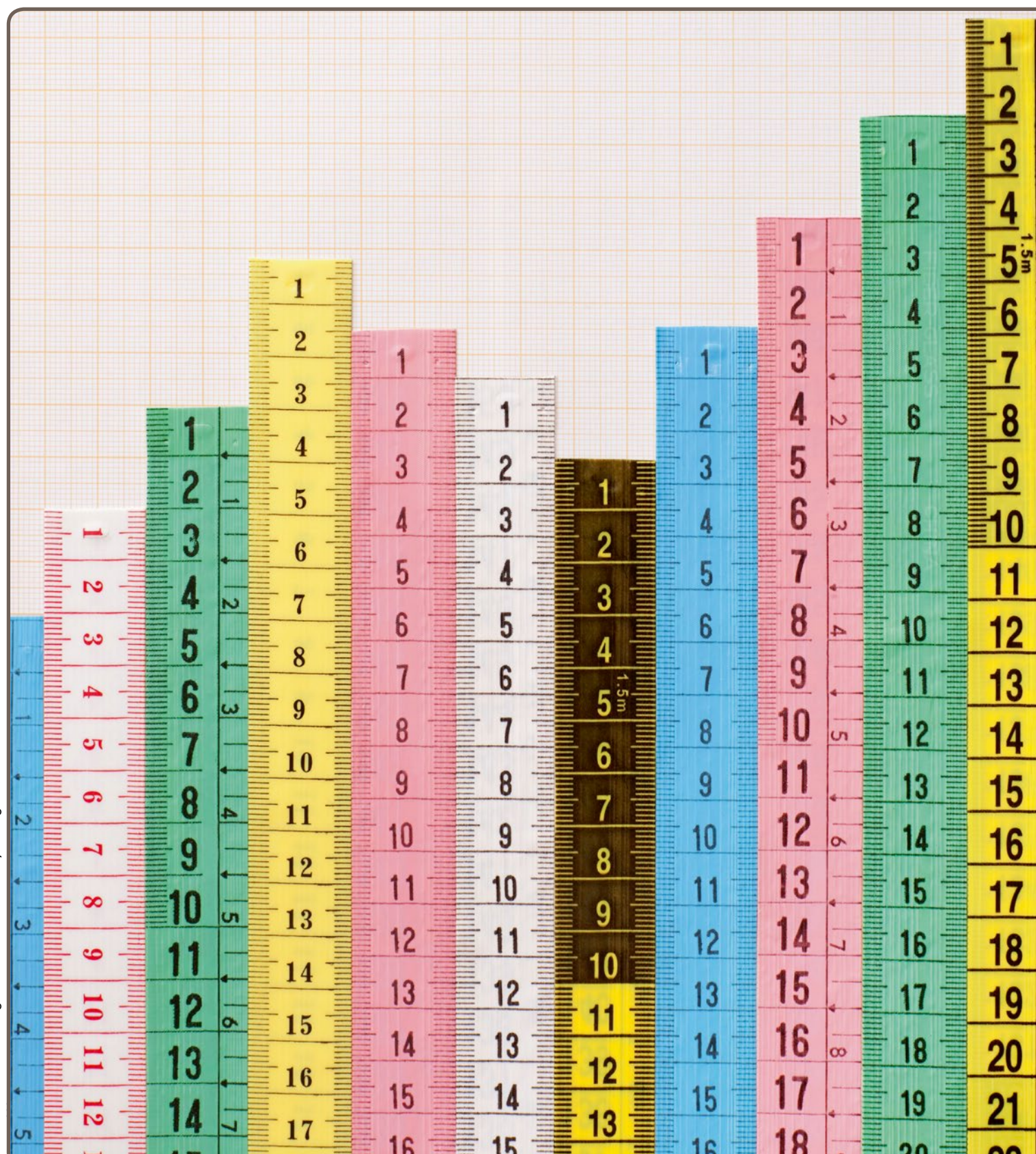


Is de Korte Schaal voor Negatieve Symptomen een bruikbaar instrument?

