in toenemende mate inzicht in de functionele hersenprocessen die samenhangen met psychiatrische ziektes. Deze kennis heeft geleid tot het ontwikkelen van “mechanism based” methodologieën zoals symptoomprovocatiemodellen en beeldvormende technieken en het identificeren van potentiële nieuwe aangrijpingspunten voor farmacologische interventies. Hoewel dergelijke farmacologische “targets” de ontwikkeling van nieuwe medicijnen in de psychiatrie een nieuwe impuls kan geven, heeft de psychiatrische praktijk echter vooralsnog niet daarvan kunnen profiteren. Zo is de relatie tussen neurobiologische targets en klinische symptomen vaak niet duidelijk en lijkt het mechanistische denken haaks te staan op het huidige classificatiesysteem dat grotendeels gebaseerd is op fenomenologie. Het vertalen van neurowetenschappelijke bevindingen naar betere diagnostiek en farmacologische behandelingen in de klinische praktijk is een belangrijke uitdaging voor de psychiatrie.

S35.1

Vijftig jaar geneesmiddelenontwikkeling in de neurologie: trends en achtergronden en een vergelijking met psychiatrie en andere disciplines

prof. dr. Joop van Gerven ^{p1,2,3}

P: Presenterende auteur / spreker

1. Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek (CCMO)
2. Centre for Human Drug Research (CHDR)
3. Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC)

Achtergrond

In de afgelopen halve eeuw heeft een aantal grote wetenschappelijke ontwikkelingen geleidelijk gevolgen gekregen voor patiënten met neurologische aandoeningen. De diagnostiek en de definities van ziektebeelden zijn sterk veranderd door neuroimaging en genetica, waardoor er een groot aantal preventieve en therapeutische mogelijkheden is gekomen voor ziekten die vroeger onbehandelbaar waren, zoals multiple sclerose (MS) en herseninfarcten. De belangstelling van farmaceutische industrieën voor neurologische aandoeningen neemt de laatste decennia duidelijk toe maar de psychiatrie profiteert veel minder van de neurowetenschappelijke vooruitgang.

Doel

Aan de hand van de registraties van nieuwe geneesmiddelen in de psychiatrie en neurologie, worden trends in de innovatie van deze gebieden geanalyseerd.

Methoden

De verhouding tussen het aantal mechanismen en het aantal geregistreerde middelen voor een bepaalde indicatie (mechanismen/registraties) kan worden beschouwd als een maat voor de innovatie in dat gebied. Het verloop van deze ‘innovatie index’ over de tijd werd geanalyseerd voor de belangrijkste neurologische en psychiatrische aandoeningen aan de hand van de gegevens van het Amerikaanse Therapeutics Research Institute, dat de registraties van nieuwe geneesmiddelen in de Verenigde Staten sinds ongeveer 1970 bijhoudt.

Resultaten

In de afgelopen 50 jaar zijn er vrijwel net zoveel nieuwe geneesmiddelen geregistreerd voor neurologische als voor psychiatrische indicaties (ca 50). Het aantal farmacologische en pathofysiologische mechanismen in de neurologie is echter hoger dan in de psychiatrie (26 vs 11). Begin jaren '80 was het andersom: de 'innovatie-index' in de psychiatrie bedroeg toen ruim 0,4 mechanisme/registratie, tegenover minder dan 0,2 in neurologie. Sindsdien is de neurologische index echter gestegen tot bijna 0,4, als gevolg van ontwikkelingen in de behandeling van o.a. migraine, MS, stroke, Parkinson en epilepsie. Daarmee behoort de neurologie tot de meest innovatieve indicatiegebieden, achter oncologie (0,7), reumatologie (0,6) en endocrinologie (0,5). De psychiatrie is naar de achterhoede gezakt (0,2), net boven cardiologie (waar de meeste ontwikkelingen tegenwoordig in 'medical devices' zitten). De sterke innovatie in de neurologie berust deels op ontwikkelingen in andere vakgebieden. De voedingsbodem voor vernieuwing bestaat uit interacties tussen actieve onderzoeksgroepen met een goede infrastructuur voor klinische research, en een beroepsgroep die open staat voor (dikwijls beperkte) therapeutische verbeteringen met ingrijpende diagnostische en praktische consequenties.

Conclusie

Ofschoon het totale aantal geregistreerde behandelingen voor neurologische en psychiatrische indicaties elkaar niet veel ontloopt, is er een toenemend verschil in de 'innovatie index': in de neurologie zijn momenteel voor elke twee werkingsmechanismen drie nieuwe geneesmiddelen geregistreerd; tegenover één mechanisme op vijf registraties in de psychiatrie. De vorderingen in de neurologie lijken vooral samen te hangen met vooruitgang in andere medische gebieden en een constructieve wisselwerking tussen onderzoek en praktijk. Deze aspecten zijn mogelijk relevant voor de toekomstige geneesmiddelontwikkeling in de psychiatrie.

Literatuurverwijzing

1) Bjornsson TD. Progression of Modern Therapeutics (2015 Report). Therapeutics Research Institute. Jan 2016

S35.2

Nieuwe psychofarmaca: waarom is de track record van de farmaceutische industrie zo beperkt in de laatste jaren?

dr. Peter de Boer ^{p1}

P: Presenterende auteur / spreker

1. Jansen Research and Development, Beerse, België

Achtergrond

Er bestaat een grote behoefte aan nieuwe, veilige en effectieve behandelingsmethodes in de psychiatrie. Alhoewel dit besef breed gedragen wordt binnen de beroepsgroep, is de maatschappelijke interesse beperkt en lijkt de farmaceutische industrie zich terug te trekken. Binnen die bedrijven leeft vaak de perceptie dat de ontwikkeling van psychofarmaca risicovol en langdurig is.

Doel

Het belichten van een aantal factoren dat bijdraagt aan de huidige situatie wat betreft geneesmiddelontwikkeling in de psychiatrie.

Methoden

Psychiatrische ziekten zijn de meeste complexe aandoeningen die wij kennen en ondanks nieuwe inzichten binnen de neurowetenschappen is ons vermogen dit om te zetten in bruikbare hypothesen voor geneesmiddelenontwikkeling beperkt. De reductionistische aanpak die hiervoor nodig is werkt niet vanwege de geringe vertaalbaarheid van complexe syndromen naar (verstoorde) biochemische processen. De ontwikkeling van nieuwe psychofarmaca kenmerkt zich door een 'bottom up' proces van 'trial and error' waarin telkens weer een nieuw werkingsmechanisme wordt geëxploreerd in een populatie van patiënten die om veelal subjectieve redenen wordt gekozen. Verder staat 'proces' centraal in de moderne manier van geneesmiddelenontwikkeling: om redenen van efficiëntie wordt in de eerste stap van het proces een veelheid van chemische structuren getest voor hun effect op één enkele 'target'. Eén van de gedachten achter het 'single target' model is dat dit leidt tot veiliger en beter verdraagbare geneesmiddelen. Alhoewel deze aanpak haar waarde bewezen heeft met de introductie van nieuwe farmaca, blijkt het dat uiteindelijk combinaties van werkingsmechanismen een betere klinische effectiviteit hebben in de behandeling van oncologische tot psychiatrische ziekten. Tot slot suggereren bestaande classificatiesystemen homogeniteit binnen één diagnostische categorie terwijl psychiatrische syndromen in werkelijkheid heterogeen blijken te zijn en er tegelijkertijd een sterke overlap bestaat tussen de verschillende diagnostische entiteiten.

Resultaten

Verschillende strategieën worden op dit moment vanuit de industrie aangewend om deze problemen aan te pakken, waaronder interventies die onafhankelijk van de diagnose gericht zijn op specifieke symptoomclusters en segmentatie van diagnostische entiteiten door middel van biomarkers. Dit type onderzoek is niet altijd eenvoudig uit te voeren omdat onderzoek en patiëntenzorg in veel landen op gespannen voet met elkaar staan. Het succesvol toepassen van deze strategieën vereist daarom een omslag in het denken over geneesmiddelontwikkeling in de psychiatrie.

Conclusie

Het onderzoek naar nieuwe psychofarmaca is nog levend maar wordt bedreigd door de geringe vooruitgang. Een levendiger interactie tussen 'zorg' en 'onderzoek' kan een positieve impuls geven om samen te zoeken naar verantwoorde, innovatieve onderzoeksmethoden voor de ontwikkeling van nieuwe psychofarmaca.

Literatuurverwijzing

1) Chandler DJ. Something's got to give: psychiatric disease on the rise and novel drug development on the decline. *Drug Discov Today*. 2013 Feb;18(3-4):202-6.2) Nutt DJ, Attridge J. CNS drug development in Europe--past progress and future challenges. *Neurobiol Dis*. 2014 Jan;61:6-20.3) Pangalos MN, Schechter LE, Hurko O. Drug development for CNS disorders: strategies for balancing risk and reducing attrition. *Nat Rev Drug Discov*. 2007 Jul;6(7):521-32.

S35.3

Een translationeel paniekmodel voor de ontwikkeling van nieuwe anxiolytica

prof. dr. Koen Schruers^{p1,2}

P: Presenterende auteur / spreker

1. Research School Mental Health and Neuroscience, Universiteit Maastricht
2. Academisch Angstcentrum, Universiteit Maastricht/Mondriaan

Achtergrond

De meerderheid van de geneesmiddelen die ontwikkeld worden voor de behandeling van psychiatrische klachten bereiken nooit de patiënt. Een belangrijke reden daarvoor is de beperkte relevantie van bestaande experimentele (dier)modellen voor de psychiatrische toestandsbeelden bij de mens.

Doel

Een translationeel paniekmodel ontwikkelen dat het mogelijk maakt bevindingen bij proefdieren, gezonde menselijke vrijwilligers en paniepatiënten kwalitatief en kwantitatief te vergelijken.

Methoden

Paniekresponsen worden in het laboratorium opgewekt bij muizen, gezonde vrijwilligers en paniepatiënten. Daarbij wordt gebruik gemaakt van dezelfde panicogene stimulus (CO₂) en dezelfde uitkomstmaten (respiratoire en cardiovasculaire fysiologie).

Resultaten

Een vergelijkbare respons wordt vastgesteld bij de drie groepen in de respiratoire en cardiovasculaire uitkomstmaten, in relatie tot de gebruikte dosis CO₂.

Conclusie

We presenteren het eerste translationele paniekmodel en leggen daarmee het fundament voor een versneld en meer valide onderzoek naar de toepassing van potentiële medicatie voor paniek. Daarnaast opent het model nieuwe mogelijkheden voor het onderzoek naar de fundamentele neurobiologie van paniek.

Literatuurverwijzing

1) N K Leibold, D L A van den Hove, W Viechtbauer, G F Buchanan, L Goossens, I Lange, I Knuts, K P Lesch, H W M Steinbusch, K R J Schruers. CO₂ exposure as translational cross-species experimental model for panic. Transl Psychiatry. 2016 Sep; 6(9): e885. Published online 2016 Sep 6

S35.4

Fair Medicine: een andere manier van medicijnen maken

prof. dr. Hans Büller ^{p1}

P: Presenterende auteur / spreker

1. Fair Medicine

Achtergrond

In toenemende mate zien we dure geneesmiddelen op de markt komen tegen vaak hele hoge prijzen. De 'klassieke' manier van geneesmiddelontwikkeling dreigt vast te lopen.

Doel

Kunnen we een ander en meer transparant businessmodel ontwikkelen, waardoor wij inzicht krijgen in de opbouw van de prijs met overzicht van ontwikkel- en maakkosten. En welke winstmarge vinden wij in een dergelijk geval acceptabel?

Methoden

Fair Medicine heeft een meer coöperatief model ontwikkeld, waarbij al de sleutelspelers; de patiënt, de dokter, het ziekenhuis en de farmaceutische industrie samen met 'sociale' investeerders investeren in tijd of geld. Er worden gedurende het traject van geneesmiddelenontwikkeling geen rekeningen gestuurd. Ook kan het belang niet aan anderen worden verkocht.

Resultaten

Fair Medicine heeft momenteel vijf producten in ontwikkeling waarbij gezamenlijkheid in de opzet en het dragen van kosten het uitgangspunt vormen. Er zijn afspraken gemaakt over de uiteindelijke prijs van het product.

Conclusie

Het begin is in Nederland gemaakt om gezamenlijk geneesmiddelen te ontwikkelen, waarbij niet een partij alles betaalt, maar de verschillende stakeholders allemaal bijdragen aan de ontwikkeling.

Literatuurverwijzing

1) www.fairmedicine.eu

S36 Samengesteld symposium Varia

S36.1

Ervaren 'Decisional Conflict' bij patiënten in de specialistische geestelijke gezondheidszorg

Drs. Margot Metz ^{p1,2,3} / Dr. Marjolein Veerbeek ² / Prof.dr. Christina van der Feltz-Cornelis ^{1,4} / Prof.dr. Edwin de Beurs ^{5,6} / Prof.dr. Aartjan Beekman ^{7,8}

P: Presenterende auteur / spreker

1. GGZ Breburg
2. Trimbos-instituut
3. VU Universiteit
4. Tilburg Universiteit
5. Stichting Benchmark GGZ
6. Universiteit Leiden
7. GGZ inGeest
8. VU Medisch Centrum

Achtergrond

Aansluitend op de belangstelling voor Shared Decision Making (SDM) in de geestelijke gezondheidszorg (ggz), ontstaat behoefte om de kwaliteit van de besluitvorming en de toepassing van SDM te evalueren (1). Het begrip Decisional Conflict (DC) (2), dat vanuit patiëntperspectief de tevredenheid over het besluitvormingsproces en de kwaliteit van de genomen besluiten in kaart brengt, kan hierbij helpen. Dit is relevant, omdat het ervaren van minder DC een positieve invloed heeft op de behandelgetrouwheid en gezondheidsuitkomsten (3,4). Hoewel DC in de algemene gezondheidszorg al veel is gebruikt (1-4), weten we nog weinig over DC in de ggz.

