
RICHTLIJN SCHIZOFRENIE 2012:

BASISZORG OP HET GEBIED VAN PSYCHOSOCIALE INTERVENTIES EN VERPLEEGKUNDIGE ZORG

S. Castelein, H. Knegtering, B. van Meijel, M. van der Gaag

Achtergrond	In 2012 is een herziene versie van de multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie uitgekomen.
Doel	Een overzicht geven van de psychosociale interventies en verpleegkundige zorg die volgens de richtlijn deel uitmaken van de basiszorg voor mensen met schizofrenie. Bespreken welke interventies effectief zijn en welke optioneel en geven van een visie op het actualiseren van de richtlijn.
Methode	Voor het herzien van de richtlijn werd een systematische review uitgevoerd met vooraf vastgestelde zoektermen. Artikelen tot februari 2010 werden geïncludeerd. De methode voor evidence-based richtlijnontwikkeling (ebro-methode) werd gebruikt om tot aanbevelingen te komen.
Conclusie	Cognitieve gedragstherapie en gezinsinterventies zijn wetenschappelijk bewezen interventies, waarvan wordt geadviseerd deze op te nemen in zorgprogramma's. Niet bewezen effectief, maar wel geïndiceerd, is psycho-educatie aan de patiënt. Optionele interventies zijn lotgenotengroepen en – bij negatieve symptomen – psychomotorische therapie. Voor de verpleegkundige zorg is de wetenschappelijke evidentie beperkt, wel worden aanbevelingen gedaan. De ontwikkeling van een 'levende richtlijn', die continu wordt geactualiseerd, is wenselijk.
Eerder in	Tijdschrift voor psychiatrie 55(2013)9, 707-714.

In 2005 is in Nederland de eerste multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie verschenen. Een richtlijn biedt een compleet overzicht van alle wetenschappelijke evidentie voor verschillende vormen van behandeling: biologische, fysieke en psychosociale behandeling. Er wordt ook ingegaan op diagnostiek, organisatie van zorg, maatschappelijke participatie, rehabilitatie en de inzet van ervaringsdeskundigheid.

Een herziene versie is in 2012 uitgebracht. In dit artikel geven we een overzicht van de huidige *evidence-based* psychosociale interventies en verpleegkundige zorg zoals opgenomen in de herziene richtlijn. De aanbevolen interventies horen in elk zorgprogramma voor mensen met schizofrenie en aanverwante psychosen opgenomen te zijn. Tevens worden de optionele interventies beschreven. Verder geven we aan hoe de implementatie van de richtlijn verbeterd kan worden. Op dit moment zijn er elf ggz-richtlijnen beschikbaar, die elk vele honderden pagina's beslaan. Voor de behandelaar is het hanteren hiervan een grote, misschien wel te grote opgave. Wil de implementatie van richtlijnen slagen, dienen hiervoor handvatten ontwikkeld te worden.

Hoe de richtlijn te lezen?

Voor het samenstellen van de huidige richtlijn is de methode voor *evidence-based* richtlijnontwikkeling (EBRO) van het CBO gebruikt. Deze methode deelt al het onderzoek in naar verschillende niveaus van bewijs (*levels of evidence*; zie: <http://www.cbo.nl>).

- Niveau 1 staat voor de hoogste classificatie: een systematische review van ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde gerandomiseerde (dubbelblinde) studies van goede kwaliteit en voldoende omvang. Opgemerkt moet worden dat enkelblinde studies eveneens niveau 1 kregen bij dit gedeelte van de richtlijn.
- Niveau 2 geeft aan dat er gecontroleerd onderzoek van gedegen kwaliteit is uitgevoerd. Er is geen systematische review of meta-analyse aanwezig.
- Niveau 3 geeft aan dat er geen gecontroleerd onderzoek voorhanden is of dat gecontroleerd onderzoek van onvoldoende kwaliteit is.
- Niveau 4 is de laagste classificatie: er is geen onderzoek beschikbaar, het bewijs is gebaseerd op de mening van deskundigen.