DOOR BIRGIT SEELEN-DE LANG, CHRISTIEN BOUMANS, HENK NIJMAN



Psychologen maken hun opmars in de diagnostiek en behandeling van psychotische stoornissen. Ook daarbij is goede diagnostiek essentieel voor het instellen van de juiste behandeling. Met de *Korte Schaal voor Negatieve Symptomen* kunnen de negatieve symptomen worden gemeten. Hoe bruikbaar is dit instrument?

Schizofrenie en aan schizofrenie verwante psychotische stoornissen behoren tot de meest invaliderende psychische stoornissen. Patiënten met een stoornis in het schizofreniespectrum kunnen last hebben van sterk uiteenlopende symptomen. In de Zorgstandaard Psychose wordt aanbevolen om voor elke patiënt met een schizofreniespectrumstoornis een dimensioneel profiel te maken, met een onderscheid in positieve, negatieve, affectieve en cognitieve symptomen.¹ Met name positieve symptomen hebben van oudsher veel aandacht gekregen in diagnostiek, behandeling en wetenschappelijk onderzoek. Voorbeelden van positieve symptomen zijn wanen, hallucinaties, catatonie en verwardheid of gedesorgeriseerd denken. Er zijn verschillende farmacologische, psychosociale en psychotherapeutische interventies beschikbaar om positieve symptomen te bestrijden en om iemands functioneren – ondanks deze symptomen – te verbeteren.²

Negatieve symptomen, die even invaliderend kunnen zijn als positieve symptomen, worden gekenmerkt door het ontbreken van normaal en functioneel gedrag.³ Voorbeelden van negatieve symptomen zijn vervlakt affect, gedachte- of spraakarmoede en apathie. Er kan onderscheid worden gemaakt tussen primaire en secundaire negatieve symptomen.⁴ Negatieve symptomen worden secundair genoemd als deze het gevolg zijn van nog onvoldoende behandelde hallucinaties, wanen of van andere denkstoornissen (bijvoorbeeld het vermijden van sociale contacten omdat men meent afgeluisterd te worden), angst, depressie, middelenmisbruik, polyfarmacie, sociale deprivatie of demoralisatie. Indien de hiervoor genoemde oorzaken zijn uitgesloten of behandeld, wordt er gesproken van primaire negatieve symptomen. Voor een goede behandeling is het belangrijk om primaire en secundaire negatieve symptomen te onderscheiden.

Er zijn verschillende behandelmogelijkheden voor secundaire negatieve symptomen, voor primaire nega-

tieve symptomen zijn echter nog geen bewezen effectieve behandelmethoden beschikbaar.^{5,6}

De prevalentie van negatieve symptomen wordt geschat op 15-20 procent van de ambulante patiënten en 20-25 procent van de klinische patiënten met schizofrenie.⁷ In 2005 werd op een internationale bijeenkomst consensus bereikt over vijf domeinen waarin negatieve symptomen zich onderscheiden: een verminderd vermogen te genieten (anhedonie), een verminderde sociale gerichtheid (asocialiteit), een verminderde motivatie en doelgerichtheid (avolitie), een verminderde expressie van emotie (afgevlakt affect) en een verminderde spraak (alogie). Deze vijf domeinen kwamen niet (voldoende) terug in de bestaande meetinstrumenten, wat de aanleiding was om een nieuw meetinstrument te ontwikkelen: de *Brief Negative Symptom Scale* (BNSS).⁷

De BNSS verschilt in een aantal opzichten van eerder ontwikkelde meetinstrumenten voor negatieve symptomen (zoals bijvoorbeeld SANS, BPRS en PANSS): het is een korter instrument met verschillende items voor innerlijke beleving en overt gedrag. Hierdoor kan gemakkelijker onderscheid worden gemaakt tussen negatieve symptomen en bijvoorbeeld depressieve symptomen.⁸

Validatiestudies naar de BNSS tonen goede psychometrische kwaliteiten: een uitstekende interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (ICC = 0,96) en test-hertest betrouwbaarheid ($r = 0,81$). Tevens is er sprake van een hoge interne consistente (Cronbach's alpha = 0,93). De convergente en divergente validiteit zijn eveneens goed.⁹ De BNSS is in verschillende talen gevalideerd.^{10,11,12,13,14} Er is ook een Nederlandse vertaling beschikbaar: de *Korte Schaal voor Negatieve Symptomen* (KSNS).¹⁵ Deze Nederlandstalige versie is echter nog niet gevalideerd. Binnen GGZ Oost Brabant is een pilotstudie gedaan om de psychometrische eigenschappen van de KSNS te verkennen.