Doel

Uitleg over Decisional Conflict en presenteren in hoeverre patiënten in de specialistische geestelijke gezondheidszorg (sggz) DC ervaren en welke factoren hierop van invloed zijn.

Methoden

Via een cross sectionele studie (N = 186) is, met behulp van de zelfrapportagelijst Decisional Conflict Scale (2), onderzocht in welke mate in de sggz DC wordt ervaren en welke socio-demografische en klinische kenmerken hierop van invloed zijn.

Resultaten

Deze studie wijst uit dat patiënten in de sggz een hoge mate van DC ervaren, vooral bij patiënten met een meer externe locus of control. Daarnaast zijn diagnose, opleidingsniveau en geslacht van invloed op DC.

Conclusie

Decisional Conflict is ook in de ggz bruikbaar om de kwaliteit van de besluitvorming, en daarmee de toepassing van SDM te evalueren. Dit is belangrijk omdat de mate van ervaren DC bij patiënten in de sggz over het algemeen hoog is en varieert op basis van de kenmerken van patiënten.

Literatuurverwijzing

1. Sepucha KR, Borkhoff CM, Lally J, Levin C.A, Matlock DD, Ng CJ e.a. Establishing the effectiveness of patient decision aids: key constructs and measurement instruments. BMC Med Inform Decis Mak 2013; 13:S12-11.
2. O'Connor AM. User-Manual-Decisional Conflict Scale (16 item statement format). Ottawa Hospital Research Institute; 1993, updated 2010.
3. A. Cormiers des, F. Légaré, S. Simard, L.P. Boulet, Decisional conflict in asthma patients: a cross-sectional study, J Asthma 2015; 52:1084-8.
4. P. Thompson-Leduc, S. Turcotte, M. Labrecque, F. Légaré, Prevalence of clinically significant decisional conflict: an analysis of five studies on decision-making in primary care, BMJ Open 2016: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011490>.

S36.2

Psychiatrische stoornissen vertalen naar arbeids(on)geschiktheid, een heikele maar belangrijke zaak

drs. Erwin van Meekeren ^{p1}

P: Presenterende auteur / spreker

1. BirdView

Achtergrond

Het hebben en behouden van werk is bevorderend voor het herstel, welzijn en welbevinden van patiënten. Arbeidsvermogen en re-integratie zijn niet op te hangen aan een DSM-classificatie, omdat stoornissen heterogeen zijn en meerdere factoren een rol spelen. De samenwerking tussen GGZ en de arbeidsgeneeskunde (bedrijfsartsen en verzekeringsartsen) is vaak moeizaam.

Doel

Het op gang brengen van het gesprek over werk tussen mensen met psychische problemen en hun psychiater. Bevorderen van inzicht in bevorderende of juist een belemmerende factoren van werk bij herstel. Bevorderen van samenwerken tussen GGZ en arbeidsgeneeskunde.

Methoden

Literatuuronderzoek (inclusief Richtlijnen en Generieke module)Bevindingen van de projectgroep 'Persoonlijkheidsstoornissen en werk' van het Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen (<http://www.kenniscentrumpsnl.nl/werk-en-ps>).

Resultaten

De relatie psychiatrische stoornissen en werk(vermogen) is complex, vele factoren hebben hun invloed. De vertaalslag maken van GGZ naar arbeidsgeneeskunde (en v.v.) is ingewikkeld. Het Capability model kan handvatten bieden.

Conclusie

Er moet nog veel gebeuren om de belangrijke factor werk een serieuzere plaats te geven binnen de GGZ. En om samenwerking met de arbeidsgeneeskunde te verbeteren, waarbij 'taal' een belangrijke factor is.

Literatuurverwijzing

Verbraak, M & A. Schene (2016) Psychiatrie en arbeid. In: Psychiatrie; M. Hengeveld e.a. (red.). Utrecht: De Tijdstroom
Generieke module Arbeid als medicijn (2017): <http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/project/generieke-module-arbeid-als-medicijn/Eekert>. P van (2017): Samen werken aan werk. Psychische aandoeningen en werk: wat we weten, wat we kunnen doen. https://www.samenvoordeklant.nl/sites/default/files/bestandsbijlage/samen_werken_aan_werk_-_psychische_aandoeningen_en_werk_-_wat_we_weten_wat_we_kunnen_doen.pdf

S36.3

Positiebepaling ten aanzien van religie en spiritualiteit in de psychiatrie

MD Piet Verhagen p¹

P: Presenterende auteur / spreker

1. GGz Centraal

Achtergrond

In december 2015 aanvaardde de 'Executive Committee' van de World Psychiatric Association (WPA) een 'Position Statement' over religie en spiritualiteit in de psychiatrie. Deze opmerkelijke gebeurtenis is spijtig genoeg in Nederland onopgemerkt gebleven.

Doel

Het onder de aandacht brengen van deze verklaring in de Nederlandse psychiatrie.

Methoden

Uitleg wordt gegeven over de criteria waar de verklaring op gebaseerd is. Daarmee wordt ook de relevantie aangegeven voor de Nederlandse situatie.

Resultaten

Religie en spiritualiteit horen thuis in de dagelijkse psychiatrische praktijk, in het wetenschappelijk onderzoek, in opleiding en bij- en nascholing.

Conclusie

De 'Executive Committee' van de World Psychiatric Association heeft een belangwekkende stap gezet voor de psychiatrische praktijk wereldwijd.

Literatuurverwijzing

Moreira-Almeida A, Sharma A, Janse van Rensburg B, Verhagen PJ, Cook CH. WPA position statement on spirituality and religion in psychiatry. World Psychiatry 2016; 15: 87-88. Doi:10.1002/wps.20304.

S36.4

Suïcidepreventie door het verminderen van suïcidale intrusies met oogbewegingen

MSc. Jaël van Bentum ^{p1} / Dr. Marit Sijbrandij ¹ / Dr. Ad Kerkhof ¹ / Dr. Annemiek Huisman ^{1,2} / Prof.dr. Arnoud Arntz ³ / Prof.dr. Emily Holmes ⁴ / Prof.dr. Marcus Huibers ^{1,5}

P: Presenterende auteur / spreker

1. Vrije Universiteit Amsterdam
2. Rijksuniversiteit Groningen
3. Universiteit van Amsterdam
4. Karolinska Institutet
5. University of Pennsylvania

Achtergrond

Suïcide is een groot maatschappelijk probleem, en er zijn maar weinig effectieve interventies beschikbaar om suïcide te kunnen voorkomen. Uit onderzoek blijkt dat patiënten met een depressieve of bipolaire stoornis veel last hebben van repetitieve en zich opdringende suïcidale beelden en gedachten. Centraal staat de hypothese dat het hebben van deze suïcidale intrusies (ook wel suïcidale ‘flash-forwards’ genoemd) een belangrijk fenomeen is dat vaak over het hoofd wordt gezien bij suïcidale patiënten, maar dat grote invloed heeft op de overgang van suïcidale ideatie naar daadwerkelijk suïcidaal gedrag.

Doel

Het doel van ons onderzoek is het vaststellen van de prevalentie van deze suïcidale intrusies bij depressieve patiënten en het evalueren van de effectiviteit van een Eye Movement Dual Task (EMDT, een uitgekleepte variant van EMDR) om suïcidale intrusies te verminderen.

Methoden

Het behandelonderzoek is verdeeld in drie fases: pilot studie (n = 6), kwalitatief onderzoek (n = 350) en een multicenter randomized controlled trial (n = 90). In de pilot studie wordt er een intrusie interview afgenomen om de suïcidale intrusies in kaart te brengen. Vervolgens ontvangt de patiënt maximaal 6 EMDT sessies naast hun reguliere behandeling.

Resultaten

Tijdens de presentatie worden de eerste uitkomsten van de pilot studie besproken.

Conclusie

Wij verwachten dat het toepassen van EMDT tijdens het ophalen van suïcidale beelden en gedachten de emotionele lading, intensiteit, oncontroleerbaarheid en frequentie van de suïcidale intrusies zal verminderen. Als deze innovatieve methode effectief blijkt, kan zij worden aangeboden in de GGZ als aanvulling op de bestaande behandeling van depressieve patiënten om zo evidence-based en op maat te werken.

Literatuurverwijzing

1. van Bentum, J.S.; Sijbrandij, M.; Huibers, M.J.H.; Huisman, A.; Arntz, A.; Holmes, E.A.; Kerkhof, A. Treatment of intrusive suicidal imagery using eye movements. *Int J Environ Res Public Health* 2017, 14.
2. Holmes, E.A.; Crane, C.; Fennell, M.J.; Williams, J.M. Imagery about suicide in depression

S36.5

Mental E-health 2.0

Dr. Pelle de Koning ^{p1}

P: Presenterende auteur / spreker

1. AMC

Achtergrond

Het AMC is een expertise centrum voor obsessieve-compulsieve spectrum stoornissen. De kwaliteit van de diagnostiek wordt echter vaak gehinderd door het subjectieve en retrospectieve karakter van symptoomevaluaties, wat kan leiden tot recall- of selectiebias. Dit zorgt voor het compliceren van diagnostiek en vertraging van behandelresultaat. Behandeling van de obsessieve-compulsieve stoornis (OCS) wordt daarbij ook nog gehinderd doordat symptomen zich veelvuldig centreren rond de thuissituatie. Optimale therapeut-gecontroleerde exposure in die thuissituatie is vanwege logistieke en financiële redenen veelal maar beperkt aangeboden. Daarnaast is er een actuele visie op zorg waarbij het centraal stellen van de patiënt, zelfzorg en shared decision making, centraal staan. Toch ontbreekt tot op heden een medium voor patiënten om hun specifieke kennis als gebruiker, beoordelaar en ontwikkelaar van zelfzorg te delen. E-health heeft de potentie om een oplossing te kunnen zijn voor bovengenoemde problemen.

Doel

Binnen het AMC onderzoeken we bij OCS-patiënten of virtual reality (VR) de klinische diagnostiek en kennis van de onderliggende neurobiologie kan ondersteunen (van Bennekom et al.). Daarnaast richten wij ons op verbetering van exposure-behandelingen in de thuissituatie middels verschillende mobiele applicaties en augmented reality (AR) (Turbyne et al.). En als laatste richten wij ons op het de ontwikkeling van een digitaal portaal en mobiele applicatie waarbij de patiënt en zelfzorg centraal staan.

Methoden

Een onderzoekslijn valideert een binnen het AMC ontwikkelde Video-VR omgeving voor OCS-patiënten. De onderliggende neurobiologie wordt onderzocht middels fMRI en verscheidene fysiologische maten. Middels de "exposure-support App" registreren patiënten hun exposure oefeningen in de thuissituatie waarbij de behandelaar de voortgang via een "dashboard" op de computer kan volgen. Augmented reality is in staat om via objectherkenning "exposure-opdrachten" (en feedback) aan patiënten te geven. De applicatie "Misofome" richt zich op het continu verzamelen en "raten" van behandeladviezen door misofonie-patiënten om zodoende een bibliotheek aan gespecialiseerde adviezen/strategieën te laten ontstaan.

Resultaten

Een pilot-studie toonde de effectiviteit aan van de video-VR omgeving voor de diagnostiek van OCS. Verschillende exposure-support applicaties worden reeds met succes toegepast binnen de gespecialiseerde dagbehandelingen van het AMC. De AR studie zal 2018 plaatsvinden. De Misofome-app zal, gefinancierd door innovatiegelden van het AMC, de komende 4 jaar worden doorontwikkeld.

Conclusie

De huidige innovatieve E-health ontwikkelingen kunnen ingezet worden als diagnostisch instrument, hebben de potentie om behandeling in de thuissituatie te faciliteren en kunnen dienen als bouwstenen van de zelfzorg-ontwikkeling in de geestelijke gezondheidszorg.

Literatuurverwijzing

van Bennekom MJ, de Koning PP, Denys D. Virtual Reality Objectifies the Diagnosis of Psychiatric Disorders: A Literature Review. *Front Psychiatry*. 2017 Sep 5;8:163. Collin Turbyne, Pelle de Koning and Damiaan Denys. mHealth in Mental Healthcare: the Application of Mobile Head-mounted Displays. *Journal of Technology in Behavioral Science*, ISSN: 2366-5963. Misofome: <https://www.cmd-amsterdam.nl/portfolio/misofome/>

S36.6

Het mensenrechtelijke kader voor de beroepsuitoefening van de psychiater

Prof.dr. Jenny Goldschmidt ^{p1,2}

P: Presenterende auteur / spreker

1. Rijksuniversiteit Utrecht – Emeritus hoogleraar Rechten van de Mens
2. Voorzitter Coalitie voor Inclusie

Achtergrond

In 2016 is het VN-Verdrag inzake de Rechten van personen met een handicap in Nederland in werking getreden. Dat verdrag is relevant voor de psychiaters omdat het ook betrekking heeft op mensen met een psychiatrische aandoening: wat betekent het VN-Verdrag voor de psychiatrie?

Doel

Bekendheid met het Verdrag en de daaruit voortvloeiende consequenties bevorderen.

Methoden

Beschrijvend-analytisch juridisch en beleidsmatig onderzoek Resultaten

Toegenomen bekendheid met -, en bewustzijn van mensenrechtelijke kaders voor de beroepsuitoefening door psychiaters.

Conclusie

Het Verdrag impliceert een andere aanpak: van een zorg-medische benadering naar een op de individuele mens en de context gerichte mensenrechtelijke aanpak.

