Opvolging van patiënten die een antipsychoticum gebruiken: een kwaliteitsverbeterproject

Arne Dambre, Universiteit Gent

Promotor: prof. dr. Peter Pype, Universiteit Gent

Co-promotor: dr. Maria Sercu, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2017 – 2019

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Voorwoord

Deze thesis was niet geweest wat ze nu is zonder de hulp van velen.

Mijn dank gaat uit naar prof. dr. Dirk Avonts, die aanvankelijk mijn promotor was en mij op weg zette met dit project.

Voorts dank ik ook prof. dr. Peter Pype die de rol van promotor in de loop van het project overnam.

Zeer veel dank gaat uit naar dr. Maria Sercu, die pas in de eindfase van dit project co-promotor werd, maar door haar enorme toewijding en enthousiasme in korte tijd een grote stempel heeft kunnen drukken.

Ik wens zeker ook mijn praktijkopleider dr. Winnie De Roover te bedanken voor haar steun en inzichten.

Alle artsen van het wijkgezondheidscentrum Brugse Poort wil ik bedanken voor de tijd en energie die ze in dit project hebben gestoken en de frisse ideeën die ze aanreikten.

Dr. Veerle Piessens dank ik voor haar kritische inbreng en hulp bij het gebruik van de databank van het EMD. Ook Marc Smedts wens ik voor dit laatste te bedanken.

Verder wil ik mijn ouders en Annemarie Hanselaer bedanken voor het nalezen van deze thesis op taalfouten.

Tot slot wil ik mijn lief Yacine van ganser harte bedanken voor de vele hulp die ze heeft geboden, en voor de liefde.

Bedankt!

Abstract

CONTEXT:

Mede door de vermaatschappelijking van de zorg komen er meer psychiatrische patiënten in de eerste lijn terecht. Het wijkgezondheidscentrum (WGC) Brugse poort telde in het jaar 2017 203 patiënten die een antipsychoticum gebruikten, hetgeen overeenkomt met 3.5% van de patiëntenpopulatie. De opvolging van deze patiënten is complex en verliep tot nog toe weinig gestructureerd.

ONDERZOEKSVRAAG:

Hoe verloopt de opvolging van patiënten die een antipsychoticum gebruiken? Is er ruimte voor verbetering? Welke elementen dienen opgenomen te worden in een interventie ter verbetering van deze opvolging? Wat is het effect van een jaarlijks *antipsychoticaconsult* als interventie?

METHODE:

Vooreerst werd in een literatuurstudie onderzocht waaruit de opvolging van patiënten die een antipsychoticum gebruiken idealiter zou moeten bestaan.
Op basis van een exploratieve dossierstudie bij een steekproef van 40 patiënten werd een analyse gemaakt van de manier waarop de opvolging van deze patiënten in het WGC verliep voor de start van dit project.
De resultaten van deze analyse en van de literatuurstudie werden gebruikt om in overleg met de artsen van het WGC een interventie op te stellen op maat van de praktijk, bestaande uit een jaarlijks antipsychoticaconsult aan de hand van een checklist.
Om het effect van de interventie na te gaan op de metabole opvolging, werd via de databank van het EMD vergeleken hoe vaak de metabole parameters werden bepaald in de periode voor de start van het project en de periode waarin het project liep en de interventie werd ingevoerd, bij alle patiënten (>18jr) die in de respectievelijke periodes een antipsychoticum namen.
Tot slot vond er ook een kwalitatieve evaluatie van de interventie plaats onder de vorm van een focusgroepsgesprek met de artsen van het WGC.

RESULTATEN:

In de periode waarin het project liep en de interventie werd ingevoerd vond vaker een meting plaats van het gewicht, de buikomtrek, de nuchtere glycemie en de lipiden, vergeleken met de voorafgaande periode.
De kwalitatieve evaluatie van het antipsychoticaconsult was overwegend positief. De artsen waren unaniem van mening dat ze de interventie wensten te behouden. De systematiek en het bewustzijn dat de interventie bracht werden geapprecieerd, net als de optie om een crisisplan op te stellen.
Sommige artsen gaven aan een drempel te voelen om in te zetten op het metabole luik van het antipsychoticaconsult of om in te gaan op de patiëntendoelen bij zwakker begaafde of paranoïde patiënten. Tevens was er de vrees dat de focus te veel op een eventuele medicatiewijziging zou liggen.

CONCLUSIES:

Dit project kan op basis van de overwegend positieve kwalitatieve evaluatie en de kwantitatieve toename in het meten van metabole parameters als een succes worden beschouwd.
Mits enkele aanpassingen zal de interventie voortgezet worden.

Inhoudstafel

I Voorwoord....i

II Abstract....ii

1 INLEIDING....1

2 LITERATUURSTUDIE....3

2.1 Methodologie....3

2.2 Antipsychotica: overzicht van de voornaamste indicaties en behandelduur....3

2.2.1 Schizofrenie en bipolaire stoornis....3

2.2.2 Andere indicaties....5

2.3 De opvolging van patiënten die een antipsychoticum gebruiken....5

2.3.1 Waarom opvolgen?....5

2.3.2 De optimale opvolging....6

2.3.3 Opvolging: theorie versus praktijk....7

2.3.4 Taakverdeling....8

2.4 Beleid bij problemen....8

2.4.1 Metabole ontregeling....9

2.4.2 Extrapiramidale symptomen....9

2.4.3 Prolactine / Seksuele functiestoornissen....10

2.4.4 Effectiviteit van de medicamenteuze therapie....10

2.4.5 Therapietrouw....10

2.4.5.1 Verbeteren van de therapietrouw....10

2.5 Van literatuurstudie naar het opstellen van de interventie....11

3 KWALITEITSVERBETERPROJECT....12

3.1 Beschrijving praktijk....12

3.2 Methodologie....12

3.2.1 Probleemanalyse: de FOCUS-methode....12

3.2.2 Kwaliteitsverbetering: de PDCA-cyclus....13

3.3 Resultaten....14

3.3.1 Demografische gegevens....14

3.3.2 Resultaten exploratieve praktijkstudie....15

3.3.2.1 Omkadering van de patiënt....15

3.3.2.1.1 Vaste huisarts....15

3.3.2.1.2 Betrokkenheid psychiater....15

3.3.2.1.3 Communicatie met psychiater....16

3.3.2.1.4 Ambulante begeleiding....16

3.3.2.1.5 Mantelzorg 16
3.3.2.2 Crisisplan 17
3.3.2.3 Diagnose / Indicatie 17
3.3.2.4 Therapietrouw 17
3.3.2.5 Het meten van de metabole parameters 18
3.3.2.6 Bedenkingen artsen 18
3.3.3 Het antipsychoticaconsult 19
3.3.4 Kwantitatieve evaluatie door vergelijking van de metabole opvolging bij alle antipsychoticagebruikende patiënten vóór en na de start van het project 19
3.3.4.1 Voor: metabole opvolging door de huisarts van 1/10/2016 tot en met 30/9/2017 19
3.3.4.2 Na: metabole opvolging door de huisarts van 1/10/2017 tot en met 30/9/2018 20
3.3.5 Kwalitatieve evaluatie van het antipsychoticaconsult 20
3.3.5.1 Sterktes 20
3.3.5.1.1 Bewustwording 20
3.3.5.1.2 Systematiek 20
3.3.5.1.3 Kwaliteit van zorg 20
3.3.5.1.4 Dossierbeheer 21
3.3.5.1.5 Crisisplan 21
3.3.5.1.6 Kritische evaluatie van het medicamenteuze beleid 21
3.3.5.1.7 Communicatie met psychiater 21
3.3.5.1.8 Patiëntendoelen 22
3.3.5.2 Zwaktes 22
3.3.5.2.1 Werkbaarheid 22
3.3.5.2.2 Drempels betreffende de metabole opvolging 22
3.3.5.2.3 Moeilijke/paranoïde patiënten 22
3.3.5.2.4 Crisisplan 23
3.3.5.2.5 Te veel focus op medicatiewijziging? 23
3.3.5.2.6 Het niet hebben van een vaste arts 24
3.3.5.3 Voorgestelde verbeteringen 24
3.3.5.3.1 Werkbaarheid 24
3.3.5.3.2 Crisisplan 24
3.3.5.3.3 Het belang van een vaste huisarts 25
4 DISCUSSIE 26
4.1 Belangrijkste bevindingen 26
4.1.1 Exploratieve praktijkstudie 26

4.1.2 Kwantitatieve evaluatie door vergelijking van de metabole opvolging bij alle antipsychoticagebruikende patiënten vóór en na de start van het project 27
4.1.3 Kwalitatieve evaluatie van het antipsychoticaconsult 27
4.2 Zwaktes van het project 27
4.3 Kritische reflecties 28
4.4 De toekomst van dit project 31
5 CONCLUSIE 32
6 REFERENTIES 33
7 BIJLAGEN 35
7.1 BIJLAGE1: Registratieformulier exploratieve praktijkstudie 35
7.2 BIJLAGE 2: CHECKLIST antipsychoticaconsult 38
7.3 BIJLAGE 3: achtergrondinformatie checklist antipsychoticaconsult 40
7.4 BIJLAGE 4: CRISISPLAN 44
7.5 BIJLAGE 5: Protocol ethisch comité 46
7.6 BIJLAGE 4: Goedkeuring ethisch comité 48

1 INLEIDING

Volgens een recente schatting is de wereldwijde ziektelast ten gevolge van psychische ziekten even groot als de ziektelast ten gevolge van cardiovasculaire aandoeningen [1]. In de Europese Unie zou jaarlijks 38.2% van de bevolking aan een psychische ziekte lijden [2].

De eerstelijnszorg speelt een belangrijke en groeiende rol in de zorg voor mensen met een psychische ziekte. Het integreren van geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn heeft verschillende voordelen. Het verlaagt de drempel tot zorg en het stigma rond psychische ziekten, het verhoogt de mogelijkheid tot holistische zorg, met aandacht voor zowel de psychische als fysieke gezondheid, het is kosteneffectief en het geeft goede gezondheidsuitkomsten [3].

Het advies van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) en de Wereldorganisatie voor Huisartsgeneeskunde (WONCA) om geestelijke gezondheidszorg te integreren in de eerste lijn vindt dan ook wereldwijd gehoor.

De wereldwijde trend om de focus van zorg voor mensen met een psychische ziekte te verschuiven van residentiële psychiatrische zorg naar ambulante hulpverlening wordt omschreven als de 'vermaatschappelijking' van de zorg.

In België krijgt de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg sinds 2009 vorm onder impuls van de implementatie van artikel 107 van de ziekenhuiswet [4]. Het streefdoel is een afbouw van het aantal psychiatrische ziekenhuisbedden, om met de vrijgekomen financiële middelen regionale zorgnetwerken uit te bouwen. Binnen deze netwerken wordt de ambulante zorg versterkt door de oprichting van acute en chronische behandelteams aan huis, specifieke woonvormen (beschut wonen), het aanbieden van programma's voor psychosociale rehabilitatie en het inzetten op preventie, vroegdetectie, screening en diagnosestelling o.a. door de deskundigheid van de eerste lijn te bevorderen.
Het doel is om patiënten in hun thuisomgeving te behandelen, zodat ze hun netwerk kunnen behouden en bij de maatschappij betrokken blijven [4].

Deze vermaatschappelijking wordt door betrokken huisartsen en andere hulpverleners als positief ervaren, zo blijkt uit de evaluatie van een pilootproject in Gent, dat de werking van de opgerichte ambulante behandelteams evalueerde [5]. Er kwamen echter ook enkele minpunten naar voren. Er is sprake van een gebrekkige communicatie tussen verschillende zorgverleners, lange wachttijden, een versnipperd zorglandschap en bepaalde patiëntengroepen die uit de boot vallen. Ook het fenomeen waarbij "geestelijke gezondheidszorgproblematiek in de eerste lijn belandt of blijft hangen, die daar eigenlijk niet thuishoort" werd aangekaart [5].

Het is in deze context dat het idee voor dit kwaliteitsverbeterend project tot stand kwam. We opteerden voor een project rond de opvolging van patiënten die langdurig een antipsychoticum gebruiken, onafhankelijk van de indicatie. Wat betreft de opvolging van deze patiënten is op verschillende vlakken verbetering mogelijk, zowel binnen het wijkgezondheidscentrum (WGC) Brugse Poort als in het ruimere Belgische zorglandschap. De jaarprevalentie in 2017 van patiënten die een antipsychoticum kregen voorgeschreven in WGC Brugse Poort bedroeg 203, hetgeen overeenkomt met 3.5% van de patiëntenpopulatie. Dit is vergelijkbaar met de jaarprevalentie binnen de Belgische bevolking, die in 2012 3.3% bedroeg [6].

Het gaat dus om een relatief kleine groep patiënten, maar met grote zorgbehoeften. Mensen met een psychotische stoornis doen immers vaker beroep op hun huisarts dan andere patiëntengroepen [7]. Daarenboven hebben patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening een hoger risico op somatische aandoeningen, zoals cardiovasculaire ziekten, diabetes mellitus en longziekten, en op vroegtijdig overlijden [8].

De opvolging van patiënten die een antipsychoticum gebruiken is veelzijdig. Enerzijds moet er rekening gehouden worden met de (vaak ernstige) psychiatrische aandoening zelf, anderzijds met de vaak belangrijke somatische comorbiditeit en met de ongewenste effecten van antipsychotica (voornamelijk metabool), die een regelmatige opvolging noodzakelijk maken [8].

Een gedegen opvolging kan belangrijk zijn in het dichten van de gezondheidskloof tussen ernstige psychiatrische patiënten en de algemene populatie. De huisarts kan hier een belangrijke rol vervullen.

De doelstelling van dit kwaliteitsverbeterproject is om (1) de opvolging van deze patiënten door de huisarts te verbeteren door middel van (2) het ontwerpen van een interventie en (3) om het effect van deze interventie te evalueren.
Vooreerst gaan we via een grondige literatuurstudie na hoe de optimale opvolging van deze patiënten er hoort uit te zien.

Voorts gaan we via een brede analyse de problemen die zich stellen en de zorglacunes in de opvolging in WGC Brugse Poort in kaart brengen.

Op basis van de bekomen gegevens uit de probleemanalyse en de literatuurstudie werken we vervolgens een interventie uit op maat van de praktijk, bestaande uit een jaarlijks gestructureerd ‘antipsychoticaconsult’ bij de huisarts.

Tot slot willen we het effect van deze interventie meten én op een kwalitatieve wijze de interventie evalueren.

2 LITERATUURSTUDIE

2.1 Methodologie

Voor de literatuurstudie werd gebruik gemaakt van de 'watervalmethode', waarbij eerst op zoek werd gegaan naar relevante richtlijnen, vervolgens naar reviews en meta-analyses en tot slot naar individuele studies.

Er werden vier relevante richtlijnen weerhouden, met name de Nederlandse multidisciplinaire richtlijn over schizofrenie [8], de Britse NICE guidelines 'Psychosis and schizophrenia in adults' en 'Bipolar disorder'[9,10] en in mindere mate de Duodecim richtlijn over schizofrenie, aangepast aan de Belgische context [11].

Verder werd er via de databanken PubMed en Google Scholar op zoek gegaan naar extra en recentere informatie. Er werd gebruik gemaakt van (combinaties van) de volgende zoektermen: 'antipsychotics', 'severe mental illness', 'primary care', 'psychotic disorders', 'schizophrenia', 'bipolar disorder', 'long-term use', 'efficacy', 'physical health', 'metabolic syndrome', 'screening', 'side effects', 'advance statements' en 'monitoring'.

2.2 Antipsychotica: overzicht van de voornaamste indicaties en behandelduur

Antipsychotica werden in de eerste plaats ontwikkeld voor de behandeling van ernstige psychiatrische aandoeningen, zoals schizofrenie en bipolaire stoornis. Tot op heden zijn dit nog steeds de belangrijkste indicatiegebieden voor een langdurige behandeling met antipsychotica. Daarenboven is er volgens het BCFI een (beperkte) plaats voor antipsychotica bij 'gedragsstoornissen bij dementie' (zo kort mogelijk), bij 'acute verwardheid met agitatie in een psychotische context of bij een delirium', als add-on behandeling bij ernstige depressieve episodes en soms als anti-emetica, bij persisterende hik, bij chorea van Huntington en bij het syndroom van Gilles de la Tourette [12].

In België werd de indicatiestelling van alle in 2012 voorgeschreven antipsychotica onderzocht. Hieruit bleek dat psychotische stoornissen (29.5%), affectieve stoornissen (26.2%) en neurotische en angststoornissen (9.6%) het merendeel van de indicaties uitmaakte. Andere, minder frequente indicaties waren: somatische ziekten (7.6%), gedragsstoornissen (3.2%), persoonlijkheidsstoornissen (5.8%), slaapstoornissen (6.3%), pervasieve ontwikkelingsstoornissen (1.8%) en cognitieve stoornissen (7.5)% [6]. Niet zelden worden antipsychotica dus off-label gebruikt.

De literatuur leert ons dat de duur van een behandeling met een antipsychoticum sterk afhangt van de indicatie.

2.2.1 Schizofrenie en bipolaire stoornis

De *NICE richtlijnen* (2014) voor zowel schizofrenie als bipolaire stoornis stellen dat voor een acute psychose of manie antipsychotica de eerste keuze behandeling zijn en dat een onderhoudsbehandeling met antipsychotica effectief is in het verminderen van de kans op herval. Bij bipolaire stoornis verdient een onderhoudstherapie met lithium wel de voorkeur.
Er is echter een gebrek aan studies op lange termijn (>5 jaar) en er zijn aanwijzingen dat sommige patiënten zonder medicamenteuze behandeling gedurende lange tijd aanvalsvrij kunnen blijven [9,10]. Daarom stellen de NICE richtlijnen dat een onderhoudsbehandeling individueel besproken dient te worden met de patiënt en eventuele mantelzorgers, waarbij de voordelen (minder kans op herval) en de nadelen (bijwerkingen) tegen elkaar moeten afgewogen worden.

Indien besloten wordt te stoppen met een antipsychoticum dient dit traag en onder frequent toezicht te gebeuren. Er dient na het eventuele stoppen van de medicatie gedurende minstens 2 jaar frequent gecontroleerd te worden op tekenen en symptomen van herval [9,10].

De *Nederlandse multidisciplinaire richtlijn schizofrenie* (2012) raadt aan om bij meerdere psychoses in de voorgeschiedenis een levenslange onderhoudsbehandeling na te streven.
Na een eerste psychose zou stoppen van het antipsychoticum volgens de Nederlandse richtlijn wel een optie zijn, indien er een volledige remissie van de psychotische symptomen werd bereikt gedurende minstens 1 jaar. De kans op herval in de komende 18 maanden is tweemaal hoger in vergelijking met een onderhoudsbehandeling, maar toch zou een recidief uitblijven bij ongeveer 20% van de patiënten [8].

