

P01 Mindfulness in de opleiding tot psychiater: het voorkomen van burn-out en het verhogen van empathie?

MD/PhD Rogier Hoenders^{PH1} / PhD Sanne Booij^{1,2} / MD Erik van den Brink¹

¹ Centrum Integrale Psychiatrie, Lentis

² Interdisciplinair Centrum Psychopathologie en Emotieregulatie, Universitair Centrum Psychiatrie, Rijksuniversiteit Groningen, Universitair Medisch Centrum Groningen

sh.booij@lentis.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Achtergrond

Medisch studenten en AIOS hebben een verhoogd risico op burn-out (Conijn e.a. 2015; Prins e.a. 2007). Bovendien is bij medisch studenten gevonden dat het niveau van empathie daalt tijdens de studie (Neumann e.a. 2011). Dit lijkt gerelateerd aan een hoog stressniveau (Maclaughlin e.a. 2011). Op mindfulness gebaseerde interventies blijken bij medisch studenten in staat stress te verminderen en empathie te verhogen (Barbosa e.a. 2013; Gordon 2014). AIOS psychiatrie hebben wellicht ook baat bij mindfulness.

Doel

De effecten van een mindfulness training op stress en empathie onderzoeken bij AIOS psychiatrie.

Methoden

Bij een pilotonderzoek namen 13 AIOS psychiatrie deel aan een 8-weekse training mindfulness. Voor en na de training vulden 11 van hen vragenlijsten in over empathie, ervaren stress en mindfulness. Empathie werd gemeten met de Empathie Quotiënt (Lawrence e.a. 2004), ervaren stress werd gemeten met de Perceived Stress Scale (Cohen e.a. 1983) en mindfulness met de verkorte versie van de Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ-SF; Bohlmeijer e.a. 2011). Verschillen tussen de voor- en nameting werden geanalyseerd met een gepaarde t-toets of een Wilcoxon matched-pair signed rank test, afhankelijk van de verdeling van de data

Resultaten

De deelnemers rapporteerden aan het eind van de training significant meer empathie dan aan het begin ($W=55.5$, $Z=2.0$, $p=.05$). Deze stijging hing positief samen met de hoeveelheid oefening buiten de lessen om ($r=0.62$, $p=.04$). Ook rapporteerden ze hogere scores op mindfulness ($t=1.8(10)$, $p=.10$), met name op de facetten observeren ($t=2.0(10)$, $p=.07$) en beschrijven ($t=4.9(10)$, $p<.01$). De ervaren stress daalde, maar niet significant ($t=-1.5(10)$, $p=.17$).

Conclusie

De resultaten ondersteunen het idee dat mindfulness training een waardevol onderdeel kan zijn van het curriculum van de AIOS. Om dit vraagstuk echter meer definitief te kunnen beantwoorden dient vervolgonderzoek te worden opgezet dat grootschaliger is, gerandomiseerd en waarbij ook lange termijn effecten in kaart worden gebracht.

Literatuurverwijzing

- Barbosa P, Raymond G, Zlotnick C, Wilk J, Toomey R,3rd, Mitchell J. Mindfulness-based stress reduction training is associated with greater empathy and reduced anxiety for graduate healthcare students. *Educ Health (Abingdon)* 2013; 26: 9-14.- Conijn M, Boersma HJ, van Rhenen W. Burnout in Dutch medical students: prevalence and causes. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2015; 159: A8255.- Gordon JS. Mind-body skills groups for medical students: reducing stress, enhancing commitment, and promoting patiënt-centered care. *BMC medical education* 2014; 14: 198.- Maclaughlin BW, Wang D, Noone AM, Liu N, Harazduk N, Lumpkin M, et al. Stress

biomarkers in medical students participating in a mind body medicine skills program. *Evid Based Complement Alternat Med* 2011; 2011: 950461.- Neumann M, Edelhauser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, et al. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Acad Med* 2011; 86: 996-1009.- Prins J, Hoekstra-Weebers J, Gazendam-Donofrio S, Van De Wiel H, Sprangers F, Jaspers F, et al. The role of social support in burnout among Dutch medical residents. *Psychol Health Med* 2007; 12: 1-6.

P02 Hoe leer je de sociale waarde van een neutraal gezicht? Een pilot-onderzoek naar hersenfunctie in patiënten met Sociale Angst Stoornis en hun gezonde broers en zussen?

Janna Marie Bas-Hoogendam ^{1,2,3,4} _{PH} / Dr. Henk van Steenbergen ^{2,3,4} / Prof. Dr. Nic van der Wee ^{1,3,4} / Prof. Dr. Michiel Westenberg ^{2,3,4}

¹ Afdeling Psychiatrie, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden

² Instituut Psychologie, Faculteit der Sociale Wetenschappen, Universiteit Leiden, Leiden

³ Leiden Institute for Brain and Cognition (LIBC), Leiden

⁴ Universitair Profileringsgebied Health, Prevention and the Human Life Cycle, Universiteit Leiden

j.m.hoogendam@gmail.com

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Achtergrond

Sociale angst stoornis (SAS) is een veel voorkomende aandoening met een lifetime prevalentie van 10% [1]. Patiënten met SAS zijn extreem bang om negatief beoordeeld te worden [2]. SAS komt in families voor: eerstegraads familieleden van SAS-patiënten hebben een tien keer verhoogd risico om zelf ook de ziekte te ontwikkelen [3]. Functionele Magnetic Resonance Imaging (fMRI)-studies in SAS-patiënten hebben veranderingen in hersenfunctie laten zien, onder andere in de amygdala en prefrontale cortex, waarbij verhoogde hersenactiviteit aanwezig was in reactie op angst-stimuli. Verder is toegenomen activiteit in de precuneus geassocieerd met SAS [4].

Doel

Dit pilot-onderzoek is het eerste onderzoek dat de hersenfunctie van zowel SAS-patiënten als hun gezonde broers/zussen bekijkt. Meer inzicht in het functioneren van het brein in deze verwanten levert inzicht op over veranderingen die genetisch gerelateerd zijn aan SAS.

Methoden

Negen SAS-patiënten, 9 gezonde broers/zussen van deze patiënten en 9 genetisch-ongelateerde deelnemers werden geselecteerd uit een groter familie-onderzoek naar SAS. De groepen verschilden niet in leeftijd en geslacht, maar SAS-patiënten hadden significant meer sociale angst symptomen (Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS)) [5] dan hun gezonde broers/zussen ($p=0.001$) en genetisch-ongelateerde deelnemers ($p<0.001$). LSAS-scores van gezonde broers/zussen verschilden niet van die van genetisch-ongelateerde deelnemers. fMRI data werden verzameld tijdens het 'Social Conditioning Paradigma' (SCP) [6]. Tijdens dit paradigma werden drie neutrale gezichten herhaaldelijk gecombineerd met persoonlijke zinnen die een positieve (complimenten), negatieve (beledigingen) of neutrale inhoud hadden. Hierdoor leerden deelnemers de sociale waarde van elk gezicht. Voor en na het SCP gaven deelnemers aan hoe aardig ze de gezichten vonden. We onderzochten het verschil in hersenactiviteit tijdens de eerste helft van de taak (leren van de associatie tussen gezichten en zinnen) en de laatste helft (sociale waarde van gezichten is bekend) en gebruikten FSL-FEAT.

Resultaten

Alle deelnemers leerden de sociale waarde van de gezichten: er was een significante interactie tussen tijd (voor/na SCP) en conditie (gezichten gecombineerd met positieve/negatieve/neutrale zinnen) op de aardigheids-scores ($F(1.6,38.8)=5.02$, $p=0.017$), maar geen effect van groep ($F(2,24)=0.17$, ns). SAS-patiënten hadden toegenomen hersenactiviteit in de linker amygdala bij het bekijken van de gezichten (small-volume corrected, $p<0.05$), in vergelijking met hun gezonde broers/zussen en genetisch-ongelateerde deelnemers. De hoogte van hersenactiviteit was positief gecorreleerd met LSAS-scores ($r=0.46$, $p=0.016$); de broers/zussen verschilden qua amygdala-activatie echter niet van de genetisch-ongelateerde deelnemers. Bij het lezen van

de persoonlijke zinnen lieten SAS-patiënten toegenomen hersenactiviteit zien in de precuneus, wederom in vergelijking met hun gezonde broers/zussen en genetisch-ongerelateerde deelnemers (whole-brain cluster-corrected, $p < 0.05$). Opnieuw was activiteit in dit gebied positief gecorreleerd met LSAS-scores ($r = 0.54$, $p = 0.003$), maar broers/zussen verschilden qua precuneus-activatie niet van de genetisch-ongerelateerde deelnemers.

Conclusie

Deze voorlopige resultaten laten toegenomen hersenactiviteit in SAS-patiënten zien tijdens het leren van de sociale waarde van neutrale gezichten. De hersenfunctie van gezonde broers/zussen van deze patiënten was echter niet verschillend van die genetisch-ongerelateerde deelnemers. Deze eerste resultaten suggereren dat de afwijkende hersenactiviteit in SAS-patiënten gerelateerd is aan de stoornis en niet zozeer aan genetische kwetsbaarheid voor SAS. Er is echter meer onderzoek nodig om dit betrouwbaar vast te stellen.

Literatuurverwijzing

[1] De Graaf R, ten Have M, van Gool C, van Dorsselaer S. 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* 2012;47:203–13. [2] American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. 2013. [3] Stein MB, Chartier MJ, Hazen AL, Kozak M V., Tancer ME, Lander S, et al. A Direct-Interview Family Study of Generalized Social Phobia. *Am J Psychiatry* 1998;155:90–7. [4] Brühl AB, Delsignore A, Komossa K, Weidt S. Neuroimaging in Social Anxiety Disorder—a meta-analytic review resulting in a new neurofunctional model. *Neurosci Biobehav Rev* 2014;47:260–80. [5] Heimberg RG, Horner KJ, Juster HR, Safren SA, Brown EJ, Schneier FR, et al. Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Psychol Med* 1999;29:199–212. [6] Davis FC, Johnstone T, Mazzulla EC, Oler JA, Whalen PJ. Regional response differences across the human amygdaloid complex during social conditioning. *Cereb Cortex* 2010;20:612–21.

P03 Biopsychosociale complexiteit beoordelen - de INTERMED self assessment

Dr. Annette Boenink_p¹ / Dr. Arianne van Reedt Dortland_H¹

¹ VUmc

a.vanreedtdortland@vumc.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Achtergrond

Er is toenemende behoefte om biopsychosociale complexiteit van patiënten te beoordelen vanwege de impact ervan op gezondheid, herstel en medische kosten. De INTERMED Self Assessment (IMSA) is een alternatief voor het INTERMED interview (IMCAG) om biopsychosociale complexiteit en bijbehorende zorgbehoeften te bepalen.

Doel

We bestudeerden de validiteit van de IMSA in een grote, heterogene groep klinische en poliklinische ziekenhuispatiënten in 5 Europese landen, en de voorspellende waarde voor zorggebruik en kwaliteit van leven.

Methoden

850 patiënten voltooiden de IMSA en IMCAG. Consistentie werd met Cronbach's alpha berekend, interbeoordelaarsbetrouwbaarheid met intraclass correlatie coëfficiënten (ICC), en convergente validiteit van de IMSA met psychische gezondheid (SF36 en HADS) en discriminante validiteit met kwaliteit van leven (EQ5D) door Spearmans rangcorrelaties (r). Voorspellende waarde van de IMSA voor zorggebruik en kwaliteit van leven na 3 en 6 maanden werd bepaald met mixed model regressie-analyse.

Resultaten

De interne consistentie van de IMSA was voldoende, net als de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid tussen IMSA en IMCAG. De IMSA correleerde ook met geestelijke gezondheid en lagere kwaliteit van leven. Biopsychosociale complexiteit voorspelde toegenomen gebruik van gezondheidszorg en een verminderde kwaliteit van leven na 3 en 6 maanden. De resultaten waren vergelijkbaar tussen alle vijf landen, klinische en poliklinische patiënten en leeftijdsgroepen.

Conclusie

De IMSA is een valide, generieke, cultuur-overstijgende en efficiënte methode om inzicht te krijgen in biopsychosociale complexiteit en zorgbehoeften. De bevinding dat biopsychosociale complexiteit de toekomstige medische consumptie verhoogt en de kwaliteit van leven vermindert benadrukt het belang om in een vroeg stadium klinische interventies te gebruiken/ontwikkelen die gericht zijn op het verbeteren van biopsychosociaal functioneren.

Literatuurverwijzing

Volgt

P04 Juridische aspecten rondom behandeling bij mensen met een verstandelijke beperking

Dr Irma Hein¹ / Mr Alice Broersma² / Prof Dr Xavier Moonen³

¹ AMC afd Kinder- en Jeugdpsychiatrie

² Accare

³ Koraalgroep

i.hein@debascule.com

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Achtergrond

Bij de zorg voor jeugdigen met een verstandelijke beperking (VB) hebben behandelaars regelmatig te maken met complexe juridische vragen. Meestal vindt de zorg plaats op vrijwillige basis en worden de Jeugdwet en de Wet inzake de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) gevolgd. Soms wordt de zorg tegen de wil van een jeugdige of diens wettelijk vertegenwoordigers gegeven, zoals geregeld in de Jeugdwet (gesloten jeugdhulp) en in de Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ). In al deze gevallen zijn vragen rondom wilsbekwaamheid regelmatig aan de orde. Het is daarbij voor behandelaars vaak onduidelijk wat dit betekent voor het juist toepassen van de verschillende juridische kaders.

Doel

Inzicht krijgen in hoe (actuele) wetgeving op de juiste wijze toe te passen in de zorg voor mensen met een VB en daarbij weten hoe juridische vraagstukken rond wilsbekwaamheid te hanteren.

Methoden

Literatuurstudie van relevante (actuele) wetgeving. Presentatie hiervan aan de hand van veel voorkomende dilemma's uit de praktijk van het werken met mensen met een VB.

Resultaten

Eén van de onderwerpen die wordt besproken is dilemma's rond gegevensuitwisseling, wat met de transitie van de jeugdhulp naar de gemeenten actueel is geworden. Er zijn situaties waarin behandelaars het beroepsgeheim mogen doorbreken bijvoorbeeld wanneer er toestemming voor is, of met een beroep op een meldrecht. De nieuwe Wet Herziening Kinderbeschermingsmaatregelen bepaalt dat een behandelaar informatieverplichting heeft naar de gezinsvoogd. Ook wettelijke kaders met betrekking tot wilsbekwaamheid, vrijwillige jeugdhulp en gedwongen jeugdhulp worden toegelicht.

Conclusie

Behandeling van mensen met een VB vraagt om kennis van de specifieke juridische kaders welke van toepassing zijn voor deze doelgroep.

Literatuurverwijzing

GGZ Nederland (2013). Notitie toestemming behandeling minderjarigen in het kader van de WGBO. Hein, I.M., Daams, J., Troost, P.W., Lindeboom, R., Lindauer, R.J.L. (2014). Accuracy of assessment instruments for patients' competence to consent to medical treatment or research. Cochrane Database Systematic Reviews, (5). DOI: 10.1002/14651858. KNMG, Wegwijzer dubbele toestemming minderjarige (2011).

P05 Diagnostiek en behandeling van het 22q11.2 deletiesyndroom: een etiologische en psychiatrische valkuil?

Prof.Dr. Willem Verhoeven^{1,2} / Prof.Dr. Jos Egger^{3,4}

¹ Vincent van Gogh Instituut voor Psychiatrie, Venray

² ErasmusMC Rotterdam, afdeling psychiatrie

³ Vincent van Gogh Instituut voor Psychiatrie, Venray

⁴ Donders Institute and Behavioural Science Institute, Radboud University Nijmegen
wmaverhoeven@planet.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Achtergrond

Het 22q11.2 deletiesyndroom (22q11DS) wordt gekenmerkt door een variabel fenotype, meestal veroorzaakt door een deletie in de 'common region' (LCR A-D), en gaat gepaard met endocriene dysfuncties (hypothyreoïdie en/of hypoparathyreoïdie), aangeboren afwijkingen aan hart en grote vaten alsmede de nieren. Daarnaast komen regelmatig schizofrenie-achtige psychosen en stoornissen binnen het angst- en stemmingscluster. Wat betreft cognitief functioneren vallen vooral op verminderde visuoperceptie, planning en organisatie alsmede beperkingen in abstract en sociaal denken. Het psychopathologisch fenotype vloeit hieruit voort. Naast het 'common' 22q11DS kan er ook sprake zijn van een deletie die meer centraal of mee distaal gelegen is. Bij het 'central' 22q11DS (LCR B-D) is geen specifieke psychopathologie beschreven en hierbij staan vooral de aangeboren afwijkingen van het urogenitaal systeem op de voorgrond. Het 'distal' 22q11DS (LCR D-H) gaat vaak gepaard met een angststoornis en is vooral geassocieerd met congenitale hartafwijkingen [1].

Doel

Inventarisatie van de relatie tussen deletietype, psychopathologisch profiel en implicaties voor de behandeling.

Methoden

Gedetailleerde documentatie van voorgeschiedenis en effect van eerdere farmacologische interventies alsmede van neuropsychiatrische en neuropsychologische kenmerken bij 28 patiënten met genetisch bevestigd 22q11DS, primair verwezen voor recidiverende psychosen. Voorts 1 mannelijke adolescent met 22q11DS verwezen vanwege gedragsproblematiek bij wie hernieuwd genetisch onderzoek een centrale deletie aantoonde.

Resultaten

De groep van 28 patiënten had in het verleden een waaier aan psychiatrische diagnoses gekregen waarvoor uiteenlopende psychofarmacologische behandelingen waren doorgevoerd. De meeste patiënten hadden tenminste twee antipsychotica voorgeschreven gekregen (klassieke of risperidon) vaak gecombineerd met een antidepressivum, vooralsnog zonder voldoende effect. Het psychopathologisch profiel werd gekenmerkt door een combinatie van psychotische verschijnselen, angsten en instabiele stemmingen. Bij twee van hen was er sprake van 'early onset' M Parkinson (e-PD). Allen, behalve die met e-PD, werden ingesteld op clozapine of quetiapine en, in geval van stemmingsinstabiliteit, tevens op natriumvalproaat, zulks tezamen met individueel toegesneden contextuele maatregelen. Deze aanpak resulteerde veelal in een remissie van de psychose en stabilisatie over een langere periode (tenminste 9-12 maanden) [2]. Bij de patiënt met het 'central' 22qDS werden uitsluitend autistiforme gedragskenmerken vastgesteld en werd geen verdere psychofarmacotherapie toegepast.

Conclusie

De resultaten van deze inventarisatie suggereren dat, afhankelijk van de individuele tolerantie, psychosen bij 22q11DS bij voorkeur zouden moeten worden behandeld met quetiapine of clozapine. Een gedetailleerde analyse van de positie van de deletie is essentieel, niet alleen om te bepalen welk aanvullende onderzoek vereist is, maar ook voor de juiste psychofarmacologische aanpak.

Literatuurverwijzing

[1] Rump et al., AmJMedGenet 2014; 164A: 2707-2723. [2] Verhoeven WMA & Egger JIM. Pharmacopsychiatry 2015; 48: 104-110.

P06 Genetische diagnostiek in de psychiatrische praktijk

Karlijn Vermeulen^{1,2,3}_{PH}

¹ Karakter, kinder- en jeugdpsychiatrie

² RadboudUMC Nijmegen

³ Donders Centre for Neuroscience

k.vermeulen@karakter.com

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Achtergrond

Mensen met een verstandelijke beperking (VB) hebben een verhoogde kans op het ontwikkelen van psychiatrische problematiek. Erfelijke aandoeningen en perinatale invloeden dragen in belangrijke mate bij aan de aetiologie van een VB. Het achterhalen van de oorzaak van de VB kan richting geven aan psychiatrische diagnostiek en behandeling, bijvoorbeeld aan de hand van het gedragsfenotype. In de afgelopen jaren zijn er veel nieuwe ontwikkelingen geweest op het gebied van de genetica. Nieuwe technieken zorgen ervoor dat veel vaker een genetische oorzaak voor de VB kan worden gevonden.

Doel

De psychiater krijgt inzicht in genetische achtergronden en krijgt handvatten wanneer te verwijzen voor klinisch genetisch onderzoek. De psychiater begrijpt de klinische relevantie van genetische diagnostiek.

Methoden

De laatste stand van zaken wordt aan de hand van recente literatuur besproken en nader toegelicht aan de hand van casuïstiek en een pilotstudie op de polikliniek kinder- en jeugdpsychiatrie, zorglijn (L)VB van Karakter.

Resultaten

Door nieuwe technieken kunnen kleine genetische defecten steeds vaker opgespoord worden. De nieuwe technieken worden toegelicht. Genetisch onderzoek levert vaker een oorzaak op wanneer er sprake is van faciale dysmorfologie (Willemsen & Kleefstra, 2013). De psychiater krijgt handvatten voor beoordeling hiervan. Het percentage oorzakelijke genetische afwijkingen op de polikliniek kinder- en jeugdpsychiatrie zal worden gepresenteerd en de klinische relevantie wordt onderschreven aan de hand van het glutamaattransporterdefect.

Conclusie

Een vooruitgang in genetische technieken zorgt ervoor dat er vaker een genetisch defect kan worden aangetoond als oorzaak voor de VB. Dit stelt de psychiater voor een nieuwe uitdaging. Naast de vraag wanneer genetisch onderzoek aangevraagd dient te worden, moet men zich ook bezinnen op wat de bruikbaarheid hiervan is in de praktijk. Hier zal tijdens de presentatie en in de discussie bij stilgestaan worden.

Literatuurverwijzing

Talkowski, M. E., Rosenfeld, J. A., Blumenthal, I., Pillalamarri, V., Chiang, C., Heilbut, A., . . . Gusella, J. F. (2012). Sequencing chromosomal abnormalities reveals neurodevelopmental loci that confer risk across diagnostic boundaries *Cell* (Vol. 149, pp. 525-537). United States: 2012 Elsevier Inc. Willemsen, M., & Kleefstra, T. (2013). Making headway with genetic diagnostics of intellectual disabilities. *Clin Genet*. doi: 10.1111/cge.12244

P07 Patiënten met zelftoegebrachte brandwonden vergeleken met patiënten die brandwonden hebben na een ongeluk

drs Trea Broersma_{PH}¹

¹ Martini Ziekenhuis

t.broersma@mzh.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Achtergrond

Tussen de 1% en 14% van alle brandwonden die behandeld worden in de brandwondencentra in Europa is zelf toegebracht(1). De mortaliteit in de zelf toegebrachte brandwonden groep (SIB = self-inflicted burns) lijkt hoger dan in de groep waarbij de brandwonden zijn opgelopen tijdens een ongeval (AB= accidental burns), mogelijk door het totaal verbrand lichaamsoppervlakte (TVLO) dat uitgebreider is. Hierdoor is de opnameduur langer. Om de intensieve en complexe zorg voor deze patiënten in Nederland en specifiek in Groningen op het brandwondencentrum vorm te kunnen geven, is het nodig meer inzicht te krijgen in het beloop en de outcome van behandeling van SIB-patiënten en de factoren die hierbij een rol zouden kunnen spelen.

Doel

Het doel van dit onderzoek was inventarisatie van de incidentie van SIB-patiënten en analyse van de outcome van SIB-patiënten, gesplitst in tentamen suïcide (TS) en automutilatie (AM) groep, in vergelijking met AB-patiënten. De hypothese die hierbij getoetst werd was dat de outcome (mortaliteit en ligduur) van SIB-patiënten slechter was dan de outcome van AB-patiënten, al dan niet gematcht op de variabelen en score van de Abbreviated Burn Severity Index (ABSI) (leeftijd, geslacht, TVLO, inhalatieletsel, volle diepte verbranding).

Methoden

Een retrospectief statusonderzoek in de periode van 1 januari 2009 – 31 december 2013, waarbij in de eerste plaats werd de SIB-groep vergeleken met de AB-groep op mortaliteit en ligduur. Daarna werd de AM en TS groep afzonderlijk gematcht met patiënten uit even ernstig verbrande AB-groep op variabelen en score van ABSI en vergeleken op mortaliteit en ligduur.

Resultaten

Gedurende een 5-jaars periode waren er 29 patiënten TS en AM opnames. Het TVLO van de AB, TS en AM groep was resp. 6,3%, 37,8% en 4,4% ($p < 0.001$). Er konden significante verschillen worden aangetoond in opnameduur tussen de AB groep vergeleken met de TS en AM groep, namelijk resp. 15,7 dag vs. 38,4 dag en 24,6 dag en in mortaliteit tussen de AB en TS groep ($p < 0.001$), resp. 2,2% vs 28,6%. Na matching op ABSI variabelen en score ($p > 0.005$) waren er echter geen significante verschillen meer aantoonbaar in mortaliteit en ligduur tussen de AM en matchgroep en TS en matchgroep.

Conclusie

De ligduur van TS en AM patiënten is significant langer dan de ligduur van de AM patiënten. Daarnaast is de mortaliteit van de TS patiënten significant hoger dan van de AB patiënten. Echter zodra de TS en AM patiënten gematcht werd op ernst van de verbranding met een AB patiënt zijn er geen significante verschillen aantoonbaar in mortaliteit en ligduur. Wel is er verder onderzoek nodig naar de discrepantie in TVLO en ligduur van de AM groep.

Literatuurverwijzing

1. Laloe V. Patterns of deliberate self-burning in various parts of the world. A review. Burns. 2004

May;30(3):207-15.2. Automutilatie en suicide - VeiligheidNL [Internet].; november 2012. Available from: <http://www.veiligheid.nl/cijfers/letsel-door-automutilatie-en-suicide>.3. Ruiz-Ramos M, Cordoba-Dona JA, Bacigalupe A, Juarez S, Escolar-Pujolar A. The economic crisis at the beginning of the XXI century and mortality in Spain. trend and impact on social inequalities. SESPAS report 2014. Gac Sanit. 2014 Mar 4.4. Thombs BD, Bresnick MG. Mortality risk and length of stay associated with self-inflicted burn injury: Evidence from a national sample of 30,382 adult patients. Crit Care Med. 2008 Jan;36(1):118-25.5. Tuohig GM, Saffle JR, Sullivan JJ, Morris S, Lehto S. Self-inflicted patient burns: Suicide versus mutilation. J Burn Care Rehabil. 1995 Jul-Aug;16(4):429-36.6. Cameron DR, Pegg SP, Muller M. Self-inflicted burns. Burns. 1997 Sep;23(6):519-21.7. [Internet]. Available from: <http://www.trimbos.nl/onderwerpen/psychische-gezondheid/borderline-persoonlijkheidsstoornis/symptomen>.8. Forster NA, Nunez DG, Zingg M, Haile SR, Kunzi W, Giovanoli P, et al. Attempted suicide by self-immolation is a powerful predictive variable for survival of burn injuries. J Burn Care Res. 2012 Sep-Oct;33(5):642-8.9. van der Does AJ, Hinderink EM, Vloemans AF, Spinhoven P. Burn injuries, psychiatric disorders and length of hospitalization. J Psychosom Res. 1997 Oct;43(4):431-5.

P08 IHT

MD Jet Muskens_{PH}¹

¹ Karakter

j.muskens@karakter.com

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Achtergrond

Vanaf 1 januari 2015 hebben gemeenten de financiële en bestuurlijke verantwoordelijkheid voor alle jeugdhulp. In het verlengde van de nieuwe wetgeving is een transformatie in gang gezet, waarbij het probleemoplossend vermogen van burgers en hun directe sociale omgeving meer wordt aangesproken. In de jeugd-ggz richten deze veranderingen zich op flexibeler en beter aansluiten bij de behoeften van de patiënt, gedeelde besluitvorming, vroeg signalering, goede samenwerking met ketenpartners met zo min mogelijk klinische opnamen en zo veel mogelijk behandeling in de thuissituatie en dat alles tegen een lagere kostprijs. Aansluitend bij de verandering in de zorg maar ook vanwege de noodzaak kosten-effectiever te behandelen, is er een intensieve thuisbehandeling (IHT Intensive Home Treatment) bij Karakter Nijmegen opgezet voor adolescenten met ernstige psychiatrische problematiek.

Doel

Nagaan of een nieuw opname-vervangend behandelmodel voor adolescenten met psychiatrische problematiek effectiever en efficiënter is dan de voorgaande behandelmethodiek met langdurige opnames.

Methoden

Het voorgaande behandelmodel voor adolescenten in crisis bestond uit klinische opname gedurende 6 maanden of meer. Voor het nieuwe behandelmodel werden 4 opname-afdelingen met 34 bedden omgebouwd tot 1 'high & intensive care'(HIC)-afdeling met 7 bedden in combinatie met een opname-vervangende behandeling in de thuissituatie voor het gezin. Opname binnen de HIC is kortdurend en de ouders worden samen met hun kind opgenomen. Met dit nieuwe model werd vanaf mei 2013 gewerkt. Het aantal patiënten in zorg, de behandelduur, de patiënttevredenheid, het aantal bedden en de kosten werden onderzocht en vergeleken met gegevens uit de jaren 2011 en 2012

Resultaten

Vergeleken met het voorgaande behandelmodel laat het opname vervangende behandelmodel in één jaar tijd zien dat er meer jongeren behandeld kunnen worden (125 tegenover 70 per jaar) met een kortere behandelduur (2 weken klinisch indien nodig en 4 maanden ambulant tegen over 6 tot 7 maanden klinisch) en tegen lagere kosten per patiënt (€28.000 tegenover €55.000) bij een gelijkblijvende patiënttevredenheid.

