
DE VERVOLGBEHANDELING BIJ EEN PATIËNT MET EEN BIPOLAIRE STOORNIS

Een gevalsbeschrijving over Evidence Based Practice, richtlijnbehandeling en uitkomstindicatoren

Dr. P.J.J. Goossens, RN MANP PhD, Verpleegkundige specialist GGZ bij het Specialistisch Centrum Bipolaire Stoornissen van Dimence te Deventer, senior onderzoeker IQ healthcare Radboud Universiteit Nijmegen en Lector GGZ Saxion Hogescholen.

Drs. Anja Stevens, psychiater bij het Specialistisch Centrum Bipolaire Stoornissen van Dimence te Deventer

Samenvatting

Een 42 jarige man werd na een manische episode voor vervolgbehandeling verwezen naar een gespecialiseerde polikliniek. Hier werd hij conform de richtlijn behandeld met de modules farmacotherapie, psycho-educatie en voorlichting en zelfmanagement interventies. In deze gevalsbeschrijving worden de behandeling en de behandeluitkomsten afgezet tegen de voorgestelde uitkomstindicatoren uit dezelfde richtlijn. Op vier van de negen indicatoren blijkt er geen sprake te zijn van een positieve uitkomst. Toch is de behandeling vormgegeven volgens de principes van Evidence Based Practice.

Trefwoorden: Richtlijnen - Uitkomstindicatoren - Bipolaire stoornis

Inleiding

De bipolaire stoornis is een chronische en ernstige psychische stoornis met een recidiverend verloop met episodes van depressie, (hypo)manie, mogelijk gemengde episodен en perioden die relatief symptoomvrij verlopen (Kupka, Knoppert - van der Klein, & Nolen, 2008). De bipolaire stoornis staat als vijfde gerangschikt op de World Health Organisation (WHO) lijst van niet dodelijke aandoeningen die de meeste ziektelast veroorzaken in de leeftijdscategorie van 15 tot 44 jaar oud (WHO, 2001). De ziekte treft ongeveer 1,5 à 2% van de bevolking (Pini et al., 2005) De ziekte kan desastreuze gevolgen hebben voor de patiënt en zijn omgeving. Er is hoge lijdensdruk, lagere kwaliteit van leven, veelal sociale problemen en alcohol- en drugsgebruik komen vaak voor (Abood, Sharkey, Webb, Kelly, & Gill, 2002; Bowden, 2005; Depp, Davis, Mittal, Patterson, & Jeste, 2006; Sajatovic, 2005; Goodwin & Jamison, 2007; Goossens, Hartong, Knoppert - van der Klein, & van Achterberg, 2009). In vergelijking met alle andere psychische stoornissen is er een significant hoger risico op suicide (Sharma & Markar, 1994; Joukamaa, et al., 2001; Ten Have, et al., 2002). Bij patiënten met een bipolaire stoornis draait de behandeling globaal om het bestrijden van acute symptomen en episodен van (hypo)manie of depressie en om het voorkomen van een volgende episode. Farmacotherapie en psycho-educatie vormen jarelang de hoeksteen van de behandeling. In 2008 verscheen de tweede herziene versie van de richtlijn bipolaire stoornissen (Nolen et al., 2008). Een grote vernieuwing in deze versie was het opnemen van een hoofdstuk over zelfmanagement interventies. Tevens werd gesteld dat, naast de modules farmacotherapie en psycho-educatie en voorlichting, de module zelfmanagement een basismodule is in de behandeling en zodoende een verplicht onderdeel van de behandeling. Ook vernieuwend in deze richtlijn zijn een aantal voorstellen voor uitkomstindicatoren om de kwaliteit van de zorg en het effect van de behandeling regelmatig te kunnen toetsen.

Deze indicatoren zijn terug te vinden in de tabel hieronder.