Literatuurverwijzing

- Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap New York, 2006, Tractatenblad van het Koninkrijk der Nederlanden, jargang 2007, nr. 169
- A Hendriks, and O Lewis, 'Disability and Medical Law', in B M Knoppers and Y Joly (eds) Routledge Handbook of Medical Law and Ethics, Routledge, 2014
- O Lewis, 'The Role of Global Psychiatry in Advancing Human Rights' in Juan Mendez (ed) Torture in Healthcare Settings: Reflections on the Special Rapporteur on Torture's 2013 Thematic Report, 2014

S37 Innovaties in de behandeling van obsessieve compulsieve spectrum stoornissen – TOPGGZ netwerk angststoornissen

OCS-spectrum stoornissen kenmerken zich onder andere door een in de regel lange behandelduur en, indien onbehandeld, een chronisch beloop met substantiële lijdensdruk. In dit symposium worden recente bevindingen gepresenteerd over de prevalentie en ernst van de OCS en de verzamelstoornis over de levensloop. De vertaalslag naar en de implicaties voor de klinische praktijk worden besproken. Daarnaast worden drie studies gepresenteerd over innovaties in de behandeling van OCS. De eerste studie is een “feasibility” studie over het intensiveren van exposure, de tweede studie is een vervolg op de eerste en onderzoekt op een meer robuuste manier in een gecontroleerd “within-subject sequential replication design” de effectiviteit na eerdere non-respons van intensiveren van exposure. De derde studie onderzoekt de toegevoegde waarde van cognitieve remediatie therapie (CRT) met als doel flexibiliteit te bevorderen.

S37.1

Ernst en frequentie van OCS en van verzamelstoornis is leeftijdsspecifiek: een epidemiologische studie

Dr. Danielle Cath ^{p1}

P: Presenterende auteur / spreker

1. Rijksuniversiteit Groningen, Faculteit Medische Wetenschappen - UMCG afdeling psychiatrie

Achtergrond

Er is onverwacht weinig bekend over de leeftijds specifieke prevalentie van OCS en van verzamelstoornis, met name bij oudere mensen.

Doel

Doel van deze studie was om de prevalenties, ernst en associatie van OCS en verzamelstoornis (ook wel hoarding genoemd) te schatten over verschillende leeftijden heen bij mannen en vrouwen in de populatie.

Methoden

We hebben de frequentie van voorkomen en ernst van OCS en verzamelstoornis bij mannen en vrouwen geschat op verschillende leeftijden tussen 15-97 jaar in een grote groep van het Nederlands Tweeling register; n=15,194. Waarschijnlijkheids diagnoses van OCS en hoarding werden geconstrueerd volgens DSM-5 criteria met hulp van zelf-rapportages. Daarnaast hebben we symptoomernst over de verschillende leeftijdsgroepen heen gemeten en specifieke symptoom patronen onderzocht (moeite met weggooien, overmatig binnen halen, en rommel, checken, wassen, perfectionisme en obsessies).

Resultaten

De prevalentie van hoarding diagnoses (2.12%) steeg lineair met 20% voor iedere 5 jaar ($z = 13.8$, $p < 0.0001$), en verschild niet tussen mannen en vrouwen. Waarschijnlijkheidsdiagnoses van OCS kwamen juist het meest voor op jonge leeftijd, namen af met de leeftijd, maar stegen weer bij mensen boven 65 jaar. De combinatie van OCS en hoarding leidde tot toegenomen hoarding symptoom ernst, waarbij met name problemen met weggooien een rol spelen. De toename in OCS bij oudere mensen is vooral gevolg van toename in checkgedrag.

Conclusie

De toename in frequentie van voorkomen en ernst van verzamelstoornis met de leeftijd lijkt primair te worden gedreven door moeite met weggooien van spullen. Toename van OCS bij oudere mensen was een onverwachte bevinding, en heeft klinische consequenties.

Literatuurverwijzing

Cath et al., Am Journal of Geriatric Psychiatry, 2017;25(3):245-255.

Cognitieve augmentatie van behandeling: flexibiliteitstraining bij Anorexia Nervosa en de Obsessieve Compulsieve Stoornis

Drs. Boris van Passel^{p1,2} / Dr. Unna Danner³ / Dr. Alexandra Dingemans⁴ / Dr. Emmeke Aarts⁵ / Prof. Marcel van den Hout⁵ / Dr. Gert-Jan Hendriks^{1,2,6} / Dr. Danielle Cath⁷

P: Presenterende auteur / spreker

1. Pro Persona, Overwaal Expertisecentrum Angst Dwang en PTSS
2. Radboud Universiteit Nijmegen, Behavioural Science Institute
3. Altrecht GGZ, Rintveld Centrum voor Eetstoornissen
4. Universiteit Leiden, Faculteit der Sociale Wetenschappen
5. Universiteit Utrecht, Faculteit Sociale Wetenschappen
6. Radboudumc, afdeling psychiatrie
7. Rijksuniversiteit Groningen, Faculteit Medische Wetenschappen - UMCG afdeling psychiatrie

Achtergrond

Richtlijnbehandelingen (treatment as usual, TAU) zijn redelijk succesvol gebleken bij de behandeling van Anorexia Nervosa en de obsessieve compulsieve stoornis maar er is ruimte voor verbetering. Een onderliggende dysfunctie bij beide stoornissen is gebrek aan mentale flexibiliteit, wat therapiesucces in de weg lijkt te staan. Veelbelovende eerste studies bij eetstoornissen wijzen erop dat cognitieve remediatetherapie (CRT), een gemakkelijk toepasbare techniek die flexibel denken versterkt, symptoomreductie geeft en kwaliteit van leven verbetert.

Doel

Het onderzoeken of cognitieve remediatetherapie het therapie-effect van TAU versterkt.

Methoden

In een gecontroleerde multicenter trial werden 71 patiënten met OCD en 61 patiënten met AN gerandomiseerd voor 10 2-wekelijkse sessies CRT of controleconditie: specialistische aandachtstherapie (SAT). Vervolgens werd TAU gegeven, bestaande uit wekelijkse sessies van 60-90 minuten. Alle deelnemers werden gemeten voorafgaand aan therapie, direct na CRT, op 6 maanden en na 12 maanden follow-up. Indicatoren voor behandelingseffect waren psychopathologie (Y-BOCS en EDEQ, gecombineerde z-scores), kwaliteit van leven (stoornisspecifieke QoL en gecombineerde z-scores).

Resultaten

Op baseline waren er geen verschillen tussen beide groepen op de primaire uitkomstmaten. Uit mixed-model-analyses binnen de totale groep bleek dat er een significante tijd*conditie interactie was: $t(176.4)=2.229$, $p=0.027$. De gemiddelde Y-BOCS score op baseline was 24.1 (SD 6.5) punten en de gemiddelde EDE-Q-score 4.1 punten (SD 1.3). Bij follow-up na 12 maanden was de gemiddelde Y-BOCS score binnen de CRT conditie 17.6 punten (SD 7.4) en binnen de SAT conditie 11.6 (SD 7.3). Ook hier was een significante tijd*conditie interactie: $t(71.6)=2.798$, $p=0.007$. Binnen de eetstoornissen subgroep werden geen significante verschillen tussen de twee condities gevonden. Op de kwaliteit van leven schalen werden geen significante verschillen gevonden tussen de beide interventies.

Conclusie

Voor zover bekend was dit de eerste studie waarbij cognitieve augmentatie door middel van cognitieve remediatetherapie werd toegepast bij de behandeling van de obsessieve compulsieve stoornis. Opvallende bevinding is dat zowel binnen de totale groep als de OCD subgroep een significante en klinisch relevante tijd*conditie interactie werd gevonden ten gunste van SAT. Hoewel beide interventies effectief waren was SAT superieur aan CRT.

Literatuurverwijzing

van Passel, B., Danner, U., Dingemans, A., van Furth, E., Sternheim, L., van Elburg, A., van Minnen, A., van den Hout, M., Hendriks, G.J., Cath, D. (2016). Cognitive remediation therapy (CRT) as a treatment enhancer of eating disorders and obsessive compulsive disorders: study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 16(1), 393. doi:10.1186/s12888-016-1109-x

van Passel; B., Danner, U., Dingemans, A., Aarts, E., van den Hout, M., Hendriks, G.J., Cath, D. (in preparation). The effectiveness of Cognitive Remediation Therapy in Obsessive-Compulsive Disorder and Anorexia Nervosa: A Randomized Controlled Trial

S37.3

Kortdurende, intensieve exposure behandeling voor obsessieve compulsieve stoornis - een feasibility studie

Dr. Mirjam Kampman ^{p1,2}

P: Presenterende auteur / spreker

1. Pro persona, Overwaal Expertisecentrum Angst Dwang en PTSS
2. Radboud Universiteit Nijmegen, Behavioural Science Institute

Achtergrond

Niet alle patiënten met OCS profiteren van de gebruikelijke CGT richtlijnbehandelingen van 10-20 sessies. Non-response op CGT is geassocieerd met niet optimaal uitgevoerde CGT, slecht uitgevoerde huiswerkopdrachten, te geringe dosis en intensiteit van de exposure en geringe compliance van de patiënt met de behandeling. Daarnaast hebben therapeuten niet altijd even goed zicht op hoe huiswerkopdrachten worden uitgevoerd. Dropout percentages schommelen rond de 20% en voortzetting van de behandeling vindt niet altijd plaats. Non-respons op behandeling kan leiden tot demoralisatie, leidt tot substantiële (ziekte)last voor de patiënt en zijn/haar omgeving.

Doel

Het ontwikkelen en testen op geschiktheid van een kortdurende intensieve exposurebehandeling voor patiënten met OCS.

Methoden

Het ontwikkelde behandelprotocol voorziet in 8 daagse intensieve, begeleide exposure in diverse op de patiënte afgestemde contexten/situaties en maakt het mogelijk inzicht te krijgen in subtiele, onderhoudende veiligheids- en vermijdingsgedragingen van de patiënt. Het doel is om de effectiviteit van exposure te versterken en vermijdingsgedrag tijdig te herkennen en te verminderen binnen 6 weken. Tevens wordt de familie bij de behandeling betrokken. In een feasibility studie werd de kortdurende intensieve exposurebehandeling uitgetest bij meer dan 70 patiënten met een OCS.

Resultaten

De gemiddelde Y-BOCS score was voor behandeling 26.5. na behandeling had 56.4% van de patiënten een Y-BOCS score < 14. Een repeated measure analyse toonde een significant effect voor en na behandeling ($p < .0001$) en eerdere non-respons op CGT had geen invloed.

Conclusie

Kortdurende intensieve exposure lijkt een goed alternatief bij OCS-patiënten met eerdere non-respons op CGT.

Literatuurverwijzing

Havnen, A., Hansen, B., Öst, L-G., Kvale, G. Concentrated ERP delivered in a group setting: An effectiveness study, In Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, Volume 3, Issue 4, 2014, Pages 319-324, ISSN 2211-3649, <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2014.08.002>.

S37.4

Effectiviteit van kortdurende, intensieve exposure bij OCS na eerdere non-respons: een multiple baseline studie

Drs. Annemiek Wauben ^{p1} / Dr. Mirjam Kampman ^{1,2} / Drs. Lotte Hendriks ^{1,2} / Dr. Gert-Jan Hendriks ^{1,2,3}

P: Presenterende auteur / spreker

1. Pro Persona, Overwaal Expertisecentrum Angst Dwang en PTSS
2. Radboud Universiteit Nijmegen, Behavioural Science Institute
3. Radboudumc, afdeling psychiatrie

Achtergrond

CGT is de eerste keuze behandeling bij OCS. Meer dan een derde van deze patiënten reageert niet goed op behandeling. Er is dus de nodige ruimte voor het verbeteren en augmenteren van bestaande richtlijn behandelingen.

Doel

Deze studie onderzoekt de effectiviteit van een 8-daagse intensieve exposure behandeling bij OCS-patiënten na non-respons op eerdere richtlijn behandeling.

Methoden

Tien OCS-patiënten (18-65 jaar) die geen respons vertoonden op eerdere adequate CGT werden behandeld met kortdurende intensieve exposure gedurende 8 dagen en 4 wekelijkse exposure sessies à 90 minuten. De totale behandelduur bedroeg 7 weken. In een multiple baseline design werden de participanten gerandomiseerd toegewezen aan een baseline periode van 2-8 weken voorafgaand aan de interventie.

Resultaten

Timeserie analyses met R and single points analyse met Cohen's D toonde een hoog significante afname van gerapporteerde OCS symptomen ($p=.0006$, Cohen's $D = 2.37$ na behandeling en Cohen's $D = 2.03$ bij follow-up).

Conclusie

Kortdurende intensieve exposure is effectief en geschikt als 2e stap behandeling voor OCS non-responders.

Literatuurverwijzing

Havnen, A., Hansen, B., Öst, L-G., Kvale, G. Concentrated ERP delivered in a group setting: An effectiveness study, In Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, Volume 3, Issue 4, 2014, Pages 319-324, ISSN 2211-3649, <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2014.08.002>.

S38 Nieuwe inzichten vanuit de medisch psychiatrische unit en ziekenhuispsychiatrie

Ziekenhuispsychiatrie vormt van oudsher de verbinding tussen de geestelijke gezondheidszorg en de lichamelijke (somatische) gezondheidszorg. Binnen een tertiair zorgcentrum kan de gespecialiseerde behandeling opgesplitst worden in eigen klinisch zorg op een medisch-psychiatrische unit en consultatieve psychiatrie. Tijdens dit symposium willen wij een update geven over lopend onderzoek op ons MPU die zich uitstekend voor experimentele biologische interventies bij verslaving leent. Tevens willen wij aan de hand van studies op de intensive care en op de hematologie-oncologie laten zien dat het voor een ziekenhuis kostenbesparend is om eerder gebruik te maken van psychiatrische consultatie en hoe gezamenlijk onderzoek met andere specialismes nieuwe inzichten in behandeling kan geven.

