

P01 Het effect van een leefstijlinterventie op de fysieke gezondheid en het zorggebruik van mensen met EPA in de langdurige zorg

MSc Jeroen Deenik ^{p1} / Dr. MD Diederik Tenback ^{1,2} / Dr. Ingrid Hendriksen ^{3,4} / Dr. Erwin Tak ^{3,4} / Prof. Dr. MD. Peter van Harten ^{1,5}

P: Presenterende auteur / spreker

1. GGz Centraal Innova
2. Dep. Farmaco-epidemiology and Clinical Pharmacology, Utrecht University
3. TNO
4. Body@Work TNO-VUmc
5. School for Mental Health and Neuroscience, Maastricht University

Achtergrond

- Een leefstijl met ongezonde eetgewoonten, sedentair gedrag (liggen/zitten zonder te slapen) en weinig fysieke activiteit heeft invloed op co-morbiditeit binnen bij mensen met een Ernstig Psychiatrische Aandoening (EPA), met een negatieve impact op levensverwachting, algehele gezondheid en kwaliteit van leven [1-3]. • Onderzoek naar dit onderwerp bij langdurig opgenomen patiënten is schaars, terwijl co-morbiditeit hoog prevalent is.
- Een eerdere studie laat zien dat mensen binnen de langdurige klinische zorg 84% van de tijd sedentair zijn en dat activeren van deze doelgroep niet lukt door alleen motiveren en faciliteren [4]. Een leefstijlinterventie is ontwikkeld, geïntegreerd in de dagelijkse behandeling. Hierin staat een 'change-from-within-principe' door multidisciplinaire* samenwerking centraal. De interventie bestaat uit gezamenlijk op tijd opstaan, drie verantwoorde (zelf gemaakte) maaltijden per dag, een actief dagprogramma, vaardigheidstrainingen (bijv. koken) en psycho-educatie (bijv. over bijwerkingen, voeding, roken). Waar nodig wordt het programma afgestemd op het individu. Het doel van de studie is om het effect van de interventie te meten op fysieke en mentale gezondheidsmaten. *betrokken psychiaters, activiteitenbegeleiders, verpleegkundig specialist, diëtiste, verpleegkundigen getraind tot leefstijlcoach en een onderzoeker

Doel

Na 18 maanden: • Een toename van fysieke activiteit (Total Activity Counts per hour; TAC/h). • Verbetering van risicofactoren voor hart- en vaatziekten en diabetes. • Afname van medicatiegebruik (m.n. gerelateerd aan hart- en vaatziekten en diabetes). • Afname van zorgbehoefte (Zorgzwaartepakket)

Methoden

Quasi experimenteel design met inclusie van mensen met EPA die in behandeling zijn op de afdelingen voor langdurige zorg van GGz Centraal Amersfoort. Mensen werden geïncludeerd als van hen complete baseline-data (2013) bekend was en als zij geen andere interventie kregen (N=123). • Interventiegroep (N=66) • Controlegroep: treatment as usual (N=57) Follow-up 18 maanden na start van de interventie. Metingen • 5-daagse meting met een versnellingsmeter (ActiGraph GT3X+) • Retrospectief uit het patiëntendossier: o Metabole gezondheid (gewicht, BMI, buikomvang, bloeddruk, triglyceriden, glucosespiegel, HDL-cholesterol) o Medicatiegebruik, gegroepeerd volgens de ATC-index van de WHO, uitgedrukt in Daily Defined Dosis (DDD). o Zorgzwaartepakket (ZZP)

Resultaten

De analyses worden nog uitgevoerd op het moment van het indienen van deze abstract. In het totaal hebben we bruikbare data kunnen verkrijgen van 114 patiënten, verdeeld in interventiegroep (N=65) en controlegroep (N=49). De groepen verschillen significant op leeftijd (controles gemiddeld zes jaar ouder) en diagnose (controles minder 'schizofrenie en aanverwant) ($p < .01$). Voorlopige resultaten op basis van verschillen laten (gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd en diagnose) een significante afname zien van gewicht ($B = -6,5$, $p = .001$), BMI ($B = -2,2$, $p = .001$) en buikomvang ($B = -4,8$, $p = .01$) en een toename van totale activiteit ($B = 0,5$, $p = .01$). Opvallend is dat in ongecorrigeerde verschillen binnen de groepen afzonderlijk te zien is dat de interventiegroep op alle variabelen voor metabole risicofactoren en totale activiteit vooruit gegaan is, terwijl de controlegroep geen significante verschillen laat zien tussen baseline en 18-maanden follow-up. Data t.a.v. medicatie en zorgzwaartepakketten moet nog worden geanalyseerd.

Conclusie

De leefstijlgroep laat na 18 maanden aanzienlijke significante verbetering zien t.a.v. fysieke gezondheid ten opzichte van de controlegroep. Vooral het effect op totale activiteit is sterk (Cohen's $d = .52$). Opvallend is dat er geen enkele vooruitgang te zien is in de gebruikelijke behandeling. Uitgebreidere analyses (met o.a. correctie voor eventuele clustering van data op afdelingsniveau) zijn noodzakelijk om meer uitspraken te kunnen doen over de gevonden effecten en veranderingen in medicatiegebruik en zorgbehoefte. Deze voorlopige resultaten lijken het doel van deze behandeling te bevestigen: een duurzame en blijvende leefstijlbevordering binnen de langdurige psychiatrie met behulp van bestaande middelen gedragen door multidisciplinaire samenwerking.

Literatuurverwijzing

1. De Hert, M., et al., Metabolic syndrome in people with schizophrenia: A review. *World Psychiatry*, 2009. 8(1): p. 15-22.
2. IGZ, Staat van de Gezondheidszorg 2012. Preventie in de curatieve en langdurige zorg: noodzaak voor kwetsbare groepen. 2012, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: Utrecht.
3. Tenback, D.E., et al., Risk factors for inactivity in patients in long-term care with severe mental illness. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 2013. 55(2): p. 83-91.
4. Deenik, J., De fysieke activiteit en kwaliteit van leven van patiënten met een ernstig psychiatrische aandoening in de langdurige zorg, in Faculteit Gedragwetenschappen. . 2014, Universiteit Twente: Enschede.

P02 Het effect van een leefstijlinterventie op de psychische gezondheid en het functioneren van mensen met EPA in de langdurige zorg

MSc Jeroen Deenik ^{p1} / Dr. MD Diederik Tenback ^{1,2} / Dr. Ingrid Hendriksen ^{3,4} / Dr. Erwin Tak ^{3,5,6} / Prof. Dr. MD. Peter van Harten ^{1,7}

P: Presenterende auteur / spreker

1. GGz Centraal Innova
2. Dep. Farmaco-epidemiology and Clinical Pharmacology, Utrecht University
3. TNO
4. Body@Work, TNO-VUmc
5. Body@Work
6. TNO-VUmc
7. School for Mental Health and Neuroscience, Maastricht University

Achtergrond

- Een leefstijl met ongezonde eetgewoonten, sedentair gedrag (liggen/zitten zonder te slapen) en weinig fysieke activiteit heeft invloed op co-morbiditeit binnen bij mensen met een Ernstig Psychiatrische Aandoening (EPA), met een negatieve impact op levensverwachting, algehele gezondheid en kwaliteit van leven [1-3].
- Recente systematische reviews en meta-analysen laten niet alleen positieve effecten zien van meer fysieke activiteit op fysieke gezondheid, maar ook op psychiatrische symptomen, algemeen functioneren en kwaliteit van leven (KvL) (bijv. [4]).
- Het verhogen van de kwaliteit van leven hangt samen met remissie van symptomen en functioneel herstel bij mensen met een diagnose schizofrenie (bijv. [5]) • Onderzoek naar leefstijlinterventies bij langdurig opgenomen patiënten met EPA is schaars, terwijl bovengenoemde klachten juist bij deze doelgroep hoog prevalent zijn als gevolg van ziekte-ernst en langdurig medicatiegebruik.
- Een eerdere studie laat zien dat mensen binnen de langdurige klinische zorg 84% van de tijd sedentair zijn en dat activeren van deze doelgroep niet lukt door alleen motiveren en faciliteren [6]. Een leefstijlinterventie is ontwikkeld, geïntegreerd in de dagelijkse behandeling. Hierin staat een 'change-from-within-principe' door multidisciplinaire* samenwerking centraal. De interventie bestaat uit gezamenlijk op tijd opstaan, drie verantwoorde (zelf gemaakte) maaltijden per dag, een actief dagprogramma, vaardigheidstrainingen (bijv. koken) en psycho-educatie (bijv. over bijwerkingen, voeding, roken). Waar nodig wordt het programma afgestemd op het individu. Het doel van de studie is om het effect van de interventie te meten op fysieke en mentale gezondheidsmaten. *betrokken psychiaters, activiteitenbegeleiders, verpleegkundig specialist, diëtiste, verpleegkundigen getraind tot leefstijlcoach en een onderzoeker

Doel

Na 18 maanden:

- Verbetering van de kwaliteit van leven.
- Verbetering van psychotische symptomen.
- Verbetering van sociaal en algemeen functioneren.
- Verbetering van de attitude en self-efficacy (zichzelf in staat voelen) t.a.v. bewegen.

Methoden

Quasi experimenteel design met inclusie van mensen met EPA die in behandeling zijn op de afdelingen voor langdurige zorg van GGz Centraal Amersfoort. Mensen werden geïncludeerd als van hen complete baseline-data (2013) bekend was en als zij geen andere interventie kregen (N=123). • Interventiegroep (N=66) • Controlegroep: treatment as usual (N=57) Follow-up 18 maanden na start van de interventie. Metingen • Vragenlijsten in een semigestructureerd interview Kwaliteit van leven [EQ-5D & WHOQoL-Bref]o Attitude t.a.v. bewegen [Physical Activity Enjoyment Scale]o Self-efficacy t.a.v. bewegen [Multidimensional Self Efficacy Questionnaire] • Retrospectief uit het patiëntendossier: o Psychotische symptomen [PANSS remission tool]o Functioneren [HoNOS-12]

Resultaten

De analyses worden nog uitgevoerd op het moment van het indienen van deze abstract. In het totaal hebben we bruikbare data kunnen verkrijgen van 114 patiënten, verdeeld in interventiegroep (N=65) en controlegroep

(N=49). De groepen verschillen significant op leeftijd (controles gemiddeld zes jaar ouder) en diagnose (controles minder 'schizofrenie en aanverwant') ($p < .01$). Binnen-groeps analyses (gepaarde t-toetsen) laten significante vooruitgang zien in de interventiegroep op bijna alle variabelen voor psychotische symptomen, functioneren, kwaliteit van leven, attitude en self-efficacy. In de controlegroep waren enkel significante verbeteringen zichtbaar op kwaliteit van leven en self-efficacy. Voorlopige resultaten gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd en diagnose (o.b.v. vershilscores), laten een significante verbetering van attitude zien ($B = 13.3, p = .03$) en afname van afgestompt gevoel ($B = -1.3, p < .01$).

Conclusie

De leefstijlgroep laat na 18 maanden binnen de groep aanzienlijke significante verbetering zien ten opzichte van de baseline meting, op psychotische symptomen, (sociaal) functioneren, kwaliteit van leven en hoe zij aankijken tegen en in hoeverre zij zich in staat voelen tot bewegen. In gecorrigeerde analyses blijven enkel de effecten op attitude en afgestompt gevoel over. Het effect op kwaliteit van leven vervalst vermoedelijk omdat deze ook is toegenomen in de controlegroep (mogelijk door een andere niet aan leefstijl gerelateerde interventie binnen de 18 maanden). Opvallend is dat in de gebruikelijke behandeling na anderhalf jaar geen verbetering plaatsvindt in symptomatologie en (sociaal)functioneren. Uitgebreidere analyses (met o.a. correctie voor eventuele clustering van data op afdelingsniveau) zijn noodzakelijk om meer uitspraken te kunnen doen over de gevonden effecten.

Literatuurverwijzing

1. De Hert, M., et al., Metabolic syndrome in people with schizophrenia: A review. *World Psychiatry*, 2009. 8(1): p. 15-22.
2. IGZ, Staat van de Gezondheidszorg 2012. Preventie in de curatieve en langdurige zorg: noodzaak voor kwetsbare groepen. 2012, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: Utrecht.
3. Tenback, D.E., et al., Risk factors for inactivity in patients in long-term care with severe mental illness. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 2013. 55(2): p. 83-91.
4. Dauwan, M., et al., Exercise Improves Clinical Symptoms, Quality of Life, Global Functioning, and Depression in Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 2016. 42(3): p. 588-599.
5. Lambert, M., et al., Remission in schizophrenia: validity, frequency, predictors, and patients' perspective 5 years later. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2010. 12(3): p. 393-407.
6. Deenik, J., De fysieke activiteit en kwaliteit van leven van patiënten met een ernstig psychiatrische aandoening in de langdurige zorg, in *Faculteit Gedragswetenschappen*. . 2014, Universiteit Twente: Enschede.

P03 De Image_AL studie: onderzoek naar de lange-termijn gevolgen van intra-uteriene blootstelling aan lithium en antipsychotica

Eline Poels ¹ / Dr. Tonya White ² / Prof.dr. Steven Kushner ¹ / Dr. Veerle Bergink ¹ / Prof.dr. Witte Hoogendijk ¹ / Dr. Sabine Roza ¹

P: Presenterende auteur / spreker

1. Afdeling Psychiatrie, Erasmus MC
2. Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie/psychologie, Erasmus MC

Achtergrond

Lithium en antipsychotica hebben een belangrijke rol in de behandeling van patiënten met een bipolaire stoornis of schizofrenie. Deze medicatie wordt vaak gecontinueerd tijdens de zwangerschap omdat stoppen een hoog risico geeft op terugval (1-3). Over de gevolgen voor de ontwikkeling van het kind bestaat helaas nog veel onzekerheid. Sommige studies laten een licht verhoogd risico zien op perinatale complicaties en congenitale malformaties (4-7). Er is echter weinig bekend over de lange-termijn gevolgen voor de hersenontwikkeling na intra-uteriene blootstelling aan lithium of antipsychotica. De Image_AL studie doet onderzoek naar de hersenontwikkeling van kinderen waarvan de moeder lithium of antipsychotica heeft gebruikt tijdens de zwangerschap.

Doel

1. Onderzoeken of kinderen die blootgesteld zijn aan lithium of antipsychotica in utero structurele hersenafwijkingen laten zien op de MRI scan, vergeleken met kinderen die niet zijn blootgesteld aan deze medicatie (primair onderzoeksdoel).
2. Onderzoeken of kinderen die blootgesteld zijn aan lithium of antipsychotica in utero functionele hersenafwijkingen (fMRI) of cognitieve, emotionele of gedragsproblemen tonen, vergeleken met kinderen die niet zijn blootgesteld aan deze medicatie (secundair onderzoeksdoel).

Methoden

De studiepopulatie bestaat uit kinderen van 8 tot 14 jaar oud die blootgesteld zijn aan lithium of antipsychotica in utero en kinderen van moeders met vergelijkbare psychiatrische diagnose tijdens de zwangerschap waarbij de moeder destijds geen lithium of antipsychotica heeft gebruikt. Beide groepen kinderen worden vergeleken met data van de normale populatie uit de Generation R study. Alle kinderen worden uitgenodigd voor een MRI scan en neuropsychologische testen. Deze testen bestaan onder andere uit de NEPSY-II-NL, SON R 6-40, ASEBA vragenlijsten en de MINI-KID. Ook aan de ouders en de leerkracht wordt gevraagd om vragenlijsten in te vullen over de ontwikkeling en het gedrag van het kind.

Resultaten

Eerste pilotgegevens kunnen op het voorjaarscongres worden getoond.

Conclusie

Meer kennis over langetermijngevolgen van medicatiegebruik voor de ongeboren vrucht helpt patiënten en psychiaters om afgewogen geïndividualiseerde keuzes in behandeling te maken tijdens de zwangerschap.

Literatuurverwijzing

1. Gilbert PL, Harris MJ, Mcadams LA, Jeste DV. Neuroleptic Withdrawal in Schizophrenic-Patients - a Review of the Literature. *Arch Gen Psychiat*. 1995;52(3):173-88.
2. Viguera AC, Nonacs R, Cohen LS, Tondo L, Murray A, Baldessarini RJ. Risk of recurrence of bipolar disorder in pregnant and nonpregnant women after discontinuing lithium maintenance. *Am J Psychiat*. 2000;157(2):179-84.
3. Viguera AC, Whitfield T, Baldessarini RJ, Newport DJ, Stowe Z, Remnick A, et al. Risk of recurrence in women with bipolar disorder during pregnancy: Prospective study of mood stabilizer discontinuation. *Am J Psychiat*. 2007;164(12):1817-24.
4. Chisolm MS, Payne JL. Management of psychotropic drugs during pregnancy. *BMJ*. 2016;532:h5918.
5. Diav-Citrin O, Shechtman S, Tahover E, Finkel-Pekarsky V, Arnon J, Kennedy D, et al. Pregnancy Outcome Following In Utero Exposure to Lithium: A Prospective, Comparative, Observational Study. *Am J Psychiat*. 2014;171(7):785-94.
6. Galbally M, Snellen M, Power J. Antipsychotic drugs in pregnancy: a review of their maternal and fetal effects. *Ther Adv*

Drug Saf. 2014;5(2):100-9.7. Reis M, Kallen B. Maternal use of antipsychotics in early pregnancy and delivery outcome. J Clin Psychopharm. 2008;28(3):279-88.

P04 De invloed van de hypnoticum-keuze op de effectgrootte van ECT op de Hamilton Depression Rating Scale bij therapie resistente depressie

Drs. Floortje van Mensvoort ^{p1} / Drs. Ricardo Teijeiro ² / Dr. Cees Rijnders ¹

P: Presenterende auteur / spreker

1. GGz Breburg
2. Elisabeth-Tweesteden ziekenhuis

Achtergrond

De multidisciplinaire richtlijn elektroconvulsietherapie spreekt geen voorkeur uit met betrekking tot de keuze van een standaard hypnoticum (etomidaat, methohexital of propofol) bij ECT behandelingen. Er wordt aangenomen dat een therapeutisch insult een minimale duur dient te hebben en onder andere een te geringe duur kan een indicatie zijn voor het switchen van hypnoticum. Evaluatie van het effect van ECT dient te geschieden middels een gestandaardiseerd en gevalideerd meetinstrument (zoals HDRS)

Doel

Het doel van de studie is onderzoeken of er verschillen in effectgrootte (afname Hamilton depression rating scale score) zijn tussen de verschillende hypnotica en of het switchen van hypnotica van invloed is.

Methoden

Middels retrospectief dossieronderzoek wordt de data van de patiënten van de afgelopen 5 jaar verzameld en statistisch geanalyseerd.

Resultaten

50 patiënten ontvingen ECT behandeling voor een therapie-resistente depressie in de afgelopen 5 jaar. De verschillende hypnotica lieten geen significant verschil zien in effectgrootte van ECT ten opzichte van elkaar. Het switchen bij insulsten korter dan 21 sec. van methohexital naar etomidaat gaf een significant verschil in effectgrootte ten opzichte van de patiënten waarbij methohexital niet geswitched werd (BI1.288-13.538).

Conclusie

Het switchen van methohexital als hypnoticum naar etomidaat tijdens ECT behandeling van patiënten met een therapie-resistente depressie vergroot het effect van de therapie (afname score Hamilton) significant

Literatuurverwijzing

Multidisciplinaire richtlijn Elektroconvulsietherapie 2010

P05 De relatie tussen hersenpathologie en de ernst van autisme symptomatologie bij kinderen met tubereuze sclerose complex

Dr. Sabine Mous ^{1,2} / Drs. Iris Overwater ^{3,2} / Drs. Leontine ten Hoopen ^{1,2} / Dr. Marie-Claire de Wit ^{3,2} / Drs. Gwen Dieleman ^{1,2}

P: Presenterende auteur / spreker

1. Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie/psychologie, Erasmus MC-Sophia, Rotterdam
2. ENCORE Expertisecentrum voor Erfelijke Neurocognitieve Ontwikkelingsstoornissen, Erasmus MC-Sophia, Rotterdam
3. Afdeling Neurologie, Erasmus MC-Sophia, Rotterdam

Achtergrond

Tubereuze Sclerose Complex (TSC) is een autosomaal dominante aandoening die onder meer gekenmerkt wordt door de aanwezigheid van hersenpathologie, zoals corticale tubers¹. Daarnaast hebben veel kinderen met TSC een verstandelijke beperking en is de prevalentie van autismespectrumstoornissen (ASS) verhoogd². Tot op heden is er weinig bekend over de relatie tussen de aanwezigheid van deze tubers en de ernst van autismespectrumkenmerken bij kinderen met TSC, en blijft de rol van het cognitief functioneren in deze relatie onderbelicht.

Doel

Het onderzoeken van de relatie tussen het aantal en de locatie van corticale tubers en de ernst van ASS symptomen bij kinderen met TSC, en de rol van cognitief functioneren in deze relatie.

Methoden

In een groep van 52 pediatrische TSC-patiënten is de ernst van ASS in kaart gebracht middels de Autism Diagnostic Observation Scale (ADOS), en is het aantal en de locatie van corticale tubers onderzocht middels MRI. Tevens is er intelligentieonderzoek gedaan. Regressie- en mediatieanalyses zijn uitgevoerd.