Sinds de publicatie van de hogervermelde richtlijnen zijn er enkele belangrijke studies naar de langetermijneffecten van een onderhoudstherapie met antipsychotica uitgevoerd, die de hypothese bevestigen dat er een subgroep van patiënten is die blijvend goed functioneert zonder antipsychotica na een eerste psychose. Een grote Deense cohortestudie toonde aan dat 10 jaar na een eerste psychose, 30% van de patiënten vrij van psychotische symptomen waren, zonder inname van antipsychotica. Het hebben van een job, het vrouwelijk geslacht, de afwezigheid van druggebruik en een snelle respons op de behandeling van de eerste psychose waren geassocieerd aan een betere uitkomst [13].
Uit een recente systematische review en meta-analyse blijkt dan weer dat patiënten met schizofrenie op lange termijn een lagere mortaliteit hebben indien ze een antipsychoticum nemen [14].

De discussie in de literatuur over de pro's en contra's van een onderhoudsbehandeling met antipsychotica bij psychotische aandoeningen is dus nog volop aan de gang.
Zij die een levenslange behandeling bij psychotische aandoeningen in vraag stellen, argumenteren dat er in recente langetermijnstudies steeds een belangrijke groep patiënten (20 à 30%) is die vrij blijven van symptomen zonder onderhoudstherapie met antipsychotica, en zelfs beter functioneren dan de patiënten die wel een antipsychoticum gebruiken. Daarenboven zien ze de vele negatieve gezondheidseffecten van antipsychotica als een belangrijk argument om kritisch te staan tegenover een onderhoudsbehandeling met antipsychotica [15].

Zij die pleiten voor een levenslange onderhoudstherapie stellen dat de aangehaalde langetermijnstudies zich focussen op patiënten die een eerste psychose hebben doorgemaakt, maar weinig zeggen over patiënten die chronisch recidiveren. Er wordt ook gewezen op de grote onderlinge heterogeniteit van deze studies. Daarenboven worden er vragen gesteld bij de causaliteit van de bevinding dat patiënten die géén medicatie nemen beter zouden functioneren. Deze bevinding wil immers niet per se zeggen dat patiënten beter functioneren doordat ze géén antipsychoticum gebruiken, maar kan evengoed wijzen op het feit dat patiënten met een minder ernstige vorm van schizofrenie en een a priori beter functioneren minder nood hebben aan medicatie.
Tot slot benadrukken de pleitbezorgers van een levenslange onderhoudstherapie dat er heel wat evidentie is die wijst op een hogere kans op herval na het stoppen van antipsychotica, zowel na een eerste psychose, als bij chronische recidiverende patiënten die hun medicatie stoppen. Er wordt wel erkend dat een subgroep van 20% van de patiënten na remissie van een eerste psychose lange tijd zonder medicatie kan. Tot op heden is het echter niet mogelijk om te voorspellen wie na een eerste psychose zal behoren tot deze subgroep die zonder onderhoudsbehandeling kan [16].

De aanbeveling uit de Nederlands multidisciplinaire richtlijn, om slechts bij die patiënten die maar 1 psychose hebben doorgemaakt een poging tot medicatiestop te ondernemen, lijkt dus nog steeds verdedigbaar [8].

2.2.2 Andere indicaties

Wat het gebruik van antipsychotica voor de behandeling van *gedragsproblemen bij personen met een verstandelijke beperking* betreft, is het zo dat hiervoor nauwelijks evidentie bestaat. Toch worden antipsychotica vaak off-label voor deze indicatie voorgeschreven. Heel wat patiënten staan hierdoor onterecht bloot aan de bijwerkingen van antipsychotica. Mensen met een verstandelijke beperking zijn daarenboven mogelijks gevoeliger voor de bijwerkingen van antipsychotica en extrapiramidale symptomen zouden bij hen vaak per abuis als een uiting van onrust gepercipieerd worden [17]. Onderzoek uit 2014 toonde aan dat een volledige afbouw van antipsychotica mogelijk was bij 44% van de personen met een verstandelijke beperking die deze medicatie kregen omwille van gedragsproblemen. Bij de personen bij wie geen volledige afbouw mogelijk was, werd wel een dosisreductie van gemiddeld 42% bereikt. Opvallend hierbij was dat er een significante verbetering van de gedragssymptomen werd vastgesteld bij afbouw van het antipsychoticum. Daarenboven leidde de afbouw van antipsychotica tot een daling van het gewicht, de BMI, de buikomtrek en de systolische bloeddruk [17].Het afbouwen van een antipsychoticum bij personen met een verstandelijke beperking met gedragsproblemen dient dus zeker in overweging genomen te worden.

Voor de behandeling van therapieresistente *depressie* zou een antipsychoticum voor sommige patiënten een beperkt positief effect hebben, als toevoeging bij antidepressiva. Omwille van twijfels over de kosten-batenverhouding wordt het voorschrijven van antipsychotica voor deze indicatie in de eerste lijn afgeraden. Hiervoor dient naar een psychiater verwezen te worden [18].

Zoals reeds hoger vermeld is er slechts een beperkte plaats voor antipsychotica bij *dementie*. Enkel bij ernstige agressie en psychose worden haloperidol en risperidone naar voren geschoven als behandeling. Deze medicatie dient zo kort als mogelijk gebruikt te worden [19].

Naast een behandeling met antipsychotica, is er voor de meeste aandoeningen waarvoor een antipsychoticum wordt gebruikt ook een plaats voor niet-medicamenteuze behandelingen. Psycho-educatie, psychotherapie en ondersteuning van de omgeving van de patiënt blijken bij schizofrenie en bipolaire stoornis een gunstig effect te hebben op het functioneren en de kans op herval en de nood aan hospitalisaties effectief te kunnen reduceren [8–11].

2.3 De opvolging van patiënten die een antipsychoticum gebruiken

2.3.1 Waarom opvolgen?

Een gedegen opvolging is belangrijk om twee redenen. Enerzijds kennen de psychiatrische aandoeningen waarvoor antipsychotica worden voorgeschreven vaak een grillig verloop, met kans op herval waarbij vroegtijdig ingrijpen belangrijk is. Anderzijds hebben antipsychotica negatieve effecten op het lichaam die nopen tot een regelmatige monitoring.

Vooral de metabole bijwerkingen maken een regelmatige opvolging noodzakelijk. Antipsychotica leiden tot gewichtstoename, dyslipidemie, hypertensie en tot een hoger risico op diabetes. Bij de opstart van de behandeling is er zelfs een zeldzame kans op een ernstige ontregeling van het glucosemetabolisme gaande tot een levensbedreigende diabetische ketoacidose. De metabole

ontregeling door antipsychotica komt vaak bovenop het reeds verhoogde cardiovasculair risico dat geassocieerd is aan ernstige psychiatrische aandoeningen [8].

Antipsychotica kunnen voorts aanleiding geven tot extrapiramidale symptomen, een verhoogd risico op plotse hartdood (vermoedelijk door QTc-verlenging), sedatie, anticholinerge effecten, een verhoogd risico op een DVT en longembool, orthostatische hypotensie en ook tot seksuele stoornissen, amenorroe, galactorroe en gynaecomastie te wijten aan verhoogde prolactinespiegels [8,12].

Uiterst belangrijk is te weten dat *elk antipsychoticum een eigen bijwerkingenprofiel heeft*. Over het algemeen geven de oudere antipsychotica zoals haloperidol meer aanleiding tot extrapiramidale symptomen, terwijl de 'nieuwere' antipsychotica meer metabole ongewenste effecten genereren. Het strikte onderscheid tussen oude 'typische' en de recentere 'atypische' antipsychotica wordt echter meer en meer verlaten aangezien het beide sterk heterogene groepen zijn. Elk antipsychoticum heeft dus zijn eigen individuele bijwerkingenprofiel, waarmee rekening dient gehouden te worden bij het opstarten of wijzigen van een behandeling [8].

2.3.2 De optimale opvolging

Om de hogervermelde bijwerkingen tijdig te detecteren en zo nodig aan te pakken dient regelmatige monitoring plaats te vinden.
Wat betreft het opsporen van metabole bijwerkingen zijn alle geraadpleegde richtlijnen het er over eens dat volgende parameters dienen bepaald te worden: gewicht, BMI, buikomtrek, bloeddruk, nuchtere glycemie en lipiden (triglyceriden en HDL, LDL en totaal cholesterol). Dit voor de start van de behandeling, na 6 weken, na 12 weken en vervolgens jaarlijks [8–11].

Gezien het risico op plotse dood en QTc-verlenging, wordt aanbevolen om bij opstart een ECG af te nemen bij patiënten met een verhoogd cardiovasculair risico en bij patiënten die een antipsychoticum innemen met een verhoogd risico op QTc-verlenging (droperidol, pimozide, sertindol, sulpiride en hoge doses haloperidol).
Indien het ECG gestoord is, of in geval van cardiale klachten (palpitaties, (pre)syncopes,…), dient het ECG regelmatig herhaald te worden [8–10,12].

Een apart geval is clozapine. Het is het enige antipsychoticum dat bewezen effectiever is dan de andere antipsychotica in de behandeling van schizofrenie, maar het heeft ook een hogere kans op ernstige bijwerkingen, met name het risico op een levensbedreigende agranulocytose. Vandaar is er bij de opstart van clozapine gedurende de eerste 18 weken nood aan een wekelijkse controle van het perifeer bloedbeeld en vervolgens maandelijks tot 4 weken na een eventuele stopzetting van de therapie. Er dient bij clozapine tevens aandacht te zijn voor het risico op myocarditis en extreme obstipatie, soms leidend tot paralytische ileus [8,12,20].

Bovenop de metabole opvolging en eventuele ECG's, wordt aangeraden om regelmatig (bijvoorbeeld jaarlijks) aandacht te hebben voor andere bijwerkingen, zoals extrapiramidale symptomen of seksuele stoornissen [8].

Tevens raadt men aan om geregeld de effectiviteit van een antipsychotische behandeling kritisch te evalueren en stil te staan bij het algemene functioneren van de patiënt, zijn therapietrouw en eventueel gebruik van tabak, alcohol of drugs.

Tot slot raden de geraadpleegde richtlijnen aan om te werken met een behandelplan, waarin afspraken over de zorg worden vastgelegd in overleg met de patiënt, betrokken hulpverleners en eventuele mantelzorgers.
In een behandelplan dienen de zorgbehoeften van de patiënt (en diens omgeving) geïntegreerd te worden met de expertise van de hulpverleners.
Een dergelijk plan heeft aandacht voor de behandeldoelen van de patiënt, de fysische en psychische gezondheid, het algemene functioneren, het sociale netwerk van de patiënt en de betrokken hulpverleners en hun onderlinge taakverdeling.
Indien geïndiceerd, wordt aangeraden om ook een crisisplan op te stellen in overleg met de patiënt en andere betrokkenen, en dit toe te voegen aan het behandelplan [8–11].
Een crisisplan is geïndiceerd voor alle patiënten die een risico hebben op een psychiatrische crisis. Het dient opgesteld te worden tijdens een stabiele periode, in overleg met de patiënt en eventueel ook met diens familie en/of andere betrokkenen. Een crisisplan bevat afspraken over hoe te handelen en wie te contacteren in geval van een (dreigende) crisis.
Het hebben van een crisisplan is een van de weinige interventies waarvan bewezen is dat ze het risico op een gedwongen opname verkleinen. Daarenboven blijken patiënten met een crisisplan meer het gevoel te hebben dat ze controle hebben over hun aandoening [8–10,21].

Een behandel- en eventueel crisisplan dient jaarlijks geactualiseerd te worden.

2.3.3 Opvolging: theorie versus praktijk

Hoewel uit de literatuur naar voren komt dat opvolging aangewezen is voor patiënten die een antipsychoticum gebruiken, blijkt deze in de praktijk vaak ondermaats.

In de Verenigde Staten bleek dat slechts bij 8.4% van de patiënten die een antipsychoticum gebruikten bij opstart de lipiden werden bepaald. Dit steeg tot een povere 10.5% na de invoering van een richtlijn [22].
In het Verenigd Koninkrijk bleek dat er ondanks de richtlijnen slechts bij 1 op 10 van de ambulant gevolgde patiënten die een antipsychoticum gebruikten een correcte jaarlijkse metabole screening plaatsvond, met meting van bloeddruk, glycemie, lipiden en gewicht. Bij de helft van de patiënten werd er geen enkele parameter gemeten. Na het doorlopen van specifieke kwaliteitsverbeterende programma's in verschillende regionale zorgnetwerken steeg het aantal correct opgevolgde patiënten naar 1 op 3. Het aantal patiënten waarbij geen enkele parameter werd bepaald daalde naar 1 op 7. Dit bewijst dat een specifieke kwaliteitsverbeterende aanpak kan helpen in de optimalisatie van de opvolging, al blijft ook na een dergelijk programma het aantal correct opgevolgde patiënten laag [23].

Dat ondanks richtlijnen en zelfs specifieke kwaliteitsverbeterende programma's de opvolging suboptimaal verloopt, bewijst hoe uitdagend deze opvolging kan zijn. Problemen die zich stellen zijn o.a. een gebrekkige therapie- en afsprakentrouw, een verhoogd risico op drugsgebruik en het optreden van psychiatrische symptomen die het zorgcontact bemoeilijken [7,8].
Onduidelijkheid over wiens verantwoordelijkheid de (metabole) opvolging is en een gebrek aan communicatie tussen betrokken hulpverleners worden ook als reden voor een gebrekkige opvolging aangehaald [23,24]. Daarenboven vormt het niet weten wat te doen in geval van afwijkende waarden eveneens een rem op een gedegen opvolging, evenals de fatalistische vooronderstelling dat het aanpakken van het cardiovasculair risico bij ernstige psychiatrische patiënten gedoemd is om te mislukken [7,8,23,24].

Nochtans blijkt uit onderzoek dat psychiatrische patiënten somatische screening en aandacht voor hun fysieke gezondheid appreciëren en dat aandacht voor het cardiovasculaire risico en de aanpak van somatische aandoeningen kan lonen [8].
Zo zijn psychiatrische patiënten zich er vaak niet van bewust dat een levensstijlverandering nodig is en ontbreekt het hun soms aan kennis en vaardigheden om een gezonde levensstijl na te streven. Gezondheidsvoorlichting, begeleiding bij dieet, voldoende lichaamsbeweging en rookstop hebben bewezen effectief te zijn in het verbeteren van de algemene gezondheid (gewicht, risico op cardiovasculaire ziekten, diabetes, kanker) van psychiatrische patiënten [8,24,25].
Er zijn ook aanwijzingen dat een medicamenteuze behandeling met metformine, topiramaat of aripiprazol een gunstig effect kan hebben op het gewicht en dus op het cardiovasculair risico, maar dit dient nog verder onderzocht te worden [24,25].
Bijwerkingen zoals gewichtstoename, seksuele stoornissen en extrapiramidale symptomen kunnen daarenboven nefast zijn voor het welbevinden van de patiënt en voor diens therapietrouw. Hier aandacht aan besteden is dus ook van therapeutische waarde [8,24].

2.3.4 Taakverdeling

Dat onduidelijkheid over de taakverdeling en een gebrekkige communicatie tussen hulpverleners onderling een struikelblok vormen voor een gedegen opvolging, werd hierboven reeds beschreven.

Huisartsen voelen zich weinig vertrouwd met de opvolging van mensen met een ernstige psychiatrische aandoeningen [7]. Ze zien het vooral als hun taak om in te staan voor de diagnose en behandeling van somatische aandoeningen bij deze patiënten, om een eventuele psychische decompensatie te detecteren en om de zorg voor de omgeving van de patiënt op zich te nemen. Huisartsen geven aan dat ze graag willen instaan voor de herhaalvoorschriften en de monitoring van bijwerkingen bij patiënten die een antipsychoticum gebruiken, maar dat het hen ontbreekt aan kennis over de interacties, bijwerkingen en effectiviteit van antipsychotica [26].

Psychiaters blijken dan weer vaak van mening te zijn dat aandacht voor de somatische gezondheid en screening naar (metabole) bijwerkingen niet hun taak is. Een gebrek aan tijd en middelen speelt hier een rol, evenals een gebrek aan ervaring bij het aanpakken van somatische aandoeningen [24].

Om de communicatie tussen hulpverleners te stimuleren en duidelijkheid te scheppen over de exacte taakverdeling bij de opvolging van patiënten die een antipsychoticum gebruiken, stellen zowel de Britse NICE-richtlijnen als de Nederlandse richtlijn dat het de *psychiater* is die de regie van de behandeling en opvolging in handen heeft. Eventueel kan de psychiater (een deel van) de zorg delegeren naar de huisarts, mits duidelijke instructies. Tevens wordt er aangeraden om met een behandelplan en eventueel een crisisplan te werken, en dit goed te communiceren met alle betrokkenen [8–10].

Tot op heden vond ik geen Belgische richtlijn waarin een duidelijk taakverdeling wordt vermeld.

2.4 Beleid bij problemen

Hieronder synthetiseren we wat de literatuur aanreikt als mogelijke oplossingen voor de meest relevante problemen die zich stellen in de opvolging van patiënten die een antipsychoticum gebruiken.
Over het algemeen geldt dat aangezien elk antipsychoticum een uniek bijwerkingenprofiel heeft, er

voor elke patiënt naar een specifiek geschikt antipsychoticum dient gezocht te worden, rekening houdend met eventuele interacties met andere medicatie, bijwerkingen of co-morbiditeiten [8].

2.4.1 Metabole ontregeling

Het is niet geweten of de ongewenste metabole effecten van antipsychotica dosisafhankelijk zijn [8].

Er zijn verschillende opties om een problematische gewichtstoename of een verhoging van de lipiden, bloeddruk en/of glycemie aan te pakken.
In de eerste plaats dient er ingezet te worden op een gezonde levensstijl, met dieet, voldoende lichaamsbeweging en rookstop, hetgeen, zoals hierboven reeds aangehaald, bewezen effectief is [8,24,25].

Een andere optie is om over te gaan op een antipsychoticum met minder metabole bijwerkingen. Indien de diagnose diabetes wordt gesteld tijdens de opvolging van patiënten die een antipsychoticum gebruiken, dan dient deze behandeld te worden volgens de bestaande richtlijnen.

Wat het bepalen van het cardiovasculair risico betreft, en dus het inschatten van de nood aan primaire preventie met een statine en/of een medicamenteuze behandeling van hypertensie, is het zo dat er in de huidige Belgische en Nederlandse richtlijnen rond cardiovasculair risico geen rekening wordt gehouden met het extra risico dat antipsychotica met zich meebrengen [27,28].

De huidige NICE-richtlijn over de aanpak van het cardiovasculaire risico vermeldt wel dat er met de huidige berekening via het QRISK2 algoritme een onderschatting is van het werkelijke cardiovasculaire risico bij mensen die een antipsychoticum nemen, waarmee rekening dient gehouden te worden [29]. Om deze reden wordt in het recentste 'surveillance report' bij de NICE-richtlijn gesuggereerd dat een overgang naar een berekeningswijze via het nieuwe QRISK3 algoritme mogelijks aangewezen is, aangezien QRISK3 rekening houdt met extra risicofactoren (waaronder antipsychotica), waardoor het cardiovasculair risico accurater geschat kan worden [30,31].

In België is de richtlijn 'globaal cardiovasculair risicobeheer', die uit 2007 dateert, in herziening. Mogelijks zal er in de nieuwe richtlijn wel rekening gehouden worden met het extra risico door antipsychotica.

De Nederlandse multidisciplinaire richtlijn schizofrenie raadt aan om, zolang de richtlijnen rond cardiovasculair risico nog niet zijn aangepast, het cardiovasculaire risico dan maar via de huidige richtlijnen te schatten, maar het extra risico door antipsychotica in te calculeren door tijdens de risicoschatting 20 jaar bij de feitelijke leeftijd te tellen [8].