METHODE

Studieopzet en deelnemers

In 2017 is binnen GGZ Oost Brabant in de langdurige klinische setting gestart met dimensionele diagnostiek bij patiënten met een schizofreniespectrumstoornis. Hiertoe zijn in de Routine Outcome Monitoring (ROM) aan de generieke instrumenten –



MEETINSTRUMENTEN

De *Health of the Nation Scales* (HoNOS) is een observatielijst die door de behandelaar wordt ingevuld over het geestelijk en sociaal functioneren van een patiënt.

De *Psychotic Symptom Rating Scale* (PSYRATS) is een semigestructureerd interview dat verschillende aspecten van wanen en hallucinaties – zoals de interpretatie, de lijdensdruk en de fysieke karakteristieken van stemmen – onderzoekt. De subschaal AHRS (auditieve hallucinaties) heeft elf items, de subschaal DRS (wanen) heeft zes items.

De *Calgary Depressie Schaal voor Schizofrenie* (CDSS) is ontwikkeld om de ernst van een depressie bij personen met schizofrenie te onderzoeken. De CDSS bestaat uit acht gestructureerde vragen en een observatie-item dat op een vier-punts Likertschaal worden gescoord (afwezig tot en met ernstig).

De *Korte Schaal voor Negatieve Symptomen* (KSNS) is een semi-gestructureerd interview dat bestaat uit dertien items die zijn georganiseerd in zes subschalen (zie tabel 1). Vijf subschalen corresponderen met de vijf eerder

genoemde domeinen (anhedonie, asocialiteit, avolitie, afgevlakt affect, alogie) en de zesde subschaal meet 'gebrek aan normale lijdensdruk'. De items worden gescoord op zevenpuntsschalen, waarbij de scores van 0 tot en met 6 punten lopen. De handleiding, een werkboek en een scoreformulier zijn vrij toegankelijk via www.gedachtenuitpluizen.nl. In de handleiding staat per subschaal uitgelegd wat deze beoogt te meten, met aandachtspunten voor de beoordelaar. De eerste vier subschalen worden gescoord naar aanleiding van het antwoord van de patiënt op verschillende (voorbeeld)vragen. Voorbeelden hiervan zijn: wat heeft u voor de lol gedaan afgelopen week? (anhedonie); maakte iets u verdrietig of depressief? (gebrek aan normale lijdensdruk); zou u willen dat u meer contact met andere mensen had? (asocialiteit); brengt u veel tijd zittend door terwijl u niets speciaals aan het doen bent? (avolitie). De laatste twee subschalen (vervlakt affect en alogie) worden gescoord op basis van observaties tijdens het interview.

TABEL 1. OVERZICHT VAN DE SUBSCHALEN EN ITEMS VAN DE KSNS

Subschaal	Item
I. Anhedonie	1. Intensiteit van plezier tijdens activiteiten 2. Frequentie van plezier tijdens activiteiten 3. Intensiteit van het verwachte plezier bij toekomstige activiteiten
II. Gebrek aan normale lijdensdruk	4. Gebrek aan normale lijdensdruk
III. Asocialiteit	5. Asocialiteit: Gedrag 6. Asocialiteit: Interne ervaring
IV. Avolitie	7. Avolitie: Gedrag 8. Avolitie: Interne ervaring
V. Vervlakt affect	9. Gezichtsuitdrukking 10. Stemexpressie 11. Expressieve gebaren
VI. Alogie	12. Hoeveelheid spraak 13. Spontane toelichting

de *Health of the Nation Outcome Scales* (HoNOS) en de *Manchester short Assessment of Quality of Life* (MANSA) – de volgende symptoomspecifieke meetinstrumenten toegevoegd: de *Psychotic Symptom Rating Scale* (PSYRATS), de *Calgary Depressie Schaal voor*

Schizofrenie (CDSS), en de *Korte Schaal voor Negatieve Symptomen* (KSNS). Al deze vragenlijsten worden jaarlijks (of zo nodig vaker) afgenomen. De uitkomsten worden gebruikt in de behandelplanbesprekingen en geven richting aan het behandelplan.