Conclusie

Hoewel de eerste behandelresultaten positief zijn, is uitgebreider onderzoek nodig naar de behandeffectiviteit en kostenefficiëntie van het opname vervangende model voor jongeren over een langere periode.

Literatuurverwijzing

Muskens JB, Herpers PC, van Velthuysen M, van Deurzen P, Lahuis BE, van der Gaag RJ. Intensieve thuisbehandeling bij jongeren in crisis, behandel ouders mee bij 'psychiatrische' adolescenten. Ned Tijdschr Geneesk. 2015;159

P09 Voedingsadviezen als aanvulling op de behandeling van depressie?

Dr. Esther Nederhof^{1,2} / Dr. Sanne Booij^{1,3} / Dr. Eric Ruhé⁴ / Dr. Rogier Hoenders³

¹ Interdisciplinair Centrum Psychopathologie en Emotieregulatie, Universitair Centrum voor Psychiatrie, Universitair Medisch Centrum Groningen, Rijksuniversiteit Groningen

² Hogeschool Van Hall Larenstein, Leeuwarden

³ Centrum Integrale Psychiatrie, Lentis, Groningen

⁴ Stemnings- en Angststoornissen, Universitair Centrum voor Psychiatrie, Universitair Medisch Centrum Groningen, Rijksuniversiteit Groningen
e.nederhof@umcg.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Achtergrond

Depressie komt wereldwijd veel voor, gaat vaak samen met andere gezondheidsproblemen en zorgt voor een emotionele en financiële schade. Deze financiële schade bestaat deels uit behandelkosten. Met de huidige behandelingen herstelt 60-70% van de patiënten. Er is anekdotisch bewijs voor de rol die voeding zou kunnen spelen in de behandeling van depressie. Daarnaast zijn er goed onderzochte mechanismen die zouden kunnen verklaren hoe voeding zou kunnen ingrijpen op het functioneren van de hersenen. Daarom stellen wij de vraag, of we de behandelkosten zouden kunnen inperken door een gezonder voedingspatroon.

Doel

Onderzoeken of er een rol is voor voedingsadviezen als aanvulling op de behandeling van depressie.

Methoden

In deze presentatie zetten we de literatuur uiteen waarin de relatie tussen voeding en depressie onderzocht wordt.

Resultaten

Uit de resultaten van observationele studies kan worden geconcludeerd dat mensen die veel geraffineerde koolhydraten en veel bewerkt voedsel eten een hoger risico hebben op depressie, en dat mensen die veel groente, fruit en vis eten een lager risico hebben op depressie (1,2,3). Resultaten van interventiestudies zijn minder eenduidig (4). Succesvolle interventies, die leiden tot een significante reductie in het aantal depressieve symptomen, werden meestal uitgevoerd door een diëtist, meestal in groepsverband en meestal in combinatie met een beweegadvies. Vrijwel geen enkele interventie werd gedaan bij depressieve patiënten.

Conclusie

De resultaten uit de literatuur stemmen voorzichtig positief, maar harde conclusies kunnen niet worden getrokken vanwege de afwezigheid van interventiestudies in klinische populaties. Wij willen in de komende jaren onderzoeken of een voedingsinterventie effectief is als aanvulling op de bestaande poliklinische behandeling van depressieve patiënten. De interventie zal bestaan uit een aantal groepsbijeenkomsten waarin een diëtist voedingsadviezen zal geven met een nadruk op groente, fruit en vis. Naast voedingsadviezen zullen patiënten ook een beweegadvies krijgen. De interventiegroep zal vergeleken worden met patiënten die reguliere zorg ontvangen.

Literatuurverwijzing

1. Rahe C, Unrath M, Berger K (2014). Dietary patterns and the risk of depression in adults: a systematic review of observational studies. Eur J Nutr 53: 997-1013. 2. Sanhueza C, Ryan L, Foxcroft DR (2013). Diet and the risk of

unipolar depression in adults: systematic review of cohort studies. *J Hum Nutr Diet* 26: 56-70.3. Lai JS, Hiles S, Bisquera A, Hure AJ, McEvoy M, Attia J (2014). A systematic review and meta-analysis of dietary patterns and depression in community-dwelling adults. *Am J Clin Nutr* 99: 181-197.4. Opie RS, O'Neill A, Itsiopoulos C, Jacka FN (2015). The impact of whole-of-diet interventions on depression and anxiety: a systematic review of randomised controlled trials. *Publ Health Nutr* 18: 2074-2093.

P10 Collaborative Care voor de combinatie van psychische en lichamelijke klachten: een systematische review

Drs. Jonna van Eck van der Sluijs^{PH}¹

¹ GGz Breburg

J.vanEckvanderSluijs@ggzbreburg.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Achtergrond

De combinatie van psychische en lichamelijke klachten komt vaak voor en leidt tot zowel een hoge ziektelast als hoge kosten. Het bereiken van behandelingsresultaat is vaak bemoeilijkt in deze patiëntengroep. Collaborative care is een geprotocolleerde behandeling waarbij actief samengewerkt wordt door verschillende zorgverleners. Meestal zijn dit een caremanager (dit is een gespecialiseerd verpleegkundige), een huisarts en een psychiater. Vaak wordt gebruik gemaakt van Problem Solving Treatment en medicamenteuze behandeling. De caremanager speelt een essentiële rol in het bevorderen van de samenwerking tussen de patiënt, de huisarts en de psychiater. In eerdere onderzoeken is aangetoond dat collaborative care een verbetering geeft van psychische klachten. Of er ook een verbetering optreedt in lichamelijke klachten, wanneer deze naast psychische klachten optreden, is niet eerder in een review aangetoond. De vraag is dus of deze vorm van samenwerken ervoor zorgt dat deze patiëntengroep beter wordt?

Doel

Middels een systematische review van de literatuur de effectiviteit van collaborative care voor de combinatie van psychische en lichamelijke klachten onderzoeken.

Methoden

Systematische review.

Resultaten

Collaborative Care wordt toegepast in de eerste lijns setting en hier speelt de consultatief psychiater vaak een rol. Het is aangetoond dat collaborative care effectief is bij depressieve stoornissen en angststoornissen. In deze review zal expliciet aandacht worden besteed aan het effect op lichamelijke aandoeningen bij de behandeling van depressie of een angststoornis.

Conclusie

Collaborative care is effectief bij depressie en angststoornissen. Het effect op bijkomende lichamelijke aandoeningen zal worden besproken tijdens de voordracht.

Literatuurverwijzing

Collaborative Care for combined mental and physical complaints: a systematic review. J. van Eck van der Sluijs, H. Castelijns, V. Eijsbroek, C. van der Feltz-Cornelis. Submitted.

P11 PAINDIP: wat werkt beter bij pijn en depressie, samenwerking of pillen?

Drs. Eric de Heer_{PH}¹

¹ GGz Breburg

E.deHeer@ggzbreburg.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Achtergrond

Pijn en depressie komen veel samen voor en leiden tot langere ziekteduur en minder goede behandeluitkomsten. Zowel in de huisartsensetting als in de specialistische GGz wordt de behandeling als niet vanzelfsprekend ervaren. Dit geldt zowel voor de medicamenteuze behandeling met antidepressiva of pijnstillers, als voor mogelijkheden voor psychotherapie en fysiotherapie. Er is behoefte aan kennis omtrent de meerwaarde van deze verschillende behandelmodaliteiten bij depressie en pijn.

Doel

Evalueren wat de uitkomst van behandeling is op depressie en op pijnklachten voor verschillende medicamenteuze behandelingen, en de combinatie van psychotherapie en fysiotherapie.

Methoden

Een placebo-gecontroleerd, dubbel blind gerandomiseerd onderzoek, verricht in drie GGz instellingen bij patiënten met pijn en depressie. Hierin werden drie behandelmodellen vergeleken: Duloxetine alleen, Duloxetine plus Collaborative Care inclusief een pijnmedicatie algoritme, en Placebo plus Collaborative Care inclusief een pijnmedicatie algoritme. Dit design maakt het mogelijk om de eventuele meerwaarde van samenwerking versus een antidepressivum alleen te beoordelen.

Resultaten

Deze proof of concept trial betrof 3 x 20 patiënten die gedurende 3 maanden werden gevolgd. In alle drie de armen trad verbetering op van de depressieve klachten, maar de verbetering ging het snelst in de groep die Collaborative care met een pijnmedicatie algoritme ontving zonder antidepressivum. Deze resultaten en de uitkomsten op het vlak van pijnklachten zullen worden toegelicht.

Conclusie

Collaborative Care met een pijnmedicatie algoritme leidt sneller tot resultaat op de depressieve klachten dan in de behandelvormen met Duloxetine bij depressie met pijn.

Literatuurverwijzing

de Heer EW, Dekker J, van Eck van der Sluijs JF, Beekman AT, van Marwijk HW, Holwerda TJ, Bet PM, Roth J, Hakkaart-Van Roijen L, Ringoir L, Kat F, van der Feltz-Cornelis CM. Effectiveness and cost-effectiveness of transmural collaborative care with consultation letter (TCCCL) and duloxetine for major depressive disorder (MDD) and (sub)chronic pain in collaboration with primary care: design of a randomized placebo-controlled multi-Centre trial: TCC:PAINDIP. BMC Psychiatry. 2013 May 24;13:147. doi: 10.1186/1471-244X-13-147.

P12 Moeders, vaders en psychiatrische rehabilitatie: kan ouderschap worden ondersteund met een nieuwe benadering?

Drs. Peter van der Ende¹ / Prof. dr. Joeske van Busschbach^{2,3} / Prof. dr. Joanne Nicholson⁴ / Prof. dr. Lies Korevaar¹ / Prof. dr. Jaap van Weeghel⁵ / Drs. Lies Wenselaar⁶

¹ Lectoraat Rehabilitatie Hanzehogeschool Groningen

² RGOc, UMCG, Groningen

³ Winsdesheim Zwolle

⁴ The Geisel School of Medicine at Dartmouth (VS)

⁵ Tranzo, Universiteit van Tilburg

⁶ De Banjaard GGZ, Gouda

p.c.van.der.ende@pl.hanze.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Achtergrond

Ongeveer de helft van de mensen met (ernstige) psychische aandoeningen is moeder of vader. In een kwalitatief onderzoek beschreven ouders hun toewijding tot hun kinderen en de manier waarop kinderen hun leven verrijken en structureren. Bij sommigen stonden de beperkingen door de aandoening voorop, bij anderen lag het accent op ouderschap als een weg naar herstel. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat ouders met psychische aandoeningen steun willen bij het ontwikkelen van hun ouderschap.

Doel

De ervaringen met de methodiek "Ouderschap met Succes en Tevredenheid (OST)", een methodiek gebaseerd op de Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB) en herstel in kaart brengen.

Methoden

De methodiek OST heeft drie onderdelen:

1. Huidig functioneren van de ouder;

2a. Versterken van de ouderrol voor ouders die met hun kind wonen;

2b. Hernemen / uitbreiden van de ouderrol voor ouders die apart van hun kind wonen.

Het is een begeleide zelfhulp interventie voor ouders met (ernstige) psychische aandoeningen. Bijvoorbeeld: Carla is een alleenstaande moeder met borderline problematiek die een half jaar opgenomen is geweest in een psychiatrische kliniek en nu het ouderschap over haar twee kinderen weer aan het terugkrijgen is van hun oma. Zij wordt door een maatschappelijk werker begeleid met behulp van OST. Met een pilot-onderzoek zijn veranderingen in de met OST begeleide groep (N=11) vergeleken met een controle groep (N=15). Uitkomstmaten betreffen ouderschapstevredenheid en empowerment gerapporteerd door professionele hulpverleners en familieleden. De ouders rapporteerden bovendien hun kwaliteit van leven.

Resultaten

Tevredenheid met ouderschap is in de OST-groep toegenomen, maar niet in de controle groep. De door ouders gerapporteerde empowerment verbeterde in beide groepen niet. De kwaliteit van leven verbeterde significant in de OST-groep. Zowel ouders als professionele hulpverleners evalueerden de interventie als positief.

Conclusie

De eerste ervaringen met OST zijn grotendeels positief. Deze interventie is geïmplementeerd bij een aantal GGz-instellingen en heeft de potentie om te functioneren als een bruikbaar gereedschap. Er zal aandacht besteed moeten worden aan het verbeteren van de interventie, de implementatie en de modelgetrouwheid.

Literatuurverwijzing

1. Van der Ende, P.C., Van Busschbach, J. T., Nicholson, J., Korevaar, E.L., Van Weeghel, J. (2014). Parenting and psychiatric rehabilitation: Can parents with severe mental illness benefit from a new approach? *Psychiatric Rehabilitation Journal*, Vol 37(3), Sep 2014, 201-208 .2. Ende, P.C. van der, Busschbach, J.T. van, Wiersma, D. en Korevaar, E.L. (2011). Ouders met ernstige psychische aandoeningen. *Epidemiologische gegevens. Tijdschrift voor Psychiatrie* 53 (2011) 11, 851 - 856.3. Van der Ende, P. C., Korevaar E. L. en Oosterbaan H. (2012). Kracht en steun voor ouderschap van mensen met psychische aandoeningen. Lectoraat Rehabilitatie, Academie Sociale Studies, Hanzehogeschool Groningen. 4. Wenselaar, L.H. (2015). *Integrale hulpverlening aan ouders met psychiatrische en/of verslavingsproblemen en hun kinderen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum. 5. Van der Ende, P.C., Venderink, M.M., Busschbach, J.J. van (2010). Parenting with success and satisfaction. A rehabilitation intervention for parents with severe mental illness. *Psychiatric Services* 61:416.

P13 SOH-KJP in de huisarts praktijk

MD Gigi van de Loo-Neus^{PH}¹

¹ Karakter Universitair Centrum

g.vandelloo@karakter.com

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Achtergrond

Triage van de huisarts voor de jeugd GGZ kan versterkt worden door de expertise van een GGZ medewerker.

Doel

Verbeteren van verwijzingen naar GBGGZ, SGGZ of elders waardoor patiënten direct op de juiste plek terecht komen wat kostenbesparend werkt.

Methoden

Om de verwijzingen vanuit de huisarts naar de jeugd GGZ zo goed mogelijk te stroomlijnen zijn we gestart met het inzetten van specialistische ondersteuning van de huisarts met betrekking tot de kinder- en jeugdpsychiatrie (SOH-KJP) gericht het verbeteren van de kwaliteit, verbeteren van de expertise van de huisarts, het verbeteren en tevens verminderen van de verwijzingen naar GBGGZ of SGGZ en het verminderen van kosten. De netwerksamenwerking tussen huisartsen en andere aanbieders van zorg en ondersteuning van jeugdigen wordt verbeterd en versneld mede door de inzet van mensen met expertise binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie.

Resultaten

Verbeterde triage maakt dat patiënten sneller op de juiste plek gezien worden voor diagnostiek en behandeling.

Conclusie

De netwerksamenwerking tussen huisartsen en andere aanbieders van zorg en ondersteuning van jeugdigen wordt verbeterd en versneld mede door de inzet van mensen met expertise binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie.

Literatuurverwijzing

-

P14 Nieuw concept Denkkracht: neuropsychologie verbindt psychiatrie en school

Dr Dorine Slaats ^{1,2} _{PH}

¹ Denkkracht

² Karakter Universitair Centrum

d.slaats@karakter.com

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Achtergrond

Veel kinderen met een psychiatrische diagnose hebben cognitieve problemen waardoor het leren op school niet goed verloopt. Zo zijn er kinderen met een beperkt inzicht, een zwak werkgeheugen of een disharmonisch IQ-profiel. Deze problemen dragen bij aan-, of verergeren het psychiatrisch beeld en kunnen leiden tot emotionele problematiek en zelfs tot schooluitval. Denkkracht (initiatief van Karakter) positioneert zich als centrum voor neuropsychologische expertise tussen psychiatrie en onderwijs en pakt deze cognitieve problemen aan.

Doel

Het doel van Denkkracht is om middels vroegtijdige signalering en een effectieve aanpak van cognitieve problemen schoolverzuim en schooluitval te voorkomen. Door de preventieve werking kan de instroom in de KJP beperkt worden en langdurige psychiatrische zorg voorkomen.

Methoden

Denkkracht bereikt dit doel door de inzet van neuropsychologisch onderzoek naar de cognitieve sterktes-zwaktes van het kind, advies op maat en kortdurende, doelgerichte behandeling. Doordat de professionals opgeleid zijn binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie en veel expertise hebben in de klinische neuropsychologie worden cognitieve voorlopers van psychiatrische beelden snel opgespoord en aangepakt. Ook langer bestaande problematiek wordt effectief behandeld in samenwerking met school. belangrijk hierin is de ketensamenwerking ouders-neuropsychologie-school.

Resultaten

Aan de hand van casus en de resultaten van een SROI (Social Return on Investment) zullen de effecten en het rendement van de aanpak van Denkkracht besproken worden tijdens dit symposium.

Conclusie

Denkkracht draagt met dit aanbod maximaal bij aan de substitutie in de zorg (afschaling zorgzwaarte). Een goedketensamenwerking tussen de KJP, neuropsychologie en het onderwijs is hierbij erg belangrijk. Denkkracht duikt in het gat tussen psychiatrie en school: het kind kan weer verder...

Literatuurverwijzing

www.denkkracht.com

P15 Diagnostiek binnen de basis GGZ, behandeling bij de huisarts

MD Mijnke Janssen ¹_{PH}

¹ Karakter Universitair Centrum
m.janssen@karakter.com

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Achtergrond

ADHD behandeling van kinderen vond lange tijd vooral in de tweede en derde lijn plaats. Om de zorg minder duur te maken is samen werken met de eerste lijn van groot belang.

Doel

Het versterken van de huisarts in de behandeling van kinderen met ADHD maakt dat patiënten de weg vinden naar de huisarts waardoor langdurige trajecten binnen de jeugd GGZ minder nodig zijn.

Methoden

De Tornadopoli is een polikliniek voor patiënten met het vermoeden van ongecompliceerde ADHD (zonder comorbiditeit, zonder gezinsproblematiek). De diagnostiek en de ouderbegeleiding worden verzorgd door Karakter, de eventuele medicatievoorschrijving en medicatiecontroles worden door de huisarts uitgevoerd. Huisartsen volgen daartoe een online geaccrediteerde nascholing van een uur over de herkenning en behandeling van ADHD. De Tornadopoli is onderzocht op effectiviteit en doelmatigheid ten opzichte van Care As Usual. De resultaten van deze studie worden gepresenteerd.

Resultaten

Samenwerken met de eerste lijn is doelmatig en effectief.

Conclusie

langdurige behandeling van ongecompliceerde ADHD binnen de tweede of derde lijn is niet meer nodig door de samenwerking met de eerste lijn en scholing van huisartsen.

Literatuurverwijzing

-

P16 Instelsprekuren voor ADHD medicatie, optimaal gebruik maken van de inzichten van ouders

md Gigi van de Loo-Neus ¹_{PH}

¹ Karakter Universitair Centrum

g.vandelloo@karakter.com

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Achtergrond

De start van medicatie bij ADHD is voor veel ouders een grote stap. Door ouders actief te betrekken, goede uitleg te geven en korte lijnen te houden bij het instellen van de medicatie vergroot je de kans op commitment over de medicatie en verbeter je de compliance.

Doel

Het versterken van commitment over de vorm van de behandeling geeft vertrouwen. Als ouders (en patiënt) kiezen voor medicatie zorgt intensieve samenwerking voor het verbeteren van compliance. Daarnaast zorgt het geprotocolleerd werken voor een adequate inzet van de verpleegkundig specialist (of arts-assistent) waardoor de kinderpsychiater ontlast wordt en de wachtlijsten verkort.

Methoden

De multidisciplinaire richtlijn voor ADHD geeft richting bij het instellen van medicatie bij kinderen met ernstige ADHD of kinderen met lichte of matige vormen van ADHD waarbij niet-medicamenteuze behandeling onvoldoende effect heeft gegeven. In navolging van het instellen op medicatie bij de MTA studie is gewerkt aan een concept om de medicatie geprotocolleerd in te stellen in optimale samenwerking met ouders. De verpleegkundig specialist kan grotendeels zelfstandig werken waarbij altijd samenspraak met de kinderpsychiater mogelijk is. Ouders zijn tevreden over deze aanpak, waarbij ze een afgewogen keuze kunnen maken of ze wel of niet kiezen voor deze vorm van behandeling, de mogelijkheid hebben om ervaring uit te wisselen met andere ouders en intensief overleg hebben met de behandelaar. Onderzoek maakt duidelijk dat na negen maanden het overgrote deel van de patiënten nog altijd medicatie gebruikt, waarbij tevens zichtbaar is dat er, ondanks de geprotocolleerde start toch maatwerk geleverd kan worden qua dosering en vorm van het psychofarmacon.

Resultaten

Ouders zijn tevreden over de aanpak, verpleegkundig specialisten worden in hun rol gezet en er is sprake van kostenbesparing door de groepsbenadering.

Conclusie

Intensieve begeleiding aan de start van de behandeling met ADHD medicatie levert goede resultaten met betrekking tot tevredenheid, compliance en kostenbesparing op de langere termijn.

Literatuurverwijzing

in wording

P17 Yoga bij angst- en stemmingsstoornissen: effectiviteit en potentiële werkingsmechanismen

Dr. Nina Vollbehr_H¹ / Dr. Rogier Hoenders_P¹ / Dr. Agna Bartels-Velthuis^{1,2} / Dr. Brian Ostafin³

¹ Centrum Integrale Psychiatrie, Lentis

² Rob Giel Onderzoekscentrum, UMCG

³ Rijksuniversiteit Groningen

n.vollbehr@lentis.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Achtergrond

In Nederland wordt geschat dat bijna 40% van de bevolking ooit tijdens het leven te maken krijgt met een angst- of stemmingsstoornis [1]. Hoewel is gebleken dat psychologische interventies acute symptomen kunnen verbeteren, zijn de effecten van behandeling bescheiden en ontwikkelt ongeveer 25% van de patiënten met een stemmingsstoornis en 40% van de patiënten met een angststoornis een chronische vorm van de stoornis [2]. Yoga training is een nieuwe interventie, waarbij zowel de geest als het lichaam worden getraind. De combinatie van mindfulness en anaerobische training in yoga doet vermoeden dat yoga transdiagnostische processen van angst- en stemmingsstoornissen kan beïnvloeden.

Doel

Onderzoeken of (1) yoga effectief is in het verminderen van symptomen van angst- en stemmingsstoornissen en (2) de specifieke mechanismes waardoor yoga deze symptomen kan verminderen, waaronder emotie-regulatie en rumineren.

Methoden

In deze presentatie worden de gegevens van twee studies gepresenteerd. Studie #1 was een pilot studie naar de effecten van een 9-weekse mindful yoga interventie op symptomen van depressie, angst en stress bij 12 patiënten met een chronische angst- of stemmingsstoornis. Deze studie bestond uit een voor- en nameting. Studie #2 was een studie onder 175 eerstejaars studenten die een interventie kregen van 20 minuten (i) mindful yoga, (ii) actieve yoga of (iii) een controleconditie. Na een sad mood induction taak werden depressieve stemming, aandachtsbias voor negatieve informatie en zelf-gerapporteerd rumineren geïnventariseerd.

Resultaten

In studie #1 verminderden depressie ($t(9) = 2.15, p=0.060$), angst ($t(9) = 2.24, p=0.052$) en stress ($t(9) = 3.88, p=0.004$) tussen de start en het einde van de interventie. Rumineren veranderde niet ($t(9) = -0.27, p=0.792$), maar angst voor negatieve emoties nam af ($t(9) = 2.32, p=0.046$). In studie #2 verschilde de mindful yoga groep niet van de controlegroep op elk van de afhankelijke variabelen. Vergeleken met de controlegroep, rapporteerde de actieve yoga groep minder depressieve stemming na de sad mood induction taak ($F(1,79) = 4.187, p = .044$) en minder zelf-gerapporteerd rumineren ($F(1,76) = 4.174, p = .045$), maar daarentegen wel meer aandachtsbias voor negatieve woorden dan de controlegroep ($F(2, 117) = 3.831, p = .024$). Er waren geen verschillen tussen de actieve en mindful yoga groepen.

Conclusie

In studie #1 bleek de mindful yoga interventie belofte te vertonen als behandeling voor symptomen van depressie en angst. Meer onderzoek is nodig met een grote onderzoeksgroep en een controlegroep om de potentiële voordelen van yoga voor deze groep patiënten beter te onderzoeken. De resultaten van dit onderzoek suggereren dat de effecten van mindful yoga gedeeltelijk worden gemedieerd door het verminderen

van angst voor negatieve emoties. De resultaten van studie #2 waren minder veelbelovend voor de mindful yoga training, aangezien het niet leidde tot een vermindering van depressieve stemming of rumineren, in vergelijking met de controlegroep. Actieve yoga liet wel positieve effecten zien, maar leidde paradoxaal genoeg ook tot een grotere aandachtsbias voor negatieve informatie. De discrepanties tussen deze twee studies kunnen verklaard worden door belangrijke methodologische verschillen (bv. Onderzoeksgroep en duur van de yogatraining).

Literatuurverwijzing

[1] De Graaf R, Ten Have M, Van Gool C, Van Dorsselaer S. 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. 2012;47(2):203-213. [2] Penninx BWJH, Nolen WA, Lamers F, et al. Two-year course of depressive and anxiety disorders: Results from the netherlands study of depression and anxiety (NESDA). J Affect Disord. 2011;133(1-2):76-85.

P18 Alcoholgebruik door Oudere Vrouwen op de polikliniek voor Ouderen in de GGZ

MD Lotje van Leeuwen^{PH}¹ / Dr. Danielle Schoonbrood¹

¹ Arkin

lotje.van.leeuwen@npsai.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Achtergrond

Alcoholgebruik onder ouderen neemt toe waarbij met name vrouwen meer zijn gaan drinken¹. Er is nog weinig onderzoek naar alcoholgebruik door oudere vrouwen gedaan. De studies die zijn gedaan laten verschillende trends zien waarbij sommige onderzoeken wel² en andere niet³ een correlatie met stemmings- en angststoornissen laten zien. Er kunnen grofweg twee hypothesen worden onderscheiden: Er is een relatie tussen alcoholmisbruik en stemmings- en angststoornissen bij vrouwen waarbij vrouwen zich vanuit schaamte sociaal isoleren en terughoudend zijn met hulp vragen. De tweede hypothese is dat er meer oudere vrouwen drinken omdat zij langer gezond en actief blijven en dus langer probleemloos kunnen blijven drinken.

Doel

In kaart brengen welke factoren vrouwen gedurende hun leven in verband brengen met toename of afname van hun alcoholgebruik en hun hulpzoekgedrag. Er zal hierbij aandacht worden besteed aan de sociale context en de rol van het systeem bij het alcoholgebruik.

Methoden

In een explorerende descriptieve kwalitatieve studie werden vrouwen ouder dan zestig jaar (n=12) door middel van semigestructureerde interviews gevraagd naar hun alcoholgebruik gedurende hun leven. De vrouwen werden gerekruteerd binnen de poli ouderenpsychiatrie van Mentrum. Daarnaast werden de volgende vragenlijsten afgenomen: MMSE, HADS-A, GDS-30. Voor de analyse van de interviews maakten wij gebruik van grounded theory.

Resultaten

Het betreft een grotendeels hoogopgeleide welvarende populatie die succesvol is geweest op het gebied van werk en relaties. Het alcoholgebruik was bij een groot deel van deze vrouwen volgens henzelf tot enkele jaren voor aanmelding probleemloos. Zij koppelen het drinken als normaal en passend bij een identiteit van een geëmancipeerd en geëngageerd leven. Zij leidden hetzelfde soort leven als hun mannelijke generatiegenoten en alcoholgebruik hoorde hier wat hen betreft gewoon bij. Ziekte, zowel somatische als psychische aandoeningen, kunnen zowel een reden zijn meer te gaan drinken als een reden zijn om te stoppen met drinken. Veelal hebben zij professionele hulp gezocht op advies van hun omgeving of omdat zij een relatie zagen tussen hun psychische klachten en het alcoholgebruik. Meerdere vrouwen ervoeren de medische benadering van alcohol als problematisch en stigmatiserend.

Conclusie

Op basis van deze twaalf casussen kan worden gesteld dat zowel de hypothese dat vrouwen doordat ze gezond en maatschappelijk actief zijn probleemloos alcohol kunnen drinken als de hypothese dat stemmings- en angstklachten een rol spelen in het alcoholgebruik beiden op verschillende momenten in hun leven van toepassing kunnen zijn.

Literatuurverwijzing

1. Comijs, H.C., Aartsen, M.J., Vissen, M. en Deeg, D.J.H. (2012). Alcoholgebruik onder 55-plussers in

Nederlands. In: Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie, V. 43, pp. 115-1262. St. John et al. (2009). Alcohol misuse, gender and depressive symptoms in community-dwelling seniors. In: Int J Geriatr Psychiatry, 24: 369-3753. Byles et al. (2006). A drink to healthy aging: the association between older women's use of alcohol and their health-related quality of life. In: J Am Geriatr Soc 54: 1341-1347

P19 Hallucinaties bij Crigler Najjar type II, elektrolystoornissen en tacrolimus gebruik

dr. (MD, PhD) Roos van Westrhenen^{1,2} / drs (MD) Clara Shapiro-Cross¹ / prof. dr. (MD, PhD) Herold Metselaar³

¹ ErasmusMC

² Capri Hartrevalidatie

³ ErasmusMC (afdeling MDL)

r.vanwestrhenen@erasmusmc.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Achtergrond

Elektrolytstoornissen en tacrolimus gebruik kunnen (zeldzame) somatische oorzaken zijn voor hallucinaties. Bij patiënten met een ernstige leverziekte, die levertransplantatie hebben ondergaan, is leverfalen een potentiële oorzaak van psychische klachten. Indien leverfalen eerder heeft geleid tot cognitieve schade, zouden hallucinaties mogelijk eerder kunnen optreden.