S38.1

Ziekenhuispsychiatrie: tel uit je winst

Dr Monica Pop Purceleanu ^{p1} / Mw Drs Nienke Plass-Verhagen ¹ / Dhr Peter Jan Verdonk ¹ / Prof. Dr. Indira Tendolkar ¹

P: Presenterende auteur / spreker

1. Radboudumc

Achtergrond

Er is in Nederland een grote verscheidenheid in de wijze waarop de Consultatieve Dienst Psychiatrie inhoud en vorm krijgt. Het aantonen van de effecten van het psychiatrisch consultatief werk is hierdoor moeilijk. De context waarin de Consultatieve Dienst Psychiatrie opereert wordt steeds complexer. De toename van de complexiteit van zorg (zowel inhoudelijk als organisatorisch) staat in contrast met de druk die uitgeoefend wordt om aantoonbaar snel, efficiënt en tegen lage kosten goede kwaliteit van zorg te bieden. Het aantoonbaar maken van de effecten van de participatie van de Consultatieve Dienst Psychiatrie op de zorgparameters (opnameduur en kosten) kan helpen om tot verbeterde zorgafspraken te komen. Doel Het onderzoeken wat het effect is van de Consultatieve Dienst Psychiatrie op de zorgparameters (opnameduur, kosten van de somatische DBC) van de somatisch opgenomen patiënten van een academisch ziekenhuis.

Methoden

Retrospectief onderzoek waarbij er bij alle somatische opnames van volwassen patiënten uit 2016 in het Radboudumc nagegaan is of de patiënten relevante psychofarmaca (antidepressiva, antipsychotica, lithium) in de thuissituatie gebruikten en/of ze door de Consultatieve Dienst Psychiatrie kort voor of tijdens de opname werden gezien. Deze patiënten werden beschouwd als hoogrisico patiënten voor het ontwikkelen van comorbide psychiatrische klachten tijdens de opname. Er werden exclusiecriteria geformuleerd om vervuiling van data door off-label gebruik van deze medicatie te voorkomen. De Consultatieve Dienst teamleden hadden geen toegang tot de data. Een bedrijfsanalist trok op basis van de SAP-DOT registraties de verrichtingen van de Consultatieve Dienst Psychiatrie na bij alle klinische somatische opnames. Zorgparameters zoals duur van opname, tijdsinterval tussen opnamedatum en het eerste consult psychiatrie, heropnames en DBC kosten werden per specialisme en ziekenhuisbreed nagegaan. De resultaten van de patiënten die psychiatrische zorg naast somatische zorg ontvingen werden vergeleken met die van degenen die uitsluitend somatische zorg kregen.

Resultaten

Er bleek uit de gegevens van 30 klinische somatische afdelingen dat de Consultatieve Dienst Psychiatrie relatief laat ingeroepen werd. Een besparing van 2 dagen opname en significante somatische DBC kosten verlaging (tussen 25% en 44%) werd geconstateerd bij patiënten die door de Consultatieve Dienst gezien werden. De hoogste besparing (44%) werd gezien bij de electieve opnames waar de patiënten voorafgaand aan de klinische opname door de Consultatieve Dienst beoordeeld zijn geweest en een behandelplan hebben gekregen. Zelfs voor de patiënten die geen psychofarmaca voor de somatische opname gebruikten bleek de interventie van de Consultatieve Dienst Psychiatrie ziekenhuisbreed tot een reductie van 25% van de kosten te hebben geleid.

Conclusie

Op tijd zorg inzetten vanuit de Consultatieve Dienst Psychiatrie verkort de opnameduur en verlaagt de kosten. Aantoonbaar maken van de impact van deze zorg doet recht aan de rol van de (ziekenhuis)psychiatrie binnen het algemeen ziekenhuis en onderbouwt naar de beleidsmakers en zorgverzekeraars de mening dat deze zorg meerwaarde heeft voor het individu en de samenleving.

Literatuurverwijzing

1. A. Honing, D.Sierienk, B. Verwey: "Het rendement van de ziekenhuispsychiatrie: heden en toekomst" Tijdschrift voor Psychiatrie, 58(2016)10, 733-738
2. Philip R. Muskin, M.D., M.A., F.A.P.M., Anne Skomorowsky, M.D., Ravi N. Shah, M.D., M.B.A.: "Co-managed care for in-patients, C-L vs C/L Psychiatry", Psychosomatics 2016 57(3):258-63
3. Sanjeev Sockalingam, M.D., M.H.P.E., Ahmad Alzahrani, M.B.B.S., Christopher Meaney, M.Sc., et al: "Time to Consultation-Liaison Psychiatry Service Referral as a Predictor of Length of Stay", Psychosomatics 2016 57: 264-
4. Rebecca Wood, Anne P F Wand: "The effectiveness of consultation-liaison psychiatry in the general hospital setting: A systematic review", Journal of Psychosomatic Research, 76 (3): 175-192

S38.2

Kortdurende cognitieve interventies op de hematologische oncologie

MSc Patrick Eichelsheim ^{p1}

P: Presenterende auteur / spreker

1. Radboudumc

Achtergrond

Cognitieve gedragstherapie (CGT) is effectief gebleken om angst en depressies te behandelen bij kanker patiënten, maar er is niet veel onderzoek gedaan naar de invloed van CGT op interventie niveau bij hemato-oncologische patiënten met een psychiatrische diagnose. Hemato-oncologische patiënten zijn vaak te ziek voor volledige CGT sessies, daarom is het interessant om bij deze patiëntenpopulatie het effect van een kortdurende CGT-interventie te onderzoeken.

Doel

Het effect van een kortdurende CGT-interventie onderzoeken bij het verminderen van het niveau van angst en stress bij hemato-oncologische patiënten met psychische klachten.

Methoden

In een longitudinale studie ontvangen patiënten, gediagnosticeerd met hematologische kanker en met psychische klachten, cognitieve gedragstherapie op interventie niveau. Voor en na de CGT-interventie wordt het stressniveau gemeten met de Hospital Anxiety Depression Scale (HADS) test en de Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21) test. De HADS bevat 14 vragen waarvan 7 gaan over angst en 7 over depressie. De DASS-21 bevat 21 vragen waarvan 7 gaan over depressie, 7 over angst en 7 over stress. De DASS-21 is een verkorte versie van de oorspronkelijke versie die 42 vragen bevat; de DASS-42. Om de hemato-oncologische patiëntenpopulatie zo min mogelijk te belasten is voor de DASS-21 gekozen. Daarom worden de scores van de DASS-21 vermenigvuldigd om ze te transformeren naar de DASS-42 scores. De primaire uitkomstmaat is het verschil tussen de baseline HADS en de post HADS, die de gouden standaard is, en het verschil tussen de baseline DASS-42 en de post DASS-42.

Resultaten

De eerste resultaten laten zien dat er sprake is van een gemiddelde daling van de post HADS scores ten opzichte van de baseline HADS scores en de post DASS-42 scores ten opzichte van de baseline DASS-42 scores.

Conclusie

Een kortdurende CGT-interventie lijkt een positief effect te hebben op de vermindering van het niveau van stress, depressie en angst bij hemato-oncologische patiënten. Er zijn echter meer studies nodig, in vergelijking met andere stressreducerende opties en een langduriger observatie van het beloop om dit met zekerheid te concluderen.

Literatuurverwijzing

- E. de Beurs, R. van Dyck, L. A. Marquenie, A. Lange en R. W. B. Blonk. De DASS: een vragenlijst voor het meten van depressie, angst en stress. 2001
- Aaron T. Beck. Cognitive Therapy: Nature and Relation to Behavior Therapy - Republished Article. 2016. Available: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Cognitive+Therapy%3A+Nature+and+Relation+to+Behavior+Therapy+-+Republished+Article.++Aaron+T.+Beck-> Bos, A. (2011). Angst. In T. van Achterberg, A. Eliens, & N. Strijbol, Effectief Verplegen 2 (pp. 93-139). Dwingeloo: KAVANNAH.- Dr. Paul B. Jacobsen PhD, Dr Heather S. Jim PhD. Psychosocial Interventions for Anxiety and Depression in Adult Cancer Patients: Achievements and Challenges. July 2008. Available: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/CA.2008.0003/full>

S38.3

Iatrogene opioidverslaving bij chronische pijn patiënten

dr. Arnt Schellekens ¹ / MD Steffie van Riswijk ² / MD PhD Marleen van Beek ² / MSci Sander Dekkers ²

P: Presenterende auteur / spreker

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

Achtergrond

Chronische pijn komt veel voor, waarbij opioïde pijnstilling in toenemende mate wordt toegepast. Ongeveer 40% van de chronische pijn patiënten ontwikkelt daarbij een iatrogene stoornis in opioïd gebruik, met onder andere forse dosisescalatie en opioïd geïnduceerde hyperalgesie tot gevolg. In de verslavingszorg is veel ervaring met substitutie middels partiële opioïd agonist. Het is echter onduidelijk in hoeverre dit middel bij chronische pijn patiënten toepasbaar is.

Doel

Effectiviteit van de partiële opioïd agonist buprenorfine/naloxon onderzoeken bij chronische pijn patiënten, in termen van pijnstilling en symptomen van verslaving.

Methoden

In een open label observationele studie werden chronische pijn patiënten (n=20) met een iatrogene stoornis in opioïd gebruik geswitcht van hun opioïd agonist naar buprenorfine/naloxon. Veranderingen in pijn intensiteit, pijn drempel, ontwenningsklachten en zucht werden herhaaldelijk gemeten.

Resultaten

Preliminaire analyse laat zien dat met buprenorfine/naloxon adequate pijnstilling kan worden verkregen bij de meeste patiënten met chronische pijn. Bij deze patiënten nemen zowel de zucht naar opioïden als ervaren ontwenningsklachten in het dagelijks leven af. Secundaire exploratieve analyses laten tevens afname van andere psychiatrische symptomen zien. Een minderheid van de patiënten ervaart dusdanig pijnklachten, zodat zij werden teruggeswitcht naar een pijn behandeling op basis van volledige opioïd agonisten.

Conclusie

Buprenorfine/naloxon is mogelijk een goed alternatief voor volle opioïd agonisten in de behandeling van pijn bij chronische pijn patiënten. Toekomstig vergelijkend onderzoek zal deze uitkomsten moeten bevestigen, alvorens een advies voor de klinische praktijk kan worden gegeven.

Literatuurverwijzing

Katz, N. P., S. Sherburne, M. Beach, R. J. Rose, J. Vielguth, J. Bradley, and G. J. Fanciullo, 2003, Behavioral monitoring and urine toxicology testing in patients receiving long-term opioïd therapy: *Anesth Analg*, v. 97, p. 1097-102. Martell, B. A., P. G. O'Connor, R. D. Kerns, W. C. Becker, K. H. Morales, T. R. Kosten, and D. A. Fiellin, 2007, Systematic review: opioïd treatment for chronic back pain: prevalence, efficacy, and association with addiction: *Ann Intern Med*, v. 146, p. 116-27. Passik, S. D., K. L. Kirsh, K. B. Donaghy, and R. K. Portenoy, 2006, Pain and aberrant drug-related behaviors in medically ill patients with and without histories of substance abuse: *Clin J Pain*, v. 22, p. 173-81. Tsang, A., M. Von Korff, S. Lee, J. Alonso, E. Karam, M. C. Angermeyer, G. L. Borges, E. J. Bromet, K. Demnytte, G. de Girolamo, R. de Graaf, O. Gureje, J. P. Lepine, J. M. Haro, D. Levinson, M. A. Oakley Browne, J. Posada-Villa, S. Seedat, and M. Watanabe, 2008, Common chronic pain conditions in developed and developing countries: gender and age differences and comorbidity with depression-anxiety disorders: *J Pain*, v. 9, p. 883-91.

S38.4

Delirium op de Intensive Care; kunnen we het voorkomen en/of de gevolgen reduceren?

Dr. Mark van den Boogaard ^{p1}

P: Presenterende auteur / spreker

1. Radboudumc

Achtergrond

Delirium is een veelvoorkomende stoornis op de intensive care met ernstige korte termijn en langetermijngevolgen voor de ernstig zieke patiënt. Het is daarom belangrijk om dit te voorkomen. Om polyfarmacie en bijwerkingen te reduceren dient men de hoogrisico patiënten te identificeren en preventieve maatregelen dienen zich alleen op deze groep te richten. Er zijn duidelijke aanwijzingen dat haloperidol profylaxe zinvol kan zijn.

Doel

Vaststellen of profylactische toediening van haloperidol de uitkomst van de IC-patiënt met verhoogd delirium risico verbetert of niet.

Methoden

Gerandomiseerde, dubbelblind, placebo gecontroleerde multicenter investigator-driven trial uitgevoerd in 21 IC's in Nederland. Patiënten werden gerandomiseerd aan een van de drie studie-armen: 3x1mg profylactisch haloperidol, 3x2mg profylactisch haloperidol of placebo. Studie is gepowered met hazard ratio van 0.85 als effectmaat en met 80% power en α 0,05 resulterend in 3 armen van 715 patiënten. Volwassen IC-patiënten met verwachte IC-opnameduur van >1dag en niet delirant bij opname waren geschikt. Exclusie criteria waren: acute neurologische conditie (SAB, CVA, post-reanimatie) M. Parkinson, dementie, ernstige ventriculaire ritmestoornissen, gebruik van anti-psychotica voor opname, moribunde patiënt en als geen toestemming werd verkregen. In totaal waren 4 interim-analyses gepland voor safety, futility en na 1000 patiënten voor superiority testing door een gedeblindeerde DSMB. Primaire uitkomstmaat was 28-dagen overleving. Secundaire uitkomstmaten waren: 90-dagen overleving, delirium incidentie, delirium-coma-vrije dagen in 28-dagen, duur mechanische beatmings, incidentie IC-heropnames, opnameduur IC en ziekenhuis en incidentie SAE's. studiemedicatie werd 3 maal per dag intraveneus toegediend totdat ontslagen werd van de IC (met maximum duur van 28-dagen) of totdat patiënt delirant werd. In dat geval werd open label haloperidol toegediend. Analyses werden gedaan volgens intention to treat principe en per-protocol analyse.