Als interventies niveau 1 of 2 aan bewijs hebben, leidt dit tot concrete aanbevelingen voor de zorg. Dit kan zowel betekenen dat er voldoende bewijs is dat een interventie werkt, maar ook dat een interventie niet effectief is. Bij niveau 3 of 4 is er in principe meer evidentie nodig om tot onderbouwd handelen over te gaan.

Basiszorg schizofrenie

Het wetenschappelijke bewijs voor een bepaalde interventie kan snel veranderen, bijvoorbeeld wanneer er veel in onderzoek wordt geïnvesteerd. Het kan ook zo zijn dat bepaalde interventies die (mogelijk wel) effectief zijn, niet aanbevolen kunnen worden door een gebrek aan bewijsvoering.

Tot slot zijn niet alle vormen van interveniëren te vatten in geformaliseerde interventies die op effectiviteit getoetst kunnen worden.

Met deze kanttekeningen voor ogen beschrijven we in dit artikel de basiszorg die we kunnen aanbevelen op basis van de literatuur tot en met begin 2010. Voor interventies die standaard deel uitmaken van het basispakket van zorg is bewijsniveau 1 vereist op de primaire uitkomstmaat en daarnaast bij voorkeur op meerdere secundaire uitkomstmaten.

Interventies met bewijsniveau 2 zijn optionele interventies in een zorgprogramma. Er is wel gedegen onderzoek naar deze interventies gedaan, maar meer onderzoek is nodig om tot een optimaal bewijsniveau te komen. Interventies met conclusies op de niveaus 3 en 4 zijn nog onvoldoende wetenschappelijk onderzocht om gerekend te kunnen worden tot bewezen basiszorg. Deze worden niet vermeld in tabel 1. Daarin staan de psychosociale interventies en verpleegkundige zorg met niveau 1 en 2.

Voor counseling en steunende psychotherapie, psychoanalytische therapieën, copingstrategieën bij hallucinaties, cognitieve remediatie en revalidatie, psycho-educatie aan patiënten, adherencetherapie, hallucinatiegerichte integratieve therapie (HIT), creatieve therapie, dans en drama, ergotherapie en vaardigheidstrainingen (socialevaardigheidstraining, libermanmodulen) geldt dat deze alle bewijsniveau 3 of 4 hebben. Dit betekent dat de interventie nog niet of onvoldoende is onderzocht. Mocht de effectiviteit van deze interventies in nieuw onderzoek nader bewezen worden, dan kunnen ze alsnog worden vertaald naar aanbevelingen in de richtlijn.

Verpleegkundige zorg

Het verplegingswetenschappelijke ggz-onderzoek is in Nederland en daarbuiten sterk in ontwikkeling. Voor dit moment geldt echter dat slechts een zeer beperkt aantal interventies op effectiviteit is onderzocht. Zoals gezegd: niet alle aspecten die van belang zijn voor goede verpleegkundige zorg zijn te formaliseren en te protocol leren in interventies en richtlijnen die in experimenteel onderzoek op effectiviteit kunnen worden onderzocht.

Richtlijn schizofrenie 2012: basiszorg betreffende psychosociale interventies en verpleegkundige zorg

TABEL 1 *Basiszorg schizofrenie: psychosociale interventies en verpleegkundige zorg met bewijsniveau 1 en 2*