Indicatoren voor de kwaliteit van de zorg		
Nr.	Indicator	Domein
1	<u>Vaste behandelaar</u> : het percentage patiënten met een vaste psychiater of case manager	Organisatie
2	<u>Regulier contact met betrokkenen</u> : Hoe en hoe vaak de omgeving van de patiënt bij de behandeling betrokken wordt	Proces
3	<u>Regulier contact met de Vereniging voor Manisch Depressieven en Betrokkenen</u> : het aantal keren per jaar dat er contact is met de regionale contactpersoon	Organisatie
4	<u>Gebruik van meetinstrumenten</u> : Het percentage patiënten met een bijgehouden life-chart	Inhoud
5	<u>Psycho-educatie</u> : het percentage patiënten dat een psycho-educatiecursus heeft gevolgd	Inhoud
6	<u>Noodplan</u> : het percentage patiënten met een actueel noodplan	Inhoud
7	<u>Farmacologie</u> : het percentage patiënten dat is ingesteld is op onderhoudsbehandeling volgens de adviezen van de richtlijn	Inhoud
Indicatoren voor het effect van de behandeling		
8	<u>Remissie</u> : het percentage patiënten zonder episoden of zonder heropnamen in een jaar (via lifechart)	Uitkomst
9	<u>Ernst van (rest)symptomen en comorbide problemen</u> : (gemeten met een meetinstrument)	Uitkomst

Tabel: indicatoren voor kwaliteitstoetsing en toetsing van het effect van de behandeling

Colsen en Casparie (1995) definiëren indicatoren als volgt: 'Een indicator is een meetbaar aspect van de zorg dat een aanwijzing geeft over de kwaliteit van zorg'. Een indicator geeft betekenis aan een meting en heeft een signaalfunctie. Indicatoren worden doorgaans gebruikt om uitspraken te doen over organisaties of over groepen patiënten. In deze gevalbeschrijving willen we aantonen dat de vervolgbehandeling van een patiënt met een bipolaire stoornis, uitgevoerd conform de richtlijn bipolaire stoornissen (Nolen et al., 2008), op de voorgestelde indicatoren niet volledig positief scoort terwijl de behandeling wel is opgebouwd volgens de principes van Evidence Based Practice.

De gevalbeschrijving

Patiënt A, een 42 jarige man werd vanaf 2004 poliklinisch behandeld voor een gegeneraliseerde angststoornis. Patiënt is opgegroeid in een woonwagenkamp. Hij ging naar de kampschool maar kon moeilijk leren. Hij kon niet meekomen op school en vanaf zijn 12de heeft hij non-stop gewerkt tot twee jaar geleden. Vader was alcoholist, sloeg hem en zijn moeder. Patiënt heeft geen contact meer met zijn ouders. Hij heeft ook nog een zus. Patiënt is op zijn 20de getrouwd.

