

Woensdag 3 april 2019 en donderdag 4 april 2019

Posterborrel

P01 Verhoogde Serum Leptine- en Insulinewaarden bij Schizofrenie en Depressie: een 'Cross-Disorder Proteomics Analysis'

MSc Nuray Çakici ^{p1}

P: Presenterende auteur / spreker

1. AMC

Achtergrond

Verschillende studies hebben afwijkingen aangetoond in serum eiwitmarkers die te maken hebben met het immuunsysteem en metabolisme bij zowel een psychotische stoornis als bij een depressieve stoornis [1-6]. Dit zou kunnen betekenen dat een psychotische en depressieve stoornis mogelijk een gedeelde pathologie hebben.

Doel

In deze studie hebben we onderzocht of er overeenkomstige afwijkende serum eiwitmarkers zijn bij schizofrenie en depressie.

Methoden

We hebben serumeiwitten onderzocht van twee multi-site case-control studies 'Genetic Risk and Outcome of Psychosis' en 'Netherlands Study of Depression and Anxiety'. Hiervoor hebben we 121 patiënten met schizofrenie en 83 gezonde controles geïnccludeerd, en 1172 patiënten met depressie en 426 controles geïnccludeerd. 109 serumeiwitten werden gemeten met behulp van een 'multi-analyte profiling platform' en geanalyseerd middels lineaire regressie modellen, waarbij gecorrigeerd werd voor plaats, leeftijd, geslacht, etniciteit, gebruik van anti-inflammatoire middelen, roken en voor 'multiple testing'.

Resultaten

Leptine- en insulinewaarden waren significant verhoogd bij zowel schizofreniepatiënten (Cohen's d: 0.26 en 0.65, respectievelijk) als bij depressiepatiënten (Cohen's d: 0.29 en 0.12, respectievelijk) in vergelijking met hun controlegroepen. Een verlaagd angiotensinogen-2 werd gezien bij beide aandoeningen. Zes eiwitmarkers waren significant afwijkend bij alleen schizofreniepatiënten (verhoogde waarden van apolipoproteïne E, chromogranine A, C peptide en prolactine, en verlaagde waarden van CD5 antigen-like en sex hormoon bindend globuline) in vergelijking met de controlegroep. Één serum eiwitmarker was alleen bij depressiepatiënten afwijkend (verhoogde angiotensinogen waarden) in vergelijking met de controlegroep. Wanneer we de analyses beperkten tot patiënten met een actuele ziekte-episode in een sensitiviteitsanalyse, zagen we een nog meer uitgesproken patroon van verhoogde leptine- en insulinewaarden bij schizofreniepatiënten (N=76; Cohen's d: 0.34 en 0.77, respectievelijk) en bij depressiepatiënten (N=926; Cohen's d: 0.35 en 0.15, respectievelijk) in vergelijking met hun controlegroepen.

Conclusie

In deze studie zagen we verhoogde leptine- en insulinewaarden bij patiënten met schizofrenie en patiënten met depressie. We vonden een nog evidentier patroon van verhoogde leptine- en insulinewaarden bij schizofrenie- en depressiepatiënten met een actuele ziekte-episode. Onze bevindingen komen overeen met andere publicaties die leptine- en insulineresistentie theorieën ondersteunen bij beide aandoeningen. Leptine en insulineresistentie theorieën suggereren dat langdurige immunosuppressie en/of activatie van stresssystemen aanwezig zijn bij beide aandoeningen. De prevalentie van type 2 diabetes en cardiovasculaire ziekten is groter bij beide patiëntengroepen in vergelijking met de gezonde populatie, en draagt significant bij aan de verminderde levensverwachting en kosten van de gezondheidszorg. Onze bevindingen dragen mogelijk bij aan een beter begrip van de oorzaken van leptine- en insulineresistentie bij beide aandoeningen en de pathologische gevolgen hiervan, en wijzen mogelijk op overeenkomstige pathologische processen die aanwezig zijn bij beide aandoeningen.

Literatuurverwijzing

1. Cross-Disorder Group of the Psychiatric Genomics Consortium. Identification of risk loci with shared effects on five major psychiatric disorders: a genome-wide analysis. *Lancet* 2013; 381: 1371–79
2. Klaassen RM, Heins M, Luteijn LB, van der Gaag M, van Beveren NJ; Genetic Risk and Outcome of Psychosis (GROUP) investigators. Depressive symptoms are associated with (sub)clinical psychotic symptoms in patients with non-affective psychotic disorder, siblings and healthy controls. *Psychol Med.* 2013, Apr;43(4):747-56.
3. Pillinger T et al. Impaired Glucose Homeostasis in First-Episode Schizophrenia. A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*; 2017. doi:10.1001.
4. Nouwen A et al. Prevalence of Depression in Individuals With Impaired Glucose Metabolism or Undiagnosed Diabetes. *Diabetes Care* 2011; 34:752–762
5. Stubbs B et al. Are leptin levels increased among people with schizophrenia versus controls? A systematic review and comparative meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology* 63, 2016. 144–154
6. Milaneschi Y et al. Leptin Dysregulation Is Specifically Associated With Major Depression With Atypical Features: Evidence for a Mechanism Connecting Obesity and Depression. *Biological Psychiatry*, 2017; 81:807–814

P02 De invloed van persoonlijkheidskenmerken van psychiaters op het uitschrijven van geneeskundige verklaringen voor een In Bewaring Stelling

Floor Holterman ¹ / Elnathan Prinsen ²

P: Presenterende auteur / spreker

1. Ziekenhuisgroep Twente
2. Dimence

Achtergrond

Binnen de spoedeisende psychiatrie zijn het beoordelen van de aanwezigheid van een psychiatrische stoornis en het inschatten van gevaar voortkomend uit deze stoornis van essentieel belang. Indien er sprake is van een 'vermoeden van' een geestesstoornis met daaruit voortkomend gevaar, kan er een In Bewaring Stelling (IBS) uitgeschreven worden. Hiermee wordt overgegaan tot het gedwongen opnemen van een patiënt op een gesloten afdeling. Tussen de drie verzorgingsgebieden van GGZ instelling Dimence wordt waargenomen dat er verschillen zijn in het aantal uitgeschreven IBSen. Dit kan meerdere oorzaken hebben: Verschillen in de patiëntpopulaties tussen de drie regio's, cultuurverschillen tussen de drie vakgroepen van Dimence dan wel individuele verschillen tussen psychiaters onderling.

Doel

Het analyseren van het verband tussen de persoonlijkheidskenmerken van de beoordelende, onafhankelijk psychiaters en de hoeveelheid uitgeschreven geneeskundige verklaringen buiten kantoortijd ten behoeve van een In Bewaring Stelling (IBS).

Methoden

Alle psychiaters die in februari 2018 werkzaam waren bij GGZ instelling Dimence (n=90) kregen een vragenlijst toegestuurd, waarin onder andere de Neuroticism-Extraversion-Openness Five Factor Inventory (NEO-FFI) opgenomen was. Psychiaters die de afgelopen drie jaar buiten kantoortijd deel hebben genomen aan de crisis- of Intensive Home Treatment diensten van Dimence werden geïnccludeerd. Middels afname van de NEO-FFI kon onderzocht worden of het aantal buiten kantoortijd uitgeschreven IBSen samenhangt met de persoonlijkheidskenmerken van de beoordelend onafhankelijk psychiaters.

Resultaten

Er werd geen verband gevonden tussen geslacht, leeftijd, aantal jaren ervaring, werkzaamheid binnen de divisie spoedeisende GGZ, persoonlijkheidskenmerken en het aantal uitgeschreven IBSen/100.000 inwoners/500 diensturen/psychiater. Er wordt wel een negatieve correlatie gevonden tussen neuroticisme en extraversie bij de onderzochte psychiaters, een negatieve correlatie tussen neuroticisme en consciëntieusheid en een positieve correlatie tussen altruïsme en consciëntieusheid.

Conclusie

Onze studie toont aan dat er geen verband is tussen de persoonlijkheidskenmerken van de beoordelende, onafhankelijke psychiaters en de frequentie uitgeschreven geneeskundige verklaringen t.b.v. een IBS. Dit is een geruststellend gegeven, het onderzoek laat zien dat beslissingen omtrent gedwongen zorg minder subjectief zijn dan soms beweerd wordt.

Literatuurverwijzing

1. Penterman E.J.M., Smeets, J.M.L., Staak, C.P.F. van der, Özer, H, Nijman, H.L.I. (2011). Persoonlijkheidskenmerken van crisisdienstmedewerkers in de ggz. Tijdschr Psychiatr, 53(3), 145-151.
2. Penterman, E.J.M., Staak, C.P.F. van der, Nijman, H.L.I. (2014). Inschatten en rapporteren van agressie in relatie tot persoonskenmerken van crisisdienstmedewerkers. Tijdschr Psychiatr, 56(7), 448-454.

P03 De invloed van maternale gezondheid op de vroege sociale ontwikkeling van kinderen en de mediërende rol van opvoedstijlen

GEANNULEERD

P04 Zijn effort validity tests (EVT's) te moeilijk voor asielzoekers?

Drs Douwe van der Heide ^{p1}

P: Presenterende auteur / spreker

1. GGZ Centraal

Achtergrond

Om te testen of een patiënt zich tijdens een cognitieve taak voldoende inspanning getroost, kan men een EVT inzetten; een test die er moeilijk uitziet, maar die ook door patiënten met cognitieve beperkingen nog goed gedaan kan worden. Sommige niet-Westerse bevolkingsgroepen presteren echter sowieso laag op Westerse cognitieve testen. Zo zou het gemiddelde IQ, gemeten met Westerse instrumenten, in Centraal Afrika rond de 70 liggen. Zijn EVT's dan wel valide bij (Afrikaanse) asielzoekers?

Doel

We zochten antwoord op twee vragen:

1. Is een EVT in het algemeen te moeilijk voor asielzoekers?
2. Presteren Afrikaanse asielzoekers slechter op een EVT dan asielzoekers uit andere regio's?

Methoden

1. We verdeelden 72 asielzoekers in een bovenregionale psychiatrische kliniek voor asielzoekers op basis van dossieronderzoek in een groep met een belang om slecht te presteren (bijvoorbeeld, vanwege een procedure voor medisch asiel) en een groep zonder een dergelijk belang (bijvoorbeeld, vanwege een gedwongen opname) en legden ze twee EVT's voor (de MENT en de TOMM) en een reguliere cognitieve test (de Studiepad Selectietest) en vergeleken de uitkomsten.
2. We vergeleken de prestaties van 203 asielzoekers uit dezelfde kliniek op de MENT met elkaar, op basis van regio van herkomst (Voormalige Sovjetunie, Voormalig Joegoslavië, Midden-Oosten, Azië, Afrika).

Resultaten

1. 52 asielzoekers hadden er belang bij om slecht te presteren, en 20 niet. De tweede groep maakte significant minder fouten op de EVT's dan de eerste groep, maar niet op de reguliere cognitieve test.
2. Afrikaanse asielzoekers (n = 93) presteerden niet significant slechter dan de andere groepen (n = 110).

Conclusie

Het antwoord op beide onderzoeksvragen is negatief. De onderzochte groep is echter waarschijnlijk niet representatief voor asielzoekers in het algemeen. Het verdient daarbij aanbeveling om de gebruikte EVT's ook te testen in de algemene populatie in de regio's van herkomst.

Literatuurverwijzing

Lynn, R., & Vanhanen, T. (2006). IQ and Global Inequality. Augusta: Washington Summit Publishers

P05 Virtual Rehab: Virtual Reality in de behandeling van stoornissen in het gebruik van middelen bij mensen met een Lichte Verstandelijke Beperking

MD, PhD Joanne VanDerNagel ^{1,2} / PhD Randy Klaassen ²

P: Presenterende auteur / spreker

1. Tactus verslavingszorg
2. University of Twente, Dep. Human Media Interaction

Achtergrond

De behandeling van stoornissen in het gebruik van middelen (verslaving), bij mensen met een Lichte Verstandelijke Beperking (LVB) vraagt aanpassing en personalisatie van behandelprotocollen. Naast aanpassingen van complexiteit, duur, en herhaling in de protocollen, is herhaald trainen van nieuw gedrag in een veilige omgeving noodzakelijk. Virtual Reality (VR), een technologische toepassing waarbij men zich in een virtuele wereld kan begeven, kan een dergelijke veilige en gecontroleerde omgeving bieden.

Doel

Het ontwikkelen van een pilot VR applicatie om verslavingsbehandeling van mensen met een LVB te ondersteunen, gebaseerd op business-, user- en functional requirements, en het vaststellen of een dergelijke applicatie 1) craving (trek in gebruik) kan induceren en 2) het trainen van zelfcontrole technieken kan faciliteren.

Methoden

Participanten waren zeven patiënten en 5 behandelaren in een kliniek voor patiënten met verslaving en LVB. Kwalitatieve interviews en een review van behandelprotocollen werden gebruikt om business-, user- en functional requirements te formuleren. Op basis hiervan werden in een iteratief proces twee prototypes van een virtuele bar ontwikkeld, gebruik makend van de 'think aloud' methode, observatie en kwalitatieve evaluatie. Op basis van de evaluatie van de gebruikerservaring en het gebruiksgemak van het eerste prototype werd het tweede prototype ontwikkeld.

Resultaten

In de eerste pilot bleken participanten met een verslaving en LVB prima in staat om met de VR apparatuur te werken, en te interacteren met objecten in de VR wereld. Participanten bleken echter ook overweldigd en afgeleid te worden door de veelheid van VR prikkels. Daarnaast bleek ook personalisatie (het gebruik van VR stimuli die persoonlijk relevant zijn, zoals een flesje van het favoriete merk bier) essentieel voor het VR effect. Het tweede prototype bevatte daarom 1. De optie om met een eenvoudige omgeving te starten, met de mogelijkheid om complexiteit in realiteitsgehalte en interactiemogelijkheden geleidelijk op te voeren. In deze versie konden participanten niet vrij in de VR bewegen: de therapeut controleerde de navigatie. 2. De optie om stimuli te personaliseren, waarbij voor cannabis gebruikers ook een virtuele coffeeshop werd gebouwd, en favoriete middelen getoond konden worden. Participanten beoordeelden deze wijzigingen positief, en bevestigden de observaties van behandelaren dat cue exposure in de VR craving oproep, en dat activiteiten in de VR deze craving kon verminderen, en ondersteunend kon zijn bij het trainen van zelfcontrole.

Conclusie

VR biedt aantrekkelijke mogelijkheden in de behandeling van patiënten met een verslaving en LVB. Het heeft het potentieel om verbale therapieën te verrijken met praktische leermogelijkheden. Het biedt ook de mogelijkheid tot herhaald oefenen, mogelijk uiteindelijk ook zonder de aanwezigheid van een therapeut. Deze mogelijkheden kunnen belangrijke besparingen geven in het bieden van intensieve behandeling, en tegelijk de aantrekkelijkheid van deze behandeling vergroten.

Literatuurverwijzing

Van Aggelen, J. (2017). Using virtual reality to support substance use disorder treatment in people with an intellectual disability. Unpublished Msc thesis, Enschede: University of Twente. VanDerNagel, J.E.L., Kiewik, M. (2016). CGT+, Cognitieve gedragstherapeutische behandeling voor problematisch middelengebruik bij mensen met een Lichte Verstandelijke Beperking. Utrecht: Perspectief VanDerNagel, J. E. L., Westendorp, H., VanDijk, M., Kiewik, M. (2016) Minder Drank of Drugs 2.0. Deventer: Tactus.

P06 Problematisch alcoholgebruik bij mensen met een licht verstandelijke beperking.

Mevrouw Irene van der Linden ^{p1}

P: Presenterende auteur / spreker

1. Tactus Verslavingszorg

Achtergrond

Cognitieve gedragstherapie-plus (CGT+) is een behandeling van problematisch middelengebruik bij mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB), waarvan de effecten op alcoholgebruik nog onvoldoende bekend zijn.

Doel

Beoordelen van het effect van CGT+ op de ernstscore voor problematisch alcoholgebruik, alsmede de invloed van veranderingsbereidheid van deelnemers op dit effect.

Methoden

In een convenience sample (n = 18, 67% man, 39% intelligentiequotiënt (IQ) 50-70, 61% IQ 70-85) werden pre- en post interventie Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) en Substance use and misuse in Intellectual Disability-Questionnaire (SumID-Q) scores vergeleken middels een one-group t-test. Daarnaast werd de correlatie tussen pre-interventie veranderingsbereidheid en verandering van AUDIT-score berekend.

Resultaten

De gemiddelde AUDIT-score nam af van 17.5 naar 8.6 punten (n = 13, Z = -2.805; p < 0.005), het aantal dagelijkse eenheden gebruik nam af van 9 naar 2.15 (range 0 – 24) (Z = -2.524; p < 0.012). Hoge scores op veranderingsbereidheid vóór de interventie correleerden matig maar significant (r = 0.57, p = 0.05) met de afname in AUDIT-score.

Conclusie

Ondanks beperkingen in de methode en steekproefomvang lijkt CGT+ effectief bij het verminderen van alcoholgebruik bij mensen met een LVB, met name bij mensen die openstaan voor verandering.

Literatuurverwijzing

i.vanderlinden@tactus.nl

P07 Van impact factors naar échte impact: de implementatie van een multidisciplinaire leefstijl bevorderende behandeling voor mensen met EPA

MSc Jeroen Deenik ^{p1,2} / MD PhD Diederik Tenback ¹ / PhD Erwin Tak ³ / PhD Simon Rosenbaum ^{4,5} / PhD Olivier Blanson-Henkemans ⁶ / PhD Ingrid Hendriksen ⁷ / Prof. MD. PhD Peter van Harten ^{1,2}

P: Presenterende auteur / spreker

1. GGZ Centraal
2. School for Mental Health and Neuroscience, Maastricht University
3. Tak Advies en Onderzoek
4. University of New South Wales, Sydney
5. Blackdog Institute, Sydney
6. TNO
7. LivIng Active

Achtergrond

Op het Voorjaarscongres van 2014 presenteerden we de eerste objectieve beweegmeting binnen de langdurige zorg. Patiënten bleken 84% van de tijd dat zij wakker waren zittend/liggend door te brengen en er bleek meer nodig dan verbale motivering en het faciliteren van materiaal om dat te veranderen. Een confronterende en relevante bevinding, aangezien een ongezonde leefstijl een belangrijke rol speelt in de slechte lichamelijke gezondheid die grotendeels ten grondslag ligt aan de 7-20 jaar kortere levensverwachting bij mensen met EPA ten opzichte van de algemene bevolking (1-3). Het vormde het startschot voor een integrale leefstijl bevorderende behandeling (MULTI), ontwikkeld en gedragen door het multidisciplinaire team. Het werd de eerste aanpak die op de langere termijn verbeteringen wist te bereiken in fysieke gezondheid, kwaliteit van leven, psychosociaal functioneren en medicatiegebruik (4-6). Afgelopen jaren toonden tal van studies – veelal RCT's – de werkzaamheid aan van leefstijlinterventies voor zowel fysieke als geestelijke gezondheid. In de praktijk is echter weinig veranderd (7). Het verbeteren van de levensverwachting van mensen met EPA is niet langer een gebrek aan kennis, maar een gebrek aan implementatie (8). Er is een gebrek aan studies gericht op effectiviteit en implementatie in de dagelijkse praktijk. Het doel van de huidige studie is daarom het evalueren van bevorderende en belemmerende factoren bij de implementatie MULTI, op interventie- gebruikers- en organisatieniveau.

Doel

Het doel van de huidige studie is daarom het evalueren van bevorderende en belemmerende factoren bij de implementatie MULTI, op interventie- gebruikers- en organisatieniveau.

Methoden

Voor het uitvragen van bevorderende en belemmerende factoren werd gebruik gemaakt van de het Meetinstrument voor Determinanten van Innovaties. Het instrument beoordeelde determinanten (29 items) voor de implementatie van MULTI gerelateerd aan de interventie, de zorgprofessionals/patiënten en de organisatorische context met behulp van een 5-puntsschaal en open vragen. Determinanten die door $\geq 20\%$ van de deelnemers negatief werden beoordeeld (helemaal mee oneens / mee oneens) werden als belemmeringen beschouwd. Determinanten die door $\geq 80\%$ positief werden beoordeeld (eens / helemaal mee eens) werden beschouwd als bevorderende factoren. Antwoorden op open vragen werden geïnccludeerd als een thema door ≥ 2 deelnemers werd genoemd. Na exclusie van deelnemers met beperkte ervaring of kennis van MULTI (bijvoorbeeld als gevolg van nachtdiensten of ernst van de ziekte), werden 50 zorgprofessionals (online vragenlijst) en 46 patiënten (semigestructureerd interview) uitgenodigd.

Resultaten

Van de deelnemers die in aanmerking kwamen, reageerden 42 zorgprofessionals en 33 patiënten. Voorlopige bevindingen tonen aan dat deelname aan MULTI voor de meerderheid van de patiënten (60%) complex bleek te zijn, wat mogelijk samen hangt met organisatorische factoren (bijv. het gebrek aan tijd voor verpleegkundigen om zorg op maat te verbeteren). Organisatorische factoren werden enkel beoordeeld als belemmerend (bijvoorbeeld organisatorische veranderingen en financiële middelen). De implementatie werd bevorderd doordat zowel zorgprofessionals als patiënten positief waren over de interventie en hun rol daarin. De uitkomsten toonden een sterke betrokkenheid en samenwerking.

Conclusie

Dit is voor zover bekend de eerste studie die de bevorderende en belemmerende factoren van de implementatie van een leefstijlinterventie in de dagelijkse praktijk evalueerde voor mensen met EPA. In aanvulling op de positieve effecten van MULTI op zowel lichamelijke en mentale gezondheid, laat de huidige studie de haalbaarheid van een dergelijke geïntegreerde, multidisciplinaire en gestructureerde aanpak. Strategieën in de context van de organisatie zijn nodig om MULTI verder te verbeteren en toekomstbestendig te maken binnen de dagelijkse zorg.

Literatuurverwijzing

1. Piotrowski P, Gondek TM, Krolicka-Deregowska A, Misiak B, Adamowski T, Kiejna A. Causes of mortality in schizophrenia: An updated review of European studies. *Psychiatr Danub.* 2017;29(2):108-20.
2. Hjorthøj C, Sturup AE, McGrath JJ, Nordentoft M. Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry.* 2017;4(4):295-301.
3. Tanskanen A, Tiihonen J, Taipale H. Mortality in schizophrenia: 30-year nationwide follow-up study. *Acta Psychiatr Scand.* 2018.
4. Deenik J, Tenback D, Tak E, Rutters F, Hendriksen I, van Harten P. Changes in physical and psychiatric health after a multidisciplinary lifestyle enhancing treatment for inpatients with severe mental illness: the MULTI study I. *Schizophr Res.* 2018.
5. Deenik J, Tenback D, Tak E, Rutters F, Hendriksen I, van Harten P. Improved quality of life and psychosocial functioning in inpatients with severe mental illness receiving a multidisciplinary lifestyle enhancing treatment. The MULTI study II. submitted 2018-05.
6. Deenik J, Tenback D, van Driel H, Tak E, Hendriksen I, van Harten P. Less medication use in inpatients with severe mental illness receiving a multidisciplinary lifestyle enhancing treatment. The MULTI study III. submitted 2018-09.
7. Stewart R. Mental disorders and mortality: so many publications, so little change. *Acta Psychiatr Scand.* 2015;132(5):410-1.
8. Bartels SJ. Can behavioral health organizations change health behaviors? The STRIDE study and lifestyle interventions for obesity in serious mental illness. *Am J Psychiatry.* 2015;172(1):9-11.

P08 Resourcegroepen voor het faciliteren van empowerment in Flexible Assertive Community Treatment

Cathelijnn Tjaden ^{p1}

P: Presenterende auteur / spreker

1. Trimbos Instituut

Achtergrond

Resource groepen (RG) bieden mogelijk een oplossing om van de zorg en ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen (EPA) een beter samenspel te maken van de cliënt, familie, maatschappelijke hulpbronnen en professionele zorg. Een RG is een groep mensen die de cliënt zelf heeft gekozen uit diens informele (familie, vrienden, burens, etc.) en formele steunsysteem (woonbegeleiding, professionele psychiatrische hulp). Deze groep komt regelmatig samen en in de gestructureerde RG-bijeenkomsten worden de persoonlijke, zelfgekozen doelen besproken, evenals de rol die elk RG-lid kan vervullen om bij te dragen aan het behalen ervan.

Het belangrijkste kenmerk van de RG is eigenaarschap en regie van de cliënt. Hij/zij is de beoogde regisseur, bepaalt wie er in de groep komt, wat de behandeldoelen zijn en waar en wanneer de RG samenkomt. Het tweede belangrijke uitgangspunt van de methodiek is dat belangrijke naasten structureel bij de behandeling worden betrokken. Ten derde biedt de methodiek continuïteit in de zorg en ondersteuning door de flexibele samenstelling van de RG. Met de nadruk op regie en handelsmogelijkheden van de cliënt sluit de RG-methodiek aan bij hedendaagse doelstellingen rond herstelgerichte zorg en empowerment in de Nederlandse Gezondheidszorg. De methodiek heeft in Zweden veelbelovende resultaten laten zien maar is in Nederland nog niet eerder onderzocht.

Doel

Met deze studie wordt beoogd om (1) om de effectiviteit van de RG-methode vast te stellen in het faciliteren van empowerment bij patiënten met ernstige psychische aandoeningen (EPA) in Nederland; (2) om de kosteneffectiviteit van de RG-methode te onderzoeken; en (3) om de dynamiek en processen kwalitatief in kaart te brengen.