2.4.2 Extrapiramidale symptomen

Storende extrapiramidale bijwerkingen zijn vaak dosisgebonden. Een dosisreductie kan hier dus een optie zijn.
Overgaan op een antipsychoticum met minder risico op extrapiramidale bijwerkingen is eveneens een optie.
Tot slot kunnen extrapiramidale bijwerkingen ook medicamenteus behandeld worden: parkinsonisme met een anticholinergicum, acathisie met mirtazapine, een benzodiazepine of propranolol en tardieve dyskinesie eventueel met tetrabenazine. Dit is uiteraard voorbehouden voor de tweede lijn [8].

2.4.3 Prolactine / Seksuele functiestoornissen

De aan prolactine geassocieerde bijwerkingen zoals menstruatiestoornissen, fertiliteitsstoornissen, verminderd libido, erectiele dysfunctie, gynaecomastie of galactorrhoea zijn eveneens dosisgebonden. Ook hier kan een dosisreductie of het overgaan naar een ander antipsychoticum soelaas brengen. Het bepalen van de prolactinespiegel kan zinvol zijn, afhankelijk van de klinische context. Bij erectiestoornissen valt een symptomatische behandeling met sildenafil te overwegen [8,24].

2.4.4 Effectiviteit van de medicamenteuze therapie

Bij een toename van psychiatrische symptomen ondanks een adequate behandeling wordt er aan de eerste lijn aangeraden om te verwijzen naar de tweede lijn [8–11].
Er wordt in een onderhoudsbehandeling steeds gestreefd naar de minimaal effectieve dosis. De dosis kan indien nodig verhoogd worden tot de maximum dosis waarvoor het medicament is geregistreerd, in functie van eventuele bijwerkingen. Afhankelijk van de indicatie kan ook een switch naar een ander antipsychoticum of het overgaan op of toevoegen van een ander medicament (bv lithium, lamotriginie of valproaat) een optie zijn. In sommige gevallen zijn ook elektroconvulsieve therapie of repetitieve transcraniële magnetische stimulatie (rTMS) een optie.
Tot slot dient er naast de medicamenteuze behandeling ook steeds aandacht te zijn voor de psychosociale context en het eventueel opstarten of intensifiëren van een psychosociale behandeling [8–11].

2.4.5 Therapietrouw

Een gebrekkige therapietrouw is een vaak voorkomend probleem bij patiënten die een antipsychoticum nemen en leidt frequent tot opstoten van psychiatrische symptomen.

Er zijn heel wat factoren die invloed hebben op de therapietrouw.
Middelenmisbruik en een negatieve houding van de patiënt ten aanzien van de medicatie zijn de meest frequente redenen voor een gebrekkige therapietrouw bij patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening. De houding van de patiënt ten aanzien van de medicatie is voornamelijk geassocieerd aan zijn ziekte-inzicht, de therapeutische relatie met de behandelaar en zijn mate van aanvaarding van de bijwerkingen [32].
Een positieve ervaring van de patiënt met betrekking tot de effectiviteit van het antipsychoticum op zijn psychiatrische symptomen is eveneens belangrijk voor de therapietrouw [8,11,32].

2.4.5.1 Verbeteren van de therapietrouw

Ter bevordering van de therapietrouw dient er steeds aandacht te zijn voor de ervaring en wensen van de patiënt, en er dient gestreefd te worden naar het antipsychoticum dat door de patiënt het best verdragen wordt, en dit in de laagste effectieve dosis [8,11,32].
Psycho-educatie van de patiënt en van de omgeving van de patiënt is effectief gebleken ter bevordering van de therapietrouw en het voorkomen van een recidief [8,11,33].
Daarenboven blijken cognitieve gedragstherapie, psychiatrische thuiszorg, begeleiding van de medicatie-inname (bijvoorbeeld via een wekelijkse medicatiedoos) en ondersteuning bij sociale en/of logistieke problemen de therapietrouw ten goede kunnen komen [33].

In bepaalde gevallen wordt het toedienen van een antipsychoticum in de vorm van een langwerkend depotpreparaat aangeraden ter verbetering van de therapietrouw. Vooral bij schizofrenie zijn er aanwijzingen dat er minder kans op een recidief is indien er een depotpreparaat wordt gebruikt, vergeleken met per os behandeling, en dat het gebruik van depotmedicatie lijdt tot een verbeterde therapietrouw [8,9,12].

Een depotpreparaat dient slechts maandelijks tot zelfs driemaandelijks te worden toegediend en maakt het voor de behandelaar eenvoudiger om zicht te hebben op de therapietrouw.

Voor de behandeling van bipolaire stoornis is er tot op heden nog geen langwerkend depotpreparaat op de Belgische markt, en ook in de huidige richtlijnen over bipolaire stoornis is er nog geen sprake van depotpreparaten. Dit zou de komende jaren echter kunnen veranderen gezien er steeds meer studies aantonen dat depotpreparaten met langwerkende antipsychotica effectief zijn in het verminderen van de kans op een recidief van een bipolaire stoornis. De exacte plaats van deze en eventuele andere langwerkende preparaten, in relatie en/of combinatie met andere behandelingsopties dient verder onderzocht te worden, maar de recente bevinding dat langwerkende antipsychotica bij bipolaire stoornis tot een betere therapietrouw zouden leiden, oogt alvast veelbelovend [34,35].

Het komt erop neer per patiënt rekening te houden met de unieke factoren die invloed kunnen hebben op de therapietrouw en hiervoor tot een specifieke, op maat van de patiënt gemaakte aanpak te komen [32,33].

2.5 Van literatuurstudie naar het opstellen van de interventie

Deze literatuurstudie leverde heel wat interessante informatie op, die gebruikt zal worden om de interventie uit te werken. We verwijzen hiervoor naar sectie 3.3.3 van de resultaten, die handelt over het antipsychoticaconsult.

3 KWALITEITSVERBETERPROJECT

3.1 Beschrijving praktijk

Het wijkgezondheidscentrum Brugse Poort is een multidisciplinair centrum in een multiculturele wijk waar naast 12 huisartsen en 2 HAIO's ook 6 verpleegkundigen, een zorgkundige, 8 kinesisten, 2 maatschappelijk werkers, 2 gezondheidspromotoren, een diëtiste, een praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg, en logistieke en administratieve medewerkers aan de slag zijn.

3.2 Methodologie

Voor dit kwaliteitsverbeterproject werden de gangbare principes van kwaliteitsverbetering gevolgd. Hieronder zal ik de methodologie van het project uiteenzetten.

3.2.1 Probleemanalyse: de FOCUS-methode

Aan de hand van de FOCUS-methode werden de problemen die zich in het WGC Brugse Poort stellen bij de opvolging van patiënten die een antipsychoticum gebruiken in kaart gebracht. De verschillende stappen van de probleemanalyse via het FOCUS-acroniem zijn:

F: find problem
In overleg met de artsen werd besloten om het project toe te spitsen op de opvolging van patiënten die een antipsychoticum gebruiken.

O: organise meeting
Tijdens verschillende doktersvergaderingen werd stilgestaan bij de problemen die zich stellen in de opvolging van deze patiënten en bij de organisatie van dit kwaliteitsverbeterproject, zodat het op maat van de praktijk kon worden opgesteld.

C: clarify problem
De problemen die zich stellen werden verkend tijdens meerdere doktersvergaderingen. Tevens werd in de literatuur op zoek gegaan naar relevante richtlijnen en deze werden dan afgetoetst aan de gang van zaken in de praktijk.

U: understand/uncover problem
Na de eerste verkennende gesprekken werd besloten tot een grondige analyse van de wijze waarop de patiënten werden opgevolgd in de periode voorafgaand aan de start van dit project (1/09/2016-1/09/2017).
Hiertoe werd een *exploratieve praktijkstudie* uitgevoerd bij een derde van de 155 patiënten (puntprevalentie) die volgens het EMD bij de start van de praktijkstudie een antipsychoticum gebruikten. Dit derde van de patiënten werd via een willekeurige steekproef geselecteerd.
De te onderzoeken patiëntendossiers werden zo onder de artsen verdeeld, dat elke arts zo veel mogelijk de dossiers van zijn vaste patiënten kreeg toegewezen.
De artsen dienden voor elke toegewezen patiënt het dossier grondig te bekijken en een uitgebreid registratieformulier (bijlage 1) in te vullen. Op deze manier bekwamen we informatie over de notatie van de gegevens van hulpverleners en mantelzorgers in het dossier, de communicatie met de psychiater, de therapietrouw, de indicatiestelling en de metabole opvolging.
Na exclusie van patiënten jonger dan 18 jaar, patiënten die in de gemeten periode in opname waren en patiënten die al jaren geen antipsychoticum meer bleken in te nemen, maar waarbij dit foutief in het EMD stond, werden uiteindelijk data van 40 patiënten geanalyseerd.
De resultaten van deze exploratieve praktijkstudie zijn te vinden bij de sectie 'resultaten'.

S: start PDCA-cyclus

Na de analyse van de problemen, volgt in kwaliteitsverbeterprojecten een poging tot oplossing/verbetering. Dit gebeurt via de 'kwaliteitscirkel van Demming', ook wel bekend als de PDCA-cyclus.

3.2.2 Kwaliteitsverbetering: de PDCA-cyclus

De verschillende stappen van de kwaliteitscirkel worden hieronder beschreven.

P: plan

Op basis van de bevindingen uit de probleemanalyse en de literatuurstudie werd, in overleg met de collega's, een kwaliteitsverbeterende interventie opgesteld, namelijk de invoering van een jaarlijks 'antipsychoticaconsult'. Er werd afgesproken om jaarlijks bij alle patiënten die een antipsychoticum gebruiken een consultatie te plannen waarin een checklist (bijlage 2) wordt overlopen die de essentie van een goede opvolging omvat.

D: do

De interventie werd ingevoerd op 1 juli 2018. Via het EMD werd een collectieve planning opgesteld, zodat er bij alle patiënten die een antipsychoticum gebruiken in het EMD een herinnering aan de interventie verschijnt.

Daarenboven werden alle artsen gestimuleerd om gedurende de eerste drie maanden van de interventie (van juli tot en met september 2018) bij minstens 2 patiënten een antipsychoticaconsult te doen, idealiter bij verschillende types patiënten, zodat er voldoende ervaring met de interventie zou worden opgedaan om deze te kunnen evalueren.

C: check

Drie maanden na de invoering werd een kwalitatieve evaluatie van het antipsychoticaconsult en de checklist uitgevoerd door middel van een focusgroepsgesprek met de artsen van het WGC. Hierbij werd gevraagd naar de sterktes en de zwaktes van de interventie, en naar mogelijk verbeteringen. Het focusgroepsgesprek werd opgenomen, uitgetypt en vervolgens gecodeerd met behulp van het softwareprogramma Nvivo 12.

Naast deze kwalitatieve evaluatie werd door gebruik te maken van de databank van het EMD (Pricare), ook onderzocht hoe vaak de metabole parameters (bloeddruk, gewicht, nuchtere glycemie en lipiden) gemeten en in het EMD genoteerd werden bij patiënten die een antipsychoticum namen. De periode vóór de start van het project (1/10/2016 -30/9/2017) werd vergeleken met de periode waarin het project liep (1/10/2017 – 30/9/2018). Alle patiënten die in de respectievelijke periodes ouder dan 18 jaar waren en gedurende heel de periode 1 of meer antipsychotica (= ATC-klasse N05A) als actief geneesmiddel in hun dossier staan hadden werden geïncludeerd. Tevens werden hun demografische gegevens verzameld.
Door de resultaten uit beide periodes te vergelijkingen was het mogelijk om na te gaan wat het effect van de interventie was op het meten van metabole parameters.

A: act

Op basis van de resultaten van de kwalitatieve evaluatie werd besloten tot een aantal aanpassingen van de interventie.

3.3 Resultaten

Het doel van dit kwaliteitsverbeterproject was om de opvolging van patiënten die langdurig een antipsychoticum gebruiken te verbeteren, en te evalueren wat het effect is van de interventie, namelijk het antipsychoticaconsult.
Dit doel werd in verschillende etappes nagestreefd.
In een eerste fase vond door middel van een *exploratieve praktijkstudie* aan de hand van 40 patiëntendossiers een analyse plaats van de opvolging, zoals die verliep voor de start van dit kwaliteitsverbeterproject.
Vervolgens werd de interventie, met name een jaarlijks *antipsychoticaconsult* aan de hand van een checklist, opgesteld en ingevoerd.
Drie maanden na de invoering van de interventie werd nagegaan *wat de invloed was van de interventie op het meten van metabole parameters*. Hiervoor werd voor alle patiënten die een antipsychoticum gebruiken een vergelijking gemaakt via de databank van het EMD wat betreft het al dan niet meten van de metabole parameters, tussen de periodes voor en na de start van dit project.
Tevens werd de ingevoerde interventie *kwalitatief geëvalueerd* tijdens een focusgroepsgesprek.

3.3.1 Demografische gegevens

Om een beeld te schetsen van de patiëntenpopulatie waarover dit onderzoek handelt, worden hier kort de demografische gegevens vermeld van alle patiënten die ouder dan 18 jaar waren en een antipsychoticum innamen gedurende respectievelijk de periode voor de start van dit project (1/10/2016 tot en met 30/9/2017) en de periode waarin het project liep en de interventie werd opgesteld en ingevoerd (1/10/2017 tot en met 30/9/2018).
In de eerste periode ging het om 144 patiënten, in de tweede periode om 153 patiënten.
De demografische gegevens uit beide periodes zijn sterk gelijkend, hetgeen niet verwonderlijk is aangezien het grotendeels om dezelfde patiënten gaat.
De meerderheid van de patiënten in beide periodes was van het mannelijk geslacht en een grote meerderheid had recht op een voorkeurstarief. In beide periodes had ongeveer 25% van de patiënten niet de Belgische nationaliteit. In de eerste periode had 71.53% het Nederlands als moedertaal, in de tweede periode was dit 65.36%. In beide periodes werd de moedertaal niet geregistreerd bij ongeveer 20% van de patiënten.

PERIODE: 1/10/2016 -> 30/9/2017			
geslacht	man	87	60,42%
	vrouw	57	39,58%
leeftijdsdistributie	21-30	11	7,64%
	31-40	33	22,92%
	41-50	37	25,69%
	51-60	36	25,00%
	61-70	15	10,42%
	71-80	6	4,17%
	81-90	6	4,17%
voorkeurtarief	ja	101	70,14%
	nee	42	29,17%
	NA	1	0,69%
nationaliteit	NA	5	3,47%
	BELGIË	104	72,22
	MAROKKO	4	2,78
	SLOVAAKSE REPUBLIEK	12	8,33

PERIODE: 1/10/2017 -> 30/9/2018			
geslacht	man	91	59,48%
	vrouw	62	40,52%
leeftijdsdistributie	18jaar-20jaar	3	1,96%
	21-30	11	7,19%
	31-40	36	23,53%
	41-50	40	26,14%
	51-60	35	22,88%
	61-70	21	13,73%
	71-80	5	3,27%
	81-90	2	1,31%
voorkeurtarief	ja	110	71,90%
	nee	42	27,45%
	NA	1	0,65%
nationaliteit	NA	8	5,23%
	BELGIË	109	71,24%
	MAROKKO	4	2,61%
	SLOVAAKSE REPUBLIEK	11	7,19%

	RUSLAND (BOND VAN)	1	0,69%			RUSLAND (BOND VAN)	1	0,65%
	TURKIJE	11	7,64%			TURKIJE	11	7,19%
	BULGARIJE	3	2,08%			BULGARIJE	2	1,31%
	AFGHANISTAN	1	0,69%			AFGHANISTAN	2	1,31%
	DUITSLAND DE BONDSREPUBLIEK	1	0,69%			SOMALIË	1	0,65%
	NEDERLAND	1	0,69%			NIGERIA	1	0,65%
	SOMALIË	1	0,69%			VENEZUELA	1	0,65%
						Servië	1	0,65%
						BOSNIË-HERZEGOVINA	1	0,65%
moedertaal	NA	28	19,44%		moedertaal	NA	34	22,22%
	Nederlands	103	71,53%			Nederlands	100	65,36%
	Frans	1	0,69%			Frans	1	0,65%
	Arabisch	2	1,39%			Arabisch	2	1,31%
	Turks	4	2,78%			Turks	3	1,96%
	Slovaaks	3	2,08%			Slovaaks	4	2,61%
	Bulgaars	3	2,08%			Bulgaars	4	2,61%
						Koerdisch	1	0,65%
						Spaans	2	1,31%
						Albanees	1	0,65%
						Servo-Kroatisch	1	0,65%

3.3.2 Resultaten exploratieve praktijkstudie

3.3.2.1 Omkadering van de patiënt

3.3.2.1.1 Vaste huisarts

De grote meerderheid (97.5%) van de onderzochte patiënten had in de periode 1/09/2016-1/09/2017, dus vóór de invoering van de interventie, minstens 1 contact met een huisarts uit onze praktijk.

Van de onderzochte patiënten bleek 10% (4/40) geen vaste arts te hebben in het WGC.

Indien er een vaste arts was, dan stond dit niet altijd genoteerd in het dossier en als het wel genoteerd stond, dan niet altijd op dezelfde plaats.

	JA	NEEN	ONDUIDELIJK/NVT
minstens 1 contact met huisarts in gemeten periode?	39	1	0
Is er in de realiteit een vaste arts?	36	4	0
vaste arts in EMD bij opmerking 4?	4	32	4
vaste arts in EMD in het relatiecentrum?	26	10	4

3.3.2.1.2 Betrokkenheid psychiater

Het merendeel, meer bepaald 90% (36/40), van de onderzochte patiënten heeft ooit een psychiater gezien. In 62.5% (25/40) van de patiënten is er actief een psychiater betrokken.

Bij 22.5% (9/40) bleek er geen psychiater actief betrokken te zijn bij de opvolging. Het is mogelijk dat dit niet per se nodig was bij een deel van deze patiënten. Dit werd niet onderzocht.

Bij 88% (22/25) van de patiënten waarbij actief een psychiater is betrokken, valt dit ook af te leiden uit het dossier. In 12% (3/25) weet alleen de vaste arts dat er een psychiater betrokken is.

In 15% (6/40) is het niet duidelijk of er nog actief een psychiater is betrokken of niet.

	ja	neen	onduidelijk
ooit een psychiater (geweten door vaste arts)?	36	1	3
ooit een psychiater (zoals af te leiden valt uit het EMD) ?	35	4	1
actief een psychiater betrokken (zoals geweten door de vaste arts)?	25	9	6
actief een psychiater betrokken (zoals blijkt uit het EMD)?	22	13	6

Indien er ooit een psychiater was betrokken en dit te achterhalen valt uit het EMD, dan is er een grote heterogeniteit wat betreft de plaats waar dit in het EMD wordt genoteerd.

	brieven	gezondheidselement	beiden
Plaats gegevens psychiater in EMD	25%	35.71%	39.29%

3.3.2.1.3 Communicatie met psychiater

Indien er een psychiater bij de opvolging betrokken was, dan werd de communicatie met de psychiater beoordeeld als goed bij 24.24% van de patiënten, als matig bij 39.39% en als slecht bij 36.36%.