Resultaten

Het totaal aantal tubers was sterk gerelateerd aan overall ASS ernst ($\beta=0.46$, $p<0.001$), evenals specifiek aan de ernst van beperkte en repetitieve gedragingen ($\beta=0.49$, $p<0.001$) en sociaal affect ($\beta=0.37$, $p=0.008$). Wanneer IQ aan de analyses werd toegevoegd, bleef alleen het totaal aantal tubers ($\beta=0.29$, $p=0.046$) en het aantal tubers in de frontaalkwab ($\beta=0.30$, $p=0.042$) significant gerelateerd aan de ernst van beperkte en repetitieve gedragingen. Alle andere relaties werden volledig verklaard door IQ.

Conclusie

Kinderen met TSC die meer corticale tubers hebben, laten ernstigere ASS symptomen zien. Cognitief functioneren is een belangrijke verklarende factor in deze relatie. Onafhankelijk van IQ laten kinderen met meer frontale tubers ernstigere beperkte en repetitieve gedragingen zien. Buiten de belangrijke rol van het cognitief functioneren, benadrukt onze studie de relevantie van het separaat onderzoeken van problemen in sociale communicatie en interactie enerzijds en beperkte en repetitieve gedragingen anderzijds.

Literatuurverwijzing

1. Crino PB. Evolving neurobiology of tuberous sclerosis complex. *Acta Neuropathol.* 2013;125(3):317-32. 2. Curatolo P et al. Neurological and neuropsychiatric aspects of tuberous sclerosis complex. *Lancet Neurol.* 2015;14(7):733-45.

P06 High en Intensive Care (HIC) in de psychiatrie: een effectieve methode om separate terug te dringen

MSc Laura Van Melle ^{1,2} / Dr. Yolande Voskes ¹ / Dr. Eric Noorthoorn ³ / Prof. Niels Mulder ⁴ / Prof. Guy Widdershoven ¹

P: Presenterende auteur / spreker

1. VUmc
2. GGZ Breburg
3. GGNet
4. Erasmus mc

Achtergrond

Het gebruik van separatie in de psychiatrie wordt in toenemende mate gezien als problematisch en inhumain. Ondanks de dwangreductieprojecten en andere initiatieven om separatie terug te dringen, blijft het een veelvoorkomend probleem. In 2013 werd het High en Intensive Care model (HIC) ontwikkeld om zowel te streven naar een verdere reductie van separatie en de zorg op gesloten psychiatrische afdelingen te verbeteren. HIC is een model voor de gesloten afdelingen in de psychiatrie. HIC legt de focus op het herstellen en behouden van contact met de patiënt, crisispreventie en stepped-care. Zowel ambulante hulpverleners als familie worden actief betrokken bij de behandeling op een HIC.

Doel

Om HIC verder te ontwikkelen en de implementatie van dit model in Nederland bij te staan is het van belang de relatie tussen de implementatie van HIC en de toepassing van separatie in kaart te brengen.

Methoden

Deze studie werd uitgevoerd over een periode van achttien maanden, waarin 38 acute gesloten opnameafdelingen voor volwassenen van 21 verschillende ggz instellingen werden geaudit. Dit gebeurde aan de hand van de HIC-monitor, een instrument ontwikkeld voor de meting van modelgetrouwheid. Aan de hand van een Multi level logistische regressie analyse is deze data vervolgens afgezet tegen de Argus data over 2014, de registratie database voor het gebruik van dwangtoepassingen in Nederland.

Resultaten

Afdelingen die hoog scoren op de HIC-monitor, separeren minder vaak en korter dan afdelingen die lager scoren op de HIC-monitor. Daarnaast blijkt deze afname in het gebruik van separatie niet samen te gaan met een toename van dwangmedicatie, maar wordt ook op de hoger scorende afdelingen minder dwangmedicatie toegepast.

Conclusie

Deze studie toont veelbelovende resultaten betreffende de implementatie van HIC en het gebruik van zowel separatie als dwangmedicatie. Op het moment vindt vervolgonderzoek plaats waarin verder naar mogelijke effecten van de implementatie van het HIC model wordt gekeken op de toepassing van dwang en op de kwaliteit van zorg op acute gesloten afdelingen.

Literatuurverwijzing

Mierlo T. van, Bovenberg F., Voskes, Y., Mulder N. (2013). Werkboek HIC. High en intensive care in de psychiatrie. Utrecht: de Tijdstroom.

P07 Cardiale problematiek in de klinische dubbele diagnose populatie

MD Gerritje van Anken ^{p1} / MD Arjen Neven ² / MDAnand Ramlal ¹

P: Presenterende auteur / spreker

1. Parnassiagroep

2. palier

Achtergrond

Zowel het gebruik van alcohol en drugs als het hebben van een psychiatrische aandoening vergroot de kans op het ontwikkelen van cardiale problematiek, nog los van de hiervoor eventueel voorgeschreven medicatie (1-4). Het zou dan ook te verwachten zijn dat binnen de dubbele diagnose populatie (patiënten met zowel een verslaving als een psychiatrische aandoening) er meer cardiale pathologie voorkomt.

Doel

Primair doel is het berekenen van de prevalentie van cardiovasculaire pathologie binnen de dubbele diagnose populatie van het Centrum Dubbele Problematiek (CDP) in Den Haag.

Methoden

Retrospectief dossieronderzoek van de klinisch opgenomen patiënten van het CDP van 1 mei 2014 tot en met 1 mei 2015. Er wordt gekeken naar het middelen gebruik, medicatiegebruik, somatische voorgeschiedenis, metabool syndroom en het ECG.

Resultaten

De gemiddelde leeftijd van de opgenomen patiënten was 38,4 jaar (SD 10,3), 79,4% was man. 10% was polymiddelenafhankelijk, 42,5% had een stoornis in het gebruik van alcohol, 48,8% van cocaïne, 53,8% van cannabis, 22% van amfetamine en 24% van opioïden. 76% van de patiënten gebruikte een of meer antipsychotica, 22% een antidepressivum en 8,1% stimulantia. Qua somatische voorgeschiedenis voldeed 13,1% aan hart- en vaatziekten, 7% had hypercholesterolemie, 5% had diabetes mellitus type II en 11,3% had astma of COPD. Eén patiënt had voor opname een myocard infarct op basis van cocaïne en alcohol gebruik doorgemaakt. Slechts 3,1% voldeed aan de diagnose metabool syndroom, waarbij van slechts 5% van de patiënten volledige data in het EPD te vinden waren. Bij 33,8% (N=54) van de patiënten werd een ECG gemaakt, vanwege de indicatie aritmie, tachycardie, hypertensie, pijn op de borst, excessief alcohol gebruik, hoge leeftijd, cocaïne of amfetamine gebruik, polyfarmacie of instellen stimulantia, clozapine of disulfiram. 44,4% (n=24) had een normaal ECG, 29,7% (N=16) een rechterbundeltakblok (RBTB), 3,7% (N=2) een sinusbradycardie en 11,1% (N=6) tekenen van linker atrium belasting. Bij een patiënt was er mogelijk sprake van ischemie. Er was een patiënt met verdenking hartfalen, een met sinustachycardie, een met verdenking op linker anterior hemi block en een patiënt met specifieke geleidingstijden problematiek.

Conclusie

Patiënten met een verslavings- of psychiatrische voorgeschiedenis hebben een verhoogd risico op cardiaal lijden. In dit retrospectieve onderzoek naar cardiale pathologie op het CDP, werd bij 34% van de klinische patiënten een ECG gemaakt op indicatie. Bij 44% was het ECG niet afwijkend. Bij slechts een patiënt was er vermoeden op ischemie, en bij een verdenking op hartfalen. Het merendeel van de gevonden ECG afwijkingen, zoals o.a. de geleidingstijdenstoornissen, behoeften geen nader onderzoek. Toekomstig onderzoek zal moeten uitwijzen welke risicofactoren er zijn op cardiale pathologie in een dubbele diagnose populatie.

Literatuurverwijzing

1. Bryan G. Schwartz, MD et al – Cardiovascular Effects of cocaine. *Circulation* 2010; 122:2558-2569. David G.E. Caldicott et al – Keep off the grass: marijuani use and acute cardiovascular events. *European J of Emergency Medicine* 2005; 12:236-244. Marieke T Blom et al – Brugada Syndrome ECG is Highly Prevalent in Schizophrenia. *Circulation* 2014; 7:384-391. PE Ronksley et al – Association of alcohol consumption with selected cardiovascular disease outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2011; 342:d671

P08 Separatie evaluatie in een dubbele diagnose kliniek

Drs. Arjen Neven ^{p1}

P: Presenterende auteur / spreker

1. Palier

Achtergrond

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 (GGZ Totaal 2015). De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) controleert GGZ instellingen of separatie volgens de algemeen geldende normen wordt verricht (IGZ 2015). Eén van de criteria is of er samen met de patiënt een evaluatie van de separatie is uitgevoerd. Over het algemeen wordt een separatie als negatief ervaren (Van der Merwe e.a. 2013).

Doel

In kaart brengen welke ervaringen patiënten op een afdeling voor ernstige dubbele problematiek hebben betreffende een separatie uitgevoerd volgens de normen van de IGZ (2015).

Methoden

Retrospectief werden data verzameld van alle patiënten die tussen 1 januari 2016 en 1 juli 2016 werden gesepareerd binnen een kliniek voor ernstige dubbele problematiek in Den Haag. Met alle patiënten werd binnen één week na de separatie een evaluatiegesprek ingepland volgens een vaste vragenlijst (IGZ 2015).

Resultaten

In totaal vonden in de onderzoeksperiode 29 separaties plaats bij 21 patiënten. In de onderzoeksperiode waren 144 patiënten opgenomen. De 21 patiënten werden in totaal bijna 944 uur gesepareerd (variatie: drie kwartier tot 222 uur). Na 25 van de 29 separaties (86,2%) werd een evaluatie aangeboden. Zes patiënten weigerden de evaluatie. Derhalve werden 19 evaluaties beschreven (65,5%). Bijna de helft van de patiënten (47,4%) had een negatieve ervaring met de separatie. Het merendeel van de patiënten, 78,9%, gaf aan dat het duidelijk was wat nodig was om uit de separatie te komen. Bijna de helft van de patiënten (47,4%) vertelde dat de separatie had geholpen. Acht patiënten noemden dat ze rustiger waren geworden door de separatie. Er werd echter ook genoemd dat het boosheid en frustratie had opgeleverd. Slechts in twee evaluaties (10,5%) gaven patiënten aan nog last te hebben van de separatie.

Conclusie

In tegenstelling tot eerder onderzoek, had de meerderheid van deze patiëntengroep geen negatieve ervaring met separatie. De patiënten separatie evaluatie is een zinvolle manier om een separatie na te bespreken met de patiënt. Geadviseerd wordt evaluaties in een vast format uit te voeren (IGZ 2015), deze stelselmatig te bespreken in een afdelingsoverleg en om hierbij ook de beleving van het verpleegkundig team mee te nemen.

Literatuurverwijzing

GGZ Totaal. GGZ-instellingen onvoldoende gemotiveerd om separaties verder terug te dringen. http://www.ggztotal.nl/nw-29166-7-3587953/nieuws/ggz-instellingen_onvoldoende_gemotiveerd_om_separaties_verder_terug_te_dringen.html 2015. Inspectie voor de Gezondheidszorg. GGZ-instellingen investeren in terugdringen van separatie; verdere acties nodig om ambities te halen. Utrecht; juni 2015. Merwe van der M, Muir-Cochrane E, Jones J, e.a. Improving seclusion practice: implications of a review of staff and patient views. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2013;20:203-215.

P09 Vernieuwde intake met eHealth in de 2e lijns GGZ: implementatieresultaten en onderzoek

MSc Margot Metz ^{p1,2,3} / PhD Iman Elfeddali ^{4,5,6} / MSc MHCM David Krol ^{7,8} / PhD Marjolein Veerbeek ² / Prof. PhD Edwin de Beurs ^{9,10} / Prof. MD PhD Aartjan Beekman ^{11,12} / Prof. MD PhD Christina van der Feltz-Cornelis ^{6,5}

P: Presenterende auteur / spreker

1. GGz Breburg
2. Trimbos-instituut
3. VU
4. Universiteit Maastricht
5. Universiteit Tilburg
6. GGz Breburg
7. GGz Breburg (tot maart 2016)
8. Human Concern
9. Stichting Benchmark GGZ
10. Universiteit Leiden
11. GGZ inGeest
12. VUMC

Achtergrond

Het stimuleren van een actieve rol van de cliënt in de behandeling is een actueel thema in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) (1, 2). Onderzoek laat zien dat initiatieven op dit gebied bijdragen aan meer cliënttevredenheid, regie en betrokkenheid van de cliënt in de behandeling. Ook zijn er positieve effecten gevonden op gezondheidsuitkomsten (3 - 5). Toch doorlopen cliënten in de dagelijkse praktijk de intake en behandeling in de ggz vaak nog in een afhankelijke rol en is gezamenlijke besluitvorming over keuzes in de behandeling nog niet vanzelfsprekend (6 - 8).

Doel

Om cliënten, samen met diens naasten, vanaf het begin van de behandeling te stimuleren tot een actieve rol in de behandeling en gezamenlijke besluitvorming over behandelkeuzes te bevorderen, is Zorggroep Volwassenen van GGz Breburg in 2016 gestart met een vernieuwde intake. Via dit initiatief worden zowel cliënten als behandelaars gefaciliteerd op een andere, meer gelijkwaardige wijze, samen te werken (8).

Methoden

Voorafgaand aan en na afloop van het eerste intake gesprek bereiden cliënten zich voor op deze gesprekken door eHealth modules met gerichte vragen en animatiefilmpjes te doorlopen. ROM maakt onderdeel uit van deze modules. Tevens kunnen cliënten contact opnemen met een ervaringsdeskundige. Behandelaars hebben training en intervisie over de nieuwe werkwijze gevolgd. Via een cluster gerandomiseerde trial worden de effecten van de vernieuwde intake ten opzichte van de bestaande werkwijze onderzocht. Uitkomstmaten zijn de mate van cliëntparticipatie in de intake en behandeling, werkrelatie, gezamenlijke besluitvorming, betrokkenheid van de cliënt in de behandeling en herstel.

Resultaten

Gepresenteerd wordt hoe de vernieuwde intake -met eHealth modules, ROM, de mogelijkheid tot contact met een ervaringsdeskundige en training & intervisie voor behandelaars- er uit ziet en welke ervaringen er vanaf medio 2016 mee zijn opgedaan. Ook worden het RCT design en zo mogelijk ook eerste resultaten hieruit gepresenteerd.

Conclusie

Deze vernieuwde intake geeft cliënten de kans om, samen met diens naasten, vanaf de start (van de behandeling) bij de ggz actief te participeren. Dit blijkt ook uit de eerste ervaringen die inmiddels zijn opgedaan met de nieuwe werkwijze. De lopende trial naar de toepassing ervan gaat uitwijzen wat dit initiatief voor cliënten en behandelaars oplevert.

Literatuurverwijzing

1. Landelijk Platform GGZ (LPGGz), Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), GGZ Nederland, Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten (LVVP), Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), Ineen organiseert de eerste lijn, Platform Meer GGZ, Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Beroepsvereniging van Zorgprofessionals (V&VN), Federatie van Psychologen, Psychotherapeuten en Pedagogen (P3NL). Agenda GGZ voor gepast gebruik en transparantie: achtergrondnotitie. November 2015. 2. Haaft ten, G, Veenendaal van H. notitie 'Versnellen van gedeelde besluitvorming in Nederland: opmaat naar een onderzoeks-/innovatieprogramma Samen beslissen'. ZonMw, CZ, april 2016. 3. Hibbard JH, Mahoney ER, Stock R, Tusler M. Self-management and health care utilization: Do increases in patient activation result in improved self-management behaviors? *Health Services Research*. 2007; 42: 1443-1463. 4. Thompson L, McCabe R. The effect of clinician-patient alliance and communication on treatment adherence in mental health care: a systematic review. *BMC Psychiatry* 2012; 12: 87. 5. Patel SR. Recent advances in Shared Decision Making for Mental Health. *Current Opinion Psychiatry* 2008; 21(6):606-612. 6. Goossensen A, Zijlstra P, Koopmanschap M. Measuring shared decision making processes in psychiatry: skills versus patient satisfaction. *Patient Education and Counseling* 2007; 67: 50-56. 7. McCabe R, Khanom H, Bailey P, Priebe S. Shared decision-making in ongoing outpatient psychiatric treatment. *Pat Educ Couns* 2013; 91: 326-328. 8. Joseph-Williams N, Elwyn G, Edwards A. Knowledge is not power for patients: A systematic review and thematic synthesis of patient-reported barriers and facilitators to shared decision making. *Patient Education and Counseling* 2014; 94: 291-309. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2013.10.031>

P10 Beschrijving van psychiatrische en verslavingsproblematiek binnen een dubbele diagnose kliniek

MD Gerritje van Anken ¹ / MD Arjen Neven ²

P: Presenterende auteur / spreker

1. Parnassiagroep
2. Palier/Fivoor

Achtergrond

Binnen de dubbele diagnose populatie worden patiënten met een psychiatrische- en verslavingsstoornis behandeld. De populatie is hierdoor divers en complex (1,2).

Doel

Inzicht krijgen in de gestelde diagnoses binnen de dubbele diagnose populatie in Den Haag. Secundair doel is het registreren van de ernst van de verslaving en psychiatrische stoornis en het functioneren van de patiënt.

Methoden

Retrospectief onderzoek binnen de dubbele diagnoses populatie in Den Haag, bij alle 160 klinisch opgenomen patiënten tussen 1 mei 2014 en 1 mei 2015. Het beschrijven van de diagnoses volgens de DSM-IV, de ernst van de aandoening en het functioneren van patiënt middels de GAF, Clinical Global Impression Scale (CGI, score 1-7) en CGI verslaving (score 1-7).

Resultaten

De gemiddelde leeftijd was 38,4 jaar en 78,4% was man. Het gemiddeld aantal opnames per patiënt per jaar was 1,4 (SD 0,8), met een GAF van 35,9 (SD 7,4), CGI van 5,1 (SD 1,2) en CGI VZ van 5,4 (SD 1,5). 46% van alle opnames was ook in poliklinisch bij het CDP in zorg. 30% was opgenomen middels een juridische maatregel. Bij 10,6% van de patiënten vond er tijdens opname separatie plaats, slechts één patiënt werd behandeld middels dwangbehandeling. Volgens het faseringsmodel van de Integrated Dual Disorder Treatment (IDDT), waarin de motivatie tot abstinentie van middelen wordt beschreven, zat 52,4% van de patiënten in de vooroverwegingsfase, 28,7% in de overwegingsfase, 14,7% in de actiefase en 4,7% in de terugvalpreventiefase. Psychiatrische diagnoses: schizofrenie of psychotische stoornis 63,1%, depressieve stoornis 10,6%, angststoornis 4,4%, bipolaire stoornis 7,5%, PTSS 14,4%, ADHD 20,6%, cognitieve stoornis 5,0%, autismespectrumstoornis 8,8%, zwakbegaafdheid 5,6% en 36,3% voldeed aan een diagnose persoonlijkheidsstoornis. 10,0% was polymiddelenafhankelijk, 42,5% had een stoornis in het gebruik van alcohol, 48,8% van cocaïne, 53,8% van cannabis, 21,9% van amfetamine en 23,8% van opioïden.

Conclusie

In de klinische dubbele diagnose populatie worden patiënten gezien met verschillende psychiatrische- en verslavingsstoornissen. In dit retrospectieve onderzoek werd duidelijk dat de meeste patiënten lijden aan een psychotische stoornis, PTSS, ADHD of persoonlijkheidspathologie. Daarnaast zijn de meest gebruikte middelen alcohol, cocaïne en cannabis. Gemiddeld waren zowel de psychiatrische als verslavingsproblemen matig ernstig en was er gemiddeld een sterke vermindering van het functioneren op verschillende terreinen.

Literatuurverwijzing

1. Essock SM et al – Comparisson of ACT and Standard Case Management for Delivering Integrated Treatment for Co-occurring Disorders. *Psychiatric Services* 2006; 57 (2):185-1962. Morrens M et al - Treatment Outcomes of an Integrated ResidentialProgramme for Patients with Schizophrenia and Substance Use Disorder. *Eur Addict Res* 2011;17:154–163

P11 Onderzoek naar signaleringsplannen: welke veerkracht?

Drs. Jantijn Fockens ^{P1} / Dr. Christien Boumans ¹ / Dr. Debby Postulart ¹

P: Presenterende auteur / spreker

1. GGZ Oost Brabant

Achtergrond

Voor de preventie van dwang in de Ggz wordt veel verwacht van vroeg-signalering en anticipatie, om de veerkracht van de patiënt snel te herstellen. Zo heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg in het Toetsingskader 'Terugdringen separeren en afzonderen 2016' (1) het signaleringsplan opgenomen, waarin de verschillende fasen in aanloop naar een crisis worden beschreven, evenals wat van wie in elke fase van het plan verwacht wordt. Echter, er is geen systematisch onderzoek bekend waaruit blijkt dat het gebruik van een signaleringsplan separeren en afzonderen voorkomt. Wel vonden Mark de Jong e.a. (2) in hun meta-analyse bij het gebruik van een signaleringsplan een afname van 23% van het aantal gedwongen opnames. Non-response en drop out van patiënten, en gebrekkige uitvoering door professionals, vormden echter aanzienlijk problemen bij de geanalyseerde RCT's. Omdat dergelijke problemen ook in de kliniek het onderzoek naar de effectiviteit van een signaleringsplan kunnen hinderen, bestudeerden we de huidige praktijk in onze klinische langdurige zorg. In het elektronisch patiëntendossier is een handleiding beschikbaar voor het opstellen en gebruiken van een signaleringsplan. We onderzochten de modelgetrouwheid en waardering ervan.