Methoden

Middels een randomized controlled trial (RCT) worden de effecten van de RG-methodiek geïntegreerd in Flexible Assertive Community Treatment (FACT) (n = 80) vergeleken met die van standaard FACT (n = 80) over een periode van 18 maanden. Op deze manier wordt onderzocht of deelname aan een resourcegroep bijdraagt aan verbeterde cliëntuitkomsten op het gebied van empowerment, kwaliteit van leven, maatschappelijke participatie en zorggebruik en de daaraan verbonden kosten, ten opzichte van reguliere FACT. Daarnaast is een kwalitatieve multiple casestudy toegevoegd om de perspectieven van patiënten, RG-leden en professionals te verzamelen aan de hand van diepte-interviews, observaties en focusgroepen.

Resultaten

De eerste resultaten worden begin 2020 verwacht.

Conclusie

Door de effectiviteitsstudie aan te vullen met een economische evaluatie en diepgaande kwalitatieve informatie vanuit verschillende perspectieven, wordt met deze studie de RG-methodiek diepgaand onderzocht als middel om de zorg voor mensen met EPA te verbeteren.

Literatuurverwijzing

Community mental health, severe mental illness, recovery, empowerment, shared decision making, family, (Flexible) Assertive Community Treatment, resource group, RACT.

P09 Risico op terugval van een stemmingsstoornis tijdens de zwangerschap en de impact van medicatie

GEANNULEERD

P10 Een vijfdaagse intensieve trauma therapie programma

MSc Mayaris Zepeda Mendez ^{p1}

P: Presenterende auteur / spreker

1. Centrum 45 - deel van Arq psychotrauma expert groep

Achtergrond

Trauma – focused psychotherapieën voor posttraumatische stressstoornis (PTss) zijn wetenschappelijk aangetoond effectief, echter hebben zij ook aanzienlijke non-respons en drop-out percentages. Een intensieve behandeling kan leiden tot snellere klachten vermindering, wat weer kan bijdragen tot goede motivatie voor behandeling en een sterke vermindering van drop-out.

Doel

De doelstelling van dit project was het onderzoeken van de haalbaarheid en de preliminary effectiviteit van een intensieve 50daags klinisch behandelprogramma met EMDR, en trauma - sensitieve yoga voor patiënten met ptss.

Methoden

Een niet gecontroleerde pilot studie met 12 volwassen patiënten met ptss. Op baseline werd de ptss diagnose vastgesteld door middel van de clinician-administerd ptsd scale (CAPS-5) en comorbide stoornissen werden vastgesteld met de mini international neuropsychiatric interview (MINI), Primaire uitkomst maat was de zelfrapportage ptsd symptom severity (PTSD Check List for DSM-5; PCL-5) gemeten op dat 1 (t1), aan het einde (T20 en een follow up op dag 21 9T3). Reliable change indexes (RCI) en klinisch significante veranderingen werden berekend.

Resultaten

Van T1 naar T3 , verminderde de ptsd symptomen significant met een grote effect size (Cohen's d = 0,91). Negen van de 11 patiënten lieten een betrouwbare vermindering van symptomen zien op de PCL-5. Op T3 , voldoende 2 patiënten niet meer aan de criteria van ptsd zoals gemeten met de pcl-5. 1 patiënt stopte na de eerste dag wegens andere doelstelling. Er was geen sprake van ernstige adverse events.

Conclusie

De meerderheid van de patiënten in onze pilot studie ervaarde een lie teen betrouwbare en klinisch significante vermindering zien in ptss sytomen. Gerandomiseerde en gecontroleerd onderzoeken zijn nodig , met langere follow-up periodes zijn nodig om vast te stellen wat efficacy en effectiviteit van intensieve klinische behandeling voor ptss zijn vergeleken met regulier behandeling. Dit is een van de eerste onderzoeken die laat zien dat een hoog intensieve EMDR behandeling haalbaar is en die een indicatie geeft voor betrouwbare verbetering in ptss symptomen in een korte tijd. Sinds 2017 wordt Hoog Intensieve Trauma Therapie (HITT) aangeboden met 3 therapie plekken per week.

Literatuurverwijzing

- Bisson, J. I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D., & Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 190, 97 – 104. doi:10.1192/bjp.bp.106.021402..
- Blount, T. H., Cigrang, J. A., Foa, E. B., Ford, H. L., & Peterson, A. L. (2014). Intensive outpatient prolonged exposure for combat-related PTSD: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 21(1), 89-96. doi:10.1016/j.cbpra.2013.05.004.
- Bongaerts, H., Van Minnen, A. & Jongh de, A. (2017). Intensive EMDR to treat patients with complex posttraumatic stress disorder: A case series. *Journal of EMDR Practice and Research*. 11(2), 84-95. doi:10.1891/1933-3196.11.2.84.
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005). "A Multidimensional Meta-Analysis of Psychotherapy for PTSD": Correction. *American Journal of Psychiatry*. 163(2), 214–227. doi:10.1176/appi.ajp.163.2.330.
- Ehlers, A., Hackmann, A., Grey, N., Wild, J., Liness, S., Albert, I., & Clark, D. M. (2014). A randomized controlled trial of 7-day intensive and standard weekly cognitive therapy for PTSD and emotion-focused supportive therapy. *American Journal of Psychiatry*, 171(3). doi:10.1176/appi.ajp.2013.13040552.
- Haagen, J. F. G., Smid, G. E., Knipscheer, J. W., & Kleber, R. J. (2015). The efficacy of recommended treatments for veterans with PTSD: A meta-regression analysis. *Clinical Psychology Review*, 40, 184–194. doi:10.1016/j.cpr.2015.06.008.
- Hendriks, L., De Kleine, R., Van Rees, M., Bult, C., & Van Minnen, A. (2010). Feasibility of brief intensive exposure therapy for PTSD patients with childhood sexual abuse: A brief clinical report. *European Journal of Psychotraumatology*, 1;5626. doi:10.3402/ejpt.v1i0.5626.
- Jacobson, N. S., & Truax P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12-9. doi:10/1037/0022-006X.59.1.12.
- Murray, H., El-Leithy, S., & Billings, J. (2017). Intensive cognitive therapy for post-traumatic stress disorder in routine clinical practice: A matched comparison audit. *British Journal of Clinical Psychology* 56, 474-478. doi:10.1111/bjc.12150.
- Rosenbaum, S., Vancampfort, D., Steel, Z., Newby, J., Ward, Ph., B. & Stubbs, B. (2015). Physical activity in the treatment of Post-traumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research* (2015). doi:10.1016/j.psychres.2015.10.017.
- Schottenbauer, M. A, Glass, C. R., Arnkoff, D. B., Tendick, V., & Gray, S. H. (2008). Nonresponse and dropout rates in outcome studies on PTSD: Review and methodological considerations. *Psychiatry*, 71(2), 134–168. doi:10.1521/psyc.2008.71.2.134.

P11 Case-report: Lithiumintoxicatie bij normale bloedspiegels

Sharleen Roerdink ¹ / Sabine Swolfs ² / Niels Veth ²

P: Presenterende auteur / spreker

1. Radboud Universiteit
2. ETZ Tweesteden te Tilburg

Achtergrond

Lithium heeft een sterke plaats in de richtlijnen voor de behandeling van de manische, depressieve en onderhoudsfase bij bipolaire stoornissen (I en II). Aan de andere kant heeft lithium een smalle therapeutische breedte, wat de kans op intoxicatie groter maakt dan bij andere psychofarmaca. Acute lithiumintoxicatie met een toxische lithiumspiegel vanaf 1,5 mmol/L wordt vaak tijdig herkend door bijwerkingen als misselijkheid, braken en neurologische symptomen. Dit in tegenstelling tot de chronische intoxicatie die tevens kan ontstaan bij normale lithiumspiegels en vanwege andere verschijnselen lastiger is vast te stellen.

Doel

Klinische les op basis van een gevalbeschrijving en literatuur.

Methoden

Aan de hand van een gevalbeschrijving wordt gezocht in PubMed naar ondersteunende literatuur.

Resultaten

Lithiumintoxicatie wordt onderscheiden in een acute en een chronische intoxicatie. Meestal ontstaat een acute intoxicatie door plotse stijging van de bloedspiegel, bijvoorbeeld door inname van een hoge dosis. Een chronische intoxicatie kan ontstaan door stapeling van lithium of het herhaaldelijk innemen van een hogere dosis.[1] De verschijnselen van een acute lithiumintoxicatie nemen vaak toe bij het stijgen van de bloedspiegel maar het is ook mogelijk dat er verschijnselen optreden bij een spiegel binnen de therapeutische range. Dit is mogelijk te verklaren doordat de veneuze lithium-spiegel niet altijd correspondeert met de concentraties in de weefsels; daarnaast blijkt er veel interpersoonlijke variatie in gevoeligheid voor lithium-gerelateerde bijwerkingen.[2] Een acute lithiumintoxicatie presenteert zich meestal met op de voorgrond gastro-intestinale verschijnselen (misselijkheid, braken en diarree) met daarbij slaperigheid, sufheid, spierzwakte, grove tremor, ataxie, dysartrie en ECG-veranderingen (verkleining QRS-complex, afvlakking T-toppen). Bij een chronische intoxicatie staan de neurologische verschijnselen meer op de voorgrond; hypertonie, spierfasciculaties, hyperreflexie, nystagmus, insulpen, bewustzijnsdaling, cerebellaire disfunctie. Daarnaast zijn er specifieke EEG-afwijkingen die passen bij een lithiumintoxicatie.[3] De risicofactoren voor het ontstaan van een lithiumintoxicatie zijn: hoge leeftijd, vrouwelijk geslacht, medicatie interacties, hyperthermie, infectie, dehydratie en een verminderde nierfunctie.[4] Chronische lithiumintoxicatie kan leiden tot het syndroom of irreversible lithium-effectuated neurotoxicity (SILENT), waarbij er sprake is van persisterende neurologische schade, zonder neurologische ziekten in de voorgeschiedenis, die ten minste 2 maanden aanhouden na het staken van de lithium.[3] In de casusbeschrijving wordt er een patiënte gezien met onrustig gedrag en onduidelijk en onsamenhangend spreken. Er werd gedacht aan een manische ontregeling danwel een lithiumintoxicatie. Door de herhaaldelijke normale lithiumspiegels in het bloed (0,97; 1,05; 0,80 mmol/L) werd de hypothese van een lithiumintoxicatie aanvankelijk minder waarschijnlijk geacht en vanwege de bijkomende neurologische verschijnselen werd een neuroloog in consult gevraagd. Diverse neurologische oorzaken werden uitgesloten zoals, paraneoplastische syndromen, intracranieële afwijkingen en de ziekte van Creutzfeldt-Jakob en symptomen bleven onveranderd ondanks verschillende behandelingen. Uiteindelijk werd wederom een lithiumintoxicatie overwogen en vermoed en staakte men de lithium, waarmee de symptomen verdwenen en patiënte restloos genas.

Conclusie

De diagnose chronische lithiumintoxicatie moet in acht worden genomen indien neuro-psychiatrische symptomen zich voordoen bij een therapeutische lithiumspiegel. In de gepresenteerde casus bleek de verwerping van de hypothese lithiumintoxicatie onterecht en gaf een doctors' delay, waardoor patiënte minder lang zou zijn opgenomen en minder lang aan ernstige symptomen hebben geleden. Er was gelukkig geen sprake van SILENT aangezien patiënte restloos genas na het staken van lithium en herstelde tot haar premorbide niveau van functioneren. Eerder staken van de psychofarmaca en het EEG zouden eerder uitsluitsel hebben gegeven.

Literatuurverwijzing

1. Verbeeck, W.J.C., Kok, B. & Kramers, C. (2018). Lithiumintoxicatie. *Psyfar*, 3.
2. Camus, M., Hennere, G., Baron, G., Peytavin, G., Massias, L., Mentre, F., & Farinotti, R. (2003). Comparison of lithium concentrations in red blood cells and plasma in samples collected for TDM, acute toxicity, or acute-on-chronic toxicity. *European journal of clinical pharmacology*, 59(8-9), 583-587.
3. Munshi, K. R., & Thampy, A. (2005). The syndrome of irreversible lithium-effectuated neurotoxicity. *Clinical neuropharmacology*, 28(1), 38-49.
4. Schou, M. (1984). Long-lasting neurological sequelae after lithium intoxication. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 70(6), 594-602.

P12 Cognitieve bijwerkingen van anticholinerge medicatie bij ouderen

drs. Katja Kaland ¹ / dr. Rob Kok ²

P: Presenterende auteur / spreker

1. Slotervaart ziekenhuis
2. Parnassia Groep

Achtergrond

Gebruik van medicijnen met anticholinerge eigenschappen komt voor bij 20-50% van de ouderen. Ouderen hebben door deze frequentere blootstelling, door veranderde farmacokinetiek en polyfarmacie meer kans op bijwerkingen. Centrale bijwerkingen van anticholinergica zijn onder andere delirium en cognitieve achteruitgang.

Doel

Het presenteren van een overzicht van de literatuur m.b.t. de relatie tussen het gebruik van anticholinergica en het effect op het cognitief functioneren bij de oudere patiënt.

Methoden

Wij verrichtten een literatuursearch met de zoektermen 'dementia/cognitive decline AND anticholinergic' op 14-12-2017 in Medline en Pre-Medline (1946-heden) en Embase (1974-heden) met 469 artikelen als resultaat. Na selectie op titel en abstract bleven 25 relevante artikelen over. Daarnaast zochten we in de referenties naar relevante artikelen.

Resultaten

We vonden twee reviews die de relatie tussen het gebruik van anticholinergica en achteruitgang op globaal cognitief functioneren onderzochten. In de review van Fox werd bij 23 van de 33 geïnccludeerde studies wel, en bij 10 studies geen associatie tussen het gebruik van anticholinerge medicatie en een significante daling in cognitieve functies gevonden.¹ In de meta-analyse van Ruxton wordt een odds ratio (OR) op van 1,45 (95% CI 1.16-1.73) op cognitieve stoornissen beschreven bij gebruik van anticholinerge medicatie.² De effecten van anticholinergica op specifieke cognitieve functies betreffen verschillende domeinen zoals geheugen, aandacht en concentratie, executief functioneren en visuomotorische functies.^{3,4,5} Het gebruik van anticholinergica is geassocieerd met een verhoogde kans op Mild Cognitive Impairment (MCI) en dementie, al worden in de literatuur wel uiteenlopende risico's genoemd.⁶ Zowel een langere duur van gebruik, als een sterker anticholinerg effect (zoals kan worden gemeten met de Anticholinergic Burden Scale), lijken de kans op dementie te vergroten.

Conclusie

Meerdere studies vinden een associatie tussen het gebruik van anticholinerge medicatie en een globale achteruitgang in cognitieve functies, achteruitgang in specifieke cognitieve functies en zelfs het ontwikkelen van MCI en dementie. Gelet op de enorme impact van cognitieve stoornissen en zeker dementie op de kwaliteit van leven, zouden artsen zich van deze potentiële associatie bewust moeten zijn bij het voorschrijven van middelen met anticholinerge eigenschappen bij oudere patiënten.

Literatuurverwijzing

1. Fox C, Smith T, Maidment I, Chan WY, Bua N, Myint PK, Boustani M, Kwok CS, Glover M, Koopmans I, Campbell N. Effect of medications with anti-cholinergic properties on cognitive function, delirium, physical function and mortality: a systematic review. *Age Ageing* 2014;43:604–615.
2. Ruxton K. Drugs with anticholinergic effects and cognitive impairment, falls and all-cause mortality in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol.* 2015;80(2):209-220.
3. Carriere I, Fourrier-Reglat A, Dartigues JF, Rouaud O, Pasquier F, Ritchie K, Ancelin ML. Drugs with anticholinergic properties, cognitive decline, and dementia in an elderly general population: The 3-city study. *Arch Intern Med* 2009;169:1317–1324.
4. Bottigi KA, Salazar JC, Yu L et al. Long-term cognitive impact of anticholinergic medications in older adults. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006;14:980-984.
5. Papenberg, G., Bäckman, L., Fratiglioni, L., Laukka, E.J., Fastbom, J., Johnell, K., Anticholinergic drug use is associated with episodic memory decline in older adults without dementia, *Neurobiology of Aging* 2017;doi: 10.1016/j.neurobiolaging.2017.03.009.
6. Kaland KJ, Kok RM. Cognitieve bijwerkingen van anticholinerge medicatie bij ouderen. *Psyfar* 2018;13(3):44-48.

P13 Het identificeren van fundamentele herstelcriteria voor eetstoornis herstel: een systematische overzichtsstudie en kwalitatieve meta-analyse

Jan Alexander de Vos ^{1,2} / PhD Andrea LaMarre ³ / Charlotte Bijkerk ¹ / Dr. Mirjam Radstaak ² / Prof. Ernst Bohlmeijer ² / Prof. Gerben Westerhof ²

P: Presenterende auteur / spreker

1. Stichting Human Concern, Centrum voor eetstoornissen
2. Universiteit Twente, vakgroep psychologie, gezondheid en techniek
3. Guelph University, Canada

Achtergrond

In studies naar de effectiviteit en werkzaamheid van eetstoornisbehandelingen wordt vaak alleen symptoom remissie gemeten. Onderzoekers, patiënten en herstelde mensen geven echter aan dat herstel niet alleen over symptoom remissie gaat, maar ook over andere gezondheidsmaten, zoals zelfacceptatie, autonomie, zelfredzaamheid. Dit sluit goed aan bij recente gezondheidsmodellen, waarin zowel de afwezigheid van psychiatrische ziekten als wel de aanwezigheid van dimensies van welbevinden centraal staat. Er is echter geen consensus over welke criteria nu het meest fundamenteel zijn in het herstel van eetstoornissen.

Doel

Het doel van deze studie is om fundamentele criteria voor eetstoornis herstel volgens mensen die zelf hersteld zijn te identificeren

Methoden

Een systematische review en kwalitatieve meta-analyse is uitgevoerd. Van de 630 studies zijn 18 kwalitatieve studies geïncludeerd met een focus op de ervaringen van herstelde mensen. Alleen studies die aan kwaliteitscriteria voor kwalitatief onderzoek voldoen zijn geïncludeerd. De resultaten van de geïncludeerde studies zijn geanalyseerd door middel van een meta-samenvatting techniek waarbij de frequenties van aanwezige criteria in de studies zijn vastgesteld door twee onafhankelijke onderzoeker middels een protocol.

Resultaten

Naast symptoom remissie, komen verschillende criteria naar voren als belangrijk voor herstel, gerelateerd aan emotioneel en psychologisch welbevinden. De meest frequent gevonden dimensies zijn, zelfacceptatie, positieve relaties met anderen, persoonlijke groei en aanpassingsvermogen.

Conclusie

Verschillende aspecten van psychologisch en emotioneel welbevinden worden als fundamenteel gezien voor herstel als aanvulling op symptoom remissie.

Herstel gaat niet alleen over symptoom remissie, maar ook over de aanwezigheid van welbevinden.

We adviseren om ook instrumenten in te zetten bij wetenschappelijk onderzoek en in routine outcome monitoring om deze fundamentele aspecten van herstel te meten.

Deze studie heeft in 2018 de award voor best review paper gewonnen in het Journal of Eating Disorders

Literatuurverwijzing

De Vos, J. A., LaMarre, A., Radstaak, M., Bijkerk, C. A., Bohlmeijer, E. T., & Westerhof, G. J. (2017). Identifying fundamental criteria for eating disorder recovery: a systematic review and qualitative meta-analysis. *Journal of Eating Disorders*, 5, 34. <http://doi.org/10.1186/s40337-017-0164-0>

P14 Dosisreductie van hoge doses eerste generatie antipsychotica of switch naar ziprasidone bij longstay patiënten met schizofrenie: een dubbelblinde RCT

MD, MSc Jan Bogers ¹ / MD, PhD Raphael Schulte ² / MSc Theo Broekman ³ / PhD Peter Moleman ⁴ / MD, PhD Lieuwe de Haan ⁵

P: Presenterende auteur / spreker

1. GGZ Rivierduinen
2. GGZ Noord-Holland Noord
3. bureau beta Nijmegen
4. voorheen: Moleman Psychofarmacologie
5. AMCA

Achtergrond

Longstay patiënten met ernstige schizofrenie worden vaak behandeld met relatief hoge doses eerste generatie antipsychotica (HD-FGA). Dosis reductie of een switch naar ziprasidone (een tweede generatie antipsychoticum) kan negatieve symptomen van schizofrenie en bijwerkingen verminderen.

Doel

Primair doel is onderzoeken of dosisreductie van hoge doses FGA of omzetten naar een tweede generatie antipsychoticum, i.c. ziprasidone, negatieve symptomen kan verminderen. Beide condities worden met elkaar vergeleken. Secundair worden andere items gemeten.

Methoden

In een dubbelblind gerandomiseerd onderzoek evalueerden we of dosisverlaging van HD-FGA naar adequate doses (5 mg/dag haloperidol equivalenten, n=24) of een switch naar ziprasidone (160 mg/dag, n=24), bij therapie resistente longstay schizofrenie patiënten met ernstige psychotische symptomen, negatieve symptomen (primaire uitkomstmaat) zou verminderen na 1 jaar behandeling. Primaire en secundaire uitkomsten werden gemeten met de PANSS, CGI, MADRS, SDAS, REHAB en UKU.

Resultaten

Negatieve symptomen veranderden niet significant bij dosisverlaging of switch. Positieve symptomen, 'disorganised symptoms', 'excited symptoms' en 'emotional distress' verslechterden met ziprasidone; 'excited symptoms' verminderden met dosisreductie, wat resulteerde in significante verschillen tussen beide condities in het voordeel van FGA dosis reductie. Behandeling met ziprasidone was superieur voor extrapiramidale symptomen. Relapse en treatment failure percentages waren hoger in de ziprasidone groep (46 versus 21%, 25 versus 17% respectievelijk).

Conclusie

Dosisreductie van HD-FGA naar een equivalent van 5 mg haloperidol of switchen naar ziprasidone is haalbaar voor de meeste patiënten, maar leidt niet tot minder negatieve symptomen of andere symptomen. Beide behandelingen zijn geen goed alternatief voor behandeling met clozapine bij therapieresistente schizofrenie.

Literatuurverwijzing

Bogers JPAM, Schulte PFJ, Broekman TG, Moleman P, de Haan L. Dose reduction of high-dose first-generation antipsychotics or switch to ziprasidone in long-stay patients with schizophrenia: A 1-year double-blind randomized clinical trial. *European Neuropsychopharmacology* (2018) 28, 1024–1034

P15 Stigmatiserende professionals: Kennis van en meningen over Anorexia Nervosa bij AIOS psychiatrie in Nederland

Mladena Simeunovic-Ostojic ¹ / Theodoor Veerman ¹ / Joyce Maas ^{p1}

P: Presenterende auteur / spreker

1. GGZ Oost-Brabant

Achtergrond

Internationaal onderzoek laat zien dat stigmatisering van Anorexia Nervosa (AN) duidelijk aanwezig is onder de algemene bevolking, maar ook onder hulpverleners, waaronder psychiaters. Psychiaters spelen een centrale rol in de (mede)behandeling bij patiënten met AN en vervullen daarmee een cruciale rol in kennisverspreiding en attitude-ontwikkeling van hulpverleners. Tot op heden is hier weinig onderzoek naar gedaan en onderzoek in Nederland ontbreekt nog volledig, terwijl (sub) culturele verschillen wel een grote rol kunnen spelen in hoe tegen bepaalde ziektes aangekeken wordt en hoe hiernaar gehandeld wordt.

Doel

Het doel van deze pilot studie was het onderzoeken van de mate, mogelijke oorzaken van en de verschillende soorten stigma (bijvoorbeeld ijdelheid, bewondering of persoonlijke verantwoordelijkheid voor de ziekte) over AN bij Nederlandse AIOS psychiatrie. Ook werd er gekeken wat er volgens de AIOS mist in de huidige opleiding en welke barrières (zoals organisatie van de zorg) er bestaan om patiënten met AN te diagnosticeren en behandelen.

Methoden

In een kwalitatief onderzoek werden 61 AIOS psychiatrie van het consortium Zuid-Nederland-Noord (response rate = 49%) benaderd voor een enquête over stigma en kennis met betrekking tot AN. Met betrekking tot stigma werd er in dit onderzoek onder meer gekeken naar meningen en gevoelens ten opzichte van patiënten met AN en ziekteprestige.

Resultaten

AN stond op plaats 18 van 30 op de ziekte prestige lijst, wat opvallend hoger is dan onderzoek in andere landen. Echter antwoordde een derde van de ondervraagden dat negatieve consequenties van de stoornis de schuld zijn van de patiënt zelf. Bovendien antwoordde meer dan de helft van de AIOS dat zij patiënten met AN manipulatief vinden en meer dan een kwart beschreef patiënten met AN als egoïstisch. Ook scoorden de AIOS hoog op de subschaal wantrouwen en incompetentie ten opzichte van AN. Bij de meeste AIOS riepen patiënten met AN gevoelens van onvermogen en pessimisme op. Tenslotte scoorden de AIOS onvoldoende op de kennistest. Zo wist slechts een kwart dat AN ontstaat in de wisselwerking tussen de genetische aanleg en de omgeving. Slechts 37% gaf aan te denken een juiste diagnose te kunnen stellen.

Conclusie

Dit onderzoek laat zien dat AIOS psychiatrie mogelijk een stigmatiserende attitude hebben ten opzichte van AN. Weinig contact in het privé en professionele leven met patiënten met AN en onvoldoende kennis over AN kan hieraan ten grondslag liggen. Vervolgonderzoek met een grotere steekproef is nodig om scholing en interventies te ontwikkelen met als doel vergroten van kennis en bestrijding van stigma.

