

DE PSY- CHO- LOOG

MAANDBLAD NEDERLANDS INSTITUUT VAN PSYCHOLOGEN
JAARGANG 51 • NR 11 • NOVEMBER 2016

SLAAPAPNEU BIJ PATIËNTEN MET EEN BEROERTE • LANGETERMIJNGEWICHTSBEHEERSING BIJ KINDEREN MET (ERNSTIGE) OBESITAS • JUNIOR: IVANA VAN BERKEL • TUCHTRECHT: IS DE HOOFDBEHANDELAAR VERANTWOORDELIJK VOOR EEN FOUT VAN DE UITVOERENDE BEHANDELAAR? • SUICIDEPREVENTIE IN DE PRAKTIJK • IEDER MENS DOET AAN PSYCHOLOGIE: UROLOOG PHILIP WEIJERMAN • INSPIRATIE: SANDRA LANGESLAG

MEREL KINDT OVER ANGST



Nieuwe inspiratie opdoen?

Een greep uit ons **NIEUWE** opleidingsaanbod:

VRAAG HET
PROGRAMMABOEK
AAN:
WWW.RINOGROEP.NL/AANVRAAG



- **Postmaster opleiding medische psychologie**
- **Opleiding tot Infant Mental Health generalist of specialist**
- **Opleiding bijzonder curator in jeugdzaken**

CONGRESSEN

14 DEC **SAMENWERKEN
IN DE WIJK**

13 FEB **STRESSVOL
OUDERSCHAP**

WWW.RINOGROEP.NL/CONGRESSEN



MENSENKENNIS

St. Jacobsstraat 12-14 | 3511 BS Utrecht | T (030) 230 84 50 | E infodesk@rinogroep.nl

Kijk mee over de schouder van de therapeut



Nu te bestellen in de boekhandel,
webshops en via www.hogrefe.nl

 **hogrefe**

- 10 SLAAPAPNEU BIJ PATIENTEN MET EEN BEROERTE** – Slaapapneu komt bij tien procent van de mensen voor. Wie aan deze stoornis lijdt, ademt herhaaldelijk niet tijdens zijn of haar slaap. Justine Aaronson en collega's gaan in op de diagnose, gevolgen en behandeling bij patiënten die een beroerte hebben gehad.
- 36 LANGETERMIJNGEWICHTSBEHEERSING BIJ KINDEREN MET (ERNSTIGE) OBESITAS** – Obesitas bij kinderen is een urgent mondiaal volksgezondheidsprobleem, aldus de Wereldgezondheidsorganisatie. Wat is er nodig om de zorg voor deze kinderen en hun ouders te verbeteren? En wat zijn de behandelmogelijkheden voor kinderen die kampen met de ernstige vorm van obesitas? Jutka Halberstadt en Jaap Seidell geven een uiteenzetting.
- 50 SUICIDEPREVENTIE IN DE PRAKTIJK** – In 2015 pleegden 1871 mensen pleegden zelfmoord. Een veelvoud dacht eraan en maakte soms ook plannen. Ongeveer de helft van de suïcideplegers was in behandeling in de GGZ, waar er lang niet altijd naar werd gevraagd. Twee psychologen – Marianne de Haas en Sabine Stellingwerf – over het belang van suïcidepreventie, goede samenwerking in de keten en het durven vragen of iemand met zelfmoordgedachten rondloopt.



Benieuwd naar ons aanbod?

Bezoek onze website www.cenzo.nl/zoekt-psychologen of bel Anja Pinatsis of Int Pos voor een vrijblijvend gesprek.

Cenzo B.V.

Bloemgracht 131
1016 KL Amsterdam
T. 020 - 344 50 47
E. info@cenzo.nl
www.cenzo.nl

Een 'kwaliteit-plus' praktijk in zowel reguliere- als bedrijfszorg met optimale tijd voor de cliënt!

Steeds hogere eisen worden gesteld aan de kwaliteit en transparantie binnen de zorg. Dit kost tijd die je liever besteedt aan optimale zorg voor je cliënten. Cenzo maakt dit mogelijk! Lift mee op een succesformule waarbinnen jij je richt op **optimale** hulpverlening en **samenwerken** met verwijzers. Wij zorgen voor de zakelijke randvoorwaarden, zoals deskundigheidsbevordering, contracten met zorgverzekeraars, samenwerkingsverbanden met verwijzers, bedrijven en arbodiensten, IT-ondersteuning, financiële afwikkeling en acquisitiemateriaal! **Interesse?**

Tijd voor een gesprek met

CENZO

CENTRAAL NETWERK PSYCHOLOGISCHE ZORG



PRI in de praktijk

Depressie webinar door grondlegster Ingeborg Bosch



In Nederlands onderzoek (NEMESIS-2, de Graaf et. al 2012) wordt het aantal mensen dat jaarlijks kampt met stemmingsstoornissen geschat op 6.1%, de kans dat mensen ergens in hun leven hiermee te maken krijgen wordt geschat op 20.2% (de Graaf, ten Have, van Gool, & van Dorsselaer, 2012).

Mathers & Loncar (2006) verwachten dat het percentage mensen dat hier dagelijks aan leidt verder zal toenemen en schatten in dat in 2030 depressie wereldwijd tot de top 3 van aandoeningen met de grootste ziekenlast zal horen.

Verontrustende cijfers die vragen om vernieuwing van het huidige behandelaanbod!

In dit interactieve webinar legt Ingeborg Bosch uit hoe een depressie wordt behandeld volgens de PRI methode. Ze geeft een live demonstratie met cliënten zodat je kan zien hoe PRI werkt en er is ruimte voor vragen.

PRI biedt mensen tools om zich bewust te worden van de aanleiding van klachten, het opsporen van onderliggende oorzaken en blijvend te genezen.

Een cliënt over PRI: "dankzij PRI ben ik totaal niet meer bang om na 2 zware depressies weer in een depressie te komen. Sterker nog, ik voel me zekerder en krachtiger dan ooit!"

SCHRIJF JE IN VIA WWW.PRIONLINE.NL

DATUM 15 februari 2017

TIJD 10.00 – 12.00 uur

KOSTEN € 50,- (bij deelname aan de PRI Introductie Workshop 7, 8 en 9 juni 2017 ontvangt u €50,- korting op de introductie workshop)

STUDENTEN € 40,-.

de Graaf, R., ten Have, M., van Gool, C., & van Dorsselaer, S. (2012). Prevalence of mental disorders and trends from 1996 to 2009. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 47(2), 203-213. doi: 10.1007/s00127-010-0334-8.

Mathers, C. D., & Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med*, 3(11), e442. doi: 10.1371/journal.pmed.0030442

Wil je als professional kennis maken met PRI? Meld je aan voor onze nieuwsbrief. Kijk op www.prionline.nl bij "ik wil therapeut worden".

Zoveel inspiratie

Zoveel liefde

Zoveel resultaat

PRI. Doe mee!

Je bent van harte welkom

en zeer gewenst.

It's a new time. Let's build

a new world.

RUBRIEKEN

- 6 NIEUWS
- 9 COLUMN: Daniël Lakens
- 22 INTERVIEW: Merel Kindt
- 29 BOEKEN EN MEDIA
- 34 IEDER MENS DOET AAN
PSYCHOLOGIE: uroloog
Philip Weijerman
- 48 JUNIOR: Ivana van Berkel
- 56 TUCHTRECHT
- 59 GASTCOLUMN: Fernanda
Sampaio de Carvalho
- 60 INSPIRATIE: Sandra Langeslag

Redactioneel

NIEUWS VOOR DE
KLINISCHE PRAKTIJK

‘Het geheugen lijkt nog het meest op een verwilderde tuin,’ schrijft Douwe Draaisma in zijn nieuwe boek *Als mijn geheugen me niet bedriegt*, in een fascinerend hoofdstuk over de vergeetpil. ‘De poging om heel precies en heel gericht herinneringen te elimineren zal veel weg hebben van het lostrekken van klimop. De meeste weerstand tegen het wissen van herinneringen zal worden geboden door het geheugen zelf.’

Propranolol wordt wel gezien als zo’n vergeetpil. Deze bètablokker blijkt onder meer angst voor spinnen te kunnen reduceren, vertelt *covergirl* Merel Kindt in een mooi interview in dit nummer. Net als Draaisma liet zij zich inspireren door het werk van Karim Nader. Deze neurowetenschapper activeerde aan het begin van deze eeuw bij ratten een angstrespons en injecteerde ze vervolgens direct met een stof die in de amygdala de eiwitsynthese blokkeerde. Wat bleek? De angstrespons verdween. Kindt: ‘Ik dacht meteen: als dit toch klopt en we dit bij mensen kunnen aantonen, dan is dat heel groot nieuws voor de klinische praktijk.’

Dit nummer bevat meer nieuws voor de klinische praktijk. Justine Aaronson en collega’s deden onderzoek naar slaapapneu bij patiënten met een beroerte. Slaapapneu kan bij hen tot aanzienlijke cognitieve en functionele beperkingen in het dagelijks leven leiden. Apneu is bij de ‘gewone’ populatie na slapeloosheid de meest voorkomende slaapstoornis. Aaronson cs. verwachten dat de prevalentie van apneu in de komende jaren alleen nog maar verder zal stijgen door de vergrijzing en toename van overgewicht. ‘Het is daarom van belang om ook bij andere doelgroepen bij klachten van vermoeidheid, slaperigheid, vergeetachtigheid en verminderde concentratie altijd bedacht te zijn op slaapapneu, aangezien het een goed behandelbare aandoening is.

Wat steeds vaker voorkomt bij kinderen is (ernstige) obesitas; bij kinderen in de laagste inkomensklasse zelfs driemaal zo vaak als bij kinderen in de hoogste inkomensklasse, schrijven Jutka Halberstadt en Jaap Seidell. ‘Zeker ernstige obesitas kan grote nadelige gevolgen hebben op zowel de korte als lange termijn voor zowel het individuele kind als de maatschappij. Obesitas is een chronische ziekte met een complex scala aan oorzaken die een integrale aanpak vereisen waarbij preventie en zorg worden verbonden.’

Vittorio Busato, hoofdredacteur (vittorio.busato@psynip.nl)

COLOFON

De Psycholoog is het maandblad van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP). *De Psycholoog* verschijnt elke eerste week van de maand (behalve in augustus) in een oplage van 12.600 exemplaren. **Redactie:** Vittorio Busato (hoofdredacteur), Jeroen van Goor (redacteur) en Geertje Kindermans (schrijvend redacteur), e-mail: redactie@psynip.nl. ISSN: 0033-3115.

Redactieraad: Marrie Bekker, Sonja Borgsteede, Angélique Cramer, Miriam de Graaff, Dennis Hernaus, Sabine Hunnius, Eveline de Kam, Sarah Prins, Wouter Schoonman, Wilmar Schaufeli, Bart Schutz, Annelies Spek, Giovanni Timmermans, Marcel Veenman, Anneke Vinke, Rolf Zwaan **Eindcorrectie:** Else de Jonge **Vormgeving:** Studio Jorrit van Rijt **Basisontwerp:** Curve Mags And More, Henk Stoffels. **Bladmanagement, advertenties en abonnementen:** Performis BV, contactpersoon Geert Janus, tel.: 073-6895889, e-mail: depsycholoog@performis.nl. **Uitgave en ledenadministratie:** NIP-bureau, Postbus 2085, 3500 GB Utrecht. Tel. 030-8201500 (9.00-17.00 uur). IBAN code: NL81INGB00003788 02, SWIFT code: INGBNL2A. www.psynip.nl, e-mail: info@psynip.nl.

Coverfoto: Peter Valckx

Wilt u reageren op een artikel of een discussie starten naar aanleiding ervan, surf dan naar LinkedIn: <http://alturl.com/wz95u> of op Twitter (@RedactieDP).

DE
PSY-
CHO-
LOOG

HARDNEKKIGE OVERTUIGING MOEILIJK TE BEÏNVLOEDEN

WHAT YOU THINK IS WHAT YOU GET

Bewegen is goed voor je gezondheid en je stemming en wie weet verlies je ook nog een paar kilo's. Maar welke rol spelen verwachtingen daarbij?

Een groep Duitse en Zwitserse wetenschappers verdeelde 76 deelnemers willekeurig over vier groepen. Alle groepen moesten een half uur fietsen met een speciaal compressieshirt aan. Vooraf vulden ze vragenlijsten in waarin werd geïnventariseerd hoe de proefpersonen tegen bewegen aankeken, wat ze er zoal van verwachtten. Vervolgens kregen ze een filmpje voorgeschoteld. In het filmpje voor groep 1 en 2 werd gesugge-

reerd dat een half uur fietsen direct een gunstig gezondheidseffect zou hebben. Zéker met een compressieshirt aan, werd daar bij groep 1 aan toegevoegd. Groep 3 kreeg een neutraal filmpje te zien, en groep 4 zag een filmpje met de boodschap dat een half uur fietsen helemaal geen zoden aan de dijk zet.

De verwachtingen die de deelnemers al hadden voordat ze het filmpje zagen, bleken verreweg de meeste invloed te hebben. Degenen die in het algemeen positief tegen bewegen aankeken, profiteerden meer van het half uurtje fietsen dan degenen die er sowieso niet

veel van verwachtten. Ze beleefden meer plezier aan het fietsen, voelden zich na afloop sterker, waren minder angstig en ook hun EEG zag er beter uit dan voorheen. Verwachtingen die door het filmpje waren gewekt, bleken daarbovenop nauwelijks effect te sorteren. Alleen op de EEG was nog enig effect te zien. Hardnekkige overtuigingen zijn kennelijk nog niet zo makkelijk te beïnvloeden. (ID)

Mothes, H. et al. (2016). Expectations affect psychological and neurophysiological benefits even after a single bout of exercise. *Journal of Behavioral Medicine*, DOI 10.1007/s10865-016-9781-3.

VAN RECHTENSTUDENT TOT PROBLEEMOPLOSSER

LEERSTOEL VOOR MEDIATION

Een gang naar de rechter is niet altijd de beste manier om een geschil te beslechten. Mediation blijkt vaak een goed, minder ingrijpend alternatief. De VU richt er een bijzondere leerstoel voor in.

De Vrije Universiteit in Amsterdam vestigt als eerste universiteit in Nederland een bijzondere leerstoel Mediation. De leerstoel is onderdeel van de nieuwe afstudeerrichting Conflicthantering, Rechtspraak en Mediation. 'We willen studenten die voor deze masteropleiding kiezen, opleiden tot creatieve, breed georiënteerde conflictoplossers,' vertelt Lieke Coenraad, hoogleraar Privaatrecht, in het bijzonder Conflictoplossing, aan de VU. 'Een goede conflictoplosser kijkt niet alleen naar

juridische aspecten van een geschil, maar heeft ook oog voor onderliggende belangen van de partijen en voor emoties die van invloed zijn.'

Met de master en de leerstoel sluit de VU aan bij recente ontwikkelingen in rechtspraak en conflicthantering. 'Er is een groeiend bewustzijn dat een geschil puur juridisch afhandelen niet altijd de beste afdoeningswijze garandeert,' zegt Coenraad. 'In onder meer de rechtbank Noord-Nederland wordt bijvoorbeeld geëxperimenteerd met "piketmediation". Een rechter kan de zitting in bepaalde gevallen anderhalf uur schorsen. In die tijd kunnen partijen proberen er, elders in het gebouw, met een mediator uit te komen.'

Kiezen voor een mediator in plaats

van voor een rechtszaak kan mensen tijd en geld besparen. Bovendien wordt het vaak als minder ingrijpend ervaren. 'Mensen hebben het gevoel dat ze de oplossing meer in eigen hand hebben,' zegt Coenraad. 'Er is niet een derde persoon die over hen beslist.'

Mediation als methode om een conflict op te lossen: volgens Coenraad is het een interessant en uitdagend thema voor academisch onderzoek en onderwijs. Wat voor onderzoeksvragen doemen er dan op? Coenraad: 'Zijn er conflicttypes die zich er beter voor lenen dan andere? Mediation binnen de rechtspraak: wat is de werkzaamheid daarvan? Aan dat soort vragen kun je denken.' (Edj)

SCHAP

GROTE VERSCHILLEN TUSSEN GEMEENTEN IN VERGOEDING ZORGCOSTEN



RUIMTELIJK INZICHT EN GENDERVERSCHILLEN

STEREOTYPERINGEN ONTMASKERD

Mannen doen het door de bank genomen beter dan vrouwen bij tests naar ruimtelijk inzicht. Amerikaanse onderzoekers concluderen dat dit verschil verdwijnt als ruimtelijk inzicht onder een andere, gender-georiënteerde vlag getest wordt.

Het is stereotiep te denken dat mannen meer ruimtelijk inzicht hebben dan vrouwen. Op grond van die stereotypering verwachten vrouwen minder goed te presteren dan mannen en presteren ze van de weeromstuit ook daadwerkelijk minder goed. Onderzoekers aan de University van California vroegen zich, uitgaand van bovenstaande redenering, af wat er gebeurt als het testen van ruimtelijk inzicht expliciet ingebed

wordt in genderstereotyperingen, dat wil zeggen: óf aan de deelnemers gepresenteerd wordt als het toetsen van ruimtelijk inzicht waarbij die kwaliteit als 'typisch mannelijk' wordt omschreven, óf omschreven wordt als het testen van sociaal inzicht en empathie, waarbij vermeld wordt dat vrouwen daar gemiddeld meer van in huis hebben.

Aan een groep studenten - 65 mannen, 70 vrouwen - legden de onderzoekers in een van hun experimenten een kaart voor waarop een pad gemarkeerd was. De deelnemers kregen het verzoek het pad denkbeeldig af te lopen en bij elke hoek aan te geven of ze links- of rechtsaf sloegen. Op een aantal kaarten was op elke hoek een klein mensenfiguurtje getekend. Deelnemers

die met een onbewerkte kaart aan de slag gingen, kregen te horen dat hun ruimtelijk inzicht gemeten werd en dat dit bij mannen beter is dan bij vrouwen. De resterende deelnemers werkten met een ingetekende kaart en waren in de veronderstelling dat zij getest werden op sociale vaardigheid, een vermeend sterke kant van vrouwen.

Bij de ruimtelijke versie van de test presteerden de vrouwen minder goed dan de mannen. Dat verschil deed zich niet voor bij deelnemers die verteld was dat zij getest zouden worden op hun sociale kwaliteiten. (EdJ)

Bron: M. Tarampi e.a. (2016). A Tale of Two Types of Perspective Taking – Seks Differences in Spatial Ability. *Psychological Science* (sept 22). doi: 10.1177/0956797616667459

PROMOTIES

NACHTMERRIES BIJ PATIËNTEN IN GGZ

Eén op de drie patiënten met psychische stoornissen in de ggz blijkt ook last te hebben van ernstige nachtmerries. Annette van Schagen concludeert in haar dissertatie dat nachtmerries een onderschat probleem zijn voor patiënten met diverse psychische stoornissen in de ggz. In de behandeling wordt er door- gaans niet naar gevraagd, terwijl er een geschikte behandeling voor nachtmer- ries beschikbaar is: 'imagery rehearsal therapy' (IRT). Met IRT verander je het scenario van een terugkerende nachtmerrie in een nieuw scenario met een beter einde, vervolgens beeld je jezelf de 'nieuwe droom' meerdere malen per dag in. Het blijkt dat patiënten die sessies met IRT volgen naast hun gangbare behandeling meer vooruit gaan dan de patiënten zonder IRT. Niet alleen op het gebied van de psychische klachten, ook het aantal en de intensiteit van hun nachtmerries verminderde.

Annette van Schagen, *Prevalence, correlates and treatment of nightmares in secondary mental healthcare*. Universiteit Utrecht, 7 oktober 2016. Promotor: prof. dr. Jan van den Bout

ENERGIEDRANKJES EN AGRESSIE BIJ JONGEREN

Anders dan de reclames willen doen geloven, hangt het drinken van energie- drankjes niet automatisch samen met een actief en gezond leven. In onder- zoek onder achtduizend Slowaakse jongeren stelde Jana Holubčíková vast dat onder jongeren die regelmatig zulke drankjes drinken vaker overgewicht, gedragsproblemen en negatieve schoolervaringen voorkomen. Veel Slowaakse jongeren slaan regelmatig het ontbijt over, eten te weinig groente en fruit, en drinken juist wel veel frisdrank en energiedrankjes. Tegelijk is er steeds meer bewijs dat de consumptie van deze dranken in de adolescentiefase samenhangt met een breed scala aan gezondheids- en gedragsproblemen. Holubčíková concludeert onder andere dat er een verband bestaat tussen frequente frisdrankconsumptie en agressief gedrag.

Jana Holubčíková, *Eating habits, body image and health and behavioural problems of adolescents. The role of school and family context*. Rijksuniversiteit Groningen, 28 september 2016. Promotoren: prof. dr. S.A. Reijneveld en dr. A. Geckova

MOREEL GEDRAG VAN ANDEREN

Waarom reageren mensen vaak negatief op vegetariërs of op personen die geen alcohol drinken? In haar dissertatie toont Florian Cramwinckel aan dat deze negatieve reacties vooral plaatsvinden wanneer de ander morele redenen heeft voor zijn of haar gedrag. 'Mensen kunnen zich bedreigd voelen door het morele gedrag van anderen. Als reactie daarop gaan mensen negatiever oordelen, en laten ze negatief gedrag zien. Dit kan zowel op zichzelf, als op de andere persoon gericht zijn.' Dit onderzoek is belangrijk omdat het inzicht geeft waarom en wanneer mensen negatief reageren op het morele gedrag van anderen, terwijl ze moraliteit en moreel gedrag wel heel belangrijk vin- den. Tevens onderzocht Cramwinckel manieren om deze negatieve reacties te voorkomen of te verminderen.

Florian Cramwinckel, *The social dynamics of morality*. Universiteit Utrecht, 14 oktober 2016. Promotor: prof. dr. Kees van den Bos

Marieke Dekker, *Effectiviteit aan de horizon. Een stu- die rond onderzoek naar resultaat op het gebied van de justitiële kindbescherming in Nederland tussen 1945 en 2005*. Rijksuniversiteit Groningen, 20 oktober 2016. Promotoren: prof. dr. J.J.H. Dekker, prof. dr. E.J. Knorth en prof. dr. M.C. Timmerman

Jos Baeten, *The Power of Peer Feedback: Research on the Learning Process within Virtual Action Learning*. Nyenrode Business Universiteit, 28 september 2016. Prof. dr. R.J. Blomme

Arunima Roy, *The development of depression in children and adolescents with ADHD*. Rijksuniver- siteit Groningen, 5 oktober 2016. Promotor: prof. dr. A.J. Oldehinkel



DIEFSTAL GEBEURT ALLEEN IN OUDE VERHALEN

Afgelopen maand was ik voor het eerst in Japan. Ik verwachtte in de metro gepropt te worden door mensen met witte handschoentjes, robots die over straat lopen en hip geklede jongelui met gekleurd haar zoals in computerspelletjes. Niets van dat alles natuurlijk. De grootste verschillen zijn veel subtieler, maar ook veel ingrijpender.

Ik ging lunchen met een Japanse collega in een MUJI-winkel. Hij zette zijn laptopas neer op een stoel en liep met me mee naar de balie om eten te bestellen. Ik nam mijn rugtas mee en vroeg hem na een paar minuten: 'Ben je niet bang dat iemand je laptop steelt?' Hij zei: 'Er wordt hier niets gestolen.' En hij keek me aan alsof ik had gevraagd had waarom er nergens slaven rondliepen.

Een andere Japanse collega bevestigde enkele dagen later dat diefstal praktisch geen probleem is. 'Ja, vroeger werd er wel gestolen, dat lees je wel eens in oude verhalen,' zei hij. Een beetje zoals wij in Nederland over ridders en kruistochten lezen. Of over Meanderthalers.

Het verbaast me niet dat de normen omtrent diefstal verschillen tussen landen. Ik ging ooit voor mijn werk op reis naar Brazilië en kocht een reisboekje om me voor te bereiden. Hierin stond een gedetailleerde lijst met wat je moet doen wanneer je beroofd wordt. De beste tip was om altijd contant geld bij je te hebben. Braziliaanse overvallers worden namelijk erg boos als ze de moeite nemen om je te beroven en je hebt geen geld bij je.

Wat me wel verbaast is dat het andere uiterste, een samenleving waar diefstal bijna niet voorkomt, niet alleen theoretisch mogelijk maar ook praktisch haalbaar is. Parken vol met tassen waar niemand van de voetballende ouders en kinderen op zijn spullen let. Er wordt wel eens gestolen (in de statistieken is 'woman's clothing' een categorie, waarmee damesslipjes bedoeld worden), maar het is zeldzaam.

Ik realiseerde me dat ik sommige dingen in mijn leven als een vaststaand gegeven beschouw. Zoals dat je in een samenleving, zeker in een grote stad, altijd een groep mensen hebt die het voor de rest verpest. Dieven. Niet zulke sociale mensen. Iedereen in onze samenleving ligt op een statistische verdeling en je houdt altijd negatieve extremen. Maar na mijn reis in Japan zag ik dat je wat sommige normen betreft gewoon de hele statistische verdeling op kan schuiven, zodat zelfs de zeer extreem negatieve mensen in de samenleving bepaald gedrag niet meer vertonen.

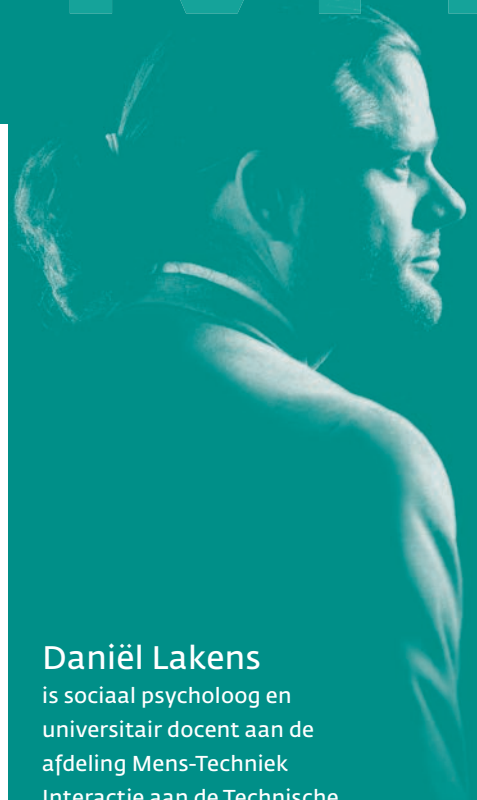
Tijdens het uitlaten van mijn hond sprak ik met een oude Rotterdammer, die zei dat het in de jaren na de oorlog in Rotterdam ook zo was. Mensen haalden het niet in hun hoofd om rottigheid uit te halen. Na twee weken terug in Nederland te zijn, denk ik als modern Nederlands stadsmens af en toe met lichte weemoed terug aan Japan. En ik denk aan hoe in onze samenleving niks gegeven is. Sommige dingen kunnen écht beter.

Wisten we maar hoe.

Daniël Lakens

is sociaal psycholoog en universitair docent aan de afdeling Mens-Techniek Interactie aan de Technische Universiteit Eindhoven. Naast zijn onderzoek houdt hij zich bezig met het verbeteren van de statistiek, methoden, en beloningsstructuren in de wetenschap.

E-mail: lakens@gmail.com



Slaapapneu is na slapeloosheid de meest voorkomende slaapstoornis en komt bij tien procent van de mensen voor. Wie aan deze stoornis lijdt, ademt herhaaldelijk niet tijdens zijn of haar slaap. Slaapapneu kan leiden tot niet uitgerust wakker worden, overmatige slaperigheid overdag, hoofdpijn, prikkelbaarheid, somberheid en klachten van geheugen- en concentratieverlies. Justine Aaronson en collega's gaan in op de diagnose, gevolgen en behandeling bij patiënten die een beroerte hebben gehad.

DIAGNOSE, GEVOLGEN EN BEHANDELING

SLAAPAPNEU BIJ PATIËNTEN MET EEN BEROERTE

Slaapapneu is een slaapstoornis waarbij er sprake is van het herhaald optreden van ademstilstanden tijdens de slaap. Deze ademstilstanden worden ook wel apneus genoemd. Slaapapneu gaat gepaard met zuurstofdalingen in het bloed, wat tot een tijdelijk zuurstoftekort en verhoogd koolstofdioxidegehalte leidt.

Er zijn diverse vormen van slaapapneu met verschillende oorzaken. De meest voorkomende vorm is obstructief slaapapneu (OSA), waarbij de apneus worden veroorzaakt door een afsluiting van de luchtweg. Een andere vorm is centraal slaapapneu (CSA). Bij CSA wordt vanuit de hersenen geen prikkel gegeven aan de ademhalingspijpen. Ook is een combinatie van beide vormen mogelijk. De ernst van de slaapapneu wordt bepaald door het aantal apneus en gedeeltelijke ademstops (hypopneus) per uur slaap (apneuhypopneus index; AHI), waarbij een onderscheid gemaakt wordt tussen lichte (≥ 5), matige (≥ 15) en ernstige slaapapneu (≥ 30).

In dit artikel, dat zich focust op apneu bij patiënten met een beroerte, zal de overkoepelende term 'slaapapneu' worden gebruikt voor alle vormen van matige tot ernstige slaapapneu. Bij referenties naar onderzoeken waarin specifiek naar OSA is gekeken, zal dat expliciet worden vermeld.