Doel

Het vaststellen van het percentage patiënten bij wie gewerkt wordt met een actueel signaleringsplan; het vaststellen van de modelgetrouwheid bij en de waardering voor het opstellen en gebruik van het signaleringsplan volgens patiënten en volgens verpleegkundigen.

Methoden

Aan de teamleiders vroegen we welk percentage van de patiënten een 'actueel' (niet ouder dan anderhalf jaar) signaleringsplan hadden. Twee verpleegkundigen nodigden zeer laagdrempelig patiënten en verpleegkundigen van de klinische langdurige zorg uit voor een semigestructureerd interview. We streefden naar een ongeveer gelijk aantal patiënten en verpleegkundigen. We gingen na in hoeverre de verschillende stappen van de handleiding zijn gevolgd. Elke stap werd gescoord. Voor de totaalscore is een weging gemaakt op basis van het belang van elke stap voor de werking van een signaleringsplan. Modelgetrouw definieerden we als een score van 60 % of meer van de maximale score. Waardering werd uitgedrukt in een cijfer van 0 tot 10.

Resultaten

Van de 144 patiënten hadden 113 een actueel signaleringsplan (78%). Slechts 12 patiënten waren bereid of in staat mee te werken aan het onderzoek. De bereidheid onder verpleegkundigen was groot; 16 van hen werden geïnterviewd. Volgens patiënten wordt het signaleringsplan in 100% van de gevallen modelgetrouw opgesteld, volgens verpleegkundigen in 94% van de gevallen. Het opstellen van een signaleringsplan wordt door patiënten en verpleegkundigen gewaardeerd met een 7,8 respectievelijk 7,1. Het percentage modelgetrouw gebruik is 83% volgens de patiënten en 63% volgens de verpleegkundigen. Het gebruik van een signaleringsplan wordt door patiënten en verpleegkundigen gewaardeerd met een 6,8 respectievelijk 5,3.

Conclusie

Een signaleringsplan wordt niet bij elke patiënt ingezet. Een signaleringplan wordt in de regel modelgetrouw opgesteld, maar minder modelgetrouw gebruikt. De waardering van de respondenten voor het signaleringsplan is groot, wat zou kunnen pleiten voor een meer consequent gebruik ervan. Ondanks de laagdrempelige opzet was de respons onder patiënten zo gering, dat de generaliseerbaarheid van de resultaten discutabel is. Onderzoek in de langdurige intensieve zorg naar het signaleren en interveniëren bij variaties in de veerkracht van patiënten vergt zeker ook veerkracht van de onderzoeker.

Literatuurverwijzing

(1) Inspectie voor de gezondheidszorg. Toetsingskader Terugdringen separeren en afzonderen. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2016. (2) De Jong MH, Kamperman AM, Oorschot M, Priebe

S, Bramer W, van de Sande R, e.a. Interventions to Reduce Compulsory Psychiatric Admissions: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA psychiatry 2016.

P12 Subtypen van depressie bij ouderen, en de rol van cortisol en inflammatie

Eveline Veltman ^{p1}

P: Presenterende auteur / spreker

1. GGZ inGeest

Achtergrond

er is toenemend bewijs dat verstoringen in het metabole en cortisolhuishouden een onderdeel zijn van de pathofysiologie van depressie. Eerdere studies naar de rol van biologische verstoringen bij depressie vonden echter uiteenlopende resultaten, in zowel de richting als de grootte van het effect. Via zogenoemde 'data-driven' subtypen van depressie kan dit mogelijk worden ondervangen, en kan de rol van biologische verstoringen worden onderzocht.

Doel

Het doel van deze studie is om te bepalen of cortisolwaarden en inflammatieparameters verschillen tussen 'data-driven' subtypen van depressie bij ouderen.

Methoden

Voor de data werd gebruik gemaakt van de Nederlandse Studie naar Depressie bij Ouderen (NESDO). 359 personen van 60 jaar of ouder, met een huidige depressieve episode werden geïncludeerd. Cortisolwaarden en ontstekingsparameters werden bekeken in drie depressieve subtypen (ernstig atypisch, ernstig melancholisch, matig ernstig), die eerder waren gevonden middels een latente-klassenanalyse.

Resultaten

de biologische parameters verschilden niet tussen verschillende depressieve subtypen, ook niet wanneer dit werd gecorrigeerd voor verstorende variabelen. Ook effect sizes lieten geen effect zien.

Conclusie

in dit cohort van depressieve ouderen werden geen significante verschillen gevonden voor cortisolwaarden en inflammatieparameters tussen verschillende subtypen van depressie. Mogelijk worden de resultaten vertroebeld door de grote heterogeniteit van depressie bij ouderen, waarbij verschillende fysiologische en pathofysiologische processen door elkaar heen lopen. Daarom denken wij dat er een nieuwe aanpak nodig is om depressie bij ouderen en haar pathogenese te ontwarren.

Literatuurverwijzing

1. Veltman E, Lamers F, Comijs C, de Waal M, Stek M, Van der Mast R, Rhebergen D.: Depressive subtypes in an elderly cohort identified using latent class analysis (submitted)
2. Lamers F, de Jonge P, Nolen WA, Smit JH, Zitman FG, Beekman AT, Penninx BW (2010). Identifying depressive subtypes in a large cohort study: results from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *Journal of Clinical Psychiatry* 71, 1582-1289.
3. Lamers F, Vogelzangs N, Merikangas KR, de Jonge P, Beekman AT, Penninx BW (2013). Evidence for a differential role of HPA-axis function, inflammation and metabolic syndrome in melancholic versus atypical depression. *Molecular Psychiatry* 18, 692-699.
4. Vogelzangs N, Comijs HC, Oude Voshaar RC, Stek ML, Penninx BW (2014). Late-life depression symptom profiles are differentially associated with immunometabolic functioning. *Brain, Behavior, and Immunity* 41, 109-115.

P13 De relatie tussen een posttraumatische stress-stoornis en het metaboolsyndroom

Saskia Dieleman ^{p1} / Joop de Jong ¹

P: Presenterende auteur / spreker

1. Parnassia Groep

Achtergrond

Er is weinig bekend over de relatie tussen een posttraumatische stress-stoornis (PTSS) en het metaboolsyndroom (MbS).

Doel

De prevalentie vaststellen van het MbS bij patiënten met een PTSS, inventariseren welke factoren hierbij een rol spelen en welke implicaties dit heeft voor de klinische praktijk.

Methoden

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

Resultaten

Twaalf studies zijn gevonden, waarvan één meta-analyse, met uitkomstvariëaties tussen 7.7% en 73.0% in de prevalentie van het MbS bij patiënten met een PTSS. Hierbij spelen de PTSS, zowel de ernst van de PTSS als van de comorbide depressie en antipsychoticagebruik een rol. Er blijken veel methodologische verschillen in de studies te zijn.

Conclusie

De grote verschillen in de gevonden prevalentie van het MbS bij patiënten met een PTSS is complex en merendeels te verklaren uit methodologische studieverschillen. De MbS-prevalentie van de studies die in positieve zin opvielen varieert tussen 31.9% en 47.8%. Nader kwantitatief en descriptief onderzoek waarin de screening wordt uitgevoerd bij een PTSS-subgroep, patiënten met een ernstige PTSS, een ernstige comorbide depressie en/of antipsychoticagebruik, is nodig om hierover meer duidelijkheid te krijgen waarbij wordt gecontroleerd op de wijze hoe de diagnose PTSS, depressie, de ernst van beide en het MbS worden vastgesteld.

Literatuurverwijzing

Alberti KG, Zimmet P, Shaw J. The metabolic syndrome - a new worldwide definition. *Lancet*. 2005; 366:1059-62. Alexander CM, Landsman PB, Teutsch SM, Haffner SM. NCEP-defined metabolic syndrome, diabetes and prevalence of coronary heart disease among NHANES III participants age 50 years and older. *Diabetes*. 2003; 52:1210-4. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR). Washington DC; 2000. Babić D, Jakovljević M, Martinac M, Šarić M, Topić R, Maslov B. Metabolic syndrome and combat post-traumatic stress disorder intensity: preliminary findings. *Psychiatri Danub*. 2007; 19:68-75. Babić R, Maslov B, Babić D, Vasilij I. The prevalence of metabolic syndrome in patient with posttraumatic stress disorder. *Psychiatri Danub*. 2013; 25:45-50. Bottai T, Quintin P, Perrin E. Antipsychotic and the risk of diabetes: a general data review. *Eur Psychiatry*. 2005; 20:349-57. Bartoli F, Carrà G, Crocarno C, Carretta D, Clerici M. Metabolic syndrome in people suffering from posttraumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. *Metab Syndr Relat Disord*. 2013; 11:301-8. Cahn W, Ramlal D, Bruggeman R, de Haan L, Scheepers FE, van Soest MM, e. a. Prevention and treatment of somatic complications arising from the use of antipsychotics. *Tijdschr Psychiatr*. 2008; 50:579-91. Cheal KL, Abbasi F, Lamendola C, McLaughlin T, Reaven GM, Ford ES. Relationship to insulin resistance of the adult treatment panel III diagnostic criteria for identification of the metabolic syndrome. *Diabetes*. 2004; 53:1195-200. Dassen ThWN, Keuning FM. Lezen en beoordelen van onderzoekspublicaties, een handleiding voor studenten hbo en wo-gezondheidszorg, geneeskunde en gezondheidswetenschappen. Baarn: Hbuitgevers; 2007. Falger PR, op den Velde W, Hovens JE, Schouten EG, de Groen JH, van Duijn H. Current posttraumatic stress disorder and cardiovascular disease risk factors in Dutch resistance veterans from World War II. *Psychther Psychosom*. 1992;57:164-71. Heppner PS, Crawford EF, Haji UA, Afari N, Hauger RL, Dashevsky BA, e. a. The association of posttraumatic stress disorder and metabolic syndrome: a study of increased health risk in veterans. *BMC Med*. 2009; Jan 9;7:1. doi: 10.1186/1741-7015-7-1. Heppner PS, Lohr JB, Kash TP, Jin H, Wang H, Baker DG. Metabolic syndrome: relative risk associated with post-

traumatic stress disorder (PTSD) severity and antipsychotic medication use. *Psychosomatics*. 2012; 53:550-8.

Isomaa M, Almgren P, Tuomi T, Forsén B, Lahti K, Nissén M, et al. Cardiovascular morbidity and mortality associated with the metabolic syndrome. *Diabetes Care*. 2001; 24:683-9.

Jakovljević M, Sarić M, Nad S, Topić R, Vuksan-Cusa B. Metabolic syndrome, somatic and psychiatric comorbidity in war veterans with post-traumatic stress disorder: Preliminary findings. *Psychiatr Danub*. 2006; 18:169-76.

Jakovljević M, Crncević Z, Ljubčić D, Babić D, Topić R, Sarić M. Mental disorders and metabolic syndrome: a fatamorgana or warning reality? *Psychiatr Danub*. 2007; 19:76-86.

Jakovljević M, Babić D, Crncević Z, Martinac M, Maslov B, Topić R. Metabolic syndrome and depression in war veterans with post-traumatic stress disorder. *Psychiatr Danub*. 2008; 20:406-10.

Jin H, Lanouette NM, Mudaliar S, Henry R, Folsom DP, Khandrika S, et al. Association of posttraumatic stress disorder with increased prevalence of metabolic syndrome. *J Clin Psychopharmacol*. 2009; 29:210-5.

Lakka HM, Laaksonen DE, Lakka TA, Niskanen LK, Kumpusalo E, Tuomilehto J, et al. The metabolic syndrome and total and cardiovascular disease in middle-aged men. *JAMA*. 2002; 288:2709-16.

Lorenzo C, Okoloise M, Williams K, Stern MP, Haffner SM. The metabolic syndrome as predictor of type 2 diabetes: the San Antonio heart study. *Diabetes Care*. 2003; 26:3153-9.

Linnville S, Hoyt RE, Moore JL, Segovia F, Hain RE. Posttraumatic stress disorder and metabolic syndrome: retrospective study of repatriated prisoners of war. *Mil Med*. 2011; 176:369-74.

Newcomer JW. Metabolic considerations in the use of antipsychotic medication: a review of recent evidence. *J Clin Psychiatry*. 2007a; 68:20-7.

Newcomer JW. Metabolic Syndrome and mental illness. *Am J Manag Care*. 2007b; 13:170-7.

Maslov B, Jakovljević M, Crncević Z, Ostojić L, Marcinko D, Babić D, et al. Metabolic syndrome and schizophrenia from integrative medicine perspective. *Psychiatr Danub*. 2008; 20:384-9.

Maslov B, Marcinko D, Milicević R, Babić D, Dordević V, Jakovljević M. Metabolic syndrome, anxiety, depression and suicidal tendencies in post-traumatic stress disorder and schizophrenic patients. *Coll Antropol*. 2009; 33:7-10.

Muhtz C, Godemann K, von Alm C, Wittekind C, Goemann C, Wiedemann K, et al. Effects of chronic posttraumatic stress disorder on metabolic risk, quality of life, and stress hormones in aging former refugee children. *J Nerv Ment Dis*. 2011; 199:646-52.

Onat A, Ceyhan K, Başar O, Erer B, Toprak S, Sansoy V. Metabolic syndrome: major impact on coronary risk in a population with low cholesterol levels- a prospective and cross-sectional evaluation. *Atherosclerosis*. 2002; 165:285-92.

Olijhoek JK, Martens FM, Banga JD, Vissersen FL. The metabolic syndrome: a cluster of vascular risk factors. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2005; 149:859-65.

Pea CU, Lim HK, Peindl K, Ajwani N, Seretti A, Patkar AA, et al. The atypical antipsychotics olanzapine and risperidone in the treatment of posttraumatic stress-disorder: a meta-analysis of randomized, double blind, placebo-controlled trials. *Int Clin Psychopharmacol*. 2008; 23:1-8.

Prasad H, Ryan DA, Celzo MF, Stapleton D. Metabolic syndrome: definition and therapeutic implication. *Postgrad Med*. 2012; 124:21-30.

Rasmusson AM, Schnurr PP, Zukowska Z, Scioli E, Forman DE. Adaptation to extreme stress: post-traumatic stress disorder, neuropeptide Y and metabolic syndrome. *Exp Biol Med (Maywood)*. 2010; 235:1150-62.

Rejas J, Bobes J, Arango C, Aranda P, Carmena R, Garcia-Garcia M. Concordance of standard and modified NCEP ATP III criteria for identification of metabolic syndrome in outpatients with schizophrenia treated with antipsychotics: a corollary from the CLAMORS study. *Schizophr Res*. 2008; 99:23-8.

Ridker PM, Buring JE, Cook NR, Rifai N. C-reactive protein, the metabolic syndrome, and risk of incident cardiovascular events: an 8-year follow-up of 14719 initially healthy American women. *Circulation*. 2003; 107:391-7.

Singh SM, Mattoo SK. Metabolic syndrome & psychiatric disorders. *Indian J Med Res*. 2008; 128:237-45.

Violanti JM, Fekedulegn D, Hartley TA, Andrew ME, Charles LE, Mnatsakanova A, et al. Police trauma and cardiovascular disease: association between PTSD symptoms and metabolic syndrome. *Int J Emerg Ment Health*. 2006; 8:227-37.

Weiss T, Skelton K, Phifer J, Jovanovic T, Gillespie CF, Smith A, et al. Posttraumatic stress disorder is a risk factor for metabolic syndrome in an impoverished urban population. *Gen Hosp Psychiatry*. 2011; 33:135-42.

P14 Cardiovasculaire risicotaxatie bij patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening: NHG richtlijn en Age Reader vergeleken

Danielle Emmerink Beljaars ¹ / Dr. Eric Noorthoorn ^{1,2,3} / Thomas Bommel van ⁴ / Dr. Paul Naarding ¹ / Sybiel Bakker

P: Presenterende auteur / spreker

1. GGnet
2. Stichting Benchmark GGZ
3. VUMC
4. Gelre Ziekenhuizen

Achtergrond

De prevalentie van een ernstig psychiatrische stoornis (EPA) in de algemene bevolking wordt geschat op 1%. Levensverwachting van mensen met een EPA wordt geschat op 13-30 jaar korter dan de algemene populatie, met een cardiovasculaire ziekte als belangrijkste oorzaak.

Doel

Vroeg detectie van risico's op cardiovasculaire ziekten is van belang in het verbeteren van levensverwachting.

Methoden

De NHG standaard werd vergeleken met de uitkomsten op de AGE reader. Dit meet Advanced Glycation Endproducts (AGE) in de huid. Het is een goede schatter van het risico op cardiovasculaire ziekten (1). Deelnemers werden geworven bij opgenomen patiënten met een ernstig psychiatrische stoornis(EPA) en een leeftijd tussen 18 en 65 jaar, na het verkrijgen van informed consent. Exclusie waren cardiovasculaire ziekten, diabetes en nierfunctiestoornissen, ernstige huidafwijkingen en het niet Kaukasische ras.

Resultaten

120 patiënten voldeden aan inclusie en vulden informed consent in. In 43% werd een verhoogd risico geschat met de AGE reader, bij de NHG standaard was dat 36%. De studie liet verder zien dat de NHG standaard per geval bekeken het risico systematisch lager inschatte dan de AGE reader, met een overeenkomst van 27% en een ICC of -0.094 ($p=0.847$). Een rangorde toets liet een systematisch lagere score zien van de NHG standaard vergeleken met de AGE reader ($Z=-4,7$, $p<0.001$).

Conclusie

Het onderzoek laat zien dat het risico op cardiovasculaire ziekte met AGE reader beter wordt geschat dan met de NHG standaard. De psychiatrie zou de toepassing van deze niet invasieve methodiek in de interne geneeskunde kunnen volgen.

Literatuurverwijzing

Yamagishi S, Fukami K, Matsui T. Evaluation of tissue accumulation levels of advanced glycation end products by skin autofluorescence: A novel marker of vascular complications in high-risk patients for cardiovascular disease. *Int J Cardiol.* 2015 Apr 15;185:263-8. doi: 10.1016/j.ijcard.2015.03.167. Epub 2015 Mar 17.

P15 Licht verstandelijke beperking en trauma bij patiënten in FACT teams

Drs. Jeanet Nieuwenhuis^{p1} / Dr. Eric Noorthoorn^{1,2} / Prof. Dr. Henk Nijman^{3,4} / Dr Paul Naarding¹ / Prof.dr. Niels Mulder^{5,6}

P: Presenterende auteur / spreker

1. GGnet
2. Stichting Benchmark GGZ
3. Fivoor - Altrecht Aventurijn
4. Raboud Universiteit
5. Erasmus MC
6. Parnassia Zorggroep

Achtergrond

Late herkenning van intellectuele beperkingen leidt mogelijk tot inadequate medische behandeling of een onjuiste interpersoonlijke aanpak. Recent onderzoek laat zien dat ervaren trauma in psychiatrische patiënten een hoge prevalentie kent (1). Onder chronisch psychiatrische patiënten is dit beperkt onderzocht.

Doel

Vaststellen van het voorkomen van licht verstandelijke beperking of cognitieve beperkingen en ervaren trauma bij EPA patiënten.

Methoden

In 12 maanden werden alle patiënten bij twee ambulante FACT met de Screener voor Intelligentie en Leerstoornissen (SCIL) onderzocht. Bij een SCIL bestaat een vermoeden op Milde of Borderline Intellectuele Beperking (MBID: IQ 50-85) met een score onder 19. Bij een deel van deze patiënten werd tevens de trauma screenings questionnaire afgenomen (1). Inclusie is gaande, met een streefgetal van 70%.

Resultaten

Van 346 patiënten in zorg zijn bij 246 (72%) de SCIL afgenomen en bij 162 (46%) voorsnog de TSQ. Bij 42% was de score op de SCIL onder afkapwaarde en bestond een sterk vermoeden van MBID. Bij 81% van de afgenomen TSQ was er sprake van een ervaren trauma in het verleden. Patiënten met een score onder de afkapwaarde op de SCIL waren significant vaker allochtoon en vaker eerder opgenomen.

Conclusie

Deze screening op het cognitieve functioneren laat zien dat deze groep chronisch psychiatrische patiënten forse cognitieve tekorten heeft, met mogelijk veel niet onderkende MBID, dan wel cognitieve tekorten als gevolg van de stoornis of gebruik van medicatie of middelen. Dit neemt niet weg dat de klinische betekenis vergelijkbaar is: het aanpassen van de zorg op het niveau van de patiënt. In de presentatie wordt ingegaan op de klinische implicaties van de bevindingen van deze studie.

Literatuurverwijzing

de Bont PAJM, van den Berg DPG, van der Vleugel BM, de Roos C, de Jongh A, van der Gaag M & van Minnen A. Predictive validity of the Trauma Screening Questionnaire in detecting post - traumatic stress disorder in patients with psychotic disorders. BJP published online March 19, 2015 DOI: 10.1192/bjp.bp.114.148486.