Behandelaren van deze klinieken werden getraind om de symptoomspecifieke instrumenten af te nemen. Voor de afname van de KSNS bestond de training onder andere uit het in duo's afnemen van de voor het invullen benodigde interviews, die vervolgens onafhankelijk van elkaar werden gescoord. Nadien werd door middel van discussie consensus bereikt over de KSNS-scores, die in de ROM database werden vastgelegd. Tevens bekeken alle behandelaren gezamenlijk een aantal video-opnamen van interviews en werden deze – na afzonderlijk scoren – bediscussieerd.

RESULTATEN

Het verkennende onderzoek naar de psychometrische eigenschappen van de KSNS laat zien dat de betrouwbaarheid goed is (interne consistentie, gemeten met de Cronbach's alpha is 0,79). De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is eveneens voldoende tot goed. De convergente validiteit is voldoende: de correlatie met een vraag uit de HoNOS die sociaal terugtrekgedrag meet, is significant. Het ontbreken van significante correlaties met positieve en depressieve symptomen,



© desifoto / Getty Images / iStock

geeft aanwijzingen dat de divergente validiteit eveneens voldoende is. De exacte uitkomsten zijn opgenomen in het kader. De uitkomsten zijn grotendeels vergelijkbaar met buitenlandse validatiestudies.

DISCUSSIE

Uit onze eigen beknopte studie en de resultaten van eerdere buitenlandse studies komt naar voren dat de KSNS negatieve symptomen kan onderscheiden van depressieve symptomen, wanen en hallucinaties. Dimensionele diagnostiek is van belang voor het vormgeven van de behandeling.

Terwijl het klinisch beeld in de casus van Maria gedomi-

CASUS: MARIA

Maria is een gescheiden vrouw van 52 jaar met een lange behandelvoorgeschiedenis binnen de ggz. Zij heeft een belast verleden waarin veel trauma's hebben plaatsgevonden, en een belast familieanamnese voor psychische stoornissen. Naar aanleiding van een ernstige suïcidepoging wordt zij klinisch opgenomen. De dan gehanteerde diagnose is schizofrenie met voornamelijk negatieve symptomen vanwege een lang bestaande achtervolgingswaan, incoherent denken en volledige passiviteit. In het verleden werden de klachten echter ook beoordeeld als zijnde onderdeel van een borderline persoonlijkheidsstoornis. Maria komt al 15 jaar tot vrijwel niets en leidt een geïsoleerd bestaan. Zij geeft aan depressief te zijn en is het niet eens met de diagnose schizofrenie. Omdat het voor de behandelaren op de afdeling niet duidelijk is hoe ze haar het beste kunnen bejegenen, worden als voorbereiding op het behandelplan de KSNS, PSYRATS en CDSS afgenomen. Op de KSNS scoort Maria hoog op de subschaal anhedonie. Ze vertelt dat ze in de afgelopen week

helemaal geen plezierige activiteiten heeft gedaan, dat ze eigenlijk niets doet 'en al helemaal niet voor de lol'. Het enige waar ze soms plezier aan beleeft, is roken: 'Als ik daaraan denk voel ik me een klein beetje beter'. Er is niets waar ze zich op verheugt. Bij de subschalen avolitie en asocialiteit valt de discrepantie op tussen de innerlijke ervaring en het gedrag: Maria voelt zich vaak eenzaam en de behoefte aan sociale contacten en aan het ondernemen van activiteiten wordt wel gevoeld, maar zij kan zich er moeilijk voor inzetten. Op de andere subschalen komen geen aanwijzingen voor negatieve symptomen naar voren, tevens is er juist sprake van een hoge lijdensdruk. Op de PSYRATS scoort ze alleen op het onderdeel wanen. Ook heeft ze een score boven het afkappunt op de CDSS. Deze casus maakt duidelijk hoe moeilijk het kan zijn om te beoordelen of we klachten zoals anhedonie, een gebrek aan sociale contacten en inactiviteit als negatieve symptomen van een psychotische stoornis moeten beschouwen, of als depressieve symptomen.