PREVALENTIE

De geschatte prevalentie van slaapapneu in de algemene populatie is drie tot zeventien procent (Peppard et al., 2013). Belangrijke risicofactoren voor het ontwikkelen van slaapapneu zijn hogere leeftijd, mannelijk geslacht, overgewicht, roken en alcoholgebruik (Young, Peppard & Gottlieb, 2002). Veel voorkomende symptomen van slaapapneu gedurende de nacht zijn snurken, onrustig slapen en nachtzweeten. Slaapapneu kan overdag leiden tot niet uitgerust wakker worden, overmatige slaperigheid, hoofdpijn, prikkelbaarheid, somberheid en klachten van geheugen- en concentratieverlies. Een meta-analyse naar de effecten van slaapapneu op het cognitief functioneren toonde beperkingen in domeinen van vigilantie (volgehouden aandacht), verdeelde aandacht, geheugen, executief functioneren (onder meer mentale flexibiliteit en planning) en motorische coördinatie (Beebe et al., 2003).

Bij onderzoek naar slaapapneu wordt vaak gebruik gemaakt van een anamnesegegesprek, lichamelijk onderzoek en screeningsvragenlijsten zoals de *Epworth Sleepiness Scale* (Johns, 1991) en de *Berlin Questionnaire* (Netzer et al., 1999). De *Epworth Sleepiness Scale* is gericht op de mate van slaperigheid overdag. Er wordt gevraagd naar de kans dat iemand indut of in slaap valt in verschillende situaties, zoals bij lezen of televisiekijken, waarbij de antwoordmogelijk-

heden lopen van 'nooit', 'af en toe', 'vrij vaak' tot 'altijd'. Bij de Berlin Questionnaire worden drie bekende risicofactoren voor slaapapneu uitgevraagd, namelijk snurken, vermoeidheid/slaperigheid en hoge bloeddruk. Er wordt hierbij gevraagd naar het voorkomen van, de frequentie en de ernst. Daarnaast kan gebruik gemaakt worden van pulse-oximetrie, een methode die door middel van een sensor op de vinger het aantal zuurstofdalingen in het bloed per uur bepaalt. Het aantal zuurstofdalingen geeft een indicatie van het aantal apneus per uur, waarbij meer dan vijf zuurstofdalingen per uur kan wijzen op slaapapneu.

De gouden standaard voor het vaststellen van slaapapneu is echter een uitgebreide slaapregistratie middels polysomnografie of polygrafie. Beide methodes meten gedurende de slaap de luchtstroom, zuurstofgehalte in het bloed, ademhalingsbeweging en lichaamspositie. Met polysomnografie worden daarnaast de slaapstadia bepaald met behulp van elektro-encefalografie (EEG), elektro-oculografie (EOG) en elektromyografie (EMG).

Vermindering van intimiteit kan een reden zijn voor lage therapietrouw

Er zijn verschillende behandelopties voor slaapapneu, waaronder (1) conservatieve methoden zoals gewichtsverlies en stoppen met roken, (2) positionele therapie waarbij slapen in rugligging vermeden wordt, (3) het gebruik van een mandibulair repositieapparaat (een gebitsprothese die de kaak naar voren houdt) en (4) een kaakoperatie. De meest gebruikte behandeling voor slaapapneu is echter *continuous positive airway pressure* (CPAP). CPAP verbetert het ademhalingspatroon door via een masker lucht in de neus of de mond te blazen; daardoor blijft de luchtweg geopend, verdwijnen de apneus en verbetert de slaapkwaliteit. Dit zorgt voor een vermindering van slaperigheid overdag en een betere kwaliteit van leven (Giles et al., 2006). De positieve effecten van CPAP op cognitief functioneren van patiënten met slaapapneu zijn tot op heden minder eenduidig. Er zijn aanwijzingen dat CPAP verbetering geeft in de domeinen van vigilantie, aandacht en geheugen (Aloia et al., 2004).

Hoewel CPAP een positief effect heeft op aan slaapapneu gerelateerde klachten, is de verbetering in de dagelijkse praktijk vaak beperkt, omdat de therapietrouw over het



algemeen laag is. De gemiddelde therapietrouw van patiënten met slaapapneu varieert tussen de 17 en 54%, waarbij therapietrouw gedefinieerd wordt als meer dan vier uur CPAP-gebruik per nacht (Weaver & Gunstrein, 2008). Belangrijke redenen voor de lage therapietrouw zijn het geluid dat het CPAP-apparaat maakt, lekkage van het masker, huidirritaties, tranende ogen en een claustrofobisch gevoel, waardoor mensen niet goed inslapen of 's nachts wakker worden. Daarnaast kan vermindering van intimiteit een reden zijn voor lage therapietrouw. Hoewel de CPAP-apparaten steeds kleiner, stiller en gebruiksvriendelijker zijn geworden, blijft het gebruik voor veel patiënten een onderneming (zie foto). Factoren die therapietrouw op langere termijn verbeteren, zijn goede therapietrouw in de eerste weken, hogere mate van zelfgerapporteerde slaperigheid, ernstiger mate van slaapapneu, goed probleemoplossend vermogen, en een positieve houding ten opzichte van CPAP (Rosenthal et al., 2000). Tevens lijken ondersteunende interventies, zoals regelmatig contact, psycho-educatie en cognitieve gedragstherapie de therapietrouw positief te beïnvloeden (Stepnowsky, Marler & Ancoli-Israel, 2002).

SLAAPAPNEU EN BEROERTE

Naast negatieve gevolgen in het dagelijks functioneren, verhoogt slaapapneu het risico op hart- en vaatziekten en een beroerte (cerebrovasculair accident; CVA) (Yaggi & Mohsenin, 2004). CVA is een verzamelnaam voor herseninfarcten en hersenbloedingen. Slaapapneu komt vaker voor bij CVA-patiënten dan in de algemene bevolking (zie boxen 1 en 2). Meerdere onderzoeken hebben aangetoond dat ongeveer 38 tot 70% van de CVA-patiënten slaapapneu heeft (Johnson & Johnson, 2010). Tevens blijkt dat slaapapneu bij CVA-patiën-

ten geassocieerd is met een slechtere functionele uitkomst, langere opnameduur en een verhoogd risico op overlijden (Kaneko et al., 2003; Cherkassky et al., 2003). Het effect van slaapapneu op andere aspecten van het dagelijks functioneren van CVA-patiënten, zoals het cognitief functioneren, is nog nauwelijks onderzocht.

Hoewel ook het onderzoek naar de behandeling met CPAP bij CVA-patiënten nog schaars is, is de verwachting dat CPAP het functioneren van deze patiënten verbetert. Enkele onderzoeken ondersteunen deze hypothese en vinden dat CPAP behandeling leidt tot beter neurologisch herstel (Tomfohr et al. 2012). Tot op heden hebben studies echter nog geen verbetering van het cognitief functioneren van CVA-patiënten met slaapapneu kunnen aantonen.

Ondanks dat slaapapneu veel voorkomt bij CVA-patiënten en een negatieve invloed lijkt te hebben op het herstel van deze patiënten, wordt slaapapneu vaak niet gediagnosticeerd

en blijft onbehandeld. Dit is de reden dat in 2010 in revalidatiecentrum Heliomare een onderzoek naar slaapapneu bij CVA-patiënten gestart is. Het eerste doel van het onderzoek was het verbeteren van de vroege herkenning van slaapapneu bij CVA-patiënten tijdens hun opname in een revalidatiecentrum. Het tweede doel was het onderzoeken van de effecten van slaapapneu op verschillende aspecten van het dagelijks functioneren, waaronder het cognitief functioneren van CVA-patiënten tijdens hun opname. Het laatste doel was evalueren of behandeling met CPAP het herstel in (cognitief) functioneren van CVA-patiënten tijdens hun revalidatie bevordert.

VROEGE HERKENNING VAN SLAAPAPNEU BIJ CVA-PATIËNTEN

Uit een enquête bij Nederlandse revalidatiecentra bleek dat weinig centra onderzoek doen naar slaapapneu bij (opgeno-

EEN CASUS

Ellen (56 jaar) wordt na een herseninfarct opgenomen voor klinische revalidatie in Heliomare. Bij opname heeft ze last van verminderde spierkracht van haar rechterarm en rechterbeen, waardoor ze niet zelfstandig kan lopen en gebruik maakt van een rolstoel. Naast beperkingen in de mobiliteit, is Ellen niet in staat zich zelfstandig te douchen en aan te kleden. Bij neuropsychologisch onderzoek blijken beperkingen op het vlak van tempo van informatieverwerking, het uitvoeren van dubbeltaken en planningsvaardigheden. Tevens blijkt er sprake van klachten van somberheid.

Er wordt gestart met een behandelprogramma bestaande uit onder andere fysiotherapie, ergotherapie, psychologie en fitness. Op basis van de screeningsvragenlijst en het pulse-oximetrie-onderzoek blijkt dat Ellen een verhoogd risico heeft op slaapapneu. Ze heeft overgewicht

(BMI=29) en rapporteert klachten van snurken, vermoeidheid, overdag in slaapvallen en verminderde concentratie. Bij de pulse-oximetrie-meting worden gemiddeld 25 zuurstofdalingen in het bloed per uur gezien.

Deze uitslag wordt met Ellen en haar echtgenoot besproken. Haar echtgenoot vertelt dat hij al voor het herseninfarct opmerkte dat zij soms even stopte met ademen. Er volgt een uitgebreid slaaponderzoek, waaruit blijkt dat Ellen ernstig slaapapneu heeft (gemiddeld 32 (gedeeltelijke) ademstops per uur; AHI=32). In overleg met Ellen wordt direct gestart met CPAP-behandeling. De eerste dagen heeft zij door het dragen van het masker last van irritatie rondom haar neus, waardoor ze de behandeling slecht verdraagt. Er wordt een ander masker geprobeerd dat duidelijk verbetering geeft. Na tien dagen slaapt Ellen gemiddeld zes uur per nacht met CPAP. Het slaaponderzoek wordt

herhaald en er blijkt een duidelijke afname van het aantal apneus per uur (AHI=6). Ellen merkt zelf dat ze overdag minder snel in slaap valt en minder vermoeid is.

Na zes weken revalidatie kan Ellen korte afstanden zelfstandig lopen en heeft ze geen hulp meer nodig bij de dagelijkse activiteiten. Voor lange afstanden maakt zij gebruik van een rollator. Bij herhaling van het neuropsychologisch onderzoek is een verbetering van het uitvoeren van dubbeltaken en planningsvaardigheden te zien, haar tempo van informatieverwerking blijft echter vertraagd. Er is daarnaast sprake van een vermindering van vermoeidheidsklachten en verbetering van de stemming. Na zeven weken kan Ellen met ontslag naar huis en vervolgt ze haar revalidatietraject poliklinisch. Ze is tevreden over de CPAP-behandeling en zet de behandeling thuis voort.

IMPACT VAN EEN CVA

In Nederland worden er jaarlijks ongeveer vijftienveertigduizend mensen in het ziekenhuis opgenomen met een cva. Tussen 21 en 49 % van de patiënten overlijden binnen een maand aan de gevolgen van het cva (Vaartjes et al., 2013). De overige groep ervaart vaak beperkingen als gevolg van het cva, zoals verlamming, problemen in de motorische aansturing, gezichtsvelddefecten,

cognitieve beperkingen, emotionele problemen en vermoeidheid. Deze beperkingen leiden vaak tot problemen in het dagelijks functioneren en een verminderde kwaliteit van leven. Na een ziekenhuisopname kan gemiddeld twee-derde van de patiënten met ontslag naar huis, een kwart gaat naar een verpleegtehuis en ongeveer tien procent gaat naar een revalidatiecentrum voor (intensieve)

neurorevalidatie. Een jaar na het cva is een derde van alle patiënten nog zorgafhankelijk en vijf jaar na het cva is bijna de helft van de patiënten nog niet in staat om volledig zelfstandig te wonen (van Straten et al., 2001). De totale kosten van de cva-zorg in Nederland wordt geschat op tweeënhalf miljard euro (2,5% van het totale gezondheidszorgbudget).

men) cva-patiënten. Het uitvoeren van een uitgebreide slaapregistratie is in revalidatiecentra vaak niet haalbaar vanwege beperkte beschikbaarheid van apparatuur en hoge kosten. In dit kader hebben wij een getrapte diagnostische benadering onderzocht, waarbij patiënten slechts het onderzoek krijgen dat nodig is. Voor deze benadering zijn betrouwbare en makkelijk te gebruiken screeningsinstrumenten een vereiste. Er zijn twee studies uitgevoerd met als doel de voorspellende waarde en bruikbaarheid van twee verschillende screeningsmethoden voor het opsporen van slaapapneu te onderzoeken.

De eerste onderzochte screeningsmethode is pulse-oximetrie (Aaronson et al., 2012). Zoals eerder beschreven kan met deze methode het aantal zuurstofdalingen in het bloed per uur (oxygen desaturation index=ODI) worden berekend. Deze methode wordt veel gebruikt in algemene slaapklinieken, maar was nog niet onderzocht in de cva-populatie. In deze eerste studie kregen 56 cva-patiënten zowel een pulse-oximetrie onderzoek als een uitgebreide slaapregistratie middels polygrafie. Bij 46% van de patiënten werd de diagnose slaapapneu vastgesteld. De meerderheid van de patiënten met slaapapneu was man, ouder (59.9 jaar; $sd=7.4$) en had een hogere body mass index (BMI van 27.2; $sd=4.6$) dan de patiënten zonder slaapapneu (leeftijd, 51.9; $sd=11.1$; BMI, 24.2; $sd=4.6$).

Met behulp van pulse-oximetrie kon met 93% diagnostische nauwkeurigheid onderscheid gemaakt worden tussen de patiënten met en zonder slaapapneu. De sensitiviteit en specificiteit waren respectievelijk 77 en 100%. De sensitiviteit geeft de gevoeligheid van de test om patiënten met slaapapneu op te sporen aan, terwijl de specificiteit het

percentage mensen is bij wie die diagnose terecht niet wordt gesteld. Gezien de hoge prevalentie van slaapapneu in deze groep cva-patiënten, gaf een positieve uitkomst op pulse-oximetrie ($ODI \geq 15$) een 100% waarschijnlijkheid op slaapapneu, terwijl de waarschijnlijkheid op slaapapneu bij een negatief resultaat tot 17% daalde. Er werden geen klinische variabelen gevonden die een verdere verbetering gaven van de voorspellende waarde van pulse-oximetrie. Op basis van de hoge voorspellende waarde van pulse-oximetrie werd geconcludeerd dat het een goede screeningsmethode is voor slaapapneu bij cva-patiënten tijdens de revalidatie.

Als vervolg is in een tweede studie gekeken of een nog simpeler en goedkopere methode, een screeningsvragenlijst, kan dienen als een bruikbare eerste stap in de getrapte diagnostische benadering (Aaronson et al., 2014). Uit eerder onderzoek bleek dat veel gebruikte en goed gevalideerde screeningsvragenlijsten zoals de Berlin Questionnaire, niet geschikt zijn voor de cva-populatie (Kotzian et al., 2012). Bij gebrek aan een geschikte vragenlijst voor cva-patiënten hebben wij zelf een vragenlijst ontwikkeld. De vragenlijst bestond uit drie delen: subjectieve klachten, sociodemografische kenmerken en klinische gegevens. Het subjectieve klachtendeel bestond uit elf vragen over snurken, ademstilstanden tijdens de slaap, slaperigheid, vermoeidheid overdag, in slaap vallen overdag, niet uitgerust wakker worden, hoofdpijn bij het wakker worden, concentratieverlies, rusteloze benen, prikkelbaarheid en stemmingswisselingen. De vragen werden als volgt gesteld: 'Heeft u last van?' en konden met 'ja' of 'nee' beantwoord worden. De sociodemografische kenmerken die gevraagd werden, waren

geslacht, leeftijd en burgerlijke staat. De klinische gegevens werden verkregen uit het medisch dossier en bestonden uit: BMI, bloeddruk, type en lokalisatie van het CVA, comorbiditeiten, roken en medicatie.

Deze vragenlijst is bij 438 CVA-patiënten afgenomen (Aaronson et al., 2015). Daarnaast is er met behulp van pulse-oximetrie vastgesteld welke patiënten een hoge waarschijnlijkheid van slaapapneu hadden ($ODI \geq 15$). In deze grotere studiepopulatie had 31% van de CVA-patiënten een hoge waarschijnlijkheid van slaapapneu. Op basis van de vragenlijst werd gevonden dat de volgende variabelen voorspellend waren en deze werden opgenomen in het uiteindelijke predictiemodel: mannelijk geslacht, hogere leeftijd, hogere BMI, en zelfgerapporteerde klachten van ademstilstanden tijdens de slaap en overdag in slaap vallen. Het opgestelde predictiemodel had een diagnostische nauwkeurigheid van 76%, met een sensitiviteit en specificiteit van respectievelijk 72 en 69%. Bij een negatieve uitslag daalde de kans op slaapapneu tot 15%, terwijl bij een positieve uitslag de kans 50% was. De vragen uit het predictiemodel kunnen derhalve goed gebruikt worden als eerste screeningsmethode, omdat deze methode het aantal CVA-patiënten dat uitgebreidere slaapapneu-screening nodig heeft significant vermindert. Vervolgens kan in de geselecteerde groep patiënten de tweede stap uit de getrapte diagnostische benadering, pulse-oximetrie, worden uitgevoerd om te bepalen wie werkelijk een hoog risico op slaapapneu heeft.

GEVOLGEN SLAAPAPNEU VOOR HET REVALIDATIE-TRAJECT VAN CVA-PATIËNTEN

Voor het tweede doel van het onderzoek, het vaststellen van het effect van slaapapneu (specifiek OSA) op het (cognitief) functioneren van CVA-patiënten, is tussen 2011 en 2014 gecontroleerd onderzoek gedaan bij patiënten op de klinische CVA-afdeling van Heliomare (Aaronson et al., 2015). CVA-patiënten werd gevraagd aan het onderzoek deel te nemen als ze tussen de 18 en 85 jaar waren en opgenomen waren tussen de een en zestien weken na het doormaken van het CVA. Redenen voor exclusie waren traumatisch hersenletsel, ernstige afasie, ernstige medische of psychiatrische comorbiditeiten en CSA of eerder behandelde slaapapneu. Patiënten ondergingen slaaponderzoek middels pulse-oximetrie en polygrafie om de aanwezigheid van slaapapneu vast te stellen.

De primaire uitkomstmaten van het onderzoek waren cognitieve en functionele status. Het cognitief functioneren werd binnen vier weken na opname gemeten aan de hand van een batterij van veel gebruikte neuropsychologische tests. De volgende negen cognitieve domeinen werden gemeten: vigilantie, aandacht, geheugen, werkgeheugen, executief functioneren, taal, visuoperceptie, psychomotoriek en intelligentie. Binnen een aantal cognitieve domeinen is gebruik gemaakt van non-verbale testen voor patiënten met afasie.

In Tabel 1 staat een overzicht van de neuropsychologische testen per cognitief domein. De testcores werden omgezet

TABEL 1. NEUROPSYCHOLOGISCHE TESTS PER COGNITIEF DOMEIN

COGNITIEF DOMEIN	NEUROPSYCHOLOGISCHE TEST
Vigilantie	Psychomotor Vigilance Task (Dinges & Powell, 1985)
Aandacht	D-Kefs Trail Making Test (TMT), versie 2 +3 (Delis, Kaplan & Kramer, 2001) d2 Aandachtstest (Brickenkamp & Zillmer, 2012) Color Trails Test, versie A (D'Elia et al., 1994)*
Geheugen	15-Woordentest (Saan & Deelman, 1986) Location Learning Test (Bucks, Willison & Byrne, 2000)*
Werkgeheugen	WAIS-III Cijfers en Letters Nazeggen (Wechsler, 2004)
Executief functioneren	D-Kefs TMT, versie 4
Visuoperceptie	D-Kefs TMT, versie 1
Psychomotoriek	D-Kefs TMT, versie 5
Intelligentie	WAIS-III Matrix Redeneren (Wechsler, 2004)
* non-verbale neuropsychologische test voor patiënten met afasie	

in z-scores op basis van normatieve waarden. Deze scores zijn gecorrigeerd voor leeftijd en opleiding en vervolgens gemiddeld tot domeinscores.

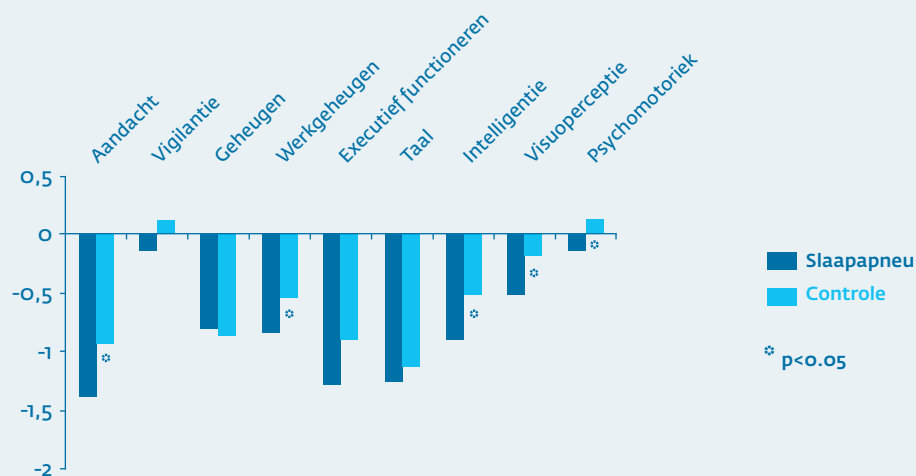
De functionele status werd op de eerste dag van opname vastgesteld door de revalidatiearts met behulp van twee schalen voor neurologische status (*Canadian Neurological Scale*; Cote et al., 1989 en *National Institutes of Health Stroke Scale*; Goldstein, Bertels & Davis, 1989) en een schaal voor dagelijks functioneren (ADL; Utrechtse Schaal voor Evaluatie van Revalidatie; Post et al., 2009)). De schalen voor neurologische status bestonden uit vragen over onder andere verlammingssverschijnselen, verminderde spierkracht, aansturingsproblemen en gezichtsvelddefecten, waarop de revalidatiearts kon aangeven of er 'geen', 'in lichte mate' of 'in ernstige mate' sprake was van deze problemen. De ADL-schaal was gericht op de mate van zelfverzorging (onder meer eten en drinken, persoonlijke verzorging, aankleden, douchen, en toiletgang) en mobiliteit (zoals zitten, staan, opstaan, lopen of rolstoelrijden). Per onderdeel kon worden aangegeven of de bezigheid 'grotendeels of volledig door anderen', 'onder toezicht en/of met hulp', 'met moeite, met hulpmiddel', 'met moeite, zonder hulpmiddel', 'zonder moeite, met hulpmiddel' of 'zonder moeite, zonder hulpmiddel' werd uitgevoerd. De behaalde scores op beide schalen werden op basis van

gemiddelde en standaarddeviatie van de groep omgezet naar z-scores voor neurologische status en ADL. Naast de primaire uitkomstmaten zijn ook maten voor slaperigheid (*Stanford Sleepiness Scale*; Herscovitch & Broughton, 1981), vermoeidheid (*Checklist Individual Strength*; Vercoulen et al., 1994), angst en depressie (*Hospital Anxiety and Depression Scale*; Zigmond & Snaith, 1983), en subjectieve slaapkwaliteit (*Sleep Quality Scale*; Visser, Hofman & Kumar, 1979) meegenomen in het onderzoek.

Na screening bleken 449 van de 654 patiënten geschikt, van wie uiteindelijk 180 patiënten aan het volledige onderzoek hebben deelgenomen. Belangrijkste redenen voor uitval waren ontslag uit het revalidatiecentrum voor de start van de studie (n=121) en het niet willen deelnemen aan de studie (n=122). Van de 180 patiënten hadden 80 patiënten matig tot ernstig slaapapneu (AHI $\geq$ 15), 33 patiënten milde slaapapneu (AHI=5-15) en 67 patiënten geen slaapapneu (AHI<5).

Voor de analyses is gekozen om de groep met matig tot ernstig slaapapneu te vergelijken met de patiënten zonder slaapapneu, en de groep met lichte slaapapneu uit te sluiten (n=33). De uiteindelijke studiegroep bestond dus uit 147 patiënten. De gemiddelde leeftijd van deze patiënten was 57,8 jaar (sd=10,1). Ongeveer een derde van de patiënten had overgewicht (BMI 25-30) en bij 15% van de patiënten was

FIGUUR 1: COGNITIEVE STATUS VAN CVA-PATIËNTEN MET OF ZONDER SLAAPAPNEU



Profiel van gemiddelde z-scores per cognitief domein gebaseerd op normatieve waarden gecorrigeerd voor leeftijd en (opleiding). Met uitzondering van de domeinen vigilantie en psychomotoriek waarvoor geen normen beschikbaar zijn.

Prevalentie van slaapapneu zal door de vergrijzing en toename van overgewicht in de komende jaren alleen maar verder stijgen

er sprake van obesitas ($\text{BMI} > 30$). Het grootste deel van de patiënten had een eerste CVA doorgemaakt (83%), waarbij er bij 71% van de patiënten sprake was van een herseninfarct en bij 29% van een hersenbloeding. De gemiddelde opnameduur van patiënten op de CVA-afdeling was 69 dagen ($\text{sd} = 33$). De groep met slaapapneu was significant ouder (60.4 jaar; $\text{sd} = 8.5$) dan de groep zonder slaapapneu (54.9 jaar; $\text{sd} = 10.1$) en had een significant hogere BMI (27.1; $\text{sd} = 5.0$ versus 23.9; $\text{sd} = 3.6$). Er waren geen verschillen tussen de groepen op andere demografische en klinische gegevens zoals geslacht, opleidingsniveau en type of ernst van CVA.

De belangrijkste bevindingen uit het onderzoek waren dat patiënten met slaapapneu meer beperkingen hadden in zowel de cognitieve als de functionele status. De groep met slaapapneu had meer cognitieve beperkingen in de domeinen van aandacht, executief functioneren, visuoperceptie, motorische snelheid en intelligentie (zie figuur 1), terwijl er geen verschil was in de domeinen vigilantie, geheugen, werkgeheugen en taal. Er was sprake van een slechtere neurologische status en een hogere mate van afhankelijkheid in het dagelijks functioneren in de domeinen zelfverzorging en mobiliteit (zie figuur 2). Daarnaast waren patiënten met slaapapneu gemiddeld elf dagen langer opgenomen in Heliomare dan patiënten zonder slaapapneu. Er waren geen

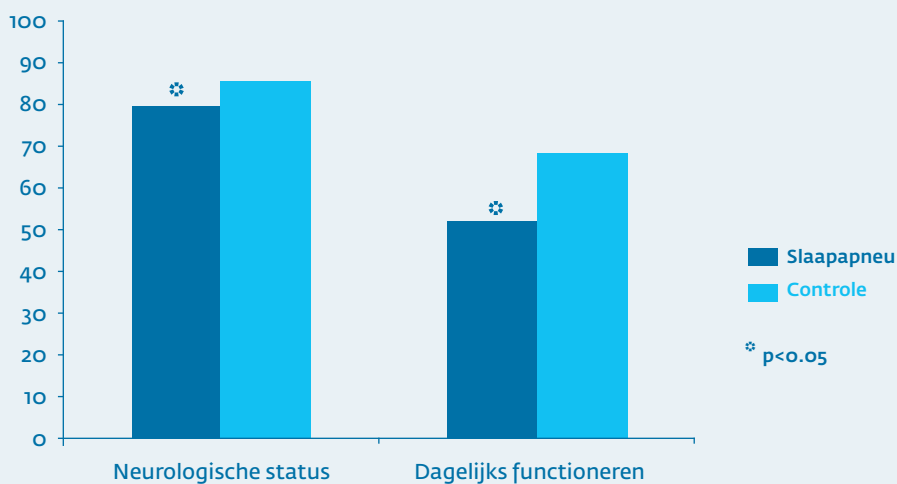
verschillen tussen patiënten met en zonder slaapapneu op zelfgerapporteerde slaperigheid, vermoeidheid, slaapkwaliteit en symptomen van angst- en depressie.

Samenvattend: slaapapneu is geassocieerd met beperkingen in het (cognitief) functioneren van CVA-patiënten tijdens hun revalidatietraject. Deze bevinding was aanleiding te onderzoeken of behandeling van de slaapapneu deze beperkingen kan verminderen. Het laatste doel van ons onderzoek was dan ook het evalueren van het effect van CPAP-behandeling op het (cognitief) functioneren van CVA-patiënten.

EFFECT CPAP-BEHANDELING OP COGNITIEF FUNCTIONEREN

In voorbereiding op dit onderzoek is eerst een meta-analyse gedaan naar het effect van CPAP in de algemene slaapapneupopulatie (Kylstra et al., 2013). Eerdere reviews suggereerden dat CPAP het cognitief functioneren in verschillende

FIGUUR 2: FUNCTIONELE STATUS VAN CVA-PATIËNTEN MET OF ZONDER SLAAPAPNEU



Percentage van maximale score binnen het domein.

domeinen, zoals vigilantie, aandacht en geheugen, verbetert (Aloia et al., 2004; Weaver & Chasens, 2007). Deze reviews waren echter kwalitatief van aard, waardoor de grootte van de gevonden effecten onduidelijk bleef.

In de meta-analyse zijn uiteindelijk dertien gerandomiseerde, gecontroleerde onderzoeken meegenomen. De voornaamste bevinding was dat er slechts een klein positief effect van CPAP was op de aandachtfunctie, terwijl er geen verbetering werd gevonden in andere cognitieve domeinen zoals het geheugen en vigilantie. Meer specifiek werd een verbetering gezien in de verdeelde aandacht, waarbij taken die meer inspanning vereisten een grotere verbetering gaven (*Trail Making Test* (versie B) en *Paced Auditory Serial Addition Task*). Daarnaast is in deze geselecteerde groep studies gekeken of er sprake was van een vermindering van slaperigheid en een verbetering van de stemming. Er werd een verbetering gevonden van zowel objectieve en subjectieve slaperigheid als stemming. De gevonden verbeteringen op het gebied van slaperigheid en stemming kwamen overeen met de resultaten uit een eerder uitgevoerde meta-analyse (Giles et al., 2006).