	<i>Aangetoond effectief</i>	<i>Aangetoond (nog) niet effectief</i>	<i>Aanbeveling</i>
Geïndiceerd (niveau 1) Cognitieve gedragstherapie	Afname psychiatrische symptomen tot 12 mnd na de behandeling (1); minder hallucinaties (1); minder negatieve en depressieve symptomen tot 12 mnd na behandeling (1); minder heropnames bij 18-maandsfollow-up (1).	Geen of inconsistente effecten op wanen, zelfwaardering, sociaal functioneren en ziekte-inzicht (1).	Geïndiceerd. Minimaal 16 sessies geprotocolleerd.
Gezinsinterventies (psycho-educatie, verhogen van het probleemoplossend vermogen van gezinsleden)	Minder heropnames tot 12 mnd na behandeling (1); kortere duur heropnames tot 18 mnd na behandeling (1); verbetering op algemene symptomen tot 24 mnd na behandeling (1); uitstel van terugval tot 12 mnd na behandeling (1), betere omgang met symptomen en medicatie (2).	Geen verbetering op positieve en negatieve symptomen (1), niet minder vaak gebruikmaken van crisiszorg (1), geen vermindering in zorgconsumptie (1), geen verbetering op algehele gezondheidstoestand (1), kwaliteit van leven (1), werksituatie (1) en sociaal functioneren (1)	Geïndiceerd. Drie maanden tot een jaar aanbieden, minimaal 10 zittingen aan gezin en gezinslid met de psychotische stoornis.
Psycho-educatie (individueel aan de patiënt)	Op ziektegerelateerde uitkomstmaten worden geen positieve effecten gevonden. ^a	Geen verbeterde medicatietrouw (2), niet minder last van symptomen (1), geen afname van heropnames (2), geen verbetering op terugval, algeheel functioneren (1) en sociaal functioneren (2).	Niet geïndiceerd op basis van wetenschappelijke evidentie, maar wel aanbieden conform de WGBO: elke patiënt dient geïnformeerd te worden over ziekte en behandeling. De voorkeur gaat uit naar individuele aanpak. ^a
Optioneel (niveau 2) Lotgenotengroep	Verbetering sociaal netwerk (2) en ontvangen sociale steun (2), vermindering negatieve symptomen (2), geen toename van gezondheidszorgkosten (2).	Er werd geen bewijs gevonden voor toename van kwaliteit van leven, zelfwaardering en empowerment (alle 2).	Optioneel. Minimaal 8 maanden deelname in groep.
Psychomotorische therapie	Verbetering psychomotorisch functioneren, verlaging reactietijd, verbetering globaal functioneren en fitheid, afname van mate van gespannenheid, gewicht en BMI (alle 2), afname van negatieve symptomen tot 4 mnd na behandeling (3).	Geen afname van psychische symptomen (2), geen verbetering van sociaal functioneren (2), geen afname van positieve symptomen (3), geen verbetering van kwaliteit van leven (3).	Optioneel bij mensen met ernstige negatieve symptomen, overgewicht, slechte lichamelijke conditie en spanningsklachten.

Bewijsniveau per uitkomstmaat: 1 = meta-analyse of systematische review van minimaal twee gecontroleerde onderzoeken; 2 = een gecontroleerd onderzoek; 3 = geen gecontroleerd onderzoek of gecontroleerd onderzoek van onvoldoende kwaliteit; 4 = mening van deskundigen.

^aOnderzoek dat beschikbaar kwam na publicatie richtlijn 2012 verandert de aanbeveling, zie paragraaf nieuwe evidentie WGBO: Wet op de Geneeskundige Behandeloovereenkomst.

Daarom begint het hoofdstuk over de verpleegkundige zorg in de richtlijn met een algemene beschouwing over kenmerken van goede zorg, hoe verpleegkundigen een (flexibele) rol kunnen spelen in het ondersteunen van het alledaagse leven en hoe zij in samenspraak met de patient het herstel kunnen bevorderen.

Vervolgens wordt een aantal formele interventies beschreven die door verpleegkundigen kunnen worden uitgevoerd.

Deze interventies behoren vanzelfsprekend niet tot het exclusieve domein van de verpleegkundigen, maar verpleegkundigen vervullen bij deze interventiegebieden een belangrijke rol, mede door het intensieve alledaagse contact dat ze met de patienten onderhouden.

Er wordt ingegaan op somatische screening en leefstijlcoaching, het werken met crisis- en signaleringsplannen, de begeleiding bij suicidaliteit, seksuele voorlichting en educatie, interventies gericht op het sociale netwerk, cognitief-gedrags-therapeutische interventies door verpleegkundigen en respijtzorg.