Resultaten

De studie werd gestart in juni 2013 en in december 2016 werd de laatste patiënt geïnccludeerd. In totaal zijn 15.882 IC patiënten geschikte patiënten gescreend en 11.898 patiënten geëxcludeerd. Belangrijkste reden was acuut neurologisch probleem bij opname (N=5662, 35,7%), 706 patiënten (4,4%) werd geëxcludeerd vanwege gebruik van anti-psychotica bij/voor IC-opname en in totaal werd bij 2188 (13,8%) patiënten geen toestemming verkregen. In totaal zijn 1789 IC patiënten met een verhoogd risico op delirium geïnccludeerd. Dit is wereldwijd de grootste gerandomiseerde IC-delirium preventiestudie.

Conclusie

De resultaten zijn zeer overtuigend en consistent. De resultaten mogen vanwege op handen zijn publicatie nu nog niet gedeeld worden maar kunnen en mogen tijdens het congres wel gepresenteerd worden.

Literatuurverwijzing

Geen

DISCUSSIEGROEPEN

D24 Discussiegroep: Onderzoek tijdens de opleiding psychiatrie

MD MSc PHd Roberto Doornebal-Bakker ^{p1} / MSc Nadine van der Burg ^{p1} / Anne Koopmans ^{p2} / Khalid Qaderdan _p / Beatrijs Lammers _p

P: Debatleider / panelleden

1. Ggz Centraal
2. Parnassia

Inhoud (wat)

De opleiding tot psychiater is uitdagend waarbij allerlei verschillende levensinvullingen moeten worden uitgevoerd en gecombineerd: werk, onderwijs, diensten, familie, kinderen, hobby's, sociale contacten etc. Wetenschap daarmee combineren lijkt ingewikkeld en slechts 10% van alle psychiaters promoveert. Onderzoek doen is essentieel om vooruitgang te boeken in ons vak. Er zijn ontzettend veel onderwerpen waar vooruitgang op behaald kan worden in ons nog altijd ontwikkelend vak. Wat houdt de aios dan tegen om onderzoek te doen dan wel een promotietraject te starten? Vaak roept dit onderwerp de volgende reacties op: "ik kan alleen promoveren op een onderwerp dat ik bij voorbaat interessant vind. Ik denk niet dat ik onderzoek kan doen, want onderzoek is heel ingewikkeld. Ik vind onderzoek saai en lang niet zo spannend als kliniekwerk. Ik kan alleen onderzoek doen als ik veel van statistiek weet. Ik kan onderzoek en opleiding niet combineren, helemaal niet met een gezin. Ik moet erg hard werken als ik onderzoek doe. Ik moet heel veel discipline hebben om onderzoek te doen."

Vorm (hoe)

Na een korte inleiding door de discussieleider komen de verschillende aios aan het woord waarbij stellingen rondom onderzoek doen worden besproken. Naast dat er promovendi aan de discussie meedoen, doen ook aios mee die (nog) geen wetenschap bedrijven. Stellingen: De patiënt profiteert mee van de wetenschappelijke deskundigheid van de aios en psychiater. De aios heeft met wetenschap pas een compleet opleidingspakket

Leerdoelen

Kennismaken met de wereld van wetenschap, vooroordelen over onderzoek doen kritisch bekijken en de aiosen/psychiaters in de zaal enthousiasmeren voor het doen van onderzoek.

Literatuurverwijzing

Geen

D25 Is het aantal van 2000 patiënten dat jaarlijks in Nederland met de MAO-remmer tranylcypromine wordt behandeld, niet te klein?

Prof.dr. Willem Nolen ^{p1} / Dr. Tom Birkenhäger ^{p2}

P: Debatleider / panelleden

1. UMC Groningen, Groningen
2. Erasmus MC, Rotterdam

Inhoud (wat)

In Nederland krijgen jaarlijks zo'n 1500-2000 patiënten een behandeling met de klassieke irreversibele MAO-remmer tranylcypromine. Jarenlang kon dit alleen via een bewustzijnsverklaring met het niet-geregistreerde Parnate® dat de status had van weesgeneesmiddel. Sinds 2016 is echter Tracydal® geregistreerd, waarmee tranylcypromine nu wel tot de regulier voor te schrijven antidepressiva behoort. Het aantal van 2000 lijkt - gezien de ruim 1.000.000 patiënten die in Nederland jaarlijks een 'gewoon' antidepressivum krijgen- veel minder dan wat er conform de richtlijnen voor in aanmerking zou komen. Zo is in de multidisciplinaire richtlijn depressie (update 2013) tranylcypromine vóór ECT als vierde stap opgenomen, en voor patiënten met een atypische depressie zelfs als één van de opties in de tweede stap. In de multidisciplinaire richtlijn bipolaire stoornissen (2015) is het één van opties in de derde stap voor patiënten met een depressieve episode. Een waarschijnlijke verklaring voor deze ogenschijnlijke discrepantie is dat nog steeds veel psychiaters onvoldoende vertrouwd zijn met de mogelijkheid hun patiënten met tranylcypromine te behandelen en het als een "gevaarlijk" antidepressivum beschouwen, zelfs nu het een geregistreerd geneesmiddel is. De twee sprekers/panelleden -beiden expert in de behandeling met tranylcypromine- gaan niet zozeer met elkaar in debat als wel met de toehoorders: Hoe komt het dat in Nederland relatief zo weinig patiënten met tranylcypromine worden behandeld? En wat moet daar dan aan gedaan worden?

Vorm (hoe)

Na twee korte presentaties over (1) de geschiedenis en de toepassing van tranylcypromine bij de medicatieresistente, chronische depressie (Willem Nolen) en (2) de toepassing van tranylcypromine bij de atypische en bipolaire depressie (Tom Birkenhäger) gaan beide sprekers in debat met de toehoorders in de zaal.

Leerdoelen

Vertrouwd worden met de indicatiestelling en de toepassing (interacties, dosering, omgaan met bijwerkingen) van tranylcypromine.

Literatuurverwijzing

Alle relevante praktische informatie voor voorschrijvers en patiënten is te downloaden via <http://dalecopharma.nl> Nolen W.A. Klassieke monoamineoxidaseremmers: niet geregistreerd, maar wel een plaats in de behandeling van depressies. Ned Tijdschr Geneesk, 2003; 147: 1940-1943. Vos AM, Akkerhuis GW, Nolen WA. De behandeling van een therapieresistente depressie. Tijdschrift voor Psychiatrie, 2003; 45: 703-708.

D26 (Vroege) interventies bij de bipolaire stoornis in translationeel perspectief: vanuit ‘wetenschappelijk’ risicoprofiel of ‘eigen’ veerkracht?

Dr. Max de Leeuw ^{p1,2} / Drs. Marc Lochmann van Bennekom ^{p3} / Dr. Eline Regeer ^{p4} / Bart Geerling ^{p5} / Prof. dr. Manon Hillegers ^{p6}

P: Debatleider / panelleden

1. Polikliniek Bipolaire Stoornissen Rivierduinen
2. Leids Universitair Medisch Centrum
3. Pro Persona
4. Altrecht Bipolair
5. Specialistisch Centrum Bipolaire Stoornissen Dimence
6. Erasmus MC

Inhoud (wat)

Op basis van longitudinale en retrospectieve studies naar de ontwikkeling en behandeling van patiënten met een bipolaire stoornis, is inmiddels een risicoprofiel te identificeren. De elementen van dit risicoprofiel zijn opgebouwd vanuit biologische, psychologische, symptomatische en cognitieve kenmerken. Echter, het translationele proces van vertalen van deze uit wetenschappelijk onderzoek verkregen kenmerken naar de klinische praktijk (en vice versa) is complex, in het bijzonder als het gaat om de weging van beschermende factoren. Onderzoek naar veerkracht (resilience) is schaars, waarbij veerkracht meer is dan alleen het ontbreken van risicofactoren. Het dilemma tussen ‘wetenschappelijk’ risicoprofiel of ‘eigen’ veerkracht in de beslisvorming rondom (vroege) interventies, de duur en mate van intensiteit van onderhoudsbehandeling verdient meer aandacht.

Vorm (hoe)

In deze discussiegroep zal op basis van 3 casussen in verschillende fases van ziekte de dilemma’s besproken worden zoals hierboven geschetst. Tevens nodigen we een panel van ervaringsdeskundigen uit om hierover mee te discussiëren. De discussieleiders met een multidisciplinaire achtergrond zullen vanuit verschillend perspectief de discussie leiden. Tevens zal aan de hand van de literatuur risico en beschermende factoren worden toegelicht binnen het kader van het veerkracht-model voor bipolaire stoornis.

Leerdoelen

- Bewustwording van de gevolgen van het vertrekpunt in de behandeling: ‘wetenschappelijk’ risico of ‘eigen’ veerkracht;
- Meer kennis van risico en beschermende profielen vanuit de literatuur;
- Meer zicht op patiëntperspectief ten aanzien van deze benadering.

Literatuurverwijzing

- Kemner SM, Mesman E, Nolen WA, Eijckemans MJ, Hillegers MH. The role of life events and psychological factors in the onset of first and recurrent mood episodes in bipolar offspring: results from the Dutch Bipolar Offspring Study. *Psychol Med.* 2015;45(12):2571-81.
- Kesebir S, Ünübol B, Tatlıdil Yaylacı E, Gündoğar D, Ünübol H. Impact of childhood trauma and affective temperament on resilience in bipolar disorder. *Int J Bipolar Disord.* 2015 Feb 24;3:3.
- Iasevoli F, Valchera A, Di Giovambattista E, Marconi M, Rapagnani MP, De Berardis D, Martinotti G, Fornaro M, Mazza M, Tomasetti C, Buonaguro EF, Di Giannantonio M, Perugi G, de Bartolomeis A. Affective temperaments are associated with specific clusters of symptoms and psychopathology: a cross-sectional study on bipolar disorder inpatients in acute manic, mixed, or depressive relapse. *J Affect Disord.* 2013 Nov;151(2):540-50.

D27 The elephant in the room: implementatie van een gezondere leefstijl in de langdurige zorg

Prof. Dr. Wiepke Cahn ^{p1} / Dr. Frederike Jörg ^{p2,3} / Prof. Dr. Berno van Meijel ^{p4,5,6} / Shanna de Freitas ^{p7} / MSc Jeroen Deenik ^{p7,8}

P: Debatleider / panelleden

1. UMC Utrecht
2. Rob Giel Onderzoekscentrum, UMC Groningen
3. GGz Friesland
4. VUmc
5. Hogeschool Inholland
6. Parnassia Groep
7. GGz Centraal
8. Maastricht University

Inhoud (wat)

Ongezonde eetgewoonten en weinig fysieke activiteit spelen een grote rol in het ontstaan van aandoeningen (o.a. metabool syndroom) die bijdragen aan de 10-20 jaar verkorte levensduur bij mensen met een ernstig psychiatrische aandoening (EPA) [1]. Ondanks meer aandacht voor en onderzoek naar het probleem afgelopen jaren, blijkt structurele verandering echter lastig; richtlijnen worden onvoldoende opgevolgd [2], interventies blijken op de langere termijn niet effectief [3] en de gezondheidsstatus lijkt weinig veranderd. Een multidisciplinaire geïntegreerde aanpak is succesvol gebleken [4], maar vergt veel inspanning. Wat maakt het zo lastig om onze somatische zorg te verbeteren? Waarom worden richtlijnen niet opgevolgd? Hoe verhouden 'eigen regie' en gezondere leefstijl zich met elkaar? Welke rol spelen wij als hulpverleners in het probleem en speelt fatalistisch gedachtengoed een rol bij deze doelgroep? In deze discussiegroep willen we vanuit verschillende perspectieven van de langdurige zorg leren van mislukte pogingen en successen en knelpunten bespreken, om de ogenschijnlijke status quo te doorbreken.

Vorm (hoe)

Debatleider: Wiepke Cahn (hoogleraar Lichamelijke gezondheid bij psychiatrische aandoeningen en hoofd onderzoek van het zorgprogramma Lijf & Leven) Panelleden (ieder een korte presentatie/inleiding, gevolgd door een aantal stellingen)

- Frederike Jörg (postdoc onderzoeker) heeft ervaring met studies gericht op het vormgeven en implementeren van een leefstijlgerichte aanpak in klinische en beschermde woonvormen en bij FACT patiënten. Wat zijn de 'lessons learned' van interventies die het gewenste effect niet of maar ten dele bereikt hebben?
- Berno van Meijel (hoogleraar en lector GGZ-verpleegkunde) was o.a. betrokken bij de richtlijnen omtrent somatische screening en leefstijl bij mensen met EPA en zal vanuit zijn ervaring de kansen en uitdagingen vanuit verpleegkundig perspectief benaderen.
- Shanna de Freitas is ervaringsdeskundige bij GGz Centraal, heeft de afgelopen jaren zelf geworsteld met het thema leefstijl en helpt inmiddels mede-cliënten op weg. Zij zal delen wat volgens haar belemmerend en helpend is en het gesprek aangaan over knelpunten.
- Jeroen Deenik (gezondheidspsycholoog en promovendus) deed o.a. onderzoek naar een multidisciplinaire leefstijl-bevorderende behandeling in de langdurige zorg. Deze bleek erg succesvol op de lange termijn. Aan de hand van een implementatie-evaluatie kaart hij aan wat er volgens hem nodig is om de leefstijl in de langdurige zorg te verbeteren.

Mogelijke stellingen

- Leefstijl is onderdeel van de behandeling en als zodanig een verplicht element
- Geïntegreerde aandacht voor leefstijl is haalbaar op mijn afdeling
- Gezondere leefstijl van cliënten en medewerkers moet beloond worden
- Ik ben zelf de sleutelpersoon als het gaat om het bevorderen van een gezonde leefstijl van mijn patiënten.