Hoewel op basis van onze meta-analyse in de algemene slaapapneu-populatie slechts minimale verbetering van het cognitief functioneren verwacht kan worden, is meer

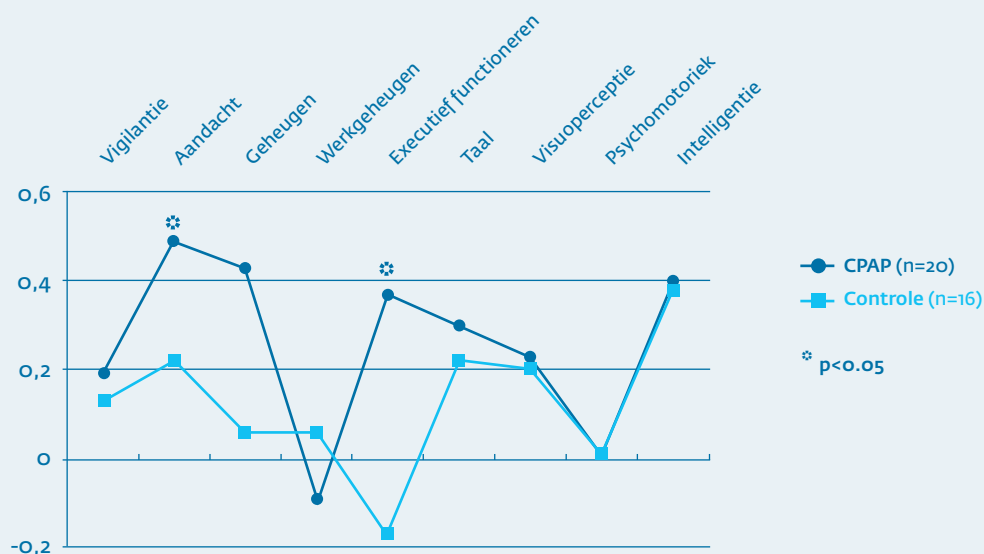
onderzoek nodig om de invloed van de ernst van slaapapneu, behandelduur en therapietrouw op dit effect vast te stellen.

EFFECT CPAP-BEHANDELING OP REVALIDATIE CVA-PATIËNTEN

Om het effect van CPAP-behandeling op het functioneren van CVA-patiënten tijdens de revalidatie te onderzoeken is een gerandomiseerde, gecontroleerde studie uitgevoerd waarbij vier weken standaard revalidatiebehandeling vergeleken is met vier weken CPAP-behandeling (Aaronson et al., 2016). Voor deelname aan het onderzoek zijn de tachtig CVA-patiënten met OSA benaderd die hadden deelgenomen aan de metingen van cognitieve en functionele status. Van hen waren 36 bereid deel te nemen; zij werden willekeurig over de CPAP-behandeling ($n=20$) en standaardbehandeling (controlegroep; $n=16$) verdeeld. Als primaire uitkomstmaten zijn de metingen van de hierboven beschreven functionele status en cognitieve status voor en na de interventieperiode afgenomen. Slaperigheid, vermoeidheid, slaapkwaliteit en stemming waren secundaire uitkomstmaten.

Patiënten in de CPAP-behandelgroep werden begeleid door een gespecialiseerd 'Respicare'-team bestaande uit revalidatieartsen en gespecialiseerde verpleegkundigen. Bij de start van de behandeling kregen de patiënten uitge-

FIGUUR 3: EFFECT CPAP OP COGNITIEF FUNCTIONEREN VAN CVA-PATIËNTEN MET SLAAPAPNEU



Gemiddelde verschil in z-scores tussen de voor- en nameting per cognitief domein in CPAP groep en controle groep. * Significant verschil tussen de CPAP groep en controle groep.

breide uitleg over de behandeling. Indien mogelijk werd hierbij ook een partner of familielid betrokken. Ter gewenning werd eerst met patiënten overdag geoefend met het dragen van het CPAP-masker. Binnen de eerste week werd de behandeling samen met de patiënt geëvalueerd en gekeken of er aanpassingen aan het masker nodig waren om het comfort te verhogen. Daarnaast werd middels pulse-oximetrie onderzocht of het CPAP-gebruik de slaapapneu voldoende verminderde ($ODI < 5$) en werden, indien nodig, de instellingen van de CPAP aangepast. Het CPAP-apparaat was uitgerust met een geheugenkaart om de therapietrouw te registreren. Het Respicare-team hield tijdens de behandeling regelmatig contact met patiënten om therapietrouw te stimuleren en problemen vroeg te herkennen.

Ondanks de intensieve begeleiding van het Respicare-team was de therapietrouw in de CPAP-groep gemiddeld slechts 2,5 uur per nacht ($sd=2,8$, 0-9 uur per nacht). Negen patiënten waren niet therapietrouw (< 1 uur per nacht), vier patiënten waren matig therapietrouw (1-4 uur per nacht) en zeven patiënten lieten goede therapietrouw zien (> 4 uur per nacht). Bij de start van de studie werden geen verschillen gevonden tussen patiënten in de CPAP-groep en controlegroep op klinische karakteristieken, functionele en cognitieve status of een van de secundaire uitkomstmaten.

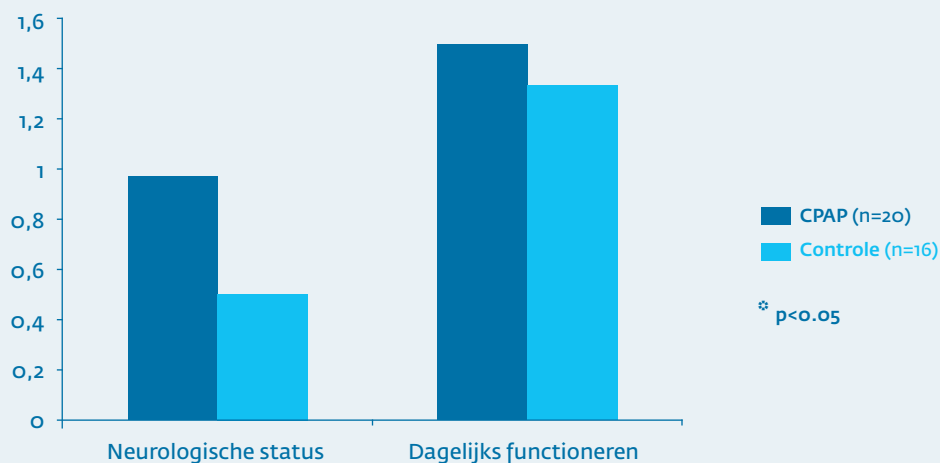
Na de interventieperiode van vier weken lieten de patiënten die CPAP-behandeling hadden gekregen meer verbetering zien in het cognitief functioneren (zie figuur 3) dan de groep die de standaard revalidatiebehandeling kreeg. De cognitieve domeinen waarin verbetering ten opzichte van de controlegroep werd gezien waren aandacht en executief functioneren. De gevonden behandel-effecten waren medium tot groot, wat impliceert dat deze niet alleen statistisch significant waren, maar ook klinisch relevant. De functionele status verbeterde niet (zie figuur 4). Ook voor slaperigheid, vermoeidheid, slaapkwaliteit of stemming waren er geen verschillen tussen de groepen. De CPAP-compliance was met gemiddeld 2,5 uur per nacht laag. Het is daarom mogelijk dat deze lage therapietrouw geleid heeft tot een onderschatting van het werkelijke effect van CPAP.

Conclusie: CPAP heeft een positief effect op het cognitieve herstel van CVA-patiënten en CPAP-behandeling heeft een toegevoegde waarde op de standaard revalidatiebehandeling van CVA-patiënten.

CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

Het eerste doel van het onderzoek was het verbeteren van de vroege herkenning van slaapapneu bij CVA-patiënten tijdens hun opname in een revalidatiecentrum. Dit deel van het

FIGUUR 4: EFFECT CPAP OP FUNCTIONELE STATUS VAN CVA-PATIËNTEN MET SLAAPAPNEU



Gemiddelde verschil in z-scores tussen de voor- en nameting.

onderzoek heeft twee screeningsinstrumenten opgeleverd die ingezet kunnen worden in een getrapte diagnostische benadering. Deze benadering heeft een drietal voordelen voor het gebruik in de klinische praktijk. Allereerst kan op basis van een beperkt aantal vragen een eerste selectie gemaakt worden van patiënten die verdere slaapapneu-screening nodig hebben. Daarnaast blijkt pulse-oximetrie, de tweede diagnostische stap in de getrapte benadering, een zeer betrouwbare voorspeller te zijn voor slaapapneu in de cva-populatie. Pulse-oximetrie wordt goed geaccepteerd door patiënten en is goedkoper dan poly(somno)grafie.

Het tweede doel van het onderzoek was meer inzicht te krijgen in de effecten van slaapapneu op het dagelijks functioneren van cva-patiënten tijdens hun revalidatie-opname. We vonden dat slaapapneu geassocieerd is met aanzienlijke beperkingen in het dagelijks functioneren van cva-patiënten op zowel cognitief als functioneel vlak bij de start van hun revalidatietraject.

Daarnaast heeft het onderzoek laten zien dat CPAP-behandeling een positief effect heeft op het cognitief functioneren van cva-patiënten. Er kon echter geen verbetering worden aangetoond in de overige domeinen van dagelijks functioneren.

De klinische implicatie van onze resultaten is dat men in de revalidatie bedacht moet zijn op slaapapneu bij cva-patiënten. Slaapapneu komt immers veel voor en speelt een belemmerende rol bij het herstel. Daarnaast kan adequate CPAP-behandeling bijdragen aan het herstel van deze patiënten.

De lage therapietrouw van CPAP-behandeling bij cva-patiënten blijft echter een punt van zorg. Onze aanbeveling is daarom om toekomstig onderzoek enerzijds te richten op het ontwikkelen van methoden om de therapietrouw te verbeteren en anderzijds om de bruikbaarheid en effectiviteit van alternatieve, minder belastende behandelvormen zoals positionele therapie te evalueren.

Tot slot: slaapapneu komt niet alleen in de cva-populatie veel voor, ook in de algemene populatie is slaapapneu na slapeloosheid de meest voorkomende slaapstoornis. Er wordt verwacht dat de prevalentie van apneu in de komende jaren alleen maar verder zal stijgen door de vergrijzing en toename van overgewicht. Het is daarom van belang om ook bij andere doelgroepen bij klachten van vermoeidheid, slaperigheid, vergeetachtigheid en verminderde concentratie altijd bedacht te zijn op slaapapneu, aangezien het een goed behandelbare aandoening is.

OVER DE AUTEURS

Dr. Justine Aaronson is psycholoog in opleiding tot gezondheidszorgpsycholoog bij de afdeling Medische Psychologie van het Radboudumc te Nijmegen. Prof. dr. Ben Schmand is klinisch neuropsycholoog in het AMC te Amsterdam en als hoogleraar Neuropsychologie verbonden aan de afdeling Brein en Cognitie van de Universiteit van Amsterdam. Prof. dr. Coen van Bennekom is revalidatiearts in revalidatiecentrum Heliomare en manager Heliomare Research & Development te Wijk aan Zee en als bijzonder hoogleraar Revalidatie en Arbeid verbonden aan het Coronel Instituut van het AMC te Amsterdam. Dr. Winnie Hofman is gezondheidszorgpsycholoog en slaaptherapeut en als universitair docent voor slaap en slaapstoornissen verbonden aan de afdeling Brein en Cognitie van de Universiteit van Amsterdam.

Het werk beschreven in dit artikel maakte deel uit van het promotietraject van Aaronson. Het onderzoek is tussen 2010 en 2015 uitgevoerd bij Heliomare Research & Development te Wijk aan Zee in samenwerking met de afdeling Brein en Cognitie van de Universiteit van Amsterdam. Schmand en Van Bennekom waren als promotores betrokken bij het onderzoek, Hofman als co-promotor.

Correspondentie aangaande dit artikel: justine.aaronson@radboudumc.nl.

Summary

SLEEP APNEA IN STROKE: DIAGNOSIS, CONSEQUENCES & TREATMENT

J.A. AARONSON, C.A.M. VAN BENNEKOM, W.F. HOFMAN & B.A. SCHMAND

Sleep apnea is a common sleep disorder in stroke patients characterized by repetitive cessations of breathing during sleep. In stroke patients, sleep apnea is often left unrecognized and untreated. The first aim of our study was to evaluate a stepped-diagnostic approach, including a prediction model and nocturnal oximetry, to improve early recognition of sleep apnea during rehabilitation. The second aim was to investigate the effect of sleep apnea and its treatment with continuous positive airway pressure (CPAP) in stroke patients. First, we found that stroke patients with sleep apnea were significantly more impaired on both cognitive and functional status than patients without sleep apnea. Second, CPAP treatment improved cognitive functioning of patients in the domains of attention and executive functioning, while it did not improve the functional status.

Literatuur

- Aaronson, J.A., van Bennekom, C.A.M., Hofman, W.F., van Bezeij, T., van den Aardweg, J.G. et al. (2015). Obstructive sleep apnea is related to impaired cognitive and functional status after stroke. *Sleep*, 38, 1431-1437.
- Aaronson, J.A., van Bezeij, T., van den Aardweg, J.G., van Bennekom, C.A.M. & Hofman, W.F. (2012). Diagnostic accuracy of nocturnal oximetry for detection of sleep apnea syndrome in stroke rehabilitation. *Stroke*, 43, 2491-2493.
- Aaronson, J.A., Hofman, W.H., van Bennekom, C.A.M., van Bezeij, T., van den Aardweg, J.G. et al. (2016). Effects of continuous positive airway pressure on cognitive and functional outcome of stroke patients with obstructive sleep apnea: A randomized controlled trial. *Clinical Journal of Sleep Medicine*, 12, 533-541.
- Aaronson, J.A., Nachtegaal, J., Groet, E., van Bezeij, T., Hofman, W.H. et al. (2014). Can a prediction model combining self-reported symptoms, socio-demographic and clinical features serve as a reliable first screening method for sleep apnea syndrome in stroke patients? *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 95, 747-752.
- Aloia, M.S., Arndt, J.T., Davis, J.D., Riggs, R.L. & Byrd, D. (2004). Neuropsychological sequelae of obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome: A critical review. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 10, 772-785.
- Bassiri, A.G. & Guilleminault, C. (2000). Clinical features and evaluation of obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome. In Kryger, M.H., Roth, T., & Dement, W.C. (Ed.), *Principles and practice of sleep medicine - Third Edition* (pp. 869-878). Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Beebe, D., Groesz, L., Wells, C., Nichols, A. & McGee, K. (2003). The neuropsychological effects of obstructive sleep apnea: A meta-analysis of norm-referenced and case-controlled data. *Sleep*, 26, 298-307.
- Brickenkamp, R. & Zillmer, E. (2012). *The d2 Test of Attention*. Seattle, WA: Hogrefe & Huber Publishers; 2012.
- Bucks, R.S., Willis, J. & Byrne, L. (2000). *Location learning test: Manual*. Bury St Edmunds, UK: Thames Valley Test Company.
- Cherkassky, T., Oksenberg, A., Froom, P. & Ring H. (2003). Sleep-related breathing disorders and rehabilitation outcome of stroke patients: a prospective study. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 83, 452-455.
- Cote, R., Battista, R., Wolfson, C., Boucher, J., Adam, J. & Hachinski, V. (1989) The Canadian neurological scale validation and reliability assessment. *Neurology*, 39, 638-643.
- Culbertson, C.Q. & Zillmer, E.A. (2001). *Tower of London Drexel University (TOL DX): Technical manual*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems Incorporated (MHS).
- D'Elia, L.F., Satz, P., Uchiyama, C.L. & White, T. (1994). *Color Trails Test 1 & 2*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Delis, D.C., Kaplan, E. & Kramer, J.H. (2001). *Delis-Kaplan Executive Function System*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Dinges, D.F. & Powell, J.W. Microcomputer analysis of performance on a portable, simple visual RT task during sustained operations. *Behavior Research Methods Instrument*, 17, 652-655.
- Gauthier, L., Dehaut, F. & Joannette, Y. (1989). The Bells test: a quantitative and qualitative test for visual neglect. *International Journal of Clinical Neuropsychology*, 11(2), 49-54.
- Giles, T.L., Lasserson, T.J., Smith, B.H., White, J., Wright, J. & Cates, C.J. (2006). Continuous positive airways pressure for obstructive sleep apnoea in adults. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 4, 1-107. doi:10.1002/14651858.CD001106.pub2
- Goldstein L.B., Bertels, C. & Davis, J.N. (1989). Interrater reliability of the NIH stroke scale. *Archives of Neurology*, 46, 660-662.
- Herscovitch, J. & Broughton, R. (1981). Sensitivity of the Stanford sleepiness scale to the effects of cumulative partial sleep deprivation and recovery oversleeping. *Sleep*, 4, 83-91.
- Johns, M.W. (1991). A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *Sleep*, 14, 540-545.
- Johnson, K.G. & Johnson, D.C. (2010). Frequency of sleep apnea in stroke and TIA patients: A meta-analysis. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 6, 131-137.
- Kaneko, Y., Hajek, V.E., Zivanovic, V., Raboud, J. & Bradley, T.D. (2003). Relationship of sleep apnea to functional capacity and length of hospitalization following stroke. *Sleep*, 26, 293-297.
- Kotzian, S., Stanek, J., Pinter, M., Grossmann, W. & Saletu, M. (2012). Subjective evaluation of sleep apnea is not sufficient in stroke rehabilitation. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 19(1), 45-53.
- Kylstra, W.A., Aaronson, J.A., Hofman, W.F. & Schmand, B.A. (2013). Neuropsychological functioning after CPAP treatment in obstructive sleep apnea: A meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 17, 341-347.
- Luteijn, F. & Barelids, D.P.H. (2004). *Groningen Intelligence Test 2 (GIT-2): Manual*. Amsterdam, The Netherlands: Harcourt Assessment.
- Netzer, N.C., Stoohs, R.A., Netzer, C.M., Clark, K. & Strohl, K.P. (1999). Using the Berlin questionnaire to identify patients at risk for the sleep apnea syndrome. *Annals of Internal Medicine*, 131, 485-91.
- Peppard, P.E., Young, T., Barnet, J.H., Palta, M. et al. (2013). Increased prevalence of sleep-disordered breathing in adults. *American Journal of Epidemiology*, 177, 1006-1014.
- Post, M.W., van de Port, I.G., Kap, B. & Berdenis van Berlekom, S.H. (2009). Development and validation of the Utrecht scale for evaluation of clinical rehabilitation (USER). *Clinical Rehabilitation*, 23, 909-1017.
- Reitan, R.M. & Wolfson, D. (1993). *The Halstead-Reitan Neuropsychological Test Battery: Theory and clinical interpretation*. Tucson, AZ: Neuropsychology Press.
- Rosenthal, L., Gerhardstein, R., Lumley, A., Guido, P., Syron, M.L. & Roth, T. (2000). CPAP therapy in patients with mild OSA: implementation and treatment outcome. *Sleep Medicine*, 1, 215-220.
- Saan, R.J. & Deelman, B.G. (1986). *De 15-Wordentests A en B. Een voorlopige handleiding (Intern rapport)*. Groningen, Nederland: AZG, Afdeling Neuropsychologie.
- Straten A. van, Reitsma, J.B., Limburg, M., van den Bos, G.A.M. & de Haan R.J. (2001). Impact of stroke type on survival and functional health. *Cerebrovascular Disease*, 12, 27-33.
- Tomfohr, L.M., Hemmen, T., Natarajan, L., Ancoli-Israel, S., Lored, J.S. et al. (2012). Continuous Positive Airway Pressure for Treatment of Obstructive Sleep Apnea in Stroke Survivors What Do We Really Know? *Stroke*, 43, 3118-3123.
- Vaartjes, I., Koopman, C., van Dis, I., Visseren, F.L.J. & Bots, M.L. (2013). *Hart- en vaatziekten in Nederland 2013, cijfers over leefstijl, risicofactoren, ziekte en sterfte*. Den Haag, Nederland: Hartstichting.
- Vercoulen, J.H., Swanink, C., Fennis, J.F., Galama, J., van der Meer, J.W. & Bleijenberg, G. (1994). Dimensional assessment of chronic fatigue syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 383-392.
- Visser, P., Hofman, W.F. & Kumar, A. (1979). Sleep and mood: measuring the sleep quality. In: Priest, R.G., Pletscher, A., & Ward, J., (Ed.), *Sleep research* (pp. 135-145). Baltimore, MD: University Park Press.
- Weaver, T.E. & Chasens, E.R. (2007). Continuous positive airway pressure treatment for sleep apnea in older adults. *Sleep Medicine Reviews*, 11, 99-111.
- Wechsler, D. (1997). *Wechsler Adult Intelligence Scale 3rd edition (WAIS-III): Test manual*. New York, NY: Psychological Corporation.
- Wechsler, D. (2009). *WMS-IV: Wechsler Memory Scale-Administration and Scoring Manual*. New York, NY: Psychological Corporation.
- Yaggi, H. & Mohsenin, V. (2004). Obstructive sleep apnoea and stroke. *Lancet Neurology*, 3, 333-342.
- Young, T., Peppard, P.E. & Gottlieb, D.J. (2002). Epidemiology of obstructive sleep apnea: a population health perspective. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 165, 1217-1239.
- Zigmond, A.S. & Snaith, R. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

INTERVIEW MET ANGSTONDERZOEKER MEREL KINDT

PROPRANOLOL TEGEN ANGST

Het onderzoek kwam in de pers als 'je slikt een pilletje en je angst verdwijnt'. Dat klopt niet, zegt Merel Kindt, hoogleraar Experimentele Klinische Psychologie aan de Universiteit van Amsterdam (UvA), die het onderzoek opzette en uitvoerde.

'De procedure om van een welomschreven angst af te komen, is veel complexer. Toch sta ik er zelf ook van te kijken als ik het zie gebeuren.' Een gesprek met een bevlogen, geniale en soms verstrooide professor.



Het was een doorbraak binnen het klinische veld: een fobische angst die na een behandeling van één dag is verdwenen. Het verhaal is sterk, de filmpjes ervan zijn verbazingwekkend. Zoals twee filmpjes die op de computer van Kindt staan van een jonge vrouw met spinnenangst die in een lab met een tarantula geconfronteerd wordt. Het eerste filmpje laat zien hoe ze erop reageert. In beeld een stukje muur en een glazen kom met de grote spin. Het is de bedoeling dat ze dicht bij de spin komt. Al buiten het zicht van de camera hoor je haar puffen en zuchten. Langzaam schuift ze in beeld. Aangemoedigd door de proefleider komt ze steeds dichterbij de glazen bak. 'Wat is hij groot,' jammert ze. En: 'Hoe snel is hij?' Als ze het beest op een halve meter is genaderd, huilt en jammert ze, haar hele lichaam drukt walging uit. Tot slot moet ze een straaltje water in de bak spuiten om de spin in beweging te laten komen en dat doet ze rillend en vol afschuw.

Het tweede filmpje is gemaakt na de behandeling een dag later. Het is ontegenzeggelijk dezelfde vrouw, ze draagt dezelfde trui. Maar verder is alles anders. Rustig komt ze de ruimte binnen, ze gaat onmiddellijk een halve meter van de bak staan. Ze zegt dat ze nog wel een beetje bang is, geeft haar angst op een schaal van tien een vijf, maar dat is amper aan haar te zien. Haar houding is rustig, haar stem lager, ze kijkt een beetje nieuwsgierig naar de spin in de glazen bak. En uiteindelijk op aanmoediging van de proefleider aait ze het beest.

De behandeling die ze kreeg, bestond eruit dat ze na de eerste sessie een pilletje kreeg, propranolol. 'Ik geloof het zelf ook bijna niet als ik het zie,' zegt Merel Kindt, hoogleraar Experimentele Klinische Psychologie aan de Universiteit van Amsterdam (UvA) erover. 'Het kan gewoon niet dat je het ene moment zo bang bent en die angst is een dag later zo goed als verdwenen. Normaal gesproken gaan veranderingen geleidelijker.' En dat terwijl ze het toch zelf ontdekt heeft en snapt hoe het werkt.

Dat Kindt deze procedure ontdekte, is geen toeval. Het is te danken aan het feit dat ze een experimentele opleiding combineerde met een klinische, een combinatie die niet vaak voorkomt. 'Ideeënrijk, intellectueel gulzig en gedurfd,' aldus collega Jan Henk Kamphuis, hoogleraar Psychodiagnostiek en Persoon-

lijkheid. 'Ze is niet bang om tegen de stroom in te gaan. En dit alles combineert ze met een ongebreidelde werklust.'

'Maar ook dan is het een kwestie van tegen iets goeds aanlopen,' aldus Kindt. 'En als dat dan echt blijkt te werken... ik krijg er nog kippenvel van.'

FEARLESS

Kindt studeerde halverwege de jaren tachtig van de vorige eeuw bij emotieonderzoeker Nico Frijda. Ze was graag bij hem gepromoveerd, maar er was geen promotieplek. Bij klinische psychologie kon ze wel terecht. Ook daar kon ze zich bezighouden met emoties, maar dan gericht op processen die kunnen verklaren dat emoties uit de hand lopen zoals bij angststoornissen. Ze kon er bovendien haar klinische interesse combineren met een interesse in fundamenteel onderzoek. Dat ze zich juist in angst specialiseerde, noemt haar man Daan Remarque 'interessant'. 'Want zelf is ze nogal fearless.'

Kindt moet erom lachen. 'Er wordt wel van me gezegd dat ik fearless ben, maar dat is niet zo. Ik ken wel degelijk angst, alleen ga ik er vervolgens op af. En dat is het verschil met iemand die een angststoornis ontwikkelt, want die is geneigd de situatie juist te vermijden.'

Waarom angst haar als onderwerp zo aanspreekt? Het is een functionele emotie, maar speelt ook een rol bij allerlei stoornissen. Daarbij is het fundamentele onderzoek naar angst een van de meest ontwikkelde terreinen op het gebied van emotieonderzoek, zowel bij mensen als bij dieren. Naast een onderwerp als angst, is ze gefascineerd door processen van leren en geheugen. Juist in deze emotie komt haar belangstelling voor klinische en fundamentele processen van leren en geheugen mooi bij elkaar.

ECHT BEGRIJPEN

Al vrij vroeg had Kindt het idee dat stoornissen begrepen kunnen worden vanuit processen van leren en geheugen. Ze promoveerde op informatieverwerkingsprocessen die een rol spelen bij het ontstaan en in stand houden van angststoornissen. Na haar promotie kon Kindt aan de Universiteit Maastricht gaan werken als universitair docent aan de faculteit Gezondheidswetenschappen. Daar volgde ze ook de opleiding tot psychotherapeut (gz-psycholoog) en

behandelde ze veel mensen met angststoornissen en prss volgens de nieuwste inzichten van de cognitieve gedragstherapie. 'Maar ik dacht toch vaak: we volgen wel de protocollen, maar we begrijpen eigenlijk niet goed wat we doen en waarom het de ene keer werkt en de andere keer niet.'

'Merel heeft een gezonde afkeer van gezag. En ze is oneindig nieuwsgierig en niet snel tevreden met het antwoord,' aldus haar man Daan. 'Daarom vraagt ze zich waarschijnlijk altijd af of het wel klopt wat "ze zeggen".'

'Dat heeft te maken met een soort van eigenwijsheid die ik altijd heb gehad,' zegt ze zelf. En dat draagt eraan bij dat ze nieuwe ideeën ontwikkelt. Zoals het idee dat het angstgeheugen nooit meer kan veranderen. Want angst ontstaat doordat een gebeurtenis in het geheugen gekoppeld is aan angst, bijvoorbeeld het zien van een spin. 'We gingen er altijd vanuit dat we in therapie op zijn best een nieuw geheugenspoor kunnen aanleggen, een herinnering aan een spin zonder angst die de competitie aangaat met het angstgeheugen, maar dat het oude angstgeheugen intact blijft en altijd weer de kop op kan steken. Ik vroeg me op een gegeven moment af: is dat wel zo? Is het niet mogelijk om het brein op een of andere manier voor de gek te houden, zodat we het angstgeheugen inperken en contextafhankelijk maken?'

Ze bedacht experimenten om dit idee te testen, maar die zijn nooit uitgevoerd. Op een dag realiseerde ze zich dat het geheugen misschien wel op een veel efficiëntere manier kon worden gemanipuleerd. 'Ik las twee baanbrekende artikelen over veranderbaarheid van ons geheugen.¹ Het eerste artikel, ik weet nog precies waar ik het las, in de trein van Maastricht naar Amsterdam, het beschreef experimenten waarin bij proefdieren werd aangetoond dat als een geheugenspoor wordt opgehaald, dit spoor dan tijdelijk labiel is, waardoor het even openstaat voor verandering. Vervolgens is er eiwitsynthese nodig om het geheugenspoor opnieuw weg te schrijven. Deze labiele fase van het geheugen biedt de mogelijkheid om het geheugenspoor zelf te veranderen door de eiwitsyn-

these te blokkeren. Ik dacht meteen: als dit toch klopt en we dit bij mensen kunnen aantonen, dan is dat heel groot nieuws voor de klinische praktijk.'