P16 Literatuurstudie naar het effect van Theraplay bij kinderen met autisme

Drs. Leanne Dijkstra - de Neijs ¹ / Drs. Inge Van Rijswijk-Toepoel ¹ / Prof.dr. Ina Van Berckelaer-Onnes ² / Dr. Wietske Ester ^{1,3}

P: Presenterende auteur / spreker

1. Sarr expertise centrum autisme Lucertis
2. Universiteit Leiden, faculteit der sociale wetenschappen
3. Parnassia Groep

Achtergrond

Theraplay onderscheid zichzelf van andere speltherapieën door zijn directieve karakter. Het includeert ouders als co-therapeut binnen de behandeling.

Doel

Onderzoeken of Theraplay een effectieve behandelmethodede is voor kinderen met autisme door het uitvoeren van een systematische literatuurstudie met de focus op klinische studies.

Methoden

Een zoekopdracht via Pubmed met de termen: 'Theraplay', 'autism', 'playtherapy', 'clinical study', 'Theraplay and review' and 'clinical studies'.

Resultaten

We hebben geen studies gevonden die onderzoek hebben gedaan naar de inzet van Theraplay bij kinderen met autisme. Van de 11 studies waarin Theraplay werd onderzocht, waren er drie gerandomiseerde gecontroleerde studies (RCTs). De eerste RCT1 includeerde kinderen met internaliserende problemen. 22 kinderen kregen Theraplay en werden vergeleken met 24 kinderen op de wachtlijst. De Theraplay groep liet een significante afname van internaliserend probleemgedrag zien in vergelijking met de wachtlijst groep. De tweede RCT2 bestond uit twee substudies: 1) een gecontroleerde longitudinale studie waarin 60 kinderen met spraak/taal- en gedragsproblemen werden gematched met 30 kinderen zonder klinische problemen. 2) Een multicenter studie (9 locaties) met 291 kinderen die spraak/taal en gedragsproblemen hadden en eveneens Theraplay kregen. Assertiviteit, zelfvertrouwen en zowel expressief als receptief taalgebruik verbeterde significant terwijl teruggetrokken gedrag af nam. Dit resultaat bleef aanwezig na twee jaar follow-up. In de derde RCT3 werd een Theraplay interventie groep van 23 kinderen met een ontwikkelingsachterstand vergeleken met een wachtlijstgroep van 15 kinderen. Sociale motivatie, sociale betrokkenheid en sociale communicatie verbeterde significant na het verkrijgen van Theraplay ten opzichte van de wachtlijst groep.

Conclusie

Er zijn geen klinische studies naar het effect van Theraplay bij kinderen met autisme. 3 RCT's voor andere indicaties dan autisme laten positieve effecten zien op assertiviteit, zelfvertrouwen, sociale motivatie, betrokkenheid en taalgebruik. Daarnaast wordt er een daling waargenomen van internaliserend probleemgedrag. Bij kinderen met autisme komen alle bovengenoemde aspecten regelmatig voor, waarnaast ook vaak moeilijkheden binnen de ouder-kind relatie worden ervaren. Aangezien Theraplay de ouder als co-behandelaar betreft en reeds effectief is gebleken op deze gedragingen, zou onderzoek naar de effectiviteit van Theraplay bij kinderen met autisme van meerwaarde zijn.

Literatuurverwijzing

1. Siu, A.F.Y. (2009). Theraplay in the Chinese world: An intervention program for Hong Kong children with internalizing problems. *International Journal of Play Therapy*, 18(1), 1-122. Wettig, H. G.; Coleman, A. R.; Geider, F. J. (2011). Evaluating the effectiveness of Theraplay in treating shy, socially withdrawn children. *International Journal of Play Therapy*, 20(1), 26-37.3. Siu, A.F.Y. (2014). Effectiveness of Group Theraplay® on enhancing social skills among children with developmental disabilities. *International Journal of Play Therapy*, 23(4), 187-203.

P17 Het slaappatroon van volwassenen met autisme in een klinische setting: een pilotstudie.

MSc. Hanna Rosbergen ¹ / MSc. Michel-Pierre Jansen ² / M.D./ Ph.D. Yvette Roke ³ / M.D. Alke Rosbergen - de Vries / Ph.D. Roy Otten ^{4,5}

P: Presenterende auteur / spreker

1. REACH institute, Department of Psychology, Arizona State University
2. Max Planck Instituut
3. GGz Centraal Fornsese, Amersfoort, Nederland
4. Pluryn, Research & Development, Nijmegen, Nederland
5. REACH Institute, Department of Psychology, Arizona State University

Achtergrond

Ondanks de negatieve effecten van een verstoord slaappatroon in de algemene populatie [1,2] en bij kinderen met een autismespectrumstoornis (ASS) [3], is er weinig bekend over het slaappatroon bij volwassenen met ASS.

Doel

Het in kaart brengen van het slaappatroon middels objectieve en subjectieve metingen bij volwassenen met als primaire diagnose een autismespectrumstoornis zonder comorbide cognitieve beperking in een klinische setting. Een verstoord slaappatroon kan de symptomen van ASS immers verergeren als ook het functioneren in het algemeen verslechteren.

Methoden

Het slaappatroon van 19 proefpersonen (gemiddelde leeftijd 29, SD = 8,9) in een residentiële behandelsetting werd in kaart gebracht met behulp van een slaapanamnese, slaapdagboek en vragenlijsten (subjectieve meting) en actigraaf (objectieve meting) gedurende 7 dagen, als ook comorbide symptomen van angst- en stemmingsproblematiek en medicatiegebruik. Achttien mannen en een vrouw deden mee aan de studie. Dertien patiënten waren gediagnosticeerd met een Autistische stoornis, twee met de Stoornis van Asperger en vier met een Pervasieve Ontwikkelingsstoornis - Niet Anderszins Omschreven. Vier patiënten hadden tevens comorbide stoornissen waaronder een depressieve stoornis, schizotypische stoornis en korte psychotische episoden.

Resultaten

In lijn der verwachting en in overeenstemming met voorgaand onderzoek bleek dat het slaappatroon van volwassenen met ASS inderdaad vaak verstoord is: bij 9 patiënten (47%) werd een niet gediagnosticeerde slaapstoornis gesteld wat significant vaker is dan in de algemene populatie waar 10% een klinisch vastgestelde slaapstoornis heeft [4]. Patiënten overschatten hun uren slaap (slaapdagboek) vergeleken met objectieve data (actigraaf-gegevens). De slaapbeleving was wel in overeenstemming met de objectief gemeten slaapefficiëntie. Waar 14 patiënten kenmerken van angst- en/of depressie rapporteerden, was bij 2 patiënten een comorbide depressieve stoornis gediagnosticeerd. In totaal gebruikten 15 patiënten (79%) psychofarmaca van wie er 9 meer dan 1 soort. Deze pilotstudie geeft aanwijzingen dat comorbide psychopathologie bij volwassenen met ASS onderbelicht is [5]. Een gevolg hiervan is dat slaapstoornissen als ook andere comorbide stoornissen geen deel uitmaken van het integratief beeld van de patiënt, waardoor klachten en/of symptomen mogelijk op een onjuiste manier worden verklaard en behandeld. Los van de beperkingen van deze pilotstudie kan wel een aantal adviezen voor de klinische praktijk en vervolgonderzoek worden gegeven.

Conclusie

Voor goede diagnostiek en behandeling van volwassenen met ASS is het essentieel meer aandacht te hebben voor het slaappatroon. Inzicht in iemands slaappatroon kan indirect bijdragen aan vermindering van de symptomen van ASS en daarmee de kwaliteit van leven vergroten.

Literatuurverwijzing

1. Orzeł-Gryglewska J. Consequences of sleep deprivation. Int J Occup Med Environ Health 2010; 23(1): 95-114.
2. Fortier-Brochu É, Beaulieu-Bonneau S, Ivers H, Morin CM. Insomnia and daytime cognitive performance: a meta-analysis. Sleep Med Rev 2012; 16(1): 83-94.
3. Richdale AL, Schreck KA. Sleep problems in autism

spectrum disorders: prevalence, nature, & possible biopsychosocial aetiologies. *Sleep Med Rev* 2009; 13(6): 403-11. 4. Verbraecken J, Buysse B, Hamburger H, van Kasteel V, van Steenwijk R, editors. *Leerboek slaap en slaapstoornissen* (2013). Leuven, België; Den Haag, Nederland: Acco.5. Geurts HM, Deprey L, Ozonoff SJ. De diagnostiek van comorbiditeit bij patiënten met een autismspectrumstoornis. *Tijdschr Psychiatr* 2010; 52(11): 753-61.

P18 Signalering van autismespectrumstoornissen door jeugdartsen bij kinderen in de leeftijd 4-6 jaar

Maarten van 't Hof ^{p1} / Monique Neukerk ¹ / Jacqueline Bailly ¹ / Wijbrand Hoek ¹ / Wietse Ester ¹

P: Presenterende auteur / spreker

1. Lucertis

Achtergrond

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

Doel

Het doel van het onderzoek is het onderzoeken van het effect van de live online cursus; Signalering van ASS bij kinderen in de leeftijd 4-6 jaar voor jeugdartsen.

Methoden

93 jeugdartsen van het CJG Rijnmond volgen de cursus die opgezet is volgens de Live Online Leren-methodiek. Vragenlijsten die bij de start, na de cursus en na 6 maanden worden afgenomen betreffen: kennis van ASS (kennis toets, 32 vragen, score 1-10), competentiebeleving, psychiatrisch stigma (bij start en na 6 maanden via de CAMI).

Resultaten

Inmiddels hebben 42 jeugdartsen (95,2% vrouw, gemiddelde leeftijd (=M) 41,3 jaar, SD = 12.5) de cursus gevolgd. Cursisten scoorden bij de kennis-toets een 6,6 bij start en een 7,4 na de cursus ($p < 0.01$). De competentie beleving nam significant toe wat betreft kennis over ASS, herkennen van de signalen van ASS, communiceren van vermoedens naar ouders en doorverwijzen naar de juiste instantie(s). De CAMI toonde de scores van de jeugdartsen op de 4 factoren; autoritaire persoonlijkheid (M = 2.16, SD = 0.35), welwillendheid (M = 3.80, SD = 0.35), sociale beperktheid (M = 2.13, SD = 0.43), en gemeenschapsgerichte geestelijke gezondheidsideologie (M = 3.84, SD = 0.43).

Conclusie

De eerste resultaten van de cursus Signalering ASS bij kinderen van 4 tot 6 jaar voor jeugdartsen tonen een toename van kennis over ASS en in competentie beleving van onder meer communicatie met ouders over vermoedens van autisme bij hun kind. Jeugdartsen hebben over het algemeen een positieve houding ten aanzien van mensen met een psychiatrische ziekte.

Literatuurverwijzing

1. Stoner, J. B., Angell, M. E., House, J. J., & Bock, S. J. (2007). Transitions: Perspectives from parents of young children with autism spectrum disorder (ASD). *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 19(1), 23-39.
2. Berckelaer-Onnes, I. A., van, Anzion, H., Sinnema, G., & Glind, G., van de (2015). NCJ Richtlijn JGZ-richtlijn Autismespectrumstoornissen - Signalering, begeleiding en toeleiding naar diagnostiek. Trimbosinstituut.
3. Gezondheidsraad (2009). Autismespectrumstoornissen: een leven lang anders. Den Haag: Gezondheidsraad.
4. Oosterling, I. J., Wensing, M., Swinkels, S. H., Van Der Gaag, R. J., Visser, J. C., Woudenberg, T., Buitelaar, J. K. (2010). Advancing early detection of autism spectrum disorder by applying an integrated two-stage screening approach. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(3), 250-258.
5. Honigfeld, L., Chandhok, L., & Spiegelman, K. (2012). Engaging pediatricians in developmental screening: the effectiveness of academic detailing. *Journal of autism and developmental disorders*, 42(6), 1175-1182.

P19 Case-report; een myocardinfarct ten tijde van ECT; een complicatie? Een contra-indicatie voor vervolg?

Sabine Swolfs ^{p1}

P: Presenterende auteur / spreker

1. etz

Achtergrond

ECT is over het algemeen een veilige en effectieve psychiatrische behandeling. Echter, door cardiovasculaire veranderingen die optreden tijdens ECT, bestaat er een relatief kleine kans op het optreden van cardiale complicaties, met name passagere aritmieën(1). ECT is alleen geïndiceerd bij een aantal zeer ernstige psychiatrische stoornissen die onbehandeld een groot mortaliteitsrisico met zich meebrengen. ECT wordt toegepast in een aantal centra, onder kortdurende en volledige anesthesie en spierverslapping; doorgaans tweemaal per week. Er wordt bij inzet van ECT bij depressie, doorgaans vlotter respons gezien dan bij instellen op psychopharmaca als een tricyclisch antidepressivum (TCA). En ook psychofarmaca, waaronder TCA's, kunnen cardiovasculaire bijwerkingen genereren. Wanneer zich een myocardinfarct voordoet tijdens of kort na ECT, is het de vraag of dit een absolute contra-indicatie voor continueren / hervatten ECT vormt. Dit vraagt bij iedere individuele patiënt een genuanceerde afweging tussen de risico's van het wel of niet continueren van ECT.

Doel

Is er o.b.v. literatuuronderzoek, een antwoord vinden op de vragen hoe vaak en welke cardiale complicaties voorkomen tijdens of kort na ECT; en vervolgens of deze een absolute contra-indicatie vormen voor continueren / hervatten van ECT?

Methoden

N.a.v. 2 patiënten die kort na een ECT-behandeling een myocardinfarct ontwikkelden, deden we een literatuursearch.

Resultaten

De literatuur over cardiovasculaire complicaties, en met name over het ontstaan van een myocardinfarct als gevolg van ECT, bestaat vooral uit gevalbeschrijvingen. ECT wordt over het algemeen beschouwd als een veilige behandeling, ernstige complicaties zijn zeer zeldzaam; het geschatte risico op een ernstige complicatie bij ECT wordt geschat op 1/1000 (1-3). Cardiovasculaire bijwerkingen vormen de meest voorkomende oorzaak van morbiditeit en mortaliteit bij ECT (4). Cardiovasculaire bijwerkingen kunnen bestaan uit voorbijgaande bradycardie, asystolie en andere ritmestoornissen (1). Andere, weliswaar minder voorkomende, beschreven ernstige cardiovasculaire complicaties, zijn het optreden van een myocardinfarct, een Takotsubo-cardiomyopathie en aortaruptuur (1, 2, 4). Het risico op een cardiovasculaire bijwerking na een eerste ECT behandeling is geschat op 0.18%, bij vervolghandelingen nog lager (1). Het risico op een myocardinfarct is niet vast te stellen aangezien de literatuur hierover voornamelijk uit gevalbeschrijvingen bestaat. Wel is duidelijk dat de kans op een myocardinfarct groter is bij patiënten met een cardiale voorgeschiedenis en/of wanneer ouder dan 60 jaar (5).

Conclusie

Op basis van de beperkt aanwezige literatuur, konden we concluderen dat het optreden van een myocardinfarct tijdens of kort na ECT weliswaar een zeer zeldzame complicatie is, maar vaker voorkomt indien patiënten cardiaal belast zijn en / of ouder zijn dan 60 jaar; deze patiënten hebben een groter risico. (1, 5) Een recent myocardinfarct geeft (in het algemeen) een verhoogd risico (20% binnen 10 jaar(6)) op een recidief infarct en aritmieën. Er zijn case-reports waarin succesvol herstarten van ECT al binnen de eerste 4-6 weken na een myocardinfarct wordt beschreven (4). We vonden geen case-reports waarin werd gekozen voor een herintroductie van ECT met negatieve gevolgen (cave bias). Omdat de aanvankelijke klinische presentatie van een myocardinfarct moeilijk te onderscheiden is van een Takotsubo-cardiomyopathie (7), is het van belang dit differentiaal-diagnostisch te overwegen. Een Takotsubo-cardiomyopathie vormt geen absolute contra-indicatie voor ECT, althans na herstel van de hartfunctie (7). Indien ECT herstart wordt, dan wordt geadviseerd zorgvuldig te monitoren, en een b-blokker te geven, teneinde de sympathische reactie tijdens de ECT behandeling te reduceren (8). Wees bij patiënten die tijdens of kort na ECT (soms specifieke) klachten

aangeven als druk / pijn in de thoracale en / of abdominale regio alert op cardiovasculaire complicaties en kies laagdrempelig voor een ECG en bepaling van troponine. Gezien de slechts beperkt aanwezige literatuur, pleiten we voor systematischer onderzoek naar cardiale problemen ten tijde van ECT, om tot een betere voorspelling te kunnen komen of een vlotte doorstart van ECT verantwoord is.

Literatuurverwijzing

1. Nuttall GA, Bowersox MR, Douglass SB, McDonald J, Rasmussen LJ, Decker PA, et al. Morbidity and mortality in the use of electroconvulsive therapy. *J ECT*. 2004;20(4):237-41.2. Dogan S, Aksoy I, Kupka RW. [Fatal aortarupture following electroconvulsive therapy]. *Tijdschrift voor psychiatrie*. 2016;58(2):150-3.3. Prudic J. Electroconvulsive therapy. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruis P. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry (9de ed). New York: Lippincott Williams &Wilkins, 2009.9th ed: Lipincott Williams & Wilkens; 2009.4. Aloysi AS, Maloutas E, Gomes A, Kellner CH. Safe resumption of electroconvulsive therapy after non-ST segment elevation myocardial infarction. *J ECT*. 2011;27(1):e39-41.5. Selvin BL. Electroconvulsive therapy--1987. *Anesthesiology*. 1987;67(3):367-85.6. Krgovic J, Orozovic V, Gligic B, Rafajlovski S, Celikic S, Markovic M, et al. [Myocardial reinfarction]. *Vojnosanit Pregl*. 1999;56(3):263-8.7. de Wolf MM, Olde Bijvank EG. [Takotsubo cardiomyopathy as a complication of electroconvulsive therapy]. *Tijdschrift voor psychiatrie*. 2015;57(5):361-6.8. Pourafkari N, Pourafkari L, Nader ND. Electroconvulsive therapy for depression following acute coronary syndromes: a concern for the anesthesiologist. *J Clin Anesth*. 2016;31:223-8.

P20 Behandeling van iatrogene opiaatafhankelijkheid (IOA): de correlatie tussen falende behandeling en patiënt- / behandel(aar)factoren

Chavelli Geerlings ^{p1} / Kim de Winter ¹ / Ricardo Teijeiro ² / Dr. Cees Rijnders ¹

P: Presenterende auteur / spreker

1. GGZ Breburg
2. ETZ Tweesteden

Achtergrond

Er wordt geschat dat in 2010 26-36 miljoen mensen wereldwijd opiaten gebruikten, waarvan ongeveer de helft op voorschrift. Wereldwijd zijn ongeveer 15,6 miljoen mensen afhankelijk van opiaten en de mondiale opiaatconsumptie is stijgende. Iatrogene opiaatafhankelijkheid (IOA) is een chronische en recidiverende aandoening, waarvan behandeling complex is. Er wordt in de literatuur weinig onderscheid gemaakt tussen de behandeling van IOA en die van afhankelijkheid van andere opiaten. Toch worden er in de praktijk verschillende behandelstrategieën toegepast. De behandeling van IOA mislukt regelmatig. Indien de behandeling slaagt is er vaak snel sprake van terugval.

Doel

Bepalen of er een correlatie bestaat tussen het mislukken van detoxificatie van voorgeschreven morfinepreparaten en patiëntfactoren / behandel(aar)factoren.

Methoden

Geïnccludeerd werden klinische patiënten, bekend met een iatrogene opiaatafhankelijkheid, die in de periode van januari 2015 t/m juli 2016 opgenomen zijn geweest voor een detoxificatie van voorgeschreven morfinepreparaten op de MPU van het ETZ locatie Noord te Tilburg. Er werd onder andere gekeken naar verwijzer, soort opiaat (dosering, gebruiksduur, reden van voorschrijven, eerste voorschrijver), co-morbiditeit, overig middelengebruik, voorgaande behandelingen (aantal detoxificatiepogingen en soort behandeling), opnameduur en interventie (medicamenteus en niet medicamenteus) van huidige detoxificatiepoging, behandelresultaat van huidige detoxificatiepoging, etc. De data werd verwerkt en geanalyseerd middels SPSS.

Resultaten

Het behandelresultaat bij detoxificatie van voorgeschreven opiaten is veelal niet succesvol. Er zijn aanwijzingen dat het terugkeren van pijnklachten een belangrijke rol speelt in het mislukken van de behandeling. Daarnaast lijken de verwachtingen en de motivatie van de patiënt van essentieel belang te zijn in het behalen van succes.

Conclusie

De succesvolle behandeling van iatrogene opiaatafhankelijkheid vraagt een nieuwe behandelstrategie. Deze zal nooit succesvol zijn als de bestrijding van de pijnklachten van de patiënt (al dan niet gebaseerd op anatomisch substraat) niet in de totale behandeling wordt geïntegreerd.

Literatuurverwijzing

-Multidisciplinaire richtlijn opiaatverslaving; Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden; Wim van den Brink, Geurt van de Glind en Gerard Schippers (redactie); 2013.- Cochrane Database Syst Rev. 2016 May 9;(5):CD011117. doi: 10.1002/14651858.CD011117.pub2.Opioid agonist treatment for pharmaceutical opioid dependent people.Nielsen S1, Larance B, Degenhardt L, Gowing L, Kehler C, Lintzeris N.