Als oorzaak voor een als matig tot slecht beoordeelde communicatie werden de volgende redenen vermeld: 'psychiater niet bereikbaar voor overleg', 'psychiater geeft informatie mondeling en/of schriftelijk door via de patiënt of diens mantelzorger (waardoor belangrijke info vaak laattijdig tot bij ons komt)', 'psychiater geeft geen instructies met betrekking tot het te volgen beleid en de nood aan opvolging', 'psychiater laat niks weten als de therapie wijzigt of als de behandeling wordt stopgezet (al dan niet door de patiënt zelf)', 'slechts telefonisch overleg op ons initiatief naar aanleiding van een dosiswijziging waarvan we niet op de hoogte waren...', 'slechte communicatie, niet duidelijk of patiënt nog in opvolging is, al jaren geen brief meer, nochtans schizofrenie'.

In 59.37% van de patiënten waarbij er een psychiater is of was betrokken, zijn er brieven. Hierbij werd als opmerking gegeven dat deze brieven vaak laattijdig toekomen, of dat er enkel verslagen van opnames zijn, maar niet van ambulante contacten.

In 34.37% van de onderzochte patiënten gaf de betrokken psychiater duidelijk instructies met betrekking tot de opvolging en het te volgen beleid.

3.3.2.1.4 Ambulante begeleiding

Van de onderzochte patiënten had 55% (22/40) een vorm van ambulante begeleiding, zoals begeleid wonen, mobiel team of een psychotherapeut.

Bij 5% (2/40) was het onduidelijk of er ambulante begeleiding was. Indien er ambulante begeleiding was, dan was dit in 72.72% (16/22) af te leiden uit het dossier.

In 18.18% (4/22) van de patiënten die ambulante begeleiding genoten stonden de contactgegevens van de ambulante hulpverlener in de vrije tekst van het gezondheidselement in het EMD, in 36.36% (8/22) stonden er contactgegevens in het administratieve gedeelte van het dossier, bij de identificatiegegevens van de patiënt.

	JA	NEEN	ONDUIDELIJK/NVT
Is er ambulante begeleiding?	22	16	2 onduidelijk
Is er ambulante begeleiding, zoals af te leiden valt uit het dossier?	16	20	4
contactgegevens (naam + tel of e-mail) in het EMD (bij vrije tekst gezondheidselement)?	4	18	18 nvt
contactgegevens (naam + tel of e-mail) in het dossier (bij identificatiegegevens)?	8	14	18 nvt

3.3.2.1.5 Mantelzorg

Uit de praktijkstudie blijkt dat er bij 50% van de onderzochte patiënten geen mantelzorger betrokken was, bij 35% (14/40) wel en in 15% was het niet geweten of er mantelzorg was.

Bij 64.29% (9/14) van de patiënten die mantelzorg genoten was dit te achterhalen uit het dossier en stonden ook de contactgegeven van de mantelzorger in het dossier.

	JA	NEEN	ONDUIDELIJK/NVT
Is er mantelzorg ?	14	20	6
Is er mantelzorg (zoals te achterhalen valt uit het EMD)?	9	25	6
contactgegevens (naam + tel of e-mail) in het EMD (bij vrije tekst gezondheidselement)?	1	13	26
contactgegevens (naam + tel of e-mail) in het dossier (bij identificatiegegevens)?	9	5	26

3.3.2.2 Crisisplan

Van de 40 onderzochte patiënten hadden er 7.5% (3/40) voorafgaand aan de invoering van de interventie een crisisplan.

3.3.2.3 Diagnose / Indicatie

In 85% (34/40) van de patiënten is geweten waarvoor het antipsychoticum ooit is opgestart. In 82.5% (33/40) staat deze indicatie ook duidelijk in het dossier.
Bij de behandelende huisarts was er bij 37.5% (15/40) van de patiënten twijfel over het al dan niet nog steeds geïndiceerd zijn van de behandeling met een antipsychoticum.

	JA	NEEN	ONDUIDELIJK/NVT
Is de diagnose of de indicatie voor het antipsychoticum duidelijk geweten?	34	1	5
Is de diagnose of de indicatie voor het antipsychoticum duidelijk aangegeven in het dossier?	33	3	4
Is het antipsychoticum in de gemeten periode nog steeds geïndiceerd?	25	0	15

De diagnose werd in 12.5% (5/40) gesteld door de huisarts en in 62.5% (25/40) door de psychiater. Het antipsychoticum werd in 7.5% (3/40) opgestart door de huisarts en in 75% (30/40) door de psychiater. In 17.5% (7/40) was het onduidelijk door wie het antipsychoticum ooit werd opgestart.

	HUISARTS	PSYCHIATER	onduidelijk
Wie heeft de diagnose gesteld, zoals die nu in het dossier staat?	5	25	10
Wie heeft ooit een antipsychoticum opgestart bij deze patiënt?	3	30	7

3.3.2.4 Therapietrouw

Van de 32 patiënten die per os medicatie namen, was de therapietrouw goed in 34.98% (11/32), slecht in 15.66% (5/32) en niet te achterhalen in 50% (16/32). Als oorzaak van de onmogelijkheid om de therapietrouw te achterhalen via het EMD werd aangegeven dat de voorschriften mogelijks door een psychiater werden geschreven, maar dat hier geen melding van werd gedaan, of dat het niet goed was geweten of er nog steeds een psychiater betrokken was en of de patiënt nog steeds de medicatie nam.

In 12.5% (4/32) van de patiënten die per os medicatie innamen, werd er gewerkt met een medicatiedoos die werd klaargezet door de verpleging. In 25% (8/32) van de patiënten die per os medicatie innamen, werd er mantelzorg ingeschakeld ter bevordering van de therapietrouw. Of deze maatregelen de therapietrouw ten goede kwamen werd in de studie niet verder onderzocht.

Van de 14 patiënten die een antipsychoticum kregen in de vorm van een depotpreparaat, was 64.28% (9/14) therapietrouw en 21.43% (3/14) niet. Bij 14.28% (2/14) was dit niet te achterhalen. Het is niet verwonderlijk dat de patiënten die een depotpreparaat krijgen een betere therapietrouw hebben, aangezien een groot deel van die patiënten de medicatie in ons centrum krijgt toegediend bij een arts of een verpleegkundige. Het wordt dan veel sneller duidelijk als iemand niet komt opdagen. De afspraak in de praktijk was reeds om in dat geval de patiënt op te bellen.

Indien uit de praktijkstudie bleek dat de patiënt niet therapietrouw was in de gemeten periode, dan was dit slechts geweten door de vaste huisarts in 57.14% (4/7).

	JA	NEEN	nvt/niet te achterhalen
Heeft de patiënt voldoende voorschriften gekregen om de medicatie (per os) in de voorgeschreven dosis in te nemen?	11	5	nvt (enkel depotmedicatie): 8;; niet te achterhalen: 16
Heeft de patiënt de medicatie (depot) toegediend gekregen aan de afgesproken frequentie, afgaand op uitgevoerde procedures in het EMD?	9	3	nvt : 26; nta: 2

Indien blijkt dat de patiënt niet therapietrouw was in de gemeten periode, was dit geweten? (door de vaste arts)	4	3	Nvt (therapietrouw): 20; nta: 13
Indien blijkt dat de patiënt niet therapietrouw was in de gemeten periode, was dit geweten? (zoals blijkt uit het dossier)	3	4	Nvt (therapietrouw): 20; nta: 13
Werd er gewerkt met een medicatiedoos, via verpleging?	4	28	Nvt (enkel depotmedicatie): 8
Werd er mantelzorg ingeschakeld ter bevordering van de therapietrouw?	8	23	8

3.3.2.5 Het meten van de metabole parameters

Tijdens de praktijkstudie voorafgaand aan het opstellen van de interventie werd ook nagegaan hoe vaak de metabole parameters werden gemeten en door wie, in de periode 1/09/2016-1/09/2017, voor de start van dit kwaliteitsverbeterproject.
Hieruit bleek dat de metabole opvolging door de huisarts matig was.
De psychiater bleek nog veel minder oog te hebben voor de metabole opvolging.
Bij slechts 2.5% van de patiënten (1/40) werden de metabole parameters expliciet gemeten door de huisarts op vraag van de psychiater en bij een andere 2.5% (1/40) gebeurde de meting van de metabole parameters bij de psychiater zelf.

minstens 1 meting van:	JA, huisarts	JA, psychiater	NEEN	ONDUIDELIJK
BLOEDDRUK	26 (65%)	1	11	3
BUIKOMTREK	2 (5%)	1	29	7
GEWICHT	21 (52.5%)	1	13	6
BMI	18 (45%)	1	15	7
NUCHTERE GLYCEMIE	17 (42.5%)	1	16	6
LIPIDEN (HDL, LDL, totaal cholesterol en triglyceriden)	14 (35%)	1	20	5

3.3.2.6 Bedenkingen artsen

Tijdens de praktijkstudie konden de artsen bedenkingen formuleren, nadat ze een dossier hadden doorgenomen.

Dit waren de gegeven antwoorden:
-‘at risk om uit de boot te vallen: mensen waarvan we denken dat ze bij psychiater gaan, maar dit niet meer doen’
-‘opmerkelijk hoe weinig geweten is over de opvolging van deze patiënte en geen verslagen’
-‘Goed om eens bij stil te staan! Ik merk vooral dat er een registratiemoeilijkheid is bij patiënten met een uitgebreide omkadering: welke hulpverleners zijn betrokken en wat zijn hun contactgegevens? Het is vaak ofwel zoeken, ofwel verouderde info.‘
-‘Mijn aanvoelen is dat wij een deel van de patiënten zelf intensief opvolgen, een deel van de patiënten vooral in de 2e lijn opgevolgd wordt (en dan hebben we weinig zicht op therapietrouw, afsprakentrouw, …), en dat bij een ander deel het minder duidelijk is wie wat doet (1e of 2e lijn). Een deel van de patiënten krijgen we niet tot bij de 2e lijn. Ook wat diagnosestelling betreft is het soms verwarrend (met overlap van middelenmisbruik, depressie met psychotische kenmerken….), blijft dus moeilijk om de juiste code te vinden.’
-‘patiënt consulteert weinig, meer aanklampende zorg nodig?’

3.3.3 Het antipsychoticaconsult

Op basis van de literatuurstudie en de exploratieve praktijkstudie werd in nauw overleg met de artsen in de praktijk het concept van het antipsychoticaconsult uitgewerkt.
Er werd besloten om bij alle patiënten die een antipsychoticum gebruiken jaarlijks tijdens een uitgebreide consultatie aan de hand van een checklist stil te staan bij het algemene functioneren van de patiënt, de behandeldoelen, de therapietrouw, de nood aan een crisisplan, het netwerk van de patiënt en de metabole en eventuele andere bijwerkingen.
Naast de checklist werd er ook een document met achtergrondinformatie opgesteld, dat de artsen konden raadplegen bij vragen of indien er naar aanleiding van het antipsychoticaconsult nood was aan een aanpassing van het beleid.
Een sjabloon voor een crisisplan werd opgesteld, gebaseerd op het crisisplan van het PAKT (het zorgnetwerk geestelijke gezondheidszorg in de regio Gent - Eeklo - Vlaamse Ardennen), dat van WGC Nieuw Gent en op wat volgens de literatuur in een crisisplan zou moeten opgenomen zijn [8–10].
De gebruikte checklist, het document met achtergrondinformatie en het sjabloon voor het crisisplan zijn te vinden in bijlage (respectievelijk bijlagen 1, 2 en 3).
Bij alle patiënten die volgens het EMD een antipsychoticum namen werd het antipsychoticaconsult collectief ingepland, zodat artsen hieraan herinnerd worden zodra ze een dossier openen van iemand die een antipsychoticum neemt.

3.3.4 Kwantitatieve evaluatie door vergelijking van de metabole opvolging bij alle antipsychoticagebruikende patiënten vóór en na de start van het project

Door op basis van gegevens uit de databank van het EMD de metabole opvolging in de periode waarin de interventie werd opgesteld en ingevoerd te vergelijken met de metabole opvolging in de periode vooraf, kon het effect van dit kwaliteitsverbeterend project op de metabole opvolging gemeten worden.

3.3.4.1 Voor: metabole opvolging door de huisarts van 1/10/2016 tot en met 30/9/2017

Van de 144 patiënten die een antipsychoticum namen gedurende heel de periode voorafgaand aan de invoering van de interventie, en in die periode ouder dan 18 jaar waren, werd de bloeddruk in die periode gemeten bij 63.89% , de buikomtrek bij 4.17%, het gewicht bij 52.78%, de nuchtere glycemie bij 18.75%, de cholesterol ratio bij 20.14% en de triglyceriden bij 18.06%.
Wat betreft bloeddruk, buikomtrek en gewicht, tonen deze gegevens een opvallende gelijkenis met de gegevens uit de exploratieve praktijkstudie die dezelfde parameters in dezelfde periode heeft onderzocht bij een steekproef van 40 patiënten (zie 3.3.2.5). Wat betreft de nuchtere glycemie en de bepaling van de lipiden is er een verschil, waarbij de exploratieve praktijkstudie hogere waarde geeft. Dit zou verklaard kunnen worden door het feit dat laboresultaten (zoals glycemie en lipiden) niet automatisch in de databank van het EMD terechtkomen, maar handmatig door de arts dienen 'ingetrokken' te worden. Niet alle artsen doen dit even rigoureus. Hierdoor is het aantal laboresultaten in de databank van het EMD een onderschatting van de realiteit. Bij de exploratieve praktijkstudie keken de artsen zelf in het patiëntendossier waardoor ze ook niet-'ingetrokken' laboresultaten konden zien.

meting	ja	nee
bloeddruk	63,89% (92/144)	36,11% (52/144)
buikomtrek	4,17% (6/144)	95,83% (138/144)
gewicht	52,78% (76/144)	47,22% (68/144)
nuchtere glycemie	18,75% (27/144)	81,25% (117/144)
cholesterol ratio	20,14% (29/144)	79,86% (115/144)
triglyceriden	18,06% (26/144)	81,94% (118/144)

3.3.4.2 Na: metabole opvolging door de huisarts van 1/10/2017 tot en met 30/9/2018

Van de 153 patiënten die een antipsychoticum namen gedurende de periode waarin het kwaliteitsverbeterproject liep en in die periode ouder dan 18 jaar waren, werd de bloeddruk gemeten bij 63.4%. Dit is quasi gelijk aan de 63.89% het jaar voordien.
De buikomtrek werd bij 9.15% van de patiënten gemeten. Dit is een toename van 4.98%.
Het gewicht werd bij 60.13% van de patiënten gemeten. Dit is een toename van 7.35%.
De meting van de nuchtere glycemie kende met 30.72% een toename van 11.97%.
De cholesterol ratio werd in de nameting bij 33.33% van de patiënten bepaald. Dit is een toename van 13.19%. De triglyceriden werden bij 28.1% van de patiënten gemeten, een toename van 10.04%.

meting	ja	nee
bloeddruk	63,4% (97/153)	36,6% (56/153)
buikomtrek	9,15% (14/153)	90,85% (139/153)
gewicht	60,13% (92/153)	39,87% (61/153)
nuchtere glycemie	30,72% (47/153)	69,28% (106/153)
cholesterol ratio	33,33% (51/153)	66,67% (102/153)
triglyceriden	28,1% (43/153)	71,9% (110/153)

3.3.5 Kwalitatieve evaluatie van het antipsychoticaconsult

Door middel van een focusgroepsgesprek met de artsen van WGC Brugse Poort werd het ingevoerde antipsychoticaconsult kwalitatief geëvalueerd, drie maanden na de invoering ervan. Het was op dat moment uitgevoerd bij 21 patiënten.
Er werd in het focusgroepsgesprek gevraagd naar het nut, de sterktes, zwaktes en mogelijke verbeterpunten van het antipsychoticaconsult en bijbehorende documenten (checklist, document met achtergrondinformatie en het sjabloon voor een crisisplan).

3.3.5.1 Sterktes

Alle artsen wensten alvast de interventie te behouden, zij het met hier en daar een aanpassing.
De verschillende sterktes van het antipsychoticaconsult die tijdens het focusgroepsgesprek werden aangehaald zullen hieronder worden beschreven.

3.3.5.1.1 Bewustwording

De meeste artsen haalden aan dat ze door het project meer bewust werden van wat er allemaal moet opgevolgd worden bij patiënten die een antipsychoticum gebruiken en dat ze hier meer aandacht voor hadden gekregen.

> *'Ik merkte dat ik van een aantal dingen niet de gewoonte had om jaarlijks aan te kaarten. Er zijn nu dus een aantal dingen naar boven gekomen die anders niet naar boven zouden komen.'*

3.3.5.1.2 Systematiek

Wat ook door de meeste artsen naar voren werd geschoven als sterkte, is het kader dat het antipsychoticaconsult en de bijbehorende checklist scheppen om op een systematische manier in te zetten op een gedegen opvolging.

> *'Sterk vond ik de systematiek, vooral naar het metabole toe. Verschillende patiënten zijn obees of hebben suiker, dus ik vind het goed met dat protocol, als ik bloed prik weet ik waar ik op moet letten.'*

3.3.5.1.3 Kwaliteit van zorg

Verschillende artsen gaven aan dat ze het gevoel hadden dat de kwaliteit van zorg verbeterd was door het project. Zowel wat de lichamelijke opvolging betreft, als de zorgorganisatie, als de crisispreventie.

3.3.5.1.4 Dossierbeheer

De aandacht die gevraagd wordt in de checklist voor het op orde stellen van het dossier, met onder meer het jaarlijks navragen van de contactgegevens van hulpverleners en mantelzorgers, kon eveneens op veel bijval rekenen bij de artsen.

> *'De volledigheid van het dossier dat aangevuld wordt met belangrijke informatie, bv rond mantelzorgers vind ik ook een grote meerwaarde omdat we daar in het verleden toch af en toe verrast werden.'*

3.3.5.1.5 Crisisplan

Over het crisisplan waren alle artsen positief. De meeste artsen waren aangenaam verrast over de mate van zelfreflectie en inbreng van de patiënt bij het opstellen ervan.

> *'Ik ben ongelooflijk verrast geweest door het crisisplan. Ik vond het maf hoeveel dat er kwam vanuit de patiënt zelf. Ik dacht amai die hebben wel nog veel inzichten en hetgeen dat zij opschrijven is niet altijd hetgeen da gij zelf zou verwachten.'*

> *'Ik vond het crisisplan zeer verrijkend. Vroeger vroeg ik de mensen nooit over hun psychose. Ik vind dat nu heel verrijkend om te weten: hoe herkent ge da bij u, wat gebeurt er dan enz. Ook voor de patiënt lijkt het mij heel verrijkend, van zo herkent ge dat en dan kunt ge dat doen om beter te worden enz.'*

Voor sommige artsen was het ook geruststellend te weten hoe te handelen en wie te bereiken in geval van crisis.

> *'Wat belangrijk is bij een crisis is dat ik weet: wie zijn alle zorgverleners, wie zijn alle thuisbegeleiders of welke diensten zijn er allemaal bij betrokken. De suggestie om dat effectief allemaal in het dossier te integreren is wel een goeie trigger om dat dan ook te doen.'*

In sommige gevallen werd het crisisplan meegegeven aan de patiënt en diens ambulante hulpverleners of mantelzorgers, die het dan samen met de patiënt invulden en nadien kwamen bespreken. Dit werd als positief ervaren.
Ook het opstellen van een crisisplan tijdens een multidisciplinair overleg bleek een succes.

