



Multidisciplinaire
Richtlijnontwikkeling

GGZ

MULTIDISCIPLINAIRE RICHTLIJN

Schizofrenie

Richtlijn voor de diagnostiek,
zorgorganisatie en
behandeling van volwassen
cliënten met schizofrenie

2005

Samenvatting

Samenvatting

Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie

**Richtlijn voor de diagnostiek, zorgorganisatie en
behandeling van volwassen cliënten met schizofrenie**

2005

Daniëlle van Duin
Ina Boerema
Klaske Hofstra
Lourens Henkelman
Trimbos-instituut

Deze uitgave is te bestellen bij het Trimbos-instituut, via www.trimbos.nl/producten of via de Afdeling bestellingen, Postbus 725, 3500 AS Utrecht, 030-297 11 80; fax: 030-297 11 11; e-mail: bestel@trimbos.nl. Onder vermelding van artikelnummer AF0639. U krijgt een factuur voor de betaling.

Deze samenvatting is ontleend aan de Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie – Richtlijn voor de diagnostiek, zorgorganisatie en behandeling van volwassen cliënten met schizofrenie 2005. (verschenen onder auspiciën van de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ: Bestelnummer AF0613).

Deze en andere multidisciplinaire richtlijnen van de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ zijn tevens beschikbaar op de website: www.ggzrichtlijnen.nl.

ISBN 90-5253-527-2

Inhoud

1	INLEIDING	5
2	ERVARINGEN VAN PATIËNTEN (EN FAMILIE) MET SCHIZOFRENIE	7
2.1	Bejegening	7
2.2	Behandeling algemeen	7
2.3	Diagnostiek	9
2.4	Behandeling	9
2.5	Behandeldoelen en aandachtspunten vanuit zorgprogramma's (Franx & Zeldenrust, 2002)	10
3	DIAGNOSTIEK VAN SCHIZOFRENIE	13
3.1	Criteria voor de diagnose schizofrenie	13
3.2	Benodigde informatie en mogelijke instrumenten voor het vaststellen van de diagnose	13
3.3	Problemen bij de diagnostiek bij vrouwen, migranten, kinderen en ouderen	14
3.4	De belangrijkste risicofactoren voor schizofrenie	15
3.5	Het 22q11-deletiesyndroom bij patiënten met schizofrenie	15
3.6	Aanvullend diagnostisch onderzoek	15
3.7	Diagnostiek van suïcidaliteit	16
4	ZORGORGANISATIE VOOR MENSEN MET SCHIZOFRENIE	19
4.1	De huisarts en de zorg voor mensen met schizofrenie	19
4.2	Het effect van het makelaarsmodel van casemanagement	19
4.3	Het effect van assertive community treatment	20
4.4	Het effect van community mental health team (CMTH)	20
4.5	Het effect van acute dagbehandeling bij exacerbaties van symptomen	20
4.6	Het effect van psychiatrische intensieve thuiszorg bij symptoomexacerbaties	21
4.7	Het effect van dagactiviteitencentra	21
4.8	Doelgerichte interventies	21
5	PSYCHOSOCIALE INTERVENTIES	25
5.1	Gedragstherapie en psychotherapie	25
5.2	Psycho-educatie en gezinsinterventies	26
5.3	Vaardigheidstraining	27
5.4	Cognitieve revalidatie en remediatetherapie	28
5.5	Vaktherapieën	28
5.6	Lotgenotencontact	29
6	FARMACOTHERAPIE BIJ SCHIZOFRENIE EN SCHIZOFRENIFORME STOORNIS	31
6.1	Biologische behandeling van schizofrenie en schizofreniforme stoornis	31
6.2	Gedifferentieerde medicamenteuze behandelstrategieën bij subvormen van schizofrenie	31
6.3	Klinisch relevante verschillen tussen antipsychotica op het gebied van antipsychotische effectiviteit	31
6.4	Negatieve symptomen na de acute fase	32
6.5	Elektroconvulsietherapie	32
6.6	Antipsychotica – doseringsstrategieën	33
6.7	Behandelduur na remissie van een (eerste, tweede of volgende) psychose	33
6.8	Bijwerkingen en de keuze voor een antipsychoticum	34
6.9	De invloed van het patiëntenperspectief op de gewogen keuze voor een antipsychoticum	35

6.10	Farmaco-economische overwegingen bij medicamenteuze behandeling	35
6.11	De keuze van een antipsychotisch middel; een samenvatting	36
6.12	Behandelingsalgoritmen	36
6.13	Adjuvante medicamenteuze behandelingen bij therapieresistentie	36
6.14	Farmacotherapie en psychiatrische of somatische co-morbiditeit	36
6.15	Speciale groepen patiënten	38
6.16	Therapiemanagement (waaronder eventuele plasmaspiegelbepalingen)	39
6.17	Meetinstrumenten bij therapie-evaluatie	39
7	SCHEMA'S UITGANGSPUNTEN BEHANDELING SCHIZOFRENIE (BIJLAGE 1)	41

1 Inleiding

In juni 2005 is de multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie verschenen. Deze richtlijn is ontwikkeld door een multidisciplinair samengestelde werkgroep, met als voorzitter de heer W. van Ewijk. De werkgroep werd ondersteund door het CBO en het Trimbos-instituut en opereerde onder auspiciën van de stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ. Van de richtlijn Schizofrenie is deze samenvatting gemaakt, met als doel de richtlijn in een makkelijk leesbare en voor de praktijk bruikbare vorm te gieten.

De richtlijn

De richtlijn heeft twee inleidende hoofdstukken, één algemene inleiding over het ontwikkelen van multidisciplinaire richtlijnen en één specifieke inleiding rondom het onderwerp schizofrenie. In de inleiding over schizofrenie komen onderwerpen aan bod als: de diagnose van schizofrenie en de subtypen, attitude en bejegening, methodisch handelen, omgaan met de ziekte schizofrenie, het sociale netwerk, deinstitutionalisering, ontwikkelingen in Nederland, veranderingen in zorginstellingen, epidemiologie en beloop.

Na deze inleidende hoofdstukken komen de patiënten aan het woord in het hoofdstuk Ervaringen van patiënten en familie. Vervolgens worden de uitgangsvragen rondom de diagnostische processen uitgewerkt in het hoofdstuk Diagnostiek. In de daaropvolgende hoofdstukken worden aanbevelingen gedaan over interventies. Als eerste wordt hierbij ingegaan op de zorgorganisatie en de psychosociale interventies. Daarna volgt een hoofdstuk met aanbevelingen over de farmacotherapie.

Ten slotte is een hoofdstuk opgenomen waarin informatie wordt gegeven over de verspreiding en implementatie van de richtlijn. In de *bijlagen* vindt u de uitgangspunten van de behandeling van schizofrenie terug in schema's en wordt informatie gegeven over de kosteneffectiviteit van de zorg rondom schizofrenie.

Deze samenvatting

De samenvatting volgt globaal de hoofdstukindeling van de richtlijn, met enkele kleine verschillen. Zo worden de inleidende hoofdstukken naast de vermelding in deze inleiding niet verder uitgewerkt en worden de aanbevelingen rondom psychosociale interventies samengevat in een apart hoofdstuk. Van het hoofdstuk Implementatie en het hoofdstuk Kosteneffectiviteit is alleen een verwijzing naar de moederrichtlijn opgenomen in deze inleiding. De schema's met de Uitgangspunten Behandeling, zijn achterin opgenomen na het hoofdstuk Farmacotherapie.

In de samenvatting worden uit elk hoofdstuk het merendeel van de aanbevelingen weergegeven. Deze aanbevelingen zijn weergegeven in kaders. In veel gevallen zijn ze letterlijk overgenomen. In een aantal gevallen is er voor gekozen een samenvatting van de tekst in de aanbeveling te maken. Waar relevant worden de aanbevelingen aangevuld met informatie uit de rest van de tekst. In het gebruik van de termen patiënt en cliënt volgt de samenvatting de richtlijn, die in de meeste gevallen de term patiënt hanteert en op sommige plekken de term cliënt laat vallen, zoals bijvoorbeeld in het woord cliëntenraad.

Ten slotte

Het mag duidelijk zijn dat een samenvatting beperkt is. Voor een volledige versie wordt verwezen naar de integrale tekst van de moederrichtlijn. In deze tekst is ook de verantwoording (de mate van evidence) te vinden voor de aanbevelingen.

De integrale richtlijntekst staat onder meer op de website: www.ggzrichtlijnen.nl

2 Ervaringen van patiënten (en familie) met schizofrenie

Richtlijnen worden in de eerste plaats ontwikkeld om richting te geven aan het handelen van hulpverleners. Daarbij wordt uitgegaan van *evidence based medicine*. Een richtlijn kan wetenschappelijk nog zo goed onderbouwd zijn, als de aanbevelingen niet aansluiten bij de wensen en behoeften van patiënten, dan wordt hij voor de praktijk praktisch onbruikbaar. De Gezondheidsraad heeft gesteld dat richtlijnen behalve wetenschappelijk solide ook een weerspiegeling moeten zijn van de voorkeuren van patiënten (Gezondheidsraad, 2000).

2.1 Bejegening

De hulpverlener gedraagt zich zorgvuldig en respectvol. Hij staat open voor de inbreng van patiënten en bespreekt met hen de te nemen beslissingen. Patiënten, die hun zelfstandigheid willen terugkrijgen of behouden, worden hierin ondersteund door hun hulpverlener.

De rol van de hulpverlener is handelend wanneer de patiënt erg psychotisch is. Dat neemt niet weg dat genomen beslissingen met de patiënt altijd uitvoerig besproken en uitgelegd moeten worden.

Hulpverleners bespreken, zodra dat goed mogelijk is, met hun patiënt wat schizofrenie inhoudt en wat dat betekent voor het dagelijks leven.

De hulpverlener heeft ook aandacht voor de familieleden van de patiënt. Hij realiseert zich dat een goede relatie met de familie een positieve invloed heeft op de patiënt. Hij realiseert zich dat de omgang met en de zorg voor de patiënt zwaar kan zijn voor de familie. Zo nodig ondersteunt de hulpverlener de familie om het vol te houden een goede relatie met de patiënt te onderhouden.

2.2 Behandeling algemeen

Hulpverleners realiseren zich dat het hebben van schizofrenie ingrijpende gevolgen heeft voor het dagelijks leven. Zij realiseren zich dat patiënten te maken krijgen met gevolgen op psychisch, sociaal en lichamelijk vlak en dat patiënten moeite kunnen hebben met het realiseren van een zinvolle dagbesteding en met het vinden van een passende woonvorm. Zij ondersteunen patiënten om hiermee om te gaan.

Hulpverleners realiseren zich dat ook familieleden te maken krijgen met gevolgen voor hun dagelijks leven, zowel op emotioneel en sociaal vlak als soms ook op financieel gebied.

Begeleiding van familie is vaak wenselijk. Veel familieleden hebben baat bij de training Interactievaardigheden.

Het kan zijn dat de patiënt niets met de familie te maken wil hebben of dat de familie afhaakt (bijvoorbeeld doordat de draaglast te groot wordt). Ook kunnen familieleden

andere belangen hebben dan de patiënt. Hulpverleners horen er naar te streven dat de familie betrokken blijft door hun voldoende ondersteuning te bieden.

2.2.1 Aandachtspunten tijdens de behandeling

Aandachtspunten tijdens de behandeling zijn:

Voorlichting

Hulpverleners geven voorlichting over diagnose, behandel mogelijkheden, eventuele bijwerkingen van geneesmiddelen/de behandeling, gevolgen voor het dagelijks leven en toekomstperspectief. Voorlichting wordt gegeven aan zowel de patiënt als zijn familie. Hulpverleners geven informatie over mogelijkheden voor training en cursussen, zelfhulpgroepen en lotgenotencontact en verwijzen daar desgevraagd naar. Zij informeren hun patiënt ook over de ondersteuning die geboden wordt via patiënten- en familieorganisaties.

Continuïteit van zorg

Mensen met schizofrenie zijn vaak langdurig en soms levenslang van zorg afhankelijk. Zorg en begeleiding is niet alleen gericht op de behandeling, maar ook op hulp in het dagelijks leven. De rollen en verantwoordelijkheden kunnen vastgelegd worden in een driepartijenplan van hulpverlening, patiënt en naastbetrokkenen met daarin ook een handelingsovereenkomst voor crisissituaties.

Zelfbindingscontract

Zonodig en desgewenst wordt een zelfbindingscontract opgesteld, waarin de patiënt aangeeft hoe en in welke setting hij behandeld wil worden tijdens een crisissituatie.

Ambulante thuisbehandeling

Patiënten moeten zelf kunnen beslissen of ze tijdens een psychose een opname of ambulante thuisbehandeling willen hebben. Voor sommige patiënten is het verblijven in de eigen vertrouwde omgeving belangrijk voor het herstelproces. Andere patiënten geven de voorkeur aan een opname om de eigen vertrouwde omgeving intact te houden. Als een psychose tijdig wordt gesignaleerd dienen de sociale omgeving (woon-omgeving, sociale netwerk) en persoonlijke voorkeuren en mogelijkheden van de patiënt afgewogen te worden teneinde zorgvuldig te kiezen voor de setting waarin de behandeling plaats gaat vinden.