Het was het begin van het idee dat nu voor zoveel opwinding zorgt. Toch zou het nog jaren duren voordat ze het daadwerkelijk zou gaan testen.

Angst is een functionele emotie, maar speelt een rol bij allerlei stoornissen

PERFECT PROFIEL

In 2003 kwam de leerstoel Experimentele Klinische psychologie aan de UvA vrij. Haar profiel – een experimentele achtergrond en een klinische registratie – paste precies. Ze had het nog steeds naar haar zin in Maastricht, maar het was inmiddels ook wel praktisch om over te stappen. Kindt: 'Mensen deden wel meewarig over mijn situatie destijds en dat ik heen en weer moest reizen tussen Maastricht en Amsterdam. Ik had in Maastricht een appartement, en was ook vaak in Amsterdam bij mijn man. Voor de relatie was het in het begin wel even slikken, maar ik vond het eigenlijk wel leuk. Het heeft ook wel wat als je elkaar na een kleine week weer ziet. Afgezien daarvan: ik had een leuke baan, ik hou van treinreizen, tweeëneenhalf uur in de eerste klas is een feest, dan heb je veel leestijd.'

Ook toen hun eerste dochter Magali werd geboren, was het meer een uitdaging dan een probleem. Er was een speciale haak aan Kindts bagagedrager bevestigd, zodat ze een lichte buggy aan haar fiets kon hangen. Zo fietste ze door Maastricht, met een baby en een werktas op en neer tussen haar werkplekken aan de universiteit en de RIAGG, en de RINO, waar ze de klinische opleiding deed. Het was goed te doen, maar inmiddels was ze zwanger van een tweede. 'Voor het gezin was het wel makkelijk als ik terugkwam naar Amsterdam.'

VERSTROOIDE PROFESSOR

Kindt wordt door haar omgeving beschreven als een 'echte wetenschapper': briljant, maar ze kan ook heel verstrooid zijn. Het is bijvoorbeeld vaker voorgeko-

1. Nader, K., Schafe, G. E., & Le Doux, J. E. (2000). Fear memories require protein synthesis in the amygdala for reconsolidation after retrieval. *Nature*, 406(6797), 722-726;
Nader, K. (2003). Memory traces unbound. *Trends in neurosciences*, 26(2), 65-72.

men dat ze haar jurk binnenstebuiten droeg, met het was-label aan de buitenkant, zodat ze zich afvroeg: waarom kijken mensen toch zo vreemd naar me? Of dat haar kinderen het 's avonds opmerkten en dat ze zich realiseerde dat ze zo les had gegeven aan een collegezaal vol studenten. Zelf kan ze daar wel om lachen. 'Best wel grappig toch?'

Maar het is niet zo dat ze continu verstrooid is. 'Toen ik tussen Maastricht en Amsterdam heen en weer reisde, leidde ik best een complex leven: ik had twee huizen, in Maastricht had ik twee werkplekken én ik moest naar de opleiding. Dat deed ik de laatste anderhalf jaar ook met een baby. Dan moest ik zorgen dat ik voldoende voedsel meenam en nooit mijn agenda en andere spullen vergat. Het ging altijd goed, dus zo verstrooid en chaotisch ben ik niet. Ook in mijn onderzoek niet. Maar ik ben wel soms in gedachten, tijdens het hardlopen, op de fiets en onder de douche kan ik goed nadenken. En tijdens het aankleden dus. Ik vraag me weleens af hoe andere mensen het doen.'

Ze solliciteerde aan de UvA en werd aangenomen. Maar bij de overstap wilde ze niet hetzelfde soort onderzoek doen als ze tijdens haar promotie en daarna in Maastricht had gedaan. 'Ik besloot om echt iets anders te gaan doen en wat van de leerstoel te maken. Geïnspireerd door vragen die bij mij opkwamen tijdens de behandeling van patiënten, wilde ik onderzoek gaan doen naar de mechanismes van gedragsveranderingen, om vanuit de neurowetenschappen bij de basis te beginnen en te testen of we het angstgeheugen zelf kunnen veranderen.'

Om echt te kunnen begrijpen hoe dat werkt, moest ze bij de basis beginnen. Daartoe moest ze een nieuw lab opzetten waarin ze angstconditioneringsonderzoek kon gaan doen. Dat was nieuw voor haar. Ze dook erin, zocht samenwerking met onderzoekers uit Leuven die ervaring hadden met het conditioneringsonderzoek. Ze bouwde een lab op met een conditioneringsopstelling en begon onderzoek te doen naar het aan- en afleren van angst.

EINDELOOS CHECKEN

Omdat ze binnen het conditioneringsonderzoek nieuw was, pakte ze de procedure net wat anders aan dan gebruikelijk. 'Bij het conditioneringsonderzoek werd bijvoorbeeld altijd op dezelfde dag iets aangeleerd en getest. Omdat ik geïnteresseerd was in geheu-

gen ben ik bijvoorbeeld begonnen met het testen over verschillende dagen en zo ontwikkelde ik een nieuwe procedure.'

Ondertussen had Kindt nog steeds plannen om het angstgeheugen farmacologisch te manipuleren en misschien zelfs te neutraliseren. Ze had daarvoor al een geschikt medicijn gevonden, een bètablokker, propranolol, die in een aantal geheugenstudies was gebruikt. Ze schreef een aanvraag voor een Vici-subsidie van NWO, maar kreeg die niet. In tweede instantie, in 2007, ontving ze de subsidie wel: 1,3 miljoen euro om haar onderzoeksplannen te verwezenlijken.

Samen met promovendus Marieke Soeter voerde ze het eerste onderzoek uit. Kindt kan zich nog levendig herinneren dat ze de data binnenkreeg. 'De laatste proefpersonen waren vrijdag geweest, Marieke zou de data vrijdagavond analyseren, dat werd nachtwerk en zaterdagochtend vond ik ze in mijn inbox. Het moment dat ik de grafieken zag... ik krijg er nog kippenvel van als ik het vertel, want zulke duidelijke en overtuigende data had ik nog nooit gezien. Ik ben het eindeloos gaan checken. Het was nog voor de Stapel-affaire, maar ik had in mijn promotietijd op afstand ook al eens een geval van fraude meegemaakt.'

Maar hoe ze ook checkte, de data klopten. En uiteindelijk werd het onderzoek gepubliceerd in *Nature Neuroscience*.²

Vervolgens heeft ze het effect gerepliceerd in een onafhankelijke studie. Daarna testte ze een reeks nieuwe hypothesen, zoals dat de angstreductie generaliseert naar andere stimuli binnen dezelfde categorie. Kindt: 'Als mensen bang voor spinnen zijn en die angst neemt enorm af, dan moet het wel naar alle spinnen generaliseren. Maar we willen niet dat het zo'n sterk effect is dat het algemeen angst-dempend is, en dat je dan bijvoorbeeld ook niet meer bang bent om een test af te leggen waar veel van afhangt.'

Na een reeks studies waarin het effect herhaalbaar werd gerepliceerd, was de cruciale stap om deze nieuwe interventie te toetsen bij een klinische populatie. 'Dat had ik best lang uitgesteld,' vertelt ze. 'Ik vond dat heel spannend, want misschien zou het

2. Kindt, M., Soeter, M., & Vervliet, B. (2009). Beyond extinction: Erasing human fear responses and preventing the return of fear. *Nature Neuroscience*, 12, 256-258.

Ik vergat nooit iets, dus zo verstrooid en chaotisch kan ik niet zijn

voor een klinische angst, die per definitie veel sterker is dan de angsten die wij in het lab aanleren, ineens ophouden.'

Ze ging het testen bij mensen met een spinnenfobie, niet omdat het klinisch de meest interessante groep is, maar omdat dat een helder omschreven angst is, waar goed een test voor te ontwerpen is. 'Het voordeel van mijn achtergrond is dat ik enerzijds de basale literatuur volg zodat ik weet wat er nodig is en wat de grenscondities zijn bij het opwekken van reconsolidatie (het proces dat als angst wordt opgewekt, het geheugen tijdelijk in een labiele toestand verkeert, waarbij neurale verbindingen in de hersenen kunnen worden veranderd, red). Tegelijkertijd heb ik klinische ervaring, zodat ik het ook kon vertalen naar een praktijksituatie. Als de reactivatie van de angst bijvoorbeeld te lang duurt, dan werkt het niet meer, want dan wordt niet het oude spoor opgehaald en veranderd, maar dan wordt er een nieuw spoor aangelegd. De reactivatie moet dus kort zijn, maar ook weer niet te kort.'

Na wat pilots voerde ze de studie uit. Ook nu waren de resultaten spectaculair. Het werd groot nieuws. Ook de algemene pers pikte het op, zoals de *New York Times*, de *NRC*, het *Algemeen Dagblad*, ze haalde zelfs het *NOS* journaal. Op sommige plekken is haar ontdekking soms wat al te veel vereenvoudigd tot: je krijgt een pilletje en dan verdwijnt de angst. 'Heel irritant,' zegt ze daarover, want dat wekt de verkeerde verwachtingen. Mensen mailen me met soms behoorlijk heftige verhalen en de vraag: geef me die pil. Maar zo eenvoudig is het dus niet. Bovendien is niet iedere angst ermee te verhelpen. Sommige angsten zijn het gevolg van een lange reeks ervaringen en die verander je niet met een enkele sessie.'

Haar meest hilarische verhaal gaat over een Italiaan die haar benaderde. Hij was vreemd gegaan, daardoor had hij relatieproblemen gekregen en nu wilde hij zo'n pil. Kindt: 'Ik dacht nog even naïef dat hij bedoelde dat hij zijn eigen verliefde gevoelens wilde uitvlakken, maar het ging om het geheugen van zijn vrouw.'

WERKWIJZE

Kindt gaat het effect nu ook bij andere angsten onderzoeken zoals bijvoorbeeld paniekstoornis of post-traumatische stressstoornis. Angst opwekken in een

gecontroleerde setting bij deze groepen is ingewikkelder dan bij spinnenangst. Er moet ook per individu een optimale angstsituatie worden ontworpen om het angstgeheugen optimaal op te roepen.'

In sommige artikelen wordt de suggestie gewekt dat haar methode ook kan helpen in geval van verslaving. Zelf is Kindt geen verslavingsonderzoeker. De situatie is ook ingewikkelder, stelt ze, omdat verslaving een ander soort proces is dan angst. Zelf gaat ze dat onderzoek niet doen. Maar ze is wel betrokken bij experimenteel onderzoek aan het University College London over 'het verstoren van reconsolidatie bij verslavingsgeheugen'.

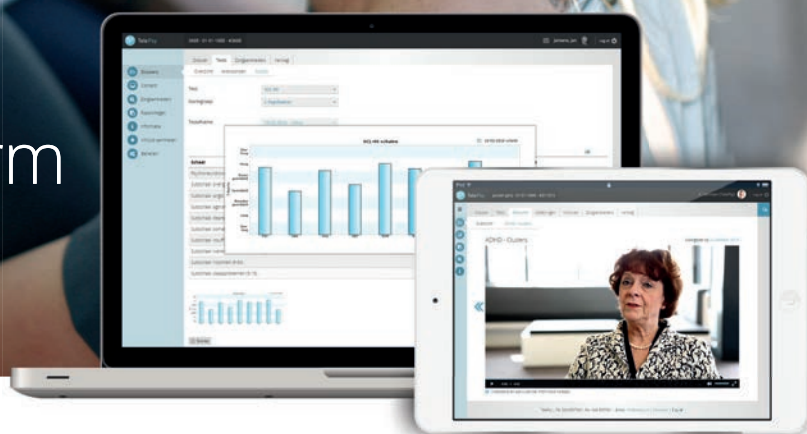
Collega Jan Henk Kamphuis heeft hoge verwachtingen van de methode van Kindt en zegt over haar manier van werken: 'Ik ben onder de indruk van hoe knap ze experimenten in elkaar zet, maar ook van de consistentie ervan. Ze volgt echt een lijn en heeft een mooie deductieve manier van werken. Het lijkt wel of ze een masterplan heeft.'

'Ik werk inderdaad wel volgens een plan,' zegt Kindt. 'Andere mensen werken meer hapsnap, wat niet slecht is, het is goed om verschillende soorten onderzoekers te hebben.'

Naast haar onderzoekswerk, geeft Kindt sinds 2006 ook leiding aan de onderzoeksgroep. 'Het is niet iets waar ik per se op zat te wachten,' zegt ze. 'Ik doe het er een beetje bij.' Op een universiteit kunnen mensen zich doorgaans heel goed zelf aansturen. Maar soms functioneert iemand niet en dan kan Kindt heel direct zijn. 'Mensen schrikken daar weleens van. Het zou soms misschien handiger kunnen,' geeft ze toe. Ze heeft verder geen bestuurlijke ambities. Wel om nog eens haar eigen behandelkliniek te beginnen, maar niet om in het afdelingsbestuur te gaan zitten. Het is niet dat ze last heeft van de bureaucratie, want dat valt wel mee. 'In die zin heb ik geen angsten, ik ben niet bang om op het matje te worden geroepen door het College van Bestuur. Want dan doe ik mijn verhaal. Ik sta achter elke beslissing die ik genomen heb.'



Het meest
complete platform
voor online zorg



TelePsy biedt een online platform met talrijke toepassingen voor beslisondersteuning, diagnostiek, ROM en online behandelen. Wij ontwikkelen een nieuwe generatie e-health, die de behandelaar en de manier waarop de behandelaar werkt als uitgangspunt neemt. Onze hulpmiddelen zijn breed inzetbaar en ondersteunend aan het individuele behandeltraject. U bepaalt zelf de hoeveelheid e-health die binnen de behandeling past en aansluit op de behoeften van de cliënt. Werk flexibel, efficiënt en op uw manier.

Tests
Psycho-educatie
Oefeningen
Dagboeken
Modules

Ervaar zelf wat TelePsy voor u kan betekenen.
Vraag vandaag nog een [gratis proefaccount](#) aan.

Ga naar www.telepsy.nl

Kijk voor ons volledige aanbod op onze website of neem contact op via 043-3507385



Antizelfhulpboek

Standvastig. Onder alle omstandigheden jezelf blijven

Door S. Brinkmann

Amsterdam: A.W. Bruna Uitgevers, 176 p.

Recensent: Vittorio Busato

De verkoop van romans mag dan wat zijn afgenomen, zelfhulpboeken over hoe je jezelf kunt ontwikkelen en over hoe je jezelf kunt leren zijn, gaan nog altijd als zoete broodjes over de toonbank. Voor Svend Brinkmann, hoogleraar Psychologie aan de Universiteit van Aalborg in Denemarken, reden om met zijn boek *Standvastig*, eens een stevig tegengeluid te laten horen in deze tijd waarin zo'n beetje alles alleen maar sneller lijkt te moeten gaan – of het nu om fast food, speeddating, power naps of kortdurende therapieën gaat. Zijn boek gaat er niet om hoe je je ontwikkelt, maar hoe je stilstaat. In zijn eigen woorden: 'Het gaat er niet om hoe je jezelf vindt, maar hoe je genoeg neemt met jezelf.'

Daartoe brengt Brinkmann de lezer zeven stappen bij die zijn gebaseerd op de klassieke Stoïcijnse filosofie: stop met naar je innerlijke stem te luisteren, concentreer je op de negatieve aspecten in je leven, zet je nee-hoed op, onderdruk je gevoelens, ontsla je coach, lees een roman in plaats van een zelfhulpboek of biografie, en sta stil bij het verleden. Want wie bijvoorbeeld die tweede stap in praktijk brengt en over de eigen sterfelijkheid nadenkt, zal het leven beslist meer waarderen. Wie minstens één roman per maand leest, zal ontdekken dat ons leven gewoon complex en onbestuurbaar is. En wie zijn coach ontslaat en in plaats daarvan een (extra) vriend neemt, zal meer antwoorden in zichzelf vinden en meer kans maken zijn of haar volledige potentieel te realiseren.

Als er positieve psychologie is, dan ook negatieve. *Standvastig* is een prikkelend en verfrissend antizelfhulpboek dat menig een desalniettemin toch zal kunnen helpen.

Dr. Vittorio Busato is hoofdredacteur van De Psycholoog. E-mail: vittorio.busato@psynip.nl.

ADVERTENTIES

Leerboek ontwikkelingsstoornissen in de levensloop

Door: Wouter Staal, Jacob Vorstman, Rutger Jan van der Gaag (2016)

Utrecht, De Tijdstroom, 516 p. € 58,00

Wanneer wordt gesproken van ziekte en wanneer van een niet-afwijkende ontwikkeling? In dit boek worden de ontwikkelingsstoornissen beschreven vanuit een integrale medische en psychologische benadering.



Leerboek psychiatrie

Door: Michiel Hengeveld, Ton van Balkom, Kees van Heeringen, Bernard Sabbe (2016)

Utrecht, De Tijdstroom, 777 p. € 89,00

De nieuwe 3e druk is hét standaardwerk voor het vak psychiatrie in de geneeskundeopleiding. Gebleken is dat het boek ook zeer bruikbaar is voor opleiding en bijscholing van psychologen en huisartsen.



HART voor de GGZ

Door: Remke van Staveren (2016)

Utrecht, De Tijdstroom, 144 p. € 24,00

Een hartstochtelijk pleidooi voor werken met passie en compassie aan menswaardige zorg. Boordevol praktisch ideeën waar je zó mee aan de slag kunt.



De boeken zijn verkrijgbaar via www.tijdstroom.nl, voor al uw vakliteratuur.

Ook een boekadvertentie plaatsen? Neem voor informatie en tarieven contact op via 073-689 58 89 of depsycholoog@performis.nl



Indringende ontmoetingen

Bewaakte ogenblikken. Portretten van longstay tbs'ers.

Uitgeverij Vantilt, 160 p.

Recensent: Jeroen van Goor

Portretten schilderen, maar dan onherkenbaar. Die opdracht kreeg kunstenaar Henk Hage van de Pompestichting, een instelling voor forensische psychiatrie. De beoogde modellen: 88 tbs'ers van de afdeling Langdurige Forensische Psychiatrische Zorg. Mensen dus met een psychische stoornis die een delict hebben gepleegd. In een kliniek in Noord-Brabant werkte Hage een jaar lang aan de portretten en kwam daarbij in nauw contact met zijn modellen. In het boek *Bewaakte ogenblikken* zijn alle portretten afgebeeld en doet Hage verslag van de vele openhartige, indringende ontmoetingen. Daarbij is opvallend hoe belangrijk het voor de modellen zelf was dat hun portretten werden geschilderd: zij voelden zich gezien, vaak voor het eerst in jaren.

Hun beeltenis is geladen; er gaat een dreiging achter schuil, het ongemakkelijke besef dat deze mensen ernstige misdaden hebben begaan. Maar tegelijkertijd schemeren er ook andere gezichten in door dan alleen die van dader. Menselijke gezichten waar ook kwetsbaarheid, hoop of angst op af te lezen zijn. Die gelaagdheid maakt de schilderijen bijzonder en roept ook de nodige vragen op, bijvoorbeeld over de mate waarin het tbs-systeem nog humaan te noemen is, hopeloos verstoken als men is van echt contact met de buitenwereld.

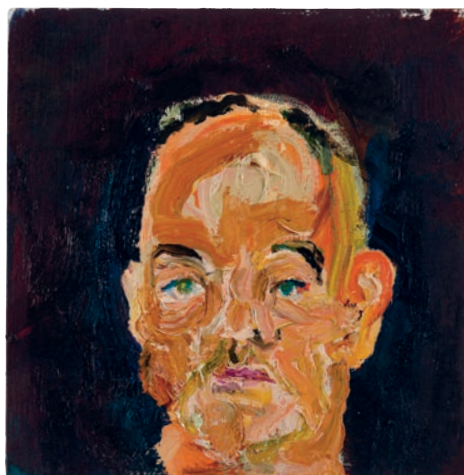




TENTOONSTELLING

De portretten van Henk Hage zijn tot 4 december 2016 te zien in Museum Het Valkhof in Nijmegen. Meer informatie: www.museumhetvalkhof.nl.

Het blog van Henk Hage is te vinden op henkhage.nl/blog.





De behulpzame provocateur

Beter van wel: nog meer provocatieve psychologie

Door Jeffrey Wijnberg

Schiedam: Scriptum Psychologie, 410 p.

Recensent: Karel Soudijn

Een bundeling van drie eerder verschenen bundels met opstellen en columns. Eén van zijn beschouwingen sluit Jeffrey Wijnberg af met de volgende opmerking: 'Volgend jaar gaat onze jongste zoon de deur uit en mensen waarschuwen mij voor het lege-nest-syndroom. Ik moet toegeven dat ik ertegen opzie, maar ik zou niet weten hoe ik dat een plek moet geven. Als echte man heb ik maar besloten om gewoon harder te gaan werken.'

Dit citaat bevat bijna alles wat Wijnberg ons kan leren. Modieuze begrippen (zoals 'een plek geven') slaan nergens op. Het leven brengt allerlei moeilijkheden met zich mee, maar het heeft geen zin om daar lang bij stil te blijven staan. Een actief leven zorgt voor de beste afleiding. En als het niet lukt om zelf het hoofd te bieden aan allerlei vervelende zaken? Cliënten die hulp bij Wijnberg zoeken, krijgen van hem te horen hoe zij de tegeltjeswijsheid van Johan Cruijff op hun levenssituatie kunnen betrekken. Elk nadeel heeft zijn voordeel. Het is prachtig om in de rol van slachtoffer te blijven zitten, want dan spannen andere mensen zich voor je in. En als ze zich van je afkeren, dan kom je eindelijk toe aan een rustig leven.

Het is trouwens ook mooi om níét in de rol van slachtoffer te blijven zitten, maar dat betekent dan wel dat je zelf wat harder moet werken. In de psychologie is volgens Wijnberg maar één vorm van hulpverlening mogelijk: door in gesprekken met cliënten steeds de keerzijde van een medaille te laten zien, helpen we mensen om zich af te vragen in hoeverre zij werkelijk gemotiveerd zijn om hun leven anders in te richten.

Ze moeten zelf maar zien hoe ze dit inzicht gebruiken.

Wijnberg maakt non-directieve therapeuten belachelijk die denken dat ze cliënten verder kunnen helpen door op elke opmerking te reageren met ge-hum. Zelf is hij in zijn praktijk veel meer aan het woord dan zijn Rogeriaanse collega's. Waar die collega's gebruik maken van de techniek van spiegelen, lijkt Wijnberg zijn cliënten voortdurend een lachspiegel voor te houden, waarin ongewenst gedrag als een extreme vorm van levensideaal verschijnt.

Zoals gezegd is *Beter van wel* een verzameling van drie oudere bundels. De eerste heet *Het neurotisch handboek*. In elk hoofdstuk laat Wijnberg zien wat een goede manier is om u slecht te voelen (bijvoorbeeld door liever te denken dan te doen). In de tweede bundel, *Dat moet ik nog een plekje geven*, neemt Wijnberg modieuze begrippen op de hak. De derde bundel, *De zin van onzin*, bevat beschouwingen over ongerijmdheden in het leven. Zelf vond ik dit het aardigste deel, omdat Wijnberg veel voorbeelden geeft van dialogen die hij met cliënten voert. De moralist gaat hier vermomd als een spitsvondige debater die op elke tegenwerping van zijn cliënten een uitdagende stelling weet te poneren.

Verwijzingen naar vakliteratuur zijn in dit boek nauwelijks te vinden. Wijnberg heeft genoeg aan zijn eigen werk.

Dr. K.A. Soudijn is verbonden aan de Universiteit van Tilburg. E-mail: k.a.soudijn@uvt.nl.

HET **NEDERLANDS INSTITUUT VAN PSYCHOLOGEN** IS DE GROOTSTE BEROEPSVERENIGING VAN PSYCHOLOGEN, HOUDT DE ONTWIKKELING VAN HET VAKGEBIED IN HET OOG EN BEHARTIGT DE BELANGEN VAN PSYCHOLOGEN DOOR TE ZORGEN DAT ZIJ GEHOORD EN GEZIEN WORDEN BIJ ALLE PARTIJEN DIE ERTOE DOEN. IEDERE MAAND LEGGEN WE VERSCHILLENDE BETROKKEN NIP-LEDEN EN NIP-MEDEWERKERS EEN VRAAG VOOR: **WAT HOUDT U ZOAL BEZIG EN WAT MERKT U VAN HET NIP?** EEN KIJKJE IN ONS BREDE EN DIVERSE VAK!

NIP-jaarcongres succesvol verlopen

Zorg op maat is de toekomst

Het congrescentrum De ReeHorst is op 13 oktober gevuld met psychologen, onderzoekers en ervaringsdeskundigen. Zij zijn daar aanwezig voor het NIP-jaarcongres. Het thema van de dag: *Personalized Mental Health*.



Keynote spreker Reinout Wiers vertelt over zijn onderzoek

Een informatieve ochtend

Na een interactieve opening met een videoboodschap van minister Edith Schippers, 'Luister goed naar uw patiënten', wordt een microfoon doosje in het rond gegooid om de stemming in de zaal te peilen. Ondanks de kritische reacties over verschillende organisaties en instanties is de bereidheid om zorg voor cliënten passender te maken voelbaar. De grote vraag blijft weinig verrassend: hóé kan ik mijn behandelingen personaliseren?

Therapie voorspellen

Een sportpsycholoog in de zaal is met name benieuwd of de wetenschap in staat is om antwoord op deze vraag te geven. 'Nog niet,' aldus eerste spreker dr. Lotte Lemmens, 'het is nog niet duidelijk wat de werkingsmechanismen van psychotherapie zijn.' Haar lezing illustreert hoe complex het is om te onderzoeken hoe je therapieën op een individu kunt toespitsen. Wel blijkt het al mogelijk om op basis van verschillende patiëntkenmerken te voorspellen of een depressieve

cliënt cognitieve gedragstherapie of interpersoonlijke therapie zou moeten ontvangen.

Bierplaatjes weg duwen

De tweede lezing van prof. dr. Reinout Wiers gaat over zijn onderzoek, waaruit blijkt dat het loont om alcoholverslaafden naast een reguliere therapie ook een cognitieve training aan te bieden. Als zij herhaaldelijk met een joystick bierplaatjes van zich af te duwen, verdwijnt de aandacht voor bier. De professor ziet de mogelijkheden voor personalized mental health: Je kan de trainingen personaliseren door specifieke plaatjes te gebruiken die op de situatie van de cliënt aansluiten.

Stigmatisering

De workshops in de middag bieden handvatten om therapieën op de specifieke kenmerken van de cliënt aan te laten sluiten. Tussendoor is het mogelijk om met ambassadeurs van de Stichting Samen Sterk zonder Stigma 'koffietafelgesprekken' te voeren. Deze ervaringsdeskundigen drukken de deelnemers op het hart om in hun behandeling rekening te houden met de stigmatisering van psychische problematiek. De openhartige cabaretier Marjolijn van Kooten sluit de dag passend af met grappen over haar eigen paniekstoornis.

Lees het volledige verslag van het NIP-jaarcongres op <https://goo.gl/9tXsxN>

Door: Manouk van Egmond

Homoseksuele vluchtelingen en trauma's

'Uit de kast komen' voorwaarde voor behandeling

Op 11 oktober was het 'Coming-Outdag' in Nederland. Meer dan 140 gemeenten hesen de regenboogvlag om te laten zien dat iedereen zichzelf moet kunnen zijn en uitdrukking moet kunnen geven aan zijn of haar seksuele geaardheid. Want dat is belangrijk, stelt Onno de Boer, die als psycholoog-NIP vluchtelingen behandelt die vanwege hun geaardheid in psychische problemen komen. 'Ik roep het NIP op om met een statement te komen.'



Onno de Boer (klinisch psycholoog, psychotherapeut, psychotraumatheapeut) werkt voor Stichting Centrum '45. Deze derdelijns instelling biedt landelijk hoogspecialistische psychotraumabehandeling en ontwikkelt kennis en expertise op het gebied van de psychotraumatologie. De Boer werkt binnen een team met onder anderen seksuoloog Jannetta Bos (psychotherapeut, psychotraumatheapeut) en Nico Hoek (Sociotherapeut).

'We bieden hulpverlening aan getraumatiseerden, ook aan mensen uit conflictgebieden, waaronder veel vluchtelingen,' vertelt De Boer. 'Bij Centrum '45 werken we veel met mensen uit extreem homofobe culturen. Kijkend naar mijn eigen cliëntenpopulatie, denk ik dat emancipatie van de LHBT-groep zeer noodzakelijk is en ook de aandacht behoeft. Er moet hun kenbaar worden gemaakt dat er in Nederland ruimte is voor emancipatie en dat ze die vrijheid hebben.' 'Mensen die we behandelen zijn vanwege hun geaardheid vaak uitgesloten in de maatschappij van herkomst,' vertelt Jannetta Bos, 'en ook vaak seksueel gemarteld. Ze kampen met gevoelens van schuld en schaamte, waar ze niet over kunnen of durven te praten.'

"Wat is het probleem? Er is toch het COC?"

Samen met collega Nico Hoek is De Boer daarom begonnen met het opzetten van poliklinische groepen waarin mannen wordt geleerd open naar elkaar te zijn over hun seksualiteit en

identiteit en over wat er met ze is gebeurd. 'Want onder veel vluchtelingen heerst een enorme zwijgcultuur rond homoseksualiteit,' stelt De Boer, 'en dat zwijgen moet doorbroken worden voordat traumabehandeling mogelijk is.'

Bos: 'Als therapeut moet je heel dicht bij de cliënt blijven, zorgen dat iemand zich veilig voelt en ook toestemming geven dat het goed is om over te praten. Lukt dat praten niet, dan blijft die persoon depressief. Daarbij levert "in de kast blijven" ook seksuele problemen op, zoals erectieproblemen. En als je denkt "ik mag niet zo zijn vanuit mijn geloof" kun je je ontzettend schuldig voelen als je je toch overgeeft aan je fantasieën.'