> *'Bij 1 bepaalde patiënt hebben we na jaren aanmodderen eindelijk een crisisplan opgesteld tijdens een multidisciplinair zorgoverleg. Nu is dat duidelijk en iedereen aan tafel weet nu wat de signalen van een dreigende manie zijn (bv op handen schrijven) en wat te doen. Dat is allemaal zeer zinvolle informatie en zeker die multidisciplinaire zorgoverleggen zijn een orgaan om zo een crisisplan openlijk te bespreken.'*

3.3.5.1.6 Kritische evaluatie van het medicamenteuze beleid

Verschillende artsen gaven aan dat ze naar aanleiding van het antipsychoticaconsult tot een wijziging in het medicamenteuze beleid zijn gekomen.
De dosis werd aangepast, of er werd gewisseld van antipsychoticum in het kader van de bijwerkingen of er werd zelfs besloten om het antipsychoticum af te bouwen, in overleg met de patiënt en de psychiater.

> *'De meest positieve ervaring die ik had was dat de patiënt eigenlijk die medicatie niet meer wou nemen. En ook niet zo trouw nam als ik dacht en dat we ter sprake gebracht hebben om het af te bouwen. Dit was positief en kwam door consult aan het licht.'*
>
> *'Bij een paar patiënten had ik zelf wat twijfels bij de indicatie en waren er ernstige extrapiramidale of metabole bijwerkingen. Ik heb dan overlegd met de psychiater en blijkbaar was de indicatie inderdaad niet absoluut en mocht de medicatie afgebouwd worden. Bij iemand anders bleek tijdens het consult dat de psychose weer aan het opflakkeren was en dan heb ik met de psychiater overlegd en op diens advies de dosis verhoogd. Dus telkens interessant dat naar aanleiding van het antipsychoticaconsult er toch iets uit volgde.'*

3.3.5.1.7 Communicatie met psychiater

Het antipsychoticaconsult bleek voor verschillende artsen ook een aanleiding te zijn om nog eens contact op te nemen met de behandelend psychiater, of om een nieuwe psychiater te contacteren. Dit hielp om het beleid bij elkaar af te toetsen.

'Ik denk dat nu veel mensen opgevolgd worden op een onduidelijke manier, waarbij we niet weten wat de psychiater doet en de psychiater weet niet wat wij doen, dus het antipsychoticaconsult geeft zeker een aanknopingspunt om bewust stil te staan bij de zorg van de patiënt. Het is zeer goed dat o.a. de psychiater meer in de picture komt.'

'Het is heel fijn om een kader te hebben om systematisch alles te kunnen overlopen en dat er dan een reden is om naar de psychiater te bellen want ge krijgt niet altijd een verwijsbrief. Patiënten zeggen wel dat ze gaan maar dat ge dan gewoon eens kunt bellen van hoe loopt het en dat ge dat gewoon een beetje systematisch kunt doen is goed.'

3.3.5.1.8 Patiëntendoelen

Dat er in het antipsychoticaconsult ook aandacht is voor de gedachten, gevoelens en doelstellingen van de patiënt, wordt door sommige artsen als waardevol beoordeeld. Het levert extra, soms onverwachte informatie op en kan invloed hebben op het verdere beleid.

'Ik denk dat het zeer verrijkend is voor ons en goed om de patiënt beter op te volgen. Dingen die ge anders misschien gewoon zelf voor een stukje zou invullen voor de patiënt, komen nu vanuit de patiënt zelf, en dit is soms anders dan je het zou verwachten.'

'Ik wil nog iets zeggen over een patiënt met een zeer laag IQ. Met een echte paranoïde schizofrenie en die net uit een psychose kwam. Eigenlijk had ik schrik die drempel was zo hoog maar ik heb het toch gedaan en ik denk dat het ons eerste waarachtige gesprek was. Hij heeft dingen gezegd waarvan ik dacht: wow; ik heb het beeld dat ik van hem had moeten bijstellen want ik dacht dat hij helemaal niet kon nadenken'.

3.3.5.2 Zwaktes

Tijdens het focusgroepsgesprek werden ook enkele punten van kritiek aangebracht en gaven artsen aan dat ze soms drempels voelen aangaande het antipsychoticaconsult. Deze kritiek en drempels zullen hieronder besproken worden.

3.3.5.2.1 Werkbaarheid

Verschillende artsen gaven aan dat het antipsychoticaconsult veel tijd in beslag nam en dat de checklist zeer uitgebreid was. Het was meestal niet mogelijk om tijdens één consultatie alles naar behoren te overlopen. Daarenboven vonden verschillende artsen het omslachtig dat de achtergrondinformatie (bijlage 3) bij de checklist in een ander document stond.

3.3.5.2.2 Drempels betreffende de metabole opvolging

Er was bij sommige artsen een drempel om in te zetten op het metabole luik van het antipsychoticaconsult. Er heerst een zeker fatalisme aangaande de mogelijkheid tot metabole verandering. Tevens leeft de vrees dat een te sterke focus op het metabole nefast zou kunnen zijn voor de arts-patiëntrelatie. Dit o.a. door de angst die dit zou kunnen induceren, of doordat dit voor sommige patiënten als bemoeizucht zou kunnen overkomen.

'Ik heb bij veel mensen een grote drempel die ik zelf al invul, dat ik het eigenlijk niet haalbaar vind. Omdat ze te angstig zijn of een te grote taalbarrière hebben, of ja pff een te specifieke levenssituatie. Ik denk dat er sommige mensen gewoon blij zijn dat ze hun medicatie krijgen en dat ze zelf aanbrengen waarvoor ze komen en dat dat genoeg is.
Allé, ik denk dat de waarheid int midden ligt, ik heb ook gewoon geen tijd gehad, maar de focus op de doelen van de patiënten is het belangrijkste; en niet op het metabole; dat komt erbij; dit goed bewaken is belangrijk.'

'De prioriteit blijft toch de band met dat type patiënten. De lifestyle problematiek die enorm is, de obesitas en diabetes problematiek die zeer zeer sterk is, we weten dat dat bij heel veel patiënten een probleem is. De compliance van de geneesmiddelen die ze hiervoor extra zouden moeten nemen, zou een extra probleem kunnen bieden. Door te veel te duiden op hun extra risico zouden we ook een angst kunnen induceren. Ik denk dat het het belangrijkste is de band met de heel moeilijke patiënten te blijven behouden en vooral dat psychiatrisch lijden, dat een gigantisch moeilijk lijden geeft, proberen in de hand te houden.'

3.3.5.2.3 Moeilijke/paranoïde patiënten

Verschillende artsen voelden bij zwakker begaafde en/of paranoïde patiënten een drempel om een crisisplan op te stellen en/of om in te gaan op de doelen en verwachtingen van de patiënt. Er werd

gevreesd dat sommige patiënten hier niet toe in staat zouden zijn of dat dit de paranoia zou aanwakkeren.

> *'Bij de paranoïde patiënten zou ik het misschien niet durven om eraan te beginnen (in het algemeen, maar zeker het crisisplan). Ik ben bang dat ik mij in nesten zou werken, dat gaat zodanig veel opwekken, de paranoia zou aanwakkeren; ik blijf er liever vanaf. Delen van het antipsychoticaconsult zou ik wel doen, onder het mom van een jaarlijkse controle (zoals metabole parameters) en ik zorg voor mezelf dat ik weet wie de psychiater en betrokken hulpverleners zijn; maar rechtstreeks met de patiënt zal ik er niet te veel of dieper op ingaan. Misschien zou ik eerder met andere zorgverleners overleggen.'*

Bij de artsen die deze drempel overwonnen waren er wisselend geluiden te horen.
Sommigen vonden het verrassend tot hoeveel de patiënt in staat was (zie ook hogerop), anderen gaven aan dat patiënten inderdaad soms argwanend reageerden, maar dat dit in de loop van enkele consulten wel uitgepraat kon worden. Er werd ook aangehaald dat we nog ervaring moeten opdoen in dit soort gesprekken.

> *'Bij wantrouwige patiënten is het inderdaad echt wel moeilijk om erover te praten; over de medicatie, de behandeldoelen, maar en zeker ook over het crisisplan en over de psychoses zelf. Communicatief moet ge daar uw draai in vinden, om het patiëntenspoor goed te bevragen, de visie van de patiënt op zijn ziekte en behandeling. Ook bij mensen die iets zwakker zijn is dit moeilijk'.*

> *'Bij de patiënten met een paranoïde insteek waren er een aantal die hier tijdens een volgend consult op terugkwamen, zo van ''Moeten mijn medicijnen nu veranderen?'' Het wakkert wel een aantal dingen aan, het gaf onzekerheid, maar ik weet niet of dat slecht is. Ik heb wel wat tijd nodig gehad om dat te verduidelijken voor de patiënt.'*

Tot slot werd er aangehaald dat dit voor de patiënten zelf ook een nieuwe benadering is, waar ze nog niet gewoon aan zijn. Mogelijks zou de argwaan verminderen indien het werken met behandeldoelen en crisisplannen algemeen zou ingeburgerd zijn en ook vanuit de psychiatrie meer zou toegepast worden.

> *'In kader van het aanwakkeren van ongerustheden of zo bij achterdochtige patiënten zou het heel hard helpen moest dat iets zijn dat zij gewoon zijn.*
> *Vanuit de psychiatrie, bijvoorbeeld bij ontslag uit de psychiatrie na een opname zou het goed zijn dat ze aangeven van 'dit en dat zal besproken en opgevolgd worden'; en dat ge het crisisplan als patiënt al meekrijgt uit de psychiatrie. Dan is dat voor ons als huisarts gewoon iets om te updaten of te overlopen maar dan is dat al normaal, is het net als bij andere mensen die chronische medicatie nemen dat wij iets opvolgen.*
> *Of ge dat dan moet doen of niet, of uitstellen, of u moment kiezen... maakt niet uit. Maar het feit da ze weten dat het gaat komen, neemt een deel van de angst en ongerustheid weg, want nu is het nieuw en zijn wij het die het moeten aanbrengen en dat is niet altijd gemakkelijk denk ik.'*

3.3.5.2.4 Crisisplan

Alle artsen waren positief over het crisisplan, maar zoals ook hierboven vermeld, was het bij sommige patiënten niet eenvoudig om een crisisplan op te stellen en leidde het opstellen van een crisisplan bij sommige patiënten tot argwaan. Het vergt volgens een aantal artsen heel wat communicatieve vaardigheden en een extra investering in de arts-patiëntrelatie.
Daarnaast was het voor sommige artsen onduidelijk hoe en door wie het crisisplan in eerste instantie moest worden opgesteld: door de arts, door de patiënt, door andere hulpverleners of samen.

3.3.5.2.5 Te veel focus op medicatiewijziging?

Enkele artsen gaven aan dat er in het antipsychoticaconsult te veel aandacht ging naar het eventuele wijzigen of afbouwen van de medicatie. Ze voelden terughoudendheid omwille van de angst voor opflakkeringen van de psychiatrische aandoening.

> *'Ik heb in het verleden slechte ervaringen gehad met het afbouwen van medicatie. Het is een gevoel, maar ik denk dat er nu vree gekeken wordt naar nevenwerkingen. Maar het is soms moeilijk om het positief effect van de medicatie in te schatten. Op den duur is niemand echt geplaatst om dat goed te kunnen inschatten, bijvoorbeeld als iemand de medicatie al heel lang neemt. Ik vraag mij dat af.'*

Andere artsen brachten dan weer aan dat we soms juist te weinig kritisch naar de medicatie kijken en dit juist wel moeten doen.

> *'Rond de angst om af te bouwen of medicatie aan te passen, ik begrijp dat volledig. Het omgekeerde is echter ook waar. Ik had een patiënt die heel veel nam. Dat was een patiënt van een vorige huisarts, en dat was maar herhaalvoorschriften schrijven. Die man durfde niet meer buiten komen. Tot ik op een bepaald moment een nieuwe psychiater vond en dat is nu een heel ommezwaai, de medicatie is aangepast en na jaren durft die nu eindelijk eens naar een brasserie te gaan.'*

Tot slot werd aangehaald dat we vooral heel voorzichtig moeten zijn op dit vlak en moeten kijken naar de individuele situatie en indicatie, maar dat het in vraag stellen van de medicatie op zich niet slecht is.

> *'Ik heb dat protocol nooit bekeken als protocol om mensen van hun medicatie af te krijgen, maar als een soort organisatie van ' Waar zijn wij eigenlijk mee bezig?'. Maar inderdaad, ik denk dat er niemand echt staat te schreeuwen mensen met een echte schizofrenie zonder medicatie te zetten.'*

> *'Wat de schrik betreft, ik denk dat dat inderdaad een hele moeilijke afweging is om al dan niet een antipsychoticum te stoppen, (of sowieso in het algemeen een medicament te stoppen dat mensen al jaren nemen), zeker bij psychiatrische mensen die stabiel zijn. Ik denk dat dat heel hard afhangt van de indicatie, als die al duidelijk is, en als je beslist te stoppen is het belangrijk dit dan zeer nauw op te volgen.'*

3.3.5.2.6 Het niet hebben van een vaste arts

Door verschillende artsen werd een bezorgdheid geuit rond de patiënten zonder vaste arts. De schrik bestaat dat die niet dezelfde opvolging krijgen als de andere patiënten. Er werd gepleit om hier extra aandacht aan te besteden.

3.3.5.3 Voorgestelde verbeteringen

3.3.5.3.1 Werkbaarheid

Om de werkbaarheid van de checklist en het document met achtergrondinformatie te verhogen werd voorgesteld om vanuit één enkel document te werken of om te werken met hyperlinks, zodat je vanuit 1 document snel alle informatie kan vinden en niet steeds naar een ander document moet gaan.
Om niet in tijdsnood te geraken en hierdoor zaken te verwaarlozen, werd aanbevolen om het niet bij één enkel antipsychoticaconsult te houden, maar verschillende elementen van het antipsychoticaconsult over verschillende momenten te spreiden.
Zo was er de suggestie om de meting van de metabole parameters en de bloedafname via de verpleging te laten verlopen, zodat de arts meer tijd heeft om stil te staan bij de resultaten van deze metingen.
Een volgende suggestie was om het crisisplan systematisch mee te geven aan de patiënt en/of eventuele begeleiders om dit dan later in een apart consult degelijk te kunnen bespreken.
Tot slot waren verschillende artsen van mening dat het ook allemaal wel vlotter zal gaan zodra we er meer ervaring mee hebben.

3.3.5.3.2 Crisisplan

Wat betreft het crisisplan op zich waren er eveneens enkele voorstellen tot verbetering.
Een korte inleiding met een verduidelijking over 'het waarom' werd gesuggereerd, alsook om het crisisplan in te korten en duidelijke richtlijnen mee te geven over hoe en met wie het crisisplan moet worden ingevuld.
Een ander voorstel was de idee om een uitgebreid crisisplan op te stellen voor in het EMD en een compactere versie hiervan mee te geven aan de patiënt.

Er werd ook gepleit om het crisisplan actiever te delen met andere betrokken hulpverleners, en meer bepaald met psychiaters, uiteraard in overleg met de patiënt.
Wat betreft de drempel die sommige artsen voelen om een crisisplan op te stellen, of de argwaan die het crisisplan soms opwekt, zou het opdoen van ervaring hierin, het ingeburgerd raken van crisisplannen en het optrekken aan de positieve ervaringen die er reeds waren kunnen helpen.

3.3.5.3.3 Het belang van een vaste huisarts

Om te vermijden dat patiënten die geen vaste arts hebben door de mazen van het net vallen en hierdoor een minder goede opvolging genieten, werd alvast nogmaals het belang benadrukt van het hebben van een vaste arts in het WGC, zeker voor psychiatrische patiënten.
Er wordt gevraagd aan alle artsen om vanaf nu het hebben van een vaste arts ter sprake te brengen als ze een herhaalvoorschrift schrijven of als ze een patiënt voor zich hebben waarvan ze zien dat die geen vaste arts heeft.
Er werd ook besloten om de lijst van alle patiënten die een antipsychoticum gebruiken en waarbij er in het EMD geen vaste arts staat te overlopen en, indien er toch een vaste arts is, de gegevens aan te passen in het EMD, of, indien er geen vaste arts is, na te gaan welke arts de patiënt of de familie het beste kent en de patiënt dan uit te nodigen om een vaste arts-patiëntrelatie te bespreken.
Voor patiënten die zich nieuw inschrijven en een antipsychoticum nemen, werd voorgesteld om al bij de eerste consulten een goede opvolging in te plannen en het principe van een vaste arts te benadrukken.

4 DISCUSSIE

Dit kwaliteitsverbeterproject had als doel de opvolging te verbeteren van de patiënten uit WGC Brugse Poort die een antipsychoticum gebruiken.
Via een exploratieve praktijkstudie werd eerst een analyse gemaakt van de wijze waarop deze patiënten werden opgevolgd in het WGC. Vervolgens werd dit afgetoetst aan de opvolging zoals die volgens de literatuur idealiter zou moeten verlopen.
Op basis van de resultaten van de literatuurstudie en de exploratieve praktijkstudie werd, in overleg met de artsen van het WGC, een interventie ontworpen en ingevoerd. Deze bestond uit een jaarlijks antipsychoticaconsult aan de hand van een checklist.
Vervolgens werd nagegaan of de metabole opvolging van patiënten die een antipsychoticum gebruiken door dit kwaliteitsverbeterproject verbeterd was. Dit gebeurde door voor de periodes voor en na de start van dit project te vergelijken hoe vaak de metabole parameters in het EMD werden genoteerd.
Tot slot werd de interventie drie maanden na de invoering ervan, kwalitatief geëvalueerd via een focusgroepsgesprek met de artsen van het WGC.

4.1 Belangrijkste bevindingen

Er werd in de loop van het project heel wat interessante informatie verzameld.
Ik zal hieronder de belangrijkste bevindingen op een rij zetten en ze kritisch tegen het licht houden.

4.1.1 Exploratieve praktijkstudie

Uit de exploratieve praktijkstudie bleek dat er wat betreft de opvolging van patiënten die een antipsychoticum gebruiken heel wat ruimte voor verbetering was en dit op verschillende vlakken.
Wat betreft het op de hoogte zijn van het *netwerk* van de patiënt en de notatie ervan in het EMD, bleek het vaak onduidelijk of er nog een psychiater betrokken was, of er mantelzorgers of ambulante hulpverleners betrokken waren, en indien die er waren, dan stond dit niet steeds duidelijk vermeld in het dossier of ontbraken de contactgegevens van de omkaderende personen.
De *communicatie* tussen de psychiater en de huisarts werd in 75.76% als matig of zelfs slecht beoordeeld.
Naar schatting had slechts 7.5% van de onderzochte patiënten een *crisisplan* in de periode voorafgaand aan het kwaliteitsverbeterproject. Nochtans is dit geïndiceerd voor alle psychiatrische patiënten die risico lopen op een crisis, aangezien het een van de weinige interventies is die de kans op een gedwongen opname kan verkleinen [8–10,21].
Bij meer dan een derde van de onderzochte patiënten bestond er twijfel rond het al dan niet nog steeds *geïndiceerd* zijn van het antipsychoticum.
Wat de *therapietrouw* betreft was het vooral opvallend dat het bij 50% van de onderzochte patiënten die per os een antipsychoticum namen, niet te achterhalen was of de medicatie correct werd ingenomen of niet. Mogelijks kregen ze via de psychiater voorschriften, maar daar hadden wij geen zicht op. Bij de patiënten die een antipsychoticum via een depotpreparaat kregen toegediend wisten we slechts bij 14.28% niet of de medicatie trouw werd toegediend.
De therapietrouw was ook beter bij patiënten die medicatie via een depotpreparaat kregen (64.28% versus 34.98%). Dit komt ook overeen met de literatuur [8,9,12].
Tot slot bleek uit de exploratieve praktijkstudie dat de opvolging van *metabole parameters* door de artsen in de praktijk suboptimaal verliep, en dat psychiaters hier nog minder aandacht voor hadden.