ONDERZOEK NAAR PSYCHOMETRISCHE EIGENSCHAPPEN VAN DE KSNS

Het onderzoek betrof een validatiestudie, bestaande uit een retrospectief dossieronderzoek met een steekproef van 28, veelal chronisch, psychotische patiënten (22 mannen, zes vrouwen). De leeftijd varieerde tussen de 23 en 68 jaar (gemiddeld 44.8 jaar, $sd = 13.6$). De diagnose schizofrenie kwam het meest voor (75%), gevolgd door de diagnose schizoaffectieve stoornis (17.9%) en psychotische stoornis NAO (7.1%). De gemiddelde behandelduur op de betreffende klinische afdeling was 166 maanden ($sd = 112$). De kortste behandelduur was vijftien maanden, de langste 425 maanden (= 35.4 jaar). Van zeventien patiënten waren er duo-metingen met de KSNS beschikbaar voor het bepalen van de interbeoordelaars betrouwbaarheid. Daarnaast werden vier patiënten door acht verschillende raters gescoord op basis van video opnames.

Betrouwbaarheid:

De interne consistentie (gemeten met Cronbach's alpha) was 0.79 voor de dertien items van de KSNS.

Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid:

De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is berekend door middel van de Intra Class Correlatie (ICC) van zowel de video metingen als de duo metingen. De uitkomsten zijn weergegeven in tabel 2.

Divergente validiteit:

De correlatie tussen de KSNS totaalscore en HoNOS vraag zeven (depressie en suïcidaliteit) respectievelijk de CDSS-totaalscore, is niet significant ($r = 0.20$, $p = 0.37$ respectievelijk $r = 0.17$, $p = 0.40$). Ook de correlatie tussen de KSNS totaalscore en de DRS en de AHRS zijn niet significant ($r = 0.20$, $p = 0.41$ en $r = -0.03$, $p = 0.90$).

Convergente validiteit:

De Spearman's Rho correlatie tussen de KSNS totaalscore en de vraag uit de HoNOS die betrekking heeft op het terugtrekken uit relaties is: 0.49 ($p < 0.05$).

TABEL 2: ICC'S VAN DE VIDEO METINGEN RESPECTIEVELIJK DUO METINGEN

	Video metingen		Duo metingen	
	Single measures	Average measures	Single measures	Average measures
KSNS totaalscore	0,61	0,93	0,76	0,87
Anhedonie	0,81	0,97	0,77	0,87
Gebrek aan normale lijdensdruk	0,77	0,96	0,86	0,92
Asocialiteit	0,78	0,97	0,76	0,87
Avolitie	0,48	0,88	0,76	0,87
Vervlakt affect	0,65	0,94	0,37	0,55
Alogie	0,71	0,95	0,73	0,84

neerd leek door negatieve symptomen, konden deze met de KSNS maar beperkt geobjectiveerd worden. Behalve de achtervolgingswaan was er bij haar sprake van depressieve symptomen, vooral anhedonie. Medicatie werd aangepast om haar stemming te verbeteren en er werden gesprekken met een psycholoog ingepland om het patroon van passiviteit en demoralisatie te doorbreken. In een andere casus van een 25-jarige man met schizofrenie werden de negatieve symptomen wel bevestigd

door hoge scores op de KSNS. Echter, bij afname van de PSYRATS bleken er bij hem – ondanks gebruik van een antipsychoticum – nog forse wanen en hallucinaties te bestaan, op de CDSS scoorde hij net onder het afkappunt. Nadat hij was gewisseld van antipsychoticum daalden zijn scores op alle drie de vragenlijsten. Hierna kon een herstelgerichte benadering worden ingezet. Achteraf bezien waren dit dus secundaire negatieve symptomen omdat deze werden veroorzaakt

door wanen en hallucinaties en/of optraden als bijwerking van het antipsychoticum.