De Boer: 'De trauma's worden al weggedrukt, en als de seksualiteit daar doorheen gewezen zit, wordt het nog moeilijker om dat trauma toegankelijk te maken. Het zou daarom heel goed zijn als er een plek binnen ggz-instellingen komt waar extra aandacht aan seksualiteit wordt besteed, bijvoorbeeld door behandelvormen in te voeren gericht op het doorbreken van zwijgen. Ik zie dat het bij instellingen nog niet vanzelfsprekend is om het in de behandeling te integreren en er veelal wordt gegrepen naar standaard behandelmodules. "Wat is het probleem," kan er worden gezegd. "Er is toch het COC?"

'Ik zou graag een uitspraak van het NIP zien,' vervolgt De Boer, 'of een kwaliteitskeurmerk, waarin wordt onderstreept hoe ongelofelijk belangrijk het is dat instellingen die extra aandacht voor seksualiteit aanbieden. Dan is een bestuurder eerder geneigd te denken: ja dat moeten we ook doen.'

Voor meer informatie over Stichting Centrum '45, zie www.centrum45.nl

Door: Jeroen van Goor

Strijd tegen administratieve lastendruk

Welke maatregelen treft het NIP?



Declareren, factureren, met de huisarts bellen als de verwijzing niet klopt of als de cliënt toch een nieuwe verwijzing nodig heeft, ROMmen, keurmerken aanvragen, de kwaliteitsstatuut op orde brengen: ook in 2016 is de administratieve lastendruk fors. Uit de resultaten van de jaarlijkse NIP-enquête onder vrijgevestigde zorgaanbieders in het volwassenendomein blijkt dat 56 procent van de respondenten rond een kwart van de werktijd aan administratieve werkzaamheden besteed. Geen verrassing voor Bas Wijffels, senior beleidsmedewerker van het NIP en voorzitter van de werkgroep 'Administratieve lasten - Vrijgevestigden'.

Wanneer is de werkgroep 'Administratieve lasten' opgericht?

Er zijn verschillende werkgroepen in het leven geroepen omdat het evident is dat de opstapeling van wetten en regels voor een te hoge lastendruk zorgt. Omdat GGZ-Nederland wat dat betreft op grote instellingen is gericht, ontstond vorig jaar een werkgroep voor vrijgevestigden. De werkgroep 'Snel en correct declareren' opereerde parallel daaraan. In juli besloten alle betrokken partijen de werkgroepen onder de noemer 'Administratieve lasten' te combineren zodat we niet langer aan verschillende tafels over hetzelfde spreken.

Hoe verloopt de samenwerking?

Beter dan voorheen. De verschillende partijen waren geneigd om de schuldvraag bij elkaar te leggen. 'Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en de Nederlandse zorgautoriteit (NZa) leggen teveel regels op'; 'De zorgverzekeraars hebben teveel verschillende inkoopvoorwaarden'; 'Het is de schuld van de beroepsgroep zelf, de kwaliteitseisen van het NIP zijn te streng'. Men wijst nu minder naar elkaar en is actief bezig met oplossingen.

Waar is de werkgroep nu mee bezig?

We richten ons op tien belangrijke knelpunten die relatief makkelijk te verhelpen zijn. Het NIP neemt samen met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) het voortouw in de monitoring van de zorgverzekeraars: doen zij een stapje terug als het kwaliteitsstatuut is ingesteld? Ook trekt het NIP het traject dat is gericht op het begrijpelijk maken van retourinformatie. Zorgaanbieders blijken vaak niet te snappen waarom een declaratie is afgewezen. We onderzoeken de pijnpunten en zijn met technische diensten zoals Vecozo in gesprek.

Ondanks het bestaan van de werkgroepen is volgens 80 procent van de respondenten de administratieve lastendruk in 2016 toegenomen.

Ik snap dat gevoel. Er zijn telkens nieuwe ontwikkelingen waar zorgaanbieders iets mee moeten. De wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) is aangenomen en er worden in het kader van de *Agenda GGZ voor gepast gebruik en transparantie* verschillende maatregelen ingevoerd. Denk aan het verplichte kwaliteitsstatuut en de ROM-aanlevering, die wel leiden tot een verbeterde kwaliteit van zorg.

Los daarvan; het kost de zorgaanbieder toch gewoon extra tijd?

Als mensen de toegevoegde waarde van dergelijke maatregelen niet zien, is de extra moeite lastiger te accepteren. Zorgaanbieders die al lang in de ggz werkzaam zijn, kunnen bijvoorbeeld van mening zijn dat ROMmen door de zorgverzekeraars is bedacht en verder geen enkel nut heeft. Maar de data-aanlevering stelt de behandelaar in staat om de voortgang van behandelingen met de patiënten te bespreken en de zorg aan te passen aan de zorgvraag.

Ik verwacht dat de administratieve lasten volgend jaar zullen afnemen. Dit jaar moest men bijvoorbeeld het kwaliteitsstatuut invullen; hierna hoeft je dat alleen maar te updaten. Omdat de kwaliteitsborging van de zorgaanbieders openbaar is, zullen ze minder vragen van de buitenwacht krijgen. Al met al zijn de ontwikkelingen in geestelijke gezondheidszorg in veel opzichten vergelijkbaar met de verbouwing van Utrecht Centraal. Nu is er overlast, maar straks is er een prachtig stationsgebied.

Zie voor meer informatie de NIP-nieuwsbrief en de themadossiers Zorgstelsel en Agenda ggz.

Door: Manouk van Egmond

DE KRITISCHE VRAAG



VRAAG

Angelica Albers

basispsycholoog (klinische neuropsychologie)

Het NIP bood mij als student voor een schappelijke prijs een kijkje in haar keuken. Vooral de kortingen op lezingen waren interessant. Maar nu ik ben afgestudeerd en mezelf basispsycholoog mag noemen, liggen de banen niet voor het oprapen. Zonder die baan waar ik zo naarstig naar op zoek ben, vind ik €202 + €45 inschrijfkosten voor een lidmaatschap bij het NIP veel geld. Wat krijg ik als afgestudeerd psycholoog – naast korting op lezingen – hiervoor terug?



ANTWOORD

Hans C.M. de la Parra

Partner Volta Executive Consultants / Voorzitter sectie Mens Werk en Organisatie (WMO)

De investering is kleiner dan je denkt. Het lidmaatschap is fiscaal aftrekbaar want het valt onder professionele onkosten, dus krijg je ongeveer een derde terug. Bovendien profiteer je van verschillende kortingen. Het NIP sluit bijvoorbeeld een collectieve zorgverzekering af waar jij gebruik van kan maken.

De uiteindelijke investering is rond de €100,-. Het kan even pijn doen om dit bedrag te betalen, maar het is voor je professionele ontwikkeling.

Het NIP bekommert zich om jou en behartigt jouw belangen. Bovendien weet het NIP wat de psychologenwereld vraagt. Je krijgt een uitgebreid netwerk en in gesprek met gelijkgestemden kan je erachter komen wat jij moet doen om aan een baan te komen. Wees daar actief in. Je kan je bij de sectie Neuropsychologie aansluiten en vragen wie je moet bellen om jou te helpen.

Verder ben je lid van een professionele vereniging en kan je het dienstmerk PSYCHOLOOG NIP voeren. Een plus voor een werkgever omdat het lidmaatschap bepaalde verplichtingen met zich meebrengt. Ook voor jouw professionele trots is het belangrijk. Het werkt psychologisch om op je kaartje 'Psycholoog NIP' te zetten. Als mensen vragen wat het betekent, kan jij dat vertellen.

Ten slotte besteedt een aparte sectie speciale aandacht aan starten-de psychologen. Deze sectie organiseert relevante workshops, biedt activiteiten gericht op beroepsethiek en helpt je op weg met overzichtelijke informatie over het werkveld.

Het NIP stelt je in de gelegenheid om de manier waarop je nu opereert te veranderen. Grijp die kans aan!



BLIJF ALTIJD EN OVERAL OP DE HOOGTE MET DE **NIP-APP**

De NIP-app is exclusief beschikbaar voor leden van het NIP. De app biedt het laatste nieuws, een agenda met interessante evenementen en alle artikelen uit tijdschrift *De Psycholoog*. Download de app nu gratis in Google Playstore en iOS appstore.

Voor meer informatie: www.psynip.nl/contact-en-service/veelgestelde-vragen/nip-app.html



NIP-LEDEN GENIETEN **MEER VOORDEEL DAN JE DENKT!**

Belangenbehartiging, Informatiecentrum, 11x *De Psycholoog* in de bus, voordeel op bijeenkomsten en verzekeringen. En nu tijdelijk zonder inschrijfkosten. Uw extra voordeel € 45,-.

Wilt u lid worden?

Ga naar www.psynip.nl/lidmaatschap en meld u meteen (weer) aan!

COLOFON DIT KATERN IS IN OPDRACHT VAN HET NIP SAMENGESTELD DOOR JEROEN VAN GOOR EN MANOUK VAN EGMOND. VORMGEVING: STUDIO JORRIT VAN RIJT. MAIL VOOR SUGGESTIES OVER ONDERWERPEN: COMMUNICATIE@PSYNIP.NL

Nieuwe vakliteratuur bij Boom Psychologie en Psychiatrie

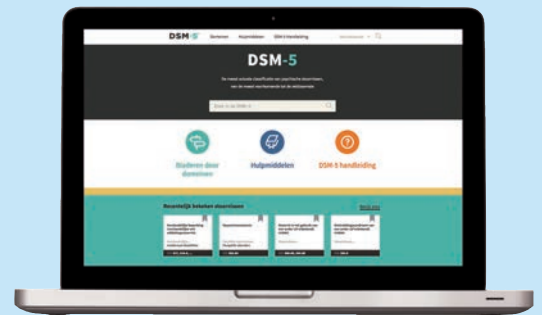
Grip op de DSM-5

Het *DSM-5®: Oefenboek* bevat bijna vijfhonderd meerkeuzevragen over het gebruik van de DSM-5 en het toepassen van de classificatiecriteria. Het is een handig hulpmiddel voor klinici, studenten en andere professionals die zich willen bekwalen in het werken met de DSM-5.

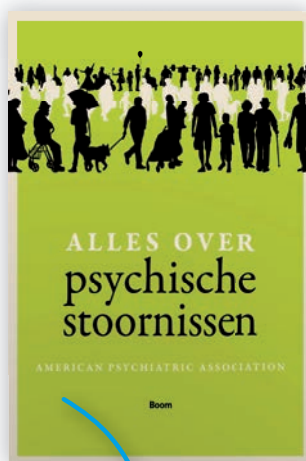
9789089536273
576 pp. | € 59,95



Verwacht: DSM-5® Online



Leren omgaan met je innerlijke criticus



Heldere uitleg voor patiënten en naastbetrokkenen



Eerste hulp bij moeilijke interacties in de spreekkamer

Lees meer en bestel op www.boompsychologie.nl



aldus wijlen Bert Duijker, de Amsterdamse psycholoog die ooit verantwoordelijk was voor de indeling van het vakgebied in verschillende subdisciplines.

Hoe doen niet-psychologen die dag in dag uit met mensen werken aan psychologie?

In deze aflevering

Philip Weijerman
Uroloog in ziekenhuis
Rijnstate

Het is alleen maar leuk om iemand te vertellen dat hij de kalk weer uit de muur kan plassen

PRATEN ALS EEN UROLOOG

De uroloog gaat over klachten van de urinewegen, zoals plasklachten, blaasontsteking, bloed bij de urine, pijn in de nierloge (het gebied waar de nieren liggen, red.) Hij heeft het hele traject in handen: van onderzoek en diagnose tot en met een daadwerkelijke ingreep. Een patiënt wordt vaak door de huisarts naar de uroloog doorgestuurd en die moet vervolgens een diagnose stellen, legt Philip Weijerman uit, uroloog bij ziekenhuis Rijnstate in Arnhem. 'Ik analyseer de mogelijke oorzaken en daaruit volgt een plan voor onderzoek. Ik vraag bijvoorbeeld een echo aan of doe een kijkonderzoek van de blaas. En ook voer ik eventuele ingrepen uit.'

In tegenstelling tot wat mensen misschien denken, zijn patiënten niet alleen mannen op leeftijd. Ook jonge mannen komen bij de uroloog en zo'n twintig tot dertig procent is vrouw. Hoewel het een 'hard medisch' beroep is, is communicatie een belangrijk onderdeel van het vak. 'In het begin ben je vooral bezig met zorgen dat je vakinhoudelijk alles op orde krijgt,' zegt Weijerman. 'Ik wilde vooral geen fouten maken en had toen wat minder aandacht voor de communicatie en de mens achter de patiënt. Maar toen ik het medische gedeelte onder de knie kreeg, is dat steeds meer veranderd.'

Hij vindt het belangrijk dat mensen zich prettig voelen als ze bij hem komen, want naar de uroloog ga je niet voor je lol. Als het enigszins kan begint hij een consult met een informeel gesprek. Daarvan maakt hij ook aantekeningen in het dossier, zodat hij er later op kan terugkomen.

Als mensen slecht nieuws krijgen, past Weijerman zijn manier van communiceren aan. Hij komt zo snel mogelijk ter zake en omdat na slecht nieuws meer dan de helft van wat er gezegd wordt niet blijft hangen, legt hij alles zo simpel mogelijk uit en herhaalt hij een aantal keer wat belangrijk is. 'Ik zeg bijvoorbeeld: "U heeft prostaatkanker, maar het is goed te behandelen en te genezen, dat moet u onthouden." En dat herhaal ik een paar keer heel duidelijk. Daarna krijgen mensen een vervolgspraak, soms met ondersteuning van de oncologie-verpleegkundige, die wat meer tijd voor een patiënt heeft en het goed kan uitleggen.'

Hij let er bij een slechtnieuwsgesprek op dat hij ook perspectief meeg geeft. Zelfs bij heel slecht niets is dat belangrijk. Bijvoorbeeld: 'We kunnen niets meer doen om u te genezen, maar we kunnen aan goede pijnbestrijding doen.'

4,2

Na bijna twintig jaar in Rijnstate gaan de gesprekken over het algemeen wel goed. Maar soms kan het beter. 'Ik kreeg een patiënt die al eerder kanker had gehad. Men was bang dat het op haar blaas was teruggekomen. De uitslag was goed, er waren geen afwijkingen te zien, dat wilde ik haar zo snel mogelijk vertellen. Ze had net een blaaskijkonderzoek gehad en lag nog op de onderzoekstafel in een kwetsbare positie. Ik stond niet voor haar, maar bleef achter haar staan. Dat deed ik bewust om haar wat privacy te gunnen en ik wilde niet wachten met het goede nieuws. Maar zij vond deze situatie heel onprettig. Ze wist bijvoorbeeld niet zeker of ik tegen haar of tegen de coassistent praatte. Dat ging niet goed. We hebben



erover gepraat en toen was de angel eruit, maar het is wel iets waarmee ik rekening moet houden.'

Een ander voorbeeld. Vorig jaar kreeg hij op zorgkaart.nl opeens een 4,2. De klacht was dat hij 'de patiënt niet aankeek'. 'Ik had nek- en rugklachten en had net bureau met een ronde hoek in gebruik genomen. De patiënt die binnenkwam, ging niet in mijn blikveld zitten, maar tegenover het lege gedeelte van mijn bureau. Ik kon de patiënt absoluut niet aankijken als ik naar mijn computer keek. En je moet veel typen in het elektronische patiëntendossier en er ook allerlei ingescande brieven bekijken. Meestal legde ik dat even uit, maar dat ben ik bij deze patiënt vast vergeten. Inhoudelijk was er niets mis, maar de

communicatie ging niet goed. Ik heb via zorgkaart.nl laten weten dat ik er graag over wilde praten, maar daar heeft de patiënt niet meer op gereageerd.'

Hij leest de recensie nogmaals voor, dit lage cijfer dat tussen achten en negens staat, zit hem erg dwars. En zo'n cijfer gaat er niet maar vanaf.

GOED NIEUWS

Als uroloog kan hij gelukkig ook vaak goed nieuws brengen. 'Als iemand moeite heeft met plassen en na een kleine operatie kan hij de kalk weer uit de muur plassen, dan is dat alleen maar leuk om dat te vertellen.'

Communicatie in de operatiekamer moet aan weer andere eisen voldoen. Dat is heel belangrijk, zeker met de nieuwe

technieken. 'Vroeger stonden we met een team aan tafel, nu werken we met een operatierobot. Dan zit ik achter een console met 3-D-zicht, terwijl een assistent aan tafel staat en ondersteuning biedt. Ik moet dan heel goed kunnen aangeven wat er moet gebeuren, dat hij rechts iets met een klem opzij moet houden, waar hij de zuiger precies moet houden. Het is een kwestie van goed samenwerken, het liefst met een vast team, want hoe meer je op elkaar bent ingespeeld, hoe beter het gaat.'

Soms moet hij directief zijn en als het spannend wordt, vloekt hij ook wel eens. 'Achteraf zeg ik daar iets van of ik maak een grapje: mijn Tourette speelde even op. Dan is het goed, maar ook nu moet je er wel even iets over zeggen.'

Obesitas bij kinderen is een urgent mondiaal volksgezondheidsprobleem, aldus de Wereldgezondheidsorganisatie. Hoe kan dit opgelost worden?

Wat is er nodig om de zorg voor kinderen met obesitas en hun ouders te verbeteren? En wat zijn de behandel mogelijkheden voor kinderen die kampen met de ernstige vorm van obesitas? 'Zeker ernstige obesitas kan grote nadelige gevolgen hebben op zowel de korte als lange termijn voor zowel het individuele kind als de maatschapij,' stellen Jutka Halberstadt en Jaap Seidell.

BEHANDELING EN PSYCHOLOGISCHE ASPECTEN

LANGETERMIJN- GEWICHTS- BEHEERSING BIJ KINDEREN MET (ERNSTIGE) OBESITAS

Elk kind heeft recht op een gezond leven (WHO 2016) en dat recht is niet in overeenstemming met de snelle, en grotendeels vermijdbare, toename van het aantal kinderen met overgewicht of obesitas. Obesitas is een ziekte met ernstige gevolgen. Het beïnvloedt de fysieke gezondheid maar ook het psychologische en sociale welbevinden en die invloed is groter naarmate de obesitas ernstiger is. Kinderobesitas is geassocieerd met een verhoogd risico op onder meer diabetes mellitus type 2, hypertensie en leverproblemen (Dietz 1998, Ludwig 2007). En ook met een variëteit aan psychosociale problemen, zoals stigmatisering, gepest worden, sociaal isolement, eetstoornissen, verminderde kwaliteit van leven,

angst en depressie (Gortmaker, Must et al. 1993, Schwimmer, Burwinkle et al. 2003, Ludwig 2007, Puhl & Latner 2007, Griffiths, Parsons et al. 2010, Puder & Munsch 2010, van Wijnen, Boluijt et al. 2010).

Juist de kwetsbare groepen in de samenleving hebben relatief vaker te kampen met obesitas, waardoor het een factor is in de toenemende gezondheidsverschillen in de samenleving. Het verschil in levensverwachting tussen laag- en hoogopgeleiden in Nederland is zes jaar en voor de jaren in als goed ervaren gezondheid is dit verschil negentien jaar (RIVM 2014). Obesitas komt in Nederland bij kinderen in de laagste inkomensklasse driemaal zo vaak voor als bij leeftijdsgenoten in de hoogste inkomensklasse (CBS 2013).

Ook de maatschappij ondervindt gevolgen van de toename van obesitas, door onder meer kosten voor gezondheidszorg en bijvoorbeeld ziekteverzuim (RVZ 2002, Dobbs, Sawers et al. 2014). Volgens het McKinsey Global Institute (Dobbs, Sawers et al. 2014) is de wereldwijde economische impact van obesitas ongeveer twee biljoen dollar, ofwel 2.8 procent van het wereldwijde bruto binnenlands product. Dit is vergelijkbaar met de economische impact van roken. Voor Nederland worden de kosten geschat op twee miljard euro per jaar (RVZ 2002).

GOEDE ZORG

Wat de essentiële componenten van goede zorg zijn en dat die zorg beschikbaar moet zijn voor alle kinderen met obesitas, is inmiddels geen vraag meer. De Wereldgezondheidsorganisatie heeft zich hier onlangs duidelijk over uitgesproken (WHO 2016) en ook in Nederland is dit meermaals vastgesteld (CBO 2008, Van der Meer, Ligtenberg et al. 2009, VWS 2009, PON 2010). Het onderwerp obesitas als chronische maar behandelbare aandoening staat hier inmiddels hoog op de agenda van zowel politici, als beleidsmakers op nationaal en lokaal niveau, en ook uitvoerders van de benodigde ondersteuning en zorg voor de kinderen waar het om gaat.

Goede zorg houdt rekening met de oorzaken van obesitas, vindt plaats in een omgeving waar ook aandacht voor preventie is en leidt tot zowel een betere fysieke gezondheid als een hogere kwaliteit van leven. Wat de normen voor goede zorg zijn, is in Nederland vastgelegd in de Zorgstandaard Obesitas, waarover zo meer. Uit de wetenschappelijke literatuur weten we inmiddels dat effectieve zorg mogelijk is, zelfs voor kinderen met ernstige obesitas. Ter illustratie daarvan beschrijft dit artikel een Nederlands onderzoek naar een gecombineerde leefstijlbehandeling voor deze dikwijls vergeten patiëntengroep.

PREVALENTIE

Om hoeveel kinderen gaat het? Overgewicht en obesitas komt veel voor bij kinderen en is de afgelopen decennia in Nederland sterk toegenomen. De meest recente cijfers, uit 2009, laten zien dat van de kinderen in Nederland ongeveer 14% overgewicht of obesitas heeft. Zowel overgewicht als obesitas, bij zowel jongens als meisjes, was bij de laatste nationale meting in 2009 hoger dan bij de nationale metingen in 1997 en 1980 (Schönbeck, Talma et al. 2011). Inmiddels heeft zo'n 2% van de kinderen obesitas (Schönbeck, Talma et al. 2011) en 0,5% ernstige obesitas (van

Dommelen, Schonbeck et al. 2014). Het percentage kinderen met ernstige obesitas is in subgroepen hoger, tot ruim 2% onder kinderen van Turkse komaf met laagopgeleide ouders (van Dommelen, Schonbeck et al. 2014).

Wereldwijd is het beeld ook dat er een toename van overgewicht en obesitas bij kinderen is de afgelopen 35 jaar. Met een lagere prevalentie in ontwikkelingslanden, waar het percentage overgewicht inclusief obesitas ongeveer 13% is, dan in niet-ontwikkelingslanden waar het ongeveer 23% is (Ng, Fleming et al. 2014).

Obesitas gaat vaak niet over als kinderen volwassen worden (Singh, Mulder et al. 2008). Wereldwijd hebben meer dan 2 miljard van de ruim 7 miljard mensen nu overgewicht, waarvan zo'n 671 miljoen obesitas hebben (Ng, Fleming et al. 2014). In Nederland heeft momenteel ongeveer de helft van de volwassenen overgewicht inclusief obesitas, mannen nog wat meer dan vrouwen. Ongeveer een op de zeven volwassenen heeft obesitas (CBS 2016).

Obesitas wordt als een chronische ziekte beschouwd door onder meer de Wereldgezondheidsorganisatie (sinds 1948; (James 2008)) en in Nederland door de Gezondheidsraad (Gezondheidsraad 2003), zorgprofessionals en patiëntvertegenwoordigers (CBO 2008), het College voor zorgverzekeringen (het tegenwoordige Zorginstituut Nederland) (Van der Meer, Ligtenberg et al. 2009) en het ministerie van Volksgezondheid (VWS 2009).

COMPLEXE OORZAKEN

Waarom worden kinderen (en volwassenen) eigenlijk dik? En waarom worden sommige van hen extreem zwaar? Uiteindelijk komt het neer op een disbalans tussen inname en verbruik. Te veel eten en te weinig bewegen. Maar dat klinkt simpeler dan het is.

De oorzaken voor deze disbalans zijn namelijk divers en het gaat om een heel complex samenspel van deze factoren. Het Britse Foresight Institute heeft de oorzaken in 2007 mooi in kaart gebracht (Butland, Jebb et al. 2007): eetgedrag, beweeggedrag, psychologie, biologie, economie, voedselproductie, infrastructuur, sociale omgeving. Dat heeft allemaal invloed op de energiebalans. Elk van deze factoren bestaat op zich ook weer uit een scala aan aspecten.

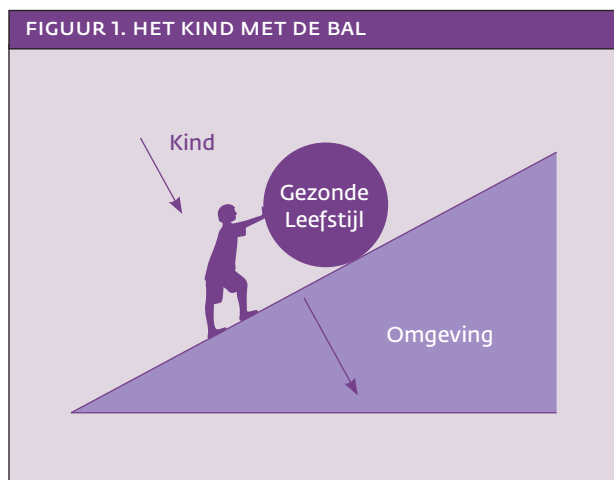
Als een kind te zwaar is, kan dat komen door een aangeboren aanleg om makkelijk zwaar te worden of erg van lekker eten te houden. Het kan ook komen doordat het in een buurt woont waar weinig plek is om veilig buiten te spelen door bijvoorbeeld druk verkeer. Er kan sprake zijn van armoede in het gezin waardoor er minder geld is voor gezond eten en

bijvoorbeeld het lidmaatschap van een sportclub. Of de ouders hebben gebrekkige opvoedvaardigheden en daardoor moeite met het stellen van regels en grenzen op het gebied van eetgedrag. En als het kind pech heeft, spelen al dit soort factoren tegelijkertijd.

INTEGRALE AANPAK

Wat is de oplossing voor dit complexe probleem? Er is een integrale aanpak voor de bestrijding van overgewicht en obesitas nodig, daarover is brede consensus (Huang, Drewnoski et al. 2009, VWS 2009, Dobbs, Sawers et al. 2014, Seidell & Halberstadt 2014, Hawkes, Smith et al. 2015). De hele maatschappij moet betrokken zijn bij de oplossingen: voedingsmiddelenindustrie, winkels, horeca, overheid, politiek, scholen. Want ze hebben allemaal invloed op het individu en langdurige gedragsverandering kan alleen in een omgeving die dat faciliteert. 'Maak gezonde keuzes weer normaal!' is dan ook de slogan van het Nederlandse programma Jongeren Op Gezond Gewicht.

Onderstaande figuur van het kind met de bal illustreert het probleem (Seidell & Halberstadt 2014):



Het is ieders individuele verantwoordelijkheid om gezond te leven. Maar de omgeving van het kind bepaalt sterk hoe moeilijk het is om die bal de helling op te duwen. Daarbij gaat het om allerlei factoren die de helling steiler maken. En die zeker voor kinderen veelal buiten hun invloedssfeer liggen. Zoals wat je te eten krijgt, hoe arm of rijk je bent en waar je woont. Daarnaast spelen de biologie en psychologie van het kind een rol. Die bepalen grotendeels in welke mate het kind in staat is de bal omhoog te rollen

doordat ze gunstig (zoals de genetische aanleg om slank te blijven) of juist ongunstig zijn (bijvoorbeeld op het kinderdagverblijf meerdere keren per dag dik sap krijgen zodat je al jong gewend raakt om je dorst te lessen met zoete dranken). En al die factoren werken ook weer op elkaar in (RIVM 2014). Al met al heeft het dan weinig zin om te zeggen: 'Mevrouw, uw kind moet gewoon minder snoepen en meer bewegen', terwijl ondertussen de samenleving toestaat dat dat kind wordt blootgesteld aan een continue stroom van (marketing voor) goedkoop, lekker en calorierijk voedsel.

KINDEREN OVER HUN OBESITAS

Hubrecht, vijftien jaar, 4 VWO, 1,86 m, 110,8 kg: '(...) Op mijn elfde kwam ik in een jaar zeventien kilo aan. Ik heb het brooddieet gedaan, Sonja Bakker, zelfs Modifast, al kreeg ik daar verschrikkelijk buikpijn van. Ik was ook al bij de diëtist geweest en niets hielp. Toen ik dertien werd was ik het zo verschrikkelijk zat om dik te zijn dat ik naar mijn huisarts ging. Ik was al zo lang bezig, ik werd er gewoon gek van. (...) Ik heb ook bij een psychologe gelopen voor mijn gewicht. Maar die psychologe zei: "Hubrecht zegt niets," dus die is ermee gekapt. (...) Bij die psycholoog kwam ik in het jaar dat mijn zusje overleed, ze was acht jaar. Toen kwam ik die zeventien kilo aan. (...) Ik denk dat het komt door wat ik allemaal heb meegeemaakt, dat ik dat voor mezelf wil houden, dat ik dat zelf wil uitwerken in mijn hoofd. Ik wil eigenlijk niet afhankelijk zijn van andere mensen. (...) Ik wil dat ik normaal ben. Ik ben normaal, maar zie er niet normaal uit. Ik heb altijd het gevoel dat mensen naar je kijken als je langsluip. Ik zie het niet als mijn eigen schuld. Misschien voor een deel, maar ik vind het ook iets dat mij overkwam, iets waar ik op dat moment niets aan kon doen. (...) Het [eten] geeft een goed gevoel, dan zak je weer in, en dan ga je weer eten om dat goede gevoel terug te krijgen. Zo werkt het. (...) Het heeft mijn hele leven bepaald. Over hoe je jezelf voelt, hoe je jezelf gedraagt. Als ik er anders had uitgezien, had ik veel meer vrienden gehad. En een vriendinnetje heb ik niet, dat lijkt me duidelijk. Je bent dik, dus dat is niet leuk. Zo is het gewoon.'