4.1.2 Kwantitatieve evaluatie door vergelijking van de metabole opvolging bij alle antipsychoticagebruikende patiënten vóór en na de start van het project

We zien dat na de start van dit project alle relevante metabole parameters, behalve de bloeddruk, vaker werden gemeten. Het project en de invoering van het antipsychoticaconsult lijken dus tot een verhoogde aandacht voor de metabole opvolging te leiden.

De metabole opvolging blijft echter verre van optimaal. Zo werden het gewicht en de bloeddruk nog steeds bij slechts iets meer dan de helft van de patiënten gemeten. Een volledige metabole opvolging (de buikomtrek buiten beschouwing gelaten) werd bij ongeveer een derde van de patiënten bereikt. Dit komt overeen met wat in het Verenigd Koningrijk werd bereikt na het doorlopen van specifieke kwaliteitsverbeterende programma's in regionale zorgnetwerken [23].

4.1.3 Kwalitatieve evaluatie van het antipsychoticaconsult

De evaluatie van het antipsychoticaconsult en de bijbehorende documenten door de artsen tijdens het focusgroepsgesprek was overwegend positief. Alle artsen wensten de interventie te behouden. Verschillende noden die tijdens de exploratieve praktijkstudie werden blootgelegd konden door het antipsychoticaconsult worden gelenigd. Zo werd de aandacht voor het in kaart brengen van het netwerk van de patiënt geapprecieerd en kwam uit het focusgroepsgesprek naar voren dat het antipsychoticaconsult een ideale gelegenheid was om een psychiater te contacteren, en op die manier zèlf de stap te zetten naar een betere communicatie. De mogelijkheid om een crisisplan op te stellen werd unaniem als positief ervaren.

4.2 Zwaktes van het project

Globaal genomen kan dit project als een succes worden beschouwd, maar hieronder zullen toch ook enkele zwaktes belicht worden. Daarna zal gereflecteerd worden over bepaalde bevindingen van het project en de lessen die eruit te trekken vallen.

Wat de therapietrouw betreft is het zo dat deze, voor de per os ingenomen antipsychotica, gemeten werd door na te gaan of een patiënt voldoende voorschriften had meegekregen van de artsen in het WGC. Dit is uiteraard maar een middelmatige manier om de therapietrouw te meten. Het is bijvoorbeeld niet zeker dat patiënten die om een voorschrift komen ook daadwerkelijk de medicatie gaan kopen in de apotheker en als ze de medicatie kopen is het niet zeker dat ze die ook innemen. Daarenboven hadden we geen zicht op voorschriften die door derden werden geschreven, bijvoorbeeld door een psychiater. Toch werd gekozen om uit te gaan van het aantal voorschriften dat in het WGC werd geschreven omdat dit de meest haalbare methode was om de therapietrouw te evalueren en omdat dit in de praktijk tot op heden de enige manier is om een inschatting te maken van de therapietrouw. Naar de toekomst toe zal het misschien mogelijk worden om via Recip-e (het elektronisch voorschrift) na te gaan of patiënten ook daadwerkelijk om de hun voorgeschreven medicatie zijn gegaan, maar dan dient wel alle medicatie uitsluitend voorgeschreven te worden via Recip-e en dan nog zal je als arts enkel de voorschriften kunnen zien die je zelf geschreven hebt.

Of er door de interventie een verbetering van de therapietrouw was werd niet geëvalueerd.

Een beperking van de evaluatie van dit project is dat we kwantitatief enkel het effect op de metabole opvolging hebben nagegaan, terwijl het project over veel meer ging. Het was echter deels door tijdsgebrek en deels puur technisch niet mogelijk om meer parameters kwantitatief te evalueren.

Een andere zwakte van de projectevaluatie is het feit dat, wegens de uitgebreide voorbereidingen, het antipsychoticaconsult zelf pas kon ingevoerd worden op 1/7/2018 en dus slechts 3 maanden gelopen heeft en slechts bij 21 patiënten was uitgevoerd op het moment van het focusgroepsgesprek.
De interventie heeft dus ook slechts de laatste 3 maanden van de tweede gemeten periode (1/10/2017 tot en met 30/9/2018) gelopen. Dat er toch een verschil merkbaar was in de metabole opvolging vóór en na de start van het gehele project is des te positiever. Allicht was er in de maanden vóór het effectief invoeren van het antipsychoticaconsult reeds meer aandacht voor de metabole opvolging, puur door het feit dat het project liep en geregeld besproken werd op de doktersvergadering.

Wat betreft de vaststelling, in de vergelijking via de databank van het EMD van de metabole opvolging vóór en na de start van het project, dat de laboparameters (glycemie en lipiden) ondanks een toename nog steeds bij slechts een derde van de patiënten werden gemeten, dient opgemerkt te worden dat dit een onderschatting van de werkelijkheid betreft. Laboresultaten worden immers niet automatisch in de databank van het EMD opgeslagen. Artsen moeten dit handmatig doen en niet alle artsen doen dit.
Uit de exploratieve studie bij een steekproef van 40 patiënten waarbij artsen zelf in het dossier van de patiënt keken en zo ook zicht hadden op laboresultaten die niet in de databank van het EMD waren 'ingetrokken', bleek duidelijk dat de glycemie en de lipiden meer werden gemeten dan de databank van het EMD liet uitschijnen (zie ook 3.3.2.5 en 3.3.4.1).
Voor toekomstig onderzoek en om correctere resultaten uit de databank van het EMD te kunnen halen, valt het aan te bevelen om alle laboresultaten in de databank van het EMD op te slaan. Mogelijks zal dit automatisch het geval zijn bij het nieuwe softwarepakket dat momenteel wordt ontwikkeld. Laat ons hopen.

4.3 Kritische reflecties

Wat de ondermaatse communicatie tussen de psychiater en de huisarts betreft is het zo dat het antipsychoticaconsult slechts een aanleiding biedt aan de artsen om stil te staan bij de communicatie met de psychiater. Andere meer specifieke interventies om de communicatie met de psychiater te verbeteren zijn welkom. Een standaard verwijsbrief van de praktijk uit naar psychiaters, met de expliciete vraag om duidelijkheid te scheppen rond de vraag wie welk deel van de opvolging op zich zal nemen en om duidelijk met ons te communiceren indien de behandeling wordt gewijzigd of stopgezet, zou bijvoorbeeld een instrument zijn om de communicatie te bevorderen. Hopelijk zal er in de toekomst vanuit de psychiaters zelf ook gestreefd worden naar een betere communicatie.

Wat betreft het werken met een crisisplan en het schenken van aandacht aan de streefdoelen van de patiënt zelf werd tijdens het focusgroepsgesprek opgemerkt dat dit in België nog niet ingeburgerd is, waardoor het voor zowel de artsen als de patiënten nog nieuw is en soms stroef verloopt. Idealiter zal, onder impuls van richtlijnen, de aandacht voor de doelen van de patiënt en het gebruik van crisisplannen in de toekomst ingeburgerd geraken. Hiertoe zou de psychiatrie een aanzet kunnen geven, door bij elke patiënt na stabilisatie van een psychiatrische crisis een crisis- en behandelplan op te stellen, zoals in Nederland en het Verenigd Koninkrijk reeds het geval is.

Wat betreft de vergelijking van de metabole opvolging vóór en na de start van dit project vallen er nog enkele bedenking te maken.

De metabole parameters waarvan de richtlijnen aanraden om deze jaarlijks te bepalen bij patiënten die een antipsychoticum gebruiken, werden na de start van dit project iets meer bepaald, behalve *de bloeddruk*. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat er voor de bloeddruk, een eenvoudig uitvoerbare meting die reeds bij 63% van de patiënten werd uitgevoerd voor de start van het project, weinig marge tot verbetering mogelijk was.
Wat het meten van de *buikomtrek* betreft bleek dat deze weliswaar meer gemeten werd in de 2de periode, maar toch nog maar bij slechts 9.15% van de patiënten. Dit kan verklaard worden door het gebrek aan ervaring met het meten van de buikomtrek en de weerstand die sommige artsen hiertoe voelden. Het nut van een meting van de buikomtrek werd door sommigen in vraag gesteld. Dit is een terechte vraag, want ook al raden de psychiatrische richtlijnen dit aan, de specifieke richtlijnen rond cardiovasculair risicobeheer (waar de psychiatrische richtlijnen naar verwijzen), zijn genuanceerder over het nut van het meten van de buikomtrek. De NHG stelt bijvoorbeeld dat het meten van de buikomtrek slechts zinvol is om na te gaan of obesitas een risicofactor vormt bij mensen waarvan de BMI rond de 30 schommelt [28]. Dit in acht nemend en rekening houdend met de eventuele invloed van het meten van de buikomtrek op de arts-patiëntrelatie kan besloten worden om een eventuele meting van de buikomtrek slechts uit te voeren, zoals de NHG aanraadt, bij mensen waarvan de BMI rond de 30 schommelt.

Het bepalen van de *nuchtere glycemie en de lipiden* kende quasi een verdubbeling in de tweede periode. Met ongeveer een derde van de patiënten bleef ook hier het totale aantal patiënten waarbij deze parameters werden bepaald beperkt. Dit kan deels verklaard worden door het gegeven dat een bloedafname voor sommige (psychiatrische) patiënten een drempel vormt, zeker indien deze nuchtere dient te gebeuren. Dit wordt ook vermeld in de literatuur [24]. Een surrogaat voor de nuchtere glycemiemeting zou een meting van het HbA1c of de niet-nuchtere glycemie kunnen zijn. Wat de lipiden betreft is vooral de cholesterol-ratio relevant en ook hiervoor dient de patiënt niet nuchter te zijn [24].

Verder kan nog aangevoerd worden dat de suboptimale metabole opvolging, zelfs na invoering van de interventie, deels te wijten zou kunnen zijn aan fatalisme wat betreft het aanpakken van metabole ontregelingen. Dit fenomeen is in de literatuur beschreven [7,8,23,24]. Ook uit het focusgroepsgesprek kwam naar voren dat (sommige) artsen de kans op slagen van interventies ter bevordering van de metabole parameters als laag inschatten. Er zijn echter voorbeelden uit de literatuur waaruit blijkt dat het inzetten op metabole parameters wel vruchten kan afwerpen en kan resulteren in positieve gezondheidseffecten [8,24,25]. Daarenboven is dit fatalisme rond het aanpakken van metabole aandoeningen bij psychiatrische patiënten een van de redenen van de diepe gezondheidskloof die gaapt tussen psychiatrische patiënten en de algemene populatie [24].

Een andere drempel die tijdens het focusgroepsgesprek naar voren kwam was de angst dat een focus op de metabole parameters bij sommige patiënten nefast zou zijn voor de therapeutische relatie. Nochtans zijn er vanuit de literatuur aanwijzingen dat patiënten een focus op hun gezondheid appreciëren [8,24]. Uiteraard dient dit individueel per patiënt te worden ingeschat door de behandelend arts. Een stevige arts-patiëntrelatie blijft van primordiaal belang.

De literatuur vermeldt nog dat een suboptimale opvolging ook voortkomt uit een gebrekkige afsprakentrouw van de patiënt en het optreden van psychiatrische symptomen die de zorg bemoeilijken [7,8].

Een opvallende vaststelling uit de exploratieve praktijkstudie is dat de metabole parameters slechts bij 2.5% van de onderzochte patiënten door de psychiater werden bepaald en slechts bij 2.5% op expliciete vraag van de psychiater door de huisarts. Bij de andere 95% van de onderzochte patiënten gebeurde de meting van de metabole parameters op initiatief van de huisarts zelf, gebeurde de meting niet of gebeurde de meting misschien toch door een psychiater, maar waren wij als huisarts hiervan niet op de hoogte.
Hier komt het belang van een duidelijke taakverdeling en degelijke communicatie tussen de huisarts en de psychiater naar voren.

Behalve voor de opvolging van bijwerkingen is een duidelijke taakverdeling ook van belang voor de opvolging van het algemene functioneren, de opvolging van de therapietrouw en het opstellen en evalueren van behandel- en crisisplannen.
De buitenlandse richtlijnen (NL en UK) zijn duidelijk over de taakverdeling betreffende de opvolging van patiënten met schizofrenie of bipolaire stoornis die een antipsychoticum gebruiken: de psychiater is verantwoordelijk voor de opvolging, maar kan mits duidelijke instructies (delen van) de zorg delegeren[8–10].
In België bestaan er tot op heden nog geen duidelijke richtlijnen en afspraken rond taakverdeling.

In een volop veranderend zorglandschap, onder impuls van de vermaatschappelijking van de psychiatrische zorg, komt meer psychiatrische zorg in de eerste lijn terecht. Er zijn een aantal patiënten die niet (meer) tot bij een psychiater geraken en dus enkel door een huisarts worden opgevolgd. De eerste lijn wordt in zekere zin ook de vierde lijn.

Deze vermaatschappelijking biedt de kans om via de eerste lijn een holistische zorg te bieden met aandacht voor psychische, sociale en fysische aspecten van gezondheid.
Huisartsen geven aan dat ze openstaan voor de zorg voor psychiatrische patiënten. Ze zien het als hun rol een psychische decompensatie te detecteren, de omgeving van de patiënt te ondersteunen, de zorg voor somatische aandoeningen op zich te nemen en eventueel ook om herhaalvoorschriften te schrijven en bijwerkingen van antipsychotica te detecteren in een regelmatige opvolging [26].
Uit de literatuur blijkt dat psychiaters van hun kant het niet hun taak vinden om bezig te zijn met de somatische gezondheid en de screening naar (metabole) bijwerkingen [24].
Op vlak van somatische opvolging en screening lijkt een goede taakverdeling tussen huisarts en psychiater dus voor de hand liggend.

Sommige huisartsen geven echter aan de ze op heden weinig ervaring hebben met de opvolging van patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen [7].
Daarenboven ontbreekt het huisartsen aan kennis over de interacties, bijwerkingen en effectiviteit van antipsychotica [26].

Wat ontbreekt is een helder kader, waarbij het voor iedereen duidelijk is wat er moet gebeuren en wiens verantwoordelijkheid het is. Zonder duidelijk kader bestaat het risico dat niemand weet wat er moet gebeuren of dat niemand zich echt verantwoordelijk voelt, waardoor handelingen, zoals het opvolgen van de metabole parameters, worden verwaarloosd.

België heeft dus nood aan richtlijnen met op evidentie gebaseerde aanbevelingen voor betrokken hulpverleners, waaruit ook een duidelijke nationale of regionale taakverdeling tussen de verschillende actoren blijkt.

Bij gebrek aan dergelijke richtlijnen hebben we met dit project getracht om zelf, in een context waar psychiatrische patiënten die een antipsychoticum gebruiken vaker in de eerste lijn worden opgevolgd, het voor (huis)artsen ontbrekende kader voor de opvolging van deze patiënten vorm te geven.

4.4 De toekomst van dit project

Alle artsen gaven tijdens het focusgroepsgesprek aan dat ze interventie willen behouden en ook de komende jaren jaarlijks een antipsychoticaconsult wensen uit te voeren aan de hand van de checklist.

Rekening houdend met de opmerkingen die tijdens het focusgroepsgesprek werden gegeven zal de checklist aangepast worden. Zo zal het via hyperlinks eenvoudiger worden om vanuit de checklist naar het document met achtergrondinformatie te gaan.
Wat het crisisplan betreft zullen we meer inzetten op het delen ervan met andere betrokken hulpverleners en zal er een verkorte versie worden ontwikkeld die met de patiënt kan meegegeven worden, naar analogie met de Nederlandse crisiskaart [36].

Er zal een blijvende aandacht zijn voor eventuele nieuwe richtlijnen omtrent antipsychotica en zo nodig zullen het antipsychoticaconsult en de bijbehorende documenten hieraan aangepast worden.

We overwegen om bepaalde delen van het antipsychoticaconsult (bijvoorbeeld het crisisplan en de aandacht voor het netwerk van de patiënt) ook te gebruiken in de opvolging van psychiatrische patiënten die geen antipsychoticum nemen.

Er zal ook, zoals besproken bij de resultaten, aandacht zijn voor patiënten die geen vaste arts hebben, zodat die niet door de mazen van het net glippen.

De tijdens dit project opgebouwde expertise zal meegenomen worden naar een ‘Brainstorm rond een goeie en bruikbare zorgplanning voor personen met een psychiatrische problematiek’, georganiseerd door het SEL zorgregio Gent.

5 CONCLUSIE

De doelstelling van dit kwaliteitsverbeterproject was in de eerste plaats om in wijkgezondheidscentrum Brugse Poort de kwaliteit van zorg te verbeteren voor de patiënten die een antipsychoticum gebruiken.
We bereikten een verbetering van de metabole opvolging en alle artsen wensten de interventie te behouden. Verschillende artsen waren van mening dat de kwaliteit van opvolging van de doelgroep verbeterd is door het project.

België heeft nood aan richtlijnen met op evidentie gebaseerde aanbevelingen voor betrokken hulpverleners, waaruit een duidelijke nationale of regionale taakverdeling tussen de verschillende actoren blijkt.

Met dit klein kwaliteitsverbeterproject hebben we hier een eerste aanzet toe gegeven.

Het project zal verdergezet worden en kan beschouwd worden als een stap vooruit in het streven naar een duurzame verbetering van de zorg voor chronische psychiatrische patiënten in WGC Brugse Poort.

6 REFERENTIES

1. Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. The Lancet Psychiatry. 2016 Feb; 3(2):171–8.

2. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. Eur Neuropsychopharmacol. 2011 Sep;21(9):655–79.

3. Funk M. Integrating mental health into primary care: A global perspective. World Health Organization and World Organization of Family Doctors (Wonca); 2008. p. 206.

4. Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken. Brussel: FOD Volksgezondheid Dienst Psychosociale Gezondheidszorg; 2010. p. 37.

5. Heyerick M. Masterproef huisartsgeneeskunde: Psychiatrische Thuiszorg: een evaluatie van de werking van ambulante interdisciplinaire behandelteams. Leuven: ICHO; 2016. p. 40.

6. Morrens M, Destoop M, Cleymans S, Van der Spek S, Dom G. Evolution of First-generation and Second-generation Antipsychotic Prescribing Patterns in Belgium Between 1997 and 2012. J Psychiatr Pract. 2015 Jul; 21(4):248–58.

7. Oud MJ, Schuling J, Groenier KH, Verhaak PF, Slooff CJ, Dekker JH, et al. Care provided by general practitioners to patients with psychotic disorders: a cohort study. BMC Fam Pract. 2010 Dec 25; 11(1):92.