Opname

Een gedwongen opname wordt zoveel mogelijk voorkomen. Bij dwangbehandeling wordt een vertrouwenspersoon ingeschakeld, nadat eerst geprobeerd is de patiënt vrijwillig zo ver te krijgen. Tijdens de opname bestaat er voldoende mogelijkheid tot contact met hulpverleners. Patiënten hebben de mogelijkheid zich terug te trekken op een rustige plaats, bij voorkeur een eigen kamer. Separatie wordt zoveel mogelijk voorkomen. Als separatie toch noodzakelijk is, wordt er gezorgd voor voldoende contacten met de buitenwereld en wordt rekening gehouden met de persoonlijke voorkeuren van de patiënt.

Ondersteuning familie

Familieleden krijgen zowel emotionele als praktische ondersteuning. De hulpverlener informeert de familie en verwijst naar mogelijkheden voor hulp en ondersteuning.

2.3 Diagnostiek

De diagnose wordt gesteld door gespecialiseerde deskundigen die alle klachten in kaart brengen. Vanaf de diagnostische fase is aandacht voor de gevolgen van de aandoening op het dagelijks leven. Bij het vaststellen van de diagnose is ook aandacht voor de mogelijkheden en sterke kanten van de patiënt. Patiënt en familie worden reëel voorgelicht over de diagnose.

Gezien de ernst en het chronisch verloop van de ziekte is het van belang dat de diagnostiek regelmatig herhaald wordt en dat de diagnose eventueel herzien wordt. Het verdient aanbeveling vooral in het begin van de ziekte voorzichtig te zijn met het stellen van de diagnose schizofrenie, gezien de stigmatisering die dit met zich meebrengt. Hulpverleners dienen zich te realiseren dat niet iedereen dezelfde symptomen heeft en op dezelfde gebieden en in dezelfde mate problemen ervaart.

2.4 Behandeling

2.4.1 *Behandeling met medicijnen*

In beginsel legt de psychiater bij het voorschrijven van medicatie uit waarom hij voor een bepaald middel kiest en tevens dat hij niet absoluut zeker kan weten of dat middel bij deze individuele patiënt het beoogde effect zal hebben. Ook geeft hij de patiënt uitgebreide voorlichting over de bijwerkingen en de gevolgen die de bijwerkingen kunnen hebben op het sociale en maatschappelijk leven. Zo nodig wordt gezocht naar alternatieven. Als de werking van twee vormen van medicatie gelijk wordt geacht, is het aan de patiënt om te bepalen voor welk middel gekozen wordt.

2.4.2 *Psychologische en psychotherapeutische interventies*

Men heeft goede ervaringen met cognitieve therapie.

Hulpverleners realiseren zich dat patiënten er behoefte aan kunnen hebben om tijdens de therapie bepaalde problemen die de aandoening met zich meebrengt te bespreken. Zij zetten zich ervoor in dat de patiënt de gelegenheid krijgt om in te gaan op bijvoorbeeld betekenis- en zingevingsvragen, (verlangen naar) suïcide, intimiteit en seksualiteit, omgaan met groepen en omgaan met de praktische consequenties van het hebben van schizofrenie.

2.4.3 *Praktische ondersteunende interventies*

Indien nodig krijgt de patiënt praktische ondersteuning of begeleiding bij het weer oppakken van het eigen leven na een ziekteperiode. Dit gebeurt zoveel mogelijk door een vaste persoon en zo lang als nodig is. Patiënten die langdurig en intensief ondersteuning nodig hebben krijgen dit vanuit een maatschappelijk steunsysteem of van een contactpersoon (intermediair tussen de patiënt en de organisaties en groeperingen in de samenleving waar de patiënt mee te maken heeft).

2.4.4 *Rehabilitatie*

Rehabilitatie wordt desgewenst geboden op het gebied van dagbesteding, studie en werk, en wonen. Hierbij wordt vooral gezocht naar mogelijkheden die goed passen bij de capaciteiten en voorkeuren van de patiënt. Op lang niet alle gebieden zijn voldoende passende mogelijkheden. Hulpverleners zetten zich in – als zij daartoe in de gelegenheid zijn – voor het vergroten van de mogelijkheden voor een passende (en zinvolle) dagbesteding, het volgen van een studie of het hebben van een geschikte baan en het vinden van passende woonruimte.

2.5 Behandeldoelen en aandachtspunten vanuit zorgprogramma's (Franx & Zeldenrust, 2002)¹

2.5.1 *Behandeldoelen*

- het optimaal beteugelen van een acute psychose
- het leven zonder psychoses door verantwoord medicijngebruik
- patiënten ondersteunen bij het formuleren van hun persoonlijke doelen
- patiënten leren omgaan met de gevolgen van schizofrenie
- het bevorderen van het zelfvertrouwen en het gevoel volwaardig te zijn, ondanks de chronische ziekte
- het bevorderen van de kwaliteit van de sociale relaties
- aandacht voor betekenisgeving, rouw en spiritualiteit
- toeleiding naar zinvolle dagbesteding, studie of werk
- creëren mogelijkheid voor passende woonvorm

2.5.2 *Aandachtspunten bij behandeling en zorg*

- rekening houden met de leeftijd van de patiënt
- ruimte voor zingevingvragen
- levenslange begeleiding naar behoefte
- duidelijk aanbod voor mensen die ook verslaafd en/of dakloos zijn
- vinger-aan-de-pols-systeem; na de behandeling patiënten niet uit beeld laten verdwijnen
- verwijzen naar patiëntenorganisaties en lotgenotencontact
- crisisplan
- aandacht voor neiging tot suïcide, signalen serieus nemen en bespreekbaar maken
- verschillende medicatie op elkaar afstemmen, goede voorlichting geven en het effect regelmatig evalueren
- zowel aandacht voor het hier en nu als aandacht voor trauma's uit het verleden
- aandacht voor lichamelijke problemen ten gevolge van medicijngebruik en aandacht voor de gevolgen van een mogelijke verslaving aan drugs of alcohol
- praktische ondersteuning bieden, zoals thuiszorg of gezinszorg; hygiënische maatregelen en ondersteuning bij administratie en eventueel schuldsanering
- voldoende keuzemogelijkheden in passende woonvormen bieden

¹ Een zorgprogramma is een samenhangend hulpaanbod voor een omschreven doelgroep. Het beschrijft welk hulpaanbod in de regio beschikbaar zou moeten zijn en door welke instelling dat geleverd kan worden. De auteurs van de moederrichtlijn hebben een aantal bestaande zorgprogramma's gebruikt als gegevensbron voor de tekst in de richtlijn.

- mogelijkheid bieden van hulp bij het structureren en invullen van vrije tijd, zoeken naar een baan of studie
- aandacht voor seksualiteit en intimiteit, eventueel contactbemiddeling met erotische dienstverlening
- zorgen dat alternatieve vormen van hulpverlening beschikbaar zijn.

3 Diagnostiek van schizofrenie

De werkgroep realiseert zich dat de validiteit en de operationalisering van het concept schizofrenie omstreden zijn en dat de meningen verdeeld zijn over de vraag of een *dimensionale* dan wel een *categoriale* benadering de voorkeur verdient.

3.1 Criteria voor de diagnose schizofrenie

Voor de dagelijkse praktijk zijn de DSM-IV en ICD-10 classificatiesystemen bruikbaar.

Ter bevordering van de onderlinge communicatie beveelt de werkgroep het gebruik van *DSM-IV-criteria* aan.

In de hedendaagse literatuur wordt een onderscheid gemaakt tussen *primaire* en *secundaire* negatieve symptomen, waarbij de primaire negatieve symptomen toegeschreven worden aan de aandoening zelf en de secundaire aan bekende oorzaken van verminderd functioneren.

De aanwezigheid van negatieve symptomen vraagt om differentiële diagnostiek, omdat primaire en secundaire negatieve symptomen verschillende interventies vereisen.

3.2 Benodigde informatie en mogelijke instrumenten voor het vaststellen van de diagnose

Onmisbaar voor de diagnose zijn:

- anamnese
- heteroanamnese
- psychiatrisch en lichamelijk onderzoek
- laboratoriumonderzoek

Er is geen bewijs dat het gebruik van *semi-gestructureerde diagnostische interviews* tot een meer betrouwbare diagnostiek leidt.

Toch acht de werkgroep het zinvol om bij iedere patiënt die verdacht wordt van een schizofrene stoornis een *semi-gestructureerd diagnostisch interview* af te nemen (CASH, SCAN, SCID), omdat deze procedure de kans op foutieve diagnostiek verkleint en soms belangrijke aanvullende informatie oplevert over de aard en de ernst van de psychopathologie.

Bij een dergelijk interview moeten minimaal de volgende onderwerpen aan bod komen.

- stemmingsstoornis
- drugsgebruik
- wanen
- hallucinaties
- formele denkstoornis
- bizar gedrag
- negatieve symptomen

Als in de loop der tijd de symptomen in belangrijke mate veranderen, is het raadzaam het diagnostische interview te herhalen en de diagnose zo nodig te wijzigen.

Het is niet ongebruikelijk dat in een later stadium de DSM-IV-diagnose schizofrenie gewijzigd moet worden in een andere diagnose (bijv. bipolaire stoornis, drugspsychose) of, omgekeerd, dat een eerder gestelde diagnose gewijzigd moet worden in de diagnose schizofrenie. Dit hoeft niet het gevolg te zijn van foutieve diagnostiek in de eerste fase van de aandoening.

3.3 Problemen bij de diagnostiek bij vrouwen, migranten, kinderen en ouderen

De diagnose schizofrenie wordt nogal eens gemist bij jeugdigen in de leeftijdsgroep van 12-18 jaar, bij kinderen, vrouwen, migranten en ouderen. De werkgroep onderzocht welke problemen kunnen optreden bij de diagnostiek bij deze groepen.

Kinderen

Kinderschizofrenie (begin voor 12^e jaar) kan verward worden met onder meer een stemmingsstoornis met psychotische kenmerken of een pervasieve ontwikkelingsstoornis (bijv. het syndroom van Asperger).

Het stellen van de diagnose kinderschizofrenie is niet eenvoudig en vereist grote deskundigheid.

Vrouwen

Er bestaan belangrijke sekseverschillen in symptomatologie en beloop.

Bij vrouwen met symptomen van een psychotische stoornis moet men de diagnose schizofrenie ook overwegen als negatieve symptomen of een contactstoornis ontbreken, of als de eerste psychotische symptomen zich na het 30^e jaar ontwikkel(d)en.

Migranten

Er zijn aanwijzingen dat etnische verschillen leiden tot verschillen in diagnostiek.

Indien Turkse of Marokkaanse migranten in Nederland symptomen van een psychotische stoornis ontwikkelen, dient men in de differentiële diagnostiek extra aandacht te besteden aan de mogelijkheid van het bestaan van een depressieve stoornis met psychotische kenmerken.

Ouderen

De psychotische symptomen van schizofrenie ontstaan niet zelden bij personen ouder dan 45 jaar. Het betreft dan vrijwel altijd vrouwen.

Wanneer bejaarde personen symptomen van een psychotische stoornis ontwikkelen moet men ook aan de mogelijkheid van schizofrenie denken.

3.4 De belangrijkste risicofactoren voor schizofrenie

Men moet extra verdacht zijn op het bestaan van een schizofrene stoornis bij:

- een eeneige tweelingbroer/zus van een schizofrene patiënt (40-48%)
- andere eerstegraadsverwanten van patiënten met schizofrenie (6-17%)
- patiënten die bekend zijn met het 22q11-deletiesyndroom (25%)

De belangrijkste andere risicofactoren zijn:

- mannelijk geslacht
- hoge urbanisatiegraad van de plaats van opgroeien
- voorgeschiedenis van migratie (van persoon of ouders) uit niet-westers land naar Europa
- gebruik van cannabis
- obstetrische complicaties

Het is voor de diagnostiek belangrijk te weten dat ook personen die aan geen enkele bekende risicofactor hebben blootgestaan wel degelijk een schizofrene stoornis kunnen ontwikkelen.

3.5 Het 22q11-deletiesyndroom bij patiënten met schizofrenie

Bij schizofreniepatiënten moet men verdacht zijn op de aanwezigheid van het 22q11-deletiesyndroom, als twee of meer van de zeven onderstaande kenmerken aanwezig zijn:

- Nasale spraak, gespleten gehemelte (meestal submucosaal), voorgeschiedenis van spraakles, velofaryngeale insufficiëntie
- Kenmerkende gelaatstrekken: lang, smal gelaat, kleine oogkas, vlakke wang, prominente neus, kleine oren, kleine mond, terugwijkende kin
- Leerstoornis, speciaal onderwijs in voorgeschiedenis, zwakbegaafdheid of zwakzinnigheid
- Aangeboren hartafwijking, bijvoorbeeld ventrikelseptumdefect, tetralogie van Fallot, rechter-aortaboog, dubbele aortaboog
- Andere aangeboren afwijkingen, zoals klompvoet, polydactylie (extra vinger of teen), kyfosis, scoliose, nierafwijking, hypospadie
- Voorgeschiedenis van hypocalciëmie en/of hypoparathyreoïdie
- Voorgeschiedenis van athymie (afwezige thymus) of ernstige immunodeficiëntie

De werkgroep adviseert bij aanwezigheid van deze kenmerken nader onderzoek (FISH-test) te overwegen.

