Schizofrenie in de huisartsenpraktijk:
Acute medicamenteuze behandeling en niet-medicamenteuze aanpak.

An Van Immerseel, Huisarts-in-opleiding, Universiteit Antwerpen

Promotor: Prof. Dr. Bert Aertgeerts, KU Leuven

Co-promotor: Martine Goossens, KU Leuven

Praktijkopleider: Dr. Katy Embrechts.

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde

Academiejaar 2012-2014

Abstract

Titel: Schizofrenie in de huisartsenpraktijk: Acute medicamenteuze behandeling en niet-medicamenteuze aanpak.
Auteur: An Van Immerseel, Huisarts-in-opleiding, Universiteit Antwerpen.
(in samenwerking met Herman Otten, Huisarts-in-opleiding, Universiteit Antwerpen)
Promotor: Prof. Dr. Bert Aertgeerts, KU Leuven.
Co-promotor: Martine Goossens, KU Leuven.
Praktijkopleider: Dr. Katy Embrechts.
Contactgegevens: an.vanimmerseel@telenet.be
Inleiding: Schizofrenie is een complexe ziekte waarbij huisartsen vaak niet weten wat te doen. Als huisarts kan je nochtans een belangrijke spilfiguur zijn in de acute fase en het opvolgingsbeleid en dit zowel op medicamenteus als op niet-medicamenteus vlak. Hieruit blijkt dat er nood is aan een Belgische richtlijn over schizofrenie voor de huisarts. Een Finse Duodecim-richtlijn “Schizofrenie” is beschikbaar op de website van EBMPracticeNet. In dit werk wordt nagegaan welke aanpassingen nodig zijn opdat de Duodecim-richtlijn wetenschappelijk correcte aanbevelingen zou bevatten die toepasbaar zijn in België. Tevens worden praktische tools aangeboden aan de huisartsen om hun aanpak bij een patiënt met schizofrenie te verbeteren. Het ultieme doel is het optimaliseren van de zorg voor deze patiënten.
Onderzoeksvragen: Welke medicamenteuze behandeling in de acute fase bij een patiënt met schizofrenie?, Welke niet-medicamenteuze aanpak bij een patiënt met schizofrenie?.
Methode: Het adaptatieproces van de Duodecim-richtlijn “Schizofrenie” bestond uit drie fases: screening, adaptatie en implementatie. De methode die hierbij werd gehanteerd, is gebaseerd op het handboek ‘Adaptatie Duodecim Richtlijnen’.[6] Tijdens de Peer Review van de derde fase werd de geadapteerde richtlijn ter beoordeling voorgelegd aan een groep van huisartsen. Tijdens de eigenlijke implementatie werd een steekkaart gemaakt met de aanbevelingen. Een sociale kaart, betreffende de psychosociale begeleiding, werd opgesteld en getoetst op haalbaarheid en toepasbaarheid in dezelfde groep van huisartsen en ook ter beoordeling voorgelegd aan de hierin vermelde instanties en aan enkele psychiaters.
Resultaten: Mits enkele aanpassingen bleken de aanbevelingen van de Duodecim-richtlijn betreffende de acute medicamenteuze en de niet-medicamenteuze behandeling van een patiënt met schizofrenie wetenschappelijk correct en toepasbaar te zijn in de Belgische zorgcontext. De deelnemende artsen aan de Peer Review waren matig bereid om de behandeling van acute psychose en de psychosociale begeleiding van patiënten met schizofrenie op zich te nemen. De grote meerderheid van de artsen zou de sociale kaart voor de regio Antwerpen gebruiken en vond ze een handig hulpmiddel om door te verwijzen.
Conclusie: De aangepaste aanbevelingen van de Duodecim-richtlijn betreffende de acute medicamenteuze en de niet-medicamenteuze behandeling van een patiënt met schizofrenie bleken wetenschappelijk correct en toepasbaar te zijn in de Belgische zorgcontext. De ondervraagde artsengroep vond een sociale kaart nuttig. Verder onderzoek bij grotere artsengroepen in alle regio’s van België is aangewezen om te achterhalen of de sociale kaart met vermelding van psychiaters, ziekenhuizen en plaatsen voor acute crisisopvang een meerwaarde kan zijn. Een app en aanpassing van de lay-out zijn mogelijkheden voor toekomstige implementaties. Tot slot is verder onderzoek nodig of LOK-vergaderingen omtrent dit onderwerp nuttig kunnen zijn.
ICPC-code: P72, schizofrenie.

Inhoudstafel

1. Inleiding p. 3

2. Methode p. 4-8

   2.A. Algemeen p. 4
   2.B. De eerste fase: screeningsfase p. 4-7
      Stap 1: Definiëren van klinische vragen p. 4
      Stap 2: Zoektocht naar relevante richtlijnen p. 4-5
      Stap 3: Screenen van richtlijnen p. 5
      Stap 4: Waarderen van richtlijnen p. 5-6
      Stap 5: Selectie van aanbevelingen p. 6-7
      Stap 6: Nazicht door leescommissie p. 7
   2.C. De tweede fase: adaptatiefase (stap 7) p. 7
   2.D. De derde fase: implementatiefase p. 7-8
      Stap 8: Peer Review p. 7-8
      Stap 9: Implementatie p. 8
      Stap 10: Finaal nazicht p. 8

3. Resultaten p. 9-28

   3.A. De eerste fase: screeningsfase p. 9-16
      Stap 1: Definiëren van klinische vragen p. 9-10
      Stap 2: Zoektocht naar relevante richtlijnen p. 10-11
      Stap 3: Screenen van richtlijnen p. 11
      Stap 4: Waarderen van richtlijnen p. 11-15
      Stap 5: Selectie van aanbevelingen p. 15-16
      Stap 6: Nazicht door leescommissie p. 16
   3.B. De tweede fase: adaptatiefase (stap 7) p. 16-18
   3.C. De derde fase: implementatiefase p. 18-28
      Stap 8: Peer Review p. 18-25
      Stap 9: Implementatie p. 25-28

4. Discussie p. 29-35

   4.A. De eerste fase: screeningsfase p. 29
   4.B. De tweede fase: adaptatiefase p. 29-30
   4.C. De derde fase: implementatiefase p. 30-35
      Stap 8: Peer Review p. 30-33
      Stap 9: Implementatie p. 33-35

5. Besluit p. 36

6. Referenties p. 37-38

7. Bijlagen p. 39-114

1. Inleiding

Schizofrenie is slecht gekend door vele huisartsen. Nochtans is het geen zeldzame ziekte; de prevalentie van schizofrenie is ongeveer één procent[1-2]. De jaarlijkse incidentie is volgens Intego 0,30 en 0,19 gevallen per duizend personen, respectievelijk bij mannen en vrouwen[3], volgens EBMPracticeNet ongeveer twee gevallen per duizend inwoners[2].

De term 'schizofrenie' zorgt vaak voor verwarring. Het is een ziekte die gekenmerkt wordt door wanen, hallucinaties, gestoorde spraak en gedrag en andere symptomen die stoornissen in het algemene functioneren veroorzaken.[4] Centraal hierbij is het verlies van contact met de werkelijkheid. Voor het stellen van de diagnose van schizofrenie moeten de symptomen zes maanden (waarvan tenminste één maand actief) aanwezig zijn.[4] Men zou dus ook van langdurige of chronische psychose kunnen spreken.

De symptomen en het gedrag dat gepaard gaat met schizofrenie kunnen een negatieve impact hebben op de patiënt, zijn familie en vrienden. Schizofrenie wordt geassocieerd met een aanzienlijk stigma, angst en beperkt begrip bij het publiek. De eerste jaren na het ontstaan ervan kunnen bijzonder vervelend en chaotisch zijn, en gaan gepaard met een hoger suïciderisico. Zodra een acute episode voorbij is, duiken er vaak andere problemen op zoals sociale uitsluiting, met beperkte mogelijkheden om weer aan werk te geraken of te studeren, en moeilijkheden bij het aangaan van nieuwe relaties.[1]

Het is een complexe ziekte waarbij huisartsen vaak niet weten wat te doen. Als huisarts kan je nochtans een belangrijke spilfiguur zijn in de acute fase en het opvolgingsbeleid van een patiënt met schizofrenie en dit zowel op medicamenteus als niet-medicamenteus vlak. Uit het bovenstaande blijkt dat er nood is aan een Belgische richtlijn over schizofrenie voor de huisarts, die op dit moment nog niet bestaat.

EBMPracticeNet verzamelt op haar website richtlijnen van verschillende Belgische organisaties alsook buitenlandse richtlijnen gemaakt door de Finse wetenschappelijke huisartsenvereniging Duodecim.[5] Aangezien deze buitenlandse richtlijnen in de eerste plaats gemaakt zjin voor Finse huisartsen, moet worden nagegaan of hun inhoud ook in België toepasbaar is. Deze richtlijnen dienen dus gescreend en indien nodig aangepast te worden; zo ook de richtlijn "Schizofrenie".

Een eerste doel van deze masterproef is na te gaan welke aanpassingen nodig zijn opdat de Duodecim-richtlijn "Schizofrenie" wetenschappelijk correcte aanbevelingen voor goede medische praktijkvoering zou bevatten die praktisch toepasbaar zijn in de Belgische zorgcontext. De aangepaste richtlijn zal gepubliceerd worden op de website van EBMPracticeNet en zo ook beschikbaar zijn voor alle huisartsen.[5]
Een tweede doel is na te gaan hoe deze aanbevelingen op een eenvoudige manier geïmplementeerd kunnen worden in de huisartsenpraktijk en welke praktische tools aan de huisartsen kunnen geboden worden om hun aanpak bij een patiënt met schizofrenie te verbeteren. Het ultieme doel van deze thesis is het optimaliseren van de zorg voor een patiënt met schizofrenie.

2. Methode

2.A. Algemeen

Voor de adaptatie van de Duodecim-richtlijn “Schizofrenie” werd samengewerkt met Herman Otten, eveneens Huisarts-in-opleiding. Het proces bestond uit drie fases: een screeningsfase, een adaptatiefase en een implementatiefase. Zowel de screeningsfase als de adaptatiefase werden genoteerd in een matrix, een excellbestand. (zie bijlagen 1-8,10) De gevolgde methode is gebaseerd op het handboek ‘Adaptatie Duodecim Richtlijnen’[6] dat werd opgesteld aan de hand van de ‘Adapte Manual and Resource Kit’.[7] Het project werd goedgekeurd door de ethische commissie.

2.B. De eerste fase: screeningsfase

De screeningsfase van de Duodecim-richtlijn was onderverdeeld in zes stappen: het definiëren van klinische vragen, een systematische zoektocht naar de relevante, internationale richtlijnen en Belgische EBM-informatie, het screenen van de gevonden richtlijnen, het waarderen van de geselecteerde richtlijnen, het selecteren van praktijkaanbevelingen voor verdere adaptatie en ten slotte een nazicht door de leescommissie.

STAP 1: DEFINIEREN VAN KLINISCHE VRAGEN

De eerste stap omvatte het definiëren van klinische vragen. Elke Huisarts-in-opleiding was verantwoordelijk voor het formuleren van twee klinische vragen op basis van de inhoud van de Duodecim-richtlijn. Zo werden volgende klinische vragen gecreëerd:

- “Welke medicamenteuze behandeling in de acute fase bij een patiënt met schizofrenie?”,
- “Welke niet-medicamenteuze aanpak bij een patiënt met schizofrenie?”,
- “Welke medicamenteuze behandeling in de opvolgingsfase bij een patiënt met schizofrenie?”,
- “Welke opvolging bij een patiënt met schizofrenie?”.

De eerste twee klinische vragen werden door An Van Immerseel en de laatste twee door Herman Otten opgesteld volgens de PICO-methode.[8] PICO is een acroniem en staat voor Patient, Intervention, Comparison en Outcome.

STAP 2: ZOEKTOCHT NAAR RELEVANTE RICHTLIJNEN

Een systematische zoektocht naar de relevante, internationale richtlijnen en Belgische EBM-informatie vond plaats in februari 2013. Tijdens de zoektocht naar internationale richtlijnen werd gezocht in volgende databases, in volgorde van belang: G-I-N[9], NGC[10], de NHS guideline finder[11] en Trip Database[12].
Aanvullend werd gezocht op relevante, Belgische sites naar EBM publicaties betreffende het onderwerp en de klinische vragen. Een aantal relevante bronnen omvatten onder meer KCE[13], HGR[14], Minerva[15], Farmaka[16], RIZIV[17], Repertorium van BCFI[18] en FOD Gezondheidszorg[19]. Hoewel de EBM publicaties strikt genomen niet allemaal richtlijnen zijn, is deze informatie naderhand in het proces belangrijk

voor de aftoetsing van de toepasbaarheid van de aanbevelingen in de Belgische context.

Als zoektermen werden volgende MESH-termen weerhouden: ‘schizophrenia’, ‘schizofrenie’. Bij de ruwe selectie van de richtlijnen werden volgende inclusiecriteria gehanteerd: publicatiejaar (2008-2013), interessegebied (klinisch), type van informatie (richtlijn), klinische vragen betreffende therapie. De belangrijkste exclusiecriteria waren: andere talen dan Engels, Nederlands en Frans; het onderwerp van de richtlijn dat niet overeenkomt met de klinische vragen waar de auteurs een antwoord op zochten.

STAP 3: SCREENEN VAN RICHTLIJNEN

Tijdens het screenen van de gevonden richtlijnen werd er nagekeken of ze een antwoord gaven op de geformuleerde klinische vragen. Voor deze eerste selectie werd geopteerd om de richtlijnen van organisaties met een gekende hoge kwaliteit te laten primeren, zoals NICE en NHS (Prodigy). Nogmaals werden er, net zoals in stap twee, richtlijnen op basis van taal en thema van de richtlijn geëxcludeerd. Niet vrij verkrijgbare richtlijnen werden eveneens uitgesloten.

STAP 4: WAARDEREN VAN RICHTLIJNEN

Het waarderen van de gevonden richtlijnen omvatte vijf substappen: het evalueren van de richtlijnen met AGREE II[20], het inventariseren van de inhoud van de aanbevelingen, het waarderen van de aanbevelingen op courantheid, samenhang en toepasbaarheid.

Stap 4.1: Evalueren van de richtlijnen met AGREE II

Tijdens stap 4.1 werden de richtlijnen geëvalueerd door middel van het AGREE II instrument.[20] Zo werden de richtlijnen op verschillende domeinen beoordeeld: onderwerp en doel, betrokkenheid van belanghebbenden, methodologie, helderheid en presentatie, toepassing, onafhankelijkheid van de opstellers. Elke richtlijn werd door beide Huisartsen-in-opleiding onafhankelijk van elkaar gewaardeerd en de beoordeling werd gearchiveerd in de matrix. Bij afwijkende scores werd de score bij consensus tussen de twee Huisartsen-in-opleiding aangepast.

Stap 4.2: Inventarisatie van de inhoud van de aanbevelingen

In stap 4.2 werd de inhoud van de aanbevelingen geïnventariseerd. Per klinische vraag werden de aanbevelingen uit de Duodecim-richtlijn en die van de geselecteerde internationale richtlijn opgelijst in een matrix. De matrix somt voor elke klinische vraag de aanbevelingen, de onderliggende evidentie en de gegeven graad van aanbeveling op. Zo werd een overzicht verkregen van de verschillende aanbevelingen en werden eventuele verschillen of gelijkenissen sneller geïdentificeerd. Ook de sterke en zwakke aanbevelingen en de niveaus van bewijskracht kon men vlotter identificeren en de verschillende verwoordingen van de aanbevelingen gemakkelijker met elkaar vergelijken. Dit vormde de basis voor een eventuele discussie rond de klinische relevantie van elke aanbeveling. In het gunstigste geval wordt er een GRADE[21-22-23] gebruikt om de bewijskracht alsook de

graad van aanbeveling toe te lichten. Vaak wordt een eigen methode gebruikt of helemaal geen niveau van evidentie of graad van aanbeveling vermeld. Ook werd in stap 4.2 de Belgische EBM-informatie vermeld en werd genoteerd welke aanbevelingen of praktijkadviezen uit de Belgische bron zeker moesten meegenomen worden bij de adaptatie van de Duodecim-aanbeveling.

Stap 4.3: Waarderen van de aanbevelingen op courantheid

Bij het waarderen van de aanbevelingen op courantheid werd nagegaan of alle belangrijke evidentie geciteerd was in de richtlijn en of er sprake was van gedateerde informatie. Er werd nagegaan of er geüpdatete rapporten van de geselecteerde richtlijnen beschikbaar waren en of er recentere referenties waren die bij eventuele adaptatie in aanmerking genomen moeten worden. Hiervoor werd gebruik gemaakt van een watervalprocedure. Zo werd er gestart in de database van Cochrane[24]. Indien er geen systematische reviews betreffende de klinische vragen bestonden, werd verder gekeken via MEDLINE[25]. Hierbij werden dezelfde MESH termen - als hogerop vermeld - gebruikt. De selectie werd verder verfijnd door beperkingen in te stellen op gebied van publicatiedatum of publicatietype, zoals RCT, systematische reviews enzovoort.

Stap 4.4: Waarderen van de aanbevelingen op samenhang

De beoordeling van de aanbevelingen op samenhang was onderverdeeld in drie stappen. Eerst werd nagekeken of er overeenstemming was tussen de zoekstrategie en de focus van de klinische vraag. Daarna werd geëvalueerd of er consistentie was tussen de geselecteerde evidentie en de wijze waarop de auteurs dit hebben samengevat en geïnterpreteerd. Uiteindelijk vond een evaluatie plaats van de samenhang tussen de interpretatie van de evidentie en de geformuleerde aanbeveling.

Stap 4.5: Waarderen van de aanbevelingen op toepasbaarheid

In een laatste substap werden de aanbevelingen gewaardeerd op hun toepasbaarheid in de Belgische context. Dit bestond uit een nazicht van de doelgroep en patiëntengroep besproken in de geselecteerde richtlijnen, een beoordeling van de wijze waarop de richtlijn beantwoordt aan de verwachtingen en de voorkeuren van patiënten, een waardering of de richtlijn toepasbaar is in de Belgische praktijk (o.a. nodige expertise, organisatie van de praktijk, terugbetaling, ondersteuning, beschikbaarheid van medicatie) en een beoordeling of er geen culturele conflicten zijn die implementatie van de aanbeveling bemoeilijken.

STAP 5: SELECTIE VAN AANBEVELINGEN

Stap vijf bestond uit het selecteren van aanbevelingen voor verdere adaptatie. In deze stap werden de verschillende evaluaties overlopen. Zo werden vanuit de klinische ervaring van de Huisartsen-in-opleiding de gevonden aanbevelingen zowel onderling als met de Belgische EBM-informatie vergeleken. Er werd beslist of de aanbevelingen in de Duodecim-richtlijn al dan niet moesten geadapteerd worden. Indien adaptatie nodig was dan werd tijdens deze stap ook bepaald welke richtlijnen en/of aanbevelingen verder zullen worden gebruikt in het adaptatieproces. Indien

tijdens deze stap nieuwe evidentie werd aangebracht, diende afgewogen te worden of deze invloed had op de al geselecteerde richtlijnen of aanbevelingen.

STAP 6: NAZICHT DOOR LEESCOMMISSIE

Alle gegevens die verzameld werden bij de uitvoering van stap één tot en met stap vijf werden voorgelegd aan dr. Robert Vander Stichele, een lid van de leescommissie van EBMPracticeNet. Dit diende als tussentijdse controle op het werkproces en de geselecteerde inhoud.

2.C. De tweede fase: adaptatiefase

De tweede fase had als doel de Duodecim aanbevelingen daadwerkelijk te adapteren volgens de eerder gemaakte conclusies. Dit is stap zeven in de matrix (zie bijlage 10).
Voor het ontwikkelen van de eerste versie van de richtlijn (zie bijlage 15) werd vertrokken van de oorspronkelijke richtlijn ontwikkeld door Duodecim. De aanbevelingen geformuleerd door Duodecim werden elk vergeleken met de weerhouden aanbevelingen van de andere richtlijnen uit de matrix. Indien deze aanbevelingen met hun toelichting en basis overeenkwamen met de aanbevelingen van Duodecim en hun “evidence summaries”, dan mocht deze tekst ongewijzigd blijven. Indien er belangrijke afwijkingen waren in de aanbevelingen en de onderbouwing waarop die aanbevelingen stoelen, dan werd de tekst van Duodecim herschreven. Hierbij werd de oorspronkelijke stijl, die gehanteerd werd in de Duodecim-richtlijn, behouden.
Er werd ook nagekeken of de GRADE[21-22-23] identiek mocht blijven of aangepast moest worden. Dit werd systematisch beoordeeld. GRADE is een methode om op een overzichtelijke wijze met een uniforme codering een inzicht te krijgen in de sterkte (graad) van de aanbeveling alsook de kwaliteit van de achterliggende evidentie (bewijskracht). De graad van aanbeveling wordt vertaald naar een cijfer. Zo spreekt men van een sterke aanbeveling “1” en van een zwakke aanbeveling “2”. De bewijskracht wordt uitgedrukt in een lettercode, A tot C. Code A staat voor een hoog, B voor een matig en C voor een laag of zeer laag niveau van bewijskracht. Als geen GRADE aanwezig was, werd een nieuwe GRADE bepaald.

2.D. De derde fase: implementatiefase

De derde fase omvatte drie stappen: een Peer Review, de eigenlijke implementatie en een finaal nazicht van de geadapteerde richtlijn door de leescommissie.

STAP 8: PEER REVIEW

Tijdens de Peer Review, werd de geadapteerde richtlijn ter beoordeling voorgelegd aan een groep van huisartsen. Deze groep waren vier LOK (Lokale KwaliteitsKring)-groepen, twee Haio (Huisartsen-in-opleiding) seminariegroepen en één Huisartsen-praktijkgroep.
Er werd gewerkt via een feedbackformulier met een vijfpunten Likertschaal. (zie bijlage 11) Er werd aan de huisartsen gevraagd om voor alle aanbevelingen een score te geven van helemaal niet toepasbaar (score = 0) tot helemaal toepasbaar (score = 4). Ook werden een aantal stellingen voorgelegd aan de artsen omtrent de

rol van de huisarts in het beleid bij een patiënt met schizofrenie. Deze stellingen werden eveneens via het feedbackformulier beoordeeld volgens een vijfpunten Likertschaal. Hierbij werd nagegaan hoe bereid de huisartsen waren om een bepaalde taak in het behandelingsproces of de follow-up van een patiënt met schizofrenie op zich te nemen. Op de feedbackformulieren was er ook ruimte om nog extra opmerkingen te noteren. De opmerkingen van de verschillende groepen werden elk afzonderlijk behandeld en indien van toepassing werden er aanpassingen in de tekst aangebracht. Er werd ook nagegaan of er een invloed was van het geslacht, de leeftijd en de regio waar de huisarts werkzaam is. Gemiddelde scores van de verschillende groepen werden berekend en aan de hand van staafdiagrammen weergegeven. Alle opmerkingen van de artsen werden nauwgezet bijgehouden en geïnventariseerd in een excellbestand. In de LOK-groepen werd eveneens een twee uur durende PowerPointpresentatie over schizofrenie gegeven met enkele filmfragmenten ter illustratie. Bij drie LOK-groepen was ook telkens een psychiater aanwezig.

STAP 9: IMPLEMENTATIE

Stap negen bestond erin de richtlijn te implementeren in de praktijk. Er werd een steekkaart gemaakt met de aanbevelingen en extra praktische informatie. (zie bijlage 14) De toetsing van de steekkaart werd uitgevoerd door Herman Otten, eveneens Huisarts-in-opleiding en wordt in deze thesis niet verder besproken.

Ook kwam een sociale kaart tot stand voor de regio Antwerpen. Deze werd getoetst op haalbaarheid en toepasbaarheid in dezelfde groepen als tijdens de Peer Review, met name de vier LOK (Lokale KwaliteitsKring)- groepen, de twee Haio (Huisartsen-in-opleiding) seminariegroepen en de Huisartsenpraktijkgroep. De toetsing gebeurde via een online enquête. Bij de vragenlijst werd er, zoals bij de Peer Review, gewerkt via een vijfpunten Likertschaal. Met een score van nul punten als de artsen het helemaal niet eens waren tot een score van vier punten als de artsen helemaal akkoord gingen met de gestelde vraag. Er was ook hier voldoende ruimte om eigen opmerkingen toe te voegen. Alle opmerkingen werden nauwgezet bekeken en indien nodig werd de de sociale kaart aangepast. Er werd ook nagegaan of er een invloed was van het geslacht, de leeftijd en de regio waar de huisarts werkzaam is. De sociale kaart werd eveneens ter beoordeling voorgelegd aan de vermelde instanties en aan de aanwezige psychiaters tijdens de LOK vergaderingen. Aan hen werd geen vragenlijst voorgelegd, wel een open feedback gevraagd over de inhoud van de sociale kaart. Deze feedback werd via mail ontvangen.

STAP 10: FINAAL NAZICHT

Het proces zal worden afgerond tijdens stap tien met een finaal nazicht van de geadapteerde richtlijn door de leescommissie van EBMPracticeNet en publicatie ervan op ebmpracticenet.be. Deze stap valt echter buiten het tijdsbestek van deze Manama-thesis.

3. Resultaten

3.A. De eerste fase: screeningsfase

STAP 1: DEFINIEREN VAN KLINISCHE VRAGEN

Volgende PICO's[8] werden opgesteld:

PICO klinische vraag "Welke medicamenteuze behandeling in de acute fase bij een patiënt met schizofrenie?":

P: Patiënt met schizofrenie in de acute fase
I: Medicatie (eerste of tweede generatie antipsychotica opstarten, antidepressivum, antipsychoticum+antidepressivum, antipsychoticum+benzodiazepine in de eerste fase, antipsychoticum+antidepressivum+benzodiazepine in de eerste fase)
C: Geen medicatie
O: Klinische respons, nevenwerkingen medicatie, therapietrouw, suïcideratio, morbiditeit en mortaliteit, verandering van mentale status (depressie…)

PICO klinische vraag "Welke niet-medicamenteuze aanpak bij een patiënt met schizofrenie?":

P: Patiënt met schizofrenie
I: Familie betrekken / psychotherapie /… (inclusiecriteria), medicamenteuze therapiëen (exclusiecriteria)
C: Familie niet betrekken / geen psychotherapie / …
O: Frequentie en ernst van psychotische recidieven

De Duodecim-richtlijn bevatte volgende aanbevelingen die een antwoord gaven op de gedefiniëerde klinische vragen.

Aanbevelingen klinische vraag "Welke medicamenteuze behandeling in de acute fase bij een patiënt met schizofrenie?":

1. Ernstige angst kan behandeld worden met benzodiazepines, bijvoorbeeld diazepam 10-30 mg dagelijks.
2. Depressie kan behandeld worden met antidepressiva, selectieve serotonine re-uptake inhibitoren zijn meer aanbevolen dan tricyclische antidepressiva.
3. Als de aandoening kenmerken heeft van een schizoaffectieve stoornis kunnen stemmingsstabilisatoren, zoals lithium of valproaat, worden toegevoegd aan de medicatie.
4. De aanbevolen dagelijkse dosis voor de behandeling van de eerste episode van psychose is gelijk aan chlorpromazine 100–300 mg, perphenazine 8–24 mg, risperidone 2–4 mg or olanzapine 7.5–15 mg.
5. De aanbevolen dagelijkse dosis voor een terugkerende episode van psychose is gelijk aan chlorpromazine 300–600 mg, perphenazine 24–32 mg, risperidone 4–6 mg of olanzapine 10–30 mg.
6. Bij acute psychose met geagiteerd gedrag is de aanbevolen behandeling zuclopenthixol 50–100 mg i.m., mogelijk gecombineerd met lorazepam 2–4 mg i.m. of olanzapine 10 mg i.m. Als orale medicatie een optie is, kan de combinatie van risperidone 2 mg en lorazepam 2 mg overwogen worden.

7. Hou eerdere ervaringen met geneesmiddelenbehandeling van de patiënt in het achterhoofd bij planning van de medicatie, aangezien de gevoeligheid voor verschillende bijwerkingen varieert van patiënt tot patiënt.
8. Verander de dosis geleidelijk om de laagst mogelijke effectieve dagdosis te bereiken. Zo voorkom je geneesmiddelen-geïnduceerde bijwerkingen en verbeter je de therapietrouw.

Aanbevelingen klinische vraag "Welke niet-medicamenteuze aanpak bij een patiënt met schizofrenie?":

1. De familie en het naaste sociale netwerk van een patiënt met acute psychose zou zo vroeg mogelijk geïncludeerd moeten worden in de zorg. Passende ondersteuning en zorg moet ook geregeld worden voor de kinderen in het gezin.
2. Gebruik een psycho-educatieve benadering naar de patiënt en zijn familieleden toe.
3. Gebruik cognitieve gedragstherapie voor de patiënt.
4. Training van sociale vaardigheden verbetert de sociale redzaamheid en het sociaal functioneren bij een patiënt met schizofrenie.
5. Begeleid Werken kan de kansen van de patiënt verbeteren om deel te nemen aan de open arbeidsmarkt.

STAP 2: ZOEKTOCHT NAAR RELEVANTE RICHTLIJNEN

De zoektocht naar relevante richtlijnen gaf volgende resultaten. Een zoektocht in G-I-N[9] met zoekterm 'schizophrenia' leverde drieëndertig artikels op, waarvan er negen werden weerhouden op basis van relevantie voor het beantwoorden van de klinische vragen en op basis van publicatiedatum.

Dezelfde zoekterm ingegeven in de databank van Guideline.gov[10] resulteerde in éénendertig artikels, waarvan zeventien met publicatiedatum in 2008 of recenter. Hiervan werden twee artikels weerhouden.

De zoektocht via NHS guideline finder[11] leverde vijfendertig artikels op met dezelfde zoekterm en na toevoeging van extra filters: publicatiedatum in de laatste drie jaar, interessegebied (klinisch), type van informatie (richtlijnen), klinische vragen betreffende therapie. Hiervan werden vier artikels weerhouden.

Trip Database[12] leverde tweeënveertig artikels op na gebruik van opnieuw dezelfde zoekterm 'schizophrenia' en de filters: richtlijnen van de UK, publicatiedatum tussen 2009 en 2013. Hiervan werden vijf artikels weerhouden. De filters: alleen titel, richtlijnen en publicatiedatum tussen 2009-2013 leverden elf artikels op, die allemaal weerhouden werden.

Verschillende artikels werden meerdere keren teruggevonden en weerhouden. Zo werden uiteindelijk zestien internationale richtlijnen weerhouden.

Minerva[15] leverde drie artikels op met de zoekterm 'schizofrenie', waarvan één met een publicatiedatum tussen 2009-2013. De databanken van KCE[13], HGR[14] en Farmaka[16], RIZIV[17] en FOD Gezondheidszorg[19] leverden geen relevante zoekresultaten op. Uit de BCFI Folia[18] werden zes relevante artikels weerhouden,

waarvan drie met een publicatiedatum tussen 2009-2013. Het BCFI Repertorium[18] leverde drie pagina's op die voldeden aan de zoekcriteria.

Meer gedetailleerde informatie kan teruggevonden worden in de matrix (zie bijlage 1).

STAP 3: SCREENEN VAN RICHTLIJNEN

Uit de zestien weerhouden internationale richtlijnen uit de vorige stap werden vijf internationale richtlijnen geselecteerd.[26-27-28-29-30] Deze selectie kwam tot stand na uitsluiting van de richtlijnen op basis van de periode waarin naar literatuur werd gezocht en op basis van publicatiedatum. Niet vrij verkrijgbare richtlijnen werden ook geëxcludeerd. Nogmaals werden er, net zoals in stap twee, richtlijnen op basis van taal en thema van de richtlijn uitgesloten. Voor gedetailleerde informatie zie matrix in bijlage 2.

STAP 4: WAARDEREN VAN RICHTLIJNEN

Stap 4.1: Evalueren van de richtlijnen met AGREE II

Op basis van de evaluatie met AGREE II[20] was het nodig om twee van de vijf richtlijnen die in stap drie geselecteerd werden, alsnog uit te sluiten.

Zo werd de richtlijn 'Management of schizophrenia in adults'[26] uitgesloten wegens een te zwakke methodologie. De methoden en criteria waarmee naar ondersteunende literatuur werd gezocht, waren immers niet systematisch beschreven. Er was ook geen gedetailleerde procedure aanwezig voor een herziening van de richtlijn. Bovendien was het verband tussen het onderliggend bewijsmateriaal en de uiteindelijk geformuleerde aanbeveling niet echt duidelijk. Verder had men toch meer doorgedreven kunnen nadenken over de praktische toepasbaarheid en haalbaarheid van de richtlijn. Zo ontbrak een hoofdstuk over kostenimplicaties in verband met de toepassing van de aanbevelingen en werden bevorderende en belemmerende factoren bij het gebruik van de richtlijnen niet beschreven. Uiteindelijk heeft vooral de vrij zwak scorende methodologie doorgewogen in het besluit om de richtlijn niet te weerhouden als basis voor verdere adaptatie.

Ook de richtlijn 'Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia'[27] werd eveneens uitgesloten wegens een zeer zwakke methodologie. Er werd immers geen methodologie beschreven waarmee naar literatuur werd gezocht noch criteria beschreven waarmee literatuur werd geselecteerd. Neveneffecten en nadelen van de medicatie werden slechts beperkt verwoord in de uiteindelijke aanbevelingen. Er was geen beoordeling van de methodologie door externe experts en eveneens geen beschrijving van een procedure voor herziening van de richtlijn. Over de praktische toepasbaarheid van de richtlijn werd niets teruggevonden. Van de vijf weerhouden richtlijnen in dit stadium werd voor deze richtlijn kwalitatief het minst goed gescoord. Bovendien ontbrak er te veel informatie betreffende onze klinische vragen om de Duodecim-aanbevelingen te kunnen adapteren.

De richtlijn ‘Psychosis with coexisting substance misuse’[28] werd eveneens verworpen ondanks de vrij goede AGREE-scores en de vrij goede globale score. Dit omwille van een andere doelgroep van de richtlijn, namelijk psychose met coëxistent middelenmisbruik en omwille van de beperkte of zelfs ontbrekende informatie betreffende onze klinische vragen. Over de medicamenteuze behandeling werd helemaal geen informatie gegeven en werd er doorverwezen naar andere richtlijnen. Bijgevolg was er onvoldoende evidentie beschikbaar om de klinische vraag één ‘welke medicamenteuze behandeling in de acute fase’ (door mezelf behandeld) en de klinische vraag drie ‘welke medicamenteuze behandeling in de opvolgingsfase’ (behandeld door Herman Otten) te adapteren. Over monitoring van metabole complicaties, een zeer belangrijk onderdeel van de klinische vraag vier, was evenmin informatie beschikbaar.

De richtlijn ‘Psychosis and schizophrenia in children and young people’[29] werd uitgesloten wegens een doelgroep tot maximum achttien jaar, ondanks de beste AGREE-score en het feit dat de richtlijn heel concrete, gedetailleerde en uitgebreide informatie bevatte in verband met al onze klinische vragen.

Zo bleef er uiteindelijk één internationale richtlijn over: ‘Schizophrenia Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care’ (NICE-richtlijn).[30] Voor meer informatie betreffende deze stap 4.1 zie matrix in bijlage 3.

Stap 4.2: Inventarisatie van de inhoud van de aanbevelingen

De Duodecim-richtlijn[2] vermeldde vaak wel het niveau van de evidentie, bij de NICE-richtlijn[30] was dit niet het geval. In geen van beide richtlijnen werd melding gemaakt van de graad van aanbeveling. Er werd ook Belgische EBM-informatie geïnventariseerd en aangegeven of ze nuttig kon zijn bij de adaptatie van de Duodecim-aanbevelingen. Voor meer informatie betreffende deze stap zie matrix in bijlage 4.

Stap 4.3: Waarderen van de aanbevelingen op courantheid

Er bleek soms nieuwe evidentie te bestaan betreffende de geselecteerde aanbevelingen in de Duodecim-richtlijn en de NICE-richtlijn. Er was echter geen aanpassing nodig op basis van de recentere referenties. Er was ook geen nieuwe richtlijn in ontwikkeling. Er diende niet overwogen te worden om één van de aanbevelingen van de Duodecim-richtlijn of de NICE-richtlijn uit te sluiten. (zie bijlage 5)

Stap 4.4: Waarderen van de aanbevelingen op samenhang

Bij de beoordeling van de aanbevelingen op samenhang werd eerst nagekeken of er overeenstemming was tussen de zoekstrategie en de focus van de klinische vraag. Daarna werd geëvalueerd of er consistentie was tussen de geselecteerde evidentie en de wijze waarop de auteurs dit hebben samengevat en geïnterpreteerd. Uiteindelijk vond een evaluatie plaats van de samenhang tussen de interpretatie van de evidentie en de geformuleerde aanbeveling.

Klinische vraag: “Welke medicamenteuze behandeling in de acute fase bij een patiënt met schizofrenie?”

Zowel bij de Duodecim-richtlijn[2] als bij de NICE-richtlijn[30] was er voor alle aanbevelingen betreffende de medicamenteuze behandeling in de acute fase overeenstemming tussen de zoekstrategie en de focus van de klinische vragen. De zoekstrategie werd echter vaak niet vermeld. Als dat wel het geval was, werd er gekeken of er overeenstemming was tussen de titels van de geciteerde referenties en de focus van de klinische vragen. Wanneer deze niet beschikbaar waren, kon deze samenhang niet beoordeeld worden.

De NICE-richtlijn vertoonde bij alle aanbevelingen, betreffende de medicamenteuze behandeling in de acute fase, consistentie tussen de geselecteerde evidentie en hoe de auteurs deze interpreteren en samenvatten. Ook bleek de samenvatting van de evidentie consistent met de formulering van de aanbevelingen.

Onderstaande aanbevelingen van de Duodecim-richtlijn, betreffende de medicamenteuze behandeling in de acute fase, vertoonden geen consistentie tussen de geselecteerde evidentie en hoe de auteurs deze interpreteren en samenvatten en/of tussen de samenvatting van de evidentie en de formulering van de aanbevelingen. De nummering van de volgende aanbevelingen is gebaseerd op hun volgorde van voorkomen in de matrix.

Bij de tweede aanbeveling van de Duodecim-richtlijn - ‘Ernstige angst kan behandeld worden met benzodiazepines, bijvoorbeeld diazepam 10-30 mg dagelijks.’ - bestond er geen consistentie tussen de geselecteerde evidentie en de wijze waarop de auteurs dit hebben samengevat en geïnterpreteerd. Er was ook geen samenhang tussen de samenvatting van de evidentie en de geformuleerde aanbeveling. De evidentie bespreekt benzodiazepines als behandeling bij een acute psychose, de aanbeveling heeft het over benzodiazepines als behandeling van een angstige patiënt.

Naar analogie hiermee was er bij de derde aanbeveling van de Duodecim-richtlijn - ‘Depressie kan behandeld worden met antidepressiva, selectieve serotonine re-uptake inhibitoren zijn meer aanbevolen dan tricyclische antidepressiva.’ - geen consistentie tussen de samenvatting van de evidentie en de geformuleerde aanbeveling. De evidentie bespreekt de combinatie van antidepressiva en antipsychotica als behandeling van negatieve symptomen terwijl de aanbeveling het heeft over antidepressiva als behandeling van een depressieve patiënt.

Ook bij de vierde aanbeveling van de Duodecim-richtlijn - ‘Als de aandoening kenmerken heeft van een schizoaffectieve stoornis kunnen stemmingsstabilisatoren, zoals lithium of valproaat, worden toegevoegd aan de medicatie.’ - was er geen consistentie tussen de interpretatie van de evidentie en de geformuleerde aanbeveling. Zo zijn de nuances van het beperkte effect weggelaten in de aanbeveling.

De vijfde aanbeveling van de Duodecim-richtlijn - ‘De aanbevolen dagelijkse dosis voor de behandeling van de eerste episode van psychose is gelijk aan chlorpromazine 100–300 mg, perphenazine 8–24 mg, risperidone 2–4 mg or

olanzapine 7.5–15 mg.' - zei niets over de nieuwe en oude generatie antipsychotica terwijl de samenvatting van de evidentie hier wel een vermelding over maakte.

De 'mogelijkheid' van de effectiviteit van de behandeling werd niet vermeld in de zevende aanbeveling van de Duodecim-richtlijn - 'Bij acute psychose met geagiteerd gedrag is de aanbevolen behandeling zuclopenthixol 50–100 mg i.m., mogelijk gecombineerd met lorazepam 2–4 mg i.m. of olanzapine 10 mg i.m. Als orale medicatie een optie is, kan de combinatie van risperidone 2 mg en lorazepam 2 mg overwogen worden.' - hoewel dit in de samenvatting van de evidentie wel aan bod kwam.

<u>Klinische vraag "Welke niet-medicamenteuze aanpak bij een patiënt met schizofrenie"</u>

Zowel bij de Duodecim-richtlijn[2] als bij de NICE-richtlijn[30] was er voor alle aanbevelingen van deze klinische vraag betreffende de niet-medicamenteuze therapie overeenstemming tussen de zoekstrategie en de focus van de klinische vragen. De zoekstrategie werd echter vaak niet vermeld. Als dat wel het geval was, werd er gekeken of er overeenstemming was tussen de titels van de geciteerde referenties en de focus van de klinische vragen. Wanneer deze niet beschikbaar waren, kon deze samenhang niet beoordeeld worden.

De NICE-richtlijn vertoonde bij alle aanbevelingen, betreffende de niet-medicamenteuze behandeling, consistentie tussen de geselecteerde evidentie en hoe de auteurs deze interpreteren en samenvatten alsook tussen de samenvatting van de evidentie en de formulering van de aanbevelingen.

Dit was ook het geval voor de meeste aanbevelingen van de Duodecim-richtlijn, betreffende de medicamenteuze behandeling in de acute fase. Enkel onderstaande aanbeveling vertoonde geen consistentie tussen de geselecteerde evidentie en hoe de auteurs deze interpreteren en samenvatten alsook tussen de samenvatting van de evidentie en de formulering van de aanbevelingen. De nummering van deze aanbeveling is gebaseerd op haar volgorde van voorkomen in de matrix.