Wanneer andere mogelijke oorzaken zijn uitgesloten en er dus sprake is van primaire negatieve symptomen, kan men uitgaan van een zogeheten handicap-model. De patiënt kan begeleid worden om hier in het dagelijks functioneren zo min mogelijk door te worden gehinderd. Behandeling kan bijdragen aan het accepteren van deze beperkingen door de patiënt en zijn of haar naasten. Psychoeducatie over negatieve symptomen aan de patiënt en het systeem (diens familie, verpleegkundigen), kan overvraging en frustratie bij de patiënt verminderen. Op deze manier kan de praktische belemmering en emotionele last van de symptomen zo klein mogelijk worden gemaakt.

Niet alleen bij de dimensionele diagnostiek, maar ook in de behandeling is de toegevoegde waarde van psychologen ('praten naast pillen') bij patiënten met een psychosespectrumstoornis inmiddels uitgebreid onderzocht en opgenomen in de Zorgstandaard Psychose. In het gebruik van de KSNS kwamen de beoordelaars verschillende knelpunten tegen. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van het onderdeel 'vervlakt affect' bleef achter bij de andere resultaten. Tijdens de training bleken beoordelaars ondanks oefening moeilijk op één lijn te komen wat betreft dit symptoom. Dit zou te maken kunnen hebben met het gebrek aan een objectief referentiepunt: waartegen moet de afname van expressie via gezichtsuitdrukking, gebaren en stem worden afgezet? Bij wijze van proef hebben de beoordelaars elkaar beoordeeld. Dit liet zien dat de beoordelaars hierin ook onderling sterk verschilden. Anderzijds zijn de lage scores wellicht ook een gevolg van het tegelijkertijd uitvoeren van twee behoorlijk complexe taken (interviewen en observeren) die zich moeilijk laten combineren. Het ontbreken van een referentiepunt is mogelijk inherent aan het begrip 'negatieve symptomen': het ontbreken van iets dat er zou moeten zijn. Wordt het gedrag van de betreffende patiënt afgezet tegen de 'normale' bevolking, tegen andere patiënten (ambulant of klinisch), of tegen het functioneren van vóór de ziekte? Vanwege de soms zeer lange ziekteduur is dit laatste voor chronische patiënten een bijna onmogelijke opgave. Vergelijken met de normale populatie is gezien de grote verschillen tussen individuen ook geen sinecure.

Nader onderzoek naar de sensitiviteit, en vooral ook naar

de specificiteit van de KSNS in het onderscheiden van patiëntengroepen met depressieve stoornissen ten opzichte van psychotische stoornissen, zou nog uitgevoerd moeten worden. Het huidige onderzoek werd namelijk alleen uitgevoerd bij een beperkte groep van patiënten die al gediagnosticeerd waren met een chronische psychotische stoornis en dit onderzoek was uitsluitend correlatief van aard. Ondanks de beschreven beperkingen zijn wij van mening dat de KSNS een geschikt instrument lijkt; met voldoende psychometrische kwaliteiten om negatieve symptomen van schizofrenie in kaart te brengen en deze te kunnen onderscheiden van depressieve en positieve symptomen. Dit onderscheid geeft een richting aan het verdere behandelbeleid. ●

REFERENTIES

1. Netwerk voor goede zorg. (2017). *Zorgstandaard psychose*. Utrecht: Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz.
2. Alphen C. van, e.a. (2012). *Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie*. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. De Tijdstroom: Utrecht.
3. Gaag M. van der, Staring T. & Valmaggia L. (2012). *Handboek Psychose. Theorie, diagnostiek en behandeling*. Amsterdam: Boom.
4. Mucci A., e.a. (2017). Primary and persistent negative symptoms: Concepts, assessments and neurobiological bases. *Schizophrenia research*. 186, 19-28.
5. Fusar-Poli P., e.a. (2015). Treatments of negative symptoms in schizophrenia: meta-analysis of 168 randomized placebo-controlled trials. *Schizophrenia bulletin*. 41; 892-899.
6. Aleman A., e.a. (2017). Treatment of negative symptoms: where do we stand, and where do we go? *Schizophrenia research*. 186; 55-62.
7. Kirkpatrick B., e.a. (2006). The NIMH-MATRICES consensus statement on negative symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, 32(2), 214-219.
8. Strauss G.P., e.a. (2012). Factor structure of the brief negative symptom scale. *Schizophrenia Research*, 142(1), 96-98.
9. Kirkpatrick B., e.a. (2011). The brief negative symptom scale: psychometric properties. *Schizophrenia Bulletin*, 37(2), 300-305.
10. Bischof M., e.a. (2016). The brief negative symptom scale: validation of the german translation and



convergent validity with self-rated anhedonia and observer-rated apathy. *BMC Psychiatry*, 16(1), 415.