Zijn vrouw is zijn steun en toeverlaat. Ze hebben drie kinderen. Een dochter van 22 jaar, een zoon van 19 jaar en een zoon van 17 jaar. Het echtpaar bewoont samen met hun kinderen een eensgezinswoning. Zowel hij als zijn echtgenote zijn nagenoeg analfabeet. In het voorjaar van 2008 deed zich in de omgeving van de patiënt een ernstig geweldsincident voor. De dag voordat patiënt moest getuigen voor de rechtbank werd hij overdag erg onrustig. Patiënt werd in de week daarop toenemend druk, koopziek en sliep weinig. De huisarts schreef slaapmedicatie voor en wilde patiënt verwijzen naar de GGZ. Patiënt weigerde dit. Vervolgens werd hij twee dagen later met een IBS opgenomen. Patiënt was bij opname druk, opgewonden, achterdochtig en agressief. Differentiaal diagnose bij opname: randpsychotische overschrijding cq dissociatie bij langer bestaande slaapproblemen en spanningsklachten. Differentiaal diagnose: manisch-psychotisch toestandsbeeld. Patiënt werd aanvankelijk behandeld met haloperidol. Later werd, vanwege sufheid en jeuk, overgeschakeld op olanzapine. Verder kreeg patiënt diazepam. Verpleegkundige interventies tijdens de opname bestonden uit het aanbieden van dagstructuur door middel van het volgen van het dagprogramma, patiënt betrekken bij de realiteit, kort en bondig zijn in contactmomenten en het observeren en rapporteren van de manisch/psychotische symptomen. Patiënt werd gedurende zijn opname als gevolg van oplopende agitatie, zich uitend in verbale agressie, enkele malen gesepareerd. Na 14 dagen was patiënt weer tot rust gekomen en werden er geen psychotische symptomen meer waargenomen. Patiënt werd ontslagen uit de kliniek en voor verdere diagnostiek en behandeling verwezen naar de polikliniek. Psychiatrisch onderzoek op de polikliniek laat een goed verzorgde man zien, uiterlijk conform kalenderleeftijd. Bewustzijn is helder, aandacht goed te trekken en goed te behouden. Geen aanwijzingen voor een denkstoornis of waarnemingstoornissen. Stemming is nomofoor, affect moduleert adequaat. Uit de heteroanamnese blijkt dat patiënt naast de eerder genoemde angststoornis tevens korte perioden van depressie heeft gehad waarvoor hij nooit behandeld is geweest. Patiënt werd voor verdere diagnostiek en behandeling doorverwezen naar de polikliniek bipolaire stoornissen. Tijdens de intake werd naast een uitgebreide anamnese en heteroanamnese de MINI PLUS (Van Vliet & De Beurs, 2007), de retrospectieve life chart (Kupka, Akkerhuis, Nolen, & Honig, 1996), de Mood Disorder Questionnaire (MDQ) (Hirschfeld et al., 2000) en de Bipolarity Index (BI) (Sachs, 2004) afgenomen. Uit de resultaten van het MINI-PLUS onderzoek kwam naar voren dat de volgende diagnoses gesteld konden worden: bipolaire stoornis, groothedswanen en paranoïde wanen in remissie. Bipolaire I stoornis werd bevestigd door de uitkomsten van de BI en de MDQ. Door de behandelende psychiater i.o. werd vervolgens de volgende diagnose volgens de DSM IV criteria gesteld.

As I Bipolaire 1 stoornis 296.4X

As II geen

As III knieklachten tgv brommerongeluk

As IV Geen werk, traumatische voorgeschiedenis, spanningen in de familie, geen contact met ouders

AsV GAF 50

De vervolgbehandeling werd uitgevoerd door de verpleegkundig expert in samenwerking met de psychiater i.o. De behandeling richtte zich op het voorkomen van nieuwe episodes door middel van (1) farmacotherapie, (2) psycho-educatie en voorlichting en (3) het aanleren van zelfmanagement interventies.

Ad 1) Pharmacotherapie

De medicatie die patiënt bij ontslag uit de kliniek gebruikte: olanzapine en diazepam, werd gecontinueerd tot patiënt aangaf er liever mee te willen stoppen.

Patiënt noemde bijwerkingen als gewichtstoename (7kg in 3 maanden) en tremoren in de handen als aanleiding van zijn wens. Conform de beslisboom in de richtlijn bipolaire stoornissen (Nolen et al., 2008) waarin gesteld wordt dat bij een eenmalige manische episode onderhoudsbehandeling niet altijd geïndiceerd is en de wens van de patiënt is besloten geen onderhoudsbehandeling qua stemmingstabilisatoren in te stellen. Diazepam werd afgebouwd en als gevolg van slaapstoornissen na het stoppen van de medicatie werd temazepam 10 mg. max 2 per week gestart. Patiënt en echtgenote waren tevreden over deze keuze.

Ad 2) Psycho-educatie en voorlichting

Patiënt en echtgenote wilden niet deelnemen aan de groepspsycho-educatie volgens de methode van Honig (Honig, Hofman, Rozendaal, & Dingemans, 1997) zoals die binnen de polikliniek 2 keer per jaar wordt gegeven. Ze voelden er niets voor om in een groep van lotgenoten te praten over wat hun was overkomen. Schaamte en vrees voor stigma was hierbij een belangrijk motief. Ook culturele factoren speelden mee: "Ons soort mensen (woonwagenbewoners) doet dat niet". Daarom vond de voorlichting aan patiënt en zijn echtgenote plaats tijdens de consulten. Hierbij werd wel het psycho-educatie protocol van Honig (Honig et al., 1997) gehanteerd.