Bij de tweede aanbeveling van de Duodecim-richtlijn betreffende niet-medicamenteuze therapie - 'De familie en het naaste sociale netwerk van een patiënt met acute psychose zou zo vroeg mogelijk geïncludeerd moeten worden in de zorg. Passende ondersteuning en zorg moet ook geregeld worden voor de kinderen in het gezin' - was er geen samenhang tussen de geselecteerde evidentie en hoe de auteurs deze interpreteren en samenvatten. In de samenvatting van de originele evidentie werd immers vermeld dat er nog meer onderzoek nodig is vooraleer conclusies getrokken kunnen worden over het nut van familiale interventie. Tevens was er geen consistentie tussen de samenvatting van de evidentie en de formulering van de aanbeveling. Zo werden er andere voordelen van familiale interventie beschreven, maar familiale betrokkenheid bleek sowieso nuttig te zijn.

Voor meer informatie betreffende deze stap zie bijlage 6.

Stap 4.5: Waarderen van de aanbevelingen op toepasbaarheid

Alle aanbevelingen van de Duodecim-richtlijn[2] betreffende de niet-medicamenteuze behandeling waren toepasbaar in de Belgische zorgcontext. (zie bijlage 7) Bij de aanbevelingen van de Duodecim-richtlijn betreffende de medicamenteuze behandeling in de acute fase was dit bij enkelen niet het geval. Zo werd andere medicatie in het BCFI repertorium teruggevonden dan vermeld in volgende aanbeveling: 'De aanbevolen dagelijkse dosis voor de behandeling van de eerste episode van psychose is gelijk aan chlorpromazine 100–300 mg, perphenazine 8–24 mg, risperidone 2–4 mg or olanzapine 7.5–15 mg.' Chlorpromazine en perphenazine zijn immers niet beschikbaar in België. Bovendien wordt bij risperidone en olanzapine een dagelijkse dosis van respectievelijk 4-6 mg en 5-20 mg vermeld. Deze bemerkingen gelden ook voor volgende aanbeveling: 'De aanbevolen dagelijkse dosis voor een terugkerende episode van psychose is gelijk aan chlorpromazine 300–600 mg, perphenazine 24–32 mg, risperidone 4–6 mg of olanzapine 10–30 mg.'

Bij de NICE-richtlijn[30] waren alle aanbevelingen toepasbaar in de Belgische zorgcontext. (zie bijlage 7)

STAP 5: SELECTIE VAN AANBEVELINGEN

Bij de volgende aanbevelingen van de Duodecim-richtlijn[2] betreffende de medicamenteuze behandeling in de acute fase was adaptatie noodzakelijk.

Zo werd bij de aanbeveling: 'Als de aandoening kenmerken heeft van een schizoaffectieve stoornis kunnen stemmingsstabilisatoren, zoals lithium of valproaat, worden toegevoegd aan de medicatie' volgende aanpassing gemaakt. Het werd als volgt aangepast: 'zouden stemmingsstabilisatoren… toegevoegd kunnen worden…'. Met deze herformulering werden de nuances van het beperkte effect van de stemmingsstabilisatoren beter weergegeven, zoals vermeld in stap 4.4.

Zoals besproken in stap 4.5 werden de aanpassingen betreffende de dosissen en de niet-beschikbare medicatie doorgevoerd in verschillende aanbevelingen.
Het volgende werd ook nog toegevoegd aan aanbeveling vijf betreffende behandeling van de eerste episode van psychose: 'De keuze van het geneesmiddel zou gemaakt moeten worden door de patiënt en de arts samen waarbij het volgende overwogen wordt: de relatieve kans van het individuele antipsychoticum op het veroorzaken van extrapyramidale effecten (inclusief acathasie), metabole nevenwerkingen (inclusief gewichtstoename) en andere nevenwerkingen (inclusief onaangename subjectieve ervaringen). Dit werd toegevoegd omdat er in de Duodecim-richtlijn niet vermeld was hoe de medicatiekeuze gemaakt moet worden.

Bij de aanbeveling betreffende medicatie bij een terugkerende episode van psychose werd het volgende nog toegevoegd: 'Hou rekening met de klinische respons en de nevenwerkingen van de huidige en vorige medicatie van de patiënt'.

Volgende aanbeveling 'Bij acute psychose met geagiteerd gedrag is de aanbevolen behandeling zuclopenthixol 50–100 mg i.m., mogelijk gecombineerd met lorazepam 2–4 mg i.m. of olanzapine 10 mg i.m. Als orale medicatie een optie is, kan de combinatie van risperidone 2 mg en lorazepam 2 mg overwogen worden.' diende als volgt aangepast te worden: '… is de aanbevolen behandeling haloperidol 5-10 mg

p.o. of i.m., mogelijk gecombineerd met lorazepam 2-4 mg p.o. of i.m., bij voorkeur oraal. De atypische neuroleptica zijn geen eerste keuze.'

Bij de volgende aanbeveling 'Acute neurologische nevenwerkingen veroorzaakt door antipsychotica zouden behandeld moeten worden met een anti-parkinson anticholinergicum bijvoorbeeld 2-6 mg biperideen waarna het antipsychoticum of zijn dosis wordt veranderd zodat de nevenwerkingen wegblijven en het anticholinergicum niet meer nodig is.' werd het volgende toegevoegd: 'Acute neurologische nevenwerkingen (exclusief acute acathisie)…'. Deze aanbeveling kon eerder als randinformatie beschouwd worden en werd daarom in de volgende stappen niet verder besproken.

Geen enkele van de aanbevelingen van de Duodecim-richtlijn betreffende de niet-medicamenteuze behandeling diende geadapteerd te worden. Drie van deze aanbevelingen bleken eerder randinformatie te bevatten en werden niet verder meegenomen in de volgende stappen.

Meer informatie betreffende stap 5 is terug te vinden in bijlage 8.

STAP 6: NAZICHT DOOR LEESCOMMISSIE

De belangrijkste feedback van dr. Robert Vander Stichelen, lid van de leescommissie van EBMPracticeNet, was dat de negatieve beoordelingen in stap 4.1 (Evalueren van de richtlijnen met AGREE II instrument) beter en uitgebreider geargumenteerd konden worden. Dit werd bij een herziening aangepast. Ook werd vermeld dat al de aanbevelingen voldoende vergeleken waren met de Belgische literatuur, op de productinformatie na. Dit werd herbekeken en er werd getracht deze informatie meer in detail uit te werken. Mits enkele aanpassingen werd het resultaat van fase één als de accurate basis genomen voor de verdere adaptatiefase. Gedetailleerde feedback van dr. Robert Vander Stichelen betreffende stap één tot en met vijf van de matrix kan teruggevonden worden in bijlage 9.

3.B. <u>De tweede fase: adaptatiefase</u>

De aanbevelingen geformuleerd door Duodecim werden elk vergeleken met de weerhouden aanbevelingen van de andere richtlijnen uit de matrix. Indien deze aanbevelingen met hun toelichting en basis overeenkwamen met de aanbevelingen van Duodecim en hun "evidence summaries", dan mocht deze tekst ongewijzigd blijven. Indien er belangrijke afwijkingen waren in de aanbevelingen en de onderbouwing waarop die aanbevelingen stoelen, dan werd de tekst van Duodecim herschreven. Er werd ook nagekeken of de GRADE[21-22-23] identiek mocht blijven of aangepast moest worden. Dit werd systematisch beoordeeld. Zo werd de kwaliteit van het bewijs van de onderbouwende studies van de aanbeveling beoordeeld en kon een letterscore A, B of C worden bepaald voor de bewijskracht. Voor het bepalen van de sterkte van de aanbeveling werd rekening gehouden met volgende items: de balans tussen de voor- en nadelen van de aanbeveling, de verschillen in waarden en voorkeuren van de doelgroep, de kosteneffectiviteit van de aanbevolen interventie en haar toepasbaarheid in de Belgische (huisarts)praktijk. Een sterke aanbeveling werd gecodeerd door cijfer 1 en een zwakke aanbeveling door cijfer 2. Als geen GRADE aanwezig was, werd een nieuwe GRADE bepaald.

Zo werden in stap zeven volgende aanbevelingen bekomen met hun bijhorende GRADE.[21-22-23] Meer gedetailleerde informatie omtrent de GRADE quotering is terug te vinden in de matrix (zie bijlage 10). De schuingedrukte tekst in onderstaande aanbevelingen duidt de aanpassingen aan de Duodecim-aanbevelingen aan.

Welke medicamenteuze behandeling in de acute fase bij een patiënt met schizofrenie?

1. Ernstige angst kan behandeld worden met benzodiazepines, bijvoorbeeld diazepam 10-30 mg dagelijks. (GRADE 2B)
2. Depressie kan behandeld worden met antidepressiva, selectieve serotonine re-uptake inhibitoren zijn meer aanbevolen dan tricyclische antidepressiva. (GRADE 2C)
3. Als de aandoening kenmerken heeft van een schizoaffectieve stoornis *zouden* stemmingsstabilisatoren, zoals lithium of valproaat, toegevoegd *kunnen worden* aan de medicatie. (GRADE 2C)
4. De aanbevolen dagelijkse dosis voor de behandeling van de eerste episode van psychose is gelijk aan risperidone *4-6 mg* of olanzapine *5-20 mg*. *De keuze van het geneesmiddel zou gemaakt moeten worden door de patiënt en de arts samen waarbij het volgende overwogen wordt: de relatieve kans van het individuele antipsychoticum op het veroorzaken van extrapyramidale effecten (inclusief acathasie), metabole nevenwerkingen (inclusief gewichtstoename) en andere nevenwerkingen (inclusief onaangename subjectieve ervaringen).* (GRADE 2B)
5. De aanbevolen dagelijkse dosis voor een terugkerende episode van psychose is gelijk aan risperidone 4–6 mg of olanzapine *5-20 mg*. *De keuze van het geneesmiddel zou gemaakt moeten worden door dezelfde criteria aanbevolen bij de startbehandeling (zie hierboven). Hou rekening met de klinische respons en de nevenwerkingen van de huidige en vorige medicatie van de patiënt.* (GRADE 2B)
6. Bij acute psychose met geagiteerd gedrag is de aanbevolen behandeling *haloperidol 5-10 mg p.o. of i.m.*, mogelijk gecombineerd met lorazepam 2-4 mg *p.o. of i.m*., bij voorkeur oraal. *De atypische neuroleptica zijn geen eerste keuze.* (GRADE 1B)
7. Hou eerdere ervaringen met geneesmiddelenbehandeling van de patiënt in het achterhoofd bij planning van de medicatie, aangezien de gevoeligheid voor verschillende bijwerkingen varieert van patiënt tot patiënt. (GRADE 1B)
8. Verander de dosis geleidelijk om de laagst mogelijke effectieve dagdosis te bereiken. Zo voorkom je geneesmiddelen-geïnduceerde bijwerkingen en verbeter je de therapietrouw. (GRADE 1B)

Welke niet-medicamenteuze aanpak bij een patiënt met schizofrenie?

9. De familie en het naaste sociale netwerk van een patiënt met acute psychose zou zo vroeg mogelijk geïncludeerd moeten worden in de zorg. Passende ondersteuning en zorg moet ook geregeld worden voor de kinderen in het gezin. (GRADE 1B)
10. Gebruik een psycho-educatieve benadering naar de patiënt en zijn familieleden toe. (GRADE 1B)
11. Gebruik cognitieve gedragstherapie voor de patiënt. (GRADE 1B)

12. Training van sociale vaardigheden verbetert de sociale redzaamheid en het sociaal functioneren bij een patiënt met schizofrenie. (GRADE 1C)
13. Begeleid Werken kan de kansen van de patiënt verbeteren om deel te nemen aan de open arbeidsmarkt. (GRADE 2C)

3.C. De derde fase: implementatiefase

STAP 8: PEER REVIEW

Stap 8.1: Algemeen

De feedbackformulieren (zie bijlage 11) van de LOK-groepen, HAIO-seminariegroepen en Huisartsenpraktijkgroep werden geanalyseerd per klinische vraag. Ook werd een analyse gemaakt van een aantal stellingen die de rol van de huisarts in het beleid van schizofrenie nagingen. In totaal werd de feedback van negenenzestig huisartsen verzameld. Twee artsen werden uitgesloten. Eén omdat ze werkte bij kind en gezin en niet als huisarts. Een andere huisarts werd uitgesloten omdat die op het feedbackformulier leeftijd, geslacht en postcode waar hij werkzaam was, niet ingevuld had. Zo werd er verder gewerkt met de feedback van zevenenzestig huisartsen al dan niet in opleiding.

Volgende groepen werden bevraagd:

- Seminariegroep van An Van Immerseel op 19/11/2013: 10 deelnemende artsen
- Seminariegroep van Herman Otten op 19/11/2013: 10 deelnemende artsen
- Wijkgezondheidscentrum Medikuregem te Anderlecht op 26/11/2013: 9 deelnemende artsen
- LOK-groep in de huisartsenpraktijk De Markgraef te Antwerpen op 28/11/2013: 7 deelnemende artsen
- LOK-groep in de huisartsenpraktijk Fruithof te Berchem op 3/12/2013: met psychiater Kirsten Catthoor – 10 deelnemende artsen
- LOK-groep in de huisartsenpraktijk De Koepoort te Antwerpen op 10/12/2013: met psychiater Marie Josée Peeters – 9 deelnemende artsen
- LOK-groep in de de wachtpost te Hoboken op 16/01/2014: met psychiater Tom Uyttendaele – 12 deelnemende artsen

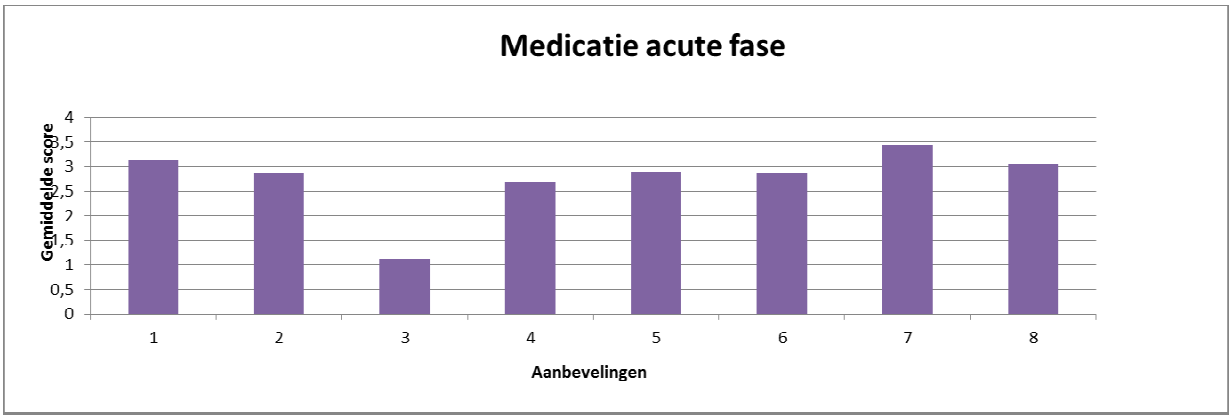
Stap 8.2: Klinische vraag één: Medicamenteuze behandeling in de acute fase

Klinische vraag één: “Welke medicamenteuze behandeling in de acute fase bij een patiënt met schizofrenie?” bevatte volgende acht aanbevelingen.

1. Ernstige angst kan behandeld worden met benzodiazepines, bijvoorbeeld diazepam 10-30 mg dagelijks.
2. Depressie kan behandeld worden met antidepressiva, selectieve serotonine re-uptake inhibitoren zijn meer aanbevolen dan tricyclische antidepressiva.
3. Als de aandoening kenmerken heeft van een schizoaffectieve stoornis zouden stemmingsstabilisatoren, zoals lithium of valproaat, toegevoegd kunnen worden aan de medicatie.

4. De aanbevolen dagelijkse dosis voor de behandeling van de eerste episode van psychose is gelijk aan risperidone 4-6 mg of olanzapine 5-20 mg.
5. De aanbevolen dagelijkse dosis voor een terugkerende episode van psychose is gelijk aan risperidone 4–6 mg of olanzapine 5-20 mg.
6. Bij acute psychose met geagiteerd gedrag is de aanbevolen behandeling haloperidol 5-10 mg p.o. of i.m., mogelijk gecombineerd met lorazepam 2-4 mg p.o. of i.m., bij voorkeur oraal. De atypische neuroleptica zijn geen eerste keuze.
7. Hou eerdere ervaringen met geneesmiddelenbehandeling van de patiënt in het achterhoofd bij planning van de medicatie, aangezien de gevoeligheid voor verschillende bijwerkingen varieert van patiënt tot patiënt.
8. Verander de dosis geleidelijk om de laagst mogelijke effectieve dagdosis te bereiken. Zo voorkom je geneesmiddelen-geïnduceerde bijwerkingen en verbeter je de therapietrouw.

De gemiddelde scores per aanbeveling worden weergegeven in onderstaand diagram. Op deze aanbevelingen konden de volgende punten gegeven worden: van helemaal niet toepasbaar (score = 0), eerder niet toepasbaar (score = 1), neutraal (score = 2), eerder wel toepasbaar (score = 3) tot helemaal toepasbaar (score = 4).



Zeven van de acht aanbevelingen leverden een gemiddelde score op van 2,69 tot 3,45. Deze aanbevelingen werden door de deelnemende artsen globaal gezien neutraal tot eerder wel toepasbaar gescoord.

Bij aanbeveling één “Ernstige angst kan behandeld worden met benzodiazepines, bijvoorbeeld diazepam 10-30 mg dagelijks.” werd meermaals opgemerkt dat “temesta expidet makkelijker in gebruik is”. Over de medicatiekeuze werd eveneens het volgende vermeld: Verder werd het volgende bemerkt: “eerder SSRI”, “vaak alprazolam”. Bepaalde contextgebonden factoren bleken enkele artsen ook belangrijk te vinden: “afhankelijk van de patiënt en sociale omkadering”. Bij deze aanbeveling werd er geopperd te werken via de tweede lijn: “liefst eerst via de psychiater, indien niet mogelijk via telefonisch overleg”. Tot slot ontving deze aanbeveling nog volgende bemerkingen: “er is nog een grote drempel aanwezig”, “opgelet voor verslavingsrisico”, “niet te lang geven”…

Aanbeveling twee “Depressie kan behandeld worden met antidepressiva, selectieve serotonine re-uptake inhibitoren zijn meer aanbevolen dan tricyclische antidepressiva.” kreeg volgende opmerkingen: “cave uitsluiten bipolaire stoornis”,

“liever eerst specialistisch advies”, “eventueel in overleg met psychiater”, “niet in hyperacute situatie”…

Aanbeveling drie “Als de aandoening kenmerken heeft van een schizoaffectieve stoornis zouden stemmingsstabilisatoren, zoals lithium of valproaat, toegevoegd kunnen worden aan de medicatie. ” scoorde het slechtst met een gemiddelde score van 1,12. Deze score wil zeggen dat de artsen deze aanbeveling niet toepasbaar en niet haalbaar vonden in de praktijk. Verscheidene artsen gaven aan dat dit buiten hun kennisgebied lag of dat ze daarvoor de tweede lijn zouden inschakelen: “dit is niet voor de huisarts, maar eerder voor de tweede lijn”, “ik heb onvoldoende kennis en ervaring met deze medicatie”, “specialistisch advies is noodzakelijk”, “of via telefonisch overleg met specialist”. Verder kreeg deze aanbeveling volgende opmerkingen: “of olanzapine als andere mogelijkheid”, “cave lithiumdrempels controleren”…

Aanbeveling vier “De aanbevolen dagelijkse dosis voor de behandeling van de eerste episode van psychose is gelijk aan risperidone 4-6 mg of olanzapine 5-20 mg.” bleek niet haalbaar voor enkele artsen wegens “onvoldoende kennis” of “onvoldoende ervaring”. Verscheidene artsen wensten ook ondersteuning van de tweede lijn: “eerder in tweede lijn laten opstarten”, “mits opvolging psychiater en psycholoog”, “in overleg met psychiater”. Verder ontving deze aanbeveling ook nog volgende reacties: “laag beginnen”, “ook advies over opbouwen of afbouwen?”… Voornamelijk off the record bleek dat artsen bij het lezen van deze aanbeveling de indruk hadden dat risperidone of olanzapine de enige mogelijkheden waren. Ze vroegen zich ook af “waarom alleen deze medicatie” vermeld was, of noteerden nog andere behandelopties zoals bijvoorbeeld “abilify”.

Ook bij aanbeveling vijf “De aanbevolen dagelijkse dosis voor een terugkerende episode van psychose is gelijk aan risperidone 4-6 mg of olanzapine 5-20 mg.” was er sprake van “onvoldoende ervaring” of “onvoldoende kennis”. Tevens was er volgens enkele artsen nood aan “overleg met een psychiater”. Volgende commentaren werden uiteindelijk bekomen: “bij een gekende patiënt voelt behandelen vertrouwder aan”, “ook advies over opbouwen of afbouwen?”, “waarom enkel deze medicatie?”.

Aanbeveling zes “Bij acute psychose met geagiteerd gedrag is de aanbevolen behandeling haloperidol 5-10 mg p.o. of i.m., mogelijk gecombineerd met lorazepam 2-4 mg p.o. of i.m., bij voorkeur oraal. De atypische neuroleptica zijn geen eerste keuze.” stootte op volgende opmerkingen betreffende de medicatiekeuze: “eerder één van beide medicamenten”, “bij agitatie eerder i.m.”, “sublinguaal is eenvoudiger”, “haldol of risperdal?… Eén arts stelde zich ook volgende vraag: “hoe lang of hoe vaak moeten we dit herhalen?”. Volgende opmerkingen kwamen opnieuw aan bod: “onvoldoende ervaring”, “in overleg met specialist”, “soms makkelijker om door te sturen”. Ook contextgebonden factoren bleken van belang te zijn: “inschatting veiligheid voor zichzelf en anderen is van belang”, “bij jongeren liever benzodiazepines, haldol is dwangbuis”, “praktisch soms niet haalbaar”. Er werd ook bemerkt dat het “niet altijd gemakkelijk” is.

Aanbeveling zeven “Hou eerdere ervaringen met geneesmiddelenbehandeling van de patiënt in het achterhoofd bij planning van de medicatie, aangezien de

gevoeligheid voor verschillende bijwerkingen varieert van patiënt tot patiënt." kreeg volgende bemerking: "maar niet zonder tussentijds overleg met de psychiater en eventueel internistische disciplines". Enkele randvoorwaarden werden ook als belangrijk bevonden: "belangrijk dat patiënt gekend is in de praktijk", "niet altijd toepasbaar, bijvoorbeeld tijdens wacht", "medisch dossier is hierbij belangrijk"…

Tot slot leverde aanbeveling acht "Verander de dosis geleidelijk om de laagst mogelijke effectieve dagdosis te bereiken. Zo voorkom je geneesmiddelen-geïnduceerde bijwerkingen en verbeter je de therapietrouw." volgende reacties op betreffende de medicatie: "welke dosis is nog effectief? Hoe laag kan je gaan?", "wat met herval?", "hoe snel moet je afbouwen?", "na hoeveel tijd mag je verlagen?"… Ook hier waren er verscheidene artsen die beroep zouden doen op de tweede lijn: "ik zou dit niet zelf durven, maar afgaan op advies van de psychiater", "aanpassing medicatie eerder in tweede lijn". Bovendien werd volgende voorwaarde voor de aanbeveling vermeld: "mits goede follow-up en therapietrouw behouden blijft".

De diagrammen in bijlage 12a geven de verdeling weer volgens de leeftijd, het geslacht, de combinatie van beide, de regio waar de arts werkzaam is en de groep waartoe hij behoort. Globaal gezien zijn er geen grote verschillen waar te nemen als men de gemiddelde scores per aanbeveling vergelijkt per leeftijd, het geslacht, de combinatie van beide, de regio waar de arts werkzaam is en de groep waartoe hij behoort. Het diagram waarin de leeftijd en het geslacht gecombineerd wordt weergegeven, toont hier en daar een kleine uitschieter. Dit gaat meestal over kleine groepen van artsen. Uit het diagram, dat de verdeling weergeeft volgens de groep waartoe de arts behoort, blijkt dat de Huisartsen-in-opleiding op aanbeveling drie "Overweeg toevoeging van stemmingsstabiliserende geneesmiddelen (bv. lithium of valproaat) bij kenmerken van een schizoaffectieve stoornis" beter scoorden dan de reeds afgestudeerde huisartsen.

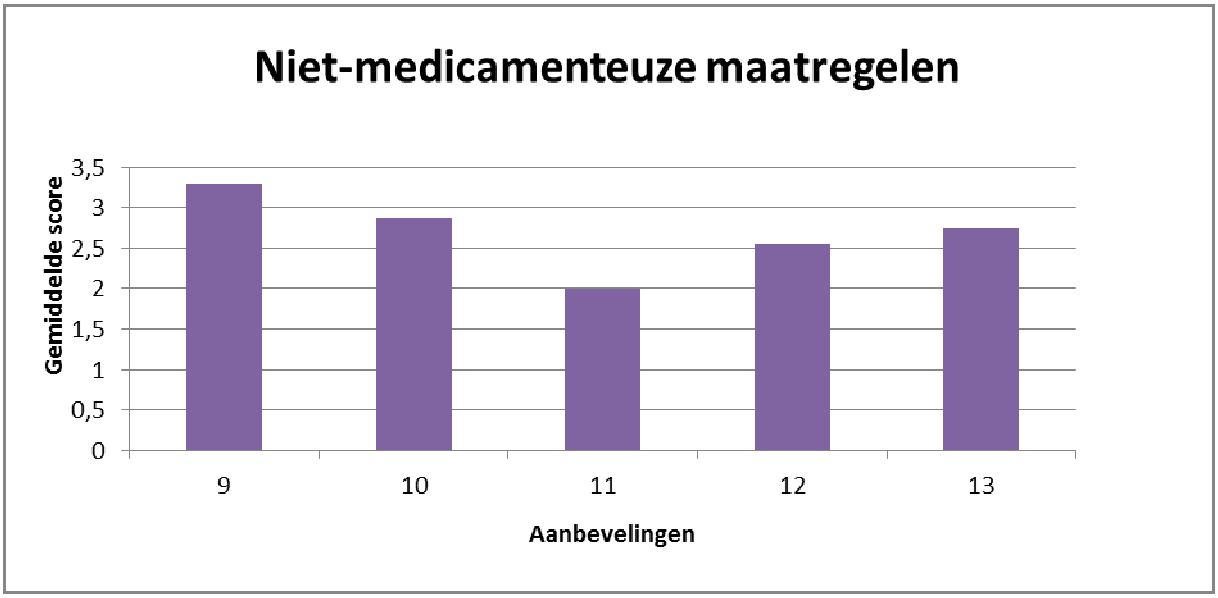
Stap 8.3: Klinische vraag twee: Niet-medicamenteuze aanpak

Klinische vraag twee: "Welke niet-medicamenteuze aanpak bij een patiënt met schizofrenie?" bevatte volgende vijf aanbevelingen.

9. De familie en het naaste sociale netwerk van een patiënt met acute psychose zou zo vroeg mogelijk geïncludeerd moeten worden in de zorg. Passende ondersteuning en zorg moet ook geregeld worden voor de kinderen in het gezin.
10. Gebruik een psycho-educatieve benadering naar de patiënt en zijn familieleden toe.
11. Gebruik cognitieve gedragstherapie voor de patiënt.
12. Training van sociale vaardigheden verbetert de sociale redzaamheid en het sociaal functioneren bij een patiënt met schizofrenie.
13. Begeleid Werken kan de kansen van de patiënt verbeteren om deel te nemen aan de open arbeidsmarkt.

De gemiddelde scores per aanbeveling worden weergegeven in onderstaand diagram. Op deze aanbevelingen konden de volgende punten gegeven worden: van helemaal niet toepasbaar (score = 0), eerder niet toepasbaar (score = 1), neutraal (score = 2), eerder wel toepasbaar (score = 3) tot helemaal toepasbaar (score = 4).

De aanbevelingen leverden een gemiddelde score op van 2,00 tot 3,29. Op deze aanbevelingen werd door de deelnemende artsen globaal gezien neutraal tot eerder wel toepasbaar gescoord.



Aanbeveling negen “De familie en het naaste sociale netwerk van een patiënt met acute psychose zou zo vroeg mogelijk geïncludeerd moeten worden in de zorg. Passende ondersteuning en zorg moet ook geregeld worden voor de kinderen in het gezin.” scoorde het best met een gemiddelde score van 3,29. Deze aanbeveling werd globaal gezien als haalbaar en toepasbaar beoordeeld door de artsen. Meermaals werd er aangehaald dat ze deze aanbeveling willen doen slagen met behulp van een multidisciplinair team: “ik wil dit niet volledig zelf doen, delegeren naar mobiele teams zo mogelijk”, “niet de taak van de huisarts alleen”, “bv. KOPP”. Waarbij er duidelijk een nood was aan een sociale kaart: “handig om referenties te geven”, “er zijn te weinig verwijsmogelijkheden”. Tevens werden volgende barrières vermeld: “wat met de rechten van de patiënt, informed consent noodzakelijk?”, “hoe omgaan met beroepsgeheim?” “tijd is een belemmerende factor”. Het betrekken van de familie werd als “belangrijk, maar moeilijk” bestempeld.

Aanbeveling tien “Gebruik een psycho-educatieve benadering naar de patiënt en zijn familieleden toe.” stootte op volgende barrières: “duurt meestal lang, niet haalbaar in de praktijk”, “tijdsgebrek”, “geen ervaring hiermee”. Meerdere artsen zagen het eerder zitten om multidisciplinair te werken: “eerder werk voor psycholoog”, “hiervoor zou ik verwijzen”. Er is ook bij deze aanbeveling nood aan een sociale kaart: “naar wie verwijzen?: via psycholoog, via CGGZ, via psychiater…?” Psycho-educatie werd “moeilijk, maar nodig” bevonden.

Aanbeveling elf “Gebruik cognitieve gedragstherapie voor de patiënt.” scoorde het slechtst, met een gemiddelde score van 2,00. Deze aanbeveling werd als neutraal gequoteerd wat betreft haalbaarheid en toepasbaarheid in de praktijk. Volgende barrières werden genoteerd bij deze aanbeveling: “geen ervaring mee”, “geen kennis hierover”, “vraagt veel tijd”, “hiervoor is training noodzakelijk”, “hoe dit organiseren”, “praktisch probleem: iemand vinden die dit kan is niet zo evident”, “lange wachtlijsten”… Verschillende artsen hadden hier graag samengewerkt met andere

artsen of instanties: “via psychiater of CGGZ (Centrum voor Geestelijke GezondheidsZorg)?”…

Bij aanbeveling twaalf “Training van sociale vaardigheden verbetert de sociale redzaamheid en het sociaal functioneren bij een patiënt met schizofrenie.” werden volgende barrières genoteerd: “naar wie verwijzen?”, “geen ervaring mee”, “duurt meestal lang, niet haalbaar in de praktijk”, “hiervoor is zekere training nodig, niet voor elke huisarts”… Ook hier wilden vele artsen multidisciplinair samenwerken: “via psycholoog, sociaal werker of dagcentra”, “doorsturen naar andere diensten”.

Aanbeveling dertien “Begeleid werken kan de kansen van de patiënt verbeteren om deel te nemen aan de open arbeidsmarkt.” stootte op volgende barrières: “is dit realistisch, het is erg patiënt- en werkafhankelijk”, “geen ervaring hiermee”, “duurt meestal lang, niet haalbaar in de praktijk”, “hiervoor is zekere training nodig”, “ik ben incompetent hiervoor”. Ook hier vroeg men zich af of het wel de “taak van de huisarts?” is en wilde men samenwerken met een multidisciplinair team: “aanmoedigen en ondersteunen als deel van een multidisciplinair team”, “doorsturen naar andere diensten”, “via psychiater, via welke para-medici?”, “via psycholoog”, “via maatschappelijk assistent”…

Uit bovenstaande feedback betreffende de aanbevelingen over de niet-medicamenteuze aanpak van een patiënt met schizofrenie blijkt dat er bij deze artsen een grote nood is aan informatie naar wie de patiënt door te verwijzen voor psycho-educatie, begeleiding van famillie en het gezin, inclusief kinderen, cognitieve gedragstherapie, training van sociale vaardigheden en begeleid werken. Een sociale kaart met verwijsmogelijkheden omtrent psychosociale begeleiding bij een patiënt met schizofrenie, lijkt dus zeer nuttig te zijn.

De diagrammen in bijlage 12b geven de verdeling weer volgens de leeftijd, het geslacht, de combinatie van beide, de regio waar de arts werkzaam is en de groep waartoe hij behoort. Globaal gezien zijn er geen grote verschillen waar te nemen als men de gemiddelde scores per aanbeveling vergelijkt per leeftijd, het geslacht, de combinatie van beide, de regio waar de arts werkzaam is en de groep waartoe hij behoort. Zowel het diagram waarin de leeftijdscategorieën als het diagram waarin leeftijd en geslacht gecombineerd worden weergegeven, tonen hier en daar een kleine uitschieter. Dit gaat meestal over kleine groepen van artsen.

Stap 8.4: De rol van de huisarts

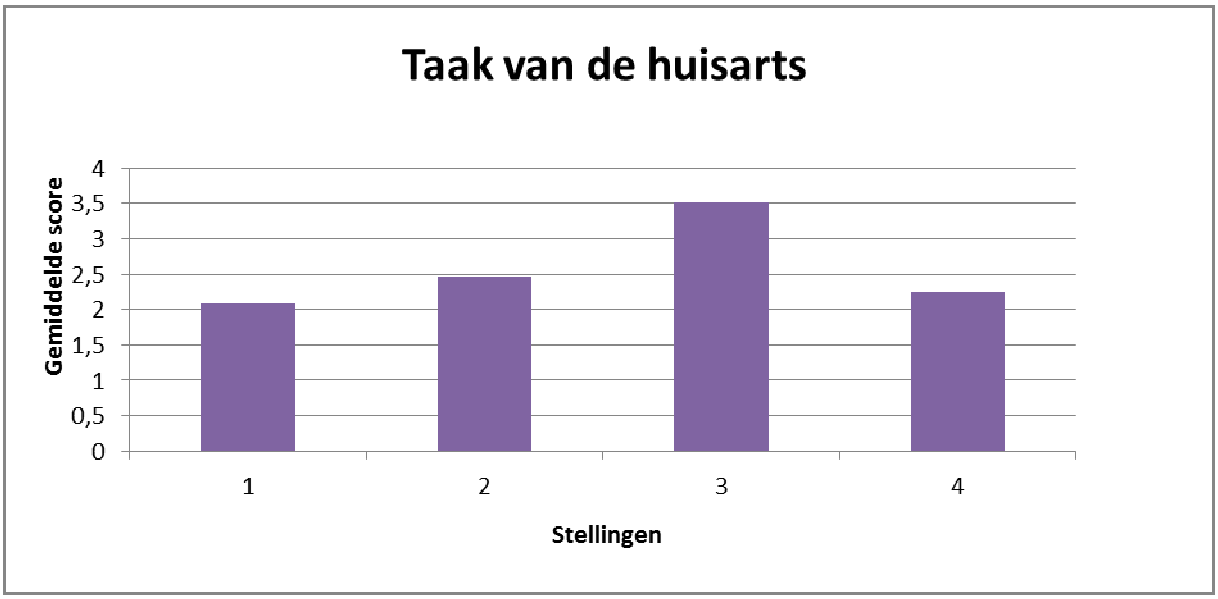
De rol van de huisarts in het beleid van schizofrenie werd nagegaan aan de hand van de volgende stellingen. Zo werd er nagegaan welke aspecten van de behandeling en follow-up van schizofrenie de huisarts op zich wilde nemen.

1. Ik ben bereid om de behandeling van acute psychose als huisarts op mij te nemen.
2. Ik ben bereid om de behandeling van chronische psychose (schizofrenie) als huisarts op mij te nemen.
3. Ik ben bereid om de follow-up/monitoring van schizofrenie (o.a. screening bijwerkingen, nagaan therapietrouw, monitoring gewicht, bloeddruk, BMI, lipidenwaarden) als huisarts op mij te nemen.

4. Ik ben bereid om de psychologische of niet-medicamenteuze behandeling en begeleiding van patiënten met schizofrenie als huisarts op mij te nemen.

De tweede en derde stelling werden verder besproken in de thesis van Herman Otten, vermits ze betrekking hebben op zijn klinische vragen betreffende medicatie in de opvolgingsfase en de follow-up van een patiënt met schizofrenie.

De gemiddelde scores per stelling worden weergegeven in onderstaand diagram. Op deze stellingen konden de volgende punten gegeven worden: van helemaal oneens (score = 0), oneens (score = 1), eens noch oneens (score = 2), eens (score = 3) tot helemaal eens (score = 4). De stellingen leverden een gemiddelde score op van 2,08 tot 3,50. De artsen waren neutraal tot eerder wel bereid om bovenstaande deeltaken van het beleid van een patiënt met schizofrenie op zich te nemen.



Stelling één: “ik ben bereid om de behandeling van acute psychose als huisarts op mij te nemen” kreeg volgende commentaren: “verwijzing naar tweede lijn faciliteren”, “niet alleen voor huisarts, maar multidisciplinair”, “mits ondersteuning door psychiater”, “ondersteuning van mobiel team is wenselijk”, “eventueel eerste interventie wel”, “steeds in overleg met psychiater”… De artsen waren dus eerder wel bereid om de behandeling van acute psychose op zich te nemen, mits overleg met of ondersteuning door de tweede lijn. Hierbij bleek ook dat de context belangrijk was: “erg afhankelijk van de situatie”, “afhankelijk van de ernst”.

Stelling vier “ik ben bereid om de psychologische of niet-medicamenteuze behandeling en begeleiding van patiënten met schizofrenie als huisarts op mij te nemen” kreeg volgende bemerkingen: “het is moeilijk om hiervoor nog tijd in de praktijk vrij te maken”, “ja, als deel van een multidisciplinair team”, “samen met psycholoog, met psychiatrische thuiszorg, met sociaal assistente, psychiater, hulpcentra…”… De artsen waren zelf in eerder beperkte mate bereid om het psychosociale luik van de behandeling van een patiënt met schizofrenie op zich te nemen. Ze gaven aan hiervoor liever samen te werken met of te verwijzen naar een multidisciplinair team.

De diagrammen in bijlage 12c geven de verdeling weer volgens de leeftijd, het geslacht, de combinatie van beide, de regio waar de arts werkzaam is en de groep waartoe hij behoort, voor de verschillende stellingen. Globaal gezien zijn er geen grote verschillen waar te nemen als men de gemiddelde scores per stelling vergelijkt per leeftijd, het geslacht, de combinatie van beide, de regio waar de arts werkzaam is en de groep waartoe hij behoort. Het diagram waarin de leeftijd en het geslacht gecombineerd wordt weergegeven, toont hier en daar een kleine uitschieter. Dit gaat meestal over kleine groepen van artsen.

STAP 9: IMPLEMENTATIE

Stap 9.1: Algemeen

Vermits uit de Peer Review bleek dat een sociale kaart omtrent psychosociale begeleidingsmogelijkheden bij een patiënt met schizofrenie nuttig kon zijn, werd een sociale kaart voor de regio Antwerpen opgemaakt. (zie bijlage 13) Deze werd ter beoordeling voorgelegd aan dezelfde artsen die deelnamen aan de Peer Review. Tevens werd de sociale kaart voor feedback getoond aan de vermelde instanties op de sociale kaart, alsook aan de psychiaters die ons hebben bijgestaan tijdens de LOK vergaderingen.

Stap 9.2: Beoordeling sociale kaart door Huisartsen(-in-opleiding)

Van de artsen die deelnamen aan de Peer Review vulden negenentwintig artsen de online enquête in. Van twee artsen ontvingen we een onvolledig ingevulde enquête. Deze enquêtes werden verworpen. Dit komt neer op een responsratio van veertig procent, of met name zevenentwintig van de zevenenzestig deelnemende artsen uit stap acht, de Peer Review. De grote meerderheid van deze artsen waren vrouw, jong en werkzaam in een stedelijk gebied. Zo waren er eenentwintig van de zevenentwintig artsen vrouw, vierentwintig werkzaam in een stedelijk gebied, dertien artsen zaten in de leeftijdscategorie 26-35-jarigen, zes artsen in de categorie 36-45-jarigen, zeven artsen in de categorie 46-55-jarigen, en één arts in de categorie 66-75-jarigen.

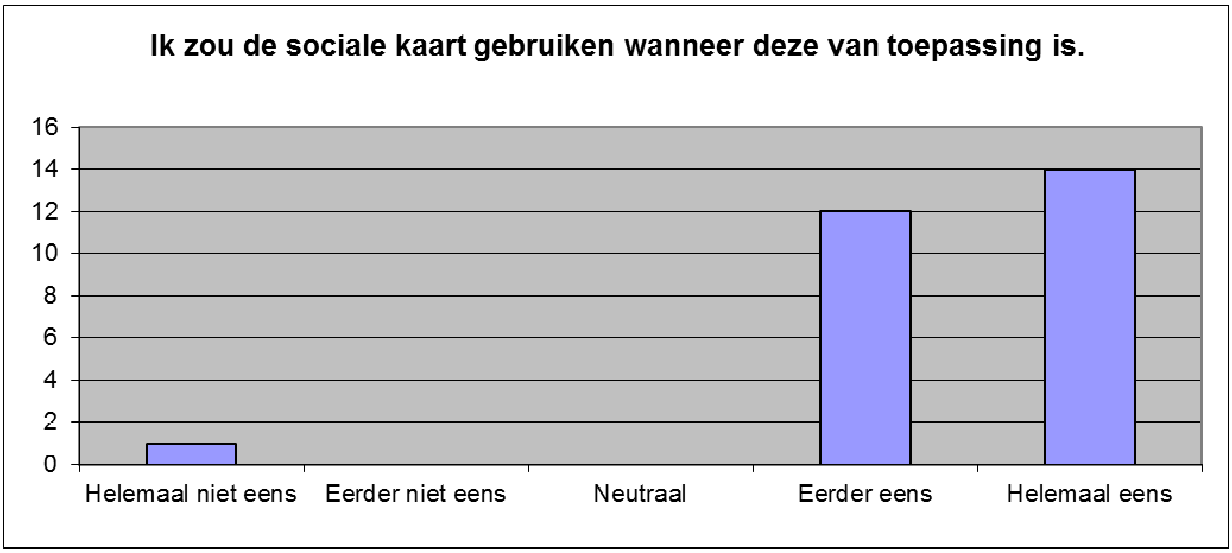
Tijdens deze bevraging werd er nagegaan of de artsen akkoord gingen met volgende stellingen.

