

De multidisciplinaire richtlijn schizofrenie

- Wat kunnen we met de recente update? -

Dr. Berno van Meijel

Lector GGZ-verpleegkunde

Hogeschool INHolland / Amsterdam

www.ggzverpleegkunde.nl

De richtlijn schizofrenie van 2005

- *noodzaak tot update* -

Update

- Nieuwe kennis?
- Betere leesbaarheid
- Bevordering van implementatie
- Meer aandacht voor (verpleegkundige) zorg

Verpleegkundige zorg

Helaas, geen wetenschappelijk bewijs!!

Niveaus van wetenschappelijk bewijs

- van 'hoog' naar 'laag' -

- Systematische literatuuroverzichten / meta-analyses
- Experimentele studies
- Ander vergelijkend onderzoek (cohort-onderzoek / patient-controle-onderzoek)
- Niet vergelijkend onderzoek (beschrijvend / kwalitatief onderzoek)
- Mening van experts

Het legalistische standpunt

- We gaan pas iets doen als er overtuigend bewijs is dat iets werkt

(vergelijk: iemand is pas schuldig wanneer wettig en overtuigend is aangetoond dat deze persoon de daad heeft gepleegd)

Het professionele standpunt

Ik doe iets wanneer:

- Wetenschappelijk is aangetoond dat het werkt
- Ik de verwachting heb dat iets bij mevrouw Jansen werkt (met/ zonder of met beperkt bewijs)
- Mevrouw Jansen mij verzoekt om iets te doen (of iets na te laten) (en ik weet dat dit geen grote schade toebrengt)

Dus ...

- Relativering van het 'interventionistische' standpunt

Goede zorg bestaat uit (veel) meer dan de geformaliseerde interventies waarvan de effectiviteit is bewezen (via experimenteel onderzoek)

Vraag maar aan patiënten!

Een plek voor 'Presentie' in de
richtlijn?

Begripsomschrijving

- Een praktijk waarbij de zorggever zich aandachtig en toegewijd op de ander betreft en met hem interageert, zo leert zien wat er bij de ander op het spel staat – van verlangens tot angst – en die in aansluiting daarbij gaat begrijpen wat er in de desbetreffende situatie gedaan zou kunnen worden en wie hij/zij daarbij voor de ander kan zijn. Wat gedaan kan worden, wordt dan ook gedaan. Dat is een manier van doen die slechts verwezenlijkt kan worden met gevoel voor subtiliteit, vakmanschap, met praktische wijsheid en liefdevolle trouw.

(Baart & Grypdonck, Verpleegkunde en presentie, 2008)

De goede verpleegkundige

- Is aanwezig
- Luistert
- Ziet
- Begrijpt
- Zorgt
- Toont mede-lijden
- Steunt
- Biedt hoop
- Wekt vertrouwen
- Zoekt mee naar betekenis
- Handelt (in bepaalde gevallen)
- Handelt niet (in bepaalde gevallen)

Dus ...

- Goede zorg is meer dan ‘sociale technologie’ vastgelegd in interventies en protocollen met vaststaande doelen en (meetbare) uitkomsten.
- ‘Presentie’ vormt de essentie van goede zorg
- Goede zorg richt zich op het zoeken naar een ‘zinnig’ leven dat de ziekte overstijgt

Onze opdracht ...

Het vinden van een goede verhouding tussen ...

- INTERVENTIE

En

- PRESENTIE

Uitgangsvragen

- Welke kenmerken van de therapeutische alliantie tussen de hulpverlener en de patiënt dragen bij aan positieve behandeluitkomsten?
- Welke evidence- en best-practice based verpleegkundige interventies en richtlijnen zijn beschikbaar die bijdragen aan vermindering van de verpleegproblemen, een goede kwaliteit van zorg en aan positieve behandeluitkomsten?

Stand van zaken

- Literatuur is verzameld via Trimbos Instituut
- Literatuur wordt beoordeeld door Stynke Castelein
- Teksten voor de richtlijn worden opgesteld door :
 - Stynke Castelein
 - Ronald van Gool
 - Nynke Boonstra
 - Didier Rammers
 - Berno van Meijel
- Beoordeling door Kerngroep MDR
- Beoordeling door achterban
- Definitieve versie van de richtlijn

De therapeutische relatie

(Hewitt & Coffey, 2005)

- Patiënten hechten veel waarde aan een positieve therapeutische relatie
- Een goede therapeutische relatie lijkt een positief effect op herstel te hebben
- De vraag of een goede therapeutische relatie tot betere behandeluitkomsten leidt moet nog onbeantwoord blijven.