3.6 Aanvullend diagnostisch onderzoek

3.6.1 Neuropsychologisch onderzoek

De werkgroep beveelt aan om neuropsychologisch onderzoek te verrichten als het vermoeden bestaat dat dit onderzoek leidt tot een beter inzicht in de functionele vermogens en beperkingen van de patiënt en waarbij dit inzicht een bijdrage kan leveren aan het behandelplan, in het bijzonder waar het de indicatie voor psychosociale vaardigheids- en revalidatietrainingen betreft.

Dit type onderzoek levert geen bijdrage aan de DSM-IV diagnostiek van schizofrenie.

Een aanzienlijk deel van de patiënten met schizofrenie (ongeveer 50%) lijdt aan neuropsychologische functiestoornissen. Ze presteren gemiddeld minder goed op cognitieve functietaken betreffende:

- concentratie
- geheugen
- planning
- abstract redeneren
- conceptformatie
- inhibitie van impulsen
- besluitvorming
- vigilantie

Psychologisch onderzoek dient niet plaats te vinden in een acute fase, maar bij voorkeur wanneer de patiënt klinisch voldoende is gestabiliseerd t.a.v. positieve symptomatologie en cognitieve desorganisatie.

3.6.2 Diagnostiek van zorgvragen en zorgbehoeften

Hoewel er geen bewijs is dat het gebruik van *zorgbehoeftenmeetinstrumenten* tot een beter resultaat van de behandeling leidt beveelt de werkgroep, op basis van een brede consensus binnen de verpleegkunde, een systematische en gestructureerde vaststelling aan van zorgbehoeften en zorgvragen van de patiënt en zijn familie. Deze zorgvragen en zorgbehoeften vormen een belangrijk uitgangspunt bij de opstelling van het behandelplan.

De structuur van functionele gezondheidspatronen (*lijst van Gordon, 1994*) biedt de mogelijkheid voor een uitgebreide kwalitatieve analyse van zorgvragen en zorgbehoeften.

De *Camberwell Assessment of Need (CAN)* kan aanvullend worden gebruikt om zicht te krijgen op de zorgvragen en zorgbehoeften van patiënten en leden van het sociale netwerk van de patiënt.

3.7 Diagnostiek van suïcidaliteit

In verschillende onderzoeken wordt het percentage patiënten met schizofrenie met suïcidale ideaties geschat op 40-50%. Een relatief hoog percentage van de patiënten (ongeveer 20-40%) doet een serieuze suïcidepoging.

Er is geen instrument waarmee men suïcide goed kan voorspellen

De werkgroep beveelt aan om *periodiek* een inschatting te maken van de aanwezigheid van risicofactoren voor suïcide.

Algemene risicofactoren

- Mannelijk geslacht
- Kaukasisch ras
- Depressie
- Gevoelens van wanhoop
- Uiting van suïcidale ideaties
- Eerdere suïcidepogingen
- Slecht psychosociaal functioneren
- Sociale isolatie met een gebrek aan sociale steun
- Afnemende kwaliteit van de gezondheidstoestand
- Recente verlieservaringen
- Middelenmisbruik
- Voorgeschiedenis van suïcide in de familie

Ziekte-specifieke risicofactoren

- Chronisch beloop met regelmatige exacerbaties
- Slecht functioneren bij ontslag
- Ziektebesef en angst voor verdere achteruitgang
- Grote afhankelijkheid van behandeling of verlies van vertrouwen in de behandeling
- Depressieve stemming en gevoelens van wanhoop
- Aanwezigheid van positieve symptomen

Op een behandelafdeling moeten zo weinig mogelijk omstandigheden of middelen aanwezig zijn die de patiënt in staat stellen suïcide te plegen; controle dient voort te duren tijdens overdrachtsmomenten; bad, douche, toilet en slaapkamers dienen controleerbaar te zijn.

4 Zorgorganisatie voor mensen met schizofrenie

De zorg voor mensen met schizofrenie kan op verschillende wijzen georganiseerd worden nog afgezien van de verschillen tussen de interventies zelf.

De zorgverlening kan plaatsvinden:

- klinisch
- ambulantly
- aan huis

4.1 De huisarts en de zorg voor mensen met schizofrenie

De huisarts wordt vaak als eerste benaderd over de ontregeling en het disfunctioneren van een patiënt met schizofrenie. Na opname verliest de huisarts de patiënt al gauw weer uit het oog. Na ontslag is vaak niet duidelijk wie de nazorg op zich neemt en wat de rol van de huisarts daarbij is. De huisarts komt vaak weer in het vizier bij problemen rond medicatie, nazorg en alledaagse somatische klachten. Ook voor de familie is de huisarts vaak een aanspreekpunt. In overleg met andere zorgverleners kan de huisarts een rol op zich nemen volgens een (na)zorgplan.

In het kader van goed aansluitende ketenzorg, dient de huisarts voor een goede overdracht aan de tweede lijn te zorgen. Bij ontslag uit een klinische of ambulante setting dient de huisarts een goede overdracht te ontvangen.

4.2 Het effect van het makelaarsmodel van casemanagement

Doelen casemanagement en Assertive Community Treatment (ACT):

- in zorg houden van mensen met een ernstige psychiatrische stoornis
- terugdringen van ziekenhuisdagen en kosten en het verbeteren van het sociaal functioneren en de kwaliteit van leven.

Verschillen tussen casemanagement en ACT:

<i>Casemanagement</i>	<i>Assertive community treatment (ACT)</i>
Oorspronkelijk een vorm van coördinatie van de zorg in een makelaarsmodel. Voorheen casemanagers zonder klinische ervaring, nu: <i>clinical casemanagers</i> (vanuit de helende kracht van de therapeutische relatie), <i>intensive casemanagers</i> (kleine caseload, intensief contact) en <i>strength casemanagers</i> (benadrukt de gezonde kanten van de patiënt)	Benadrukt het teammanagement en werkt met een multidisciplinair team. Kleine caseload (10 tot 15 mensen). Voornamelijk zorg aan huis, hulpverlener is verantwoordelijk voor het voortbestaan van de contacten. Veel nadruk op medicatietrouw en 24-uurs-dekking van de zorg.

De werkgroep is van mening dat casemanagement volgens het make-laarsmodel, dat zich kenmerkt door grote caseloads en bemiddeling van zorg die door anderen geleverd moet worden, een zorgvorm is die niet meer moet worden toegepast, omdat er betere alternatieven zijn.

De werkgroep concludeert dat er ontoereikend bewijs is om intensief casemanagement aan te bevelen of af te raden als een vorm van zorgorganisatie van de geestelijke gezondheidszorg.

4.3 Het effect van assertive community treatment

Kenmerken van ACT zijn:

- multidisciplinair team is verantwoordelijk voor alle zorg voor een groep patiënten
- het team is verantwoordelijk voor het voortbestaan van de hulpverlenerrelatie
- 7x24-uurs beschikbaarheid en toegang tot diensten en opname
- kleine caseload (10-15)
- vooral zorg aan huis
- nadruk op zelfmanagement van ziekte en praktische hulp

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat als ACT geboden wordt aan draaideurpatiënten en patiënten met een hoge mate van ziekenhuiszorg, dit resulteert in een aanzienlijke afname van ziekenhuiskosten, een verbetering van de zelfstandigheid van wonen, de kans op werk en een hogere tevredenheid. Beleidsmakers, professionals en patiënten zouden het opzetten van ACT-teams moeten ondersteunen.

Wel wordt aangetekend dat al het onderzoek in het buitenland heeft plaatsgevonden en dat ACT bijvoorbeeld in Engeland wat minder succesvol is dan in Amerika en Australië. Nederlandse ervaringen met zorg aan huis en actieve outreach ondersteunen de bevindingen echter wel.

4.4 Het effect van community mental health team (CMTH)

Community mental health teams (CMHT) zijn multidisciplinaire teams die ambulante verblijvende patiënten met ernstige stoornissen zorg verlenen. Zij lijken veel op de sociaal-psychiatrische teams die bij veel ambulante afdelingen (voorheen RIAGG's) bestaan (hebben) en zijn opgebouwd uit sociaal-psychiatrische verpleegkundigen en een psychiater.

Er is weinig evidentie dat community mental health teams een effectieve vorm van zorg bieden. Er is te weinig evidentie voor of tegen om een aanbeveling te kunnen doen.

4.5 Het effect van acute dagbehandeling bij exacerbaties van symptomen

Instellingen voor acute psychiatrische dagbehandeling bieden diagnostiek- en behandelactiviteiten voor acuut zieke mensen die anders in een ziekenhuis opgenomen zouden moeten worden. Het gaat om opnamevoorkomende behandeling. De inhoud van de behandeling is gevarieerd. De nadruk ligt op structuur en helpen bij praktische oplossingen voor problemen.

Het is de vraag of dagbehandeling nog veel voorkomt in Nederland, gezien het feit dat veel dagbehandelingprogramma's vervangen zijn door casemanagementprogramma's

en arbeidsrehabilitatieprogramma's. De werkgroep komt tot de conclusie dat de beschikbaarheid van dagbehandeling in Nederland te gering is.

Acute dagbehandeling is een goed alternatief voor opname in een groot aantal gevallen. Het vermindert het aantal ziekenhuisdagen zonder de familie extra te belasten, het herstel te vertragen of het sociaal functioneren te ontregelen.

4.6 Het effect van psychiatrische intensieve thuiszorg bij symptoomexacerbaties

Psychiatrische intensieve thuiszorg is een vorm van crisisinterventie aan huis en wordt geleverd door een multidisciplinair team. Na de crisisinterventie wordt de cliënt weer overgedragen aan andere vormen van (ambulante) hulpverlening. In Nederland is vooral de PIT-variant (Psychiatrisch Intensieve Thuiszorg), of SPITS (Substituerende Psychiatrische Intensieve Thuiszorg Service), tot ontwikkeling gekomen.

Psychiatrische intensieve thuiszorg is een interventie die ongeveer de helft van de mensen met een acute crisis aan huis kan helpen, waardoor een ziekenhuisopname niet nodig is. De interventie kan in Nederland als alternatief voor opname ingezet worden. Een goede gerandomiseerde trial is wenselijk.

4.7 Het effect van dagactiviteitencentra

In de jaren tachtig zijn dagactiviteitencentra ontwikkeld. Deze centra bieden geen medische en psychosociale interventies, maar voorzien in dagstructuur en hobbyactiviteiten.

Er is geen wetenschappelijk bewijs ten aanzien van de effectiviteit van deze centra. De werkgroep is echter wel van mening dat voor een deel van de doelgroep de dagactiviteitencentra een uitkomst zullen zijn.

4.8 Doelgerichte interventies

De volgende interventies zijn gericht op participatie van mensen met schizofrenie in de samenleving. De effecten van de onderzoeken op deze terreinen betreffen voornamelijk specifieke domeinen van maatschappelijke participatie, zoals betaald werk, huisvesting en beperking van maatschappelijke uitsluiting door stigma of verslavingsproblematiek.

4.8.1 *Het effect van arbeidsrehabilitatie*

Bij mensen met een ernstige psychiatrische aandoening, zoals schizofrenie, is de werkloosheid hoog. Onderzoek toont aan dat een groot deel van deze mensen wel graag wil werken.

De werkgroep beveelt supported employment in de vorm van Individual Placement and Support (IPS) aan om de werkgelegenheid van mensen met schizofrenie te verbeteren. IPS integreert de job-coaching in de psychiatrische zorg zoals die in een assertive community treatment wordt gegeven. Zowel gerandomiseerde gecontroleerde trials als lokale programma-evaluaties zijn noodzakelijk om de effectiviteit ook in ons arbeidsbestel te bevestigen.

4.8.2 *Het effect van begeleid leren*

Begeleid leren (Supported Education, SE) vindt plaats in een normale onderwijs situatie op gewone scholen. Begeleiding wordt aangeboden bij de ontwikkeling van intellectuele, sociale en emotionele vaardigheden en bij praktische zaken, zoals het regelen van financiën en het zoeken naar een juiste opleidingsplaats.

Wetenschappelijk bewijs betreffende Supported Education voor mensen met schizofrenie ontbreekt en Supported Education is daarom niet aan te bevelen en ook niet af te raden. Allereerst is onderzoek noodzakelijk.

4.8.3 *Het effect van integrale dubbeldiagnoseprogramma's*

Schizofrenie en verslaving gaan vaak samen. Uit onderzoek blijkt dat behandeling van psychose en verslaving ná elkaar geen werkzame strategie is. Ook gelijktijdige behandeling bij twee instanties biedt geen uitkomst. Daarom zijn integrale programma's ontwikkeld. Er is op dit moment echter geen bewijs voor de effectiviteit van middelemisbruikprogramma's bij mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen. Er is geen evidentie die geïntegreerde dubbeldiagnoseprogramma's ondersteunt of ondergraaft. Het is niet ondenkbaar dat in de komende jaren de effectiviteit aangetoond wordt. Er worden momenteel verschillende trials uitgevoerd.