Doel

Aan de hand van een casus de diagnostische complexiteit van een patiënt met een moeilijk mengbeeld van somatische en psychiatrische morbiditeit illustreren, waarbij een multidisciplinaire aanpak en nauwe samenwerking uiteindelijk resulteerden in betere zorg.

Methoden

Systematische bespreking van een casus uit de ziekenhuispsychiatrie praktijk, waarbij de somatische component, de farmacologische component en de psychiatrische klachten worden behandeld en aan de hand van een differentiaal diagnostische benadering tot een uiteindelijke diagnose wordt gekomen. Literatuursearch naar de klinisch presentatie en prevalentie van hallucinaties bij posttransplantaatpatiënten met elektrolytstoornissen en Tacrolimusgebruik

Resultaten

Een 44-jarige man, bekend met Crigler-Najjar type II onderging in 2014 levertransplantatie, waarna het postoperatieve traject werd gecompliceerd door een delier en onrust. Patiënt kreeg medicatie, onder andere quetiapine, haloperidol en risperidon. Na ontslag werd de medicatie afgebouwd. Patiënt bleef last houden van zijn lever, wat bleek te berusten op galwegvernauwing. Patiënt meldt zich een half jaar later op de polikliniek Psychiatrie i.v.m. recidiverende akoestische hallucinaties. Differentieel diagnostisch werd gedacht aan enkelvoudige hallucinatoire symptomatologie. Er leek ditmaal geen sprake van een delirium. De origine hiervan was vooralsnog onduidelijk, er werd gedacht aan metabole ontregeling (hypomagnesiemie), infectie (uitgesloten), medicamenteus precipiterend (Tacrolimus), eventuele gehoorsachteruitgang dan wel toch een psychotische stoornis. Dit alles bij predisponerende cerebrale schade. Uiteindelijk werd, na uitsluiting van verdere somatiek, een partiele remissie van het klinische psychiatrische toestandbeeld bereikt met antipsychotische behandeling en CGT.

Conclusie

Bij plots optreden van akoestische hallucinaties bij patiënten bekend met systemische ernstige somatische aandoeningen en immunosuppressieve medicatie, dient altijd uitgebreide screening op onderliggende somatische oorzaken plaats te vinden. Er is geen systematisch onderzoek verricht naar hallucinaties bij deze populatie en er is nauwelijks casuïstiek beschreven. Nauwe samenwerking met andere medisch specialisten

kan leiden tot een gedegen differentiaal diagnostisch gestuurd medisch handelen dat in dit geval leidde tot een sterke reductie van klachten.

Literatuurverwijzing

geen

P20 Hoe kan Shared Decision Making worden verbeterd in de psychiatrische zorg?

mw drs Larissa Baars_H¹ / mw Esmee Wardenaar_P² / mw dr. Indrag Lampe¹ / dr Tjerk Jan Schuitemaker-Warnaar² / prof dr Fedde Scheele¹

¹ Sint Lucas Andreas ziekenhuis

² Vrije Universiteit Amsterdam

larissabaars@hotmail.com

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Achtergrond

De laatste jaren gaat er steeds meer aandacht naar patiëntgecentreerde zorg, omdat autonomie van de patiënt als belangrijke waarde wordt gezien [1]. Shared Decision Making (SDM) is hierin relevant omdat dit patiëntparticipatie, patiënttevredenheid en resultaat van zorg vergroot [2,3]. SDM is beschreven vanuit een conceptueel model met drie pijlers, namelijk: 'informatie uitwisseling', 'zorgvuldige afweging' en 'beslissingen nemen'. De beslissing wordt gezamenlijk door arts en patiënt genomen [4]. Er is nog weinig onderzoek gedaan naar de mogelijkheden voor SDM in de psychiatrie, terwijl hier juist veelbelovende mogelijkheden kunnen worden verwacht als het gaat om versterking van de autonomie en zelfvertrouwen van de patiënt [5,6]. Tegelijkertijd kan SDM bij deze patiëntpopulatie moeilijkheden met zich meebrengen vanwege stoornissen op cognitief, emotioneel en motivationeel vlak [5,7].

Doel

Het doel van deze studie is na te gaan hoe SDM verbeterd zou kunnen worden in psychiatrische zorg, de verschillende opties en barrières bij deze specifieke patiëntpopulatie in ogenschouw genomen.

Methoden

Een kwalitatief onderzoek werd verricht, waarbij semi-gestructureerde interviews werden afgenomen op een polikliniek psychiatrie bij 9 patiënten met een depressieve stoornis en/of angststoornis en 7 artsen. De interviews werden na transcriptie geanalyseerd met een coderingsmethodiek gebaseerd op eerdergenoemd conceptueel model.

Resultaten

De belangrijkste bevindingen wijzen erop dat barrières voor SDM in psychiatrie voortkomen uit patiëntkarakteristieken als persoonlijkheid, opleidingsniveau en ernst van de ziekte. Verstrekte informatie wordt soms als te veel, te ingewikkeld of te confronterend ervaren. Tegelijkertijd zien zowel artsen als patiënten voordelen van SDM, zoals grotere therapietrouw en meer autonomie, en zijn zij positief over het gebruik van 'Decision Aids', welke ook in de literatuur aanbevolen worden [5,8].

Conclusie

Er zijn verscheidene barrières voor SDM op een polikliniek psychiatrie, deels barrières die ook op andere patiëntpopulatie van toepassing zullen zijn, deels gerelateerd aan de specifieke patiëntpopulatie op een polikliniek psychiatrie. Zowel artsen als patiënten zien voordelen van SDM. 'Decision Aids' kunnen hierbij een belangrijke rol spelen.

Literatuurverwijzing

1. Joosten, E. A. G., DeFuentes-Merillas, L., De Weert, G. H., Sensky, T., Van Der Staak, C. P. F., & de Jong, C. A. (2008). Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. *Psychotherapy and psychosomatics*, 77, 219-226. 2. Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P. et al. (2012). Shared decision making: a model for

clinical practice. *Journal of general internal medicine*, 27, 1361-1367.3. Coulter, A. & Collins, A. (2011). Making shared decision-making a reality: No decision about me, without me. King's Fund.4. Charles, C., Gafni, A., & patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Social science—Whelan, T. (1999). Decision-making in the physician & medicine*, 49, 651-661.5. Hamann, J., Leucht, S., & Kissling, W. (2003). Shared decision making in psychiatry. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107, 403-409.6. Patel, S. R., Bakken, S., & Ruland, C. (2008). Recent advances in shared decision making for mental health. *Current opinion in psychiatry*, 21, 606.7. Appelbaum, P. S., Grisso, T., Frank, E., O'Donnell, S., & Kupfer, D. J. (1999). Competence of depressed patients for consent to research. *The American Journal of Psychiatry*, 156:1380-1384.8. Deegan, P. E. & Drake, R. E. (2006). Shared decision making and medication management in the recovery process.

P21 Predictoren van angst bij de novo patiënten met de ziekte van Parkinson

Drs. Sonja Rutten^{PH}¹

¹VU medisch centrum

s.rutten@ggzingeest.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Achtergrond

Angststoornissen komen frequent voor bij patiënten met de ziekte van Parkinson (ZvP) en hebben een negatieve invloed op het dagelijks functioneren en de kwaliteit van leven. Meer inzicht in factoren die bijdragen aan het ontstaan en beloop van angstklachten bij de ZvP kunnen herkenning in de dagelijkse praktijk bevorderen, en aangrijpingspunten bieden voor behandeling.

Doel

Onderzoeken welke sociodemografische en klinische kenmerken het beloop van angstklachten in de loop van twee jaar voorspellen bij de novo parkinsonpatiënten.

Methoden

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van data van het Parkinson's Progression Markers Initiative (PPMI), een internationale multi-center prospectieve cohortstudie. De onderzoekspopulatie bestond uit patiënten die recent gediagnosticeerd zijn met de ZvP, en bij aanvang van de studie nog geen medicatie hiervoor gebruikten. De primaire uitkomstmaat was angst, gemeten met de State-Trait Anxiety Inventory (STAI). Secundaire uitkomstmaten waren de score op de State en Trait subschalen van de STAI. Covariaten waren diverse sociodemografische en klinische maten, waaronder de dopamine transporter binding ratio en de ernst van motorische en nonmotorische symptomen van de ZvP bij aanvang van de studie. Vervolgmetingen werden na één en twee jaar verricht. De data werd geanalyseerd met behulp van mixed model analyse.

Resultaten

291 patiënten werden geïncludeerd. Bij aanvang van de studie was de gemiddelde STAI totaalscore 64.9 (SD ± 18.0). Een toename van de STAI totaalscore werd voorspeld door een hogere leeftijd, lagere score op de Montreal Cognitive Assessment (MoCA), en hogere score op the Scales for Outcomes in Parkinson's disease - Autonomic (SCOPA-AUT). Een afname van de STAI totaalscore werd voorspeld door een hogere score op de Geriatric Depression Scale (GDS-15). Een toename in STAI State score werd voorspeld door een hogere score op de SCOPA-AUT en lagere MoCA score. Een afname in STAI State score werd voorspeld door een psychiatrisch belaste voorgeschiedenis en hogere GDS-15 score. Een toename in STAI Trait score werd voorspeld door een hogere leeftijd, terwijl hogere scores op de GDS-15 een afname in STAI Trait score voorspelden (B (SE)= - 0.21(0.10), p<0.05). In een post hoc analyse onderzochten we de invloed van medicatiegebruik op de STAI scores. In de groep met een lage GDS-15 score voorspelde het starten van parkinsonmedicatie een afname in STAI totaalscores. Daarnaast was het starten van antidepressiva geassocieerd met een afname van de score op de STAI Trait subschaal.

Conclusie

Een toename van angstklachten in de novo parkinsonpatiënten in de loop van twee jaar werd voorspeld door een hogere leeftijd, verminderd cognitief functioneren en ernstiger symptomen van autonome functiestoornissen. Een afname van angstklachten werd juist voorspeld door ernstiger depressieve symptomen bij aanvang van de studie en een psychiatrisch belaste voorgeschiedenis. Deze laatste bevindingen worden mogelijk verklaard door regressie naar het gemiddelde: patiënten met een hoge depressiescore en

psychiatrisch belaste voorgeschiedenis hadden hogere angstscores bij aanvang, die afnamen in de loop van de studie, terwijl het tegenovergestelde patroon gezien werd bij de groep met lage depressiescores en een blanco psychiatrische voorgeschiedenis. De resultaten van dit onderzoek wijzen erop dat de screening op parkinsonpatiënten die het risico lopen angstklachten te ontwikkelen in de jaren na het stellen van de diagnose, verbeterd kan worden door een evaluatie van de nonmotorische symptomen. Hiernaast suggereren de resultaten van de post hoc analyse dat het starten van parkinsonmedicatie of antidepressiva een positieve invloed kunnen hebben op angstklachten bij de ZvP.

Literatuurverwijzing

Rutten, S., van de Ven, P.M., Weintraub, D., Leentjens, A.F.G., Pontone, G., Berendse, H.W., van der Werf, Y.D., van den Heuvel, O.A.. Anxiety in early Parkinson's disease is predicted by older age at onset, symptoms of depression, autonomic failure and cognitive decline (in preparation).

P22 De relatie tussen posttraumatische stress-stoornis en metaboolsyndroom

Saskia Dieleman^{PH}¹ / Drs. Joop de Jong²

¹ Parnassia Groep, PsyQ Haaglanden

² Parnassia Groep, PsyQ Haaglanden

s.dieleman@psyq.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Achtergrond

In dit artikel wordt stilgestaan bij de relatie tussen een posttraumatische stress-stoornis (PTSS) en het metaboolsyndroom (MbS).

Doel

Inventariseren wat de prevalentie van MbS bij PTSS is en welke factoren een rol hierbij spelen en welke implicaties dit heeft voor de klinische praktijk.

Methoden

Literatuuronderzoek in Medline, Embase Psychiatrie en PsycINFO uit de periode 1990 tot oktober 2014.

Resultaten

Elf studies van wisselende kwaliteit zijn gevonden waarvan één meta-analyse. De gevonden prevalenties van het MbS bij PTSS variëren tussen 7.7% en 73.0%, waarbij de betere studies op prevalenties tussen 31.9% en 47.8% uitkomen. Bepalend zijn de ernst van PTSS en van de eventuele comorbide depressie naast antipsychoticagebruik.

Conclusie

De prevalentie voor MbS bij patiënten met PTSS is verhoogd, maar er zijn grote verschillen gevonden voor de prevalentie van MbS bij patiënten met PTSS die grotendeels te verklaren zijn vanuit de methodologie. Preventieve maatregelen zijn zeker te overwegen bij patiënten met PTSS waarbij subgroepen bepaald kunnen worden op basis van de ernst van de PTSS, aanwezigheid van comorbide depressie en anti-psychoticagebruik. Verder onderzoek is hierbij zeker op zijn plaats.

Literatuurverwijzing

Alberti, K. G., Zimmert, P., & Shaw, J. (2005). The metabolic syndrome - a new worldwide definition. *Lancet*; 366: 1059-1062. Alexander, C. M., Landman, P. B., Teutsch, S. M., Haffner, S. M. (2003). NCEP-Definied Metabolic Syndrome, Diabetes, and Prevalence of Coronary Heart Disease Among NHANES III Participants Age 50 years and Older. *Diabetes*; 52: 1210--1214. Babić, D., Jakovljević, M., Martinac, M., Šarić, M., Topić, R., & Maslov, B. (2007). Metabolic syndrome and combat post-traumatic stress disorder intensity: preliminary findings. *Psychiatria Danubina*, Vol. 19, No.1-2, pp 68-75. Babić, R., Maslov, B., Babić, D. 7 Vasilj, I. (2013). The prevalence of metabolic syndrome in patient with posttraumatic stress disorder. *Medicina Academica Mostariensia*; Vol.1, No.1, pp 45-50. Bottai, T., Quintin, P., & Perrin, E. (2005). Antipsychotic and the risk of diabetes: a general data review. *European Psychiatry*: 20 (suppl.4): S349-S357. Bartoli, F., Carrà, G., Crocamo, C., Caretta, D., Clerici, M. (2013). Metabolic Syndrome in People Suffering from Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Metabolic syndrome and related disorders*, Volume 11, Number 5, pp 301-308. Cahn, W., Ramlal, D., Bruggeman, R., de Haan, L., Scheepers, F. E., van Soest, M. M., Assies, J., Slooff, C.F. Preventie en behandeling van somatische complicaties bij antipsychoticagebruik. *Tijdschrift voor*

psychiatrie, 50, (9), 579-91. Cheal, K.L., Abbasi, F., Lamendola, C., et al. Relationship to insulin resistance of the adult treatmentpanel III diagnostic criteria for identification of the metabolic syndrome. *Diabetes* 2004; 53:1195-1200. Cohen, D., Bogers, J.P.A.M.M., Bakker, B. (2010). Metabole complicaties van antipsychotica bij schizofrenie: diagnostiek, prevalentie, zorg en therapie. *Psyfar*: maart 2010, nummer 1. Dassen, Th. W. en Keuning, F. M. (2007). Lezen en beoordelen van onderzoekspublicaties, een handleiding voor studenten hbo en wo-gezondheidszorg, geneeskunde en gezondheidswetenschappen. 2007 HBuitgevers, Baarn, zesde druk, zevende oplage. Heppner, P. S., Crawford, E. F., Haji, U. A., Afari, N., Hauger, R. L., Dashevsky, B. A., Horn, P. S., Nunnink, S. E., Baker, D. G. (2009). The association of posttraumatic stress disorder and metabolic syndrome: a study of increased health risk in veterans. *BioMed Central Medicine*; 7:1; 1741-7015-7-1. Heppner, P. S., Lohr, J. B., Kash, T. P., Jin, H., Wang, H., Baker, D. G. (2012). Metabolic Syndrome: Relative Risk Associated with Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) Severity and Antipsychotic Medication Use. *Psychosomatics*; 53: 550-558. Isomaa, M., Almgren, P., Tuomi, T., Forsén, B., Lahti, K., Nissén, M., Takinen, M. R., Groop, L. (2001). Cardiovascular morbidity and mortality associated with the metabolic syndrome. *Diabetes care*; 24(4): 683-9. Jakovljević, M., Šarić, M., Nad, S., Topić, R., & Vuksan-Ćusa, B. (2006). Metabolic syndrome, somatic and psychiatric comorbidity in war veterans with post-traumatic stress disorder; preliminary findings. *Psychiatria Danubina*; Vol. 18, No.3-4, pp 169-176. Jakovljević, M., Crnčević, Z., Ljubičić, D., Babić, D., Topić, R., & Šarić, M. (2007). Mental disorders and metabolic syndrome: a fatamorgana or warning reality? *Psychiatria Danubina*; Vol. 19, No.1-2, pp 76-86. Jakovljević, M., Babić, D., Crnčević, Ž., Martinac, M., Maslov, B., & Topić, R. (2008). Metabolic syndrome and depression in war veterans with posttraumatic stress disorder. *Psychiatria Danubina*; Vol. 20, No.3, pp 406-410. Jin, H., Lanouette, N. M., Mudaliar, S., Henry, R., Folsom, D. P., Khandrika, S., Glorioso, D. K., & Jeste, D. V. (2009). Association of Posttraumatic stress Disorder With Increased Prevalence of Metabolic Syndrome. *Journal of Clinical Psychopharmacology*; Volume 29, Number 3. Lakka, H. M., Laaksonen, D. E., Lakka, T. A., Niskanen, L. K., Kumpusalo, E., Tuomilehto, J., Salonen, J. T. (2002). The metabolic syndrome and total and cardiovascular disease in middle-aged men. *Journal of American Medical Association* 4; 288 (21): 2709-16. Lorenzo, C., Okoloise, M., Williams, K., Stern, M. P., Haffner, S. M. (2003). The metabolic syndrome as predictor of type 2 diabetes: the San Antonio heart study. *Diabetes Care*; 26(11): 3153-9. Linnville, S., Hoyt, R. E., Moore, J. L., Segovia, F. L., Hain, R. E. (2011). Posttraumatic Stress Disorder and Metabolic Syndrome: Retrospective Study of Repatriated Prisoners of War. *Military Medicine*; 176,4:369. Newcomer, J. W. (2007). Metabolic Syndrome and mental illness. *The American Journal of managed care*; 13 (7Suppl):S170-7. Maslov, B., Jakovljević, M., Crnčević, Z., Ostojić, L., Marčinko, D., Babić, D., & Koršić, M. (2008). Metabolic syndrome and schizophrenia from integrative medicine perspective. *Psychiatria Danubina*, 2008:Vol. 20, No.3, pp 384-389. Maslov, B., Marčinko, D., Miličević, R., Babić, D., Dordević, V., & Jakovljević, M. (2009). Metabolic Syndrome, Anxiety, Depression and Suicidal Tendencies in Post-Traumatic Stress Disorder and Schizophrenic Patients. *International Journal Collegium Antropologium*, 33 Supl. 2: 7-10. Muhtz, C., Godemann, K., Alm, von C., Wittekind, C., Goemann, C., Wiedemann, K., Yassouridis, A., & Kellner, M. (2011). Effects of Chronic Posttraumatic Stress Disorder on Metabolic Risk, Quality of Life, and Stress Hormones in Aging Former Refugee Children. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. Volume 199, Number 9. Onat, A., Ceyhan, K., Basar, O., Erer, B., Toprak, S., Sansay, V. (2002). Metabolic syndrome: major impact on coronary risk in a population with low cholesterol levels- a prospective and cross-sectional evaluation. *Atherosclerosis*; 165: 285-92. Pea, C. U., Lim, H. K., Peindl, K., Ajwani, N., Seretti, A., Patkar, A. A., & Lee, C. (2008). The atypical antipsychotics olanzapine and risperidone in the treatment of posttraumatic stress-disorder: a meta-analysis of randomized, double blind, placebo-controlled clinical trials. *International Clinical psychopharmacology*, 23 (1), 1-8. Rasmusson, A. M., Schnurr, P. P., Zukowska, Z., Scioli, E., & Forman, D. E. (2010). Adaptation to extreme stress: posttraumatic stress disorder, neuropeptide Y and metabolic syndrome. *Society for Experimental Biology and Medicine*; 235:1150-1162. Rejas, J., Bobes, J., Arango, C. et al. Concordance of standard and modified NCEP ATP III criteria for identification of metabolic syndrome in outpatients with schizophrenia treated with antipsychotics: A corollary from the CLAMORS study. *Schizophr Res* 2008; 99;23-28. Ridker, P. M., Buring, J. E., Cook, N. R., Rifai, N. (2003). C-reactive protein, the metabolic syndrome, and risk of incident cardiovascular events: an 8-year follow-up of 14719 initially healthy American women. *Circulation*; 107; 391-7. Singh, S. M. &

Mattoo, S, K. (2008). Metabolic syndrome & psychiatric disorders. *Indian Journal of Medical Research*; 128, pp 237-245. Violanti, J. M., Fekedulegn, D., Hartley, T. A., Andrew, M. E., Charles, L. E., Mnatsakanova, A., Burchfiel, C.M. (2006). Police Trauma and Cardiovascular Disease: Association Between PTSD Symptoms and Metabolic Syndrome. *International Journal of Emergency Mental health*; Vol.8, No.4, pp.227-238. Weiss, T., Skelton, K., Phifer, J., Jovanovic, T., Gillespie, C. F., Smith, A., Umpierrez, G., Bradley, B., Ressler, K. J. (2011). Posttraumatic stress disorder is a risk factor for metabolic syndrome in an impoverished urban population. *General Hospital Psychiatry*; 33, 135-142.

P23 ROM als middel voor kwaliteitsbeleid van GGZ instellingen

Prof.dr. Edwin de Beurs_{PH}^{1,2}

¹ LUMC

² Stichting benchmark GGZ

e.de.beurs@fsw.leidenuniv.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Achtergrond

ROM wordt door de overheid met bestuurlijke akkoorden (1,2) en door zorgverzekeraars in de inkooponderhandelingen gestimuleerd. ROM is zo ongewild vooral in een context van verantwoord terechtkomen. Andere mooie mogelijkheden van ROM worden onvolledig benut. Toepassing van ROM bij de individuele behandeling en gebruik van geaggregeerde ROM gegevens om ervan te leren zijn op de achtergrond geraakt. ROM als hulpmiddel om beter zicht te krijgen op de baten van zorg ten behoeve van kwaliteitsbeleid bij een zorgaanbieder, is helemaal onderbelicht gebleven.

Doel

In deze bijdrage wordt aandacht gevraagd voor leren van ROM en met concrete voorbeelden worden mogelijkheden voor kwaliteitsbeleid geschetst, waarmee we gezamenlijk tot een nog meer effectieve en doelmatige GGZ kunnen komen.

Methoden

Overzicht gericht op de mogelijke opbrengsten van ROM. Wat zijn “best practices” in de GGZ? Welke aspecten aan de bedrijfsvoering of praktijkvoering dragen vooral bij aan een gunstig behandelresultaat?

Resultaten

De uitkomst van de behandeling is een belangrijke, zo niet dé belangrijkste indicator van kwaliteit van de zorg; uiteindelijk gaat het er immers om wat de zorg de patiënt oplevert aan gezondheidswinst en verbeterd functioneren. Managers en professionals in de GGZ kunnen uitkomstinformatie gebruiken om van elkaar te leren.

Conclusie

Uitkomst informatie combineren met informatie over de behandelde patiënten en over de aard van de geboden behandelingen, kan helpen om beter zicht te krijgen op wat het beste werkt bij wie onder welke omstandigheden. De patiënt in de GGZ heeft hierbij veel te winnen.

Literatuurverwijzing

1. GGZ-Nederland en Zorgverzekeraars Nederland (2010) Bestuurlijk akkoord d.d. 5 juli 2010. 2. GGZ-Nederland, Zorgverzekeraars Nederland, Landelijk Platform GGZ, NVvP, NIP, LVG, LVE, MEER GGZ, NVVP en het Ministerie van VWS (2012) Bestuurlijk akkoord toekomst GGZ 2013-2014 dd. 18 juni 2012.

P24 Doorbraak Shared Decision Making (SDM) met ROM als informatiebron: wat kunnen we ermee bereiken voor de patiënt?

Drs. Margot Metz_{PH}^{1,2}

¹ Trimbos Instituut

² GGz Breburg

mmetz@trimbos.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Achtergrond

In het landelijke project Doorbraak ROM, gesubsidieerd vanuit het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz, wordt gestimuleerd om ROM-gegevens op een betekenisvolle manier te gebruiken in de dialoog tussen patiënt en hulpverlener en om binnen teams van behaalde resultaten te leren. Onderzoek toont aan dat het gebruik van ROM-feedback in de behandeling leidt tot effectieve communicatie tussen behandelaar en patiënt en het zo nodig sneller bijsturen in de behandeling. De toepassing van ROM als informatiebron in de SDM-werkwijze is nog betrekkelijk nieuw in de ggz en is tot op heden nog niet onderzocht op effectiviteit.

Doel

Door de implementatie van SDM met ROM als informatiebron patiënten in staat stellen een actieve rol te vervullen in de dialoog met de behandelaar bij het nemen van besluiten over de insteek van de behandeling.

Methoden

Gepresenteerd wordt hoe het model SDM met ROM via de Doorbraakmethode wordt geïmplementeerd bij de deelnemende teams en welke ervaringen ggz-instellingen en vrijgevestigden hiermee hebben opgedaan. Ook wordt de multi-center RCT naar de effectiviteit van dit model toegelicht.

Resultaten

Met de toepassing van SDM met ROM in de praktijk, geven patiënten, naasten en hulpverleners samen betekenis aan de ROM-resultaten en gaan ze op gelijkwaardig niveau in gesprek over behandelmogelijkheden. Omdat de opties gezamenlijk worden verkend en afgewogen, kunnen partijen samen besluiten nemen over de best passende behandelinsteek. Dit draagt naar verwachting bij aan minder onzekerheid en meer tevredenheid bij patiënten over behandelkeuzes, een gelijkwaardige werkrelatie tussen behandelaars en patiënten, minder no-show en drop out en mogelijk ook aan sneller herstel en kwaliteit van leven.

Conclusie

Het door behandelaars en patiënten gezamenlijk betekenis geven aan ROM als één van de stappen in SDM is een veelbelovende methode voor het gezamenlijk (in de dialoog tussen patiënt en behandelaar) maken van de best passende behandelkeuzes.

Literatuurverwijzing

Carlier I.V.E, Meuldijk D, Vliet van I.M, Fenema van E.M, Wee van der N.J.A, Zitman F.G. Routine outcome monitoring and feedback on physical or mental health status: evidence and theory. Journal of Evaluation in Clinical Practice 2012; 18: 104-110. Patel S.R, Recent advances in Shared Decision Making for Mental Health. Current Opinion Psychiatry 2008 november; 21(6):606-612.

P25 Toevoegen van Psychische gezondheid in de Volksgezondheid

Drs. Delphine Ambe^{1,2} / Dr. Machteld Marcelis^{2,3} / Dr. P. Roberto Bakker^{2,1} / Prof. dr. Jim van Os^{2,4}

¹ GGz Centraal, Innova, wetenschappelijk onderzoek, Amersfoort

² Universiteit Maastricht, Maastricht

³ GGz Eindhoven

⁴ King's College London, King's Health Partners, Department of Psychosis Studies, Institute of Psychiatry, Londen

d.ambe@ggzcentraal.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Achtergrond

De belangrijkste functie van de volksgezondheid is zowel gezondheidsbevordering als ziektepreventie in de algemene bevolking. Echter, in de psychiatrie, is volksgezondheid (psychische volksgezondheid) nogal verwaarloosd, aangezien de psychiatrie zich voornamelijk bezighoudt met hoog-risico-aanpak ten nadele van populatie-aanpak (volksgezondheid). Met de komst van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) is er minder nadruk op psychische gezondheidsbevordering en is er sindsdien geen duidelijk nationaal beleid psychische volksgezondheid. Dit is een groot probleem aangezien driekwart van de zorg binnen de GGz uit algemene psychische ziekte bestaat. Een gemiste kans dus.

Doel

Het doel van dit project is primair de psychische volksgezondheid te bevorderen, en doet dit door factoren in het dagelijkse leven te analyseren, die psychische volksgezondheid bevorderen.

Methoden

Via Experience Sampling Methods (ESM) kijken wij naar contextuele factoren in het dagelijkse leven die van invloed zijn op positieve en negatieve gevoelens, rekeninghoudend met de culturele achtergrond van mensen. Tevens onderzoeken wij het effect van behandeling van psychische klachten — binnen de huisartsenpraktijk, GGz en andere instellingen — op de bevordering van de psychische volksgezondheid. Voor dit doel zullen we bewoners van Almere en Eindhoven uitnodigen om deel te nemen aan deze studie.

Resultaten

De presentatie betreft een project dat van start gaat.

