

P01 Afbouw van meerdere antipsychotica naar één antipsychoticum bij langdurig opgenomen patiënten met psychotische stoornissen

Anne Willems ^{1,2} / Mushde Shakir ^{3,4} / Remko van Lutterveld ⁵ / Peter van Harten ^{1,2} / Diederik Tenback ⁴

P: Presenterende auteur

1. GGz Centraal
2. Maastricht University
3. Parnassia Groep
4. Veldzicht
5. Ministerie van Defensie

Achtergrond

Bij de behandeling van patiënten met schizofrenie worden vaak, tegen het advies van richtlijnen, meerdere antipsychotica tegelijkertijd voorgeschreven. Wereldwijd zijn de prevalenties 13% tot 70% bij patiënten met schizofrenie [1, 2]. Bij antipsychotische polyfarmacie komt de combinatie van een eerste en een twee generatie middel het meest voor [3]. Patiënten met een combinatie van eerste en tweede generatie antipsychotica hebben mogelijk meer bijwerkingen dan patiënten die één antipsychoticum gebruiken, te denken valt aan bewegingsstoornissen, metabole stoornissen, sedatie, obstipatie en vele andere bijwerkingen.

De studies die de effecten van het afbouwen van meerdere antipsychotica naar één antipsychoticum hebben onderzocht laten wisselende resultaten zien [4-6]. In de meeste studies werden vooral ambulante patiënten met psychotische stoornissen geïnccludeerd.

In de huidige studie onderzochten we of een combinatie van een eerste en een tweede generatie antipsychoticum veilig afgebouwd kan worden naar één antipsychoticum bij langdurig opgenomen patiënten met psychotische stoornissen. In een gerandomiseerd open label onderzoek werd onderzocht wat het effect is van afbouw van twee naar één antipsychoticum op het beloop van de psychotische symptomen en de kans op terugval.

Doel

Nagaan of er verschil is in het beloop van de psychotische symptomen en de kans op terugval bij de afbouw-versus de controlegroep.

Methoden

Het design was een gerandomiseerde open label studie. Er werden 136 patiënten geïnccludeerd van langdurige opname afdelingen van GGz Centraal en Altrecht.

In de afbouwgroep werd één van de twee antipsychotica over een periode van 3 maanden afgebouwd en in de controlegroep bleven patiënten beide middelen gebruiken. De keuze welk antipsychoticum werd afgebouwd werd genomen door de behandelend psychiater.

Terugval was gedefinieerd als een toename van 2 of meer punten op één van de volgende items van de Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS): desorganisatie, hallucinaties, achterdocht en inhoudelijke denkstoornissen, en/of een toename van 4 of meer punten in deze items samen, in combinatie met dat de behandelaar aanpassing van de antipsychotica noodzakelijk vond.

Op baseline, na 3, 6 en 9 maanden werden patiënten onderzocht op symptomen, bijwerkingen en kwaliteit van leven. Daarnaast was er wekelijks contact met de behandelaren van alle geïnccludeerde patiënten om een mogelijke terugval snel te onderkennen. Na een terugval werd er nog één visite uitgevoerd, waarna de patiënt uit de studie viel.

Resultaten

Van de 136 patiënten waren er 67 gerandomiseerd naar de afbouw- en 69 naar de controlegroep. Bij de verreweg de meeste patiënten in de afbouwgroep (n = 63, 94%) werd het klassieke antipsychoticum afgebouwd. Er was minder terugval in de afbouwgroep (n = 19, 28%) dan in de controlegroep (n = 36, 52%). Drop-out was in beide groepen even groot (n = 4). Een logistisch regressiemodel werd gebruikt om het effect van groep op terugval te onderzoeken gecorrigeerd voor mogelijke andere voorspellers. Groep, geslacht, leeftijd, BPRS-totaalscore op baseline en de interacties groep*geslacht, groep*leeftijd en geslacht*leeftijd werden op een hiërarchische manier in het model ingevoerd. Alleen groep en geslacht hadden significante voorspellende waarde en bleven over in het uiteindelijke model. Behandeling in de afbouwgroep had een beschermend effect op terugval met een odds ratio van 0,30 (95% CI 0,14 – 0,65) vergeleken met behandeling in de controlegroep. Vrouwen hadden een hoger risico op terugval dan mannen met een odds ratio van 3,63 (95% CI 1,69 – 7,79). De analyses van het verschil in beloop van psychotische symptomen bij patiënten die geen terugval kregen tijdens de studie worden momenteel uitgevoerd en zullen gereed zijn ten tijde van het Voorjaarscongres.

Conclusie

De belangrijkste bevinding is dat bij langdurig opgenomen patiënten met psychotische stoornissen die een eerste en een tweede generatie antipsychoticum gebruiken, afbouwen van een van de antipsychotica minder kans geeft op terugval dan doorbehandelen met twee antipsychotica. Daarnaast bleek geslacht een belangrijke risicofactor voor terugval, vrouwen vielen meer dan driemaal zo vaak terug als mannen.

Literatuurverwijzing

Barbui, C., et al., Persistence with polypharmacy and excessive dosing in patients with schizophrenia treated in four European countries. *Int Clin Psychopharmacol*, 2006. 21(6): p. 355-62.

Igbinomwanhia, N.G., S.O. Olotu, and B.O. James, Prevalence and correlates of antipsychotic polypharmacy among outpatients with schizophrenia attending a tertiary psychiatric facility in Nigeria. *Ther Adv Psychopharmacol*, 2017. 7(1): p. 3-10.

Gallego, J.A., et al., Prevalence and correlates of antipsychotic polypharmacy: a systematic review and meta-regression of global and regional trends from the 1970s to 2009. *Schizophr Res*, 2012. 138(1): p. 18-28.

Essock, S.M., et al., Effectiveness of switching from antipsychotic polypharmacy to monotherapy. *Am J Psychiatry*, 2011. 168(7): p. 702-8.

Borlido, C., et al., Switching from 2 to 1 antipsychotics in schizophrenia: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2016. 77(1): p. e14-e20.

Constantine, R.J., et al., The risks and benefits of switching patients with schizophrenia or schizoaffective disorder from two to one antipsychotic medication: A randomized controlled trial. *Schizophrenia Research*, 2015. 166(1): p. 194-200.

P02 Effectiviteit en werkingsmechanismen van beeldende therapie bij vrouwen met een angststoornis

Annemarie Abbing ^{1,2} / Erik Baars ¹ / Anne Ponstein ¹ / Leo de Sonnevillle ² / Hanna Swaab ²

P: Presenterende auteur

1. Hogeschool Leiden
2. Universiteit Leiden

Achtergrond

Beeldende therapie als behandelingsoptie voor angst wordt in de klinische praktijk regelmatig toegepast, maar wetenschappelijk bewijs van de effectiviteit ontbreekt, aangezien deze interventie nauwelijks is onderzocht. Dit onderzoek richt zich op de beeldende kunstzinnige therapie (KT), een stroming binnen de vaktherapie waarbij individueel wordt gewerkt en de interventie volledig wordt aangepast aan het individu, binnen een bandbreedte vastgesteld door de beroepsvereniging.

Doel

Het primaire doel was om de effectiviteit van KT op angst bij volwassen vrouwen te bestuderen. Secundair was het exploreren van werkingsmechanismen binnen het domein van de zelfregulatie.

Ook is via een case study op detailniveau de wijze waarop de therapie in de praktijk wordt vormgegeven onderzocht.

Methoden

Een RCT die het effect van KT versus een wachtlijst (WL) conditie vergelijkt op ernst van de angstsymptomen, kwaliteit van leven, emotieregulatie, executief functioneren (vragenlijst en computertaken) en stressregulatie (hartslag en HRV). Factoren die de uitkomst van de behandeling beïnvloeden werden bovendien onderzocht. Deelnemers waren vrouwen in de leeftijd van 18-65 jaar die voldeden aan de diagnostische criteria voor GAD, SAD en/of PD. Participanten uit de wachtlijstgroep volgden na wachttijd eveneens de therapie.

Metingen werden uitgevoerd op drie momenten:

T0 (pre-test); T1 (post-test na drie maanden therapie (KT) / drie maanden wachttijd (WL)) en T2 (follow-up na drie maanden / nameting na drie maanden therapie).

De studie is goedgekeurd door de METC van het Leids Universitair Medisch Centrum (NL36861.018.11) en is geregistreerd in het Nederlands Trial Register (NL6661).

Therapeuten hielden doelstellingen en ingezette oefeningen bij middels een documentatiemethode.

Een representatieve casus is uitgewerkt tot case report volgens de internationaal erkende CAse REport (CARE) Guidelines.

Resultaten

Negenenvijftig vrouwen werden geïncludeerd, waarvan 47 het onderzoek volledig hebben afgerond. Zowel per-protocol als intention-to-treat-analyses toonden effectiviteit van KT aan in vergelijking met WL, zichtbaar in een afname van angst, een toename van subjectieve kwaliteit van leven (beide met grote effectsizes) en een verbetering van de emotieregulatie (medium effect). KT leidde eveneens tot een significant hogere HRV in rust, maar niet tot significante verbeteringen op stressgevoeligheid of stressherstel. De behandelingsgroep ondervond significante verbeteringen in de dagelijkse executieve functies op het gebied van emotiebeheersing, werkgeheugen, plannen / organiseren en taakevaluatie, maar vertoonde geen pre-post behandelingsverschillen met betrekking tot neuropsychologische prestaties op computertaken in vergelijking met de controlegroep. Behandelingseffecten bleven na 3 maanden follow-up. Verbeterde acceptatie van emoties en verbeterde doelgerichte actie zijn aspecten van emotieregulatie die samenhangen met de afname van de angstklachten. Verbeteringen in emotiebeheersing, plannen / organiseren en taakevaluatie waren geassocieerd met KT-gerelateerde angstvermindering.

Bij aanvang had de onderzoekspopulatie minder goede inhibitie prestaties (meer impulsiviteit) dan een gezonde onderzoekspopulatie. Patiënten die veel problemen ervoeren in de emotieregulatie en met dagelijkse EF (cognitieve flexibiliteit en organisatie van materialen) en personen met slechtere remmingsvaardigheden bij aanvang vertoonden een grotere angstreductie en hadden meer kans om te profiteren van KT.

Het case report laat zien dat angsten niet expliciet worden geadresseerd, maar dat er via kunstzinnige oefeningen wordt gewerkt aan verbetering van de emotieregulatie en het executief functioneren.

Conclusie

Deze studie was een eerste verkenning van de effectiviteit en mogelijke werkingsmechanismen van KT bij vrouwen met angstklachten. De resultaten geven aan dat KT effectief is in het verminderen van angstsymptomen, het verbeteren van de kwaliteit van leven. Ook is gebleken dat zelfregulatieprocessen verbeteren en dat dit een rol speelt bij de vermindering van angstsymptomen, maar de exacte mechanismen binnen het therapeutische proces zijn nog niet duidelijk. Om meer inzicht te krijgen in therapeutische processen, zijn andere onderzoeken nodig die gedetailleerde informatie kunnen verschaffen over het verloop van de behandeling (mechanistic evidence).

Het uitgewerkte case report is hierin een eerste stap.

Toekomstige RCT's moeten actieve controles gebruiken (TAU) en kosteneffectiviteit bestuderen.

Literatuurverwijzing

Abbing, A., Baars, E.W., de Sonnevill, L., Ponstein, A.S., & Swaab, H. (2019). The Effectiveness of Art Therapy for Anxiety in Adult Women: A Randomized Controlled Trial. *Front. Psychol.* 10:1203. doi: 10.3389/fpsyg.2019.01203

Abbing, A.C., de Sonnevill, L., Baars, E.W., Bourne, D.A.N., & Swaab, H. (under review). Anxiety reduction through art therapy in women. Exploring stress regulation and executive functioning as underlying neurocognitive mechanisms.

Abbing, A.C., Baars, E.W., Van Haastrecht, O., & Ponstein, A.S. (under review). Acceptance of anxiety through art therapy. A case report exploring how art therapy addresses emotion regulation and executive functioning.

P03 Separatie evaluatie van dubbele diagnose patiënten

Arjen Neven ^{p,1}

P: Presenterende auteur

1. Fivoor

Achtergrond

Separatie in de psychiatrie wordt in Nederland en elders als ongewenst beschouwd (Larue e.a. 2013; Van der Merwe e.a. 2013; Neven e.a. 2016). Sinds 2002 staat het terugdringen van het aantal en de duur van de separaties en het adequaat uitvoeren van een separatie hoog op de politieke agenda. Eén van de manieren om het aantal separaties terug te dringen is het evalueren van de separatie samen met de patiënt. Hierdoor wordt meer inzicht verkregen in de ervaringen van de patiënt.

Doel

Meer inzicht verwerven in de ervaringen van een ernstige dubbele diagnose patiëntengroep na een separatie.

Methoden

Van alle patiënten die tussen 1 januari 2017 en 1 juni 2019 werden gesepareerd op de afdeling Centrum Dubbele Problematiek van Fivoor in Den Haag werden retrospectief data verzameld. Deze kliniek bestaat uit een afdeling duurzaam verblijf verslaafden (DVV) waar patiënten gedurende 1-2 jaar worden opgenomen (10 plekken), een afdeling Weerlanden met opnames van ongeveer 9 maanden (10 plekken) en het centrum dubbele problematiek (CDP; twee gesloten afdelingen met resp. 9 en 12 plekken en een open afdeling met 5 plekken), waar patiënten gedurende 3-12 weken worden opgenomen. In het pand zijn twee separeers aanwezig. Met alle gesepareerde patiënten werd binnen één week na de separatie een evaluatiegesprek ingepland volgens een vaste vragenlijst, welke standaard werd afgenomen door een verpleegkundige of een ervaringsdeskundige. Alle patiënten die gesepareerd waren, werden geïncludeerd in het onderzoek. Bij alle patiënten was sprake van een ernstige verslaving en minstens één andere psychiatrische aandoening. Voor dit onderzoek werden de volgende data uit de medische dossiers verzameld: demografische gegevens, juridische status, de aard van de separatie (vrijwillig of gedwongen) en de evaluatie van de separatie. Alle separatie evaluaties werden letterlijk ingevoerd in een excel bestand en voor de analyse vervolgens gecategoriseerd in twee of drie categorieën.

Patiënten kregen de reguliere zorg. Er werden geen extra vragenlijsten afgenomen en de gegevens werden geanonimiseerd bewaard. Dergelijk onderzoek valt niet onder de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO), waardoor medisch-ethische toetsing niet nodig was.

Resultaten

In totaal vonden in de onderzoeksperiode 127 separaties plaats bij 56 patiënten. 16 patiënten (28,6%) waren vrijwillig opgenomen. Bij 22 separaties (17,3%) was de patiënt akkoord met de separatie, bij 101 separaties (79,5%) werd een noodprocedure gestart en 4 separaties (3,1%) werden als dwangbehandeling ingezet. In totaal werden alle patiënten bijna 4040 uur gesepareerd, gemiddeld 72 uur en 9 minuten per patiënt (variatie: één kwartier tot 182 uur en 45 minuten) en gemiddeld 31 uur en 48 minuten per separatie. Gemiddeld werden patiënten 0,4% van de klinische opnameduur gesepareerd (46 plekken x 913 dagen x 24 uur).

Na 97 van de 127 separaties (76,4%) werd een evaluatie aangeboden (23 keer was dit vergeten, zeven keer was dit niet mogelijk vanwege een direct ontslag uit de separeer). 35 patiënten weigerden de evaluatie. Derhalve werden 62 evaluaties beschreven (48,8%).

De verschillende diagnoses worden op de poster beschreven in figuur 1 en de uitkomsten van de evaluaties in figuur 2. Opvallend was dat de patiënten bijna unaniem positief waren over de manier van evalueren. 50 (80,6%) van de patiënten vond de vragenlijst een goede manier om te evalueren. Verder was opvallend dat 35 patiënten (56,5%) aangaf geholpen te zijn door de separatie en 23 patiënten (27,1%) ervoeren de separatie als positief. 16 patiënten (25,8%) hadden nog last van de separatie. Welke klachten ze hadden werd niet in de evaluatie genoemd.

Conclusie

Een separatie evaluatie is een goede manier om terug te kijken op een heftige gebeurtenis als een separatie. Het kan op individueel en groepsniveau interessante informatie geven, waardoor de zorg kan verbeteren. Een separatie hoeft niet altijd negatieve gevolgen te hebben (Holmes e.a. 2009), echter dient dit geen reden te zijn om gemakkelijk tot separatie over te gaan.

De data wel met voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden. Het betreft een kleine steekproef, waardoor de resultaten minder betrouwbaar zijn. Voorts weigerden een aantal patiënten de evaluatie en is bij sommige patiënten geen evaluatie aangeboden. Mogelijk spelen negatieve ervaringen tijdens de separatie een rol bij de weigering om deel te nemen. Verder wordt opgemerkt dat patiënten nog in behandeling zijn en afhankelijk van de begeleiding op de afdeling. Angst voor de gevolgen van mogelijk negatieve reacties kunnen patiënten ervan weerhouden om kritisch te reageren.

Literatuurverwijzing

Holmes D, Kennedy SL & Perron A. The mentally ill and social exclusion: a critical examination of the use of seclusion from the patient's perspective. *Issues in Mental Health Nursing* 2004;25:559–578.

Larue C, Dumais A, Boyer R, Goulet MH, Bonin JP & Baba N. The Experience of Seclusion and Restraint in Psychiatric Settings: Perspectives of Patients. *Issues in Mental Health Nursing* 2013;34:317–324.

Merwe van der M, Muir-Cochrane E, Jones J, Tziggili M & Bowers L. Improving seclusion practice: implications of a review of staff and patient views. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2012: 1-11.

Neven A, Kool J, Broelman J & Kool N. Separatie-evaluatie in een dubbele diagnose kliniek. *Nurse Academy GGZ* 2016;4:43-47.

P04 Het effect van een rookvrije GGZ

Arjen Neven ^{p1}

P: Presenterende auteur

1. Fivoor

Achtergrond

In Nederland is er steeds meer aandacht voor stoppen met roken. In 2017 heeft GGZ Nederland een intentieverklaring ondertekend om alle GGZ instellingen rookvrij te maken. De vraag is of een rookvrije afdeling effect heeft op het stoppen met roken na opname. Enerzijds zou een rookvrij beleid de opgenomen patiënt kunnen motiveren om te stoppen met roken, zeker als er naast het rookvrije beleid ook stoppen met roken interventies worden aangeboden. Anderzijds kan een rookvrij beleid averechts werken, omdat het afdwingen van een gedragsverandering (in dit geval stoppen met roken) vaak niet werkt.

Doel

Het beschrijven van de evidentie over het effect van een rookvrije GGZ afdeling of verslavingskliniek op het rookgedrag na een opname.

Methoden

In juli 2019 werd een systematische literatuurstudie verricht naar het effect van een rookverbod in psychiatrische ziekenhuizen en verslavingsklinieken op het rookgedrag na opname. Er werd gezocht in MEDLINE, Embase en PsychINFO.

Resultaten

De systematische literatuurstudie leverde 477 artikelen op. Middels het nagaan van de referenties van deze geïnccludeerde artikelen werden nog 6 artikelen toegevoegd. Uiteindelijk voldeden 8 artikelen aan alle inclusiecriteria. In deze onderzoeken werden 19-205 patiënten onderzocht. Bij hen werd 5 dagen tot 18 maanden na opname een interview afgenomen en nagegaan wat hun rookgedrag was. In alle onderzoeken rookte het merendeel van de patiënten weer na opname. Wel waardeerden een meerderheid van de patiënten een rookvrij beleid. Bij de meeste van de patiënten werd geen stoppen met roken behandeling aangeboden na ontslag uit de kliniek.

Conclusie

Er is geen bewijs dat een rookvrij beleid binnen een GGZ instelling of verslavingskliniek leidt tot blijvende abstinentie van roken na ontslag. Dit zou te maken kunnen hebben met een beperkt aanbod van een stoppen met roken behandeling. Daarnaast verbetert de motivatie vaak niet bij gedwongen abstinentie. Wel geeft stoppen met roken minder blootstelling aan rook voor niet-rokende medepatiënten en personeel in de kliniek.

Literatuurverwijzing

Stuyt EB. Enforced Abstinence from Tobacco During In-Patient Dual-Diagnosis Treatment Improves Substance Abuse Treatment Outcomes in Smokers. *The American Journal on Addictions* 2014;24:252–257.

P06 Welke clozapinedosering hebben ouderen nodig voor een therapeutische spiegel: een algoritme

Daniel Klein¹ / Rob Kok²

P: Presenterende auteur

1. Reinier de Graaf Gasthuis
2. Parnassia Groep

Achtergrond

Clozapine wordt vooral voorgeschreven bij patiënten met therapieresistente schizofrenie. Vanwege bijwerkingen zoals sedatie en orthostatische hypotensie wordt de dosis bij ouderen vaak voorzichtig opgebouwd. Twee eerdere studies bij jonger-volwassenen hebben een predictiemodel opgesteld waarmee de uiteindelijke benodigde dosis kan worden berekend, op grond van variabelen zoals leeftijd, geslacht, rookstatus en comedicaatie. Dit is echter nog niet bij ouderen onderzocht, terwijl dit de doelgroep is met de grootste variatie in benodigde dosis.