4.8.4 *Het effect van stigma op patiënten en familie en de bestrijding ervan*

De vermindering van stigmatisering van mensen met schizofrenie is van belang om maatschappelijke zorg voor hen toegankelijker te maken. De werkgroep heeft gezocht naar de meest zinvolle effectieve manier van stigmabestrijding.

De werkgroep is van mening dat het zinvol is dat zorgverleners meewerken aan het leggen van contact tussen patiënten en werkgevers, verhuurders en andere deelnemers in de zorgketen voor mensen met schizofrenie, ter bestrijding van stigmatisering. Educatie heeft enige positieve effecten, vooral als daarbij positieve aspecten naar voren komen in plaats van ziekte en symptomen. Debatteren en weerleggen is voor het bestrijden van stigmatisering niet effectief.

4.8.5 *De effecten van beschermd, beschut en begeleid wonen*

Het is een grote wens van mensen met schizofrenie om zo zelfstandig mogelijk te wonen in kwalitatief goede huisvesting en in een buurt waar men zich geaccepteerd voelt.

Beperkingen moeten aangevuld worden met goede dienstverlening aan huis. Dit leidt mogelijk tot minder probleemgedrag, een beter sociaal functioneren en een grotere tevredenheid.

Daarnaast is onderzoek gewenst om helder te krijgen welk type huisvesting, welke vorm van begeleiding en welke mate van thuiszorg noodzakelijk is. De huidige praktijk van indicatiestelling kan niet bogen op enige wetenschappelijke evidentie.

4.8.6 *Het effect van geplande korte ziekenhuisopname*

In Nederland is de opnameduur in vergelijking met andere landen extreem lang. Dat betekent dat de GGZ veel geld investeert in verblijfspsychiatrie, terwijl de hulp en zorg aan patiënten in de samenleving minimaal is. De werkgroep beveelt aan om andere zorgvormen, zoals psychiatrische thuiszorg, jobcoaching en dergelijke verder te ontwikkelen en te implementeren. Het is dan noodzakelijk de verblijfsduur van patiënten te verkorten om meer geld beschikbaar te krijgen.

4.8.7 *Het effect van separatie en andere vormen van bewegingsvrijheid*

Ernstige gedragsstoornissen, ontremming, agressie en suïcidaliteit worden in Nederland onder andere door separatie onder controle gehouden. De effecten daarvan op patiënten zijn nooit goed onderzocht. Wel tonen kwalitatieve reviews aan dat patiënten door separatie ernstige (geestelijke) schade wordt toegebracht.

4.8.8 *Medicatierouw en het nakomen van afspraken*

Medicatierouw is vrij laag onder mensen met schizofrenie. Ongeveer de helft van de patiënten stopt met het gebruik van de profylactische antipsychotische medicatie. Er zijn in de loop der tijd vele initiatieven ontplooid om dit te verbeteren, maar de resultaten van deze interventies vallen erg tegen.

Er is enig bewijs dat een simpele herinnering vlak voor de tijd van de afspraak de opkomst bevordert. Een schriftelijke herinnering met tijd, plaats, doel is effectiever dan een telefoontje op de dag voor de afspraak. Deze eenvoudige interventie is mogelijk kosteneffectief. Een gerandomiseerd onderzoek hiernaar is wenselijk.
--

5 Psychosociale interventies

In de richtlijn is beschreven wat onder de verschillende interventies wordt verstaan.

5.1 Gedragstherapie en psychotherapie

	<i>Aanbevolen</i>	<i>Kan overwogen worden als geen cognitieve gedragstherapie aanwezig is</i>	<i>Niet aanbevolen voor de behandeling van symptomen</i>
Cognitieve gedragstherapie	X		
Counseling/Steunende therapie		X	
Psychodynamische + (-analytische) therapie			X
Copingstrategieën bij auditieve hallucinaties			X

5.1.1 Cognitieve gedragstherapie

Cognitieve gedragstherapie is geïndiceerd bij patiënten met *blijvende positieve symptomen*. Ook bij patiënten met een gebrekkig ziekte-inzicht en matige medicatietrouw is het te overwegen.

Een langdurende behandeling van *minimaal zes maanden of tien zittingen* is noodzakelijk om effecten op psychotische symptomen te bewerkstelligen.

Omdat cognitieve gedragstherapie nog weinig toegankelijk is vanwege een gebrek aan hierin specifiek geschoolde therapeuten is aandacht voor scholing van belang.

5.1.2 Counseling en steunende psychotherapie

Er is voldoende evidentie om counseling/steunende psychotherapie voor mensen met schizofrenie *niet* aan te bevelen voor de behandeling van symptomen.

Ondanks het feit dat steun bij een chronische aandoening als schizofrenie door de meeste patiënten gewenst wordt, zijn er geen overtuigende effecten op symptomen en frequentie van terugvallen. Als cognitieve gedragstherapie niet beschikbaar is, dan kan counseling/steunende psychotherapie overwogen worden.

5.1.3 Psychodynamische psychotherapie/psychoanalyse

Psychodynamische en psychoanalytische behandeling van mensen met schizofrenie is minder effectief dan behandeling met antipsychotische medicatie en leidt tot langere opnames.

Psychodynamische en psychoanalytische behandeling van mensen met schizofrenie is *niet* aanbevolen als behandeling van psychotische symptomen.

5.1.4 Copingstrategieën bij auditieve hallucinaties

De werkgroep is van mening dat op basis van gebrek aan bewijs *geen* van de manieren van coping aanbevolen kan worden als optimaal voor het bestrijden en voorkomen van hallucinaties.

Recent zijn er publicaties verschenen over de *Hallucination focused Integrative Treatment*. Hoewel coping hierin een rol speelt, gaat het toch vooral om de combinatie van:

- medicatie
- directieve gezinstherapie
- cognitieve gedragstherapie
- copingtraining
- psycho-educatie
- rehabilitatieadviezen
- sociaal-psychiatrische outreaching crisisinterventie

Omdat niet duidelijk is welke effecten door welke interventie veroorzaakt worden, kan over onderdelen van dit zorgprogramma geen uitspraak gedaan worden.

5.2 Psycho-educatie en gezinsinterventies

Psycho-educatie en vooral gezinsinterventie zijn interventies die een psychotische terugval kunnen uitstellen.

5.2.1 Psycho-educatie

Schizofrenie wordt gekenmerkt door zeer gebrekkig ziekte-inzicht. Met behulp van psycho-educatie wordt getracht de kennis rond de aandoening te vergroten. Psycho-educatie wordt gedefinieerd als elk groepsprogramma of individueel programma met een expliciete educatieve activiteit waarbij de ziekte vanuit verschillende perspectieven beschouwd wordt.

De werkgroep is van mening dat psycho-educatie aanbevolen is voor patiënten met schizofrenie, omdat er (weliswaar inconsistente) evidentie is dat:

- een psychotische terugval uitgesteld wordt (met 12% na negen en achttien maanden follow-up)
- dat dit effect meetbaar is tot achttien maanden na de educatie
- dat het sociaal functioneren kan verbeteren

Daarnaast is het een *wettelijke verplichting* om de patiënt goed te informeren over zijn ziekte, de behandelmogelijkheden, de effecten daarvan en de mogelijke nadelen die aan sommige behandelingen kleven.

Hoewel psycho-educatie tot minder uitval uit de zorg leidt, wordt het in eerste instantie vaker geweigerd dan standaardzorg. Deze lage acceptatie verdient aandacht.

5.2.2 Gezinsinterventies

Gezinsinterventies stellen terugval uit tot vijftien maanden na het beëindigen van de interventie. Dit geldt in de vergelijking met standaardzorg en met alle andere behandelingen. De afname van terugval bedraagt 13%.

Gezinsinterventie is aan te bevelen aan gezinnen die met een gezinslid met schizofrenie wonen of daarmee nauw contact onderhouden. Vooral gezinnen met een gezinslid met een recente terugval, een groot terugvalrisico, of blijvende symptomen, moeten er gebruik van kunnen maken.

Voorwaarden voor gezinsinterventies:

- De gezinsinterventies moeten langer duren dan zes maanden en meer dan tien zittingen bevatten.
- De gezinsinterventie moet met het gezin en het psychotisch gezinslid erbij gegeven worden, hoewel dit niet altijd praktisch haalbaar zal zijn.
- Individuele gezinsinterventies zijn te verkiezen boven groepsgezinsinterventies.
- Gezinsinterventie vindt bij voorkeur aan huis plaats.

5.3 Vaardigheidstraining

	<i>Behoedzaam implementeren</i>	<i>Niet aanbevelen of afgewezen</i>	<i>Als aparte interventie niet aanbevelen</i>
Libermanmodules	X		
Training van vaardigheden ten behoeve van zelfstandig functioneren		X	
Individuele Bostonrehabilitatie		X	
Sociale vaardigheidstraining			X

5.3.1 Liberman-modules

Hoewel de modules over het algemeen goede reacties oproepen bij de deelnemers, is de evidentie voor (vooral de recente) Liberman-modules gering. De werkgroep adviseert toepassing ervan samen te laten gaan met goede trials.

5.3.2 Individuele Boston-rehabilitatie & training van vaardigheden ten behoeve van zelfstandig functioneren in de samenleving

Beide interventies kunnen niet worden aanbevelen of afgewezen. De werkgroep stelt dat wetenschappelijk bewijs op basis van gecontroleerd onderzoek ontoereikend is. Goede gecontroleerde onderzoeken zijn noodzakelijk.

5.3.3 Sociale vaardigheidstraining

Sociale vaardigheidstraining als een aparte interventie wordt *niet* aanbevelen voor mensen met schizofrenie.

Er is geen duidelijke evidentie die toont dat sociale vaardigheidstraining effectief is in het verbeteren van de uitkomst bij mensen met schizofrenie in vergelijking met algemene sociale activiteiten en groepsactiviteiten. Tevens zijn er weinig consistente voordelen boven standaardzorg.

5.4 Cognitieve revalidatie en remediatetherapie

Aandacht, geheugen en probleemoplossend vermogen reageren niet op klassieke antipsychotica en slechts zeer beperkt op de atypische antipsychotica. Daarom wordt hier de effectiviteit van psychosociale interventies met betrekking tot deze vermogens uitgewerkt.

5.4.1 Cognitieve-remediatetherapie

De werkgroep is van mening dat cognitieve remediatie *niet* in een zorgprogramma aangeboden moet worden aan patiënten met schizofrenie, omdat de werkzaamheid niet aangetoond is.

Omdat de trainingsaanpakken nog in ontwikkeling zijn, is het goed deze in RCT's te evalueren en de patiënt op het experimentele karakter ervan te wijzen.

De werkgroep concludeert dat het onwaarschijnlijk is dat de concentratie op *directe remediatie* van specifieke cognitieve beperkingen in schizofrenie effectief kan worden. De inspanningen zouden meer gericht moeten zijn op bredere interventies die rekening houden met en compenseren voor de cognitieve beperkingen van de patiënten met schizofrenie.

5.5 Vaktherapieën

Het wetenschappelijke bewijs voor de effectiviteit van de verschillende vaktherapieën is nog beperkt. Het is van groot belang om de praktijk van de vaktherapieën met behulp van goede wetenschappelijke trials op een hoger peil te brengen.

Tegelijkertijd zullen de verschillende vaktherapieën moeten specificeren wat hun *doelen* zijn. Te veel psychosociale interventies worden beoordeeld op een afname van pathologie, terwijl kwaliteit van leven en sociaal functioneren een meer voor de hand liggende uitkomstmaat is.

5.5.1 Dramatherapie

Er is ontoereikende wetenschappelijke evidentie om dramatherapie aan te bevelen of af te raden.

Dramatherapie kan mogelijk een bijdrage leveren als de nadruk wordt gelegd op:

- sociale interactie
- begrip van alledaagse sociale situaties

De toepassing van dramatherapie bij mensen met schizofrenie moet gepaard gaan met wetenschappelijk onderzoek naar sociaal begrip en functioneren.

5.5.2 Bewegingsactivering en psychomotorische therapie

Er is beperkte evidentie dat bewegingsactivering de algemene lichamelijke fitheid bevordert. Daarnaast kan psychomotorische therapie het psychomotorisch – en mogelijk ook het psychosociaal – functioneren bevorderen. Beide interventies kunnen op deze wijze een maatschappelijk herstel van de groep ondersteunen.

Bij de toepassing van deze interventies moet aandacht besteed worden aan:

- sociale factoren
- motivatie
- het scheppen van laagdrempelige voorzieningen

Daarnaast is het van belang bij het aanbieden van deze interventies te onderzoeken welke vormen, en in welke omvang en frequentie, ondersteunend zijn.

5.5.3 Muziektherapie

Er zijn aanwijzingen dat muziektherapie kan leiden tot *verminderd sociaal isolement* zolang de interventie wordt aangeboden.

Deze interventie lijkt uitkomst te bieden bij zeer ernstig zieke mensen, waarbij mutisme en catatonie op de voorgrond staan.