Conclusie

ESM-data uit het publieke domein zijn dynamische, contextuele data, die mogelijk klinici evenals beleidsmakers aanwijzingen geven voor toekomstige projecten ter bevordering van de psychische volksgezondheid.

Literatuurverwijzing

Machteld Huber et al (2011): How should we define health? BMJ 2011;343:d4163.

P26 Aankomen na een maag verkleinende operatie

Drs. Marjolein Geerts_{PH}¹ / Drs. Elske van den Berg¹ / Drs. Laura van Riel¹ / Dr. Rien Van^{2,3} / Dr. Jaap Peen² / Prof.Dr. Jack Dekker²

¹ Novarum

² Arkin

³ NPI

marjolein.geerts@novarum.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Achtergrond

De mate van gewichtsreductie na een maag verkleinende operatie vanwege obesitas kan per patiënt aanzienlijk verschillen (van Hout, 2005). Psychologische factoren spelen een rol bij het ontwikkelen van een obesitas en mogelijk ook bij het succes na een maagoperatie.

Doel

Identificeren van kenmerken van patiënten met een succesvol en onsuccesvol beloop na een maag verkleinende operatie.

Methoden

Bij 148 patiënten werd minimaal 9 maanden na de operatie de totale gewichtsreductie bepaald. Onderzocht werden verder de ernst van eetstoornis symptomen, lichaamsvermijding, niveau van impulsiviteit en depressieve klachten.

Resultaten

Er werden significante verschillen gevonden tussen patiënten met een blijvende gewichtsreductie en patiënten die weer waren aangekomen. Bij deze laatste groep was er sprake van ernstiger eetstoornis symptomen en hogere scores op lichaamsvermijding, depressie en impulsiviteit.

Conclusie

Patiënten met een onsuccesvol beloop na een maag verkleinende operatie zijn duidelijk te onderscheiden. Aandacht en behandeling van de gevonden symptoomprofielen kan mogelijk de resultaten verbeteren.

Literatuurverwijzing

Van Hout, G.C.M., Verschure, S. K.M., van Heck, G.L. (2005). Psychosocial Predictors of Succes Following Bariatric Surgery. Obesity Surgery, 15, 552-560.

P27 Farmacogenetica in de Psychiatrische praktijk

dr (MD, PhD) Roos van Westrhenen^{1,2} / drs Pierre Bet³ / dr (MD, PhD) Wiepke Cahn⁴ / prof dr Ron van Schaik¹ / prof dr (MD, PhD) Teun van der Gelder¹ / prof dr (MD, PhD). Voorzitter. Witte Hoogendijk¹

¹ ErasmusMC

² Capri Hartrevalidatie

³ VUMC

⁴ UMCU

r.vanwestrhenen@erasmusmc.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Achtergrond

In de klinische psychiatrische praktijk zijn bijwerkingen van psychotrope medicatie een veel voorkomend probleem, wat maakt dat veel patiënten stoppen met medicatie of niet therapie trouw zijn. Er is steeds meer kennis beschikbaar over onderliggende genetische mechanismen, die van belang zijn voor een aantal van deze bijwerkingen maar in de klinische praktijk wordt hier nog nauwelijks gebruik van gemaakt. Het lijkt erop dat de meeste klinici nog niet genoeg op de hoogte zijn gesteld van de potentiële bijdrage van farmacogenetische profilering in de behandeling van de patiënt. Het is hoog tijd om deze kennis wijder te verspreiden. De meerderheid van geneesmiddelen in het algemeen wordt door 5 verschillende CYP enzymen gemetaboliseerd: CYP2A4 (ca. 50%), CYP2D6 (25 a 30%), CYP2C9 (5 a 10%), CYP2C19 (5 a 10%), en CYP1A2 (ca. 5%). Vele psychofarmaca hebben interacties met endogene transportmoleculen, zoals P-Glycoproteïne (PGP). Er is sprake van een aanzienlijke interindividuele variatie in CYP- en PGP-activiteit en dus ook verschillen in werkzaamheid en risico op bijwerkingen. Van de nu beschikbare informatie en adviezen t.a.v. dosisaanpassingen van medicatie in een landelijk opgezette Kennisbank, betreft een groot aantal adviezen psychotrope medicatie. Internationale experts gaven recentelijk aan dat zij verwachten dat de rol van farmacogenetica in de dagelijkse praktijk de komende jaren alleen maar toe zal nemen.

Doel

Kennis uit de farmacologische en farmacogenetische wereld wordt met het publiek gedeeld, met nadruk op welke kennis er tot nu toe beschikbaar is, waar deze te verkrijgen is en op welke manier apothekers, farmacologen en psychiaters kunnen samen werken om de patiëntenzorg op dit gebied te verbeteren. Ook een patiëntenvereniging (N. Kelderman, Depressievereniging is benaderd) en een verzekeraar (Achmea) zijn betrokken bij implementatie in de klinische psychiatrische praktijk.

Methoden

Bespreking van mogelijkheden om beschikbare kennis te implementeren in de psychiatrische klinische praktijk.

Resultaten

1. Casuïstiek dr. R. van Westrhenen, psychiater&klinisch farmacoloog ErasmusMC/Capri Hartrevalidatie
2. P-GP polymorfismen en de effecten van verschillende antidepressiva, drs. P.M. Bet, ziekenhuisapotheker VUmc
3. Implementatie op het UMCU, dr. W. Cahn, psychiater UMCU
4. Implementatie landelijk en kenniscentrum/praktijk op EMC, door prof. dr. R. van Schaik & prof. dr. T. van Gelder
5. Depressievereniging
6. Achmea

Conclusie

Het publiek zal meer op de hoogte zijn van de mogelijkheden van farmacogenetica voor de psychiatrie en dit zal hopelijk leiden tot verdere gedachtenwisseling over implementatie.

Literatuurverwijzing

L.C.G. de Graaf, R.H.N. van Schaik, T. van Gelder. A clinical approach to pharmacogenetics. *Neth J Med* 2013. Vol 71(3):145-152
D.K. Hall-Flavin, Winner J.G., J.D. Allen et al. Utility of integrated pharmacogenomic testing to support the treatment of major depressive disorder in a psychiatric outpatient setting. *Pharmacogenetics and Genomics* 2013;23:535-548
L.M. Walden et. al. Physician's opinions following pharmacogenetic testing for psychotropic medication. *Psych Res* 2015. Vol 229 (3): 913-918

P28 Persoonlijkheidstraits en persoonlijkheidsfunctioneren in obese patiënten met Binge Eating Disorder

Drs. Laura van Riel^{PH1} / Dr. Theo Ingenhoven² / Drs. Elske van den Berg¹ / Drs. Marjolein Geerts¹ / Dr. Rien Van^{3,4} / Dr. Jaap Peen³ / Prof. Dr. Jack Dekker^{3,5}

¹ Novarum

² Pro Persona

³ Arkin

⁴ NPI

⁵ Vrije Universiteit

laura.van.riel@novarum.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Achtergrond

Recent onderzoek wijst op het bestaan van specifieke persoonlijkheidskenmerken bij patiënten met obesitas en een eetstoornis. Echter hier is nog onvoldoende consensus over.

Doel

Vergelijken van persoonlijkheidstraits en persoonlijkheidsfunctioneren tussen: 1. Patiënten met obesitas in behandeling voor Binge Eating Disorder (BED) of Eetstoornis NAO (N=70). 2. Mensen met obesitas zonder eetstoornis uit de algemene populatie (N=70). 3. Gezond gewicht controles uit de algemene populatie (N=70).

Methoden

Het BMI werd bepaald en de volgende vragenlijsten werden ingevuld: Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE Q), Temperament and Character Inventory (TCI), Ontwikkelingsprofiel Vragenlijst (OPV), Barratt Impulsiveness Scale (BIS II). Verschillen werden geanalyseerd middels one way Anova met posthoc test.

Resultaten

Obese patiënten met BED / ES NAO (N=61) scoorden hoger op TCI Leedvermijdend en BIS Cognitieve Instabiliteit en lager op TCI Zelfsturend en Coöperatief en OPV Disadaptief functioneren in vergelijking met obesen zonder eetstoornis (N=24). In vergelijking met controles scoorden obesen hoger op TCI Leedvermijdend en lager op TCI Volhardend, Zelftranscedent, Zelfsturend (trend) en BIS Zelfcontrole.

Conclusie

We vonden onderscheidende persoonlijkheidskenmerken die mogelijk van belang zijn bij het ontwikkelen van obesitas in het algemeen en obesitas in combinatie met een eetstoornis in het bijzonder.

Literatuurverwijzing

Sullivan, S., Cloninger, C. R., Przybeck, T. R., & Klein, S. (2007). Personality characteristics in obesity and relationship with successful weight loss. *International Journal of Obesity*, 31(4), 669-674. Ingenhoven, T.J.M., Polak, M.G., Van, H.L. & Abraham, R.E. (2012). *OntwikkelingsProfiel Vragenlijst (OPV) Versie 1.0*. Stichting Ontwikkelingsprofiel, Amsterdam.

P29 De MDQ-NL als screeningsinstrument in de generalistische basis GGz

MSc Peter van Leeuwen¹ / Dr. Bea Tiemens^{1,2} / Dr. Bauke Koekkoek^{1,3} / Prof. dr. Giel Hutschemaekers^{1,2,4} / drs. Marc Lochmann van Bennekom^{p1}

¹ Pro Persona

² Indigo

³ Hoge school Arnhem Nijmegen (HAN)

⁴ Radboud Universiteit Nijmegen

m.lochmannvanbennekom@propersona.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Achtergrond

Een bipolaire stoornis heeft een aanzienlijke invloed op het welbevinden en het functioneren van de patiënt. Er zit gemiddeld tien jaar tussen het optreden van de eerste stemmingsverschijnselen en het stellen van de diagnose bipolaire stoornis, mede omdat bipolariteit bij patiënten die zich melden met depressieve klachten niet wordt herkend (Drancourt et al. 2013). Het beloop van de bipolaire stoornis verslechtert vaak met toename van het aantal stemmingsepisoden. Dit kan leiden tot ernstige beperkingen in sociaal en beroepsmatig functioneren (Conus et al. 2013). Er is bovendien een associatie tussen het hebben van een bipolaire stoornis en mortaliteit aan chronische aandoeningen als hart/vaatziekten, diabetes, obstructief longlijden (COPD) en kanker. Vroege herkenning en behandeling van de bipolaire stoornis heeft hierop een gunstige invloed (Crump et al. 2013). Vroegtijdige herkenning en behandeling van patiënten met een bipolaire stoornis is dus van groot belang. Het risico bestaat dat in de klachtgerichte generalistische basis GGz (bGGz) de bipolaire stoornis bij patiënten die zich melden met depressieve klachten vaker wordt gemist, waarmee het stellen van de juiste diagnose extra vertraagd kan worden. Screening op bipolariteit met de Nederlandse vertaling van de Mood Disorders Questionnaire (MDQ-NL, Postma & Schulte, 2008) zou dit mogelijk kunnen ondervangen.

Doel

1. Vaststellen van de voorspellende waarde van de MDQ-NL als screeningsinstrument voor bipolaire stoornissen bij patiënten tussen de twintig en zestig jaar die met depressieve klachten worden behandeld in de bGGz.
2. Vaststellen welke van de vragen de MDQ-NL het meest voorspellend zijn voor een bipolaire stoornis bij depressieve patiënten in de bGGz.

Methoden

Bij dit kwantitatief cross-sectioneel onderzoek werden 279 patiënten in de bGGz met een verhoogde score op twee voor depressie indicatieve items van de Outcome Questionnaire-45 (OQ-45, Lambert et al. 2004) gevraagd de MDQ-NL in te vullen. Hierbij konden zij tevens hun bereidheid aangeven te willen deelnemen aan een eenmalig telefonisch diagnostisch vervol ginterview aan de hand van sectie D van de Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI, Sheehan et al. 1998) door een getrainde verpleegkundig specialist in opleiding

Resultaten

Van de 81 respondenten (29%) vulden 52 (19%) alleen de MDQ-NL in, 29 (10%) namen deel aan het onderzoek met zowel de MDQ-NL als de MINI. Zes van de 12 (50%) respondenten met een positieve MDQ-NL en 23 van de 69 (33%) respondenten met een negatieve MDQ-NL namen deel aan het interview met MINI-plus. Op basis van de MINI, gecorrigeerd voor de verschillen in aantal geïnterviewde patiënten binnen de groep met een positieve

en een negatieve MDQ-NL, was de prevalentie van bipolaire stoornis bij patiënten met depressieve klachten in behandeling in de bGGz 19%. De sensitiviteit en specificiteit van de MDQ-NL waren resp. 0,40 en 0,91. De positief voorspellende waarde was 0,50, de negatief voorspellende waarde 0,87. Item één (hyperactief) en item acht (overmatige energie) van de MDQ-NL waren het meest voorspellend voor een positieve uitkomst op een volledige MDQ-NL.

Conclusie

Op basis van de gevonden psychometrische eigenschappen kan de MDQ-NL niet aanbevolen worden als screeningsinstrument bij de opsporing van bipolaire stoornissen bij patiënten die in de bGGZ in behandeling zijn vanwege depressieve klachten. Hoewel deze resultaten aansluiten bij eerder (inter)nationaal onderzoek zijn het overall lage responspercentage (10%) en het ontbreken van een psychiatrisch onderzoek ter bevestiging van de diagnose belangrijke factoren die de generaliseerbaarheid van onze bevindingen beperken.

Literatuurverwijzing

Conus P, Macneil C, McGorry PD. Public health significance of bipolar disorder: implications for early intervention and prevention. *Bipolar disorders*. 2014;16(5):548-556. Crump C, Sundquist K, Winkleby MA, Sundquist J. Comorbidities and mortality in bipolar disorder: a Swedish national cohort study. *JAMA psychiatry*. Sep 2013;70(9):931-939. Drancourt N, Etain B, Lajnef M, et al. Duration of untreated bipolar disorder: missed opportunities on the long road to optimal treatment. *Acta psychiatrica Scandinavica*. Feb 2013;127(2):136-144. Lambert, M.J., Morton, J.J., Hatfield, D.R., Harmon, C., Hamilton, S. & Shimokawa, K. (2004). Administration and scoring manual for the OQ-45.2 (Outcome Questionnaire) (3 edition) Wilmington, Delaware. American Professional Credentialing Services, LLC. Postma, D.H. & Schulte, P.F.J. (2008). De stemmingsstoornisvragenlijst (MDQ-NL), een hulpmiddel voor betere herkenning van een bipolaire stoornis. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 152, 1865-1870. Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Harnett-Sheehan, K., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Dunbar, G.C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 59 (20), 22-33.

P30 Farmacogenetische casuïstiek uit de psychiatrische praktijk

dr (MD, PhD) Roos van der Westrhenen^{1,2}_{PH}

¹ ErasmusMC

² Capri Hartrevalidatie

r.vanwestrhenen@erasmusmc.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Achtergrond

In de klinisch psychiatrische praktijk zijn gebrek aan effectiviteit en en bijwerkingen een groot probleem bij het instellen van patiënten op psychotrope medicatie. Het individuele farmacogenetische profiel van de patiënt kan hierin van belang zijn.

Doel

Het publiek meer vertrouwd maken met de invloed van farmacogenetica op de individuele behandeling van onze patiënten en laten zien waar informatie kan worden gevonden en hoe daar mee om te gaan.

Methoden

Door interactieve bespreking van enkele casussen zoals die, in de psychiatrische praktijk van alle dag, kunnen voordoen.

Resultaten

Door actief mee te denken en te doen en zo als het ware te oefenen zijn de toehoorders deelnemers en hopen we de kans te vergroten dat de opgedane kennis ook daadwerkelijk toegepast zal worden in de praktijk.

Conclusie

Aan het einde van de interactieve presentatie zal in ieder geval meer bekendzijn over de stand van zaken wat betreft beschikbare kennis over de farmacogenetica en zullen mensen dit kunnen meenemen in de dagelijkse patiëntenzorg.

Literatuurverwijzing

Geen

P31 Implementatie van Farmacogenetica: Landelijk & Internationaal Kenniscentrum/Praktijk op het EMC

Prof. dr. Ron van Schaik_{PH}¹ / prof. dr (MD,PhD) Teun van Gelder¹

¹ ErasmusMC

r.vanschaik@erasmusmc.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Achtergrond

Er is al veel beschikbare kennis over de toepassing van farmacogenetica in de klinische praktijk, met name aangaande psychofarmaca, maar de implementatie hiervan in de reguliere zorg is nog bescheiden. Doel is om deze kennis uit te bouwen en te toetsen aan de klinische praktijk met de psychiaters zodat deze kennis ook daadwerkelijk leidt tot betere zorg voor patiënten.

Doel

Vergroten van mogelijkheden voor psychiaters om kennis te vinden over farmacogenetica en te toetsen aan de klinische praktijk van alle dag om te komen tot betere samenwerking en uiteindelijk betere patiëntenzorg.

Methoden

Samenvatting van de stand van zaken met betrekking tot de potentie van farmacogenetica in Nederland en voor de psychiatrie, alsmede een korte digitale rondleiding door de omgeving van Kenniscentrum. Tevens zal het farmacogenetische profiel van 5 aanwezigen worden bepaald en tijdens het symposium (anoniem) worden doorgesproken ter illustratie

Resultaten

Aan het einde van deze presentatie zullen deelnemers meer idee hebben over de mogelijkheden van de farmacogenetica ten behoeve van hun klinische praktijk.

Conclusie

Tot besluit zal gebrainstormd worden over de implementatie in de praktijk.

Literatuurverwijzing

L.C.G. de Graaf, R.H.N. van Schaik, T. van Gelder. A clinical approach to pharmacogenetics. Neth J Med 2013. Vol 71(3):145-152. K. Hall-Flavin, Winner J.G., J.D. Allen et al. Utility of integrated pharmacogenomic testing to support the treatment of major depressive disorder in a psychiatric outpatient setting. Pharmacogenetics and Genomics 2013;23:535-548

P32 Lithium tijdens nierdialyse

drs. Suzanne Laurens¹ / dr. Rocco Hoekstra¹ / dr. Tessa Bosch² / dr. Arjan van Alphen²

¹ Antes

² Maasstad Ziekenhuis

suzannelaurens@gmail.com

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Achtergrond

Na staken van lithium vanwege nierfunctiestoornissen, kan de stemming bij een tevoren stabiele bipolaire patiënt, ontregeld raken. Andere psychofarmaca zijn niet altijd in staat de stemming te stabiliseren. Voorts kan het staken van lithium verdere verslechtering van de nierfunctie niet altijd voorkomen en is hemodialyse uiteindelijk toch noodzakelijk. Regelmatige nierdialyse maakt het mogelijk de bipolaire patiënt opnieuw in te stellen op lithium.

Doel

Aandacht vestigen op de mogelijkheid van lithiumtherapie bij nierdialyse.

Methoden

Wij zullen een gedetailleerde beschrijving van een casus presenteren.

Resultaten

Bij deze patiënt leidde instellen op lithium onder strikte controle van de nefroloog tijdens hemodialyse tot herstel van een ernstige bipolaire depressie.

Conclusie

Instellen op lithium tijdens nierdialyse kan effectief zijn, maar is complex en vergt goede afstemming tussen psychiater, nefroloog en klinisch-farmacoloog.

Literatuurverwijzing

Psychofarmacology in patients with renal failure. Levy NB. Lithium in a patient with renal failure on hemodialysis. Lippman SB. Lithium acetate therapy in a maintenance hemodialysis patient. Walcher J1, Schoecklmann H, Renders L. Optimizing lithium dosing in hemodialysis. Bjarnason NH1, Munkner R, Kampmann JP, Tornoe CW, Ladefoged S, Dalhoff K. Aggressive lithium treatment for mania in a hemodialysis patient with end-stage renal disease. Quentzel SJ, Levine S. Lithium treatment in maintenance dialysis. Review of the literature and report of a new case on hemodialysis. Grüner JF1, Dennert J, Schäfer G.

P33 Gezinsbehandeling met MFT bij trauma en multipele problemen: een observationele pilot studie

dr. Irma Hein¹ / drs Carlijn van Es² / dr. Trudy Mooren²

¹ De Bascule/AMC afdeling kinder- en jeugdpsychiatrie

² Centrum '45 Diemen

i.hein@debascule.com

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Achtergrond

De zorg voor multiprobleemgezinnen vormt een maatschappelijk probleem. Recente studies tonen steeds sterkere evidentie voor de relatie tussen ouderlijk trauma, de ouder-kind interactie en de ontwikkeling van het kind. Het belang van interventies om risico's voor kinderen op een stagnerende ontwikkeling of op een herhaling van gezinsproblematiek te voorkomen is aangetoond. Er zijn bewezen effectieve interventiemogelijkheden vanuit de jeugdhulp voorhanden. Echter, voor de uitvoerende professionals is er geen methode beschikbaar voor het evalueren van de werkzaamheid van de gezinsinterventies. Het huidige onderzoek beschrijft een evaluatie van de behandelmethodiek Multifamily Therapy (MFT) voor multi-probleem gezinnen toegepast in de populatie ernstig getraumatiseerde asielzoeker- en vluchtelinggezinnen met jonge kinderen. Bij deze doelgroep worden relatieproblemen en ontwikkelingsproblematiek geconstateerd.

Doel

De behandeling is gericht op het versterken van ouderlijke competenties en hechtingsrelaties bij multi-probleem gezinnen onder ernstig getraumatiseerde asielzoeker- en vluchtelinggezinnen met jonge kinderen.

Methoden

Een pilot onderzoek naar evaluatie van de MFT-gezinsbehandeling met behulp van de Emotional Availability Scale (EAS) is uitgevoerd bij Stichting Centrum 45. De populatie bestond uit complex getraumatiseerde moeders behorende tot de doelgroep slachtoffers van mensenhandel, waarbij de ouder-kind relatie verstoord was. Uitkomsten op de zes EAS schalen werden geanalyseerd met behulp van de Wilcoxon Matched-Pairs Test.

Resultaten

Negen moeder-kind dyades werden geïncludeerd, waarvan de kinderen een leeftijd tussen 0 en 6 jaar hadden. De EAS ouder-schaal sensitiviteit en de kind-schaal responsiviteit verbeterden significant ($p = .038$ en $p = .039$ respectievelijk). Ook op alle andere schalen trad verbetering op, hoewel niet significant.

Conclusie

De resultaten zijn een aanwijzing dat MFT gezinsbehandeling bij getraumatiseerde gezinnen met multipele problemen, tot verbetering leidt op de ouder-kind interactie. De EAS lijkt een geschikt instrument voor evaluatie. Verder onderzoek bij een grotere populatie is nodig.

Literatuurverwijzing

Asen, E. & Scholz, M. (2010). Multi-family therapy. Concepts and techniques. Londen: Routledge. Biringen, Z. & Easterbrooks, A.E. (2012). Emotional Availability (EA): Concept, research, and window on developmental and psychopathology, *Development & Psychopathology*, 24, 1–8. Van Ee E, Hein IM, Bala J, Mooren T. (2014). Multifamily Therapy met vluchtelingen en asielzoekersgezinnen: van oorlog naar veiligheid. *Kind en Adolescent*, 35(3):205-215

P35 Samen beter, beter samen: COPPA. Casuïstiek overleg Ongedocumenteerden met Psychiatrische Problematiek in Amsterdam

Drs Rembrant Aarts_{PH}^{1,2,3} / Drs Petra Pannekoek³ / Drs Anke Lahuis^{1,3} / Dr Pim Scholte^{1,3}

¹ Equator Foundation

² Stichting Centrum '45

³ Arq psychotrauma expert groep

r.aarts@arq.org

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Achtergrond

De situatie van ongedocumenteerden met psychiatrische problematiek is complex. Vaak is sprake van een langdurige situatie van uitzichtloosheid door illegaal verblijf, woningloosheid en gebrek aan toekomstperspectief.

Doel

Het COPPA overleg bevordert samenwerking tussen organisaties met uiteenlopende rollen en belangen waaronder de Gemeente, GGZ, maatschappelijke organisaties, GGD, IND en DT&V. Door gezamenlijk een trajectplan op te stellen wordt toekomstperspectief gecreëerd. Hieronder wordt verstaan: vrijwillige terugkeer of legaal verblijf.

Methoden

Maandelijks casuïstiek overleg met betrokken partijen: opstellen en monitoren van een individueel trajectplan waarin behandeling binnen de GGZ een essentieel onderdeel is. Voor 54 patiënten werd een trajectplan opgesteld tijdens een pilot fase van 16 maanden.

Resultaten

De samenwerking op casuïstiek niveau bleek constructief. Het overleg bood de betrokken partijen een mogelijkheid buiten de eigen kaders te treden om tot werkbare oplossingen te komen. Van de 54 patiënten hadden 11 perspectief op legaal verblijf, 19 waren in voorbereiding op vrijwillige terugkeer, 8 verkregen uitstel van vertrek op medische gronden. Bij 16 patiënten was het trajectplan onuitvoerbaar of bleef het zonder resultaat. Een aantal knelpunten waren: het traject naar vrijwillige terugkeer of alsnog een verblijfsvergunning duurt lang, de psychiatrische problematiek is soms zeer ernstig (EPA), de behandelduur is lang naar de mening van de niet GGZ betrokken partijen, potentiële imago schade voor de deelnemende GGZ.

Conclusie

Het COPPA overleg is een voorbeeld van innovatieve ketensamenwerking tussen partijen met uiteenlopende belangen bij een complexe doelgroep. Het creëren van perspectief is in de meerderheid van de gevallen mogelijk en uitvoerbaar. De Gemeente heeft deze vorm van samenwerking positief geëvalueerd en heeft het overleg voortgezet onder haar verantwoordelijkheid en regie.

Literatuurverwijzing

Geen

P36 Trauma in de kindertijd en negatieve aandachtsbias: risicofactoren voor affectieve stoornissen maar ook voor verdere psychopathologie?

MSc Antine Fest^{p 1} / PhD Janna Vrijzen^{H 1,2,3} / PhD Indira Tendolkar^{1,4,2} / PhD Aart Schene^{2,1} / PhD Iris van Oostrom^{1,2} / PhD Bauke Koekoek^{5,6}

¹ RadboudUMC, afdeling psychiatrie

² Donders Institute for Brain Cognition and Behavior

³ Pro Persona Mental Health Care, Depression Expertise Center

⁴ Universitat Duisburg-Essen

⁵ Research Group Social Psychiatry & Mental Health Nursing, HAN University of Applied Sciences, Nijmegen, The Netherlands

⁶ Pro Persona Mental Health Care, ProCES, Wolfheze

antinfest@gmail.com

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Achtergrond

Negatieve cognitieve bias is een kwetsbaarheidsfactor voor depressie¹. Bias in aandacht is hierbinnen een veel onderzocht domein. Daarnaast is er veel onderzoek gedaan naar het effect van traumatische ervaringen in de jeugd op het ontwikkelen van cognitieve bias en een depressieve stoornis. Bias blijkt van invloed te zijn bij depressie maar ook bij angst en verslaving; voor trauma is dit eveneens het geval². Het lijkt aannemelijk dat trauma en bias tevens een rol spelen bij andere psychiatrische stoornissen. Onderzoek hiernaar is relevant, omdat op deze manier gemeenschappelijke risicofactoren beschreven kunnen worden en de pathogenese van psychiatrische aandoeningen beter kan worden begrepen.

Doel

Exploratieve studie naar het verband tussen traumatische ervaringen in de jeugd en het voorkomen van negatieve aandachtsbias en psychopathologie in een naturalistisch psychiatrisch sample.

Methoden

In totaal 285 niet-psychotische psychiatrisch patiënten werden geclassificeerd op DSM-IV-stoornissen. Traumatische ervaringen in de kindertijd werden uitgevraagd met een vragenlijst. Van de variabelen emotionele verwaarlozing, psychologische en fysieke mishandeling en seksueel misbruik werd een indexvariabele berekend. Aandachtsbias werd gemeten met de emotionele Stroop-computertaak, waarbij mensen van 48 positieve, 48 negatieve en 48 neutrale woorden de kleur moesten benoemen. Als maat voor aandachtsbias werd de responstijd gebruikt. Psychiatrische comorbiditeit werd uitgevraagd met vragenlijsten (MINI international neuropsychiatrisch interview plus, Structured Interview DSM Personality Disorders IV).

Resultaten

Lineaire regressieanalyses toonde dat de hoeveelheid traumatische ervaringen een goede voorspeller is voor de hoeveelheid psychiatrisch comorbiditeit en de mate van negatieve aandachtsbias. De definitieve resultaten zullen gepresenteerd worden.

Conclusie

Traumatische ervaringen in de jeugd spelen een rol bij depressie en angst, maar ook bij andere psychopathologie en aandachtsbias. Dit effect bestaat wellicht zowel bij het ontstaan als het ontwikkelen van meervoudige diagnoses. Meer onderzoek naar causaliteit en onderscheid per psychiatrische diagnose is nodig.

Literatuurverwijzing

1 Beck, AT. 2008. The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *Am J Psychiatry* 165, 969-977. 2 Kessler RC, Davis CG, Kendler KS. Childhood adversity and adult psychiatric disorders in the US National Comorbidity Survey. *Psychol Med* 1997; 27: 1101-1119.