Doel

Ons doel was een algoritme te maken met klinische variabelen waarmee de benodigde dosis voor een therapeutische spiegel kan worden geschat. Hiermee zouden ouderen sneller en met minder spiegelcontroles op een therapeutische spiegel kunnen worden ingesteld.

Methoden

Patiënten uit een langlopend onderzoek naar clozapine bij ouderen vanaf 55 jaar, ingesteld op clozapine tussen 2011-2016, werden geselecteerd voor deze studie. Uit het elektronische dossier werden de volgende variabelen verzameld: leeftijd, geslacht, rookstatus (ja/nee), clozapine dosis, eerste therapeutische spiegel, en comedicaatie met klinisch relevante invloed op het CYP1A2-systeem. Met behulp van multiële regressie werden twee predictiemodellen gemaakt, waarbij de 2e gebruik maakte van log₁₀-transformatie van clozapine dosis en spiegel, mede ter vergelijking met de eerdere studies bij jonger-volwassenen.

Resultaten

Er werden 227 ambulante en klinische patiënten geïnccludeerd, met een leeftijd van 63.4 ± 7.1 jaar (range 55 – 89), hiervan was 51.5% vrouw. De meest gestelde diagnose was schizofrenie (61.7%), en de benodigde doseringen clozapine voor een therapeutische spiegel varieerde van 50 tot 650 mg. Bij multiële regressie-analyse blijken leeftijd, geslacht en het gebruik van CYP1A2-inducers geen significante invloed te hebben op de clozapinespiegels bij ouderen. Het eerste predictiemodel verklaart 28.2% van de variantie in clozapinespiegels ($r^2=0.282$, $F=15.298$, $p<0.001$), met behulp van de volgende vergelijking: voorspelde clozapinespiegel in $\mu\text{g/L}$ = $0.279 + 0.001 \times (\text{clozapine dosis}) - 0.028 \times (\text{rookstatus; roken}=1, \text{niet-roken}=0) + 0.179 \times (\text{CYP1A2 inhibitor; ja}=1, \text{nee}=0)$. Het 2e model verklaarde 49.2% van de variantie in clozapinespiegels ($r^2=0.492$, $F=35.909$, $p<0.001$), met behulp van de volgende vergelijking: $\text{Log}_{10}(\text{voorspelde clozapinespiegel in } \mu\text{g/L}) = -2.804 + 0.816 \times \text{Log}_{10}(\text{clozapine dosis}) + 0.182 \times (\text{geslacht; man}=0, \text{vrouw}=1) + 0.005 \times (\text{leeftijd}) - 0.075 \times (\text{rookstatus}) - 0.015 \times (\text{CYP1A2 inducer}) + 0.289 \times (\text{CYP1A2 inhibitor})$. De verklaarde variantie in dit model komt overeen met die van beide vergelijkbare onderzoeken bij jonger-volwassenen.

Conclusie

In dit eerste onderzoek naar een predictiemodel van clozapinespiegels bij ouderen, vonden wij opvallend genoeg dat leeftijd geen significant effect had op de spiegels bij ouderen tussen 55 en 89 jaar. Opgemerkt moet worden dat de gemiddelde leeftijd nog relatief jong was en dat weinig hoogbejaarden werden geïnccludeerd (21.6% was ≥ 70 jaar). Belangrijke variabelen zoals genotypering van CYP1A2 ontbraken. Met hetzelfde model als in 2 eerdere studies bij jonger-volwassenen, werd bij ouderen dezelfde voorspelde variantie (ongeveer 50%) van de benodigde dosis gevonden.

Literatuurverwijzing

Perry PJ, Bever KA, Arndt S, et al. Relationship between patient variables and plasma clozapine concentrations: a dosing nomogram. *Biological Psychiatry* 1998; 44: 733–738

Rostami-Hodjegan A, Amin AM, Spencer EP, et al. Influence of dose, cigarette smoking, age, sex, and metabolic activity on plasma clozapine concentrations: a predictive model and nomograms to aid clozapine dose adjustment and to assess compliance in individual patients. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 2004; 24: 70-78.

P07 Dimensions of Anxiety symptoms and their relation to hospitalization, mortality and Quality of Life in dialysis patients

Robbert Schouten¹ / Els Nadort^{1,2} / Victor Harmse² / Adriaan Honig^{2,3} / Wouter van Ballegooijen³ / Birit Broekman^{2,3} / Carl Siegert¹

P: Presenterende auteur

1. OLVG Nephrology
2. OLVG Psychiatry
3. AUMC Psychiatry and GGZ InGeest

Achtergrond

Symptoms of anxiety are highly prevalent in dialysis patients and are associated with adverse clinical outcomes, such as hospitalization and mortality. Identifying symptom dimensions may help to understand the pathophysiology, improve screening and guide treatment options. Currently, there are no data on symptom dimensions of anxiety in dialysis patients.

Doel

First, we aimed to identify the best fitting dimensional model for anxiety in dialysis patients. Second we aimed to assess the association between the symptom dimensions and adverse clinical outcomes.

Methoden

This study is a prospective observational cohort study including patients from 10 dialysis centers in the Netherlands between 2012 and 2017. Anxiety symptoms were measured using the self-questionnaire Beck Anxiety Inventory (BAI). First, confirmatory factor analysis (CFA) was used to identify the best fitting dimensional structure of anxiety symptoms in dialysis patients, by testing existing constructs from literature. Second, the association between dimensions and mortality, hospitalization and quality of life was investigated using stepwise cox, poisson and linear regression models. Multivariable models included a large variety of somatic markers and clinical variables to adjust for possible confounding.

Resultaten

In total 687 chronic dialysis patients were included. Factor analysis showed that a model with 2 dimensions, Somatic anxiety symptoms and Subjective anxiety symptoms, including a General dimensions (the total score) provided a good fit. The Somatic anxiety symptom can be further divided into Autonomic, Neurophysiologic and Panic symptoms. Only the Somatic anxiety symptoms showed an association with increased hospitalization and mortality with a Hazard Ratio of 1.65 (1.15-2.37) $p=0.007$. Both the Subjective and Somatic anxiety symptoms were associated with a decreased Quality of Life.

Conclusie

This study suggest that both a general score for anxiety (the total BAI) as other dimensions can be used to provide insight in these symptoms. Symptom dimensions include a Subjective anxiety dimension and multiple Somatic anxiety dimensions, including Autonomic, Neurophysiologic and Panic dimensions. The Somatic symptoms of anxiety seem to be responsible for the association with an increased rate of hospitalization and higher risk of all-cause mortality, independent of somatic comorbidity. These dimensions could aid in understanding the pathways between mental health and hospitalization and mortality in dialysis patients.

Literatuurverwijzing

Cukor D, Coplan J, Brown C, Friedman S, Cromwell-Smith A, Peterson RA, Kimmel PL: Depression and anxiety in urban hemodialysis patients. *Clin J Am Soc Nephrol*, 2: 484-490, 20072. Murtagh FE, Addington-Hall J, Higginson JJ: The prevalence of symptoms in end-stage renal disease: a systematic review. *Adv Chronic Kidney Dis*, 14: 82-99, 20073. Preljevic VT, Osthus TB, Os I, Sandvik L, Opjordsmoen S, Nordhus IH, Dammen T: Anxiety and depressive disorders in dialysis patients: association to health-related quality of life and mortality. *Gen Hosp Psychiatry*, 35: 619-624, 20134. Cohen SD, Cukor D, Kimmel PL: Anxiety in Patients Treated with Hemodialysis. *Clin J Am Soc Nephrol*, 11: 2250-2255, 2016Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA: An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*, 56: 893-897, 19886. Beck AT SR: Beck Anxiety Inventory Manual. San Antonio, TX: Psychological Corporation, 19937. Steer RA, Rissmiller DJ, Ranieri WF, Beck AT: Structure of the computer-assisted Beck Anxiety Inventory with psychiatric inpatients. *J Pers Assess*, 60: 532-542, 19938. Osman A, Barrios FX, Aukes D, Osman JR, Markway K: The Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties in a community population. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 15: 287-297, 19939. Steer RA, Kumar G, Ranieri WF, Beck AT: Use of the Beck Anxiety Inventory with adolescent psychiatric outpatients. *Psychol Rep*, 76: 459-465, 199510. Osman A, Kopper BA, Barrios FX, Osman JR, Wade T: The Beck Anxiety Inventory: reexamination of factor structure and psychometric properties. *J Clin Psychol*, 53: 7-14, 1997 11. Schouten RW, Haverkamp GL, Loosman WL, Chandie Shaw PK, van Ittersum FJ, Smets YFC, Vleming LJ, Dekker FW, Honig A, Siegert CEH: Anxiety Symptoms, Mortality, and Hospitalization in Patients Receiving Maintenance Dialysis: A Cohort Study. *Am J Kidney Dis*, 2019.

P08 Effects on on-the-road driving performance and antidepressive efficacy of esketamine nasal spray in patients with major depressive disorder

Francis Dijkstra ^{P1}

P: Presenterende auteur

1. CHDR

Achtergrond

The FDA recently approved esketamine nasal spray (NS), a non-competitive NMDA receptor antagonist, for treatment of treatment-resistant depression (TRD). Esketamine leads to rapid antidepressant effects and modulates glutamateric neurotransmission, while most of the currently approved antidepressants affect monoaminergic neurocircuits and only start working after a few weeks of treatment. Antidepressant effects of esketamine NS after single administration last several days, and repeated administration regimens are expected to be applied in clinical practice [1, 2].

However, transient adverse effects after both single and repeated administration (dissociative symptoms, sedation, dizziness) that could impact driving performance have occurred routinely in the hours after esketamine administration. [3].

Doel

The primary and secondary objectives of this study were to investigate the effect of 84 mg esketamine NS on on-the-road driving performance and antidepressant efficacy, respectively.

Methoden

Patients with mild-to-moderate major depressive disorder (MDD) without psychotic features according to DSM-5 were included. The study consisted of 2 parts. Part A used a single-blind, double-dummy, placebo-controlled, randomized 3-period, cross-over design to compare effects of esketamine vs placebo on next-morning driving. Alcohol (blood alcohol concentration $\leq 0.05\%$) was used for assay sensitivity. Part B used an open-label, placebo-controlled, fixed sequence design, esketamine was administered twice weekly, and weekly driving tests were conducted 6h after administration. In both study parts patients completed a 100-km driving test on a public highway in normal traffic. Primary outcome was Standard Deviation of Lateral Position (SDLP) in cm, (weaving of car). Part A driving assessments were conducted 18 \pm 2 hours after previous-day study drug administration. Part B driving tests were conducted 6 \pm 0.5 hours after intranasal treatment. Depressive symptoms measured by the Montgomery-Åsberg depression rating scale (MADRS) and suicidality measured by the Columbia Suicide Severity rating Scale (C-SSRS) were assessed at set timepoints both before and after esketamine IN or placebo IN dosing.

Resultaten

Twenty-seven patients (9 males and 18 females) with a mean (SD) MADRS score at screening of 29.1 (5.07) and mean (SD) age of 37.3 (10.6) were included in the study. Thirteen patients were receiving concurrent pharmacological therapies to treat MDD, the most common being sertraline, citalopram and venlafaxine. Part A was completed by 25 patients, Part B by 23 patients.

In Part A, alcohol significantly impaired driving performance: Least square means (95%CI) for delta SDLP compared with placebo: [Δ SDLP = +1.83 (1.03;2.62)]. There was no significant difference between esketamine and placebo: [Δ SDLP -0.23 (-1.04;0.58)]. In Part B, weekly driving tests showed no significant differences between placebo baseline SDLP and after esketamine administration over 4 weeks (Day 11: [Δ SDLP = -0.96 (-3.72;1.81)], Day 18: [Δ SDLP = -0.56 (-3.33;2.20)], Day 25: [Δ SDLP = -1.05 (-3.82;1.71)]).

In Part A the mean Δ MADRS score 24 hours after esketamine NS + oral placebo, placebo NS + oral placebo and placebo NS + oral alcohol were: -10.7 (4.11) (baseline mean (SD) 24.1 (4.51)), -6.8 (5.29) (baseline mean (SD) 23.1 (5.48)) and -5.5 (6.88) (baseline mean (SD) 21.5 (6.49)), respectively.

In Part B the mean (SD) Δ MADRS (7-Day recall) from baseline (SD) (19.9 (6.61)) were: -2.3 (6.41), -3.0 (6.04), and -5.2 (8.36) on Day 11, Day 18, and Day 25, respectively. None of the patients that received esketamine NS reported suicidal ideations during the study.

Conclusie

In MDD patients, esketamine did not significantly impair on-road driving performance the next morning following a single dose, or same-day after subchronic administration. The MADRS scores indicate an improvement in depression symptoms in both Part A and B, but this improvement was smaller than effects observed in other studies. In the current study a heterogenous group of patients with relatively mild symptoms were included compared to the studies that included patients at risk for suicide and patients with treatment-resistant depression [3, 4]. Next to that, the current study was not powered to measure efficacy as this was only a secondary objective.

Literatuurverwijzing

DeWilde, K.E., et al., The promise of ketamine for treatment-resistant depression: current evidence and future directions. *Ann N Y Acad Sci*, 2015. 1345: p. 47-58.

Covvey, J.R., A.N. Crawford, and D.K. Lowe, Intravenous ketamine for treatment-resistant major depressive disorder. *Ann Pharmacother*, 2012. 46(1): p. 117-23.

Canuso, C.M., et al., Efficacy and Safety of Intranasal Esketamine for the Rapid Reduction of Symptoms of Depression and Suicidality in Patients at Imminent Risk for Suicide: Results of a Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Study. *Am J Psychiatry*, 2018. 175(7): p. 620-630.

Daly, E.J., et al., Efficacy and Safety of Intranasal Esketamine Adjunctive to Oral Antidepressant Therapy in Treatment-Resistant Depression: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 2018. 75(2): p. 139-148.

P10 Helpende factoren voor deelname aan een multidisciplinaire leefstijl bevorderende behandeling

Jacqueline Juffer-Zeevat ^{p1}

P: Presenterende auteur

1. GGz Centraal

Achtergrond

De levensverwachting van mensen met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) is tot 20 jaar korter vergeleken met de algemene bevolking, hoofdzakelijk door lichamelijke aandoeningen. Een ongezonde leefstijl speelt hierin een belangrijke rol. Het lukt mensen met EPA moeilijk hier zelfstandig verandering in aan te brengen. Alleen motivatie is geen garantie voor participatie en er is betere ondersteuning gewenst om hen te activeren. Dit is de reden geweest om bij GGz Centraal een multidisciplinaire leefstijl bevorderende behandeling bij mensen met EPA in de kliniek (MULTI) te ontwikkelen. Naar het perspectief van patiënten zelf over wat zij als helpend ervaren in leefstijlinterventies is echter nog weinig onderzoek gedaan.

Doel

Inzicht krijgen in wat mensen met EPA in de klinische langdurige zorg bij GGz Centraal, locatie Veldwijk, als helpend ervaren om deel te nemen aan MULTI.

Methoden

Een kwalitatief fenomenologisch onderzoek door middel van diepte-interviews (N=12). Data-analyse werd gedaan volgens de stappen van Colaizzi.

Resultaten

Er bleken hoofdzakelijk vier factoren die patiënten als helpend ervaren voor deelname aan MULTI: motivatie, begeleiding, praktische voorwaarden en samen doen. Hun motivatie ligt in het verbeteren van hun lichamelijke gezondheid, het opdoen van sociale contacten en het verdienen van geld (in het geval van werk-gerelateerde activiteiten). Zij ervaren wel belemmeringen die vooral betrekking hebben op symptomen van de ziekte en bijwerkingen van medicatie. Als begeleiding hen stimuleert, uitnodigt voor activiteiten, pusht, aan de hand meeneemt, opdrachten en complimenten geeft wordt dit als helpend ervaren. Daarnaast zijn praktische voorwaarden als gezonde voeding, voorlichting, een dagplanning, gezellige sfeer, aansluiting bij wat men leuk vindt, goede voorzieningen qua sporten en het samen doen van activiteiten helpend.

Conclusie

Het onderzoek laat zien dat klinisch opgenomen mensen met EPA de motivatie hebben om deel te nemen aan een leefstijl bevorderende behandeling. Behalve het bieden van praktische voorwaarden hiervoor binnen de kliniek, blijkt sociale steun van groepsgenoten onderling en in het bijzonder (de steun van) de zorgprofessional hierin essentieel. Het scholen en ondersteunen van zorgprofessionals in (de toepassing van) kennis en vaardigheden voor leefstijlbevordering in de GGZ kan mogelijk sterk bijdragen aan de noodzakelijke verbetering van de leefstijl en daarmee de gezondheidstoestand van mensen met EPA in de kliniek.

Literatuurverwijzing

Deenik, J., Kruisdijk, F.R., Tenback, D. E., Braakman-Jansen, A., Taal, E., Hopman-Rock, M., . . . van Harten, P. N. (2017). Physical activity and quality of life in long-term hospitalized patients with severe mental illness: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 17, 298. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1466-0>Deenik, J., Tenback, D. E., Tak, E. C. P. M., Hendriksen, I. J. M., & van Harten, P. N. (2018). Improved quality of life and psychosocial functioning in inpatients with severe mental illness receiving a multidisciplinary lifestyle enhancing treatment. *The MULTI study II. Mental Health and Physical Activity*, 15, 145-152. <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2018.10.004>Deenik, J., Tenback, D. E., Tak, E. C. P. M., Rutters, F., Hendriksen, I. J. M., & van Harten, P. N. (2018). Changes in physical and psychiatric health after a multidisciplinary lifestyle enhancing treatment for inpatients with severe mental illness: the MULTI study I. *Schizophrenia Research*, 204, 360-367. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.07.033>Deenik, J., Tenback, D. E., van Driel, H. F., Tak, E. C. P. M., Hendriksen, I. J. M., & van Harten, P. N. (2018). Less Medication Use in Inpatients With Severe Mental Illness Receiving a Multidisciplinary Lifestyle Enhancing Treatment. *The MULTI III. Frontiers in Psychiatry*, 9, 707. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00707>.

P11 En u, dokter?! De leefstijl van de deelnemers van het Voorjaarscongres 2019 en attitudes en verwijsgedrag ten aanzien van beweeginterventies

Jeroen Deenik^{1,2,3,4} / Thomas Scheewe³ / Frank van Deursen³ / Wiepk Cahn⁴

P: Presenterende auteur

1. GGz Centraal
2. Maastricht University
3. Hogeschool Windesheim
4. UMC Utrecht

Achtergrond

Leefstijlinterventies (bijv. beweeginterventies) hebben laten zien zowel de somatische als geestelijke gezondheid te kunnen verbeteren bij verschillende diagnoses, vooral als die werden gegeven door gekwalificeerde professionals. Ook de voorbeeldfunctie en ondersteuning van zorgprofessionals blijken belangrijk bij de leefstijlverbetering en het volhouden ervan. Naar de kennis en attitude ten aanzien van somatiek en beweeginterventies en fitheid van zorgprofessionals zelf is echter nog niet veel onderzoek gedaan.

Doel

Het onderzoeken van de kennis en attitudes van behandelaren ten aanzien van somatiek en leefstijl binnen de psychiatrie en hun eigen fitheid.

Methoden

Een cross-sectioneel onderzoek op het Voorjaarscongres 2019. Persoons- en beroepskenmerken, mate van fysieke activiteit, ervaren stress, attitudes en kennis rondom somatiek en verwijsgedrag ten aanzien van bewegingsinterventies werden uitgevraagd middels een online vragenlijst. Aanvullend werden deelnemers uitgenodigd voor de Astrand fietstest, waarmee hun fitheid (maximale zuurstofopname; VO₂max) kon worden geschat. Met lineaire en logistische regressiemodellen is geanalyseerd in hoeverre persoons- en beroepskenmerken de fitheid van deelnemers voorspelden en in hoeverre deze factoren en de eigen fitheid de kennis, attitudes en het verwijsgedrag voorspelden.

Resultaten

Uiteindelijk vulden 133 mensen de vragenlijst in en deden 78 mensen de fietstest. Men had een gemiddeld BMI van 24 en bewoog 188min/week matig-intensief. Vrouwelijke deelnemers en psychiaters/psychologen in opleiding bewogen minder. 45% voldeed aan de Nederlandse beweegrichtlijnen en 6% rookte. De beweegnorm werd minder gehaald door deelnemers met hoge stress en meer door deelnemers die zelf al eens een beweegexpert bezochten. Mensen die de fietstest deden hadden een bovengemiddeld goede fitheid, welke lager was voor vrouwen en oudere deelnemers. Kennis en attitudes ten aanzien van somatiek en beweeginterventies waren positief en verschilden niet op persoons- en beroepskenmerken en fitheid. Deelnemers die iemand hadden doorverwezen naar een beweegprogramma of -activiteit (80%), verwezen vooral naar een psychomotorisch therapeut (39%). Deelnemers die zelf aan de beweegrichtlijnen voldeden, verwezen vaker. Er werd evenveel verwezen voor lichamelijke als geestelijke gezondheid en minder voor sociaal welbevinden. Verwijzen naar gemeentelijke voorzieningen en schriftelijke toelichting werden als meest effectieve methoden gezien om patiënten te adviseren.