Het bewijs is te beperkt om de in de beroepspraktijk ervaren effecten systematisch te onderbouwen. Gerandomiseerde trials zullen verricht moeten worden om de evidentie voor muziektherapie verder te ondersteunen.

5.5.4 Creatieve beeldende therapie

Er is onvoldoende wetenschappelijke evidentie om art-therapy en andere vormen van creatieve beeldende therapie te kunnen aanbevelen of afraden.

5.6 Lotgenotencontact

Mensen met een psychotische stoornis of schizofrenie geven vaak aan dat zij behoefte hebben aan lotgenotencontact.

Op grond van de literatuur kan er vooralsnog geen uitspraak worden gedaan over de effectiviteit van een lotgenotengroep. Wel zijn er aanwijzingen dat de lotgenotengroep een zinvolle interventie is.

De resultaten van gerandomiseerde onderzoeken dienen te worden afgewacht.

Onderzoek dient zich in het bijzonder te richten op:

- de kwaliteit van leven
- zelfwaardering
- empowerment
- sociale steun
- inzicht in de ziekte

6 Farmacotherapie bij schizofrenie en schizofreniforme stoornis

6.1 Biologische behandeling van schizofrenie en schizofreniforme stoornis

De effectiviteit van farmacotherapie bij de behandeling van schizofrenie en schizofreniforme stoornis is aangetoond. Deze behandeling dient vergezeld te gaan van goede voorlichting en een pakket-op-maat van niet-farmacotherapeutische zorg. Naast farmacotherapeutische behandeling wordt hier ook elektroconvulsietherapie (ECT) als biologische behandeling besproken. Het toepassingsgebied daarvan is beperkt.

Antipsychotische medicatie dient als effectieve behandeling van schizofrenie en schizofreniforme stoornis aangewend te worden.

Behandeling zonder farmacotherapeutische component kan niet aanbevolen worden, omdat de evidentie daarvoor te beperkt is.

6.2 Gedifferentieerde medicamenteuze behandelstrategieën bij subvormen van schizofrenie

Bij de keuze voor of tegen een bepaald antipsychoticum als eerste behandeloptie late men zich leiden door (a) de diagnostische subclassificatie van schizofrenie of (b) op de voorgrond staan van positieve dan wel negatieve, dan wel cognitieve symptomen.

Bij acute catatonie verschijnselen zijn benzodiazepines en ECT behandelopties.

6.3 Klinisch relevante verschillen tussen antipsychotica op het gebied van antipsychotische effectiviteit

De effectiviteit van een antipsychotisch middel dient beschouwd te worden in relatie tot: (gewenste en ongewenste) bijwerkingen; effectiviteit als profylacticum in het kader van terugval; en acceptatie door patiënten tijdens profylactische behandeling in het kader van terugval.

Bij de keuze voor een antipsychoticum als eerste behandeloptie is de antipsychotische effectiviteit alléén onvoldoende richtsnoer, gezien de omstrede onderlinge effectiviteitsverschillen.

Bij de keuze voor behandeling met orale antipsychotica versus intramusculair toegediende depotpreparaten dienen de individuele wensen van de patiënt een belangrijke rol te spelen, tenzij op grond van gebrek aan ziekte-inzicht en/of (dreigend) gevaar onvrijwillige behandeling geïndiceerd wordt.

Na een behandeling met hooguit twee antipsychotica anders dan clozapine die niet voldoende effect sorteren, dan wel te veel bijwerkingen geven, is een behandeling met clozapine geïndiceerd.

6.4 Negatieve symptomen na de acute fase

Negatieve symptomen bepalen in belangrijke mate de prognose en de kwaliteit van leven van patiënten met schizofrenie. In het verleden heeft behandeling met klassieke antipsychotische middelen zijn nut bewezen, vooral bij de bestrijding van positieve symptomen. Negatieve symptomen, vooral optredend tijdens de acute psychotische fase, bleken minder goed behandelbaar dan positieve symptomen. Er is geen theorie over het vóórkomen van negatieve symptomen tijdens de acute psychose en geen kennis over hoe deze zich verhouden tot die tijdens de remissiefase.

In geval van toepassing van klassieke antipsychotica verdient het, bij aantreffen van negatieve symptomen na de acute fase, aanbeveling te overwegen of (a) dosisverlaging; (b) een kortdurende proefbehandeling van anticholinergica; (c) overgaan op een atypisch antipsychoticum (waaronder clozapine); en/of (d) toepassing van antidepressiva aangegeven is.

In geval van de toepassing van atypische antipsychotica zijn dosisverlaging, overgaan op clozapine en toepassing van antidepressiva te overwegen.

6.5 Elektroconvulsietherapie

Elektroconvulsietherapie (ECT) is een controversiële behandelmethode waaraan in de afgelopen decennia weinig methodologisch goed gefundeerd onderzoek op het gebied van de behandeling van schizofrenie is besteed. Veel van de beschikbare onderzoeken rapporteren een gunstig effect.

Het verdient aanbeveling elektroconvulsietherapie te overwegen bij patiënten met ernstige symptomen van schizofrenie die persisteren ondanks behandeling met ten minste twee antipsychotica én clozapine (tenzij contra-indiceerd).

Bij acute catatonie is elektroconvulsietherapie te overwegen als medicamenteuze behandeling als een benzodiazepine onvoldoende effect sorteert.

6.6 Antipsychotica – doseringsstrategieën

Uit de beschikbare literatuur is slechts in zeer beperkte mate te destilleren welke doseringsstrategie optimaal is voor welke patiënt. Daarbij moeten de hoogte van de initiële dagdosering en het tempo waarin de dosis aangepast wordt in relatie tot elkaar beschouwd worden. Van belang is hierbij om in gedachten te houden dat door overheid en/of farmaceutische industrie en/of wetenschappelijke richtlijnen aanbevolen doseringen gebaseerd zijn op gemiddelde effectiviteit van een middel in (een) groep(en) onderzoekspatiënten.

Het verdient aanbeveling te starten/hervatten met een gematigde dosis antipsychoticum en in het algemeen niet eerder dan na drie weken tot (voorzichtige) dosisverhoging over te gaan, tenzij er sprake is van klinisch significante verslechtering van de psychotische symptomen.

Het optimale tempo waarin de dosering antipsychoticum binnen de aanbevolen doseringsrange verhoogd wordt, kan niet worden afgeleid uit klinisch onderzoek en dient per patiënt individueel te worden ingeschat.

6.7 Behandelduur na remissie van een (eerste, tweede of volgende) psychose

Bij patiënten bij wie schizofrenie dan wel schizofreniforme stoornis gediagnosticeerd is, bestaat er, ook als er na de eerste psychose een remissie optreedt, een grote kans op terugval in een nieuwe psychotische episode. Een (volgende) psychotische fase leidt tot versterking van het stigma van de patiënt en diens familieleden en frustreert rehabilitatie-inspanningen.

Van belang is dat bij het merendeel van de patiënten een terugval niet te voorspellen is. Terugvalpreventie heeft als interventie een cruciale betekenis, ware het niet dat de antipsychotische medicamenteuze behandeling nogal eens gepaard gaat met significante bijwerkingen.

Onder alle omstandigheden dient het doel van de behandeling voor alle partijen duidelijk te zijn: revalidatie, rehabilitatie en sociale integratie; sociaal herstel in maatschappelijke en sociale rollen, zoals die door de patiënt gewenst zijn. De medicamenteuze behandeling staat dus in dienst van rehabilitatie.

Kortom, met behulp van psychosociale interventies, waarbij psycho-educatie een vooraanstaande plaats heeft, wordt ernaar gestreefd, dat de medicamenteuze behandeling en met name het medicament een instrument wordt in de hand van de patiënt, waarmee hij zijn kwetsbaarheid voor psychotische periodes en/of blijvende symptomen onder controle kan houden.

Ook therapietrouw is een punt van aandacht. Dit is een algemeen verschijnsel in de gezondheidszorg en moet begripvol benaderd worden. Behandeling moet de moeite waard zijn.

De werkgroep beveelt aan om na een psychotische episode de behandeling met een antipsychoticum tenminste twee jaar voort te zetten, als fundament onder rehabilitatie-inspanningen.

Daarbij dient in overleg met de patiënt voortdurend een afweging te worden gemaakt tussen de verwachte effecten, de bijwerkingen en de voorkeur van de patiënt.

6.8 Bijwerkingen en de keuze voor een antipsychoticum

Bijwerkingen van antipsychotica zijn voor veel patiënten een reden tot stoppen met de medicatie. Ook andere factoren, zoals ziektebesef en -inzicht en de houding van de patiënt en zijn omgeving tegenover medicatie spelen een rol. Sommige bijwerkingen zijn stigmatiserend of invaliderend, zoals acathisie, parkinsonisme, dystonie en gewichtstoename en kunnen een extra reden zijn om te stoppen. Daarnaast is het een groot probleem dat tardieve bijwerkingen blijvend kunnen zijn, ook na het stoppen met het betreffende antipsychoticum. De patiënt heeft door het nemen van antipsychotica een terugval voorkomen, maar er een bewegingsstoornis bij gekregen. De bijwerkingen van antipsychotica worden uitgebreid in elk goed farmacologisch leerboek besproken.

6.8.1 Extrapiramidale bijwerkingen

Wat betreft de tardieve extrapiramidale bijwerkingen is alleen van clozapine voldoende bekend dat dit middel nauwelijks tot geen tardieve bijwerkingen geeft. De schaarse incidentieonderzoeken naar tardieve dyskinesie met de nieuwe antipsychotica wijzen op een verminderde kans op tardieve bijwerkingen, maar zij zijn methodologisch niet ideaal. Behandelopties bij tardieve dyskinesie zijn (niet noodzakelijkerwijs in deze volgorde):

- verlaging van de dosering antipsychoticum
- overgaan op clozapine
- toediening van vitamine E
- toediening van een anticholinergicum – levert in het merendeel van de gevallen eerder exacerbatie dan remissie op
- toediening van nifedipine: hierover zijn gunstige effecten beschreven. Een recente Cochrane-review concludeerde dat de beschikbare literatuur onvoldoende grond bood voor een aanbeveling betreffende calciumantagonisten
- tetrabenazine is een in Nederland niet geregistreerde monoaminedepletor die een kans van rond de 50% op verbetering biedt

6.8.2 Gewichtstoename

Overgewicht vermindert de kwaliteit van leven, verkort de levensverwachting, en verhoogt de kans op het ontstaan van diabetes mellitus. Dit maakt het ontstaan van overgewicht tot een van de ernstigste bijwerkingen van de nieuwe atypische antipsychotica.

6.8.3 Hyperglykemie, diabetes mellitus en hypertriglyceridemie

Diabetes mellitus is onder te verdelen in diabetes mellitus type I en type II. Bij patiënten met schizofrenie komt diabetes mellitus vaker voor dan in de algemene bevolking. Het is waarschijnlijk dat antipsychotica die overgewicht veroorzaken een extra verhoogde kans geven op diabetes mellitus type II. Er zijn aanwijzingen dat olanzapine en clozapine een hogere kans geven op diabetes dan klassieke antipsychotica en risperidon. Ook hypertriglyceridemie komt bij sommige atypische middelen als complicatie soms voor; met name clozapine en olanzapine kunnen deze complicatie geven.

6.8.4 Seksuele functiestoornissen

De prevalentie van seksuele bijwerkingen van antipsychotica is onvoldoende bekend. Dit kan alleen onderzocht worden door seksuele bijwerkingen gedetailleerd uit te vragen. Seksuele bijwerkingen zijn dosisafhankelijk: verlagen van de dosering helpt vaak. Het is aangetoond dat olanzapine, clozapine en quetiapine de prolactinespiegels minder laten stijgen dan klassieke antipsychotica en risperidon: mogelijk dat het gebruik van deze antipsychotica minder aanleiding tot seksuele bijwerkingen geeft.

6.8.5 Effecten op de aanmaak van bloedcellen/het immuunsysteem

De relatief hoge incidentie van granulocytopenie en agranulocytose bij gebruik van clozapine en de daarmee samenhangende vereiste regelmatige protocollaire bepaling van het witte bloedbeeld zijn goed gedocumenteerd. De incidentie van deze en andere toxische effecten na toepassing van andere antipsychotica op de aanmaak van bloedcellen is dermate laag dat differentiatie van de spontane achtergrondincidentie problematisch is. Er zijn wel aanwijzingen dat fenothiazinen met alifatische zijketens (chloorpromazine, thioridazine) meer agranulocytose veroorzaken.

Bij schizofrenie en schizofreniforme stoornis dient zorgvuldige afweging van de ongelijksoortige bijwerkingen en risico's van de verschillende medicamenten in een dialoog tussen psychiater en patiënt tot een behandeling te leiden met een zo laag mogelijke dosis antipsychoticum.

6.9 De invloed van het patiëntenperspectief op de gewogen keuze voor een antipsychoticum

De subjectieve ervaring van de symptomen van schizofrenie enerzijds en van de effecten van antipsychotische medicatie anderzijds zijn belangrijke bepalende factoren voor de uiteindelijke therapietrouw en voor het beloop van de ziekte. Hoewel er al tenminste vijftientig jaar geleden is gepleit voor het belang van de evaluatie van de subjectieve beleving van de behandeling met antipsychotica, is dit in de praktijk van alledag nog maar mondjesmaat doorgedrongen.