Bevordering van communicatie

(van Os e.a. 2004)

- 2-COM lijst is ontwikkeld ter bevordering van de communicatie tussen de clinicus en de patiënt via uiting van zorgbehoeften
- Betere beoordeling van de communicatie door patiënten in de experimentele groep
- Meer aanpassingen in de behandeling in de experimentele groep.

Counseling/steunende psychotherapie

- Non-directieve houding gericht op therapeutische relatie
- Inhoud van de sessies wordt voornamelijk door de patiënt bepaald.
- Geen effecten op:
 - psychiatrische symptomen
 - terugval en heropnames
 - aantal doden
 - medicatietrouw + attitude t.a.v. medicatie
 - ziekte-inzicht
 - psycho-sociaal functioneren
 - kwaliteit van leven
- Wordt dus niet aanbevolen.

Lotgenotencontact

(Castelein e.a.)

- Verpleegkundigen spelen een prominente rol bij de begeleiding van lotgenotengroepen
- Significant meer contacten met lotgenoten en ontvangen sociale steun.
- Minder negatieve symptomen
- Positieve evaluatie door deelnemers en begeleiders
- Positieve evaluatie van de rol van de verpleegkundige in de begeleiding
- Geen generalisatie naar meer contacten met familie en vrienden

Seksuele voorlichting

- Interventies gericht op:
 - preventie van HIV, SOA, veilig vrijen en condoomgebruik.
 - assertiviteitstraining / probleemoplossing
- Kunnen goed door verpleegkundigen worden aangeboden.
- Effecten (vergeleken met standaardzorg) ten aanzien van:
 - kennis
 - bereidheid om risicovol gedrag te verminderen
 - minder onveilige seks / meer condoomgebruik

Suïcidaliteit

Richtlijn 2005:

- Periodieke inschatting van suïcidaliteit en risicofactoren;
- Zorg voor de veiligheid van de patiënt / geen toegang tot middelen om suïcide te plegen.

Nu:

- Geen effectieve interventies bekend bij schizofrenie;
- Wel richtlijn 'Verpleegkundige zorg bij suïcidaliteit bij schizofrenie' (van Meijel e.a. 2008 / www.ggzverpleegkunde.nl)

Rookgedrag

- Percentage rokende patiënten met schizofrenie is drie keer zo hoog als percentage rokers in de normale populatie
- Geen effectieve interventieprogramma's bij deze doelgroep
- Aandacht van de verpleegkundige voor leefstijl + eventuele verwijzing naar bestaande 'stoppen met roken' interventies voor de normale populatie

Medicatierouw

- Studie van Kemp (1996) leverde significante resultaten op: medicatierouw en inzicht. Echter mensen met schizofrenie profiteren minder dan mensen met een bipolaire stoornis.
- Studie van Harris e.a. (2009): medicatiemanagement uitgevoerd door (overwegend) verpleegkundigen: significante verbetering op psychopathologie, affectieve symptomen en betrokkenheid bij de behandeling
- Overige studies (NICE 2009): Inconsistentie bevindingen betreffende attitude ten aanzien van medicatie, geen effect op symptomen, kwaliteit van leven, algemeen functioneren, terugval en heropnames.

Cognitieve gedragstherapie door verpleegkundigen

- CGT bij mensen met schizofrenie is effectief: vermindering van symptomen en vermindering van heropnames.

Toegepast door verpleegkundigen (Malik e.a. 2009):

- Na 12 maanden: minder terugval, minder negatieve symptomen, betere ziekte-inzicht
- Na 24 maanden: minder terugval, uitstel van terugval, kortere klinische verblijfsduur

Somatische screening

- Verpleegkundigen blijken adequaat in staat het metabool syndroom bij mensen met schizofrenie te detecteren (bijvoorbeeld gebruikmakend van de Metabolic Syndrome Screening Tool (MSST) (Brunero et al, 2009)
- Verpleegkundigen lijken goed in staat leefstijlinterventies toe te passen, deels resulterend in lagere BMI, verbeterd inzicht in eigen fysieke gezondheid en toegenomen sociaal contact (Usher e.a. 2006)

En verder

- Terugvalpreventie: het werken met crisis-/signaleringsplannen
- Humor
- Respite care

..... Maar misschien zul we wel heel belangrijk zaken vergeten!

Dus laat ze ons weten.

Reacties naar ...

Bernno.vanMeijel@Inholland.nl