Literatuurverwijzing

Album, A., & Westin, S. (2008). Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students. *Social Science & Medicine*, 66, 182-188. Crisp, A.H. (2005). Stigmatization of and discrimination against people with eating disorders including a report of two nationwide surveys. *European Eating Disorders Review*, 13, 147-152. Currin, L., Waller, G., & Schmidt, U. (2009). Primary care physicians' knowledge of and attitudes toward the eating disorders: Do they affect clinical actions? *International Journal of Eating Disorders*, 42, 453-458. Jones, W.R., Saeidi, S., & Morgan, J.F. Knowledge and attitudes of psychiatrists towards eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 21, 84-88.

P16 Digitale keuzehulp voor onderhoudsbehandeling met medicijnen voor patiënten met een bipolaire stoornis. Ontwikkeling en eerste ervaringen

Drs. Domino Determann ¹ / Drs. Michiel Hageman ¹ / Marieke Kooiman ² / Dr. Rocco Hoekstra ²

P: Presenterende auteur / spreker

1. PatientPlus
2. Antes

Achtergrond

Samen beslissen is op dit moment een belangrijk thema binnen de Nederlandse gezondheidszorg. Als arts en patiënt samen beslissen over een behandeling, voelen patiënten zich meer betrokken en geactiveerd. Hierdoor maken zij doorgaans een weloverwogen en medisch gezien verstandige keuze en ervaren zij minder twijfel en spijt (o.a. Stalmeier 2009). Dit heeft een positief effect op de kwaliteit van zorg. Een keuzehulp ondersteunt het proces van samen beslissen (o.a. Stacey 2017). Een keuzehulp is een instrument dat helpt bij het informeren van patiënten over de mogelijke uitkomsten van de verschillende behandelingen. Tevens geeft het de patiënt de mogelijkheid inzichtelijk te maken wat zijn of haar voorkeuren zijn.

Doel

Het ontwikkelen en implementeren van een keuzehulp over de onderhoudsbehandeling met medicijnen voor patiënten met een bipolaire stoornis.

Methoden

De keuzehulp is ontwikkeld op basis van de Internationale Patiënten Keuzehulp Standaard (IPDAS) en gebaseerd op de Multidisciplinaire richtlijn bipolaire stoornissen uit 2015 en de Zorgstandaard bipolaire stoornissen. Bij de ontwikkeling is rekening gehouden met de 'toolkit samen beslissen bij een bipolaire stoornis', ontwikkeld door o.a. het Trimbos en de patiëntenvereniging VMDB. In een focusgroep is input van patiënten verzameld.

Resultaten

De keuzehulp start met een uitleg over wat een keuzehulp is, hoe de keuzehulp de patiënt kan helpen en hoe de keuzehulp tot stand is gekomen. Vervolgens wordt algemene informatie gegeven over een bipolaire stoornis. Daarna wordt ingegaan op de verschillende onderhoudsbehandelingen met medicijnen: lithium, anti-epileptica en anti-psychotica. Ook de mogelijkheid om te kiezen voor geen onderhoudsbehandeling met medicijnen wordt vermeld. De uitleg eindigt met een optietabel, waarin de opties worden samengevat. Daarna worden de belangrijke punten herhaald met behulp van een korte quiz. Vervolgens kan de patiënt aangeven welke uitkomsten hij/zij het belangrijkste vindt, bijvoorbeeld met betrekking tot bijwerkingen, toedieningsvorm, invloed van ziekte op het dagelijks leven en zwangerschap. In de laatste stap wordt de patiënt gevraagd te reflecteren op de uitkomst van de keuzehulp. Aan het eind van de keuzehulp wordt verwezen naar andere relevante informatie, bijvoorbeeld op de website van de VMDB. De keuzehulp heeft van Stichting Makkelijk Lezen het keurmerk Gewone Taal gekregen. Dit betekent dat de keuzehulp goed leesbaar is voor iedereen. De keuzehulp zal geïmplementeerd worden op de polikliniek voor bipolaire stoornissen en verschillende klinieken van GGZ-instelling Antes te Rotterdam. De arts of verpleegkundig specialist introduceert de keuzehulp bij de patiënt en de patiënt doorloopt vervolgens zelfstandig de keuzehulp. Tijdens een volgend consult beslissen arts en patiënt samen over de onderhoudsbehandeling. De arts kan tevoren inzien wat de patiënt heeft ingevuld in de keuzehulp.

Conclusie

Op dit moment is de keuzehulp gereed voor implementatie in de praktijk. Tijdens het congres zullen de eerste ervaringen van patiënten en behandelaren gepresenteerd worden.

Literatuurverwijzing

- IPDAS Collaboration, <http://ipdas.ohri.ca/index.html>
- Kupka et al. Multidisciplinaire richtlijn bipolaire stoornissen. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. 2015.
- Stacey et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017
- Stalmeier et al. De patiënt kiest: werkbaar en effectief. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. 2009.
- Toolkit samen beslissen bij een bipolaire stoornis. MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid, Kwaliteitsontwikkeling GGz en het Trimbos Instituut. 2017.
https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/side_products/b78a993d33b081670135205864c25c43.pdf
- Zorgstandaard bipolaire stoornissen, <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/bipolaire-stoornissen>

P17 Signalering van kwetsbare oudere psychiatrische patiënten middels screeningslijsten

Steven Smeele ¹ / MSc. Elsbeth-Nynke Bos ² / MSc. Jamila Douairi ² / dr. Rob Kok ²

P: Presenterende auteur / spreker

1. Erasmus Universiteit Rotterdam
2. Parnassia Groep

Achtergrond

Ouderen met gelijke kalenderleeftijd vertonen veel onderlinge verschillen ten aanzien van gezondheid, lichamelijke en psychische reserves en zelfstandig functioneren. (1) Deze verschillen kunnen worden verklaard door verschillen in 'frailty' (kwetsbaarheid) tussen ouderen. Frailty wordt veelal gemeten middels de Fried-criteria, waarbij sprake is van frailty bij minstens 3 van de volgende criteria: afgenomen spierkracht, lichamelijke inactiviteit, gewichtsverlies, afgenomen loopsnelheid en vermoeidheid.(2) De Groningen Frailty Indicator (GFI) en de Tilburg Frailty Indicator (TFI) zijn in de somatische setting gevalideerde screeningslijsten met 15 vragen om frailty te meten.(3) Binnen de psychiatrie is de klinische relevantie van frailty en de validiteit van screeningsinstrumenten naar frailty grotendeels onbekend.

Doel

Het bepalen van de interne consistentie, de sensitiviteit en specificiteit van de GFI en TFI en de Area Under the Curve (AUC) van de Receiver Operating Characteristic-curve (ROC-curve), bij klinische en ambulante oudere psychiatrische patiënten bij gebruik van de in de somatiek gevalideerde cut-off van deze screeningsinstrumenten. Daarnaast is het doel het bepalen van de optimale cut-off van deze screeningsinstrumenten bij oudere psychiatrische patiënten

Methoden

Cohortstudie van klinische en ambulante psychiatrische patiënten van 65 jaar en ouder waarbij onder andere de Fried-criteria, GFI en TFI worden afgenomen.

Resultaten

Er werden 130 patiënten geïncludeerd, waarvan 85 klinische patiënten en 45 ambulante patiënten. 73,1 % (n=95) was vrouw en de gemiddelde leeftijd was 75 jaar (range 65-97). Prevalentie van frailty volgens de Fried-criteria was 27,7%. De interne consistentie (Cronbach's alpha) van de GFI was 0.77 en van de TFI 0.76. Gebruikmakend van de officiële cut-offwaarde van de GFI (≥ 4) bleken de sensitiviteit en specificiteit van de GFI ten opzichte van de Fried-criteria respectievelijk 0.97 (95% CI 0.85 tot 0.99) en 0.26 (95% CI 0.17 tot 0.36). Voor de TFI (≥ 5) waren dit respectievelijk 0.97 (95% CI 0.85 tot 1.0) en 0.33 (95% CI 0.24 tot 0.43). De ROC-curve van de GFI toonde een AUC van 0.83 (95% CI 0.75 tot 0.91 $p < 0.001$) en van de TFI 0.79 (95% CI 0.71 tot 0.87 $p < 0.001$). Een betere balans tussen sensitiviteit en specificiteit werd bereikt met verhoging van de cut-off naar ≥ 8 bij de GFI waarbij sensitiviteit 0.78 (95% CI 0.61 tot 0.90) is en specificiteit 0.71 (95% CI 0.61 tot 0.80). Bij de TFI bleek de balans eveneens beter bij cut-off ≥ 8 : sensitiviteit 0.83 (95% CI 0.67 tot 0.94), specificiteit 0.61 (95% CI 0.50 tot 0.71).

Conclusie

De resultaten van deze studie tonen een acceptabele Area Under the Curve en interne consistentie van de GFI en TFI. Dit suggereert dat het afnemen van de GFI en TFI bij oudere patiënten bruikbaar kan zijn om kwetsbare patiënten te identificeren. Verhoging van de cut-offwaarden van beide instrumenten ten opzichte van de somatisch vastgestelde cut-off lijkt noodzakelijk om het aantal fout-positieven te verlagen en zo de efficiëntie van de vragenlijsten bij oudere psychiatrische patiënten te vergroten. Dit ligt in de lijn der verwachting aangezien zowel de GFI als de TFI meerdere vragen bevatten over psychische gesteldheid.

Literatuurverwijzing

1. Mitnitski et al. The accumulation of deficits with age and possible invariants of aging. Scientific World Journal 2002, 28,1816-1822.
2. Fried et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. Journal of Gerontology 2001, 56, 146-156.
3. Methzelthin et al, The psychometric properties of three self-report screening instruments for identifying frail older people in the community. BMC Public Health 2010, Mar 31;10:176.

P18 “Over het hoofd gezien...” Herkennen arts-assistenten een Wernicke Encefalopathie en behandelen zij adequaat?

Malou Heesterbeek ¹ / Sabine Swolfs ² / Niels Veth ²

P: Presenterende auteur / spreker

1. GGZ Breburg
2. ETZ vakgroep psychiatrie

Achtergrond

Wernicke encefalopathie (WE) is een ernstige, acute neuropsychiatrische aandoening die veroorzaakt wordt door een tekort aan vitamine B1 (thiamine). Thiamine deficiëntie leidt tot laesies in het brein door apoptose van neuron en astrocyten. De meest voorkomende oorzaak van WE is chronisch alcoholmisbruik of alcoholverslaving. Overmatig alcoholgebruik komt in 10% van de algemene populatie in Nederland voor⁷. Post-mortem onderzoek laat een prevalentie van WE zien van 1-2% in de algemene populatie en 10% bij alcoholgebruikers^{2,3}. Andere minder bekende oorzaken van WE zijn onder andere: maligniteiten, hyperemesis gravidarum en gastro-intestinale chirurgie. WE is te herkennen aan de neurologische symptomen: cognitieve stoornissen, oogbewegingsstoornissen en loopstoornissen (gangataxie). De klassieke trias van deze symptomen komt echter maar in 16% van de gevallen voor en daarmee kan WE moeilijk te herkennen zijn¹. Onbehandeld kan een Wernicke encefalopathie ernstige gevolgen hebben voor de patiënt en de maatschappij. Van de onbehandelde patiënten met een WE, krijgt 56-86% het syndroom van Korsakov.⁸ Het syndroom van Korsakov geeft onherstelbare en invaliderende executieve functie- en geheugenstoornissen,⁹ waarbij 20% van de patiënten met Korsakov langdurige geïnstitutionaliseerde zorg nodig heeft¹⁰. De mortaliteit is hoog, 20% van de patiënten met onbehandelde WE overlijdt. Vanwege deze ernstige gevolgen van een onbehandelde WE, is het van groot belang dat WE snel herkend en protocollair behandeld wordt, om de ernstige gevolgen voor zowel patiënt als maatschappij te voorkomen. De kennis van arts-assistenten over WE werd niet eerder onderzocht.

Doel

De kennis toetsen over de kernelementen van de diagnostiek en behandeling van WE. De kennistoets wordt afgenomen bij arts-assistenten neurologie, interne geneeskunde, spoedeisende hulp (SEH) en geriatrie in een algemeen ziekenhuis en arts-assistenten in opleiding tot specialist (AIOS) psychiatrie regio Zuid Nederland Noord. De kennis over de symptomatologie, etiologie, preventie, behandeling en de gevolgen van WE wordt getoetst.

Methoden

Bij arts-assistenten neurologie, interne geneeskunde, SEH, geriatrie en psychiatrie, werd een vragenlijst afgenomen bestaande uit 19 vragen waarbij het onderwerp van het onderzoek vooraf niet bekend was. De kennis werd getoetst aan de hand van twee klinische casus, een met als onderwerp hyperemesis gravidarum en een met als onderwerp alcoholabusus. In de casus werd voorafgaand aan elke vraag 1 extra symptoom ('cue') van WE prijs gegeven en er werd gevraagd een differentiaal diagnose te formuleren. De casus werd opgebouwd tot drie cues: de klassieke trias van Wernicke. Vervolgens werden open- en meerkeuzevragen gesteld over WE waarin vragen gesteld werden over de etiologie, symptomatologie, preventie, behandeling en de gevolgen van dit ziektebeeld.

Resultaten

We zijn momenteel klaar met de data-collectie en verdere analyse van de data zal spoedig volgen. De a priori verwachting is dat de kennis over WE onvoldoende zal zijn op al de getoetste onderdelen. Er namen 70 arts-assistenten (30 mannelijke en 40 vrouwelijke artsen) deel aan het onderzoek, met een gemiddelde leeftijd van 29.5 ± 3.9 jaar. Het betrof 46 arts-assistenten in opleiding tot specialist (65.7% AIOS) en 24 arts-assistenten niet in opleiding tot specialist (34.4% ANIOS). 31 assistenten zijn werkzaam binnen de psychiatrie (44.3%), 16 assistenten bij interne geneeskunde (22.9%), 14 op de SEH (20.0%) en 7 bij de neurologie (10.0%). Twee arts-assistenten waren werkzaam binnen de geriatrie (2.9%). Gemiddeld hadden de arts-assistenten 3.3 ± 3.0 jaar ervaring als arts. Negenendertig arts-assistenten (55.7%) hadden eerdere ervaring in een ander specialisme, acht in de psychiatrie (11.4%), vijf op de SEH (7.1%) en vier binnen interne geneeskunde (5.7%). Tweeëntwintig hadden ervaring in overige specialismen (31.4%). Verdere analyse aan de hand van de kennisvragen zal volgen. Nadien gaven 47 assistenten (67.1%) desgevraagd aan dat naar eigen mening hun kennis over WE ontoereikend was en 53 assistenten (75.7%) hadden behoefte aan meer informatie en kennis over WE.

Conclusie

Op basis van de resultaten formuleren we conclusies over de kennis van arts-assistenten over WE. We hopen naar aanleiding van deze conclusies gericht aanbevelingen te kunnen doen voor interventies om de aandacht voor- en kennis over WE te vergroten.

Literatuurverwijzing

- 1 Harper CG, Giles M, Finlay-Jones R. Clinical signs in the Wernicke-Korsakoff complex: a retrospective analysis of 131 cases diagnosed at necropsy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1986; 49: 341–45.
- 2 Sechi G, Serra A. Wernicke's encephalopathy: new clinical settings and recent advances in diagnosis and management. *Lancet Neurol.* 2007;6(5):442–55.
- 3 Galvin R, Brathen G, Ivashynka A, Hillbom M, Tanasescu R, Leone MA, et al. EFNS guidelines for diagnosis, therapy and prevention of Wernicke encephalopathy. *Eur J Neurol.* 2010;17(12):1408–18.
- 4 Harper CG, Sheedy DL, Lara AI, Garrick TM, Hilton JM, Raisanen J. Prevalence of Wernicke-Korsakoff syndrome in Australia: has thiamine fortification made a difference? *Med J Aust* 1998; 168: 542-5
- 5 Sechi G, Serra A. Wernicke's encephalopathy: new clinical settings and recent advances in diagnosis and management. *Lancet Neurol* 2007; 6: 442-55.
- 6 Vasconcelos MM, Silva KP, Vidal G, Silva AF, Domingues RC, Berditchevsky CR. Early diagnosis of pediatric Wernicke's encephalopathy. *Pediatr Neurol* 1999; 20: 289-94
- 7 Mensink PAJS, Ashruf RHT, Sluiter AC, Boomsma LJ, Ebersson MPH, Luijkx JJHM, Valken N, Vrienzen JA. Landelijke eerstelijns samenwerkingsafspraken stoornis in het gebruik van alcohol. *Huisarts Wet* 2010; 53 (4): S1-5
- 8 Victor M, Adams RD, Collins, GH, The Wernicke-Korsakoff Syndrome and Related Neurologic Disorders Due to Alcoholism and Malnutrition. Philadelphia: Davis Company; 1989, p. 231.
- 9 Thomson, A. D. and Marshall, E. J. The natural history and pathophysiology of Wernicke's Encephalopathy and Korsakoff's psychosis. *Alcohol and Alcoholism* 2006; 41: 151–158.
- 10 Cook CC, Hallwood PM, Thomson

P19 BMI is hoger bij gebruik van een TCA dan bij gebruik van andere psychofarmaca in een populatie van patiënten in behandeling bij IHT

Dr. Melissa Chrispijn ^{p1,2} / Drs. Elnathan Prinsen ¹

P: Presenterende auteur / spreker

1. Dimence IHT Deventer
2. Dimence SCBS Bipolaire Stoornissen

Achtergrond

Somatische comorbiditeit is een groot probleem binnen de psychiatrie, door met name metabole verstoringen overlijden mensen met een ernstige psychiatrische aandoening 10-15 jaar eerder dan de gezonde populatie. Om dit te voorkomen of in ieder geval te verminderen is het belangrijk dat bekend is welke variabelen het grootste aandeel hebben in het veroorzaken van deze problematiek. Daarnaast is het uitvoeren van somatische screening cruciaal om verstoringen op te sporen en eventueel te behandelen. Door in kaart te brengen hoe de somatische gezondheid is in een cohort patiënten met psychiatrische aandoeningen kan er worden ingeschat wat het effect is van medicatie op metabole risicofactoren in deze patiëntenpopulatie.

Doel

Inventariseren van uitkomsten van somatische screening bij het IHT Deventer en het effect evalueren van medicatiegebruik op de uitkomst van somatische screening.

Methoden

Alle patiënten die in de afgelopen 5 jaren bij het IHT Deventer in behandeling zijn geweest en een somatische screening hebben ondergaan werden geïncludeerd. De variabelen die werden gemeten zijn ziektespecifieke variabelen (diagnose, medicatiegebruik), metabole risicofactoren (lengte, gewicht, bloeddruk, lipiden en glucose), somatische comorbiditeit (hart- en vaatziekten, diabetes mellitus, obesitas, osteoporose, lipidenstoornissen, etc.) en leefstijlgegevens (voeding, beweging, mondzorg). Door middel van t-toetsen en multipole regressie analyse is getoetst wat het effect van ziektespecifieke/leefstijlvariabelen en medicatiegebruik op de metabole risicofactoren (gewicht, bloeddruk, lipiden en glucose) was.

Resultaten

Er zijn 90 patiënten geïncludeerd met een gemiddelde leeftijd van $38,8 \pm 12,8$ jaar. In deze groep gebruikten 86 patiënten (96%) een antipsychoticum, waarvan 41 (46%) een lage dosis quetiapine (≤ 100 mg) gebruikten. Verder gebruikten 39 patiënten (43%) een antidepressivum. Het gemiddelde BMI was significant hoger bij patiënten die een TCA gebruikten ($29,7 \pm 6,8$) dan bij patiënten die een antipsychoticum ($26,1 \pm 5,2$) of een ander antidepressivum gebruikten ($25,6 \pm 3,9$). Dit effect bleef bestaan na correctie voor confounders. Er werd geen verschil in uitkomst door medicatiegebruik gevonden bij andere metabole risicofactoren.

Conclusie

BMI is significant hoger bij patiënten die een TCA gebruiken dan bij patiënten die een ander antidepressivum gebruiken. Er is geen verschil in BMI tussen wel of geen gebruik van antidepressivum of antipsychoticum. Op basis van deze bevindingen is het aan te raden om mensen die een TCA gebruiken te informeren en te monitoren op gewicht en andere metabole risicofactoren.

Literatuurverwijzing

- Laursen TM. Life expectancy among persons with schizophrenia or bipolar affective disorder. Schizophr Res 2011; 131:101–104.
- Abosi O, Lopes S, Schmitz S, Fiedorowicz JG. Cardiometabolic effects of psychotropic medications. Horm Mol Biol Clin Investig. 2018 Jan 10.

P20 Differentiatie van suïcidaal gedrag

MD. Ph.D Remco de Winter ^{1,2} / MD Anne van den Bos ³ / MD Connie Meyer ⁴ / Ph.D Marieke de Groot ⁵

P: Presenterende auteur / spreker

1. Parnassia Groep
2. VU Universiteit Amsterdam
3. Rivierduinen Leiden
4. Sussex partnership NHS foundation Trust
5. Lentis

Achtergrond

Suïcidaliteit wordt in de regel als een uniform verschijnsel gedefinieerd en er is weinig onderzoek naar differentiatie bij suïcidaal gedrag verricht in de algehele en heterogene groep van patiënten met psychiatrische symptomatologie. In de psychiatrische praktijk zien we echter verschillende vormen van suïcidaal gedrag en is ons handelen in de regel op het klinisch oordeel gebaseerd.

Doel

Ontwikkeling van een differentiatie model voor suïcidaal gedrag opdat er een meer op maat gerichte diagnostiek, behandeling en risicotaxatie kan plaatsvinden. Verder is er daarbij een betere "verantwoordelijkheids" afgrenzing mogelijk.

Methoden

De auteurs hebben op basis van klinische ervaring en vanuit een wetenschappelijke achtergrond een model voor differentiatie ontwikkeld. Uit dit model komen 4 vormen van suïcidaal gedrag. Het model is getoetst in een Gremia van professionals en is daarop ook aangepast.

Resultaten

Er zijn 4 subtypen van suïcidaal gedrag gemodelleerd:

1) perceptuele desintegratie, 2) primair depressieve cognitie 3) psychosociale "entrapment" 4) inadequate communicatie en coping. De typen zijn herkenbaar en duidelijk afbakenbaar. Ook is er een theoretische begrenzing waarbij behandeling en een meer op maat handelen mogelijk lijkt. In het model wordt middelen gebruik en organiteit als modifier gezien welke per type een verschillende invloed lijkt te hebben. Voor de differentiatie is een vragenlijst ontwikkeld de SUICIDI (SUICIDality Differentiation).

Conclusie

Differentiatie van suïcidaal gedrag lijkt te leiden tot een meer afgemeten risicotaxatie waarbij de verantwoordelijkheid voor de hulpverlener ook varieert. Daarnaast kan er een meer op maat toegesneden behandeling plaatsvinden. In Engeland is het model in 2018 gebruikt bij een psychologische autopsiestudie en gaf meer inzicht post mortem. Naar aanleiding van deze resultaten gaat de National Health Service (NHS) het model gebruiken voor o.a. educatie doeleinden. Verder wordt er in Engeland gekeken of er een betere afbakening van verantwoordelijkheid is voor hulpverleners. We zijn er van bewust dat validering noodzakelijk is voor verdere ontwikkeling van de differentiatie daarom wordt er bij de crisisdienst in Den Haag een valideringsstudie met de SUICIDI uitgevoerd bij suïcidale patiënten. Dit wordt uitgevoerd door 4 psychiaters.

Literatuurverwijzing

Bernanke J, Galfalvy HC, Mortali MG, Hoffman LA, Moutier C, Nemeroff CB, Stanley BH, Clayton P, Harkavy-Friedman J, Oquendo MA. Suicidal ideation and behavior in institutions of higher learning: A latent class analysis. *J Psychiatr Res.* 2017; 9:95:253-259 de Groot MH, de Winter RF. De beoordeling van het suïciderisico (geaccepteerd) in: van Heeringen, Portzky, de Beurs & Kerkhof (red). Handboek suïcidaal gedrag, de Tijdstroom najaar 2018. de Winter R.F.P., de Groot M.H., van Dassen M., Deen M.L., de Beurs D.P.. Het vóórkomen van suïcidaal gedrag en suïcidepogingen bij de psychiatrische crisisdienst. *Tijdschr Psychiatr* 2017, 59(13), 140-149. Klonsky ED, Qiu T, Saffer BY. Recent advances in differentiating suicide attempters from suicide ideators. *Curr Opin Psychiatry* 2017; 30:15–20.

P21 Forensisch Netwerk Coaching: de effectiviteit van sociale netwerkversterking bij forensisch psychiatrische patiënten

MSc Lise Swinkels ^{1,2} / Prof. dr. Arne Popma ² / Prof. dr. Jack Dekker ¹ / Dr. Thimo van der Pol ¹

P: Presenterende auteur / spreker

1. Arkin
2. VUmc kinder- en jeugdpsychiatrie

Achtergrond

Veel forensisch psychiatrische patiënten leiden een geïsoleerd bestaan. Ze hebben een zeer beperkt sociaal netwerk en participeren, door het ontbreken van werk of dagbesteding, nauwelijks in de maatschappij. Dit terwijl de aanwezigheid van een sociaal netwerk het algemeen functioneren van patiënten bevordert en het risico op delictgedrag kan verminderen. Juist in de huidige tijd, waarin de verzorgingsstaat plaats maakt voor een participatiesamenleving, ligt hier een grote uitdaging voor deze complexe doelgroep. Gedegen wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van netwerkversterking bij een forensisch psychiatrische patiëntengroep ontbreekt tot nu toe.