11. Mané A., e.a. (2014). Spanish adaptation and validation of the brief negative symptoms scale. *Comprehensive Psychiatry*, 55(7), 1726-1729.
12. Medeiros H., e.a. (2018). F110. The brief negative symptom scale (BNSS): validation in a multicenter brazilian study. *Schizophrenia Bulletin*, 44 (Suppl 1), S262.
13. Mucci A., e.a. Italian Network for Research on

Psychoses. (2015). The brief negative symptom scale (BNSS): independent validation in a large sample of Italian patients with schizophrenia. *European Psychiatry*, 30(5), 641-647.

14. Polat Nazlı I., e.a. (2016). Validation of Turkish version of brief negative symptom scale. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 20(4), 265-271.
15. Staring T., e.a. Korte Schaal voor Negatieve Symptomen (KSNS). *Nederlandse vertaling van de Brief Negative Symptom Scale*.



Birgit Seelen-de Lang (1984)

Ik studeerde Klinische psychologie aan de Radboud Universiteit Nijmegen en werkte van 2006 tot 2013 bij het Centrum voor Ouder- en Ziekenhuispsychiatrie van de Reinier van Arkel Groep. Daar volgde ik ook de gz-opleiding. Sinds 2013 werk ik bij GGZ Oost Brabant in een FACT team en EDI team (*Early Detection and Intervention team*, ter preventie van eerste psychose), te Boekel. Ook ben ik als junior onderzoeker verbonden aan de onderzoekslijn ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA). Correspondentie: bl.seelen-delang@ggzooostbrabant.nl. t: 06-81405847



Christien Boumans (1959)

Ik studeerde geneeskunde aan de Radboud Universiteit Nijmegen. Na de psychiateropleiding in psychiatrisch ziekenhuis Wolfheze, werkte ik daar tot 1966 op de polikliniek. Vervolgens was ik als onderzoeker verbonden aan het Vincent van Gogh Instituut te Venray, waar ik in 2016 promoveerde op het proefschrift *Seclusion in Professional Context: Studies on the Methodical Management of Intensive Psychiatric Care*. Sinds 2014 doe ik onderzoek bij GGZ Oost Brabant, Huize Padua, binnen de langdurige intensieve klinische zorg voor patiënten met ernstige psychi-

sche stoornissen. In het kader van het kwaliteitsproject *Schizophreniesymptomen en methodisch werken*, gaf ik de aanzet tot dimensionele diagnostiek en evaluatie van het medicatiegebruik bij patiënten met schizofreniespectrumstoornissen. Sinds eind 2019 werk ik als zzp'er bij VGGNET en ADHDcentraal.



Henk Nijman (1967)

Ik studeerde Gezondheidswetenschappen aan de Universiteit Maastricht (afstudering: Geestelijke Gezondheidskunde) en promoveerde daar in 1999 aan de Faculteit der Psychologie op het proefschrift *Aggressive behavior of psychiatric inpatients. Measurement, prevalence, and determinants*. Sinds 1992 doe ik in (gesloten) zorginstellingen onderzoek naar meetmethoden, oorzaken en preventie van agressie van patiënten en cliënten; waarover ik heb gepubliceerd in verschillende nationale en internationale vaktijdschriften. Daarnaast deed ik verschillende behandel-evaluatiestudies, aan de hand van herhaalde metingen naar de effectiviteit van (forensisch) psychiatrische behandelingen. Van 2002 tot 2010 was ik als visiting professor verbonden aan het *Department of Mental Health and Learning Disability* van de City University in Londen. Sinds 2004 ben ik bijzonder hoogleraar Forensische psychologie aan de Radboud Universiteit in Nijmegen, aan het *Behavioural Science Institute (BSI)*, en senior onderzoeker bij Fivoor, een instelling voor forensische en intensieve psychiatrische zorg.