P37 De relatie tussen voedingspatroon en kwetsbaarheid voor psychopathologie

Dr. Esther Nederhof^{PH 1,2} / Roel Mocking³ / Dr. Mary Nicolaou⁴ / Esther Vermeulen⁴ / Prof. Dr. Eske Derks⁵ / Dr. Marieke Snijder⁴ / Prof. Dr. Aart Schene^{6,7}

¹ Interdisciplinair Centrum Psychopathologie en Emotieregulatie, Universitair Centrum voor Psychiatrie, Universitair Medisch Centrum Groningen, Rijksuniversiteit Groningen

² Hogeschool Van Hall Larenstein, Leeuwarden

³ Stemmingsstoornissen, Afdeling Psychiatrie, Academisch Medisch Centrum, Universiteit van Amsterdam

⁴ Afdeling Sociale Geneeskunde, Academisch Medisch Centrum, Universiteit van Amsterdam

⁵ Afdeling Psychiatrie, Academisch Medisch Centrum, Universiteit van Amsterdam

⁶ Afdeling Psychiatrie, Radboud Universitair Medisch Centrum, Nijmegen

⁷ Donders Instituut, Radboud Universiteit, Nijmegen

e.nederhof@umcg.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Achtergrond

Veel voorkomende psychische stoornissen als depressie, angst en middelenmisbruik worden gezien als stress-gerelateerde problemen. Om kwetsbaarheid te kunnen beïnvloeden, is het belangrijk om kwetsbaarheid beter te begrijpen. Kwetsbaarheid heeft zijn oorsprong in de hersenen (1). De bouwstenen voor de hersenen halen we met name uit groente, fruit, vlees, vis en eieren (2,3,4), terwijl de consumptie van bewerkte producten samenhangt met een hoger risico op bijvoorbeeld depressie (5,6).

Doel

Onderzoeken of kwetsbaarheid voor psychopathologie samenhangt met de consumptie van enerzijds groente, fruit, vlees, vis en eieren en anderzijds met de consumptie van bewerkte producten.

Methoden

Data van 5224 deelnemers uit de HEalthy Life in an Urban Setting (HELIUS) Dietary Patterns studie werden geanalyseerd. Voedingspatroon werd gemeten met een Food-Frequency vragenlijst, waaruit een hersenspecifieke dieetscore werd berekend. Kwetsbaarheid werd gemeten met de neuroticismeschaal van de NEO-FFI. Neuroticisme werd voorspeld uit de hersenspecifieke dieetscore in een lineaire regressieanalyse.

Resultaten

De hersenspecifieke dieetscore was een significante voorspeller van neuroticisme ($B = -0.121$; $S.E. = 0.031$; $p < .001$) in de verwachte richting, ook na correctie voor potentiële confounders.

Conclusie

Kwetsbaarheid voor psychopathologie hangt samen met voedingspatroon. Hoe meer hersenspecifieke voedingsstoffen mensen binnen krijgen middels groente, fruit, vlees, vis en eieren, hoe lager hun kwetsbaarheid. Aan de andere kant, hoe meer granen, zuivel, zaadolie, zoete voedingsmiddelen en zoute snacks mensen eten, hoe hoger hun kwetsbaarheid voor psychopathologie. Interventiestudies moeten aantonen of het gevonden verband causaal is.

Literatuurverwijzing

1. Ormel J, Jeronimus BF, Kotov R, Riese H, Bos EH, Hankin B, et al. Neuroticism and common mental disorders: Meaning and utility of a complex relationship. *Clin Psychol Rev.* 2013 JUL;33(5):686-97.2. Assies J, Mocking RJ, Lok A, Ruhe HG, Pouwer F, Schene AH. Effects of oxidative stress on fatty acid- and one-carbon-metabolism in

psychiatric and cardiovascular disease comorbidity. *Acta Psychiatr Scand.* 2014 Sep;130(3):163-80.3. Cunnane SC, Crawford MA. Energetic and nutritional constraints on infant brain development: Implications for brain expansion during human evolution. *J Hum Evol.* 2014 DEC;77:88-98.4. Bourre JM. Effects of nutrients (in food) on the structure and function of the nervous system: Update on dietary requirements for brain. Part 1: Micronutrients. *Journal of Nutrition Health & Aging.* 2006 SEP-OCT;10(5):377-85.5. Rahe C, Unrath M, Berger K. Dietary patterns and the risk of depression in adults: a systematic review of observational studies. *Eur J Nutr.* 2014 JUN 2014;53(4):997-1013.6. Sanhueza C, Ryan L, Foxcroft DR. Diet and the risk of unipolar depression in adults: systematic review of cohort studies. *Journal of Human Nutrition and Dietetics.* 2013 FEB;26(1):56-70.

P38 Ervaringen met het terugkoppelen van geaggregeerde ROM data: de implementatie van ROMLab!

Dr. Gabrielle van Son^{PH1} / Prof. dr. Eric van Furth^{2,3} / Drs. Bert Luteijn⁴

¹ Afdeling Zorg en Kwaliteit, GGZ Rivierduinen

² Centrum Eetstoornissen Ursula, onderdeel van GGZ Rivierduinen. Directeur Behandelzaken

³ LUMC, afdeling Psychiatrie. Bijzonder Hoogleraar Eetstoornissen

⁴ GGZ Midden Holland, Gouda, onderdeel van GGZ Rivierduinen. Plaatsvervangend opleider, manager behandelzaken wijkteams
g.vanson@rivierduinen.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Achtergrond

GGZ instellingen meten patiënten met vragenlijsten om de voortgang van een behandeling te kunnen monitoren: Routine Outcome Monitoring(=ROM). De nadruk op het behalen van de beoogde percentages volledige metingen gaat ten koste van de aandacht voor ROM als kwaliteitsinstrument. Binnen GGZ Rivierduinen koppelt het initiatief ROMLab! de ROM data op geaggregeerd niveau terug naar o.a. de werkvloer.

Doel

Doel van ROMLab!: om verbeteracties te starten, intern te benchmarken en best practices te vinden. Doel van abstract: het delen van de ervaringen met het terugkoppelen van geaggregeerde ROMdata aan de hand van praktijkvoorbeelden.

Methoden

De ROMdata uit de periode (jan2012-dec2014) van N=764 patiënten uit het zorgdomein EPA, behandeld door de vijf wijk/KEPteams, werkend volgens het FACT-model, zijn geanalyseerd. De afgenomen ROMlijsten zijn: CANSAS zelfinvullijst, 25 vragen, meet de (on)vervulling van zorgbehoeften, MANSA, zelfinvullijst, 16 vragen, meet kwaliteit van Leven en de HoNOS12, beoordelingslijst, 12 vragen, meet functioneren op verschillende levensgebieden. Indien mogelijk zijn verschilcores tussen twee metingen bepaald.

Resultaten

Van de MANSA en de CANSAS zijn verschilcores tussen twee metingen bepaald (gemiddelde interval=11 maanden). Van de HoNOS12 was één meting beschikbaar. Uit de drie lijsten kwamen 'problemen met (intieme) relaties' en '(beleving van) seksualiteit' als aandachtsgebieden naar voren. De CANSAS subschaal onvervulde zorgbehoeften liet weinig variatie zien tussen de verschilcores van de verschillende wijkteams (range van Effect Sizes =0,11-0,19), echter het KEP-team had een significante afname in onvervulde zorgbehoeften (ES=0,38).

Conclusie

De resultaten zijn teruggekoppeld naar verschillende niveaus in de organisatie. Dit leverde een verbetertraject en aanvullend onderzoek op. Naast de resultaten van dit praktijkvoorbeeld ook aandacht voor de geleerde lessen m.b.t. het terugkoppelen van ROMdata op geaggregeerd niveau.

Literatuurverwijzing

geen

P39 Kosteneffectiviteit van genotypering van CYP2D6 en CYP2C19 bij psychiatrische patiënten op Curaçao

Drs. Anne Koopmans_{PH}¹

¹ Parnassia

koopmansanne@gmail.com

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Achtergrond

Bij het metabolisme van een groot aantal psychofarmaca spelen de enzymen CYP2D6 en CYP2C19 een belangrijke rol 1. De fenotypen van CYP2D6 en CYP2C19 worden ingedeeld in vier groepen afhankelijk van het aantal functionerende allelen: trage metaboliseerders (PM), intermediaire metaboliseerders (IM), normale metaboliseerders (EM) en ultrasnelle metaboliseerders (UM)¹. Een snel CYP2D6 en/of CYP2C19 metabolisme leidt bij een normale dosering tot een lagere dan gemiddelde spiegel van het medicament en veelal tot verminderde effectiviteit, terwijl een langzaam metabolisme bij een normale dosering leidt tot een hogere dan gemiddelde spiegel en vaak tot meer bijwerkingen 1,2. Naast verhoogde gevoeligheid voor bijwerkingen is er ook een relatie aangetoond tussen een vertraagd fenotype en kosten van zorg 2. Richtlijnen adviseren om dosisaanpassingen te doen bij patiënten met een PM, IM of UM fenotype om een optimaal effect te bewerkstelligen en bijwerkingen terug te dringen 3.

Doel

De prevalentie van de genetische CYP2D6 en CYP2C19 variaties is afhankelijk van etniciteit maar bij inwoners van de voormalig Nederlandse Antillen nog onbekend 4. Daarnaast is het onbekend of het kosteneffectief is om deze genotypering in de psychiatrische praktijk toe te passen.

Methoden

De prevalentie van CYP2D6 en CYP2C19 polymorfismen werd bepaald in inwoners afkomstig uit de voormalig Nederlandse Antillen. De groep bestond uit een 269 psychiatrische patiënten op Curaçao en 166 mensen uit de algemene bevolking woonachtig in Nederland. Er werden dosisaanpassingen gedaan bij PM, IM en UM patiënten conform de richtlijn van Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) 3. Deze patiënten werden gematcht met controle patiënten op leeftijd, geslacht en type medicatie. Subjectief welbevinden, psychiatrische symptomen, bewegingsstoornissen, kwaliteit van leven, globaal functioneren en metabole parameters werden vóór en 4 maanden na aanvang van dosisverandering gemeten.

Resultaten

Er werd geen verschil gevonden in prevalentie van CYP2D6 en CYP2C19 polymorfismen in de populaties op Curaçao en in Nederland. De prevalentie van de CYP2D6 bleek zeer vergelijkbaar met die van het Kaukasische ras, PM 5.0% vs. 7.0%, IM 32.0% vs. 35.0%, EM 60.7% vs. 54.0%, UM 2.3% vs 4.0%. Bij 1 op de 6 patiënten was medicatieverandering conform de KNMP richtlijn nodig en uiteindelijk heeft er bij 37 van de 41 geselecteerde patiënten een dosisaanpassingen plaatsgevonden. Dit leidde vervolgens niet tot vermindering van bijwerkingen of verbetering van functioneren en kwaliteit van leven.

Conclusie

Dit onderzoek heeft kunnen aantonen dat er geen verschillen bestaan tussen de prevalentie van CYP2D6 en CYP2C19 polymorfismen bij psychiatrische patiënten afkomstig uit de voormalig Nederlandse Antillen, woonachtig op Curaçao en mensen afkomstig van de voormalig Nederlandse Antillen uit de algemene bevolking in Nederland. Er werd geen verschil gevonden in effectiviteit en bijwerkingenprofiel tussen de basis en follow-up meting tussen de interventie en controle groep. Dit suggereert dat dosisaanpassing op basis van

CYP2D6 en CYP2C19 genotypering niet leidt tot meer effectiviteit of minder bijwerkingen. Mogelijk speelt een reeds hoge aanvangsdosering of veranderde dopamine 2 receptor sensitiviteit bij langdurig antipsychotica gebruik hier in een rol. In conclusie wegen, in deze populatie van ernstige langdurige psychiatrische patiënten, de kosten verbonden aan genotypering niet op tegen de baten.

Literatuurverwijzing

1. Fleeman, N. et al. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of testing for cytochrome P450 polymorphisms in patients with schizophrenia treated with antipsychotics: A systematic review and economic evaluation. *Health Technol. Assess. (Rockv)*. 14, 1–184 (2010). 2. Chou, W. H. et al. Extension of a pilot study : Impact from the cytochrome P450 2D6 polymorphism on outcome and costs associated with severe mental illness. *J Clin Psychopharmacol* 20, 246–251 (2002). 3. Swen, J. J. et al. Pharmacogenetics: from bench to byte -an update of guidelines. *Clin. Pharmacol. Ther.* 89, 662–673 (2011). 4. Bradford, L. D. CYP2D6 allele frequency in European Caucasians, Asians, Africans and their descendants. *Pharmacogenomics* 3, 229–243 (2002).

P40 Kwaliteit van zorg voor kinderen en adolescenten met ADHD in Nederland

Dr Ingrid Rours¹ / PhD Emuella Flood² / PharmD Liza Verhaegh³ / PhD Moshe Fridman⁴ / PhD Kristina Chen⁵ / PhD Christina O'Donnell²

¹ Klinisch Epidemioloog, Kinderpraktijk Hillegersberg, Sleedoornlaan 35, 3053 ZN Rotterdam, Nederland

² ICON Clinical Outcomes Assessments, 820 W. Diamond Ave., Suite 100, Gaithersburg, MD 20878, USA

³ Shire, Strawinskyalaan 659, 1077XX Amsterdam, Nederland

⁴ AMF Consulting, 846 S Citrus Avenue, Los Angeles, CA 90036, USA

⁵ Shire, Lexington, MA 02421, USA

i.rours@kinderpraktijk.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Achtergrond

Aandachtstekortstoornissen met of zonder hyperactiviteit (ADHD) worden geassocieerd met symptomen en gedrag die een effect hebben op de kwaliteit van leven van zowel de kinderen/adolescenten als hun familie. Ouders en verzorgers (ouders) van kinderen/adolescenten met ADHD hebben in een Europese studie 'uitdagingen' gemeld met betrekking tot het verkrijgen van een diagnose, het verkrijgen van adequate toegang tot zorg en ondersteuningsdiensten, en algehele ziektebelasting (Sikirica et al, 2015).

Doel

Het doel van deze studie was om de kwaliteit van zorg voor kinderen/adolescenten met ADHD in Nederland te evalueren met betrekking tot het stellen van een diagnose en toegang tot zorg, ondersteuning in de zorg en op school en het effect van medicatie op de belasting van ADHD voor kinderen en adolescenten.

Methoden

Ouders van kinderen/adolescenten met ADHD in Europa (Nederland en Denemarken, Duitsland, Finland, Frankrijk, Italië, Noorwegen, Spanje, Zweden, Verenigd Koninkrijk) werden gerekruteerd via marktonderzoekspanels en hebben een enquête 'Verzorgersperspectief van kindergeneeskundig ADHD' (Caregiver Perspective on Pediatric ADHD of CAPP) voltooid. In de huidige studie worden de gegevens uit Nederland gepresenteerd. In een online enquête werden vragen gesteld over de tijd tot het verkrijgen van een diagnose en toegang tot zorg, ondersteuning in de zorg en op school en de belasting van ADHD voor het kind/adolescent met of zonder medicatie, inclusief het effect op het functioneren op school, thuis en in sociale interacties. Zonder medicatie werd gedefinieerd als momenten waarop het kind/adolescent de medicatie vergat of bewust koos om geen medicatie te nemen, als de medicatie uitgewerkt was of voordat de medicatie begon te werken. De analyses werden uitgevoerd met SAS v.9.2. Beschrijvende statistiek werd gebruikt om de kwaliteit van zorg te analyseren met betrekking tot diagnose, toegang tot zorg/ondersteuning en belasting voor het kind/adolescent. De distributie van het effect van medicatie op het functioneren op school, thuis en sociale interactie werd vergeleken met de Wilcoxon rangtekentoets.

Resultaten

In totaal hebben in Nederland 316 ouders/verzorgers van 235 jongens (74%) en 81 meisjes met ADHD in de leeftijd van 6–17 jaar (mediaan=13 jaar) tussen november 2012 en april 2013 de CAPP-enquête voltooid. Ongeveer de helft (53%) van de ouders beoordeelde de ernst van ADHD van hun kind als "matig" en bijna een derde (30%) als 'ernstig'. Ongeveer de helft (49%) meldde dat hun kind co-morbiditeit had: meest voorkomend waren autisme (19%), angst (12%) en conduct disorder (12%). De mediane tijdsduur tussen het eerste bezoek van het kind aan de specialist en de formele diagnose was 5 maanden. De mediane tijdsduur tussen het moment waarop de ouders voor het eerst de ADHD-symptomen bij hun kind opmerkten en een formele

diagnose ADHD voor hun kind kregen was 23 maanden. Van de 316 ouders, meldde 83% dat ze problemen hadden gehad bij het verkrijgen van een diagnose. In totaal werden 274 kinderen (87%) naar een specialist verwezen; daarvan meldde 81% dat het moeilijk was geweest om een verwijzing voor de specialist te krijgen en 38% moest 3 maanden of langer wachten om een specialist te zien. Meer dan een derde (36%) vond dat de zorgverleners voor hun kind slechts 'enigszins' of 'een beetje' toegankelijk waren en 4% meldde dat ze niet toegankelijk waren. Ongeveer de helft (51%) meldde dat de zorgverleners van hun kind slechts 'enigszins' of 'een beetje' ondersteunend waren wat betreft het verlenen van hulp hoe om te gaan met de ADHD van hun kind, terwijl 19% vond dat de zorgverleners van hun kind 'heel ondersteunend' waren en 12% zich op enig moment niet ondersteund voelde. Bijna een kwart (24%) gaf aan dat ze niet voldoende hulpmiddelen hadden om hun kind te helpen met de ADHD en 16% wist niet of ze voldoende hulpmiddelen hadden. De meerderheid (69%) van de kinderen ging naar een reguliere school, terwijl 27% naar een school voor speciaal onderwijs ging. Ongeveer de helft (52%) van de ouders meldde dat op school geen speciale maatregelen voor hun kind met ADHD werden getroffen en 43% vond dat de school meer zou kunnen doen om hun kind te helpen. In totaal meldde 40% dat hun kind op school een jaar achter was. Wat betreft schoolcijfers had 50% van de kinderen/adolescenten 'voldoende' cijfers en 12% 'slechte' cijfers. Het merendeel van de kinderen had geen moeite met schoolwerk wanneer ze wel medicatie innamen (10%) tegenover geen medicatie (1%) ($p < 0,0001$). Bijna de helft (46%) van de kinderen had matige tot grote moeite met schoolwerk, zelfs met medicatie. Het merendeel van de ouders meldde dat hun kind 'geen moeite of extra inspanning' hoefde te doen met medicatie versus zonder medicatie bij sociale interacties (19% versus 12%), verzorger-kind relaties (30% versus 15%) en kind-broer/zus relaties (21% versus 10%) (alle $p < 0,0001$). Hoewel medicatie het functioneren in deze gebieden significant verbeterde, meldde 70-81% van de ouders dat hun kind nog steeds enige moeite of spanning in deze gebieden had ervaren als het kind wel medicatie innam.

Conclusie

Het verkrijgen van een diagnose ADHD werd door de ouders in Nederland als een 'uitdaging' beschouwd en een aanzienlijke groep meldde suboptimale toegang tot de gezondheidszorg en ondersteuning van onderwijsdiensten. Medicatie zorgde voor een significante verbetering bij het functioneren op school, thuis en in de sociale interactie, maar ADHD werd nog steeds geassocieerd met een aanzienlijke belasting voor de kinderen/adolescenten. Deze data laten zien dat de kwaliteit van zorg voor kinderen/adolescenten met ADHD in Nederland kan verbeteren door betere toegang tot adequate gezondheidszorg en adequate schoolondersteuning alsmede betere medicamenteuze behandeling.

Literatuurverwijzing

Sikirica V, et al. Unmet needs associated with attention-deficit/hyperactivity disorder in eight European countries as reported by caregivers and adolescents: Results from qualitative research. *The Patient* 2015;8:269–281.

P41 Symptoombeheersing, tevredenheid en zorgen over medicamenteuze behandeling van kinderen en adolescenten met ADHD in Nederland

Dr Ingrid Rours¹ / PhD Emuella Flood² / PharmD Liza Verhaegh³ / PhD Moshe Fridman⁴ / PhD Kristina Chen⁵ / PhD Christina O'Donnell²

¹ Klinisch Epidemioloog, Kinderpraktijk Hillegersberg, Sleedoornlaan 35, 3053 ZN Rotterdam, the Netherlands

² ICON Clinical Outcomes Assessments, 820 W. Diamond Ave., Suite 100, Gaithersburg, MD 20878, USA

³ Shire, Strawinskylaan 659, 1077XX Amsterdam, the Netherlands

⁴ AMF Consulting, 846 S Citrus Avenue, Los Angeles, CA 90036, USA

⁵ Shire, Lexington, MA 02421, USA

i.rours@kinderpraktijk.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Achtergrond

Aandachtstekortstoornis met of zonder hyperactiviteit (ADHD) wordt geassocieerd met een aanzienlijke belasting voor kinderen/adolescenten en hun familie. Ouders/verzorgers (ouders) van kinderen/adolescenten met ADHD in Europa meldden dat symptomen en gedragsproblemen aanhouden; zelfs wanneer het kind/adolescent onder behandeling is (Sikirica et al, 2015).

Doel

Het doel van deze studie was om de mate van symptoombeheersing en tevredenheid alsmede de zorgen rondom medicamenteuze behandeling van kinderen/adolescenten met ADHD in Nederland te evalueren.

Methoden

Ouders van kinderen/adolescenten met ADHD in Europa (Nederland en Denemarken, Duitsland, Finland, Frankrijk, Italië, Noorwegen, Spanje, Zweden, Verenigd Koninkrijk) werden gerekruteerd via marktonderzoekspanels en hebben een enquête 'Verzorgersperspectief van kindergeneeskundig ADHD' (Caregiver Perspective on Pediatric ADHD of CAPP) voltooid. In de huidige studie worden de gegevens uit Nederland gepresenteerd. In de studie zijn kinderen/adolescenten geïnccludeerd die momenteel medicatie krijgen maar ook die onlangs met medicatie zijn gestopt (binnen 6 maanden voorafgaand aan het voltooien van de enquête). In de online enquête werden aan ouders vragen gesteld over de behandeling van hun kind, inclusief symptoombeheersing, tevredenheid over behandeling, zorgen over behandeling en, voor degenen die op het moment van het voltooien van de enquête geen medicatie meer kregen, redenen tot stoppen. De ADHD-RS-IV (DuPaul et al, 1998) werd gebruikt om de symptoombeheersing aan de hand van twee referentieperiodes te beoordelen: met of zonder medicatie, ongeacht of het kind momenteel medicatie kreeg. Zonder medicatie werd gedefinieerd als momenten waarop het kind de medicatie had vergeten of bewust koos om geen medicatie te nemen, als de medicatie was uitgewerkt of voordat de medicatie begon te werken. De analyses werden uitgevoerd met SAS v.9.2. De distributie van reacties met versus zonder medicatie werd voor elk ADHD-RS-IV item vergeleken met gebruik van de Wilcoxon rangtekenttoets.

Resultaten

In totaal hebben 316 ouders van 235 jongens (74%) en 81 meisjes in de leeftijd van 6–17 jaar (mediaan=13 jaar) tussen november 2012 en april 2013 de CAPP-enquête voltooid. Van de 316 kinderen gebruikten 272 (86%) momenteel medicatie voor ADHD, terwijl de rest (14%) in de afgelopen 6 maanden met medicatie was gestopt. De meest gebruikte vorm van medicatie waren de stimulantia (93% onder huidige medicatiegebruikers; 86% onder vorige gebruikers). Van de huidige medicatiegebruikers, meldde 50% dat de ADHD-symptomen met medicatie 'beheerst' of 'zeer beheerst' waren; 49% waren 'matig beheerst'. De symptomen waren beduidend

minder aanwezig als een kind/adolescent wel versus geen medicatie gebruikte ($p < 0,0001$). Voor sommige kinderen (4–22%) werd de frequentie van niet beter met medicatie vergeleken zonder medicatie. Van de huidige medicatiegebruikers was ongeveer de helft (51%) 'tevreden' of 'zeer tevreden' met de medicatie van hun kind; 2% was 'ontevreden' of 'zeer ontevreden'. Van de recente medicatiegebruikers was een kwart (25%) 'tevreden' of 'zeer tevreden' met de meest recente medicatie, terwijl 16% 'ontevreden' of 'zeer ontevreden' was. In de totale groep waren de ouders het meest bezorgd ('zeer bezorgd') over de volgende mogelijke gevolgen van medicatie: dat hun kind voor de rest van zijn/haar leven medicatie zou moeten gebruiken (21%); onbekende lange-termijn of toekomstige bijwerkingen (17%); en verslaving van hun kind aan de medicatie (16%). Ouders van huidige medicatiegebruikers waren het meest ontevreden over bijwerkingen (20%), de werkingsduur (20%) en de tijd tot het begin van het effect (13%). Ouders van recente medicatiegebruikers waren het meest ontevreden over bijwerkingen (48%), symptoombeheersing (27%) en potentieel misbruik (23%). De meest voorkomende redenen om te stoppen met medicatie waren de bijwerkingen (46%) en dat het kind de medicatie niet wilde innemen (36%).

Conclusie

Veel kinderen hadden een significante verbetering van de symptomen bij gebruik van medicatie, maar sommigen hadden nog steeds last van hun symptomen. De grootste ontevredenheid over medicatie betrof de bijwerkingen en het uitwerken van de medicatie, waarbij de bijwerkingen ook de belangrijkste reden waren voor het stoppen met medicatie. De grootste bezorgdheid van ouders betrof een eventueel levenslang gebruik van medicatie, de lange-termijn veiligheid van behandeling met medicatie en potentiële verslaving. Deze bevindingen tonen aan dat medicatie voor kinderen/adolescenten met ADHD geoptimaliseerd zou kunnen worden, zodat er minder bijwerkingen zijn en medicatie langer werkt. Tevens blijkt er nog winst te behalen in het geven van betere voorlichting aan ouders over het niet nodig zijn van levenslang gebruik van medicatie en verslaving aan medicatie.

Literatuurverwijzing

DuPaul GJ, et al. ADHD Rating Scale-IV: Checklists, norms, and clinical interpretation. New York: The Guilford Press. 1998. Sikirica V, et al. Unmet needs associated with attention-deficit/hyperactivity disorder in eight European countries as reported by caregivers and adolescents: Results from qualitative research. *The Patient* 2015;8:269–281.

P42 Expressie van functionele netwerken in therapieresistente depressie en electroconvulsietherapie

MD Peter Mulders^{1,2} / MD, PhD Philip van Eijndhoven^{1,2} / Prof. Christian Beckmann² / Prof. Aart Schene¹ / Prof. Indira Tendolkar^{1,2}

¹ RadboudUMC

² Donders Institute for Brain, Cognition and Behavior

petercr.mulders@radboudumc.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Achtergrond

Veruit de belangrijkste indicatie voor electroconvulsietherapie (ECT) in Nederland is een therapieresistente depressie, en zelfs in deze moeilijk te behandelen groep is het bijzonder effectief. Helaas is er weinig bekend over het werkingsmechanisme, al laat recent onderzoek zien dat zowel depressie als ECT invloed hebben op de samenhang en interacties tussen functionele hersennetwerken. Deze netwerken, en met name het “default mode network” (DMN) dat vooral actief is tijdens rust (1), lijken ook potentie te hebben in het voorspellen van het behandelresultaat van ECT (2). Het is momenteel echter nog lastig om op een individueel niveau te kijken naar hoe de verschillende onderdelen van het DMN samenwerken, en hoe deze samenwerking wordt beïnvloed door de aanwezigheid van een depressie of door behandeling met ECT.

Doel

Deze studie onderzoekt hoe de verschillende onderdelen van het default mode network (DMN) veranderen in depressie, en hoe dit gerelateerd is aan het behandelresultaat van ECT.

Methoden

We verzamelden functionele en structurele MRI-scans van patiënten met therapieresistente depressie (n=16) en gezonde controles (n=16). We gebruiken een standaard DMN-masker om per individu een representatie te krijgen van de lokale expressie van het DMN. Dit geeft ons inzicht in hoe, in het individu, de verschillende onderdelen van het DMN bijdragen aan het DMN als geheel (dus een maat van lokale DMN-expressie). Deze individuele data vergelijken we vervolgens tussen gezonde controles en patiënten, en tussen patiënten die wel of niet opknappen door ECT (“responders” en “non-responders”).

Resultaten

We vonden significante verschillen tussen patiënten en gezonde controles in expressie van het DMN, waarbij deze met name verlaagd was bij patiënten in het posterieure deel van het DMN. Binnen de patiëntengroep is de DMN-expressie ook significant lager bij responders in vergelijking met non-responders; een effect wat ook na ECT nog grotendeels aanwezig is.

Conclusie

Lokale expressie van het DMN verschilt tussen patiënten met therapieresistente depressie en kan mogelijk bijdragen aan het voorspellen van therapie succes. Dit houdt in dat deze onderdelen van het DMN in depressie minder bijdragen aan het DMN als geheel. Deze methode om op individueel niveau lokale veranderingen in een netwerk te kwantificeren is een interessant nieuwe manier om meer informatie te krijgen over hoe netwerken zich binnen het individu gedragen en kan op die manier bijdragen aan hoe we veranderingen in functionele netwerken kunnen interpreteren.