Doel

In dit project wordt onderzocht of de inzet van een sociaal netwerk coach een aanvullend effect heeft, bovenop de standaard forensisch ambulante zorg, op het mentaal welbevinden en andere secundaire uitkomstmaten zoals de kwaliteit van het sociale netwerk, psychiatrische problemen en criminele recidive.

Methoden

Het onderzoek wordt uitgevoerd onder psychiatrische patiënten van Inforsa Forensisch Ambulante Zorg in Amsterdam. Zij kenmerken zich door complexe psychiatrische en/of persoonlijkheidsproblematiek in combinatie met delictgedrag. In een randomized controlled trial wordt standaard forensisch ambulante zorg met aanvullend een sociaal netwerk coach (N=75) vergeleken met enkel standaard forensisch ambulante zorg (N=75). De coach, een vrijwilliger, begeleidt de patiënt wekelijks volgens een gestandaardiseerde 10-stappenmethode naar een op sociaal en maatschappelijk gebied meer zelfredzaam bestaan. Op herhaalde meetmomenten wordt het mentaal welbevinden, psychiatrische problematiek, criminele recidive, verslavingsproblemen, kwaliteit van leven, sociaal netwerk, sociale steun en eenzaamheid bepaald. De primaire uitkomstmaat betreft het mentaal welbevinden. Een half jaar na het einde van het coachingstraject worden patiënten benaderd voor een follow-up meting. Twee jaar na einde van het coachingstraject worden de recidivecijfers bepaald.

Resultaten

De dataverzameling voor dit onderzoek is gestart en wordt naar verwachting in 2021 afgerond. Op het Voorjaarscongres in 2019 zullen de eerste resultaten van de baseline en follow-up meting na drie maanden worden gepresenteerd.

Conclusie

Verwacht wordt dat de inzet van een coach effectief is in het verbeteren van het mentaal welbevinden en het sociaal netwerk en verminderen van verslavingsproblemen, eenzaamheid, psychiatrische problematiek alsook criminele recidive. Het onderzoek beoogt een betekenisvolle bijdrage te leveren aan vergroting van de maatschappelijke participatie van een veelal gestigmatiseerde patiëntengroep.

Literatuurverwijzing

Lodewijks, H.P.B., Ruiters, C. de, & Doreleijers, T.A.H. (2010). The impact of protective factors in desistance from violent reoffending: A study in three samples of adolescent offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 25, 568-587. Neijmeijer, L., Place, C., Rijkaart, A.M., & Kroon, H. (2012). Behandelgeschiedenis en justitie-verleden van forensische en GGZ-patiënten. Den Haag, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Neijmeijer, L., Rijkaart, A.M., & Kroon, H. (2012). In profiel: De doelgroepen van GGZ en Justitie. Den Haag, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

P22 Het screenen op Licht Verstandelijke Beperking in FACT-teams

Dr Berry Penterman p¹

P: Presenterende auteur / spreker

1. ggz oost Brabant

Achtergrond

Een Lichte Verstandelijke Beperking (LVB) wordt slecht herkend binnen de GGZ doordat er te weinig op gescreend wordt [1]. Hierdoor krijgen cliënten inadequate behandeling en is de kans groter dat zich een chronische Ernstige Psychiatrische Aandoening (EPA) ontwikkelt en de cliënt in zorg komt bij een FACT-team [2,3]. Van de SCIL als screener voor LVB is het onduidelijk in hoeverre deze valide en betrouwbaar is in de klinische praktijk van FACT [4].

Doel

Het onderzoeken van de validiteit van de SCIL als screener voor LVB in FACT-teams. Meer duidelijkheid verschaffen over de prevalentie van functioneren op LVB-niveau bij cliënten in FACT-teams.

Methoden

626 cliënten van vijf FACT-teams (drie van GGZ Oost-Brabant en twee van GGNet) werden als onderdeel van de standaard zorg gescreend met de SCIL. Bij 203 cliënten was er ook een totaal-IQ score beschikbaar, gemeten met een reguliere intelligentietest (meestal de WAIS-IV). Er werd beoordeeld in hoeverre de SCIL (score < 19) een goede voorspeller is voor LVB (totaal IQ < 85). Dit gebeurde ook met SCIL score < 14 en een IQ score < 70. De IQ scores zijn gebruikt om de prevalentie van LVB binnen FACT-teams te bepalen.

Resultaten

Interne consistentie: op basis van itemscores van 626 SCILs is de Cronbach's alpha 0,74. De AUC-waarde om de groep cliënten met IQ < 84 te onderscheiden van IQ > 85 is 0,81. De AUC-waarde om de groep cliënten met een IQ < 70 te onderscheiden van IQ > 71 is eveneens 0,81.

Conclusie

De SCIL is een goede screener voor functioneren op LVB-niveau bij cliënten van FACT teams. Een Totalscore van 19 (SCIL) is het meest optimale afkappunt om LVB van niet-LVB te onderscheiden. De betrouwbaarheid en validiteit zijn voldoende. Doordat bijna de helft van de FACT-clieënten functioneert op LVB-niveau of lager is het belangrijk de behandeling hierop aan te passen.

Literatuurverwijzing

1. Neijmeijer, L., Moerdijk, L., Veneberg, G., & Muusse, C. Licht verstandelijk gehandicapten in de GGZ: een verkennend onderzoek. Trimbos-instituut; 2010. <https://assets.trimbos.nl/docs/03ba0f96-2fe5-4e69-b891-4c910c6a5ff4.pdf>
2. Nieuwenhuis, J.G., Noorthoorn E.O., Nijman, H.L.I., Naarding, P., & Mulder, C. L. A blind spot? Screening for mild intellectual disability and borderline intellectual functioning in admitted psychiatric patients: Prevalence and associations with coercive measures. PloS ONE. 2017; 12 (2), z.p.
3. Dekker, M., Douma, J., Ruiter, K. de, & Koot, H. Aard, ernst, comorbiditeit en beloop van gedragsproblemen en psychiatrische stoornissen bij kinderen en jeugdigen met een verstandelijke beperking. In: Didden, R. (Red.), In Perspectief. Gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en licht verstandelijke beperking. Houten: Bohn Stafleu van Loghm. 2006. pp. 67-83.
4. Nijman, H.L.I., Kaal, H.L., Scheppingen, L., van & Moonen, X.M.H. (2018). Development and testing of a screener for intelligence and learning disabilities (SCIL). Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 31 (1), pp. 59-67.

P23 Meer oog voor Licht Verstandelijke Beperking en psychotrauma in het werkveld van FACT

Dr Berry Penterman p¹

P: Presenterende auteur / spreker

1. ggz oost Brabant

Achtergrond

Binnen het werkveld van FACT ontstond het vermoeden dat LVB en een verhoogd risico op PTSS veel vóórkomen in de doelgroep EPA (ernstige psychiatrische aandoeningen). In 2017 screenen Nieuwenhuis e.a. patiënten van twee acute psychiatrische opname afdelingen en kwamen uit op een schatting dat 43,8 % van de opgenomen patiënten tijdens de opname op het niveau van een LVB functioneerden 3. Dit ondersteunt het vermoeden dat ook binnen FACT dit percentage aanzienlijk zou kunnen zijn. De prevalentie van PTSS in de doelgroep EPA laat een spreiding zien van 20-47% 1. Om de hypothese te toetsen of het vermoeden juist is, hebben we onderzoek gedaan binnen de FACT teams Uden en Veghel door de gegevens over de totale groep in kaart te brengen.

Doel

In kaart brengen hoeveel cliënten binnen FACT een verhoogd risico hebben op PTSS en/of functioneren op een licht verstandelijk beperkt intelligentieniveau. Onderzoeken of er een verband/correlatie bestaat tussen enerzijds vermoeden van LVB en anderzijds verhoogd risico op PTSS binnen de FACT populatie. Dit met als doel eventuele aanbevelingen te kunnen doen om de FACT zorg aan EPA cliënten mogelijk te kunnen verbeteren.

Methoden

Het gaat om een cohortonderzoek binnen de FACT teams Uden en Veghel waarbij in de intakefase in 2014 is gestart met afname van SCIL 2 en TSQ 1 in kader van verbetering van reguliere zorg. De SCIL is een screeningslijst die het vermoeden van LVB in kaart brengt. De SCIL definieert LVB als IQ tussen de 50-85. De TSQ is een screeningslijst op het vermoeden van PTSS. De percentages zijn berekend over alle verzamelde uitkomsten (SCIL N=261, TSQ N=287) tot mei 2017.

Resultaten

39,5% van de FACT populatie scoort positief op de SCIL 34,8% van de FACT populatie scoort positief op de TSQ. Cliënten in onze onderzoekspopulatie zoals geselecteerd in mei 2017 met een vermoeden van LVB laten een verhoogd risico zien op het meemaken van specifieke potentieel traumatische gebeurtenissen, te weten seksueel trauma en mishandeling.

Conclusie

Het blijkt uit onze data dat de percentages cliënten met vermoeden op LVB aanzienlijk is en dat geldt eveneens voor cliënten met verhoogd risico op PTSS. Dat maakt dat het van groot belang is om hier in de dagelijkse klinische praktijk aandacht voor te hebben.

Literatuurverwijzing

1. Neijmeijer, L., Moerdijk, L., Veneberg, G., & Muusse, C. Licht verstandelijk gehandicapten in de GGZ: een verkennend onderzoek. Trimbos-instituut; 2010. <https://assets.trimbos.nl/docs/03ba0f96-2fe5-4e69-b891-4c910c6a5ff4.pdf>
2. Nieuwenhuis, J.G., Noorthoorn E.O., Nijman, H.L.I., Naarding, P., & Mulder, C. L. A blind spot? Screening for mild intellectual disability and borderline intellectual functioning in admitted psychiatric patients: Prevalence and associations with coercive measures. PloS ONE. 2017; 12 (2), z.p.
3. Dekker, M., Douma, J., Ruiters, K. de, & Koot, H. Aard, ernst, comorbiditeit en beloop van gedragsproblemen en psychiatrische stoornissen bij kinderen en jeugdigen met een verstandelijke beperking. In: Didden, R. (Red.), In Perspectief. Gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en licht verstandelijke beperking. Houten: Bohn Stafleu van Loghm. 2006. pp. 67-83.
4. Nijman, H.L.I., Kaal, H.L., Scheppingen, L., van & Moonen, X.M.H. (2018). Development and testing of a screener for intelligence and learning disabilities (SCIL). Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 31 (1), pp. 59-67.

P24 Het dagelijks functioneren van ouderen met een depressie; een prospectieve beloopstudie over twee jaar

MSc. Sanne Wassink-Vossen ¹ / Dr. Rose Collard ² / Dr. Klaas Wardenaar ³ / Prof. Dr. Peter Verhaak ³ / Dr. Didi Rhebergen ⁴ / Dr. Paul Naarding ¹ / Prof. Dr. Richard Oude Voshaar ³

P: Presenterende auteur / spreker

1. GGNet
2. Radboud UMC Nijmegen
3. UMC Groningen
4. GGZinGeest

Achtergrond

Depressie komt veel voor bij ouderen (1.8 – 7.2%) en heeft vaak een slechte prognose (1,2). In de klinische praktijk is er steeds meer aandacht voor functioneel herstel naast symptoomherstel. Het is bekend dat symptomatisch herstel niet altijd gepaard gaat met functioneel herstel bij ouderen met een depressie. Er is weinig bekend over het beloop van het functioneren en over wat van invloed is op verbetering of verslechtering van het functioneren. Inzicht hierin is nodig om in de klinische praktijk interventies toe te kunnen spitsen op het verbeteren van het dagelijks functioneren.

Doel

Het doel is tweeledig:

- 1) het exploreren van determinanten van functionele beperkingen bij ouderen met een depressie.
- 2) het onderzoeken van het beloop van het functioneren en exploreren welke kenmerken samenhangen met dit beloop.

Methoden

Er werd een cross-sectionele en longitudinale studie verricht. Data werden gebruikt van de baseline t/m de 2e jaars follow-up metingen van de Nederlandse studie naar Depressie bij Ouderen (NESDO). NESDO is een longitudinale prospectieve cohortstudie en bestaat uit een groep depressieve en niet depressieve ouderen van 60 jaar en ouder (N=510) (3). De aanwezigheid van depressie werd bepaald met de Composite Interview Diagnostic Instrument (CIDI), functionele beperkingen werden gemeten met de World Health Organization Disability Assessment (WHODAS). Het exploreren van de determinanten (demografische gegevens, somatisch en cognitief functioneren, leefstijl, psychosociale factoren en psychopathologie) gebeurde met regressie analyses waarbij interactie werd getoetst met wel/ geen depressie op baseline of, bij de longitudinale analyse, het wel/niet in remissie zijn van depressie op twee jaar. De longitudinale beloopvormen van de functionele beperkingen werden geanalyseerd met latent class growth analysis (LCGA).

Resultaten

Ouderen met een depressie hebben significant meer functionele beperkingen dan de niet depressieve ouderen op baseline. Het hebben van meer chronische ziekten, een tragere loopsnelheid, minder alcoholgebruik, onvoldoende fysieke activiteit en meer depressieve symptomen waren onafhankelijke determinanten die tot meer functionele beperkingen in de depressieve groep leiden na twee jaar. De LCGA-analyse laat twee beloopvormen zien van functionele beperkingen in de depressieve groep. De grootste groep laat een stabiel beloop zien met veel functionele beperkingen terwijl een kleine groep (1 op de 4) ouderen functioneel herstel laat zien. Vanwege een significante interactie ($p < 0.05$) bij bijna alle determinanten, werd er bij het exploreren van de determinanten, gestratificeerd voor het wel/niet in remissie zijn van de depressie. Vergeleken met de meest optimale uitkomst (symptomatische remissie en functioneel herstel), werden degenen met de slechtste uitkomst (noch functioneel, noch symptomatisch herstel) gekenmerkt door meer chronische ziekten, minder gevoel van controle hebben over het eigen leven, en meer symptomen van depressie en angst op baseline. Er waren ook patiënten met wel symptomatische remissie maar geen functioneel herstel. Dit waren vaker hoger opgeleide vrouwen, met een gemiddeld hogere loopsnelheid en met een minder ernstige depressie.

Conclusie

Maar 1 op de 4 ouderen met een depressie bereikt functioneel herstel na twee jaar. De gevonden beloopvormen en de specifieke kenmerken van functioneel herstel in combinatie met al dan niet symptomatische remissie geven meer inzicht in de heterogeniteit van de groep ouderen met depressie en onderstrepen het belang van de focus op functioneel herstel, naast symptomatisch herstel. De gevonden - vaak transdiagnostische - kenmerken zijn mogelijk aanknopingspunten voor het verbeteren van behandelstrategieën voor subgroepen ouderen met een depressie, ter verbetering van het dagelijks functioneren.

Literatuurverwijzing

1. Lippa M, Sikorski C, Luck T, Ehreke L, Konnopka A, Wiese B, et al. Age- and gender-specific prevalence of depression in latest-life--systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2012 Feb;136(3):212-221.
2. Schaakxs R, Comijs HC, Lamers F, Kok RM, Beekman ATF, Penninx BWJH. Associations between age and the course of major depressive disorder: a 2-year longitudinal cohort study. *Lancet Psychiatry* 2018 Jul;5(7):581-590.
3. Comijs HC, van Marwijk HW, van der Mast RC, Naarding P, Oude Voshaar RC, Beekman AT, et al. The Netherlands study of depression in older persons (NESDO); a prospective cohort study. *BMC Res Notes* 2011 Dec 5;4:524-0500-4-524.

P25 Virtual Reality-therapie voor alcoholafhankelijke patiënten met als doel de empowerment te verbeteren

Dr. Victor Buwalda ^p / Dr. Gerdien de Weert ¹ / Dr. Jessika Weber ²

P: Presenterende auteur / spreker

1. Novadic-Kentron
2. NHTV

Achtergrond

Een stoornis in alcohol gebruik (AUD) is een enorme uitdaging voor de gezondheidszorg, die het leven van veel mensen beïnvloedt. In de VS hebben bijvoorbeeld meer dan 15 miljoen volwassenen te maken met een AUD (NIH, 2018) en meer dan vijf procent van de ziektelast en letsel wereldwijd is zelfs te wijten aan alcoholgebruik (WHO, 2014). Hoewel er behandelingsprogramma's beschikbaar zijn, ontvangt ongeveer 6,7 procent een behandeling (NIH, 2018). Het behandelen blijft dus een uitdaging. Volgens Nederlands onderzoek valt tussen 47-75% van de AUD patiënten terug in gebruik in het eerste jaar na een klinische ontgiftiging (Snelleman et al., 2018). Nieuwe digitale technologieën, zoals Virtual Reality (VR), bieden potentiële aanvullende behandelingsmogelijkheden voor AUD-patiënten.

Doel

Deze studie heeft tot doel na te gaan hoe virtual reality (VR) kan worden ingezet om de reguliere behandeling voor een alcohol afhankelijke patiënten, volgens de DSM-5-classificatie, te ondersteunen. Het kader van het positief technologische perspectief wordt gebruikt om te bezien hoe VR kan worden ingezet om persoonlijk welzijn van de patiënt te bevorderen. Een VR prototype met de Samsung Gear is ontwikkeld om te worden gebruikt in de therapie ter voorkoming van terugval, op basis van het verkeerslichtmodel onderdeel van het persoonlijke terugvalpreventieplan (PTPP). Het PTPP maakt gebruik van klantgerelateerde risico's en veilige situaties van de individuele patiënt.

Methoden

Een aantal VR-omgevingen werden gecreëerd: een appartement-, een bar- (risicosituaties) en een natuuumgeving (veilige zone). Om te onderzoeken hoe cliënten het realisme van VR-omgevingen ervaren, werden er van elk twee versies gemaakt, een door de computer gegenereerde omgeving en een 360° gefotografeerde omgeving. Het VR-prototype werd getest door middel van interviews met 14 gebruikers verdeeld over (voormalige) AUD-patiënten, psychologen en verpleegkundigen.

Resultaten

De resultaten geven aan dat het hedonistische element van het gebruik ervan, dat wil zeggen de entertainmentfactor, een cruciale rol speelt bij de acceptatie van de VR en deze positief beïnvloedt. Deelnemers gaven de voorkeur aan de 360°-versie boven de door de computer gegenereerde versie omdat die realistischer overkwam en meer aanwezigheid induceerde. Bovendien is het van belang dat de implementatie van de VR-tool direct gekoppeld is aan het individuele persoonlijke terugvalpreventieplan van de patiënt, wat een aanzet geeft om ervoor te zorgen een grotere selectie van omgevingen te ontwikkelen zodat de VR applicatie meer zorg op maat kan bieden. Een stepped care benadering met graduele opzet wordt aanbevolen, wat betekent dat eerst de computer gegenereerde omgeving wordt gebruikt en daarna de meer gedetailleerde en confronterende 360°-omgeving. Op die manier kan de patiënt leren de copingsmechanismen aan te passen.

Conclusie

Deze studie maakt deel uit van een groter onderzoeksproject, de daaropvolgende studie richt zich vooral op het meten en in kaart brengen van de effecten op de terugvalfrequentie en -effectiviteit als wel het testen van een gepersonaliseerde 360°-film en computer gegenereerde VR wereld voor de appartement en bar omgeving. Alles overziend geven de bevindingen aan dat VR de potentie in zich herbergt om het verschil te maken en de behandeling van alcohol gerelateerde stoornissen te verbeteren.

Literatuurverwijzing

Ghita A, Gutierrez-Maldonado J. (2018). Applications of virtual reality in individuals with alcohol misuse: A systematic review. *Addiction Behaviors*, 81; 1-11

P26 Unieke neurale correlaten van onverwerkt-gedesorganiseerde gehechtheid en psychopathologie met hersenen van adolescenten

MD MSc Marie-José van Hoof ^{1,2}

P: Presenterende auteur / spreker

1. Curium-LUMC
2. iMindU

Achtergrond

De concepten gehechtheid en psychopathologie zijn deels heel verschillend, deels raken zij elkaar in hun klinische presentatie. Vraagstelling van onderzoek was welke onderliggende mechanismen en neurale correlaten er met de hersenen van adolescenten zijn. We veronderstelden dat de relaties van gehechtheid en psychopathologie met het brein verschillend zouden zijn, zowel voor grijze en witte stof van de hersenen als voor het brein in rust.

Doel

Het onderzoeken van neurale correlaten van onverwerkt-gedesorganiseerde gehechtheid en een algemene psychopathologiefactor met de grijze en witte stof van de hersenen en de functionele connectiviteit van de hersenen in rust.

Methoden

Middels MRI onderzochten we de grijze stof van de hersenen, de witte stof integriteit en de functionele connectiviteit van het brein in rust in een groep adolescenten (N=74) met seksueel misbruik, angst- en/of depressieve klachten en zonder psychiatrische klachten. Middels het Gehechtheidsbiografisch interview en een aantal vragenlijsten (TSCC, CDI, A-DES, RCADS, YSR, CBCL) bepaalden we scores voor onverwerkt-gedesorganiseerde gehechtheid en middels een principal component analyse de score voor een algemene psychopathologiefactor.

Resultaten

Onverwerkt-gedesorganiseerde gehechtheid bleek, gecontroleerd voor een algemene psychopathologiefactor, gerelateerd te zijn aan de hippocampus en functionele connectiviteit met de middle temporal gyrus en lateral occipital cortex. De hippocampus links bleek kleiner te zijn. Onverwerkt-gedesorganiseerde gehechtheid, gecontroleerd voor een algemene psychopathologie factor, bleek ook gerelateerd aan verminderde witte stof integriteit in het splenium en de inferior fronto-occipital fasciculus, terwijl een algemene psychopathologiefactor, gecontroleerd voor onverwerkt-gedesorganiseerde gehechtheid, geassocieerd was met genu en body van het corpus callosum. Bij het brein in rust bleek onverwerkt-gedesorganiseerde gehechtheid positief gerelateerd aan de lateral occipital cortex, precuneus en linker superior parietal lobule en negatief gerelateerd aan amygdala met medial frontal cortex connectiviteit, terwijl er een negatieve associatie tussen een algemene psychopathologiefactor en de linker dorsale anterior cingulate cortex was met de rechter body van het corpus callosum, superior fronto-occipital fasciculus en corticospinale baan. Onverwerkt-gedesorganiseerde gehechtheid en een algemene psychopathologiefactor werden voor elkaar gecontroleerd.

Conclusie

Hersenen die onverwerkt trauma of verlies meemaakten of gestressed zijn door psychopathologie vertonen zowel in rust als in grijze en witte stof veranderingen. Onverwerkt-gedesorganiseerde gehechtheid en een algemene psychopathologiefactor onderhouden daarbij unieke relaties met de hersenen van adolescenten en ondersteunen en verklaren daarmee mogelijk het uiteenlopend klinisch beeld. Implicaties voor theorie en klinische praktijk zullen nader moeten worden onderzocht.

Literatuurverwijzing

Caspi, A., & Moffitt, T.E. (2018). All for one and one for all: mental disorders in one dimension. *Am J Psychiatry*, 175:831-844

Zald, D.H., & Lahey, B.B. (2017). Implications of the hierarchical structure of psychopathology for psychiatric neuroimaging. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging* 2, 310-317.

Riem, M.M.E., Van Hoof, M.J., Garrett, A.S., Van der Wee, N.J.A., Van IJzendoorn, M.H., Vermeiren, R.R.J.M. (under review). General psychopathology factor and unresolved disorganized attachment uniquely correlated to white matter integrity using diffusion tensor imaging.

Van Bork, R., Epskamp, S., Rhemtulla, M., Borsboom, D., van der Maas, H.L.J. (2017). What is the p-factor of psychopathology? Some risks of general factor modelling. *Theory & Psychology*, 27(6), 759-773.

Van Hoof, M.J., Riem, M.M.E., Garrett, A.S., J.N. Pannekoek, Van der Wee, N.J.A., Van IJzendoorn, M.H., Vermeiren, R.R.J.M. (under review). Unresolved-disorganized attachment associated with smaller hippocampus and increased functional connectivity beyond psychopathology.

Van Hoof, M.J., Riem, M.M.E., Garrett, A.S., Van der Wee, N.J.A., Van IJzendoorn, M.H., Vermeiren, R.R.J.M. (under review). Unresolved-disorganized attachment and General Psychopathology Factor associated with unique resting-state brain networks.

P27 Bevorderende en belemmerende factoren in het vinden en behouden van werk bij patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis

Msc Trees Juurlink ^{1,2} / MD Miljana Vukadin ³ / PhD Marjan Westerman ⁴ / PhD Femke Lamers ¹ / MD, PhD Hein van Marle ¹ / Prof. Han Anema ³ / Prof. Aartjan Beekman ¹ / PhD Barbara Stringer ⁵

P: Presenterende auteur / spreker

1. Amsterdam UMC, Psychiatry
2. GGZ inGeest
3. Amsterdam UMC, Social Medicine
4. Amsterdam UMC, Health Sciences
5. CCE

Achtergrond

Mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS) zijn geassocieerd met werkloosheid en verminderd functioneren. Echter, een geïntegreerd begrip van belemmerende en bevorderende factoren richting werk ontbreekt.

Doel

Het doel van deze kwalitatieve studie was het onderzoeken van belemmerende en bevorderende factoren in het vinden en behouden van betaald werk bij BPS, belicht vanuit de perspectieven van patiënten, GGZ hulpverleners en verzekeringsartsen.

Methoden

Vijftien semigestructureerde interviews zijn afgenomen bij patiënten met BPS en twee focusgroepen bij GGZ hulpverleners (n=7) en verzekeringsartsen (n=6). De data werd geanalyseerd aan de hand van thematische content analyse.