Uit voorgaande opsommingen blijkt dat veel interventies nog onvoldoende zijn onderzocht om ze als 'evidence-based' te kunnen aanmerken. Dit wil niet zeggen dat ze niet aangeboden mogen worden. Voor deze interventies is het wel van belang ze toetsbaar te omschrijven in protocollen, richtlijnen en programma's, zodat gecontroleerd wetenschappelijk onderzoek verricht kan worden.

Nieuwe evidentie na richtlijn 2012

Na 2010 is er voor meerdere interventies aanvullende wetenschappelijke evidentie gekomen. De belangrijkste voorbeelden zijn interventies gericht op vroegdetectie, psycho-educatie, psychomotorische therapie en beeldende therapie.

Vroegdetectie

In de richtlijn van 2012 wordt aangegeven dat het nog te vroeg is om uitspraken te doen over het effect van interventies op het gebied van vroegdetectie van zich mogelijk ontwikkelende schizofrenie of aanverwante psychosen.

Deze conclusie mag anno 2013 worden bijgesteld. Er zijn in 2011 en 2012 vier grote gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken naar vroegdetectie en mogelijke interventies ter behandeling van een (dreigende) eerste psychose verschenen (Addington e.a. 2011; McGorry e.a. 2012; Morrison e.a. 2012; Van der Gaag e.a. 2012). Deze onderzoeken en recente meta-analyses tonen aan dat met technieken uit de cognitieve gedragstherapie een verlaging van het risico dat zich daadwerkelijk een psychose ontwikkelt van 46 tot 66% bereikt kan worden (Fusar-Poli e.a. 2013; Stafford e.a. 2013)

Psycho-educatie

Over psycho-educatie is in de zorgprogramma's veel discussie. De richtlijn van 2012 liet zien dat het effect tot nu toe voornamelijk werd verklaard door het effect dat de interventie had op de familieleden van patiënten en veel minder op de patiënt. Echter, in een recente cochrane review over psycho-educatie aan patiënten vond men positieve effecten bij het voorkomen van een psychotische terugval op de lange termijn (Xia e.a. 2011). Het betrof een reductie van 27% (95%-betrouwbaarheidsinterval: 15-38). De kwaliteit van de studies waarop de meta-analyse is gebaseerd, is echter relatief zwak.

De conclusie uit de richtlijn van 2012 dat psycho-educatie gericht op patiënten geen invloed heeft op psychotische terugval, moet dus worden bijgesteld. In de volgende richtlijn zou het bewijsniveau 2 zijn voor psycho-educatie waar het gaat om het voorkomen van psychotische terugval. Voor de zorg blijft de aanbeveling dat psycho-educatie aangeboden moet worden, nu niet alleen op basis van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), maar ook op basis van de nieuwe evidentie.

Op beweging gerichte therapie

Voor psychomotorische therapie en bewegingsactivering blijft het bewijsniveau anno 2013 gelijk (niveau 2), maar deze therapievormen worden wel steviger ondersteund door recent gecontroleerd onderzoek. Een voorbeeld is het gecontroleerde 'Topfit-onderzoek', dat liet zien dat beweging ten opzichte van

activiteitentherapie een significant positief effect heeft op cardiovasculaire fitness en een trend laat zien op het verbeteren van depressieve symptomen (Scheewe e.a. 2012). Bij de perprotocolanalyses werden op zorgbehoeften, psychotische en depressieve symptomen significante effecten gevonden.

Beeldende groepstherapie

Wat betreft beeldende groepstherapie is een groot gecontroleerd onderzoek uitgevoerd in Engeland, de Matisse-studie (Crawford e.a. 2012). Er zijn in dit onderzoek geen effecten gevonden op symptomen, algeheel functioneren, kwaliteit van leven en kosteneffectiviteit. De aanbeveling is vooraansnog om geen beeldende groepstherapie aan te bieden die gericht is op deze uitkomstmaten (bewijsniveau anno 2013: niveau 2).