1. Ik zou de sociale kaart gebruiken wanneer deze van toepassing is.
2. De sociale kaart is een hulpmiddel voor mij om correct door te verwijzen.
3. De lay-out van de sociale kaart is overzichtelijk en handig in gebruik.

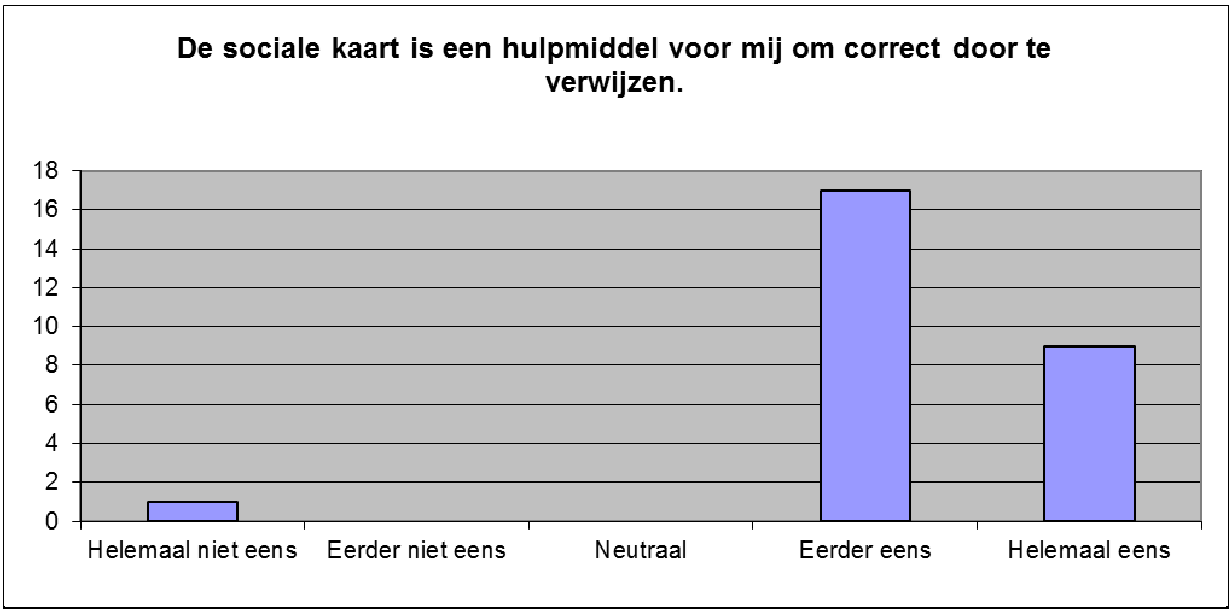
De stellingen werden gescoord van helemaal niet eens (score = 0), eerder niet eens (score = 1), neutraal (score = 2), eerder eens (score = 3) tot helemaal eens (score = 4). De artsen konden ook nog vrijblijvend extra opmerkingen maken per stelling.

Met de eerste stelling ‘Ik zou de sociale kaart gebruiken wanneer deze van toepassing is.’ gingen twaalf van de zevenentwintig artsen akkoord, veertien artsen helemaal akkoord en één arts helemaal niet akkoord. (zie onderstaande grafiek) De arts die helemaal niet akkoord was, was werkzaam in Anderlecht, dat gelegen is buiten de regio waarvoor de sociale kaart is opgesteld. Eén arts, die het eerder eens

was met de stelling, was eveneens werkzaam in Anderlecht en vond het toepassingsgebied gering.



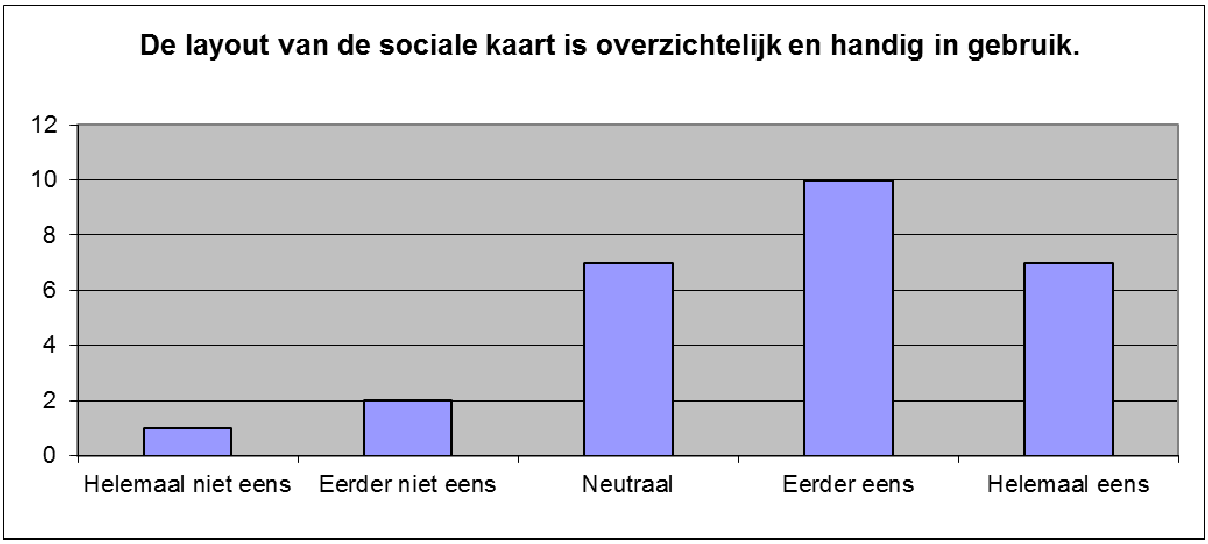
Stelling twee ‘De sociale kaart is een hulpmiddel voor mij om correct door te verwijzen’ werd goed beoordeeld, zie onderstaande grafiek. Zeventien artsen waren het eerder eens met de stelling, negen helemaal eens en één arts helemaal niet eens. Deze laatste was werkzaam in Anderlecht, wat gelegen is buiten de regio waarvoor de sociale kaart is opgesteld. Een andere arts die het eerder eens was met de stelling, merkte op dat hij sommige instanties nog niet kende.



Bij deze tweede stelling werd nog een extra vraag gesteld aan de artsen: ‘Welke informatie zou u nog vermeld willen zien op de sociale kaart?’. Daarop antwoorden de artsen het volgende: ‘ziekenhuizen’, ‘ziekenhuisdiensten voor acute opnames‘, ‘waar naartoe of wie bellen bij crisis’, ‘informatie voor dringende verwijzing’, ‘psychiaters werkzaam in privépraktijk’, ‘doorverwijsmogelijkheden psychiatrie, eventueel de manier waarop de psychiaters zelf verwachten dat patiënten doorverwezen worden, hoe we dit het vlotste kunnen doen (want je verliest er toch al

snel veel tijd mee)', 'wie wanneer in te schakelen', 'specifieke adressen om door te verwijzen', 'wachttijden', 'niets extra, misschien de volgorde van de instanties volgens de opsomming bovenaan', 'hetzelfde, maar dan voor de Brusselse context'…

Op stelling drie 'De lay-out van de sociale kaart is overzichtelijk en handig in gebruik' werd iets minder goed gescoord dan op de bovenstaande twee stellingen. Zoals in onderstaande grafiek afgebeeld, waren zeven artsen het helemaal eens met deze stelling, tien artsen eerder eens, zeven hadden een neutrale mening betreffende deze stelling, twee waren het eerder niet eens en één arts was het helemaal niet eens met de stelling. De arts die helemaal niet eens was met de stelling, had de sociale kaart graag gezien in een lay-out zoals de NHG standaard en in een app. Van de artsen die het eerder niet eens waren met de huidige lay-out van de sociale kaart, opperde één om eerder via opsomming in puntjes te werken. De andere arts had de sociale kaart graag gezien in een lay-out zoals de steekkaart. Eén arts die een neutrale mening had, vond het jammer dat het hier enkel om een worddocument ging. Eén arts die het eerder eens was met de stelling, vond het een 'vermoeidend lettertype'.



Men kan besluiten dat de sociale kaart betreffende de psychosociale begeleiding bij patiënten met schizofrenie voor de regio Antwerpen nuttig werd bevonden door de bevraagde, selecte artsengroep. De grote meerderheid van deze artsen zou de sociale kaart gebruiken wanneer deze van toepassing is. Ze vonden het ook een handig hulpmiddel om patiënten correct door te verwijzen. De lay-out van de sociale kaart werd iets minder goed onthaald.

Stap 9.3: Beoordeling sociale kaart door vermelde instanties

De sociale kaart werd ook voor feedback getoond aan de vermelde instanties op de sociale kaart. Zo meldde de organisatie KOPP (Kinderen en jongeren met een Ouder met Psychische Problemen) dat het correcter was om hen te vermelden als KOPP-Vlaanderen. Similes, een vereniging voor gezinsleden en naasten van personen met psychiatrische problemen, liet weten ook psycho-eduatiereeksen rond psychose en schizofrenie te organiseren voor familie. Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg De Pont vermeldde de antennepost in Heist best niet meer te vermelden en bij het

werkingsgebied arrondissement Mechelen toe te voegen. Verder vermeldden ze ook dat sociale vaardigheden aan bod komen via individuele therapie, maar ze geen groepsaanbod hiervoor hebben. Dagcentrum de Ridder had enkel een opmerking betreffende verouderde contactgegevens. VDIP (Vroege Detectie en Interventie bij Psychiatrische (Psychotische) stoornissen) merkte op dat hun organisatie verschillende inhoudelijke veranderingen ondergaan heeft. Zo nemen zij geen behandelingen meer op, al kan het natuurlijk wel zijn dat er tijdens de beoordelingsfase bijvoorbeeld medicatie wordt opgestart. Hun opzet is om cliënten te laten aanhaken in een zorgtraject en vervolgens zo snel mogelijk te verwijzen naar instanties die de verdere behandeling op zich nemen. Het platform Begeleid Werken gaf aan dat Begeleid Werken met hoofdletters geschreven moest worden, vermits het een vertaling is van de methodiek Supported Employment en dus een eigennaam. Verder voegden ze nog ter vervollediging de contactgegevens van het secretariaat van hun platform toe. Alle bovenstaande punten van feedback werden aangepast in de sociale kaart.

VDIP had ook nog volgende opmerking: om in de algemene tekst het woord 'schizofrenie' zoveel mogelijk te vervangen door 'psycho-sociale begeleiding bij psychose'. Vzw De Link zei als Mobiel team niet te ‘stimuleren tot Begeleid Werken’, maar wel te kunnen ‘stimuleren tot beschut werken’. Hun functie om te stimuleren tot Begeleid Werken werd verwijderd. Beschut werken daarentegen was een onderdeel dat niet in de sociale kaart was opgenomen.

Volgende drie instanties gingen volledig akkoord met hun vermelding op de sociale kaart, met name Mobiel Team De Vliering, CGG Andante en dagcentrum De Vinken. Van volgende vier instanties werd helaas geen feedback ontvangen, namelijk CGG Vagga en volgende dagcentra: dagcentrum Arkel te Duffel en De Foyer en Het Keerpunt verbonden aan het Stuivenberg ziekenhuis.

Stap 9.4: Beoordeling sociale kaart door psychiaters

Van de psychiaters die de LOK vergaderingen hebben bijgewoond, werd helaas geen feedback ontvangen.

4. Discussie

4.A. De eerste fase: screeningsfase

In stap één werden gedetailleerde PICO's beschreven. Deze werden echter niet gebruikt tijdens de zoektocht naar relevante richtlijnen, vermits het zeer moeilijk was specifieke PICO-onderdelen mee als zoekterm te gebruiken. Er werd een algemene zoektocht ondernomen met de MESH-term 'schizofrenie' in plaats van specifieke zoektochten per klinische vraag, aangezien de klinische vragen reeds vrij specifiek waren en relevante literatuur eerder beperkt beschikbaar was. Uiteindelijk werd de relevante informatie nodig voor het beantwoorden van de klinische vragen wel teruggevonden in de geselecteerde richtlijnen en artikels over schizofrenie.

Tijdens stap drie (het screenen van de richtlijnen) werden er nogmaals, net zoals in stap twee (de zoektocht naar relevante richtlijnen) richtlijnen op basis van taal en thema van de richtlijn uitgesloten. In stap 4.1, tijdens de AGREE-beoordeling, werd nog één richtlijn uitgesloten op basis van het doelgroepcriterium dat zich beperkt tot patiënten jonger dan achttien jaar. Dit selectiecriterium had tijdens stap twee, de zoektocht naar relevante richtlijnen, al aan bod moeten komen. Stap twee had bijgevolg zorgvuldiger uitgevoerd kunnen worden.

Het globale proces was tijdrovend en had achteraf bekeken efficiënter kunnen gebeuren. Zo had bij de AGREE-beoordeling één richtlijn, namelijk 'Psychosis and schizophrenia in children and young people', minder beoordeeld kunnen worden als tijdig een leeftijdsexclusiecriterium was ingevoerd. Ook had het onderscheid tussen randinformatie en echte aanbevelingen door de auteurs reeds in stap 4.2 moeten gebeuren. Zo hadden in stap vijf niet nog vier aanbevelingen omgezet moeten worden tot randinformatie. Dit had heel wat werk kunnen besparen.
De uitgebreide en gedetailleerde matrix, excellbestand, was anderzijds wel een handig instrument om een overzicht te houden tijdens het screeningsproces en de latere adaptatiefase.

4.B. De tweede fase: adaptatiefase

Mits enkele aanpassingen bleken de aanbevelingen van de Duodecim-richtlijn betreffende de medicamenteuze behandeling in de acute fase en de niet-medicamenteuze behandeling van een patiënt met schizofrenie wetenschappelijk correct en toepasbaar te zijn in de Belgische zorgcontext.

Er moet wel vermeld worden dat oorspronkelijk vertrokken werd van de Engelstalige versie (26/02/2010) van de Duodecim-richtlijn Schizofrenie op de website van EBMPracticeNet. Ondertussen werd deze richtlijn volledig herzien door de oorspronkelijke auteurs in Finland (25/02/2014) en ook vertaald naar het Nederlands. Dit kan mogelijk gezorgd hebben voor een aantal andere verwoordingen in de aanbevelingen. Het is ook mogelijk dat sommige van onze voorstellen tot adaptatie niet meer geldig zijn, wegens al doorgevoerd in de nieuwe versie. Dit zou nagegaan moeten worden.

Het bepalen van de GRADE-quotering was een tijdrovend proces. Elke stap in het proces werd nauwgezet besproken met Herman Otten, eveneens Huisarts-in-

opleiding. Ook de woordkeuze van de aangepaste aanbevelingen werd zorgvuldig overwogen.

4.D. De derde fase: implementatiefase

STAP 8: PEER REVIEW

De artsen die hebben meegewerkt aan de Peer Review en aan de eigenlijke implementatiefase werden niet at random gekozen. Zij werden geselecteerd omdat ze in de seminariegroepen van de beide Huisartsen-in-opleiding zaten of omdat ze in een LOK-groep zaten waarin één van de collega's van de praktijk van de Huisartsen-in-opleiding zat. Dit kan mogelijk een invloed hebben gehad op de resultaten. Misschien waren de artsen meer geneigd om positief te scoren omdat ze de artsen kenden? De artsen uit het Wijkgezondheidscentrum Medikuregem te Anderlecht werden gecontacteerd via Herman Otten, Huisarts-in-opleiding, vermits hij daar nog stage had gelopen. Deze praktijk werd eveneens gekozen omdat het een stadspraktijk is in een wijk met veel sociale problematiek, waar vermoedelijk meer psychose voorkomt. Het leek dus ook interessant om naar de mening van deze artsen te peilen. Al kan dit laatste natuurlijk opnieuw tot bias leiden.

Bovendien gaat het slechts over een steekproef afgenomen bij een selecte artsengroep, die voornamelijk in een stedelijke omgeving werkzaam is. De resultaten mogen dus absoluut niet veralgemeend worden. Het betreft immers een kwalitatief en geen kwantitatief onderzoek.

Op basis van de Peer Review werden nog aanpassingen aan enkele aanbevelingen gemaakt, die hieronder vermeld staan. De volledig geadapteerde Duodecim-richtlijn is terug te vinden in bijlage 15.

Bij aanbeveling één "Ernstige angst kan behandeld worden met benzodiazepines, bijvoorbeeld diazepam 10-30 mg dagelijks." werd meermaals opgemerkt door de artsen dat "temesta expidet (lorazepam) makkelijker in gebruik is", ook alprazolam werd aangehaald als mogelijke alternatieve behandeling. Ook Prof. Dr. Manuel Morrens bevestigde dat in de praktijk meestal geopteerd wordt voor lorazepam of alprazolam. Deze producten hebben immers een kortere halfwaardetijd en een snellere piek waardoor ze sneller werken. Het risico op misbruik is bijgevolg ook iets hoger. De nieuwe NICE-richtlijn van 2014 vermeldt geen eerste keuze benzodiazepine.[1] Hoewel het hier dus slechts om een expert opinie en om de mening van enkele ondervraagde huisartsen gaat, primeerde hier toch het gebruiksgemak van lorazepam. De aanbeveling werd als volgt aangepast: "Ernstige angst kan behandeld worden met benzodiazepines, bijvoorbeeld *lorazepam 2-3 mg per dag in 2-3 giften.*"
Zoals aangehaald door enkele artsen zijn de contextgebonden factoren ook van groot belang. Zo moet men inderdaad rekening houden met de patiënt en zijn sociale omkadering. Ook moet men, zoals aangehaald, opletten voor een verslavingsrisico en mag men benzodiazepines niet onnodig lang geven. Er werd ook geopperd "liever te werken via een psychiater en indien niet mogelijk via telefonisch overleg". Hierbij kan opgemerkt worden dat het toch belangrijk is dat ook huisartsen die eerste stap in de behandeling zetten. Het is immers niet altijd eenvoudig om een patiënt snel bij een psychiater te krijgen en vaak is telefonisch overleg praktisch onhaalbaar.

Huisartsen kunnen gemotiveerd worden deze eerste stap in de behandeling te zetten als ze hierover meer kennis hebben, en hun angst voor het verslavingsrisico niet de overhand krijgt.

Bij aanbeveling twee “Depressie kan behandeld worden met antidepressiva, selectieve serotonine re-uptake inhibitoren zijn meer aanbevolen dan tricyclische antidepressiva.” werd opgemerkt dat het van belang is bipolaire stoornis uit te sluiten, wat uiteraard klopt. Dit item valt echter onder de diagnose van schizofrenie en werd in deze thesis niet behandeld. Ook hier had men “liever eerst specialistisch advies” gehad, of behandelde men graag “na overleg met psychiater”. Ook hier geldt de opmerking dat huisartsen als eerstelijnsartsen hierbij een belangrijke rol spelen. In tweede instantie of in geval van complexe situaties kan men een patiënt uiteraard wel doorverwijzen naar een psychiater.

Op de aanbeveling drie “Als de aandoening kenmerken heeft van een schizoaffectieve stoornis zouden stemmingsstabilisatoren, zoals lithium of valproaat, toegevoegd kunnen worden aan de medicatie.” werd zeer laag gescoord door de artsen tijdens de Peer Review. Dit omwille van gebrek aan kennis of ervaring, waarbij verscheidene artsen specialistisch advies noodzakelijk vonden. Ook Prof. Dr. Manuel Morrens gaf als commentaar dat psychiaters schizoaffectieve stoornissen meer en meer met antipsychotica behandelen, maar dat de aanbeveling niet fout is. In de nieuwe NICE richtlijn van 2014 die de behandeling van psychose en schizofrenie bij volwassenen bespreekt, wordt een schizoaffectieve stoornis onder dezelfde noemer beschouwd.[1] In deze richtlijn spreekt men evenmin over lithium of valproaat. Op basis van bovenstaande bevindingen werd deze aanbeveling alsnog verworpen.

Aanbeveling vier “De aanbevolen dagelijkse dosis voor de behandeling van de eerste episode van psychose is gelijk aan risperidone 4-6 mg of olanzapine 5-20 mg.” bleek niet haalbaar voor enkele artsen wegens “onvoldoende kennis” of “onvoldoende ervaring”. Met de richtlijn schizofrenie wil men dit gebrek aan kennis verhelpen. Verscheidene artsen wensten ook ondersteuning van de tweede lijn voor de opstart of opvolging van deze medicatie. Door de huisartsen beter te informeren, zal het behandelingsproces versneld worden. Wat de opvolging betreft kan uiteraard advies van een psychiater nuttig zijn. Ook werd gevraagd om adviezen te geven over op- of afbouw van de medicatie. Vermits dit voor elk geneesmiddel verschillend is, werd dit niet specifiek vermeld in de aanbeveling.

Uit de off the record commentaren van de artsen tijdens de Peer Review bleek dat zij vonden dat duidelijk vermeld moest worden in aanbeveling vier betreffende de medicatiekeuze in de behandeling van acute psychose dat er naast risperidone en olanzapine nog andere medicatie is. De nieuwste NICE richtlijn betreffende schizofrenie bevestigt dit.[1] Ook Prof. Dr. Manuel Morrens, psychiater en tevens werkzaam in het Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute (CAPRI) aan de Universiteit van Antwerpen, die de aangepaste Duodecim-richtlijn onder de loep nam, stemde hier mee in. Bij de aanbeveling werd dus nog volgende schuingedrukte tekst toegevoegd. *Er is geen eerste keuze geneesmiddel bij de behandeling van acute psychose. Voorbeelden van* de aanbevolen dagelijkse dosis voor de behandeling van de eerste episode van psychose *zijn* risperidone 4-6 mg of olanzapine 5-20 mg. De keuze van het geneesmiddel zou gemaakt moeten worden door de patiënt en de arts samen waarbij het volgende overwogen wordt: de relatieve

kans van het individuele antipsychoticum op het veroorzaken van extrapyramidale effecten (inclusief acathasie), metabole nevenwerkingen (inclusief gewichtstoename) en andere nevenwerkingen (inclusief onaangename subjectieve ervaringen). (GRADE 2B)

Ook bij aanbeveling vijf “De aanbevolen dagelijkse dosis voor een terugkerende episode van psychose is gelijk aan risperidone 4-6 mg of olanzapine 5-20 mg.” gelden dezelfde opmerkingen zoals bij aanbeveling vier. De aanbeveling werd dus ook als volgt aangepast, waarbij de schuingedrukte tekst de aanpassingen aanduidt. *Er is geen eerste keuze geneesmiddel bij de behandeling van acute psychose. Voorbeelden van* de aanbevolen dagelijkse dosis voor een terugkerende episode van psychose *zijn* risperidone 4-6 mg of olanzapine 5-20 mg. De keuze van het geneesmiddel zou gemaakt moeten worden door dezelfde criteria aanbevolen bij de startbehandeling (zie hierboven). Hou rekening met de klinische respons en de nevenwerkingen van de huidige en vorige medicatie van de patiënt. (GRADE 2B)

Aanbeveling zes “Bij acute psychose met geagiteerd gedrag is de aanbevolen behandeling haloperidol 5-10 mg p.o. of i.m., mogelijk gecombineerd met lorazepam 2-4 mg p.o. of i.m., bij voorkeur oraal. De atypische neuroleptica zijn geen eerste keuze.” kreeg enkele opmerkingen betreffende de medicatiekeuze. Dit leidde echter niet tot adaptatie van de aanbeveling. Ook werd bij deze aanbeveling onvoldoende ervaring als barrière aangegeven en wilden enkele artsen dit liever doen “in overleg met een specialist” of via doorverwijzing. Er moet echter benadrukt worden dat de huisarts een belangrijke rol kan spelen in een acute situatie bij een patiënt met een psychose met geagiteerd gedrag. Overleg met een specialist zou hier enkel een vertragende factor hebben in het behandelingsproces. Het allerbelangrijkste in dergelijke situatie is snel een antipsychoticum toedienen en niet zozeer de medicatiekeuze. Uiteraard spelen contextgebonden factoren hierbij een grote rol, zo klopt het inderdaad dat de “inschatting van veiligheid voor zichzelf en anderen hierbij van belang is”.

Aanbeveling zeven “Hou eerdere ervaringen met geneesmiddelenbehandeling van de patiënt in het achterhoofd bij planning van de medicatie, aangezien de gevoeligheid voor verschillende bijwerkingen varieert van patiënt tot patiënt.” werd niet aangepast op basis van de commentaren van de Peer Review. Zoals opgemerkt zijn enkele randvoorwaarden hierbij van belang, namelijk dat de patiënt gekend is in de praktijk, dit geldt dus niet tijdens de wachtdienst. Het goed ingevuld medisch dossier kan hierbij inderdaad een grote rol spelen. Eventueel kan voor de keuze van de medicatie tussentijds overleg plaatsvinden met de psychiater.

Tot slot werd aanbeveling acht “Verander de dosis geleidelijk om de laagst mogelijke effectieve dagdosis te bereiken. Zo voorkom je geneesmiddelen-geïnduceerde bijwerkingen en verbeter je de therapietrouw.” ook niet aangepast op basis van de reacties tijdens de Peer Review. Vermits verscheidene artsen zich hier toch nog vragen bij stelden, kan volgende randopmerking hierbij gemaakt worden. Het raadplegen van een psychiater is nuttig als de huisarts hier zelf onervaren mee is.

Op basis van de Peer Review waren er geen aanpassingen nodig aan de aanbevelingen rond de niet-medicamenteuze therapie bij patiënten met schizofrenie. Meermaals werd er aangehaald dat ze de aanbevelingen wilden doen slagen met

behulp van een multidisciplinair team. De artsen vroegen zich wel af naar wie ze hiervoor moesten doorverwijzen en hadden nood aan concrete referenties. Zo kon men besluiten dat het maken van een sociale kaart nuttig bevonden werd door deze selecte artsengroep. Dit mag uiteraard niet veralgemeend worden.

Als barrière om deze aanbevelingen rond niet-medicamenteuze therapie te volbrengen, werd meermaals de factor tijd en gebrek aan ervaring aangehaald. In de huisartsensetting hoe die momenteel georganiseerd is en waar er geen nomenclatuurnummers voor langer durende psychosociale gesprekken bestaan, vraagt dit inderdaad een extra inspanning van de huisarts. Een goed uitgebouwde sociale kaart kan de huisarts hierbij helpen. Zo moet de arts niet zelf de psychosociale begeleiding aan de patiënt met schizofrenie bieden, maar kan hij de patiënt wel gericht doorsturen naar de juiste instanties.

Uit de Peer Review bleek dat de bevraagde huisartsen matig bereid waren om de behandeling van acute psychose op zich te nemen, mits overleg met of ondersteuning door de tweede lijn. De richtlijn schizofrenie kan mogelijk een houvast bieden aan de huisartsen om zich zekerder te voelen in hun beleid bij een patiënt met een acute psychose.
Ook waren de artsen maar matig bereid om de psychologische of niet-medicamenteuze behandeling en begeleiding van patiënten met schizofrenie als huisarts op zich te nemen. Een sociale kaart betreffende de psychosociale begeleiding kan hierbij een hulpmiddel zijn om hen een houvast te bieden en concrete doorverwijsmogelijkheden te bieden.

De feedbackformulieren werden tijdens de LOK-vergaderingen, tijdens de bespreking in de seminariegroepen of in het wijkgezondheidscentrum ingevuld. Hierdoor zouden de antwoorden van de artsen mogelijk beïnvloed kunnen geweest zijn door de commentaren van de aanwezige collega's.
Er is ook geen bevraging geweest via feedbackformulieren vóór en na de LOK-vergaderingen en kan er bijgevolg niet besloten worden of de LOK-vergaderingen een invloed hadden op de mening van de artsen.
De LOK-vergaderingen, seminarie- en praktijkbesprekingen werden ook niet opgenomen op audio. Waarschijnlijk zijn hierdoor een aantal interessante commentaren verloren gegaan.
Off the record werden positieve commentaren ontvangen over de gegeven LOKvergaderingen. Er is ook verder onderzoek nodig of het organiseren van LOK-vergaderingen omtrent dit onderwerp nuttig kan zijn.

STAP 9: IMPLEMENTATIE

In stap negen, de implementatie, werd enkel een sociale kaart omtrent de psychosociale begeleiding in regio Antwerpen opgesteld. Toch werden de huisartsen werkzaam in het Wijkgezondheidscentrum Medikuregem te Anderlecht ook bevraagd om hun mening over de sociale kaart te geven. Dit kan een vertekend beeld geven. Er zouden nog andere sociale kaarten gemaakt kunnen worden voor andere regio's in België, zoals voor de regio Brussel, Vlaams-Brabant enzovoort. Eén arts uit Anderlecht had graag een sociale kaart voor de regio Brussel gehad. Verder onderzoek is nodig of dit nuttig kan zijn.

Uit de online enquête bleek dat artsen ook graag ziekenhuizen en plaatsen voor acute crisisopvang vermeld hadden zien staan op de sociale kaart. Dit werd bewust weggelaten, vermits dat afhankelijk is van met welke ziekenhuizen de arts samenwerkt. Het gaat hier trouwens om een sociale kaart betreffende psychosociale begeleiding bij patiënten met schizofrenie. Ook psychiaters werden omwille van dezelfde reden niet vermeld. Er moet ook nog verder onderzocht worden of een sociale kaart bestaande uit psychiaters, ziekenhuizen en acute crisisopvang een goed en handig hulpmiddel kan zijn. Dit valt echter buiten het onderzoeksdomein van deze thesis.
Wachttijden werd ook geopperd als extra element om toe te voegen aan de sociale kaart. Dit is echter variabel en ook zeer moeilijk weer te geven, en werd daarom niet aangepast.

Er werd ook gesuggereerd de volgorde van de instanties volgens de opsomming zoals bovenaan op de sociale kaart weer te geven. De extra informatie betreffende de instanties werd echter bewust alfabetisch weergegeven om een snellere zoektocht mogelijk te maken. Tevens werd er een link ingebouwd, zodat je automatisch naar de extra informatie kan gaan door op de bewuste instantie te klikken. Aan de volgorde van de instanties werd bijgevolg niets aangepast.

Er werd geopperd de lay-out weer te geven zoals een NHG standaard of zoals de steekkaart, ook in een app en nog meer te werken via opsomming in puntjes. De sociale kaart werd reeds aangepast wat betreft de opsomming in puntjes. Een app en een aanpassing van de lay-out zijn nog mogelijkheden voor toekomstige implementaties.

De online enquête had slechts een responsratio van veertig procent. Men kan zich dus afgevragen of enkel de meest gemotiveerde artsen de vragenlijst ingevuld hebben. De vraag is dan ook of er zo geen vertekend beeld wordt weergegeven van de resultaten. Misschien zou de sociale kaart minder goed bevonden zijn, als alle eerder deelgenomen artsen de enquête ingevuld hadden. Er moet dus benadrukt worden dat dit slechts gaat om een steekproef bij artsen. Verder onderzoek bij grotere artsengroepen zou dus nuttig kunnen zijn.

Hoofdzakelijk jonge, vrouwelijke artsen die werkten in een stedelijke omgeving hebben de enquête ingevuld. Waarschijnlijk waren dit voornamelijk Huisartsen-in-opleiding. Zij waren misschien meer geneigd om feedback te geven, vermits ze de auteurs kenden via het seminarie en bovendien zelf aan een thesis werkten.

Het platform Begeleid Werken opperde om beschut werken op te nemen in de sociale kaart. De sociale kaart is gebaseerd op de aangepaste Duodecim-richtlijn, hierin wordt er niet gesproken over beschut werken. Ook in de nieuwe NICE-richtlijn spreekt men niet over beschut werken.[1] Daarom werd er besloten beschut werken niet verder op te nemen in de sociale kaart.

VDIP had ook nog volgende opmerking: om in de algemene tekst het woord 'schizofrenie' zoveel mogelijk te vervangen door 'psycho-sociale begeleiding bij psychose'. Dat het tegenwoordig meer een trend is om over psychose te spreken is niet alleen een punt van feedback van VDIP, maar kwam ook off the record aan bod tijdens de Peer Review. De nieuwe NICE richtlijn spreekt in zijn titel zowel over

psychose als over schizofrenie. [1] Schizofrenie is een beladen term, die artsen soms afschrikt. Men zou ook kunnen spreken over langdurige of chronische psychose. Toch werd er gekozen om de term schizofrenie te behouden, vermits er vertrokken werd van de Duodecim-richtlijn schizofrenie.

Van vier vermelde instanties op de sociale kaart, alsook van de psychiaters die deelnamen aan de LOK-vergaderingen werd geen feedback ontvangen. Zij waren via mail op de hoogte en hebben allemaal de kans gehad om feedback te geven zo zij dit wensten. Men zou een interdisciplinaire werkgroep kunnen oprichten die over een sociale kaart vergadert, zodat de organisaties alsook psychiaters en/of huisartsen met elkaar zouden kunnen overleggen via een focusgroepgesprek in plaats van gewoon te antwoorden op een mail.

5. Besluit

Mits enkele aanpassingen bleken de aanbevelingen van de Duodecim-richtlijn betreffende de medicamenteuze behandeling in de acute fase en de niet-medicamenteuze behandeling van een patiënt met schizofrenie wetenschappelijk correct en toepasbaar te zijn in de Belgische zorgcontext.

Uit de Peer Review betreffende de aanbevelingen rond de niet-medicamenteuze therapie bij patiënten met schizofrenie kon men besluiten dat het maken van een sociale kaart nuttig bevonden werd door deze selecte artsengroep.

De sociale kaart betreffende de psychosociale begeleiding bij patiënten met schizofrenie voor de regio Antwerpen werd nuttig bevonden door de bevraagde, selecte artsengroep. De grote meerderheid van deze artsen zou de sociale kaart gebruiken wanneer deze van toepassing is. Ze vonden het ook een handig hulpmiddel om patiënten correct door te verwijzen. De lay-out van de sociale kaart werd iets minder goed onthaald.

Verder onderzoek bij grotere artsengroepen is aangewezen om te achterhalen of de sociale kaart ook bij hen nuttig bevonden wordt. Bovendien zouden nog andere sociale kaarten gemaakt kunnen worden voor andere regio's in België. Er moet ook nog verder onderzocht worden of een sociale kaart bestaande uit psychiaters, ziekenhuizen en plaatsen voor acute crisisopvang een goed en handig hulpmiddel kan zijn. Een app en een lay-out zoals bijvoorbeeld een NHG standaard zijn nog mogelijkheden voor toekomstige implementaties.

Tot slot is verder onderzoek nodig of het organiseren van LOK-vergaderingen omtrent dit onderwerp nuttig kan zijn.

6. Referenties

1. National Institute for Care Health and Care Excellence. Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management. NICE clinical guideline 2014. Beschikbaar via: http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/14382/66534/66534.pdf. Geraadpleegd 2014 februari 23.
2. Hirvonen J, Salokangas R. Schizofrenie. EBM guidelines 2010. Beschikbaar via: https://www.ebmpracticenet.be/nl/paginas/default.aspx?ebmid=ebm00722. Geraadpleegd 2013 december 18.
3. Department of general practice, K.U.Leuven. Intego-project 2011. Beschikbaar via: http://www.intego.be/Results/DiagnosesAge.aspx. Geraadpleegd 2014 februari 23.
4. The American Psychiatric Association. DSM-5 2013. Beschikbaar via: http://www.dsm5.org/Documents/Schizophrenia%20Fact%20Sheet.pdf. Geraadpleegd 2014 januari 31.
5. EBMPracticeNet 2010. Beschikbaar via: https://www.ebmpracticenet.be/nl/Paginas/Welkom.aspx. Geraadpleegd 2013 december 13.
6. Delvaux N, Van de Velde S, Philips H, Van Royen P, Vanschoenbeek J. 'Adaptatie Duodecim Richtlijnen': Handboek voor Haio's over de inhoudelijke en contextuele aanpassing van Duodecim Richtlijnen op EBMPracticeNet.be. Versie 2. Februari 2013.
7. The Adapte Collaboration (2009). The Adapte Process: Resource Toolkit for Guideline Adaptation. Version 2.0. 2010. Beschikbaar via: http://www.g-i-n.net. Geraadpleegd 2014 februari 23.
8. Van den Bruel E, Vermeire E, Aertgeerts B. Otitis media bij kinderen: Hoe een PICO-vraag formuleren? Huisarts Nu 2003; 32 (7): 331-333.
9. Guidelines International Network (G-I-N) 2002. Beschikbaar via: www.g-i-n.net. Geraadpleegd 2013 februari 24.
10. National Guideline Clearinghouse (NGC). Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), U.S. Department of Health and Human Services. Beschikbaar via: www.guideline.gov. Geraadpleegd 2013 februari 24.
11. NHS guideline finder. National Institute for Health and Care Excellence. Beschikbaar via: www.evidence.nhs.uk. Geraadpleegd 2013 februari 24.
12. Trip Database 1997. Beschikbaar via: http://www.tripdatabase.com/. Geraadpleegd 2013 februari 25.
13. Federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE) 2011. Beschikbaar via: www.kce.fgov.be. Geraadpleegd 2013 februari 26.
14. Hoge Gezondheidsraad. Beschikbaar via: www.hgr-css.be. Geraadpleegd 2013 februari 26.
15. Minerva. Tijdschrift voor Evidence-Based Medicine. Beschikbaar via: http://www.minerva-ebm.be/nl/home.asp. Geraadpleegd 2013 maart 3.
16. Farmaka. Onafhankelijk centrum voor geneesmiddeleninformatie. Beschikbaar via: www.farmaka.be. Geraadpleegd 2013 maart 3.
17. Rijksinstituut voor ziekte en invaliditeitsverzekering (RIZIV). Beschikbaar via: http://www.riziv.fgov.be/drug/nl/statistics-scientific-information/consensus/index.htm. Geraadpleegd 2013 maart 3.

18. Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (BCFI). Beschikbaar via: www.bcfi.be. Geraadpleegd 2013 maart 3.
19. Federale Overheidsdienst Gezondheidszorg. Beschikbaar via: http://www.health.belgium.be/eportal/index.htm. Geraadpleegd 2013 maart 3.
20. The AGREE Next Steps Consortium. AGREE II. Instrument voor de beoordeling van richtlijnen. 2009. Beschikbaar via: http://www.agreetrust.org/resource-centre/agree-ii-translations. Geraadpleegd 2013 maart 26.
21. Guyatt GH, Oxman AD, Vist G, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, Schünemann HJ, for the GRADE Working Group. Rating quality of evidence and strength of recommendations GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. BMJ 2008; 336: 924-926.
22. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Vist GE, Falck-Ytter Y, Schünemann HJ; GRADE Working Group. Rating quality of evidence and strength of recommendations: What is "quality of evidence" and why is it important to clinicians? BMJ. 2008 May 3; 336(7651): 995-998.
23. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Falck-Ytter Y, Vist GE, Liberati A, Schünemann HJ; GRADE Working Group. Rating quality of evidence and strength of recommendations: Going from evidence to recommendations. BMJ. 2008 May 10; 336(7652): 1049-1051.
24. The Cochrane library. Beschikbaar via: www.cochrane.org. Geraadpleegd 2013 april 4.
25. MEDLINE. Beschikbaar via: www.pubmed.com. Geraadpleegd 2013 april 4.
26. Abdul KAB, Noraini J, Mohd AMY, on behalf of the Development Group Clinical Practice Guidelines Management of Schizophrenia in Adults. Management of schizophrenia in adults. HTA-DoH 2009. Beschikbaar via: http://www.moh.gov.my/v/mhe. Geraadpleegd 2013 maart 21.
27. Barnes TRE and the Schizophrenia Consensus Group of the British Association for Psychopharmacology. Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. Journal of Psychofarmacology 2011. Beschikbaar via: http://www.bap.org.uk/pdfs/Schizophrenia_Consensus_Guideline_Document.pdf. Geraadpleegd 2013 maart 21.
28. Tyrer P et al. For the National Collaborating Centre for Menthal Health. Psychosis with coexisting substance misuse. NICE 2011. Beschikbaar via: http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13414/53691/53691.pdf. Geraadpleegd 2013 maart 21.
29. Hollis C et al. for the National Collaborating Centre for Mental Health. Psychosis and schizophrenia in children and young people. NICE 2013. Beschikbaar via: http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/14021/62392/62392.pdf. Geraadpleegd 2013 maart 21.
30. Kuipers E et al. for the National Collaborating Centre for Mental Health. Schizophrenia Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care. NICE 2009. Beschikbaar via: http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11786/43607/43607.pdf. Geraadpleegd 2013 maart 21.