Conclusie

Het is positief dat de kennis en attitudes rondom somatiek en beweeginterventies hoog scoren en dat positieve effecten voor lichamelijke en geestelijke gezondheid niet afzonderlijk van elkaar worden gezien. Het percentage deelnemers dat voldoet aan de beweegrichtlijnen komt overeen met de algemene bevolking. Gevonden voorspellers voor beweging/fitheid en verwijsgedrag bieden aanknopingspunten om bewegingsstimulering beter toe te spitsen voor zowel behandelaren als patiënten. Dit betreffen voorlopige resultaten. Uitkomsten zullen nog worden vergeleken met eerder (internationaal) onderzoek bij psychiaters en patiënten.

Literatuurverwijzing

Fibbins H, Czosnek L, Stanton R, Davison K, Lederman O, Morell R, Ward P, Rosenbaum S: Self-reported physical activity levels of the 2017 Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (RANZCP) conference delegates and their exercise referral practices. *J Ment Health* 2018:1-8.

P12 Kostenanalyse van de implementatie van een leefstijl-bevorderende behandeling voor mensen met een ernstige psychiatrische aandoening in de kliniek

Jeroen Deenik^{p1,2,3} / Harold van Driel¹ / Diederik Tenback⁴ / Geert Frederix⁵ / Chris van Lieshout⁵ / Peter van Harten^{1,2}

P: Presenterende auteur

1. GGz Centraal
2. Maastricht University
3. Hogeschool Windesheim
4. CTP Veldzicht
5. THINC, Julius Center for Health Sciences and Primary Care, UMC Utrecht

Achtergrond

Mensen met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) leven tot 20 jaar korter dan de algemene bevolking. Een ongezonde leefstijl speelt hierin een grote rol. Leefstijlinterventies hebben laten zien zowel lichamelijke als geestelijke gezondheid te kunnen verbeteren. Een van de obstakels naar implementatie in de dagelijkse praktijk is het gebrek aan studies naar effecten op de langere termijn en studies die de kosteneffectiviteit analyseren. Een multidisciplinaire leefstijl-bevorderende behandeling voor mensen met EPA in de kliniek (MULTI) liet recent als eerste voor deze doelgroep op de langere termijn (na 18 maanden) verbeteringen zien in fysieke activiteit, lichamelijke gezondheid, psychosociaal functioneren en medicatiegebruik, ten opzichte van de gebruikelijke behandeling.

Doel

Het retrospectief analyseren van de zorgkosten vóór en na de implementatie van MULTI, vergeleken met de groep die de gebruikelijke behandeling continueerde.

Methoden

Van de eerder onderzochte groep (N=114; 65 MULTI, 49 gebruikelijke behandeling) werden kosten geëvalueerd van het kwartaal vóór implementatie (Q1 2014) en het kwartaal na 18 maanden MULTI (Q3 2015). Geanonimiseerde dossierdata en programmaschema's werden gebruikt om contacten en activiteiten te identificeren waar de patiënten aan deelnamen, evenals medicatiegebruik en verwijzingen naar externe hulpverleners. Voor ieder contact was bekend welke en hoeveel zorgprofessionals erbij betrokken waren. Op basis van salaristabellen van GGZ Nederland werden personeelskosten berekend per patiënt. Verblijfskosten werden gedestilleerd uit tarieven van zorgzwaarteprofielen en gestelde tarieven van de Nederlandse Zorg Autoriteit (NZA). Medicatiekosten werden teruggerekend op basis van de gedefinieerde dagelijkse dosering en apothekersprijslijsten. Tarieven voor externe behandelingen werden gebaseerd op tarieven van de NZA. Kosten werden in regressieanalyses geanalyseerd met correctie voor baseline kosten en verschillen tussen de MULTI en gebruikelijke behandelgroep.

Resultaten

Analyse van totale kosten van verblijf, patiëntcontacten en -activiteiten, medicatiegebruik en ziekenhuisverwijzingen laten een niet-significante kostenreductie bij MULTI zien ten opzichte van de gebruikelijke behandeling (-€802.52, 95% BI = -2227.05 – 622.0). De grootste kostenbesparing was zichtbaar voor medicatiegebruik. Ook binnen de gebruikelijke behandeling was een reductie van totale kosten zichtbaar, mogelijk door de overkoepelende bezuinigingen. Meer inzicht in afzonderlijke kostenposten zal worden gegeven.

Conclusie

Deze studie draagt bij aan het schaarse onderzoek naar kosten van leefstijlinterventies in de GGZ. De uitkomsten laten zien dat de implementatie van MULTI niet voor extra kosten heeft gezorgd en zelfs in een kleine kostenreductie heeft geresulteerd. Echter is uit eerder implementatieonderzoek gebleken dat investering in ondersteuning voor de teams nodig is om de behandelmethode te bestendigen en breder te implementeren. Afgezet tegen eerder gepresenteerde substantiële verbeteringen in lichamelijke gezondheid, psychosociaal functioneren en medicatiegebruik, lijken de resultaten van de huidige studie een investering te rechtvaardigen. De uitkomsten zijn in lijn met eerdere onderzoeken en hypothesen over de kosteneffectiviteit van leefstijlinterventies in de GGZ en werken mogelijk drempelverlagend voor de invoering van deze interventies in de praktijk.

Literatuurverwijzing

Czosnek L, Lederman O, Cormie P, Zopf E, Stubbs B, Rosenbaum S: Health benefits, safety and cost of physical activity interventions for mental health conditions: A meta-review to inform translation efforts. *Mental Health and Physical Activity* 2019, 16:140-151. Deenik J: Thinking inside the box: changing lifestyle to improve the health status of inpatients with severe mental illness. Maastricht: Maastricht University; 2019.

P13 Emotieherkenning, kwaliteit van leven en fysieke activiteit bij mensen met EPA comorbide licht verstandelijke beperking

Robin Rubbens ¹ / Annemiek Haartman¹ / Jeroen Deenik^{2,3} / Barbara Montagne^{1,2}

P: Presenterende auteur

1. Universiteit Utrecht
2. GGz Centraal
3. Maastricht University

Achtergrond

Mensen met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) ervaren vaak beperkingen in het sociaal- cognitief en dagelijks functioneren en hebben over het algemeen een verslechterde emotieherkenning, kwaliteit van leven en fysieke activiteit die hier een rol in spelen. Binnen deze patiëntengroep komen ook veel licht verstandelijke beperkingen (LVB) voor. Mensen met een LVB hebben overeenkomstige kenmerken met EPA. Het is echter nog onduidelijk welke invloed de comorbide presentatie van een EPA en LVB heeft op de emotieherkenning, kwaliteit van leven en fysieke activiteit van de patiënten. In de behandeling is de focus verschoven van cognitief- naar sociaal functioneren, omdat daar meer winst te behalen zou zijn. Echter, de hoge comorbiditeit van LVB onder mensen met EPA en de overeenkomstige disfunctionele kenmerken tussen beide groepen benadrukt de noodzaak van het betrekken van cognitieve functies bij de behandeling. Ook voor de hulpverlener is het van belang om kennis te verkrijgen over de samenwerking van deze stoornissen. Door aanvullende kennis over de comorbide presentatie kan de behandeling en begeleiding beter worden aangepast aan de behoeften van de patiënt. Bovendien zal deze gepersonaliseerde aanpak de re-integratie van de patiënten kunnen vergemakkelijken.

Doel

Het doel van huidige studie was 1a) het onderzoeken van de associatie tussen emotieherkenning en LVB bij mensen met EPA; 1b) te bekijken of emotieherkenning verschilt voor sekse en negatieve emoties bij patiënten met een diagnose in het schizofrenie spectrum; en 2) het onderzoeken van de associaties tussen kwaliteit van leven, fysieke activiteit en LVB bij mensen met EPA.

Methoden

Het onderzoek vond plaats op de afdelingen voor langer durende zorg van GGz Centraal in Amersfoort. Om een indicatie te kunnen geven van LVB werd de Screener voor Intelligentie en Licht verstandelijke beperking (SCIL 18+) gebruikt. Emotieherkenning werd gemeten met de Emotion Recognition Task (ERT). Data van kwaliteit van leven werd verkregen uit de EuroQoL-5D en WHOQoL-Bref en data over fysieke activiteit uit een objectieve meting met versnellingsmeters (ActiGraph GT3X+). Associaties werden geanalyseerd met multiële lineaire regressie.

Resultaten

Van 47 mensen werd een screening voor LVB verkregen. Van hen voldeed 70% (n = 33) aan de criteria voor een indicatie LVB. Resultaten laten zien dat emotieherkenning niet geassocieerd werd met het wel/niet hebben van een indicatie voor LVB. Er was echter wel een positieve lineaire relatie die liet zien dat mensen die hoger op de SCIL scoorden een betere score op emotieherkenning hadden. Enkel de emotie 'walging' bleek negatief significant gerelateerd te zijn aan LVB. In emotieherkenning zijn geen significante verschillen gevonden voor sekse en negatieve emoties. Tot slot bleken kwaliteit van leven en fysieke activiteit allebei niet significant geassocieerd te zijn met LVB.

Conclusie

Emotieherkenning is mogelijk verminderd bij mensen met EPA die hoger scoren op LVB. Samen met de gevonden hoge prevalentie van een indicatie voor LVB, geeft dit aan dat het wenselijk is dat behandeling en begeleiding aangepast wordt op de mogelijkheden van de patiënten. Door het hoge percentage indicatie LVB in een deze relatief kleine steekproef heeft de huidige studie onvoldoende power om sterke uitspraken te kunnen doen over onderscheid tussen mensen met EPA met/zonder indicatie LVB. Aangezien emotieherkenning, de kwaliteit van leven en fysieke activiteit belangrijk zijn voor het dagelijks functioneren van mensen met EPA, zou groter onderzoek hiernaar kunnen bijdragen aan het gericht verbeteren van de behandeling.

Literatuurverwijzing

Bouras, N., Martin, G., Leese, M., Vanstraelen, M., Holt, G., Thomas, C., ... & Boardman, J. (2004). Schizophrenia-spectrum psychoses in people with and without intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48(6), 548-555.

Deenik, J., Kruisdijk, F., Tenback, D., Braakman-Jansen, A., Taal, E., Hopman-Rock, M., ... & van Harten, P. (2017). Physical activity and quality of life in long-term hospitalized patients with severe mental illness: a cross-sectional study. *BMC psychiatry*, 17(1), 298.

Statucka, M., & Walder, D. J. (2017). Facial affect recognition and social functioning among individuals with varying degrees of schizotypy. *Psychiatry research*, 256, 180-187.

P14 SETD1A Loss of function causes a distinct neurodevelopmental disorder in human and impaired learning & memory in Drosophila

Joost Kummeling ^{p1}

P: Presenterende auteur

1. Radboudumc Nijmegen

Achtergrond

Defects in histone methyltransferases (HMTs) are a major contributing factor to Neurodevelopmental disorders (NDDs). Heterozygous loss-of-function (LoF) variants of SETD1A (KMT2F), one of the genes involved in histone H3 lysine 4 (H3K4) methylation and thus in epigenetic modification, have been identified in several individuals from large schizophrenia cohort studies. Interestingly, dominant gene variants were also identified in children with developmental delay.

Doel

To provide further insight in the somatic and behavior profiles of heterozygous SETD1A LoF variants.

Methoden

We further characterized the SETD1A associated Mendelian syndrome by collecting the molecular and clinical features (with an extra focus on psychiatric disease) of 15 so far unpublished individuals with SETD1A variants via a GeneMatcher collaboration. Furthermore, to gain insight into the potential role of SETD1A in fundamental learning and memory processes, we studied the behavioral consequences of a Drosophila knock down of the orthologue Set1.

Resultaten

The mutations identified in the patients mainly comprised of de novo variants that predict a loss of function with c.4582-2_4582delAG being a recurrent mutation resulting in intron retention instead of the presumed exon skipping. Haploinsufficiency of SETD1A leads to a set of symptoms comprising global developmental delay or intellectual disability, subtle facial dysmorphisms, behavior and psychiatric problems. In Drosophila, knockdown of Set1 in postmitotic memory neurons resulted in significantly reduced short- and long-term courtship memory.

Conclusie

Together, this study defines a distinct neurodevelopmental disorder caused by dominant LoF variants in the SETD1A and suggests further support for the important role of H3K4 methyltransferases in memory, developmental disability and neuron function in general.

Literatuurverwijzing

Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th edn. American Psychiatric Publishing: Arlington, VA, 2013. Prevalence and architecture of de novo mutations in developmental disorders. *Nature* 2017; 542(7642): 433-438. De Rubeis S, He X, Goldberg AP, Poultney CS, Samocha K, Cicek AE et al. Synaptic, transcriptional and chromatin genes disrupted in autism. *Nature* 2014; 515(7526): 209-215. Iossifov I, O'Roak BJ, Sanders SJ, Ronemus M, Krumm N, Levy D et al. The contribution of de novo coding mutations to autism spectrum disorder. *Nature* 2014; 515(7526): 216-221. Wysocka J, Myers MP, Laherty CD, Eisenman RN, Herr W. Human Sin3 deacetylase and trithorax-related Set1/Ash2 histone H3-K4 methyltransferase are tethered together selectively by the cell-proliferation factor HCF-1. *Genes Dev* 2003; 17(7): 896-911. Li Y, Jiao J. Histone chaperone HIRA regulates neural progenitor cell proliferation and neurogenesis via beta-catenin. *The Journal of cell biology* 2017; 216(7): 1975-1992. Tajima K, Yae T, Javaid S, Tam O, Comaills V, Morris R et al. SETD1A modulates cell cycle progression through a miRNA network that regulates p53 target genes. *Nat Commun* 2015; 6: 8257. Eising E, Carrion-Castillo A, Vino A, Strand EA, Jakielski KJ, Scerri TS et al. A set of regulatory genes co-expressed in embryonic human brain is implicated in disrupted speech development. *Molecular psychiatry* 2018. Singh T, Kurki MI, Curtis D, Purcell SM, Crooks L, McRae J et al. Rare loss-of-function variants in SETD1A are associated with schizophrenia and developmental disorders. *Nat Neurosci* 2016; 19(4): 571-577.

P15 Precisie psychiatrie: hoe Decision Tools kunnen helpen bij meer gericht behandelen

Ellen Mogendorff¹ / Monique van Bueren¹ / Katrien de Ponti²

P: Presenterende auteur

1. Stichting Topklinische GGz
2. GGz Centraal

Achtergrond

De meeste behandelingen in de ggz hebben het gewenste effect, maar soms stagneert de behandeling of slaat deze niet aan. Naarmate de problematiek ernstiger en complexer is, is de kans groter dat een patient onvoldoende respons heeft op reguliere specialistische ggz conform de richtlijnen. Cijfers variëren van 10-50% nonresponse (Fischer-Klepsch et al., 2009). Inadequate respons op behandeling vergroot de kans op terugval, chroniciteit en hoge maatschappelijke kosten (Baker, et al 2001; Rush, et al 2006; Houtveen J.H. et al 2015; Vroege L., de et al 2017). Daarnaast legt non-respons beslag op de beschikbare behandelcapaciteit in de ggz. De klinische effectiviteit en kosteneffectiviteit van behandeling in de ggz kan verbeteren wanneer:- voorspeld kan worden bij welke patiënten de kans op non-respons bij initiële behandeling groot is- patiënten op basis van pre-treatment patiënt karakteristieken beter gematched worden met een behandeltraject waar zij het meeste profijt van zullen hebben. Decision Tools zijn hulpmiddelen die deze klinische besluitvorming over gericht behandelen kunnen ondersteunen.

Doel

Doel van ons onderzoek was om met klinici Decision Tools te ontwikkelen die in de intakefase de klinische besluitvorming over gerichte behandeling ondersteunen. Decision Tools zijn beknopte eenvoudig toepasbare instrumenten die patiënten identificeren die wel en niet zullen profiteren van reguliere specialistische ggz, dat wil zeggen standaardzorg conform de richtlijn.

Methoden

Cross-sectional, observational multicentre study. In 2012 zijn we gestart met 2 patiëntgroepen: eetstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen. Op basis van een systematic review en conceptmapping hebben experts clusters van indicatoren benoemd die een slechte respons op reguliere specialistische ggz voorspellen bij deze patiëntengroepen. Per cluster is een vraag geformuleerd die met ja/nee beantwoord kan worden. De set vragen is in de praktijk getest bij ggz-instellingen en vrijgevestigde praktijken, statistisch geanalyseerd en valide gebleken. Daarna zijn met dezelfde methode een Decision Tool unipolaire depressie en angststoornissen ontwikkeld. Omdat in de 4 Decision Tools overlappende items voorkomen, is in 2018 een Transdiagnostische Decision Tool ontwikkeld die retrospectief getest is met de datasets van eetstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, unipolaire depressie en angststoornissen en prospectief bij 2 nieuwe doelgroepen: PTSS en Somatoforme Stoornissen (SSS).

Resultaten

We hebben 5 Decision Tools ontwikkeld, waarvan vier diagnose specifiek (eetstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, angststoornissen en depressie) en één transdiagnostisch. De Decision Tools bevatten 6-10 items die met ja/nee ingevuld worden. Wanneer het aantal keer dat ja gescord wordt hoger of gelijk is aan het afkappunt, dan is de kans zeer groot dat de patiënt non-respons zal vertonen op specialistische ggz conform de richtlijn. De psychometrische eigenschappen van de 5 Decision Tools zijn positief; de tools zijn sensitief en specifiek voor het identificeren van patiënten met ernstige complexe problematiek die onvoldoende baat zullen hebben bij standaard behandeling conform de richtlijn. 5 Decision Tools, 5 Wetenschappelijke artikelen, 2 Artikelen in review

Conclusie

De Decision Tools zijn een goed hulpmiddel om te voorspellen of een patiënt zal responderen op reguliere specialistische ggz. Voor de diagnosegroepen eetstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, depressie en angststoornissen kunnen zowel de diagnose specifieke Decision Tools als de Transdiagnostische Decision Tool worden gebruikt. Ze zijn allen valide. De behandelaar kan zelf kiezen welk instrument zijn voorkeur heeft. Hoewel de Transdiagnostische Decision Tool voor een beperkt aantal diagnoses getest is, verwachten we dat tool bruikbaar is voor diverse diagnosegroepen. Klinische implicaties De Decision Tools zijn gratis beschikbaar. Ze kunnen gebruikt worden om gericht te behandelen. Wanneer een patiënt bij de intake hoog scoort op de Decision Tools, wees dan alert: - zet behandeling in, maar monitor zorgvuldig de voortgang, schakel bij stagnatie consultatie & advies in van een zeer gespecialiseerde behandelaar- verwijst de patiënt direct door naar een derdelijns voorziening voor zeer gespecialiseerde behandeling, al dan niet experimenteel.

Literatuurverwijzing

Baker C.B., Woods S.W. (2001) Cost of treatment failure for major depression: direct costs of continued treatment. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 28: 263-277. Dingemans, A.E et al. (2017). Development and Validation of a Decision Tool for Early Identification of Adult Patients with Severe and Complex Eating Disorder Psychopathology in Need of Highly Specialized Care. *European Eating Disorders Review*, 25(5), 366-372. Fischer-Klepsch, M. et al (2009). Misserfolge in der Verhaltenstherapie. *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (pp. 261-275). Springer Berlin Heidelberg. Goorden, M. et al. (2017). Developing a decision tool to identify patients with personality disorders in need of highly specialized care. *BMC psychiatry*, 17(1), 317. Houtveen J.H. et al (2015) Intensive multidisciplinary treatment of severe somatoform disorder: a prospective evaluation. *J Nerv Ment Dis* 203: 141-148. Krugten, F.C.W. van et al (2017). Indicators of patients with major depressive disorder in need of highly specialized care: A systematic review. *PloS one* 12(2), e0171659. Krugten, F.C.W. van et al (2018). Indicators to facilitate the early identification of patients with major depressive disorder in need of highly specialized care: A concept mapping study. *Depression and anxiety*, 35(4), 346-352. Krugten, F.C.W. van et al (2019) The decision tool unipolar depression (DTUD): a new measure to facilitate the early identification of patients with major depressive disorder in need of highly specialized care *BMC Psychiatry* 19:179. Rush AJ, et al (2006) Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR* D report. *Am J Psychiatry* 163: 1905-1917. Vroege L, de et al (2017) Complexity assessed by the INTERMED in patients with somatic symptom disorder visiting a specialized outpatient mental health care setting: a cross-sectional study. *Psychosomatics* 58: 427-436.

P16 ENGELSTALIG ABSTRACT The incidence and nature of post-ECT headache: a systematic review

Laura Mulder ^{p1} / Koen Grootens¹

P: Presenterende auteur

1. Reinier van Arkel

Achtergrond

Headache is a common side effect of electroconvulsive therapy (ECT), but reports on its incidence vary widely. A broad array of treatment regimens have been proposed in the literature. The pathophysiology of post-ECT headache is unclear but a vascular origin has been suggested.

Doel

To perform a systematic literature review of the incidence and nature of post-ECT headache.

Methoden

A systematic literature search was executed in PubMed and Embase to identify relevant articles. Articles were screened on title, abstract and full text according to predefined in- and exclusion criteria. Study characteristics and results concerning the incidence and nature of post-ECT headache were extracted and a weighted mean incidence was calculated.

Resultaten

64 relevant articles were found in the literature search, of which 36 reported on the incidence of post-ECT headache in patients, 9 on the incidence in sessions and 21 articles discussed the possible mechanism leading to post-ECT headache. The incidence of post-ECT headache varied greatly in the literature. The weighted mean incidence in patients was 32,8%, as 786 out of a total population of 2399 patients experienced headache. The weighted mean incidence in sessions was between 9,4% (246/2604 sessions) and 12,1% (236/1958 sessions). The possible mechanism causing post-ECT headache remains unclear, but most studies support a vascular and/or serotonergic theory.