Richtlijn schizofrenie in de toekomst

Men discussieert nu over een toekomstige richtlijn die meer is afgestemd op de opeenvolgende stadia van schizofrenie. Een voordeel van een dergelijk model is dat de verschillende stadia bij de ontwikkeling van schizofrenie duidelijker zichtbaar worden, waarbij ieder stadium gekenmerkt wordt door eigen psychopathologische kenmerken, niveaus van functioneren, behandelstrategieën en prognoses.

De indeling die voorgesteld is door de Australische groep onder leiding van Patrick McGorry onderscheidt:

- (1a) psychoseachtige ervaringen onder de bevolking die meestal zonder interventie overgaan en waarbij monitoring en educatie geïndiceerd zijn;
- (1b) het ultrahoog risicostadium met matig ernstige subklinische symptomen, waarbij ongeveer een halvering van de transities naar een eerste psychose bereikt kan worden met cognitieve gedragstherapie;
- (2) het stadium van de eerste psychose waarbij farmacotherapie zijn intrede doet; gevolgd door de stadia:
 - (3a) incomplete remissie, (3b) terugval, (3c) meerdere terugvallen;
 - (4) het stadium van de ernstige persisterende psychose waarbij bemoeizorg, thuiszorg, en ondersteuning bij wonen en dagbesteding noodzakelijk zijn in aanvulling op onderhouds (depot) medicatie (McGorry e.a. 2006).

Met de stappen door de verschillende stadia worden de interventies steeds intensiever en de prognose slechter.

Een levende richtlijn die leeft

Met een 'levende richtlijn' bedoelt men een richtlijn die voortdurend up-to-date wordt gehouden. Tussen de eerste en de herziene versie van de richtlijn Schizofrenie verliep nu zeven jaar. Internationaal is dit overigens niet anders. Ons artikel toont ook aan dat de laatste multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie 2012 op onderdelen nu al toe is aan revisie. Een gewenst scenario is een altijd actuele richtlijn die frequent wordt herzien. Net als bij een cochrane review zou men ervoor kunnen kiezen dat enkele experts zich verbinden aan het up-to-date houden van een bepaald onderdeel van de richtlijn. Dit kan het beste in digitale vorm, want alleen op die manier kan nieuwe informatie snel in de richtlijn worden verwerkt.

Een belangrijke uitdaging is hoe een (al dan niet levende) richtlijn echt onder behandelaren kan gaan 'leven'. De praktijk leert dat er op het moment van schrijven elf ggz-richtlijnen zijn van elk 200-500 pagina's. Van behandelaren wordt verondersteld dat zij goed op de hoogte zijn van de inhoud ervan, of in ieder geval van de richtlijnen die betrekking hebben op hun patiëntenpopulatie.

Zo zal een behandelaar ongeveer 1000 pagina's aan evidentie moeten kennen bij een patiënt met schizofrenie met een comorbide depressie en suïcidaal gedrag.

De vraag is dan ook: hoe kan deze relevante informatie het beste worden aangeboden? In ieder geval is het van belang dat deze veel compacter aangeboden wordt.

Een kaart met samenvattingen, zoals deze bij de richtlijn voor paniekstoornis is ontwikkeld, zou nuttig kunnen zijn. Daarnaast zou een elektronische richtlijn, waarbij gezocht kan worden op klinisch relevante zoektermen, een goed hulpmiddel kunnen zijn voor behandelaren.

Conclusie

De conclusies uit de multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie 2012 zijn gebaseerd op de literatuur tot begin 2010. Anno 2013 blijven veruit de meeste conclusies staan.

Cognitieve gedragstherapie en gezinsinterventies

(bestaande uit psycho-educatie en verhogen van het probleemoplossend vermogen) zijn geïndiceerd voor mensen met schizofrenie. Dit wil zeggen dat deze standaard deel uit horen te maken van zorgprogramma's.