7. Bijlagen

Bijlage 1: Stap 2: Zoektocht naar relevante richtlijnen p. 40-53

Bijlage 2: Stap 3: Screenen van richtlijnen p. 54-60

Bijlage 3: Stap 4.1: Evalueren van richtlijnen met AGREE II p. 61-65

Bijlage 4: Stap 4.2: Inventarisatie van de inhoud van de aanbevelingen p. 66-70

Bijlage 5: Stap 4.3: Waarderen van de aanbevelingen op courantheid p. 71-74

Bijlage 6: Stap 4.4: Waarderen van de aanbevelingen op samenhang p. 75-78

Bijlage 7: Stap 4.5: Waarderen van de aanbevelingen op toepasbaarheid p. 79-82

Bijlage 8: Stap 5: Selectie van aanbevelingen p. 83-84

Bijlage 9: Stap 6: Nazicht door leescommissie p. 85

Bijlage 10: Stap 7: Adaptatiefase p. 86

Bijlage 11: Stap 8: Peer Review – Feedbackformulier p. 87-89

Bijlage 12a: Stap 8: Peer Review – Diagrammen - Medicatie acute fase p. 90-91

Bijlage 12b: Stap 8: Peer Review – Diagrammen - Niet-medicamenteuze maatregelen p. 92-93

Bijlage 12c: Stap 8: Peer Review – Diagrammen – Taak van de huisarts p. 94-95

Bijlage 13: Stap 9: Implementatie – Sociale kaart – Psychosociale begeleiding schizofrenie in regio Antwerpen p. 96-101

Bijlage 14: Steekkaart - Beleid bij schizofrenie p. 102-103

Bijlage 15: Geadapteerde Duodecim-richtlijn p. 104-114

Bijlage 1: Stap 2: Zoektocht naar relevante richtlijnen

Stap 2: Zoek naar relevante richtlijnen en Belgische EBM publicaties

Geconsulteerde databank	Zoektermen	Aantal hits	Titel	Commentaar (korte toelichting bij ruwe selectie)	Datum
G-I-N	schizophrenia	33	9 artikels weerhouden Schizophrenia (Singapore, 2011), Schizophrenia (Prodigy, UK, 2009), Schizophrenia (update, NICE, UK, 2013), Schizophrenia and psychosis in children and young people (NICE, UK, 2013), Management of schizophrenia in adults (Malaysia, 2009), Schizophrenie - Kurzfassung. S3-LL (DGPPN) (Germany, 2012), Psychosocial interventions in the management of schizophrenia (SIGN CPG 30) (UK, 2013), Clinical practice guideline for schizophrenia and incipient psychotic disorder. (Spain, 2009), Psychosis with coexisting substance misuse (NICE, UK, 2011)	24 artikels uitgesloten obv titel / inhoud en/of taal en/of publicatiedatum Schizophrenia working group (Denmark, 2004) uitgesloten wegens Deens en van 2004, Skitsofrenia (Finland, 2008) uitgesloten wegens Fins, Schizophrenia (CBO, Netherlands, 2005) wegens 2005, The effectiviness of individual therapy and group therapy in the treatment of schizophrenia (Australia, 1999) uitgesloten wegens van 1999, Retningslinjer for behandling av schizofreni (Noorwegen, 2012) uitgesloten wegens in het Noors, Depression (Singapore, 2012) uitgesloten owv titel, Guia de pràctica clínica per a l'atenció al pacient amb esquizofrènia (Spain, 2003) uitgesloten wegens spaans en van 2003, Memòria científica: Convocatòria de recerca en esquizofrènia (Spain, 2005) uitgesloten wegens spaans, Guía de práctica clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente (Spain, 2009) uitgesloten wegens spaans, Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists - Summary Australian and New Zealand Clinical Practice Guideline for the Treatment of Schizophrenia (New Zealand, 2003) uitgesloten wegens van 2003, Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. Second	24/feb/13

				edition. American Psychiatric Association. NGC:003572 (US, 2004) uitgesloten wegens 2004, Multidisciplinaire Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en zorgorganisatie voor mensen met schizofrenie (Nederland, 2005) uitgesloten wegens 2005, Schizophrénies, guide ALD (France, 2007) uitgesloten wegens 2007, Educational interventions for mental health consumers receiving psychotropic medication (Australia, 2006) uitgesloten obv titel, Off-Label Use of Atypical Antipsychotic Drugs (US, 2007) uitgesloten obv titel, Revisión de los tratamientos psicológicos en primeros episodios psicóticos (Spain, 2009) uitgesloten wegens spaans, Comparación de la eficacia de las formas farmacéuticas de liberación retardada (depot) versus las formas farmacéuticas orales de los antipsicóticos (típicos y atípicos), comercializados en Cataluña, en pacientes con un diagnóstico de esquizofrenia (Spain, 2009) uitgesloten wegens spaans, Occupational therapy practice guidelines for adults with serious mental illness. (US, 2012) uitgesloten obv titel, Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave (Spain, 2009) uitgesloten wegens spaans, Efficacy and Comparative Effectiveness of Off-Label Use of Atypical Antipsychotics (AHRQ Research Review) (US, 2007) uitgesloten obv titel, Use of psychiatric medications during pregnancy and lactation. (US, 2008) uitgesloten obv titel, Mental health disorders among substance-using HIV-	

				infected patients. (US, 2008) uitgesloten obv titel, Seguimiento grupal de pacientes psicóticos en la Red Pública de salud mental de la Comunidad Autónoma Vasca (Spain,2009) uitgesloten wegens spaans, Dangerosité psychiatrique: étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur. (France, 2011) uitgesloten obv titel	
Guideline.gov	schizophrenia	31			24/feb/13
	schizophrenia + publication year (2008-2013)	17	2 artikels weerhouden Occupational therapy practice guidelines for adults with serious mental illness. (2012), Psychosis with coexisting substance misuse. Assessment and management in adults and young people. (2011),	15 artikels uitgesloten obv titel / inhoud Self-harm: longer-term management. (2011) uitgesloten obv titel, Management of perinatal mood disorders. A national clinical guideline. (2012) uitgesloten obv titel, Mental illness & stress (2011) uitgesloten obv titel, Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder, third edition (2010) uitgesloten obv titel, Advanced reproductive age and fertility (2011) uitgesloten obv titel, Hydration management (2011) uitgesloten obv titel, Best evidence statement (BESt). Screening of children and adolescents for major depressive disorder (MDD). (2010) uitgesloten obv titel, Hormonal testing and pharmacologic treatment of erectile dysfunction (2009) uitgesloten obv titel, Addressing viral hepatitis in people with substance use disorders (2011) uitgesloten obv titel, Best evidence statement (BESt). Treatment of children and adolescents with major depressive disorder (MDD) during the acute phase. (2010) uitgesloten obv titel, Autism. Recognition, referral	24/feb/13

				and diagnosis of children and young people on the autism spectrum (2011) uitgesloten obv titel, Autism: recognition, referral, diagnosis and management of adults on the autism spectrum (2012) uitgesloten obv titel, Common mental health disorders. Identification and pathways to care (2011) uitgesloten obv titel, Healthy lifestyles (2008) uitgesloten obv titel, American Association of Clinical Endocrinologists medical guidelines for clinical practice for developing a diabetes mellitus comprehensive care plan. (2011) uitgesloten obv titel	
Evidence.nhs.uk	schizophrenia	7225			24/feb/13
	schizophrenia + area of interest (clinical)	2190			24/feb/13
	schizophrenia + area of interest (clinical) + types of information (guidelines)	188			24/feb/13
	schizophrenia + area of interest (clinical) + types of information (guidelines) + Clinical queries (therapy)	89			24/feb/13

	schizophrenia + area of interest (clinical) + types of information (guidelines) + Clinical queries (therapy) + Published date (last 3 years)	35	4 artikels weerhouden Psychosis And Schizophrenia In Children And Young People (NICE, 2013), Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia (British, 2011), Psychosis and schizophrenia in children and young people (NICE, 2013), Psychosis with coexisting substance misuse (NICE, 2011),	31 artikels uitgesloten obv titel / inhoud Schizophrenia aripiprazole: guidance (NICE,2011) uitgesloten obv titel wegens te specifiek, Antenatal and postnatal mental health (NICE, 2012) uitgesloten obv titel, Occupational therapists' use of occupation-focused practice in secure hospitals (British, 2012) uitgesloten obv titel, Self-harm (NICE, 2011) uitgesloten obv titel, Autism in adults (NICE, 2012) uitgesloten obv titel, Depression with a chronic physical health problem (NICE, 2012) uitgesloten obv titel, Delirium (CKS, 2011) uitgesloten obv titel, Diabetes type 1 (CKS, 2010) uitgesloten obv titel, Chronic obstructive pulmonary disease (CKS, 2010) uitgesloten obv titel, Alcohol-use disorders (NICE, 2010) uitgesloten obv titel, Service user experience in adult mental health (NICE, 2011) uitgesloten obv titel, Constipation in children (CKS, 2010) uitgesloten obv titel, Post-traumatic stress disorder (CKS, 2010) uitgesloten obv titel, Management of obesity (Scottish, SIGN, 2010) uitgesloten obv titel, Delirium (NICE, 2010) uitgesloten obv titel, Hepatitis C (CKS, 2010) uitgesloten obv titel, Dementia (CKS, 2010) uitgesloten obv titel, Antenatal and postnatal mental health (NICE, 2013) uitgesloten obv titel, BAP updated guidelines: evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: recommendations from BAP (British, 2012) uitgesloten	24/feb/13

				obv titel, European Psychiatric Association (EPA) guidance on prevention of mental disorders (2012) uitgesloten obv titel, Self-harm: suicide and risk (2010) uitgesloten obv titel, Depression (NICE, 2013) uitgesloten obv titel, Mental capacity Act 2005 (2013) uitgesloten obv titel, Clinical Guidelines and Integrated Care Pathways for the Oral Health Care of People with Learning Disabilities (British, 2012) uitgesloten obv titel, Clinical Guidelines and Integrated Care Pathways for the Oral Health Care of People with Learning Disabilities (Royal college of surgeons, 2012) uitgesloten obv titel, Diagnosis and treatment of hyperprolactinemia (2011) uitgesloten obv titel, UK guidelines on the management of iron deficiency in pregnancy (British, 2011) uitgesloten obv titel, Whole blood and component donor selection guidelines (UK, 2010) uitgesloten obv titel, NHMRC guidelines for the screening, prognosis, diagnosis, management and prevention of glaucoma (2010) uitgesloten obv titel, MARSIPAN: Management of really sick patients with anorexia nervosa (2010) uitgesloten obv titel, British Association for Psychopharmacology consensus statement on evidence-based treatment of insomnia, parasomnias and circadian rhythm disorders (British, 2010) uitgesloten obv titel	
Trip Database	schizophrenia	11375			25/feb/13
	schizophrenia + from 2009-2013	6052			25/feb/13

	schizophrenia + from 2009-2013 + guidelines UK	42	5 artikels weerhouden Psychosis and schizophrenia in children and young people (NICE, 2013), Schizophrenia Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care (NICE, 2009), Schizophrenia (Map of medicine, 2011), schizophrenia (Prodigy, 2009), Psychosis with coexisting substance misuse (NICE, 2011),	37 artikels uitgesloten obv titel / inhoud Autism (NICE, 2012) uitgesloten obv titel, improving the experience of care for people using adult NHS mental health services (NICE, 2011) uitgesloten obv titel, Self-harm (NICE, 2011) uitgesloten obv titel, Autism (NICE, 2011) uitgesloten obv titel, Management of perinatal mood disorders (SIGN, 2012) uitgesloten obv titel, Delirium (NICE, 2010), Clinical Guidelines and Integrated Care Pathways for the Oral Health Care of People with Learning Disabilities (England, 2012) uitgesloten obv titel, Independent advocacy for people with mental disorder (2012) uitgesloten obv titel, Asthma (Prodigy, 2011) uitgesloten obv titel, Delirium (Prodigy, 2011) uitgesloten obv titel, Diabetes type 1 (Prodigy, 2010) uitgesloten obv titel, Chronic obstructive pulmonary disease (Prodigy, 2010) uitgesloten obv titel, Dementia (Prodigy, 2010) uitgesloten obv titel, Glandular fever (Prodigy, 2010) uitgesloten obv titel, Depression (Prodigy, 2010) uitgesloten obv titel, Depression (NICE, 2009) uitgesloten obv titel, Substance Misuse Detainees in Police Custody (2011) uitgesloten obv titel, Developing services to improve the quality of life of young people with neurodevelopmental disorders, emotional/neurotic disorders and emerging personality disorder (2011) uitgesloten obv titel, Outcome measures recommended for use in adult psychiatry (2011) uitgesloten obv titel, Management of Women with Mental Health Issues during	25/feb/13

				Pregnancy and the Postnatal Period (2011) uitgesloten obv titel, Management of obesity (SIGN, 2010), Occupational therapists' use of occupation-focused practice in secure hospitals (British, 2012) uitgesloten obv titel, Angina (Prodigy, 2009)uitgesloten obv titel, Insomnia (Prodigy, 2009) uitgesloten obv titel, Hypertension (Prodigy, 2009) uitgesloten obv titel, Chronic Kidney disease (Prodigy, 2009) uitgesloten obv titel, Stroke and TIA (Prodigy, 2009) uitgesloten obv titel, Bipolar disorder (Prodigy, 2009) uitgesloten obv titel, No health without public mental health (2010) uitgesloten obv titel, Dignity in health care for people with learning disabilities (2010) uitgesloten obv titel, Quality and Outcomes Framework (UK, 2011) uitgesloten obv titel, Management of attention deficit and hyperkinetic disorders in children and young people (SIGN, 2009) uitgesloten obv titel, Psychiatric services for Black and minority ethnic older people (2009) uitgesloten obv titel, Mental health in children and young people (2009) uitgesloten obv titel, Advice on the safe introduction and continued use of isotretinoin in acne (UK, 2010) uitgesloten obv titel, mhGAP Intervention Guide (UK, 2009) uitgesloten obv titel, Integrating mental health into primary care (UK, 2009) uitgesloten obv titel	
	schizophrenia (title only)	5309			3/mrt/13
	schizophrenia (title only) (2009-2013)	2025			

	schizophrenia (title only) (2009-2013, Guidelines)	11	11 artikels weerhouden Psychosis and schizophrenia: recognition and management of psychosis and schizophrenia in children and young people (NICE, 2013), Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care (update) (NICE, 2009), Schizophrenia (2011, UK), Schizophrenia (Prodigy, 2009, UK), Clinical practice guideline for schizophrenia and incipient psychotic disorder. (NGC, 2012), Guideline Summary: Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. Second edition. (American, 2013), Guideline Summary: Schizophrenia. Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care. (2013), Guideline Summary: Clinical practice guideline for schizophrenia and incipient psychotic disorder. (2013), Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. Second edition. [American Psychiatric Association] (American, 2012), Schizophrenia. Core	0 artikels uitgesloten	

			interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care. (NGC, 2011), Clinical Practice Guideline for Schizophrenia and Incipient Psychotic Disorder (2009)		
KCE	schizophrenia	7	0 artikels weerhouden	7 artikels uitgesloten obv titel / inhoud Performance of the Belgian Health System. Report 2012 (KCE, 2013) uitgesloten obv titel, Position paper : organisation of care for chronic patients in Belgium (KCE, 2012) uitgesloten obv titel, [Organization of mental health care for persons with severe and persistent mental illness. What is the evidence? (KCE, 2010) uitgesloten obv titel, Impact of academic detailing on primary care physicians (KCE, 2010) uitgesloten obv titel, Pharmaceutical and non-pharmaceutical interventions for Alzheimer's Disease, a rapid assessment (KCE, 2009) uitgesloten obv titel, The value of EEG and evoked potentials in clinical practice (KCE, 2009) uitgesloten obv titel, Long stay patients in psychiatry T-beds (KCE, 2008) uitgesloten obv titel	26/feb/13
HGR-CSS	schizofrenie	6	0 artikels weerhouden	6 artikels uitgesloten obv titel / inhoud Psychotherapieën: definitie, praktijk, erkenningsvoorwaarden (juni 2005) (HGR 7855) uitgesloten obv titel en van 2005, De impact van psychofarmaca op de gezondheid met een bijzondere aandacht voor ouderen (juli 2011) (HGR 8571) uitgesloten obv titel, Risico's van alcoholgebruik voor en tijdens de	26/feb/13

				zwangerschap en gedurende de borstvoedingsperiode (maart 2009, HGR) uitgesloten obv titel., Gezamenlijk advies over de zorgverlening in het kader van het “Chronische vermoeidheidsyndroom (CVS)” in België (september 2008, HGR) uitgesloten obv titel, Kinderen en jongeren: gedragsstoornissen in context. Uitgebreide brochure. (maart 2011, HGR) uitgesloten obv titel, Kinderen en jongeren: gedragsstoornissen in context (maart 2011, HGR) uitgesloten obv titel.	
	schizophrenia	49	0 artikels weerhouden	49 artikels uitgesloten obv titel / inhoud COMBI_DSM_n5, Cannabis 2002 Report, Studie Langverblijvende psychiatrische patiënten in T-bedden, Eindrapport BEST-project, Prevalentie ziektebeelden, Presentatie M. De Hert, GENEVE add 4 global, Brochure 'Organisatie en financiering van de geestelijke gezondheidszorg' 24/11/11, Psychotherapieën: definitie, praktijk, erkenningsvoorwaarden (juni 2005) (HGR 7855), Geïntegreerde behandeling van patiënten in het algemeen ziekenhuis (augustus 2007) (HGR 8156), Cognitive test for delirium, Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological, Cognitive test for delirium, Guideline Diabetes, ICD-9-CM Internationale classificatie van Ziekten en Ingrepen: codeerhandboek (november 2003), ITHACA Eindrapport April 2010, état de la bouche2, Prevalentie ziektebeelden 2009-2010, Ondersteuning huisartsen, eerstelijnhulp inzake geestesgezondheid (april	3/mrt/13

				2005) (HGR 7814), Ontslagmanagement in belgische ziekenhuizen, Actualiseren van de bestaande BeST-databank & Aanvullen van de bestaande BeST-databank met nieuwe schalen, Eindrapport Evaluatie, vertaling en ter beschikking stellen van gefundeerde richtlijnen voor het verpleegkundige beroepsveld: project 1, Medication Management Ability Assessment, DSM-IV-code combinaties in de beëindigde verblijven 2004, Risico's van alcoholgebruik voor en tijdens de zwangerschap en gedurende de borstvoedingsperiode (maart 2009) (HGR 8462), Voordracht door prof. Muijen mei 2005.pdf, European Health Report 2002, M. Malone : Universiteit antwerpen, Using Economics for Making a Case, Gezamenlijk advies over de zorgverlening in het kader van het "Chronische vermoeidheidsyndroom (CVS)" in België (september 2008) (HGR 8338) [Bijlage 1 t/m 6], Global Assessment of Functioning en medisch-psychiatrische behandelingsduur, De plaats van de psychiatrische pleegzorg binnen het toekomstige GGZ-beleid, Studie 'Spoedeisende psychiatrische hulp voor kinderen en adolescenten', KCE Studie - Medication USE in rest and nursing homes.pdf, Kinderen en jongeren: gedragsstoornissen in context. Uitgebreide brochure. (maart 2011) (HGR 8325), KCE.Geneesmiddelengebruik in de belgische rusthuizen en rust- en verzorgningtehuizen, Mini Mental State Examination, The Memorial	

				Delirium Assessment Scale, Kinderen en jongeren: gedragsstoornissen in context (maart 2011) (HGR 8325), Hervormingen in de geestelijke gezondheidszorg: evaluatieonderzoek 'therapeutische projecten' - eerste tussentijds rapport (KCE reports 103A), Hervormingen in de geestelijke gezondheidszorg : evaluatieonderzoek 'therapeutische projecten' (KCE reports 146A), LAUSANNE add 3 global, BIRMINGHAM CRHT global, BIRMINGHAM AOT global, Modified Mini Mental State Examination, The Memorial Delirium Assessment Scale, Guideline Desorientation, Best practice guideline for the subcutaneous administration of insulin in adults with type 2 diabetes, The Diagnostic Inventory for Depression,	
Minerva	schizofrenie	8	3 artikels weerhouden, Heeft het gebruik van antipsychotica een impact op de mortaliteit bij mensen met schizofrenie? (2010), Effectiviteit van antipsychotica bij schizofrenie (2006), Atypische antipsychotica bij schizofrenie (2002)	5 artikels uitgesloten obv titel / inhoud, Werkzaamheid en doeltreffendheid van atypische antipsychotica bij volwassenen voor niet-geregistreerde indicaties (2012), Doet aanhoudend cannabisgebruik de incidentie van persisterende psychotische symptomen toenemen? (2011), Fysieke activiteit vertraagt de cognitieve achteruitgang? (2009), Veroorzaakt cannabisgebruik psychose en depressie? (2008), Sint-janskruid versus paroxetine bij matige tot ernstige majeure depressie (2006),	3/mrt/13
	schizophrenia	7	3 artikels weerhouden, Heeft het gebruik van antipsychotica een impact op de mortaliteit bij mensen met schizofrenie? (2010),	4 artikels uitgesloten obv titel / inhoud, Doet aanhoudend cannabisgebruik de incidentie van persisterende psychotische symptomen toenemen? (2011), Veroorzaakt cannabisgebruik	

			Effectiviteit van antipsychotica bij schizofrenie (2006), Atypische antipsychotica bij schizofrenie (2002)	psychose en depressie? (2008), Is er een plaats voor atypische neuroleptica bij dementie? (2005), Editoriaal: Evidence-Based Medicine als uitdaging voor artsen en overheid (2002),	
Farmaka	schizofrenie	0			3/mrt/13
Riziv	schizofrenie	0			3/mrt/13
Bcfi	schizofrenie (folia)	7	6 artikels weerhouden, Nieuwigheden 2007: stand van zaken 5 jaar later (2013), Antipsychotica: recente gegevens over doeltreffendheid en ongewenste effecten (2009), Recente informatie (2009), Klassieke versus atypische antipsychotica in de behandeling van schizofrenie (2006), Recente informatie september 2005, Hoelang moet men profylactisch antispychotica verder geven na een eerste episode van psychose? (1999)	1 artikel uitgesloten, Recente informatie maart-april-mei 2007 uitgesloten owv update aanwezig,	3/mrt/13
	schizofrenie (repertorium)	3	3 'artikels' weerhouden Zenuwstelsel / Antipsychotica (10.2.), Zenuwstelsel / Antipsychotica / Benzamides(10.2.3.), Zenuwstelsel / Antipsychotica / Andere antipsychotica (10.2.4.),	0 'artikels' uitgesloten	3/mrt/13
	schizofrenie (transparantiefiches)	3	0 'artikels' weerhouden	3 'artikels' uitgesloten obv titel / inhoud Algemene update lente 2011, Rookstop, Slapeloosheid lang,	3/mrt/13
FOD Volksgezondheid	schizofrenie	0			3/mrt/13
	schizophrenia	0			3/mrt/13

Bijlage 2: Stap 3: Screenen van richtlijnen

Stap 3: Screen gevonden richtlijnen (max. 7)

	Richtlijntitel/titel Belgische EBM-informatie	Organisatie	Land	Publicatie-jaar	Url of link document	Periode waarin naar literatuur werd gezocht	Evaluatie			
							Bron geselecteerd	Bron uitgesloten	Reden voor exclusie	Commentaar
Total:							**5**	**11**		
	Schizophrenia	MoH (SG) - Ministry of Health	Singapore	2011	URL niet kunnen openen	???	0	1	URL niet kunnen openen	
	Schizophrenia	**Prodigy**	**UK**	**2009**	http://cks.nice.org.uk/schizophrenia	**1996-2009**	**0**	**1**	**Guideline is gebaseerd op NICE guideline: Schizophrenia core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care (updated editon 2009)**	
	Schizophrenia (update)	NICE	UK	2013			0	1	Update verschijnt pas in juni 2013.	Voorlopig verder werken met guideline uit 2009.
	Psychosis and schizophrenia in children	**NICE**	**UK**	**2013**	http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/14021/62392/62392.pdf	**1975-2012**	**1**	**0**		

	and young people									
	Management of schizophrenia in adults	**HTA-DoH (MY) - HTA Unit, Ministry of Health**	**Malaysia**	**2009**	**http://www.moh.gov.my/v/mhe**	**1998-2008**	**1**	**0**		richtlijn al meer dan 5 jaar oud
	Schizophrenie - Kurzfassung. S3-LL (DGPPN)	AWMF (DE) - Association of Scientific Medical Societies	Germany	2012	http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-009k_S3_Schizophrenie_01.pdf		0	1	Uitgesloten wegens duitstalig + laatste versie dateert uit 2005	
	Psychosocial interventions in the management of schizophrenia	SIGN	UK	2013	http://www.sign.ac.uk/pdf/sign30.pdf	1972-1998	0	1	dateert van 1998	Update in de maak voor juni 2013
	Clinical practice guideline for schizophrenia and incipient psychotic disorder	**AHRQ (US) - Agency for Healthcare Research and Quality**	**Spain**	**2009**	**http://www.guideline.gov/content.aspx?id=34115 http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/cpg_schizophrenia_cahta2009.pdf**	**2002-2007**	**0**	**1**	**Guideline is gebaseerd op NICE guideline: Schizophrenia. Full national clinical guideline on core interventions in primary and secondary care. (2003) (Hiervan bestaat reeds een update - 2009)**	
	Psychosis with coexisting	**NICE**	**UK**	**2011**	**http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13414/53691/53691.pdf**	**1973-2011**	**1**	**0**		

	substance misuse									
	Occupational therapy practice guidelines for adults with serious mental illness.	AHRQ (US) - Agency for Healthcare Research and Quality	US	2012	http://www.guideline.gov/content.aspx?id=38528	2012	0	1	uitsluiten want niet enkel over schizofrenie maar over verschillende psychiatrische aandoeningen	
	Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia	**British Association for Psychopharmacology**	**UK**	**2011**	**http://www.bap.org.uk/pdfs/Schizophrenia_Consensus_Guideline_Document.pdf**	**1978-2010**	**1**	**0**		
	Schizophrenia Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care	**NICE**	**UK**	**2009**	http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11786/43608/43608.pdf http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11786/43607/43607.pdf (full version)	1911-2009	**1**	**0**		
	Schizophrenia	Map of Medicine	UK	2011			0	1	Guideline enkel toegankelijk voor inwoners uit Engeland of Wales	
	Guideline Summary: Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. Second	American Psychiatric Association	USA	2013	http://guideline.gov/content.aspx?f=rss&id=5217		0	1	Exclusie wegens publicatie jaar 2004 (gedateerd)	

edition.									
Guideline Summary: Schizophrenia. Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care. (2013)	NGC	US	2013	http://guideline.gov/content.aspx?f=rss&id=14313	2009	0	1	is idem aan rij 16	
Guideline Summary: Clinical practice guideline for schizophrenia and incipient psychotic disorder.	NGC	US	2013	http://guideline.gov/content.aspx?f=rss&id=34115	2009	0	1	is idem aan rij 12	
Heeft het gebruik van antipsychotica een impact op de mortaliteit bij mensen met schizofrenie?	Minerva	België	2010	http://www.minerva-ebm.be/nl/article.asp?id=1968	1996-2010	0	0	geen guideline	wel weerhouden als achtergrondinformatie, Betreft klinische vraag: Welke medicamenteuze behandeling in de opvolgingsfase bij een patiënt met schizofrenie?

						0	0		wel weerhouden als achtergrondinformatie, Betreft klinische vraag: Welke medicamenteuze behandeling in de opvolgingsfase bij een patiënt met schizofrenie?
Effectiviteit van antipsychotica bij schizofrenie	Minerva	België	2006	http://www.minerva-ebm.be/nl/article.asp?id=1163	2004-2006	0	0	geen guideline	wel weerhouden als achtergrondinformatie, Publicatiedatum: 2002 Betreft klinische vraag: Welke medicamenteuze behandeling in de acute fase/opvolgingsfase bij een patiënt met schizofrenie?
Atypische antipsychotica bij schizofrenie	Minerva	België	2002	http://www.minerva-ebm.be/nl/article.asp?id=596	1999-2002	0	0	geen guideline	wel weerhouden als achtergrondinformatie
Nieuwigheden 2007: stand van zaken 5 jaar later	BCFI (folia)	België	2013	http://www.bcfi.be/Folia/index.cfm?FoliaWelk=F40N01B&keyword=schizofrenie	???			geen guideline	

						0	0		wel weerhouden als achtergrondinformatie, Betreft klinische vraag: Welke medicamenteuze behandeling in de opvolgingsfase bij een patiënt met schizofrenie?
Langetermijnbehandeling met antipsychotica bij patiënten met schizofrenie	BCFI (folia)	België	2013	http://www.bcfi.be/Folia/index.cfm?FoliaWelk=F40N03B&keyword=schizofrenie	???			geen guideline	
Antipsychotica: recente gegevens over doeltreffendheid en ongewenste effecten	BCFI (folia)	België	2009	http://www.bcfi.be/Folia/index.cfm?FoliaWelk=F36N06B&keyword=schizofrenie	???	0	0	geen guideline	wel weerhouden als achtergrondinformatie
Recente informatie	BCFI (folia)	België	2009	http://www.bcfi.be/Folia/index.cfm?FoliaWelk=F36N04C&keyword=schizofrenie	???	0	0	geen guideline	wel weerhouden als achtergrondinformatie
Klassieke versus atypische antipsychotica in de behandeling van schizofrenie	BCFI (folia)	België	2006	http://www.bcfi.be/Folia/index.cfm?FoliaWelk=F33N02B&keyword=schizofrenie	???	0	0	geen guideline	wel weerhouden als achtergrondinformatie
Recente informatie september 2005	BCFI (folia)	België	2005	http://www.bcfi.be/Folia/index.cfm?FoliaWelk=F32N10C&keyword=schizofrenie	???	0	0	geen guideline	wel weerhouden als achtergrondinformatie
Hoelang moet men profylactisch antispychotica verder geven na	BCFI (folia)	België	1999	http://www.bcfi.be/Folia/index.cfm?FoliaWelk=F26N04D&keyword=schizofrenie	???			geen guideline	wel weerhouden als achtergrondinformatie

een eerste episode van psychose?						0	0		wel	
Zenuwstelsel / Antipsychotica (10.2.),	BCFI (repertorium)	België	2013	http://www.bcfi.be/ggr/index.cfm?ggrWelk=/GGR/MPG//MPG_JB.cfm&keyword=schizofrenie	???			geen guideline	weerhouden als achtergrondinformatie	
Zenuwstelsel / Antipsychotica / Fenothiazinen en thioxanthenen (10.2.1)	BCFI (repertorium)	België	2013	http://www.bcfi.be/ggr/index.cfm?ggrWelk=/GGR/MPG//MPG_JBD.cfm&keyword=schizofrenie	???	0	0	geen guideline	wel weerhouden als achtergrondinformatie	
Zenuwstelsel / Antipsychotica / Butyrofenonen en difenylpiperidinen (10.2.2)	BCFI (repertorium)	België	2013	http://www.bcfi.be/ggr/index.cfm?ggrWelk=/GGR/MPG//MPG_JBD.cfm&keyword=schizofrenie	???	0	0	geen guideline	wel weerhouden als achtergrondinformatie	
Zenuwstelsel / Antipsychotica / Benzamides(10.2.3.),	BCFI (repertorium)	België	2013	http://www.bcfi.be/ggr/index.cfm?ggrWelk=/GGR/MPG//MPG_JBC.cfm&keyword=schizofrenie	???	0	0	geen guideline	wel weerhouden als achtergrondinformatie	
Zenuwstelsel / Antipsychotica / Andere antipsychotica (10.2.4.),	BCFI (repertorium)	België	2013	http://www.bcfi.be/ggr/index.cfm?ggrWelk=/GGR/MPG//MPG_JBD.cfm&keyword=schizofrenie	???			geen guideline	wel weerhouden als achtergrondinformatie	

Bijlage 3: Stap 4.1: Evalueren van richtlijnen met AGREE II

STAP 4.1 Beoordeel geselecteerde richtlijnen met AGREE II

RICHTLIJN TITEL: Psychosis and schizophrenia in children and young people (NICE)

	Item	Evaluator 1	Evaluator 2		major remarks
Scope and purpose	1	7	7	7	
	2	7	7	7	
	3	7	7	7	
TOTAAL /21		21	21	21	
Stakeholder involvement	4	6	6	6	
	5	7	7	7	
	6	7	7	7	
TOTAAL /21		20	20	20	
Rigour of development	7	7	7	7	
	8	7	7	7	
	9	7	7	7	
	10	7	7	7	
	11	7	7	7	
	12	7	7	7	
	13	5	5	5	wel externe experts, maar verder niet beschreven wat zij doen
	14	1	1	1	
TOTAAL /56		48	48	48	
Clarity and presentation	15	7	7	7	
	16	7	7	7	
	17	5	7	7	na bespreking toch maximale score
TOTAAL /21		19	21	21	
Applicability	18	1	1	1	
	19	1	2	2	omwille van een aanwezige samenvatting van alle aanbevelingen
	20	7	7	7	
	21	1	4	4	omwille van aanwezigheid tabel rond metabole controle
TOTAAL /28		10	14	14	
Editorial independence	22	7	4	4	Vermelding van de medewerking van de farmaceutische industrie bij stakeholders
	23	7	5	5	geen beschrijving van hoe de 'conflict in interest' de guideline hebben beïnvloed
TOTAAL /14		14	9	9	

OVERALL ASSESSMENT	6	6	6	**REMARKS**
Strongly recommend	**v**	**v**	**v**	
Recommend (with provisos / alterations)				
Would not recommend				
Unsure				

Uitgesloten wegens doelgroep tot maximum 18 jaar,
ondanks de beste AGREE-score en het feit dat de richtlijn heel concrete, gedetailleerde en uitgebreide info geeft i.v.m. al onze klinische vragen.

RICHTLIJN TITEL: Management of schizophrenia in adults (HTA-DoH (MY) - HTA Unit, Ministry of Health)

	Item	Evaluator 1	Evaluator 2		major remarks
Scope and purpose	1	7	5	6	
	2	7	5	6	
	3	6	7	6	Geen leeftijd van begin volwassene aangegeven (18j?)
TOTAAL /21		20	17	18	
Stakeholder involvement	4	6	5	5	Geen methodologische expert aanwezig, geen specifieke commentaar bij ieders taak
	5	1	1	1	niet gevonden
	6	7	7	7	
TOTAAL /21		14	13	13	
Rigour of development	7	7	5	6	
	8	1	2	1	
	9	2	1	2	
	10	2	1	1	
	11	5	6	6	
	12	5	4	4	referenties wel terug te vinden, maar niet duidelijk gegroepeerd per aanbeveling
	13	4	4	4	geen methode beschreven, geen gedetailleerde info
	14	6	4	5	Geen methode beschreven voor de herziening
TOTAAL /56		32	27	29	
Clarity and presentation	15	7	5	5	soms ook enkele vage aanbevelingen
	16	7	5	6	
	17	7	7	7	
TOTAAL /21		21	17	18	
Applicability	18	1	1	1	
	19	4	7	6	er zijn wel zeer duidelijke algoritmen te vinden
	20	1	1	1	
	21	3	5	4	
TOTAAL /28		9	14	12	
Editorial independence	22	7	7	7	
	23	1	2	2	conflicts of interest' niet beschreven, enkel aandelen vermeld
TOTAAL /14		8	9	9	

OVERALL ASSESSMENT	5	4	4	**REMARKS**
Strongly recommend				
Recommend (with provisos / alterations)	**v**	v	v	
Would not recommend				
Unsure				

Uitgesloten wegens zwakke 'rigour of development' (score 29), namelijk: de methodes en criteria waarmee naar ondersteunende literatuur werd gezocht zijn niet systematisch beschreven (tool 8 en 9), er is geen gedetailleerde procedure beschreven voor herziening van de richtlijn en het verband tussen onderliggend bewijsmateriaal en de uiteindelijk geformuleerde aanbeveling is slechts matig duidelijk. Verder had men toch meer doorgedreven kunnen nadenken over praktische toepasbaarheid en haalbaarheid van de richtlijn (o.a. item 20: geen hoofdstuk aanwezig over kostenimplicaties van de geformuleerde adviezen en item 18: geen praktijkgerichte adviezen of hulpmiddelen naar toepassing in de praktijk toe). Uiteindelijk heeft vooral de vrij zwak scorende methodologie doorgewogen in ons besluit de richtlijn niet te weerhouden als basis voor verdere adaptatie.

RICHTLIJN TITEL: Psychosis with coexisting substance misuse (NICE)

	Item	Evaluator 1	Evaluator 2		major remarks
Scope and purpose	1	7	7	7	
	2	7	7	7	
	3	7	7	7	
TOTAAL /21		21	21	21	
Stakeholder involvement	4	7	6	6	
	5	1	3	1	
	6	7	7	7	
TOTAAL /21		15	16	14	
Rigour of development	7	5	7	6	meer info ivm zoekstrategie en zoektermen op cd-rom
	8	7	7	7	
	9	1	4	2	g in 'from evidence to recommendations' over tekortkomingen van studies, geen uitgebreide discussie of oplijsting van items die beter best
	10	7	4	5	Uitgebreide beschrijvingen, soms vage/beperkte info over hoe consensus wordt bereikt (bvb 'through discussion')
	11	6	5	5	toepassing, wel wordt discussie geopend over behandeling voor schizofrenie of voor abusus op te starten, verdere verwijzing naar andere g
	12	6	7	6	
	13	6	6	6	
	14	2	2	2	wanneer revisie?, wel beschreven wat moet onderzocht worden
TOTAAL /56		40	42	39	
Clarity and presentation	15	7	4	5	nderwerp, maar soms toch zeer vaag (waarschuw ivm interacties tussen medicaties en drugs, vanaf wanneer? Welke effecten? Welke drug
	16	7	4	5	zie boven
	17	7	7	7	
TOTAAL /21		21	15	17	
Applicability	18	1	4	3	belichting van problemen voor toepasbaarheid (bvb. in UK: psychose en abusus in aparte centra behandeld, discussie over geïntegreerde
	19	2	4	3	samenvatting aanwezig, aparte documenten voor handiger gebruik clinicus, geen patient leaflet
	20	7	7	7	een volledige economische studie is aanwezig
	21	1	1	1	geen concrete parameters, richtlijn blijft algemeen
TOTAAL /28		11	16	14	
Editorial independence	22	7	7	7	gefinancierd door NICE
	23	7	7	7	
TOTAAL /14		14	14	14	

OVERALL ASSESSMENT	6	5	5	**REMARKS**
Strongly recommend				
Recommend (with provisos / alterations)	**v**	v	v	
Would not recommend				
Unsure				

Ondanks de vrij goede AGREE-scores en de vrij goede globale
score hebben we beslist deze richtlijn niet te weerhouden. Dit owv twee redenen: (1) beperkte of zelfs afwezige informatie betreffende onze klinische vragen en (2) andere doelgroep van de richtlijn (nl. psychose met co-existent middelenmisbruik). I.v.m. punt 1: over medicamenteuze behandeling wordt helemaal geen info gegeven en doorverwezen naar andere richtlijnen. Bijgevolg is er onvoldoende evidentie beschikbaar om klinische vraag 1 (welke medicamenteuze behandeling in de acute fase) en klinische vraag 3 (welke medicamenteuze behandeling in de opvolgingsfase) te adapteren. Over monitoring van metabole complicaties (een zeer belangrijk onderdeel van klinische vraag 4) is evenmin informatie beschikbaar.

RICHTLIJN TITEL: Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia (British Association for Psychopharmacology)

	Item	Evaluator 1	Evaluator 2		major remarks
Scope and purpose	1	7	7	7	
	2	5	7	6	wel topics beschreven, geen expliciete klinische vragen
	3	7	4	5	doelgroep zeer breed omschreven, geen specifiering acute onset zonder diagnose, 'at risk' state, leeftijd, …
TOTAAL /21		19	18	18	
Stakeholder involvement	4	4	3	3	Niet beschreven: plaats, rol in werkgroep…
	5	1	1	1	niet gevonden
	6	7	5	6	
TOTAAL /21		12	9	10	
Rigour of development	7	4	3	3	vage beschrijving, zoektermen, -strategie, -periode?
	8	1	1	1	niet gevonden
udeerd moeten worden	9	1	6	4	vaak vermeld wat bronnen van bias of tekortkomingen van studies zijn
	10	`1	2	1	na discussie en 1 meeting werden conclusies bekomen, geen gestandaardiseerde methode gebruikt
uidelines	11	5	3	4	veel neveneffecten beschreven, maar telkens zeer vaag terug te vinden in uiteindelijke recommendations
	12	6	6	6	
	13	1	1	1	niet gevonden
	14	1	1	1	niet gevonden
TOTAAL /56		19	23	21	
Clarity and presentation	15	7	3	5	vaak vage formulering recommendations
	16	5	6	5	enkel farmacologisch
	17	5	5	5	aanbevelingen wel gegroepeerd in paragraaf, maar geen samenvatting, geen extra visuele aanduiding voor snel doorscrollen richtlijn
TOTAAL /21		17	14	15	
Applicability	18	1	1	1	niet gevonden
	19	1	1	1	niet gevonden
	20	1	1	1	niet gevonden
	21	1	2	1	niet gevonden
TOTAAL /28		4	5	4	
Editorial independence	22	4	3	3	Gedeeltelijk kosten van vergaderingen betaald door farmaceutische firma's
	23	4	3	4	Geen conflicterende belangen aanwezig, maar niet in detail beschreven
TOTAAL /14		8	6	7	

OVERALL ASSESSMENT	4	3	3	**REMARKS**
Strongly recommend				
Recommend (with provisos / alterations)				
Would not recommend	**v**	**v**	**v**	**te weinig informatie beschreven**
Unsure				

Uitgesloten wegens zeer zwakke rigour of development
(score 21): geen methodologie beschreven waarmee naar literatuur werd gezocht noch criteria beschreven waarmee literatuur werd geselecteerd, neveneffecten en nadelen van medicatie slechts beperkt beschreven in uiteindelijke aanbevelingen, geen beoordeling van de methodologie door externe experts, geen beschrijving van een procedure voor herziening van de richtlijn. Geen uitwerking van praktische toepasbaarheid van de richtlijn. Van de 5 weerhouden richtlijnen in dit stadium vonden we deze richtlijn kwalitatief het minst goed scoren. Bovendien ontbrak te veel informatie om ons in staat te stellen onze aanbevelingen te adapteren.