Resultaten

Belemmerende en bevorderende factoren zijn geïdentificeerd rondom drie thema's: symptomen van BPS, stigma en ondersteuning richting werk. Belemmerende symptomen van BPS waren: laag zelfbeeld, moeite met persoonlijke grenzen stellen, emoties reguleren en gebrek aan structuur en overzicht. Hulpverleners en verzekeringsartsen voegden hieraan toe dat patiënten met BPS een neiging hebben tot overschatten van competenties en externaliseren. Tegelijkertijd waren bevorderende factoren het verbeteren van emotie regulatie en zelfreflectie door succesvolle behandeling dat symptomen verminderd en het omgaan met interpersoonlijk functioneren op het werk vergroot. Andere belemmerende factoren waren stigma en gebrek aan ondersteuning richting werk. Het verbeteren van de samenwerking tussen GGZ en re-integratiediensten werd aangedragen om bestaande kennis over BPS te vergroten en daarmee behandeling en re-integratie beter op elkaar af te stemmen. Daarnaast zou het vergroten van kennis over BPS stigma kunnen verminderen.

Conclusie

Belemmerende en bevorderende factoren bleken met elkaar samen te hangen en geven richting aan toekomstig onderzoek. Het is belangrijk om duurzame samenwerking te vergroten tussen patiënt, hulpverlener en re-integratiedienst zodat er vertrouwen ontstaat en kan worden aangesloten bij de wensen en mogelijkheden van de patiënt in het vinden en behouden van werk. Toekomstig onderzoek moet zich richten op passende methoden voor rehabilitatie en de rol van stigma als belemmerende factor.

Literatuurverwijzing

1. Gunderson JG, Stout RL, McGlashan TH, Shea MT, Morey LC, Grilo CM, Zanarini MC, Yen S, Markowitz JC, Sanislow C, Ansell E, Pinto A, Skodol AE. Ten-Year Course of Borderline Personality Disorder. *Archives of General Psychiatry*. 2011;68(8):827-837.
2. Cruitt PJ, Boudreaux MJ, Jackson JJ, Oltmanns TF. Borderline Personality Pathology and Physical Health : The Role of Employment. *Personalality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2016;9:1-8.
3. Zimmerman M, Martinez JH, Young D, Chelminski I, Dalrymple K. Sustained unemployment in psychiatric outpatients with bipolar depression compared to major depressive disorder with comorbid borderline personality disorder. *Bipolar Disorders*. 2012;14(8):856–62.
4. Green J, Thorogood N. *Qualitative Methods for Health Research*. Vol. 311 August, Introducing qualitative methods. 2014. 262 p.

P28 Een eetstoornis hebben en nog steeds in staat zijn te floreren? Een analyse van psychopathologie en welbevinden als twee continua van mentale gezondheid

Corinne Broekman ¹ / Sander de Vos ¹ / Dr. Mirjam Radstaak ² / Prof. Ernst Bohlmeijer ² / Prof. Gerben Westerhof ²

P: Presenterende auteur / spreker

1. Stichting Human Concern, centrum voor eetstoornissen
2. Universiteit Twente, vakgroep psychologie, gezondheid en techniek

Achtergrond

Eetstoornissen zijn serieuze psychiatrische stoornissen met vaak een chronisch verloop en een hoog overlijdensrisico. Er is nog weinig onderzoek gedaan naar positieve aspecten van de geestelijke gezondheid (welbevinden) onder eetstoornis patiënten. In het twee continua model van geestelijke gezondheid wordt ervanuit gegaan dat psychopathologie en welbevinden twee afzonderlijke maar gerelateerde dimensies van gezondheid zijn. Dit model is onderzocht onder Nederlandse patiënten met een eetstoornis.

Doel

Het doel van deze studie is om het twee continua model te repliceren onder patiënten met een eetstoornis. Daarnaast is gekeken naar de mate waarin patiënten welbevinden ervaren en in hoeverre patiënten hierin afwijken van de algemene populatie.

Methoden

Het betreft een cross-sectioneel onderzoek waarin 468 vrouwelijke patiënten met een eetstoornis diagnose zijn meegenomen. Verschillende vragenlijsten zijn ingevuld over eetstoornisklachten (EDE-Q), generieke psychopathologie (OQ-45) en welbevinden (MHC-SF). Er zijn significantietoetsen, correlatieanalyse en multi-pele hiërarchische regressieanalyses uitgevoerd.

Resultaten

Patiënten met een eetstoornis ervaren een veel lager welbevinden dan in de algemene populatie, met name op het gebied van emotioneel welbevinden. Er zijn grote verschillen in de mate van welbevinden afhankelijk van het type eetstoornis. Er is daarnaast een complexe samenhang tussen psychopathologie en welbevinden gevonden die ook afhankelijk is van het type eetstoornis.

Conclusie

Deze studie ondersteunt het twee continua model van geestelijke gezondheid onder patiënten met een eetstoornis. Psychopathologie en welbevinden kunnen gezien worden als twee gerelateerde maar aparte dimensies van geestelijke gezondheid. Het wordt aangeraden om welbevinden ook te screenen en te meten tijdens de behandeling. Voor patiënten met een laag welbevinden moeten interventies onderzocht worden die hierop werkzaam zijn.

Literatuurverwijzing

De Vos, J. A., Radstaak, M., Bohlmeijer, E. T., & Westerhof, G. J. (2018). Having an Eating Disorder and still being able to flourish? Examination of pathological symptoms and well-being as two continua of mental health in a clinical sample. *Frontiers in Psychology*, 9(October), 2145. <http://doi.org/10.3389/FPSYG.2018.02145> (De Vos, Radstaak, Bohlmeijer, & Westerhof, 2018)

P29 Het effect van een uitgebreide medicatieverificatietool op het aantal medicatiediscrepancies bij opname op de psychiatrie, een interim analyse

Msc. Vanessa Akrum ^{p1} / Dr. Barbara Maat ¹ / Drs. Niels Veth ¹

P: Presenterende auteur / spreker

1. Elisabeth-Tweesteden Ziekenhuis

Achtergrond

Het is bekend dat er bij ziekenhuisopname discrepanties kunnen zijn tussen de thuismedicatie en wat er klinisch wordt voorgeschreven. Deze discrepanties kunnen leiden tot medicatie gerelateerde problemen tijdens de opname [1]. Studies hebben aangetoond dat medicatieverificatie bij opname het aantal medicatiediscrepancies verlaagt. Echter, in veel van deze studies wordt de psychiatrische patiënt niet meegenomen. Eén studie heeft laten zien dat medicatieverificatie bij de psychiatrische patiënt tot een beter overzicht van de thuismedicatie leidde met als gevolg minder klinisch relevante medicatie gerelateerde problemen tijdens opname [2].

Doel

Het verlagen van klinisch relevante medicatiediscrepancies bij psychiatrische patiënten die werden opgenomen op de medisch psychiatrische unit (MPU) d.m.v. medicatieverificatie door de apothekersassistent m.b.v. een uitgebreide medicatieverificatietool.

Methoden

Patiënten op de MPU van het Elisabeth-Tweesteden Ziekenhuis (ETZ) werden na inclusie gerandomiseerd in groep A, B of C. De verificatie van thuismedicatie bij patiënten in groep A werd gedaan door de arts. Bij patiënten in groep B en C werd de verificatie gedaan door een apothekersassistent, waarbij dit in groep B plaatsvond m.b.v. de standaard tool van het ETZ en in groep C m.b.v. een uitgebreide tool die speciaal was opgesteld voor de MPU. Na inclusie werd per patiënt gekeken naar het aantal medicatiediscrepancies. Een medicatiediscrepancie was gedefinieerd als een verschil tussen de thuismedicatie en wat er klinisch was voorgeschreven. De medicatiediscrepancies werden vervolgens door een panel, bestaande uit twee ziekenhuisapothekers en één psychiater, beoordeeld op klinische relevantie o.b.v. de National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP) categorie. Discrepancies met NCCMERP categorie E-I werden beschouwd als klinisch relevante discrepanties.

Resultaten

Op moment van de interim analyse waren 45 van de 124 patiënten geïncludeerd (mannen: 33%, vrouwen 67%). Het bleek dat bij 35 patiënten (Groep A n = 8; Groep B n = 10; Groep C n = 17) minimaal één medicatiediscrepancie werd gevonden, totaal werden 98 medicatiediscrepancies gevonden. De gemiddelde leeftijd was 55 jaar en er werden gemiddeld 7.1 geneesmiddelen per patiënt gebruikt. Van de 98 medicatiediscrepancies werden 27 (28%) door het panel beoordeeld als zijnde klinisch relevant. Van de klinisch relevante discrepanties kwamen er 6 in groep A, 3 in groep B en 18 in groep C voor, respectievelijk 0,75, 0,3 en 1,1 discrepanties per patiënt.

Conclusie

In de interim analyse werden relatief meer klinisch relevante medicatiediscrepancies gevonden bij patiënten in groep C. Dit duidt er mogelijk op dat het gebruik van de uitgebreide medicatieverificatietool leidt tot minder medicatiediscrepancies bij opname op de MPU en daardoor tot een verbetering van de klinische zorg. Dit moet statistisch worden getoetst nadat de inclusie compleet is.

Literatuurverwijzing

1. Cornish PL, Knowles SR, Marchesano R, et al. Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. Arch Intern Med. 2005;165(4):424-429.
2. Prins MC, Drenth-van Maanen AC, Kok RM, Jansen PA. Use of a structured medication history to establish medication use at admission to an old age psychiatric clinic: A prospective observational study. CNS Drugs. 2013;27(11):963-969

P30 Voorspellers van het effect van psychologische behandeling bij somatoforme stoornis en somatisch-symptoomstoornis: een meta-analyse

Dr. Saskia van Broeckhuysen-Kloth¹ / Drs. Sylvia Liefink¹ / Prof.Dr. Rinie Geenen² / Drs Stanneke Lunter^{p1}

P: Presenterende auteur / spreker

1. Altrecht
2. Utrecht University

Achtergrond

Somatisch-symptoomstoornis (DSM-5), in het DSM-IV classificatiesysteem aangeduid met het label somatoforme stoornis, verwijst naar het hebben van somatische symptomen die gepaard gaan met ernstige stress en belemmeringen en met buitensporige gedachten over symptomen of overmatige tijd en energie die eraan wordt besteed. Psychologische of multidisciplinaire behandeling is voorgesteld als de voorkeursbehandelingsoptie voor somatisch-symptoomstoornissen (Kroenke, 2007). Meta-analyses gaven aan dat psychologische behandeling gunstig is, maar ook dat de omvang van behandel-effecten bescheiden is (Abbas et al., 2009; Kleinstäuber et al., 2011; Koelen et al., 2015; Kroenke, 2007). Dit suggereert dat er ruimte is voor verbetering van behandelingseffecten. Een meta-analyse van effecten van behandeling als functie van kenmerken van patiënten, interventies en uitkomstvariabelen, kan leiden tot een meer gepersonaliseerde en succesvolle behandeling van somatische symptoomstoornis.

Doel

Bij somatoforme stoornis en somatisch-symptoomstoornis is sprake van wezenlijke psychosociale en functionele beperkingen. In deze meta-analyse werd onderzocht of het effect van de behandeling kon worden voorspeld uit de aard van behandeling en de gebruikte uitkomstmaat.

Methoden

Evaluaties van een psychologische interventies in patiënten met somatoforme stoornis of somatische symptoomstoornis werden geïnccludeerd. Van 2.655 artikelen die aanvankelijk werden gevonden, kwamen er 22 studies in aanmerking. Dit betrof in totaal 3.160 patiënten.

Resultaten

Uitkomsten van psychologische interventies waren significant beter dan die van controlecondities voor gevolgen van de aandoening, maar niet voor algemene effecten, psychologische en gedragskenmerken of somatische symptomen. In de vergelijking van scores voor en na therapie, werd een gemiddeld middelmatig-tot-grote omvang van effecten gevonden voor 27 interventies ($d = 0.77$) en een middelmatige omvang van effecten voor 10 controlecondities ($d = 0.49$). Het totale verschil tussen experimentele en controlecondities was niet significant ($Q_{\text{between}} = 3.44$, $p = 0.064$). De vergelijking tussen de omvang van het effect voor cognitieve gedragstherapie ($d = 0.77$, 13 onderzoeken) en andere interventies ($d = 0.80$, 14 onderzoeken) liet geen significant verschil zien ($Q_{\text{between}} = 0.046$, $p = 0.830$). Een groter effect van behandeling werd gevonden bij patiënten met een langere duur van symptomen en met een jongere leeftijd en bij onderzoeken met een lagere methodologische kwaliteit.

Conclusie

Psychologische interventies lijken dus wel effectief in het verbeteren van gevolgen van de aandoening, maar ze lijken niet een grotere verandering in symptomen of psychopathologie te bewerkstelligen. Cognitieve gedragstherapie is niet superieur aan andere psychologische interventies. De relatief bescheiden effecten van de behandeling en de moeilijkheid om veranderbare voorspellers van behandel-effecten te ontdekken zoals de soort behandeling, ondersteunen eerdere indicaties in onderzoek dat somatisch-symptoomstoornis moeilijk te behandelen is.

Literatuurverwijzing

Abbass, A., Kisely, S., & Kroenke, K. (2009). Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 265-274. Kleinstäuber, M., Witthöft, M., & Hiller, W. (2011). Efficacy of short-term psychotherapy for multiple medically unexplained physical symptoms: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31, 146-160. Koelen, J. A., Houtveen, J. H., Abbass, A., Luyten, P., Eurelings-Bontekoe, E. H., & Van Broeckhuysen-Kloth, S. A. (2014). Effectiveness of psychotherapy for severe somatoform disorder: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 204, 12-19. Kroenke, K. (2007). Efficacy of treatment for somatoform disorders: A review of randomized controlled trials. *Psychosomatic Medicine*, 69, 881-888. Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., & ... & Fratiglioni, L. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21, 655-679.

P31 Elektroconvulsieve therapie in de aanwezigheid van diepe hersenstimulatie, is het veilig?

Drs. Jerry Hendriks ¹ / Dr. Anja Lok ¹ / Drs. Jasper Zantvoord ¹ / Drs. Dominique Scheepens ¹ / Dr. Isidoor Bergfeld ¹ / Prof. Damiaan Denys ^{1,2}

P: Presenterende auteur / spreker

1. AMC
2. NVVP

Achtergrond

De toepassingen van DBS zijn sinds de indicatie voor de ziekte van parkinson en essentiële tremor inmiddels uitgebreid. Heden ten dage betreft het een richtlijn conforme behandeling voor therapieresistente OCD, en zijn de resultaten voor de toepassing van DBS bij ernstige depressieve stoornissen veelbelovend. Wanneer een ernstige depressieve stoornis zich echter presenteert bij een patiënt met DBS elektroden reeds geïmplant, is er weinig bekend over de veiligheid van een electroconvulsie (ECT)-behandeling. Het theoretische risico van het gebruik van ECT in een DBS patiënt is beschreven op de website van de fabrikant, namelijk de mogelijkheid dat een elektrische impuls van de ECT elektroden via de extensie kabels de DBS elektrode in geleidt. Er zijn case reports beschreven over elektromagnetische energie overgedragen op DBS elektroden na cardioversie en diathermie, met als gevolg schade aan de DBS apparatuur, wat uiteindelijk de basis voor de contra-indicatie is.

Doel

Middels dit literatuuronderzoek wilden we weten wat de veiligheid van ECT bij DBS patiënten is en of een ECT behandeling effectief is bij deze populatie. Daarnaast zijn we ook geïnteresseerd in specifieke plaatsing van de ECT elektroden ten opzichte van de DBS draden, en of het een verschil maakt in welke hersenkernen de DBS is geplaatst.

Methoden

Een zoekopdracht door MEDLINE/PUBMED werd uitgevoerd. Indien dit een case report opleverde, werd de desbetreffende auteur gecontacteerd. Van alle ECT centra in Nederland werden experts gevraagd naar ervaringen met ECT in een DBS patiënt.

Resultaten

Uit de zoektocht op MEDLINE/PUBMED kwamen 12 individuele case reports. Het contacteren van de auteurs leverde 2 ongepubliceerde casus op. Systematisch contacteren van ECT centra in Nederland leverde geen resultaat op, en contact via de werkgroep ISEN (International society for ECT and Neurostimulation) leverde geen nieuwe individuele casuïstiek op. Tenslotte werd nog een artikel gevonden wat betreft plaatsing van de elektroden en elektriciteitsverdeling in schematische modellen. ECT elektrode plaatsing varieerde, meestal bitemporaal en bifrontaal, waarbij twee casus RUL gebruik beschreven. Plaatsing werd op basis van theorie en patiënt variabelen gekozen, met als doel voorkomen dat ECT stimulatie de DBS elektroden zou verhitten. Tot zover, hebben geen van de beschreven gevalsbeschrijvingen complicaties gehad wat betreft de DBS apparatuur. In een van de patiënten die middels ECT behandeld werd, werd de DBS uit gezet. Bij de meeste patiënten betrof het een DBS plaatsing in kader van neurologische stoornissen zoals parkinson of dystonie, in een aantal gevallen werd ECT bij DBS in psychiatrische patiënten beschreven (depressie, obsessieve compulsieve stoornis, katatonie). In allen gevallen gaf de ECT respons of werd remissie bereikt (gemeten op HDRS), waarbij bij enkele patiënten nog ECT ter onderhoud werd aangeboden.

Conclusie

ECT werd in meerdere gevallen veilig en zonder complicaties uitgevoerd. Bij alle behandelingen was het effectief leidend tot een respons, en de duur varieerde van slechts enkele behandelingen tot jaren durende onderhoudstherapie. Hoewel er mogelijke een positieve publicatiebias bestaat, lijkt het belangrijk dat met de opkomst van DBS er aanwijzingen zijn ECT een reële optie is ondanks de theoretische gevaren.

Literatuurverwijzing

Bailline S, et al. Bitemporal electroconvulsive therapy for depression in a Parkinson disease patient with a deep-brain stimulator. *J ECT*. 2008; 24:171–172. Bewernick Nucleus accumbens deep brain stimulation decreases ratings of depression and anxiety in treatment-resistant depression. *Biol Psychiatry* 2010;67 (2) 110. Chou KL, et al. Electroconvulsive therapy for depression in a Parkinson's disease patient with bilateral subthalamic nucleus deep brain stimulators. *Parkinsonism and Related Disorders*. 2005; 11:403–406. Cunningham et al. Administration of electroconvulsive therapy for depression associated with deep brain stimulation in a patient with post-traumatic Parkinson's Disease: a case study *BMC Psychiatry* (2016) 16:399 DOI 10.1186/s12888-016-1108-y Denys et al. Deep Brain Stimulation of the Nucleus Accumbens for Treatment-Refractory Obsessive-Compulsive Disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(10):1061-1068. Ducharme S, et al. Temporary interruption of deep brain stimulation for parkinson's disease during outpatient electroconvulsive therapy for major depression: a novel treatment strategy. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2011; 23(2):194–197. Erickson et al. Safe and Effective Electroconvulsive Therapy Using Multiple Parameters Over 5 Years in a Patient With Deep Brain Stimulator. *J ECT* 31:4, December 2015 Medtronic, "Important safety information," [Online]. Available: <http://www.medtronic.com/your-health/obsessive-compulsive-disorder-ocd/important-safety-information/index.htm>. Moscarillo FM, et al. ECT in a patient with a deep brain-stimulating electrode in place. *J ECT*. 2000; 16(3):287–290. Nasr S et al. Case report of electroconvulsive therapy in a patient with Parkinson disease concomitant with deep brain stimulation. *J ECT* 2011;27: 89-90) Nutt JG, Anderson VC, Peacock JH. DBS and diathermy interaction induces severe CNS damage. *Neurology*. 2001; 56:1384–1386. [PubMed: 11376192] Puigdemont D, et al. Depressive relapse after initial response to subcallosal cingulate gyrus-deep brain stimulation in a patient with a treatment-resistant depression: electroconvulsive therapy as a feasible strategy. *Biol Psychiatry*. 2009; 66:e11–e12. Quinn et al, Catatonia After Deep Brain Stimulation Successfully Treated With Lorazepam and Right Unilateral Electroconvulsive Therapy: A Case Report. *J ECT*. 2014 September ; 30(3): e13–e15 Roark C, Whicher S, Abosch A. Reversible neurological symptoms caused by diathermy in a patient with deep brain stimulator. *Neurosurg*. 2008; 62:E256. Tham et al. Bifrontal Electroconvulsive Therapy in a Patient With Subcallosal Cingulate Deep Brain Stimulation for Depression. *J ECT*. Dec 2017; 33:4 Yamamoto et al. Thalamotomy caused by cardioversion in a patient treated with deep brain stimulation. *Stereotact Funct Neurosurg*. 2000; 74(2):73–82. Vila-Rodriguez, et al. Electroconvulsive therapy in patients with deep brain stimulators. *J ECT*. 2014;30:e16–e18. Z-H Deng, et al. Electroconvulsive Therapy in the Presence of Deep Brain Stimulation Implants: Electric Field Effects 32nd Annual International Conference of the IEEE EMBS. Buenos Aires, Argentina, August 31 - September 4, 2010 Rosenthal et al. Safety and efficacy of Electroconvulsive Therapy for Depression in the Presence of Deep Brain stimulators in Obsessive-Compulsive Disorder. *J Clin Psychiatry* 77:5, may 2016

P32 (Hypo)manie ten tijde van de ECT-behandeling

Dhr. Daniel Craciun ¹ / Niels Veth ² / Dr. Daphne Everaerd ² / Sabine Swolfs ²

P: Presenterende auteur / spreker

1. GGz Breburg
2. ETZ ziekenhuis

Achtergrond

Elektroconvulsivetherapie (ECT) is één van de meest effectieve behandelingen voor therapieresistente depressie en de effectiviteit is ook aangetoond voor manieën. Er wordt in de literatuur gesproken over het stemmingsstabiliserende effect van ECT. ECT wordt beschouwd als een veilige behandeling met een lage morbiditeit en mortaliteit, zeker wanneer het risico wordt afgewogen tegen dat van niet behandelen van de psychiatrische aandoening of van farmacotherapie. Het optreden van een (hypo)manie ten tijde van ECT-behandeling wordt in de literatuur vermeld als incident. In de huidige richtlijnen wordt er weinig over gesproken. Publicaties en onderzoeken over dit onderwerp zijn schaars, van matige kwaliteit en/of verouderd. In de praktijk lijken er verschillende meningen te bestaan omtrent beleid.

Doel

Samenvatten van de wetenschappelijke literatuur en in kaart brengen van de lokale ervaring en behandelvoorkeuren van de Nederlandse ECT-centra rondom dit thema.

Methoden

Systematische zoekopdracht met de zoektermen electroconvulsive therapy, treatment outcome/side effects, affectieve disorder/bipolar disorder/depression/mania uitgevoerd met behulp van de zoekmachine OviD in Medline, PsycINFO, Embase, de Cochrane Library en Journal of ECT. Opstellen van een online enquête rondom de lokale ervaring en beleid met betrekking tot (hypo)manie als incident ten tijde van ECT. Psychiaters werkzaam in 27 Nederlandse centra waar ECT-behandeling wordt gegeven zijn uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek.

Resultaten

(Hypo)manie ten tijde van ECT-behandeling wordt in de literatuur nauwelijks benoemd als mogelijke bijwerking van ECT. Er is een beperkt aantal artikelen geïdentificeerd via de literatuursearch waarvan 10 casereports. Er zijn 3 retrospectieve en 6 prospectieve studies uitgevoerd over de incidentie van switch naar manie, met een beschreven risico van 6,7% tot 38,6% bij bipolaire depressie en 10% tot 12,5% bij unipolaire depressie. Het aantal uitgevoerde ECT-behandelingen en de aanwezigheid van een hyperthym temperament worden gezien als risicofactoren voor switch in één studie. Het stoppen met ECT en instellen op een stemmingsstabilisator of antipsychotica was de meest gekozen interventie ondanks het aangetoonde effect van ECT op manie. De lokale ervaring met en het beleid omtrent (hypo)manie ten tijde van ECT-behandeling in verschillende ECT-centra in Nederland varieert aanzienlijk. We hebben 38 reacties kunnen krijgen uit in totaal 25 verschillende ECT-centra, spreiding van ervaring met ECT was 1-35 jaar. Ervaring met het optreden van een hypomanie of een manie wordt gerapporteerd door 26, respectief 11 respondenten. Het doorzetten van ECT heeft de voorkeur volgens de responderende psychiaters bij hypomanie (62%) en manie (57%). Het onderbreken van ECT bij manie werd in 5 gevallen (van 11) gevolgd door opstarten van een stemmingsstabilisator of antipsychotica. Dit getal ligt lager bij hypomanie, in slechts 5 gevallen (van 26) werd het medicatie beleid aangepast.

Conclusie

(Hypo)manie ten tijde van ECT-behandeling wordt herkend als incident in de literatuur en in de Nederlandse praktijk. Het kent relevante diagnostische implicaties; een ECT-geïnduceerde manie wordt in de DSM-5 beschreven als al criterium voor een bipolaire-I-stoornis. Onderzoek is nodig om de risicofactoren of kenmerken van patiënten die meer kans hebben op een manifome ontregeling onder ECT te omschrijven; om vervolgens tot aanbevelingen te komen voor beleid.