In de richtlijn van 2012 wordt gesteld dat *psycho-educatie* gericht op de patiënt niet effectief is op belangrijke ziekte-uitkomstmaten, maar conform de WGBO wel deel uit hoort te maken van zorgprogramma's. Anno 2013 is er meer evidentie voor psycho-educatie als het gaat om het voorkomen van een recidiefpsychose. De kwaliteit van de studies in de meta-analyse is echter vrij zwak, daardoor wordt niet het hoogste bewijsniveau (=1) gehaald. Een bewijsniveau van 2 is wel reëel, omdat alle geïncludeerde studies consistent zijn waar het gaat om het vinden van effect op het voorkómen van psychotische terugval. Omdat psychoeducatie al geïndiceerd is op basis van de WGBO, verandert er in de aanbeveling in principe niets. Psycho-educatie hoort aangeboden te worden in een zorgprogramma.

Optionele interventies in een zorgprogramma zijn: lotgenotengroepen en - bij negatieve symptomen - psychomotorische therapie. Het effect van andere psychosociale interventies en de verpleegkundige zorg is nog onvoldoende onderzocht, of is al wel onderzocht, maar met trials van onvoldoende kwaliteit om tot eenduidige aanbevelingen te kunnen komen.

Een *levende* richtlijn is nodig waarin men de recentste literatuur continu verwerkt. Alleen op die manier kan er zorg worden geleverd conform de laatste wetenschappelijke evidentie. Ook zijn er praktische tools nodig om de veelheid aan informatie hanteerbaar te maken voor behandelaren. Er zijn ideeën om bij de volgende update het stadiersmodel van McGorry e.a. te gebruiken, zodat recht wordt gedaan aan de verschillende fasen in het beloop van schizofrenie.

Noot

Alle auteurs waren betrokken bij de totstandkoming van de richtlijn.

De herziene versie van de multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie is in 2012 uitgekomen (ISBN 978 90 5898 209 4. De Tijdstroom; 30 euro). Tevens kan de richtlijn gratis gedownload worden (<http://www.ggzrichtlijnen.nl>). De digitale versie heeft als voordeel dat men door de zoekfunctie te gebruiken vraaggericht kan zoeken.

Literatuurlijst

- Addington J, Epstein I, Liu L, French P, Boydell KM, Zipursky RB. A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for individuals at clinical high risk of psychosis. *Schizophr Res* 2011; 125: 54-61.
- Alphen C van, Ammeraal M, Blanke C, Boonstra N, Boumans H, Bruggeman R, e.a. *Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie*. Utrecht: De Tijdstroom; 2012.
- Crawford MJ, Killaspy H, Barnes TR, Barrett B, Byford S, Clayton K, e.a. Group art therapy as an adjunctive treatment for people with schizophrenia: a randomised controlled trial (matisse). *Health Technol Assess* 2012; 16: iii-iv, 1-76.
- Fusar-Poli P, Borgwardt S, Bechdolf A, Addington J, Riecher-Rössler A, Schultze-Lutter F, e.a. The psychosis high-risk state: a comprehensive state-of-the-art review. *JAMA Psychiatry* 2013; 70: 107-20.
- Gaag M van der, Nieman H, Rietdijk J, Dragt S, Ising K, Klaassen RMC. Cognitive behavioral therapy for subjects at ultrahigh risk for developing psychosis: A randomized controlled clinical trial. *Schizophr Bull* 2012; 38: 1180-8.

- McGorry PD, Hickie IB, Yung AR, Pantelis C, Jackson HJ. Clinical staging of psychiatric disorders: A heuristic framework for choosing earlier, safer and more effective interventions. *Aust N Z J Psychiatry* 2006; 40: 616-22.
- McGorry PD, Nelson B, Phillips LJ, Yuen HP, Francey SM, Thampi A, et al. Randomized controlled trial of interventions for young people at ultra-high risk of psychosis: Twelve-month outcome. *J Clin Psychiatry* 2013; 74: 349-56 (E-pub 2012).