RICHTLIJN TITEL: Schizophrenia Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care (NICE)

	Item	Evaluator 1	Evaluator 2		major remarks
Scope and purpose	1	7	7	7	
	2	7	7	7	
	3	7	7	7	
TOTAAL /21		21	21	21	
Stakeholder involvement	4	7	6	7	
	5	1	1	1	niet gevonden
	6	7	6	6	
TOTAAL /21		15	13	14	
Rigour of development	7	6	6	6	zoektermen?, zoekstrategie?, zoekperiode? (wel bij de aparte topics te vinden)
	8	4	4	4	zeer vage beschrijving (wel bij de aparte topics te vinden)
	9	1	5	3	per onderdeel wel beschrijvingen van tekortkomingen van studies
	10	6	5	5	
	11	6	6	6	
	12	5	5	5	Geen directe links tussen literatuur en aanbevelingen
	13	5	5	5	informatie verkregen van externe experts?
	14	1	1	1	niet gevonden
TOTAAL /56		34	37	35	
Clarity and presentation	15	7	4	5	Veel key recommendations, soms zeer vaag
	16	7	6	6	
	17	7	7	7	
TOTAAL /21		21	17	18	
Applicability	18	1	1	1	niet gevonden
	19	1	3	2	samenvatting aanwezig
	20	6	7	7	economische analyse gebeurd
	21	1	1	1	niet gevonden
TOTAAL /28		9	12	11	
Editorial independence	22	7	7	7	gefinancierd door NICE
	23	7	7	7	
TOTAAL /14		14	14	14	

OVERALL ASSESSMENT	6	5	5	**REMARKS**
Strongly recommend				
Recommend (with provisos / alterations)	**v**	v	v	
Would not recommend				
Unsure				

Bijlage 4: Stap 4.2: Inventarisatie van de inhoud van de aanbevelingen

Duodecim-richtlijn

	Stap 4.2 inhoud van elke aanbeveling		
	Aanbevelingen uit de bronguideline (noteer hier enkel de kernboodschappen/praktijkadviezen; geen randinformatie deze kan in het apart tabblad worden genoteerd)	Grade of recommendation vermeld in de bronguideline	Niveau van evidentie vermeld in de bronguideline
Klinische vraag 1: vb. Welke medicamenteuze behandeling in de acute fase bij een patiënt met schizofrenie?	Antipsychotic drugs are effective in reducing the positive symptoms of schizophrenia. They work less effectively on the negative and cognitive symptoms.	geen	geen
	Severe anxiety may be treated with benzodiazepines (B), for example, diazepam 10–30 mg daily.	geen	GRADE B
	Depression may be treated with antidepressants (B,C), selective serotonin reuptake inhibitors are recommended rather than tricyclic antidepressants.	geen	GRADE B,C
	If the condition has features of schizoaffective disorder, mood stabilising drugs may be added to the medication (e.g. lithium (B) or valproate (C))	geen	GRADE B,C
	The recommended daily dose for the treatment of the first episode of psychosis is equal to chlorpromazine 100–300 mg, perphenazine 8–24 mg, risperidone 2–4 mg (B) or olanzapine 7.5–15 mg (B).	geen	GRADE B
	The recommended daily dose for a recurrent episode of psychosis is equal to chlorpromazine 300–600 mg, perphenazine 24–32 mg, risperidone 4–6 mg or olanzapine 10–30 mg.	geen	geen
	In acute psychosis with agitated behaviour, the recommended treatment is zuclopenthixol 50–100 mg i.m. (D), possibly combined with lorazepam 2–4 mg i.m. or olanzapine 10 mg i.m. If oral medication is an option, the combination of risperidone 2 mg and lorazepam 2 mg may be considered.	geen	GRADE D
	When planning medication, it is important to bear in mind the patient's previous experiences with drug treatment since the susceptibility to different adverse effects varies from patient to patient	geen	geen
	The lowest effective daily dose should be sought by gradually changing the dose; this will avoid the emergence of drug-induced adverse effects and improve compliance.	geen	geen
	Acute neurological adverse effects caused by antipsychotic drugs should be treated with an anticholinergic antiparkinsonian drug (e.g. 2–6 mg biperiden) whereupon the antipsychotic drug or its dosing is changed so that the adverse effects stay away and the antiparkinsonian drug is no more needed.	geen	geen

Klinische vraag 2: Welke niet-medicamenteuze aanpak bij een patiënt met schizofrenie?	Individualised care plan: The care plan is written in co-operation with the patient and his/her family. The care plan should be reviewed annually.	geen	geen
	The family and close social network of a patient with acute psychosis should be included in the care as early as possible. Appropriate support and care is also arranged for the children in the family. (C)	geen	GRADE C
	A psychoeducational approach for family and patient. (B)	geen	GRADE B
	The cornerstone of the treatment and rehabilitation is a long-term, understanding and confidential therapeutic relationship.	geen	geen
	Cognitive behaviour therapy for the patient. (C)	geen	GRADE C
	Combining psychosocial therapies to the drug treatment will alleviate symptoms, improve the patient's psychosocial functioning as well as prevent new episodes of psychosis and hospitalisation.	geen	geen
	Training of social skills improves social ability and social functioning in a patient with schizophrenia.	geen	geen
	Supported employment may improve the patient's opportunities and coping in the open job market. (4,5)	geen	geen

NICE-richtlijn

	Stap 4.2 inhoud van elke aanbeveling		
	Aanbevelingen uit de bronguideline (noteer hier enkel de kernboodschappen/praktijkadviezen; geen randinformatie - deze kan in het apart tabblad worden genoteerd)	Grade of recommendation vermeld in de bronguideline	Niveau van evidentie vermeld in de bronguideline
Klinische vraag 1: vb. Welke medicamenteuze behandeling in de acute fase bij een patiënt met schizofrenie?	For people with newly diagnosed schizophrenia, offer oral antipsychotic medication. Provide information and discuss the benefits and side-effect profile of each drug with the service user. The choice of drug should be made by the service user and healthcare professional together, considering: ? the relative potential of individual antipsychotic drugs to cause extrapyramidal side effects (including akathisia), metabolic side effects (including weight gain) and other side effects (including unpleasant subjective experiences)	Geen	Geen
	For people with an acute exacerbation or recurrence of schizophrenia, offer oral antipsychotic medication. The choice of drug should be influenced by the same criteria recommended for starting treatment (see above). Take into account the clinical response and side effects of the service user's current and previous medication.	Geen	Geen
	At the start of treatment give a dose at the lower end of the licensed range and slowly titrate upwards within the dose range given in the BNF (British National Formulary) or SPC (Summary of Product Characteristics).	Geen	Geen
	Carry out a trial of the medication at optimum dosage for 4 to 6 weeks.	Geen	Geen
	Do not use a loading dose of antipsychotic medication (often referred to as 'rapid neuroleptisation')	Geen	Geen
	Occasionally people with schizophrenia pose an immediate risk to themselves or others during an acute episode and may need rapid tranquillisation.	Geen	Geen
	Do not initiate regular combined antipsychotic medication, except for short periods (for example, when changing medication)	Geen	Geen

Klinische vraag 2: Welke niet-medicamenteuze aanpak bij een patiënt met schizofrenie?	When working with carers of people with schizophrenia: ? provide written and verbal information on schizophrenia and its management, including how families and carers can help through all phases of treatment ? offer them a carer's assessment ? provide information about local carer and family support groups and voluntary organisations, and help carers to access these ? negotiate confidentiality and information sharing between the service user and their carers, if appropriate ? assess the needs of any children in the family, including young carers.	Geen	Geen
	Offer cognitive behavioural therapy (CBT) to all people with schizophrenia.	Geen	Geen
	Offer family intervention to all families of people with schizophrenia who live with or are in close contact with the service user.	Geen	Geen
	Consider offering arts therapies to all people with schizophrenia, particularly for the alleviation of negative symptoms	Geen	Geen
	Do not routinely offer counselling and supportive psychotherapy (as specific interventions) to people with schizophrenia. However, take service user preferences into account, especially if other more efficacious psychological treatments, such as CBT, family intervention and arts therapies, are not available locally.	Geen	Geen
	Do not offer adherence therapy (as a specific intervention) to people with schizophrenia.	Geen	Geen
	Do not routinely offer social skills training (as a specific intervention) to people with schizophrenia.	Geen	Geen

Belgische EBM-informatie

	Welke Belgische bron?	Aanbevelingen/praktijkadviezen uit de Belgische bron	Welke adviezen dienen zeker meegenomen te worden bij adaptatie van de aanbeveling van Duodecim?
Klinische vraag 1: vb. Welke medicamenteuze behandeling in de acute fase bij een patiënt met schizofrenie?	BCFI (repertorium) - 2013	Bij de keuze van het antipsychoticum spelen factoren zoals individuele respons, ongewenste effecten en kostprijs een belangrijke rol. Antipsychotica verschillen onderling qua doeltreffendheid (effect op de positieve, negatieve of depressieve symptomen van schizofrenie) en qua risicoprofiel (extrapiramidale effecten, gewichtstoename, sedatie), maar vergelijkende studies ontbreken. Er zijn geen eenduidige criteria om "klassieke" antipsychotica te onderscheiden van "atypische" antipsychotica. Een duidelijke definitie van atypische antipsychotica ontbreekt; volgens sommigen zou de opdeling in klassieke en atypische antipsychotica moeten worden verlaten	Ja, meenemen.
	BCFI (repertorium) - 2013	Agressiviteit, manische episodes en ernstige agitatie, bv. bij dementie (gedurende een zo kort mogelijke periode); in acute situaties kan parenterale toediening aangewezen zijn	Ja, meenemen.
	BCFI (repertorium) - 2013	Toename van het risico van extrapiramidale symptomen bij associatie met SSRI's, gastroprokinetica of cholinesterase-inhibitoren.	Ja, meenemen.
	BCFI (repertorium) - 2013	De dosis dient zo laag mogelijk te worden gehouden, vooral bij ouderen	Ja, meenemen.
	BCFI (repertorium) - 2013	De posologie die hier gegeven wordt, is alleen als leidraad bedoeld, en moet individueel aangepast worden, op basis van het klinisch antwoord, het optreden van extrapiramidale ongewenste effecten en de graad van sedatie.	Ja, meenemen.
	BCFI (repertorium) - 2013	Indien de dagdosis in 1 gift wordt toegediend, gebeurt dit bij voorkeur 's avonds	Ja, meenemen.
	BCFI (repertorium) - 2013	Benzamides Sulpiride in lage dosis wordt, zonder veel argumenten, voorgesteld bij lichte depressies en psychosomatische klachten; in hoge doses kan het gebruikt worden bij schizofrenie en andere psychotische stoornissen. Amisulpride, dat verwant is aan sulpiride, wordt gebruikt bij schizofrenie. Amisulpride Posologie 50 à 800 mg p.d. in 1 à 2 giften Sulpiride Posologie per os: 150 à 600 mg p.d. in 3 giften	Ja, meenemen.
	BCFI (repertorium) - 2013	Aripiprazol, clozapine, olanzapine, paliperidon, quetiapine, risperidon en sertindol worden vaak aangeduid als "atypische" antipsychotica. Naast hun activiteit op de positieve symptomen van schizofrenie zouden ze ook de negatieve symptomen gunstig beïnvloeden. Ze hebben geen voordeel voor wat betreft hun effect op delirium en hallucinaties, maar ze geven minder extrapiramidale verschijnselen. De atypische antipsychotica zijn geen homogene groep, noch naar werking, noch naar ongewenste effecten. Paliperidon is de belangrijkste actieve metaboliet van risperidon; de risico-batenverhouding is waarschijnlijk vergelijkbaar met deze van risperidon. Clozapine is doeltreffend bij sommige patiënten resistent tegen de andere antipsychotica. Gezien de hematologische en cardiale ongewenste effecten van clozapine dient de behandeling gestart te worden in gespecialiseerd milieu en nauwgezet opgevolgd. Sertindol is geen eerstekeuze-antipsychoticum gezien het risico van verlenging van het QT-interval waarschijnlijk hoger is dan met andere antipsychotica (in verband met verlenging van het QT-interval, zie 10.2. en Inl.G.2.2.). Aripiprazol Posologie per os: 10 à 30 mg p.d. in 1 gift Olanzapine Posologie - per os: 5 à 20 mg p.d. in 1 gift - i.m. depotpreparaat: 150 à 300 mg om de 2 weken, of 300 à 405 mg om de 4 weken Paliperidon Posologie- per os: 3 à 12 mg p.d. in 1 gift - i.m. depotpreparaat: 25 à 150 mg om de 2 weken Quetiapine Posologie 200 à 800 mg p.d. in 2 giften (in 1 gift voor vertraagde vrijstelling) Risperidon Posologie - per os: 4 à 6 mg p.d. in 1 à 2 giften - i.m. depotpreparaat: 25 à 50 mg om de 2 weken	Ja, meenemen.
	BCFI (repertorium) - 2013	Butyrofenonen en difenylpiperidinen (oa Haloperidol) : Deze middelen geven minder sedatie en minder orthostatische hypotensie dan de fenothiazinen Buronil [melperon, hydrochloride] Posol. 25 à 200 mg p.d. in 2 à 4 giften Dehydrobenzperidol [droperidol] Dipiperon [pipamperon (hydrochloride)] Posol. 40 à 120 mg p.d. in 2 giften Frenactil [benperidol] Posol. 0,5 à 3 mg p.d. in 3 giften Haldol [haloperidol] Posol. - per os: 1 à 15 mg p.d. in 2 giften - i.m. depotpreparaat: 50 à 300 mg om de 4 weken Impromen [bromperidol] Posol. - per os: 1 à 15 mg p.d. in 1 gift - i.m. depotpreparaat: 50 à 300 mg om de 4 weken Difenylpiperidinen Imap [fluspirileen] Posol. 1 à 10 mg per week Orap [pimozide] Posol. 2 à 12 mg p.d. in 1 gift Semap [penfluridol] Posol. 20 à 60 mg per week	Ja, meenemen.
	BCFI (repertorium) - 2013	Fenothiazinen en thioxanthenen Fenothiazinen Dominal [prothipendyl, hydrochloride] Posol. 120 à 320 mg p.d. in 3 à 4 giften Nozinan [levomepromazine (maleaat)] Posol. 50 à 250 mg p.d. in 2 à 4 giften Thioxanthenen Clopixol [zuclopenthixol (dihydrochloride)] Posol. - per os: 10 à 75 mg p.d. in 1 of meerdere giften - i.m. depotpreparaat: 200 mg om de 2 tot 4 weken Fluanxol [flupentixol (dihydrochloride)] Posol. - per os: 5 à 20 mg p.d. in 2 à 3 giften - i.m. depotpreparaat: 20 à 40 mg om de 2 à 4 weken Etumine [clotiapine] Posol. per os: 20 à 160 mg p.d. in 1 à 3 giften	Ja, meenemen.
	BCFI (folia) - 2013 maart	Antipsychotica zijn doeltreffend in de acute fase van schizofrenie, , wanneer de behandeling wordt voortgezet, de kans op herval. Deze analyse en andere recente gegevens confronteren ons echter opnieuw met de beperkingen van de studies en tonen hoe weinig conclusies kunnen getrokken worden in verband met de keuze van het antipsychoticum of de behandelingsduur. Ook blijven er vragen over het effect van antipsychotica op de negatieve symptomen, op het sociale functioneren of op de cognitieve gedragswijzigingen, en is bijkomend onderzoek nodig naar de antipsychotica-gerelateerde morbiditeit en mortaliteit op lange termijn. Bij de keuze van het antipsychoticum zal men zich vooral laten leiden door het individueel antwoord, de ongewenste effecten (met aandacht voor o.a. de extrapiramidale symptomen, de metabole effecten zoals gewichtstoename, de seksuele stoornissen, sedatie), de therapietrouw en de kostprijs. Een depotpreparaat kan overwogen worden bij duidelijke problemen van therapietrouw met de dagelijkse orale preparaten. De studies opgenomen in de Cochrane-analyse betroffen volgende antipsychotica (de mid	Ja, meenemen.
	BCFI (folia) - 2013 Januari	Gezien het risico van cardiale ongewenste effecten is sertindol geen eerste keuze bij de medicamenteuze behandeling van schizofrenie, en dient het slechts overwogen te worden bij patiënten die andere antipsychotica niet verdragen.	Ja, meenemen.
	BCFI (folia) - 2009	Een meta-analyse van studies over antipsychotica bij schizofrenie versterkt de stelling dat de antipsychotica, met inbegrip van de atypische antipsychotica, geen homogene groep zijn qua doeltreffendheid (effect op de positieve, negatieve of depressieve symptomen) of qua risicoprofiel (extrapiramidale effecten, gewichtstoename, sedatie). De opdeling in "klassieke" en "atypische" antipsychotica zou volgens sommigen best verlaten worden. Bij de keuze van het antipsychoticum spelen factoren zoals individuele respons, ongewenste effecten en kostprijs een belangrijke rol.	Ja, meenemen.

Klinische vraag 2: Welke niet-medicamenteuze aanpak bij een patiënt met schizofrenie?	/	/

Bijlage 5: Stap 4.3: Waarderen van de aanbevelingen op courantheid

Duodecim-richtlijn: klinische vraag één: Medicamenteuze behandeling in de acute fase

		Stap 4.3. waardeer aanbevelingen op courantheid		
	Aanbevelingen uit de bronguideline (noteer hier enkel de kernboodschappen/praktijkadviezen; geen randinformatie - deze kan in het apart tabblad worden genoteerd)	Is alle belangrijke evidence geciteerd in de richtlijn? (Vermeld kort dewelke)	Zo niet, welke recente referenties (systematische reviews, RCT,…) zouden bij eventuele adaptatie in aanmerking moeten genomen worden?	Bijkomende opmerkingen?
Klinische vraag 1: vb. Welke medicamenteuze behandeling in de acute fase bij een patiënt met schizofrenie?	Antipsychotic drugs are effective in reducing the positive symptoms of schizophrenia. They work less effectively on the negative and cognitive symptoms.	Niet te beoordelen wegens geen evidentie vermeld.	/	/
	Severe anxiety may be treated with benzodiazepines (B), for example, diazepam 10–30 mg daily.	Gillies D, Beck A, McCloud A, Rathbone J, Gillies D. Benzodiazepines alone or in combination with antipsychotic drugs for acute psychosis. Cochrane Database Syst Rev ***2005 Oct*** 19;(4):CD003079.	Cochrane zoektocht: Gillies D, Sampson S, Beck A, Rathbone J. Benzodiazepines alone or in combination with antipsychotic drugs for acute psychosis. ***2013 April.*** http://summaries.cochrane.org/CD003079/benzodiazepines-alone-or-in-combination-with-antipsychotic-drugs-for-acute-psychosis	Geen aanpassing noodzakelijk o.b.v. recentere referentie.
	Depression may be treated with antidepressants (B,C), selective serotonin reuptake inhibitors are recommended rather than tricyclic antidepressants.	B- Whitehead C, Moss S, Cardno A, Lewis G. Antidepressants for people with both schizophrenia and depression. Cochrane Database Syst Rev ***2002;***(2):CD002305. C- Rummel C, Kissling W, Leucht S. Antidepressants for the negative symptoms of schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev ***2006 Jul*** 19;3:CD005581.	Cochrane zoektocht: Whitehead C, Moss S, Cardno A, Lewis G, Furtado VA. Antidepressants for people with both schizophrenia and depression. Cochrane. ***2013 April.*** http://summaries.cochrane.org/CD002305/antidepressants-for-people-with-both-schizophrenia-and-depression Rummel-Kluge C, Kissling W, Leucht S. Antidepressants for the negative symptoms of schizophrenia. Cochrane. ***2012 June***. http://summaries.cochrane.org/CD005581/antidepressants-for-the-negative-symptoms-of-schizophrenia	Geen aanpassing noodzakelijk o.b.v. recentere referentie.
	If the condition has features of schizoaffective disorder, mood stabilising drugs may be added to the medication (e.g. lithium (B) or valproate (C)).	B- Leucht S, Kissling W, McGrath J. Lithium for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev ***2007 Jul*** 18;(3):CD003834. C- Basan A, Leucht S. Valproate for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev. ***2003***;(3):CD004028.	Cochrane zoektocht: Leucht S, Kissling W, McGrath J. Lithium for schizophrenia. Cochrane. ***2009 Jan*** . http://summaries.cochrane.org/CD003834/lithium-for-schizophrenia Schwarz C, Volz A, Li C, Leucht S. Valproate for schizophrenia. Cochrane. ***2010 May.*** http://summaries.cochrane.org/CD004028/valproate-for-schizophrenia	Geen aanpassing noodzakelijk o.b.v. recentere referentie.
	The recommended daily dose for the treatment of the first episode of psychosis is equal to chlorpromazine 100–300 mg, perphenazine 8–24 mg, risperidone 2–4 mg (B) or olanzapine 7.5–15 mg (B).	Rummel C, Hamann J, Kissling W, Leucht S. New generation antipsychotics for first episode schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev ***2003***;(4):CD004410. Leucht S, Pitschel-Walz G, Abraham D, Kissling W. Efficacy and extrapyramidal side-effects of the new antipsychotics olanzapine, quetiapine, risperidone, and sertindole compared to conventional antipsychotics and placebo. A meta-analysis of randomized controlled trials. Schizophr Res ***1999 Jan*** 4;35(1):51-68.	Cochrane zoektocht: Hamann J, Kissling W, Leucht S, Rummel-Kluge C. New generation antipsychotics for first episode schizophrenia. Cochrane. ***2012 Nov.*** http://summaries.cochrane.org/CD004410/new-generation-antipsychotics-for-first-episode-schizophrenia	Geen aanpassing noodzakelijk o.b.v. recentere referentie.
	The recommended daily dose for a recurrent episode of psychosis is equal to chlorpromazine 300–600 mg, perphenazine 24–32 mg, risperidone 4–6 mg or olanzapine 10–30 mg.	Niet te beoordelen wegens geen evidentie vermeld.	/	/
	In acute psychosis with agitated behaviour, the recommended treatment is zuclopenthixol 50–100 mg i.m. (D), possibly combined with lorazepam 2–4 mg i.m. or olanzapine 10 mg i.m. If oral medication is an option, the combination of risperidone 2 mg and lorazepam 2 mg may be considered.	Jayakody K, Gibson RC, Kumar A et al. Zuclopenthixol acetate for acute schizophrenia and similar serious mental illnesses. Cochrane Database Syst Rev ***2012***;4():CD000525.	Cochrane zoektocht: Kumar A, Strech D. Zuclopenthixol dihydrochloride for schizophrenia. Cochrane. ***2013 April.*** http://summaries.cochrane.org/CD005474/zuclopenthixol-dihydrochloride-for-schizophrenia	Geen aanpassing noodzakelijk o.b.v. recentere referentie.
	When planning medication, it is important to bear in mind the patient's previous experiences with drug treatment since the susceptibility to different adverse effects varies from patient to patient.	Niet te beoordelen wegens geen evidentie vermeld.	/	/
	The lowest effective daily dose should be sought by gradually changing the dose; this will avoid the emergence of drug-induced adverse effects and improve compliance.	Niet te beoordelen wegens geen evidentie vermeld.	/	/
	Acute neurological adverse effects caused by antipsychotic drugs should be treated with an anticholinergic antiparkinsonian drug (e.g. 2–6 mg biperiden) whereupon the antipsychotic drug or its dosing is changed so that the adverse effects stay away and the antiparkinsonian drug is no more needed.	Niet te beoordelen wegens geen evidentie vermeld.	Cochrane zoektocht: Rathbone J, Soares-Weiser K. Anticholinergics for neuroleptic-induced acute akathisia. Cochrane. ***2012 Feb.***	Mogelijks aanpassing noodzakelijk!

Duodecim-richtlijn: klinische vraag twee: Niet-medicamenteuze aanpak

Klinische vraag 2: Welke niet-medicamenteuze aanpak bij een patiënt met schizofrenie?	Individualised care plan: The care plan is written in co-operation with the patient and his/her family. The care plan should be reviewed annually.	Niet te beoordelen wegens geen evidentie vermeld.	/	/
	The family and close social network of a patient with acute psychosis should be included in the care as early as possible. Appropriate support and care is also arranged for the children in the family. (C)	Pharoah F, Mari J, Rathbone J, Wong W. Family intervention for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev 2006 Oct 18;(4):CD000088. [Assessed as up-to-date: ***14 Jan 2010***]	Cochrane zoektocht: Pharoah F, Mari JJ, Rathbone J, Wong W. Family intervention for schizophrenia. Cochrane. 2012 Nov. http://summaries.cochrane.org/CD000088/family-intervention-for-schizophrenia	Geen aanpassing noodzakelijk o.b.v. recentere referentie.
	A psychoeducational approach for family and patient. (B)	Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR. Psychoeducation for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev ***2011***;(6):CD002831.	Cochrane zoektocht: Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR. Psychoeducation added to standard treatment for schizophrenia reduces relapse. Cochrane. ***2013 Jan.***	Geen aanpassing noodzakelijk o.b.v. recentere referentie.
	The cornerstone of the treatment and rehabilitation is a long-term, understanding and confidential therapeutic relationship.	Niet te beoordelen wegens geen evdentie vermeld.	/	/
	Cognitive behaviour therapy for the patient. (C)	Jones C, Cormac I, Silveira da Mota Neto JI, Campbell C. Cognitive behaviour therapy for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev ***2004 Oct*** 18;(4):CD000524.	Cochrane zoektocht: Jones C, Hacker D, Cormac I, Meaden A, Irving CB. Cognitive behaviour therapy versus other psychosocial treatments for schizophrenia. Cochrane. ***2013 April.*** http://summaries.cochrane.org/CD008712/cognitive-behaviour-therapy-versus-other-psychosocial-treatments-for-schizophrenia	Geen aanpassing noodzakelijk o.b.v. recentere referentie.
	Combining psychosocial therapies to the drug treatment will alleviate symptoms, improve the patient's psychosocial functioning as well as prevent new episodes of psychosis and hospitalisation.	Niet te beoordelen wegens geen evidentie vermeld.	/	/
	Training of social skills improves social ability and social functioning in a patient with schizophrenia.	Niet te beoordelen wegens geen evidentie vermeld.	/	/
	Supported employment may improve the patient's opportunities and coping in the open job market. (4,5)	Bond GR. Principles of the individual placement and support model: empirical support. Psychiatr Rehab J ***1998***;22:11-23 Wexler BE, Bell MD. Cognitive remediation and vocational rehabilitation for schizophrenia. Schizophr Bull ***2005 Oct***;31(4):931-41.	Cochrane zoektocht: Crowther R, Marshall M, Bond GR, Huxley P. Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. Cochrane. 2010 Nov. http://summaries.cochrane.org/CD003080/vocational-rehabilitation-for-people-with-severe-mental-illness Medline zoektocht: Bond GR, Drake RE. Predictors of competitive employment among patients with schizophrenia. Curr Opin Psychiatry. ***2008 Jul***;21(4):362-9. doi: 10.1097/YCO.0b013e328300eb0e. Review. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/185	Geen aanpassing noodzakelijk o.b.v. recentere referentie.

NICE-richtlijn: klinische vraag één: Medicamenteuze behandeling in de acute fase

		Stap 4.3. waardeer aanbevelingen op courantheid		
	Aanbevelingen uit de bronguideline (noteer hier enkel de kernboodschappen/praktijkadviezen; geen randinformatie - deze kan in het apart tabblad worden genoteerd)	Is alle belangrijke evidence geciteerd in de richtlijn? (Vermeld kort dewelke)	Zo niet, welke recente referenties (systematische reviews, RCT,…) zouden bij eventuele adaptatie in aanmerking moeten genomen worden?	Bijkomende opmerkingen?
Klinische vraag 1: vb. Welke medicamenteuze behandeling in de acute fase bij een patiënt met schizofrenie?	For people with newly diagnosed schizophrenia, offer oral antipsychotic medication. Provide information and discuss the benefits and side-effect profile of each drug with the service user. The choice of drug should be made by the service user and healthcare professional together, considering: • the relative potential of individual antipsychotic drugs to cause extrapyramidal side effects (including akathisia), metabolic side effects (including weight gain) and other side effects (including unpleasant subjective experiences)	9 RCT's (***1999-2008***) DEHAAN 2003 JONES 1998 LIEBERMAN 2003 MCEVOY 2007 VANNIMWEGEN 2008 EMSLEY 1995 LEE 2007 MOLLER 2008 SCHOOLER 2005 Hollister, ***1974;*** Davis & Garver, ***1978*** (Lehman and colleagues ***(1998)*** have suggested that the maximum dose for drug-naïve patients should be 500 mg chlorpromazine equivalents per day. This contrasts with a recommended optimal oral antipsychotic dose of 300 to 1000 mg chlorpromazine equivalents per day for the routine treatment of an acute episode in non-drug-naïve patients.)	Cochrane zoektocht: Hamann J, Kissling W, Leucht S, Rummel-Kluge C. New generation antipsychotics for first episode schizophrenia. Cochrane. Updated ***2012 Nov***. http://summaries.cochrane.org/CD004410/new-generation-antipsychotics-for-first-episode-schizophrenia	Geen aanpassing noodzakelijk o.b.v. recentere referentie. Niet gevonden evidence: EMSLEY 1995 JONES 1998 DAVIS & GARVER 1978 (handboek)
	For people with an acute exacerbation or recurrence of schizophrenia, offer oral antipsychotic medication. The choice of drug should be influenced by the same criteria recommended for starting treatment (see above). Take into account the clinical response and side effects of the service user's current and previous medication.	72 RCT's ***1987-2007*** . (zie p 108 ev) (Lehman and colleagues ***(1998)*** have suggested that the maximum dose for drug-naïve patients should be 500 mg chlorpromazine equivalents per day. This contrasts with a recommended optimal oral antipsychotic dose of 300 to 1000 mg chlorpromazine equivalents per day for the routine treatment of an acute episode in non-drug-naïve patients.)	/	Niet gevonden evidence: HGBL 1997 LOZA 1999 JAKOVLJEVIC 1999 NAUKKARINEN 1999 HCBJ MALYAROV 1999 LECRUBIER 2000 JANICAK 1999 MESOTTEN 1991 KLIESER 1996 HILLERT 1994
	At the start of treatment give a dose at the lower end of the licensed range and slowly titrate upwards within the dose range given in the BNF (British National Formulary) or SPC (Summary of Product Characteristics).	Royal College of Psychiatrists, ***2006;*** Consensus Statement on High-Dose Antipsychotic Medication. Stahl, ***2004,*** Focus on antipsychotic polypharmacy: evidence-based prescribing or prescribing-based evidence?.	Cochrane zoektocht: Leverde geen nieuwe informatie op Medline zoektocht: Leverde geen nieuwe informatie op	/
	Carry out a trial of the medication at optimum dosage for 4 to 6 weeks.		/	/
	Do not use a loading dose of antipsychotic medication (often referred to as 'rapid neuroleptisation')	The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team ***(1998)***	Cochrane zoektocht: Leverde geen nieuwe informatie op Medline zoektocht: Leverde geen nieuwe informatie op	/
	Occasionally people with schizophrenia pose an immediate risk to themselves or others during an acute episode and may need rapid tranquillisation.	Niet te beoordelen wegens geen evidentie vermeld.	/	/
	Do not initiate regular combined antipsychotic medication, except for short periods (for example, when changing medication)	Royal College of Psychiatrists, ***2006;*** Consensus Statement on High-Dose Antipsychotic Medication. Stahl, ***2004*** Focus on antipsychotic polypharmacy: evidence-based prescribing or prescribing-based evidence?.	Cochrane zoektocht: Leverde geen nieuwe informatie op Medline zoektocht: Leverde geen nieuwe informatie op	/

NICE-richtlijn: klinische vraag twee: Niet-medicamenteuze aanpak

Klinische vraag 2: Welke niet-medicamenteuze aanpak bij een patiënt met schizofrenie?	When working with carers of people with schizophrenia: • provide written and verbal information on schizophrenia and its management, including how families and carers can help through all phases of treatment • offer them a carer's assessment • provide information about local carer and family support groups and voluntary organisations, and help carers to access these • negotiate confidentiality and information sharing between the service user and their carers, if appropriate • assess the needs of any children in the family, including young carers.	Niet te beoordelen wegens geen evidentie vermeld.	/	/
	Offer cognitive behavioural therapy (CBT) to all people with schizophrenia.	31 RCT's (***1996-2008***) (zie p 260 ev)	Cochrane zoektocht: Jones C, Hacker D, Cormac I, Meaden A, Irving CB. Cognitive behaviour therapy versus other psychosocial treatments for schizophrenia. Cochrane. ***2013 April***. http://summaries.cochrane.org/CD008712/cognitive-behaviour-therapy-versus-other-psychosocial-treatments-for-schizophrenia	/
	Offer family intervention to all families of people with schizophrenia who live with or are in close contact with the service user.	38 RCT's (***1978-2008***) (zie p 293 ev.)	Cochrane zoektocht: Pharoah F, Mari JJ, Rathbone J, Wong W. Family intervention for schizophrenia. Cochrane. ***2012 Nov***. http://summaries.cochrane.org/CD000088/family-intervention-for-schizophrenia	/
	Consider offering arts therapies to all people with schizophrenia, particularly for the alleviation of negative symptoms	6 RCT's ***(1987-2007)*** GREEN 1907 RICHARDSON 2007 ROHRICHT 2006 TALWAR 2006 ULRICH 2007 YANG 1998	Cochrane zoektocht: Ruddy R, Milnes D. Art therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. Cochrane. ***2009 Jan.*** http://summaries.cochrane.org/CD003728/art-therapy-for-schizophrenia-or-schizophrenia-like-illnesses	/
	Do not routinely offer counselling and supportive psychotherapy (as specific interventions) to people with schizophrenia. However, take service user preferences into account, especially if other more efficacious psychological treatments, such as CBT, family intervention and arts therapies, are not available locally.	17 RCT's (***1974-2007***) (zie p 286 ev.)	Cochrane zoektocht: Buckley LA, Pettit TACL, Adams CE. Supportive therapy for schizophrenia. Cochrane. ***2010 March.*** http://summaries.cochrane.org/CD004716/supportive-therapy-for-schizophrenia	/
	Do not offer adherence therapy (as a specific intervention) to people with schizophrenia.	5 RCT's ***(1996-2007):*** GRAY 2006 KEMP 1996 MANEESAKORN 2007 ODONNELL 2003 TSANG 2005	Cochrane zoektocht: McIntosh A, Conlon L, Lawrie S, Stanfield AC. Compliance therapy for schizophrenia. Cochrane. ***2009 Jan.*** http://summaries.cochrane.org/CD003442/compliance-therapy-for-schizophrenia	/
	Do not routinely offer social skills training (as a specific intervention) to people with schizophrenia.	20 RCT's (***1983-2007***)	Cochrane zoektocht: Xia J, Li C. Problem solving skills for schizophrenia. Cochrane. ***2012 June.*** http://summaries.cochrane.org/CD006365/problem-solving-skills-for-schizophrenia	/
	Supported employment programmes should be provided for those people with schizophrenia who wish to return to work or gain employment.	a Cochrane review (Crowther et al., ***2001***) of 18 RCTs, two new RCTs (MUESER [Hartford]; LEHMAN [Baltimore]) Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders: (1) acute day hospital versus admission; (2) vocational rehabilitation; (3) day hospital versus outpatient care.	Cochrane zoektocht: Crowther R, Marshall M, Bond GR, Huxley P. Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. Cochrane. ***2010 Nov.*** http://summaries.cochrane.org/CD003080/vocational-rehabilitation-for-people-with-severe-mental-illness Medline zoektocht: Bond GR, Drake RE. Predictors of competitive employment among patients with schizophrenia. Curr Opin Psychiatry. ***2008 Jul***;21(4):362-9. doi: 10.1097/YCO.0b013e328300eb0e. Review. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/185	/

Bijlage 6: Stap 4.3: Waarderen van de aanbevelingen op samenhang Duodecim-richtlijn: klinische vraag één: Medicamenteuze behandeling in de acute fase

		Stap 4.4. waardeer aanbevelingen op samenhang			
	Aanbevelingen uit de bronguideline (noteer hier enkel de kernboodschappen/praktijkadviezen; geen randinformatie - deze kan in het apart tabblad worden genoteerd)	Is de zoekstrategie consistent met de klinische vraag?	Is er consistentie tussen de geselecteerde evidentie en hoe de auteurs deze interpreteren en samenvatten?	Is er consistentie tussen de samenvatting van de evidence en de formulering van de aanbeveling?	Opmerkingen?
Klinische vraag 1: vb. Welke medicamenteuze behandeling in de acute fase bij een patiënt met schizofrenie?	Antipsychotic drugs are effective in reducing the positive symptoms of schizophrenia. They work less effectively on the negative and cognitive symptoms.	Niet van toepassing (zoekstrategie niet vermeld).	Niet van toepassing.	Niet van toepassing.	/
	Severe anxiety may be treated with benzodiazepines (B), for example, diazepam 10–30 mg daily.	zoekstrategie niet vermeld wel gekeken naar titel van geciteerde referentie: 'Benzodiazepines alone or in combination with antipsychotic drugs for acute psychosis.' => die lijkt mij wel consistent met de klinische vraag	Neen	neen (samenvatting van de evidence: "There appears to be no significant difference between benzodiazepines and antipsychotics for the management of acute psychotic behaviour. The addition of benzodiazepines to antipsychotic medication may reduce antipsychotic induced extrapyramidal symptoms." <=> formulering van de aanbeveling: "	de evidentie bespreekt benzo's als behandeling bij een acute psychose, de aanbeveling heeft het over benzo's igv een angstige patiënt.
	Depression may be treated with antidepressants (B,C), selective serotonin reuptake inhibitors are recommended rather than tricyclic antidepressants.	zoekstrategie niet vermeld wel gekeken naar titel van geciteerde referenties: 'Antidepressants for people with both schizophrenia and depression. 'Antidepressants for the negative symptoms of schizophrenia.' => die lijken mij wel consistent met de klinische vraag	Ja	Ja en neen Ja (wat betreft 'Antidepressants appear to be beneficial for people with both schizophrenia and depression.') Neen (samenvatting van de evidence: "The combination of antipsychotics and antidepressants may be effective in treating negative symptoms of schizophrenia compared with antipsychotics alone in short term" <=> formulering van de aanbeveling: depressie te behandelen met antidepressiva)	de evidentie bespreekt de combinatie van antipsychotica en antidepressiva in de behandeling van negatieve symptomen, de aanbeveling heeft het over antidepressiva igv een depressieve patiënt
	If the condition has features of schizoaffective disorder, mood stabilising drugs may be added to the medication (e.g. lithium (B) or valproate (C)).	zoekstrategie niet vermeld wel gekeken naar titel van geciteerde referentie: ' Lithium for schizophrenia.' , 'Valproate for schizophrenia' => die lijken mij wel consistent met de klinische vraag	Ja	Neen, (samenvatting van de evidence: " the possible benefit of lithium augmentation of antipsychotics is inconclusive." <=> formulering van de aanbeveling: Lithium ter associatie met antipsychotica / "Adding valproate to antipsychotics may have limited effect in speeding the onset of action." <=> valproaat ter associatie met antipsychotica)	de nuances van het beperkte effect zijn weggelaten in de aanbeveling
	The recommended daily dose for the treatment of the first episode of psychosis is equal to chlorpromazine 100–300 mg, perphenazine 8–24 mg, risperidone 2–4 mg (B) or olanzapine 7.5–15 mg (B).	zoekstrategie niet vermeld wel gekeken naar titel van geciteerde referentie: ' New generation antipsychotics for first episode schizophrenia', 'Efficacy and extrapyramidal side-effects of the new antipsychotics olanzapine, quetiapine, risperidone, and sertindole compared to conventional antipsychotics and placebo' => die lijken mij wel consistent met de klinische vraag	Ja	Neen (samenvatting van de evidence: " New generation antipsychotics appear to produce fewer adverse effects than haloperidol in the short term, but there is insufficient comparative data on effectiveness and on long-term compliance." <=> formulering van de aanbeveling: spreekt niet over de nieuwe en oude generatie antipsychotica)	/
	The recommended daily dose for a recurrent episode of psychosis is equal to chlorpromazine 300–600 mg, perphenazine 24–32 mg, risperidone 4–6 mg or olanzapine 10–30 mg.	Niet van toepassing (zoekstrategie niet vermeld).	Niet van toepassing.	Niet van toepassing.	/
	In acute psychosis with agitated behaviour, the recommended treatment is zuclopenthixol 50–100 mg i.m. (D), possibly combined with lorazepam 2–4 mg i.m. or olanzapine 10 mg i.m. If oral medication is an option, the combination of risperidone 2 mg and lorazepam 2 mg may be considered.	zoekstrategie niet vermeld wel gekeken naar titel van geciteerde referentie: ' Zuclopenthixol acetate for acute schizophrenia and similar serious mental illnesses' => die lijkt mij wel consistent met de klinische vraag	Ja	Neen (samenvatting van de evidence: "Zuclopenthixol might possibly be effective in controlling aggressive acute psychosis, although the evidence is insufficient." <=> formulering van de aanbeveling: spreekt niet over de 'mogelijkheid' van de effectiviteit)	/
	When planning medication, it is important to bear in mind the patient's previous experiences with drug treatment since the susceptibility to different adverse effects varies from patient to patient.	Niet van toepassing (zoekstrategie niet vermeld).	Niet van toepassing.	Niet van toepassing.	/
	The lowest effective daily dose should be sought by gradually changing the dose; this will avoid the emergence of drug-induced adverse effects and improve compliance.	Niet van toepassing (zoekstrategie niet vermeld).	Niet van toepassing.	Niet van toepassing.	/
	Acute neurological adverse effects caused by antipsychotic drugs should be treated with an anticholinergic antiparkinsonian drug (e.g. 2–6 mg biperiden) whereupon the antipsychotic drug or its dosing is changed so that the adverse effects stay away and the antiparkinsonian drug is no more needed.	Niet van toepassing (zoekstrategie niet vermeld).	Niet van toepassing.	Niet van toepassing.	/