Leerdoelen

Deelnemers leren

- (1) wat niet effectief is in het veranderen van leefstijl(beleid) in de langdurige zorg,
- (2) wat de kansen en voorwaarden zijn voor verbetering en
- (3) welke rol zij hierin zelf (kunnen) spelen

Literatuurverwijzing

1. Walker ER, McGee RE, Druss BG. Mortality in Mental Disorders and Global Disease Burden Implications A Systematic Review and Meta-analysis. *Jama Psychiatry*. 2015;72(4):334-341.
2. Bruins J, Pijnenborg GH, van den Heuvel ER, Visser E, Corpeleijn E, Bartels-Velthuis AA, Bruggeman R, Jorg F. Persistent Low Rates of Treatment of Metabolic Risk Factors in People With Psychotic Disorders: A PHAMOUS Study. *J Clin Psychiatry*. 2017.
3. Jörg F, Looijmans A, Stiekema A, Van der Meer L, Schoevers R, Corpeleijn E. Changing the obesogenic environment to improve cardiometabolic health in residential patients with a severe mental illness: ELIPS, a randomized controlled trial. *Eur Psychiatry*. 2017;41:S267-S268.
4. Walker ER, McGee RE, Druss BG. Mortality in Mental Disorders and Global Disease Burden Implications A Systematic Review and Meta-analysis. *Jama Psychiatry*. 2015;72(4):334-341.
5. Bruins J, Pijnenborg GH, van den Heuvel ER, Visser E, Corpeleijn E, Bartels-Velthuis AA, Bruggeman R, Jorg F. Persistent Low Rates of Treatment of Metabolic Risk Factors in People With Psychotic Disorders: A PHAMOUS Study. *J Clin Psychiatry*. 2017.
6. Jörg F, Looijmans A, Stiekema A, Van der Meer L, Schoevers R, Corpeleijn E. Changing the obesogenic environment to improve cardiometabolic health in residential patients with a severe mental illness: ELIPS, a randomized controlled trial. *Eur Psychiatry*. 2017;41:S267-S268.
7. Deenik J, Tenback D, Tak E, Rutters F, Hendriksen I, van Harten P. Effects of a multidisciplinary lifestyle enhancing treatment on physical and psychiatric health in in patients with severe mental illness: the MULTI study I. Submitted.

D28 De toekomst van de psychiatrie - een discussiegroep georganiseerd door psychiatrienet.nl

prof.dr. Wijbrand Hoek ^{p1,2,3} / prof.dr. Peter van Harten ^{p4,5} / prof.dr. Wim Veling ^{p2} / prof.dr. Floor Scheepers ^{p6} / prof.dr. Walter van den Broek ^{p7}

P: Debatleider / panelleden

1. Parnassia Groep
2. Universitair Centrum Psychiatrie, UMCG, Rijksuniversiteit Groningen
3. Mailman School of Public Health, Columbia University, New York, NY, USA
4. GGZ Centraal Innova
5. Maastricht University
6. Hersencentrum, afdeling Psychiatrie, UMC Utrecht, Universiteit Utrecht
7. Institute of Medical Education Research Rotterdam (IMERR), Afdeling Psychiatrie, Erasmus MC, Erasmus Universiteit Rotterdam

Inhoud (wat)

De kunstmatige intelligentie en robotisering zullen de komende 20 jaar de samenleving nog ingrijpender veranderen dan de komst van de auto en de wasmachine in de jaren vijftig en het internet en de mobiele telefoon in de jaren negentig. Robots worden net zo gewoon als smartphones dat momenteel zijn. Daniela Rus, directeur van de Computer Science and Artificial Intelligence Laboratory (CSAIL) van het Massachusetts Institute of Technology (MIT), claimt dat robots de dokters niet zullen vervangen maar dat robots van elke dokter een topexpert maken. De dokter beslist nog steeds maar krijgt betere informatie. Ook in de psychiatrie verwachten we dat kunstmatige intelligentie veel van onze taken zal overnemen. Afgelopen jaar is daar een discussiegroep aan gewijd waarbij een toekomstig scenario geschetst werd waarbij robots vele toekomstige taken zouden gaan overnemen zoals voorschrijven van medicatie, beeldherkenning, en waarin platforms een deel van de zorg gaan overnemen. In deze discussiegroep blijven we wat dichterbij. Vier panelleden geven een inleiding over wat al in hun praktijk gebruikt wordt en we vragen hen om een toekomstvisie: wat wordt de waarde als dit zich verder door ontwikkelt. Wim Veling bespreekt hoe augmented en virtual reality psychiatrische symptomen kan beïnvloeden. Peter van Harten demonstreert hoe wearables de diagnostiek buiten de spreekkamer (in real life) brengt. Floortje Scheepers vertelt hoe big data op individueel niveau voorspellingen kunnen doen. Walter van den Broek zal voorbeelden geven van de technologische vernieuwingen in de opleiding van artsen en specialisten. Wijbrand Hoek zal als discussieleider, evenals vorig jaar het publiek stimuleren om actief mee te discussiëren over de ontwikkelingen die ons werk en de zorg ingrijpend zullen wijzigen.

Vorm (hoe)

In deze discussiegroep laten de sprekers zien welke vormen van kunstmatige intelligentie zij al gebruiken en wat de waarde ervan zal zijn in de toekomst. Daarna zullen zij met u hierover in discussie gaan.

Leerdoelen

Aan het einde van de discussiegroep kent de deelnemer een aantal nieuwe en belangrijke technologische ontwikkelingen, die ons vak in de naaste toekomst sterk zullen gaan beïnvloeden. Daarnaast vragen we de deelnemers mee te denken hoe bestaande tools op het gebied van kunstmatige intelligentie in de dagelijkse praktijk toegepast kunnen worden.

Literatuurverwijzing

<https://www.nrc.nl/nieuws/2017/09/08/robots-naar-mars-sturen-is-makkelijker-dan-robots-de-was-laten-vouwen-12901939-a1572794><http://danielarus.csail.mit.edu/index.php/category/research/><https://vrmentalhealth.nl/> <https://www.artsenauto.nl/big-data-brengt-individu-in-kaart/><https://www.channelweb.nl/artikel/achtergrond/datamanagement/5821397/5249068/video-de-impact-van-big-data-op-zorg-en-psychiatrie.html>

D29 Werken met zorgstandaarden in de praktijk

prof.dr. Niels Mulder ^{p1} / Prof.dr. Ralph Kupka ^{p2} / Prof.dr. Anton van Balkom ^{p3}

P: Debatleider / panelleden

1. Parnassiagroep / Erasmus MC
2. GGz Ingeest / VUMC
3. GGZ Ingeest / VUMC

Inhoud (wat)

In 2017 zijn er 48 zorgstandaarden en generieke modules gereed gekomen. Deze vinden nu hun weg naar de praktijk, maar hoe loopt dat? Waar lopen we tegenaan bij de implementatie? Zijn de standaarden bekend en uitvoerbaar? Wat doen we wanneer dit niet lukt of niet kan? Wat is de juridische status van een zorgstandaard en hoe verhoudt die zich tot de richtlijnen? We hebben evidence-based kennis, professionele kennis en kennis vanuit ervaringsdeskundigheid. Niet altijd is helder in de standaarden wat het zwaarst weegt en waarom. Hoe gaan we om met deze onzekerheid in onze dagelijkse praktijk? In de zorgstandaarden worden aanbevelingen gedaan voor de organisatie van zorg en het stellen van prioriteiten. Is dit werkbaar en hoe kunnen we deze producten gebruiken bij het verder optimaliseren van onze behandelingen? Wat moet er veranderen bij een volgende versie van de standaarden? Kom naar de discussiegroep en praat mee over deze belangrijke ontwikkelingen bij de uitvoering van ons vak.

Vorm (hoe)

Vier korte presentaties door collega's die betrokken zijn bij het ontwikkelen en implementeren van de zorgstandaarden / generieke modules en vervolgens discussie met de mensen in de zaal.

Leerdoelen

Kennis nemen van de status van zorgstandaarden / generieke modules, gesprek aangaan over de mogelijkheden / beperkingen ervan in de praktijk en hoe we deze producten kunnen gebruiken voor het verder optimaliseren van onze behandelingen.

Literatuurverwijzing

De zorgstandaarden en generieke modules zoals die bij het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling (NKO) op de website staan.

D30 Zijn wij als psychiaters goed genoeg geschoold in het Status Mentalis-Onderzoek?

MSc Michiel Rietveld ^{p1} / Dr. Jeroen Lijmer ^{p2} / Dr. Rien Van ^{p1} / Prof.Dr. Michiel Hengeveld ^{p3} / Drs. Lisette van Grastek ^{p1}

P: Debatleider / panelleden

1. Arkin
2. OLVG
3. Praktijk Hengeveld

Inhoud (wat)

Elke psychiater verricht dagelijks een Status Mentalis-Onderzoek (SMO). Tegelijkertijd is er nauwelijks onderzoek naar betrouwbaarheid van het SMO. Evenmin heeft het wel een plaats in onderwijs van medisch studenten, maar niet in opleidingsplannen voor psychiaters. De vraag is of dat terecht is en niet leidt tot een grotere variatie in interpretatie tussen psychiaters dan wenselijk. In deze discussiegroep presenteren we de resultaten van een enquête-onderzoek onder 402 psychiaters en aios naar gebruik van het SMO. Het blijkt dat er een sterke behoefte is aan extra (na)scholing in het SMO. Tevens blijkt dat in de dagelijkse praktijk slechts een deel van het 24-items tellende SMO wordt gebruikt. Dit terwijl de Nederlandse richtlijn stelt dat items die niet ingevuld worden als niet beoordeeld worden beschouwd. In deze discussiegroep willen we de discussie voeren of systematische onderwijs in het SMO voor de psychiater nodig is en wat dat kan opleveren. Tevens laten we zien hoe dergelijk onderwijs er uit zou kunnen zien.

Vorm (hoe)

Interactieve inleiding waarin in gegaan zal worden op de historie van het SMO, de beschikbare evidentie en het huidige gebruik in Nederland. Aan de hand van video fragmenten zullen de 24 verschillende items van het SMO beoordeelen en bespreken. Panel discussie met experts uit onder meer de richtlijn-commissie psychiatrisch diagnostiek. Tevens is er ruimte voor discussie betreffende de huidige vorm, het belang en de positie van het SMO in Nederland. Tot slot zal besproken worden of SMO-onderwijs een vast onderdeel moet worden van het curriculum in de opleiding tot psychiater.

Leerdoelen

- Vergroten van achtergrondkennis betreffende het SMO.
- Inzicht vergroten in scholingsmogelijkheden voor alle items van het SMO.
- Discussie betreffende de rol van het SMO in de opleiding tot psychiater en in bij en nascholing.

Literatuurverwijzing

- Hengeveld MW, Schudel WJ. Het psychiatrisch onderzoek (3de, geheel herziene druk). Utrecht: De Tijdstroom; 2003
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Richtlijn psychiatrische diagnostiek. Utrecht: De Tijdstroom; 2015. <http://www.nvvp.net/stream/richtlijn-psychiatrichediagnostiek-2015>.
- Rodenhauser P, Fornal RE. How important is the Mental Status Examination? Psychiatric Hospital 1996; 22(1): 21-24- Sno HN. Het psychiatrisch onderzoek tegen de achtergrond van evidence-based medicine. Tijdschrift voor psychiatrie 2008; 50(6): 353-358

D31 SAP-discussiepanel: translationele uitdagingen in de opleiding

MSc Peter Mulders ¹ / Don van Zanten _p / Eveline Ackermans _p / Carmen van Geel _p / Esther Vroege _p

P: Debatleider / panelleden

1. RadboudUMC

Inhoud (wat)

Translationele uitdagingen binnen de psychiatrie vragen om psychiaters die de kennis en kunde hebben om die uitdagingen aan te gaan. Dit vraagt dan weer om een opleiding die de psychiaters van de toekomst hierin schoolt. Voortschrijdende inzicht over psychiatrische stoornissen, bijvoorbeeld over comorbiditeit, maakt dat transdiagnostisch denken hierin steeds frequenter nodig is. Maar hoe zorgen we ervoor dat de opleiding hierin meegroeit? Is de huidige manier van opleiden hierin beperkend, of biedt het juist veel mogelijkheden? Moet kennis worden verdiept binnen de huidige lijnen, of moeten we juist de inhoud ontschotten en naar een nieuwe manier van denken en opleiden? Het SAP wil, samen met experts die stellingen zullen aandragen, graag met u hierover in discussie.

Vorm (hoe)

Zoals eerdere edities, zullen zowel AIOS als psychiaters die nauw verbonden zijn met het onderwijs een stelling presenteren, waarbij er met de aanwezigen in discussie wordt gegaan. Dit wordt ondersteund met digitale stem-systemen.

Leerdoelen

Door middel van de stellingen en discussie zullen de aanwezigen meer zicht krijgen op de verschillende aspecten die binnen de opleiding spelen, alsook dat we gezamenlijk een beeld kunnen vormen van hoe de opleiding in de toekomst ingericht kan worden in lijn met de veranderingen binnen het vak.

Literatuurverwijzing

n.v.t.

WORKSHOPS

W51 Van de kliniek naar onderzoek en weer terug: een toolkit om afbouw of continuatie van antidepressiva te begeleiden

dr. Mascha ten Doesschate ^{p1} / prof. dr. Claudi Bockting ^{p2}

P: Workshopleiders

1. Verslavingszorg Noord Nederland
2. AMC

Inhoud (wat)

Depressie is voor de meeste mensen een terugkerende aandoening. De meest gebruikte manier om terugval te voorkomen is het continueren van antidepressiva (Multidisciplinaire richtlijnen Depressie). Een groot deel van de mensen met recidiverende depressies slikken de eerste jaren na herstel de antidepressiva niet op een wijze zoals aanbevolen volgens de multidisciplinaire richtlijnen depressie (GGZ richtlijnen, 2013, Bockting et al., 2008). Dat wil zeggen: men staakt de antidepressiva vroegtijdig, slikt een te lage dosis en/of is in hoge mate medicatie-ontrouw (Doesschate et al., 2009, Gueorguieva et al., 2017). Deze workshop beoogt de huidige stand van zaken rondom terugvalpreventie weer te geven. Er zullen praktische tips en tricks worden gegeven over de begeleiding van zowel de continuatie van antidepressiva na herstel als de afbouw van antidepressiva na herstel. Bijzondere aandacht zal besteed worden aan een antidepressivatoolkit, waarin uiteengezet wordt op welke wijze een psychiater antidepressiva kan afbouwen. Daarnaast komt de evidentie, indicatiestelling en werkwijze van Preventieve Cognitieve Therapie aan bod. Dit gezien de terugvalwerende werking bij het afbouwen van antidepressiva, maar ook in aanvulling op onderhoudsantidepressiva (Bockting et al, submitted).