Literatuurverwijzing

ECT in bipolar disorder: incidence of switch from depression to hypomania or mania, E. Bost-Baxter, 2012
Antidepressant-induced mania in bipolar patients: Identification of risk factors. C. Henry, 2001 ECT-induced mania, J. Lee, 2014

P33 Leeftijd bij een autisme diagnose en invloedrijke factoren: een meta-analyse en systematische literatuur review tussen 2012-2018

MSc Maarten van 't Hof ^{1,2} / Prof. Dr. Ina van Berckeleer-Onnes ^{1,3} / Dr. Amy Daniels ⁴ / MSc Mathijs Deen ^{5,6} / Prof. Dr. Wijbrand Hoek ^{2,7,8} / Dr. Wietske Ester ^{1,2,9}

P: Presenterende auteur / spreker

1. Sarr Expertisecentrum Autisme, Lucertis Kinder- en Jeugdpsychiatrie
2. Parnassia Groep
3. Faculteit der Sociale Wetenschappen, Clinical Child and Adolescent Studies, Universiteit Leiden
4. Simons Foundation, New York, USA
5. Afdeling wetenschappelijk onderzoek, Parnassia Academie
6. Faculteit sociale wetenschappen, Universiteit Leiden
7. Department of Psychiatry, University Medical Center Groningen, University of Groningen
8. Department of Epidemiology, Mailman School of Public Health, Columbia University
9. Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Curium-LUMC, Leids Universitair Medisch Centrum

Achtergrond

Tussen 1990 en 2012 was de gemiddelde leeftijd bij een autisme diagnose tussen de 38 en 120 maanden (Daniels & Mandell, 2014). Ondanks dat er wereldwijd maatregelen worden genomen om de leeftijd bij een autisme diagnose te verlagen, is het onduidelijk wat momenteel de gemiddelde leeftijd bij een autisme diagnose is.

Doel

We voerden een meta-analyse uit met betrekking tot de wereldwijde leeftijd bij een autisme diagnose en een systematische literatuur review over invloedrijke factoren op de leeftijd bij een autisme diagnose tussen 2012-2018.

Methoden

We zochten in PubMed naar literatuur met de zoekwoorden 'age' EN 'diagnosis' EN 'ASD' in de titel of het abstract. We beperkte de zoektocht tot artikelen die gepubliceerd zijn in het Engels van januari 2012 tot februari 2018 en de gemiddelde leeftijd bij een autisme diagnose rapporteerde. Invloedrijke factoren op de leeftijd bij een autisme diagnose werden geëvalueerd. We voerden een random-effects meta-analyse uit om de gemiddelde leeftijd bij een autisme diagnose te bepalen en voerden een subanalyse uit op studie populatie met kinderen <10 jaar in het kader van vroeg signalering.

Resultaten

We vonden 40 studies die de gemiddelde leeftijd bij een autisme diagnose rapporteerde uit 36 landen (n = 2141 215 individuen). Resultaten laten zien dat de gemiddelde leeftijd bij een autisme diagnose (n=28 033 individuen) varieerde van 29 tot 571 maanden en de meta-analyse toont een gemiddelde (95%CI) leeftijd bij diagnose van 55.5 (44.8;66.2) maanden. Bij populaties <10 jaar (n=17 760 individuen) varieert de leeftijd bij diagnose van 30.8 tot 74.7 maanden en de meta-analyse liet een gemiddelde (95%CI) leeftijd zien van 43.5 (40.0;47.0) maanden. Type ASS diagnose, ernst van de ASD symptomen, comorbide stoornissen en regio waren de meest frequent geapporteerde invloedrijke factoren op de leeftijd bij een autisme diagnose.

Conclusie

Onze systematische review en meta-analyse tussen 2012-2018 liet zien dat de gemiddelde leeftijd bij een autisme diagnose 55.5 maanden is, vergeleken met 38 tot 120 maanden gebaseerd op de literatuur tussen 1990 en 2012. Ondanks dat het vergelijken van deze uitkomsten complex is door verschillen in studie opzet, laten deze resultaten enige verbetering zien in de leeftijd bij een autisme diagnose en benadrukken ze dat de vroegherkenning van autisme constante aandacht nodig heeft.

Literatuurverwijzing

Daniels, A. M., & Mandell, D. S. (2014). Explaining differences in age at autism spectrum disorder diagnosis: A critical review. *Autism*, 18(5), 583-597.

P34 De associatie tussen borstvoeding en eetgedrag op de zuigelingen leeftijd en latere autisme kenmerken

MSc. Maarten van 't Hof ^{1,2,3,4} / Dr. Wietske Ester ^{3,4,5} / Prof. Dr. Ina van Berckelaer-Onnes ^{3,6} / Prof. D. Manon Hillegers ² / Prof. Dr. Wijbrand Hoek ^{4,7,8} / Dr. Pauline Jansen ^{2,9}

P: Presenterende auteur / spreker

1. De Generation R studie groep, Erasmus Universitair Medisch Centrum
2. Faculteit Kinder- en Jeugdpsychiatrie/psychologie, Erasmus MC- Universitair Medisch Centrum
3. Sarr Expertisecentrum Autisme, Lucertis Kinder- en Jeugdpsychiatrie
4. Parnassia Groep
5. Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Curium-LUMC, Leids Universitair Medisch Centrum
6. Faculteit der Sociale Wetenschappen, Clinical Child and Adolescent Studies, Universiteit Leiden
7. Department of Psychiatry, University Medical Center Groningen, University of Groningen
8. Department of Epidemiology, Mailman School of Public Health, Columbia University
9. Faculteit Psychologie, Education and Child Studies, Erasmus Universiteit Rotterdam

Achtergrond

Een recente review liet zien dat borstvoeding mogelijk beschermend is tegen later autisme maar benoemde tevens het gebrek aan prospectieve studies naar deze associatie (Tseng et al., 2017). Ook blijft het onduidelijk of naast borstvoeding ook eetgedrag op de zuigelingen leeftijd gerelateerd is aan latere autisme kenmerken. Recent onderzoek liet een prospectieve associatie zien tussen eetgedrag in de vroege kindertijd en autisme kenmerken in de midden kindertijd (van 't Hof, et al., unpublished). Kennis over de relatie tussen borstvoeding en vroeg eetgedrag op latere autisme kenmerken kan bijdragen aan de verbetering van de vroegdetectie van autisme.

Doel

Onderzoek van de associatie tussen borstvoeding en eetgedrag op de zuigelingen leeftijd met latere autisme kenmerken, en sekse specificiteit, in de algemene populatie sample Generation R.

Methoden

We includeerden 3546 moeder-kind koppels met moeder rapportage over borstvoeding en eetgedrag op twee maanden oude leeftijd en autisme kenmerken op zes jaar. Eetgedrag op twee maanden werd geëvalueerd aan de hand van zeven specifieke eetgedragingen. De Social Responsiveness Scale werd gebruikt om autisme kenmerken te evalueren. Verschillende kind en moeder covariabelen zijn gebruikt zoals geslacht kind, moederlijke psychopathologie en moederlijke autisme kenmerken.

Resultaten

Borstvoeding op twee maanden was gerelateerd aan minder autisme kenmerken bij zes jaar (gecorrigeerde $B = -0.07$; 95% CI, -0.14 tot -0.00). Het drinken van kleine hoeveelheden (gecorrigeerde $B = 0.17$, 95%CI, 0.04 tot 0.30) en hongerig of niet verzadigd zijn (gecorrigeerde $B = 0.23$, 95%CI, 0.08 tot 0.39) op twee maanden was geassocieerd met meer autisme kernmerken bij zes jaar. Er werden geen interacties met geslacht of borstvoeding gevonden. We vonden geen associatie tussen het langzaam of gretig drinken, veel overgeven, regurgiteren of borstvoeding weigeren van het kind op twee maanden en autisme kenmerken bij zes jaar.

Conclusie

Borstvoeding en eetgedrag op de zuigelingentijd is gerelateerd aan autisme kenmerken later in de kindertijd. Ondanks dat de gevonden associaties klein waren, suggereren de resultaten dat evaluatie van problematisch eetgedrag op de zuigelingen leeftijd relevant is in autisme vroegdetectie.

Literatuurverwijzing

Tseng, P. T., Chen, Y. W., Stubbs, B., Carvalho, A. F., Whiteley, P., Tang, C. H., ... & Yang, W. C. (2017). Maternal breastfeeding and autism spectrum disorder in children: A systematic review and meta-analysis. *Nutritional neuroscience*, 1-9.

P35 Een systematisch literatuuronderzoek naar de effectiviteit van spel-interventies voor kinderen met een autismespectrumstoornis

Drs. Leanne Dijkstra-de Neijs ¹ / Dr. Laura Kluwen ¹ / Prof. Dr. Hanna Swaab ² / Prof. Dr. Em. Ina Berckelaer-Onnes ^{1,2} / Dr. Wietske Ester ^{1,3}

P: Presenterende auteur / spreker

1. SARR Expert Center for Autism, Lucertis Child- and Adolescent Psychiatry, Parnassia Group, Carnissensingel 51, 3083 JA Rotterdam.
2. Universiteit Leiden, Faculteit der Sociale Wetenschappen, Clinical Child and Adolescent Studies Postbus 9555, 2300 RB Leiden.
3. Parnassia Bavo Groep, Parnassia Bavo Academie, Kiwistraat 43, 2552 DH Den Haag. Kinder- en Jeugd Psychiatrie, Curium-LUMC, Endegeesterstraatweg 27, 2342 AK Oegstgeest.

Achtergrond

Autismespectrumstoornissen (ASS) zijn een dringend mondiaal probleem voor de geestelijke gezondheid met een wereldwijde geschatte prevalentie van één op 132 personen¹. Studies tonen aan dat tot 64% van de mensen met ASS co-morbide problemen heeft^{2,3,4,5}. Ouders van kinderen met ASS vertonen meer ouderlijke stress⁶. Kinderen met ASS, co-morbide problemen en aanwezigheid van ouderlijk stress beïnvloeden de ouder-kindrelatie⁶ en kunnen de algehele ontwikkeling van het kind negatief beïnvloeden³. Speltherapie is bewezen effectief voor kinderen met psychische problemen^{7,8}. De ontwikkeling van spel bij kinderen met ASS verschilt van andere kinderen⁹. Er zijn weinig evidence based spel-interventies voor kinderen met ASS¹⁰.

Doel

Bepalen welke vormen van spel-interventies effectief zijn op gedragsproblemen bij kinderen met een ASS en hun ouders.

Methoden

Een systematisch literatuuronderzoek volgens de PRISMA-richtlijnen. Studies zijn opgenomen wanneer deze kwantitatieve data rapporteerden over elk type 'play-therapy' of 'play-based intervention', welke werd gebruikt binnen een populatie van 'children' met 'ASD'.

Resultaten

69 studies werden geïdentificeerd die voldeden aan de zoekcriteria, bestaande uit 13 gerandomiseerde gecontroleerde studies (RCT), 54 quasi-experimentele studies en 2 case-studies. Positieve resultaten met betrekking tot verminderde gedragsproblemen en toegenomen sociale vaardigheden bij kinderen met ASS werden gevonden middels RCT's in 7 spel-interventies: 1) PLAY project^{11–13}, 2) Developmental, Individual-differences & Relationship-based model(DIR)/Floortime^{14–18}, 3) Lego® therapy^{19–22}, 4) Joint Attention Symbolic Play Engagement Regulation (JASPER)^{23–25}, 5) Early Start Denver Model (ESDM)²⁶, 6) 1-2-3 project²⁷ and 7) Pivotal Response Treatment (PRT)^{28,29}. Nog 3 spel-interventies lieten positieve resultaten zien via quasi-experimenteel onderzoek: 1) Theraplay³⁰, 2) Child Centered Play Therapy (CCPT)³¹ and 3) Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)³². Een grote variatie in behandeldoelen en uitkomstmaten werd gevonden binnen alle interventies. De belangrijkste uitkomstmaten waren: minder teruggetrokken sociaal gedrag, driftbuien, toegenomen sociale vaardigheden zoals gezamenlijke aandacht en oogcontact en verbetering van spraak/taal.

Conclusie

Hoewel er een grote hoeveelheid onderzoeken beschikbaar blijkt over spel-interventies voor kinderen met ASS, bestaat slechts een minderheid hiervan uit RCT's. Toekomstig onderzoek moet zich richten op de effectiviteit van spel-interventies voor kinderen met ASS middels RCT's, waarbij tevens ouderlijke stress en de ouder-kindrelatie worden mee genomen als uitkomst maat.

Literatuurverwijzing

1. Baxter a J, Brugha TS, Erskine HE, Scheurer RW, Vos T, Scott JG. The epidemiology and global burden of autism spectrum disorders. *Psychol Med.* 2015;45(3):601-613. doi:10.1017/S003329171400172X.
2. Howlin P, Goode S, Hutton J, Rutter M. Adult outcome for children with autism. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip.* 2004. doi:10.1111/j.1469-7610.2004.00215.x.
3. Seltzer MM, Shattuck P, Abbeduto L, Greenberg JS. Trajectory of development in adolescents and adults with autism. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev.* 2004;10(4):234-247. doi:10.1002/mrdd.20038.
4. Verheij C, Louwse A, van der Ende J, et al. The Stability of Comorbid Psychiatric Disorders: A 7 Year Follow Up of Children with Pervasive Developmental Disorder-Not Otherwise Specified. *J Autism Dev Disord.* 2015;45(12):3939-3948. doi:10.1007/s10803-015-2592-5.
5. Howlin P, Moss P. In review - Adults with autism spectrum disorders. *Can J Psychiatry.* 2012:275-283. <http://publications.cpa-apc.org/browse/documents/564>.
6. Bromley J, Hare DJ, Davison K, Emerson E. Mothers supporting children with autistic spectrum disorders: social support, mental health status and satisfaction with services. *Autism.* 2004;8(4):409-423. doi:10.1177/1362361304047224.
7. Bratton S, Ray D. What the Research Shows About Play Therapy. *Int J Play Ther.* 2000;1(9):47-88. doi:10.1037/h0089440.
8. LeBlanc M, Ritchie M. A meta-analysis of play therapy outcomes. *Couns Psychol Q.* 2001;14(2):149-163 15p. doi:10.1080/09515070110059142.
9. Groothoff E, Jamin H, de Beer-Hoefnagels E. Spel in psychotherapie. 2010:776.
10. C. W, S.L. O, K.A. H, et al. Evidence-Based Practices for Children, Youth, and Young Adults with Autism Spectrum Disorder: A Comprehensive Review. *J Autism Dev Disord.* 2015;45(7):1951-1966. doi:DOI 10.1007/s10803-014-2351-z.
11. Solomon R, Van Egeren L, Mahoney G, Quon Huber M, Zimmerman P. PLAY Project Home Consultation Intervention Program for Young Children With Autism Spectrum Disorders: A Randomized Controlled Trial. *J Dev Behav Pediatr.* 2014;35(8):475-485. doi:10.1097/DBP.000000000000096.
12. Solomon R, Necheles J, Ferch C, Bruckman D. Pilot study of a parent training program for young children with autism: The PLAY Project Home Consultation program. *Autism.* 2007;11(3):205-224. doi:10.1177/1362361307076842.
13. Mahoney G, Solomon R. Mechanism of Developmental Change in the PLAY Project Home Consultation Program: Evidence from a Randomized Control Trial. *J Autism Dev Disord.* 2016. doi:10.1007/s10803-016-2720-x.
14. Pajareya K, Nopmaneejumruslers K. A pilot randomized controlled trial of DIR/Floortime™ parent training intervention for pre-school children with autistic spectrum disorders. *Autism.* 2011;15(5):563-577. doi:10.1177/1362361310386502.
15. Mercer J. Examining DIR/Floortime™ as a Treatment for Children With Autism Spectrum Disorders: A Review of Research and Theory. *Res Soc Work Pract.* 2017;27(5):625-635. doi:10.1177/1049731515583062.
16. Liao S-T, Hwang Y-S, Chen Y-J, Lee P, Chen S-J, Lin L-Y. Home-based DIR/Floortime™ Intervention Program for Preschool Children with Autism Spectrum Disorders: Preliminary Findings. *Phys Occup Ther Pediatr.* 2014;34(4):356-367. doi:10.3109/01942638.2014.918074.
17. Dionne M, Martini R. Floor time play with a child with autism: A single-subject study. *Can J Occup Ther.* 2011. doi:10.2182/cjot.2011.78.3.8.
18. Pajareya K, Nopmaneejumruslers K. A one-year prospective follow-up study of a DIR/Floortime parent training intervention for pre-school children with autistic spectrum disorders. *J Med Assoc Thai.* 2012;95(9):1184-1193.
19. Owens G, Granader Y, Humphrey A, Baron-Cohen S. LEGO?? therapy and the social use of language programme: An evaluation of two social skills interventions for children with high functioning autism and Asperger syndrome. *J Autism Dev Disord.* 2008;38(10):1944-1957. doi:10.1007/s10803-008-0590-6.
20. Legoff DB, Sherman M. Long-term outcome of social skills intervention based on interactive LEGO® play. *Autism.* 2006. doi:10.1177/1362361306064403.
21. Huskens B, Palmen A, Van der Werff M, Lourens T, Barakova E. Improving Collaborative Play Between Children with Autism Spectrum Disorders and Their Siblings: The Effectiveness of a Robot-Mediated Intervention Based on Lego® Therapy. *J Autism Dev Disord.* 2015;45(11):3746-3755. doi:10.1007/s10803-014-2326-0.
22. Legoff DB. Use of LEGO Ó as a Therapeutic Medium for Improving Social Competence. 2004;34(5).
23. Kasari C, Gulsrud A, Paparella T, Helleman G, Berry K. Randomized comparative efficacy study of parent-mediated interventions for toddlers with autism. *J Consult Clin Psychol.* 2015;83(3):554-563. doi:10.1037/a0039080.

24. Gulsrud AC, Helleman G, Shire S, Kasari C. Isolating active ingredients in a parent-mediated social communication intervention for toddlers with autism spectrum disorder. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip.* 2016;57(5):606-613. doi:10.1111/jcpp.12481.
25. Kasari C, Gulsrud AC, Wong C, Kwon S, Locke J. Randomized controlled caregiver mediated joint engagement intervention for toddlers with autism. *J Autism Dev Disord.* 2010;40(9):1045-1056. doi:10.1007/s10803-010-0955-5.
26. Baril EM, Humphreys BP. An Evaluation of the Research Evidence on the Early Start Denver Model. *J Early Interv.* 2017;39(4):321-338. doi:10.1177/1053815117722618.
27. Wong VCN, Kwan QK. Randomized Controlled Trial for Early Intervention for Autism: A Pilot Study of the Autism 1-2-3 Project. *J Autism Dev Disord.* 2010. doi:10.1007/s10803-009-0916-z.
28. Verschuur R, Didden R, Lang R, Sigafoos J, Huskens B. Pivotal Response Treatment for Children with Autism Spectrum Disorders: A Systematic Review. *Rev J Autism Dev Disord.* 2014;1(1):34-61. doi:10.1007/s40489-013-0008-z.
29. Mohammadzaheri F, Koegel LK, Rezaee M, Rafiee SM. A randomized clinical trial comparison between Pivotal Response Treatment (PRT) and structured Applied Behavior Analysis (ABA) intervention for children with autism. *J Autism Dev Disord.* 2014;44(11):2769-2777. doi:10.1007/s10803-014-2137-3.
30. Howard ARH, Copeland R, Lindaman S, Cross DR. Theraplay Impact on Parents and Children with Autism Spectrum Disorder: Improvements in Affect, Joint Attention, and Social Cooperation. *Int J Play Ther.* 2018;27(1):56-68. doi:10.1037/pla0000056.
31. Salter K, Beamish W, Davies M. The effects of child-centered play therapy (CCPT) on the social and emotional growth of young australian children with autism. *Int J Play Ther.* 2016;25(2):78-90. doi:10.1037/pla0000012.
32. Solomon M, Ono M, Timmer S, Goodlin-Jones B. The effectiveness of parent-child interaction therapy for families of children on the autism spectrum. *J Autism Dev Disord.* 2008;38(9):1767-1776. doi:10.1007/s10803-008-0567-5.

P36 Behandelen in de Klas; effectief of niet?

MD, PhD Nathalie Saridjan ¹ / Msc Tessa Stutterheim ¹ / MD Joke Rijnberk ¹

P: Presenterende auteur / spreker

1. Karakter, Kinder- en Jeugdpsychiatrie

Achtergrond

Scholen zijn sinds de invoering van de Wet Passend Onderwijs (op 1 augustus 2014) zelf verantwoordelijk om alle leerlingen die extra ondersteuning nodig hebben, een goede onderwijsplek te bieden. Het speciaal onderwijs bestaat uit 4 clusters, waarvan cluster 4 bedoeld is voor kinderen met psychi(atri)sche stoornissen en gedragsproblemen. De indruk is ontstaan dat mede door invoering van eerder genoemde wet, enkel nog de meest ernstige psychiatrische problematiek op cluster 4 scholen terecht komt waardoor zelfs deze scholen zich soms handelingsverlegen voelen. In overleg en op verzoek van het speciaal (voortgezet) onderwijs in de regio Twente is vanuit Karakter, Kinder- en Jeugdpsychiatrie, begin 2017 gestart met een pilot van de module Behandeling in de Klas (BinK). In deze module biedt een sociotherapeut meerdere malen per week behandeling in de klas aan het kind/de jongere en de leerkracht met als doel dat het kind of de jongere weer tot leren komt op school (op didactisch gebied). De pilot werd als zeer succesvol ervaren, waarna de vraag voor BinK enorm is toegenomen en inmiddels meer dan 35 BinK-trajecten na de pilot zijn gestart. Er is echter nog niet voldoende in kaart gebracht hoe effectief de module BinK nu eigenlijk is.

Doel

Kwantitatief in kaart brengen van de effectiviteit van de module Behandelen in de Klas (BinK) en nagaan of de Teacher's Report Form (TRF) hier een geschikte vragenlijst voor is.

Methoden

Voorafgaand aan een BinK-traject wordt de leerkracht gevraagd de TRF in te vullen, een gedragsvragenlijst bestaande uit 118 vragen over emotionele en gedragsproblemen van het kind of de jongere. Ook kunnen leerkrachten scores op schoolvorderingstoetsen en intelligentietests vermelden. Na afronding van het BinK-traject (gemiddeld 16 weken) wordt de leerkracht opnieuw gevraagd een TRF in te vullen, waarna gekeken wordt of de leerkracht significant minder probleemscores rapporteert na BinK.

Resultaten

Van 8 kinderen/jongeren is er een TRF voorafgaand aan de start van BinK ingevuld door de leerkracht. Van deze kinderen/jongeren moet er nog een TRF na afronding van het BinK traject worden ingevuld. Van 3 is het BinK-traject inmiddels afgerond, van 5 is de verwachting dat deze binnen 3 maanden worden beëindigd.

Conclusie

Begin 2019 zal duidelijk worden of er een (significante) verbetering op de TRF zal worden gerapporteerd door de leerkracht. De verwachting is dat dit het geval zal zijn, aangezien de leerkrachten over het algemeen positief evalueren over reeds afgesloten BinK-trajecten. Indien er geen significante verbetering kan worden aangetoond, is de vraag of de TRF geschikt is om deze behandeling te evalueren. Dit is een eerste stap om de effectiviteit van onze BinK-module in kaart te brengen. De volgende stap zal zijn om deze behandeling met een controle groep (care as usual) te vergelijken.

Literatuurverwijzing

Eimers, T., Ledoux, G., & Smeets, E. (2016). Passend onderwijs in de praktijk. Casestudies in het primair en voortgezet onderwijs en middelbaarBeroepsonderwijs; De Boer, A., & Van der Worp, L. (2016). De impact van passend onderwijs op het SO/SBO en het VSO. Achenbach, T.M., Becker, A., Döpfner, M., Heiervang, E., Roessner, V., Steinhausen, H., & Rothenberger, A., (2008). Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: research findings, applications , and future directions. Child Psychology and Psychiatry, 49, p. 251-275. Verhulst, F.C., Van der Ende, J. (2013). Handleiding ASEBA - Vragenlijsten voor leeftijden 6 t/m 18 jaar: CBCL/6-18, YSR en TRF. Rotterdam: ASEBA Nederland

P37 Fysieke en Farmacologische Vrijheidsbeperkende Interventies in het Ziekenhuis

Dr. Roel Mocking P1

P: Presenterende auteur / spreker

1. Academisch Medisch Centrum, Universiteit van Amsterdam

Achtergrond

Fysieke en farmacologische vrijheidsbeperkende interventies (VBI's), gedefinieerd als alle maatregelen die een persoon in zijn of haar vrijheid beperken, worden veelvuldig gebruikt om met risicovol of problematisch gedrag om te gaan in het ziekenhuis. Er zijn toenemende zorgen over de mate waarin deze VBI's worden ingezet, en of de voordelen opwegen tegen de nadelen. Momenteel bestaat er geen volledig literatuuroverzicht van de voor- en nadelen van fysieke en farmacologische VBI's in het ziekenhuis.

Doel

Doel van de studie is om bij te dragen aan kennisverzameling in het kader van de ontwikkeling van een multidisciplinaire kwaliteitsstandaard over de inzet van VBI's in het ziekenhuis.

Methoden

Eerst zal een uitgebreid literatuuronderzoek worden verricht over de positieve en negatieve effecten van de inzet van VBI's in het ziekenhuis. Daartoe zullen meerdere databases systematisch worden doorzocht, waarna als de gevonden literatuur dit toelaat meta-analyses zullen worden verricht. Vervolgens zullen in multidisciplinaire focusgroepen de resultaten van het literatuuronderzoek worden besproken en gewogen, waarin kennis wordt aangevuld met expert opinion en hiaten in de kennis worden uitgelicht.

Resultaten

Van 8 kinderen/jongeren is er een TRF voorafgaand aan de start van BinK ingevuld door de leerkracht. Van deze kinderen/jongeren moet er nog een TRF na afronding van het BinK traject worden ingevuld. Van 3 is het BinK-traject inmiddels afgerond, van 5 is de verwachting dat deze binnen 3 maanden worden beëindigd.