Duodecim-richtlijn: klinische vraag twee: Niet-medicamenteuze aanpak

Klinische vraag 2: Welke niet-medicamenteuze aanpak bij een patiënt met schizofrenie?	Individualised care plan: The care plan is written in co-operation with the patient and his/her family. The care plan should be reviewed annually.	Niet van toepassing (zoekstrategie niet vermeld).	Niet van toepassing.	Niet van toepassing.	/
	The family and close social network of a patient with acute psychosis should be included in the care as early as possible. Appropriate support and care is also arranged for the children in the family. (C)	zoekstrategie niet vermeld wel gekeken naar titel van geciteerde referentie: ' Family intervention for schizophrenia' => die lijkt mij wel consistent met de klinische vraag	Neen (samenvatting van de originele evidence: daarin wordt gezegd dat nog meer onderzoek nodig is, vooraleer we conclusies kunnen trekken over het nut van familieinterventie)	neen (samenvatting van de evidence: "Family intervention may reduce the number of relapse events and hospitalisations in schizophrenia." <=> formulering van de aanbeveling: " Familie-interventie kan therapietrouw verbeteren, de revalidatie versnellen en de naaste familie helpen om om te gaan met hun eigen crisis")	Er worden andere voordelen van familie interventie beschreven, maar familie interventie blijkt sowieso nuttig te zijn.
	A psychoeducational approach for family and patient. (B)	zoekstrategie niet vermeld wel gekeken naar titel van geciteerde referentie: 'Psychoeducation for schizophrenia ' => die lijkt mij wel consistent met de klinische vraag	Ja	Ja	/
	The cornerstone of the treatment and rehabilitation is a long-term, understanding and confidential therapeutic relationship.	Niet van toepassing (zoekstrategie niet vermeld).	Niet van toepassing.	Niet van toepassing.	/
	Cognitive behaviour therapy for the patient. (C)	zoekstrategie niet vermeld wel gekeken naar titel van geciteerde referentie: ' Cognitive behaviour therapy for schizophrenia. ' => die lijkt mij wel consistent met de klinische vraag	Ja	Ja	/
	Combining psychosocial therapies to the drug treatment will alleviate symptoms, improve the patient's psychosocial functioning as well as prevent new episodes of psychosis and hospitalisation.	Niet van toepassing (zoekstrategie niet vermeld).	Niet van toepassing.	Niet van toepassing.	/
	Training of social skills improves social ability and social functioning in a patient with schizophrenia.	Niet van toepassing (zoekstrategie niet vermeld).	Niet van toepassing.	Niet van toepassing.	/
	Supported employment may improve the patient's opportunities and coping in the open job market. (4,5)	zoekstrategie niet vermeld wel gekeken naar titel van geciteerde referenties: 'Principles of the individual placement and support model: empirical support.', 'Cognitive remediation and vocational rehabilitation for schizophrenia.'=> die lijken mij wel consistent met de klinische vraag	Ja (wat betreft artikel uit 2005, artikel uit 1998 niet te vinden)	Ja (wat betreft artikel uit 2005, artikel uit 1998 niet te vinden)	/

NICE-richtlijn: klinische vraag één: Medicamenteuze behandeling in de acute fase

		Stap 4.4. waardeer aanbevelingen op samenhang			
	Aanbevelingen uit de bronguideline (noteer hier enkel de kernboodschappen/praktijkadviezen; geen randinformatie - deze kan in het apart tabblad worden genoteerd)	Is de zoekstrategie consistent met de klinische vraag?	Is er consistentie tussen de geselecteerde evidentie en hoe de auteurs deze interpreteren en samenvatten?	Is er consistentie tussen de samenvatting van de evidence en de formulering van de aanbeveling?	Opmerkingen?
Klinische vraag 1: vb. Welke medicamenteuze behandeling in de acute fase bij een patiënt met schizofrenie?	For people with newly diagnosed schizophrenia, offer oral antipsychotic medication. Provide information and discuss the benefits and side-effect profile of each drug with the service user. The choice of drug should be made by the service user and healthcare professional together, considering: • the relative potential of individual antipsychotic drugs to cause extrapyramidal side effects (including akathisia), metabolic side effects (including weight gain) and other side effects (including unpleasant subjective experiences)	Ja (zie tabel 10)	Ja.	Ja ("evidence from the updated systematic reviews of clinical evidence presented in this chapter, particularly with regard to other adverse effects such as metabolic disturbance, and together with new evidence from effectiveness (pragmatic) trials, suggest that choosing the most appropriate drug and formulation for an individual may be more important than the drug group. The choice of drug for an individual was largely dependent on differences in side-effect profiles")	/
	For people with an acute exacerbation or recurrence of schizophrenia, offer oral antipsychotic medication. The choice of drug should be influenced by the same criteria recommended for starting treatment (see above). Take into account the clinical response and side effects of the service user's current and previous medication.	Ja (zie tabel 12)	Ja	Ja ("In 72 RCTs involving 16,556 participants with an acute exacerbation or recurrence of schizophrenia, there was little evidence of clinically significant differences in efficacy between the oral antipsychotic drugs examined. Metabolic and neurological side effects were consistent with those reported in the SPC for each drug.")	/
	At the start of treatment give a dose at the lower end of the licensed range and slowly titrate upwards within the dose range given in the BNF (British National Formulary) or SPC (Summary of Product Characteristics).	Zoekstrategie niet vermeld, wel gekeken naar de titels van de geciteerde referenties: "Consensus Statement on High-Dose Antipsychotic Medication", "Focus on antipsychotic polypharmacy: evidence-based prescribing or prescribing-based evidence?" => die lijken mij wel consistent met de klinische vraag.	Niet te achterhalen vermits ik de betreffende artikels niet kan terugvinden via Pubmed.	Ja ("medication should always be started at a low dose if possible. The dose can then be titrated upwards within the BNF treatment range. Antipsychotics are usually prescribed within the recommended SPC dosage range and there is little evidence to support the use of higher dosage")	/
	Carry out a trial of the medication at optimum dosage for 4 to 6 weeks.	Niet van toepassing (zoekstrategie niet vermeld).	Niet van toepassing	Niet van toepassing	/
	Do not use a loading dose of antipsychotic medication (often referred to as 'rapid neuroleptisation')	Niet van toepassing (zoekstrategie niet vermeld).	Ja	Ja ("The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (1998) concluded that in the treatment of acute episodes of schizophrenia 'massive loading doses of antipsychotic medication, referred to as "rapid neuroleptization," should not be used'.")	/
	Occasionally people with schizophrenia pose an immediate risk to themselves or others during an acute episode and may need rapid tranquillisation.	Niet van toepassing (zoekstrategie niet vermeld).	Niet van toepassing	Niet van toepassing	/
	Do not initiate regular combined antipsychotic medication, except for short periods (for example, when changing medication)	Zoekstrategie niet vermeld, wel gekeken naar de titels van de geciteerde referenties: "Consensus Statement on High-Dose Antipsychotic Medication", "Focus on antipsychotic polypharmacy: evidence-based prescribing or prescribing-based evidence?" => die lijken mij wel consistent met de	Niet te achterhalen vermits ik de betreffende artikels niet kan terugvinden via Pubmed.	Ja ("and there is little evidence to support the use of higher dosage or combination with another antipsychotic if monotherapy proves to be ineffective")	/

NICE-richtlijn: klinische vraag twee: Niet-medicamenteuze aanpak

Klinische vraag 2: Welke niet-medicamenteuze aanpak bij een patiënt met schizofrenie?	When working with carers of people with schizophrenia: • provide written and verbal information on schizophrenia and its management, including how families and carers can help through all phases of treatment • offer them a carer's assessment • provide information about local carer and family support groups and voluntary organisations, and help carers to access these • negotiate confidentiality and information sharing between the service user and their carers, if appropriate • assess the needs of any children in the family, including young carers.	Niet van toepassing (zoekstrategie niet vermeld).	Niet van toepassing	Niet van toepassing	/
	Offer cognitive behavioural therapy (CBT) to all people with schizophrenia.	Ja (zie tabel 56)	Ja (na steekproef van de betreffende artikels)	Ja ("The review found consistent evidence that, when compared with standard care, CBT was effective in reducing rehospitalisation rates up to 18 months following the end of treatment. There was robust evidence indicating that the duration of hospitalisation was also reduced. CBT was shown to be effective in reducing symptom severity. There was some evidence for improvements in social functioning up to 12 months.")	/
	Offer family intervention to all families of people with schizophrenia who live with or are in close contact with the service user.	Ja (zie tabel 66)	Ja (na steekproef van de betreffende artikels)	Ja (", there was robust and consistent evidence for the efficacy of family intervention. There was a reduction in the risk of relapse. Also reduced hospital admission during treatment and the severity of symptoms. May also be effective in improving additional critical outcomes, such as social functioning and the patient's knowledge of the disorder.")	/
	Consider offering arts therapies to all people with schizophrenia, particularly for the alleviation of negative symptoms	Ja (zie tabel 54)	Ja (na steekproef van de betreffende artikels)	Ja ("The review found consistent evidence that arts therapies are effective in reducing negative symptoms when compared with any other control.")	/
	Do not routinely offer counselling and supportive psychotherapy (as specific interventions) to people with schizophrenia. However, take service user preferences into account, especially if other more efficacious psychological treatments, such as CBT, family intervention and arts therapies, are not available locally.	Ja (zie tabel 64)	Niet te achterhalen vermits na een kleine steekproef in de abstracts van de RCT's geen informatie betreffende de aanbeveling vermeld is.	Ja ("there was evidence to suggest that counselling and supportive psychotherapy do not improve outcomes in schizophrenia when compared with standard care and other active treatments, most notably CBT. . The GDG do, however, acknowledge the preference that some service users and carers may have for these interventions, particularly when other more efficacious psychological treatments are not available in the local area.")	"it must be noted that in these studies, counselling and supportive therapy was used as comparators to control primarily for therapist time and attention, and thus were not the focus of the research."
	Do not offer adherence therapy (as a specific intervention) to people with schizophrenia.	Ja (zie tabel 52)	Ja (na steekproef van de betreffende artikels)	Ja ("Although there is limited and inconsistent evidence of improved attitudes towards medication, adherence therapy did not have an effect on symptoms, quality of life, relapse or rehospitalisation")	"The current review found no consistent evidence to suggest that adherence therapy is effective in improving the critical outcomes of schizophrenia when compared with any other control. Although one UK-based study (KEMP1996) reported positive results for measures of adherence and drug attitudes, these findings have not been supported in recent, larger-scale investigations."
	Do not routinely offer social skills training (as a specific intervention) to people with schizophrenia.	Ja (zie tabel 76)	Ja (na steekproef van de betreffende artikels)	Ja ("The review found no evidence to suggest that social skills training is effective in improving the critical outcomes. There was limited evidence for the effectiveness of social skills training on negative symptoms.")	"However this evidence is primarily drawn from non-UK studies and is largely driven by one small study (RONCONE2004) that contains multiple methodological problems"
	Supported employment programmes should be provided for those people with schizophrenia who wish to return to work or gain employment.	Ja (zie p 347)	Ja	Ja ("There is evidence from studies in the US to suggest that supported employment is superior to prevocational training programmes in helping people with serious mental health problems gain competitive employment.")	/

Bijlage 7: Stap 4.5: Waarderen van de aanbevelingen op toepasbaarheid

Duodecim-richtlijn: klinische vraag één: Medicamenteuze behandeling in de acute fase

		Stap 4.5. waardeer aanbevelingen op toepasbaarheid	
	Aanbevelingen uit de bronguideline (noteer hier enkel de kernboodschappen/praktijkadviezen; geen randinformatie - deze kan in het apart tabblad worden genoteerd)	Is de aanbeveling toepasbaar in de Belgische zorgcontext ?	Zo niet, waarom?
Klinische vraag 1: vb. Welke medicamenteuze behandeling in de acute fase bij een patiënt met schizofrenie?	Antipsychotic drugs are effective in reducing the positive symptoms of schizophrenia. They work less effectively on the negative and cognitive symptoms.	Ja (zie BCFI - 2006: Alle antipsychotica, klassieke en atypische, hebben een gunstig effect op de positieve symptomen van schizofrenie. Ze zijn doeltreffend in de acute fase.)	
	Severe anxiety may be treated with benzodiazepines (B), for example, diazepam 10–30 mg daily.	Ja	
	Depression may be treated with antidepressants (B,C), selective serotonin reuptake inhibitors are recommended rather than tricyclic antidepressants.	Ja	
	If the condition has features of schizoaffective disorder, mood stabilising drugs may be added to the medication (e.g. lithium (B) or valproate (C)).	Ja	
	The recommended daily dose for the treatment of the first episode of psychosis is equal to chlorpromazine 100–300 mg, perphenazine 8–24 mg, risperidone 2–4 mg (B) or olanzapine 7.5–15 mg (B).	Neen	zie BCFI - 2013: Andere dosissen van risperidon 4 à 6 mg/d en olanzapine 5 à 20 mg/d. Chlorpromazine en perfenazine niet bekend in België
	The recommended daily dose for a recurrent episode of psychosis is equal to chlorpromazine 300–600 mg, perphenazine 24–32 mg, risperidone 4–6 mg or olanzapine 10–30 mg.	Neen	zie BCFI - 2013: Andere dosissen van olanzapine 5 à 20 mg/d. Chlorpromazine en perfenazine niet bekend in België
	In acute psychosis with agitated behaviour, the recommended treatment is zuclopenthixol 50–100 mg i.m. (D), possibly combined with lorazepam 2–4 mg i.m. or olanzapine 10 mg i.m. If oral medication is an option, the combination of risperidone 2 mg and lorazepam 2 mg may be considered.	Ja	
	When planning medication, it is important to bear in mind the patient's previous experiences with drug treatment since the susceptibility to different adverse effects varies from patient to patient.	Ja	
	The lowest effective daily dose should be sought by gradually changing the dose; this will avoid the emergence of drug-induced adverse effects and improve compliance.	Ja	
	Acute neurological adverse effects caused by antipsychotic drugs should be treated with an anticholinergic antiparkinsonian drug (e.g. 2–6 mg biperiden) whereupon the antipsychotic drug or its dosing is changed so that the adverse effects stay away and the antiparkinsonian drug is no more needed.	Ja	

Duodecim-richtlijn: klinische vraag twee: Niet-medicamenteuze aanpak

Klinische vraag 2: Welke niet-medicamenteuze aanpak bij een patiënt met schizofrenie?	Individualised care plan: The care plan is written in co-operation with the patient and his/her family. The care plan should be reviewed annually.	Ja	
	The family and close social network of a patient with acute psychosis should be included in the care as early as possible. Appropriate support and care is also arranged for the children in the family. (C)	Ja	
	A psychoeducational approach for family and patient. (B)	Ja (zie Minerva - Effectiviteit van antipsychotica bij schizofrenie - 2005)	
	The cornerstone of the treatment and rehabilitation is a long-term, understanding and confidential therapeutic relationship.	Ja	
	Cognitive behaviour therapy for the patient. (C)	Ja	
	Combining psychosocial therapies to the drug treatment will alleviate symptoms, improve the patient's psychosocial functioning as well as prevent new episodes of psychosis and hospitalisation.	Ja	
	Training of social skills improves social ability and social functioning in a patient with schizophrenia.	Ja	
	Supported employment may improve the patient's opportunities and coping in the open job market. (4,5)	Ja	

NICE-richtlijn: klinische vraag één: Medicamenteuze behandeling in de acute fase

		Stap 4.5. waardeer aanbevelingen op toepasbaarheid	
	Aanbevelingen uit de bronguideline (noteer hier enkel de kernboodschappen/praktijkadviezen; geen randinformatie - deze kan in het apart tabblad worden genoteerd)	Is de aanbeveling toepasbaar in de Belgische zorgcontext ?	Zo niet, waarom?
Klinische vraag 1: vb. Welke medicamenteuze behandeling in de acute fase bij een patiënt met schizofrenie?	For people with newly diagnosed schizophrenia, offer oral antipsychotic medication. Provide information and discuss the benefits and side-effect profile of each drug with the service user. The choice of drug should be made by the service user and healthcare professional together, considering: • the relative potential of individual antipsychotic drugs to cause extrapyramidal side effects (including akathisia), metabolic side effects (including weight gain) and other side effects (including unpleasant subjective experiences)	Ja	
	For people with an acute exacerbation or recurrence of schizophrenia, offer oral antipsychotic medication. The choice of drug should be influenced by the same criteria recommended for starting treatment (see above). Take into account the clinical response and side effects of the service user's current and previous medication.	Ja	
	At the start of treatment give a dose at the lower end of the licensed range and slowly titrate upwards within the dose range given in the BNF (British National Formulary) or SPC (Summary of Product Characteristics).	Ja	
	Carry out a trial of the medication at optimum dosage for 4 to 6 weeks.	Ja	
	Do not use a loading dose of antipsychotic medication (often referred to as 'rapid neuroleptisation')	Ja	
	Occasionally people with schizophrenia pose an immediate risk to themselves or others during an acute episode and may need rapid tranquillisation.	Ja	
	Do not initiate regular combined antipsychotic medication, except for short periods (for example, when changing medication)	Ja	

NICE-richtlijn: klinische vraag twee: Niet-medicamenteuze aanpak

Klinische vraag 2: Welke niet-medicamenteuze aanpak bij een patiënt met schizofrenie?	When working with carers of people with schizophrenia: • provide written and verbal information on schizophrenia and its management, including how families and carers can help through all phases of treatment • offer them a carer's assessment • provide information about local carer and family support groups and voluntary organisations, and help carers to access these • negotiate confidentiality and information sharing between the service user and their carers, if appropriate • assess the needs of any children in the family, including young carers.	Ja	
	Offer cognitive behavioural therapy (CBT) to all people with schizophrenia.	Ja	
	Offer family intervention to all families of people with schizophrenia who live with or are in close contact with the service user.	Ja	
	Consider offering arts therapies to all people with schizophrenia, particularly for the alleviation of negative symptoms	Ja	
	Do not routinely offer counselling and supportive psychotherapy (as specific interventions) to people with schizophrenia. However, take service user preferences into account, especially if other more efficacious psychological treatments, such as CBT, family intervention and arts therapies, are not available locally.	Ja	
	Do not offer adherence therapy (as a specific intervention) to people with schizophrenia.	Ja	
	Do not routinely offer social skills training (as a specific intervention) to people with schizophrenia.	Ja	
	Supported employment programmes should be provided for those people with schizophrenia who wish to return to work or gain employment.	Ja	

Bijlage 8: Stap 5: Selectie van aanbevelingen

STAP 5 Selectie van aanbevelingen voor verdere adaptatie				
Titel Duodecim richtlijn:	Schizophrenia			
Internationale richtlijnen en Belgische informatie waarmee werd vergeleken:	1. Schizophrenia Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care - NICE - 2009 2. BCFI (repertorium) - 2013 3. BCFI (folia) - 2013 maart 4. BCFI (folia) - 2013 januari 5. BCFI (folia) - 2009			
Algemene opmerkingen Duodecim-richtlijn die van belang zijn bij eventuele adaptatie:	/			
		BESLUIT		
	Aanbeveling uit de Duodecim guideline	Aanbeveling adapteren ? (kies ja / neen uit keuzelijst)	Richtlijn geselecteerd voor adaptatieproces	Commentaar - toelichting bij gemaakte keuzes
Klinische vraag 1: Welke medicamenteuze behandeling in de acute fase bij een patiënt met schizofrenie?	Antipsychotic drugs are effective in reducing the positive symptoms of schizophrenia. They work less effectively on the negative and cognitive symptoms.	Neen		Geen grade of recommendation of graad van evidentie vermeld. Geen bronnen vermeld. RL1 (zie randinformatie) vermeldt dezelfde informatie. Toepasbaar in de Belgische context. Dit lijkt me eerder randinformatie dan een echte aanbeveling.
	Severe anxiety may be treated with benzodiazepines (B), for example, diazepam 10–30 mg daily.	Neen		Grade B. Geen consistentie met geciteerde evidentie (de evidentie bespreekt benzo's als behandeling bij een acute psychose, de aanbeveling heeft het over benzo's igv een angstige patiënt.). In randinformatie (van duodecimrichtlijn) wordt nog vermeld: " In addition to the antipsychotic medication": RL 1 (zie randinformatie) vermeldt dezelfde informatie (er wordt wel geen specifiek voorbeeld gegeven zoals bv. diazepam). Hier zeggen ze ook dat het om combinatietherapie met antipsychotica gaat. Toepasbaar in de Belgische context. Ik zou deze aanbeveling weerhouden. (Misschien nog het zinnetje " In addition to the antipsychotic medication" toe te voegen. Om verwarring te vermijden.) Grade aanpassing? => 2C (zwakke aanbeveling gesteund op weinig evidentie)
	Depression may be treated with antidepressants (B,C), selective serotonin reuptake inhibitors are recommended rather than tricyclic antidepressants.	Neen		Grade B en C. Er is min of meer consistentie met de geciteerde evidentie (de evidentie bespreekt de combinatie van antipsychotica en antidepressiva in de behandeling van negatieve symptomen, de aanbeveling heeft het over antidepressiva igv een depressieve patiënt). In randinformatie (van duodecimrichtlijn) wordt nog vermeld: "by adding an antidepressant to the drug regime" RL 1 (zie randinformatie) vermeldt dezelfde informatie (er wordt wel geen specifiek voorbeeld gegeven zoals bv. SSRI's). Hier zeggen ze ook dat het om combinatietherapie met antipsychotica gaat. Toepasbaar in de Belgische context. Ik zou deze aanbeveling weerhouden. (Misschien nog het zinnetje "In addition to the antipsychotic medication" toe te voegen. Om verwarring te vermijden.) Grade aanpassing? => 2B
	If the condition has features of schizoaffective disorder, mood stabilising drugs may be added to the medication (e.g. lithium (B) or valproate (C)).	Ja	B- Leucht S, Kissling W, McGrath J. Lithium for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev 2007 Jul 18;(3):CD003834. C- Basan A, Leucht S. Valproate for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev. 2003;(3):CD004028.	Grade B en C. Er is geen consistentie met de geciteerde evidentie (de nuances van het beperkte effect zijn weggelaten in de aanbeveling). Geen vergelijkende richtlijnen aanwezig. Toepasbaar in de Belgische context. Ik zou een kleine aanpassing maken in deze aanbeveling: "mood stabilising drugs **might** be added" in plaats van "mood stabilising drugs **may** be added" Grade aanpassing? => 2C
	The recommended daily dose for the treatment of the first episode of psychosis is equal to chlorpromazine 100–300 mg, perphenazine 8–24 mg, risperidone 2–4 mg (B) or olanzapine 7.5–15 mg (B).	Ja	Schizophrenia Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care - NICE - 2009 BCFI (repertorium) - 2013	Grade B. Er is min of meer consistentie met de geciteerde evidentie (de aanbeveling: spreekt niet over de nieuwe en oude generatie antipsychotica). - gebaseerd op cochrane. In RL 1 spreken ze niet over specifieke dosissen van antipsychotica, ze vermelden wel het volgende: "The choice of drug should be made by the service user and healthcare professional together, considering: ● the relative potential of individual antipsychotic drugs to cause extrapyramidal side effects (including akathisia), metabolic side effects (including weight gain) and other side effects (including unpleasant subjective experiences) ● the views of the carer if the service user agrees." - gebaseerd op verschillende RCT's, geen grade. Niet volledig toepasbaar in de Belgische context: chlorpromazine en perphenazine niet bekend in België. Andere dosissen van risperidon 4 à 6 mg/d en olanzapine 5 à 20 mg/d. Ik zou deze aanbeveling zo aanpassen: " The recommended daily dose for the treatment of the first episode of psychosis is equal to risperidone **4-6 mg** or olanzapine **5-20 mg. The choice of drug should be made by the service user and healthcare professional together, considering: the relative potential of individual antipsychotic drugs to cause extrapyramidal side effects (including akathisia), metabolic side effects (including weight gain) and other side effects (including unpleasant subjective experiences)."** Grade aanpassing? => 2B
	The recommended daily dose for a recurrent episode of psychosis is equal to chlorpromazine 300–600 mg, perphenazine 24–32 mg, risperidone 4–6 mg or olanzapine 10–30 mg.	Ja	Schizophrenia Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care - NICE - 2009 BCFI (repertorium) - 2013	Geen grade of recommendation of graad van evidentie vermeld. Geen bronnen vermeld. In RL1 spreken ze niet over specifieke dosissen van antipsychotica, ze vermelden wel het volgende: "For people with an acute exacerbation or recurrence of schizophrenia, offer oral antipsychotic medication. The choice of drug should be influenced by the same criteria recommended for starting treatment (see above). Take into account the clinical response and side effects of the service user's current and previous medication." - gebaseerd op RCT's, geen grade. Niet volledig toepasbaar in de Belgische context: chlorpromazine en perphenazine niet bekend in België. Andere dosissen van olanzapine 5 à 20 mg/d. Ik zou deze aanbeveling zo aanpassen: " The recommended daily dose for a recurrent episode of psychosis is equal to risperidone 4–6 mg or olanzapine **5-20** mg. **The choice of drug should be influenced by the same criteria recommended for starting treatment (see above). Take into account the clinical response and side effects of the service user's current and previous medication."** Grade aanpassing? => 2B
	In acute psychosis with agitated behaviour, the recommended treatment is zuclopenthixol 50–100 mg i.m. (D), possibly combined with lorazepam 2–4 mg i.m. or olanzapine 10 mg i.m. If oral medication is an option, the combination of risperidone 2 mg and lorazepam 2 mg may be considered.	Ja		Grade D. Geen consistentie met de geciteerde evidentie (de aanbeveling: spreekt niet over de 'mogelijkheid' van de effectiviteit van zuclopentixol). - gebaseerd op cochrane. In RL 1. spreken ze niet over specifieke antipsychotica, ze vermelden wel het volgende: "Occasionally people with schizophrenia pose an immediate risk to themselves or others during an acute episode and may need rapid tranquillisation." Volgens domus medica aanbeveling - medicatie bij urgenties: "Bij agitatie door een psychose kan de associatie van een neurolepticum zoals haloperidol (aanbevolen startdosis 5 mg PO of IM) overwogen worden (GRADE 1B), indien er geen contra-indicaties voor neuroleptica aanwezig zijn. Benzodiazepines kunnen de ongewenste effecten van de antipsychotica beperken. De atypische neuroleptica zijn geen eerste keuze. NB: agitatie (niet specifiek door een psychose: Indien farmacologische sedatie is aangewezen, zijn benzodiazepines met intermediaire werkingsduur zoals lorazepam eerstekeuzemiddelen (GRADE 1A) 8. De aanbevolen startdosis voor lorazepam bedraagt 2 mg, bij voorkeur per os, eventueel te herhalen na 45-60 minuten indien er onvoldoende respons is. In bepaalde gevallen, zoals weigering van inname, is parenterale toediening aangewezen waarbij de intramusculaire toediening de voorkeur geniet, zeker bij niet-coöperatieve patiënten. Lorazepamampullen moeten strikt genomen in de koelkast worden bewaard." Ik zou deze aanbeveling zo aanpassen: "In acute psychosis with agitated behaviour, the recommended treatment is **haloperidol 5-10 mg p.o. or i.m.** possibly combined with lorazepam 2-4 mg **p.o. or i.m., preferably orally. The atypical neuroleptics are not first choice."** Grade aanpassen? => 1B
	When planning medication, it is important to bear in mind the patient's previous experiences with drug treatment since the susceptibility to different adverse effects varies from patient to patient.	Neen		Geen grade of recommendation of graad van evidentie vermeld. Geen bronnen vermeld. In RL 1 wordt hetzelfde vermeld: "Take into account the clinical response and side effects of the service user's current and previous medication." - gebaseerd op RCT's, geen grade. Toepasbaar in de Belgische context. Ik zou deze aanbeveling weerhouden. Grade aanpassen? => 1B
	The lowest effective daily dose should be sought by gradually changing the dose; this will avoid the emergence of drug-induced adverse effects and improve compliance.	Neen		Geen grade of recommendation of graad van evidentie vermeld. Geen bronnen vermeld. In RL 1 wordt hetzelfde vermeld: "At the start of treatment give a dose at the lower end of the licensed range and slowly titrate upwards within the dose range given in the BNF (British National Formulary) or SPC (Summary of Product Characteristics)." - gebaseerd op 2 artikels, geen grade. Toepasbaar in de Belgische context. (BCFI: "De dosis dient zo laag mogelijk te worden gehouden, vooral bij ouderen") Ik zou deze aanbeveling weerhouden. Grade aanpassen? => 1B
	Acute neurological adverse effects caused by antipsychotic drugs should be treated with an anticholinergic antiparkinsonian drug (e.g. 2–6 mg biperiden) whereupon the antipsychotic drug or its dosing is changed so that the adverse effects stay away and the antiparkinsonian drug is no more needed.	Ja	Rathbone J, Soares-Weiser K. Anticholinergics for neuroleptic-induced acute akathisia. Cochrane. 2012 Feb.	Geen Grade of recommendation of graad van evidentie vermeld. Geen bronnen vermeld. Een ander cochrane artikel (Rathbone J, Soares-Weiser K. Anticholinergics for neuroleptic-induced acute akathisia. Cochrane. 2012 Feb.) vermeldt het volgende: "At present, there is no reliable evidence to support or refute the use of anticholinergics for people suffering from neuroleptic induced acute akathisia." Toepasbaar in de Belgische context. Ik zou een kleine aanpassing maken aan deze aanbeveling: Acute neurological adverse effects **(excluding acute akathisia)** caused by antipsychotic drugs should be treated with an anticholinergic antiparkinsonian drug (e.g. 2–6 mg biperiden) whereupon the antipsychotic drug or its dosing is changed so that the adverse effects stay away and the antiparkinsonian drug is no more needed. Dit lijkt me eerder randinformatie dan een echte aanbeveling.

Klinische vraag 2: Welke niet-medicamenteuze aanpak bij een patiënt met schizofrenie?	Individualised care plan: The care plan is written in co-operation with the patient and his/her family. The care plan should be reviewed annually.	Neen		Geen Grade of recommendation of graad van evidentie vermeld. Geen bronnen vermeld. Geen vergelijkende richtlijnen aanwezig. Toepasbaar in de Belgische context. Dit lijkt me eerder randinformatie dan een echte aanbeveling.
	The family and close social network of a patient with acute psychosis should be included in the care as early as possible. Appropriate support and care is also arranged for the children in the family. (C)	Neen		Grade C. Er is min of meer consistentie met de geciteerde evidentie (Er worden andere voordelen van het betrekken familie interventie beschreven, maar familie interventie blijkt sowieso nuttig te zijn.) - cochrane In RL 1 wordt quasi hetzelfde vermeld: "When working with carers of people with schizophrenia: ● provide written and verbal information on schizophrenia and its management, including how families and carers can help through all phases of treatment ● offer them a carer's assessment ● provide information about local carer and family support groups and voluntary organisations, and help carers to access these ● negotiate confidentiality and information sharing between the service user and their carers, if appropriate ● assess the needs of any children in the family, including young carers.", "Offer family intervention to all families of people with schizophrenia who live with or are in close contact with the service user." Toepasbaar in de Belgische context Ik zou deze aanbeveling weerhouden. Grade aanpassen? => 1B
	A psychoeducational approach for family and patient. (B)	Neen		Grade B. Er is consistentie met de geciteerde evidentie. cochrane. In RL 1 wordt quasi hetzelfde vermeld: "Offer family intervention to all families of people with schizophrenia who live with or are in close contact with the service user." Toepasbaar in de Belgische context. Ik zou deze aanbeveling weerhouden. Grade aanpassen? => 1B
	The cornerstone of the treatment and rehabilitation is a long-term, understanding and confidential therapeutic relationship.	Neen		Geen grade of recommendation of graad van evidentie vermeld. Geen bronnen vermeld. Geen vergelijkende richtlijnen aanwezig. Toepasbaar in de Belgische context. Dit lijkt me eerder randinformatie dan een echte aanbeveling.
	Cognitive behaviour therapy for the patient. (C)	Neen		Grade C. Er is consistentie met de geciteerde evidentie - cochrane. In RL 1 wordt hetzelfde vermeld. - gebaseerd op RCT's, geen grade. Toepasbaar in de Belgische context. Ik zou deze aanbeveling weerhouden. Grade aanpassen? =>2B
	Combining psychosocial therapies to the drug treatment will alleviate symptoms, improve the patient's psychosocial functioning as well as prevent new episodes of psychosis and hospitalisation.	Neen		Geen grade of recommendation of graad van evidentie vermeld. Geen bronnen vermeld. Geen vergelijkende richtlijnen aanwezig. Toepasbaar in de Belgische context. Dit lijkt me eerder randinformatie dan een echte aanbeveling.
	Training of social skills improves social ability and social functioning in a patient with schizophrenia.	Neen		Geen grade of recommendation of graad van evidentie vermeld. Geen bronnen vermeld. In RL 1 vermelden ze het volgende: "Do not routinely offer social skills training (as a specific intervention) to people with schizophrenia." Maar !: ""However this evidence is primarily drawn from non-UK studies and is largely driven by one small study that contains multiple methodological problems" - gebaseerd op RCT's. Toepasbaar in de Belgische context. Ik zou deze aanbeveling weerhouden. Grade aanpassen? => 2B
	Supported employment may improve the patient's opportunities and coping in the open job market. (4,5)	Neen		Geen grade of recommendation of graad van evidentie vermeld. Er is consistentie met de geciteerde evidentie - bron: Wexler BE, Bell MD. Cognitive remediation and vocational rehabilitation for schizophrenia. Schizophr Bull 2005 Oct;31(4):931-41. In RL 1 wordt hetzelfde vermeld. - gebaseerd op cochrane, geen grade. Toepasbaar in de Belgische context. Ik zou deze aanbeveling weerhouden. Grade aanpassen? =>2B

Bijlage 9: Stap 6: Nazicht door leescommissie

Feedback stappen 1 t/m 5 adaptatie Duodecim-aanbevelingen ikv MANAMA-thesis jaar 1 - fase 1			
Titel Duodecim-richtlijn: Schizofrenia			
Naam haio: Otten en Van Immerzeel			
Naam lid leescomité: Robert Vander Stichele			
Vragen			
Stap 1	**Ja/Nee?**	**Reden**	**Feedback voor haio**
Zijn de klinische vragen concreet (duidelijk afgelijnd)?		maar zeer algemeen en er zijn aanbevelingen die meer specifieke vragen beantwoorden	
Kunnen er klinische vragen geschrapt worden?		Neen	
Zijn alle klinische vragen uit de Duodecim-richtlijn opgelijst?		Ja	
Stap 2	**Ja/Nee?**	**Reden**	**Feedback voor haio**
Werd in alle relevante internationale bronnen gezocht?		ja	
Werd in alle relevante Belgische bronnen gezocht?		ja	
Werden alle mogelijke trefwoorden in aanmerking genomen bij het zoeken naar richtlijnen?		geen zoekstrategie gezien	
Zijn de richtlijnen waarmee vergeleken wordt up-to-date?		de meeste geselecteerde	
Stap 3	**Ja/Nee?**	**Reden**	**Feedback voor haio**
Worden de redenen van exclusie en inclusie van de richtlijn(en) voldoende* aangegeven?		ja	
Wordt in voldoende mate aangegeven in welke periode de auteurs van de richtlijn naar literatuur hebben gezocht?		ja	
Stap 4.1 (enkel van toepassing voor screening door studenten)	**Ja/Nee?**	**Reden**	**Feedback voor haio**
Is de AGREE II-procedure correct toegepast door ten minste 2 beoordelaars?		ja	
Is bij negatieve scores voldoende duidelijk wat de majeure kritieken zijn?		kon beter	
Stap 4.2-4.5			
4.2 inhoud van elke aanbeveling	**Ja/Nee?**	**reden**	**Feedback voor haio**
Zijn de geïnventariseerde antwoorden op de klinische vragen gericht op klinisch handelen (achtergrond-informatie hoeft niet in de tabel te staan)?		ja, maar zijn wat algemeen	
Worden de niveaus van bewijskracht en/of grades of recommendation aangegeven en is het duidelijk welk classificatiesysteem er gebruikt wordt?		Ja	
4.3 courantheid	**Ja/Nee?**	**reden**	**Feedback voor haio**
Is de geciteerde evidence als onderbouwing voor de aanbeveling(en) actueel genoeg?		ja	
Zo niet, is er een quick search gebeurd naar recentere evidentie met hoog niveau van bewijskracht?		ja	
Zo ja, worden deze referenties in het raster vermeld?		ja	
4.4 samenhang	**Ja/Nee?**	**reden**	**Feedback voor haio**
Is de beoordeling van samenhang tussen zoekstrategie, evidence en aanbeveling goed uitgevoerd en helder geformuleerd?		?	
4.5 toepasbaarheid	**Ja/Nee?**	**reden**	**Feedback voor haio**
Is de conclusie correct mbt het al dan niet extrapoleerbaar zijn van de aanbeveling naar de Belgische zorgcontext?		meestal wel	
Stap 5	**Ja/Nee?**	**Reden**	**Feedback voor haio**
Zijn de redenen voor adaptatie voldoende duidelijk?		ja	
Is de conclusie tot het al dan niet adapteren van de aanbevelingen KLINISCH/METHODOLOGISCH correct?		meestal wel	
Werd voldoende vergeleken met Belgische informatie?		ja, op productinfo na	
Is de keuze van de richtlijn voor adaptatie van de aanbeveling gefundeerd?		ja	
Eindoordeel	**Ja/Nee?**	**Reden**	**Feedback voor haio**
Het resultaat van fase 1 vormt een accurate basis voor de eventuele adaptatiefase, en wordt zonder aanpassingen goedgekeurd.		neen	
Het resultaat van fase 1 vormt mits aanpassingen een accurate basis voor de eventuele adaptatiefase, maar wordt voorlopig nog niet goedgekeurd.		ja, toch nog wat aanpassingen	
Het resultaat van fase 1 voldoet niet (als basis voor de eventuele verdere adaptatiefase), en dient opnieuw te worden doorlopen.			
Advies mbt adaptatie	**Advies**	**Commentaar**	
Wat is uw advies met betrekking tot het al dan niet adapteren van deze Duodecim-richtlijn?		Mits nog een kleine revisie bruikbaar. Mogelijks ook door domeinspecialist te bekijken (neuro-pharmacoloog, psychiater).	
* met voldoende bedoelen we dat het zoek- en selectietraject voldoende transparant werd weergegeven		ZIE ook opmerkingen in de matrix	

Bijlage 10: Stap 7: Adaptatiefase

STAP 7 Adaptatiefase (fase 2)

	Oorspronkelijke aanbeveling uit de Duodecim guideline	Nieuwe (al dan niet) geadapteerde aanbeveling	Vermelden de weerhouden richtlijnen het niveau van bewijskracht (level of evidence) van de aanbeveling? Ja/Nee? Zo ja, welk (hoog, laag, matig)? *(indien niveau beschikbaar, ga rechtstreeks naar kolom H*	Zo niet, welke studies onderbouwen de aanbeveling? (geef ook soort studie aan: RCT, observationeel onderzoek)	Zeg iets over de kwaliteit van het bewijs van deze studies, meer bepaald: - zijn er beperkingen in studiedesign (risico op bias)? - zijn de resultaten inconsistent? - betreft het een indirect bewijs? - zijn de resultaten onnauwkeurig? (o.a. brede BI) - ?	Rekening houdend met de antwoorden op voorgaande vragen, wat is je algemeen oordeel over de kwaliteit van bewijs? (hoog=A, matig=B, laag=C)	Balans tussen voor- en nadelen van de aanbeveling: - is onzeker? - is in evenwicht? - de voordelen overtreffen de nadelen? *(hoe meer de voordelen de nadelen overtreffen, hoe sterker de aanbeveling)*	Waarden en voorkeuren van de doelgroep (patiëntenpopulatie) zijn onzeker of verschillend? *(hoe kleiner de verschillen, hoe sterker de aanbeveling)*	De aanbevolen interventie is kostenneffectief? *(hoe lager de kosten, hoe sterker de aanbeveling)*	Is de aanbevolen interventie toepasbaar in de Belgische (huisarts)praktijk? (is ze beschikbaar, is de nodige expertise aanwezig, zijn er organisatorische of financiële barrières)? *(hoe beter toepasbaar, hoe sterker de aanbeveling)*	**Doe op basis van de antwoorden op voorgaande vragen een voorstel tot "Grade of recommendation" (gebruik hiervoor de overzichtstabel op blz 11 van je handboek)**
Klinische vraag 1: Welke medicamenteuze behandeling in de acute fase bij een patiënt met schizofrenie?	Severe anxiety may be treated with benzodiazepines (B), for example, diazepam 10–30 mg daily.	Severe anxiety may be treated with benzodiazepines (B), for example, diazepam 10–30 mg daily.	Ja. Matig. (B)	/	/	/	In evenwicht.	Ja er zijn verschillen (enkel bij angstige patiënt)	Matige kosten.	Ja toepasbaar.	2B
	Depression may be treated with antidepressants (B,C), selective serotonin reuptake inhibitors are recommended rather than tricyclic antidepressants.	Depression may be treated with antidepressants (B,C), selective serotonin reuptake inhibitors are recommended rather than tricyclic antidepressants.	Ja. Matig (B) - Laag (C)	/	/	/	In evenwicht.	Ja er zijn verschillen (enkel bij depressieve patiënt)	Matige kosten.	Ja toepasbaar.	2C
	If the condition has features of schizoaffective disorder, mood stabilising drugs may be added to the medication (e.g. lithium (B) or valproate (C)).	If the condition has features of schizoaffective disorder, mood stabilising drugs **might** be added to the medication (e.g. lithium (B) or valproate (C)).	Ja. Matig (B) - Laag (C)	/	/	/	In evenwicht.	Ja er zijn verschillen (enkel bij schizoaffectieve stoornis)	Matige kosten.	Ja toepasbaar.	2C
	The recommended daily dose for the treatment of the first episode of psychosis is equal to chlorpromazine 100–300 mg, perphenazine 8–24 mg, risperidone 2–4 mg (B) or olanzapine 7.5–15 mg (B).	**There is no first choice drug for the treatment of acute psychosis. Some studies support more effectivity of atypical antipsychotics on the negative symptoms, but this hasn't been confirmed.** The recommended daily dose for the treatment of the first episode of psychosis is equal to risperidone **4-6 mg** or olanzapine **5-20 mg**. **The choice of drug should be made by the service user and healthcare professional together, considering: the relative potential of individual antipsychotic drugs to cause extrapyramidal side effects (including akathisia), metabolic side effects (including weight gain) and other side effects (including unpleasant subjective experiences); the views of the carer if the service user agrees."**	Ja. Matig (B). En Neen. (nieuwe deel aanbeveling)	Rummel - cochrane Leucht - meta-analyse van RCT's Hamann - cochrane meta-analyse van 9 verschillende RCT's (zie RL 1)	Originele richtlijn: Grade B (downgraders: onnauwkeurigheid (schaarse data); studiedesign (er is ook onzekerheid over gelijkwaardige dosering)) Rummel 2003: downgraders: (er zijn geen lange termijn data) Leucht 1999: geen downgraders of upgraders (enkel abstract beschikbaar) Hamann 2012: downgraders: directness, studiedesign (There are no data at all on outcomes such as compliance, cost, social and cognitive functioning, relapse, rehospitalisation, or quality of life. There are no medium to long-term data.) 3 RCT's niet beschikbaar andere RCT's: geen downgraders of upgraders	B	In evenwicht.	Ja er zijn verschillen (afhankelijk van de nevenwerkingen…)	Matige kosten.	Ja toepasbaar.	2B
	The recommended daily dose for a recurrent episode of psychosis is equal to chlorpromazine 300–600 mg, perphenazine 24–32 mg, risperidone 4–6 mg or olanzapine 10–30 mg.	The recommended daily dose for a recurrent episode of psychosis is equal to risperidone 4–6 mg or olanzapine **5-20 mg**. **The choice of drug should be influenced by the same criteria recommended for starting treatment (see above). Take into account the clinical response and side effects of the service user's current and previous medication.**	Neen	meta-analyse van 72 verschillende RCT's (zie RL 1)	15 studies niet beschikbaar andere RCT's: geen downgraders of upgraders	B	In evenwicht.	Ja er zijn verschillen (afhankelijk van de nevenwerkingen…)	Matige kosten.	Ja toepasbaar.	2B
	In acute psychosis with agitated behaviour, the recommended treatment is zuclopenthixol 50–100 mg i.m. (D), possibly combined with lorazepam 2–4 mg i.m. or olanzapine 10 mg i.m. If oral medication is an option, the combination of risperidone 2 mg and lorazepam 2 mg may be considered.	In acute psychosis with agitated behaviour, the recommended treatment is **haloperidol 5-10 mg p.o. or i.m.**, possibly combined with lorazepam 2-4 mg **p.o. or i.m. preferable orally. The atypical neuroleptics are not first choice.**	Ja. Laag (D) en Matig (B (nieuwe deel aanbeveling)	/	/	B	voordelen overtreffen de nadelen.	Geen verschillen.	Matige kosten.	Ja toepasbaar.	1B
	When planning medication, it is important to bear in mind the patient's previous experiences with drug treatment since the susceptibility to different adverse effects varies from patient to patient.	When planning medication, it is important to bear in mind the patient's previous experiences with drug treatment since the susceptibility to different adverse effects varies from patient to patient.	Neen	72 verschillende RCT's (zie RL 1)	15 studies niet beschikbaar andere RCT's: geen downgraders of upgraders	B	voordelen overtreffen de nadelen.	Geen verschillen.	Lage kosten.	Ja toepasbaar.	1B
	The lowest effective daily dose should be sought by gradually changing the dose; this will avoid the emergence of drug-induced adverse effects and improve compliance.	The lowest effective daily dose should be sought by gradually changing the dose; this will avoid the emergence of drug-induced adverse effects and improve compliance.	Neen	een consensus statement, BCFI , 1 studie niet beschikbaar	Royal College of Psychiatrists (2000): geen downgraders of upgraders Stahl (2004): studie niet beschikbaar BCFI: geen downgraders of upgraders	B	voordelen overtreffen de nadelen.	Geen verschillen.	Lage kosten.	Ja toepasbaar.	1B
Klinische vraag 2: Welke niet medicamenteuze aanpak bij een patiënt met schizofrenie?	The family and close social network of a patient with acute psychosis should be included in the care as early as possible. Appropriate support and care is also arranged for the children in the family. (C)	The family and close social network of a patient with acute psychosis should be included in the care as early as possible. Appropriate support and care is also arranged for the children in the family. (C)	Ja. Laag (C)	/	/	/	voordelen overtreffen de nadelen.	Geen verschillen.	Lage kosten.	Ja toepasbaar.	1B
	A psychoeducational approach for family and patient. (B)	A psychoeducational approach for family and patient. (B)	Ja. Matig (B)	/	/	/	voordelen overtreffen de nadelen.	Geen verschillen.	Lage kosten.	Ja toepasbaar.	1B
	Cognitive behaviour therapy for the patient. (C)	Cognitive behaviour therapy for the patient. (C)	Ja. Laag (C)	/	/	/	voordelen overtreffen de nadelen.	Geen verschillen.	Matige kosten.	Ja toepasbaar.	1C
	Training of social skills improves social ability and social functioning in a patient with schizophrenia.	Training of social skills improves social ability and social functioning in a patient with schizophrenia.	Neen	1 cochrane	Xia (2012): downgrader: -1: studiedesign (vroegtijdig stoppen), onnauwkeurig (kleine onderzoekspopulatie), ("Overall results were limited and inconclusive with no significant differences between treatment groups for hospital admission, mental state, behaviour, social skills or leaving the study early. No data were presented for global state, quality of life or satisfaction. The small number of participants, the quality of reporting of methods and results were of concern.")	C	voordelen overtreffen de nadelen.	Geen verschillen.	Matige kosten.	Ja toepasbaar.	2C
	Supported employment may improve the patient's opportunities and coping in the open job market.	Supported employment may improve the patient's opportunities and coping in the open job market.	Neen	2 RCT's, 1 cochrane, 1 medline review	Bond (1999): studie niet beschikbaar Wieker (2005): geen downgraders of upgraders (RCT) Crowther (2010): geen downgraders of upgraders (gebaseerd op RCT's, klein D) Bond (2008): geen downgraders of upgraders (enkel abstract beschikbaar).	B	voordelen overtreffen de nadelen.	Geen verschillen.	Matige kosten.	Ja toepasbaar.	2B