Conclusie

Reports on the incidence of post-ECT headache vary widely. This variation might be due to different methods of measuring headache and different study designs. The mean weighted incidence in patients was 32,8% and in sessions between 9,4% and 12,1%. Post-ECT headache seems to be caused by a combined vascular and serotonergic pathway, but further research is needed.

Literatuurverwijzing

Artikel is in revisie

P17 Zijn spelinterventies voor kinderen met autisme spectrum stoornis effectief?

Leanne Dijkstra-de Neijs¹ / Wietske Ester^{2,3,4}

P: Presenterende auteur

1. SARR Expertise Centrum Autisme, YOUZ Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Parnassia Groep, Carnissensingel 51, 3083 JA Rotterdam
2. Sarr Expert Centre for Autism, Lucertis Child and Adolescence Psychiatry, Rotterdam, The Netherlands
3. Parnassia Psychiatric Institute, The Hague, The Netherlands
4. Department of Child and Adolescent Psychiatry, Curium-LUMC, Leiden University Medical Center, Oegstgeest, The Netherlands

Achtergrond

Spel is cruciaal om een mentaal gezonde volwassene te worden. Als kinderen problemen ervaren, is speltherapie effectief omdat dit past binnen hun natuurlijk gedrag in het ontwikkelen van nieuwe vaardigheden. Sommige kinderen, zoals kinderen met een autisme spectrum stoornis (ASS), vertonen regelmatig een afwijkende spelontwikkeling.

Doel

Beoordelen of spelinterventies effectief zijn voor kinderen met ASS met een risk of bias (ROB) analyse.

Methoden

Een systematisch literatuuronderzoek volgens de PRISMA-richtlijnen naar spelinterventies voor kinderen met ASS waarop een Cochrane ROB-analyse is uitgevoerd.

Resultaten

76 artikelen bestaand uit 22 RCT's (1-22) over 7* spelinterventies en 3 non-RCT's (23-25) over 2** additionele spelinterventies. ROB-analyse toont aan dat 95% van deze RCT's en alle non-RCT's een hoog risico op bias hebben. Wanneer heterogeniteit, behandelduur/intensiteit en grootte van de onderzoekspopulatie werden uitgesloten van ROB-analyse, wordt 76% van de onderzoeken geassocieerd met 'hoog risico op bias'. Sociale interactie, communicatie en gedrag van ouders zijn de meest bestudeerde uitkomsten met aanzienlijke effectgroottes.

* Joint Attention Symbolic Play Engagement Regulation (JASPER)(1–8), Pivotal Response Treatment (PRT)(9–13), Developmental, Individual-differences & Relationship-based model (DIR/Floortime)(14–17), PLAY project(18,19), Early Start Denver Model (ESDM)(20), Lego® therapy(21) & 1-2-3 project(22).

** Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)(23,24) & Theraplay(25).

Conclusie

Of spelinterventies voor kinderen met ASS effectief zijn, is onduidelijk. Deze review toont aan dat de meerderheid van de geëvalueerde onderzoeken een hoog risico op bias hebben. Toekomstig onderzoek moet opgezet worden met betere studiedesigns om het risico op bias te verkleinen zodat het effect van spelinterventies voor kinderen met ASS duidelijker kan worden onderzocht.

Literatuurverwijzing

Lawton K, Kasari C. Teacher-implemented joint attention intervention: Pilot randomized controlled study for preschoolers with autism. *J Consult Clin Psychol*.

Goods KS, Ishijima E, Chang YC, Kasari C. Preschool based JASPER intervention in minimally verbal children with Autism: Pilot RCT. *J Autism Dev Disord*. 2013;43(5):1050-1056.

Kasari, PhD, a B, Kathy Lawton, PhD, c D, Wendy Shih, MPH, e Tyson V. Barker F, et al. Caregiver-Mediated Intervention for Low-Resourced Preschoolers With Autism: An RCT. *Pediatrics*. 2014;134(1).

Kasari C, Gulrud A, Paparella T, Hellemann G, Berry K. Randomized comparative efficacy study of parent-mediated interventions for toddlers with autism. *J Consult Clin Psychol*. 2015;83(3):554-563.

Gulrud AC, Hellemann 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.

Shire SY, Gulsrud A, Kasari C. Increasing Responsive Parent–Child Interactions and Joint Engagement: Comparing the Influence of Parent-Mediated Intervention and Parent Psychoeducation. *J Autism Dev Disord*. 2016;46(5):1737-1747.

Chang YC, Shire SY, Shih W, Gelfand C, Kasari C. Preschool Deployment of Evidence-Based Social Communication Intervention: JASPER in the Classroom. *J Autism Dev Disord*. 2016;46(6):2211-2223.

Shire SY, Chang YC, Shih W, Bracaglia S, Kodjoe M, Kasari C. Hybrid implementation model of community-partnered early intervention for toddlers with autism: a randomized trial. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip*. 2017;58(5):612-622.

Schreibman L, Kaneko WM, Koegel RL. Positive affect of parents of autistic children: A comparison across two teaching techniques. *Behav Ther*. 1991;22(4):479-490.

Nefdt N, Koegel R, Singer G, Gerber M. The use of a self-directed learning program to provide introductory training in pivotal response treatment to parents of children with autism. *J Posit Behav Interv*. 2010;12(1):23-32.

Hardan AY, Gengoux GW, Berquist KL, et al. A randomized controlled trial of Pivotal Response Treatment Group for parents of children with autism. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip*. 2015.

Mohammadzahari 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.

Mohammadzahari F, Koegel LK, Rezaei M, Bakhshi E. A Randomized Clinical Trial Comparison Between Pivotal Response Treatment (PRT) and Adult-Driven Applied Behavior Analysis (ABA) Intervention on Disruptive Behaviors in Public School Children with Autism. *J Autism Dev Disord*. 2015.

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.

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.

Casenhiser DM, Shanker SG, Stieben J. Learning through interaction in children with autism: Preliminary data from a social-communication-based intervention. *Autism*. 2013;17(2):220-241.

Casenhiser DM, Binns A, McGill F, Morderer O, Shanker SG. Measuring and Supporting Language Function for Children with Autism: Evidence from a Randomized Control Trial of a Social-Interaction-Based Therapy. *J Autism Dev Disord*. 2015;45(3):846-857.

Solomon R, Van Egeren LA, Mahoney G, Huber MSQ, 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.

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.

Dawson G, Rogers S, Munson J, et al. Randomized, Controlled Trial of an Intervention for Toddlers With Autism: The Early Start Denver Model. *Pediatrics*. 2010;125(1):e17-e23. doi:10.1542/peds.2009-0958

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.

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.

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.

Zlomke KR, Jeter K, Murphy J. Open-Trial Pilot of Parent-Child Interaction Therapy for Children With Autism Spectrum Disorder. *Child Fam Behav Ther*. 2017;39(1):1-18.

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.

P18 Zicht op herstel; actieve ervaringen

Lisette Meulmeester ^{p1}

P: Presenterende auteur

1. Stichting Emergis

Achtergrond

Er is veel onderzoek gedaan naar de ervaringen met betrekking tot herstel binnen de groep patiënten met EPA. Er is echter weinig bekend over wat andere groepen patiënten binnen de GGZ ervaren als 'persoonlijk herstel'. Ook is onduidelijk wat zij ervaren als helpend bij herstel vanuit de hulpverlening. Dit onderzoek gaat over ambulante cliënten, die niet vallen onder de EPA-doelgroep, maar met een angst- en/of stemmingsstoornis en hun visie op persoonlijk herstel. Daarnaast is onderzocht wat een helpende bijdrage kan zijn van hulpverleners bij hun herstel.

Doel

Het doel was de visie op hun persoonlijk herstelproces te exploreren en tevens de eigenschappen van de hulpverleners naar voren te halen, die voor hen cruciaal waren in dit proces en aanbevelingen te formuleren voor de praktijk.

Methoden

Er is kwalitatief onderzoek uitgevoerd, waarbij 10 cliënten geïnterviewd werden, die geclassificeerd zijn met een DSM 5 diagnose voor een angst- en/of stemmingsstoornis. Er werd thematische analyse gebruikt om de kwalitatieve data te ordenen en analyseren.

Resultaten

In dit onderzoek kwamen vier thema's naar voren, die duidelijkheid gaven over hun persoonlijk herstel. Deze thema's zijn:

- Het proces van herstel:

Uit de woordkeuze van de patiënten bleek, dat ze hun herstelproces ervaren hebben als een actief proces. Ze spraken over het werk wat verzet moet worden en over de activiteiten die ondernomen dienen te worden om tot herstel te komen. Ook bleek uit hun woorden dat het een proces is van vallen en opstaan.

- De betekenis van herstel:

Patiënten leggen uit wat persoonlijk herstel voor hen betekent in hun beleving, zoals het weer kunnen genieten en het hervinden van de zin van het leven.

- Zelfbewustheid:

Patiënten hebben zichzelf beter leren kennen tijdens het herstelproces. Zowel de kwetsbaarheden als de kwaliteiten zijn duidelijker. Men kent de eigen grenzen en tevens de kracht om deze aan te geven.

- Verbinding:

Verbondenheid / wederkerigheid is een helpende factor bij herstel. Zowel van familie, vrienden en lotgenoten, als van hulpverleners is voor de patiënten van grote waarde.

Conclusie

Er is meer zicht op de beleving van persoonlijk herstel bij cliënten met angst- en/of stemmingsstoornissen. Omdat dit een eerste onderzoek is, dient het aanbeveling meer onderzoek te doen naar de beleving van herstel bij deze doelgroep. De aanbeveling voor de praktijk, die wel al duidelijk is, is het belang van overeenstemming over de term 'herstel'. Nu lijken er nog discrepanties te bestaan tussen hulpverleners en cliënten over de inhoud van dit begrip en de implicaties hiervan. Ook dienen de professionals op de hoogte te zijn in welke fase van herstel de patiënt zich bevindt; het gevaar op zowel overvraging als onderschatting is aanwezig. Men dient aan te sluiten bij de fase van herstel. Hoe de mate van herstelondersteuning is die hulpverleners aanbieden is in deze studie niet duidelijk geworden; of er herstelondersteunende zorg óf een therapeutische relatie wordt aangeboden, kan in dit onderzoek niet onderscheiden worden.

Literatuurverwijzing

- Attride-Stirling, J. (2001). Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. *Qualitative Research*, 1(3), 385-405. Geraadpleegd op 24 augustus 2019 van <https://utsc.utoronto.ca/~kmacd/IDSC10/Readings/Readings/text%20analysis/themes.pdf>
- Bird, V., Leamy, M., Tew, J., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2014). Fit for purpose? Validation of a conceptual framework for personal recovery with current mental health consumers. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(7), 644-653. doi:10.1177/0004867413520046
- Boeije, H. R. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen (2e ed.)*. Den Haag, Nederland: Boom Lemma.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Deegan, P. (1997). Recovery and empowerment for people with psychiatric disabilities. *Social Work in Health Care*, 25(3), 11-24. doi:10.1300/J010v25n03_02
- Delespaul, P. H., & Consensusgroep EPA. (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (epa) en hun aantal in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 55(6), 427-438. Geraadpleegd op 23 december 2017 van <http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/55-2013-6-artikel-delespaul.pdf>
- Emergis. (2015). Samen sterk, sterker samen. Geraadpleegd op 25 februari 2018, van http://www.emergis.nl/_wp_/wp-content/uploads/2012/07/_wp_150310-zorgvisie-def.pdf
- GGZ Nederland. (2009). Naar Herstel en gelijkwaardig burgerschap; visie op de (langdurende) zorg aan mensen met psychische aandoeningen. Geraadpleegd op 15 december 2017, van http://www.ggz nederland.nl/uploads/assets/asset_305955.pdf
- GGZ Nederland. (2013). De Herstel Special. Geraadpleegd op 23 november 2017, van http://www.ggz nederland.nl/uploads/assets/asset_948983.pdf
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Grossoehme, D. H. (2014). Research Methodology Overview of Qualitative Research. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 20(3), 109-122. doi:10.1080/08854726.2014.925660
- Den Hollander, D., & Wilken, J. P. L. (2011). *Zo worden cliënten burgers: praktijkboek systematisch rehabilitatiegericht handelen (2e ed.)*. Amsterdam, Nederland: SWP.
- Jacobson, N., & Curtis, L. (2000). Recovery as Policy in Mental Health Services: Strategies Emerging from the States. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, Spring, 1-15. Geraadpleegd van http://im.sut.ac.th/Articles/02_Recovery%20as%20Policy%20in%20Mental%20Health%20Services.pdf
- Mancini, A. D. (2008). Self-Determination theory: a framework for the recovery paradigm. *Advances in Psychiatric Treatment*, 14, 358-365. doi:10.1192/apt.bp.107.004036
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Lippincot Williams & Wilkins: Wolters Kluwer Health
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78. doi:10.1037110003-066X.55.1.68
- Stichting Herstelproces. (2015, 11 oktober). Wat is een herstelproces? Geraadpleegd op 4 augustus 2019, van <http://www.herstelproces.nl/herstel/wat-is-een-herstelproces/>
- Stuart, S., Tansey, L., & Quayle, E. (2017). What we talk about when we talk about recovery: A systematic review and best-fit framework synthesis of qualitative literature. *Journal of Mental Health*, 26(3), 291-304. doi:10.1080/09638237.2016.1222056
- Trimbos-instituut. (2011). Recovery Oriented Practices Index ROPI. Geraadpleegd op 9 januari 2018, van <https://www.trimbos.nl/producten-en-diensten/webwinkel/product/?prod=dl014>
- VUMC. (z.d.). nietwobeslisboom. Geraadpleegd op 25 maart 2018, van <https://www.vumc.nl/afdelingen-themas/1646433/7876770/7877361/7955730/nietwobeslisboom.pdf>
- Werkplaats Herstelondersteuning. (2015, januari). Herstelondersteuning. Van kans naar realiteit. Geraadpleegd op 4 augustus 2019, van file:///C:/Users/Gebruiker/Documents/GGZVS/Leerjaar%203/Onderzoek/Boekje-Herstelondersteuning.pdf

P19 Elastische beloopanalyse van het beloop van individuele symptomen in depressieve patiënten behandeld met elektroconvulsieve therapie

Marijke Booij¹ / Martijn van Noorden¹ / Irene van Vliet¹ / Nathaly Rius-Ottenheim¹ / Nic van der Wee¹ / Bert van Hemert¹ / Erik Giltay¹

P: Presenterende auteur

1. Leids Universitair Medisch Centrum

Achtergrond

Elektroconvulsieve therapie (ECT) is een effectieve behandeling van een depressieve episode in het kader van een unipolaire of bipolaire stoornis. Depressie is een heterogene stoornis maar bij beoordeling van de effectiviteit van behandeling wordt vaak alleen naar de somscores gekeken. Juist het patroon van de veranderingen van symptomen tijdens ECT niet onderzocht.

Doel

Het doel van deze studie is om het longitudinale beloop van de individuele symptomen van depressie tijdens de ECT kuur in kaart te brengen en na te gaan of deze ook op dynamisch over de tijd clusteren.

Methoden

We analyseerden de wekelijkse scores op de 25 items van de verkorte versie van de Comprehensive Psychopathological Rating Scale (vCPRS) van depressieve patiënten die behandeld werden met ECT, gedurende de eerste zes weken van behandeling. Wij analyseerden de scores op de afzonderlijke items op patiëntniveau met 'dynamic time warp' (DTW) analyse, waarbij het longitudinale beloop van elk van de 25 items binnen elk van de 135 patiënten werd vergeleken. In totaal resulteerde dit in 40500 'afstanden', waarin de richting van de verandering en de variabiliteit van de score was meegenomen. Deze resultaten werden op groepsniveau gemiddeld waarna een clusteranalyse werd uitgevoerd.

Resultaten

De patiënten waren gemiddeld 60,3 jaar oud (standaard deviatie 15,1), 63,7% was vrouw, en 76,3% had een unipolaire depressieve stoornis. Op basis van clusteranalyse op eigenschappen van de trajecten van de symptomen, werden vijf symptoomdomeinen geconstrueerd: kernsymptomen (6 items), vitale symptomen (3 items), dissociatie en compulsie (4 items), innerlijke onrust en lethargie (8 items) en zorgen maken (4 items). Kernsymptomen van depressie lieten de snelste daling zien, maar hadden over het gehele traject genomen ook de gemiddeld hoogste scores.

Conclusie

Wij vonden dat de verschillende symptomen van depressie gemeten met de vCPRS zeer verschillende trajecten volgden in de tijd gedurende ECT behandeling, waardoor vraagtekens gesteld kunnen worden bij het gebruik van uitsluitend som-scores van meetinstrumenten die ernst van de stoornis meten.

Literatuurverwijzing

- van den Broek, W.W., et al., Effect of antidepressant medication resistance on short-term response to electroconvulsive therapy. *J Clin Psychopharmacol*, 2004. 24(4): p. 400-3.
- Dombrowski, A.Y., et al., Predictors of remission after electroconvulsive therapy in unipolar major depression. *J Clin Psychiatry*, 2005. 66(8): p. 1043-9.
- Kho, K.H., A.H. Zwinderman, and B.A. Blansjaar, Predictors for the efficacy of electroconvulsive therapy: chart review of a naturalistic study. *J Clin Psychiatry*, 2005. 66(7): p. 894-9.
- Rasmussen, K.G., et al., Antidepressant medication treatment failure does not predict lower remission with ECT for major depressive disorder: a report from the consortium for research in electroconvulsive therapy. *J Clin Psychiatry*, 2007. 68(11): p. 1701-6.
- Fried, E.I., Problematic assumptions have slowed down depression research: why symptoms, not syndromes are the way forward. *Front Psychol*, 2015. 6: p. 309.
- Fried, E.I. and R.M. Nesse, Depression is not a consistent syndrome: An investigation of unique symptom patterns in the STAR*D study. *J Affect Disord*, 2015. 172: p. 96-102.
- Berndt, D.J. and J. Clifford, Using dynamic time warping to find patterns in time series. *AAAI-94 workshop on knowledge discovery in databases*, 1994: p. 229-248.
- Fisher, A.J., Toward a dynamic model of psychological assessment: Implications for personalized care. *J Consult Clin Psychol*, 2015. 83(4): p. 825-36.
- Fisher, A.J., et al., Exploring the idiographic dynamics of mood and anxiety via network analysis. *J Abnorm Psychol*, 2017. 126(8): p. 1044-1056.

P20 Tolerability of lithium in older patients: frequency and reasons for discontinuation

Marinke Flapper ^{p1} / Els van Melick² / Jos van Campen³ / Natasja Schutter³ / Rob Kok⁴

P: Presenterende auteur

1. OLVG
2. Reinier de Graag Gasthuis
3. Parnassia Groep

Achtergrond

Lithium is one of the most effective treatment options in both bipolar disorder and treatment-resistant depression. Yet, there is a considerable decline in lithium prescriptions in old age, due to fear of adverse effects and toxicity (Ephraim, Shulman). This potentially leads to undertreatment of older patients suffering from an affective disorder.

Doel

To investigate how well lithium is tolerated in old age, we aimed to determine the frequency, reasons and possible predictors of discontinuation in a cohort of patients ≥ 60 years, who were newly prescribed lithium.

Methoden

We performed a retrospective cohort study based on chart reviews. Participants were attending the psychogeriatric clinic of Parnassia Group at The Hague, the Netherlands. After inclusion (between January 2010 and December 2016), participants were followed until January 2017, when we performed data extraction and analysis. Charts were reviewed by one author (MF). To minimize observer bias, we discussed doubtful cases with a team of two geriatricians and two psychiatrists.

Resultaten

In our sample of 135 patients (median age 69 years, median follow-up 18 months), 49 (36,3%) participants discontinued lithium due to any reason and 11 (8,1%) solely due to an adverse effect. The majority (28,2%) discontinued lithium due to other reasons, such as non-adherence, lack of effectiveness or a combination of reasons. Of the 49 participants who discontinued, 69% stopped in the first year. The most common adverse effects leading to discontinuation were tremor (11,7%), gait disturbance (6,5%) and reduced glomerular filtration rate (5,2%). Lithium intoxication led to discontinuation in four (5,2%) patients. None of our predictors (f.e. age, gender, polypharmacy, somatic comorbidity including renal function and neurological history) were significantly associated with a higher discontinuation rate due to an adverse effect.

Conclusie

Adverse effects were not the main reason for discontinuation of lithium. The general frequency of discontinuation we found was not different from estimates reported in younger age groups (f.e. Nilson, Öhlund). Limitations were the relatively young age and the retrospective study design. However, the theoretically driven tolerability issues of lithium in old age were not reflected in the frequency of discontinuation we found. Hence, this is rather a reason for close monitoring than for withholding treatment with lithium.

Literatuurverwijzing

Ephraim E, Prettyman R. Attitudes of old age psychiatrists in England and Wales to the use of mood stabilizer drugs. *Int Psychogeriatr* 2009; 21: 576-580
Nilsson A, Axelsson R. Factors associated with discontinuation of long-term lithium treatment. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 80: 221-230
Öhlund L, Ott M, Oja S, et al. Reasons for lithium discontinuation in men and women with bipolar disorder: a retrospective cohort study. *BMC Psychiatry*. 2018 Feb 7;18(1):37
Shulman KI, Rochon P, Sykora K, et al. Changing prescription patterns for lithium and valproic acid in old age; shifting practice without evidence. *BMJ* 2003; 326: 960-961.