Bron: Boxem, I. & Balhuizen, W. J. (2012). *VET! Kinderen over obesitas. Hoe kom je eraan en kom je er vanaf?*. Utrecht/Antwerpen: Kosmos Uitgevers.

Ouders spelen bij het gezond opgroeien van hun kinderen vanzelfsprekend een belangrijke rol. Zij hebben de taak, dag in dag uit, om hun kinderen te stimuleren tot een gezonde leefstijl en hen hierbij te steunen. Om het goede voorbeeld te geven. En om hulp te zoeken als het niet lukt. Het maatschappelijk pleidooi klinkt steeds luider om als samenleving ouders daarin te faciliteren en in elk geval niet tegen te werken door hun kinderen continu te verleiden tot ongezonde keuzes (Alliantie 2015). En er is toenemend besef dat een substantieel deel van de mensen gehinderd wordt door gebrekkige gezondheidsvaardigheden. Zij zijn simpelweg niet goed in staat informatie over gezondheid te verkrijgen, begrijpen en gebruiken (Fransen, Stronks et al. 2011).

Een leefstijlbehandeling is gericht op gedragsverandering en weinig is zo moeilijk als dat

PREVENTIE EN ZORG Een integrale aanpak betekent dat er naast preventie ook aandacht is voor zorg (VWS 2009, Dietz, Baur et al. 2015). Zoals de Wereldgezondheidsorganisatie onlangs bevestigde in haar rapport over kinderobesitas met daarin de aanbeveling 'Provide family-based, multicomponent, lifestyle weight management services for children and young people who are obese' (WHO 2016). Een goede obesitasbehandeling leidt tot duurzame gedragsverandering op het gebied van leefstijl. Hierdoor verbetert de gezondheid, kwaliteit van leven en maatschappelijke participatie op de korte en lange termijn (PON 2010, AMA 2013).

De afgelopen tien jaar zijn in Nederland verschillende stappen gezet om de diagnostiek en behandeling van obesitas bij kinderen te verbeteren. Een belangrijk onderdeel hiervan is de publicatie van de Zorgstandaard Obesitas (PON 2010) waarin een reeks afspraken is vastgelegd over de zorg voor obesitas. Deze zorgstandaard is gebaseerd op de wetenschap (CBO 2008) en op nationale multidisciplinaire consensus van de betrokken beroepsorganisaties, waaronder het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

Op dit moment wordt in Nederland gewerkt aan het implementeren van de zorgstandaard voor zowel volwassenen (gefaciliteerd door het Partnerschap Overgewicht Nederland) als kinderen (gefaciliteerd door Care for Obesity met financiering van VWS, de auteurs vormen het managementteam van

dit project dat is ondergebracht bij de Vrije Universiteit Amsterdam) (Seidell, Halberstadt et al. 2012, C4O 2016).

ZORGFASEN

Goede zorg betekent integrale zorg, namelijk voor alle niveaus van overgewicht en obesitas en voor alle fases: van signalering en diagnostiek, tot behandeling en (indien nodig langdurige) begeleiding. Volgens de zorgstandaard (PON 2010) dient de zorg en ondersteuning (zo heet het sinds de nieuwe Jeugdwet uit 2015 die van na de zorgstandaard is) voor kinderen met obesitas te bestaan uit vier zorgfasen.

De eerste fase is de diagnostiek. De zorgverlener kijkt: wat is de gewichtssituatie van het kind, zijn er andere ziekten waarmee rekening gehouden moet worden, en wat zijn de persoonlijke omstandigheden van het kind en het gezin? Op basis hiervan wordt een individueel zorgplan gemaakt.

De tweede fase is de intensieve fase van de behandeling. De aanbevolen behandeling is een gecombineerde leefstijl-interventie van een jaar. Zo'n interventie is gericht op voeding, beweging en gedragsverandering. Bij de behandeling van kinderen is het essentieel dat de gezinsaanpak centraal staat. De focus dient verder te liggen op ondersteuning bij zelfmanagement, wat betekent: zorgverleners helpen ouders/verzorgers en kinderen bij het zelf aanpassen van de leefstijl. Het doel van de behandeling is duurzame verbetering van de leefstijl en van de kwaliteit van leven van het kind.

De derde fase is de onderhoudsfase van de behandeling. Deze duurt ook een jaar en is vooral gericht op het bestendigen van de gedragsverandering.

De vierde fase is, indien nodig langdurige, begeleiding bij de gewichtsbeheersing. Die vindt bij voorkeur plaats in de leefomgeving van het gezin.

In deze sluitende keten van zorgfasen is het indien nodig altijd mogelijk om tussentijds terug te keren naar een eerdere fase. Dus bijvoorbeeld bij een onbevredigend behandelresultaat, kan ervoor gekozen worden uitgebreidere diagnostiek te doen.

STEPPED EN MATCHED CARE Bij alle fasen van de obesitas-zorg is *stepped* en *matched care* het uitgangspunt. Dit betekent: de inzet van de zorg is zo laag als mogelijk en zo hoog als nodig. En als de behandeling onvoldoende effectief is, kan een intensievere of andere vorm van behandeling worden ingezet (PON 2010). De verschuiving van de zorg naar een zo laag mogelijke lijn kan allerlei praktische en financiële voordelen hebben. Er wordt op dit moment veel over nagedacht en mee geëxperimenteerd in Nederland.

Het streven is altijd een zo optimaal mogelijke match tussen de patiënt en de behandeling. Dit betekent ook dat er rekening wordt gehouden met zogenaamde co- en multimorbiditeit en de behoeftes, wensen en mogelijkheden van kind en gezin (PON 2010). Zo is het bijvoorbeeld in het geval van psychische stress door schuldenproblematiek wellicht niet haalbaar om meteen in te zetten op een gezonder eetpatroon, maar moet er dan eerst schuldhelpverlening worden opgestart om de stress te verminderen en daarmee ruimte voor verandering in eetpatroon te creëren. En een kind met een depressieve moeder heeft er wellicht veel baat bij als de moeder psychologische hulp voor haar depressie krijgt wanneer er wordt ingezet op een gezondere leefstijl, waar die moeder natuurlijk een belangrijke rol bij speelt.

Behandeling op maat is dus van belang, zoals ook in de zorgstandaard staat. Hierbij helpt het gezamenlijk opstellen van een individueel zorgplan door zorgverleners en het kind en de ouders (PON 2010, CPZ 2012). Dit plan dat wordt vastgesteld na een uitgebreide diagnostische fase, bevat de inhoud en de doelen van de behandelingen en vormt het startpunt van de behandeling. Een centrale zorgverlener speelt zowel bij het maken van het individueel zorgplan als bij de uitvoering ervan een belangrijke coördinerende rol (PON 2010). Op dit moment wordt onder meer in Amsterdam en Den Bosch geëxperimenteerd met het inzetten van centrale zorgverleners vanuit de Jeugdgezondheidszorg (AAGG 2016, OLIC 2016).

Ook de inzet van zogenaomde patiëntprofielen kan helpen de zorg beter passend te maken. Deze zijn in ontwikkeling voor obesitas (NDF 2014). Het uitgangspunt hierbij is dat er rekening wordt gehouden met minimaal drie componenten bij het beoordelen van welke aanpak het beste bij een kind past: het gewichts-gerelateerd gezondheidsrisico (gebaseerd op de mate van overgewicht of obesitas en de aanwezigheid van eventuele (risicofactoren voor) comorbiditeit), de gezondheids-gerelateerde kwaliteit van leven en het vermogen tot zelfmanagement. Bij het verder ontwikkelen en implementeren van deze patiëntprofielen, is het zinvol ook rekening te houden met andere psychosociale factoren die een rol kunnen spelen bij behandelingsucces en die kunnen bijdragen aan een betere afstemming tussen patiënt en behandeling. Meer onderzoek hiernaar zou raadzaam zijn.

BETERE FYSIEKE GEZONDHEID ÉN KWALITEIT VAN LEVEN

Het doel van een obesitasbehandeling is uiteindelijk duurzame verbetering van de leefstijl voor een optimale

verbetering van de fysieke gezondheid en de kwaliteit van leven van het kind. Dat laatste, kwaliteit van leven, is een toevoeging die nog niet geheel is ingeburgerd. Het stond al in de Zorgstandaard Obesitas (PON 2010), maar was nog niet geoperationaliseerd en is minder makkelijk objectief te meten dan zaken zoals gewicht en buikomvang.

Gezondheids-gerelateerde kwaliteit van leven gaat over het fysiek, psychisch en sociaal welbevinden vanuit het perspectief van de patiënt (WHO 1995). Dit is bij kinderen met obesitas vaak verlaagd (Schwimmer, Burwinkle et al. 2003, Buttitta, Iliescu et al. 2014). Zoals een kind het onlangs bij de start van een leefstijlinterventie formuleerde: 'Ik wil graag een gezond gewicht bereiken en hoop dat ik dan niet meer gepest word' (Niemer, Sarti et al. 2016). Het is daarom goed als leefstijlinterventies voor kinderen met obesitas zich zowel op de gewichtstatus als de kwaliteit van leven richten.

Met financiering van het ministerie van Volksgezondheid heeft Care for Obesity meetinstrumenten geselecteerd die geschikt zijn voor het meten van gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven in de Nederlandse praktijk (Noordam 2015, Noordam, Halberstadt et al. ingediend). Momenteel worden de geselecteerde vragenlijsten geïmplementeerd met een digitale tool en een bijbehorende training voor professionals voor gebruik in de praktijk op het gebied van diagnostiek, maar ook als hulp bij het inrichten van de behandeling en als uitkomstmaat.

Langdurige zorg en ondersteuning kunnen helpen terugval in gewicht te voorkomen

De gekozen vragenlijsten zijn de gewichtsspecifieke IWQOL-Kids (Kolotkin, Zeller et al. 2006) (met items zoals 'Vanwege mijn gewicht vermijd ik traplopen zoveel mogelijk', 'Vanwege mijn gewicht schaam ik me voor mijn lichaam', 'Vanwege mijn gewicht staren mensen naar mij', 'Vanwege mijn gewicht maken gezinsleden grapjes over mij') en de generieke PedsQL 4.0 (Varni, Seid et al. 2001) ('Ik heb weinig energie', 'Ik voel me boos', 'Andere kinderen pesten mij', 'Ik ga niet naar school omdat ik me niet lekker voel').

EFFECTIEVE ZORG IS MOGELIJK EHANDLING Een leefstijl-behandeling is per definitie gericht op gedragsverandering

De samenleving staat toe dat kinderen worden blootgesteld aan een continue stroom van (marketing voor) goedkoop, lekker en calorierijk voedsel

en weinig is zo moeilijk als dat. Dat het wel mogelijk is, weten we inmiddels ook. Zo laten een recente meta-analyse (Snethen, Broome et al. 2016) en een systematische Cochrane-review (Oude Luttikhuis, Baur et al. 2009) van gecombineerde leefstijlinterventies zien dat er een positief effect is op het gewicht van kinderen met overgewicht met zowel statistisch significante als klinisch relevante effecten. En ook de kwaliteit van leven van kinderen met obesitas kan verbeteren door een leefstijlinterventie, blijkt uit onderzoek (Griffiths, Parsons et al. 2010, Hoedjes, Makkes et al. submitted).

Het kan professionals die in de praktijk werken met kinderen met obesitas en hun ouders helpen te weten dat er betekenisvolle verbeteringen in gewichtsstatus, gezondheid en kwaliteit van leven bereikt kunnen worden. Daarbij is het van belang altijd goed te kijken naar de wensen, behoeftes en mogelijkheden van het individuele kind en gezin bij het op maat aanbieden van ondersteuning en zorg.

ZORG VOOR ERNSTIGE OBESITAS BIJ KINDEREN

Speciale aandacht is nodig voor de pakweg achttienduizend kinderen onder de negentien jaar in Nederland met de ernstige vorm van obesitas (van Dommelen, Schonbeck et al. 2014). Denk hierbij aan tieners zwaarder dan honderd kilo en aan jonge kinderen die het dubbele wegen van hun leeftijdsgenoten. Voor deze kinderen is de beschikbaarheid van adequate langdurige ondersteuning en zorg extra belangrijk (Halberstadt & Seidell 2012). Helaas zijn de behandelopties momenteel beperkt. Bovendien is de kennis over welke behandeling werkt voor wie gebrekkig (AMA 2013, Kelly, Barlow et al. 2013).

Er wordt in Nederland steeds meer ervaring opgedaan met het ontwikkelen, uitvoeren en evalueren van goede zorg

voor kinderen met ernstige obesitas. Dit heeft onder meer geresulteerd in politieke aandacht, behandelaanbod specifiek voor deze groep, een addendum (Halberstadt & Seidell 2012) bij de Zorgstandaard Obesitas en een proefschrift (Halberstadt 2015).

In het kader van de stepped care kan volgens de Zorgstandaard Obesitas (PON 2010, Halberstadt & Seidell 2012) in de tweede zorgfase, de intensieve fase van de behandeling, voor tijdelijke opname in een gespecialiseerd centrum gekozen worden. Zo'n behandeling is vanuit de Vrije Universiteit Amsterdam onderzocht in het HELIOS-project (de Health Effects of Lifestyle Interventions in Obese children and adolescents Study) (Halberstadt, Makkes et al. 2013). Dat onderzoek zal hieronder nader worden toegelicht.

BEHANDELING MET OPNAME Er deden in totaal 120 kinderen met ernstige obesitas tussen de acht en negentien jaar en hun ouders/verzorgers aan de HELIOS-studie mee. Om hun mate van overgewicht te bepalen, werd gekeken naar de Body Mass Index (BMI). De BMI is een veelgebruikte maat voor overgewicht die wordt berekend door iemands gewicht in kilogrammen te delen door zijn of haar lengte in meters in het kwadraat (kg/m^2). Omdat kinderen nog in de groei zijn, zijn er voor hen leeftijdsspecifieke afkappunten die bepalen wanneer er sprake is van overgewicht, obesitas en ernstige obesitas. De kinderen in het HELIOS-onderzoek hadden gemiddeld een BMI die aangaf dat ze zeer ernstige obesitas hadden, vergelijkbaar met een BMI van meer dan $40 \text{ kg}/\text{m}^2$ bij volwassenen. Hun SDS-BMI, een maat die aangeeft hoeveel standaarddeviaties de BMI boven of onder het gemiddelde is van de BMI-verdeling in de normgroep, was gemiddeld 3.4. Deze cijfers geven aan dat het ging om de zwaarste kinderen

in Nederland. En daarbinnen ging het om de groep bij wie eerdere behandelingen onvoldoende effect hadden gehad en die daarom waren doorverwezen voor tijdelijke opname.

Het onderzoek vond plaats bij Heideheuvel, een kliniek voor de behandeling van kinderen met ernstige obesitas in Hilversum. De behandeling was een groepsbehandeling van een jaar, waarin de kinderen enkele maanden op doorweekse dagen waren opgenomen. In het weekend gingen ze naar huis. Na deze opnameperiode kwamen ze de rest van het behandeljaar regelmatig terug voor herhaalsessies. Hun ouders of verzorgers werden actief betrokken bij de leefstijlbehandeling, die conform de zorgstandaard was gericht op voeding, beweging en gedrag en het implementeren van het geleerde in de thuissituatie.

Het gedragsdeel van de interventie werd uitgevoerd door psychologen, maatschappelijk werkers en groepscoaches in individuele sessies en in groepsessies met zowel kinderen en ouders/verzorgers apart als samen. Daarnaast werden kinderartsen, diëtisten, verpleegkundigen, fysiotherapeuten en bewegingstherapeuten ingezet. Het behandelprogramma maakte gebruik van gedragsveranderingstechnieken, onder meer uit de cognitieve gedragstherapie, om het vermogen tot zelfregulatie te verbeteren.

Het idee hierbij is dat het verbeteren van het algemene vermogen tot zelfregulatie de zelfregulatie van nieuw aangeleerd gezonder gedrag kan faciliteren. Tijdens de behandeling leerden de patiënten bijvoorbeeld uitstel van behoeftebevrediging, het plannen van gedrag en zelfmonitoring van gedrag. De behandeling had verder aandacht voor verstoord eetgedrag, zelfwaardering, self-efficacy, gedragsproblemen, emotionele problemen, autonome motivatie, lichaamsbeeld, uitkomstverwachtingen, stemmingsstoornissen, eet- en beweeggedrag, interactie tussen ouder en kind, voedingsstijl van de ouders, de relatie met peers, lichaamsacceptatie en coping.

Er werden metingen verricht bij de start van de behandeling, aan het einde van de behandeling, en een jaar na het einde van de behandeling. Hierbij zijn telkens gewicht en lengte gemeten, zijn er psychologische vragenlijsten afgenomen (onder meer om te meten of een kind een emotionele eetstijl heeft, met vragen als 'Als je boos bent, heb je dan zin om iets te eten?') en de kinderen deden gedragstaken op de computer om hun vermogen tot zelfregulatie te meten (Halberstadt, Makkes et al. 2013).

Bij aanvang van de behandeling waren bijna alle kinderen extreem zwaar (een gemiddelde SDS-BMI van 3.44). En er was relatief weinig variatie. Na een jaar behandeling waren,

hoewel de meeste kinderen nog steeds extreem zwaar waren, veel kinderen afgevallen (tot een gemiddelde SDS-BMI van 3.03). Een jaar na het einde van de behandeling, bleek dat veel kinderen weer wat waren aangekomen, maar lang niet allemaal (gemiddelde SDS-BMI 3.18) terwijl ze veelal geen verdere ondersteuning of zorg hadden ontvangen. De variatie tussen de kinderen was bij de laatste nameting het grootst. Er waren opvallende individuele verschillen; sommige kinderen eindigden zwaarder dan ze begonnen, andere kinderen vielen af tijdens de behandeling en waren in staat na de behandeling nog verder af te vallen (Halberstadt, De Vet et al. (under review)).

Waar het de onderzoekers om ging, was: kunnen psychologische aspecten deels de verschillen in de mate van gewichtsbehoud na de behandeling verklaren? Met andere woorden: waarom werkt de behandeling op de lange termijn voor het ene kind wel en voor het andere kind niet?

ZELFREGULATIE Bij het onderzoek hiernaar hebben we ons gericht op zelfregulatie. Dat is: het bewust of onbewust sturen van gedachten, emoties, aandacht, impulsen en gedrag om persoonlijke doelen te bereiken (Baumeister & Vohs 2004, Maes & Karoly 2005). Het is bekend dat mensen onderling verschillen in hun vermogen tot zelfregulatie. We hebben gekeken naar generieke zelfregulatie en eetspecifieke zelfregulatie.

De generieke zelfregulatie is gemeten aan de hand van twee facetten die essentieel lijken bij het beheersen van voedselinname (Nederkoorn, Braet et al. 2006, Appelhans, Woolf et al. 2011). Ten eerste responsinhibitie. Dat gaat over het vermogen om je eigen reacties te onderdrukken. En ten tweede gevoeligheid voor beloning. Dat gaat over het genot dat een beloning oplevert en de motivatie om die beloning te verkrijgen. Om deze zelfregulatie te meten werden twee computertaken gebruikt: de Ballontaak voor de gevoeligheid voor beloning (Logan, Schachar et al. 1997, Lejuez, Read et al. 2002) en de Stop Signal Taak voor de responsinhibitie (Logan, Schachar et al. 1997, Duckworth & Kern 2011). De hypothese hierbij was: kinderen met meer responsinhibitie en met minder gevoeligheid voor beloning hebben een beter vermogen tot zelfregulatie en zullen dus beter in staat zijn zelf hun gewicht te beheersen na afloop van de behandeling. Voor deze hypothese vonden we geen ondersteuning. Er was geen verband tussen het vermogen tot generieke zelfregulatie na afloop van de behandeling en de gewichtstatus een jaar later.

En dan de eetspecifieke zelfregulatie. Hiervoor werden drie eetstijlen gemeten met de Nederlandse Vragenlijst voor

Obesitas komt in Nederland bij kinderen in de laagste inkomensklasse driemaal zo vaak voor als bij leeftijdsgenoten in de hoogste inkomensklasse

Eetgedrag-kinderrapportage (Van Strien, Frijters et al. 1986, Braet, Beyers et al. 2012). Ten eerste de lijngerichte eetstijl, die gaat over de neiging om bewust je voedselinname te beperken. Dan de externe eetstijl, die gaat over de neiging om te eten in reactie op externe stimuli, ongeacht of je werkelijk honger hebt. Tot slot de emotionele eetstijl, die gaat over de neiging om te overeten in reactie op negatieve emoties zoals boosheid of verdriet. We wilden vooral weten of de scores voor de eetstijlen aan het einde van de behandeling samenhang met de verandering in gewicht in het jaar na de behandeling. Bij de eet-specifieke zelfregulatie waren de resultaten wisselend voor de verschillende eetstijlen en voor jongens en meisjes. We zagen dat meisjes met een hogere score op lijngericht eten en op extern eten aan het einde van de behandeling, daarna minder goed in staat waren tot gewichtsbeheersing. Voor emotioneel eten bij meisjes vonden we geen verband. En voor jongens zagen we voor geen van de drie eetstijlen een verband (Halberstadt, van Strien et al. 2016).

We hebben dus nog geen eenduidige psychologische factoren ontdekt die de grote verschillen tussen kinderen in lange termijn uitkomsten van de behandeling verklaren. Dat kan aan onze meetmethoden liggen, maar mogelijk zijn er ook andere, sterkere invloeden op eetgedrag en gewicht die de onderzochte psychologische aspecten deels teniet doen. Denk aan het kind met de bal: er zijn allerlei factoren in en buiten het individuele kind die bepalen hoe moeilijk het is de gezond-leven-bal elke dag opnieuw de helling op te duwen.

Het goede nieuws van het HELIOS-onderzoek is dat duurzame gedragsverandering voor kinderen met ernstige obesitas mogelijk bleek. Dit blijkt uit de lange termijn verbeteringen in gewichtstatus, het totale gewichtsverlies bij de eindmeting twee jaar na start van de behandeling was 0.26 SDS-BMI-punten. Effectieve zorg is dus mogelijk, zelfs kinderen die elders 'uitbehandeld' waren vielen flink af. En,

minstens zo belangrijk: hun kwaliteit van leven was gemiddeld verbeterd na de behandeling en dat bleef zo bij follow up, ook als ze weer enigszins in gewicht toenamen (Hoedjes, Makkes et al. (submitted)).

De onderzoeksresultaten HELIOS laten ook zien dat na een intensieve behandeling de hulp gecontinueerd moet worden. Want langdurige zorg en ondersteuning kunnen helpen terugval in gewicht te voorkomen. Voor alle zorgfasen dient daarom een adequaat aanbod beschikbaar te zijn. En zorg op maat is geboden, want zoals ook uit het HELIOS-onderzoek blijkt: niet elke behandeling werkt voor elk kind.

ZORG MOET VERGOED ZIJN

Passend aanbod van ondersteuning en zorg dient niet alleen beschikbaar te zijn voor hen die het nodig hebben en willen, maar dat aanbod dient ook vergoed te zijn. Dit is een punt waarop momenteel op meerdere vlakken stappen gezet worden in Nederland. Het ministerie van VWS heeft aangegeven binnen drie jaar een nationaal bruikbaar model voor de inhoud, organisatie en financiering van ondersteuning en zorg voor kinderobesitas te willen hebben. Zorgverzekeraars en gemeenten hebben beide een verantwoordelijkheid voor de financiering en zullen dit moeten regelen in samenspraak met elkaar, zorgverleners en patiënten. Het project Care for Obesity faciliteert dit proces in de periode 2016-2018 met behulp van proeftuingemeenten waar het landelijk model wordt ontwikkeld.

Een van de ontwikkelingen waarmee geëxperimenteerd wordt, is de inzet van een centrale zorgverlener die de integrale zorg voor kinderen met obesitas coördineert vanuit de Jeugdgezondheidszorg. Het idee is dat deze centrale zorgverlener vergoed kan worden vanuit de basisverzekering (Latta, Van der Meer et al. 2015). Dat past mooi bij de aanbeveling van de Wereldgezondheidsorganisatie over de behandeling van obesitas. Het genoemde WHO-rapport heeft als aanbeveling dat de zorg en ondersteuning voor kinderen met obesitas volledig vergoed wordt. Want, zoals de WHO schrijft: Elk kind heeft het recht op een gezond leven (WHO 2016).

BESLUIT

Obesitas bij kinderen komt (te) veel voor. Zeker ernstige obesitas kan grote nadelige gevolgen hebben op zowel de korte als de lange termijn voor zowel het individuele kind als de maatschappij. Obesitas is een chronische ziekte met een complex scala aan oorzaken die een integrale aanpak vereisen waarbij preventie en zorg worden verbonden.

Onderdeel hiervan is goede zorg en ondersteuning, zodat kinderen geholpen worden hun fysieke gezondheid, kwaliteit van leven en maatschappelijke participatie te verbeteren.

OVER DE AUTEURS

Dr. Jutka Halberstadt is psycholoog. Zij is als universitair docent en onderzoeker Kinderobesitas verbonden aan de Vrije Universiteit Amsterdam (VU). Prof. dr. ir. Jaap Seidell is als hoogleraar Voeding en Gezondheid verbonden aan de VU. Samen vormen zij het managementteam van Care for Obesity. Onderhavig artikel is mede gebaseerd op de dissertatie Long-term weight management in children and adolescents with severe obesity: psychological aspects dat Halberstadt op 14 december 2015 met succes verdedigde aan de VU (<http://dare.uvu.vu.nl/handle/1871/53742>). Correspondentie aangaande dit artikel: E:j.halberstadt@vu.nl.

Literatuur

- AAGG. (2016). "Website Amsterdamse Aanpak Gezond Gewicht." Retrieved 25 juli, 2016, from <https://www.amsterdam.nl/bestu-ur-organisatie/organisatie/sociaal/onderwijs-jeugd-zorg/amsterdamse-aanpak/programma/>.
- Alliantie (2015). *Position Paper. Marketing van voedingsmiddelen gericht op kinderen: mag het gezonder?!*, Alliantie Stop kindermarketing ongezonde voeding.
- AMA (2013). Resolution 420 (A-13). Recognition of Obesity as a Disease, American Medical Association House of Delegates.
- Appelhans, B. M., K. Woolf, S. L. Pagoto, K. L. Schneider, M. C. Whited & R. Liebman (2011). "Inhibiting Food Reward: Delay Discounting, Food Reward Sensitivity, and Palatable Food Intake in Overweight and Obese Women." *Obesity* 19(11): 2175-2182.
- Baumeister, R. F. & K. D. Vohs (2004). *Handbook of self-regulation: research, theory and applications*. New York, Guilford Press.
- Braet, C., W. Beyers, L. Goossens, S. Verbeke & E. Moens (2012). "Subtyping children and adolescents who are overweight based on eating pathology and psychopathology." *Eur Eat Disord Rev* 20(4): 279-286.
- Butland, B., S. Jebb, P. Kopelman, K. McPherson, S. Thomas, J. Mardell & V. Parry (2007). *Foresight. Tackling obesity: future choices*. Project report, Government Office for Science.
- Buttitta, M., C. Iliescu, A. Rousseau & A. Guerrien (2014). "Quality of life in overweight and obese children and adolescents: a literature review." *Qual Life Res* 23(4): 1117-1139.
- C4O (2016). "Website Care for Obesity." Retrieved 25 juli, 2016, from www.partnerschapovergewicht.nl/C4O.
- CBO (2008). *Richtlijn Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen*. Alphen aan den Rijn, Van Zuiden Communications B.V.
- CBS (2013). "Vaker overgewicht jongeren in huishoudens met een lager inkomen." Retrieved 25 juli, 2016, from www.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=81565NED.
- CBS (2016). "Lengte en gewicht van personen, ondergewicht en overgewicht; vanaf 1981" Retrieved 25 juli, 2016, from <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=81565NED>.
- CPZ (2012). *Raamwerk Individueel Zorgplan*, Coördinatieplatform Zorgstandaarden.
- Dietz, W. H. (1998). "Health consequences of obesity in youth: childhood predictors of adult disease." *Pediatrics* 101(3 Pt 2): 518-525.
- Dietz, W. H., L. A. Baur, K. Hall, R. M. Puhl, E. M. Taveras, R. Uauy & P. Kopelman (2015). "Management of obesity: improvement of health-care training and systems for prevention and care." *Lancet* 385(9986): 2521-2533.
- Dobbs, R., C. Sawers, F. Thompson, J. Manyika, J. Woetzel, P. Child, S. McKenna & A. Spatharou (2014). *Overcoming obesity: an initial economic analysis*, McKinsey Global Institute.
- Duckworth, A. L. & M. L. Kern (2011). "A meta-analysis of the convergent validity of self-control measures." *Journal of Research in Personality* 45(3): 259-268.
- Fransen, M. P., K. Stronks & M. L. Essing-Bot (2011). *Gezondheidsvaardigheden: stand van zaken*. Amsterdam, Afdeling Sociale Geneeskunde, AMC, Universiteit van Amsterdam.
- Gezondheidsraad (2003). *Overgewicht en obesitas*. Den Haag, Gezondheidsraad.
- Gortmaker, S. L., A. Must, J. M. Perrin, A. M. Sobol & W. H. Dietz (1993). "Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood." *N Engl J Med* 329(14): 1008-1012.
- Griffiths, L. J., T. J. Parsons & A. J. Hill (2010). "Self-esteem and quality of life in obese children and adolescents: a systematic review." *Int J Pediatr Obes* 5(4): 282-304.