Bijlage 11: Stap 8: Peer Review – Feedbackformulier

MaNaMa Thesis: Aanpak van schizofrenie in de huisartsenpraktijk							
Aanbeveling		***Ik vind deze aanbeveling haalbaar/toepasbaar/gebruiksvriendelijk in de praktijk (zo nee, graag uw opmerkingen)***					***Suggesties voor adaptatie of opmerkingen***
Medicatie acute psychose		Helemaal niet toepasbaar	Eerder niet toepasbaar	Neutraal	Eerder wel toepasbaar	Helemaal toepasbaar	
1.	Ernstige angst kan behandeld worden met benzodiazepines, bv. diazepam 10-30 mg dagelijks.						
2.	Depressie kan behandeld worden met een antidepressivum, selectieve serotonineheropnameremmers zijn meer aanbevolen dan tricyclische antidepressiva.						
3.	Als de aandoening kenmerken heeft van een schizoaffectieve stoornis zouden stemmingsstabiliserende geneesmiddelen, zoals lithium of valproaat, kunnen toegevoegd worden aan de medicatie.						
4.	De aanbevolen dagelijkse dosis voor de behandeling van de eerste episode van psychose is gelijk aan risperidone 4-6 mg of olanzapine 5-20 mg.						
5.	De aanbevolen dagelijkse dosis voor een terugkerende episode van psychose is gelijk aan risperidon 4-6 mg of olanzapine 5-20 mg.						
6.	Bij acute psychose met geagiteerd gedrag is de aanbevolen behandeling haloperidol 5-10 mg p.o. of i.m., mogelijk gecombineerd met lorazepam 2-4 mg p.o. of i.m., bij voorkeur oraal. Atypische neuroleptica zijn geen eerste keuze.						
7.	Hou eerdere ervaringen met geneesmiddelenbehandeling van de patiënt in het achterhoofd bij planning van de medicatie, aangezien de gevoeligheid voor verschillende bijwerkingen varieert van patiënt tot patiënt.						
8.	Verander de dosis geleidelijk om de laagst mogelijke effectieve dagdosis te bereiken. Zo voorkom je geneesmiddelen-geïnduceerde bijwerkingen en verbeter je de therapietrouw.						

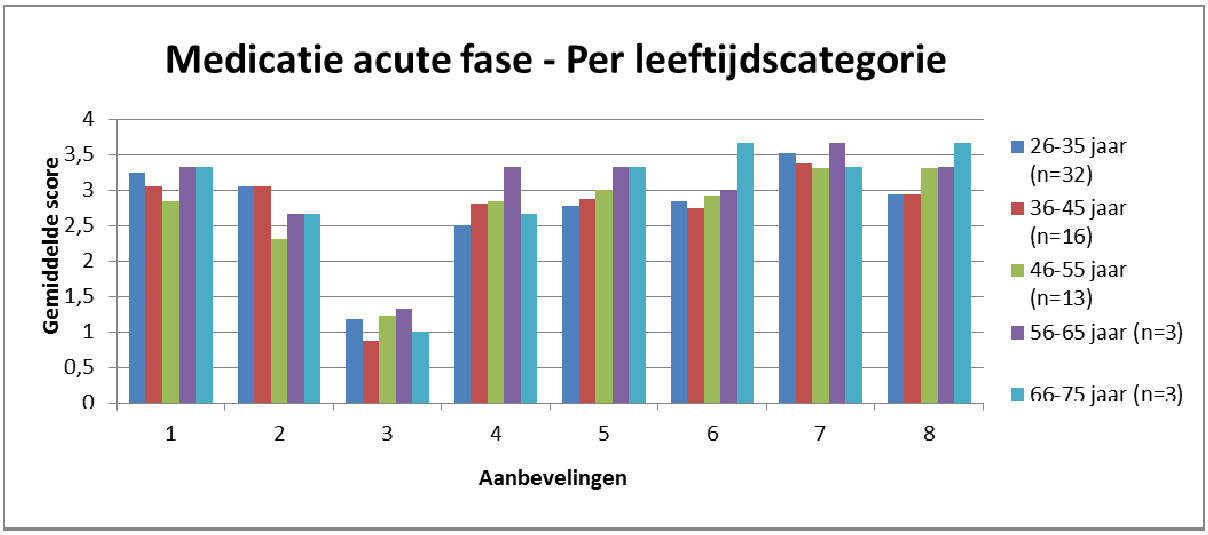
Niet-medicamenteuze maatregelen							
9.	De familie en het sociale netwerk van een patiënt met acute psychose zou zo vroeg mogelijk geïncludeerd moeten worden in de zorg. Passende ondersteuning en zorg moet ook geregeld worden voor de kinderen in het gezin.						
10.	Gebruik een psycho-educatieve benadering naar de patiënt en zijn familieleden toe.						
11.	Gebruik cognitieve gedragstherapie voor de patiënt.						
12.	Training van sociale vaardigheden verbetert de sociale redzaamheid en het sociaal functioneren bij een patiënt met schizofrenie.						
13.	Begeleid Werken kan de kansen van de patiënt verbeteren om deel te nemen aan de open arbeidsmarkt.						
Medicatie opvolgingsfase							
14.	Doses bij langdurige therapie zijn meestal veel lager dan de gebruikte doses in acute situaties. De dagelijkse dosering bij langdurige behandeling van schizofrenie dient gelijk te zijn aan risperidone 2-5 mg of olanzapine 10-20 mg.						
15.	Profylactische, antipsychotische behandeling tegen recidieven moet gedurende zelfs 2-5 jaar nadat de behandelingsrespons is bereikt, voortgezet worden, afhankelijk van de ernst van de symptomen en de gevoeligheid van de patiënt voor externe gebeurtenissen. Veel patiënten vereisen continue behandeling met medicijnen.						
16.	Clozapine is superieur aan andere antipsychotica bij de behandeling van therapieresistente schizofrenie. Gezien zijn risico op hematotoxiciteit is clozapine als therapie enkel te verkiezen in deze groep van patiënten.						
17.	Depotinjecties kunnen nuttig zijn bij patiënten met onvoldoende therapietrouw.						
18.	Als depotinjecties worden gebruikt, is het aanbevolen dat de enkelvoudige doses lager zijn dan gebruikelijk, bv. risperidone 25-50 mg om de 2 weken, olanzapine 150 à 300 mg om de 2 weken of 300 à 405 mg om de 4 weken of haloperidol 50 à 300 mg om de 4 weken.						
19.	Stopzetting van de medicatie moet geleidelijk zijn en de patiënt dient nauwlettend worden gecontroleerd op het ontstaan van symptomen of gedragsstoornissen voorafgaand aan psychose						
20.	Mochten dergelijke symptomen zich voordoen, dan moet de medicatie worden verhoogd tot haar eerder effectief niveau.						

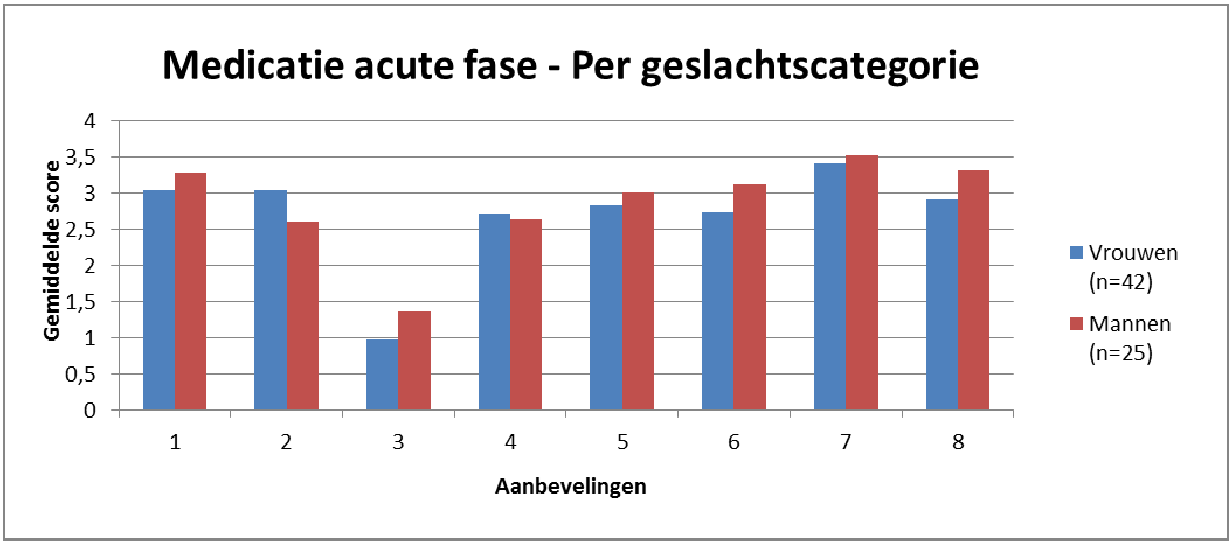
Welke follow-up?							
21.	Met het oog op het voorkomen van de ontwikkeling van metabole bijwerkingen en het vroegtijdig diagnosticeren ervan, is het aanbevolen dat de lichamelijke gezondheid van de patiënt wordt bewaakt: het gewicht en de body mass index, taillemeting, bloeddruk, plasma glucose en lipidenwaarden. Deze monitoring gebeurt voor aanvang van therapie, na 6 weken, na 3 maanden en vervolgens jaarlijks.						
22.	Clozapinetherapie wordt opgestart in de gespecialiseerde zorg. De Follow-upbehandeling noodzakelijke controle van bloedneutrofielen kan plaatsvinden in de eerste lijn. Deze bloednames gebeuren wekelijks gedurende de eerste 18 weken van behandeling, en vervolgens maandelijks tijdens het verdere verloop van de behandeling tot 4 weken na eventuele stopzetting van clozapine.						

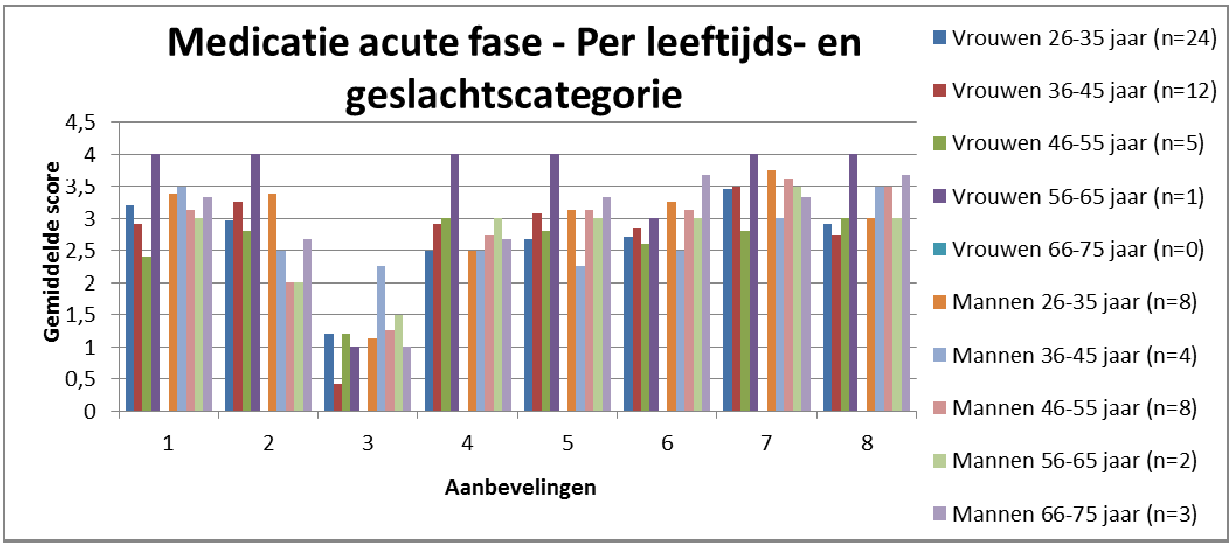
Quoteer volgende stellingen: “ik ben bereid om volgende aspecten van de behandeling en follow-up van psychose als huisarts op mij te nemen”:

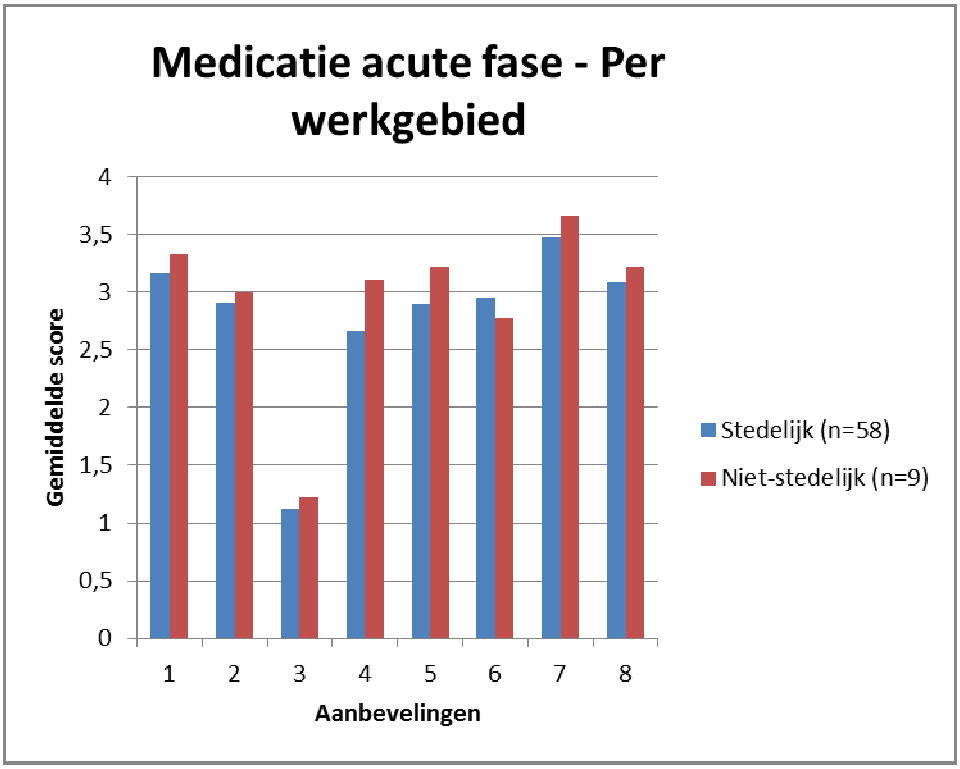
		Helemaal oneens	Oneens	Eens noch oneens	Eens	Helemaal eens	**Opmerkingen**
1.	De behandeling van acute psychose						
2.	De behandeling van chronische psychose (schizofrenie)						
3.	De follow-up/monitoring van schizofrenie (o.a. screening bijwerkingen, nagaan therapietrouw, monitoring gewicht, bloeddruk, BMI, lipidenwaarden)						
4.	de psychologische/niet-medicamenteuze behandeling en begeleiding van patiënten met schizofrenie						

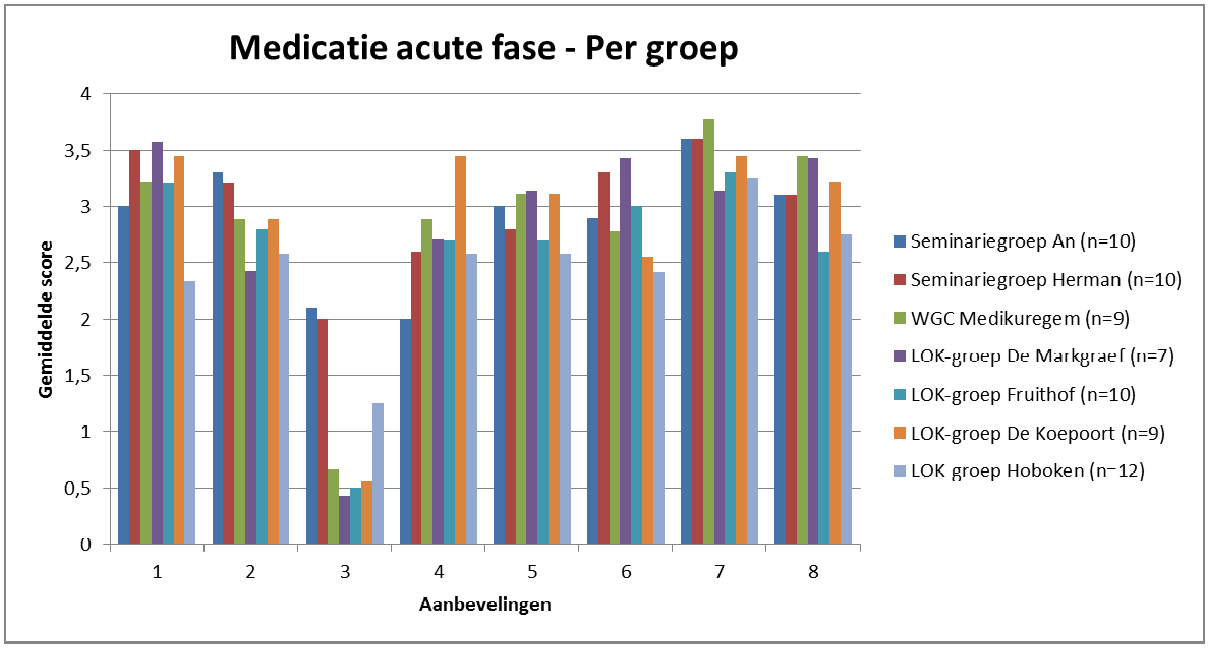
Bijlage 12a: Stap 8: Peer Review – Diagrammen - Medicatie acute fase



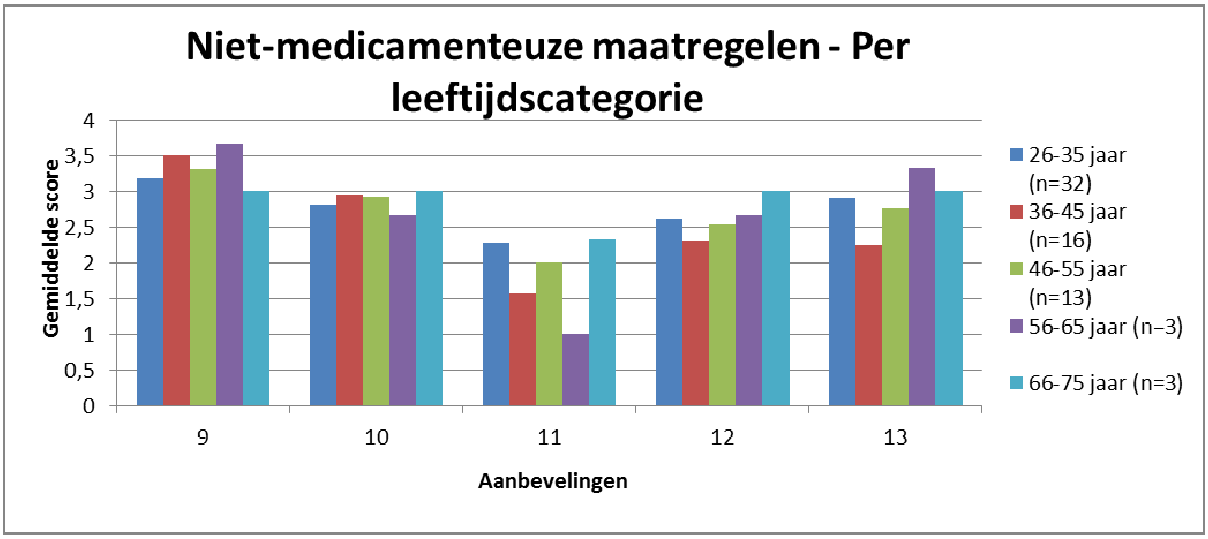


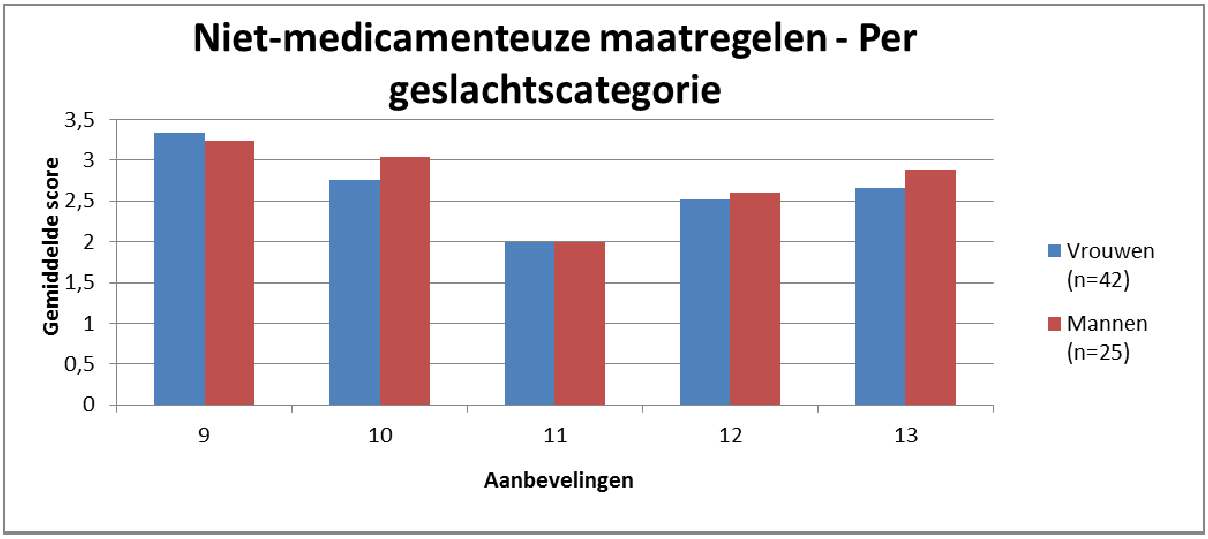


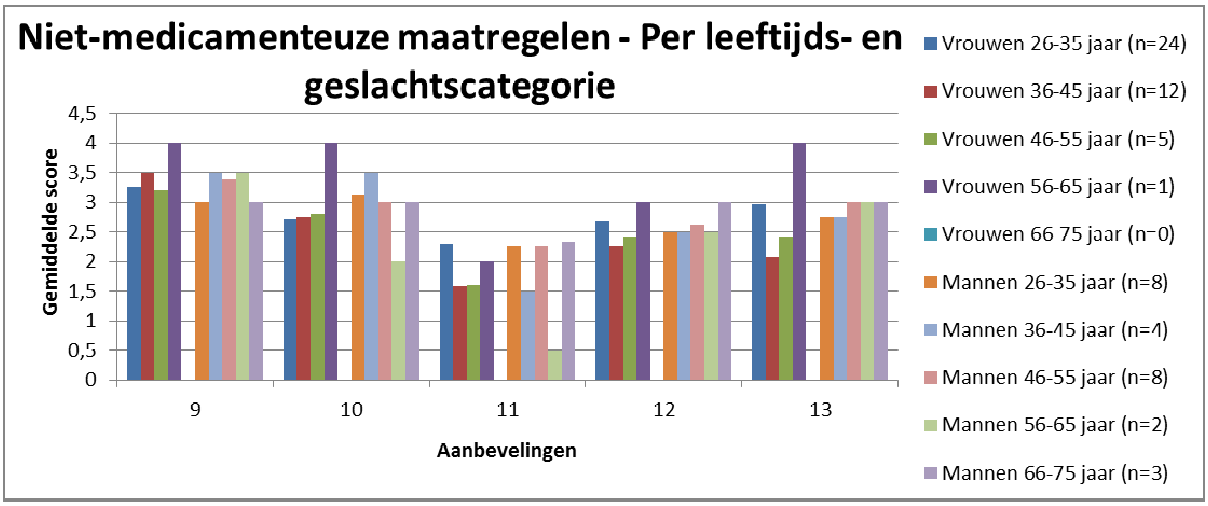

Medicatie acute fase - Per werkgebied
Gemiddelde score
4
3,5
3
2,5
2
1,5
1
0,5
0
1
2
3
4
5
6
7
8
Aanbevelingen
Stedelijk (n=58)
Niet-stedelijk (n=9)

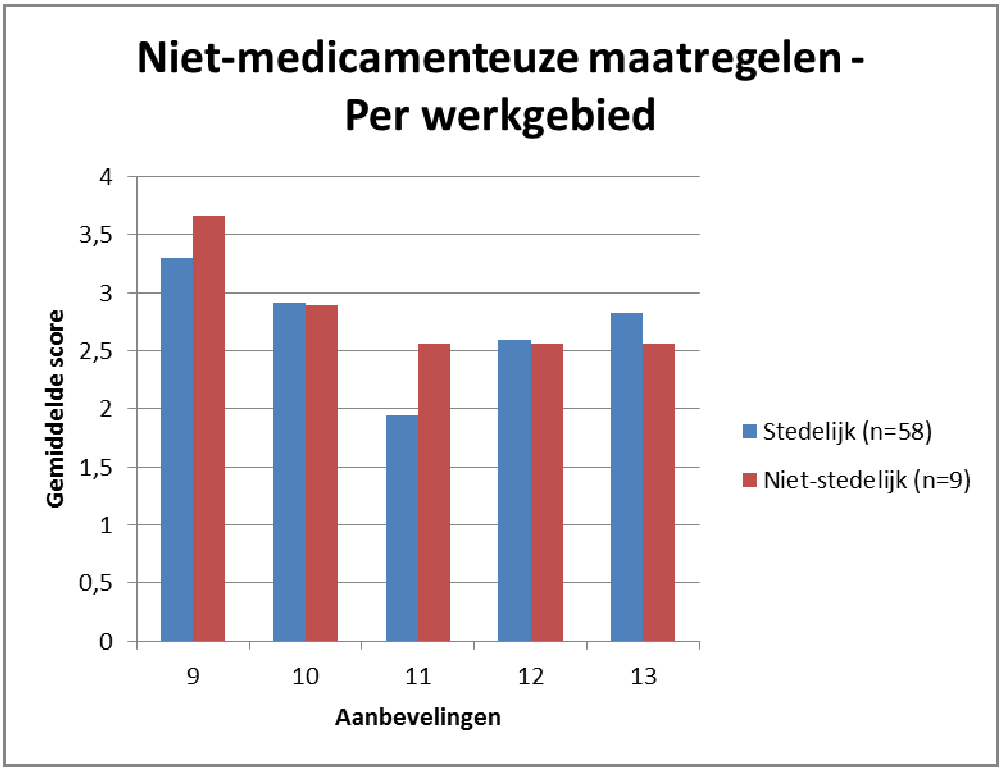

Medicatie acute fase - Per groep
Gemiddelde score
4
3,5
3
2,5
2
1,5
1
0,5
0
1
2
3
4
5
6
7
8
Aanbevelingen
Seminariegroep An (n=10)
Seminariegroep Herman (n=10)
WGC Medikuregem (n=9)
LOK-groep De Markgraef (n=7)
LOK-groep Fruithof (n=10)
LOK-groep De Koepoort (n=9)
LOK groep Hoboken (n=12)

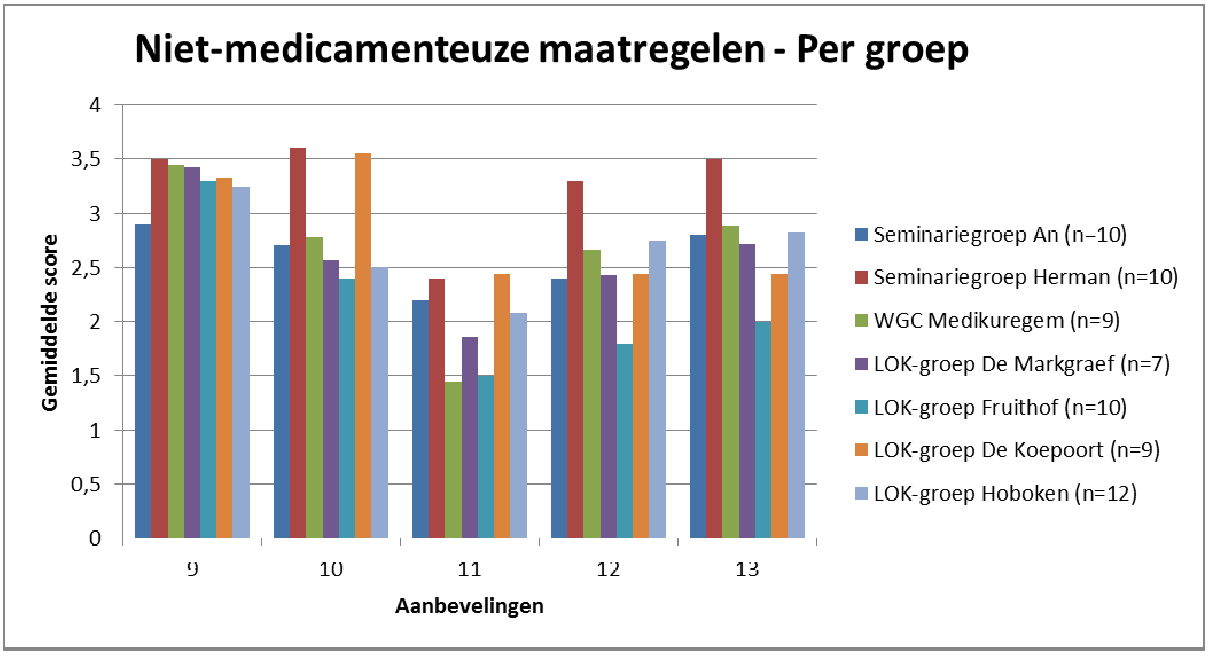
Bijlage 12b: Stap 8: Peer Review – Diagrammen - Niet-medicamenteuze maatregelen



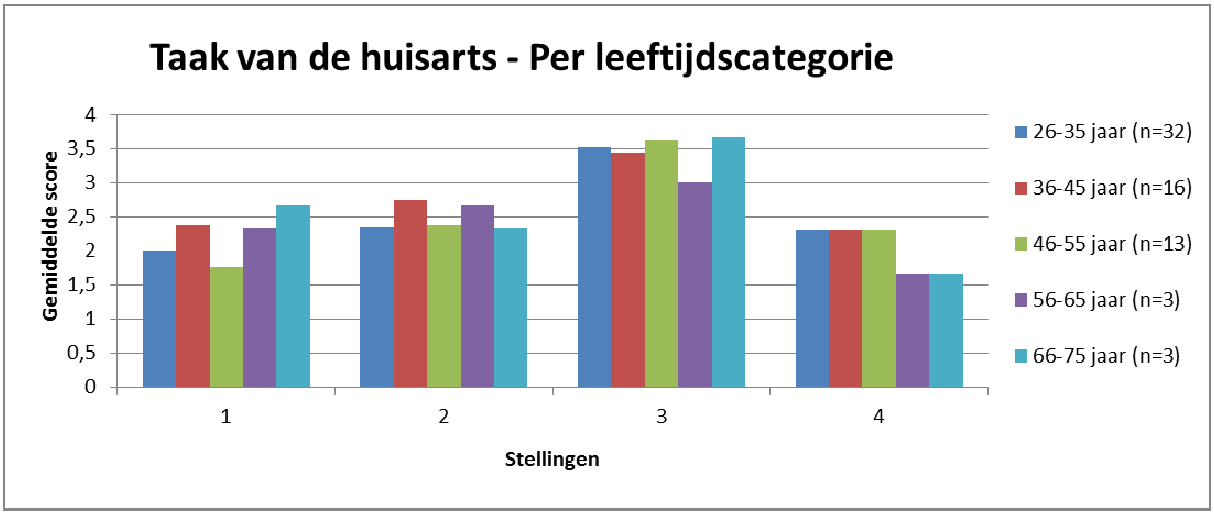


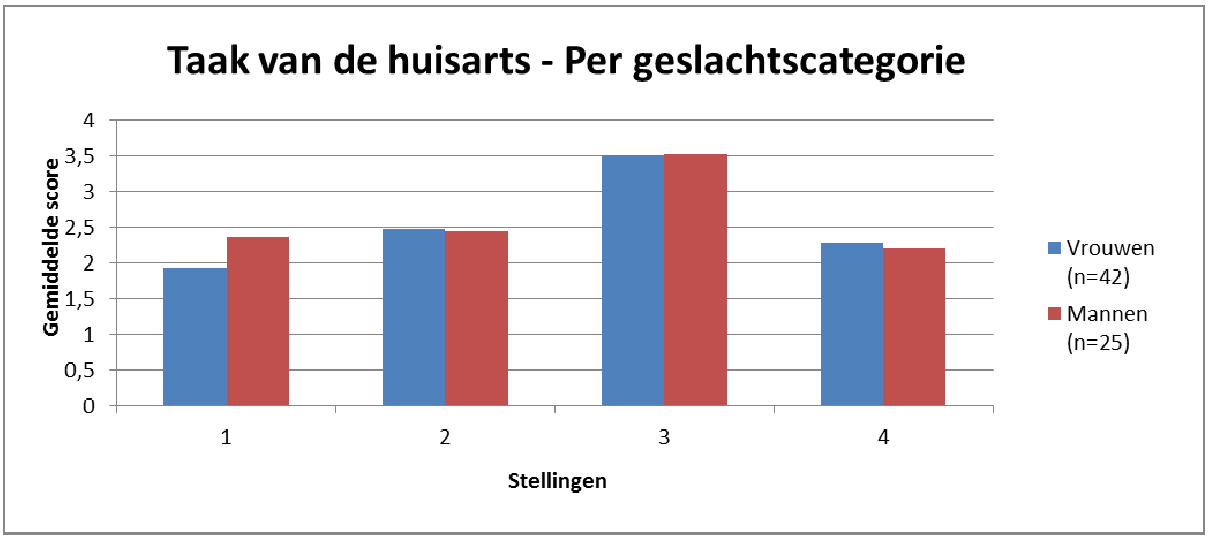


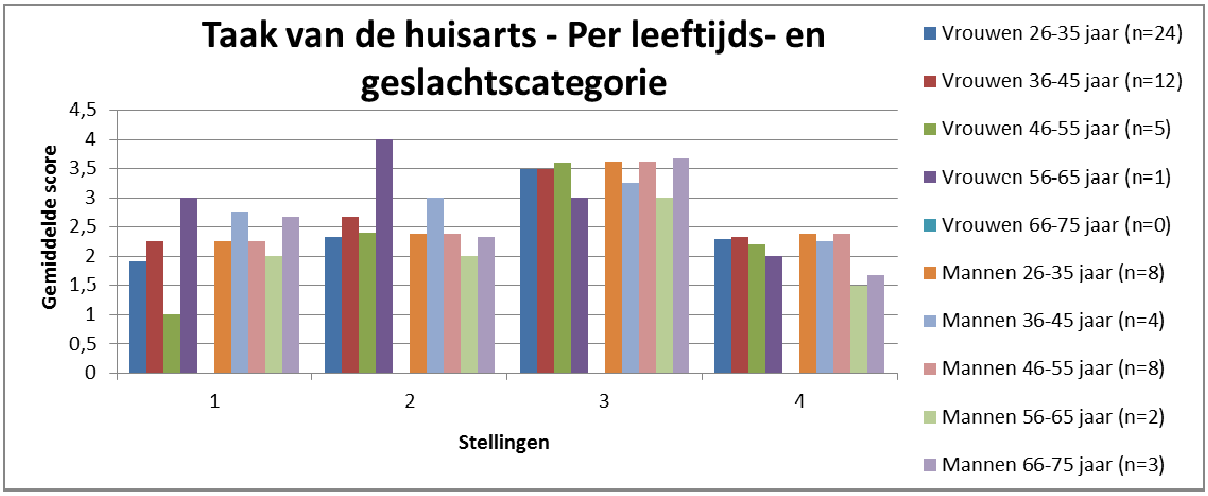

Niet-medicamenteuze maatregelen - Per werkgebied
Gemiddelde score
4
3,5
3
2,5
2
1,5
1
0,5
0
9
10
11
12
13
Aanbevelingen
Stedelijk (n=58)
Niet-stedelijk (n=9)