De betere subjectieve aanvaardbaarheid van de atypische antipsychotica vergeleken met relatief hoge doseringen van de klassieke middelen ondersteunt in beperkte mate hun toepassing als middelen van eerste keus. Individuele factoren die in dialoog tussen patiënt en behandelend arts meegewogen kunnen en moeten worden, kunnen de balans laten doorslaan naar de keuze voor een klassiek middel.

6.10 Farmaco-economische overwegingen bij medicamenteuze behandeling

Doelmatigheid en kosteneffectiviteit kunnen een rol spelen bij de totstandkoming van aanbevelingen voor behandelingen. Dit is vooral het geval bij interventies waarvoor geen duidelijke voorkeuren bestaan op grond van medische effectiviteit. In economische evaluaties vormt in het algemeen het maatschappelijk perspectief het uitgangspunt: alle kosten en effecten, ook die buiten de gezondheidszorg, moeten in de kosteneffectiviteitanalyse worden meegenomen. Door gebrek aan gegevens over relevante niet-medische kosten was dit voor de huidige richtlijn niet mogelijk. De evaluaties zijn beperkt tot directe medische kosten van zorg. Deze kosten zijn echter wel verantwoordelijk voor een aanzienlijk deel van de totale kosten van schizofrenie.

In de overwegingen welke antipsychotische middelen de voorkeur verdienen, worden antipsychotische effectiviteit, effectiviteit qua terugvalpreventie, acute bijwerkingen, chronische bijwerkingen, subjectieve verdraagbaarheid en kosten gewogen. De werkgroep is van mening dat, als kosteneffectiviteitsoverwegingen (mede) gebruikt worden als argument, overwogen kan worden een atypisch antipsychoticum als eerste keuze voor de behandeling van schizofrenie te gebruiken.

6.11 De keuze van een antipsychotisch middel; een samenvatting

Bij schizofrenie en schizofreniforme stoornis dient zorgvuldige afweging van de ongelijksoortige bijwerkingen en risico's van de verschillende medicamenten in een dialoog tussen psychiater en patiënt tot een behandeling te leiden met een zo laag mogelijke dosis antipsychoticum.

Als de patiënt niet in staat is tot een redelijke afweging van de voor- en nadelen van de verschillende medicamenteuze opties en een dialoog met de naasten dan wel wettelijke vertegenwoordigers van de patiënt evenmin leidt tot een duidelijke conclusie, verdient het aanbeveling om een atypisch middel voor te schrijven, tenzij er vanuit de voorgeschiedenis informatie beschikbaar is die erop wijst dat de patiënt goed heeft gereageerd, zonder bijwerkingen, op een eerder voorgeschreven klassiek middel.

Zo gauw een redelijke dialoog (weer) mogelijk is, dient het medicatiebeleid aangepast te worden aan de resultaten van de dialoog.

6.12 Behandelingsalgoritmen

De huidige richtlijn is bruikbaar samen te vatten in het algoritme van bijlage 1.

Voor een goed begrip van dit algoritme dient de gehele tekst van de moederrichtlijn bestudeerd te worden.

6.13 Adjuvante medicamenteuze behandelingen bij therapieresistentie

Bij een aanzienlijk aantal patiënten blijven psychotische verschijnselen, al dan niet in gematigde vorm, bestaan ondanks medicamenteuze behandeling. Ook als patiënten vervolgens met een ander antipsychoticum en uiteindelijk met clozapine worden behandeld, lukt het in een aantal gevallen niet om de psychotische verschijnselen in voldoende mate onder controle te krijgen. Er is dan aanleiding om naast psychologische interventies adjuvante medicatie toe te passen met als doel de symptomen (verder) te bestrijden.

Indien medicamenteuze behandeling **volgens het schema in bijlage 1** onvoldoende effectief is, dan wel om andere redenen geheel of gedeeltelijk gecontra-indiceerd is, staan er een aantal alternatieve medicamenteuze opties voor additie open. Hiernaar is geen vergelijkend onderzoek gedaan, zodat over de kans op succes geen uitspraak kan worden gedaan.

6.14 Farmacotherapie en psychiatrische of somatische co-morbiditeit

Patiënten die lijden aan schizofrenie kunnen naast deze aandoening nog andere psychiatrische en /of somatische problemen hebben die van invloed kunnen zijn op het resultaat van de behandeling. Onderstaand wordt eerst de belangrijkste compliceren-

de psychiatrische problematiek besproken. Vervolgens komt de somatische co-morbiditeit aan bod.

6.14.1 Psychiatrische co-morbiditeit

Bij het gelijk optreden (dubbeldiagnose) van schizofrenie en verslavingsproblematiek (alcohol, drugs) dient overwogen te worden om clozapine vervroegd in te zetten wanneer het verslavingsgedrag blijft interfereren met de antipsychotische behandeling.

Ook bij persisterende ernstige vijandigheid en/of agressie dient te worden overwogen om clozapine vervroegd in te zetten.

Bij gelijk optredende depressieve verschijnselen bij een schizophrene psychose heeft behandeling met een atypisch antipsychoticum de voorkeur.

Bij suïcidaliteit dienen risico's en potentiële voordelen van behandeling met clozapine zorgvuldig afgewogen te worden.

Bij behandeling van depressieve klachten in de postpsychotische fase is een behandeling met antidepressiva te overwegen.

Bij de bestrijding van acute agitatie in het kader van een psychose komen zowel lorazepam, haloperidol als olanzapine in aanmerking, zo mogelijk via orale weg, zo nodig via de intramusculaire weg. In acute nood-situaties is gecombineerde behandeling met haloperidol en lorazepam, beide intramusculair toegediend, de meest effectieve behandeling.

6.14.2 Somatische co-morbiditeit

Bij mensen met schizofrenie is vaak sprake van co-morbiditeit op lichamelijk terrein en deze aandoeningen worden vaak niet ontdekt, ook niet als ze het gevolg zijn van (zeldzame) bijwerkingen van antipsychotica. Redenen hiervoor zijn onder meer de afwijkende klachtenpresentatie en verminderd adequaat hulpvraaggedrag. Mensen met schizofrenie dienen bij iedere belangrijke crisis en verder periodiek op de aanwezigheid van lichamelijke aandoeningen te worden onderzocht. Daarnaast is het van belang dat er hetzij in het behandelplan van de psychiater, hetzij middels goede afspraken met de huisarts, gericht aandacht wordt besteed aan de detectie van intercurrente (infectie)ziekten.

Het te verrichten onderzoek dient tenminste gericht te zijn op het ontdekken van:

- infectieziekten (inclusief tuberculose)
- obesitas
- hart- en vaatziekten (bijv. ischemie)
- luchtwegziekten (bijv. chronic obstructive pulmonary disease, COPD)
- maagdarmaandoeningen (bijv. reflux of obstipatie)
- urogenitale ziekten
- endocriene en metabole ziekten (bijv. diabetes mellitus en hyperlipidemie)
- lever- en nierfunctiestoornissen
- bewegingsstoornissen (bijv. tardieve dyskinesie)
- het bestaan van een deficiënte voedingstoestand (bijv. hypovitaminose of anemie)

Essentieel voor het onderzoek is het afnemen van een anamnese en op de klachten en leefsituatie afgestemd lichamelijk onderzoek en laboratoriumonderzoek.

Bij het (opnieuw) in zorg komen, bij opname in een psychiatrisch ziekenhuis of op indicatie, dient er, met een minimale frequentie van één keer per twee jaar, gerichte aandacht te zijn voor de lichamelijke gezondheidstoestand, inclusief de tandheelkundige gezondheidstoestand.

Tot het uit te voeren (hulp)onderzoek behoort eerst en vooral het vergaren van goede (hetero)anamnestische informatie. Aan de hand daarvan kan vervolgens besloten worden tot (gericht) lichamelijk onderzoek en eventueel aanvullend onderzoek, waarbij accuratesse en betrouwbaarheid van de anamnestiche informatie meegewogen wordt.

Op dit terrein dienen algemene medische beginselen als uitgangspunt, waarbij op adequate wijze rekening wordt gehouden met de specifieke problematiek van mensen met schizofrenie.

Gezien de hoge incidentie van hyperglykemie – en in mindere mate van hyperlipidemie – bij schizofrenie, niet alleen ten gevolge van behandeling met antipsychotica, is initiële controle van glucose- en lipidenplasma-waarden bij de start van de behandeling en daarna periodieke controle van in ieder geval de glucosespiegel op zijn plaats.

Er moet worden zorggedragen voor een adequate verslaglegging van zowel positieve als negatieve bevindingen.

6.15 Speciale groepen patiënten

In de onderzoeksliteratuur is specifieke aandacht geschonken aan toepassing van antipsychotica bij speciale groepen patiënten; wetenschappelijke gegevens die zouden kunnen leiden of zelfs dienen te leiden tot specifieke keuzes in de behandeling worden hier besproken.

6.15.1 Mannen vs. vrouwen

Belangrijke sekseverschillen met betrekking tot behandeling met antipsychotica werden niet gerapporteerd. Ook eerder gerapporteerde verschillen konden worden herleid tot methodologische ongelijkheden.

6.15.2 Zwangeren

Bij de behandeling van zwangere patiënten met een schizophrene psychose acht de werkgroep de keuze voor haloperidol óf olanzapine het meest rationeel.

6.15.3 Kinderen/adolescenten

Er zijn onvoldoende methodologisch geschikte onderzoeken bij kinderen en jonge adolescenten om specifieke aanbevelingen te doen.

6.15.4 Ouderen

Onderzoeken naar verschillen in effectiviteit en/of bijwerkingenprofiel tussen antipsychotica bij toepassing bij oudere patiënten met late-onset-schizofrenie werden in het Cochrane-review niet gevonden.

6.15.5 Verstandelijk gehandicapten

Gecontroleerde onderzoeken bij patiënten met schizofrenie en een verstandelijke handicap werden in het Cochrane-review niet gevonden. Auteurs adviseren te extrapoleren vanuit gegevens over patiënten met schizofrenie zonder verstandelijke handicap.

6.15.6 Etnische subgroepen

Gegevens over het beleid bij etnische subgroepen bij de afweging van verschillende antipsychotische behandelopties ontbreken. Wel zijn er aanwijzingen dat patiënten van Aziatische en Latijns-Amerikaanse herkomst minder hoge doseringen antipsychoticum behoeven dan van Kaukasische of Afro-Amerikaanse herkomst. Het is echter nog niet geheel duidelijk of dit intrinsieke verschillen in responsiviteit of in farmacokinetiek betreft, of selectie-effecten van patiëntenpopulaties.

6.16 Therapiemanagement (waaronder eventuele plasmaspiegelbepalingen)

Het kan om diverse redenen gewenst zijn om tijdens de behandeling zicht te houden op de hoogte van de bereikte concentraties van het gebruikte antipsychoticum. Dit *therapeutic drug monitoring* (het afstemmen van de dosering van het gebruikte middel op te bereiken bloedspiegels) is bij antipsychotica vaak niet mogelijk. Niettemin bestaan omstandigheden waaronder het meten van plasmaspiegels nuttig moet worden geacht. In het verleden zijn diverse andere methoden onderzocht om de behandeling met antipsychotica te kunnen monitoren: bijvoorbeeld meting in andere lichaamsvloeistoffen dan bloed, meting met behulp van de radioreceptor-assay-methode, meting van ECG- of EEG-veranderingen. Geen van deze methoden kan voldoende waardevol worden geacht.

De werkgroep is van mening dat routinematige bepaling van plasmaspiegels van antipsychotica niet zinvol is.

Bij de behandeling van mensen met schizofrenie dient de mogelijkheid te bestaan om op indicatie (bijv. vermoeden van therapieontrouw, aangeboren of verworven metabole afwijkingen) - op gestandaardiseerde wijze - een bloedspiegelmeting te verrichten van die antipsychotica waarvan een relatie tussen plasmaspiegel en therapeutisch effect aangetoond is.

Bij de behandeling van personen met schizofrenie, die zeer moeilijk instelbaar zijn, kunnen plasmaspiegelmetingen van haloperidol of clozapine worden toegepast om de therapie te optimaliseren.

Bij onvoldoende respons op clozapine verdient het aanbeveling (een) plasmaspiegelbepaling(en) te laten verrichten en op geleide van effect en eventuele bijwerkingen de dosering aan te passen op geleide van de plasmaspiegel, waarbij een plasmaspiegel van ≥ 350 microgram per liter nagestreefd kan worden.