Vorm (hoe)

In een interactieve workshop wordt een antidepressivatoolkit gepresenteerd, waarin aan bod komt hoe zowel de continuatie van antidepressiva als de afbouw na herstel door de psychiater geoptimaliseerd kan worden. Daarnaast komt de indicatiestelling voor Preventieve Cognitieve Therapie aan bod en worden de belangrijkste interventies geïllustreerd.

Leerdoelen

- Stand van zaken evidentie terugvalpreventie strategieën bij depressie na herstel
- Adequate onderhoudsbehandeling met antidepressiva na herstel bij recidiverende depressie
- Kennis over begeleiding van afbouw van antidepressiva bij mensen die willen stoppen
- Stand van zaken psychologische interventies ter preventie van terugval bij depressie
- Indiciestelling en kennis van ingrediënten Preventieve Cognitieve Therapie

Literatuurverwijzing

GGZ-Richtlijnen - Multidisciplinaire Richtlijn Depressie (3e revisie, 2013) (1.0) - 01-08-2013 <https://assets-sites.trimbos.nl/docs/8af6d324-8514-40a6-b943-34d1b434b33a.pdf> Bockting, C. L. H., ten Doesschate, M. C., Spijker, J., Spinhoven, P., Koeter, M. W. J., Schene, A. H. & the DELTA study group (2008). Continuation and maintenance antidepressant use in recurrent depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77, 17-26. Bockting, Klein, et al., The effectiveness of preventive cognitive therapy while tapering antidepressants compared with maintenance antidepressant treatment and their combination in the prevention of depressive relapse or recurrence (DRD study): a three-arm randomised controlled trial, submitted. Gueorguieva R, Chekroud AM, Krystal JH. (2017) Trajectories of relapse in randomised, placebo-controlled trials of treatment discontinuation in major depressive disorder: an individual patient-level data meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2017 Mar;4(3):230-237. Ten Doesschate, M. C., Bockting, C. L. H., & Schene, A. H. (2009). Adherence to continuation and maintenance antidepressant use in recurrent depression. *Journal of Affective Disorders*, 115(1-2), 167-170.

W52 Autisme of narcisme

Marije Swets ¹ / prof dr Liesbeth Eurelings ^{p2,3} / drs Pleun van Vliet ^{p4,5}

P: Workshopleiders

1. Leo Kannerhuis
2. Eurelings Training Psychodiagnostiek
3. Universiteit Leiden
4. RINO Groep Utrecht
5. van Vliet Psychodiagnostiek

Inhoud (wat)

Van 1987 tot 2003 is de prevalentie van autisme met 634% gestegen. De meest recente cijfers zijn dat 1 op de 65 jongens een autisme spectrum diagnose heeft. Waar waren al die autisten 20 jaar geleden? Eén mogelijke verklaring is dat patiënten met ASS zich nu meer melden doordat zij overvraagd worden door de eisen die de huidige maatschappij stelt aan mentale flexibiliteit en sociabiliteit. Daarnaast kan sprake zijn van substitutie. Dat wil zeggen dat mensen die vroeger een andere diagnose hadden, nu de diagnose autisme krijgen. Veel van de patiënten bij het Leo Kannerhuis, een GGZ gespecialiseerd in autisme, hebben voordat zij de diagnose kregen eerste vele andere diagnoses gehad. De Autism Spectrum Stoornis (ASS) is een pervasieve ontwikkelingsstoornis, waarbij pervasief duidt op het feit dat er problemen zijn op veel verschillende gebieden. Overlap en comorbiditeit met andere stoornissen is hoog. Omgekeerd zijn problemen in sociale relaties en rigiditeit, de centrale problematiek bij autisme, ook veel voorkomende problemen bij een scala aan andere psychiatrische stoornissen. Er is geen mens zonder een autistisch trekje en er is geen autist die alle autistische kenmerken heeft. De differentiaaldiagnostiek tussen autisme en persoonlijkheidsstoornissen is complex, maar van groot klinisch belang. Moet je bepaalde problematiek benaderen als een handicap of als verworven problematiek? Moet je de oplossing zoeken in het aanpassen van de omgeving, of moet je streven naar verandering bij de patiënt? Sluit de ene stoornis de ander uit? ASS kenmerken kunnen bij vele stoornissen voorkomen, en de aanwezigheid ervan bepaalt de behandelbaarheid van de stoornis, Welke diagnostische middelen zijn nuttig voor het herkennen van kenmerken van ASS en hoe kun je differentiëren tussen overwegend persoonlijkheidspathologie en ASS? Bij deze workshop richten we ons op het herkennen van ASS kenmerken en op de differentiaaldiagnostiek tussen ASS en de o.a. narcistische persoonlijkheidsstoornis. Daarbij wordt een "bottum up" diagnostische strategie gepresenteerd bij het interpreteren van informatie uit (neuro)psychologisch onderzoek.

Vorm (hoe)

In het eerste gedeelte van deze workshop zal vanuit klinisch en psychodiagnostisch perspectief stil gestaan worden bij de verschillen en gelijkenissen van o.a. de narcistische persoonlijkheidsstoornis en de autisme spectrumstoornis. Daarna zal aan de hand van casuïstiek op een interactieve manier de theorie in praktijk worden gebracht.

Leerdoelen

Het doel van de workshop is dat de deelnemers aan het eind autisme specifieke symptomen kunnen herkennen van belang voor beleid. Tevens wordt stil gestaan bij hoe autisme zich verhoudt tot (persoonlijkheids-)stoornissen. Daarnaast worden adviezen gegeven over welke diagnostische middelen in te zetten.

Literatuurverwijzing

Diagnostic change and the increased prevalence of autism ; Marissa King Peter Bearman, International Journal of Epidemiology, Volume 38, Issue 5, 1 October 2009, Pages 1224–1234, <https://doi.org/10.1093/ije/dyp261>

W53 Translationele uitdagingen in de opleiding: hoe leiden we jonge professionals op tot psychiaters van de toekomst?

dr. Derek Strijbos ^{p1} / prof. Gerrit Glas ^{p1}

P: Workshopleiders

1. Dimence

Inhoud (wat)

Ons vak is rap aan het veranderen en we kunnen het nauwelijks bijbenen. Terwijl de contouren van de toekomstige GGZ langzaam maar zeker zichtbaar worden in verschillende rapporten en visiedocumenten^{1, 2}, leidt HOOP 2.0 onze AIOS op tot de psychiater van gisteren. In deze tijden van verandering en verschuiving in de GGZ moet de vraag naar de professionele identiteit van de psychiater opnieuw een antwoord krijgen. Wat zijn de kerntaken, -competenties, en -waarden van ons vak? Hoe vertaal je die naar concreet professioneel handelen binnen het complexe en steeds veranderende netwerk van behoeften, belangen en invloedsferen waarin je dagelijks opereert? Vertrekpunt van deze workshop is de constatering dat professionele vorming, zeker in tijden van verandering, intrinsiek verbonden is met een persoonlijke oriëntatie en reflectie op het web van relaties, rollen en contexten die de professie vorm geven, bepalen en begrenzen³. Tijdens deze workshop worden de contouren van de toekomstige psychiater geschetst aan de hand van enkele rapporten en visiedocumenten. We pleiten voor een herwaardering van professionele deugden in de opleiding tot psychiater⁴.

Vorm (hoe)

Schets van de psychiater van de toekomst aan de hand van visiedocumenten, waarna herwaardering van specifieke professionele deugden aan de hand van een praktisch model en discussie met de zaal.

Leerdoelen

- Inzicht krijgen in het netwerk en de gelaagdheid rollen, relaties en contexten in de dagelijkse praktijk van de psychiater (in opleiding).
- Introductie van deugdethische benadering van professionalisme en de relevantie voor de positionering van de psychiater van de toekomst
- Kennis opdoen hoe bovenstaande toegepast kan worden in de opleiding tot psychiater

Literatuurverwijzing

1. <https://strategischopleiden.transvorm.org/system/files/naar-nieuwe-zorg-en-zorgberoepen-de-contouren.pdf>
2. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2016/11/17/anders-kijken-anders-leren-anders-doen>
3. Glas, G (2015) Persoonsgerichte zorg. In: De ziel van het vak. Meekeren, E van en J. Baars (red.) Amsterdam: Uitgeverij Boom
4. Radden, J. and Sadler, J. 2010. The Virtuous Psychiatrist. Character Ethics in Psychiatric Practice. Oxford University Press.

W54 Blended-learning over somatisch-symptoomstoornissen: diagnostiek en behandeling

Dr. Elma Dijkstra ^{p1} / Dr. Lineke Tak ^{p2}

P: Workshopleider

1. Nederlandse Vereniging van Psychiatrie
2. Dimence

Inhoud (wat)

De meeste artsen, zowel somatisch specialisten als psychiaters, vinden het lastig hoe om te gaan met patiënten met een somatisch-symptoomstoornis (voorheen SOLK). Deze patiënten kunnen negatieve reacties oproepen zoals frustratie, verveling en machteloosheid. Dit komt mede doordat specifieke diagnostiek- en behandelstrategieën vaak onvoldoende bekend zijn. De attitude van de zorgverlener speelt echter een belangrijke rol in hoe de behandelrelatie ervaren wordt. Als de patiënt de indruk krijgt dat u hem of haar niet begrijpt of serieus neemt, kunt u samen in een vicieuze cirkel terecht komen, waardoor de patiënt uiteindelijk ontevreden vertrekt en u zich 'leeggezogen' voelt. De patiënt loopt vervolgens het risico tussen wal en schip van ggz en somatische geneeskunde te vallen. Om psychiaters te ondersteunen in het diagnosticeren en behandelen van patiënten met (comorbide) somatisch-symptoomstoornissen, heeft het Onderwijsbureau van de NVvP in samenwerking met experts een blended-learning cursus ontwikkeld. In deze workshop maakt u kennis met de cursus, reflecteert u op uw eigen handelen met betrekking tot deze patiënten, geven wij u tips over hoe u een goede behandelrelatie opbouwt en welke behandel mogelijkheden er zijn. Ook komt aan bod hoe om te gaan met somatische fixatie en verklaringen uit de alternatieve geneeskunde. Kennis van geschikte diagnostiek- en behandelstrategieën maken dit juist een interessante patiëntencategorie om mee te werken.

Vorm (hoe)

Tijdens de workshop bespreken we op interactieve wijze het concept, de diagnostiek en de behandeling van de somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen. We laten de cursus zien en zullen een selectie van de opdrachten gezamenlijk of in subgroepen uitvoeren. Aan de hand van diverse video's en casuïstiek worden deelnemers aangezet tot individuele en gezamenlijke reflectie. Hiermee beogen we zo dicht mogelijk bij de dagelijkse praktijk aan te sluiten. Tot slot geven we praktische tips voor het opbouwen van een goede behandelrelatie.

Leerdoelen

Na afloop van de workshop:

1. is de deelnemer zich bewust van zijn/haar eigen houding t.o.v. deze specifieke patiëntenpopulatie;
2. kent de deelnemer de belangrijkste veranderingen van de DSM-IV-TR naar de DSM-5 op dit gebied;
3. beschikt de deelnemer over handvatten om een goede behandelrelatie op te bouwen en kent evidence-based behandel mogelijkheden.

Literatuurverwijzing

Spaans, J., Van der Horst, H., Rosmalen, J., Van Rood, Y., Visser, S. (Reds) (2017). Handboek behandeling van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten. Tiel: LannooCampus. Bouman, T., van Rood, Y., Mulken, S. & Visser, S. (2013). 'Somatic symptom and related disorders' in de DSM-5. Directieve therapie 33(4), 282-294.

W55 Psychofarmacologie, bijscholing op een onderwijskundig innovatieve manier

Dr. Henderikus Knegtering ^{p1,2}

P: Workshopleider

1. Lentis
2. Universitair Centrum Psychiatrie Groningen (UMCG)

Inhoud (wat)

Veel artsen en psychiaters kennen psychofarmacologie op een pragmatische wijze. Toch is meer fundamentele kennis van de psychofarmacologie nodig om vernieuwingen in producten of andere (off label) toepassingen te kunnen begrijpen. In het module onderwijs voor de psychiater in opleiding wordt geëxperimenteerd met nieuwe onderwijsmethoden. In deze workshop wordt u bijgeschoold in een van de hoofdstukken van de psychofarmacologie, waarbij u tevens een kijkje krijgt in de keuken van vernieuwend landelijk onderwijs.

Vorm (hoe)

In snel wisselende leervormen wordt vanuit klinische vragen in paren gewerkt afgewisseld met zeer korte stukjes illustratief onderwijs, deel frontaal, deel met filmpjes deels met een swing. Daarbij wordt ook een kijkje genomen in de leeromgeving van psychiaters in opleiding. Een speelse onderwijsstijl wordt verbonden aan up to date psychofarmacologie onderwijs, in dit geval over het gaba en glutamaat systeem. Een smartphone of tablet meenemen is aan te bevelen.

Leerdoelen

Kennismaken met moderne onderwijsvormen om psychofarmacologie aan psychiater in opleiding te leren. Zelf kennis verkrijgen over een deel van de psychofarmacologie. Aansluiting vinden tussen psychiaters in opleiding en psychiaters die als supervisor werken t.a.v. de in het landelijk onderwijs aangeboden kennis in de psychofarmacologie.