Literatuurverwijzing

(1) Mulders PC, van Eijndhoven PF, Schene AH, Beckmann CF, Tendolkar I. Resting-state functional connectivity

in major depressive disorder: a review. *Neurosci Biobehav Rev.* 2015 Sep;56:330-44.(2) van Waarde JA, Scholte HS, van Oudheusden LJ, Verwey B, Denys D, van Wingen GA. A functional MRI marker may predict the outcome of electroconvulsive therapy in severe and treatment-resistant depression. *Mol Psychiatry.* 2015 May;20(5):609-14

P43 Interventiestudie: de invloed van een leefstijlinterventie bij mensen met een Ernstig Psychiatrische Aandoening (EPA) in de langdurige zorg

MSc Jeroen Deenik^{PH1} / Dr. Diederik Tenback^{1,2} / Dr. Erwin Tak^{3,4} / Dr. Ingrid Hendriksen^{3,4} / Prof. Dr. Peter van Harten^{1,5}

¹ GGz Centraal Innova

² Universiteit Utrecht, afd. Farmaco-epidemiologie en Klinische Farmacologie

³ Body@Work TNO-Vumc

⁴ TNO Expertisecentrum Life Style

⁵ Universiteit Maastricht; School for Mental Health and Neuroscience.

j.deenik@ggzcentraal.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Achtergrond

Sedentair gedrag (SG; zitten/liggen zonder te slapen) speelt een belangrijke rol in de welbekende comorbiditeiten binnen deze doelgroep, die een negatieve impact hebben op o.a. de levensverwachting, algehele gezondheid en kwaliteit van leven (KvL). Onderzoek naar objectief (meer betrouwbaar) gemeten SG en fysieke activiteit (FA) bij langdurig opgenomen patiënten met EPA is echter schaars. In 2013 voerden we daarom cross-sectioneel onderzoek uit naar objectief gemeten SG, FA en KvL bij langdurig opgenomen mensen met EPA bij GGz Centraal (Amersfoort). Hieruit bleek dat de patiënten (N=184) zeer sedentair waren (84% van de tijd) en dat activiteit positief samenhangt met KvL. Een opvallende bevinding was echter patiënten die gemotiveerd waren om te bewegen (attitude) en zich hiertoe in staat voelden (self-efficacy), niet significant meer bewogen dan patiënten die dit niet hadden (data vorig jaar gepresenteerd; nog niet gepubliceerd). Dit ondersteunde onze observatie en ervaring dat het enkel mondeling motiveren van patiënten en hen faciliteren (bijv. hometrainers op afdelingen zetten), ontoereikend was om mensen te activeren. Naar aanleiding van deze bevindingen werd een pilotstudie gestart waarin zestien patiënten met (morbide) obesitas een leefstijlinterventie kregen, geïntegreerd in de dagelijkse behandeling. Deze interventie bestaat uit specifieke begeleiding van de psychiatrische aandoening, waarbij een dagelijkse leefstijlgerichte structuur de basis vormt. Zo wordt er drie keer per dag gezamenlijk (verantwoord) gegeten, is er een actief dagprogramma (o.a. wandelen, fitness, zaalsport, hardlopen), wordt er kooktraining gegeven en krijgen patiënten psycho-educatie (bijv. over symptomen, bijwerkingen, voeding of stoppen met roken). De interventie is gebaseerd op een multidisciplinair gedragen 'change-from-within'-principe en wordt gesuperviseerd door de betrokken psychiaters, activiteitenbegeleiders, gezondheidspsycholoog, psychomotorisch therapeut, een verpleegkundig specialist, diëtiste en verpleegkundigen die getraind zijn tot leefstijlcoach. De interventie wordt individueel toegespitst op behoeften en mogelijkheden van de patiënt, aangezien niet iedereen op hetzelfde niveau kan deelnemen door bijvoorbeeld symptomen en ziekte-ernst. De resultaten na drie maanden lieten een statistische en klinisch significante verbetering zien van lichaamsgewicht, buikomtrek, glucosespiegel en KvL. Twee patiënten konden stoppen met diabetesmedicatie en bij het overgrote deel van de patiënten kon slaapmedicatie worden afgebouwd. Naar aanleiding van deze bevindingen, zijn we gestart met een vervolgstudie, met het doel te onderzoeken of deze positieve effecten ook terug te zien zijn in een grotere en meer representatieve groep patiënten, met een langere follow-up.

Doel

Onderzoeken positieve resultaten uit de pilotstudie ook terug te zien zijn bij een grotere en meer representatieve groep patiënten (niet enkel geselecteerd op (morbide) obesitas) en met een langere follow-up.

Methoden

In een quasi experimenteel design, includeerden we patiënten die in behandeling waren op de afdelingen voor langdurige psychiatrie bij GGz Centraal (Amersfoort), als er complete baselinedata (2013) beschikbaar was. Patiënten die deelnamen aan een andere interventiestudie werden geëxcludeerd. Geïncludeerde patiënten (N=137) werden toegewezen aan de interventiegroep (N=66) of de gebruikelijke behandeling (N=71). Achttien maanden na start van de interventie werd een follow-up gedaan. Hiervoor droegen patiënten wederom voor vijf aaneengesloten dagen een versnellingsmeter (ActiGraph GT3X+) en KvL, attitude en self-efficacy ten aanzien van FA werden afgenomen met vragenlijsten in een gestructureerd interview. Determinanten voor ziekte (bijv. diagnose, opnameduur, ziekte-ernst) en metabole gezondheid (gewicht, buikomvang, bloedwaarden), werden retrospectief verzameld uit het elektronisch patiëntendossier.

Resultaten

De studie loopt nog op het moment van het indienen van deze abstract. De bewegingsmeting is bijna afgerond en gegevens t.a.v. kwaliteit van leven, attitude, self-efficacy en klinische gezondheidsmaten worden momenteel nog verzameld. In de voorlopige resultaten van de bewegingsmeting hebben we van 109 patiënten voldoende bewegingsdata kunnen verzamelen. Van hen zaten er 61 in de interventiegroep en 48 in de controlegroep. Voorlopige uitkomsten laten een significant verschil zien ten opzichte van de controlegroep op totale activiteit ($t(107) = 3.25, p < .01$) en percentage gemiddeld tot hoge activiteit (MVPA; verschil van 2.4%, $t(107) = 3.08, p < .01$). Tevens was de interventiegroep 2,9% van de tijd minder in sedentair gedrag, $t = -1.88, p = .06$. Ook na correctie voor leeftijd (op baseline een sterke voorspeller van activiteit), bleven de verschillen op totale activiteit en MVPA significant met respectievelijk $F(1)=4,37, p = .04$ en $F(1)=3,94, p = .05$.

Conclusie

De eerste resultaten op basis van ruwe data laten relevante en veelbelovende verschillen zien op bewegingsniveau tussen beide groepen. Echter, de reductie van met name sedentair gedrag is kleiner dan verwacht. Verdere analyse van o.a. verschillen tussen baseline en follow-up en verschillen op individueel en afdelingsniveau zijn noodzakelijk om sterkere en specifiekere conclusies te kunnen trekken rondom de bewegingsdata (op welke afdeling en/of bij welke patiënten werkt het beter of juist minder goed? En kunnen we die groepen specificeren?). Daarnaast is het effect van de interventie op KvL en klinische gezondheidsmaten nog niet bekend. Gebaseerd op eerste observaties en de pilotstudie, verwachten we hier positieve resultaten op. Verdere uitkomsten kunnen begin 2016 worden gepresenteerd.

Literatuurverwijzing

D.E. Tenback, F. van Kessel, J. Jessurun, Y.J. Pijl, E.R. Heerdink, P.N. van Harten Risicofactoren voor inactiviteit bij patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen in de langdurige zorg. Tijdschrift voor psychiatrie 55 (2013) 2, 83-91 Deenik, J. (2014) De fysieke activiteit en kwaliteit van leven van patiënten met een ernstig psychiatrische aandoening in de langdurige zorg. Universiteit Twente: Enschede.

P44 Stagering van psychiatrische ziekten

Drs Annieke Voogt-Bode^{PH}¹ / Dr Arthur Van Gool¹ / Drs Celestine Engel-Mazairac² / Prof Aartjan Beekman^{2,3,4}

¹ Yulius GGZ

² GGZ inGeest

³ Vumc Amsterdam

⁴ NVvP

anniekevoogt@me.com

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Achtergrond

Al enkele decennia wordt gedacht over de invoering van stagering en profilering voor psychiatrische ziekten. Binnen met name de oncologie zijn stagering en profilering basis voor diagnostiek en indicatiestelling voor behandeling. Binnen het stageringsconcept zoals daar gehanteerd is veel ruimte voor voorstadia en vroege stadia van de ziekte. Daarbij is vroeginterventie namelijk van belang om de ziekte zo adequaat mogelijk te behandelen voordat deze zich uitbreidt. Vroegdiagnostiek en vroegtijdige behandeling voor psychiatrische ziektebeelden is een zeer actueel thema. Inmiddels is stagering en profilering opgenomen in de concept richtlijn van de NVvP voor psychiatrisch onderzoek. Duidelijk is dat stagering en profilering binnen de psychiatrie nog verder ontwikkeld moeten worden.

Doel

Een bijdrage leveren aan de discussie binnen onze beroepsgroep over stagering en een voorstel doen voor een generiek stageringsmodel dat makkelijk toepasbaar zou zijn in de huidige praktijk.

Methoden

Op basis van bestaande stageringsmodellen is een generiek stageringsmodel ontwikkeld.

Resultaten

De meeste bestaande stageringsmodellen incorporeren het beloop over de tijd in duur (langer dan een bepaalde termijn ja/nee) of vorm (chronisch ja/nee) van de stoornis in combinatie met de symptomatologie (bijvoorbeeld geen symptomen, symptomen, stoornis). Ons voorstel sluit daar bij aan: de aanwezigheid van symptomen van de hoofddiagnose en het beloop in de tijd is het uitgangspunt voor het stadium, lopend van 0 (verhoogd risico) tot V (chronisch). Naar analogie van de oncologie wordt vermeld hoe actief de stoornis op dit moment is en als equivalent van de lokale uitbreiding zoals gedefinieerd in de oncologie wordt de invloed van de stoornis op het functioneren weergegeven. Eveneens in analogie met de oncologie wordt het hoogst bereikte stadium apart vastgelegd.

Conclusie

Stagering kan binnen de psychiatrie ondersteuning bieden aan betere diagnostiek, indicatiestelling en dossiervoering. Verdere ontwikkeling van deze modellen wordt mogelijk als er meer bekend wordt over onderliggende pathofysiologische mechanismen bij de diverse ziektebeelden.

Literatuurverwijzing

Beekman ATF, van Os J, Van Marle HJC, van Harten PN. Stagering en profilering van psychiatrische stoornissen. Tijdschrift voor Psychiatrie 2012; 54:915-20
Van den Brink, Schippers GM. Stagering en profilering bij verslaving. Tijdschr Psychiatr 2012; 54: 941–8.

P45 Signalering van autismespectrumstoornissen door jeugdartsen bij kinderen in de leeftijd 4-6 jaar; resultaten van een pilotstudie, onderdeel van Academische Werkplaats Autisme REACH-AUT - projectgroep 4 transitie in het onderwijs

MSc Maarten van 't Hof^{1,2} / MSc Rosalien Pasma¹ / Drs Jacqueline Bailly¹ / Prof. Dr. Wijbrand Hoek^{2,3} / Dr. Wietske Ester^{1,2}

¹ Sarr Expertisecentrum Autisme, afdeling jeugd, Lucertis Rotterdam

² Parnassia Groep, Den Haag

³ Afdeling psychiatrie, Universitair Medisch Centrum Groningen, Rijksuniversiteit Groningen
m.vanthof@lucertis.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Achtergrond

De transitie van voorschoolse periode naar het basisonderwijs kan ingewikkeld zijn voor kinderen met een autismespectrumstoornis (ASS) [1,2]. Doordat er in deze periode nieuwe eisen aan een kind worden gesteld kunnen beperkingen in functioneren en presteren sneller opvallen [2]. De signalering van mogelijke ASS signalen vindt veelal plaats bij ouders, op school en bij het Centrum voor Jeugd en Gezin. Jeugdartsen hebben in hun opleiding beperkte kennis opgedaan van ASS en te gebruiken instrumenten. Scholing is nodig om de signalerende taak te optimaliseren [3]. Het meeste onderzoek richt zich op het verhogen van de vroegdetectie van ASS bij kinderen van 0-3 jaar en deze laten positieve resultaten zien [4,5]. Er is echter minder aandacht voor de signalering van ASS door jeugdartsen bij kinderen in de leeftijd van 4-6 jaar.

Doel

Het doel van het pilotonderzoek is om het effect van de live online cursus; signalering van ASS bij kinderen in de leeftijd 4-6 jaar voor jeugdartsen te onderzoeken. Deze module is ontwikkeld binnen de Academische Werkplaats Autisme Reach-Aut.

Methoden

Deelnemers volgen de cursus; signalering van ASS bij kinderen in de leeftijd 4-6 jaar voor jeugdartsen. De cursus bestaat uit drie interactieve bijeenkomsten van anderhalf uur via een online klaslokaal (Live Online Learning). De focus en inhoud van de cursus zijn ontwikkeld door middel van een samenwerking tussen drie actoren; wetenschap, praktijk (jeugdartsen en ASS deskundigen) en ervaringsdeskundigen uit de regio's Rijnmond, Waterland en Midden Kennemerland en Den Haag. De primaire uitkomstmaat is kennis over ASS en de signalen van ASS. De secundaire uitkomstmaten zijn het aantal ASS gerelateerde doorverwijzingen, houding ten opzichte van geesteszieken (CAMI), competentiebeleving en tevredenheid.

Resultaten

De pilot studie gaat in november 2015 van start en de studie onder jeugdartsen start januari 2016.

Conclusie

De pilot studie gaat in november 2015 van start en de studie onder jeugdartsen start januari 2016.

Literatuurverwijzing

1. Stoner, J. B., Angell, M. E., House, J. J., & Bock, S. J. (2007). Transitions: Perspectives from parents of young children with autism spectrum disorder (ASD). *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 19(1), 23-39.
2. Berckelaer-Onnes, I. A., van, Anzion, H., Sinnema, G., & Glind, G., van de (2015). NCJ Richtlijn JGZ-richtlijn Autismespectrumstoornissen - Signalering, begeleiding en toeleiding naar diagnostiek. Trimbosinstituut.3.

Gezondheidsraad (2009). Autismspectrumstoornissen: een leven lang anders. Den Haag: Gezondheidsraad.4.
Oosterling, I. J., Wensing, M., Swinkels, S. H., Van Der Gaag, R. J., Visser, J. C., Woudenberg, T., ... & Buitelaar, J. K. (2010). Advancing early detection of autism spectrum disorder by applying an integrated two-stage screening approach. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(3), 250-258.5.
Honigfeld, L., Chandhok, L., & Spiegelman, K. (2012). Engaging pediatricians in developmental screening: the effectiveness of academic detailing. *Journal of autism and developmental disorders*, 42(6), 1175-1182.

P46 Het kerndossier op basis van profileringscriteria als beslissingsondersteuning in het EPD

Drs Annieke Voogt-Bode_{PH}¹ / Dr Arthur Van Gool¹ / Drs Celestine Engel-Mazairac² / Prof. Aartjan Beekman^{2,3,4}

¹ Yulius GGZ

² GGZ inGeest

³ Vumc Amsterdam

⁴ NVvP

anniekevoogt@me.com

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Achtergrond

De huidige elektronische patiënten dossiers (EPD's) bieden met name bij langdurige en complexe problematiek een onvoldoende kernachtig overzicht van voorgeschiedenis en beloop. De EPD's zijn ontworpen voor financiële en administratieve doeleinden, niet zozeer om een behandeling te kunnen vervolgen en ondersteunen, bijvoorbeeld bij evaluaties en beslissingen. De concepten staging en profilering zijn afkomstig uit de somatiek en zijn nu ook opgenomen in de concept-richtlijn voor psychiatrisch onderzoek. Profileringscriteria bieden informatie over de prognose, aangrijpingspunten voor therapie en over het voorspellen van de respons hierop. Zij kunnen dus bij uitstek richting geven aan interventies binnen een behandeling.

Doel

Een voorstel doen voor de inhoud van een kerndossier, met profileringscriteria, waarbij er meer overzicht en beslissingsondersteuning mogelijk is in een EPD.

Methoden

Op basis van literatuurstudie is een voorstel ontwikkeld voor de belangrijkste (generieke) profileringscriteria voor psychiatrische stoornissen. Dit voorstel is ingebracht in een groepsdiscussie binnen Yulius met meerdere disciplines.

Resultaten

Een voorstel voor een kerndossier bestaande uit een dataset die noodzakelijk in een dossier aanwezig moet zijn voor behandelplanning, evaluaties en beslissingsondersteuning onder meer in crisissituaties. Tevens presenteren wij een visuele voorstelling hoe dit kerndossier eruit zou kunnen komen te zien in een EPD.

Conclusie

EPD's binnen de GGZ bieden onvoldoende overzicht en cruciale informatie is daardoor vaak moeilijk te vinden. Profileringscriteria bieden nu juist cruciale informatie en kunnen het uitgangspunt zijn voor de definitie van een kerndossier. Een standaard voor een kerndossier zou het begin kunnen zijn voor de aanpak van het overzichtsprobleem van EPD's.

Literatuurverwijzing

Beekman ATF, van Os J, Van Marle HJC, van Harten PN. Staging en profilering van psychiatrische stoornissen. Tijdschrift voor Psychiatrie 2012; 54:915-20
Van Gool AR, Hoogervorst E, Wunderink L, Mulder CL. Kwaliteitsverbetering of digitaal doolhof? Praktijkervaring met het elektronisch patiëntendossier bij langdurige behandelingen in de GGZ. Tijdschrift voor Psychiatrie 2014;56:394-400

P47 Etnische baseline verschillen bij depressieve poliklinische patiënten: vergelijking van Nederlandse patiënten met Marokkaanse-, Turkse-, Surinaamse-, en Antilliaanse patiënten

Drs. Viktória Kovács_{PH}¹ / Dr. Ingrid Carlier¹ / Prof. Dr. Bert van Hemert¹ / Prof. Dr. Frans Zitman¹

¹ LUMC

v.kovacs@lumc.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Achtergrond

Over de prevalentie van psychiatrische stoornissen bij allochtonen versus autochtonen zijn inconsistente resultaten te vinden in de literatuur. Sommige studies tonen bij allochtonen meer psychiatrische stoornissen aan, terwijl andere studies dit niet kunnen bevestigen.

Doel

Deze exploratieve studie vergelijkt Nederlandse depressieve patiënten vóór aanvang van hun behandeling met allochtone depressieve patiënten (Marokkaanse, Turkse, Surinaamse, Antilliaanse) ten aanzien van socio-demografische- en klinische karakteristieken. De verwachting is dat Marokkaanse- en Turkse patiënten meer baseline depressieve symptomen zullen rapporteren dan Nederlandse patiënten.

Methoden

De baseline ROM-data van 5086 depressieve poliklinische patiënten hebben we geanalyseerd: 4460 (87,7%) autochtone Nederlanders, 270 (5,3%) Marokkaanse Nederlanders, 103 (2%) Turkse Nederlanders, 181 (3,6%) eerste generatie Surinaamse en Antilliaanse Nederlanders en 72 (1,4%) tweede generatie Surinaamse en Antilliaanse Nederlanders. Depressieve stoornis was gebaseerd op de MINI+. Klinische karakteristieken werden gemeten met MADRS (depressie), BAS (angst), REM (psychomotorische remming), BSI (psychopathologie), MASQ -D30 (depressie en angst) en SF-36 (functioneren).

Resultaten

Significante verschillen tussen Nederlandse en allochtone patiënten op diverse baseline karakteristieken hebben we gevonden. Marokkaanse, Turkse en eerste generatie Surinaamse en Antilliaanse Nederlanders hadden ernstigere psychopathologie in vergelijking met autochtone Nederlanders. Alle etnische groepen hadden significant vaker posttraumatische stressstoornis. Ook gegeneraliseerde angststoornis en drugsmisbruik of afhankelijkheid komt significant vaker voor bij de tweede generatie Surinaamse en Antilliaanse depressieve patiënten in vergelijking met autochtonen.

Conclusie

Deze studie laat zien dat Marokkaanse, Turkse en eerste generatie Surinaamse en Antilliaanse Nederlanders ernstiger psychopathologie, meer comorbiditeit, en slechter functioneren hebben dan autochtone Nederlanders. Meer onderzoek is zinvol om de effectiviteit van psychiatrische behandelingen bij etnische groepen met elkaar te kunnen vergelijken.

Literatuurverwijzing

-

P48 Een proportionele behandelduur van de TBS van gemiddeld vijf jaar

Dr. Aart Goosensen_H¹ / Prof Karel Oei_P²

¹ FPC Oldenkotte, Rekken

² Tilburg University, Tilburg

aart.goosensen@gmail.com

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Achtergrond

Het aantal opleggingen van de terbeschikkingstelling lag tien jaar geleden ruim boven de 200 per jaar. Het huidige aantal ligt onder de 100. De toename van de behandelduur wordt vaak genoemd als een belangrijke reden voor de terugloop van het aantal opleggingen. Op basis van de snelle daling van het aantal opleggingen in combinatie met het toegenomen aantal weigerende observandi is de veronderstelling gebaseerd dat er een categorie gestraften in de gevangenissen verblijft, die op dit moment en later onvoldoende voorbereid, onbehandeld en met een te hoog recidiverisico in de samenleving terugkeert. Het probleem van de lange behandelduur wordt tijdens discussies wel vertaald in termen van overschrijding van de proportionaliteit. De maatregel terbeschikkingstelling kent echter geen proportionaliteitsbeginsel zoals dat geldt bij een enkelvoudige strafoplegging.

Doel

De doelstelling van deze bijdrage is te komen tot een definiëring van proportionaliteit in relatie tot de behandelduur van de terbeschikkingstelling die interdisciplinair bruikbaar is.

Methoden

Het onderzoek is gestart met literatuuronderzoek naar het begrip proportionaliteit zoals dat in het strafrecht wordt gehanteerd. Vervolgens is nagegaan hoe het begrip proportionaliteit in en rond de sector tbs in de literatuur en de rechtspraak wordt uitgelegd of gebruikt. Deze oriëntatie is om tot een definiëring van proportionaliteit in relatie tot de behandelduur te komen. Om tot een toetsing van de bruikbaarheid te komen is deze toegepast op de praktijk in FPC Oldenkotte. Hiervoor is gekeken naar de gerealiseerde behandelduur en de prognoses zoals deze vastgelegd zijn in de trajectkaart (gewaardeerd als best-practice: ISt 2001, Taskforce tbs behandelduur 2015).

Resultaten

De in FPC Oldenkotte door de behandelingscoördinatoren opgestelde en door de interne kwaliteitscommissie (onder voorzitterschap van de eerste geneeskundige) getoetste prognoses maken duidelijk dat de behandelaren de mening zijn toegedaan, - een afwijking van een half jaar meegewogen, - dat de behandeling gemiddeld niet langer dan vijf jaar hoeft te duren. De eerder gerealiseerde behandelduur van rond de zes jaar ondersteunt deze ontwikkeling. De eerste reacties vanuit de rechterlijke macht, ook tijdens verlengingszittingen zijn positief over de transparantie.

Conclusie

Proportionaliteit zoals gedefinieerd in het onderzoek leidt niet tot een harde termijn voor de terbeschikkingstelling. Het leidt echter tot een prognose die niet vrijblijvend is, zowel voor de kliniek als voor de terbeschikkinggestelde. Tevens biedt de in de trajectkaart vastgelegde prognose als maat voor een proportionele behandelduur mogelijkheden om tot interdisciplinair overleg te komen, ook tijdens de verlengingszitting. Het biedt dan handvatten om samen met de betrokken patiënt met reclassering en niet behandelinhoudelijke deskundigen als rechters en advocaten tot een plan van aanpak te komen als

voorbereiding op de volgende zitting. Het feit dat de onafhankelijke onderzoekers vanaf januari 2015 een prognose van de terbeschikkingstelling opnemen in de pro Justitia rapportage ondersteunt het belang van de definiëring van het begrip proportionaliteit als de prognose van de behandelduur.

Literatuurverwijzing

M. Groenhuijsen en T. Kooijmans, 'Rapporteren ten behoeve van de strafrechter: de psyche geanalyseerd', in: De forensische psychiatrie geanalyseerd, Liber amicorum Karel Oei, M. Groenhuijsen, S. Kierkels & T. Kooijmans (red), Apeldoorn: Maklu-uitgevers 2011, p. 59 – 65; G. Meynen, 'De psychiater en toerekeningsvatbaarheid', Justitiële verkenningen jrg. 39, nr. 1, 2013, p. 54 – 64; Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), Richtlijn psychiatrisch onderzoek en rapportage in strafzaken, p. 63 – 66. Elio Monachesi, 'Pioneers in Criminology IX – Cesare Beccaria (1738-1794)', 46 J. Crim. L. Criminology & Police Sci. (1955-1956), p. 439 – 449. S.G.C. van Wingerden, 'De samenleving roept om strengere straffen. De vogel vrij', In: J.P. van der Leun e.a. (red), Liber amicorum Moerings, Amsterdam: Boom Lemma uitgevers 2011, p. 311 – 319. P. Nieuwbeerta en S. van Wingerden, 'Geëiste en opgelegde sancties bij moord en doodslag, 1993 – 2004', Trema nr. 7, p. 280 – 285. F. van Tulder, 'De straffende rechter 2000 – 2009', NJB 2011, p. 1544 – 1550. T. Kooijmans, Op maat geregeld? (diss. Rotterdam), Deventer: Kluwer 2002, p. 170 - 174. E.F.J.M. Brand, A.A. van Gemmert, Toenemende verblijfsduur in de tbs. De ontwikkeling van de gemiddelde duur in de laatste 20 jaar, Dienst Justitiële Inrichtingen, Ministerie van Justitie, 2009, p. 5. C.H. de Kogel & V.E. den Hartog, 'Contraire beëindiging van de tbs-maatregel. Aantal, aard en verband met recidive', O&B 236, WODC 2005. S.O. Roosjen, 'Behandelduur in de TBS en commitment'. In: Behandelduur en verlof in de TBS, Adviescollege Verloftoetsing TBS, Verslag seminar 5 november 2009, p. 39 – 43. Rapportage Taskforce behandelduur tbs, 22 december 2014, p. 19.

P49 Het effect van veranderen van het type antipsychoticum op bewegingsstoornissen in patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening; een naturalistische studie

MD Charlotte Mentzel^{1,2} / MD, PdD Roberto Bakker^{1,2} / PhD Marjan Drukker² / Prof, MD, PhD Peter van Harten^{1,3}

¹ GGz Centraal

² MHeNS Maastricht University

³ MHeNS Maastricht Univeristy

c.mentzel@ggzcentraal.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Achtergrond

Bewegingsstoornissen zijn veel voorkomende bijwerkingen bij patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA), die de kwaliteit van leven en therapietrouw verminderen. Richtlijnen geven aan dat het wisselen van een antipsychoticum bewegingsstoornissen kan doen verminderen, maar de evidentie hiervan bij EPA-patiënten is mager.

Doel

In een naturalistische setting onderzoeken wat het effect is van wisselen van antipsychoticum op bewegingsstoornissen.

Methoden

Alle EPA-patiënten uit de enige psychiatrische instelling van de voormalige Nederlandse Antillen zijn gedurende 18 jaar achtmaal door dezelfde ervaren beoordelaars gemeten op bewegingsstoornissen en medicatiegebruik (704 metingen). Door middel van time-lagged multilevel-analyse is bekeken welk effect het veranderen van antipsychotica type heeft op het veranderen van de ernst van de bewegingsstoornis, terwijl gecontroleerd wordt voor medicatie en demografische variabelen.

Resultaten

Van de 223 geïncludeerde patiënten heeft per meting gemiddeld 35% (30%-41%) parkinsonisme en 54% (38%-61%) dyskinesie. Stoppen van een antipsychoticum leidt tot een significante afname van parkinsonisme (Unified Parkinson Disease Rating Scale) (OR -7.44, 95%-betrouwbaarheidsinterval (BI) -12.5;-2.40). Een significante afname van dyskinesie (Abnormal Involuntary Movement Scale) is zichtbaar bij het switchen van eerste generatie naar een combinatie van eerste- en tweedegeneratie-antipsychoticum (OR = -2.88, BI -4.42; -0.75) en starten van een antipsychoticum (OR = -3.46, BI: -5.43; -1.49). Bij de analyse tussen hoog- en laagpotente antipsychotica vonden wij vergelijkbare resultaten.

Conclusie

Bewegingsstoornissen komen veel voor bij EPA-patiënten. Hoewel het volledig stoppen van antipsychotica vaak niet haalbaar is om parkinsonisme te doen verminderen, hoort deze optie wel bij de kosten-baten-analyse. Bij dyskinesie zou het toevoegen van een tweede-generatie-antipsychoticum een optie zijn, mits de totale dosering antipsychoticum niet toe neemt.