P21 Awareness tijdens ECT

Sabine Swolfs¹ / Max Roelofs²

P: Presenterende auteur

1. etz

Achtergrond

Awareness tijdens elektroconvulsieve-therapie (ECT) komt voor in 0,1-0,2% van de procedures, ook bij patiënten die reeds ECT ondergingen zonder awareness. Gedacht wordt dat het aantal ECT-patiënten bij wie awareness optreedt onderschat wordt, o.a. door bemoeilijkte herkenning t.g.v. insult-gerelateerde amnesie. Awareness kan leiden tot o.a. posttraumatische stressklachten, en dient vroeg herkend en liever nog voorkomen te worden.

We behandelden een 17-jarige patiënte met ECT i.v.m. een depressie met psychotische kenmerken en suïcidaliteit; zij beschreef ervaringen die kunnen passen bij awareness. Zij ervaart ook ruime tijd na de ECT herbelevingen n.a.v. deze ervaring.

Doel

Het in kaart brengen van signalen ter (vroegtijdige) herkenning van awareness, alsmede het beschrijven van interventies die de kans op awareness tijdens ECT reduceren.

Methoden

Er werden een (dossier- en) literatuurstudie uitgevoerd met de volgende zoekstrategie: electroconvulsieve therap* [MeSH] OR electroconvulsieve therap*[Title/Abstract] AND ((awareness[MeSH]) OR (awareness[Title/Abstract]))

Resultaten

(in de poster worden deze ruimer in tabelvorm weergegeven en toegelicht).

Herkenning awareness	Preventie awareness
Stijging bloeddruk	Moving-limb-test
Toename hartfrequentie	BIS-monitoring
Ben kritisch bij bewegingen	Geen compromis dosering anestheticum
	Tijd tot toevoegen spierrelaxans voldoende lang

Conclusie

Awareness tijdens ECT-procedure is te voorkomen door na het toedienen van het anestheticum en voor het toedienen van het spierrelaxans de patiënt te vragen een ledemaat te bewegen; indien hierop geen reactie volgt kan men er vanuit gaan dat anesthesie succesvol is. Tevens is er een bewezen matig gereduceerd risico bij BIS-monitoring, BIS-monitoring alleen werkt niet afdoende.

Literatuurverwijzing

- Ghoneim, M. M., Block, R. I., Haffarnan, M., & Mathews, M. J. (2009). Awareness during anesthesia: risk factors, causes and sequelae: a review of reported cases in the literature. *Anesthesia & Analgesia*, 108(2), 527-535.
- Andrade, C., Thirthalli, J., & Gangadhar, B. N. (2007). Unilateral nondominant electrode placement as a risk factor for recall of awareness under anesthesia during electroconvulsive therapy. *The journal of ECT*, 23(3), 201-203.
- Gajwani, P., Muzina, D., Gao, K., & Calabrese, J. R. (2006). Awareness under anesthesia during electroconvulsive therapy treatment. *The journal of ECT*, 22(2), 158-159.
- Kent, C. D., Posner, K. L., Mashour, G. A., Mincer, S. L., Bruchas, R. R., Harvey, A. E., & Domino, K. B. (2015). Patient perspectives on intraoperative awareness with explicit recall: report from a North American anaesthesia awareness registry. *British journal of anaesthesia*, 115(suppl_1), i114-i121.
- Leslie, K., Chan, M. T., Myles, P. S., Forbes, A., & McCulloch, T. J. (2010). Posttraumatic stress disorder in aware patients from the B-aware trial. *Anesthesia & analgesia*, 110(3), 823-828.
- Mashour, G. A., & Avidan, M. S. (2015). Intraoperative awareness: controversies and non-controversies. *British journal of anaesthesia*, 115(suppl_1), i20-i26.

P22 IBA voor OCS: onderzoek naar haar effectiviteit en werkingsmechanisme. Een stap richting gepersonaliseerde behandeling voor dwang

Nadja Wolf ^{p1} / Emma Koenen¹

P: Presenterende auteur

GGz Centraal

Achtergrond

De standaardbehandeling voor de Obsessieve-Compulsieve Stoornis (OCS) is Cognitieve Gedragstherapie (CGT). CGT werkt goed voor ongeveer de helft van de OCS-patiënten (1). Voor de andere helft werkt het onvoldoende of zij durven de behandeling, die gebruik maakt van exposure, niet volledig aan te gaan (2). Het zou kunnen dat deze groep patiënten wel profiteert van een nieuwe behandelmethode, Inference Based Approach (IBA), een cognitieve therapie zonder exposure (3). De eerste onderzoeken naar de effectiviteit van IBA wijzen uit dat zij effectief is (4,5). Om de nieuwe therapie aan te bieden aan OCS-patiënten, moet worden onderzocht of IBA even effectief is als CGT. Recentelijk is de arrIBA-studie van start gegaan binnen een groot samenwerkingsverband van Nederlandse GGZ-instellingen om deze vraag te beantwoorden.

Doel

Doel van de arrIBA-studie is onderzoeken of IBA even effectief is in het behandelen van OCS als CGT. Daarnaast wordt onderzocht of deze therapie beter te verdragen is dan CGT, zoals men op basis van het concept zou verwachten. In ons streven naar gepersonaliseerde zorg voor OCS-patiënten, gaan we op zoek naar sociodemografische, klinische en neurobiologische factoren die reeds voor de start van behandeling kunnen voorspellen welke patiënten goed reageren op IBA of juist op CGT. Tenslotte is een belangrijke onderzoeksvraag wat er in het brein gebeurt door toedoen van de behandelingen.

Methoden

De arrIBA-studie is een multicenter randomized controlled trial (RCT). In totaal zullen er 203 volwassenen met een hoofddiagnose van OCS deelnemen. Zij worden gerandomiseerd over ofwel 20 sessies IBA, ofwel 20 sessies CGT. De ernst van OCS-symptomen en andere relevante uitkomstmaten worden gemeten direct voor, tijdens en direct na behandeling, en tijdens follow-ups van 6 en 12 maanden na behandeling. Bij een gedeelte van de patiënten wordt voor en na behandeling een MRI-scan van het brein gemaakt.

Resultaten

De eerste deelnemers zijn recent gestart en de dataverzameling zal eind 2022 eindigen. Er zijn op dit moment nog geen resultaten beschikbaar.

Literatuurverwijzing

Van Oppen, P., Van Balkom, A.J.L.M., De Haan, E. & Van Dyck, R. (2005). Cognitive Therapy and Exposure in Vivo Alone and in Combination with Fluvoxamine in Obsessive-Compulsive Disorder: a 5-year Follow-Up. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(11): 1415-1422. 2. Mancebo, M., Eisen, J., Sibrava, N., Dyck, I. & Rasmussen, S. (2011). Patient utilization of cognitive behavioural therapy for OCD. *Behavioral Therapy*, 42: 399-412. 3. O'Connor, K., Koszegi, N., Aarema, F., Van Niekerk, J. & Taillon, A. (2009). An Inference-Based Approach to Treating Obsessive-Compulsive Disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16: 420-429. 4. O'Connor, K.P., Aardema, F., Bouthillier, D., Fournier, S., Guay, S., Robillard, S., ..., Pitre, D. (2005). Evaluation of an Inference-Based Approach to Treating Obsessive-Compulsive Disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 34(3): 148-163. 5. Visser, H.A., Van Megen, H., Van Oppen, P., Eikelenboom, M., Hoogendorn, A.W., Kaarsemaker, M. & Van Balkom, A.J. (2015). Inference-Based Approach versus Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder with Poor Insight: A 24-Session Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84: 284-293.

P23 Glycemische regulatie na starten van verschillende SSRI's: new user design

Nanno Kleefstra^{p,1,2,3,4} / Jing Du^{3,2} / Kornelis van Hateren⁴ / Gijs Landman^{4,2,5,3} / Geertruida de Bock^{3,2} / Maaïke van Veen¹

P: Presenterende auteur

1. GGZ Drenthe
2. Universiteit van Groningen
3. Universitair Medisch Centrum Groningen
4. Langerhans Onderzoeksinstituut
5. Gelre ziekenhuizen

Achtergrond

Er bestaat een positieve relatie tussen type 2 diabetes mellitus (T2DM) en het bestaan van een depressie. Dit lijkt mede gemedieerd door het vaker bestaan van overgewicht en obesitas, en verminderde lichaamsbeweging bij patiënten met T2DM. Verschillende studies laten conflicterende resultaten zien als het gaat om de gevolgen van de behandeling met een SSRI op de glycemische regulatie en gewicht bij patiënten met T2DM. Een recente systematische review gaf de mogelijkheid aan van een lichte verbetering bij gebruik van fluoxetine en de combinatie van citalopram en escitalopram en een lichte verslechtering bij gebruik van paroxetine.

Doel

Het doel van deze studie is te onderzoeken of er verschillen is tussen de verschillende SSRI's in het beloop van de glycemische regulatie en het lichaamsgewicht na het starten van een SSRI bij patiënten met T2DM.

Methoden

Deze studie is onderdeel van een grotere studie zoals beschreven als projectnummer 836041017 van ZonMw. Er wordt gebruik gemaakt van een new-user design binnen een groot cohort van patiënten met T2DM behandeld daarvoor in de eerste lijn. Gegevens van 2010-2015 zijn hiervoor geselecteerd. Of er within-class verschillen bestonden is nu in eerste instantie onderzocht met de Repeated Measures van de General Linear Model (SPSS v. 23). Er zijn jaarlijkse gegevens bekend van zowel parameters als HbA1c en lichaamsgewicht als ook jaarlijks de gegevens van medicatiegebruik.

Resultaten

In totaal zijn er in de periode 2010-2015 830 patiënten gestart met een SSRI van wie voor en na het starten er van een HbA1c bekend is. Dit waren 280, 51, 44, 44, 214, 127 en 70 patiënten die zijn gestart met respectievelijk citalopram, escitalopram, fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine, venlafaxine en sertraline. Ten opzichte van sertraline is er enkel in de groep met gegevens met 3 jaar follow-up een within-class verschil te zien in HbA1c (mmol/mol), te weten (95% betrouwbaarheidsinterval): -10,6, -1,5 voor citalopram, -16,3, -2,8 voor fluoxetine, -13,7, -1,9 voor paroxetine. Analyses voor gewicht en analyses rekening houden met confounders staan voor de komende tijd gepland.

Conclusie

Deze studie met presentatie van preliminaire gegevens in new-users met SSRI's geven aanwijzingen dat er mogelijk een within-class effect aanwezig zou kunnen zijn wat betreft hun effecten op het HbA1c bij patiënten met T2DM, die daarvoor behandeld worden in de eerste lijn. Aanvullende analyses zullen en moeten nog plaats vinden.

Literatuurverwijzing

<https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/doelmatigheidsonderzoek/programmas/project-detail/goed-gebruik-geneesmiddelen/increased-cancer-incidence-in-patients-with-type-2-diabetes-using-sulphonylureas/resultaten/> Schrijnders D, Wever R, Kleefstra N, Houweling ST, van Hateren KJ, de Bock GH, Bilo HJ, Groenier KH, Landman GW. Addition of sulphonylurea to metformin does not relevantly change body weight: a prospective observational cohort study (ZODIAC-39). *Diabetes Obes Metab.* 2016 Oct;18(10):973-9.

P24 Depressieve symptomen en dispositioneel optimisme in relatie tot cardiovasculaire mortaliteit bij oudere patiënten na myocardinfarct

Renee Boesten ¹ / Johanna Geleijnse² / Daan Kromhout³ / Nathaly Rius-Ottenheim⁴ / Erik Giltay⁴ / Leanne Kupers²

P: Presenterende auteur

1. Leids Universitair Medisch Centrum, afdeling Psychiatrie
2. Universiteit van Wageningen, afdeling Humane voeding
3. Universitair Medisch Centrum Groningen, afdeling Epidemiologie
4. Leids Universitair Medisch Centrum, afdeling Psychiatrie

Achtergrond

Mentaal welzijn (gekenmerkt door een laag aantal depressieve symptomen en een hoog dispositioneel optimisme) heeft een bidirectionele relatie met cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit. Voorgaande cohort studies excludeerden patiënten met prevalentie cardiovasculaire ziekten (CVZ) of corrigeerden voor CVZ bij aanvang. Het is onduidelijk of patiënten met CVZ en een laag mentaal welzijn het hoogste mortaliteitsrisico lopen.

Doel

We hebben als doel om vast te stellen of depressieve symptomen en dispositioneel optimisme onafhankelijke voorspellers van elkaar zijn voor CVZ mortaliteit bij oudere patiënten na een myocardinfarct. Meer wetenschappelijk bewijs voor deze correlatie kan nieuwe mogelijkheden genereren voor primaire en secundaire preventie van CVZ mortaliteit bij deze patiëntengroep.

Methoden

In de Alpha Omega Trial cohort studie werden 4387 patiënten na myocardinfarct geïnccludeerd, met een leeftijd tussen 62 en 84 jaar oud. Naast de demografische gegevens en cardiovasculaire risicofactoren, werden ook de Geriatric Depression Scale en 4Q-vragenlijst afgenomen om depressie en dispositioneel optimisme vast te stellen. In de tot 7 jaar durende follow-up werden de gegevens van de doodsoorzaken verzameld bij huisartsen en het Centraal Bureau voor de Statistiek. De gegevens werden geanalyseerd gebruikmakend van Cox proportional-hazards models, waarbij gecorrigeerd werd voor de klassieke CVZ risicofactoren.

Resultaten

Er waren 4036 (83.4%) patiënten met complete uitgangswaarden, die werden geïnccludeerd. Ze waren gemiddeld 71.5 (SD 5.5) jaar oud, en 20.4% was vrouw. Gedurende de follow-up periode van gemiddeld 4 jaar, waren 371 doden, waarvan 118 (31.8%) maal de doodsoorzaak CVZ-gerelateerd was. Voor de CVZ mortaliteit, de aangepaste hazard ratio (HR) voor depressieve symptomen was 2.95 voor het bovenste tertiel ten opzichte van het onderste tertiel (95% betrouwbaarheidsinterval [BI]: 1.57-5.54; P trend <.001). Een beschermende trend relatie werd gezien voor dispositioneel optimisme met een HR van 0.78 (95% BI: 0.43-1.42; P trend <.001).

Conclusie

Zowel depressieve symptomen als dispositioneel optimisme zijn sterke voorspellers voor CVZ mortaliteit bij oudere patiënten na een myocard infarct. Deze relaties zijn onafhankelijk van de klassieke CVZ risicofactoren.

Literatuurverwijzing

Feng, L., et al., Prevalence of depression in myocardial infarction: A PRISMA-compliant meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*, 2019. 98(8): p. e14596.

Mitchell, A.J., et al., Prevalence and predictors of post-stroke mood disorders: A meta-analysis and meta-regression of depression, anxiety and adjustment disorder. *Gen Hosp Psychiatry*. 2017. 47: p. 48-60.

Dong, J.Y., et al., Depression and risk of stroke: a meta-analysis of prospective studies. *Stroke*, 2012. 43(1): p. 32-7.

P25 SAM(stress autism mate) de stress reductie app voor mensen met een autismespectrumstoornis en een normaal IQ

Yvette Roke p¹

P: Presenterende auteur

1. GGZ Centraal Emerhese Flevoland

Achtergrond

1-3% van alle mensen in Nederland heeft een autismespectrumstoornis (ASS). Mensen met ASS hebben veel moeite om te vertellen waar ze last van hebben en ook zelf te signaleren in het dagelijks leven wanneer de stress oploopt. Een stresssignaleringsplan werkt niet goed genoeg omdat ze er zelf aan moeten denken dit te gebruiken. Met 15 cliënten van GGZ Centraal, Emerhese Flevoland is de app SAM (stress autism mate) in samenwerking met TNO ontwikkeld, de app is gepersonaliseerd op lay out en taal gebruik en stress-signalen. SAM vraagt iedere 4 uur de positieve en negatieve signalen uit. Na die 4 uur geeft SAM een samenvatting van de stress en bijbehorende gepersonaliseerde tips indien nodig voor stress reductie.

Doel

Met SAM krijgt de cliënt meer door wat er goed gaat en wat er niet goed gaat. De cliënt kan over een periode van een dag of een week terugkijken wat goed ging en wat niet. Zodoende krijgt de cliënt meer inzicht en meer controle gevoel over zijn dagelijks leven waardoor uiteindelijk zijn of haar kwaliteit van leven zal verbeteren. SAM zal voor iedereen in de App Store toegankelijk worden, als SAM werkt zal er ook nog fysieke stressmeting toegevoegd gaan worden en zal er een SAM junior ontwikkeld gaan worden. In de toekomst is de wens dat SAM ook steeds meer lerend zal worden.

Methoden

Herhaalde N=1 studie

Resultaten

De METC goedgekeurde studie loopt 4 weken in November 2019, de laatste meting is in Januari, de resultaten zullen op het VJC gepresenteerd kunnen worden

Conclusie

Is bekend februari 2020

Literatuurverwijzing

Brugha TS, McManus S, Bankart J, Scott F, Purdon S, Smith J, et al. Epidemiology of autism spectrum disorders in adults in the community in England. *Arch Gen Psychiatry*. 2012;68(5):459–65. Baron-Cohen S, Scott FJ, Allison C, Williams J, Bolton P, Matthews FE, et al. Prevalence of autism-spectrum conditions: UK school-based population study. *Brit J Psychiat*. 2009;194(6):500–9. doi: 10.1192/bjp.bp.108.059345. Autism spectrum quotient, coping with stress and quality of life in a non-clinical sample – an exploratory report Ewa Pisula, Dorota Danielewicz, Rafał Kawa, Wojciech Pisula *Health Qual Life Outcomes*. 2015; 13: 173. Published online 2015 Oct 26. The Relationship between Stress and Social Functioning in Adults with Autism Spectrum Disorder and without Intellectual Disability Lauren Bishop-Fitzpatrick, Carla A. Mazefsky, Nancy J. Minshew, Shaun M. Eack *Autism Res*. Author manuscript; available in PMC 2016 Apr 1. Published in final edited form as: *Autism Res*. 2015 Apr; 8(2): 164–173. Published online 2014 Dec 19 Oates, B. J. (2005). *Researching information systems and computing* SAGE Publications Limited. Wrosch C, Scheier MF. Personality and quality of live: the importance of optimism and goal adjustment. *Qual Life Res*. 2003; 12:59-72. Using Experience Sampling Methods/Ecological Momentary Assessment (ESM/EMA) in Clinical Assessment and Clinical Research: Introduction to the Special Section Timothy J. Trull, Ulrich W. Ebner-Priemer *Psychol Assess*. Author manuscript; available in PMC 2014 Dec 4. Published in final edited form as: *Psychol Assess*. 2009 Dec; 21(4): 457 NB ik heb er een paar toegevoeg kan er uiteraard meer aanleveren.

P26 Interpersonal Mindfulness voor hulpverleners in de gezondheidszorg: een pilotonderzoek

Agna Bartels-Velthuis¹ / Erik van den Brink² / Frits Koster³ / Rogier Hoenders⁴

P: Presenterende auteur

1. Lentis Centrum Integrale Psychiatrie
2. MBCL Training & Therapie
3. Trainingsbureau Mildheid & Mindfulness
4. Lentis Centrum | Integrale Psychiatrie

Achtergrond

Empathie wordt als een belangrijke kwaliteit beschouwd in elke therapeutische relatie. Echter, hulpverleners blijken al in hun opleidingsfase gevoelig te zijn voor empathiemoeheid. Op mindfulness gebaseerde trainingsprogramma's kunnen mogelijk empathiemoeheid en burn-out helpen voorkomen en positief bijdragen aan zelfbewustzijn, zelfcompassie en empathisch vermogen (Rossi et al., 2012). Aandachtig en zorgvuldig op elkaar afstemmen lijkt een kalmerend effect te hebben en op neurobiologisch niveau diepe resonantie teweeg te brengen (Porges, 2011). Bij het Centrum Integrale Psychiatrie van Lentis wordt de cursus Interpersoonlijke Mindfulness Program (IMP; Kramer et al., 2015) aangeboden als vervolg op de mindfulnesscursus. Het is een verdieping van de individuele beoefening van mindfulness en biedt een methodische manier om mindfulness, empathie en compassie verder te ontwikkelen in het interpersoonlijke domein.

Doel

Het onderzoeken van het effect van de IMP-training op de mate van mindfulness, zelfcompassie, empathie, stress en twee subschalen die professionele kwaliteit van leven meten, namelijk compassietevredenheid en compassiemoeheid. Nevendoel is de evaluatie van de training door de deelnemers.

Methoden

De IM-cursus wordt gegeven in negen wekelijkse sessies van 2,5 uur door twee ervaren trainers die ook betrokken waren bij het vertalen van de Engelstalige versie en het verder ontwikkelen van de cursus. Deelnemers moesten bereid en in staat zijn om dagelijks 45-60 minuten te besteden aan zelfbeoefening. Deelnemers en controlepersonen vulden zowel vóór als na de cursus vragenlijsten in over mindfulness, zelfcompassie, stress, empathie en professionele kwaliteit van leven. Verschilcores op voor- en nameting scores werden geanalyseerd met een herhaalde metingen ANOVA met als interactieterm tijd*groep.