Ad 3) Aanleren van zelfmanagement interventies

Vanwege de ongeletterdheid van zowel patiënt als zijn echtgenote was het bijhouden van een prospectieve life chart (Kupka et al., 1996) niet mogelijk. Daarom is ervoor gekozen tijdens elk consult retrospectief de life chart bij te houden zodat het beloop van de stemming gevolgd kon worden. Ook het schrijven van een noodplan/signaleringsplan (Goossens & Beentjes, 2008; Goossens, Beentjes, & Daemen, 2009) was om dezelfde reden niet mogelijk. Wel zijn alle processtappen die genomen worden bij het beschrijven van een noodplan/signaleringsplan gevolgd.

Achtereenvolgens zijn stressoren en beschermende factoren geïnventariseerd, prodromale symptomen van depressie en (hypo)manie besproken en is er stilgestaan bij welke acties door wie genomen moesten worden wanneer het minder goed met patiënt zou gaan. Wensen ten aanzien van de behandeling mocht patiënt weer in een manische episode belanden werden wel in het dossier opgenomen. Zowel patiënt als zijn echtgenote noemden spanningen in de familie en het gezin als belangrijkste oorzaak van stress. Patiënt krijgt dan 'een kort lontje'. Afgesproken werd dat zijn echtgenote actie zou ondernemen om de situatie te ontstressen en dat patiënt zich uit de stressvolle situatie zou terugtrekken. Tijdens de consulten is hier veel aandacht aan gegeven. De echtgenote werd bekrachtigd in haar rol van primaire steungever.

Patiënt heeft geen terugval gehad. Een bijzonder stressvolle situatie werd gemeld tijdens een consult in september 2010. Hun dochter bleek zwanger te zijn geworden maar had dit thuis niet durven vertellen uit angst voor een terugval bij haar vader. De zwangerschap kwam pas aan het licht toen de bevalling al was begonnen. Patiënt vertelde heel erg boos te zijn geworden, omdat dit nog erger was dan het eerder genoemde incident. "Bij ons heb je geen seks voor het huwelijk". De echtgenote van patiënt is met hun dochter naar het ziekenhuis gegaan om haar bij te staan bij de bevalling en patiënt is thuisgebleven. Elke 30 minuten werd hij door zijn echtgenote geïnformeerd over de voortgang. Enkele dagen na de bevalling heeft de echtgenote van patiënt alle betrokkenen bij zich geroepen en zijn er afspraken gemaakt voor de toekomst. Patiënt en zijn echtgenote zijn blij dat ze het op deze wijze hebben aangepakt en trots op het resultaat. "Dit was de echte test of we het ook daadwerkelijk anders zouden kunnen."