>>

Summary

LONG-TERM WEIGHT MANAGEMENT IN CHILDREN WITH (SEVERE) OBESITY: APPROACH AND PSYCHOLOGICAL ASPECTS
J. HALBERSTADT & J. C. SEIDELL

Childhood obesity is an urgent public health problem worldwide as well as in the Netherlands. An integrated approach combining prevention and health care is needed, especially for those suffering from severe obesity. Adequate long-term management of this chronic disease is imperative, given its possible adverse social, psychological and physical consequences. The aim is, through stepped and matched care, to help children achieve sustainable improvement of their lifestyle in order to improve their physical health, quality of life and societal participation.

- Halberstadt, J. (2015). *Long-term weight management in children and adolescents with severe obesity: psychological aspects* [dissertation]. Amsterdam.
- Halberstadt, J. et al. ((under review)). "The association of self-regulation with weight loss maintenance after an intensive combined lifestyle intervention for children and adolescents with severe obesity."
- Halberstadt, J., S. Makkes, E. de Vet, A. Jansen, C. Nederkoorn, O. H. van der Baan-Slootweg & J. C. Seidell (2013). "The role of self-regulating abilities in long-term weight loss in severely obese children and adolescents undergoing intensive combined lifestyle interventions (HELIOS): rationale, design and methods." *BMC Pediatr* 13(1): 41.
- Halberstadt, J. & J. C. Seidell (2012). *Addendum ernstige kinderobesitas bij de Zorgstandaard Obesitas; Ketenzorg voor kinderen met een extreem verhoogd gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico en hun ouders*. Amsterdam, Partnerschap Overgewicht Nederland.
- Halberstadt, J., T. van Strien, E. de Vet, I. Eekhout, C. Braet & J. C. Seidell (2016). "The association of eating styles with weight change after an intensive combined lifestyle intervention for children and adolescents with severe obesity." *Appetite* 99: 82-90.
- Hawkes, C., T. G. Smith, J. Jewell, J. Wardle, R. A. Hammond, S. Friel, A. M. Thow & J. Kain (2015). "Smart food policies for obesity prevention." *Lancet* 385(9985): 2410-2421.
- Hoedjes, M. et al. (submitted). "Health-related quality of life in severely obese children after intensive lifestyle treatment."
- Huang, T. T., A. Drewnoski, S. Kumanyika & T. A. Glass (2009). "A systems-oriented multilevel framework for addressing obesity in the 21st century." *Prev Chronic Dis* 6(3): A82.
- James, W. P. (2008). "WHO recognition of the global obesity epidemic." *Int J Obes (Lond)* 32 Suppl 7: S120-126.
- Kelly, A. S., S. E. Barlow, G. Rao, T. H. Inge, L. L. Hayman, J. Steinberger, E. M. Urbina, L. J. Ewing & S. R. Daniels (2013). "Severe Obesity in Children and Adolescents: Identification, Associated Health Risks, and Treatment Approaches: A Scientific Statement From the American Heart Association." *Circulation* 128(15): 1689-1712.
- Kolotkin, R. L., M. Zeller, A. C. Modi, G. P. Samsa, N. P. Quinlan, J. A. et al. (2006). "Assessing weight-related quality of life in adolescents." *Obesity* 14(3): 448-457.
- Latta, J., F. Van der Meer & N. Boluyt (2015). *Zorgaanpakken voor kinderen met overgewicht en obesitas: een handreiking*, Zorginstituut Nederland.
- Lejuez, C. W., J. P. Read, C. W. Kahler, J. B. Richards, S. E. Ramsey, G. L. et al. (2002). "Evaluation of a behavioral measure of risk taking: The Balloon Analogue Risk Task (BART)." *J Exp Psychol: Applied* 8(2): 75-84.
- Logan, G. D., R. J. Schachar & R. Tannock (1997). "Impulsivity and inhibitory control." *Psychological Science* 8(1): 60-64.
- Ludwig, D. S. (2007). "Childhood obesity--the shape of things to come." *N Engl J Med* 357(23): 2325-2327.
- Maes, S. & P. Karoly (2005). "Self-Regulation Assessment and Intervention in Physical Health and Illness: A Review." *Applied Psychology* 54(2): 267-299.
- NDF (2014). *Project Patientprofielen*. Verslag van de werkconferentie op 2 oktober 2014.
- Nederkoorn, C., C. Braet, Y. Van Eijs, A. Tanghe & A. Jansen (2006). "Why obese children cannot resist food: The role of impulsivity." *Eating Behaviors* 7(4): 315-322.
- Ng, M., T. Fleming, M. Robinson, B. Thomson, N. Graetz, C. Margono, E. C. Mullany et al. (2014). "Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013." *The Lancet* 384(9945): 766-781.
- Niemer, S., A. Sarti, C. Dedding & J. C. Seidell (2016). "New insights in reasons for children and parents to start a community based lifestyle intervention." Poster for the International Congress on Obesity.
- Noordam, H. (2015). *Factsheet procesevaluatie C4O; Kwaliteit van leven pilot 2014*. Amsterdam, Care for Obesity.
- Noordam, H., J. Halberstadt & J. Seidell (ingediend). "Kwaliteit van levens als onderdeel van de zorg voor kinderen (4-19 jaar) met obesitas." OLIC (2016). Website Obesity Lifestyle Intervention Centre (OLIC). Retrieved 25 juli, 2016, from <http://www.olic.nl/>.
- Oude Luttikhuis, H., L. Baur, H. Jansen, V. A. Shrewsbury, C. O'Malley, R. P. Stolk & C. D. Summerbell (2009). "Interventions for treating obesity in children." *Cochrane Database Syst Rev*(1): CD001872.
- PON (2010). *Zorgstandaard Obesitas*. Amsterdam, Partnerschap Overgewicht Nederland.
- Puder, J. J. & S. Munsch (2010). "Psychological correlates of childhood obesity." *International Journal of Obesity* 34 Suppl 2: S37-43.
- Puhl, R. M. & J. D. Latner (2007). "Stigma, obesity, and the health of the nation's children." *Psychol Bull* 133(4): 557-580.
- RIVM (2014). *Een gezonder Nederland. Kernboodschappen van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014*. Bilthoven, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- RVZ (2002). *Gezondheid en gedrag*. Zoetermeer, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Schönbeck, Y., H. Talma, P. van Dommelen, B. Bakker, S. E. Buitendijk, R. A. HiraSing & S. van Buuren (2011). "Increase in prevalence of overweight in Dutch children and adolescents: a comparison of nationwide growth studies in 1980, 1997 and 2009." *PLoS One* 6(11): e27608.
- Schwimmer, J. B., T. M. Burwinkle & J. W. Varni (2003). "Health-related quality of life of severely obese children and adolescents." *Jama* 289(14): 1813-1819.
- Seidell, J. & J. Halberstadt (2014). *Het voedsellabyrint. Een uitweg uit het doolhof van eetadviezen- en trends*. Amsterdam, Atlas Contact.
- Seidell, J. C., J. Halberstadt, H. Noordam & S. Niemer (2012). "An integrated health care standard for the management and prevention of obesity in the Netherlands." *Fam Pract* 29: 1153-1156.
- Singh, A. S., C. Mulder, J. W. Twisk, W. van Mechelen & M. J. Chinapaw (2008). "Tracking of childhood overweight into adulthood: a systematic review of the literature." *Obes Rev* 9(5): 474-488.
- Snethen, J. A., M. E. Broome, P. Treisman, E. Castro & S. T. Kelber (2016). "Effective Weight Loss for Children: A Meta-analysis of Intervention Studies 2002-2015." *Worldviews on Evidence-Based Nursing*: n/a-n/a.
- Van der Meer, F. M., G. Ligtenberg & P. A. Staal (2009). *Preventie bij overgewicht en obesitas: de gecombineerde leefstijlinterventie*, College voor zorgverzekeringen.
- Van Dommelen, P., Y. Schonbeck, S. van Buuren & R. A. HiraSing (2014). "Trends in a life threatening condition: morbid obesity in Dutch, Turkish and Moroccan children in The Netherlands." *PLoS One* 9(4): e94299.
- Van Strien, T., J. E. Frijters, G. P. Bergers & P. B. Defares (1986). "The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior." *Int J Eat Disord* 5(2): 295-315.
- Van Wijnen, L. G., P. R. Boluijt, H. B. Hoeven-Mulder, W. J. Bemelmans & G. C. Wendel-Vos (2010). "Weight status, psychological health, suicidal thoughts, and suicide attempts in Dutch adolescents: results from the 2003 E-MOVO project." *Obesity* 18(5): 1059-1061.
- Varni, J. W., M. Seid & P. S. Kurtin (2001). "PedsQL 4.0: reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory version 4.0 generic core scales in healthy and patient populations." *Med Care* 39(8): 800-812.
- VWS (2009). *Nota overgewicht. Uit balans: de last van overgewicht*. Den Haag, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- WHO (1995). "The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization." *Social Science & Medicine* 41(10): 1403-1409.
- WHO (2016). *Report of the commission on ending childhood obesity*. Geneva, World Health Organization.

1st official **SIPS** Conference on **Placebo** Studies

Wij nodigen u van harte
uit voor het eerste officiële **SIPS** congres

30 internationaal toonaangevende sprekers op dit gebied zullen spreken over:

- **Optimaliseren van behandel-effecten** door gebruik van het placebo effect
- **Patiënt-Therapeut interactie** en het placebo effect
- **Psychotherapie en Placebo**
- **Ethische aspecten** van het gebruik van placebo behandelingen in de praktijk

Accreditatie voor Psychologen, Psychiaters en Huisartsen wordt aangevraagd.

Meer informatie op www.sipsconference.com

DATUM April 2 - 4, 2017

LOCATIE Stadsgehoorzaal te Leiden

INDIENEN VAN ABSTRACTS Tot 1 december 2016

SIPS ociety for interdisciplinary **placebo** studies



Universiteit
Leiden



CONGRES NEUROPSYCHOTHERAPIE

Toepassing van psychotherapie bij (niet aangeboren) hersenaandoeningen

Wilt u de nieuwste inzichten in de toepassing van psychotherapie voor patiënten met een (niet aangeboren) hersenaandoening? Wilt u meer weten over de behandeling van specifieke problemen van deze patiënten? Nationale en internationale experts, waaronder dr. Rudi Coetzer (UK) en dr. Fergus Gracey (UK), lichten aan de hand van hun kennis en ervaring hun aanpak toe.

Accreditatie wordt aangevraagd bij FGzPt, VRA, NVvP en NVVS.

WWW.RCSW.NL/NEUROPSYCHOTHERAPIE

Antropia, Cultuur- en Congrescentrum Driebergen

Georganiseerd i.s.m. de redactie van het handboek Neuropsychotherapie, de NIP secties Neuropsychologie en Revalidatie en BOOM uitgevers Amsterdam.

9 DECEMBER
2016

Ook georganiseerd door RCSW:

Cursus eHELD

eHealth voor psychologische en
pedagogische hulpverlening

- Apps en digitale middelen ervaren en gebruiken
- Vaardigheden in online communiceren aanscherpen
- Nieuwste wetenschappelijke inzichten

Accreditatie FGzPt, NIP-Eerstelijns-
psychologie, NIP K&J/NVO OG, POH-GGZ

Start 13 DECEMBER 2016 Nijmegen

www.rcsw.nl/eheld

RADBOUD CENTRUM
SOCIALE WETENSCHAPPEN
Opleiders in Mens & Maatschappij

Het Radboud Centrum Sociale Wetenschappen is onderdeel van de **Radboud Universiteit**



JUNIOR – IVANA VAN BERKEL

Van jongs af aan wilde ik mensen helpen. Aanvankelijk was mijn plan om verpleegster te worden, maar ik kan niet zo goed tegen bloed. Op mijn twaalfde vulde ik een beroepskeuzetest uit de *Hitkrant* in en kreeg het advies om psycholoog te worden. Uiteindelijk ben ik de opleiding echt gaan volgen aan de Erasmus Universiteit.

Na mijn bachelor heb ik voor de klinische master gekozen. In mijn laatste studiejaar heb ik een onderzoeksstage gedaan. Ik liep mee met een promovenda die aan het Instituut Voor Verslavingsonderzoek (ivo) in Rotterdam onderzoek deed naar afhankelijkheid van alcohol. Om meer kans te maken op een baan als behandelaar heb ik mijn studie met negen maanden verlengd, zodat ik ook een praktijkstage kon lopen bij een instelling waar men zich richt op zorgmijders in Rotterdam-Zuid. Na mijn stage mocht ik er nog een paar maanden blijven om iemand te vervangen die met zwangerschapsverlof ging. Het beviel zo goed dat ik daarna nog een jaar mocht blijven.

Eind dit jaar loopt mijn contract af, het is nog onzeker wat er daarna komt. Daarom ben ik nu aan het rondkijken en solliciteren. Psycholoog zijn binnen een multidisciplinair team dat zich richt op zorgmijders is een uitdagende taak. De doelgroep is heel breed. Het is een kunst om een bandje op te bouwen met zorgmijders. “Een bandje opbouwen” zo zeggen we dat hier, het moet niet te zwaar klinken, het is geen stevige persoonlijke vertrouwensband, maar een therapeutisch contact. Het is gaaf als het lukt.

WINKELCENTRUM

Mijn beste ervaring met dit werk was die met een angstige patiënt die ik thuis bezocht. We praatten over zijn angst, ik vroeg waar de angst vandaan kwam en of zijn gedachten erover wel klopten. Vervolgens zijn we een plan gaan maken voor exposure en is het na een aantal sessies gelukt om met hem naar een winkelcentrum te gaan waar hij zes jaar niet was geweest. Achteraf bedankte hij me, zelf was hij nooit zover gekomen. Die erkenning vond ik heel fijn.

Als het lukt is het een kick, maar van cliënten krijg je lang niet altijd de waardering waarop je hoopt. Het is een lastige doelgroep. Zorgmijders houden zich maar moeizaam aan afspraken en missen vaak ziekte-inzicht. Neem achterdochtige cliënten die denken dat ze worden achtervolgd of gehypnotiseerd, je loopt het risico dat ze gaan denken dat jij erbij hoort, dat jij ze hypnotiseert en hen medicatie wil aanpraten. Dan vragen ze: “Waarom luister je niet gewoon?” En: “Waarom schakel je de politie niet in?” Soms duurt het wel een half jaar om een bandje op te bouwen en naar een ziekte-inzicht toe te werken. Wat ik in zo’n geval doe? Uiteraard bel ik de politie niet, maar ik zorg ervoor dat ik hen ook niet veroordeel. Ik leef mee en vraag waarmee ik misschien wel kan helpen. En ik ga een keer langs met de psychiater die voorzichtig informeert over hoe de cliënt tegenover medicatiegebruik staat. Soms gaan cliënten erin mee, maar vaak genoeg sta ik voor een gesloten deur.

ZERE PLEK

De zwaarste ervaring? Dat was een patiënt



die me tijdens de intake confronteerde met mijn eigen onzekerheid. Het was een man met een narcistische persoonlijkheidsstoornis. Ik haalde hem op uit de wachtkamer en hij zei: “Wat is dit nou? Zo’n jong meisje! Als er een grote brand heerst, ruikt toch ook het hele korps uit en niet een zelig klein brandweerwagentje!” Ik schrok. Ik weet dat het die stoornis is, maar hij drukte op mijn zere plek: ik begin net, ben inderdaad nog jong en ook nog onzeker. Ik legde uit dat de procedure is: ik doe de intake, daarvoor ben ik opgeleid en daarna zou iemand anders de behandeling voortzetten. Als hij een voorkeur had voor een ouder



FOTO: EEF BONGERS

iemand met veel levenservaring, dan zouden we daar rekening mee houden. Hij ging akkoord. Op het moment zelf ging het wel goed, maar daarna had ik er last van en werd ik emotioneel. Ik ben met een collega gaan praten, zij heeft me goed opgevangen. Ze sprak me toe: als iemand zo persoonlijk wordt, dan is dat moeilijk. Dat kan zelfs na twintig jaar nog zo zijn. Het had iedereen kunnen gebeuren.

De doelgroep is heel breed, mensen kampen met uiteenlopende psychiatrische problemen, zoals persoonlijkheidsstoornissen, depressie of angst.

Daarnaast spelen vaak ook andere zaken, zoals verslaving, financiële problemen, woonproblemen en er ontbreekt vaak een stevig sociaal netwerk waarop patiënten kunnen terugvallen.

Het werk is uitdagend, ik leer veel, maar aan de daadwerkelijke behandeling kom ik vaak niet toe. Uiteindelijk zou ik me als psycholoog wel graag willen specialiseren, bijvoorbeeld in patiënten met depressie en angst. Ik zou exposuretherapie als specialisme willen hebben, ik ben geduldig en empathisch. Maar dat komt nog wel,

ik ben blij met dit werk, ik werk in een fijn team en leuke banen zijn niet dik gezaaid.'

Soms duurt het wel een halfjaar om een bandje op te bouwen en naar een ziekte-inzicht toe te werken

SUÏCIDEPREVENTIE IN DE PRAKTIJK

EEN KOEL HOOFD EN EEN WARM HART



In 2015 pleegden 1871 mensen zelfmoord. Ongeveer de helft van de suicideplegers was in behandeling in de ggz. Twee psychologen – Marianne de Haas en Sabine Stellingwerf – over het belang van suicidepreventie, goede samenwerking in de keten en het durven vragen of iemand met zelfmoordgedachten rondloopt. ‘Als je weet hoe je kunt reageren als iemand op deze vraag “ja” antwoordt, is het niet meer zo moeilijk erover te praten.’



‘Blijf luisteren, wees open en oordeel niet’

Marianne de Haas werkt als gz-psychooloog bij gezondheidscentrum Wantveld te Noordwijk. Ze vertelt over een vrij recente zelfmoord door een jonge man over wie ze via zijn gezinsleden hoorde. ‘Zijn zus kwam bij mij in verband met een heel ander type klacht. Ik had haar broer wel eens gezien en veel over hem gehoord. Hij was een leuke, getalenteerde en intelligente man, groeide op in een warm en hecht gezin met drie kinderen.’

Zijn gezinsleden omschreven hem als een sfeermaker en grote steun voor zijn zusje. Hij was ergens anders in behandeling en kreeg antidepressiva. Over zijn klachten en behandeling leek hij open naar de rest van het gezin. De Haas: ‘Zijn ouders denken dat de behandelaar hem te weinig face to face gesproken heeft en niet goed heeft doorgevraagd. Ze hebben hun bedenkingen over het medicatiebeleid en brengen zijn suïcide daarmee in verband. Ik weet niet of dat terecht is, maar deze gebeurtenis heeft me nog eens met de neus op de feiten gedrukt: je kunt niet genoeg doorvragen. Ook bij patiënten die medicatie krijgen van een arts of psychiater en die je als psycholoog in behandeling hebt.’

IN GESPREK

De Haas is bij Wantveld ook programmacoördinator ggz. Ze speelt een sleutelrol bij het suïcidepreventiebeleid van het gezondheidscentrum, dat zij momenteel vormgeeft. Doel van dit beleid is om zo adequaat en efficiënt mogelijk om te gaan met patiënten die suïcidale gedachten hebben, of ze dat nu uiten tegen de diëtist of tegen de psycholoog. Ze kwam in contact met 113, het landelijke platform voor suïcidepreventie, omdat in hun gezondheidscentrum al heel lang artsen nauw met ggz-professionals samenwerken. Ze zitten ook in hetzelfde gebouw.

Stichting 113 wilde een pilot met Wantveld doen en bood een gatekeeperstraining (zie kader) aan. De Haas: ‘We nodigden vervolgens 113 uit voor een themalunch en waren verbaasd hoeveel collega’s geïnteresseerd aanschoven. We wisten eigenlijk niet dat niet alleen de psychiater, artsen en psychologen, maar ook de assistenten, praktijkondersteuners, apothekers, diëtisten en fysiotherapeuten te maken hebben met mensen die zich wel eens laten ontvallen “dat het voor hen niet meer hoeft”. Iedereen wilde wel handvatten om beter op zulke situaties in te kunnen spelen. Uiteindelijk volgden collega’s uit alle disciplines de gatekeeperstraining. Een tweede training staat inmiddels gepland, voor degenen die er de eerste keer niet bij konden zijn.’

Wat hebben zij gehad aan de training? De Haas: ‘We leerden – heel praktisch – om over suïcide in gesprek te gaan. Om niet

krampachtig of paniekerig te reageren als iemand suïcidale gedachten uit. Vraag of iemand dood wil. Als je weet hoe je kunt reageren als iemand op deze vraag “ja” antwoordt, is het niet meer zo moeilijk erover te praten. Ook hebben we geleerd hoe we een zo goed mogelijke inschatting kunnen maken van de ernst van de suïcidale gedachten of plannen. Daarnaast hebben we aandacht besteed aan hoe we zelf tegenover de dood en zelfmoord staan en aan mogelijke ervaringen die we hebben met suïcides.’

VOORoordeel

‘Contact kunnen maken met mensen over hun zelfmoordgedachten is cruciaal,’ zegt Sabine Stellingwerf, eveneens gz-psychooloog en hoofd van de professionele behandelafdeling van 113. ‘Zonder werkelijk contact is een goede risico-inschatting niet mogelijk.’

Stellingwerf geeft ook zelf suïcide-preventietrainingen en vertelt dat ze nog regelmatig het vooroordeel aantreft dat erover praten misschien suïcide plegen juist uitlokt. Ook collega-psychologen denken er nog wel eens zo over, aldus Stellingwerf. ‘Terwijl we weten dat dit beslist niet het geval is. Het is juist goed erover te praten. Sterker: we moeten erover willen praten, zeker als de cliënt aangeeft erover te willen vertellen. Gaan we er niet op in of reageren we krampachtig, dan wijzen we de cliënt in zijn wanhoop enkel af en is-ie nog verder van huis.’

Wat moet je dan doen als psycholoog als een cliënt zich suïcidaal uit? ‘Blijf in contact,’ benadrukt Stellingwerf. ‘Blijf

luisteren, wees open en oordeel niet. Vraag door en geef hem of haar het gevoel dat hij een goede stap heeft gezet door jou in vertrouwen te nemen. Bewaar de rust. Het kunnen verdragen dat iemand aan zelfmoord denkt is heel belangrijk.'

Op de vraag wat de rol van een psycholoog is als cliënten zich uitlaten over zelfmoord, zegt Stellingwerf dat er twee opties zijn. 'Ofwel de cliënt is in acuut gevaar, heeft een plan en bijvoorbeeld al een datum. Dan zou je zo iemand voor zichzelf moeten behoeden door bijvoorbeeld een opname, vrijwillig of desnoods gedwongen. Betrek waar mogelijk ook de naasten.'

Maar er zijn ook mensen, aldus Stellingwerf, bij wie de gedachten aan zelfmoord blijven en die geen uitgewerkt plan hebben. Voor hen is zelfmoord vaak een mogelijke uitweg, een oplossing voor hun problemen. Zolang er nog geen alternatieve oplossing is, zou de psycholoog rustig moeten blijven en het onderwerp open moeten willen bespreken, anders neemt de paniek bij de cliënt alleen maar toe.

Wanneer behandel je als eerstelijns psycholoog zelf en wanneer draag je de behandeling over aan de specialistische zorg? Stellingwerf: 'Het belangrijkste is: hoe draag je over. Het is goed je grenzen te kennen en iemand specialistische hulp te gunnen, maar de cliënt vertelt het niet voor niets aan jou. Ga het gesprek dus wel aan, rond het goed af en heb bijvoorbeeld met de nieuwe hulpverlener eerst een gesprek met z'n drieën. Zo vermijd je dat je de cliënt het gevoel geeft dat het je

boven de pet groeit en dat hij z'n verhaal niet meer kwijt kan. Dit is ook precies wat ze horen bij 113Online, de 24-uurstelefoon- en chatlijn voor mensen die suïcidale gedachten hebben.'

SCHULD

Tijdens hun studie hebben De Haas en Stellingwerf niet geleerd met suïcidaliteit om te gaan. 'Het is geen stoornis,' zegt Stellingwerf. 'Je ziet dat opleidingen zijn ingericht op stoornissen. Suïcidaliteit is een overkoepelend fenomeen, dat net zo goed bij schizofrene mensen voorkomt als bij mensen die ogenschijnlijk niks mankeren. Je hoort nog regelmatig hulpverleners zeggen dat als iemand het wil doen, hij het toch wel doet.'

Hetgeen overigens niet klopt. Je kunt wel degelijk een groot verschil maken, meent Stellingwerf. Daarom vinden zowel zij als De Haas dat tijdens de studie psychologie studenten meer moeten leren over suïcidaliteit, maar ook moeten leren communiceren met suïcidale mensen. Praktisch, door middel van rollenspelen.

Beide psychologen praten veel met collega's over suïcidaal gedrag waarmee ze te maken hebben. 'Delen maakt het gemakkelijker om mee om te gaan, en je kunt je manier van handelen toetsen,' zegt De Haas.

Stellingwerf beaamt dit, maar voegt wel een kanttekening toe. 'Er blijft toch vaak iets van schuld hangen, als een cliënt van jou

WAT GEBEURT ER ZOAL OP HET GEBIED VAN SUÏCIDEPREVENTIE?

- Minister Schippers steunt de Landelijke Agenda Suïcidepreventie, die momenteel onder coördinatie van 113Online wordt uitgevoerd. 113Online werkt samen met het NIP en allerlei andere betrokken beroepsgroepen en heeft zelf dagelijks hulplijnen openstaan voor mensen die suïcidaal zijn. Daarnaast fungeert 113Online als kenniscentrum, vergroot ze het bewustzijn over suïcidepreventie en biedt ze trainingen aan, om professionals te leren hoe ze aan suïcidepreventie kunnen werken vanuit hun dagelijkse praktijk. www.113.nl
- Een voorbeeld van trainingen die 113Online aanbiedt is de gatekeeperstraining. Deze training is ontwikkeld voor mensen in allerlei beroepen die te maken kunnen krijgen met suïcidale mensen, bijvoorbeeld mentoren op school, doktersassistenten, schuldhulpverleners of deurwaarders. Ze leren zelfmoordgedachten te benoemen, ze oefenen gespreksvoering met suïcidale mensen en leren mensen adequaat door te verwijzen naar de juiste hulp. Een praktisch voorbeeld uit deze training is bijvoorbeeld het oefenen - met acteurs - om de schroom om over zelfmoord te gaan praten los te laten.
- De Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag is ontwikkeld door de Nederlandse Vereniging van Psychiatrie (NVvP), het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) en de V&VN (2012). Hierin zijn adviezen te vinden over diagnostiek, behandeling, communicatie met suïcidale mensen en naasten en hoe te handelen na een suïcide. Te downloaden via www.ggzrichtlijnen.nl

zelfmoord pleegt. Je gaat je bijvoorbeeld uitgebreid verantwoordelijk voelen, uit – vermeend – schuldgevoel. Ook als collega's moet je oppassen om niet in een schuld-sfeer te belanden. Je kunt je immers – onbedoeld – gaan afvragen of je collega het wel goed heeft gedaan. En je kunt opgelucht zijn, dat het niet jouw cliënt is. Zo neem je in feite al afstand van je collega.'

Er volgt doorgaans een onderzoek hoe de suïcide is verlopen. 'Dat is goed,' vervolgt Stellingwerf. 'En dat moet ook, daar leren we van voor de toekomst.'

Hoe kun je nu zo goed mogelijk voor cliënten zorgen, maar tegelijk ook – als collega's – voor elkaar? Een schuldcultuur zorgt er immers niet voor dat je je werk beter of met meer voldoening doet. Stellingwerf: 'Misschien zouden we het voorkomen van suïcide als iets van een instelling moeten zien, in plaats van de betreffende behandelaar aan te kijken. Het overkomt immers veel hulpverleners wel een keer in hun loopbaan. Bovendien kun je lang niet altijd van schuld spréken.'

ZELFEUTHANASIE

Wanneer is er sprake van goed suïcidepreventiebeleid in een organisatie? In Wantveld stelt De Haas iedere beroepsgroep die direct in contact komt met cliënten door middel van de gatekeeperstraining in staat het gesprek over suïcide aan te gaan. Bovendien leert iedereen een betere inschatting te maken, over of er sprake is van een acuut gevaar of (nog) niet. De assistente

bijvoorbeeld, die door de cliënt in vertrouwen wordt genomen over zijn suïcidale gedachten, neemt dus al een deeltje van het werk van de psycholoog of huisarts over en kan meteen naar de juiste persoon doorverwijzen. Onderlinge communicatie over suïcidaliteit wordt zo eveneens laagdrempeliger binnen het samenwerkingsverband. Ook een veiligheidsplan en het betrekken van naasten is onderdeel van hun beleid: ze leggen vast wat zij (en wat de cliënt zelf, en de omgeving) kunnen doen om de veiligheid voor die cliënt zo groot mogelijk te laten zijn en maken daar afspraken over.

Dit is evenwel geen common practice. Stellingwerf spreekt bijvoorbeeld regelmatig collega's – buiten 113Online – die nog steeds contracten maken met cliënten, die moeten ondertekenen dat zij de komende tijd, tot bijvoorbeeld de volgende afspraak, geen zelfmoord plegen. 'Je vraagt dan eigenlijk aan een cliënt om van zijn oplossing voor zijn pijn en problemen af te zien zodat jij als hulpverlener 's avonds rustig de deur dicht kan trekken, zonder dat je die persoon daar iets voor teruggeeft.'