Resultaten

De onderzoeksgroep bestond uit 25 cursusdeelnemers en 22 controlepersonen, met een gemiddelde leeftijd van 49.6 jaar (SD 10.7, range 22-68; n=4 mannen). De IMP-training had een significant positief effect op mate van zelfcompassie, empathie en compassiemoeheid. Geen effect werd gevonden op mate van mindfulness, stress en compassietevredenheid. De deelnemers waren zeer tevreden over de training en de docenten.

Conclusie

In deze pilotstudie werd een positief effect gevonden op de geestelijke gezondheid van hulpverleners. Grootschaliger gerandomiseerd onderzoek naar de effectiviteit en de werkingsmechanismes van deze training is noodzakelijk.

Literatuurverwijzing

Kramer, G., Hicks, P. K. & Meleo-Meyer, F. (2015). *Interpersonal Mindfulness Program: A teachers outline & resource guide*. Seattle: Metta Programs.

Porges, S. W. (2011). *The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation*. New York, NY: W.W. Norton.

Rossi, A., Cetrano, G., Pertile, R., Rabbi, L., Donisi, V., Grigoletti, L., Curtolo, C., Tansella, M., Thornicroft, G., & Amadeo, F. (2012). Burnout, compassion fatigue, and compassion satisfaction among staff in community-based mental health services. *Psychiatry Research*, 200, 933-938. doi:10.1016/j.psychres.2012.07.029.

P27 Herstel staat centraal in Respijthuis FRITS

Jeroen Kwak¹ / Huub Goosen^{P1}

P: Presenterende auteur

1. Fameus: centrum voor herstel en ervaringsdeskundigheid

Achtergrond

Er zijn, blijkt onder meer uit signalen vanuit gemeenten en woningbouwcorporaties, steeds meer mensen die door psychiatrische en psychosociale problematiek tijdelijk maatschappelijk uitvallen, waardoor spanning kan ontstaan in gezinnen, families en woonwijken. Bij het respijthuis FRITS (1), gevestigd op een landgoed in Baarle-Nassau, kan deze groep mensen tijdelijk terecht met als doel om samen met andere gasten, ondernemers en ervaringsdeskundigen te werken aan herstel (2, 3) en ontwikkeling, zodat hiermee verergering van de situatie, maatschappelijke uitval en/of opschaling van behandeling voorkomen kan worden. FRITS is een initiatief van FAMEUS (organisatie van ervaringsdeskundigen en herstel, onderdeel van GGz Breburg), woningstichting Leystromen en de gemeenten Baarle-Nassau, Tilburg, Breda en cliëntenorganisatie Zorgbelang Brabant.

Doel

Het bespreken van de opzet van en ervaringen met Respijthuis FRITS en het presenteren van resultaten vanuit praktijkgericht onderzoek via een impactanalyse en maatschappelijke business case.

Methoden

Onderbouwing van dit initiatief via een impactanalyse en onafhankelijke maatschappelijke en praktijkgerichte business case om inzicht te krijgen in het economische en maatschappelijke rendement van dit initiatief. Dit praktijkgerichte onderzoek bestaat uit literatuuronderzoek, casusanalyses, meten van effecten via interviews onder (oud)gasten, initiatiefnemers en stakeholders (o.a. huisartsen, financiers).

Resultaten

FRITS is in 2018 gestart en beschikt over 10 logeerplekken en biedt dagprogramma's waar maximaal 30 mensen aan kunnen deelnemen. Momenteel hebben meer dan 1400 overnachtingen plaatsgevonden met een gemiddeld verblijf van 2 weken per gast. FRITS biedt rust en ruimte op een mooie plek in de natuur in combinatie met een herstelaanbod vanuit FAMEUS, eigen herstel bevorderende activiteiten, initiatieven vanuit samenwerking met sociaal maatschappelijke ondernemingen en door in te zetten op positieve gezondheid (gezond eten, bewegen, meedoen en mentale gezondheid). De mensen die bij FRITS verblijven, of alleen overdag bij FRITS actief zijn, komen als gast, maar worden gaandeweg steeds meer deelnemer. Er is veel vraag naar deze respijtfunctie, de bezettingsgraad is hoog en er is momenteel een korte wachtlijst van ongeveer twee weken. Ervaringsverhalen van gasten worden gedeeld via de website (4). Momenteel wordt een business case uitgevoerd en worden mogelijkheden voor uitbreiding naar 18 logeerplekken en het plaatsen van 'tiny houses' voor prikkelarm, beschermd wonen verkend. Er is vanuit de landelijke, provinciale en gemeentelijke politiek en zorgverzekeraars veel interesse getoond in dit maatschappelijke initiatief.

Conclusie

Dit innovatieve maatschappelijke initiatief respijthuis FRITS speelt in op de behoeften van een toenemende groep mensen met psychiatrische en psychosociale problematiek die tijdelijk maatschappelijk uitvallen. Uit de groeiende vraag, ervaringsverhalen en maatschappelijke interesse blijkt dat dit innovatieve, preventieve initiatief in een behoefte voorziet en het ook tot maatschappelijke meerwaarde kan leiden. Eind 2019 wordt met behulp van resultaten uit de impactanalyse en business case het maatschappelijk rendement verder onderbouwd.

Literatuurverwijzing

<https://centrum-frits.nl/>

Anthony WA. Recovery from mental illness. The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1993; 16: 11-23.

Van de Stel JC. Functioneel herstel en zelfregulatie: opgaven voor cliënten en psychiaters. *Tijdschrift voor psychiatrie* 2015; 11(57): 815-822.

<https://centrum-frits.nl/persoonlijke-verhalen/>

P28 Actief Herstel in de Triade: nieuwe kansen voor herstel

Femke Dirx ^{p1}

P: Presenterende auteur

1. GGz Breburg

Achtergrond

Sinds 2013 is door een landelijk expertteam nagedacht over vernieuwing van de zorg voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA), resulterend in een nieuw behandelmodel ART (Active Recovery Triad/Actief Herstel in de Triade) vastgelegd in het boek De Kunst van ART (1). ART maakt met FACT (Flexible Assertive Community Treatment), VIP (Vroeg Interventie Psychose), HIC (High Intensive Care) en IHT (Intensive Home Treatment) een samenhangende complementaire zorgketen voor mensen met EPA. 'De ART-beweging is een breuk met de stigmatiserende beelden en praktijken van afgeschreven zijn, uitbehandeld zijn en een uitzichtloos leven binnen psychiatrische instellingen', zo geven prof. Aartjan Beekman, VUmc-GGz InGeest en Marian ter Avest, Mind in het voorwoord van bovengenoemd boek aan. ART wordt momenteel bij 16 ggz instellingen geïmplementeerd (www.art-psy.nl). Centrale vraag is hoe aan mensen die zich vaak jarenlang gestagneerd voelen in hun herstel nieuw perspectief kan worden geboden. Naast modelgetrouw toepassen van evidence based methodieken wordt met name een nieuwe basis gezocht in multidisciplinaire samenwerking in de triade. In de landelijke zoektocht is het anders inzetten en met name ook het verbinden van het medisch-psychiatrisch model en het herstelperspectief een van de cruciale thema's (2).

Doel

Het presenteren van de bijdrage die herdiagnostiek, de-medicalisering en zorgafstemming hebben in het herstelproces van de cliënt als deze samengaan met herstelondersteunend werken, contact maken, present zijn en samen beslissen. En wat dit vraagt van diverse behandelaren (psychiater, psycholoog/orthopedagoog, verpleegkundig specialist) tav hun beroepsopvatting en hun samenwerking met cliënten, hun steunsysteem en het verpleegkundig/agogisch/(familie) ervaringsdeskundig team.

Methoden

De integratie van herstelondersteunend werken en het medisch-psychiatrisch model is een van de sleutels die ART kenmerkt. Op dit item zijn in de ART monitor diverse normen geformuleerd die deze integratie vormgeven.

Resultaten

In 12 teams van GGz Breburg is het ART model geïmplementeerd. Een eerste interne audit volgens de ART monitor is afgenomen en geeft inzicht in de mate waarin teams het model hanteren. Twee teams hebben tevens deelgenomen aan het landelijk validatieonderzoek ART monitor (3). Onze ART teams werken intensief samen met FACT en klinische behandelteams. Hernieuwde aandacht voor onverwerkt trauma, verwaarloosde lichamelijke of cognitieve conditie, en sociale relaties bieden nieuwe kansen om vastgelopen herstel los te weken en ontwikkelkansen te bieden aan mensen die de hoop hierop hadden opgegeven. Vanuit een herstelassessment wordt opnieuw samen met de cliënt gekeken naar zijn levensloop, krachten en herstelbronnen (4). Een groot aantal cliënten van GGz Breburg heeft na jarenlang verblijf op een klinische locatie de stap naar zelfstandig wonen kunnen maken.

Conclusie

Juist voor mensen met EPA problematiek, die langdurig in zorg zijn, is het moeilijk weer nieuw perspectief te zien. Zij verdienen het dat (behandel)teams hen vanuit een nieuw perspectief bejegenen en behandelen. Die teams die er in slagen om zich anders op te stellen en met name het (medisch) model vanuit een ander perspectief weten in te zetten, vinden eerder aansluiting bij herstelmogelijkheden waarover een cliënt (nog) beschikt.

Literatuurverwijzing

Mierlo T, Van Meer L, Van der Weeghel J, Berkvens B, Voskes Y, Stavenuiter B. De Kunst van ART. De Tijdstroom, Utrecht 2016.

Hopper K. Rethinking social recovery in schizophrenia. What an capabilities approach might offer. Social Science & Medicine 2007; 65: 868-879.

Zomer L, Voskes Y, Van de Meer L, Widdershoven G, Van Weeghel J. De validatie en implementatie van de ART monitor: ART biedt een nieuw perspectief in de langdurige zorg van de ggz. Onderzoeksvoorstel april 2017; <https://art-psy.nl/onderzoek/>

Dirkx FGAH. Herstelassessment, de bodem onder herstelondersteunende zorg. Participatie en Herstel 2017; 26 (4): 20 – 28.

P29 Samen leren van data met herstelschaal I.ROC

Margot Metz ^{p,1,2}

P: Presenterende auteur

1. GGz Breburg
2. Tilburg University, Tranzo

Achtergrond

Uitkomsten uit Routine Outcome Monitoring (ROM) kunnen op groepsniveau voor teams behulpzaam zijn als input om de kwaliteit van de behandeling verder te optimaliseren (1,2). Omdat het van belang is dat de gebruikte uitkomstmaten informatief zijn voor cliënten en professionals (3), heeft GGz Breburg op advies van cliëntvertegenwoordigers gekozen om zowel bij cliënten met psychose als bij een bredere groep de Individual Recovery Outcomes Counter (I.ROC) te gebruiken. De I.ROC meet in 12 items in brede zin (klinisch, maatschappelijk, functioneel en persoonlijk) herstel (4, 5). De Engelse variant van de I.ROC is ontwikkeld en gevalideerd vanuit Penumbra Schotland (6-8), en vervolgens vertaald naar het Nederlands. GGz Breburg werkte mee aan validatie en bruikbaarheidsonderzoek in Nederland, gebruikt de I.ROC inmiddels breed in de behandelpraktijk en benut de uitkomsten om op groepsniveau van te leren.

Doel

Het presenteren van de aanpak en resultaten van het gebruik van de I.ROC om op centrum en teamniveau de inhoudelijke leer- en verbetercyclus mee te voeden.

Methoden

De I.ROC is ingebed in het ROM-proces en wordt gebruikt als informatiebron bij het samen (cliënt, naasten en behandelaar) beslissen over de behandeling. Daarnaast worden trends op de I.ROC geanalyseerd, gepresenteerd en op een methodische wijze periodiek besproken met teams als input voor hun verbetercycli gericht op optimalisatie van behandeling en herstel van cliënten.

Resultaten

Nu de I.ROC is gevalideerd en bij GGz Breburg breed is ingevoerd bij de centra psychose en ART, ontstaat bij professionals en management interesse om als vervolgstap op groepsniveau te leren van I.ROC data. Uit analyses blijkt dat de I.ROC positieve trends in het herstel van cliënten laat zien. Deze inzichten in trends, en verschillen in resultaten tussen teams en binnen I.ROC-items leiden tot leerzame inzichten en geven waardevolle input voor verbeterpunten op centrum en teamniveau.

Conclusie

Het gebruik van (trends in) I.ROC uitkomsten geeft betekenisvolle informatie voor het voeden van de verbetercycli op centrum en teamniveau.

Literatuurverwijzing

Kampstra NA, Zipfel N, Van der Nat PB, Westert GP, Van der Wees PJ, Groenewoud AS. Health outcomes measurement and organizational readiness support quality improvement: a systematic review. *BMC Health Services Research* 2018; 18; 2005.

De Jong K, Tiemens, B et al. Red de ROM als kwaliteitsinstrument. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2017; 4(59); 242-244.

Metz MJ. Shared decision making in mental health care: the added value for patients and clinicians. PhD Thesis VU University December 2018. <http://www.penumbra.org.uk/>

Ion R, Monger B, Hardie S, Henderson N, Cumming J. A tool to measure progress and outcome in recovery. *British Journal of Mental Health Nursing* 2013; 2; 211-215

Dickens GL, Rudd B, Hallett N, Ion RM, Hardie SM. Factor validation and Rasch analysis of the individual recovery outcomes counter. *Disability and Rehabilitation* 2017; <http://dx.doi.org/10.1080/09638288.2017.1375030>

Monger B, Hardie SM, Ion R, et al. The Individual Recovery Outcomes Counter: preliminary validation of a personal recovery measure. *Psychiatrist* 2013; 37; 221-227

Rudd B. A holistic psychometric analysis of the individual recovery outcomes counter: balancing user needs in the use of personal outcome measures. PhD thesis. Abertay University, Scotland Juni 2018.

P30 SPV op pad met Jeugdbescherming: aandacht voor (vermoedens van) psychiatrie bij opvoeders

Frank Hazeleger ^{p,1}

P: Presenterende auteur

1. GGD Amsterdam

Achtergrond

Ongeveer 577.000 Nederlandse kinderen onder de 18 jaar hebben een ouder of verzorger met een psychische aandoening of verslaving (1). Hoewel niet alle ouders met psychische of verslavingsproblematiek risicovol opvoedgedrag laten zien, kunnen de gevolgen voor kinderen die opgroeien in een gezin waarin één of beide ouders kampen met deze problemen ingrijpend zijn. Zo lopen kinderen een groot risico om vroeg of laat zelf vergelijkbare problemen te krijgen (2,3). Psychopathologie bij de ouders kan van invloed zijn op de opvoedingsvaardigheden en de ouder-kind interactie. Ook neemt de kans op kindermishandeling toe (4,5,6). Psychische problematiek bij ouders van kinderen die aangemeld worden bij Jeugdbescherming regio Amsterdam wordt vaak niet of te laat onderkend. Het is bovendien van invloed op de begeleiding van gezinnen. Wanneer een volwassene in het gezin kampt met psychiatrische problemen ervaren medewerkers van Jeugdbescherming de begeleiding van het gezin als moeizaam. Medewerkers van Jeugdbescherming hebben de behoefte om meer inzicht te krijgen in de mate van psychopathologie van de ouders en handvatten om deze gezinnen beter te kunnen begeleiden. Daarbij is de veiligheid van kinderen leidend.

Doel

Het bevorderen dat kinderen onder begeleiding van Jeugdbescherming veilig opgroeien, door inzicht te krijgen in de mate van psychiatrische problematiek bij ouders en hen zo nodig te verwijzen naar professionele zorg zodat zij hun opvoedersrol weer adequaat kunnen uitvoeren.

Methoden

In de periode december 2016 t/m december 2017 zetten medewerkers van Jeugdbescherming regio Amsterdam tijdens hun eerste huisbezoek, een sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV) van de GGD Amsterdam in om ouders te screenen. Door deze screening ontstond inzicht in de mate waarin sprake was van psychiatrische problematiek. Ook werd de Zelfredzaamheid-Matrix (ZRM) afgenomen om de bijkomende sociale en maatschappelijke problematiek in kaart te brengen (7). Volgens werd bepaald welke vervolgacties nodig waren zoals een verwijzing naar de volwassen GGZ (V-GGZ). Medewerkers van Jeugdbescherming werden in groeps gesprekken bevraagd naar de ervaringen die zij hadden met de toevoeging van de SPV.

Resultaten

In de onderzoeksperiode zijn 86 ouders in 71 gezinnen gescreend. Binnen 50 gezinnen (70% van het totale aantal gezinnen) bleek één of meer volwassenen in beeld bij wie sterke vermoedens bestond van psychiatrische problematiek. In de helft van deze gezinnen had een volwassene klachten passend bij 'psychotrauma en stressor gerelateerde stoornis'. Bij een derde van de 50 gezinnen was tenminste één opvoeder actueel in zorg bij V-GGZ; de rest had geen actueel V-GGZ contact. Er was vier keer vaker sprake van meervoudige problematiek (tenminste onvoldoende zelfredzaam op 3 of meer domeinen van de ZRM) binnen deze 50 gezinnen dan gezinnen zonder een ouder met psychische problemen. Zij ervarende problemen in onder andere de domeinen huiselijke relaties, huisvesting, dagbesteding (werkloosheid) en financiën (onvoldoende inkomen, schulden). Uit de gesprekken met de medewerkers van Jeugdbescherming bleek dat het gezamenlijk optreden van de SPV en gezinsmanager een breder beeld van de gezinsproblematiek opleverde, waarin de veiligheid van het kind en de effecten van de ouderproblematiek op het kind bij elkaar kwamen. Gezinsmanagers gaven aan dat zij in staat waren om de ouderproblematiek beter te duiden en realistischere veiligheidsinschattingen konden maken. Ook ouders bleken het contact met de SPV te waarderen.

Conclusie

De ondersteuning van een SPV voor Jeugdbescherming levert inzicht op in de onderliggende problematiek van de gezinnen. Door het gezamenlijk optreden ontwikkelden de SPV en de gezinsmanagers een bredere blik, waarin de veiligheid van het kind en de effecten van ouderproblematiek op het functioneren van het kind bij elkaar kwamen.

Literatuurverwijzing

De Graaf, R., ten Have, M., & van Dorsselaer, S. (2010). De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten (Vol. 90). Utrecht: Trimbos-instituut.

Thorup, A. A. E., Laursen, T. M., Munk-Olsen, T., Ranning, A., Mortensen, P. B., Plessen, K. J., & Nordentoft, M. (2018). Incidence of child and adolescent mental disorders in children aged 0-17 with familial high risk for severe mental illness - A Danish register study. *Schizophrenia Research*, 197, 298–304.

M., Walsh, E., & Pedersen, C. B. (2010). Full Spectrum of Psychiatric Outcomes Among Offspring With Parental History of Mental Disorder, August 2010, Dean et al. *Archives of Genetic Psychiatry*, 67(8), 822–8294.

Staton-Tindall, M., Sprang, G., Clark, J., Walker, R., & Craig, C. D. (2013). Caregiver Substance Use and Child Outcomes: A Systematic Review. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 13(1), 6–31.

Kelleher, K., Chaffin, M., Hollenberg, J., & Fischer, E. (1994). Alcohol and Drug Disorders among Physically Abusive and Neglectful Parents in a Community-Based Sample. *American Journal of Public Health*, 84(10), 1586–1590.

Stith, S. M., Liu, T., Davies, L. C., Boykin, E. L., Alder, M. C., Harris, J. M., ... Dees, J. E. M. E. G. (2009). Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 14(1), 13–29.

Fassaert, T., Lauriks, S., Weerd, S. van de, Wit, M. de, & Buster, M. (2013c). Ontwikkeling en betrouwbaarheid van de Zelfredzaamheid-Matrix. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 91(3), 169–177.

P32 Movement is improvement - Understanding how effective deep brain stimulation for OCD requires clinical expertise

Maarten van Westen ^{p1} / Erik Rietveld¹ / Damiaan Denys¹

P: Presenterende auteur

1. AMC Psychiatrie

Achtergrond

Deep Brain Stimulation (DBS) is an innovative treatment for severe Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). Electrodes implanted in specific brain areas allow clinicians to modulate neural activity. The post-operative optimization of stimulation parameters involves evaluation of DBS-induced changes in the individual patient. DBS, however, affects symptomatology in a completely different way than established forms of treatment for OCD. DBS induces a broad range of changes in patients' lived experience, many of which are not captured by standardized clinical rating scales, such as the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (YBOCS).

Doel

To explore how expert clinicians involved in the post-operative process of DBS optimization evaluate DBS-induced changes in the patient. To understand the process of improvement with DBS in patients with severe OCD.

Methoden

In-depth interviews and participant observation with expert clinicians involved in the post-operative process of DBS optimization. Data were analyzed in terms of the theoretical framework of Radical Embodied Cognitive Science (RECS). RECS focuses on the dynamics between an individual and its environment, regarding an individual's actions as ways of responding to the possibilities for action (affordances) the environment offers.

Resultaten

Evaluating DBS effect is an interactive and context-sensitive process which gradually unfolds over time and requires integration of different sources of knowledge. Clinicians direct DBS optimization towards a critical point where they sense that patients are being moved with regard to behaviour, emotion, and active engagement, opening up possibilities for additional Cognitive Behavioural Therapy (CBT).