P21 Somatische comorbiditeit in een tertiair verwijscentrum voor bipolaire stoornissen

Dr. Melissa Chrispijn ^{p1} / Drs. Anja Stevens ¹

P: Presenterende auteur / spreker

1. Dimence

Achtergrond

Bipolaire stoornis is een psychiatrische aandoening waarbij zowel psychiatrische als somatische comorbiditeit kan voorkomen. Op somatisch gebied komen er voornamelijk aandoeningen voor die zijn gerelateerd aan het gebruik van psychofarmaca, wat in het geval van bipolaire stoornis zowel antidepressiva, antipsychotica als stemmingsstabilisatoren kunnen zijn.

Doel

Gezien het brede spectrum aan bijwerkingen bij deze middelen willen we met deze observationele studie laten zien wat het aandeel is van somatische comorbiditeit in een cohort van patiënten met een bipolaire stoornis in een tertiair verwijscentrum.

Methoden

Data zijn verzameld voor alle patiënten die actief in behandeling zijn van het tertiaire verwijscentrum Specialistisch Centrum Bipolaire Stoornissen (SCBS), Dimence, Deventer. We hebben patiënten geïncludeerd met een bipolaire stoornis type I en type II, cyclothymie en schizoaffectieve stoornis. Patiënten zonder data of met een andere diagnose zijn geëxcludeerd, evenals patiënten die niet meer in behandeling zijn. Er is gezocht in elektronische patiëntendossiers en in het elektronische voorschrijfprogramma.

Resultaten

Er zijn 97 patiënten geïncludeerd met een bipolaire stoornis, cyclothymie of schizoaffectieve stoornis van het bipolaire type (72% vrouw). Van hen gebruikt 71% lithium, 51% een andere stemmingsstabilisator, 47% een antipsychoticum en 34% een antidepressivum. In deze groep heeft 35% al dan niet actuele schildklierproblemen en gebruikt 25% een thyreomimeticum. Verder heeft 6% chronische nierinsufficiëntie en 5% nefrogene diabetes insipidus. In het laboratoriumonderzoek vonden we in 27% een hyperglycemie (nuchter glucose > 6,1 mmol/L of niet nuchter glucose > 7,8 mmol/L) en in 8% (7/88) een hypercholesterolemie (totaal cholesterol > 6,5 mmol/L). Opvallend was dat het LDL-cholesterol bij 74% (57/77) verhoogd was (LDL-cholesterol > 2,5 mmol/L). Tot slot heeft 58% (28/48) overgewicht (BMI≥25). Het verhoogde BMI in deze groep is geassocieerd met het gebruik van antidepressiva, maar niet van antipsychotica of lithium.

Conclusie

Deze studie laat zien dat bij patiënten met een bipolaire stoornis vaak somatische comorbiditeit voorkomt die waarschijnlijk is gerelateerd aan het gebruik van medicatie. Het is onbekend of de diagnose bipolaire stoornis ook een rol speelt in de ontwikkeling van deze comorbiditeit. Het is belangrijk om te screenen op somatische comorbiditeit en indien nodig te behandelen. Het is in deze studie onduidelijk of de comorbiditeit adequaat wordt behandeld, aangezien het willekeurige meetmomenten betreffen en er bovendien sprake lijkt te zijn van onderrapportage van somatische medicatie. Er is niet gecorrigeerd voor versturende variabelen.

Literatuurverwijzing

Forty L, Ulanova A, Jones L, Jones I, Gordon-Smith K, Fraser C, Farmer A, McGuffin P, Lewis CM, Hosang GM, Rivera M, Craddock N. Comorbid medical illness in bipolar disorder. *Br J Psychiatry*. 2014 Dec;205(6):465-72. Kilbourne AM, Cornelius JR, Han X, Pincus HA, Shad M, Salloum I, Conigliaro J, Haas GL. Burden of general medical conditions among individuals with bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2004 Oct;6(5):368-73. Carney CP, Jones LE. Medical comorbidity in women and men with bipolar disorders: a population-based controlled study. *Psychosom Med*. 2006 Sep-Oct;68(5):684-91. Ramasubbu R, Beaulieu S, Taylor VH, Schaffer A, McIntyre RS; Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Task Force. The CANMAT task force recommendations for the management of patients with mood disorders and comorbid medical conditions: diagnostic, assessment, and treatment principles. *Ann Clin Psychiatry*. 2012 Feb;24(1):82-90. Beyer J, Kuchibhatla M, Gersing K, Krishnan KR. Medical comorbidity in a bipolar outpatient clinical population. *Neuropsychopharmacology*. 2005 Feb;30(2):401-4. Krishnan KR. Psychiatric and medical comorbidities of

bipolar disorder. *Psychosom Med.* 2005 Jan-Feb;67(1):1-8. McElroy SL, Frye MA, Suppes T, Dhavale D, Keck PE Jr, Leverich GS, Altshuler L, Denicoff KD, Nolen WA, Kupka R, Grunze H, Walden J, Post RM. Correlates of overweight and obesity in 644 patients with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry.* 2002 Mar;63(3):207-13. Cassidy F, Ahearn E, Carroll BJ. Elevated frequency of diabetes mellitus in hospitalized manic-depressive patients. *Am J Psychiatry.* 1999 Sep;156(9):1417-20. Azab AN, Shnaider A, Osher Y, Wang D, Bersudsky Y, Belmaker RH. Lithium nephrotoxicity. *International Journal of Bipolar Disorders* (2015) 3:13.

P22 Interprofessionele socialisering en waardering van Nederlandse Kinder- en Jeugdpsychiaters

Drs. Roos Hauzer ^{p1} / Dr. Willem de Grave ¹ / Prof. Jeroen van Merriënboer ¹

P: Presenterende auteur / spreker

1. Universiteit Maastricht

Achtergrond

De zoektocht naar een nieuwe kost-efficiënte synthese voor de gespecialiseerde Kinder- en Jeugd GGZ heeft geresulteerd in fragmentatie en uitputting van middelen, waardoor kinderen door de beperkte toegang mogelijk niet op tijd gezien kunnen worden. Om dit probleem het hoofd te bieden is gekeken naar de optie om interprofessioneel onderwijs te incorporeren in geïntegreerde zorg volgens de aanbevelingen van de WHO(1).

Doel

Bepalen van de Interprofessionele Socialisering en Waardering van Kinder- en Jeugdpsychiaters (KJP), Jeugdartsen, Kinderartsen, Huisartsen en Kinderneurologen om te onderzoeken of zij "klaar zijn" en "bereidwillig zijn" om interprofessioneel onderwijs te implementeren in de opleiding. Het succesvol overbruggen van de professionele zuilen door een gezamenlijk interprofessioneel leren op de werkvloer wordt gezien als een belangrijk speerpunt om te komen tot een efficiënte en kwalitatieve goede geïntegreerde zorg

Methoden

In dit cross-sectioneel, descriptief mixed-method onderzoek zijn artsen werkzaam in de Kinder- en Jeugdzorg via "convenience sampling" methode geïnccludeerd. Naast demografische gegevens zijn de kwantitatieve gegevens van Zelf-beoordeelde Vaardigheid, Waardering en Gemak in het samenwerken met andere professionals verzameld met behulp van de Interprofessional Socializing and Valuing Scale (ISVS) in een online survey (2). Kwantitatieve gegevens van KJP (n=46), Jeugdartsen (n=21), Kinderartsen (n=12), Huisartsen (n=8) en Kinderneurologen (n=6) werden gecodeerd en geanalyseerd met SPSS 23. Kwalitatieve gegevens met betrekking tot implementatie barrières op drie niveaus (individueel/groep, institutioneel and nationaal) zijn verzameld middels een open vraag en thematisch geanalyseerd. Opmerkingen van 21 KJP (46%), 8 Jeugdartsen (38%), 8 Kinderartsen (67%), 6 Huisartsen (75%) and 4 Kinderneurologen (67%) werden gecodeerd en in thema's ondergebracht.

Resultaten

Kwantitatieve descriptieve analyse van de zelfbeoordeling met de ISVS gaf weer dat KJP, Jeugdartsen en Kinderartsen "klaar zijn" voor interprofessioneel werken en leren. Jeugdartsen vertoonden geen verschil met KJP. Interessant was dat kwalitatieve informatie van KJP, Jeugdartsen, Kinderartsen, Huisartsen en Kinderneurologen verborgen vooroordelen en bedreigingen aan de oppervlakte bracht jegens elkaar in tegenstelling tot positieve scores op de zelf-beoordelingschaal (3).

Conclusie

KJP, Jeugdartsen en Kinderartsen blijken "klaar" te zijn voor interprofessioneel werken en leren. Echter in afwezigheid van een nationale agenda moet dit "klaar zijn" bestudeerd worden in samenhang met de specifieke context waarbij interprofessionele grensoverschrijdingen de veiligheid ondermijnt. Bereidwilligheid wordt ondermijnd door factoren zowel op nationaal, institutioneel als individueel/groeps niveau. Implementatie van interprofessioneel werken en leren op de werkvloer samen met Jeugdartsen werkzaam in de instelling lijkt haalbaar als een eerste stap.

Literatuurverwijzing

1) World Health Organization (2010). Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice;[updated 2010 May 30; cited 2011 Feb 10]. http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_HRH_HP_N_10.3_eng.pdf. 2) King, G. Shaw, L. Orchard, C.A., Miller, S. (2010). The Interprofessional Socialization and Valuing Scale: A tool for evaluating the shift toward collaborative care approaches in health care settings. *Work*, 35, 77–85. doi: 10.3233/WOR-2010-0959 3) Lingard, L., Reznick, R., DeVito, I, Espin, S (2002). Forming professional identities on the health care team: discursive constructions of the 'other' in the operating room. *Medical Education*, 36, 728–734

P23 De relatie tussen emotionele beleving, ondergewicht en gewichtstoename bij anorexia nervosa

Dr. Maartje Vroling^{1,2} / Drs. Marieke ten Napel - Schutz¹ / Drs. Mirjam Lammers¹ / Prof.dr. Ger Keijsers^{2,3}

P: Presenterende auteur / spreker

1. GGNet Amarum
2. Radboud Universiteit Nijmegen
3. Universiteit Maastricht

Achtergrond

Mensen met anorexia nervosa (AN) rapporteren vaak dat ondergewicht zorgt voor vervlakte emoties. Dit wordt onderschreven door klinische observaties van therapeuten. Therapeuten en patiënten ervaren bovendien dat met toename van gewicht de emotionele beleving in heftigheid toeneemt. Toch is naar de emotionele beleving bij ondergewicht nog nauwelijks onderzoek gedaan. Het weinige onderzoek dat er is spreekt elkaar tegen (Brockmeyer et al., 2012; Haynos & Fruzzetti, 2011). Naar het toenemen van de emotionele beleving bij toename in gewicht is nog geen onderzoek gedaan.

Doel

Daarom onderzoeken we deze aannames: Zijn emoties minder intens/heftig bij ernstig ondergewicht? Worden emoties intenser/heftiger bij afname van het ondergewicht?

Methoden

Deelnemers zijn patiënten met AN (n = 70; lopend onderzoek) die klinische behandeling ontvangen bij Amarum. Zij vullen bij start van de behandeling vragenlijsten in over hun beleving van emoties, emotieregulatie en, indien van toepassing, hun traumaklachten. Deze vragenlijsten worden iedere tweede week afgenomen, gedurende een periode van 10 weken. Ook BMI wordt gemeten.

Resultaten

We vinden weinig bewijs voor de aanname dat ondergewicht emoties zou afvlakken of dat emoties intenser/heftiger zouden worden bij toename van gewicht.

Conclusie

Dit gaat in tegen de klinische indruk, en ook tegen sommige verklarende modellen voor AN. Dit roept vragen op over de theorie: Is de klinische indruk wel juist? Past de klinische indruk op alle AN patiënten of betreft het een subgroep? Zijn de modellen wel juist? En het roept vragen op over de gebruikte benadering: Hoe goed zijn AN patiënten in het rapporteren van wat ze voelen? Hebben we patiënten wel lang genoeg gevolgd?

Literatuurverwijzing

Brockmeyer, T., Grosse Hotlforth, M., Bents, H., Kämmerer, A., Herzog, W., & Friederich, H. (2012). Starvation and emotion regulation in anorexia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 53(5), 496-501. Haynos, A.F., & Fruzzetti, A.E. (2011). Anorexia nervosa as a disorder of emotion dysregulation: evidence and treatment implications. *Clinical Psychology Science and Practice*, 18(3), 183-202.

P24 Een replicatiestudie naar de psychometrische eigenschappen van het FR-instrument in de ROM

MSc Lonneke Slooter ^{p1} / Dr. Harm Gijsman ¹ / Prof.dr. Agnes Scholing ^{1,2}

P: Presenterende auteur / spreker

1. Pro Persona

2. Rino Zuid

Achtergrond

De Nationale Remissiewerkgroep van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie ontwikkelde een meetinstrument naar functionele remissie, het FR-instrument. Dit instrument is een aanvulling op de bestaande meetinstrumenten voor symptomatische remissie. Een eerdere validatiestudie liet zien dat de intra- en interbeoordelaarsbetrouwbaarheid, de discriminerende en de convergerende validiteit en de gevoeligheid voor verandering als voldoende tot goed werden beoordeeld. Een beperking van het onderzoek was echter dat de EPA doelgroep minder breed gedefinieerd werd dan in de huidige tijd en er niet routinematig en over langere tijd gemeten werd

Doel

Replicatie van de psychometrische eigenschappen van het FR-instrument om verdere empirische ondersteuning te vinden voor wat betreft betrouwbaarheid en validiteit. Op die manier kan het FR-instrument een aanvulling dan wel vervanging zijn voor de reeds toegepaste meetinstrumenten in de ROM.

Methoden

Binnen de GGZ-instelling Pro Persona werd het FR-instrument vanaf juli 2014 toegevoegd aan de reguliere Routine Monitoring Outcome (ROM) procedure. Patiënten binnen het zorgprogramma Psychose & EPA werden allen meegenomen in het onderzoek. De dataverzameling liep tot april 2016. Voor de convergente en divergente validiteit werd gebruik gemaakt van diverse items uit de HoNOS en de MANSa die standaard middels de ROM werden afgenomen.

Resultaten

In totaal werden 1996 patiënten geïnccludeerd. Hiervan was 57,9% mannelijk en de gemiddelde leeftijd 43 jaar. Het merendeel van de patiënten voldeed aan de criteria van een psychotische stoornis, met als meest voorkomende classificatie de Psychose NAO (31%), Schizofrenie, paranoïde type (29,2%) en de schizo-affectieve stoornis (12,2%). Wat betreft de convergente validiteit bleek er een lage significante samenhang te zijn tussen functionele remissie gemeten met het FR-instrument en de items van de HoNOS welke betrekking hebben op het functioneren ($Rho = 0,31$; $p = 0.00$). Met name wat betreft de non-remissie is het percentage overeenstemming hoog (61,4%). Daarnaast bleek de kwaliteit van leven door patiënten hoger beoordeeld te worden op het moment dat er sprake was van functionele remissie dan wanneer dit niet het geval was. Voor wat betreft de divergente validiteit werd er een zeer zwak significant verband gevonden ($Rho = 0,18$; $p = 0.00$).

Conclusie

De validiteit en betrouwbaarheid van het FR-instrument zijn gerepliceerd. Dit blijkt ook te gelden wanneer het gaat over een breder gedefinieerde EPA doelgroep en het routine matig meten over langere tijd. Het FR-instrument kan dan ook gezien worden als belangrijke aanvulling op de reeds bestaande meetinstrumenten en biedt mogelijkheden voor een insteek van behandeling die meer gericht is op herstel van maatschappelijke en sociale rollen.

Literatuurverwijzing

Wiersma, D., Visser, E., Bahler, M., Bruggeman, R., Delespaul, M., Gaag, van der M., et al. (2015). Functionele remissie bij mensen met een ernstige psychiatrische aandoening; psychometrische eigenschappen van een nieuw ROM-instrument. *Nederlands Tijdschrift voor Psychiatrie*, 57, 395-404.

P25 HIV de novo bij een psychotische vrouw op oudere leeftijd

Dr. Geke Overvliet ¹ / Dr. Adriano van der Loo ¹

P: Presenterende auteur / spreker

1. OLVG-west

Achtergrond

Bij een eerste psychose op oudere leeftijd wordt altijd geadviseerd somatische screening te verrichten. In de differentiaal diagnose van een eerste psychose vernoemd in het handboek schizofrenie staat onder andere vermeld dat gescreend moet worden op HIV. Na aanleiding van een casusbeschrijving willen we verder ingaan op de achtergronden bij HIV (de novo) bij een eerste psychose op oudere leeftijd

Doel

Bewustwording van de uitgebreide differentiaal diagnose bij een eerste psychose op oudere leeftijd, waarbij er ook een HIV de novo gevonden kan worden, ondanks een blanco somatische en psychiatrische voorgeschiedenis.

Methoden

Casusbeschrijving en literatuurstudie naar de mogelijke achtergronden van een HIV de novo bij een manisch psychotische vrouw op oudere leeftijd

Resultaten

Een Ghanese 54 jarige vrouw met blanco somatische en psychiatrische voorgeschiedenis, werd gepresenteerd op de spoedeisende hulp met een manisch psychotisch toestandsbeeld. Er werd aanvullend onderzoek verricht. Patiënte bleek meerdere infecties te hebben (pneumonie, urineweginfectie, herpes zoster in het gelaat en een orale candida), wat ons op het spoor bracht van een mogelijke HIV. Zij werd HIV-positief bevonden, waarbij er ook een hoge viral load werd gevonden in de liquor. Er werd gestart met HAART-therapie, naast olanzapine 10mg. Patiënte knapte hierop op. Er werd een literatuurstudie verricht, in het Nederlandse handboek schizofrenie staat beschreven dat er bij een eerste psychose op oudere leeftijd gedacht moet worden aan HIV, echter is niet eerder in de literatuur beschreven dat er een HIV de novo gevonden werd bij een eerste psychose, wel is vaker beschreven dat dit voorkomt bij een bekende HIV.

Conclusie

Bij een eerste psychose op oudere leeftijd moet ook altijd gedacht worden aan HIV de novo. Belangrijk is dat goede somatische screening plaats vindt, waarbij men bij meerdere infecties ook op het spoor komt van een gecompromitteerd immuunsysteem zoals bij HIV zich kan voor doen, ook als deze nog niet bekend is.

Literatuurverwijzing

- Handboek schizofrenie, W Cahn et al, hoofdstuk 4; differentiaal diagnostiek- (J Psychiatry Neurosci. 2001 May;26(3):229-34. New-onset delusions and hallucinations in patients infected with HIV. Alciati A1, Fusi A, D'Arminio Monforte A, Coen M, Ferri A, Mellado C.)- "psychiatrie en Aids" L. Timmerman et al, Tijdschrift voor psychiatrie 42 (2000) 11

P26 Een prospectieve studie naar functionele remissie bij eerste psychose en het verband met de duur van de onbehandelde psychose

Drs. Evelien Kooijmans ^{p1} / Dr. Harm Gijsman ¹ / Drs. Denise te Paste ¹ / Drs. Margot Kloos ¹ / Prof.dr. Agnes Scholing ¹

P: Presenterende auteur / spreker

1. Pro Persona

Achtergrond

De Nationale Remissiewerkgroep van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie heeft recent het Functionele Remissie Instrument ontwikkeld (Wiersma en anderen, 2015). Het meet op valide en betrouwbare wijze de status van de patiënt op het gebied van wonen, werken, en sociale relaties. Dit instrument is eenvoudig in te vullen door de zorgverlener en daardoor makkelijk bruikbaar voor Routine Outcome Monitoring (ROM). Het instrument is niet eerder gebruikt bij patiënten met een eerste psychose. Bij deze groep is gebleken dat een langere de duur van onbehandelde psychose samenhangt met een slechtere prognose wat betreft remissie van symptomen. De DOP is nog nauwelijks onderzocht in relatie tot functionele remissie, terwijl dit voor de patiënt vaak een belangrijkere uitkomstmaat is dan symptomatische remissie.

Doel

Beschrijven van het verloop van de functionele remissie bij patiënten met een eerste psychose na een jaar behandeling en hoe de samenhang van dit beloop is met de duur van onbehandelde psychose (DOP).

Methoden

De onderzochte doelgroep bestond uit patiënten met een eerste psychose die tussen april 2014 en april 2015 voor behandeling kwamen bij Pro Persona GGZ. Het FR-instrument wordt door de hulpverlener van de patiënt gescoord via een semigestructureerd interview met patiënt en/of familie en/of gebruikmakend van dossiergegevens. Het instrument brengt het functioneren van de patiënt op drie gebieden in kaart: 1. wonen en zelfzorg, 2. werken,(beroeps)opleiding of doelgerichte dagbesteding en 3. sociale contacten. Er zijn per gebied drie scoringsmogelijkheden: zelfstandig, deels zelfstandig en niet zelfstandig. De onderzochte onafhankelijke variabelen zijn: geslacht, leeftijd, verslaving, symptomatische remissie en de DOP.