Stellingwerf denkt dan ook dat het voor iedere hulpverlener zinvol is het beleid rond suïcide waar je mee werkt eens goed te bekijken. 'Vraag je af voor wie dit beleid eigenlijk is gemaakt. Voor de cliënt? Wordt die er beter van? Of voor onszelf, om ons in te kunnen dekken? Voelt het niet goed, maak het dan bespreekbaar binnen je organisatie.'

Is suïcidepreventie altijd het

beste om te doen? Of zijn er ook momenten waarop je juist niet moet willen voorkomen dat iemand z'n leven beëindigt? 'In het begin is het altijd goed te proberen te begrijpen waar de wanhoop vandaan komt en die weg te nemen,' zegt De Haas. 'Maar er kan best een uitzichtloze situatie ontstaan waarin ik met de cliënt (en eventueel de naasten) de mogelijkheid van euthanasie zou kunnen bespreken.'

De Haas zou het wel aan een gespecialiseerde hulpverlener overlaten hen daarin te begeleiden, ook al kan ze zich voorstellen aan de zijlijn betrokken te willen blijven. 'Ik ben niet principieel tegen (het bespreken van) euthanasie, of het nu door een arts gebeurt of door de cliënt zelf.'

Ook Stellingwerf is niet principieel tegen euthanasie, al heeft ze met 'zelfeuthanasie' meer moeite. 'Het is cruciaal dat een zo objectief mogelijke buitenstaander meekijkt. Er zijn immers zoveel mensen die een poging hebben gedaan en die toch blij zijn dat ze er nog zijn. We moeten er echt alles aan doen om zelfmoorden gepleegd in eenzaamheid te voorkomen.'

Dat kan nog veel beter dan nu gebeurt, besluit Stellingwerf. 'Zelfmoord is niet alleen voor de cliënt zelf erg gewelddadig, maar ook voor de naasten vaak een ramp. Bovendien is zelfmoord voor naasten veel moeilijker te verwerken dan euthanasie.'

Claudia Hulshof is journalist en tekstschrijver. E-mail: info@claudia.nu.



Rijksoverheid

Ben jij de psycholoog met managementvaardigheden?

Werken bij de Rijksoverheid betekent een bijdrage leveren aan een beter Nederland. Je werkt mee aan rechtvaardigheid door vrijheidsstraffen ten uitvoer te brengen en door ingesloten personen een kans te bieden op een maatschappelijk aanvaardbaar bestaan. Thema's die zorgen voor een veilige en rechtvaardige Nederlandse samenleving.

Afdelingshoofd psychologie m/v

Ministerie van Veiligheid en Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen, NIFP, Pieter Baan Centrum, Utrecht

Opleiding en salarisspecificatie

Je hebt universitair niveau en bent BIG-geregistreerd als GZ-psycholoog of klinisch psycholoog. Je bent bij voorkeur NRGD-geregistreerd, of je bent bereid dit intern te halen. Je maximale salaris is € 5.837,- bij 36 uur per week.

Je stuurt medewerkers van de vakgroep Psychologie en de Dienst Ondersteuning Psychodiagnostiek aan. Je bevordert en bewaakt de deskundigheid en de kwaliteit van het werk van de afdeling. Ook voer je zelf psychologisch onderzoek uit.

Info www.werkenvoornederland.nl/DJ1160288

www.werkenvoornederland.nl

Werken voor **Nederland**

RINO • amsterdam

opleiding en inspiratie voor professionals in de GGZ

→ Een selectie uit onze opleidingen

Opleidingsroute A&O/A&G

modulaire postacademische opleiding

www.rino.nl/A&O-A&G | start najaar 2016

Opleiding tot Schoolpsycholoog

2-jarige postacademische opleiding

www.rino.nl/SP | start januari 2017

Profielopleiding Ouderenpsycholoog

1,5 jarige vervolgopleiding voor GZ-psychologen

www.rino.nl/PO-O | start januari 2017

→ Een selectie uit ons overige aanbod

No Prob, ik kom voor mezelf op!

Assertiviteitstraining voor jongeren van 12 tot 16 jaar

www.rino.nl/847 | 25 november 2016

Symposium Suïcidaal Gedrag bij Jongeren

www.rino.nl/991 | 15 december 2016

Trauma Focused Cognitive Behavioral Therapy

opleiding TF-CBT i.s.m. de Bascule

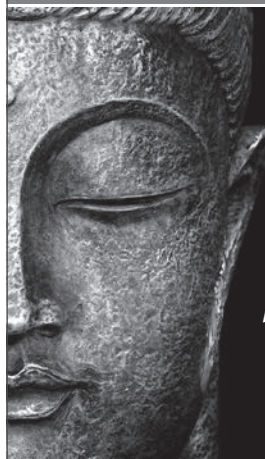
www.rino.nl/036 | voorjaar 2017

Zie ook www.rino.nl voor het overige aanbod.



Radboud Universitair Medisch Centrum
voor Mindfulness

Mindfulness



START
NIEUWE GROEP
vrijdag
17 februari
2017

Een 1,5-jarige
postacademische opleiding
tot mindfulnesstrainer

Voor professionals in de gezondheidszorg,
welzijn, onderwijs en management

www.radboudcentrumvoormindfulness.nl

Richard is door de rechter veroordeeld tot twee jaar voorwaardelijk, een behandelingstraject gedurende die periode en reclasseringstoezicht voor mishandeling en het bezitten van kinderporno. In het kader van de behandeling krijgt hij te maken met systeemtherapeut Francien. Hoofdbehandelaar is Gerda, gezondheidszorgpsycholoog. Francien maakt helaas een fout, die leidt tot een klacht tegen Gerda als hoofdbehandelaar. Is zij verantwoordelijk voor fouten van een uitvoerende behandelaar? Het College van Toezicht oordeelt in deze zaak van niet.

TUCHTRECHT

IS DE HOOFD-BEHANDELAAR VERANTWOORDELIJK VOOR EEN FOUT VAN DE UITVOERENDE BEHANDELAAR?

WAT IS ER GEBEURD?

Na een eerder huwelijk hertrouwt Renske¹ met Richard. Uit het eerste huwelijk heeft Renske drie jonge kinderen. Samen krijgen ze nog een zoon. Helaas gaat er van alles mis; er is sprake van huiselijk geweld en kindermishandeling. Justitie komt er aan te pas en Richard wordt veroordeeld. Hij gaat meedoen aan een programma gericht op een goede omgangsregeling tussen hem en zijn zoon. Voor een behandeling komt hij terecht bij Francien, systeemtherapeut. Hoofdbehandelaar is Gerda, gezondheidszorgpsycholoog. In het kader van haar hoofdbehandelaarschap spreekt of ziet zij Richard niet.

Op enig moment stelt Francien

een tussenevaluatie op. Daarin schrijft ze onder meer dat er geen persoonlijkheidsproblematiek is waargenomen en dat Richard altijd financieel voor het gezin heeft gezorgd. Hij lijkt te worden getergd door Renske. Francien schrijft verder dat ze bewondering heeft voor Richards vaardigheden om de rust te bewaren en positief te blijven denken. Als behandeldoelen worden genoemd partnerrelatetherapie gericht op samenwerking en goede communicatie tussen de ouders in het belang van de kinderen, alsmede emoties leren reguleren. Onder deze tussenevaluatie staan de namen van zowel Gerda als Francien, het stuk is alleen door Francien ondertekend.

Gerda ontdekt het bestaan van deze evaluatie pas als er tegen haar een klacht wordt ingediend. De klacht komt van Renske. De tussenevaluatie is gebruikt in een rechtszaak waarin Bureau Jeugdzorg de rechter verzoekt om verlenging van het toezicht op Richard en in een rechtszaak

¹ Dit artikel is gebaseerd op een uitspraak van het College van Toezicht, zoals die geanonimiseerd op de website van het NIP te vinden is onder nummer 15/03. De hier gebruikte namen zijn verzonnen. De uitspraak van het College is onze enige informatiebron. Wij hebben geen inzage in stukken die door de partijen zijn ingebracht.

tussen beide ouders over de omgang en het gezag over hun gemeenschappelijk zoontje. Zo kreeg Renske het stuk onder ogen. Zij klaagt over het feit dat de tussenevaluatie, waarin onjuistheden staan en beweringen die niet zijn gebaseerd op onderzoek, niet met haar besproken is. De evaluatie duikt steeds weer op bij diverse instanties en zo blijven de onjuistheden een storende rol spelen. Zij houdt Gerda verantwoordelijk voor de tussenevaluatie.

GERDA'S VERWEER

Gerda schrikt als zij de tussenevaluatie onder ogen krijgt. Zij neemt direct contact op met Francien en samen stellen zij een nieuwe tussenevaluatie op. Boven dit nieuwe rapport wordt duidelijk gesteld dat het oude rapport hiermee komt te vervallen en dat de vorige evaluatie abusievelijk en zonder goedkeuring van de verantwoordelijke hoofdbehandelaar is verstuurd.

Als verweer voert Gerda aan dat zij met Francien, die al jaren systeemtherapeut is, alleen positieve ervaringen heeft. Francien is voorheen ook hoofdbehandelaar geweest. In 2014 zijn echter de regels rond het hoofdbehandelaarschap gewijzigd. Vanaf dat moment kon Francien alleen nog maar als uitvoerend behandelaar optreden. Intern zijn er werkafspraken gemaakt. Eén daarvan luidt dat er niets de deur uit mag voordat de hoofdbehandelaar het heeft gezien. Gerda geeft ruiterlijk toe dat de gang van zaken niet volgens de afspraken is. Zodra zij de eerste tussenevaluatie zag, heeft zij dan ook actie ondernomen.

WAT VINDT HET COLLEGE VAN TOEZICHT?

Het College erkent dat Renske recht van klagen heeft, omdat zij als moeder belanghebbend is in deze zaak waarin het draait om een goede omgangsregeling voor hun kind. De klacht raakt de norm uit artikel III.5.2.ⁱⁱ uit de Beroepscode 2007ⁱⁱⁱ. Daarin staat dat de psycholoog medeverantwoordelijk is voor de kwaliteit van het handelen van het team waarvan hij deel uitmaakt. De vraag is echter hoe ver die verantwoordelijkheid gaat. In deze casus hanteert het College de brief van het ministerie van VWS van 2 juli 2013 als voorlopige veldnorm voor de invulling van het hoofdbehandelaarschap ten tijde van het besproken gedrag. In deze brief staat onder andere: 'De hoofdbehandelaar weet zich overtuigd van de bevoegdheid en bekwaamheid van de medebehandelaars in relatie tot de zelfstandige uitvoering van het deel van de behandeling waarvoor zij verantwoordelijk zijn.'

Het College oordeelt dat Gerda overtuigd kon zijn van de bevoegdheid en bekwaamheid van Francien bij de zelfstandige uitvoering van haar deel van de behandeling van Richard. Zij was immers ooit zelf hoofdbehandelaar geweest. Gerda

had een positief beeld van haar werkzaamheden en beiden waren aanwezig geweest bij het maken van nieuwe werkafspraken omtrent de verschillende verantwoordelijkheden.

Met het opstellen van een nieuwe evaluatie is de oude komen te vervallen en de vragen over de inhoud daarvan zijn nu niet meer van belang. Met dit initiatief heeft Gerda juist gehandeld nadat zij ontdekt had wat er gebeurd was. Hiermee heeft Gerda haar verantwoordelijkheid voor het handelen van het team goed vormgegeven volgens het College. Ook heeft Gerda duidelijk gemaakt dat zij inmiddels meer aandacht besteedt aan het verzenden van stukken en de afstemming met medebehandelaars. Het College acht de klacht daarom ongegrond.

WAT VALT OP?

De vraag naar de verhouding tussen de verantwoordelijkheden van de hoofdbehandelaar ten opzichte van de medebehandelaars is een lastige. Ik merk vaak in onderwijs en supervisie dat hoofdbehandelaars een onrustig gevoel hierover hebben, omdat zij zich verantwoordelijk voelen voor het handelen van anderen, terwijl ze tegelijkertijd slechts beperkt greep hebben op wat die anderen precies doen. Deze casus maakt duidelijk dat medebehandelaars allereerst zelf een eigen professionele verantwoordelijkheid hebben. De handelwijze van Francien was niet correct en daar is zij in de eerste plaats zelf verantwoordelijk voor.

Daarnaast is duidelijk dat het van groot belang is welke werkafspraken

ii Artikel III.1.5.2. (is artikel 31 in de beroepscode 2015): *Onverminderd de verantwoordelijkheid van medeprofessionals voor hun eigen beroepsmatig handelen draagt de psycholoog medeverantwoordelijkheid voor de kwaliteit van het handelen van het team waarvan hij deel uitmaakt.*

iii In deze zaak wordt de psycholoog beoordeeld aan de hand van deze code, omdat het professionele handelen plaatsvond voor het van kracht worden van de Beroepscode 2015.

ken er worden gemaakt. Die afspraken moeten gebaseerd zijn op de bekwaamheden en bevoegdheden van de verschillende teamleden. Met deze afspraken worden de verschillende verantwoordelijkheden van elkaar onderscheiden. Gerda mocht gerust vertrouwen op de vakbekwaamheid van Francien. Ook mocht zij van Francien verwachten dat ze een tussenevaluatie eerst aan haar zou voorleggen in plaats van direct te versturen. Alle professionals die in een team samenwerken, hebben belang bij goede werkafspraken. Van het management mag verwacht worden dat ze in overleg met de behandelaren zorg dragen voor deze

afspraken. Uiteindelijk dragen zij de eindverantwoordelijkheid voor de zorg en behandeling.

Met het verschijnen van het rapport van de commissie Meurs^{iv} *Hoofdbehandelaar GGZ als noodgreep* (mei 2015) spreken we inmiddels van de 'regiebehandelaar in plaats van de hoofdbehandelaar'. In dit rapport wordt onder andere een voorstel gedaan voor het takenpakket van de regiebehandelaar. In deze omschrijving zijn ook de uitkomsten van diverse tuchtrechtszaken verwerkt. Het vormt hiermee

^{iv} <http://tinyurl.com/hq44e73>, gezien op 5 september 2016.

een duidelijk vertrekpunt voor overleg over de verschillende verantwoordelijkheden binnen het behandelteam.

Goede afspraken hebben Gerda in ieder geval behoed voor een veroordeling.

Henk Geertsema, gezondheidszorg-psycholoog, voorzitter van de NIP Bestuurscommissie Ethische Zaken (BEZ). E-mail: H.Geertsema@VUmc.nl.

REAGEREN?

Wilt u reageren op dit artikel? Dat kan via LinkedIn (<http://alturl.com/wz95u>) en Twitter (@RedactieDP).

Amethist Verslavingszorg is een jonge, ambitieuze organisatie met HART voor de GGZ en de verslavingszorg. Wij hebben de ambitie om veel **meer patiëntgericht** te gaan werken dan nu al het geval is. Niet alleen met mooie woorden, maar vooral met concrete daden.

Voor het **Ambulatorium** en **kliniek Amethist** zijn wij op zoek naar een:

GZ psycholoog
Verslavingskliniek & Ambulatorium

(24 uur / onbepaalde tijd)

&

Klinisch psycholoog
Verslavingskliniek & Ambulatorium

(28 uur / onbepaalde tijd)

www.amethistverslavingszorg.nl



Wegens het aflopen van de benoemingstermijn is in het **Algemeen Bestuur van het NIP** een vacature ontstaan voor:

**LID ALGEMEEN
BESTUUR NIP –
PORTEFEUILLE
WETENSCHAP M/V**



Heeft u interesse of wilt u solliciteren?

Vraag het profiel op via bestuur@psynip.nl

Reactietermijn: tot uiterlijk **4 DECEMBER 2016**

'Of er is één psychologie, of er is er geen' (Duijker, 1959)*

HET GEHEEL IS MEER DAN DE SOM DER DELEN

Toen ik een aantal jaar geleden uit de jeugd-ggz op de afdeling psychosociale zorg van een ziekenhuis kwam te werken als psychotherapeut, werd ik voor het eerst geconfronteerd met een veelheid aan verschillende typen psychologen; medisch psychologen die deskundig zijn in het behandelen van patiënten met specifieke medische aandoeningen, neuropsychologen en testpsychologen die voornamelijk testdiagnostiek verrichten en researchpsychologen die zich bezig houden met wetenschappelijk onderzoek over ziektebeelden. Stuk voor stuk, op hun terrein, zeer ervaren professionals.

Het wekelijks psychologenoverleg had veel weg van een zitting van de Verenigde Naties. Elk type psycholoog had zijn of haar eigen werkdomein, eigen invalshoek, eigen tools en ook nog eens een eigen jargon. Met een eigen agenda, eigen belangen en een gebrek aan een gezamenlijk doel, was er een 'tolk' nodig om elkaar te verstaan en een dialoog op gang te krijgen. Het afdelingshoofd, een klinisch psycholoog en gezins-psychotherapeut, deed haar uiterste best zoveel mogelijk te tolken.

Duijker stelt in zijn artikel: 'Ontkenning van de eenheid der psychologie impliceert de ontkenning van de eenheid van het menselijk geslacht.' In een ziekenhuis waar de medische specialismen 'de mens' reduceren tot een deel-aspect van zichzelf, zoals een disfunctionerend hart, was het opvallend dat ook de psychologen de mens hiertoe leken te reduceren. Het is essentieel te weten wat de neurocognitieve consequenties zijn van een (niet-)aangeboren aandoening, premature geboorte of specifiek syndroom. Niet alleen kan kennis hierover gedrag verklaren, ook kunnen hierop aansluitende (be)handelingsplannen voor bedacht worden.

Basaal blijft vervolgens mijns inziens het interessegebied van de psycholoog om vooral en vooreerst de functionele kennis te integreren en de betekenissen die mensen geven aan hun conditie te achterhalen. In een ziekenhuisomgeving die doorspekt is van angst, onzekerheid en onveiligheid, is het verleidelijk de binnenwereld bestaande uit gedachten en gevoelens te isoleren, *kalt te stellen* en apart te houden van het objectief waarneembare, zoals een eventuele taalachterstand. Maar wat betekent de taalachterstand bij een bepaald kind voor het omgaan met leeftijdsgenoten? Wat betekent een spraakgebrek van een ander kind voor het zelfbeeld en zelfgevoel? Wat betekent de angst voor overlijden, bij een specifieke hartpatiënt, voor het toekomstbeeld en de identiteitsontwikkeling?

Net zomin er een objectieve waarheid is, kan er ook niet gezegd worden dat er een objectieve buitenwereld is. De objectieve buitenwereld bestaat niet zonder de subjectieve betekenis die vanuit de binnenwereld gegeven wordt.

Om Gestalt-psychologisch af te sluiten: de mens als geheel is meer dan de som der delen.



Drs. Fernanda Sampaio de Carvalho is klinisch psycholoog/psychotherapeut, infant mental health specialist en psychoanalytica. Zij is werkzaam in het Sophia Kinderziekenhuis/Erasmus MC in Rotterdam. Zij is supervisor van de VKJP en hoofddocent voor de kinder- en jeugdpsychotherapie bij de RINO in Amsterdam.
E-mail: fernancarvalho@hotmail.com.

* Duijker, H.C.J. (1959). Nomenclatuur en systematiek der psychologie. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie en haar Grensgebieden*, 14, 172-204.
Citaat p.181.

INSPIRATIE – DE NEUROCOGNITIE VAN VERLIEFDHEID

Sandra Langeslag, universitair docent,
Department of Psychological Sciences,
University of Missouri-St. Louis

was en toen was ik om: dat wilde ik studeren. Want als je gedrag tot op het niveau van het brein hebt verklaard, dan weet je voor mijn gevoel echt iets. Zo begon ik aan mijn psychologiestudie.

LITERATUUR OVER LIEFDE

In het eerste jaar moesten we voor een aantal vakken een paper schrijven. Een daarvan wilde ik over verliefdheid doen. Ik ging op zoek naar literatuur op PubMed, maar kon niet veel vinden. De paar fMRI studies die ik vond, begreep ik in die tijd nog niet. Tot mijn vreugde vond ik uiteindelijk een artikel in een populair wetenschappelijk tijdschrift dat ging over liefde, de hersenen en neurotransmitters. Dat was precies waar ik naar op zoek was! Ik mailde de schrijver om te vragen naar zijn wetenschappelijke bronnen. Hij schreef terug dat hij het niet meer zo goed wist en ontweek verdere vragen. Ik concludeerde dat hij waarschijnlijk helemaal geen bronnen had. Het idee dat er amper onderzoek naar verliefdheid was gedaan, werd verder versterkt en ik bedacht me dat ik het misschien zelf maar moest gaan doen.

Later ontdekte ik het werk van de Amerikaanse biologisch antropologe Helen Fischer. Zij is een autoriteit en



heeft ook veel geschreven over hersenen en de liefde. Ze schreef onder meer over serotonine, dopamine en noradrenaline en legde goed uit hoe het allemaal werkte, maar zij kwam evenmin met data. Eigenlijk waren het vooral hypothesen: ze dacht dat het zo werkte, maar bewijs ervoor ontbrak.

VERLIEFDE DIEREN

Ik was daarnaast ook geïnteresseerd in emoties en stress en aanverwante onderwerpen, maar met verliefdheid had ik een onderwerp te pakken dat me boeide en waar nog niet veel onderzoek naar gedaan was, dus ik wist al vroeg wat ik met mijn studie wilde.

Maar onderzoek doen naar verliefdheid is niet eenvoudig. Zo kun je verliefd-

Mijn toenmalige vriendje maakte het uit en daar was ik heel verdrietig over. Ik vond niets meer leuk, ook de dansacademie waar ik op zat niet meer. Ik stopte ermee. Een half jaar later kwam ik een jongen tegen op wie ik heel erg verliefd werd. Deze ervaringen fascineerden me en hebben mijn toekomst bepaald. Ik ging erover nadenken: wat is verliefdheid eigenlijk? Wat is liefdesverdriet? Waarom voel ik me zo? Hoe werkt het in mijn hersenen en in mijn lijf? Ik had wel eens gehoord dat verliefdheid een soort van verslaving is waarbij er stofjes in je hoofd vrijkomen. Dus vroeg ik me af: is liefdesverdriet dan te vergelijken met afkicken?

Aanvankelijk wilde ik na de dansacademie een bètastudie volgen, zoals sterrenkunde. Ik ging daar kijken samen met een vriendin. En daarna ging ik met haar mee naar de informatiedag van psychologie. Daar kreeg ik een tekstboek over biologische psychologie onder ogen. Ik begreep dat dit ook een onderdeel van psychologie



‘Verliefde mensen onthouden triviale dingen over hun geliefde’

FOTO: SANDRA LANGESLAG

heid bij dieren niet onderzoeken. Je kunt hooguit seksuele activiteit meten. Bij mensen is onderzoek naar het vrijkomen van stoffen in de hersenen ook moeilijk. Ik heb een onderzoek gedaan waarin ik de serotonineniveaus in het bloed van mensen heb gemeten, maar dan ga je ervan uit dat het serotonineniveau in het bloed correleert met de hoeveelheid serotonine in de hersenen, waar je het niet kunt meten. Ik heb me om die reden tot nu toe vooral toegelegd op neurocognitie en liefde. Verliefde mensen hebben bijvoorbeeld veel aandacht voor hun geliefde. Tot nu toe heb ik hier drie studies naar gedaan. Ik liet mensen foto's zien van hun geliefde, van een vriend of van een bekende. Daarnaast

liet ik ook woorden lezen die met de verschillende personen te maken hebben, zoals naam en lievelingskleur.

De LPP is de component in de hersengolf die lang aanhoudende aandacht weergeeft; die bleek groter te zijn bij mensen als ze naar hun geliefde keken, of als ze naar informatie keken die met hun geliefde te maken had. De golf was sterker dan wanneer ze naar vrienden keken, die ze toch ook kennen en aardig vinden, maar op wie ze niet verliefd zijn. Zo toonde ik aan dat mensen inderdaad meer aandacht hebben voor hun geliefde. Nu ben ik aan het onderzoeken of dit ten koste gaat van taken waar ze hun aandacht ook aan moeten geven.

Helen Fischer zegt dat verliefde

mensen triviale dingen over hun geliefde onthouden, zoals wat iemand aanhad op de eerste date, welk drankje iemand bestelde. Maar die uitspraken zijn gebaseerd op zelfrapportage, zij heeft niet gecheckt of de proefpersonen het correct onthouden hebben, want misschien is het wel een foute herinnering. Dat heb ik wel gedaan.

Hoe het nu met mijn liefdesleven is? Ik ben inmiddels getrouwd, maar niet met de jongen op wie ik destijds verliefd werd, maar een ander.'

VRAAG & AANBOD

GA NAAR WWW.PSYNIP.NL/ADVERTENTIES OM
ONDERSTAANDE ADVERTENTIES TE BEKIJKEN

VACATURES

Gz-psycholoog

APeldoorn/Almere



VACATURES

Psycholoog/testconstructeur

Arnhem



VACATURES

klinisch psycholoog/

Gz-psycholoog

Doetinchem



Klinisch psycholoog HIC

Kloetinge



KP- of ervaren Gz-psycholoog

Meppel



Gz-psycholoog

Eindhoven



Gezondheidszorgpsycholoog

Sneek



Klinisch psycholoog / psychotherapeut

Hoorn



Gz-psycholoog K&J

Den Haag



VRAAG & AANBOD

Dé advertentierubriek in *De Psycholoog*. Plaatst u een digitale advertentie op www.psynip.nl dan is het mogelijk deze extra onder de aandacht te brengen van de 15.000 lezers van *De Psycholoog*.

De rubriek Vraag & Aanbod sluit één op één aan op uw online advertentie. De titel, keuze van rubriek en plaatsnaam worden in het blad overgenomen. Daarnaast kunt u in het blad uw (bedrijfs)logo toevoegen.

Een vermelding in het blad De Psycholoog is alleen mogelijk in combinatie met een online advertentie.

ADVERTEREN IN VRAAG & AANBOD?

Voor meer informatie: www.psynip.nl bij de rubriek Vraag & Aanbod. Hier vindt u het digitale aanvraagformulier om een reservering te maken.

De uitgever van De Psycholoog en het NIP zijn niet aansprakelijk voor de inhoud van deze advertenties.

De uitgever behoudt zich het recht voor advertenties te weigeren zonder opgave van redenen.

A man with short dark hair and a light beard, wearing a light blue button-down shirt, stands with his arms crossed and a friendly smile. The background is a soft, out-of-focus grey.

Incurea biedt
mij overzicht
en grip op mijn
organisatie



KIES VOOR EFFICIËNTIE MET INCUREA GGZ: AGENDA, EPD, FACTURATIE ÉN BOEKHOUDING

- Volwassen & Kind en Jeugd: GBGGZ, SGGZ, OVP
- SMS- en E-mail-Service & Patiëntenportaal
- Geïntegreerde basisset ROM (NVVP)
- Koppeling EVS, ZorgMail, Reflectum, TelePsy
- Met unieke app (Apple & Android)

Vraag een online demo aan op www.incurea-ggz.nl

Meld u nu aan voor de modules van 2017!

In 2017 starten o.a. de volgende opleidingen:

COGNITIEVE GEDRAGS- THERAPIE (VERVOLG)

Start 11 januari 2017

HECHTING EN TRAUMA

Start 11 januari 2017

PSYCHODIAGNOSTIEK (BASISMODULE)

Start 11 januari 2017

SACHSE

Start 11 januari 2017

SYSTEEMTHEORIE EN PRACTICUM (INLEIDING)

Start 11 januari 2017

INTRODUCTIE PERSOON- LIJKHEIDSDIAGNOSTIEK

Start 12 januari 2017

PSYCHOPATHOLOGIE BIJ KINDEREN EN JEUGD

Start 13 januari 2017

CLIËNTGERICHTE PSYCHO- THERAPIE (INLEIDING)

Start 25 januari 2017

DGT (DIALECTISCHE GEDRAGSTHERAPIE)

Start 13 februari 2017

SEKSUOLOGISCHE ONDERSTEUNING DOOR DE GEDRAGS- WETENSCHAPPER

Start 17 februari 2017

COGNITIEF GEDRAGS- THERAPEUTISCH WERKER

Start 24 februari 2017

TERUGKOMBIJEENKOM- STEN TAXATIEGESPREK- KEN BIJ VERMOEDEN VAN SEKSUEEL MISBRUIK

Start 14 maart 2017

KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGIE

Start 23 maart 2017

CLIËNTGERICHTE PSYCHOTHERAPIE BIJ K&J (VERDIEPING)

Start 27 maart 2017

PSYCHOANALYTISCHE PSYCHOTHERAPIE (VERDIEPING) DEEL 1: TFP

Start 29 maart 2017

KINDERMISHANDELING EN SEKSUEEL MISBRUIK VAN KINDEREN EN ADOLESCENTEN

Start 31 maart 2017

SPECIALISTISCHE BEHANDELTRAJECTEN BIJ BIJZONDERE KINDEREN

Start 31 maart 2017

CLIËNTGERICHTE PSYCHO- THERAPIE (INLEIDING)

Start 12 april 2017

EMDR BASIS

Start 13 april 2017

PSYCHOANALYTISCHE PSYCHOTHERAPIE (VERDIEPING) DEEL 1: MBT

Start 10 mei 2017

JONGEREN EN MIDDELENGEBRUIK

Start 12 mei 2017

Leren maakt beter

Kijk voor het volledige aanbod op onze website