Literatuurverwijzing

De resultaten van de studie zijn nog niet gepubliceerd

P50 Ernstige therapie resistente tardive dyskinesie en dystonie. De diepe hersenstimulatie trial

MD Charlotte Mentzel_{PH}^{1,2} / Prof, MD, PhD Marina Tijssen³ / Prof, MD, PhD Peter van Harten^{1,4}

¹ GGz Centraal

² MHeNS Maastricht University

³ Universitair Medisch Centrum Groninge

⁴ MHeNS Maastricht Univeristy

c.mentzel@ggzcentraal.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Achtergrond

Patiënten die langdurig antipsychotica gebruiken ontwikkelen regelmatig tardieve dyskinesie/dystonie. Veelal zijn het lichte onwillekeurige bewegingen rond de mond of van de tong. Soms ontstaan er echter veel ernstiger vormen die zeer invaliderend zijn kunnen zijn. Er zijn er verschillende medicamenteuze behandelmogelijkheden zoals 1) afbouwen van antipsychotica of overstappen naar clozapine 2) tetrabenazine toevoegen 3) botuline toxine injecties. Soms zijn deze medicamenteuze interventies onvoldoende effectief of worden ze niet verdragen. Voor deze patiënten zou diepe hersenstimulatie (DBS) een optie kunnen zijn. Bij diepe hersenstimulatie van tardieve dyskinesie en dystonie worden de elektrodes in de Globus Pallidus internus (een onderdeel van de hersengebieden die beweging aansturen) aangebracht. Dit normaliseert de signaaloverdracht waardoor de ernst van de bewegingsstoornis fors vermindert of zelfs geheel verdwijnt. Behandeling van tardieve dyskinesie en dystonie is conform de huidige dystonie richtlijn en wordt vergoed door de zorgverzekeraar. Echter het wordt zelden aangeboden aan patiënten met een psychiatrisch verleden, mogelijk omdat onderzoek hierna voornamelijk bestaat uit case reports en kleine trials waar de psychiatrische symptomen niet systematisch gemeten warden.

Doel

Aantonen dat het veilig en effectief is om patiënten met tardieve dyskinesie en dystonie te behandelen met DBS conform de huidige richtlijnen.

Methoden

De eerste 3 maanden na de operatie heeft een randomised controled trial opzet waarbij de helft van de patiënten wel en de helft niet gestimuleert wordt. Daarna worden alle patiënten gestimuleerd en vindt nog een jaar een open label studie plaats. Gedurende de gehele studie worden vragenlijsten afgenomen over de effectiviteit, de eventuele psychiatrische klachten en de kwaliteit van leven. Het onderzoek is een samenwerkingsverband tussen GGz Centraal, het SymforaMeander Centrum voor Psychiatrie, en de afdelingen neurologie en neurochirurgie van het Universitair Medisch Centrum Maastricht en het Universitair Medisch Centrum Groningen. De operaties vinden plaats in Groningen of in Maastricht.

Resultaten

De studie is recent gestart, tijdens het voorjaarscongres zullen er voorlopige resultaten binnen zijn.

Conclusie

Het is van belang dat ook psychiatrische patiënten conform de geldende richtlijnen behandeld worden, patiënten kunnen verwezen worden om deel te nemen aan de studie.

Literatuurverwijzing

Severe treatment-resistant tardive dystonia: is deep brain stimulation a treatment option, Mentzel CL, Tenback

DE, Tijssen MA, van Harten PN. Tijdschr Psychiatr. 2015;57(2):125-31. Efficacy and safety of deep brain stimulation in patients with medication-induced tardive dyskinesia and/or dystonia: a systematic review, Mentzel CL, Tenback DE, Tijssen MA, Visser-Vandewalle VE, van Harten PN. J Clin Psychiatry. 2012 Nov;73(11):1434-8.

P51 Invoering van een multidisciplinair diagnostisch model voor een moeilijk diagnostiseerbare groep psychiatrische patiënten op een open afdeling

drs. Rosalie Broekhof_{PH}¹ / Dr. Sara Germans - Selvik ¹

¹ Helse Nord-Trøndelag HF, Sykehuset Namsos, Namsos, Norway
rosalie.broekhof@hnt.no

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Achtergrond

Voor patiënten met complexe problematiek, laag functionerings niveau of onduidelijkheid in de diagnostiek is het prognostisch van groot belang om effectief, een adequate diagnose te stellen om gerichte behandeling op te starten(1). Met deze achtergrond heeft de afdeling een gestructureerd psychiatrisch diagnostisch model ontwikkeld en ingevoerd in 2013. In een periode van 2-4 weken wordt een volledige psychiatrische onderzoek gedaan incl. biografie, (hetero)anamnese en sociale anamnese, somatisch onderzoek (met standaard bloedonderzoek en eventueel aanvullend onderzoek), specifieke observaties op de afdeling en tijdens creatieve groepstherapie en bewegingstherapiën. Daarnaast ondergaan patiënten een standaard pakket aan diagnostisch onderzoek, inhoudende de Mini Internationaal Neuropsychiatrisch Interview (MINI), Structured Clinical Interview voor DSM-Persoonlijkheidsstoornissen (SCID-II) en Assessment of Motor and Process Skills (AMPS). Op indicatie wordt het pakket aangevuld met bijvoorbeeld persoonlijkheidsdiagnostiek, neurocognitieve onderzoeken of testinstrumenten meer toegespitst op een psychiatrische aandoening, zoals psychose of stemmingsstoornis. Specifieke competenties zijn geïncludeerd door de realisatie van een nauwe samenwerking met een neuroloog en behandelteams voor zwakbegaafdheid, ontwikkelingsstoornissen en verslavingsproblematiek. Hiernaast worden doelgerichte observaties gedaan, met behulp van een huisbezoek, bezoek aan winkels en huiswerk oefeningen (bijv. een crisisplan). Aan het einde van de opname vindt een multidisciplinair overleg plaats waar diagnostiek en verdere behandelingsmogelijkheden worden geïnitieerd.

Doel

Invoering van een gestructureerd multidisciplinair diagnostisch model voor moeilijk diagnostiseerbare psychiatrische patiënten.

Methoden

Retrospectief onderzoek gericht op de effectiviteit en haalbaarheid van de implementatie van het multidisciplinair diagnostisch model. Tevens wordt de patiëntengroep in kaart gebracht die het meest gebruik maakt van deze diagnostische opname door uitkomstmaten zoals gestelde diagnoses, verwijzer en sociodemografische kenmerken. Data wordt vergeleken met de eerdere wijze van diagnostisch onderzoek op de afdeling.

Resultaten

De vraag naar een psychiatrische diagnostische opname is verhoogd en het aantal drop outs laag. Gestructureerd psychiatrisch diagnostisch onderzoek op een open afdeling is goed mogelijk, in een anders moeilijk te diagnostiseren groep patiënten.

Conclusie

Het intensieve multidisciplinair diagnostisch model, maakt gerichte en snelle diagnostiek en opstart van behandeling mogelijk. Het biedt tijdswinst en een kwaliteitsverbetering van het gehele behandeltraject, het model is daarmee (kosten)effectief, voordelig en internationaal bruikbaar.

Literatuurverwijzing

1. Honing A, Visser IJ, Heller HM, Kieviet N, Boenink AD. Medisch-psychiatrische unit in algemeen ziekenhuis. Ned Tijdschr Geneeskd. 2014;158:A6520.

P52 Acht jaar Dwangreductie: effecten van veranderingen in de zorg

Dr. Eric Noorthoorn^{PH}¹ / Dr. Yolande Voskes² / Dr. Adriaan Hoogendoorn^{3,2} / Dr. Wim Janssen⁴ / Prof. dr. Henk Nijman^{5,6} / Dr. Annet Smit⁷ / Dr. Roland van de Sande^{8,9} / Prof. Dr. Niels Mulder^{8,10} / Prof. dr. Guy Widdershoven²

¹ Ggnet GGZ instelling

² VUMC

³ Ingeest GGz instelling

⁴ Janssen zorg en dwang

⁵ Altrecht Aventurijn

⁶ Radboud universiteit Nijmegen

⁷ Pro Persona GGZ Instelling

⁸ Parnassia GGz instelling

⁹ Hogeschool Utrecht

¹⁰ Erasmus Universiteit Rotterdam

e.noorthoorn@ggnet.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Achtergrond

In 2006 stelde GGz Nederland zich ten doel het gebruik van separaties met ten minste 10% per jaar te verminderen (1). Meer dan 100 projecten over 55 instellingen en 101 ziekenhuis locaties gefinancierd met 35 miljoen euro werden vervolgens ten uitvoer gebracht. In 2011 formuleerde de Minister van VWS beleid waarin zij aangaf dat vermindering van een interventie niet mag leiden tot een toename van een andere (substitutie; 2).

Doel

Het vaststellen van het effect van de projecten op de gestelde doelstelling, het verminderen van separaties.

Methoden

Verzameling van gegevens over separaties, afzonderingen, insluitingen, fixaties en verstrekkingen dwangmedicatie onder verzet bij alle BOPZ – erkende partijen (3).

Resultaten

Dit onderzoek gebaseerd op data van het landelijk argusregister laat zien dat in het tijdvak tussen 2008 en 2014, een gemiddelde vermindering kon worden vastgesteld van ongeveer 9% per jaar, in absolute aantallen. Een nadere analyse bij 25 instellingen over de jaren 2011-2014 liet zien dat de reductie in vrijheid beperkende interventies gelijke tred hield met de beddenreductie. Opgemerkt kan worden dat er wel een reductie werd gezien in separaties afzonderingen en insluitingen, maar niet in fixaties en verstrekkingen dwangmedicatie. Over het gehele meetvenster werd een reductie van >40% bereikt. Het onderzoek laat verder zien dat ruim de helft van de organisaties het gestelde doel bereikt hebben, in het aantal separaties evenals het aantal separatie uren over meerdere jaren. De overige instellingen haalde het doel niet en zagen soms een toename. Instellingen met een duidelijk effect waren zonder uitzondering over een langere tijd bij dwangreductie betrokken, maar lijken ook meer te investeren in de ontwikkeling van intensive care. In enkele instellingen is te zien dat er mogelijk sprake is van enige mate van substitutie, waarbij medicatie onder dwang separatie lijkt te vervangen.

Conclusie

De beperkte implementatie over de eerste jaren maakt een goede beoordeling van de uitkomsten voor 2011 niet goed mogelijk. Hoewel er een duidelijk effect is bereikt lijkt het van belang de verdere ontwikkeling van de dwang en drang cijfers middels herhaalde metingen te evalueren en met wetenschappelijk onderzoek te blijven vervolgen, zeker met de op handen zijnde implementatie van de wet verplichte gezondheidszorg.

Literatuurverwijzing

(1) GGZ Nederland (2004). De krachten gebundeld; ambities van de GGZ. Amersfoort: GGZ Nederland.(2) VWS (2012) Brief Minister Schippers stand van zaken dwang en drang naar aanleiding van AO ref: cz-3121711;www.rijksoverheid.nl . (3) Janssen WA, van de Sande R, Noorthoorn EO, Nijman HLI, Bowers L, Mulder CL, Smit A, Widdershoven GAM, Steiner T (2011) Methodological issues in monitoring the use of restrictive measures. International Journal of Law and Psychiatry. 34: 429 – 438

P53 Onderzoek agressie bij patiënten met een vermoeden van LVB in de specialistische GGZ

Dr. Jeanet Nieuwenhuis ^{PH}¹ / Dr. Eric Noorthoorn ¹ / Prof. dr. Henk Nijman ^{2,3} / Dr. Paul Naarding ¹ / Prof. dr. Niels Mulder ^{4,5}

¹ Ggnet GGZ instelling

² Altrecht Aventura

³ Radboud Universiteit Nijmegen

⁴ Parnassia ggz instelling

⁵ Erasmus Universiteit Rotterdam

j.nieuwenhuis@ggnet.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Achtergrond

De klinische praktijk laat zien dat een late herkenning van een Intellectuele Beperking kan leiden tot inadequate medische behandeling en een onjuiste interpersoonlijke aanpak. Landelijke cijfers laten significant meer kans op separatie zien bij patiënten met een IQ 50-70 (1). Onderzoek onder mensen met een verstandelijke beperking laat zien dat het risico op een psychiatrische stoornis 3-4 maal hoger is dan in de algemene bevolking (2).

Doel

Dit onderzoek richt zich op het identificeren van een verstandelijke beperking bij patiënten opgenomen in de algemene psychiatrie.

Methoden

In een tijdsvlak van 12 maanden werden alle patiënten die langer dan 6 dagen waren opgenomen op twee acute opname-afdelingen van een GGZ instelling met de Screener voor Intelligentie en Leerstoornissen (SCIL) onderzocht. Bij een SCIL bestaat een vermoeden op Milde of Borderline Intellectuele Beperking (MBID: mild IQ 50-72; borderline IQ 72-85) indien de score 19 of lager is. Agressie incidenten werden vastgesteld met SOAS-r (3) bevestigd aan de hand van dossier aantekeningen.

Resultaten

Er werden 314 patiënten langer dan 6 dagen opgenomen, waarvan er 208 (66,2 %) werden gescreend. Bij 43,7% was de score op de SCIL onder de afkapwaarde en bestond een sterk vermoeden van MBID. Bij 34,7% van de patiënten met een SCIL onder de afkapwaarde werden agressie incidenten vastgesteld, 2,9 maal meer dan in patiënten zonder lage score op de SCIL (OR=2.9, chi square=5.54, p=0.017).

Conclusie

Een korte screening op het cognitieve functioneren op een acute opname afdeling van een GGZ instelling levert op dat een grote groep patiënten in deze acute fase forse cognitieve tekorten laten zien. Mogelijk is er sprake van niet onderkende MBID. Een andere hypothese is dat cognitieve tekorten het gevolg zijn van de psychiatrische stoornis of het gebruik van medicatie of middelen. Dit neemt niet weg dat de klinische betekenis vergelijkbaar kan zijn: het aanpassen van de zorg op het cognitieve niveau van de patiënt. In de presentatie wordt ingegaan op de klinische implicaties van de bevindingen van deze studie.

Literatuurverwijzing

(1) Noorthoorn EO, Lepping P, Janssen WA, Hoogendoorn A, Nijman HLI Widdershoven GAM, Steinert T. One-year incidence and prevalence of seclusion: Dutch findings in an international perspective Psychiatry Psychiatr

Epidemiol DOI 10.1007/s00127-015-1094-2 (2) Vera A. Morgan, Helen Leonard, Jenny Bourke, Assen Jablensky. Intellectual disability co-occurring with schizophrenia and other psychiatric illness: population-based study *The British Journal of Psychiatry* Oct 2008, 193 (5) 364-372; (3) Nijman HLI, Muris P, Merkelbach HLGJ, Palmstierna T, Wistedt B, Vos AM, van Rixter A, Allertz W. The staff observation aggression scale–revised (SOAS-R). *Aggressive Behavior*. 1999 vol 25, 3, 197-209.

P54 Impulsieve agressie in misofonie: resultaten van een functionele MRI-studie

Drs. Arjan Schroder^{PH1} / Nadine Eijssker² / Drs. Renée San Giorgi² / Dr. Guido van Wingen^{2,3} / Collin Turbyne² / Dr. Nienke Vulink² / Prof. dr. Damiaan Denys^{2,4}

¹ Academisch Medisch Centrum, afdeling Psychiatrie

² Academisch Medisch Centrum, afdeling psychiatrie

³ Academisch Medisch Centrum, Brain Imaging Center

⁴ Netherlands Institute of Neuroscience

a.e.schroder@amc.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Achtergrond

Misofonie is een pas recent beschreven psychiatrische aandoening, waarin specifieke geluiden intense woede en walging uitlokken¹. Wanneer misofoniepatiënten geconfronteerd worden met geluiden van andere mensen, zoals smakken en ademen, voelen zij irritatie en woede en proberen ze dit op allerlei manieren te vermijden. Voornamelijk is er weinig bekend over de onderliggende neurobiologische mechanismen van misofonie.

Doel

In een eerdere EEG-studie vonden we bij misofoniepatiënten afwijkingen in de automatische auditieve verwerking². In de huidige studie onderzochten we welke hersengebieden betrokken zijn bij de symptomatologie. Hiervoor werden patiënten in de fMRI blootgesteld aan audiovisuele misofonie-stimuli om misofonie-symptomen uit te lokken.

Methoden

Deelnemers waren 20 misofonie patiënten (16 vrouwen, leeftijd variërend van 18 tot 47 jaar, gemiddeld 32.9 jaar, SD 4.2) en 19 gezonde controles (13 vrouwen, leeftijd 18 tot 51 jaar, gemiddeld 30.5 jaar, SD 4.0), gematched op leeftijd en opleidingsniveau. Deelnemers werden blootgesteld aan drie verschillende condities: misofonie-gerelateerde filmpjes (bv. videoclips met smakken of luid ademen), algemene aversieve (gewelddadige of walgelijke clips uit films) en neutrale filmpjes. Groep x conditie interacties werden getest met correctie voor meerdere vergelijkingen over het gehele brein ($p < 0.05$) en vooraf bepaalde Regions of Interest: amygdala, insula, anterieure cingulate cortex (ACC), orbitofrontale cortex (OFC) en superieure temporale cortex (STC).

Om eventuele fysiologische veranderingen te meten, werd tijdens de symptoomprovocatie een ECG afgenomen. Verder vulden deelnemers Visual Analogue Scales (VAS) en Profile of Mood States-Short Form (POMS-SF) in voor en na de MRI, om eventuele veranderingen in de gemoedstoestand te bepalen.

Resultaten

Bij misofoniepatiënten was er meer neurale activiteit te zien dan bij controles, tijdens de misofoniefilmpjes vergeleken met de neutrale filmpjes, in de insula, rechter ACC, rechter STC, hypothalamus en OFC.

Bij patiënten was de hartslag meer versneld dan bij de controles, tijdens de misofonieconditie vergeleken met de neutrale conditie.

Patiënten hadden hogere VAS-scores voor woede, verdriet and walging en lagere scores voor blijheid tijdens de misofonieconditie. Ook hadden patiënten meer negatieve emoties op de POMS-SF na afloop van de MRI.

Conclusie

Dit is wereldwijd de eerste studie waarin misofonie in een fMRI-studie is onderzocht. De meetlijsten en fysiologische data duiden erop dat misofoniefilmpjes en niet de andere aversieve filmpjes zorgen voor toegenomen arousal bij patiënten met misofonie vergeleken met controles, wat gerelateerd lijkt aan toegenomen neurale activiteit in hersengebieden die betrokken zijn bij geluid- en emotieverwerking. Een mogelijke verklaring van deze resultaten is dat hypervigilantie ten aanzien van misofoniegeluiden een rol speelt in de symptomen van misofonie.

Literatuurverwijzing

1 Schröder A., Vulink N. Denys D., 2013. Misophonia : diagnostic criteria for a new psychiatric disorder. PLoS ONE, 8(1).

2 Schröder A., van Diepen R., Mazaheri A., Petropoulos-Petalas D., Soto de Amesti V., Vulink N., Denys D., 2014. Diminished n1 auditory evoked potentials to oddball stimuli in misophonia patients. Front Behav Neurosci, 8, 123

P55 Routine Process Monitoring, systematische feedback van de patiënt in de basis- en specialistische ggz

Drs. Bram Bovendeerd_{PH}^{1,2,3}

¹ Dimence-Groep

² Rijks Universiteit Groningen (RUG)

³ Postmaster PsychologieOpleidingen (PPO)

b.bovendeerd@dimence.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Achtergrond

Routine Process Monitoring (RPM) is een in de USA erkende methode die in Nederland op kleine schaal wordt toegepast in de klinisch praktijk. RPM bestaat uit het door een cliënt laten invullen van de Session Rating Scale (SRS) en de Outcome Rating Scale (ORS). De uitkomsten hiervan worden direct in de behandelsessie besproken. Beoogd effect hiervan is om de behandeling zo veel mogelijk op maat te laten zijn en de werkrelatie te optimaliseren, monitoren en zo nodig bij te sturen. Deze methode is in Nederland nog niet systematisch onderzocht. Dit (promotie)onderzoek is in samenwerking met de Dimence-groep, de Rijksuniversiteit Groningen (RUG) en Postmaster Psychologieopleidingen (PPO) te Groningen.

Doel

Doel van dit onderzoek is om helder te krijgen of toevoeging van RPM bij behandelingen in de basis- en de specialistische GGZ in Nederland een positief effect heeft op de behandeluitkomst. Meer concreet is het een kwantitatief observationeel onderzoek naar het effect van Routine Process Monitoring op het behandelresultaat wat betreft cliënttevredenheid, drop-out, effectiviteit van behandeling en kosteneffectiviteit. Daarnaast zal er kwalitatief en kwantitatief onderzoek gedaan worden naar de eigenschappen en ervaringen van behandelaren die gewerkt hebben met Routine Process Monitoring.

Methoden

Het effect van Routine Process Monitoring (RPM) zal zowel worden getest bij afdelingen van de basisGGZ (onderzoek 1) en de specialistische GGZ (onderzoek 2) van de Dimence-groep. De afhankelijke variabelen Outcome Questionnaire (OQ-45) en de Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) en de CQi (Consumer Quality Index, een cliënt tevredenheidsschaal) worden bij deze afdelingen standaard verzameld in het kader van Routine Outcome Monitoring (ROM). Ook de drop-outs en de behandeluur en -kosten worden bijgehouden. Onderzoek 1: Deelnemende afdelingen binnen de basisGGZ zullen worden gerandomiseerd waarbij de helft van de afdelingen vooraf zullen worden getraind in RPM (conditie TAU-RPM) en de andere helft na afloop van het onderzoek zullen worden getraind in RPM (conditie TAU). Onderzoek 2: Bij de specialistische GGZ (SGGZ) zal RPM toegevoegd worden aan de standaardbehandeling. Hierbij zullen alle cliënten RPM krijgen, echter niet gedurende de hele behandeling.

Resultaten

De data verzameling start eind januari 2016. De hoop is dat het mogelijk gaat zijn om bij het voorjaarscongres een voorlopige analyse van de eerste data te presenteren.

Conclusie

Verwachting is dat de het onderzoek meer zicht gaat geven op de toepasbaarheid van Routine Process Monitoring in de basis- en specialistische GGZ. Wanneer RPM een nuttige interventie blijkt, leidt dat tot een verhoogd behandel effect in klachtenreductie (te meten via de OQ-45) en / of stijging van algeheel ervaren welbevinden en / of verbetering van functioneren. Hiermee zou RPM de behandeluur kunnen verkorten en

het aantal dropouts kunnen verminderen. Kosteneffectiviteit: Als een training van 125 euro aan een behandelaar (bij een training van 2500 euro aan 20 behandelaren) leidt tot een uiteindelijke vermindering van 2 behandelingsessies bij het totaal van de hierna door die behandelaar geziene aantal patiënten is de training al economisch gezien rendabel en kosten reducerend.

Literatuurverwijzing

Bovendeerd, A.M. & Groot, I.W. de (2013). Het effect van systematische feedback middels Routine Process Monitoring op de uitkomst van een kortdurende wachtlijstbehandeling in de ggz. Een RCT-pilotstudy. Tijdschrift voor Psychotherapie, 39, 157-171. Duncan, B.L., Miller, S.D. & Sparks, J.A. (2004). The heroic client: a revolutionary way to improve effectiveness through client-directed, outcome-informed therapy. San Fransico: Jossey-Bass. Frank, J.D. (1961). Persuasion & Healing: A Comparative Study of Psycho-therapy. Baltimore: The Johns Hopkins University Press. Hafkenscheid, A. (2008). Routine Process Monitoring: ervaringen uit de praktijk. Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie, 46, 327-345. Jong. K. de, Nugter, M.A., Lambert, M.J. & Burlingame (2009). Handleiding voor afname en scoring van de Outcome Questionnaire (OQ-45). [Manual for administration and scoring of the Outcome Questionnaire (OQ-45)]. Salt Lake City: OQ Measures LLC. Lambert, M. J., Morton, J.J., Hatfield, D., Harmon, C., Hamilton, S., Reid, R. C., Shimokawa, K., Christopherson, C. & Burlingame, G. M. (2004). Administration and Scoring Manual for the Outcome Questionnaire-45. Orem: AmericanProfessional Credentialing Services. Lamers, S.M.A., Westerhof, G.J., Bohlmeijer, E.T., ten Klooster, P.M., & Keyes, C.L.M. (2011). Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). Journal of Clinical Psychology, 67, 99-110. Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. American Journal of Orthopsychiatry, 6, 412-415.

P56 Het repatriëren van psychotische, onverzekerde buitenlandse patiënten: hoe dit te organiseren?

Dr. Josine van Mill_{PH}¹ / drs Anet Ferwerda¹ / drs Nikander Rühl¹ / drs Bram de Ridder¹

¹ GGZ inGeest, Amsterdam

j.mill@ggzingeest.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Achtergrond

Ook psychiatrische patiënten reizen, en in ons psychiatrische ziekenhuis worden dan ook in toenemende mate psychotische patiënten opgenomen afkomstig uit het buitenland. Sommige patiënten komen vanuit psychotische belevingen naar Nederland, anderen raken gedurende hun reis psychotisch. Complicerend is het feit dat deze patiënten soms onverzekerd zijn. Ten aanzien van de behandeling geniet repatriëring de voorkeur. Vanwege hun onverzekerde status is dit niet altijd gemakkelijk te organiseren. Als er geen repatriëring plaatsvindt, rest vaak alleen de straat, en kan van resocialisatie feitelijk geen sprake zijn.

Doel

De arts/ psychiater informeren over de regelingen/ instanties die behulpzaam kunnen zijn bij het organiseren van een medische repatriëring van een onverzekerde patiënt. Bespreken van ethische dilemma's die optreden bij dergelijke repatriëringen (is een patiënt bijvoorbeeld altijd 'beter af' in land van herkomst?). Artsen/ psychiaters bewust maken van het feit dat er creatieve oplossingen nodig zijn om dergelijke patiënten te repatriëren.

Methoden

Aan de hand van casuïstiek die wij het afgelopen jaar tegenkwamen bovenstaande problematiek illustreren. Inzicht geven in relevante regelgeving en instanties die betrokken kunnen worden. Bespreken van de ervaring die wij hebben opgedaan in het repatriëren waarbij andere instanties betrokken werden, zoals de Immigratie- en Naturalisatie Dienst (IND).

Resultaten

Geslaagde repatriëringen bij complexe problematiek (zoals onverzekerd zijn), zijn zeker mogelijk wanneer wordt samengewerkt met verschillende instanties.

Conclusie

Het is niet doelmatig een onverzekerde, psychotische patiënt uit het buitenland langere tijd klinisch te behandelen, en hem vervolgens op straat te zetten. Er moet hoge prioriteit gegeven worden aan repatriëring. Samenwerken met andere organisaties is hiervoor van cruciaal belang.

Literatuurverwijzing

van Mill J.G., van Laere I.R.A.L., Deunk J., Nauta K. Een dakloze, onverzekerde illegaal met multiple fracturen en een psychose: hoe kun je zo'n patiënt doelmatige zorg verlenen? Ned Tijdschr Geneesk. 2015;159:A9297.

P57 Wie heeft er baat bij suïcide risico inventarisatie: inspectie en zorgverzekeraar of ook psychiater en patiënt?

Maartje van Baest_H¹ / Anne Marije Gonlag_P¹ / Dr. Cees Rijnders¹ / Ricardo Teijeiro²

¹ GGz Breburg

² Elisabeth - TweeSteden Ziekenhuis

a.gonlag@ggzbreburg.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Achtergrond

Het aantal geregistreerde suïcides in Nederland blijft stijgen. Was het aantal in 1950 nog 559, in 2008 was dit 1435 en in 2012 steeg het verder door naar 1753 (CBS). Dit is een reden om preventie hoog op de agenda te houden. Adequate risico inventarisatie bij suïcidaal gedrag is hierbij essentieel. De Inspectie voor de Gezondheidszorg en de zorgverzekeraars zoeken een manier om meer controle te houden over dit onderzoek en dringen aan op het gebruik van vragenlijsten. Dit is in strijd met de Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal gedrag, welke stelt dat: "Het gebruik van meetinstrumenten, als enige vorm van informatieverzameling voor de diagnostiek van suïcidaal gedrag, ter vervanging van het klinische oordeel, niet wordt aanbevolen."

Doel

Bepalen of het gebruik van vragenlijsten ten opzichte van 'care as usual' (CAU) voor suïcide risico inventarisatie leidt tot verschillende behandelstrategieën.

Methoden

Populatie: patiënten die werden gezien door de staf van de zorgeenheid Psychiatrie in het Elisabeth - TweeSteden Ziekenhuis in Tilburg voor consultatie in huis, danwel op de Medische Psychiatische Unit, in verband met een suïcidepoging, auto-intoxicatie of psychische nood met suïcidale uitspraken. Patiënten werden uitgebreid onderzocht, gebruikmakend van een op IPEO-gebaseerde vragenlijst, die leidde tot een behandelstrategie (i.e. opname, ontslag met een afspraak bij patiënts eigen behandelaar, ontslag met verwijzing naar een behandelaar of ontslag zonder nazorg). Daarna werd dezelfde patiënt opnieuw onderzocht door een andere collega door middel van een vrij interview (CAU). De collega was vooraf niet geïnformeerd over de uitslag van het eerste onderzoek. Opnieuw werd, als uitkomst van het gesprek, een behandelstrategie bepaald. De twee behandelstrategieën werden daarna vergeleken.

Resultaten

De dataverzameling is nog gaande.

Conclusie

Er zijn aanwijzingen dat er geen significantie verschillen zijn in de bepaalde behandelstrategieën op basis van de vragenlijsten, danwel op basis van CAU.

Literatuurverwijzing

- Hermens M, van Wetten H, Sinnema H. Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit. Aanbevelingen voor zorgvuldig samenwerken in de keten. Utrecht: Trimbos-instituut, 2010 - Inspectie voor de Gezondheid; www.igz.nl - Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal gedrag, www.nvvp.net - Handboek suïcidaal gedrag, dr. C van Heeringen (red.), de Tijdstroom, 2007, Utrecht. - CBS, publicatie 8

december 2014 (<http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/bevolking/publicaties/artikelen/archief/2014/2014-4204-wm.htm>)

P58 De Emotion Recognition Task (ERT): een test om de perceptie van emotionele gezichtsuitdrukkingen te meten

dr. Barbara Montagne^{PH}¹ / prof. Roy Kessels^{2,3}

¹ GGZCentraal

² Radboud Universiteit.