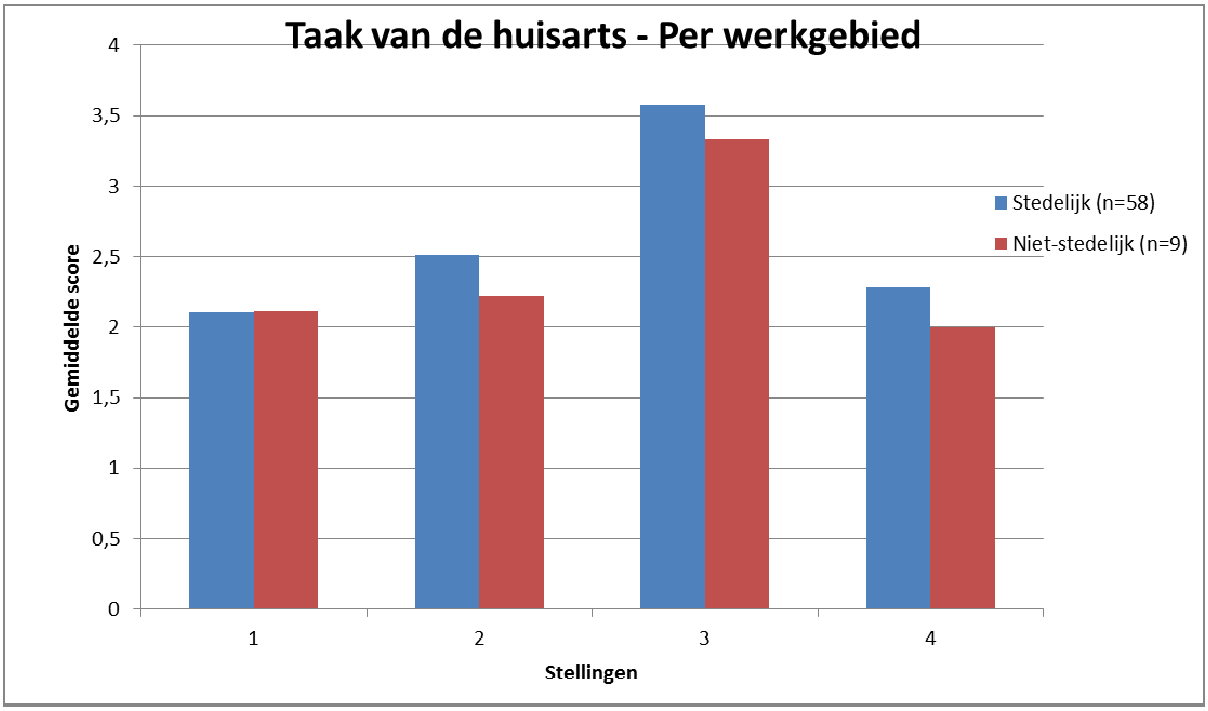

Niet-medicamenteuze maatregelen - Per groep
Gemiddelde score
4
3,5
3
2,5
2
1,5
1
0,5
0
9
10
11
12
13
Aanbevelingen
Seminariegroep An (n=10)
Seminariegroep Herman (n=10)
WGC Medikuregem (n=9)
LOK-groep De Markgraef (n=7)
LOK-groep Fruithof (n=10)
LOK-groep De Koepoort (n=9)
LOK-groep Hoboken (n=12)

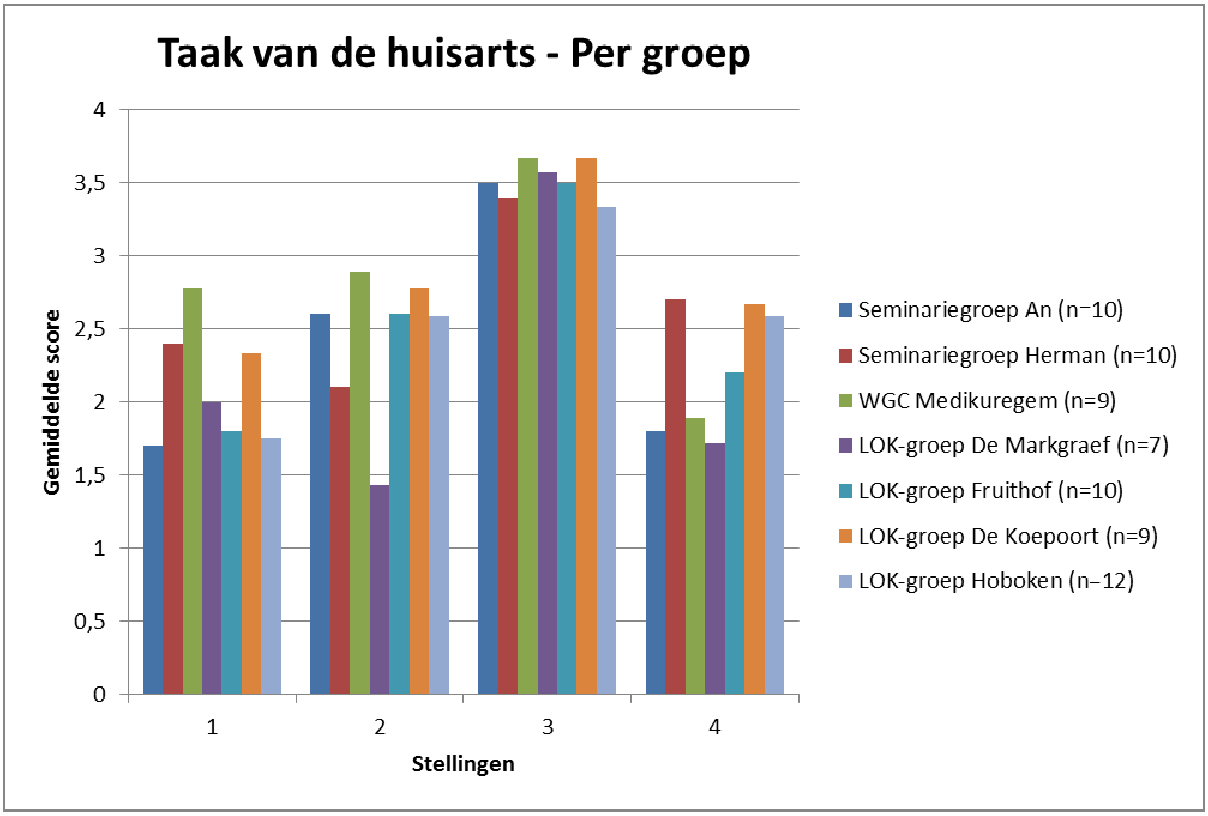
Bijlage 12c: Stap 8: Peer Review – Diagrammen - Taak van de huisarts








Taak van de huisarts - Per werkgebied
Gemiddelde score
4
3,5
3
2,5
2
1,5
1
0,5
0
1
2
3
4
Stellingen
Stedelijk (n=58)
Niet-stedelijk (n=9)


Taak van de huisarts - Per groep
Gemiddelde score
4
3,5
3
2,5
2
1,5
1
0,5
0
1
2
3
4
Stellingen
Seminariegroep An (n=10)
Seminariegroep Herman (n=10)
WGC Medikuregem (n=9)
LOK-groep De Markgraef (n=7)
LOK-groep Fruithof (n=10)
LOK-groep De Koepoort (n=9)
LOK-groep Hoboken (n=12)

Bijlage 13: Stap 9: Implementatie – Sociale kaart – Psychosociale begeleiding schizofrenie in regio Antwerpen

Sociale kaart – psychosociale begeleiding schizofrenie in regio Antwerpen

Familie ondersteuning
- KOPP-Vlaanderen
- Similes
- Mobiele Teams Antwerpen

Psycho-educatie
- CGG Andante
- CGG Vagga
- CGG De Pont
- VDIP
- Similes

Cognitieve gedragstherapie
- Via psychiater of psycholoog

Training sociale vaardigheden
- Mobiele Teams Antwerpen
- CGG Andante
- CGG Vagga
- CGG De Pont
- VDIP
- Dagcentra

Stimuleer Begeleid Werken
- Mobiele Teams Antwerpen
- Begeleid Werken

Contactgegevens vermelde instanties

1. **Begeleid Werken**

Platform Begeleid Werken Vlaanderen
www.begeleidwerken.be
Secretariaat Platform Begeleid Werken
Kaaistraat 35 – 8400 Oostende
0471/82 58 43
info@begeleidwerken.be

Begeleid Werken Antwerpen Noord-Zuid
http://www.begeleidwerken.be/?q=steunpunt/Antwerpen%20Noord%20Zuid
't Werkbureau dienst Begeleid Werk
Hellegat +29 - 2845 Niel
03/ 450 92 90

http://www.werkbureau.be

Begeleid Werken 't Punt - O.C. Clara Fey
Kleine Veerle 32 - 2960 Brecht
03/313 47 55
http://www.clarafey.be

Begeleid Werken DBC Openluchtopvoeding vzw
Miksebaan 264 A - 2930 Brasschaat
03/ 235 52 37
http://www.olo.be

Dagcentrum DAG
Groenendaallaan 379 - 2030 Antwerpen
03/ 542 03 42
http://www.wag.be

De Bosuil
Gallifortlei 309 - 2100 Deurne
0491/ 566 244

De Hoeve
Mortelsesteenweg 29 - 2100 Deurne
03/ 609 52 40
http://www.de-hoeve.be

De Markgrave
Markgravelei 20 - 2018 Antwerpen
03/ 248 26 21
www.demarkgrave.be/

De Stappe
De Stappe 35 - 2640 Mortsel
03/ 455 73 73
http://www.destappe.be

Mensen helpen Mensen
Keizerlei 57 bus 2 - 2000 Antwerpen

O.C. Katrinahof
Fromentinstraat 1 - 2050 Antwerpen
03/ 722 07 22
http://www.katrinahof.be/oc/

2. CGG Andante

www.andante.be

Team Volwassenen Berchem
Belpairestraat 50a - 2600 Berchem
03/239.39.39
volwassenen.berchem@andante.be

Team Volwassenen Deurne
Van Amstelstraat 90 - 2100 Deurne
03/325.69.05
volwassenen.deurne@andante.be

Team Volwassenen Merksem
Bredabaan 579 - 2170 Merksem
03/620.10.20
volwassenen.merksem@andante.be

Andante jeugdteam Berchem
Herculusstraat 17 - 2600 Berchem
03/270.37.73
jeugdteam.berchem@andante.be
Andante jeugdteam Merksem
Bredabaan 579 - 2170 Merksem
03/620.10.20
jeugdteam.merksem@andante.be
Ouderenteam Merksem
Bredabaan 579 - 2170 Merksem
03/620.10.20
ouderenteam.merksem@andante.be

3. CGG De Pont

Werkingsgebied: het arrondissement Mechelen van de provincie Antwerpen, uitgebreid met de Rupelgemeenten (Aartselaar, Boom, Hemiksem, Kontich, Lint, Niel, Reet, Rumst, Schelle, Waarloos).
http://www.cggdepont.be/
Boom
Col. Silvertopstraat 10 - 2850 Boom
03/ 844 05 43
boom@cggdepont.be
Lier
Lispersteenweg 17 - 2500 Lier
03/ 480 18 01
lier@cggdepont.be
Mechelen
Kinderen- en jongerenteam, PrOS-team, ouderenteam, directie, administratie:
Hanswijkstraat 48 - 2800 Mechelen
015/ 42 08 32
mechelen@cggdepont.be
Volwassenenwerking:
Lange Ridderstraat 20 - 2800 Mechelen
015/ 28 74 70
mechelen2@cggdepont.be

4. CGG Vagga

www.vagga.be
U bent jonger dan 18: neem contact op met onze kinder- en jongerenteams
Belgiëlei 147 a - 2018 Antwerpen
03/ 256 91 20
jeugdzorg@vagga.be
Handelslei 173 - 2980 Zoersel
03/ 380 38 30
zoersel@vagga.be
U bent tussen 18 en 25: neem contact op met ons team jongvolwassenen.
Belgiëlei 147 a - 2018 Antwerpen
03/ 256 91 20

jongvolwassenenteam@vagga.be

U bent tussen 25 en 60: neem contact op met een volwassenenteam.

Belgiëlei 147 a - 2018 Antwerpen
03/ 256 91 20
belgielei@vagga.be
Handelslei 173 - 2980 Zoersel
03/ 380 38 30
zoersel@vagga.be

U bent ouder dan 60: neem contact op met ons ouderenteam.

Belgiëlei 147 a - 2018 Antwerpen
03/ 256 91 20
volwassenenteam4@vagga.be

5. Dagcentra

Dagcentrum Arkel - Duffel
http://www.dc-arkel.be/
Spoorweglaan 31 - 2570 Duffel
015/30 48 50

Dagcentrum De Ridder - Antwerpen
Schermersstraat 1 bus 13 - 2000 Antwerpen
03/ 238 97 17
0493/ 24 33 81
Lars.bleyenbergh@ocmw.antwerpen.be
Dagcentrum.deridder@ocmw.antwerpen.be
www.ocmw.antwerpen.be

Dagcentrum De Vinken - Antwerpen
Lange Lozanastraat 60-62 - 2018 Antwerpen
03/ 237 71 64
anja.vereecken@ocmw.antwerpen.be
www.ocmw.antwerpen.be

Dagcentrum De Foyer en Het Keerpunt – Stuivenberg
De Foyer (langdurende ondersteunende dagbehandeling)
03/ 217 72 27
http://www.zna.be/nl-BE/overZNA/Medisch%20aanbod/Psychiatrisch%20Ziekenhuis%20Stuivenberg/Dagbehandeling/defoyer.aspx
Het Keerpunt (kortdurende dagbehandeling)
03/ 217 77 88
http://www.zna.be/nl-BE/overZNA/Medisch%20aanbod/Psychiatrisch%20Ziekenhuis%20Stuivenberg/Dagbehandeling/keerpunt.aspx

6. KOPP-Vlaanderen

http://www.koppvlaanderen.be/ (voor kinderen en jongeren met een ouder met psychische problemen) specifiek voor Antwerpen:

http://www.koppvlaanderen.be/aanbod/hulpverleningsaanbod/antwerpen/ (voor kinderen van ouders met psychische problemen, ook voor ouders met psychische problemen, ook educatie voor verwijzers mogelijk)

7. Mobiele Teams Antwerpen

http://www.vzwdelink.be/mobiel_team/Kennismakingsfolder%20Mobiele%20Teams%20Antwerpen%20De%20Link%20%20De%20Vliering.pdf

Mobiel Team Antwerpen De Vliering

Heuvelstraat 170 - 2530 Boechout
03/296.05.71
www.devliering.be

Mobiel Team Antwerpen De Link

Jan De Graefstraat 13 - 2600 Berchem
03/239 49 71
mta@vzwdelink.be
www.vzwdelink.be

8. Similes

nl.similes.be

Federatie Similes - Nationaal Secretariaat

Groeneweg 151 - 3001 Heverlee
016/ 24 42 01

Similes Inloophuis Kempen

Stationstraat 60-62 - 2300 Turnhout
014/ 41 46 24

Similes is een vereniging voor gezinsleden en nabijbetrokkenen van personen met psychiatrische problemen.

Lotgenotencontact

Similes brengt lotgenoten samen om ervaringen te delen en van elkaar te leren. Mensen vinden zo steun en begrip. Similes beluistert het verhaal van gezinsleden en helpt hen op weg. Deze ontmoetingsbijeenkomsten zijn enkel en alleen bedoeld voor familiebetrokkenen, zodat in een veilige omgeving ervaringen kunnen worden uitgewisseld.

Informatie en advies

Similes informeert via folders en brochures, infobijeenkomsten, studiedagen, website en vormingsmomenten over alles wat te maken heeft met psychische aandoeningen en zorg. We bieden eveneens telefonisch onthaal en psychosociaal advies met gerichte doorverwijzing en juridisch advies.

Ontspanning

Nieuw is de Similes vakantiewoning in het Limburgse Rotem.
De luxe gezinswoning is het hele jaar door beschikbaar aan democratische huurprijzen!

Belangenbehartiging

Similes behartigt de noden van deze gezinnen bij zorgverleners, overheid en de ruime samenleving.

9. VDIP

www.vdip.be (VDIP: Vroege Detectie en Interventie bij Psychiatrische (Psychotische) Stoornissen)
Men kan naar VDIP Antwerpen verwijzen als er sprake is van een hoog risico op psychose, een eerste psychose of stemmingsproblemen met een psychotisch karakter, en dit in combinatie met een ernstige achteruitgang in het algemeen functioneren, suïciderisico of het vermijden van zorg. Er start onmiddellijk een assessment fase met aansluitend toeleiding naar gepaste zorg.
Van der Sweepstraat 5-7 - 2000 Antwerpen
03/ 216 02 54
vdip.antwerpen@andante.be
werkingsgebieden:
- voor vroegdetectie en vroeginterventie: arrondissement Antwerpen met uitzondering van de Rupelstreek (Aartselaar, Boom, Hemiksem, Niel, Reet, Rumst, Schelle)

Bijlage 14: Steekkaart Beleid bij schizofrenie

april 2014

Steekkaart Schizofrenie

Medicatie acute psychose

Eerste **episode** of recidief **opstoot** psychose: start een antipsyc**hoticum naar keuze**. Richtlijn dosage: bv. risperidone 4-6 mg, olanzapine 5-20 mg per dag.

Angstig**e patiënt**: voeg een benzodiazepine toe. (bv. lorazep**am** 2 à 3 mg in 2 à 3 doses).

D**epressieve patiën**t: voeg een antidepressivum toe. Eerste keuze SSRI, tweede keuze TCA.

Acute psychose met g**eagiteerd gedrag**: geef haloperidol 5-10 mg p.o. of i.m., evt. gecombineerd met lorazepam 2-4 mg p.o. of i.m., bij voorkeur peroraal.

Hou rekening met eerdere ervaringen (bijwerkingen) met geneesmiddelen van de patiënt.

Verander de dosis geleidelijk om de laagst mogelijke effectieve dagdosis te bereiken.

Medicatie opvolgingsfase

Er is g**een** e**erste keuze geneesmiddel** voor de behandeling van schizofrenie in de opvolgingsfase. Verlaag de dosis naar zo laag mogelijke onderhoudsdosering, volg nauw op. Richtlijn dosage: bv. risperidone 4-6 mg of olanzapine 5-20 mg.

Zet de medicatie minimaal **2 jaar** verder na bereiken van respons.

T**herapieresistente schizofrenie**: opstart clozapine via psyc**hiater**, let op risico hematotoxiciteit.

Gebruik b**ij** lage therapietrouw de**potinjecties**. Richtlijn dosage: bv. risperidone 25-50 mg om de 2 weken, olanzapine 150 à 300 mg om de 2 weken of 300 à 405 mg om de 4 weken of haloperidol 50 à 300 mg om de 4 weken.

Bij stoppen: bouw g**eleidelijk af** en monitor de patiënt op ontstaan van prodromale verschijnselen. Verhoog de medicatie tot het eerder effectief niveau als dergelijke symptomen zich voordoen.

Nevenwerkingen antipsychotica

- klassiek**e** (bv. haloperidol, bromperidol, pipamperon, (ami)sulpiride): sedatie, meer extrapyramidale symptomen (dosi-safhankelijk), meer hyperprolactinemie (amenorroe, galactorree, gynaecomastie), metabole effecten (gewichtstoename, hypergly-cemie, dyslipidemie), QT-verlenging (vooral haloperidol), risico teratogeniciteit (niet te gebruiken bij zwangerschap)
- a**typische** (bv. aripiprazole, clozapine, olanzapine, paliperidone, quetiapine, risperidone): idem, meer metabole effecten, impoten-tie, cave clozapine (agranulocytose, myocarditis, cardiomyopathie)

Doseringsschema's antipsychotica

- aripiprazole: begindosering 10-15 mg/dag, onderhoudsdosering 15-30 mg/dag. Adolescenten en ouderen: lagere startdosis.
- haloperidol: startdosis 2-8 mg/dag, onderhoudsdosering 4-10 mg/dag
- olanzapine: begindosering 10 mg/dag. Nadien evt. depot: start met 405 mg per 4 weken, na 2 maanden 300 mg per 4 weken
- quetiapine: optitreren over 4 dagen tot 300-450 mg in 2 doses
- risperidone: begindosering dag 1: 2 mg, dag 2: 4 mg, vervolgens 4-6 mg per dag. Ouderen: begindosering 0,5 mg per dag, op te hogen tot 1-2 mg/dag

Niet-medicamenteuze maatregelen

Betrek de familie en geef ondersteuning voor het hele gezin (nl.similes.be). Geef p**sycho-educatie** aan patiënt en familie.

Communicatie

Geef geen kritiek en ga niet in discussie met de patiënt.

Praat rustig en traag. Communiceer helder in korte zinnen. Geef duidelijkheid en structuur mee. Zeg wat je doet.

Houd een vriendelijke en kordate afstand.

Verwijzing

Medicatie opvolgingsfase

Verwijs bij therapieresistente schizofrenie door naar een psychiater voor opstart van clozapine.

Niet-medicamenteuze maatregelen

Verwijs bij een eerste psychose of hoog risico hiervoor naar de psychiater (verwijs zelf of via www.vdip.be).

Verwijs psychotische patiënten voor psychotherapie (cognitieve gedragstherapie).

Train sociale vaardigheden. Stimuleer begeleid werken.

Follow-up

Monitor g**ewicht, BMI, taille, bloeddruk, glycemie en** lipidenw**aarden** voor start van therapie, na 6 weken, na 3 maanden en vanaf dan jaarlijks.

Controleer bij behandeling met clozapine regelmatig de bloedneutrofielen. De eerste 18 weken gebeurt dit wekelijks, vervolgens 4-wekelijks gedurende het hele verloop van de behandeling tot 4 weken na stopzetting.

Herwerking van de Duodecim-richtlijn 'Schizofrenie' (www.ebmpracticenet.be) door An Van Immerseel en Herman Otten (promotor prof. Bert Aertgeerts, co-promotor Martine Goossens)

Bijlage 15: Geadapteerde Duodecim-richtlijn

*Code: **groen** – adaptaties doorgevoerd door collega-HAIO An Van Immerseel*
***blauw** – adaptaties doorgevoerd door Herman Otten*
rood – *kleurcodes aangebracht door de oorspronkelijke auteurs van de richtlijn*

Schizofrenie

Duodecim Medical Publications Ltd
26/2/2010

- basisinformatie
- Algemeen
- Symptomen
- Etiologie
- Epidemiologie
- Diagnose
- Behandeling
- Farmacotherapie
- Fases van de behandeling
- Prognose
- Aanverwante bronnen

Basisinformatie

- De meest voorkomende psychotische symptomen zijn wanen en hallucinaties, meestal auditief.
- Zowel de prodromale als de eerste symptomen van een psychose moeten in een vroeg stadium worden vastgesteld. De eerste tekenen van opkomende schizofrenie zijn o.a. terugtrekking uit sociale contacten en verminderde werk- en functionele capaciteit.
- De patiënt moet worden behandeld voor de eerste episode van psychose.
- De behandeling wordt voornamelijk uitgevoerd in de ambulante zorg. Geneesmiddelenbehandeling wordt gecombineerd met psychosociale therapieën.
- Het is belangrijk om de familie en het sociaal netwerk van de patiënt te betrekken bij de behandeling.

Algemeen

- Schizofrenie begint meestal in de vroege volwassenheid.
- De etiologie van schizofrenie omvat biologische, psychologische en sociale factoren.
- Schizofrenie manifesteert zich op de volgende manieren: vermindering van mentaal functioneren, psychotische symptomen, sociaal isolement, verstoorde denkprocessen en emotioneel leven en een verminderde functionele capaciteit.
- Gedachte-stoornissen omvatten blokkeren (stoppen van de gedachtenstroom), abnormale associaties en concretisering van het denken.
- Emotionele stoornissen manifesteren zich vaak als vervlakt en beperkt gevoel. Het emotioneel leven van de patiënt kan onsamenhangend zijn en een gebrek aan consistentie tonen.

Symptomen

- De symptomen van schizofrenie zijn verdeeld in twee groepen: positieve symptomen (hallucinaties, wanen en incoherentie van spraak en gedrag) en negatieve symptomen (vervlakt gevoel, spraakarmoede, verlies van wilskracht en het onvermogen om plezier te voelen).
- De meest voorkomende psychotische symptomen zijn wanen en hallucinaties.
- De prodromale symptomen van een psychose zijn gevoelens van een "onechte" omgeving of veranderingen in het ervaren zelf.
- Terugtrekken uit sociale contacten en verminderde werk- en functionele capaciteit kunnen de eerste tekenen van opkomende schizofrenie zijn.
- In de acute fase heeft de patiënt bijna altijd hallucinerende ervaringen, die meestal auditief zijn. Somatische hallucinaties zijn ook mogelijk. De patiënt kan bijvoorbeeld de aanwezigheid van een soort apparaat in de hersenen aangeven. Olfactorische of smaakhallucinaties zijn ook mogelijk.
- Visuele hallucinaties zijn zeldzaam en kunnen duiden op organische disfunctie van de hersenen.
- De meest voorkomende wanen zijn wanen van achtervolging, verwijzing en controle. De patiënten kunnen het gevoel hebben dat ze worden gevolgd of vervolgd, of dat verwijzingen of berichten met betrekking tot hen verschijnen in

kranten of op de radio, of dat ze worden gecontroleerd door bijvoorbeeld telepathische middelen. Een ernstig paranoïde patiënt kan gevaarlijk worden.

- Patiënten met schizofrenie lijden vaak ook aan depressie. Een schizofrene patiënt kan suïcidaal zijn, zowel tijdens de acute fase als tijdens de post-psychose herstelfase.
- Bijna zonder uitzondering is schizofrenie geassocieerd met een verminderd vermogen om te studeren of te werken, alsook verminderde functionele capaciteit en vermindering van de cognitieve functies.

Etiologie

- Het stressdiathesemodel kan worden gebruikt om de ontwikkeling van schizofrenie te verklaren. Volgens het stressdiathesemodel dragen de erfelijkheid en / of vroege leerervaringen bij tot een predispositie (diathese) in de richting van de ziekte, en zowel externe als interne stressfactoren fungeren als triggers voor de ziekte.
- Schizofrenie heeft een sterke genetische component, maar slechts een klein deel van de schizofrene patiënten hebben een nauw verband met dezelfde aandoening. Verstoorde, foetale ontwikkeling, complicaties bij de geboorte en jeugdtrauma's kunnen ook het risico op schizofrenie verhogen.
- Patiënten met schizofrenie kunnen een verminderd vermogen hebben om interne of externe impulsen te filteren. Dit leidt tot een verlaagd vermogen om stress te verdragen, wat leidt tot de ontwikkeling van symptomen wanneer ze met problemen in het gewone leven te maken krijgen.
- De ontwikkelingseisen die geassocieerd zijn met volwassenheid of met persoonlijke relaties kunnen optreden als stressfactor die de ziekte uitlokt, of de ziekte kan worden uitgelokt door een toxische factor, zoals misbruik van alcohol of illegale drugs.

Epidemiologie

- De jaarlijkse incidentie van schizofrenie is ongeveer 2 gevallen per 1 000 inwoners en de prevalentie onder de bevolking is ongeveer 1% [1].

- Schizofrenie ontwikkelt zich eerder bij mannen dan bij vrouwen en leidt vaak tot teruggetrokkenheid van de patiënt, niet trouwen, aannemen van een lage maatschappelijke positie en vervroegd uittreden uit het beroepsleven.

Diagnose

- De diagnose wordt gesteld door een psychiater die gebruik maakt van de hulp van een multidisciplinair team. Het diagnostisch onderzoek bestaat uit een klinisch interview, familie-interview, beoordeling van de toestand van de kinderen, lichamelijk onderzoek, neuropsychologisch onderzoek en ook een evaluatie van het sociaal functioneren.
- De diagnose berust op symptomen en de aanwezigheid van tekenen die wijzen op een psychische stoornis die ten minste een maand duurt, en op verminderde functionele capaciteit.
- Voor het begin van de ziekte heeft de patiënt vaak een vreemd of onwerkelijk gevoel, voelt hij zich angstig en depressief en begint hij zich terug te trekken van anderen.
- Het klinische interview moet worden uitgevoerd zonder haast, met empathie en interesse. Een niet-oordelende benadering moeten worden aangenomen tegenover de voorgeschiedenis van de patiënt.
- Een lichamelijk onderzoek en labo-onderzoek worden gebruikt om zowel somatische ziekten die zich kunnen presenteren met psychotische symptomen (bijvoorbeeld neurologische en endocrinologische problemen, zie [1]) en psychose, veroorzaakt door middelmisbruik uit te sluiten; de symptomen van acute geneesmiddelen-geïnduceerde psychose lijken vaak op die van schizofrenie. De verschillende alternatieve diagnoses moeten overwogen worden, in het bijzonder bij de beoordeling van een patiënt buiten de normale werkuren.

Behandeling

- De behandeling van schizofrenie moet op de patiënt gericht zijn en moet rekening houden met diens individuele behoeften; de behandeling moet worden besproken met de patiënt, tenzij de ziekte bespreking onmogelijk maakt.

- De behandeling is gebaseerd op een schriftelijk, individueel zorgplan, opgesteld door een psychiater en een multidisciplinair team na onderzoek van de patiënt. Het zorgplan wordt geschreven in samenwerking met de patiënt en diens familie. Het zorgplan moet jaarlijks worden herzien.
- Het doel van de behandeling en revalidatie is de symptomen opheffen of verlichten, de herhaling van episodes van psychose voorkomen of de frequentie en intensiteit verminderen, maar ook om het psychosociaal functioneren en levenskwaliteit van de patiënt te verbeteren.
- De behandeling wordt voornamelijk uitgevoerd in de ambulante zorg en de familie van de patiënt en het sociaal netwerk worden zo veel mogelijk betrokken.
- De hoeksteen van de behandeling en revalidatie is een lange-termijn, begrijpende en vertrouwelijke therapeutische relatie.
- Antipsychotica hebben een significant effect op de symptomen van acute psychose, recidief van psychose en mortaliteit.
- De combinatie van psychosociale therapieën en farmaca zal de symptomen verlichten, het psychosociaal functioneren van de patiënt verbeteren en nieuwe episodes van psychose en hospitalisatie voorkomen.

Verplichte behandeling

- Een ziekenhuisverwijzing is aangewezen voor een psychotische patiënt, indien nodig, zonder de toestemming van de patiënt (onder de juiste wetgeving), als de patiënt zelfdestructief gedrag of agressie vertoont, als diens gedrag sterk geleid wordt door hallucinaties of wanen, of als de lokale poliklinische middelen niet volstaan om het onderzoek en de behandeling van de patiënt te garanderen.

Farmacotherapie

Acute zorg

- Antipsychotica zijn effectief om de positieve symptomen van schizofrenie te verminderen. Ze werken minder effectief in op de negatieve en cognitieve symptomen. Ernstige angst kan worden behandeld met benzodiazepinen, B en depressie met antidepressiva C.

- ***Er is geen eerste keuze geneesmiddel bij de behandeling van acute psychose. Voorbeelden van*** de aanbevolen dagelijkse dosis voor de behandeling van de eerste episode van psychose ***zijn*** gelijk aan ***risperidone 4-6 mg*** B of ***olanzapine 5-20 mg*** B. ***De keuze van het geneesmiddel zou gemaakt moeten worden door de patiënt en de arts samen waarbij het volgende overwogen wordt: de relatieve kans van het individuele antipsychoticum op het veroorzaken van extrapyramidale effecten (inclusief acathasie), metabole nevenwerkingen (inclusief gewichttoename) en andere nevenwerkingen (inclusief onaangename subjectieve ervaringen).***
- ***Er is geen eerste keuze geneesmiddel bij de behandeling van acute psychose. Voorbeelden van*** de aanbevolen dagelijkse dosis voor een terugkerende episode van psychose ***zijn*** gelijk aan ***risperidone 4-6 mg of olanzapine 5-20 mg. De keuze van het geneesmiddel zou gemaakt moeten worden door dezelfde criteria aanbevolen bij de startbehandeling (zie hierboven). Hou rekening met de klinische respons en de nevenwerkingen van de huidige en vorige medicatie van de patiënt.***
- Bij acute psychose met geagiteerd gedrag is de aanbevolen behandeling ***haloperidol 5-10 mg p.o. of i.m.,*** B, eventueel gecombineerd met lorazepam 2-4 mg ***p.o. of i.m.***, ***bij voorkeur oraal. De atypische neuroleptica zijn geen eerste keuze.***
- Bij de planning van medicatie is het belangrijk om de eerdere ervaringen met geneesmiddelenbehandeling van de patiënt in het achterhoofd te houden, aangezien de gevoeligheid voor verschillende bijwerkingen varieert van patiënt tot patiënt.
- De laagste effectieve dagdosis dient te worden gezocht door het geleidelijk veranderen van de dosis. Dit zal het verschijnen van geneesmiddelen-geïnduceerde bijwerkingen voorkomen en de compliance verbeteren.

Langdurige therapie

- ***Er is geen eerste keuze geneesmiddel voor de behandeling van schizofrenie in de opvolgingsfase. Voorbeelden van*** doses bij langdurige therapie zijn meestal veel lager dan de gebruikte doses in acute situaties. De dagelijkse dosering bij langdurige behandeling van schizofrenie dient gelijk te zijn ***4-6 mg risperidone of 5-20 mg olanzapine.***

- Clozapine [2] is superieur aan andere antipsychotica bij de behandeling van therapieresistente schizofrenie. ***Gezien zijn hematotoxiciteit is het enkel een eerste keuzemiddel bij*** schizofrenie ongevoelig voor behandeling met geneesmiddelen. Het vermindert ook mortaliteit effectiever dan andere antipsychotica [6].
- Na de periode van psychose moet de dosis geleidelijk worden verlaagd onder streng toezicht. Wanneer de onderhoudsdosering is bereikt, kan de behandeling voortgezet worden met tabletten of depotinjecties.
- ***Gebruik depotinjecties bij patiënten met onvoldoende therapietrouw.***
- ***Er is geen eerste keuze geneesmiddel voor de behandeling van schizofrenie in de opvolgingsfase.*** Als depotinjecties worden gebruikt, is het aanbevolen dat de enkelvoudige doses lager zijn dan gebruikelijk, bijv. ***25-50 mg risperidone om de 2 weken, 150 à 300 mg olanzapine om de 2 weken of 300 à 405 mg om de 4 weken of 50 à 300 mg haloperidol om de 4 weken.***
- Profylactische, antipsychotische behandeling tegen recidieven moet gedurende zelfs 2-5 jaar nadat de behandelingrespons is bereikt, voorgezet worden <203 [A], afhankelijk van de ernst van de symptomen en de gevoeligheid van de patiënt voor externe gebeurtenissen. Veel patiënten vereisen continue behandeling met medicijnen.
- Stopzetting van de medicatie moet geleidelijk zijn en de patiënt dient nauwlettend worden gecontroleerd op het ontstaan van symptomen of gedragsstoornissen voorafgaand aan psychose [B]. Mochten dergelijke symptomen zich voordoen, dan moet de medicatie worden verhoogd tot haar eerder effectief niveau.

Adjuvante geneesmiddelen

- Benzodiazepines worden gebruikt voor de behandeling van een angstige patiënt. Naast antipsychotica kan aan de patiënt, bijvoorbeeld ***lorazepam 2-3 mg in 2-3 giften*** worden voorgeschreven. Benzodiazepinebehandeling moet worden stopgezet wanneer acute angst is verdwenen.
- Depressie bij een schizofrenepatiënt wordt behandeld door toevoeging van een antidepressivum aan de geneesmiddelen [B]. In dat geval zijn selectieve serotonineheropnameremmers meer aanbevolen dan tricyclische antidepressiva.

- ~~Als de aandoening kenmerken heeft van schizoaffectieve stoornis kunnen stemmingsstabiliserende geneesmiddelen worden toegevoegd aan de medicatie (bijvoorbeeld lithium [B] of valproaat [C]). *(deze aanbeveling werd geschrapt).*~~

Bijwerkingen van de medicatie

- Acute neurologische bijwerkingen, veroorzaakt door antipsychotica, dienen te worden behandeld met een anticholinerg anti-parkinson geneesmiddel (bijv. 2-6 mg biperideen) waarna het antipsychoticum of de dosering gewijzigd wordt, zodat de negatieve effecten wegblijven en het antiparkinson geneesmiddel niet meer nodig is.
- Langdurig gebruik van antipsychotica is geassocieerd met bijwerkingen die verschillende orgaansystemen beïnvloeden.
- Het gebruik van alle antipsychotica, vooral eerste generatie antipsychotica, kan vergezeld zijn van parkinsonisme en extra pyramidale symptomen, zoals stijfheid, dystonie en acathisie. Bijzondere aandacht moet worden besteed aan onvrijwillige spierbewegingen van de mond, tong, ogen en nek. Het verschijnen van schadelijke effecten maakt verwijzing naar een specialist noodzakelijk.
- Tweede generatie antipsychotica , in het bijzonder, zijn geassocieerd met metabole bijwerkingen, net als conventionele hoge dosis neuroleptica. Deze effecten omvatten gewichtstoename, verhoogde bloedglucosewaarden, insulineresistentie, type 2 diabetes [C] en een toename van de bloedlipidenwaarden. Sommige verschillen kunnen worden aangetroffen onder de tweede generatie antipsychotica wat deze schadelijke effecten betreft: het gebruik van clozapine en olanzapine [C] is duidelijk geassocieerd met metabole bijwerkingen, sertindol, risperidon en quetiapine slechts matig, terwijl ziprasidon en aripiprazol [C] er niet mee geassocieerd eijn, op basis van beperkte gegevens uit studies, over deze bijwerkingen. Van de conventionele antipsychotica is perfenazine niet geassocieerd met significante gewichtstoename, noch met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten [23].
- Met het oog op het voorkomen van de ontwikkeling van metabole bijwerkingen en het vroegtijdig diagnosticeren ervan, is het aanbevolen dat de lichamelijke gezondheid van de patiënt wordt bewaakt: het gewicht en de body mass index, taillemeting, bloeddruk en plasma glucose en lipidenwaarden. ***Deze monitoring***

gebeurt best voor aanvang van therapie, na 6 weken, na 3 maanden en vervolgens jaarlijks.

- Alle antipsychotica (met name sertindol [B] en ziprasidon) kunnen het QTc-interval verhogen [3].
- Het gebruik van alle antipsychotica is geassocieerd met het risico op maligne neuroleptisch syndroom.

Familie

- De familie en het sociale netwerk van een patiënt met acute psychose worden zo vroeg mogelijk opgenomen in de zorg. Passende ondersteuning en zorg wordt ook geregeld voor de kinderen in het gezin. Familie-interventie kan therapietrouw verbeteren, de revalidatie versnellen en de naaste familie helpen om om te gaan met hun eigen crisis [C].
- Een psychoeducatieve benadering kan worden gebruikt om de familieleden kennis bij te brengen over schizofrenie en de behandeling ervan, en hun soms kritische en indringende benadering naar de patiënt toe te verminderen.

Psychotherapie

- Een vertrouwelijke, langdurige behandelingsrelatie, die gebaseerd is op psychodynamische inzicht, zal fungeren als belangrijke psychotherapeutische ondersteuning bij de aanpak van schizofrenie.
- Cognitieve gedragstherapie [C] wordt gebruikt om de symptomen van schizofrenie te verlichten en de functionele capaciteit van de patiënt te verbeteren. Het is daarom een aanbevolen individuele therapievorm voor een schizofrene patiënt met psychotische symptomen.
- Psycho-educatie vermindert de symptomen van schizofrenie, verbetert de therapietrouw en het maatschappelijk functioneren van de patiënten en het welzijn van hun gezin. Het vermindert herhaling van de episodes van psychose.
- In combinatie met andere vormen van behandeling en de opvolging van de patiënt voor prodromale symptomen vermindert psycho-educatie de terugval- en heropnamecijfers [B].

Rehabilitatie

- Training van sociale vaardigheden verbetert de sociale redzaamheid en het sociaal functioneren bij een patiënt met schizofrenie.
- Begeleid werken ("plaats en oefen") kan de kansen van de patiënt verbeteren en hem laten deelnemen aan de open arbeidsmarkt [45].

Fases van de behandeling

- De taakverdeling tussen de primaire gezondheidszorg en specialistische zorg is afhankelijk van lokaal beleid en middelen.
- Een schizofrene patiënt met een eerste aanval moet worden doorverwezen naar specialistische zorg.
- Patiënten met een slecht gecontroleerde schizofrenie hebben specialistische zorg nodig. De behandeling van patiënten bij wie de ziekte goed onder controle is, kan worden beheerd door een huisarts, die een psychiater moet raadplegen wanneer dat nodig is.
- ***Verwijs door naar tweede lijn voor opstart van clozapine therapie.*** Follow-upbehandeling en de noodzakelijke controle van de bloedneutrofielen kan plaatsvinden in de eerste lijn. ***Deze bloednames dienen wekelijks te gebeuren gedurende de eerste 18 weken van behandeling, en vervolgens maandelijks tijdens het verdere verloop van de behandeling tot 4 weken na eventuele stopzetting van clozapine.***

Prognose

- Schizofrenie is een ernstige en chronische ziekte, maar de prognose is niet altijd slecht. Het verloop van de ziekte is vaak veranderlijk: de patiënt kan herhaalde episodes van psychose hebben, maar kan nagenoeg symptoomvrij zijn tussen de aanvallen.
- De sterfte van patiënten met schizofrenie is 2-3 maal hoger dan die van de algemene bevolking , maar de mortaliteit kan worden verminderd met ongeveer 20% door antipsychotica [6].

- De hoger dan normale sterftecijfers zijn het meest zichtbaar bij de jongere leeftijdsgroepen. De hoge sterftecijfers binnen deze leeftijdsgroepen zijn voornamelijk te wijten aan zelfmoorden, die 20 keer vaker voorkomen dan in de algemene bevolking. Bovendien komt de sterfte als gevolg van cardiovasculaire, metabole en respiratoire aandoeningen vaker voor bij patiënten met schizofrenie dan in de algemene bevolking.
- Meer dan de helft van patiënten met schizofrenie zal een redelijk herstel doormaken en slechts ongeveer een tiende blijft ziek in die mate dat ze hulp nodig hebben met de dagelijkse activiteiten.
- Niettemin blijft de noodzaak voor behandeling hoog.

Aanverwante bronnen

- Cochrane reviews [1]
- Andere bewijs samenvattingen [1]
- Literatuur [1]

References

- 1. Perälä J, Suvisaari J, Saarni SI, et al. Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. Arch Gen Psychiatry 2007 Jan;64(1):19-28. CDLH
- 2. Barnett AH, Mackin P, Chaudhry I, et al. Minimising metabolic and cardiovascular risk in schizophrenia: diabetes, obesity and dyslipidaemia. J Psychopharmacol 2007 Jun;21(4):357-73. CDLH
- 3. Daumit GL, Goff DC, Meyer JM, et al. Antipsychotic effects on estimated 10-year coronary heart disease risk in the CATIE schizophrenia study. Schizophr Res 2008 Oct;105(1-3):175-87. CDLH
- 4. Bond GR. Principles of the individual placement and support model: empirical support. Psychiatr Rehab J 1998;22:11-23
- 5. Wexler BE, Bell MD. Cognitive remediation and vocational rehabilitation for schizophrenia. Schizophr Bull 2005 Oct;31(4):931-41. CDLH
- 6. Tiihonen J, Lönnqvist J, Wahlbeck K, Klaukka T, Niskanen L, Tanskanen A, Haukka J. 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study). Lancet 2009 Aug 22;374(9690):620-7. CDLH