Conclusie

Deze studie draagt bij aan kennisverzameling in het kader van de ontwikkeling van een multidisciplinaire kwaliteitsstandaard over de inzet van VBI's in het ziekenhuis. Deze zal professionals werkzaam in de zorg kunnen ondersteunen in de afweging voor elke individuele patiënt of een VBI zinvol is of niet. Dit zal leiden tot doelmatiger inzet van VBI's, waarmee de potentiële negatieve consequenties van VBI's kunnen worden verminderd.

Literatuurverwijzing

R.J.T. Mocking, W. de Bruijn, N.G.M. van Geenen, J.G. Daams, M. van Vliet, A.J. Arends, A.M. Boelens, E. Bosnak, J. Meerveld, B. Roelands, B.C. Munster, F. van Hunnik, B. Verwey, M. Figee, S.E. de Rooij. Physical and pharmacological restraints in hospital care: a systematic review. PROSPERO 2019 CRD42019116186

P38 Passende psychiatrie voor het jonge kind

Mori van den Bergh P1 / dr Martine van Dongen-Boomsma 1

P: Presenterende auteur / spreker

1. Karakter

Achtergrond

In de eerste jaren maakt een kind een ongelooflijke mentale ontwikkeling door: door groeien en snoeien in de hersenen ontwikkelt een kind vaardigheden op alle ontwikkelingsterreinen. Neurobiologische factoren (bijvoorbeeld temperament) en vroege contextuele factoren (ouderlijke kwaliteiten, ouder-kind relatie en leefomgeving) bepalen samen de mate en richting van de ontwikkeling van het kind. Kortom, de vroege ontwikkeling is bepalend voor de rest van het leven en vraagt een optimale samenwerking en afstemming tussen kind, ouders en de leefomgeving. Als de vroege ontwikkeling belemmerd wordt door een of meerdere neurobiologische en/of contextuele factoren, kan dit dus gevolgen hebben voor de rest van het leven. Echter, hoewel de eerste jaren de meest kwetsbare zijn, zijn dit tegelijk de meest kansrijke jaren; het brein is volop in ontwikkeling en heeft een hoge mate van plasticiteit, ouders zijn nog niet 'behandelingsmoe' en de relatie tussen ouder en kind is nog jong en buigzaam. Optimale psychiatrische zorg voor jonge kinderen is zo een duurzame investering in de eerste, meest cruciale jaren van het leven.

Doel

Jonge kinderen met (een vermoeden van) psychiatrische problematiek krijgen nog steeds (veel) te laat passende zorg. Door het ontwikkelen en implementeren van een consultatie- en expertiseteam als onderdeel van het TOPGGz gecertificeerde centrum Jonge Kind Karakter Universitair Centrum kan voor elk jong kind met (een vermoeden op) psychiatrische problematiek tijdig passende en heldere triage en zo nodig consultatieve signalering en/of diagnostiek en (toeleiding tot) behandeling gerealiseerd worden. Kennis en vaardigheden kunnen zo ook eenvoudig worden overgedragen naar andere professionals. Toevoegen van psychiatrische kennis aan het bestaande veld helpt duurzaam te investeren in de toekomst van het jonge kwetsbare kind, zijn omgeving en de maatschappij waarin het kind opgroeit.

Methoden

1. Literatuurstudie 2. Verrichten van verschillende cohortstudies in de -nulde lijn (consultatiebureau): algemene screening -tweede lijn (algemeen ziekenhuis): geïntegreerde medische en psychiatrische diagnostiek -niet-medische setting (bv jeugdzorg en spraaktaalcentra): gerichte screening in kwetsbare populatie -complexe kinderspsychiatrische populatie met grote zorgwaarde: veranderbaarheid ouders

Resultaten

1. Triagetool psychiatrische stoornissen op jonge leeftijd in een gezonde populatie. 2. Signaleringsstool in risicopopulatie in niet medische setting. 3. Handreiking geïntegreerde somatische en psychiatrische zorg (diagnostiek en behandeling) voor het jonge kind. 4. Kennis over de invloed van veranderbereidheid en veranderbaarheid van de primaire verzorgers als sleutel naar passende behandeling of begeleiding.

Conclusie

Dit betreft een nog te starten onderzoek.

Literatuurverwijzing

1. de eerste 1000 dagen: het fundamentele belang van een goed begin vanuit biologisch, medisch en maatschappelijk perspectief. Tessa Rooseboom, april 2018, de Tijdstroom. 2. richtlijn voor de etiologische diagnostiek bij kinderen met een ontwikkelingsachterstand/verstandelijke beperking. Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, november 2018

P39 Benaderingswijzen door medisch specialisten en het effect op de eigen regie van de patiënt, beschreven door een ervaringsdeskundige zorgprofessional

Drs. Marjolein Boomsma P1 / lec. dr Alie weerman 2 / Prof. Dr. Tineke Abma 3 / Prof. Dr. Jim van Os 4,5

P: Presenterende auteur / spreker

1. Windesheim zwolle
2. Windesheim Zwolle
3. VU medical center
4. UMC Utrecht
5. azM/ Maastricht UMC+

Achtergrond

Uit mijn onderzoek als radiotherapeut bleek dat hypothyreoïdie na radiotherapie vaak gemist werd 1). Na mijn beide zwangerschappen ontwikkelde ik een postnatale depressie, mede geluxeerd door een onderliggend schildklierlijden (de ziekte van Hashimoto) die in eerste instantie ook nog gemist werd. Het was 2 keer een zeer ontwrichtende ervaring, die mijn leven en carrière compleet stil legde. In samenwerking met de expert pool van ervaringsdeskundige zorgprofessionals van Alie Weerman, heb ik deze ervaringskennis als patiënt omgezet in ervaringsdeskundigheid en wil ik de kennis gebruiken om mee te denken en antwoord te geven op vragen die er zijn in de zorg.

Doel

Aangeven hoe ervaringsdeskundigheid onder zorgprofessionals ingezet kan worden, als 3e bron van kennis bij het beantwoorden van de vraag van M. Huber 2), hoe zorgprofessionals de eigen regie van patiënten kunnen versterken.

Methoden

Het gaat om een co-constructed auto-ethnografisch onderzoek, verricht in samenwerking met elkaar en beschreven vanuit mij als zorgprofessional. De benadering door betrokken medisch specialisten (MS) op mij als patiënt, wordt beschreven en vandaar uit het effect op de arts-patiënt relatie en het gevoel van eigen regie.

Resultaten

43 MS waren direct betrokken bij mijn ziekteproces; vrienden, familie, collega's en behandelend MS. Zij werden op basis van hun benadering verdeeld in 4 groepen, waarbij het effect op de arts-patiënt relatie en gevoel van eigen regie door mij beschreven werd. De MS die met hun kennis in contact waren met mij als arts en daarnaast contact maakten vanuit eigen kwetsbaarheid of patiëntervaring met mij als patiënt, creëerden ruimte voor eigen regie, voor herstel en reductie van zelfstigma. Hierbij werd er goede gestandaardiseerde zorg geleverd. De eigen regie werd onvoldoende benut door MS die alleen standaardzorg leverden, zonder daarbij hun eigen kwetsbaarheid te delen.

Conclusie

De ontwikkeling van ervaringsdeskundigheid onder zorgprofessionals draagt bij aan verbetering van de zorg.

Literatuurverwijzing

1) M Smit, MN Kerstens, MJ Boomsma-van Holten, JG Zijlstra en TP Links. Hypothyreoïdie als complicatie van bestraling van de hals: het belang van schildklierfunctiecontrole. Nederlands tijdschrift voor geneeskunde 2014;158:A6714. 2) M. Huber, M. van Vliet en I. Boers. Heroverweeg uw opvatting van het begrip gezondheid. Ned. Tijdschr. Geneeskunde 2016;160:A7720.

P40 Diversiteit in psychiatrische Diagnostiek (DiDi-study)

dr. Andrea Ruissen P1

P: Presenterende auteur / spreker

1. Amedea

Achtergrond

Depressieve stoornissen worden in het algemeen als een groep heterogene stoornissen beschouwd. Onderzoekers proberen specifieke profielen vast te stellen, gebaseerd op epidemiologie en big data, in een poging verschillende soorten depressie te ontrafelen, relevant voor nieuwe inzichten voor classificatie, behandeling en / of prognose. Deze heterogeniteit is niet alleen gerelateerd aan de dynamiek van patiënten, tijd en symptomen, maar ook aan psychiater-factoren. Het wordt vaak gezegd in de veld dat "wanneer vijf psychiaters om een diagnose worden gevraagd, zeven verschillende diagnoses gesteld worden". (Inter)nationale richtlijnen over het diagnostisch proces zijn niet consistent. De DSM is ontwikkeld om criteria te geven om diagnoses te classificeren en om psychiaters een gemeenschappelijke nomenclatuur te geven. Concepten zoals reactiviteit van stemming, objectiveerbare (in plaats van anamnestic) somberheid en affectmodulatie zijn relevante aspecten voor veel psychiaters in het diagnosticeren van depressieve stoornissen, maar deze concepten zijn niet opgenomen in de DSM-criteria.

Doel

Het doel van deze studie is om de diversiteit van de diagnostiek van depressie in kaart te brengen en te evalueren. Het is een zoektocht naar de aard en de betekenis van het concept diagnostiek van depressieve stoornissen.

Methoden

Deze inductieve onderzoeksstudie wordt opgezet met een kwalitatieve responsieve methodologie in drie fasen. Fasen zullen gedeeltelijk parallel worden uitgevoerd. Dit creëert een iteratief en emergent proces waarin gegevensverzameling, analyse en literatuuronderzoek samenkomen in een responsief ontwerp met mixed methods. De eerste fase is een literatuuronderzoek. Deel 1 is een tekstanalyse van internationale (leidende) richtlijnen over psychiatrische evaluatie, diagnose en classificatie van depressieve stoornissen. Deel 2 is (een update van) een systematische review van literatuur over psychiatrische evaluatie, diagnose en classificatie in unipolaire depressieve stoornissen met MeSH-termen in PubMed conform consort-richtlijnen. De tweede fase is een dossierstudie. We zullen patiëntendossiers gebruiken die twee keer door dezelfde psychiaters zijn worden onderzocht op dezelfde symptomen. Er zijn drie settings waarin deze 'dubbele onderzoeken' vaak worden uitgevoerd: in een academische ziekenhuisomgeving vanwege second opinions, in de criminele setting vanwege toerekeningsvatbaarheidsvraagstukken (Pro Justitia NIFP) en in de bestuursrechtelijke setting vanwege beroepskwesties betreffende uitkeringen bij arbeidsongeschiktheid. Via advocaten, NIFP, patiëntenorganisaties en sociale media zullen patiënten met 'dubbele onderzoeken' worden gevraagd om geïnformeerde toestemming te geven voor het opvragen van hun medische gegevens. In dit doelgerichte steekproefproces streven we ernaar om medische dossiers van 50-70 dubbele diagnostische onderzoeken te verkrijgen voor tekstanalyse. Fase drie is het verzamelen van gegevens door (individuele en focusgroep) interviews met psychiaters om met behulp van (video) vignetten na te denken over de resultaten van de twee andere fasen. In de onderzoekspopulatie streven we naar homogeniteit wat betreft expertise en heterogeniteit met betrekking tot werkomgeving, senioriteit, geslacht en andere relevante factoren die in de literatuur worden beschreven. We streven naar saturatie op relevante codering en denken dat met 24 deelnemers te bereiken. Grounded Theory Approach zal voor analyse worden gebruikt.

Resultaten

Dit project zal nieuwe inzichten opleveren in het diagnostische proces zoals gebruikt in de Nederlandse gezondheidszorgpraktijk, met depressie als een case. - Ten eerste zal deze studie leiden tot meer kennis over heterogeniteit en diversiteit bij het diagnosticeren. Om deze variatie te evalueren moet het spanningsveld tussen diagnostische willekeur en diagnostisch maatwerk beschouwd worden. Daarvoor moet eerst het proces van diagnostiek beter worden begrepen. - Ten tweede zullen deze nieuwe inzichten resulteren in een overkoepelende richtlijn diagnostiek. Dit kan de huidige richtlijnen stroomlijnen (reguliere intakes, expertises, second opinions) en diagnostische competenties van psychiaters verbeteren. - Ten derde zal dit project

informatie genereren over of en hoe het diagnostische proces en de doorverwijzing naar psychiatrische zorg wordt uitgevoerd. Deze studie is daarom relevant vanuit het perspectief van sociale verantwoordelijkheid en sluit aan bij overheidsdoelstellingen betreffende rechtmatige en passende zorg.

Conclusie

Dit onderzoek richt zich op het diagnostisch proces zoals uitgevoerd in de dagelijkse psychiatrische zorgpraktijk in Nederland, met betrekking tot depressiegerelateerde symptomen van unipolaire depressieve stoornis. De studie omvat zowel een empirische dimensie als een normatieve dimensie. Wat doen psychiaters precies bij het diagnosticeren van een depressieve stoornis of bij het uitsluiten van die diagnose en hoe verhoudt dit zich tot de wetenschappelijke literatuur over diagnostiek (van depressieve stoornissen)? Kan, mag of moet er ruimte zijn voor variatie in diagnostiek vanwege subjectiviteit en ervaring, als basis kan bieden voor intersubjectief onderzoek en dialoog? Doelstelling Het doel van deze studie is om te beschrijven en te reflecteren op hoe psychiaters daadwerkelijk de depressieve stoornis diagnosticeren of uitsluiten. Onderzoeksvragen - Wat beschouwen Nederlandse psychiaters als de aard en betekenis van het diagnostische proces voor depressieve symptomen en hoe doen zij dit in hun dagelijkse praktijk? - Hoe verhoudt het bovenstaande zich tot de huidige richtlijnen, normen en inzichten binnen de wetenschappelijke literatuur? - Welke conclusies kunnen getrokken worden op basis van deze resultaten vanuit een normatief perspectief en welke aanbevelingen kunnen geformuleerd worden voor psychiaters die een diagnose stellen en behandelen van depressie?

Literatuurverwijzing

- Ruissen AM. Diagnostiek en classificatie scheiden in de psychiatrie. Tijdschr Psychiatr. 2014; 56: 523- 30 -
Ruissen AM. Richtlijn psychiatrische diagnostiek 2015: sterke positionering en enkele rafelrandjes. Tijdschr Psychiatr. 2016; 4: 323

P41 Cross- sectionele studie naar patiënten met therapieresistente schizofrenie

PhD student Amy Jongkind P1 / dr. Koen Grootens / dr. Michelle Hendriks / Prof. dr. Berno van Meijel 2 / Prof. dr. Aartjan Beekman 2

P: Presenterende auteur / spreker

1. Reinier van Arkel
2. Vumc afdeling Psychiatrie

Achtergrond

In Nederland heeft bijna één op de honderd mensen schizofrenie en per jaar komen daar ongeveer drieduizend nieuwe patiënten bij. Ongeveer twintig tot dertig procent van de patiënten die behandeld worden met antipsychotica blijkt therapieresistent volgens de Nederlandse Clozapine Plus Werkgroep. Anderen vonden echter een veel hogere prevalentie van therapieresistentie, namelijk zestig procent van de onderzochte populatie. Definities over therapieresistente schizofrenie (TRS) zijn vooral vanuit een medisch perspectief geformuleerd, maar blijken voorsnog inconsistent en kunnen aanzienlijk verschillen in hun symptoomprofiel. Onze hypothese is dat de behandeling voor deze kwetsbare groep patiënten (nog steeds) onvoldoende gericht is op symptomatisch en functioneel herstel. Dit brengt het risico met zich mee dat verval in psychosociaal functioneren wordt geaccepteerd in de veronderstelling dat verder herstel niet meer mogelijk is. Dit gaat in bepaalde gevallen mogelijk samen met onterecht behandel pessimisme.

Doel

Inzicht krijgen in hoe vaak therapieresistente schizofrenie en onderbehandeling voorkomt in VIP en FACT teams in Nederland.

Methoden

- documentenanalyse en interviews/vragenlijstonderzoek met patiënten
- interviews met psychiaters

Resultaten

Op de poster presenteren we de eerste tussentijdse resultaten op de volgende vragen; • hoe vaak er sprake is van een schizofrenie spectrum stoornis (SSS) in remissie? • hoe vaak is er sprake van een SSS niet in remissie (maar waarbij geen sprake is van TRS)? • hoe vaak er sprake is van TRS? • hoe vaak is er sprake van CRS? • hoe vaak er sprake is van onderbehandeling?

Conclusie

De resultaten geven; - inzicht in de prevalentie van TRS bij patiënten met een stoornis binnen het psychose-spectrum die in behandeling zijn bij VIP en FACT-teams; - inzicht in de specifieke kenmerken van de patiënten met TRS in vergelijking met de niet-TRS-groep. - inzicht in de mate waarin er richtlijnconform wordt gewerkt in de medische behandeling van patiënten met TRS. - inzicht in de mate van onderbehandeling bij patiënten met TRS. - inzicht in factoren die van invloed zijn op onderbehandeling van patiënten met TRS.

Literatuurverwijzing

Andreasen, N.C., Carpenter, W.T., Kane, J.M., Lasser, R.A., Marder, S.R., Weinberger, D.R. (2005) Remission in Schizophrenia: Proposed Criteria and Rationale for Consensus. *Am J Psychiatry*, 162: 441-449. Howes, O.D., Mc Cutcheon, R., Agid, O., de Bartolomeis, A., van Beveren, N.J., Birnbaum, M.L., Bloomfield, M.A., Bressan, R.A., Buchanan, R.W., Carpenter, W.T., Castle, D.J., Citrome, L., Daskalakis, Z.J., Davidson, M., Drake, R.J., Dursun, S., Ebdrup, B.H., Elkis, H., Falkai, P., Fleischacker, W.W., Gadelha, A., Gaughran, F., Glenthøj, B.Y., Graff-Guerrero, A., Hallak, J.E., Honer, W.G., Kennedy, J., Kinon, B.J., Lawrie, S.M., Lee, J., Leweke, F.M., MacCabe, J.H., McNabb, C.B., Meltzer, H., Möller, H.J., Nakajima, S., Pantelis, C., Reis Marques, T., Remington, G., Rossell, S.L., Russell, B.R., Siu, C.O., Suzuki, T., Sommer, I.E., Taylor, D., Thomas, N., Üçok, A., Umbricht, D., Walters, J.T., Kane, J., Correll, C.U. (2017) Treatment-Resistant Schizophrenia: Treatment Response and Resistance in Psychosis (TRRIP) Working Group Consensus Guidelines on Diagnosis and Terminology. *Am J Psychiatry*, 1;174(3):216-229. doi: 10.1176/appi.ajp.2016.16050503.

P42 Resultaten van de EFFORT-D studie: bewegen en depressie

MD Frank Kruisdijk P1,2,3 / Prof. em. Dr. Marijke Hopman-Rock 4,5,2 / Prof. Dr. Aart-Jan Beekman 6 / Dr. Ingrid Hendriksen 2,4

P: Presenterende auteur / spreker

1. GGZCentraal Innova Onderzoek, Amersfoort, Nederland
2. Body@Work, TNO-VU University Amsterdam Medical Center, Amsterdam.
3. Department of Public and Occupational Health, Amsterdam Public Health Research Institute, Amsterdam University Medical Center, Amsterdam
4. The Netherlands Organisation for applied scientific research TNO, Leiden, The Netherlands
5. Department of Public and Occupational Health, Amsterdam Public Health Research Institute, Amsterdam University Medical Center, Amsterdam, the Netherlands
6. Amsterdam University Medical Center, location VUmc, Department of Psychiatry, Amsterdam, The Netherlands

Achtergrond

Deze gerandomiseerde gecontroleerde studie onderzocht de anti-depressieve- en gezondheids effecten van running therapie of Nordic walking bij patiënten met een depressieve stoornis in de gespecialiseerde GGZ.

Doel

Bepaling van de effectiviteit van running therapie en Nordic walking toegevoegd aan de reguliere protocollaire behandeling bij volwassen depressieve opgenomen- en poliklinische patiënten. De hypothese was dat toegevoegde beweging zou resulteren in een grotere reductie van depressieve symptomen, gemeten met de Hamilton depressie schaal, na een interventie van 6 maanden en een follow-up van nog eens 6 maanden vergeleken met patiënten met alleen reguliere behandeling. Secundaire doelen waren fitness parameters (VO₂max, Wmax, metabole risicofactoren), angst, pijn, kwaliteit van leven en kosten-effectiviteit.

Methoden

Patiënten werden gerekruteerd uit 3 GGZ-regio's. De interventiegroep trainde 2 maal per week gedurende 6 maanden, de controlegroep kreeg reguliere behandeling. Observer-blinde metingen betroffen de Hamiltonscores en meerdere gezondheids- en fitness parameters. Sub-maximale fietstesten werden verricht bij inclusie, 3, 6 en 12 maanden. De effecten van running therapie en Nordic walking werden bepaald op effectgrootte, intention-to-treat (ITT) en per protocol (PP) analyses met behulp van General Linear Models (GLM) met tijd x groep interacties

Resultaten

Van de totaal 183 geschikte patiënten werden er 135 geexcludeerd (40% van de potentiële kandidaten weigerde mee te werken wegens tijdgebrek en motivatie). Samen met een drop-out percentage van 55% na 6 maanden, beperkte dit de power van de studie aanzienlijk. Statistische analyse werd beperkt tot de eerste 3 maanden. Data analyse werd uiteindelijk verricht op 46 patiënten, waarvan 24 in de interventiegroep. GLM, ITT en PP-analyses toonden geen effect op de depressie scores (Cohen's d <0.2) maar wel een groot effect (Cohen's d > 0.8 op aerobe capaciteit (VO₂max.kg-1: p=.02*), maximale externe output (Wmax.kg-1: p=.03*) en Body Mass Index (BMI:p=.04*) ten gunste van de interventiegroep

Conclusie

In deze selectieve en relatief kleine (poli)klinische populatie met een depressieve stoornis kon een significant anti-depressief effect van toegevoegde running therapie en Nordic walking niet worden aangetoond. Gezien de kleine effect-size is dit ook niet de verwachting bij grotere aantallen geïncludeerde deelnemers. Een geïntegreerde leefstijl interventie zal mogelijk meer effect hebben dan een enkele toegevoegde bewegingsinterventie. De significant toegenomen fitheids- en metabole parameters kunnen echter in belangrijke mate bijdragen aan een verlichting van actuele cardio-metabole risico factoren of preventie hiervan in de toekomst.

Literatuurverwijzing

Kruisdijk, F.R, Hendriksen I, Tak EC, Beekman AT, Hopman-Rock M.: Effect of running therapy on depression

(EFFORT-D). Design of a randomised controlled trial in adult patients (ISRCTN 1894). BMC Public Health, 2012, 12:50. Kruisdijk F., Hendriksen I, Tak E, Beekman AJ, Hopman-Rock M., EFFORT-D study process evaluation : challenges in conducting a trial into the effects of running therapy in patients with major depressive disorder. Annals of General Psychiatry, 2018, 17.

P43 De behandeling van apathie na dorsale in plaats van ventrale diepe hersenstimulatie van de nucleus subthalamicus voor de ziekte van Parkinson

Drs. Thomas Zoon P1

P: Presenterende auteur / spreker

1. AMC

Achtergrond

Diepe hersenstimulatie gericht op de Nucleus Subthalamicus (STN DBS) is een effectieve behandeling voor de vergevorderde ziekte van Parkinson. Meerdere studies hebben laten zien dat STN DBS goed werkt voor de motorische verschijnselen en verbetert deze met ongeveer 50 procent. Non-motor symptomen zijn minder onderzocht omdat deze pas later optreden en vaak niet de primaire uitkomst waren van de onderzoeken. De prevalentie van apathie, het verlies van motivatie en energie, is echter hoog, tussen de 21% en de 71% en is geassocieerd met een lage kwaliteit van leven. Neuroimaging studies laten zien dat er een verband bestaat tussen ventrale stimulatie van de STN en deze symptomen.

Doel

Inzicht verschaffen in de psychiatrische bijwerkingen van ventrale versus dorsale stimulatie.

Methoden

Deze studie betreft enkele patiënten die de standaard behandeling voor een laat stadium van de ziekte van Parkinson hebben ontvangen middels STN DBS en waarbij apathie binnen twee jaar na operatie optrad. Wij beschrijven drie PD patiënten met STN DBS gerelateerde apathie die binnen een kort tijdsbestek meer motivatie kregen nadat de stimulatie van ventraal naar dorsaal werd verplaatst.

Resultaten

Deze drie patiënten met invaliderende apathie na de STN DBS voor de ziekte van Parkinson werden succesvol behandeld door de stimulatie van ventraal naar dorsaal in de STN te verplaatsen.

Conclusie

Wij hypotetiseren dat DBS-gerelateerde apathie veroorzaakt kan worden door de ventral stimulatie van de STN en de lokale banen die verbonden zijn met het limbische systeem, met een verstrend effect op motivationeel gedrag. Deze hypothese wordt ondersteund door eerdere neuro-imaging studies die een verband zien tussen de stimulatie van de ventrale STN en verschillende activiteit in andere regionen van het limbische systeem en symptomen van apathie. Onze resultaten zijn belangrijk voor een grote groep patiënten en we suggereren een simpele interventie met een groot effect op de kwaliteit van leven van deze patiënten.