Resultaten

Bij de start van de behandeling zijn 163 patiënten gemeten. Van deze groep is 33% in functionele remissie. In deze groep zitten significant meer patiënten met een hogere leeftijd, vrouwen, niet verslaafden en patiënten met symptomatische remissie. De functionele remissie bij binnenkomst is niet gerelateerd aan de DOP. Na 1 jaar behandeling hebben we van 69 patiënten een valide voor-en nameting van de FRS en de DOP. 48 % blijft in de categorie "geen functionele remissie", 33% blijft in "functionele remissie", 13% komt in "functionele remissie" en 6 % verslechtert, komt dus in "geen functionele remissie". 42% van de patiënten verbetert minimaal 1 punt op de FRS. Leeftijd, geslacht, verslaving, symptomatische remissie en de DOP hebben hier geen invloed op.

Conclusie

Na één jaar behandeling is ongeveer 1 op de 8 patiënten in functionele remissie gekomen, terwijl ongeveer 1 op de 17 juist verslechterd is op dit gebied. Deze follow-up is kort in relatie tot de vaak complexe behandeling, en bijna 1 op de 2 patiënten verbeterd al tenminste één punt op de FRS. We vinden geen verband met de DOP, maar de aantallen zijn ook te klein om relevante verschillen te kunnen vinden. De FRS lijkt een toepasbare en relevante uitkomstmaat bij behandeling van eerste psychose, maar meer onderzoek met grotere aantallen is aangewezen.

Literatuurverwijzing

Wiersma D, Visser E, Bahler M, Bruggeman R, Cahn W, Delespaul P, et al. (2014). Functionele remissie bij mensen met een ernstige psychiatrische aandoening: psychometrische eigenschappen van een nieuw ROM-instrument. Tijdschrift voor Psychiatrie 57(6) 395-404.

P27 Decision Tool voor Angststoornissen; hoe onderscheiden we angstpatiënten voor hoogspecialistische zorg?

Drs. Suzy Matthijssen ^{p1,2}

P: Presenterende auteur / spreker

1. Altrecht Academisch Angstcentrum
2. Universiteit Utrecht

Achtergrond

Hoogspecialistische diagnostiek en –behandeling is bestemd voor patiënten die dermate ernstige en complexe en/ of zeldzame aandoeningen hebben dat zij onvoldoende resultaat hebben van een behandeling binnen de specialistische GGZ. Echter tot op heden krijgen we niet altijd de juiste patiënt op de juiste plek. De specialistische GGZ behandelt vaak complexe patiënten, terwijl bij de topklinische zorg ook patiënten aangemeld en behandeld worden die juist bij de specialistische GGZ thuishoren. Tot nu toe is er geen evidence-based instrument om dit onderscheid te maken en zijn we afhankelijk van het beleid van instellingen en individuele therapeuten.

Doel

Doel is geweest een tool te ontwikkelen die kan helpen bij het maken van onderscheid tussen patiënten die hoogspecialistische en patiënten die specialistische zorg nodig hebben. Ook wordt gepresenteerd hoe de decision tool er uit ziet.

Methoden

De ontwikkeling van de decision tool is tot stand gekomen door een samenwerkingsverband tussen de stichting TOPGGz, het Altrecht Academisch Angstcentrum en onderzoekers van het iMTA. De uitvoering heeft plaatsgevonden in samenwerking met een werkgroep samengesteld uit professionals, gespecialiseerd in het behandelen van angststoornissen. De decision tool is ontwikkeld in drie stappen te weten; I) literatuur studie, II) concept mapping en III) validatie van de decision tool in de praktijk. .

Resultaten

Het resultaat is een gevalideerde decision tool die in de praktijk als hulpmiddel kan worden gebruikt in de specialistische en hoogspecialistische zorg voor het identificeren van patiënten met een hoogspecialistische zorgbehoefte. .

Conclusie

Een handzame decision tool die door iedere therapeut binnen de specialistische GGZ en binnen de hoogspecialistische GGZ gebruikt zou kunnen worden om hun patiënten met een hoogspecialistische zorgbehoefte te onderscheiden. De decision tool bevordert hiermee de indicering en doorstroming van deze patiënten.

Literatuurverwijzing

Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JP, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *Ann Intern Med* 2009;151(4):W-65-W-94. Trochim W, Kane M. Concept mapping: an introduction to structured conceptualization in health care. *Int J Qual Health Care* 2005 Jun;17(3):187-191.

P28 Bemoelijkte toegang tot geestelijke gezondheidszorg (GGZ) voor ongedocumenteerde vluchtelingen; een casus presentatie

Drs. Koen Bolhuis ^{p1,2} / Drs. Jentien Vermeulen ^{1,3} / Drs. Annette Hoogerbrugge ¹

P: Presenterende auteur / spreker

1. Dokters van de Wereld, Programma Zorgrecht voor Ongedocumenteerde Migranten, Amsterdam
2. Erasmus Universiteit, Afdeling kinder- en jeugdpsychiatrie en psychologie
3. Academisch Medisch Centrum, Afdeling Psychiatrie zorglijn Vroege Psychose

Achtergrond

Naar schatting wonen er tussen de ongeveer 35000 ongedocumenteerde migranten in Nederland. Dit cijfer is een schatting aan de hand van het aantal aanhoudingen, en staanhoudingen van de politie.(1) Het is onbekend wat de exacte prevalentie- en incidentiecijfers voor psychiatrische problemen zijn voor deze kwetsbare bevolkingsgroep. Uit een meta-analyse onder vluchtelingen blijkt een prevalentie van 44% voor depressie en de suggestie is dat deze cijfers nog hoger zijn voor ongedocumenteerde migranten.(2) Het is bekend dat deze groep beperkte toegang tot gezondheidszorg heeft, welke onder andere veroorzaakt wordt door slechte woon- en werkomstandigheden en exclusie van sociale en gezondheidsdiensten.(3) Het is waarschijnlijk dat deze factoren zwaarder wegen in het geval van psychiatrische problemen. Dokters van de Wereld is een non-gouvernementele organisatie die zich inzet voor kwetsbare groepen mensen die uitgesloten worden van gezondheidszorg. In Amsterdam en Den Haag zijn er meerdere dagen per week (mobiele) spreekuren waar ongedocumenteerde migranten terecht kunnen met vragen omtrent hun gezondheid. Het doel van deze spreekuren is patiënten te geleiden naar adequate medische zorg.

Doel

Wij schetsen enkele factoren die van invloed kunnen zijn op ernstige psychiatrische problemen bij ongedocumenteerde migranten. Daarnaast bespreken wij de toegang tot geestelijke gezondheidszorg voor ongedocumenteerde migranten.

Methoden

Casus beschrijving van een patiënt die op het mobiele spreekuur voor ongedocumenteerde migranten kwam.

Resultaten

Een 34-jarige man afkomstig uit Ghana kwam in oktober 2015 bij ons in beeld in verband met lichamelijke en psychische klachten. Patiënt leefde sinds 4 jaar zwervend door de stad en op het moment woonde hij in een kraakpand. In verband met paranoïde gedachten en bizarre religieuze ideeën was hij eerder al beoordeeld ter diagnostiek bij een expertisegroep trauma en ongedocumenteerden. Aldaar werd een diagnose in het psychotische spectrum gesteld. Patiënt vermeldde geen lijdensdruk en er werden geen aanwijzingen gevonden voor teloorgang. Hij kwam niet in aanmerking voor specialistische behandeling aldaar. Wegens verergering van het psychiatrische beeld en ernstige rugpijn ten tijde van bezoek aan ons spreekuur, werd besloten hem via de huisarts somatisch te laten screenen en aan te melden bij een algemene GGZ instelling; hier kwam hij niet in aanmerking voor een intake en de psychiatrische problemen waren te complex voor behandeling in de eerste lijn. Inmiddels was patiënt ernstig vermagerd en waren zijn psychotische symptomen toegenomen. In januari 2016 is patiënt per ambulance ingestuurd naar een academisch ziekenhuis waar een schizo-affectieve stoornis en tevens tuberculose spondylitis werden vastgesteld. TB meningitis werd uitgesloten. Thans is hij zowel somatisch als psychiatrisch opgeknapt in een revalidatiecentrum en heeft hij besloten terug te keren naar land van herkomst.

Conclusie

Psychiatrische problemen hebben een complexe presentatie bij ongedocumenteerde migranten en kunnen geassocieerd zijn met diverse somatische, en, in sterke mate, sociale factoren. Daarnaast hebben veel van hen traumata en life events doorgemaakt wat een bekende risicofactor is voor het ontwikkelen van psychose.(4) Complexiteit bemoeilijkt de toegang tot zorg, wat vroege interventie lastig maakt en hierdoor kunnen ziektebeelden ernstig toenemen. Betere herkenning en toeleiding naar adequate specialistische zorg is van uiterst belang voor ongedocumenteerde migranten ter voorkoming van verdere exclusie uit de samenleving.

Literatuurverwijzing

1. www.wodc.nl/onderzoeksdatabase/2402-illegalenschatting.aspx 2. Lindert, J., et al., Depression and anxiety in labor migrants and refugees--a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med*, 2009. 69(2): p. 246-57.3. Teunissen, E. et al. Mental health problems of undocumented migrants (UMs) in The Netherlands: a qualitative exploration of help-seeking behaviour and experiences with primary care. *BMJ Open* 2014;4:e005738.4. Beards S, et al. Life events and psychosis: a review and meta-analysis. *Schizophr Bull*. 2013;39(4):740-747.

P29 Jongvolwassen mannen met multiproblematiek: kan sociale steun helpen zelfredzaamheid te vergroten?

MSc Harriët Dijkstra ¹ / MSc Laura van Duin ¹ / Dr. Floor Bevaart ¹ / Prof.dr. Theo Doreleijers ¹ / Prof.dr. Arne Popma ¹

P: Presenterende auteur / spreker

1. VUmc, afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie

Achtergrond

In de grote steden van Nederland heeft 6% van de jongvolwassenen te maken met multiproblematiek (Hamminck & Schrijvers, 2013; CBS, 2013). Zij kampen met een opeenstapeling van problemen: o.a. werkloosheid, schulden, verslaving en psychiatrische problematiek. De meeste van hen hebben daarnaast een (uitgebreid) justitieverleden. De zelfredzaamheid van deze jongvolwassenen is laag en dit kan hun veerkracht nadelig beïnvloeden. Zeker wanneer het hen aan adequate sociale steun uit de nabije omgeving ontbreekt. De Academische Werkplaats bij De Nieuwe Kans voert in Rotterdam een grootschalig onderzoek uit naar jongvolwassen mannen tussen 18 en 27 jaar met multiproblematiek. Veel studies toonden inmiddels aan dat delinquente peers een grote rol spelen bij het ontwikkelen en in standhouden van criminele gedragingen onder jongeren (bijvoorbeeld Sutherland, 1947; Weerman, Bijleveld & Averdijk, 2005). Er is echter nog weinig bekend over hoe de mate van ervaren sociale steun van vrienden en familie zich verhoudt tot de zelfredzaamheid van kwetsbare jongvolwassen mannen.

Doel

Inzicht geven op welke manier het ervaren van sociale steun gerelateerd is aan zelfredzaamheid en het justitieverleden van jongvolwassen mannen met multiproblematiek.

Methoden

Voor 700 Rotterdamse jongvolwassen mannen met multiproblematiek wordt tussen januari 2014 en oktober 2016 zelfredzaamheid, de rol van (delinquente) vrienden en sociale steun in kaart gebracht met de Zelfredzaamheids Matrix (ZRM), de Vriendenvragenlijst en de NRI-BSV. Daarnaast is voor deze groep retrospectief in kaart gebracht hoe het justitieverleden eruit ziet door middel van dossieronderzoek bij de Raad voor de Kinderbescherming en Reclassering Nederland.

Resultaten

Eind oktober 2016 eindigt de dataverzameling. Eind 2016 worden de data geanalyseerd. Op het Voorjaarscongres 2017 worden de resultaten gepresenteerd.

Conclusie

Deze kwantitatieve studie geeft meer inzicht in de dynamiek tussen sociale steun, zelfredzaamheid en het justitieverleden van jongvolwassen mannen met multiproblematiek die leven en wonen in een grote Nederlandse stad .

Literatuurverwijzing

Hamminck, A., & Schrijvers, C. (2013). Klantprofielen van kwetsbare jongeren die zich melden bij het Jongerenloket. Rotterdam. Sutherland, Edwin H. (1947). Principles of criminology. Philadelphia: Lippincott. Weerman, F., Bijleveld C. & Averdijk, M. (2005). Netwerken en netwerkposities van delinquente en niet-delinquente jongeren. Tijdschrift voor Criminologie, (47)1, 24-41.

P30 De invloed van licht gedurende de dag op slaap tijdens de nacht

Drs. Moniek Geerdink ^{p1}

P: Presenterende auteur / spreker

1. RUG

Achtergrond

Licht is niet alleen van cruciaal belang voor het gezichtsvermogen, maar is ook van invloed op andere aspecten zoals fysiologie en gedrag. Een goed bestudeerd effect van licht is het effect op onze biologische klok, die ook verbonden is met de timing van onze slaap (review Duffy & Wright 2005). Toch is het effect van licht op de kwaliteit van de nachtelijke slaap na het verschuiven van de klok nauwelijks onderzocht (review Dijk & Archer 2009) en dit geldt ook voor de directe effecten van licht zonder het verschuiven van de klok. Bij muizen blijkt licht wel direct invloed te hebben op de diepte van de slaap (Hubbard et al. 2013).

Doel

Onderzoeken of licht ook de slaap van mensen (indirect of direct) kan beïnvloeden. Hiervoor hebben we een thuisstudie en een studie in het laboratorium uitgevoerd.

Methoden

1. In de thuisstudie hebben we onderzocht wat er met de slaap gebeurt als de biologische klok met behulp van licht wordt verschoven. 42 deelnemers werden willekeurig toegewezen aan een protocol met ofwel hoge intensiteit blauwe lichtpulsen in de ochtend of een soortgelijk protocol met oranje lichtpulsen (placebo). Het protocol bestond uit 14 dagen zonder slaap beperkingen (baseline), 9 dagen behandeling met ofwel 30-min blauwe lichtpulsen ofwel 30-min oranje lichtpulsen in de ochtend samen met een verschuiving van de slaap, en daarna 7 dagen na-metingen zonder slaap beperkingen. Melatonine monsters werden genomen op dag 1,7,14 (baseline), dag 23 (effect behandeling), dag 30 (effect na de behandeling). Blootstelling aan licht werd continu geregistreerd. Slaap werd geregistreerd door middel van een activiteitshorloge. Prestaties werd gemeten met een reactietijd taak. 2. In ons laboratoriumonderzoek zijn deelnemers blootgesteld aan 3 condities: Ofwel een dag met een matige lichtintensiteit 'kantoor licht', een dag met een hoge intensiteit 'fel licht' of aan een dag met extra blauw licht toegevoegd aan 'kantoor licht'. We quantificeerden de invloed van het daglicht op de klok via melatonine analyse en we hebben de slaapkwaliteit / homeostase geanalyseerd na de experimentele dagen aan de hand van EEG-metingen.

Resultaten

1. Zoals verwacht, was de faseverschuiving van het melatonine ritme groter in de groep met de blauwe lichtblootstellingsgroep, vergeleken met de oranje licht groep (84 min. en 48 min. respectievelijk ($p < 0,05$). Mensen werden na de behandeling eerder wakker in de blauwe licht groep in vergelijking met iets later in de oranje licht groep (-21 min en +12 min; $p < 0,01$). De slaapkwaliteit was slechter in de oranje licht groep in vergelijking tot de baseline tijdens lichttherapie (WASO + 10 min, $P < 0,05$). Ook was de reactiesnelheid overdag beduidend slechter in de oranje lichtgroep (10% langzamer, $P < 0,05$), terwijl in de blauwe groep slaap en prestaties stabiel waren. 2. We vonden dat de melatonine stijging eerder begon in de felle licht conditie (0,4 uur, $p < 0,05$) en dit was een trend in de extra blauw licht conditie (0,3 uur, $P = 0,07$) in vergelijking tot de kantoor lichtomstandigheden. Slaapefficiëntie was hoger in de felle licht conditie ten opzichte van de kantoor lichtomstandigheden (95,8% vs. 92,1%; $p < 0,05$) en het percentage REM slaap (23,3% vs. 19,7%; $p < 0,05$) was ook hoger in de felle licht conditie. De opbouw van de langzame slaapgolf activiteit, een maat voor de diepte van de slaap, was significant hoger in de felle licht conditie en ook in de extra blauwe licht conditie ten opzichte van de kantoor licht conditie.

Conclusie

1. Blauw licht in de ochtend kon een verslechtering van de slaapkwaliteit compenseren en de prestaties overdag stabiliseren wanneer de fase van de biologische klok werd verschoven.
2. We concluderen dat licht de slaap kan beïnvloeden via de klok en via de beïnvloeding van de slaap homeostase; fel licht overdag leidt tot meer geconsolideerde, diepere slaap tijdens de nacht.

Literatuurverwijzing

Duffy JF, Wright KP (2005) Entrainment of the human circadian system by light. *J Biol Rhythms* 20: 326–338. Dijk DJ, Archer SN (2009) Light, sleep, and circadian rhythms: Together again. *PLoS Biol* 7: 7–10. Hubbard J, Ruppert E, Gropp CM, Bourgin P (2013) Non-circadian direct effects of light on sleep and alertness: Lessons from transgenic mouse models. *Sleep Med Rev* 17: 445–452.

P31 De genetica van neuroticisme: een systematic review

Drs. Boris Klingenberg ^{1,2,3} / M.D. Ph.D. Sinan Gülöksüz ^{1,4} / BSc Zora Gorissen ¹ / MSc Lotta-Katrin Pries ¹ / Dr. Gunter Kenis ¹ / Dr. Wolfgang Viechtbauer ¹ / Prof.dr. Jim van Os ¹ / Prof.dr. Bart Rutten ¹

P: Presenterende auteur / spreker

1. Maastricht University
2. MHeNs
3. MUMC+
4. Yale School of Medicine

Achtergrond

Neuroticisme wordt gedefinieerd als een neiging tot emotionele instabiliteit en negatieve affectiviteit en behoort, met extraversie, tot de grootste persoonlijkheids-factor uit de "Big Five". Neuroticisme heeft tevens sterke verbanden met het ontstaan en beloop van psychiatrische stoornissen. De heritabiliteit (een populatiemaat voor erfelijkheid) van neuroticisme wordt geschat op 0.41. Sinds de eind jaren negentig is er toenemend onderzoek gedaan naar associaties tussen verschillende vormen van genetische variatie, bijvoorbeeld SNPs en VNTRs, en dimensies van de persoonlijkheidsstructuur. De genetische studies zijn zeer divers geweest in methodologisch opzet, kwaliteit en uitkomst, en recent zijn de eerste bevindingen van Genoom-Wijde Associatie (GWA) studies gerapporteerd door grote consortia². Er ontbrak echter een samenhangend overzicht van de verschillende bevindingen in het "genomics" onderzoek naar neuroticisme.

Doel

Dit onderzoek heeft als doel de resultaten van de verschillende genetische studies en onderzoeksmethoden, zoals kandidaat gen, linkage analyse en GWA studies, te beoordelen op kwalitatieve betrouwbaarheid om van hieruit een genetisch profiel te formuleren van neuroticisme.

Methoden

Het betreft hier een literatuur onderzoek van Pubmed, Embase en Psycinfo. De zoekstrategie werd intentioneel sensitief gehouden waarbij gestreefd is zowel linkage, GWA studies als kandidaat gen onderzoek te includeren. De in de literatuur meest voorkomende persoonlijkheidsvragenlijsten (NEO, EPQ, IPIP, ZKPQ, MPQ, TCI en varianten) waren een inclusiecriteria. Onderzoeken met enkel patiëntenpopulaties werden geëxcludeerd, gezien de aanwezige selectiebias. Na screening op titel en abstract en na verwijdering van duplicaten werden de resterende publicaties middels de Q-genie tool³ op methodologische kwaliteiten beoordeeld. Deze, voor genomics onderzoek gevalideerde, tool biedt afkapwaarden welke als exclusiecriteria golden. Verdere datasynthese op het nivo van de betrokken biologische processen ('pathways') vindt middels bioinformatica plaats (cytoscape 3.4.0).

Resultaten

Het betreft hier voorlopige resultaten, ten tijde van de posterpresentatie verwachten wij aanvullende data te hebben. Er werden meer dan 1500 publicaties gevonden tijdens onderzoek van de databases. Na het verwijderen van dubbele publicaties, screening op titel en abstract werden de publicaties kwalitatief beoordeeld. Een eerste schatting is dat ~30% van deze beoordeelde artikelen uiteindelijk niet aan de in-/exclusie criteria zal voldoen na beoordeling van de volledige publicatie. Ongeveer 50% van de uiteindelijk op kwaliteit beoordeelde artikelen zal beneden de afkapwaardes van de Q-genie vallen. Momenteel vindt de verdere data-analyse plaats.

Conclusie

Een voorlopige conclusie is dat onderzoek naar de genetica van neuroticisme in een groot deel van de publicaties kampt met methodologische problemen. Verdere uitspraken zijn op dit moment te speculatief maar worden de komende weken afgerond, zodat deze gepresenteerd worden ten tijde van de posterpresentatie.