Conclusie

Clinical expertise manifests itself in the pattern of interaction between patient and clinician. To the expert clinician, this pattern reflects the patient's openness to possibilities for action ('affordances') offered by their environment. OCD patients' improvement with DBS is sensed by experts as a change in this openness: the threshold for patients to engage in activities is decreased and a broader range of daily life and therapeutic activities becomes attractive. Movement is improvement.

Literatuurverwijzing

van Westen M, Rietveld E, Denys D. Effective Deep Brain Stimulation for Obsessive-Compulsive Disorder Requires Clinical Expertise. Accepted for publication in: *Frontiers in Psychology*.

P33 SELFIE – Een begeleide zelfhulp interventie ter bevordering van het zelfvertrouwen in getraumatiseerde jongeren

Maud Daemen¹ / Therese van Amelsvoort¹ / Mary Rose Postma¹ / Iris Hoes² / Koen Schruers¹ / Mark van der Gaag³ / Dorien Nieman⁴ / Ramon Lindauer⁵ / Ulrich Reininghaus^{6,1}

P: Presenterende auteur

1. Maastricht University
2. Prodeba B.V.
3. Vrije Universiteit Amsterdam
4. Amsterdam Medisch Centrum
5. Amsterdam UMC
6. University of Heidelberg

Achtergrond

Het overgrote deel van psychische stoornissen ontstaat vóór het 25e levensjaar (1). Dit gaat vaak gepaard met verstoringen in leeftijdsspecifieke ontwikkelingen en in interpersoonlijke, beroepsmatige en educatieve mijlpalen (1, 2). Preventieve interventies worden steeds belangrijker in het verbeteren van welzijn, verhogen van veerkracht en in het voorkomen van psychische problemen later in het leven. Het meemaken van een traumatische ervaring op jonge leeftijd blijkt vaak ernstige gevolgen te hebben op het zelfvertrouwen van een slachtoffer (3, 4). Dit verhoogt het risico op het ontwikkelen van psychische stoornissen (5, 6).

Onlangs is mobiele gezondheidszorg (mHealth) steeds belangrijker geworden in de gezondheidszorg (7-8). Met behulp van smartphones kunnen interventies worden aangeboden in het dagelijks leven van cliënten. Tevens kunnen interventies worden aangepast aan specifieke behoeften van de cliënt en zijn ze beschikbaar op momenten wanneer dit het meest nodig is.

Op basis van deze informatie, hebben we de SELFIE-interventie ontwikkeld. SELFIE is een innovatieve, jeugd vriendelijke en gepersonaliseerde (begeleide) zelfhulpinterventie die in het dagelijks leven wordt aangeboden via de PsyMate[®]-app op een mobiele telefoon. De app is gericht op het verbeteren van een laag zelfbeeld bij jongeren die een trauma hebben meegemaakt in de kindertijd. Door de app niet in een klinische setting, maar in het dagelijks leven aan te bieden, verwachten we dat de interventiecomponenten beter worden overgedragen in de leefomstandigheden van de cliënt.

Doel

Het doel van de SELFIE-studie is om te testen of de SELFIE-interventie het zelfbeeld van jongeren die in de kindertijd een trauma hebben meegemaakt kan verbeteren.

Methoden

In een Randomized controlled trial (RCT), worden jongeren van 12 tot en met 25 jaar, die in de kindertijd zijn blootgesteld aan een trauma, een laag zelfbeeld hebben en verwezen zijn naar een GGZ-instelling, gerandomiseerd in de interventie groep (6 weekse SELFIE-interventie bovenop de gebruikelijke behandeling) of aan de controlegroep (alleen gebruikelijke behandeling). De groepen worden vergeleken middels een voormeting, een nameting en 6-, 18- en 24-maanden follow-up metingen. De primaire uitkomstmaat is zelfbeeld, wat wordt gemeten met de Experience Sampling Method (ESM) en middels de Rosenberg Self-esteem Scale (RSES).

Deelnemers in de interventiegroep ontvangen zes weken lang de begeleide zelfhulpinterventie "SELFIE" via een getrainde therapeut. Gedurende deze zes weken gaat de deelnemer dagelijks aan de slag met de smartphone interventie SELFIE. In de eerste, derde en vijfde week vindt er een sessie met de getrainde therapeut plaats. In de tweede, vierde en zesde week zal (gestandaardiseerd) e-mailcontact plaatsvinden.

Deelnemers ontvangen in de eerste sessie een smartphone waarop de PsyMate®-app is geïnstalleerd. In de app wordt ingelogd in het SELFIE-protocol, dat bestaat uit opdrachten die gericht zijn op het verbeteren van het zelfbeeld van de proefpersoon. Opdrachten nemen gemiddeld ongeveer 5 minuten in beslag. Voorbeelden van opdrachten zijn: een kosten-batenanalyse maken van een laag zelfbeeld, successen bijhouden in een positieve datalog, positieve eigenschappen koppelen aan deze successen en omgaan met (on)terechte kritiek. De app is geïndividualiseerd en er wordt gewerkt aan zelf opgestelde doelen.

De getrainde klinische psycholoog zal in de eerste sessie de SELFIE-interventie en relevante theorie over zelfbeeld in detail toelichten. Tijdens de sessie zullen ook (voorbeeld)opdrachten in de app worden voltooid. Vervolgens kan de deelnemer in het dagelijks leven aan de slag met de app. De app genereert beeps om deelnemers eraan te herinneren dat er een korte opdracht beschikbaar is. Het aanbieden van de interventie in het dagelijks leven maakt het voor jongeren mogelijk om op elk moment en in elke context van de interventie te profiteren. Deelnemers kunnen dus successen en tips terugkijken op momenten dat ze het nodig hebben. Op momenten dat ze zich goed voelen kunnen zij opdrachten bijvullen. De taken worden wekelijks (onder begeleiding van de therapeut) uitgebreid. Tevens zijn er interactieve opdrachten. Afhankelijk van het zelfbeeld en/of affect het moment van de beep (dit wordt met middels een korte vragenlijst uitgevraagd), wordt de deelnemer een matchende opdracht aangeboden.

Resultaten

De eerste maanden van de studie stonden in het teken van voorbereiden, vormgeven en implementeren van de SELFIE-interventie. In december 2018 is de werving gestart, welke momenteel nog steeds lopende is. De planning is om 174 participanten te werven tegen mei 2020. We hopen alle metingen (voormetingen, nametingen en drie follow-ups) af te ronden in april 2022. Daarna zullen resultaten worden gepubliceerd.

Conclusie

Deze studie test de werkzaamheid van de mHealth interventie SELFIE, welke focust op het verbeteren van het zelfbeeld in getraumatiseerde jongeren. Als deze studie de werkzaamheid van SELFIE aantoont, kan dit de behandeling van getraumatiseerde jongeren aanzienlijk bevorderen en (potentieel) de ontwikkeling van ernstigere psychische stoornissen op latere leeftijd voorkomen. Daarnaast kan de uitkomst van deze studie initiële ondersteuning bieden voor de implementatie van interventies op laag niveau in de gezondheidszorg.

Literatuurverwijzing

Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*. 2005;62(6):593-602

Gore FM, Bloem PJ, Patton GC, Ferguson J, Joseph V, Coffey C, et al. Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis. *Lancet*. 2011;377(9783):2093-102.

Kamsner S, McCabe MP. The relationship between adult psychological adjustment and childhood sexual abuse, childhood physical abuse, and family-of-origin characteristics. *J Interpers Violence* 2000;15:1243–61.

Murthi M, Espelage DL. Childhood sexual abuse, social support, and psychological outcomes: a loss framework. *Child abuse & neglect*. 2005;29(11):1215-31.

Reininghaus U, Morgan C, Fearon P, Hutchinson G, Morgan K, Dazzan P, et al. Modelling the interplay between childhood and adult adversity in pathways to psychosis: initial evidence from the AESOP study. *Psychological medicine*. 2014;44(2):407-19.

Brown GW, Craig TK, Harris TO, Handley RV. Parental maltreatment and adulthood cohabiting partnerships: a life-course study of adult chronic depression. *Journal of affective disorders*. 2008;110(1-2):115-25.

Myin-Germeys I, Klippel A, Steinhart H, Reininghaus U. Ecological momentary interventions in psychiatry. *Current opinion in psychiatry*. 2016;29(4):258-63.

Heron KE, Smyth JM. Ecological momentary interventions: incorporating mobile technology into psychosocial and health behaviour treatments. *British journal of health psychology*. 2010;15(Pt 1):1-39.

P34 Hoe ervaringskennis over onttrekkingsverschijnselen leidde tot de ontwikkeling van persoon-specifieke afbouwmedicatie (taperingstrips)

Peter Groot ^{p1} / Jim van Os²

P: Presenterende auteur

1. Utrecht University UMC
2. UMC Utrecht Brain Center

Achtergrond

Stoppen met psychotrope medicatie kan lichamelijke en mentale klachten veroorzaken die leiden tot mislukte stoppogingen en onnodig langdurig gebruik. De eerste meldingen over deze onttrekkingsverschijnselen werden gedaan in de jaren 50 en patiënten klagen hier al tientallen jaren over. Toch kwam de eerste – voorlopige - erkenning van deze problemen vanuit de psychiatrie pas in 1997, toen het 'Antidepressant Discontinuation Syndrome' werd gedefinieerd. De echte erkenning volgde echter pas in 2019, toen het Engelse Royal College of Psychiatrists in een officiële verklaring liet weten dat onttrekkingsverschijnselen niet alleen mild en kortdurend maar ook ernstig en langdurig kunnen zijn[1].

Als reactie op het zo lang uitblijven van een systematische professionele respons gingen patiënten die met onttrekkingsverschijnselen te maken kregen zelf praktische oplossingen bedenken en uitwerken. Dit resulteerde in op ervaringskennis gebaseerde kennisbronnen over (het tegengaan van) onttrekkingsverschijnselen en leidde in Nederland tot de ontwikkeling van zogenaamde afbouwmedicatie ('taperingstrips')[2,3].

Doel

Het doel van de beschikbaarheid van afbouwmedicatie is om artsen eindelijk en voor het eerst in staat te stellen om flexibel de medicatie voor te kunnen schrijven en aan te passen die voor veilig en verantwoord afbouwen van en stoppen met medicijnen nodig is, op basis van gedeelde besluitvorming en in volledige overeenstemming met aanbevelingen in bestaande richtlijnen.

Methoden

Nauwe samenwerking tussen een ervaringsdeskundige onderzoeker en de apotheker van de Regenboog Apotheek, die op uitdrukkelijk verzoek van de Stichting zonder winstoogmerk Cinderella bereid was om afbouwmedicatie mee te ontwikkelen, te bereiden en te verstrekken.

Resultaten

Afbouwmedicatie is inmiddels beschikbaar voor 14 verschillende antidepressiva, 8 antipsychotica, 6 sedativa, 5 analgetica (waaronder oxycodon [4]), 4 anti-epileptica en lithium en prednisolon. Door over te stappen op een vergelijkbaar medicijn waarvoor taperingstrips beschikbaar zijn kan voor nog eens 7 andere antidepressiva, 8 antipsychotica en 14 sedativa afbouwmedicatie voor veilig en verantwoord afbouwen en stoppen worden voorgeschreven (zie www.taperingstrip.nl, peildatum 30 jan 2020).

Omdat nergens anders een vergelijkbaar hulpmiddel voor veilig en verantwoord afbouwen beschikbaar is wordt afbouwmedicatie niet alleen door behandelaars in Nederland, maar in toenemende mate ook door behandelaars in andere landen aan patiënten voorgeschreven. Inmiddels is al aan meer dan 10.000 patiënten afbouwmedicatie voorgeschreven.

In observationeel onderzoek naar het gebruik van taperingstrips in de dagelijkse klinische praktijk bleek dat een groep van 692 antidepressiva gebruikers die eerder één of meerdere mislukte stoppogingen hadden gedaan bij die eerdere pogingen zeer veel last had gehad van onttrekkingsverschijnselen. Door gebruik te maken van tapering strips hadden deze patiënten bij het afbouwen veel minder last van onttrekkingsverschijnselen en slaagde 70% van hen er nu wel in om volledig tot nul af te bouwen.[5]

Conclusie

Terugkijkend is duidelijk dat de eenvoudige praktische oplossing van taperingstrips veel eerder had kunnen worden geïntroduceerd en dat de traditionele academische strategie die gebaseerd is op groepsvergelijkingen in gerandomiseerde studies niet de logische eerste stap is om individuele patiënten te helpen, omdat de grote heterogeniteit van een groep patiënten ontsnapt aan groep gebaseerde algoritmen.

Om op een constructieve manier vooruitgang te boeken dienen patiënten en de academische psychiatrie in de toekomst beter te gaan samenwerken om gepersonaliseerde en verantwoorde afbouw van en stoppen met psychotrope (en ook andere) medicijnen mogelijk te maken.

Literatuurverwijzing

Groot, P. C., & van Os, J. (2020). How user knowledge of psychotropic drug withdrawal resulted in the development of person-specific tapering medication. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, manuscript under review. <https://iipdw.org/user-knowledge-psychotropic-drug-withdrawal/>

Groot, P. C., & Consensusgroep. (2013). Taperingstrips voor paroxetine en venlafaxine. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 55, 789-794. www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/issues/470/articles/9894

Groot, P. C. (2014). Onttrekkingsverschijnselen voorkomen bij de afbouw van antidepressiva: het nut van taperingstrips. *Psyfar*, 9(3), 18-26. www.taperingstrip.nl/wp-content/uploads/docs/Groot_nut_taperingstrips_Psyfar_2014.pdf

Groot, P. C., & van Os, J. (2018). Antidepressant tapering strips to help people come off medication more safely. *Psychosis*, 10(2), 142-145. Nederlandse vertaling: www.npfo.nl/artikel/taperingstrips-als-hulpmiddel-om-antidepressiva-verantwoord-af-te-kunnen-bouwen

Groot, P. C., & van Os, J. (2020). Tackling rising numbers of opioid prescriptions users. *The Lancet Public Health*, 5(1), e16. [www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(19\)30247-6/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(19)30247-6/fulltext)

P35 'Experiential knowledge and its contribution to recovery oriented mental health care services'

Simona Karbouniaris ^{p,1,2}

P: Presenterende auteur

1. HU
2. AUMC

Achtergrond

De belangstelling naar ervaringskennis is de afgelopen 25 jaar aanzienlijk toegenomen (Weerman, 2016; Boevink, 2017; ZonMW, 2006). Kleinschalig en veelal kwalitatief onderzoek dat tot nog toe is verricht naar de inzet van ervaringskennis als een belangrijke bron van kennis binnen de hulpverlening gaf aanleiding om de waarde van ervaringskennis verder te verkennen (Wilken, 2010; Van Erp et al, 2011; Weerman, 2016; Boevink, 2017). Deze lijkt van toegevoegde waarde voor betreffende disciplines en professies binnen de geestelijke gezondheidszorg. Professionals met ervaringsdeskundigheid worden voorondersteld beter contact te kunnen maken met cliënten en aanwezige (veer)kracht op waarde te kunnen schatten. Bovendien kan een coming out destigmatiserend werken.

Doel

Hoofddoel van dit promotieonderzoek is de bijdrage van ervaringskennis en -deskundigheid onder zorgprofessionals te evalueren. Daarnaast wordt met dit onderzoek beoogd om Ervaringskennis als nieuw type kennis door te ontwikkelen in co-creatie tussen professional, ervaringsdeskundige en cliënt. Hiermee beoogt het onderzoek tevens van waarde te zijn voor vergelijkbare (ggz) praktijken in Nederland.

Methoden

Het onderzoek bestaat uit een literatuuronderzoek en empirisch onderzoek bij 3 ggz instellingen. Middels responsieve evaluaties worden ontwikkelingen in de praktijk gevolgd op drie niveaus van de organisatie: cliënt, professioneel en bestuurlijk niveau. Er wordt gewerkt met (diepte)interviews, intervisies en diverse werkgroepen.

Resultaten

Een eerste kwantitatieve meting (n=1890) en kwalitatieve dataverzameling versterken de aanname dat een aanzienlijk percentage (45%) van de professionals een potentieel aan ervaringskennis heeft en een deel van hen wil dit ook wil benutten. In de organisaties is nog veel onwetendheid over deze nieuwe rol, met name onder regiebehandelaren (psychiaters/psychologen), zij verwarren (therapeutische) zelfonthulling met de inzet van ervaringskennis en zijn onvoldoende toegerust in het werken daarmee. Zodoende ervaren professionals obstakels om de beide rollen (professional én ervaringsdeskundig) te integreren en aandacht gaat uit naar het persoonlijk-professionele proces. Cliënten reageren over het algemeen positief op de introductie van de ervaringsdeskundige professional.

Conclusie

nbn

Literatuurverwijzing

Byrne, Louise, Happell, B., & Reid-Searl, K. (2017). Risky business: Lived experience mental health practice, nurses as potential allies. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26(3), 285–292.
<https://doi.org/10.1111/inm.12245>

Richards, J., Holttum, S., & Springham, N. (2016). How Do “Mental Health Professionals” Who Are Also or Have Been “Mental Health Service Users” Construct Their Identities? *SAGE Open*, 6(1).
<https://doi.org/10.1177/2158244015621348>

Weerman, A., Jong, de K., Karbouniaris, S., Overbeek, F., Loon, E. van, & Lubbe, P. van der (2019). *Professioneel inzetten van ervaringsdeskundigheid*. Amsterdam: Boom.

P36 OPERA: landelijk onderzoek naar effecten en afbouw van antidepressiva

Mariska Bot ^{1,2} / Ingrid Arnold³ / Aartjan Beekman^{1,2} / Sjoerd van Belkum⁴ / Tom Birkenhager⁵ / Huib Burger⁴ / Nina Grootendorst⁵ / Bert van Hemert³ / Witte Hoogendijk⁵ / Henriette van der Horst¹ / Gabriel Jacobs³ / Karlijn Joling¹ / Suzanne Ligthart⁶ / Otto Maarsingh¹ / Eric Ruhe⁶ / Robert Schoevers⁴ / Aart Schene⁶ / Jan Spijker⁷ / Christiaan Vinkers^{1,2} / Brenda Penninx^{1,2} / . namens het OPERA-consortium⁸

P: Presenterende auteur

1. Amsterdam UMC, locatie VUmc
2. GGZ inGeest, Amsterdam
3. LUMC, Leiden
4. UMCG, Groningen
5. Erasmus MC, Rotterdam
6. Radboud UMC, Nijmegen
7. Pro Persona, Nijmegen
8. OPERA

Achtergrond

In Nederland gebruiken ruim 150.000 depressieve patiënten langer dan een jaar antidepressiva. Veel patiënten hebben hier baat bij, maar langdurig gebruik leidt ook tot bijwerkingen en verminderd gevoel van herstel. Behandelrichtlijnen adviseren na een eerste depressieve episode om minimaal zes maanden door te behandelen met antidepressiva bij remissie. Toch weten we niet of, wanneer en bij wie AD daarna kunnen worden afgebouwd. Dit geeft onzekerheid zodat behandelaars afwachten en patiënten vaak zelf het initiatief moeten nemen tot afbouw, waardoor afbouw niet of verlaat plaatsvindt. OPERA - het Nederlandse onderzoek naar Optimaal PERsoonsgericht Antidepressivagebruik – zal hier meer inzicht in geven.

Doel

OPERA onderzoekt 1) wanneer en bij wie de depressie herstelt na de start van citalopram of sertraline, en 2) bij patiënten die ten minste 6 maanden hersteld zijn van een depressie met citalopram of sertraline of, wanneer en bij wie afbouw mogelijk is.

Methoden

OPERA (opera-project.nl) wordt uitgevoerd door de afdelingen huisartsgeneeskunde en psychiatrie van 5 UMCS (Amsterdam UMC, VUmc; Leiden UMC; UMC Groningen; RadboudUMC Nijmegen; en Erasmus MC, Rotterdam). Het onderzoek bestaat uit twee delen. Deel 1 is OPERA-monitor: een open-label behandelcohort (n ≈ 2000) van volwassen patiënten (18-75 jaar) met een depressie die in de afgelopen twee maanden zijn gestart met citalopram of sertraline. Doel is met vragenlijsten en telefonische interviews in kaart te brengen wanneer en bij wie stabiele remissie van depressie optreedt. Deel 2 is OPERA-afbouw. In OPERA-afbouw worden 400 herstelde patiënten met citalopram of sertraline dubbelblind gerandomiseerd (1:1) naar a) vroege afbouw of b) late afbouw. Hierbij worden citalopram (10-40mg) of sertraline (50-200mg) in 4 tot 8 weken placebogecontroleerd afgebouwd. Na één jaar zijn beide armen afgebouwd, patiënten worden in totaal 2 jaar gevolgd. De primaire uitkomstmaat is de tijd zonder terugval in een depressie. Secundaire uitkomsten zijn kwaliteit van leven, dagelijks functioneren, bijwerkingen en onttrekkingsverschijnselen. Daarnaast wordt gekeken naar kosteneffectiviteit en voorspellers van afbouwsucces. Een externe referentiegroep van 200 patiënten wordt ook gevolgd om de generaliseerbaarheid van de uitkomsten te onderzoeken.