8. Van Alphen C, Ammeraal M, Blanke C, Boonstra N, Boumans H, Bruggeman R, et al. Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie. Utrecht: De Tijdstroom; 2012. p. 483.

9. National Collaborating Center for Mental Health. Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management | Guidance and guidelines | National Institute for Health and Care Excellence; 2014 [cited 2018 Oct 8]. Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/cg178

10. National Collaborating Center for Mental Health. Bipolar disorder: assessment and management |Guidance and guidelines |National Institute for Health and Care Excellence; 2014 [cited 2018 Oct 8]. Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/cg185

11. Tuominen L, Salokangas R. Schizofrenie, buitenlandse richtlijn aangepast aan de Belgische zorgcontext. Duodecim; 2015. p. 12.

12. Belgisch centrum voor farmacotherapeutische informatie. Gecommentarieerd geneesmiddelenrepertorium. 2018. Bereikbaar via http://www.bcfi.be/nl/chapters/. Geraadpleegd 7/4/2018.

13. Wils RS, Gotfredsen DR, Hjorthøj C, Austin SF, Albert N, Secher RG, et al. Antipsychotic medication and remission of psychotic symptoms 10 years after a first-episode psychosis. Schizophr Res. 2017 Apr; 182:42–8.

14. Vermeulen J, van Rooijen G, Doedens P, Numminen E, van Tricht M, de Haan L. Antipsychotic medication and long-term mortality risk in patients with schizophrenia; a systematic review and meta-analysis. Psychol Med. 2017 Oct 11; 47(13):2217–28.

15. Harrow M, Jobe TH. Long-term antipsychotic treatment of schizophrenia: does it help or hurt over a 20-year period? World Psychiatry. 2018 Jun; 17(2):162–3.

16. Leucht S. Is there compelling evidence that schizophrenia long-term treatment guidelines should be changed? World Psychiatry. 2018 Jun; 17(2):166–7.

17. De Kuijper GM. Aspecten van langdurig antipsychoticagebruik bij mensen met een verstandelijke beperking. Pharm Weekbl. 2014;149(30–31):110–5.

18. Declercq T, Habraken H, van den Ameele H, Callens J, De Lepeleire J, Cloetens H. Richtlijn voor goede medische praktijkvoering: Depressie bij volwassenen. Antwerpen: Domus Medica vzw; 2017. p. 80.

19. Moll van Charante E, Perry M, Vernooij-Dassen M, Boswijk D, Stoffels J, Achthoven L, et al. NHG-Standaard Dementie (derde herziening). Huisarts Wet. 2014; 55(7):2–32.

20. Van Avendonk M, Verduijn M. Herhalen ggz-medicatie lithium en clozapine. Huisarts Wet. 2018; 2:44-5.

21. de Jong MH, Kamperman AM, Oorschot M, Priebe S, Bramer W, van de Sande R, et al. Interventions to Reduce Compulsory Psychiatric Admissions. JAMA Psychiatry. 2016 Jul 1;73(7):657.

22. Haupt DW, Rosenblatt LC, Kim E, Baker RA, Whitehead R, Newcomer JW. Prevalence and Predictors of Lipid and Glucose Monitoring in Commercially Insured Patients Treated With Second-Generation Antipsychotic Agents. Am J Psychiatry. 2009 Mar; 166(3):345–53

23. Barnes TRE, Bhatti SF, Adroer R, Paton C. Screening for the metabolic side effects of antipsychotic medication: findings of a 6-year quality improvement programme in the UK. BMJ Open. 2015 Oct; 5(10):e007633

24. De Hert M, Cohen D, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Leucht S, Ndetei DM, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. World Psychiatry. 2011 Jun; 10(2):138–51.

25. Gierisch JM, Nieuwsma JA, Bradford DW, Wilder CM, Mann-Wrobel MC, McBroom AJ, et al. Pharmacologic and Behavioral Interventions to Improve Cardiovascular Risk Factors in Adults With Serious Mental Illness. J Clin Psychiatry. 2014 May 15; 75(05):e424–40.

26. Oud MJT, Schuling J, Slooff CJ, Groenier KH, Dekker JH, Meyboom-de Jong B. Care for patients with severe mental illness: the general practitioner's role perspective. BMC Fam Pract. 2009 May 6; 10:29.

27. Boland B, Christiaens T, Goderis G, Govaerts F, Philips H, Smeets F, et al. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Globaal Cardiovasculair Risicobeheer. Huisarts Nu. september 2007; 36(7).

28. Landelijke werkgroep Cardiovasculair risicomanagment. NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement, tweede herziening. Huisarts Wet. 2012;55(1):14–28.

29. National Institute for Health and Care Excellence. Cardiovascular disease: risk assessment and reduction, including lipid modification (Clinical Guideline CG181). 2016 [cited 2018 Oct 8]; Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/cg181

30. NICE. Surveillance report 2018 – Cardiovascular disease: risk assessment and reduction, including lipid modification (2014) NICE guideline CG18. 2018.

31. Hippisley-Cox J, Coupland C, Brindle P. Development and validation of QRISK3 risk prediction algorithms to estimate future risk of cardiovascular disease: prospective cohort study. BMJ. 2017 May 23; 357:j2099.

32. Velligan DI, Sajatovic M, Hatch A, Kramata P, Docherty J. Why do psychiatric patients stop antipsychotic medication? A systematic review of reasons for nonadherence to medication in patients with serious mental illness. Patient Prefer Adherence. 2017 Mar; Volume 11:449–68.

33. Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, Scott J, Carpenter D, Ross R, et al. Strategies for Addressing Adherence Problems in Patients with Serious and Persistent Mental Illness: Recommendations From the Expert Consensus Guidelines. J Psychiatr Pract . 2010 Sep; 16(5):306–24.

34. Torres-Llenza V, Lakshmin P, Lieberman DZ. Spotlight on once-monthly long-acting injectable aripiprazole and its potential as maintenance treatment for bipolar I disorder in adult patients. Neuropsychiatr Dis Treat. 2018 Jan; Volume 14:285–92.

35. Greene M, Yan T, Chang E, Hartry A, Touya M, Broder MS. Medication adherence and discontinuation of long-acting injectable versus oral antipsychotics in patients with schizophrenia or bipolar disorder. J Med Econ. 2018 Feb; 21(2):127–34.

36. Crisiskaart.nl. Beschikbaar via: https://www.crisiskaart.nl/. Geraadpleegd 15/10/2018.

7 BIJLAGEN

7.1 BIJLAGE1: Registratieformulier exploratieve praktijkstudie

VRAAGSTELLING				
HUISARTS	JA	NEEN	ONDUIDELIJK/ NVT	OPMERKINGEN
Is de patiënt in de periode 1/09/2016-1/09/2017 minstens 1 keer bij een arts in onze praktijk geweest (voor eender welk probleem/ook huisbezoek mag)?				
Staat er in het dossier een vaste arts geregistreerd bij opmerking 4?				
Staat er in het dossier een vaste arts geregistreerd in het relatiecentrum?				
Is er in de realiteit een vaste arts, (een arts waarbij de patiënt in de periode 1/09/2016-1/09/2017 in >50% van de consulten is geweest)?				
Staat de reële vaste arts (zoals hierboven gedefinieerd) geregistreerd in het dossier als vaste arts bij opmerking 4?				
Staat de reële vaste arts (zoals hierboven gedefinieerd) geregistreerd in het dossier als vaste arts in het relatiecentrum?				
PSYCHIATER	JA	NEEN	ONDUIDELIJK/ NVT	OPMERKINGEN
Is er ooit een psychiater betrokken geweest (zoals geweten door de reële vaste arts)?				
Is er ooit een psychiater betrokken geweest (zoals af te leiden valt uit het elektronisch medisch dossier:)? Zo ja, dan bij opmerkingen vermelden waar gegevens psychiater staan (brieven en/of gezondheidselement en/of bij identificatiegegevens?				
Was er in de periode 09/2016-09/2017 actief een psychiater bij de opvolging betrokken (minstens 1 consult bij psychiater en/of overlegmoment met huisarts)? (zoals geweten door de vaste arts)?				
Was er in de periode 09/2016-09/2017 actief een psychiater bij de opvolging betrokken (minstens 1 consult bij psychiater en/of overlegmoment met huisarts)? (zoals blijkt uit het dossier (brief/multidisciplinair overleg))?				
Is er een crisisplan?				
	GOED	MATIG	SLECHT	OPMERKINGEN
Indien er een psychiater bij de opvolging betrokken is, hoe verloopt dan de communicatie (globaal oordeel)? En waarom (=>opmerkingen)? Dit is een verkennende vraag, opmerkingen zijn ten zeerste welkom en zullen verwerkt worden in het kwaliteitsverbeterend project! Dit is deel van de 'probleemanalyse'.				
	JA	NEEN	ONDUIDELIJK/ NVT	OPMERKINGEN

Indien er een psychiater bij de opvolging betrokken is, schrijft deze dan brieven?				
Indien er een psychiater bij de opvolging betrokken is, schrijft deze dan brieven die toekomen in pricare?				
Indien er een psychiater bij de opvolging betrokken is, geeft deze dan duidelijke instructies mbt tot de opvolging en het te volgen beleid?				
AMBULANTE BEGELEIDING	JA	NEEN	ONDUIDELIJK/ NVT	OPMERKINGEN
Is er ambulante opvolging/begeleiding, los van psychiater (psycholoog, mobiel team, dagtherapie, begeleiding...), (zoals geweten door de vaste arts)?				
Is er ambulante opvolging/begeleiding, los van psychiater (psycholoog, mobiel team, dagtherapie, begeleiding...), (zoals af te leiden valt uit het dossier)?				
Indien er ambulante begeleiding is, staan er dan contactgegevens (naam + tel of e-mail) in het dossier (bij vrije tekst van gezondheidselement)?				
Indien er ambulante begeleiding is, staan er dan contactgegevens (naam + tel of e-mail) in het dossier (bij identificatiegegevens)?				
MANTELZORG	JA	NEEN	ONDUIDELIJK/ NVT	OPMERKINGEN
Is er mantelzorg (geweten door vaste arts)?				
Is er mantelzorg (zoals te achterhalen valt uit het dossier)?				
Staan de contactgegevens (naam + gsm en/of e-mail) van de eventuele mantelzorger in het dossier (vrije tekst)?				
Staan de contactgegevens (naam + gsm en/of e-mail) van de eventuele mantelzorger in het dossier (bij identificatiegegevens)?				
Diagnose / indicatiestelling?	JA	NEEN	ONDUIDELIJK/ NVT	OPMERKINGEN
Is de diagnose of de indicatie voor het gebruik van het antipsychoticum duidelijk, geweten door de vaste arts?				
Is de diagnose of de indicatie voor het gebruik van het antipsychoticum duidelijk aangegeven in het dossier?				
Is het antipsychoticum in de gemeten periode nog steeds geïndiceerd (zoals geweten door vaste arts)? ja=zeker zeker nodig, neen= duidelijk niet nodig; twijfel = al de rest; Ook opmerkingen welkom				
	HUISARTS	PSYCHIATER	onduidelijk	OPMERKINGEN
Wie heeft de diagnose gesteld, zoals die nu in het dossier staat (mogelijks te achterhalen door naar het consult te kijken waarin het GE is aangemaakt en/of verwijsbrieven OF nog beter: HISTORIEK LABELS via rechtermuisknop)?				
Wie heeft ooit een antipsychoticum opgestart bij deze patiënt (evt te achterhalen door naar het consult te kijken waarin het eerste voorschrift werd geschreven en/of verwijsbrieven))?				
THERAPIETROUW	JA	NEEN	nvt/niet te achterhalen	OPMERKINGEN

Per os? (niet in te vullen indien opname of switch naar depot in gemeten period)				
Heeft de patiënt in de periode 1/09/2016-1/09/2017 voldoende voorschriften gekregen om de medicatie (per os) in de voorgeschreven dosis in te nemen, afgaand op de historiek van de voorschriften (en eventuele verwijsbrieven van psychiaters)?				
Werd er gewerkt met een medicatiedoos, via verpleging?				
Werd er familie / mantelzorg ingeschakeld ter bevordering van de therapietrouw?				
Depots?				
Heeft de patiënt het afgelopen jaar 1/09/2016-1/09/2017) de medicatie (depots) toegediend gekregen aan de afgesproken frequentie, afgaand op uitgevoerde procedures in het EMD (en eventuele verwijsbrieven van psychiaters)?				
Indien blijkt dat de patiënt niet therapietrouw was in de gemeten periode, was dit geweten? (door de vaste arts)				
Indien blijkt dat de patiënt niet therapietrouw was in de gemeten periode, was dit geweten? (zoals blijkt uit het dossier)				
Metabole opvolging?	JA, huisarts	JA, psychiater	NEEN	ONDUIDELIJK
Is er het afgelopen jaar (1/09/2016-1/09/2017) minstens 1 keer bij de huisarts of psychiater een meting gebeurd van volgende parameters?:				
BLOEDDRUK				
BUIKOMTREK				
GEWICHT				
BMI				
NUCHTERE GLYCEMIE				
LIPIDEN (HDL, LDL, totaal cholesterol en triglyceriden)				
Algemene opmerkingen, bedenkingen, ingevingen? schrijf ze hier:				

7.2 BIJLAGE 2: CHECKLIST antipsychoticaconsult

CHECKLIST

jaarlijks te overlopen bij patiënten die een antipsychoticum gebruiken
= procedure p 30: '*uitgebreid medisch onderzoek psy probleem*'
voor meer info: zie document *achtergrondinformatie checklist*

Algemeen:

- **Is indicatie (nog) actueel? Is afbouw mogelijk / aangewezen?**

Afhankelijk van indicatie
Voor meer info: zie *achtergrondinformatie checklist*

- **Algemeen functioneren?**

Het afgelopen jaar: stabiel, beter, slechter?
Werk, sociaal, huishouden?
Wat loopt goed? Wat kan beter?
Functioneren op een schaal van 0 tot 10?

- **Behandeldoelen arts/patiënt?**

jaarlijks te actualiseren, voor meer info: zie *achtergrondinformatie checklist*

- **Crisisplan?**

jaarlijks te actualiseren, voor meer info: zie *achtergrondinformatie checklist*

- **Psychiatrische symptomen / behandeling effectief?**

Wanen, hallucinaties, depressiviteit, angsten, suïcidaliteit, (hypo)manie, desoriëntatie, bizar gedrag, ...
voor opties bij persisterende symptomen/herval/therapieresistentie: zie achtergrondinformatie *checklist*

- **Therapie(on)trouw?**

Te evalueren via historiek van de voorschriften
voor opties: zie *achtergrondinformatie checklist*

- **Netwerk patiënt?**

gegevens psychiater en/of mantelzorg en/of ambulante hulpverlening correct?
Zie ook **pricare afspraken** (onderaan dit document)

- **Dossier op orde?**

diagnose en gegevens in vrije tekst up to date?
Zie ook **pricare afspraken** (onderaan dit document)

- **Usus**

Roken? Alcohol? Drugs?

Medicatiespecifiek:

- **Metabole controle:**

Meet jaarlijks:

- bloeddruk
- gewicht, lengte en BMI
- nuchtere glycemie
- lipiden (ldl, hdl, totaal cholesterol, triglyceriden)
- (buikomtrek)

Beleid bij metabole ontregeling: zie *achtergrondinformatie checklist*

- **Cardiaal (QTc) // ECG**

Hoger risico op plotse hartdood
Alert zijn op interacties (oa QT-verlenging!!)
ECG sowieso bij opstart (meestal via psychiater) + ECG op indicatie. voor meer info: zie *achtergrondinformatie checklist*

- **Andere bijwerkingen**

Oa anticholinerg, sedatie, orthostatisme... voor meer info: zie *achtergrondinformatie checklist*

- **Extrapiramidale symptomen:**

Kijk en vraag naar:

- parkinsonisme (=bradykinesie, rigiditeit en (rust)tremor)
- acathisie (=bewegingsdrang en/of subjectieve gevoelens van onrust)
- dystonie (=(acute) pijnlijke trekkingen in één of meer spiergroepen)
- tardieve dyskinesie (=lijkt op chorea; vloeiende onwillekeurige bewegingen zonder duidelijk doel)

Beleid bij hinderlijke bewegingsstoornissen: OVERLEG MET PSYCHIATER (+ zie *achtergrondinformatie checklist*)

- **Prolactine // Seksuele functiestoornissen**

Menstruatiestoornissen, verminderde fertiliteit, verminderd libido, erectiele dysfunctie, gynaecomastie of galactorrhoea?
Denk aan antipsychoticum en hyperprolactinemie als oorzaak.
Voor beleid: zie *achtergrondinformatie checklist*

- **Clozapine (=Leponex)?**

nauwe therapeutisch-toxische marge!
maandelijks PBO!
CAVE agranulocytose en extreme obstipatie
voor meer info: zie *achtergrondinformatie checklist*

PRICARE afspraken:

- Voor elke psychiatrische patiënt: VASTE ARTS!

dit ook noteren in relatiecentrum +
indien nodig ook opmerking 4 en onthaal verwittigen

GEZONDHEIDSELEMENT:

- Diagnose zo nauwkeurig mogelijk coderen en noteren;

op basis van meest recente bevindingen psychiater (bijvoorbeeld: indien initieel P98 psychose nao, maar het is schizofrenie, dan noteren als P72 schizofrenie)

- In vrije tekst:

kort extra uitleg rond diagnose en algemeen functioneren // kort overzicht opnames // naam mantelzorg // naam ambulante hulpverlening // naam psychiater (en ziekenhuis) die actueel betrokken is (of schrijven GEEN PSYCHIATER) + vermelden indien voorschriften of depots via psychiater verlopen

CONTACTGEGEVENS mantelzorgers // ambulante hulpverlening en/of psychiater

- GSM (en/of e-mail) van mantelzorgers, ambulante hulpverlening en/of psychiater noteren bij identificatiegegevens + in crisisplan (indien crisisplan)

BEHANDELDOELEN patiënt/arts en CRISISPLAN

- **blanco versie** van het excel document 'crisisplan en behandeldoelen' (zie: G:\Artsen\Protocollen, folders, EBM\ARTSEN Protocollen\P. Psychische problemen) invoeren in pricare (ctrl + i)
- deze blanco versie komt dan bij de **inkomende documenten** (*datum wijzigen* naar 1/1/3333, zodat vanboven blijft)
- doelen en crisisplan pas **invullen** *nadat* het excel document bij inkomende documenten staat!!!!