Literatuurverwijzing

1. Turkheimer E, et al. A phenotypic null hypothesis for the genetics of personality. *Annu Rev Psychol.* 2014;65:515-40. doi: 10.1146/annurev-psych-113011-143752. Review.2. Okbay A, et al. Genetic variants associated with subjective well-being, depressive symptoms, and neuroticism identified through genome-wide

analyses. *Nat Genet.* 2016 Jun;48(6):624-33. doi: 10.1038/ng.3552.3. Sohani ZN, et al. Assessing the quality of published genetic association studies in meta-analyses: the quality of genetic studies (Q-Genie) tool. *BMC Genet.* 2015 May 15;16:50. doi: 10.1186/s12863-015-0211-2.

P32 Impliciete en expliciete Gedeelde besluitvorming bij bipolaire patiënten tijdens farmacotherapieconsulten

BSc Doris Verwijmeren ¹ / Dr. Koen Grootens ^{1,2}

P: Presenterende auteur / spreker

1. Reinier van Arkel
2. RadboudUMC

Achtergrond

Hoewel gedeelde besluitvorming (Shared decision making (SDM)) de norm lijkt te zijn in de moderne psychiatrie, is hier verrassend genoeg weinig onderzoek naar gedaan in vergelijking met andere medische disciplines(1,2). Zo is er amper literatuur over SDM bij de specifieke groep patiënten met bipolaire stoornis, terwijl bij deze groep SDM relevant is in verband met de vele farmacotherapeutische beslissingen die moeten worden genomen(3,4). Tot nu toe wordt SDM op meerdere wijzen geoperationaliseerd. Er is veel oog voor informatievoorziening en direct observeerbare communicatie, terwijl het gevoel van betrokkenheid impliciet en non-verbaal plaatsvindt.

Doel

1. Het onderzoeken van de wensen van bipolaire patiënten wat betreft SDM en factoren die hier invloed op hebben.
2. Het verder conceptualiseren van SDM, met oog voor impliciete en expliciete factoren die een rol spelen.

Methoden

81 Farmacotherapie consulten tussen behandelaar en patiënten met een bipolaire stoornis werden geobserveerd. De expliciete SDM werd gescoord middels de OPTION scorelijst. De mening van de patiënt over de impliciete SDM werd uitgevraagd met de SDM-Q-9. De mogelijke invloeden op SDM en de wensen van de patiënt wat betreft SDM werden onderzocht met drie andere vragenlijsten voor de patiënt.

Resultaten

Bipolaire patiënten lijken behoefte te hebben aan SDM tijdens het besluitproces. 65% Geeft aan samen een besluit te willen maken als gekozen moet worden tussen samen, dokter of zichzelf. Hierbij wordt een significant verschil gevonden in leeftijd. Ouderen lijken vaker te willen dat de dokter een beslissing maakt of dat deze samen gemaakt wordt, en jongeren lijken vaker zelf te willen beslissen. De behandelaren scoorden relatief laag (gemiddeld 34,6 punten) op de OPTION scoringslijst. Opvallend genoeg scoorden de patiënten het gesprek gemiddeld met 77,5 punten met de SDM-Q-9. Dit suggereert dat de patiënten zich meer betrokken ervaren in de besluitvorming dan objectief kan worden waargenomen. De duur van het consult leek de enige variabele te zijn die significant invloed heeft op de expliciete SDM, maar niet op de beleving van patiënt hierover. De zelfverzekerdheid van de patiënt met betrekking tot het maken van een keuze was de enige variabele met significante invloed op de impliciete SDM.

Conclusie

1. Bipolaire patiënten hebben behoefte aan betrokkenheid in de besluitvorming. Hierbij lijkt er een verschil te zijn tussen ouderen en jongeren in de uiteindelijke stem van de dokter.
2. Het concept van SDM lijkt op te delen te zijn in een impliciete en expliciete component. Dit moet in toekomstig onderzoek worden uitgewerkt.
3. Wij bevelen aan voor de klinische praktijk om, zeker bij ouderen, expliciet te maken hoe het besluitvormingsproces plaatsvindt en op maat te onderzoeken wat de individuele wensen van de patiënt zijn.

Literatuurverwijzing

1. M.D. Hamann J, et al. "How to speak to your psychiatrist": Shared Decision-Making Training for Inpatients with schizophrenia. *Psychiatric Services* 2011, 62(10). 2. Hamann J, Mendel R, Cohen R, Heres S, Ziegler M, Bühner M, Kissling W. Psychiatrists' use of shared decision making in the treatment of schizophrenia: patient characteristics and decision topics. *Psychiatr Serv* 2009; 60(8): 1107-12 3. Kupka R, Goossens P, Bendegem M, Daemen P, Daggenvoorde T, Daniels M et al. Multidisciplinaire richtlijn bipolaire stoornissen. Utrecht: De Tijdstroom uitgeverij; 2015. 326 4. Fisher A, Manicavasagar V, Kiln F, Juraskova I. Communication and decision-

making in mental health: A systematic review focusing on Bipolar disorder. Patient Educ Couns 2016; 99(7): 1106-20

P33 Amygdala response predicts clinical symptom reduction in patients with borderline personality disorder

Dirk Geurts^{1,2,3} / Dr. Thom van den Heuvel^{3,4} / Dr. Quentin Huys⁵ / Prof. Robbert-Jan Verkes⁶ / Prof. Roshan Cools⁷

P: Presenterende auteur / spreker

1. Donders Institute for Brain, Cognition and Behaviour, Centre for Cognitive Neuroimaging, P.O. Box 9010, 6500 GL Nijmegen, The Netherlands
2. Pro Persona Centre for Integrative Mental Health Care, Intensive Home Treatment team, Siependaallaan 3, 4003 LE, Tiel, The Netherlands.
3. RadboudUMC, Department of Psychiatry, P.O. Box 9101, 6500 HB Nijmegen, The Netherlands
4. Scelta, Expert centre for personality disorders, GGNet, Oranjesingel 32, 6511 NV Nijmegen, The Netherlands
5. Translational Neuromodeling Unit, Institute of Biomedical Engineering, University of Zurich and Swiss Federal Institute of Technology (ETH) Zurich, Zurich, Switzerland, Wilfriedstrasse 6, 8032 Zurich
6. Radboud University Medical Center, Department of Psychiatry, P.O. Box 9101, 6500 HB Nijmegen, The Netherlands
7. Donders Institute for Brain, Cognition and Behavior, Centre for Cognitive Neuroimaging, P.O. Box 9010, 6500 GL Nijmegen, The Netherlands

Achtergrond

Borderline personality disorder (BPD) is a prevalent, devastating and heterogeneous psychiatric disorder. Treatment success is highly variable within this patient group. Neurobiological mechanisms might mitigate phenomenological heterogeneity while also providing predictors of treatment success. Here we build on observations that BPD is accompanied by enhanced impact of aversive affect on behavior and abnormal neural signaling in the amygdala.

Doel

We assessed whether BPD is accompanied by abnormal aversive regulation of instrumental behaviour and associated neural signaling, in a manner that is predictive of symptom reduction 1 year after the start of therapy.

Methoden

We tested a clinical sample of 15 patients with BPD, awaiting dialectical behavioural therapy (DBT), and 16 matched healthy controls using fMRI and an aversive Pavlovian-to-instrumental transfer (PIT) task that assesses how instrumental behaviors are influenced by aversive Pavlovian stimuli. Patients were assessed 1 year after the start of DBT to quantify changes in BPD symptom severity.

Resultaten

At baseline, aversive PIT and associated neural signaling did not differ between groups. However, BOLD signal in the amygdala measured during aversive PIT predicted symptom reduction at 1 year follow-up: Enhanced aversive amygdala signaling before treatment was associated with reduced clinical improvement at follow-up.

Conclusie

Thus, clinical symptom reduction 1 year after the start of treatment in BPD patients can be predicted from BOLD signal in the amygdala, measured using an aversive PIT task. This finding demonstrates a key role for the amygdala in the recovery of BPD. The results suggest that excessive PIT-related responsiveness of the amygdala might render patients resistant to symptom improvement.

Literatuurverwijzing

Geen

P34 Is schizofrenie ontstaan op latere leeftijd een voorbode van dementie?

Drs. Bas Cordromp¹ / Drs. Shenara Sheikkarim¹ / Drs. Simon Hogerzijl² / Prof. Dr. Albert van Hemert³ / Dr. Rob Kok¹

P: Presenterende auteur / spreker

1. Parnassia Groep
2. I-Psy
3. LUMC

Achtergrond

Er is reeds langere tijd discussie gaande of very-late-onset-schizophrenia-like-psychosis (VLOS, ontstaan na het 60e jaar) eigenlijk een voorbode van dementie is. Onderzoek naar dit onderwerp werd gestimuleerd door publicatie van een internationale consensusverklaring met duidelijke leeftijdsgrenzen voor onderverdeling in subgroepen op basis van ontstaansleeftijden.¹ Onderzoek wat hierop volgde is inconclusief maar geen enkel onderzoek toont een verhoogd risico op dementie voor VLOS patiënten in vergelijking met early-onset-schizophrenia (EOS, ontstaan voor 40e jaar) en late-onset-schizophrenia (LOS, ontstaan na het 40e jaar).²⁻⁵

Doel

Bepalen van het risico op dementie bij patiënten met VLOS in vergelijking met EOS en LOS. De hypothese was dat ouderen met VLOS een groter risico hebben op het ontwikkelen van dementie, vergeleken met EOS en LOS.

Methoden

Sinds 1980 is in Den Haag een casusregister bijgehouden met patiënteninformatie waaronder DSM-classificaties. Uit dit register zijn random steekproeven getrokken van patiënten met een eerste classificatie binnen het schizofreniespectrum na het 40e jaar, in de periode januari 1997 tot oktober 2012. In het elektronische patiëntendossier werd de validiteit onderzocht van de classificatie schizofreniespectrumstoornis (SSD) in het casusregister, naast de ontstaansleeftijd van SSD en de ontwikkeling van dementie. Ontstaansleeftijd werd gedefinieerd als de leeftijd waarop in retrospect vermoedelijk voldaan werd aan de DSM-criteria voor een SSD classificatie. Dementie werd enkel aanwezig geacht indien dit werd geconcludeerd na een neuropsychologisch onderzoek en/of in geval van een DSM-IV classificatie in het dossier. De primaire uitkomstmaat was de ontwikkeling van dementie, waarbij gecorrigeerd werd voor de factoren leeftijd, geslacht, migratiestatus en CVA. Er werd getoetst met een logistisch regressiemodel in SPSS.

Resultaten

Van de in totaal 514 patiënten in de steekproeven waren 290 elektronische dossiers aanwezig. Hiervan werden de 247 patiënten geïncludeerd die een diagnose binnen het schizofreniespectrum hadden, deze werden vervolgens verdeeld in drie groepen op basis van ontstaansleeftijd (EOS, LOS en VLOS). Karakteristieken van de patiënten zijn weergegeven in tabel 1. Dementie ontwikkelde zich bij: 6% (EOS), 4.8% (LOS) en 12.8% (VLOS) van de patiënten. Uitkomsten van de logistische regressie zijn weergegeven in tabel 2. Er werd geen significant verband gevonden tussen ontstaansleeftijd van de SSD en het ontwikkelen van dementie zowel voor ($p=0.079$) als na ($p=0.258$) correctie voor leeftijd, geslacht, migratiestatus en CVA. Kalenderleeftijd bleek de enige significante voorspeller in de ontwikkeling van dementie te zijn ($p<0.001$).

Conclusie

Patiënten met VLOS hebben geen groter risico op het ontwikkelen van dementie dan patiënten met EOS en LOS. De hypothese dat VLOS een voorbode van dementie is, kon in ons onderzoek niet worden bevestigd

Literatuurverwijzing

1. Howard, R., Rabins, P., Seeman, M., & Jeste, D. (2000). Late-onset schizophrenia and very-late-onset schizophrenia-like psychosis: An international consensus. The International Late-Onset Schizophrenia Group. *The American Journal of Psychiatry*, 157(2), 172-178. 2. Brodaty, H., Sachdev, P., Koschera, A., Monk, D., & Cullen, B. (2003). Long-term outcome of late-onset schizophrenia: 5-year follow-up study. *British Journal of Psychiatry*, 183, 213-219. 3. Rabins, P., & Lavrisa, M. (2003). Long-term follow-up and phenomenologic differences distinguish among late-onset schizophrenia, late-life depression, and progressive dementia. *The*

American Journal of Geriatric Psychiatry Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry, 11(6), 589-594. 4. Kørner, A., Lopez, A., Lauritzen, L., Andersen, P., & Kessing, L. (2009). Late and very-late first-contact schizophrenia and the risk of dementia--a nationwide register based study. *International Journal of Geriatric Psychiatry a Journal of the Psychiatry of Late Life and Allied Sciences*, 24(1), 61-67. 5. Ribe, A., Laursen, T., Charles, M., Katon, W., Fenger-Grøn, D., Davydow, L., Vestergaard. (2015). Long-term Risk of Dementia in Persons with Schizophrenia: A Danish Population-Based Cohort Study. *JAMA Psychiatry*, 72(11), 1095-1101.

P35 “Zegt u het maar, u bent de dokter”; Gedeelde besluitvorming in de chronische ouderenpsychiatrie

MSc Nathalie Frankowski ¹ / Koen Grootens ² / Rianda van der Stelt ³ / Rob van Marum ⁴

P: Presenterende auteur / spreker

1. Vincent van Gogh
2. Reinier van Arkel
3. Zanob
4. Jeroen Bosch Ziekenhuis

Achtergrond

In een tijd waarin gedeelde besluitvorming de norm is in de zorg, is het de vraag of oudere patiënten met ernstige, chronische psychiatrische aandoeningen hierin voldoende gehoord worden. Volgens de richtlijn polyfarmacie bij ouderen dient jaarlijks een medicatiereview plaats te vinden met het doel farmacotherapie te optimaliseren en polyfarmacie tegen te gaan. Vaak nemen patiënten hier echter zelf niet aan deel en heeft de visie van deze patiënten op hun eigen behandeling geen prominente plek.

Doel

Het in kaart brengen van de mening en kennis van de oudere psychiatriepatiënt over zijn medicatie, zijn gezondheidsprioriteiten en in hoeverre voorkeuren betreft eventuele medicatiewijzigingen van patiënt en voorschrijver overeenkomen.

Methoden

Patiënten op een chronische verblijfsafdeling ouderenpsychiatrie werden op de volgende onderdelen semigestructureerd geïnterviewd: parate kennis, gezondheidsprioriteiten, Patient's Attitude Towards Deprescribing (PATD) en voorkeuren in medicatiewijzigingen. Tevens werden de voorkeuren van hun huisarts en apotheker gevraagd en met elkaar vergeleken.

Resultaten

47 patiënten (gemiddelde leeftijd 67.5 jaar met gemiddeld 11 medicijnen waarvan 4.7 psychofarmaca) werden geïnterviewd. De parate kennis was gemiddeld 37%. Hoewel 64% van de patiënten alle medicijnen noodzakelijk vindt, staat 77% open voor vermindering van medicatie wanneer de arts zegt dat dit mogelijk is. De meeste patiënten (51%) vinden het belangrijk zo min mogelijk bijwerkingen te ervaren. Voorkeuren van patiënten en voorschrijvers zijn contrair: patiënten wensen pijnstilling en sedativa te continueren, terwijl artsen deze bij voorkeur staken. Voorkeuren in te staken medicijnen komen bij ca. 79% van de patiënten helemaal niet overeen met die van voorschrijvers.

Conclusie

Patiënten in de chronische ouderenpsychiatrie staan grotendeels open om medicijnen te verminderen, maar wachten het oordeel van hun arts graag af. Zij hebben weinig parate kennis over de huidige medicatie. De voorkeuren van patiënt en arts over eventuele vermindering van medicatie zijn tegenstrijdig. Gesprekken tussen arts en patiënt waarin behoefte aan educatie en voorkeuren over behandelbeleid worden besproken zouden onderdeel moeten worden van de periodieke reviews.

Literatuurverwijzing

[1] Vermeulen Windsant-van den Tweel AMA, Verduijn MM, Derijks HJ en van Marum RJ. Detectie van ongeschikt medicatiegebruik bij ouderen. Worden de STOPP- en START-criteria de nieuwe standaard? NTvG, 2012;156:A5076 [1B] van den Bemt PMLA, TCG Egberts. Hospital Admissions Related to Medication (HARM-study) Een prospectief, multicenter onderzoek naar geneesmiddel gerelateerde ziekenhuisopnames. Eindrapport november 2006. Verkregen via <https://www.knmp.nl/downloads/harm-rapport.pdf> [2] Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie 2012. Verkregen via https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/polyfarmacie_bij_ouderen.pdf [3] Tveito M, et al. Correlates of major medication side effects interfering with daily performance: results from a cross-sectional cohort study of older psychiatric patients. Int Psychogeriatr. 2016 Feb;28(2):331-40. [4] Arlt S, et al. Adherence to medication in patients with dementia: predictors and strategies for improvement. Drugs Aging. 2008;25(12):1033-47. [5] Lala SV, et al. Medical and psychiatric comorbidities among elderly individuals with

bipolar disorder: a literature review. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* 2012 Mar;25(1):20-5. [6] Millan-Calenti et al. Depressive symptoms and other factors associated with poor self-rated health in the elderly: gender differences. *Geriatr Gerontol Int.* 2012 Apr;12(2):198-206. [7] Fulton MM, Allen ER (2005) Polypharmacy in the elderly: a literature review. *J Am Acad Nurse Pract* 17(4):123–132. [8] McLean AJ, Le Couteur DG (2004) Aging biology and geriatric clinical pharmacology. *Pharmacol Rev* 56(2):163–184. [9] Turnheim K (2003) When drug therapy gets old: pharmacokinetics and pharmacodynamics in the elderly. *Exp Gerontol* 38(8):843–853. *Eur J Clin Pharmacol* (2015) 71:165–172 [10] Aymanns C, Keller F, Maus S, Hartmann B, Czock D (2010) Review on pharmacokinetics and pharmacodynamics and the aging kidney. *Clin J Am Soc Nephrol* 5(2):314–327. [11] Goldberg RM, Mabee J, Chan L, Wong S (1996) Drug-drug and drug-disease interactions in the ED: analysis of a high-risk population. *Am J Emerg Med* 14(5):447–450. [12] Molemans Praktische psychofarmacologie [13] Leon C, Gerretsen P, Uchida H, Suzuki T, Rajji T, Mamo DC (2010) Sensitivity to antipsychotic drugs in older adults. *Curr Psychiatry Rep* 12(1):28–33. [14] Trifiro G, Spina E (2011) Age-related changes in pharmacodynamics: focus on drugs acting on central nervous and cardiovascular systems. *Curr Drug Metab* 12(7):611–620 [15] Mallet L et al. (2007) The challenge of managing drug interactions in elderly people. *Lancet* 370(9582):185–191. [16] Mittal V et al. (2011) Review: delirium in the elderly: a comprehensive review. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 26(2):97–109. [17] Horne R et al. Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *J Psychosom Res* 1999;47:555–567 [18] Reeve E et al. Development and validation of the patients' attitudes towards deprescribing (PATD) questionnaire. *Int J Clin Pharm.* 2013 Feb;35(1):51-6. doi: 10.1007/s11096-012-9704-5. Epub 2012 Oct 9. [19] RM Kok, FRJ Verhey. Gestandaardiseerde MMSE. Verkregen via http://www.psychiatrienet.nl/system/subcategories/pdf1s/000/053/146/original/S-MMSE_toelichting.pdf?1396885632 [20] Zendjidian et al. Satisfaction of hospitalized psychiatry patients: why should clinicians care? *Dove Press journal.* 2014 [21] de las Cuevas et al. Attitudes toward psychiatric drug treatment: the experience of being treated. *Eur J Clin Pharmacol* (2007) 63:1063–1067 [22] Reeve et al. People's Attitudes, Beliefs, and Experiences Regarding Polypharmacy and Willingness to Deprescribe. *JAGS* 61:1508–1514, 2013 [23] Galazzi et al. Attitudes towards polypharmacy and medication withdrawal among older inpatients in Italy. *Int J Clin Pharm.* Feb 2016 [24] Kalogianis et al. Are residents of aged care facilities willing to have their medications deprescribed? *Res Social Adm Pharm.* 2015 Dec 19 [25] de Las Cuevas et al. Risk factors for non-adherence to antidepressant treatment in patients with mood disorders. *Eur J Clin Pharmacol* (2014) 70:89–98 [26] Tempier et al. Patient-Centered Care in Affective, Non-Affective, and Schizoaffective Groups: Patients' Opinions and Attitudes. *Community Ment Health J* (2010) 46:452–460 [27] Yasein et al. Discrepancies between elderly patient's self-reported and prescribed medications: a social investigation. *Scand J Caring Sci.* 2013 Mar;27(1):131-8. [28] Voigt et al. Priority setting in general practice: health priorities of older patients differ from treatment priorities of their physicians. *Croat Med J.* 2010 Dec;51(6):483-92. [29] R.J. van Marum et al, 2016. Medicatie minderen bij ouderen: meningen van patiënt, apotheker en huisarts vergeleken. Verkregen via <https://www.knmp.nl/professie/wetenschap/nederlands-platform-voor-farmaceutisch-onderzoek/medicatie-minderen-bij-ouderen-meningen-van-patient-apotheker-en-huisarts-vergeleken>

P36 Effectiviteit van verschillende lithium plasmaspiegels bij de onderhoudsbehandeling van oudere versus jongere volwassenen met een bipolaire stoornis

Olaf Paans ¹ / MD. Isis Groeneweg-Koolhoven ² / MD Frits Oostervink / MD Wenika Soebhag ² / Dr. Rob Kok ³

P: Presenterende auteur / spreker

1. onderzoeksstudent
2. Parnassiabavogroep
3. Parnassiagroep

Achtergrond

Onderzoek naar de optimale lithium plasmaspiegel voor de onderhoudsbehandeling bij bipolaire patiënten is tot op heden vooral gericht op patiënten met een leeftijd tot 65 jaar(1). Bij deze groep blijkt een lithiumspiegel boven de 0.6 mmol/l optimaal effectief te zijn voor onderhoudsbehandeling(2). In de klinische praktijk wordt bij oudere volwassenen (≥ 55 jaar) vaak gesteld dat een lager lithiumspiegel (0.4 – 0.6 mmol/l) even effectief is, maar de evidentie hiervoor ontbreekt nog. Op dit moment is ook niet bekend hoe vaak oudere volwassenen op deze lagere spiegel ingesteld worden.