Literatuurverwijzing

Rikus Knegtering, Richard Bruggeman (2017). Psychofarmacologie, van historisch perspectief tot hedendaagse toepassing. In: Innovatief Leerboek, Persoonlijke Psychiatrie, terug naar de essentie. Maarten Bak, Patrick Domen, Jim van Os (red). Diagnosis Uitgevers, Leusden. ISBN 978-94-91969-16-4. Blz. 189-191.

W56 rTMS - een nieuwe puls voor de behandeling van therapie resistente depressie

MSc Sjoerd van Belkum ^{p1,2} / MSc Gerrit-Jan Taams ¹ / Dr. Marrit de Boer ¹ / Prof. Dr. Robert Schoevers ¹ / Dr. Benno Haarman ¹

P: Workshopleider

1. UMCG afd. Psychiatrie
2. Rijksuniversiteit Groningen, UMCG, afd. Neurowetenschappen

Inhoud (wat)

De behandeling van repetitieve Transcraniële Magnetische Stimulatie (rTMS) voor therapieresistente depressie is voldoende wetenschappelijk onderbouwd om toegepast te kunnen worden in de klinische praktijk. In juni 2017 concludeerde Zorgverzekeraars Nederland dat rTMS-behandeling voor vergoeding in aanmerking kan komen. Er werd aan zorgverzekeraars geadviseerd om deze behandeling te vergoeden, in combinatie met cognitieve gedragstherapie. Hiermee wordt een veelbelovende nieuwe behandelvorm voor depressie beschikbaar voor een grote patiëntenpopulatie. In de internationale literatuur is reeds veel gepubliceerd over behandeling met rTMS. In deze workshop zullen we een vertaling geven van deze wetenschappelijke achtergrond naar praktische handvatten voor implementatie van rTMS in de klinische praktijk.

Vorm (hoe)

In deze workshop zullen op interactieve wijze de wetenschappelijke achtergrond en de praktische mogelijkheden van rTMS aan bod komen. Wij verzoeken de deelnemers om een smartphone mee te nemen naar de workshop, aangezien een deel van de discussie met digitale middelen ondersteund zal worden

Leerdoelen

Na deze workshop weet u: - bij welke doelgroep u rTMS kan overwegen. - Hoe u de indicatie voor behandeling met rTMS kan vaststellen. - In grote lijn hoe een rTMS apparaat werkt. - Welke parameters (locatie, aantal pulsen, etc.) gekozen kunnen worden in de behandeling met rTMS. - Welke overwegingen er zijn rondom de behandelduur. Aan het einde van de workshop heeft u voldoende achtergrondkennis die u kunt gebruiken voor het opzetten van rTMS binnen uw instelling.

Literatuurverwijzing

1. Milev R V, Giacobbe P, Kennedy SH, Blumberger DM, Daskalakis ZJ, Downar J, e.a.: Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 4. Neurostimulation Treatments. Can. J. Psychiatry. 2016; 61:561–75
2. Perera T, George MS, Grammer G, Janicak PG, Pascual-Leone A, Wirecki TS: The Clinical TMS Society Consensus Review and Treatment Recommendations for TMS Therapy for Major Depressive Disorder. Brain Stimul. 2016; 9:336–46
3. Lefaucheur J-P, André-Obadia N, Antal A, Ayache SS, Baeken C, Benninger DH, e.a.: Evidence-based guidelines on the therapeutic use of repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS). Clin. Neurophysiol. 2014; 125:2150–206

W57 Jongeren en professionals helpen beleid te maken over hoe om te gaan met middelengebruik in de dagelijkse ggz praktijk

Barbara Visser ¹ / Leontien Los ^p / Dr Albert Boon ² / Dr Asmar Al Hadithy

P: Workshopleider

1. Parnassiagroep, cliëntenraad onder
2. onderzoeker de jutters

Inhoud (wat)

De jongerenraad van de Jutters heeft dit onderwerp aangekaart in een maandelijks overleg met de bestuurder van de Jutters. De bestuurder van de Jutters is de uitdaging aangegaan om het onderwerp middelen gebruik en verslavingsproblemen op te pakken in samenwerking met de jongerenraad. De volgende acties werden uitgezet: De jongeren raad zet een enquête uit waarin jongeren gevraagd wordt naar gebruik, hoe ze dit aan de orde stellen in hun behandeling en of ze gewezen worden op de interactie met medicatie gebruik en middelen. De jongeren raad interviewt een aantal behandelaren over hoe zij denken dat middelenmisbruik en verslavingsgedrag aan de orde moet komen tijdens behandelingen Bij het psychiateroverleg van de instelling wordt aandacht geschonken aan de interactie tussen geneesmiddelen en middelen. Dit proces was aanleiding voor ons om de uitkomsten van dit proces te presenteren en een workshop te organiseren waarin jongeren met behandelaren uitwisselen hoe middelen gebruik en verslavingsgedrag het beste aan bod kan komen tijdens behandelingen. De workshop bestaat uit 3 onderdelen.

Vorm (hoe)

In deze workshop/ discussie groep zal een korte inleiding gegeven worden door Leontien Los, psychiater en Albert Boon, onderzoeker over middelen gebruik bij jongeren in Nederland, bij de jongeren in behandeling bij jeugdzorg en in de jeugdverslavingszorg. En wat de invloed van middelengebruik en of verslavingsgedrag is op de outcome van behandelingen van psychiatrische aandoeningen. Aansluitend volgt een korte presentatie over de uitkomsten van de enquête onder jongeren in behandeling bij de Jutters.2.Daarna zal Barbara Visser een de discussie leiden tussen ons jongeren panel en de deelnemers van deze bijeenkomst over wat zij van elkaar nodig hebben om middelen gebruik, misbruik en verslavingsgedrag goed te adresseren tijdens behandelingen van psychiatrische aandoeningen. Opmerking: we nemen 4 jongeren mee. Ze zijn niet als auteur opgegeven omdat ze nog niet weten wie er dan meekomen. In totaal zijn er meer dan 10 jongeren betrokken. Deze jongeren zijn ook betrokken bij de voorbereiding. Hieruit willen we gezamenlijk 5 aanbevelingen formuleren voor behandelaren en jongeren over hoe middelengebruik en verslavingsgedrag een plek moet krijgen in de behandeling van psychiatrische aandoeningen3. De meest voor de hand liggende interacties met middelen zullen gepresenteerd worden door L. Los, psychiater en A. Hadithy, eerste apotheker van de Parnassiagroep. Waarbij ook aandacht is voor goede websites waar verdere informatie te vinden is.

Leerdoelen

-In welke maten gebruiken jongeren die in Nederland opgroeien middelen en hoe is dit bij de jongeren in behandeling bij de jeugd ggz- leren hoe jongeren aankijken tegen middelengebruik tijdens behandeling in de jeugd ggz.-leren op welke manier middelen ter sprake gebracht kunnen worden tijdens behandeling-leren wat de meest voor de hand liggende interacties zijn van middelen die jongeren gebruiken en psychofarmaca

Literatuurverwijzing

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

W58 Klassieke MAO-remmers bij depressie; van niche naar routine naar maatwerk

dr. Rutger Goekoop¹ / Prof Frenk Peeters² / Marie Louise Seelen³

P: Workshopleiders

1. PsyQ, afdeling depressie Den Haag
2. Universiteit van Maastricht
3. PsyQ

Inhoud (wat)

Non-selectieve MAO remmers zoals tranylcypromine (Tracydal) en fenelzine (Nardil) zijn effectief in de behandeling van therapie resistente depressie. Ze worden helaas nog steeds te weinig voorgeschreven. In belangrijke mate komt dat door koudwatervrees bij psychiaters. In 2013 is het protocol “Ambulant instellen MAO remmer” vernieuwd. Onder andere interacties met medicatie en voedingsadviezen zijn versimpeld en ingekort. Daarnaast wordt de belangrijkste indicatie voor de MAO-remmer: atypische depressie, weinig herkent en dus onderbehandeld. Omdat in de meeste gevallen atypische depressie een chronisch beloop kent, betekent dat voor patiënten tientallen jaren onderbehandeling.

Vorm (hoe)

Door middel van voordrachten wordt het thema stapsgewijs uitgelegd. Veel aandacht is daarbij voor praktische uitwerking van de behandeling met een MAO-remmer. Inbreng van eigen ervaring met gebruik van deze middelen en vragen worden nadrukkelijk aangemoedigd. Veel aandacht gaat uit naar de werkwijze, onder andere in samenwerking met een verpleegkundig specialist.

Leerdoelen

Na afloop van de workshop is diagnostiek van therapie-resistente en atypische depressie opgefrist. De deelnemer heeft voldoende geleerd om zelf patiënten op een non-selectieve MAO remmer in te stellen en heeft kennis van nieuwe ontwikkelingen op dit gebied.

Literatuurverwijzing

Blom, M.B.J. (2011), Non-selectieve MAO remmers. Terug van nooit weggeweest. Psyfar, 12-17.

W59 Neuropsychiatrie in de praktijk, de differentiaal diagnostiek bij frontotemporale dementie

MD PhD Welmoed Krudop ^{1,2} / Drs Flora Gossink ^{2,3} / Dr Yolande Pijnenburg ^{2,3} / Dr Annemiek Dols ^{2,3} / Prof Dr Max Stek ³

P: Workshopleiders

1. UMC Utrecht
2. VUMC Alzheimercentrum
3. GGZ InGeest

Inhoud (wat)

De gedragsvariant van frontotemporale dementie (bvFTD) is een klinisch heterogeen syndroom, gekenmerkt door persoonlijkheids- en gedragsveranderingen (2;5). BvFTD kent symptomatische overeenkomsten, zowel met andere neurodegeneratieve ziekten als met psychiatrische aandoeningen. De nieuwste internationale consensuscriteria zijn behulpzaam in het diagnostisch proces, echter het klinisch relevante onderscheid met psychiatrische aandoeningen blijft een uitdaging met prognostische consequenties. De 'Laat Ontstaan Frontaal Syndroom (LOF)-studie' is een naturalistische en prospectieve cohort-studie, waarin patiënten (45-75 jaar) met frontale gedragsstoornissen (apathie, ontremming, compulsief of stereotiep gedrag) werden onderzocht. De etiologieën van het laat ontstane frontaal syndroom en de aanvullende waarde van MMSE, FAB, MADRS, FBI, SRI, Faux Pas, Ekman Faces en MRI-, PET- en liquor-onderzoek werden onderzocht. Alle patiënten werd diagnostisch gevolgd door zowel een psychiater als neuroloog. De definitieve diagnose volgde na twee jaar follow-up. Ongeveer één derde bleek een psychiatrische stoornis te hebben, waarvan de meerderheid een stemmingsstoornis. Bij ongeveer een vierde van de patiënten bleek er sprake van 'waarschijnlijke' of 'definitieve' bvFTD en een vierde van de patiënten had een andere neurodegeneratieve aandoening. De MADRS, SRI en Ekman Faces lieten een hoge voorspellende waarde zien in het diagnostisch proces. Gedurende deze sessie staat een klinisch vignet met video centraal van een patiënt die voor een tweede mening werd verwezen naar VUmc in verband met verdenking bvFTD. Aan de hand van een de diagnostische criteria worden de differentiële diagnostiek van bvFTD en adviezen aangaande het diagnostisch proces besproken (1;3).

Vorm (hoe)

Interactieve workshop met een klinisch vignet van een mogelijke bvFTD patiënt waarbij het klinisch redeneren centraal staat en de differentiaal diagnostiek van bvFTD besproken wordt. Daarnaast wordt de laatste stand van zaken uit de wetenschappelijke literatuur over bvFTD samengevat en wordt de longitudinale data van de LOF-studie gepresenteerd.

Leerdoelen

Na het volgen van de workshop zijn deelnemers op de hoogte van de diagnose bvFTD (inclusief het onderscheid "mogelijke" en "waarschijnlijke" bvFTD middels de consensuscriteria), in staat tot het maken van een differentiaal diagnose bij een verdenking op bvFTD en kunnen zij gefundeerde afwegingen maken in het diagnostisch proces bij persoonlijkheids- en gedragsveranderingen op latere leeftijd.

Literatuurverwijzing

1. Gossink FT, Dols A, Kerssens CJ, Krudop WA, Kerklaan BJ, Scheltens P, Stek M, Pijnenburg YAL. Psychiatric diagnoses underlying the phenocopy syndrome of behavioural variant frontotemporal dementia. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, jnnp-2015.
2. Mackenzie IRA, Neumann M, Bigio EH, et al. Nomenclature and nosology for neuropathologic subtypes of frontotemporal lobar degeneration: an update. *Acta Neuropathol* 2010 Jan;119(1):1-4.
3. Pijnenburg YAL, Kerssens CJ, Sanders J. De psychiatrische differentiaaldiagnose van FTD. *Tijdschrift voor neuropsychiatrie & gedragsneurologie* 2009 4: 153-157
4. Rascofsky K, et al. Sensitivity of revised diagnostic criteria for the behavioural variant offrontotemporal dementia. *Brain*. 2011 Sep, 134(pt9): 2456-77. Epub 2011 Aug 2.
5. Renton AE, Majounie E, Waite A, et al. A Hexanucleotide Repeat Expansion in C9ORF72 Is the Cause of Chromosome 9p21-Linked ALS-FTD. *Neuron* 2011 Oct 20;72(2):257-268.

FILMS

F3 Asylum

Jefta Varwijk _P / Jaap van Heusden

P: Spreker

Filmmaker

Jefta Varwijk & Jaap van Heusden

Producent

BALDR Film

Synopsis

'Ik word wakker om drie uur 's nachts. Ik doe de ramen open, ik stap op de vensterbank. Alles ziet er wit uit. Het is februari. Ik moet en zal m'n nek breken. Dat moet.' De stem in het hoofd van David Brown gaf hem een duidelijke keuze: zijn broer vermoorden of van elf meter hoog omlaag springen. David waagde de sprong. En belandde in een reeks psychiatrische opnames. Vanuit een ultra subjectief perspectief toont Asylum hoe hij uit zijn depressie omhoog probeert te klimmen, steunend op zijn muzikaliteit en onverwoestbare humor.