Discussie

Offringa (2000) definieert Evidence Based Practice (EBP) als het gewetensvol, expliciet en oordeelkundig gebruik maken van het huidige beste bewijsmateriaal om beslissingen te nemen voor de individuele patiënt. De praktijk van EBP impliceert het integreren van individuele klinische expertise met het beste externe bewijsmateriaal dat vanuit systematisch onderzoek beschikbaar is. De voorkeuren, wensen en verwachtingen van de patiënt spelen bij de besluitvorming een centrale rol. Uit de hierboven beschreven gevalbeschrijving is af te leiden dat de behandeling is uitgevoerd conform de drie genoemde kennisbronnen. Alle drie in de richtlijn bipolaire stoornissen (Nolen et al. 2008) genoemde basismodules zijn in de behandeling van patiënt opgenomen. Hierbij is rekening gehouden met de wensen en voorkeuren van patiënt en zijn echtgenote. De geschiedenis, context en achtergrond alsmede de ongeletterdheid van zowel patiënt als zijn echtgenote compliceerden aanvankelijk de behandeling. Er was sprake van schaamte en zelfstigmatisering. Het bleek geen sinecure om het vertrouwen te winnen en een open samenwerkingsrelatie aan te gaan. Het empoweren van patiënt en diens echtgenote in de rol die ze zelf kunnen nemen in het managen van de bipolaire stoornis van patiënt door het positief bekrachtigen van behaalde successen bleek goed te werken. Het samen zoeken naar alternatieven en het open bespreken van diverse scenario's maakte dat het vertrouwen toenam en het echtpaar de regie zelf oppakte. Als hulpverlener was het belangrijk het eigen culturele referentiekader niet als vanzelfsprekend te hanteren maar om steeds te checken hoe dit zich verhiel tot hun normen, waarden en wensen. Vooral het eigen succes wat het echtpaar heeft ervaren bij het doorstaan van de laatste crisissituatie heeft hen erg gesterkt. Ze zijn tevreden over de behandeling en, conform de richtlijn, is de consultfrequentie verminderd tot 4 keer per jaar.

Als je echter, de kenmerken van de behandeling afzet tegen de in tabel 1 genoemde indicatoren, dan kan er op vier van de negen indicatoren niet positief worden gescoord.

Het echtpaar houdt geen life chart bij (indicator 4). Wel wordt deze retrospectief bijgehouden bij elk consult. Het echtpaar heeft niet deelgenomen aan de groeps psycho-educatie cursus (indicator 5). Wel is individueel voorlichting gegeven volgens hetzelfde protocol. Er is geen noodplan opgesteld (indicator 6) vanwege de ongeletterdheid van het echtpaar. Wel zijn alle processtappen om tot een noodplan te komen doorlopen en herhaaldelijk besproken. Deze aanpak heeft zijn succes in de praktijk bewezen. Ook worden er geen tussentijdse meetinstrumenten afgenomen om de ernst van de restsymptomen en comorbide problemen te meten (indicator 9). Het echtpaar heeft aangegeven dit niet te willen. Wel is het onderwerp van gesprek tijdens de consulten.

Conclusies

Uit bovenstaande gevalbeschrijving kan afgeleid worden dat de vervolgbehandeling volgens de principes van EBP is uitgevoerd en voldoet aan de eisen gesteld in de richtlijn bipolair stoornissen (Nolen et al., 2008). Echter, de uitgevoerde behandeling voldoet niet aan 4 van de 9 voorgestelde kwaliteitsindicatoren. In de huidige tijdsgeest van externe verantwoording en protocollisering bestaat het gevaar dat behandelingen louter worden vormgegeven rond uitkomstindicatoren en dat individualisering van zorg, experienced based practice en matching op de context van de patiënt en diens specifieke eigenheid, zoals EBP voorschrijft, in het gedrang komen. Regelmatig wordt EBP verward met Science Based Practice (SBP), terwijl het dat pertinent niet is. SBP, waarbij de behandeling louter op resultaten van wetenschappelijk onderzoek wordt vormgegeven is een onterechte verenging van EBP. Laten we hier alert op zijn en ontwikkelingen op dit gebied kritisch volgen.