DEPOTpreparaten

- plannen via **procedure p50** *inspuiten depot neurolepticum*

in vrije tekst: frequentie + naam geneesmiddel

- beleid bij NOA's: zie protocol verpleging

JAARLIJKS CONSULT // overlopen CHECKLIST; bij vaste arts

- te plannen via de **procedure P30**: *uitgebreid medisch onderzoek psy probleem*

in vrije tekst: ANTIPSYCHOTICACONSULT jaarlijks

- tijdens dit jaarlijks consult overlopen checklist (oa crisisplan, therapietrouw, bijwerkingen,…) zie hiervoor: G:\Artsen\Protocollen, folders, EBM\ARTSEN Protocollen\P. Psychische problemen\ANTIPSYCHOTICA checklist en achtergrondinformatie

7.3 BIJLAGE 3: achtergrondinformatie checklist antipsychoticaconsult

ACHTERGRONDINFORMATIE bij checklist opvolging antipsychotica

ALGEMEEN:

- **Is indicatie nog actueel? Is afbouw mogelijk / aangewezen?**

Of stoppen een optie is hangt sterk af van de indicatie en de wensen en voorgeschiedenis van de patiënt.
ALGEMENE REGELS bij stoppen:

- steeds in overleg met psychiater
- risico op herval bespreken met patiënt en omgeving
- symptomen van herval bespreken
- crisisplan voor het geval er herval zou zijn
- traag afbouwen
- frequent monitoren; tot minstens 2 jaar na het stoppen van de medicatie

TER INFO:
Na een eerste psychose is stoppen een optie indien er een volledige remissie van de psychotische symptomen werd bereikt gedurende minstens 1 jaar; de kans op herval is tweemaal hoger in vergelijking met een onderhoudsbehandeling (kans op uitblijven recidief= 20% zonder onderhoudsbehandeling)
bij **meerdere psychosen** in de voorgeschiedenis wordt een levenslange onderhoudsbehandeling aangeraden
Bron= multidisciplinaire richtlijn schizofrenie NL

- **Behandeldoelen patiënt/arts**

Jaarlijks bespreken en noteren in excel document 'crisisplan en behandeldoelen' (blanco invoeren in pricare en dan pas invullen) *zie pricare afspraken onderaan dit document*

- **Crisisplan?**

-Indicatie? Iedereen die risico loopt op een psychiatrische crisis.
-Hoe? Blanco het excel document 'crisisplan en behandeldoelen' invoeren in pricare (*zie pricare afspraken onderaan dit document*). Invullen in overleg met patiënt en eventueel mantelzorgers en/of andere hulpverleners. Indien opportuun via MDO.
-Crisisplan in EMD, maar ook afprinten en meegeven met patiënt en eventueel mantelzorgers en/of andere hulpverleners.

- **Psychiatrische symptomen / behandeling effectief?**

Opties bij therapiefalen (=niet halen van behandeldoelen patiënt en/of arts) :

- Crisisplan consulteren indien voorhanden
- Therapietrouw nagaan
- Uitlokkende factoren?
- Usus?
- Overleggen/verwijzen psychiater
- Aanpassing medicatie? (liefts in overleg met 2de lijn: dosisverhoging; verwijzen voor bv clozapine (effectiever dan andere antipsychotica bij schizofrenie), toevoegen ander middel (bv litium, lamotrigine...), rTMS en ECT…)
- Ambulante hulpverlening inschakelen?

- **Therapietrouw?**

Aanpak therapieONtrouw:

- Oorzaak? Bv: hinderlijke bijwerkingen => switch medicatie mogelijk?; financiële moeilijkheden => MW?, progressie ziekte…?
- Vaste apotheek / huisapotheker?
- Medicatiedoos via de verpleging?
- Switch naar depot?
- Ambulante hulpverleners?
- Rol mantelzorg?

MEDICATIE:

TABEL 1 *Risico's op somatische bijwerkingen van veelgebruikte antipsychotica**

Generieke naam	Gewichtstoename	Lipideverslechtering	Risico diabetes	EPS	Prolactinestijging	Seksuele stoornissen	QTc-tijdverlenging	Orthostatische hypotensie
aripiprazol	o/?	o/?	?	+/-	o**	o/?	o	o
broomperidol	+/-	o	?	+++	+++	++	?	o
clozapine	+++	++	++	o	o	++	+	++
flufenazine	+	+/-	?	++	++	+	+/-	+
haloperidol	+/-	o	+/-	+++	+++	++	+	+/-
levomepromazine	++	++	++	++	+	++	?	++
olanzapine	+++	++	++	+/-	o	+/-	+/-	+
perfenazine	+/-	o	+/-	++	++	++	o	o
pimozide	o	o	+/-	+++	+++	++	++	o
risperidon	++	+/-	+/-	++	+++	+++	+/-	++
sertindol	+	?	?	o	o/?	o/?	+++	++
quetiapine	++	+	+	o	o	o	+	++
sulpiride	+/-	o	?	+/-	+++	+++	+/-	o
zuclopentixol	+/-	o	?	+++	+++	++	?	+

EPS = extrapiramidale symptomen;
o = niet van toepassing; ? = niet voldoende bekend; +/- = nauwelijks; + = enig; ++ = sterk; +++ = zeer sterk.
*Bij het opstellen van deze tabel werd gebruikgemaakt van verschillende bronnen (o.a. Bezchlibnyk-Butler & Jeffrie 2004; Commissie Farmaceutische Hulp 2007; Verkes & Bruggeman).
**Kan ook prolactineverlaging geven.

Cahn W et al; Preventie en behandeling van somatische complicaties bij antipsychoticagebruik. Tijdschr Psychiatr. 2008;50(9):579-91.

- **Metabole controle:**

-*te bepalen parameters* (door huisarts (eventueel via vpl) of psychiater):
bloeddruk, gewicht, lengte en BMI, nuchtere glycemie en lipiden (ldl, hdl, totaal cholesterol, triglyceriden) en (buikomtrek)
-*frequentie*: voor start van de behandeling, na 6 weken, na 3 maand en vervolgens **jaarlijks**
-*Beleid bij metabole ontregeling*:

- Overleg met de patiënt
- Switch naar een antipsychoticum met minder metabole bijwerkingen (in overleg met psychiater)

ter info:
antipsychotica gerangschikt van weinig naar veel metabole ontregeling:
aripiprazol, amisulpride, haloperidol (of ander hoogpotent eerstegeneratiemiddel) < quetiapine en risperidon < clozapine en olanzapine;; zie ook tabel hierboven

- Levensstijl: GVO gezonde levensstijl + overweeg BOV en diëtiek
- Behandel eventuele diabetes volgens de bestaande richtlijnen
- Bepaal het cardiovasculair risico (en dus de nood aan een statine en/of medicamenteuze behandeling van hypertensie) via het ABCDE algoritme, MAAR tel 20 jaar bij de feitelijke leeftijd!

- **Cardiaal (QTc) // ECG**

Hoger risico op plotse hartdood
Daarom:

- -alert zijn op **interacties** met andere geneesmiddelen die tot QTc-verlenging leiden en/of die tot verhoging van de bloedspiegel kunnen leiden

- -**ECG** sowieso bij opstart (meestal via psychiater)
  + ECG regelmatig (jaarlijks?) te herhalen indien gestoord of bij cardiale klachten (palpitaties; (pre)syncopes,..)
- Bij minste twijfel: overleg met psychiater

- **Andere bijwerkingen** van antipsychotica

-Anticholinerge effecten: vooral met fenothiazinen, clozapine, haloperidol, olanzapine, pimozide en risperidon
-orthostatisch hypotensie: onderlinge verschillen tussen antipsychotica; zie tabel hogerop
-sedatie
-hoger risico op trombose: vooral met clozapine en olanzapine
-maligne neuroleptica syndroom; zeldzaam maar ernstig, zie bcfi
-Post-injectiesyndroom (na olanzapine depot):

- Symptomen: slaperigheid, een verminderd bewustzijn, desoriëntatie, extrapiramidale symptomen, parkinsonisme, onrust, delier, hypo- of hypertensie, tachycardie, hypothermie,
- Preventie: na toediening: 3u observatie
- Behandeling: verwijs naar ziekenhuis

- **Extrapiramidale symptomen:**

Kijk en vraag naar:
-parkinsonisme (=bradykinesie, rigiditeit en (rust)tremor)
-acathisie (=bewegingsdrang en/of subjectieve gevoelens van onrust)
-dystonie (=(acute) pijnlijke trekkingen in één of meer spiergroepen)
-tardieve dyskinesie (=lijkt op chorea; vloeiende onwillekeurige bewegingen zonder duidelijk doel)

Beleid bij bewegingsstoornissen: in functie van subjectieve last en **steeds in overleg met psychiater!**

-parkinsonisme: verschillende opties:
- switch naar een antipsychoticum met minder kans op parkinsonisme (Haloperidol geeft meest aanleiding tot parkinsonisme; clozapine, olanzapine en risperidon het minst)
- dosisverlaging
- (kortdurende) R/ met een anticholinergicum (bv akineton)

-acute dystonie:
- VERWIJS (R/ is promethazine of een anticholinergicum IM en nadien nog minstens 48u per os; maar IM anticholinergica en promethazine zijn (momenteel?) niet te verkrijgen)

-acute acathisie:
- dosisverlaging
- overgaan op een ander antipsychoticum (zie bij parkinsonisme)
- kortdurend een bètablokker (propranolol)
- kortdurend een benzodiazepine
- kortdurend mirtazapine

-tardieve dyskinesie
- switch naar een atypisch antipsychoticum (liefst clozapine)
- bij persisteren van symptomen: overweeg tetrabenazine

- **Prolactine // Seksuele functiestoornissen**

Menstruatiestoornissen, fertiliteitsstoornissen, verminderd libido, erectiele dysfunctie, gynaecomastie of galactorrhoea?
Denk aan antipsychoticum en hyperprolactinemie als oorzaak.
Beleid (eventueel af te toetsen bij psychiater en in overleg met patiënt):

- Bepaal eventueel de prolactinespiegel, afhankelijk van de klinische context
- dosisverlaging
- overgaan op een ander antipsychoticum (haloperidol en risperidon geven vaker seksuele stoornissen; clozapine, olanzapine, quetiapine en vooral aripiprazol minder vaak) zie ook tabel hierboven
- bij erectiestoornissen eventueel sildenafil

- **Clozapine (=Leponex)**

INDICATIES:
- therapieresistente schizofrenie (= onvoldoende effect na twee adequate behandelingen met twee verschillende antipsychotica, waarvan minstens één van de tweede generatie)
- en/of ernstige onbehandelbare neurologische bijwerkingen (parkinsonisme, tardieve dyskinesie) van andere antipsychotica

BIJWERKINGEN:
-Agranulocytose in 1 tot 2%!!
-extreme obstipatie (kan leiden tot levensbedreigende paralytische ileus en colonperforatie)!
-myocarditis/cardiomyopathie

OPSTART:
Steeds door psychiater; meestal tijdens opname

OPVOLGING:
De eerste 18 weken: wekelijks PBO
Vervolgens: maandelijks PBO **altijd**, tot 4 weken na eventuele stopzetting van therapie

ALARMSIGNALEN:
Plotse koorts, keelpijn en/of andere griepachtige verschijnselen, aften in de mond....

Bronnen:

NICE guideline over schizofrenie, 2014
NICE guideline over bipolaire stoornis, 2014
Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie. van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2012
Folia over antipsychotica, Maart 2013 Volume 40 Nummer 3
https://www.henw.org/artikelen/herhalen-ggz-medicatie-lithium-en-clozapine
Duodecim richtlijn schizofrenie
Cahn W et al; Preventie en behandeling van somatische complicaties bij antipsychoticagebruik. Tijdschr Psychiatr. 2008;50(9):579-91.

7.4 BIJLAGE 4: CRISISPLAN

CRISISPLAN

Dit is het CRISISPLAN van: *naam*
Geboortedatum: *datum*
Mijn contactgegevens: *gsm / e-mail* Mijn adres: *adres*
DATUM LAATSTE REVISIE: *datum*

PREVENTIE
Wat kan ik doen om een crisis te voorkomen:
Wat zijn uitlokkende situaties of belastende omstandigheden:
Hoe herken ik zelf een aankomende crisis: (signalen vooraf)
Hoe zeggen anderen mij dat ze een aankomende crisis herkennen (signalen vooraf):
Wat is kenmerkend voor een crisis bij mij:

ACTIE
Wat kan ik doen tijdens een crisis:
Wat kan iemand anders doen:
Wat verwacht ik van hulpverleners tijdens een crisis:

CONTACTPERSONEN // MIJN NETWERK
Contactpersoon 1:
Naam, relatie tot mij, contactgegevens(tel en e-mail), evt adres
Contactpersoon 2:
Naam, relatie tot mij, contactgegevens(tel en e-mail), evt adres

Wie kan en mag er gecontacteerd worden indien ik niet te vinden of te bereiken ben:
Naam, contactgegevens (tel en e-mail), evt adres
Wie mag er niet gecontacteerd worden:
Naam
Indien opname nodig is, bij voorkeur opname in:
Naam voorkeursziekenhuis; naam alternatief ziekenhuis
Relevante zorgverleners:
Psychiater: *Naam, contactgegevens; naam ziekenhuis*
Huisarts: *Naam, contactgegevens*
Andere hulpverleners: *Naam, contactgegevens, naam organisatie*
Indien niemand bereikbaar, denk dan aan het Mobiel Crisis Team: te bereiken 24/24, 7 dagen op 7: 09 / 332 14 14
MEDISCHE INFO:
Medicatie:
naam en dosis medicatie
Belangrijke medische gegevens:
INFO (wat te doen met)
huisdieren:
post:
betalingen:
Opgemaakt te Gent
Datum: *datum*
Handtekening:

7.5 BIJLAGE 5: Protocol ethisch comité

VERZOEK TOT ADVIES VAN HET ETHISCH COMITE BETREFFENDE EEN ONDERZOEKSPROJECT BIJ DE MENS

IN HET KADER VAN DE MASTER-NA-MASTER HUISARTSGENEESKUNDE

1.	TITEL VAN HET ONDERZOEK

OPVOLGING VAN PATIËNTEN DIE EEN ANTIPSYCHOTICUM GEBRUIKEN: EEN KWALITEITSVERBETERPROJECT

2.	PROTOCOL

Inleiding

De opvolging van patiënten die een antipsychoticum gebruiken is om velerlei redenen complex. Enerzijds zijn er de ongewenste effecten, en meer specifiek de metabole ongewenste effecten (zoals gewichtstoename, hyperglycemie en dyslipidemie), die een regelmatige opvolging vereisen. Anderzijds is de zorg voor mensen met een aandoening waarvoor antipsychotica geïndiceerd zijn, zoals schizofrenie of een bipolaire stoornis, op zich reeds complex. Problemen die zich stellen zijn o.a. een gebrekkige therapie- en afsprakentrouw, een verhoogd risico op usus en (cardiovasculaire) comorbiditeiten, en het optreden van psychiatrische symptomen. [1], [2]

De huisarts heeft een belangrijke rol in de opvolging van patiënten die een antipsychoticum gebruiken, instaande voor o.a. de somatische zorg, medicatievoorschriften, zorgcoördinatie, detectie van decompensatie, metabole opvolging,… [3], [4]
De praktijk waar ik mijn huisartsenopleiding doe (wgc Brugse Poort) telt momenteel 155 patiënten die een antipsychoticum gebruiken. Uit een eerste verkennend gesprek met alle artsen kwam naar boven dat er op verschillende vlakken ruimte is voor verbetering wat betreft de opvolging van patiënten die een antipsychoticum gebruiken. Zo kan de metabole opvolging zeker beter, vormt therapietrouw geregeld een probleem, is er verbetering mogelijk wat betreft (coderen van) diagnose en indicatiesteling en is er veel onduidelijkheid over de rolverdeling tussen de huisarts en 2de lijn en over de doorverwijsmogelijkheden naar de 2de lijn of artikel 107-projecten.

Bronnen:
1. Oud MJ, Schuling J, Slooff CJ, Groenier KH, Dekker JH, Meyboom-de Jong B. Care for patients with severe mental illness: the general practitioner's role perspective. BMC Fam Pract. 2009 May 6;10:29.

2. Oud MJ, Schuling J, Groenier KH, Verhaak PF, Slooff CJ, Dekker JH, Meyboom-de Jong B. Care provided by general practitioners to patients with psychotic disorders: a cohort study. BMC Fam Pract. 2010 Nov 25;11:92.
3.. Van Alphen C, Ammeraal M, Blanke C, Boonstra N, Boumans H, Bruggeman R, et al. Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie. Utrecht: De Tijdstroom/Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2012.
4. National Collaborating Centre for Mental Health. Psychosis and Schizophrenia in Adults: The NICE Guideline on Treatment and Management (Updated Edition) (Clinical Guideline CG178). National Institute for Health and Care Excellence, 2014.

Vraagstelling

Hoe verloopt de opvolging van patiënten die een antipsychoticum gebruiken? Wat loopt goed, wat kan beter? Welke elementen dienen opgenomen te worden in een checklist ter verbetering van de opvolging en wat is het effect van een dergelijke checklist?

Methode

Met gebruik van de FOCUS-methode zal ik een brede analyse maken van de manier waarop de opvolging van patiënten die een antipsychoticum gebruiken in mijn opleidingspraktijk gebeurt. Dit plan ik te doen aan de hand van interviews met betrokken zorgverleners en via dossierstudie. Hierbij wens ik een eerste meting van o.a. volgende indicatoren te doen: jaarlijkse metabole controle, het hebben van een vaste arts binnen de praktijk, aanwezigheid van een behandelplan en/of crisisplan, therapietrouw, afsprakentrouw…
Na deze analyse en literatuurstudie zou ik dan een checklist opstellen, deze voorstellen op de doktersvergadering of multidisciplinair en dan invoeren in de praktijkwerking, om dan op een later tijdstip te evolueren wat het effect is. Deze checklist zou de artsen/hulpverleners via het medisch dossier moeten bijstaan om de opvolging van patiënten die een antipsychoticum nemen te optimaliseren.

Verwachte resultaten/winst

Het opzet van deze studie is om binnen mijn opleidingspraktijk de kwaliteit van zorg te verbeteren voor patiënten die een antipsychoticum gebruiken. Het praktijkproject wordt gezien als een eerste stap in een duurzame verbetering van de zorg voor onze chronische psychiatrische patiënten. Concreet hoop ik op meer eenduidigheid bij de opvolging van patiënten die een antipsychoticum gebruiken, een betere metabole controle en meer duidelijkheid over de rolverdeling tussen huisarts en 2de lijn.

7.6 BIJLAGE 4: Goedkeuring ethisch comité

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
Prof. dr. Dirk AVONTS
ALHIER

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. J. Decruyenaere

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2017/0935	25-aug-17	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Opvolging van patiënten die een antipsychoticum gebruiken: een kwaliteitsverbeterproject. (Manama Arne Dambre)

Belgisch Registratienummer: B670201733115

* Antwoord onderzoeker dd. 15/08/2017 (ontv. 16/08/2017) op opmerkingen EC dd. 11/08/2017
* Verklaring Wijkgezondheidscentrum Brugse Poort (aangepaste versie cfr. Mail onderzoeker dd. 15/08/2017)
* Antwoord onderzoeker dd. 24/08/2017 (ontv. 25/08/2017) op opmerkingen EC dd. 11/08/2017
* Adviesaanvraagformulier (versie 3, dd. 24/08/2017)
* (Patiënten)informatie- en toestemmingsformulier dd. 24/08/2017

Advies werd gevraagd door:
Prof. dr. D. AVONTS ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.
ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 25/08/2017. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 25/08/2018, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 25/08/2017. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 25/08/2018, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 19/09/2017
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 19/09/2017

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Wendy Van de Velde
09/332 56 13
wendy.vandevelde@uzgent.be

./.

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2017/0935	25-aug-17	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2017/0935

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee
Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
Prof. dr. D. AVONTS - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Wendy Van de Velde
09/332 56 13
wendy.vandevelde@uzgent.be