Resultaten

De werving voor OPERA-monitor is in volle gang sinds juli 2019 en loopt tot en met januari 2023. Psychiaters, huisartsen en apothekers kunnen patiënten met depressie die ingesteld worden op citalopram of sertraline aanmelden voor OPERA-monitor via opera-project.nl.

Conclusie

OPERA is een unieke, multidisciplinaire, landelijke samenwerking van psychiaters, huisartsen, onderzoekers, relevante beroepsgroepen en patiëntorganisaties die bouwen aan een landelijke infrastructuur voor onderzoek naar optimaal antidepressivagebruik. De OPERA studie zal behandelaars en patiënten handvatten bieden bij het veilig afbouwen van antidepressiva. Het zal daarnaast de benodigde bouwstenen leveren om patiënten beter een individueel advies te kunnen geven ten aanzien van antidepressiva-afbouw.

Literatuurverwijzing

OPERA wordt gefinancierd door ZonMW Goed Gebruik Geneesmiddelen (80-84800-98-40002).

P37 Tranylcypromine gebruik voor en na registratie als geneesmiddel in Nederland

Angela van der Salm^{p1} / Magdalena Gamba¹ / Toine Egberts¹

P: Presenterende auteur

1. Universiteit Utrecht

Achtergrond

Tranylcypromine is een geneesmiddel welke tot midden 2016 alleen via een artsverklaring verstrekt kon worden ter behandeling van ernstige depressieve episoden bij patiënten met multiresistente depressie. Eind 2015 is het geregistreerd met goedkeuring van het CBG en sinds eind juni 2016 is het als receptgeneesmiddel beschikbaar (1). Het gebruik van tranylcypromine kan gepaard gaan met ernstige bijwerkingen, zoals hypertensieve crisis (in de volksmond bekend als “kaasreactie”) of bijvoorbeeld serotonine syndroom. Behandeling met dit geneesmiddel kan pas gestart worden als minstens twee andere antidepressiva en augmentatie met lithium onvoldoende effectief zijn gebleken, en moet onder voorschrift en medisch toezicht van een psychiater gebeuren.

Doel

Onderzocht is of er verschillen zijn in de karakteristieken van patiënten die tranylcypromine via artsverklaring verkregen en patiënten die het geregistreerde medicijn nemen.

Methoden

Uit de Openbare Apotheek Databank van het PHARMO Datanetwerk zijn patiënten geïdentificeerd die tussen 1 januari 2009 en 31 december 2017 een uitgifte hebben gehad van tranylcypromine.. Hierbij zijn patiënten onderverdeeld in nieuwe gebruikers voor registratie, nieuwe gebruikers na registratie en gebruikers welke zijn overgezet van tranylcypromine op artsverklaring naar het geregistreerde medicijn. Een nieuwe gebruiker is gedefinieerd als een patiënt die minimaal een jaar voorafgaand aan de eerste uitgifte geen tranylcypromine gebruikte. Een overgezette gebruiker is gedefinieerd als een patiënt die in het jaar voorafgaand aan gebruik van het geregistreerde product al tranylcypromine op artsverklaring gebruikte.

De onderzochte karakteristieken betroffen leeftijd, geslacht, tranylcypromine product, voorschrijver, gelijktijdig gebruik van cardiovasculaire medicatie, en geschiedenis van antidepressiva gebruik voorafgaand aan de behandeling met tranylcypromine.

Het gebruik door de tijd is geanalyseerd in periodes van 6 maanden.

Resultaten

Tijdens de studieperiode zijn er 529 patiënten nieuw gestart met tranylcypromine op artsverklaring, en na juni 2016 zijn er 216 patiënten nieuw gestart met het geregistreerde product. Daarnaast zijn er sinds registratie 186 patiënten overgezet van het niet-geregistreerde naar het geregistreerde tranylcypromine. De man-vrouw distributie voor en na registratie was onveranderd 1-2, hetgeen in lijn is met de geslachtsverdeling van patiënten met depressie (2). Er zijn geen duidelijke patronen zichtbaar in het gebruik van tranylcypromine door de tijd.

De gemiddelde patiënt begint rond zijn/haar 54e levensjaar voor het eerst met het gebruik van tranylcypromine (leeftijd variërend van 18 tot 95 jaar). Patiënten die tranylcypromine gebruiken, doen dat gemiddeld 1112 dagen lang (range 1 tot 2816 dagen). Bij het overzetten waren patiënten gemiddeld 58 jaar. Rondom de periode van registratie, lijkt er een verandering plaats te vinden in het type voorschrijver, waarbij dit minder vaak de psychiater is en vaker een niet nader gespecificeerde specialist. Het overzetten is opvallend vaak gebeurd door de huisarts. De patiënten die na registratie beginnen met tranylcypromine gebruiken vaker cardiovasculaire geneesmiddelen, en hebben een vergelijkbare medicatiegeschiedenis qua psychiatrische behandeling. Daarbij valt op dat in ongeveer 14% van de gevallen (na registratie) en 23% (voor registratie) niet voldaan wordt aan de eis om pas na twee andere antidepressiva en lithium te starten met tranylcypromine.

In de groep van patiënten die is overgezet, wijkt de medicatiegeschiedenis hierin af van dit beeld, dat 44% van de patiënten op het moment van overzetten 0 tot 2 eerdere antidepressiva gebruikten (hetgeen in lijn zou zijn met eerder gebruik van tranylcypromine op artsverklaring, waarbij gelijktijdig gebruik van andere antidepressiva risico's voor de gezondheid kan opleveren), en bijna 96% (versus 71% pre-registratie) niet gelijktijdig cardiovasculaire medicatie gebruiken.

Conclusie

De karakteristieken van patiënten qua leeftijd en geslacht zijn voor en na de registratie van het geneesmiddel niet bijzonder veranderd. Waar de bijsluiter van het geregistreerde product expliciete aanwijzingen geeft over voorschrijven en monitoring door een psychiater, evenals over toepassing pas als andere antidepressiva onvoldoende effect geven, wijzen de resultaten van dit onderzoek erop dat deze richtlijnen onvoldoende worden opgevolgd. Verder zijn er aanwijzingen dat patiënten die zijn overgezet op het geregistreerde product minder cardiovasculaire co-morbiteit hebben dan nieuwe starters.

Literatuurverwijzing

https://www.geneesmiddeleninformatiebank.nl/ords/f?p=111:3::SEARCH:NO::P0_DOMAIN,P0_LANG,P3_RVG1:H,NL,115752 (geraadpleegd op 02-Feb-20)

Kuehner C. Why is depression more common among women than among men? *Lancet Psychiatry*. 2017;4:146

P39 Gender differences in symptoms of severe depression and response to ECT

Machteld Blanken ^{1,2}

P: Presenterende auteur

1. GGZinGeest
2. Amsterdam UMC locatie VUMC

Achtergrond

Unipolar depression affects more than 300 million persons equivalent to 4,4% of the general population. Depression is a leading cause of disability around the world and contributes greatly to the global burden of disease. In 2020, the top contributors to the burden of disease worldwide are predicted to be ischaemic heart disease, followed by unipolar major depression. Electroconvulsive therapy (ECT) remains the most efficient therapy for severe and treatment resistant depression, with remission rates surpassing other treatments. In addition, ECT is the most effective acute treatment of major depressive episodes and has also proven to be the most rapid and the safest treatment option for those who respond poorly or cannot tolerate medication. (Ref.1,2) Despite these findings, ECT remains stigmatized and ECT deserves a more prominent position in the treatment of patients with severe depression.

Recently in medicine awareness of gender differences and how these differences may affect manifestation, epidemiology and pathophysiology of diseases, leading to more precise therapeutic implications. Regarding depressive disorders, Sonnenberg et al. found a female preponderance in depression rates that appears to be a consistent finding in literature. This preponderance has been related to more exposure to risk factors. Symptom-patterns in men and women were very much alike. However, with regards to ECT response little is known about gender differences. Few studies have focused on gender differences in outcome of ECT, but with inconsistent results.

In 2015 Haq (Ref.22) et al. showed in their meta-analysis that greater age and psychotic features were weakly associated with higher ECT response rates and furthermore bipolar diagnosis, sex, age at onset, and number of previous episodes were not significant predictors. Longer depressive episodes and medication failure at baseline are robust predictors of poor response to ECT. They discussed that heterogeneity in studies was a limitation of their results. Another meta-analysis in 2018 showed that ECT is particularly effective in patients with depression with psychotic features and in older people with depression, however they didn't focus on differences in gender (Ref.23). In 2017, Manohar et al. (Ref.14) showed in their findings, that the ECT-induced clinical response in major psychiatric disorders is independent of gender.

In conclusion, so far studies on efficacy of ECT with regards to gender differences were inconclusive or had limitations, probably due to differences and heterogeneity in sample characteristics and methodological approaches in single site studies, combined with small sample sizes, which may lead to irreproducibility of findings. Increasing our knowledge about these differences, may lead to precision psychiatry which improves effectiveness of treatment.

Since data over the years have been inconclusive we plan to overcome these above mentioned shortcomings by performing a mega-analysis testing whether gender differences are associated with response of ECT treatment and clinical outcome. We will achieve this by using the Global ECT-MRI Research Collaboration (GEMRIC) database. GEMRIC aims to combine longitudinal neuroimaging as well as clinical, behavioral and psychological data across multiple independent sites.

Doel

The first aim of the present study is to explore differences in characteristics of severe depression between the two sexes in patients suffering with depression. The second aim is to study differences in ECT response and clinical outcome. Furthermore we would like to study if there are gender differences in predictive values of ECT response and outcome.

Based on previous results associated with gender differences we hypothesize that female patients received less medication and more often were treated with ECT, this may be due to a higher prevalence of psychotic symptoms. Based on the studies evaluating gender and ECT-response, we hypothesize that ECT outcome is gender neutral and men should be admitted to ECT earlier.

Methoden

Subjects

Clinical and demographic characteristics of the total sample are detailed in Table 1.

In the present study, data from 14 sites, totaling 293 patients (59,7%female, mean age 55.9 (SD16.3)years) with depression referred to ECT were included. Depressive symptoms were rated by the Montgomery–Åsberg Depression Rating Scale (MADRS). Exclusion criteria a diagnoses of bipolar disorder and adjustment disorder and a history of a major neurologic illness (including Parkinson disease, stroke and dementia). Owing to this exclusion criteria and missing data, the final patient sample size used for the main statistical tests varied between 104 and 293 patients.

Assessment

Patients were included if they fulfilled the ICD-10 criteria for MDD with a current major depressive episode. Previous treatments for the current depressive episode were assessed with the Antidepressant Treatment History Form. ECT practice differed across sites in terms of electrode placement, ECT charge, and pulse width. Nine sites used mainly right unilateral stimulation (RUL), one site used bitemporal (BT) stimulation only, three sites used bilateral (BL) stimulation only, and one site used bifrontal (BF) stimulation only. Moreover, most sites discontinued psychotropic medications during the ECT series.

Analyses

Data were analyzed using SPSS, version 25 (SPSS Inc., Chicago, IL).

Resultaten

The baseline sample consisted of 293 severely depressed patients who received ECT treatment. Patients were on average 55,9 years (standard deviation: 16.3). The majority were women (59,7%) and 27% had psychotic symptoms. 87,0% failed to respond to pharmacotherapy as defined by the Antidepressant Treatment History Form, as one antidepressant trial of adequate dose and duration before index series.

Conclusie

So far we conclude that no significant difference was observed between women and men at baseline. Both respond equally to ECT treatment, therefore ECT is gender neutral.

We will now look further to whether there are gender related predictors in ECT outcome and within symptoms of depression.

Literatuurverwijzing

Early- and Late-Onset Depression in Late Life: A Prospective Study on Clinical and Structural Brain Characteristics and Response to Electroconvulsive Therapy DOLS ET A. 2017.

Electroconvulsive therapy response in late-life depression unaffected by age-related brain changes. Filip Bouckaert a, Louise Emsell a, b, Kristof Vansteelandt c, François-Laurent De Winter a, Jan Van den Stock a, Jasmien Obbels f, Annemieke Dols d, Max Stek d, Katarzyna Adamczuk g, Stefan Sunaert b, Koen Van Laere e, Pascal Sienaert f, Mathieu Vandenbulcke

EMBO Sex and gender differences in health EMBO. Vera Regitz-Zagrosek.

Bloch Y, Ratzoni G, Sobol D, Mendlovic S, Gal G, Levkovitz Y. Gender differences in electroconvulsive therapy: a retrospective chart review. *J Affect Disord* 2005;84(1):99-102.

Bolu A, Ozselek S, Akarsu S, Alper M, Balıkcı A. Is there a role of gender in electroconvulsive therapy response? *Bulletin of Clinical Psychopharmacology* 2015; 25(3): 228-32.

Sackeim, H. A., Haskett, R. F., Mulsant, B. H., Thase, M. E., Mann, J. J., Pettinati, H. M., & Prudic, J. (2001). Continuation pharmacotherapy in the prevention of relapse following electroconvulsive therapy: a randomized controlled trial. *Jama*, 285(10), 1299-1307.

Parker, R. D., Flint, E. P., Bosworth, H. B., Pieper, C. F., & Steffens, D. C. (2003). A three-factor analytic model of the MADRS in geriatric depression. *International journal of geriatric psychiatry*, 18(1), 73-77.

The Global ECT-MRI Research Collaboration (GEMRIC): Establishing a multi-site investigation of the neural mechanisms underlying response to electroconvulsive therapy.

Whole-brain structural influences,GEMRIC. Sex differences in late life depression. Sonnenberg.

WHO World Health Organization

World Health Organization: Depression Fact Sheet (2018)

Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>. Accessed March 22, 2018

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;sequence=1>

Karanti 2015 Gender differences in the treatment of patients with bipolar disorder: A study of 7354 patients.

Karshini Manohar, Karthick Subramanian, Vikas Menon, and Shivanand Kattimani *J Neurosci Rural Pract.* 2017 Jul-Sep; 8(3): 427–430. Does Gender Influence Electroconvulsive Therapy Sessions Required across Psychiatric Diagnoses? A 5-Year Experience from a Single Center15. Prudic J, Haskett RF, Mulsant B, et al: Resistance to antidepressant medications and short-term clinical response to ECT. *Am J Psychiatry* 1996; 153:985–992

Hawley CJ, Gale TM,Sivakumaran T: Defining remission by cut off score on the MADRS: selecting the optimal value. *J Affect Disord* 2002; 72:177–184

Carney, S., Cowen, P., Dearness, K., Eastaugh, J., 2003. Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 361, 799–808.

Aoki, Y., Yamaguchi, S., Ando, S., Sasaki, N., Bernick, P.J., Akiyama, T., 2016. The experience of electroconvulsive therapy and its impact on associated stigma: a meta-analysis. *Int. J. Soc. Psychiatry* 62, 708–718.

UK ECT Review Group (2003): Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders: A systematic review and meta-analysis. *Lancet* 361:799–808.

Husain MM, Rush AJ, Fink M, Knapp R, Petrides G, Rummans T, et al. (2004): Speed of response and remission in major depressive disorder with acute electroconvulsive therapy (ECT): A Consortium for Research in ECT (CORE) report. *J Clin Psychiatry* 65:485–491.

Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. (2013): Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 382:1575–1586.

Haq AU1,2, Sitzmann AF, Goldman ML, Maixner DF, Mickey BJ. Response of depression to electroconvulsive therapy: a meta-analysis of clinical predictors. *J Clin Psychiatry.* 2015 Oct;76(10):1374-84. doi: 10.4088/JCP.14r09528.

van Diermen L1, van den Aamele S2, Kamperman AM3, Sabbe BCG2, Vermeulen T2, Schrijvers D2, Birkenhäger TK4. Prediction of electroconvulsive therapy response and remission in major depression: meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 2018 Feb;212(2):71-80. doi: 10.1192/bjp.2017.28.

P41 Efficacy and safety of Electroconvulsive therapy in Older Adults with Bipolar Disorder: ECT in OABD.

Machteld Blanken ^{p1}

P: Presenterende auteur

1. Amsterdam UMC location VuMC in samenwerking met GGZinGeest.

Achtergrond

The effectiveness of electroconvulsive therapy (ECT) has been shown in bipolar disorder for both manic and depressive symptoms(1, 2). To date, results on efficacy and safety of ECT in older age bipolar disorder (OABD) are lacking. This is concerning because 25% of all patients with bipolar disorder are older than 60 years and this number is expected to increase to 50% in 2030 because of the aging of the total population and a greater awareness of bipolar disorder among older people (3,4). However, extrapolating results of ECT in younger adults with bipolar disorder and older adults with unipolar disorder (OAUD) (5) a superior effect of ECT in OABD can be expected in the acute phases (mania, depression, and mixed episode), most specific in cases of pharmacotherapy resistance, previous ECT response, or urgent safety concerns (severe suicidality, physical exhaustion or refusal of all foods and fluids) (6). Nevertheless, in most guidelines for bipolar disorder, ECT is offered only as second or third line treatment for refractory depression and in life threatening cases, possibly due to stigma and concern for the occurrence of complications as a switch to other polarity and cognitive side effects. Cognitive side effects of ECT have been studied in OAUD (7), post-ictal confusion has been described but most studies report improvements of cognitive functions after ECT, most likely due to recovery of depressed mood, concentration and attention. Prediction of ECT response and remission has been studied in OAUD(8). ECT was particularly effective in patients with depression with psychotic features and in elderly people with depression. The identification of reliable clinical predictors of ECT response in OABD could contribute to a more targeted patient selection and treatment of those patients likely to respond to ECT , consequently leading to higher ECT response and remission rates. It was concluded in an expert consensus paper, ECT remains an important treatment option in OABD (9) Research on efficacy (response rates, remission rates and determination of prognostic factors) and safety (absence of complications) of ECT in OABD are a necessary step to enter recommendations on ECT in OABD in clinical guidelines.

Doel

The first aim of the study is to evaluate the safety and efficacy of ECT in patients 50 years and over with bipolar disorder. The secondary aims of this study include an investigation of the predictive values of age, depression severity and psychotic symptoms for ECT response and remission in older patients with bipolar disorder. Effects of the subgroups were obtained by asking the different sites to deliver separately the effect outcomes of these subgroups. Next, the effectiveness of ECT for OABD patients will be compared with the effectiveness of ECT for OAUD patients.

Methoden

This study is a register-based observational study. For the purposes of our mega-analysis aggregated data will be collected from different international sites (published and unpublished) from GEMRIC and Taskforce OABD from the International Society for Bipolar Disorders.

These members may suggest additional sites and these will be approached as well. Sites that contribute data can propose a maximum of three co-authors (in accordance to the GEMRIC collaborative initiative).

Sample:

Patients aged 50 years and over with a diagnosis of bipolar disorder will be subtracted. Available information on several variables will be supplemented from patient files. The extraction from patients files will only be performed by clinical practitioners involved in the patients treatment. Data in the database will be anonymous.

Inclusion criteria for the OABD group:

Age 50 years and above, Bipolar I,II or NOS,treatment with ECT.

Inclusion criteria for the OAUD group: Age 50 years and above,
Unipolar depression, treatment with ECT.

Exclusion criteria: Subjects with missing data on relevant variables including ECT procedure, ECT outcome and ECT complications will be excluded. Patients with a clinical diagnosis of dementia will be excluded.

Analyses: Statistical analyses were performed using SPSS 26.

Resultaten

We aim to include 200 OABD patients. Regarding the first objective, the sample size will affect the accuracy of the estimates of safety and efficacy of ECT in OABD.

Conclusie

There are no results yet. We are hoping to recruit sites willing to participate.

Literatuurverwijzing

Versiani M, Cheniaux E, Landeira-Fernandez J. Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in the treatment of bipolar disorder: a systematic review. *J ECT*. 2011;27(2):153-64.

Perugi G, Medda P, Toni C, Mariani MG, Socci C, Mauri M. The Role of Electroconvulsive Therapy (ECT) in Bipolar Disorder: Effectiveness in 522 Patients with Bipolar Depression, Mixed-state, Mania and Catatonic Features. *Curr Neurol Neuropharmacol*. For our mega-analysis aggregated data obtained from different international sites (published and unpublished) will be collected. *armacol*. 2017;15(3):359-71.

Sajatovic, Martha MD*; Bingham, C Raymond PhD†; Campbell, Elaine Arnold MD*; Fletcher, Diana Faye MD‡, Bipolar Disorder in Older Adult Inpatients *The Journal of Nervous and Mental Disease*: June 2005 - Volume 193 - Issue 6 - p 417-419

Dols, Beekman, Older Age Bipolar Disorder, *Psychiatric Clinics of North America* Volume 41, Issue 1, March 2018, Pages 95-110

Van der Wurff FB, Stek ML, Hoogendijk WL, Beekman AT. Electroconvulsive therapy for the depressed elderly. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003(2):CD003593.

Dols A, Beekman A. Older Age Bipolar Disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2018;41(1):95-110.

Tielkes CE, Comijs HC, Verwijk E, Stek ML. The effects of ECT on cognitive functioning in the elderly: a review. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2008;23(8):789-95.

Van Diermen et al. Prediction of electroconvulsive therapy response and remission in major depression: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry* (2018)212,71-80.

Sajatovic M, Strejilevich SA, Gildengers AG, Dols A, Al Jurdi RK, Forester BP, et al. A report on older-age bipolar disorder from the International Society for Bipolar Disorders Task Force. *Bipolar Disord*. 2015;17(7):689-704.