Literatuur

- Abood, Z., Sharkey, A., Webb, M., Kelly, A., & Gill, M. (2002). Are patients with bipolar affective disorder socially disadvantaged? A comparison with a control group. *Bipolar Disorders* 4, 243-248.
- Bowden, C. L. (2005). Bipolar disorder and work loss. *American Journal of Managed Care* 11, (Suppl 3): S91-S94.
- Colsen, P.J.A., & Casparie A.F. (1995) Indicatorregistratie: een model ten behoeve van integrale kwaliteitszorg in een ziekenhuis. *Medisch Contact*, 50: 297-299.
- Depp, C. A., Davis, C. E., Mittal, D., Patterson, T. L., & Jeste, D. V. (2006). Health-related quality of life and functioning of middle-aged and elderly adults with bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 67, 215-221.
- Goodwin, F. K., & Jamison, K. R. (2007). *Manic-Depressive Illness*, 2nd edn.: Oxford university press. New York.
- Goossens, P.J.J., & Beentjes T.A.A. *Zelfmanagement interventies*. In Handboek Bipolaire Stoornissen. (2008) onder redactie van dr. R. Kupka, prof dr. W. Nolen en dr. E.A.M. Knoppert van der Klein. Uitgeverij de Tijdstroom, Utrecht.
- Goossens, P.J.J., Hartong, E.G., Knoppert-van der Klein E.A.M., van Achterberg, T. (2008). Self-reported psychopathological symptoms and quality of life in outpatients with bipolar disorder. *Perspectives in Psychiatric Care*. 44 (4), 275-284.
- Goossens, P.J.J., Beentjes, T.A.A., & Daemen, P. (2009) Het signaleringsplan als instrument voor zelfmanagement bij bipolaire stoornissen. *Psychopraxis*, 11, 16-22.
- Hirschfeld, R.M.A., Williams, J.B.W., Spitzer, R.L., Calabrese, J.R., Flynn, L. Keck, P.E. et al. (2000) Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire. *The American Journal of Psychiatry* 157, 1873-1875.
- Honig, A., Hofman, A., Rozendaal, N., & Dingemans, P. (1997). Psycho-education in bipolar disorder: Effect on expressed emotion. *Psychiatry Research* 72, 17-22.
- Joukamaa, M., Heliövaara, M., Knekt, P., Aromaa, A., Raitasalo, R., & Lehtinen, V. (2001). Mental disorders and cause-specific mortality. *British Journal of Psychiatry* 179, 498-502.
- Kupka, R.W., Akkerhuis G.W., Nolen W.A., & Honig, A. (1996) De Life-chart methode voor de manisch-depressieve stoornis. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 39, 232-240.
- Kupka R.W., Knoppert-van der Klein E.A.M., Nolen W.A. (2008). *Handboek Bipolaire Stoornissen*. De Tijdstroom, Utrecht.
- Nolen, W.A., Kupka, R.W., Schulte, P.F.J., Knoppert - van der Klein, E.A.M., Honig, A., Reichart, C.G., et al. (2008) *Richtlijn bipolaire stoornissen*. De tijdstroom, Utrecht.
- Offringa, M., Assendelft, W.J.J., & Scholten, R.J.P.M. (2000). *Inleiding in evidence based medicine; klinisch handelen gebaseerd op bewijsmateriaal*. Bohn Stafleu Van Loghum Houten.
- Pini, S., De Queiroz, V., Pagnin, D., Pezawas, L., Angst, J., Cassano, G. B., & Wittchen, H. U. (2005). Prevalence and burden of bipolar disorders in European countries. *European Neuropsychopharmacology* 15, 425-434.
- Sachs, G.S. (2004) Strategies for improving treatment of bipolar disorder: integration of measurement and management. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 422, 7-17.
- Sajatovic, M. (2005). Bipolar disorder: disease burden. *American Journal of Managed Care* 11, (Suppl 3): S80-S84.
- Sharma, R., & Markar, H. R. (1994). Mortality in affective disorder. *Journal of Affective Disorders* 31, 91-96.
- Ten Have, M., Vollebergh, W., Bijl, R., & Nolen, W. A. (2002). Bipolar disorder in the general population in The Netherlands (prevalence, consequences and care utilisation): results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Journal of Affective Disorders*, 68 (2-3), 203-213.
- Van Vliet, I.M., & De Beurs, E. (2007). Het Mini Internationaal Neuropsychiatrisch Interview (MINI) Een kort gestructureerd diagnostisch psychiatrisch interview voor DSM-IV- en ICD-10-stoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 49 (6), 393 - 397.
- WHO (2001). *The world health report 2001- Mental Health: New understanding, New Hope*. World Health Organization. Geneva.