Doel

Om te onderzoeken of lagere lithiumspiegels bij oudere volwassenen inderdaad even effectief zijn in de onderhoudsbehandeling is deze retrospectieve studie opgezet met de volgende onderzoeksvragen: (A) Welk percentage van de geobserveerde tijd hebben oudere en jongere volwassenen doorgebracht in drie vooraf gedefinieerde lithiumspiegelgroepen (laag: < 0.4 mmol/l, middelhoog: 0.4 - 0.6 mmol/l, en hoog: ≥ 0.6 mmol/l)? (B) Verschilt de incidentie van decompensaties bij oudere volwassenen vergeleken met jongere volwassenen? (C) Verschilt de incidentie van decompensaties bij oudere volwassenen tussen de verschillende lithiumspiegelgroepen?

Methoden

Retrospectief over een observatieperiode van zes jaar (2010 – 2015) werden patiëntendossiers van jongere volwassenen (18 – 55 jaar, $n = 64$) en oudere volwassenen (≥ 55 jaar, $n = 64$) met een bipolaire I of II stoornis en lithium onderhoudsbehandeling in kaart gebracht met behulp van de gevalideerde lifechart-methode³. De verkregen data werden gekwantificeerd en ingevoerd in een SPSS database. Het percentage tijd doorgebracht in de drie lithiumspiegelgroepen werd berekend, evenals de incidentie van decompensaties binnen elke lithiumspiegelgroep. Deze decompensatie incidentie, uitgedrukt in het aantal decompensaties per geobserveerd levensjaar, was de primaire uitkomstmaat. Met behulp van de Fisher exact test zijn de gevonden resultaten onderling vergeleken.

Resultaten

Oudere volwassenen brachten een significant groter percentage van hun tijd door in de lage of middelhoge lithiumspiegelgroep vergeleken met jongere volwassenen (46.6% versus 18.3%, $p < 0.0001$). Oudere en jongere volwassenen decompenseerden nagenoeg even vaak (0.32 versus 0.33 decompensaties per levensjaar, incidence rate ratio (IRR) = 0.98, 95% confidence interval (CI) = 0.69-1.40; $p = 0.91$). Echter, oudere volwassenen in de lage en middelhoge lithiumspiegelgroep decompenseerden significant vaker in vergelijking met oudere volwassenen in de hoge lithiumspiegelgroep (laag versus hoog: 0.61 versus 0.23 decompensaties per levensjaar, IRR = 2.67, 95% CI = 1.36-5.05; $p = 0.001$, en middelhoog versus hoog: 0.38 versus 0.23 decompensaties per levensjaar, IRR = 1.64, 95% CI = 0.97-2.78; $p = 0.048$). Oudere volwassenen in de lage lithiumspiegelgroep decompenseerden ook vaker (echter niet significant) dan oudere volwassenen in de middelhoge lithiumspiegelgroep (0.61 versus 0.38 decompensaties per levensjaar, IRR = 1.63, 95% CI = 0.84-3.04; $p = 0.11$).

Conclusie

Oudere volwassenen met een bipolaire stoornis verbleven een significant langere tijd in de lagere lithiumspiegelgroep in vergelijking met jongere volwassenen met een bipolaire stoornis, en decompenseerden binnen die lagere lithiumspiegelgroep vaker dan oudere volwassenen in de hogere lithiumspiegelgroep. Ondanks dat oudere volwassenen vaker in de lagere lithiumspiegelgroep verbleven was de incidentie van

decompensaties in de oudere volwassenen groep als geheel gelijk aan die in de gehele jongere volwassenen groep.

Literatuurverwijzing

1. Severus WE, Kleindienst N, Seemüller F, Frangou S, Möller HJ, Greil W. What is the optimal serum lithium level in the long-term treatment of bipolar disorder—a review? *Bipolar Disord.* 2008 Mar;10(2):231-7. 2. Nolen WA, Weisler RH. The association of the effect of lithium in the maintenance treatment of bipolar disorder with lithium plasma levels: a post hoc analysis of a double-blind study comparing switching to lithium or placebo in patients who responded to quetiapine (Trial 144). *Bipolar Disord.* 2013 Feb;15(1):100-9. 3. Kupka RW, Akkerhuis GW, Nolen WA, Honig A. De life-chartmethode voor de manisch depressieve stoornis. *Tijdschrift voor Psychiatrie.* 1997;39:232–239.

P37 Life events en decompensaties in oudere patiënten met een bipolaire stoornis.

Farah Hussain ¹ / MD. Isis Groeneweg-Koolhoven ² / MD. Wenika Soebhag ² / MD. Frits Oostervink / Dr. Rob Kok ³

P: Presenterende auteur / spreker

1. onderzoeksstudent emc
2. Parnassiabavogroep
3. Parnassiagroep

Achtergrond

Er zijn veel studies die de relatie tussen life events en decompensaties bij volwassenen (18-65 jaar) met een bipolaire stoornis onderzocht hebben. In de oudere populatie is dit nog nooit gedaan. Uit literatuur blijkt er verschil te zijn in decompensaties tussen de volwassen populatie in vergelijking met de oudere populatie. Zo zijn manische decompensaties minder ernstig bij oudere patiënten, treden er meer depressieve periodes op voorafgaand aan een manische episode en treedt er vaker een recidief op na volledig herstel in vergelijking met de volwassen patiënt (Oostervink et al., 2009, 2015).

Doel

Het doel van deze studie is om de relatie tussen life events en bipolaire decompensaties bij oudere patiënten te onderzoeken. Hierbij onderzoeken we de incidentie van life events vóórafgaand aan een decompensatie en de relatie tussen het type life event (positief versus negatief) en de soort decompensatie (depressie versus (hypo)manie).

Methoden

Retrospectief werd van 65 patiënten (≥ 55 jaar) met een bipolaire stoornis (type I of II), het elektronische patiëntendossier onderzocht over een periode van maximum 6 jaar (2010-2015). De life chart methode (Leverich et al., 1996; Kupka et al., 1997) werd gebruikt om onder andere het ziekteverloop en de daarbij optredende life events vast te leggen. De life events werden als positief, negatief of neutraal gecategoriseerd naar Koenders et al. (2014). Middels de chi-square test en de Mann-Whitney test zijn de verzamelde data geanalyseerd.

Resultaten

De groep ouderen had een mediane leeftijd van 68 jaar en bijna 60% was vrouw. In totaal kwamen er 92 decompensaties voor, vrijwel evenveel depressieve als hypomane/manische decompensaties. Voorafgaand aan 42% van alle genoteerde decompensaties was er sprake van een life event. Vrijwel alle (97%) life events traden op binnen 3 maanden voor de decompensatie. Negatieve life events (n=33) kwamen significant vaker voor in vergelijking met positieve life events (n=3) voorafgaand aan een decompensatie. Negatieve life events waren even vaak aanwezig voorafgaand aan een depressieve decompensatie als aan een manische decompensatie.

Conclusie

Voorafgaand aan een bipolaire decompensatie blijkt bij ouderen in bijna de helft van de gevallen sprake te zijn van een life event. Dit komt goed overeen met vergelijkbare studies bij jonger volwassenen. Of het betreffende life-event de decompensatie (mede) heeft veroorzaakt, is niet eenvoudig te bepalen. Er was overwegend sprake van negatieve life events waarbij er geen relatie gevonden werd met de soort decompensatie. De lage frequentie van positieve life events in ons onderzoek zou het gevolg kunnen zijn van minder goed noteren van dit soort life events in de EPD door behandelaren, het minder vaak benoemen door patiënten of toch het minder voorkomen ervan.

Literatuurverwijzing

- Koenders MA, Giltay EJ, Spijker AT, Hoencamp E, Spinhoven P, Elzinga BM. Stressful life events in bipolar I and II disorder: cause of consequence of mood symptoms?. *J Affect Disord.* 2014 Jun;161:55-64. - Kupka RW, Akkerhuis GW, Nolen WA. De lifechart-methode voor de manisch-depressieve stoornis. *Tijdschrift voor Psychiatrie.* 39(3):232-239. - Leverich GS, Post RM. Life charting the course of bipolar disorder. *Current review of mood and anxiety disorders.* 1996, 1:48-61. - Oostervink F, Boomsma MM, Nolen WA. Bipolar disorder in the elderly; different effects of age and of age onset. *J Affect Disord.* 2009 Aug;116(3):176-83 - Oostervink F, Nolen

WA, Kok RM. Two years' outcome of acute mania in bipolar disorder; different effects of age and age of onset.
Int J Geriatr Psychiatry 2015, 30, 201-209

P38 Het werkingsmechanisme achter de veronderstelde antisuïcidale werking van ketamine

Drs. Jurriaan Strous ¹ / Sem Cohen ¹ / Dr. Martijn Figee ¹ / Anja Lok ¹ / Drs. Joost Daams ¹ / Prof.dr. Damiaan Denys ¹

P: Presenterende auteur / spreker

1. AMC Amsterdam

Achtergrond

Ieder jaar suïcideren zich in Nederland bijna 1900 mensen [1, 2]. Wereldwijd worden er jaarlijks ongeveer een miljoen suïcides gepleegd. Er bestaat geen geneesmiddel dat in staat is acute suïcidaliteit - waardoor iedere zelfmoord voorafgegaan wordt - te verminderen.

Doel

Uit verschillende studies in depressieve patiënten is gebleken dat ketamine een antisuïcidaal effect heeft [3, 4]. Of dit effect ook gezien wordt in patiënten die niet officieel aan de diagnose depressie voldoen, moet nog onderzocht worden. Er zijn verschillende neurobiologische theorieën over suïcidaliteit, en ketamine is een veelzijdige stof, die op een verscheidenheid van receptoren en pathways invloed uitoefent. We hebben ons tot doel gesteld te onderzoeken welke van de mechanismen die bij suïcidaliteit een rol zouden kunnen spelen door ketamine beïnvloed zouden kunnen worden.

Methoden

PubMed, Embase en PsycInfo werden systematisch doorzocht. Om de hoeveelheid zoekresultaten te beperken werd een aantal mechanisedomeinen geprespecificeerd. Er werd gezocht op 'suïcidaliteitsmechanismen' en 'ketaminemechanismen'. Dierstudies werden geëxcludeerd. Vervolgens onderzochten we welk van de 'ketaminemechanismen' overeenkwam met de 'suïcidaliteitsmechanismen'.

Resultaten

Afwijkingen in de Brain Derived Neurotrophic Factor (BDNF)-cascade, een groeifactor voor zenuwcellen, worden gevonden bij suïcidaliteit en ketamine grijpt aan op deze cascade [5, 6]. Daarnaast wordt in breinen van suïcidanten verhoogde ontstekingsactiviteit gezien, terwijl ketamine een ontstekingsremmende werking heeft [7, 8]. Ook Glycogeen synthase kinase-3 β is een eiwit dat minder actief is bij suïcidanten, terwijl dit eveneens door ketamine beïnvloed kan worden [6, 9].

Conclusie

Met dit review is - voor zover ons bekend - voor het eerst een rangschikking gemaakt van alle mechanismen die verantwoordelijk zouden kunnen zijn voor ketamines veronderstelde antisuïcidale effect. De BDNF-cascade en ketamines anti-inflammatoire effect lijken de veelbelovende onderzoeksrichtingen, maar ook de GSK-3 β -pathway verdient aandacht. Het vermeende antisuïcidale effect van ketamine zou door één van deze mechanismen veroorzaakt kunnen worden, maar zou ook verklaard kunnen worden als combinatie van deze mechanismen.

Literatuurverwijzing

1. CBS: meer zelfdodingen. Centraal Bureau voor de Statistiek, 2016.
2. Organization, W.H., Prevention of suicidal behaviours: a task for all.
3. Ballard, E.D., et al., Improvement in suicidal ideation after ketamine infusion: relationship to reductions in depression and anxiety. *J Psychiatr Res*, 2014. 58: p. 161-6.
4. Murrough, J.W., et al., Ketamine for rapid reduction of suicidal ideation: a randomized controlled trial. *Psychol Med*, 2015. 45(16): p. 3571-80.
5. Dwivedi, Y. and G.N. Pandey, Elucidating biological risk factors in suicide: role of protein kinase A. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 2011. 35(4): p. 831-41.
6. Caddy, C., et al., Ketamine as the prototype glutamatergic antidepressant: pharmacodynamic actions, and a systematic review and meta-analysis of efficacy. *Ther Adv Psychopharmacol*, 2014. 4(2): p. 75-99.
7. Black, D.W., et al., Suicide Ideations, Suicide Attempts, and Completed Suicide in Persons with Pathological Gambling and Their First-Degree Relatives. *Suicide Life Threat Behav*, 2015. 45(6): p. 700-9.
8. Dale, O., et al., Does intraoperative ketamine attenuate inflammatory reactivity following surgery? A systematic review and meta-analysis. *Anesth Analg*, 2012. 115(4): p. 934-43.
9. Beurel, E. and R.S. Jope, Inflammation and lithium: clues to mechanisms contributing to suicide-linked traits. *Transl Psychiatry*, 2014. 4: p. e488.

P39 Een longitudinale analyse van de effecten van karaktertrekken (NEO-FFI) op het subjectief welbevinden bij patiënten met een eerste psychose

Floor van Dijk ^{p1} / Dr. Frederike Schirmbeck ¹ / Prof.dr. Lieuwe de Haan ¹

P: Presenterende auteur / spreker

1. Zorglijn Vroege Psychose, afdeling Psychiatrie, Academisch Medisch Centrum

Achtergrond

Het subjectief welbevinden onder antipsychotica is een onafhankelijke determinant voor ziekteherstel in patiënten met schizofrenie [1] en wordt vaak gemeten met Subjective Well-Being Under Neuroleptic Treatment Scale-20 (SWN-20) [2]. Het is geassocieerd met medicatietrouw [3], een cruciaal belang in de langdurige schizofreniezorg. Onderzoek naar quality of life in deze patiëntengroep suggereert dat karaktertrekken als neuroticisme en extraversie belangrijke voorspellers zijn [4][5].

Doel

Met een longitudinale studieopzet willen we achterhalen of neuroticisme en extraversie voorspellers zijn voor het beloop van de SWN. Neuroticisme wordt gezien als een kwetsbaarheid en extraversie als een veerkracht voor het beloop van de behandeling.

Methoden

Bij 187 patiënten met schizofrenie, afkomstig uit het GROUP cohort, voerden we een mixed model analyse met fixed effects uit volgens de opzet van een repeated measurements ANOVA. Voorspellende factoren waren neuroticisme en extraversie gemeten met de NEO-FFI. Afhankelijke variabele was de SWN-20 score. Als mogelijke covariaten werden de positieve, negatieve en depressieve symptomen gemeten met de PANSS meegenomen (zie Vothknecht 2013). Cognitieve functie werd gemeten met de WAIS digit symbol scale.

Resultaten

Neuroticisme was negatief geassocieerd met het subjectief welbevinden ($t = -4.5$ $p < 0.001$), maar was niet voorspellend voor een slechter beloop (interactie van assessment en neuroticisme was niet significant ($t = -0.35$ $p = 0.729$)). Extraversie was positief geassocieerd met de SWN ($t = 2.91$ $p = 0.005$) en was eveneens niet voorspellend voor het beloop ($t = 0.603$ $p = 0.548$). Positieve symptomen hadden een positieve impact op de SWN ($t = 2.5$ $p = 0.015$), negatieve en depressieve symptomen hadden een negatieve impact ($t = -3,3$ $p = 0.001$ en $t = -2.8$ $p = 0.005$) op de SWN. Het cognitief functioneren was niet van belang, evenals leeftijd en geslacht. Het effect van neuroticisme en extraversie bleef bestaan nadat we voor de psychopathologie hadden gecorrigeerd.

Conclusie

Neuroticisme en extraversie zijn voorspellend voor het subjectief welbevinden, maar beïnvloeden niet het beloop. Depressieve symptomen hebben een negatieve impact op de SWN. Vanwege de verhoogde sensitiviteit voor angst-gerelateerde en depressieve symptomen lijkt neuroticisme e daarmee een belangrijke te adresseren karaktertrek bij de start van een behandeling. Toekomstig onderzoek zal zich focussen op de impact van subklinisch symptomen en karaktertrekken in een vergelijking met gezonde broers/zussen en gezonde controles.

Literatuurverwijzing

1. Lambert, M., Conus, P., Cotton, S., Robinson, J., McGorry, P. D., & Schimmelmann, B. G. (2010). Prevalence, predictors, and consequences of long-term refusal of antipsychotic treatment in first-episode psychosis. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 30(5), 565–72. 2. Naber, D. (1995). A self-rating to measure subjective effects of neuroleptic drugs, relationships to objective psychopathology, quality of life, compliance and other clinical variables. *International Clinical Psychopharmacology*. 3. Vothknecht, S., Meijer, C., Zwinderman, A., Kikkert, M., Dekker, J., van Beveren, N., de Haan, L. (2013). Psychometric evaluation of the Subjective Well-being Under Neuroleptic Treatment Scale (SWN) in patients with schizophrenia, their relatives and controls. *Psychiatry Research*, 206(1), 62–67. 4. Boyette, L.-L., Korver-Nieberg, N., Meijer, C., & de Haan, L. (2014). Quality of life in patients with psychotic disorders: impact of symptoms, personality, and attachment. *The Journal of Nervous*

and Mental Disease, 202(1), 64–9. 5. Ridgewell, C., Blackford, J. U., Mchugo, M., & Heckers, S. (2016). Personality traits predicting quality of life and overall functioning in schizophrenia.

P40 Verdere daling van separeergebruik na opening van op maat gemaakt gebouw voor klinische crisisinterventie met Intensive Care Units (ICU)

Drs. Willem Snelleman ¹ / Dr. Eric Noorthoorn ² / Drs. Lia Verlinde ¹ / Drs. Henk van den Berg ¹

P: Presenterende auteur / spreker

1. Mediant GGz Twente Enschede
2. GGnet GGz Regio Achterhoek

Achtergrond

Al vele jaren wordt er in Mediant gewerkt aan het terugdringen van separeer gebruik en de totale hoeveelheid dwang. Vele best practices werden geïntroduceerd en ingevoerd (1). Recent onderzoek liet een daling tussen 2007 tot 2013 van 62 % van het aantal uren separatie per 1000 verpleeguren en de daling van 44% van de totale hoeveelheid ondergane dagen met enige dwang. Wel liepen we tegen de beperkingen aan van ons 30 jaar geleden, volgens de toen geldende normen ontworpen gebouw. Geïnspireerd door ideeën uit de HIC (2), PICU en Safe Wards (3), en na een rondgang langs de nieuwste vergelijkbare locaties in Nederland, Duitsland en Denemarken, werd een Twentse versie gebouwd. Het gebouw huisvest de crisisdienst en omvat 2 gesloten, 1 besloten en 1 open units van 9 patiënten. In het midden van het gebouw is een apart gedeelte High Care met 2 'Extra Beveiligde Kamers (EBK)' en een intensive Care Unit voor 2 patiënten. Bij crises wordt de zorg in dit gebouw opgeschaald. Oktober 2015 werd het gebouw geopend.

Doel

Verminderen van dwang

Methoden

Best practices gecombineerd met Nieuw gebouw met ICU. Registratie van vrijheid beperkende interventies met Argus.

Resultaten

De ratio in uren separatie of gebruik van EBK per aantal opname uren liet een daling zien van 43% als 2016 werd vergeleken met 2015 of 2014. Dit is bovenop de eerder waargenomen daling (Verlinde et al, 2017).

Conclusie

De ingebruikname van een nieuw doelgericht gebouw met ICU, gecombineerd met deskundig toegepaste best practices heeft de daling van gebruik van de separeer of EBK een extra impuls gegeven.

Literatuurverwijzing

1. Verlinde AA, Noorthoorn EO, Snelleman W, van den Berg H, Snelleman-van der Plas M, Lepping P. Seclusion and enforced medication in dealing with aggression: A prospective dynamic cohort study. *European Psychiatry*. 2017 Jan;39:86-92. doi: 10.1016/j.eurpsy.2016.08.002. Epub 2016 Dec 16.2. van Mierlo T, Bovenberg F, Voskes Y, Mulder CL. Werkboek HIC High en intensive care in de psychiatrie Uitgeverij de tijdstroom juni 2013. 3. Bowers L, James K, Quirk A, Simpson A; SUGAR, Stewart D, Hodsoll J.Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2015 Sep;52(9):1412-22. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.05.001.