6.17 Meetinstrumenten bij therapie-evaluatie

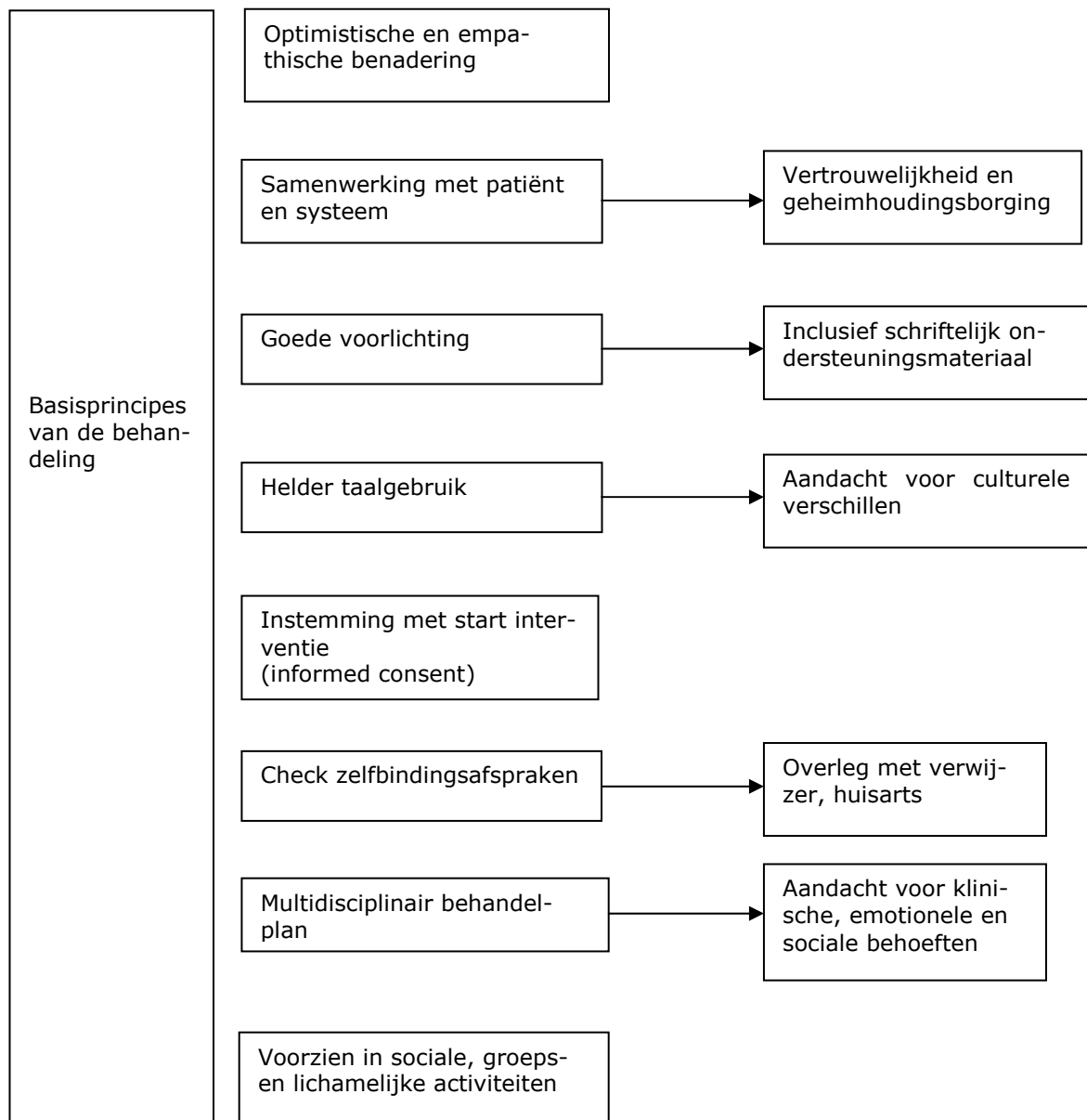
In 2003 is de simpele *Clinical Global Impression-Schizophrenia Scale* gepubliceerd (Halo e.a., 2003), die wellicht ook buiten onderzoekscentra goed bruikbaar is. Op het terrein van de vastlegging van bewegingsstoornissen is het *Schedule for the Assessment of Drug-Induced Movement Disorders* (SADIMoD) bruikbaar.

Het verdient aanbeveling om in de dagelijkse praktijk te onderzoeken of de winst die mogelijk geboekt kan worden door het beloop van de behandeling op gestandaardiseerde manier vast te leggen, opweegt tegen de extra investering in tijd en energie.

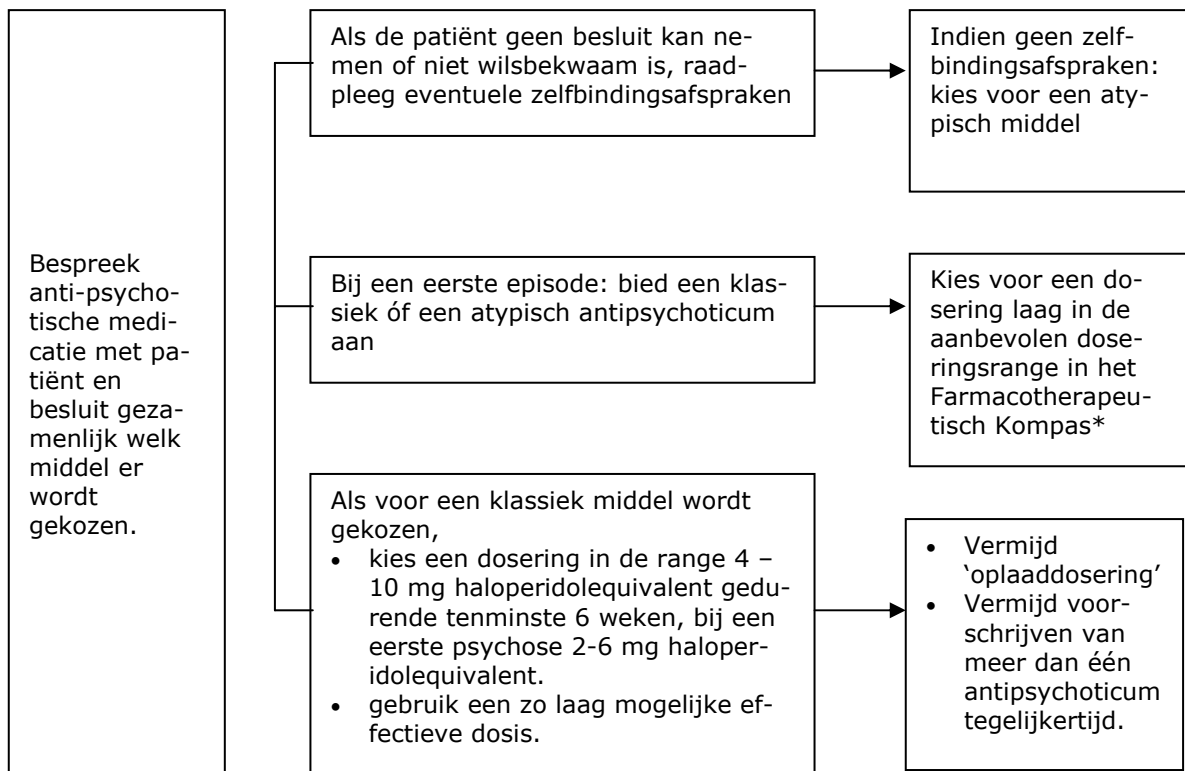
7 Schema's uitgangspunten behandeling schizofrenie (bijlage 1)

Ontleend aan de NICE richtlijn schizofrenie, vertaald en bewerkt aan de hand van deze richtlijn.

1 Basisprincipes

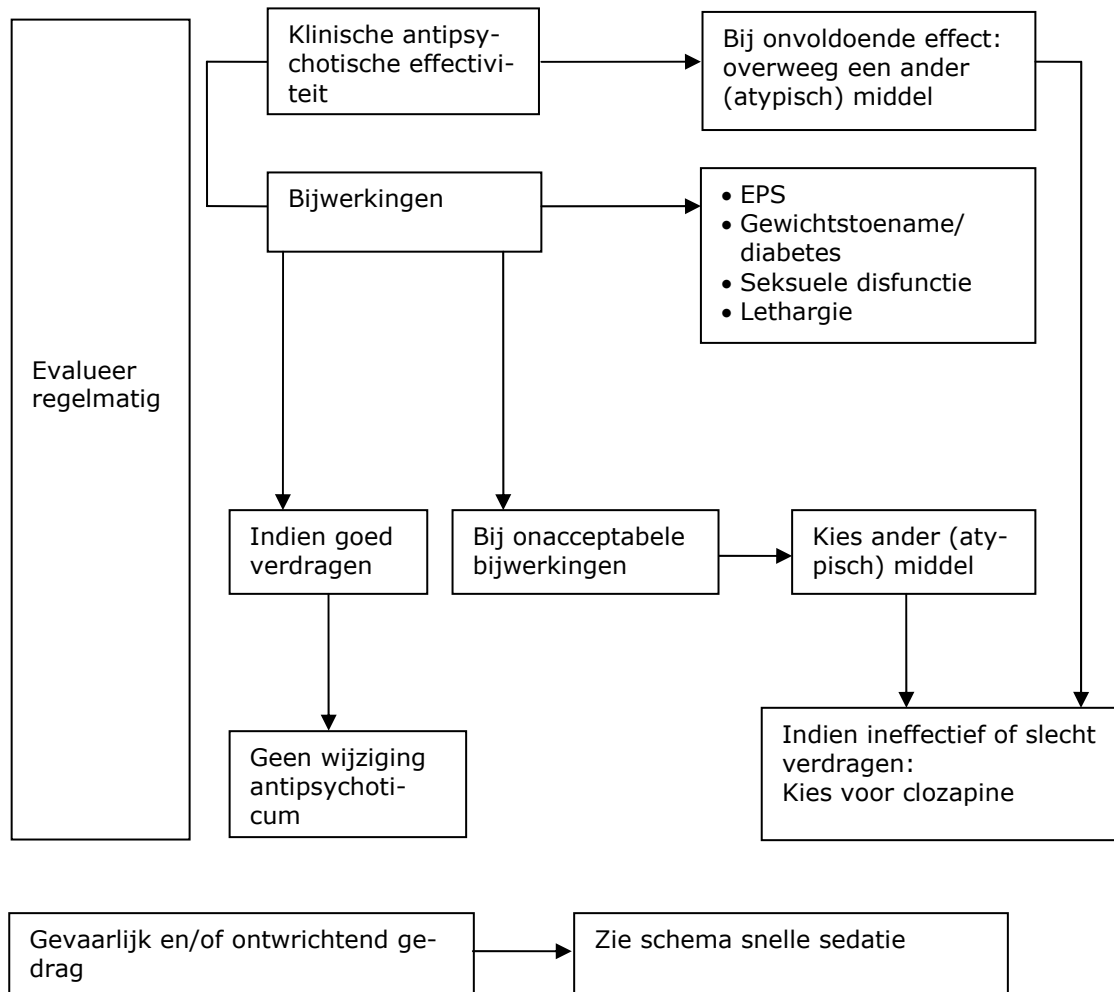


2 Basisfarmacotherapie

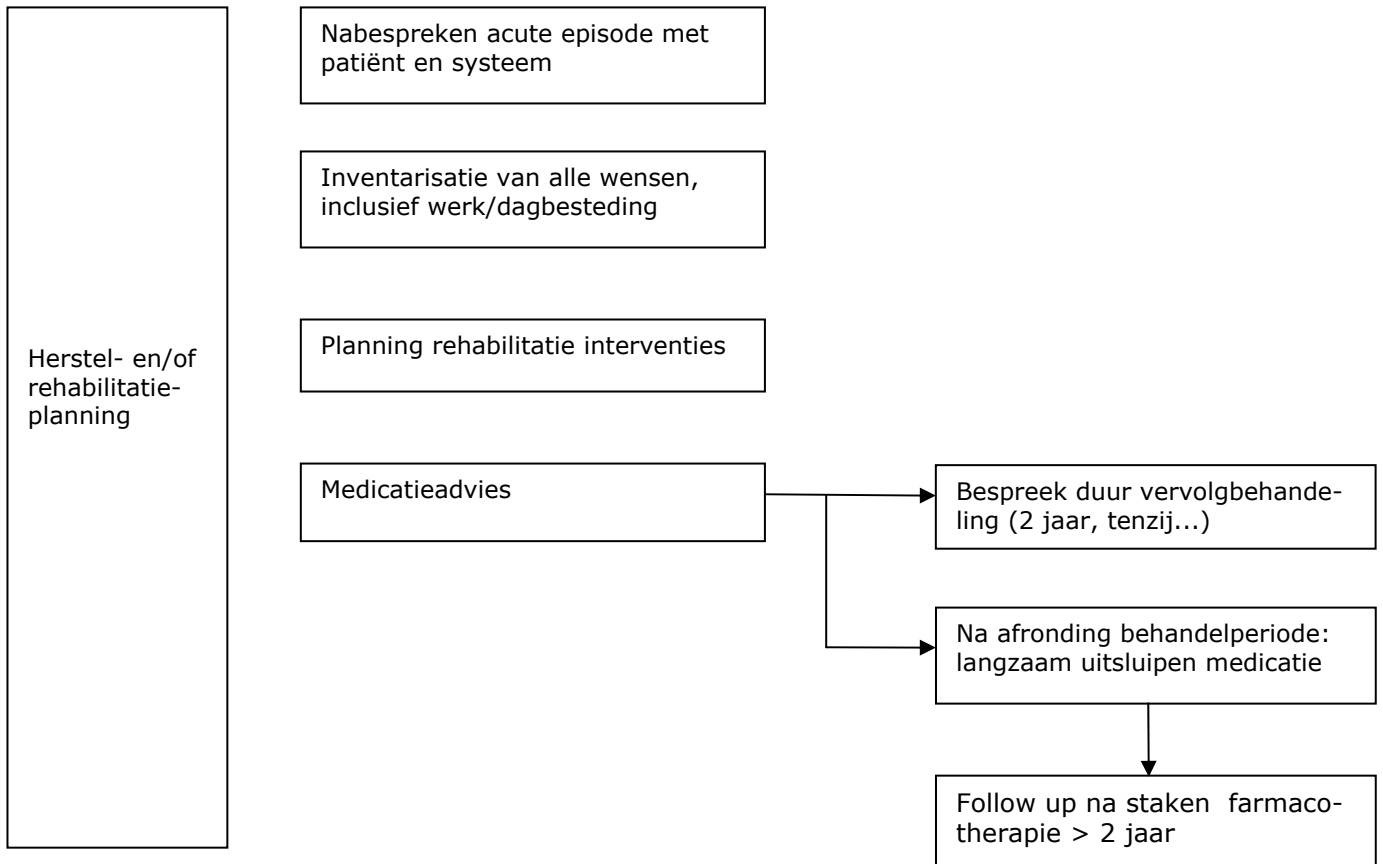


* Risperidon 2-6 mg (2-4 mg bij eerste psychose)
Olanzapine 7.5-20 mg (7.5-15 mg bij eerste psychose)
Quetiapine 200-600 mg (200-400 mg bij eerste psychose)