³ Radboud UMC

b.montagne@ggzcentraal.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Achtergrond

Samen beter en beter samen begint bij goede samenwerking. Voor een succesvolle alledaagse sociale interactie is de waarneming van emotionele gezichtsuitdrukkingen erg belangrijk. Deze vaardigheid stelt ons in staat om gevoelens van anderen af te lezen en onze interpersoonlijke communicatie hierop aan te passen. Eerder onderzoek heeft het bestaan van zes basisemoties aangetoond die universeel, in verschillende culturen onderscheiden kunnen worden: woede, verdriet, walging, verbazing, blijdschap en angst (Ekman, 1992). Dat niet iedereen even goed is in het waarnemen van deze basis emoties bij anderen is reeds in vele onderzoeken bij diverse patiëntengroepen aangetoond.

Doel

De brug tussen deze wetenschappelijke onderzoeken bij groepen en de klinische praktijk van het individu was nog niet geslagen en vroeg om een bruikbare taak die gevalideerd is in diverse patiëntengroepen. Het meten van sociale cognitie in de klinische praktijk staat de laatste jaren sterk in de belangstelling. Voor het meten van emotieperceptie wordt vaak de Ekman 60 Faces Test gebruikt die onderdeel uitmaakt van de FEEST (Young, Perrett, Cabler, Sprengelmeyer & Ekman, 2002). In deze test worden 60 zwart-witfoto's getoond van gezichten met een duidelijke emotionele gezichtsuitdrukking voor alle zes basisemoties, zowel mannen als vrouwen. Deze test kent echter een aantal beperkingen. Zo worden enkel uitgesproken emotionele expressies getoond, waardoor de test mogelijk minder sensitief is. Ook betreft het statische gezichten, waar in het dagelijks leven emotionele uitdrukkingen meestal dynamisch zijn (een gezicht vertrekt van neutraal naar boos). Vanwege deze tekortkomingen is de Emotion Recognition Task (ERT) ontwikkeld.

Methoden

De ERT is een computertest waarin zogenaamde morphs worden aangeboden, korte videofragmenten waarin een neutrale gezichtsuitdrukking langzaam verandert in een emotionele expressie. De intensiteit van de gepresenteerde expressies neemt in blokken toe. Aan het begin van de test zijn de emoties derhalve moeilijker te herkennen (bijvoorbeeld omdat een neutraal gezicht verandert naar een boos gezicht met een intensiteit van 40%) dan aan het einde (wanneer een neutraal gezicht verandert in een blij gezicht met een intensiteit van 100%). Na iedere aanbieding moet de patiënt of proefpersoon uit de zes basisemoties kiezen welke emotie het beste past bij de getoonde uitdrukking, waarbij er geen sprake is van een tijdslimiet (Montagne et al., 2007a). De respons kan gegeven worden met de muis of middels een aanraakscherm. Wanneer hier problemen optreden (bijvoorbeeld bij jonge kinderen of ouderen), kan de proefleider op verbale aanwijzing van de onderzochte de labels aanklikken. De gezichtenstimuli en morphs zijn ontwikkeld en gevalideerd door het lab van Prof. David Perrett van de Universiteit van St. Andrews in Schotland voor gebruik in onderzoek naar emotieperceptie (zie Frigerio et al., 2002, voor een gedetailleerde beschrijving van de stimuli). In de uiteindelijke versie van de ERT zijn uitdrukkingen van alle zes de basisemoties opgenomen, uitgebeeld door 2 blanke mannen en 2 blanke vrouwen met vier verschillende intensiteiten: 0-40%, 0-60%, 0-80%, en 0-100%. De selectie van deze vier intensiteiten is tot stand gekomen op basis van onderzoek met negen intensiteiten

(toename in stappen van 10% vanaf 20%), waarbij de prestatie op de overige intensiteiten (20, 30, 50, 70, 90) weinig toegevoegde waarde had, maar wel de afnameduur erg lang maakte voor gebruik in patiënten met cognitieve stoornissen. Met vier intensiteiten bedraagt de totale afnameduur nu ongeveer tien minuten.

Resultaten

De ERT is bij veel verschillende neurologische en psychiatrische patiëntgroepen onderzocht (oa schizofrenie, OCD, PTSS, en Huntington; resp Scholten et al., 2005, Montagne et al., 2008, Poljac et al., 2011, Montagne et al., 2006). In de meeste studies is gecontroleerd voor stemmingsstoornissen en niet-emotionele gezichtsherkenning (bijvoorbeeld met de Benton Test of Facial Perception). De ERT is genormeerd in een groep van 373 gezonde vrijwilligers (186 mannen). Een groep van 163 kinderen in de leeftijd van 8-17 jaar werd geworven via twee basisscholen en één middelbare school en van middelbare scholen uit de regio Dublin in Ierland.

Conclusie

De ERT is een gemakkelijk af te nemen computertest om de waarneming van emotionele gezichtsexpressies te onderzoeken. Normwaarden voor gebruik in de klinische praktijk zijn beschikbaar, gebaseerd op een grote sample, en de test is gevalideerd in diverse patiëntgroepen. De ERT laat voor de emotie blijdschap niet het plafondeffecten zien dat bij de Ekman 60 Faces Test aanwezig is. Interpretatie van de uitkomsten van de ERT (of welke andere emotieherkenningstaak dan ook) in de klinische praktijk dienen uiteraard altijd gerelateerd te worden aan andere eventueel aanwezige stoornissen.

Literatuurverwijzing

Ekman, P. (1992). An argument for basic emotions. *Cognition and Emotion*, 6, 169-200. Frigerio, E., Burt, D.M., Montagne, B., Murray, L.K., & Perrett, D.I. (2002). Facial affect perception in alcoholics. *Psychiatry Research*, 113, 161-711. Montagne, B., Kessels, R.P.C., Kammers, M.P.M., Kingma, E., De Haan, E.H.F., Roos, R.A.C., & Middelkoop, H.A.M. (2006). Perception of emotional facial expressions at different intensities in early-symptomatic Huntington's Disease. *European Neurology*, 55, 151-154. Montagne, B., Kessels, R.P.C., De Haan, E.H.F., & Perrett, D.I. (2007). The Emotion Recognition Task: A paradigm to study the perception of facial emotional expressions at different intensities. *Perceptual and Motor Skills*, 104, 589-598. Montagne, B., De Geus, F., Kessels, R.P.C., Denys, D., De Haan, E.H.F., & Westenberg, H.G.M. (2008). Recognition of facial expressions in obsessive-compulsive disorder: A dimensional approach. *European Psychiatry*, 23, 26-28. Poljac, E., Montagne, B., & De Haan, E.H.F. (2011). Reduced recognition of fear and sadness in post-traumatic stress disorder. *Cortex*, 47, 974-980. Scholten, M.R., Aleman, A., Montagne, B., & Kahn, R.S. (2005). Schizophrenia and processing of facial emotions: sex matters. *Schizophrenia Research*, 78, 61-67. Young, A., Perrett, D., Cabler, A., Sprengelmeyer, R., & Ekman, P. (2002). *Facial expressions of emotion: Stimuli and tests (FEEST)*. St. Edmunds, UK: Thames Valley Test Company.

P59 Handvatten die werken. Een gestructureerde aanpak om de gemiddelde behandelduur van de terbeschikkingstelling terug te brengen naar vijf jaar

Dr. Aart Goosensen^{PH1} / Prof. dr. Karel Oei²

¹ FPC Oldenkotte, Rekken

² Tilburg University, Tilburg

aart.goosensen@gmail.com

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Achtergrond

Het aantal opleggingen van de terbeschikkingstelling lag tien jaar geleden ruim boven de 200 per jaar, nu onder de 100. Het gebrek aan vertrouwen in de sector TBS en de toename van de behandelduur worden vaak genoemd als belangrijke redenen voor de terugloop van het aantal opleggingen. Op basis van de snelle daling van het aantal opleggingen in combinatie met het toegenomen aantal weigerende observandi is de veronderstelling gebaseerd dat er een categorie gestraften in de gevangenis verblijft, die op dit moment en later onvoldoende voorbereid, onbehandeld en met een te hoog recidiverisico in de samenleving terugkeert.

Doel

De doelstelling van het onderzoek is de sector TBS handvatten te verschaffen om de terbeschikkingstelling te optimaliseren, hetgeen kan leiden tot een proportionele behandelduur en een geloofwaardige terbeschikkingstelling.

Methoden

Binnen het kader van de gevalstudie kent het onderzoek in FPC Oldenkotte aspecten van longitudinaal onderzoek om de effecten van beleidsinterventies na te gaan. De metingen in het onderzoek aan het primair proces zijn kwantitatief, veelal op rationiveau als het gaat om bijvoorbeeld behandelduur of onttrekkingen maar ook wel ordinaal in het geval van risicofactoren. Om na te gaan hoe de behandelduur en de geloofwaardigheid te kunnen beïnvloeden is eerst een model ontwikkeld dat de complexe werkelijkheid van de behandeling in een forensisch psychiatrisch centrum en de rechtsgang op een behapbare manier weergeeft. Binnen dit raamwerk zijn de resultaten op basis van de praktijk in FPC Oldenkotte op micro-, meso- en macroniveau in kaart gebracht. Waar mogelijk zijn de resultaten van FPC Oldenkotte geconfronteerd met die van de sector TBS.

Resultaten

Een aantal interventies hebben ertoe geleid dat de behandelduur teruggebracht is tot zes jaar. Niet alle interventies hebben vanwege de recente sluiting van FPC Oldenkotte de tijd gehad volledig door te werken in de behandelduur. Maar ook is het beleid niet altijd even duidelijk gehandhaafd. De deelresultaten die bijgedragen hebben aan het eindresultaat liggen onder andere op het vlak van het terugdringen van het separeren, de terugval naar een meer beveiligde afdeling, het aantal onttrekkingen, de periode zonder machtiging en de duur van de fase met transmuraal verlof. Inzichten die het onderzoek opgeleverd hebben laten onder andere zien dat de maatregelen van de Minister om het aantal onttrekkingen terug te brengen niet bij elk type patiënt werken, het werken met een 'nihilistisch' behandelplan dat slechts een paar doelen kent (te halen uit een vaste lijst, FPC Oldenkotte gebruikt hiervoor de dynamische risicofactoren van de HKT-30) waaraan minstens één module gekoppeld wordt, duidelijk maakt dat kennisuitwisseling (onder andere over risicoprofielen, welke module werkt bij welk doel) noodzakelijk is en het mogelijk is een niet vrijblijvende prognose van het verloop van de terbeschikkingstelling af te geven.

Conclusie

De versnelling van de daling van de gemiddelde behandelduur van FPC Oldenkotte onderscheidt zich sterk van de ontwikkeling in de sector TBS. De conclusie is daarom is dat de 'handvatten' de behandelaren in staat stellen in samenwerking met de patiënten de gemiddelde behandelduur met een paar jaar terug te brengen. Tevens bieden de 'handvatten' de mogelijkheid voor de behandelaren vraagtekens te plaatsen bij hun keuzes voor bepaalde interventies en vervolgens gezamenlijk kennis te ontwikkelen. Naast richting biedt de prognose (samen met het gerealiseerde deel vast te leggen in de zogenaamde trajectkaart; best-practice: ISt 2009, Taskforce TBS behandelduur 2015) transparantie voor alle bij de terbeschikkingstelling betrokken disciplines. De prognose van de gemiddelde behandelduur is 4,5 jaar en kan, mits dezelfde transparantie tijdens het verloop van de terbeschikkingstelling gehandhaafd wordt, gebruikt worden als een 'marketinginstrument'.

Literatuurverwijzing

E.F.J.M. Brand, J.L. van Emmerik, B.C.M. Raes, 'TBS: van de nood een deugd maken', *Sancties* 2009, p. 38 – 47. Hans de Bruijn, 'Managers en Professionals. Over management als probleem en als oplossing', Den Haag: Sdu Uitgevers 2008. J. Gerards, 'Proportionaliteit en gelijke behandeling' in: A.J. Nieuwenhuis, B.J. Schueler & C.M. Zoethout (red.), *Proportionaliteit in het publiekrecht*, Deventer: Kluwer 2005, p. 79 – 110. M. Hildebrand, M. Spreen, H.J.M. Schönberger, F. Augustinus & B.L. Hesper, *Onttrekkingen tijdens verlof, ontvluchtingen en recidives tijdens de tbs-behandeling in de jaren 2000-2005*, Utrecht: EFP 2006. E.J. Hofstee, *TBS*, Deventer: Kluwer 2003. J. de Hullu, 'De strafmotivering', in: G. Knigge (red), *Leerstukken van strafprocesrecht*, Deventer: Gouda Quint 2001. J. de Hullu, *Materieel strafrecht, vijfde druk*, Deventer: Kluwer 2012. J.W. Hummelen, *Over grenzen en open vensters, Oratie*, Groningen, 2011. E. de Jonge, H.L.I. Nijman & S.M.M. Lammers, 'Gedragsveranderingen tijdens tbs-behandeling: een multicenteronderzoek', *Tijdschrift voor Psychiatrie* 51 (2009) 4, p. 205 – 215. C. Kelk, *Studieboek materieel strafrecht*, Arnhem: Gouda Quint 1998. T. Kooijmans, *Op maat geregeld?* (diss. Rotterdam), Deventer: Kluwer 2002. T. Kooijmans, *Dat is mijn zaak!*, Tilburg: Tilburg University 2011. T. Kooijmans & G. Meynen, 'De hybride structuur van de rapportage pro Justitia: over toerekeningsvatbaarheid en risico', *Delikt en Delinkwent* (13) 2012, p. 477 – 489. J. Kuyvenhoven & H.J.C. van Marle, 'Een hernieuwde evaluatie van de Terbeschikkingstelling', *Pedagogiek* 26e jaargang . 3 . 2006 . p. 262 – 273. G. Meynen, 'De vrije wil in de forensische psychiatrie', *Tijdschrift voor Psychiatrie* 51(2009)12, 873-881. M.H. Nagtegaal, R.P. van der Horst, H.J.M. Schönberger, *Inzicht in de verblijfsduur van tbs-gestelden*, WODC, 290 onderzoek en beleid, Meppel: Boom Juridische uitgevers 2011. B. Tiemens, M. Reijs, M. van Sonsbeek & G. Hutschemaekers, 'Het doel heiligt het middel. Een hulpmiddel bij het stellen van evalueerbare behandeldoelen', *10 MGv* 65 2010, p. 785 – 797. K. de Vries, M. Spreen, 'De HKT-30 als instrument voor beslismomenten binnen een tbs-behandeling', *Tijdschrift voor Psychiatrie* 54 (2012) 5, p. 429 – 438. M.J.F. van der Wolf, *TBS - Veroordeeld tot vooroordeel*, Proefschrift Rotterdam, Oisterwijk: WLP 2012.

P60 Shared Decision Making (SDM) in de GGZ: resultaten van een focusgroep onderzoek

PhD Sumayah Rodenburg - Vandenbussche_{PH}¹

¹ Leids Universitair Medisch Centrum

S.Rodenburg-Vandenbussche@lumc.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Achtergrond

Shared Decision Making (SDM) is het proces waarbij behandelaars en patiënten samenwerken om een behandelbeslissing te nemen, rekening houdend met zowel Evidence Based Medicine als patiëntvoorkeuren. SDM is steeds belangrijker in de huidige zorg en onderdeel van Good Clinical Practice. Het belang van SDM wordt ook in de psychiatrie erkent, echter onderzoek, met name in de specialistische GGZ, is summier.

Doel

Deze studie onderzoekt SDM in de klinische praktijk en samenhangende factoren bij de behandeling van depressie en angst in de tweede(-derde) lijn.

Methoden

Data werden verzameld via vijf verschillende focusgroepen met professionals (psychiaters, psychologen/psychotherapeuten) betrokken bij de behandeling van stemming- en angststoornissen in de specialistische GGZ en drie focusgroepen met patiënten met een stemming en/of angststoornis. Focusgroep-interviews werden opgenomen op audiotape, getranscribeerd en geanalyseerd volgens een Framework Approach.

Resultaten

Volgens behandelaars houdt SDM in dat de behandelaar gedegen informatie en behandeladvies geeft, zodat de patiënt kan beslissen. Voor patiënten is SDM, samen met de behandelaar de beste behandeling kiezen. De meeste patiënten vinden wel dat ze een keuze krijgen, maar voelen zich soms onder druk gezet door hun behandelaar. Daarnaast vinden ze het moeilijk deze beslissingen te nemen en achten de professionals hen hier vaak niet toe in staat. Barrières t.a.v. SDM hebben te maken met de ziekte (diagnose, ernst), onvoldoende kennis van de patiënt over de behandelopties en de arts-patiënt relatie. Betere (gepersonaliseerde) informatie, extra tijd en psycho-educatie kunnen de keuzes en daarmee SDM verbeteren.

Conclusie

Verschillende barrières samenhangend met de ziekte, kennis over behandelingen en de arts-patiënt relatie, bemoeilijken SDM in de specialistische GGZ. Daarbij worden verschillende eigen definities van SDM gehanteerd. Aanpak van de genoemde factoren en educatie over SDM kunnen de besluitvorming en SDM in de praktijk verbeteren.

Literatuurverwijzing

n.v.t.

P61 Voorkeuren, Behandelkeuzes en Shared Decision Making bij de behandeling van Stemmings- en Angststoornissen

PhD Sumayah Rodenburg - Vandenbussche_{PH}¹

¹ Leids Universitair Medisch Centrum

S.Rodenburg-Vandenbussche@lumc.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Achtergrond

De laatste jaren komt er vanuit de medische wereld steeds meer een accent te liggen op patiëntbetrokkenheid bij behandelbeslissingen. Daarnaast groeit in het kader hiervan de interesse in behandelvoorkeuren van patiënten. Patiënten willen actiever betrokken worden bij medische beslissingen. Door middel van gedeelde besluitvorming, oftewel Shared Decision Making (SDM), kan dat. Ook in de psychiatrie lijkt een belangrijke rol weggelegd voor deze manier van besluitvorming. Echter in de GGZ heeft onderzoek naar SDM nog een duidelijke achterstand ten aanzien van andere disciplines in de zorg.

Doel

Het doel van dit exploratieve onderzoek was het meten van behandelvoorkeuren- en keuzes van zowel patiënten als behandelaren, het meten van SDM in de klinische praktijk en het bepalen van factoren die hiermee samenhangen bij de behandeling van stemmings- en angststoornissen in de specialistische GGZ.

Methoden

Met behulp van twee aparte vragenlijsten werden bij patiënten en behandelaren verschillende aspecten van het besluitvormingsproces gemeten en hun associaties bepaald. Hiertoe werd gebruik gemaakt van zelf ontwikkelde items en bestaande schalen (SDM-Q-9, Control Preference Scale, Choice Predisposition & Decision Scale, Decision-making Participating Self- efficacy Scale, Health Literacy screeningtest, Wake Forest PhysicianTrust Scale, Decisional Conflict Scale).

Resultaten

Baseline karakteristieken van patiënten/behandelaars en uitkomsten van de verschillende vragenlijsten zullen met elkaar vergeleken worden. Frequenties, distributies, mediaan en betrouwbaarheidsintervallen worden berekend om behandelvoorkeuren, behandelkeuzes, SDM in de praktijk en hun determinanten te bepalen. Resultaten van de analyses volgen t.z.t.

Conclusie

Er zijn verschillende factoren die de voorkeur en keuze voor een specifieke behandeling beïnvloeden. Kennis van deze factoren en de specifieke behandelvoorkeuren –en keuzes kan de (gedeelde) besluitvorming in de praktijk ondersteunen en daarmee de zorg verbeteren.

Literatuurverwijzing

n.v.t.

P62 Subtypes van depressie bij ouderen

MD Eveline Veltman¹_{PH}

¹ Leids Universitair Medisch Centrum

e.m.veltman@lumc.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Achtergrond

Een containerbegrip als 'depressieve stoornis' heeft het onderzoek naar onderliggende pathofysiologische mechanismes, genetische profielen en behandel-effecten belemmerd. Nadere empirische subtypering van depressie is daarom van groot belang, bijvoorbeeld m.b.v. een data-driven methode zoals latente-klassenanalyses.

Doel

Subtypering van depressie bij ouderen m.b.v. latente-klassenanalyse en verder karakterisering van de gevonden klassen wat betreft verschillende demografische, psychosociale, klinische en fysieke parameters.

Methoden

Middels latente-klassenanalyse wordt een cohort van 394 ouderen met een depressieve stoornis uit de Nederlandse Studie naar Depressie bij Ouderen (NESDO) ingedeeld in een door het computermodel bepaald aantal klassen, waarbij gebruik wordt gemaakt van tien CIDI-items. De klassen worden daarna vergeleken met betrekking tot sociodemografische, psychosociale, klinische en fysieke parameters.

Resultaten

Er worden drie klassen van depressie bij ouderen geïdentificeerd, namelijk een 'atypische' (15.0%), een 'melancholische' (38.4%) en een 'matig ernstige' (46.5%) klasse. De atypische klasse wordt gekenmerkt door een verhoogde eetlust en gewicht, en de melancholische klasse door een verlaagde eetlust en het laagste gewicht van alledrie de klassen. De atypische klasse heeft verder de hoogste prevalentie van vrouwen en de laagste gemiddelde leeftijd. De aanwezigheid van vasculaire ziekten is het laagste in de melancholische klasse. Body mass index en de prevalentie van metabool syndroom zijn het hoogste in de atypische klasse en het laagste in de melancholische klasse.

Conclusie

Bij ouderen zijn met behulp van latente-klassenanalyse drie subtypen van depressie te onderscheiden, welke met name verschillen in metabole parameters, zoals eetlust en body mass index. In hoeverre dit duidt op verschillende pathofysiologische mechanismen dient nader onderzocht te worden.

Literatuurverwijzing

1. Lamers, F. e.a. (2010). Identifying depressive subtypes in a large cohort study: results from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *Journal of Clinical Psychiatry*, 71, 1582-9. 2. Veltman, E.M. e.a. (in progress). Identification of symptom profiles among depressed older persons, using Latent Class Analysis.

P63 Risicofactoren voor no-show bij forensische patiënten met ADHD

MSc Jenny Houtepen_{PH}^{1,2} / MSc Tessa Stoel¹ / Dr. Jelle Sijtsema^{1,2} / Dr. Rosalind van der Lem¹ / Prof. Stefan Bogaerts^{1,2}

¹ Fivoor(FPC de Kijvelanden/Dok/Aventurijn/Palier/FPC Gent)

² Tilburg University

j.a.b.m.houtepen@uvt.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Achtergrond

Het regelmatig niet komen opdagen op behandelafspraken (i.e., 'no-show'), komt veel voor bij patiënten in de geestelijke gezondheidszorg (1). No-show zorgt voor slechtere behandeluitkomsten voor de patiënt zelf, en leidt daarnaast tot verspilling van tijd van professionals (2). Eerder onderzoek naar risicofactoren voor no-show heeft zich vooral gericht op patiënten binnen de reguliere GGZ, waardoor er weinig bekend is over factoren die geassocieerd zijn met no-show bij patiënten binnen de forensische psychiatrie. Dit gebrek aan kennis is opvallend, omdat zorg binnen het forensische kader niet enkel gericht is op het verbeteren van de mentale gezondheid van de patiënt, maar ook als doel heeft de maatschappij te beschermen door de kans op delict gedrag bij patiënten te verlagen. Bekende risicofactoren voor no-show, zoals de aanwezigheid van een cluster B persoonlijkheidsstoornis, een lage motivatie, en een geschiedenis van middelenmisbruik (1) komen daarnaast vaak voor in de forensische populatie. Patiënten met een aandachtstekortstoornis (ADHD) lijken binnen dit kader een verhoogd risico op no-show te hebben (3). Zij hebben niet alleen veel co-morbiditeit met eerder genoemde risicofactoren, maar hebben daarnaast stoornis-specifieke kenmerken, zoals aandachtsproblemen, impulsiviteit, en neurocognitieve problematiek zoals gebrekkige responsinhibitie en afwijkingen in het beloningssysteem, die het volgen van een behandeling bemoeilijken. Binnen de zorglijn ADHD en aanverwante stoornissen van de forensische poli- en dagkliniek 'het Dok' proberen we in kaart te brengen welke klinische en sociale factoren samenhangen met no-show bij patiënten met ADHD. Daarnaast onderzoeken we de rol van het sociale netwerk bij no-show en in hoeverre het sociale netwerk kan worden ingezet om no-show tijdens de behandeling te verlagen.

Doel

Het onderzoek wordt uitgevoerd bij patiënten met ADHD die gedwongen of vrijwillig een behandeling volgen bij de forensische poli- en dagkliniek het Dok. Het doel van dit onderzoek is om meer inzicht te krijgen in klinische factoren die geassocieerd zijn met no-show bij deze patiëntengroep, zodat de continuïteit van de behandeling in de toekomst kan worden verbeterd.

Methoden

Studie 1: stoornis-specifieke symptomen van ADHD en co-morbide DSM-problematiek zijn door middel van de Adult Self-Report (ASR: (4)) en de Addiction Severity Index (ASI: (5)) gemeten bij 60 patiënten met ADHD (gemiddelde leeftijd = 35.8, SD = 8.6). Informatie over no-show en aanvullende patiëntgegevens zijn opgevraagd uit Elektronische Patiëntendossiers. Studie 2: neurocognitieve problemen (responsinhibitieproblemen en afwijkingen in het beloningssysteem) worden gemeten bij 100 patiënten met ADHD, door middel van 3 computertaken: een Go/NoGo taak (6), een Temporal Discounting Taak (7), en een Balloon Analogue Risk Task (8). Het sociale netwerk van de patiënt en kenmerken van het sociale netwerk worden in kaart gebracht met een verkorte lijst gebaseerd op de Forensische Sociale Netwerk Analyse (FSNA: (9)). Aanvullende gegevens worden opgevraagd uit Elektronische Patiëntendossiers.

Resultaten

Studie 1: Resultaten laten zien dat patiënten gemiddeld 12.7 % van hun behandelafspraken missen. Patiënten die veel no-show (11-40%) vertonen, hebben meer ADHD-symptomen en co-morbide AS 1 problematiek, meer somatische- en gedragsproblemen en negatievere percepties van hun partnerrelatie, dan patiënten met weinig no-show (0-10%). Verder was no-show geassocieerd met regelovertredend gedrag, aanwezigheid van antisociale- en vermijdende persoonlijkheidstrekken en middelenmisbruik in de afgelopen 30 dagen. Studie 2: Op het voorjaarscongres worden de eerste resultaten van de pilot van studie 2 gepresenteerd. De verwachting is dat naarmate patiënten meer neurocognitieve problemen hebben, zij meer no-show laten zien. Daarnaast verwachten we dat patiënten met weinig steun vanuit het sociale netwerk, meer no-show laten zien dan patiënten die veel steun vanuit hun sociale netwerk ontvangen.

Conclusie

Verschillende psychosociale risicofactoren hangen samen met no-show bij forensische ADHD. In de toekomst worden de resultaten van beide studies samengevoegd om op basis van deze bevindingen een compliance interventie te ontwikkelen die no-show kan verlagen.

Literatuurverwijzing

1. Fenger, M., Mortensen, E.L., Poulsen, S., & Lau, M. (2011). No-shows, drop-outs and completers in psychotherapeutic treatment: Demographic and clinical predictors in a large sample of non-psychotic patients. *Nordic Journal of Psychiatry*, 65(3), 183-191. doi: 10.3109/08039488.2010.515687

2. Frankel, B.S., & Hovell, M. (1978). Health service appointment keeping: A behavioral view and critical review. *Behavioral Modification*, 2(4), 435-464. doi: 10.1177/0145445578240013

Woicik, K., Van der Lem, R., Sijtsema, J.J., & Bogaerts, S. No-show for treatment in forensic outpatients with ADHD. Paper resubmitted.

4. Adult-Self Report. Landelijk kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie (2011). Retrieved from: <http://www.kenniscentrumkjp.nl/>

5. Fureman, B., Parikh, G., Bragg, A., & McLellan, A. T. (1990). *Addiction severity index. A guide to training and supervising ASI interviews* (5th ed.). University of Philadelphia VAMC: Center for Studies of Addiction.

6. Littel, M., van den Berg, I., Luijten, M., van Rooij, A.J., Keemink, L., Franken, I.H.A. (2012). Error-processing and response inhibition in excessive computer game players: An ERP study. *Addiction Biology*, 17(5), 934-947. doi: 10.1111/j.1369-1600.2012.00467.x

7. Scheres, A., Lee, A., & Sumiya, M. (2008). Temporal reward discounting and ADHD: Task and symptom specific effects. *Journal of Neural Transmission*, 115(2), 221-226. doi: 10.1007/s00702-007-0813-6

8. Humphreys, K.L., & Lee, S. S. (2011). Risk taking and sensitivity to punishment in children with ADHD, ODD, ADHD+ODD, and controls. *Journal of Psychopathology & Behavioral Assessment*, 33(3), 299-307. doi: 10.1007/s10862-011-9237-6

9. Pomp, L., Spreen, M., Bogaerts, S., & Völkel, B. (2010). The role of personal social networks in risk assessment and management of forensic psychiatric patients. *The Journal of Forensic Psychology Practice*, 10(4), 267-284. doi: 10.1080/15228932.2010.481232