Literatuurverwijzing

1. Higuchi MA et al. Predictors of the emergence of apathy after bilateral stimulation of the subthalamic nucleus in patients with Parkinson's disease. *Neuromod* 2015; 18: 113–117 2. Thobois S et al. . Non-motor dopamine withdrawal syndrome after surgery for Parkinson's disease: predictors and underlying mesolimbic denervation. *Brain* 2010;133:1111–1127 3. Le Jeune F et al. Subthalamic nucleus stimulation in Parkinson disease induces apathy. A PET study. *Neurol* 2009;73:1746 –1751 4. Stefurak T et al.. Deep brain stimulation for Parkinson's disease dissociates mood and motor circuits: a functional MRI case study. *Mov Disord* 2003; 18(12):1508-16

P44 De behandeling van persoonlijkheidsstoornissen via e-groepspsychotherapie (EGP) : een studie protocol

Drs. Bram van der Boom P1,2 / prof. dr. Riper Heleen Riper 1 / dr. Lian van der Krieke 3

P: Presenterende auteur / spreker

1. VU
2. Mediant
3. RUG

Achtergrond

Online behandelingen voor persoonlijkheidsstoornissen (PHS) zijn nog niet ontwikkeld. Deze studie onderzoekt het effect van een geprotocoliseerde groepstherapie, een vorm van schematherapie voor volwassenen met PHS via videobellen / EGP.

Doel

Hypothese: E-groepspsychotherapie (EGP) heeft een vergelijkbare werking als face-to-face groepstherapie bij patiënten met PHS.

Methoden

Studenten en patiënten zullen gekozen worden gebaseerd op inclusie- en exclusiecriteria. Een versleuteld videobel programma is geselecteerd en wordt gebruikt. Het project bestaat uit 3 fases, eindigend met een multicenter randomised controlled trial (RCT).

Resultaten

Fase 1 Een protocol voor EGP zal worden ontwikkeld: (1) Aanpassing van een standaard protocol voor groep schematherapie naar een protocol voor EGP. Hiervoor zullen ook de resultaten van onderstaande scoping review worden gebruikt. (2) Een scoping review betreffende online groepstherapie, inclusief chat en telefoon groepstherapie. Fase 2 Een feasibility studie. N=24 (psychologen/ gezonde vrijwilligers) Duur: 20 EGP sessies van 1.5 uur, 1 sessie per week. Uitkomstmaten zijn acceptatie en feasibility van het protocol. Resultaten zullen gebruikt worden voor vervolmaking van het EGP protocol. Fase 3 Een multicenter RCT met patiënten met een PHS (licht tot matig in ernst, cluster B/C). Evalueren van acceptability en effect op PHS (symptomen) in een pre-past test design. Het doel is het testen van het effect van het EGP protocol in 'routine care'.

Conclusie

Fase 1 en 2 zijn op dit moment in uitvoering. Er blijkt buitengewoon veel interesse, zo getuige de 300 vrijwilligers voor de feasibility studie. De reacties van participanten zijn zeer positief. Als belangrijkste voordelen worden reistijd, gebruiksgemak en prettige combinatie tussen afstand en nabijheid opgemerkt. De eerste tests laten zien dat EGP een stabiele en acceptabele vorm van groepstherapie is. De gebruikelijke en te verwachten groepsdynamica werd duidelijk zichtbaar in de eerste sessies. Dit jaar zullen fase 1 en 2 worden afgerond.

Literatuurverwijzing

Bakos DS, Gallo AE, Wainer R. Contemp Behav Health Care 1: doi: 10.15761/CBHC.1000104

P45 Effectiviteit en veiligheid van amantadine in de behandeling van apathie bij twee patiënten met hersenletsel: twee Single Case Experimental Design stu

Drs Bert ter Mors P1 / MSc Anne-Fleur Domensino 2,3 / PhD Peggy Spauwen 1,3 / Prof Rudolf Ponds 2,3,4 / Prof Peter van Harten 2,5 / Prof Caroline van Heugten 2,6,7

P: Presenterende auteur / spreker

1. Hoogspecialistisch Centrum voor Hersenletsel en Neuropsychiatrie Huize Padua, GGZ Oost Brabant
2. Department of Psychiatry and Neuropsychology and School of Mental Health and Neurosciences, Maastricht University, Maastricht, The Netherlands.
3. Expertisecentrum Hersenletsel Limburg
4. Revalidatiecentrum Adalante, Hoensbroek, Nederland
5. GGZ Centraal Amersfoort
6. Department of Neuropsychology and Psychopharmacology, Maastricht University, Maastricht, The Netherlands.
7. Expertisecentrum Hersenletsel Limburg.

Achtergrond

Er zijn weinig studies naar de effectiviteit van amantadine als behandeling voor apathie na hersenletsel en de bestaande studies zijn van lage kwaliteit. Wij onderzochten het effect en de veiligheid van amantadine bij twee patiënten met apathie na hersenletsel.

Doel

Vaststellen of amantadine effectief is bij apathie na hersenletsel en of het middel bij deze doelgroep veilig is.

Methoden

Er werd gebruik gemaakt van een dubbelblind, gerandomiseerd, placebo gecontroleerd Single Case Experimental Design (SCED). Het betreft een randomized controlled trial waarbij de single case zijn eigen controle is (design: . baseline-amantadine-placebo-onttrekking). Zie ook de door ons gepubliceerde SCED over de behandeling van ongepast sexueel gedrag na hersenletsel. Apathie werd gemeten met een Visueel Analoge Schaal (VAS) specifiek toegesneden op individueel doelgedrag, via een dagelijkse score, de Neuropsychiatric Inventory (NPI) apathie subschaal en de Behaviour Rating Inventory Executive Function for Adults (BRIEF-A) "initiate" subschaal (gescoord eens per fase). Wekelijks werden bijwerkingen nagevraagd via een voor het onderzoek samengestelde vragenlijst, bloeddruk werd gemeten en een ECG vervaardigd. Visuele analyses en statistische analyses, TAU-U en reliable change index, werden uitgevoerd.

Resultaten

Bij de eerste casus was er geen significant verschil in de apathie-scores (VAS) tussen baseline en amantadine (TAU-U=-0.09, P=0.45). In de tweede casus namen de apathie symptomen toe in de amantadine fase vergeleken met baseline (TAU-U=-0.45, P=0.00). Na de amantadine fase (patiënten zitten dan in de placebo fase), namen de apathie symptomen significant af in beide casus, vooral in casus2. Deze vermindering werd ook gevonden op de NPI-apathe subschaal bij casus 2. Bijwerkingen werden gezien bij casus 2 in de amantadine-fase (vooral verminderde eetlust, urine retentie, en dysarthrie)

Conclusie

In beide patiënten was er gedurende de fase van amantadine geen afname van de apathie symptomen. Bij case 2 werden bijwerkingen gezien in de amantadine-fase, wat mogelijk de toename van apathie in die fase verklaarde. Dit zou ook de verklaring kunnen zijn voor de vermindering van de apathie in de placebo-fase. Dit onderzoek kon het positief resultaat van eerder single case onderzoek niet repliceren en meer SCED onderzoek is nodig om de klinische toepasbaarheid van amantadine vast te stellen bij deze kwetsbare moeilijk behandelbare groep.

Literatuurverwijzing

1. Reekum R van, Bayley M, Garner S, Burke IM, Fawsett S, Hart A, Thompson W.N of 1 study: amantadine for the amotivational syndrome in a patient with traumatic brain injury. Brain Inj 1995;9:49-53
2. Kraus MF, Maki PM. Effect of amantadine hydrochloride on symptoms of frontal lobe dysfunction in brain injury: case studies

and review. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 1997 Spring;9(2):222-30. 3. Arciniegas DB, Frey KL, Anderson CA, et al. Amantadine for neurobehavioural deficits following delayed post-hypoxic encephalopathy. *Brain Inj.* 2004 Dec;18(12):1309-18. 4. Kraus MF, Maki P. The combined use of amantadine and l-dopa/carbidopa in the treatment of chronic brain injury. *Brain Inj.* 1997 Jun;11(6):455-60. 5. A.J.W. ter Mors MD, A.P.M. Backx MD, P. Spauwen PhD, R.W.H.M. Ponds PhD, P.N. van Harten MD, PhD, C.M. van Heugten PhD. Efficacy of amantadine on behavioural problems due to acquired brain injury: A systematic review (Submitted for publication in *Brain Injury*) 6. Ter Mors BJ, Van Heugten CM, Van Harten PN. Evaluation of Electrical Aversion Therapy (EAT) for inappropriate sexual behaviour after traumatic brain injury: A Single Case Experimental Design study. Accepted for publication by *BMJ Case Reports* July 2012

P46 De Prepare studie: voorspellen van antipsychotica respons op basis van elektro-encefalografie (EEG)

Dr. Edwin van Dellen P1 / Prof.dr. Wiepke Cahn 1 / Prof.dr. Iris Sommer 2 / Prof.dr. Lieuwe de Haan 3 / Prof.dr. Cornelis Stam 3 / Prof.dr. Birte Glenthøj 4 / Dr. Bob Oranje 4

P: Presenterende auteur / spreker

1. UMC Utrecht
2. UMC Groningen
3. Amsterdam UMC
4. Center for Neuropsychiatric Schizophrenia Research, Glostrup, Denmark

Achtergrond

Herstel van psychose is zeer variabel: sommige patiënten hebben een eenmalige, kortdurende psychotische episode, terwijl anderen lijden onder recidiverende of chronische symptomen. De tijd tussen de eerste symptomen en de start van behandeling is een belangrijke en beïnvloedbare predictor van herstel.

Antipsychotica zijn de eerste keuze behandeling voor een eerste psychotische episode. Tot 40% van de patiënten bereikt echter geen remissie in respons op het eerst voorgeschreven antipsychoticum. Non-respons blijkt pas na tien weken behandeling en is niet voorspelbaar. De ontwikkeling van biomarkers voor respons op antipsychotische behandeling is daarom een cruciale stap naar gepersonaliseerde zorg voor patiënten met een eerste psychose: hiermee kan remissie van psychose voor non-responders worden versneld en kunnen onnodige bijwerkingen worden voorkomen.

Doel

Het testen van de hypothese dat een combinatie van EEG karakteristieken kan worden gebruikt als voorspeller voor respons op antipsychotica bij een eerste psychotische episode. Daarnaast zullen wij testen of deze EEG karakteristieken normaliseren bij patiënten met goede respons op behandeling met antipsychotica.

Methoden

Machine learning algoritmen zoals random forest classificatie zullen worden gebruikt voor het ontwikkelen van een biomarker op basis van verschillende rust-EEG karakteristieken. EEG karakteristieken die zullen worden geanalyseerd zijn de piekfrequentie, spectraalanalyse (waarmee de frequentie en amplitude van het signaal wordt gekarakteriseerd), frequentie-afhankelijke functionele connectiviteit (de communicatie tussen op afstand gelegen hersengebieden) en de organisatie van functionele hersennetwerken.

Resultaten

EEG registraties zijn al verricht in ongeveer 100 medicatie-naïeve patienten met een eerste psychotische episode, met een follow-up meting na zes tot twaalf weken. De respons-predictor op basis van EEG karakteristieken zal worden ontwikkeld met deze data. Vervolgens zal de predictor worden gevalideerd in een onafhankelijke dataset van 100 patiënten, die in Nederland zal worden verzameld. Metingen zullen worden verricht op baseline en na tien weken behandeling. De studie zal lopen van 1-10-2019 t/m 1-10-2024.

Conclusie

De verwachte uitkomst van deze studie is een op EEG gebaseerde predictor van behandelrespons op antipsychotica bij een eerste psychotische episode, die is gevalideerd in een onafhankelijke dataset. Als non-respons kan worden voorspeld, dan kan dit de start van effectieve behandeling sterk vervroegen, bijvoorbeeld door direct behandeling met clozapine te overwegen.

Literatuurverwijzing

1. Y. Zhu et al., Antipsychotic drugs for the acute treatment of patients with a first episode of schizophrenia: a systematic review with pairwise and network meta-analyses. *The Lancet Psychiatry* (2017).
2. A. Khodayari-Rostamabad, G. M. Hasey, D. J. MacCrimmon, J. P. Reilly, H. de Bruin, A pilot study to determine whether machine learning methodologies using pre-treatment electroencephalography can predict the symptomatic response to clozapine therapy. *Clin. Neurophysiol.* (2010).
3. M. Dauwan et al., Random forest to differentiate dementia with Lewy bodies from Alzheimer's disease. *Alzheimer's Dement. Diagnosis, Assess. Dis. Monit.* 4, 99–106 (2016).

P47 Behandeling van ultra-therapieresistente depressie met intraveneuze ketamine

MSc Koshar Safai Pour P1 / Isabella Brouwer 1 / Dr. Erik Giltay 1 / Dr. Martijn van Noorden 1

P: Presenterende auteur / spreker

1. Leids Universitair Medisch Centrum

Achtergrond

Tussen de 10 en 30% van de patiënten met een depressieve stoornis reageert onvoldoende op de richtlijnbehandeling bestaande uit psychotherapie, farmacotherapie en elektroconvulsieve therapie (ECT). Voor deze therapieresistente patiënten is de ontwikkeling van nieuwe behandelingen van essentieel belang. In eerdere gerandomiseerde onderzoeken en meta-analyses is aangetoond dat sub-anesthetische doseringen van intraveneuze ketamine snelle antidepressieve effecten hebben bij patiënten met therapieresistente depressie. De mate van therapieresistentie in deze studies varieert echter aanzienlijk en er is nog weinig literatuur over behandeling met ketamine in de klinische praktijk, buiten studieverband.

Doel

Het beschrijven van de eerste ervaringen met off-label behandeling met intraveneuze ketamine van patiënten met ultra-therapieresistente depressie in het LUMC.

Methoden

Sinds 2016 biedt de afdeling psychiatrie in het LUMC de mogelijkheid van off-label behandeling met intraveneuze esketamine bij patiënten vanaf 18 jaar met een hoofddiagnose depressieve stoornis (unipolair of bipolair) zonder psychotische kenmerken, en therapieresistentie. Therapieresistentie wordt gedefinieerd als het ontbreken van remissie na lege artis behandeling volgens de multidisciplinaire richtlijn depressie (psychotherapie, SSRI/SNRI, TCA, TCA met lithium, MAO-remmer en ECT). Als één of meerdere stappen uit dit protocol overgeslagen zijn dient dit goed gemotiveerd te zijn. Patiënten met ernstige (psychiatrische) co-morbiditeit, contra-indicaties voor esketamine, ernstige suïcidaliteit, of patiënten die borstvoeding geven of zwanger zijn, komen niet in aanmerking voor de behandeling. Indien een patiënt na een poliklinische intake en eventueel klinische observatieperiode in aanmerking komt voor de behandeling wordt geïnformeerde toestemming verkregen en worden psychofarmaca indien mogelijk afgebouwd. Er wordt op baseline een ROM meting gedaan, bestaande uit een Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS), Inventory of Depressive Symptomatology (IDS) en suïcide checklist. Ook wordt routine bloedonderzoek verricht. De behandeling bestaat uit zes infusies van 0,5 mg/kg esketamine in 40 minuten, in twee weken tijd onder supervisie van een psychiater of AIOS, op de afdeling psychiatrie. De patiënt is hierbij nuchter en de vitale functies (bloeddruk en saturatie) worden gemonitord. Op deze dagen wordt één uur na de infusie een MADRS afgenomen en de dag na de infusie vult de patiënt een IDS in. De week na de behandeling volgt nog een ROM.

Resultaten

Gedurende drie jaar zijn 30 patiënten met een therapieresistente depressie verwezen naar het LUMC voor behandeling met ketamine. Tien van de dertig patiënten kwamen op basis van in- en exclusiecriteria in aanmerking voor de off-label behandeling met ketamine. Zij waren gemiddeld 58,6 jaar oud (range 30 tot 85) en acht waren vrouw. Met uitzondering van één patiënt waren alle patiënten in het verleden behandeld met ECT. Zes patiënten leden aan persisterende depressieve stoornis, drie aan een recidiverende depressieve stoornis, en één patiënt aan een therapieresistente bipolaire I depressie. In totaal hebben deze tien patiënten zestien esketaminekuren ondergaan; drie patiënten hebben twee kuren gehad, en één patiënt heeft vier kuren gehad. Van de tien patiënten, hebben slechts twee patiënten een remissie bereikt (MADRS <10) en één een response (MADRS reductie van 50% of meer ten opzichte van baseline) tijdens een van hun kuren. Van de zestien kuren in totaal, zijn vier kuren voortijdig afgebroken, waarbij of vier of vijf giften zijn gegeven. Redenen hiervoor waren toename van suïcidaliteit, een euthanasiewens en een gediagnosticeerd longcarcinoom. Alle patiënten waren matig ernstig tot ernstig depressief op basis van de MADRS-score bij aanvang van de behandeling (gemiddeld 34,9; range 25 tot 46). Van de elf kuren waarvan follow-up data beschikbaar zijn, werd bij acht kuren een vermindering van de MADRS-score gezien. Bij de overige drie kuren werd er een lichte verslechtering gezien op de MADRS ten opzichte van baseline. Opvallend was dat bij twee patiënten na de eerste kuur een verslechtering van de MADRS-score werd gezien, terwijl bij de tweede kuur een significante verbetering werd gezien, waarbij één patiënte een complete remissie bereikte.

Conclusie

Onze eerste resultaten van off-label behandeling met ketamine in de praktijk bij therapieresistente depressieve patiënten zijn zeer wisselend en duidelijk minder effectief dan gerapporteerd in RCTs en meta-analyses. Bij drie van de zestien kuren trad een significante verbetering van de MADRS-score op, waarvan twee remissies en één response. Bij drie van de zestien kuren was er sprake van een lichte verergering van de depressie. De andere acht kuren vertoonden geen tot milde verbetering ten opzichte van de baseline. Deze discrepantie met de literatuur zou verklaard kunnen worden door verschillen in patiëntselectie; vanwege het off-label karakter van de behandeling in het LUMC wordt een strengere definitie van therapieresistentie gehanteerd dan in eerdere RCTs. Dit zou kunnen betekenen dat ultra-therapieresistente patiënten minder baat hebben bij een behandeling met ketamine dan patiënten met een mindere mate van therapieresistentie. Deze case-series geeft aanleiding tot nader onderzoek naar de plaatsbepaling van behandeling van depressie in het behandelprotocol.

Literatuurverwijzing

1. Schwartz J, Murrough JW, Iosifescu DV. Ketamine for treatment-resistant depression: recent developments and clinical applications. *Evidence-based mental health*. 2016;19(2):35-8
2. McGirr A, Berlim MT, Bond DJ, Fleck MP, Yatham LN, Lam RW. A systematic review and meta-analysis of randomized, double-blind, placebo-controlled trials of ketamine in the rapid treatment of major depressive episodes. *Psychological medicine*. 2015;45(4):693-704
3. Fond G, Loundou A, Rabu C, Macgregor A, Lancon C, Brittner M, et al. Ketamine administration in depressive disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychopharmacology*. 2014;231(18):3663-76
4. Han Y, Chen J, Zou D, Zheng P, Li Q, Wang H, et al. Efficacy of ketamine in the rapid treatment of major depressive disorder: a meta-analysis of randomized, double-blind, placebo-controlled studies. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2016;12:2859-67

P48 Guido

msc Alexander van Daele / Dhr. Peter Nobels P

P: Presenterende auteur / spreker

Achtergrond

‘Guido – Uber als inspirator om wachttijden terug te dringen’ De beperkte doorstroom van patiënten is een van de belangrijkste oorzaken van de oplopende wachtlijsten in de GGZ. Zorgprofessionals weten vervolgbehandelaars onvoldoende te vinden. Wie kan passende zorg bieden? Waar is plek en wanneer kan ik terecht? Guido is een Uber-achtige software-oplossing die zorgvraag en zorgaanbod met elkaar verbindt. Dit versnelt de doorstroom en garandeert de patiënt van continuïteit van GGZ-zorg. De kans op terugval neemt hierdoor af. Guido neemt de zorgprofessional zoek- en administratietaken uit handen en schept meer tijd voor datgene waar zorgprofessionals goed in zijn: het bieden van zorg aan patiënten. Doet u als zorgaanbieder mee aan een regionale praktijkproef om wachtlijsten af te bouwen? Of wil u meebouwen om de zorg Uber-gemakkelijk te maken? Slechte doorstroom in de specialistische GGZ De wachtlijstproblematiek in de GGZ is een veelkoppig monster. Een van de oorzaken is de beperkte doorstroom van lichtere casuïstiek uit de specialistische GGZ naar een vervolgbehandelaar. Wanneer een patiënt, na een beperkt succesvolle behandeling, een vervolgbehandeling nodig heeft, start een inefficiënt verwijsproces; een handmatige zoektocht naar een (vrijgevestigde) vervolgbehandelaar. Dit gaat gepaard met veel administratieve handelingen, uitgevoerd door de verwijzer zelf. De verwijzer, die wettelijk verplicht is een patiënt over te dragen, is gemiddeld tien procent van zijn tijd kwijt met zoeken, overdragen en administreren. Het allocatieprobleem Bij het koppelen van een patient aan een vervolgbehandelaar heeft een verwijzer de neiging om te verwijzen naar vervolgbehandelaars waar deze goede ervaringen mee heeft. Mede doordat het verwijsproces grotendeels afhankelijk is van een verwijzer leidt dit allocatieprobleem tot lange wachtlijsten bij een beperkt aantal behandelaars. Tegelijkertijd zijn er andere behandelaars, die dezelfde behandelingen bieden en een kortere wachtlijst hebben, er graag patiënten bij zouden nemen. Het verwijsproces is “een black box” Na een doorverwijzing, ervaren de betrokkenen het vervolg als een “black box”. De patiënt verkeert, tot de intake bij de vervolgbehandelaar, in onzekerheid over bij wie hij/zij in zorg is. “Als ik in nood ben, bij wie kan ik dan terecht?” en “Wanneer is de intake en de eerste behandeling?” Deze onzekerheid verhoogt de kans op terugval in psychiatrische klachten. Een terugval die doorgaans weer leidt tot een langere behandelduur in de specialistische GGZ. Ook de verwijzer die verantwoordelijk is voor de overdracht en zich betrokken voelt, tast vaak in het duister: “hoe gaat het met mijn patiënt? Is de vervolgbehandeling al gestart?”. Wachtlijstbemiddeling werkt onvoldoende Ondanks het feit dat de deelnemers aan het verwijsproces goede intenties hebben en de best mogelijke zorg willen leveren, kunnen ze als individu het proces onvoldoende beïnvloeden. Wachtlijsten lopen op omdat passende zorg niet tijdig gevonden wordt. Zorgverzekeraars hebben wachtlijst-bemiddeling in het leven geroepen om zorgvraag en aanbod te verbinden. Deze wachtlijstbemiddeling is echter onvoldoende laagdrempelig, niet efficiënt, duur en niet onafhankelijk. Automatisering van het verwijsproces Zou het niet mooi zijn als er een verwijsstelsel bestaat waarbij de zorgbehoevende patiënt de vervolgbehandelaar automatisch naar zich toe trekt? Geen “pushstelsel” maar een “pullstelsel” waarbij de verwijzer de patiënt niet richting een al volle wachtkamer duwt, maar een stelsel waarbij de patiënt en de vervolgbehandelaar naar elkaar toe worden getrokken. Een dergelijk stelsel heeft de potentie om de verwijzer te ontzorgen van administratie, de wachtlijsten terug te dringen, en het geeft de patiënten meer regie in het verwijsproces. Een geautomatiseerd verwijsproces kan zorgvraag en een beschikbaar behandelaanbod bij elkaar brengen. Efficiënt, onafhankelijk en gebruikersvriendelijk. Zogenaamde “human errors”, zoals het allocatieprobleem, worden voorkomen. Guido: het geautomatiseerde “Uber gemakkelijke” verwijsstelsel Guido is een applicatie die een dergelijke automatisering van het verwijsproces biedt. De zorgverlener stelt een diagnose en schrijft een verwijsbrief. Vervolgens vindt Guido automatisch, aan de hand van zoekcriteria, een beschikbare zorgverlener met de benodigde expertise. De patiënt kan vervolgens een afspraakverzoek in de agenda van vervolgbehandelaar plaatsen, die deze kan accepteren. De verwijzing is een feit. De juiste zorg op de juiste plek. De gedachte achter Guido is te vergelijken met die van het bedrijf Uber. Guido is een Uber-achtige oplossing waarbij patiënten (passagiers) en beschikbare behandelaars (taxichauffeurs) zelf elkaar vinden, in plaats van dat een verwijzer dat doet (taxicentrale). Een oplossing die te gebruiken is door iedere behandelaar en iedere patiënt; net zoals Uber te gebruiken is door iedere passagier en chauffeur. Een oplossing waarbij iedere behandelaar, net zoals Uber-chauffeurs, er baat bij hebben hun (digitale) ‘zaakjes’ en dienstverlening op orde te hebben. Daarbij maakt Guido het zorgpad en verantwoordelijkheden zichtbaar: bij welke zorgprofessional was de patiënt voor welke klacht in behandeling? En, minstens zo belangrijk: “bij welke behandelaar kan ik als patiënt in geval van nood terecht ook nu ik nog niet

aan een vervolgbehandeling begonnen ben?” Voor verwijzers verlaagt Guido de administratiedruk. Zij kunnen zich daardoor richten op datgene waarvoor ze zijn opgeleid: passende professionele zorg bieden. Een bijkomend voordeel van automatisering is dat Guido behandelaars ontlast van het aanleveren van wachtlijst-informatie. Deze informatie kan Guido automatisch berekenen en versturen.

Doel

Een oproep aan de zorgaanbieders De ontwikkelaars van Guido hebben de ambitie om het initiatief van Guido te verwezenlijken met de zorgaanbieders zelf. Middels dit schrijven doen wij daarom een oproep aan zorgaanbieders: wie wil er meewerken aan een regionale praktijkproef om daarmee de voordelen van een Uber-gemakkelijke oplossing als Guido aan den lijve te ondervinden? En wie wil van daaruit de doorontwikkeling verder medevomgeven zoals bijvoorbeeld Guido voor het vinden van zorgplekken (“Guido voor bedden”)?

Methoden

n.v.t.

Resultaten

n.v.t.

Conclusie

n.v.t.

Literatuurverwijzing

n.v.t.