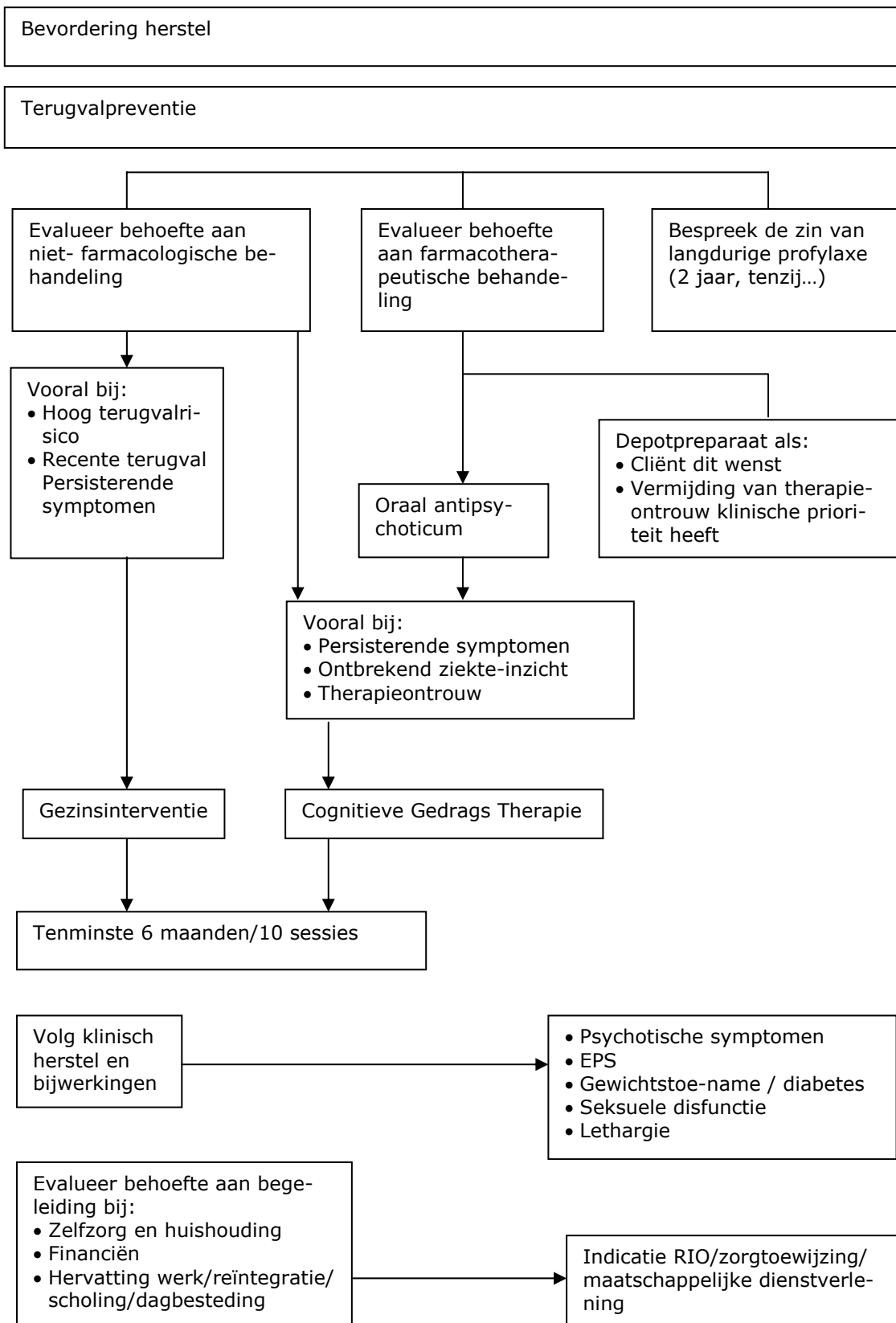
3 Evaluatie behandeling



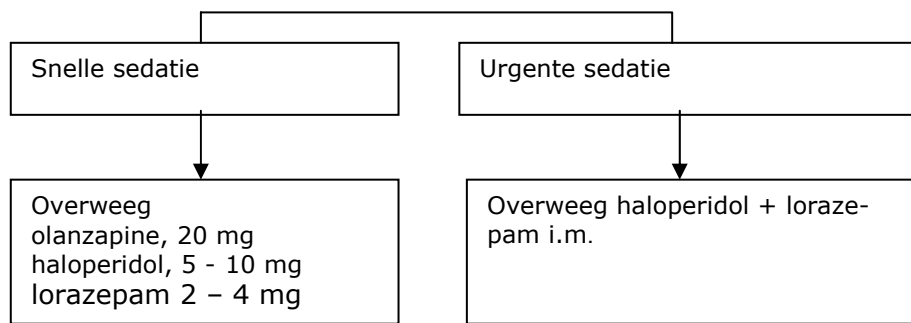
4 Herstel-/rehabilitatieplanning



5 Herstelbevordering en terugvalpreventie



6 Snelle sedatie



Indien keuze haloperidol, overweeg anticholinergische profylaxe

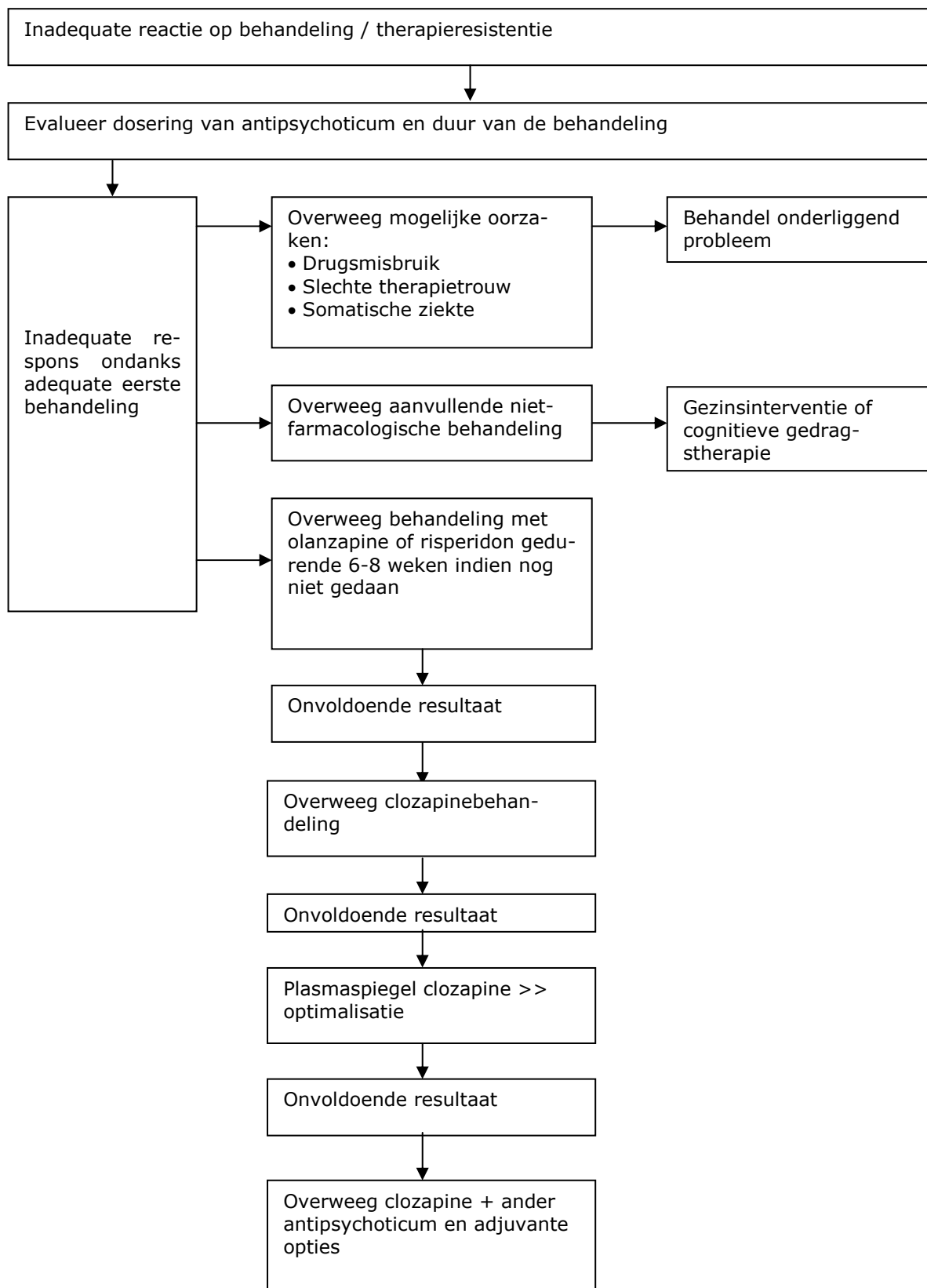
Zo mogelijk: oraal,
Zo nodig: intramusculair

Vermijd hoge doseringen

Draag zorg voor verscherpte observatie in geval van oversedatie

Bespreek zo spoedig mogelijk na de acute episode de interventie na met de patiënt

7 Therapieresistentie





Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling

GGZ

Het is voor het eerst dat er een evidence based multidisciplinaire richtlijn voor schizofrenie verschijnt. Voor gebruik in de praktijk is deze samenvatting gemaakt. In het kort staan hier de adviezen, aanbevelingen en handelingsinstructies voor diagnostiek en behandeling van volwassen cliënten met schizofrenie. Voor een uitgebreid overzicht is er de Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie.

De adviezen en aanbevelingen worden niet alleen in de GGZ gebruikt, maar zijn ook bruikbaar voor de huisarts, de bedrijfsarts en de maatschappelijk werker. De richtlijn is uitdrukkelijk ook een beslissingsondersteunend instrument voor patiënten. Hun inbreng in de vorm van commentaar en aanbevelingen is zoveel mogelijk in de richtlijntekst geïntegreerd. Bovendien is het cliëntenperspectief in een apart hoofdstuk opgenomen om de inbreng over de diagnostiek, de behandeling en de toepassing van bepaalde interventies goed tot zijn recht te doen komen.

Deze samenvatting kan onder meer gebruikt worden voor het toepassen van de aanbevelingen in de richtlijn in zorgprogramma's, voor het ontwikkelen van een cliëntenversie en een eventuele monodisciplinaire richtlijn.

Na een algemene inleiding waarin de werkwijze wordt verantwoord, komen de volgende onderdelen aan de orde:

- ervaringen van patiënten
- diagnostiek
- zorgorganisatie
- psychosociale interventies
- farmacotherapie

Naast deze samenvatting is ook beschikbaar de volledige richtlijn.

Multidisciplinaire richtlijnen

Vanaf januari 1999 bestaat de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. Deze stuurgroep, geleid door een onafhankelijk voorzitter, is samengesteld uit vertegenwoordigers van de volgende vijf beroepsverenigingen: het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP), de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP), het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) en de Federatie Verpleegkunde in de GGZ (FVGGZ). De Stuurgroep wordt ondersteund door het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en het Trimbos-instituut, Netherlands Institute of Mental Health and Addiction.

Trimbos-instituut

Secretariaat Landelijke

Stuurgroep Multidisciplinaire

Richtlijnontwikkeling in de GGZ

Postbus 725

3500 AS Utrecht

T (030) 297 11 31

E ggzrichtlijnen@trimbos.nl

www.ggzrichtlijnen.nl

www.trimbos.nl

Trimbos-
instituut

Netherlands Institute
of Mental Health
and Addiction

