

Thuis stop ik weer. Continuïteit in farmacotherapie

Samenvatting

50% van de patiënten met een schizofreniespectrumstoornis is ontrouw in antipsychoticagebruik. De instandhoudende factoren van medicatieontrouw krijgen tijdens een acute klinische behandeling onvoldoende aandacht, met een recidief als gevolg. Deze gevalsbeschrijving beschrijft de resultaten van een acute klinische behandeling van een patiënt met een schizofreniespectrumstoornis die herhaaldelijk is gestopt met antipsychotica en daardoor in toenemende ernst psychotische decompensaties heeft. De patiënt krijgt een geïntegreerde behandeling op maat, met aandacht voor de instandhoudende factoren van zijn medicatieontrouw (medicatiebijwerkingen, beperkt ziekte-inzicht en achterdocht). De behandeling bestaat uit effectief gebleken interventies om therapietrouw te bevorderen, gecombineerd SDM-plus-methodiek (*shared decision making*). De interventies zijn het opbouwen van een vertrouwensrelatie, SDM, psycho-educatie en motiverende gespreksvoering. Voor een goede opvolging na ontslag is er contact en afstemming met de ambulante behandelaar. Het effect is verbeterde therapietrouw door vrijwillige acceptatie van een antipsychoticumdepot, vermindering van achterdocht en verbetering van functioneren en ziekte-inzicht.

Trefwoorden: schizofreniespectrumstoornis, shared decision making, medicatietrouw

Inleiding

Hugo¹ wordt voor de derde keer opgenomen. Zijn psychotische symptomen zijn heftiger teruggekomen nadat hij gestopt is met zijn antipsychoticum.

Een schizofrenie(spectrum)stoornis is een ernstige ziekte die vaak op jongvolwassen leeftijd door erfelijke en omgevingsfactoren ontstaat (Van Alphen et al., 2012). Kenmerkend zijn psychotische belevingen in de vorm van wanen, hallucinaties of desorganisatie, negatieve symptomen en beperkingen op een of meer belangrijke levensgebieden met gevolgen voor het dagelijks leven (American Psychiatric Association, 2014). In de volwassen leeftijd wordt de levenslange prevalentie van schizofrenie geschat op 0,5% (De Graaf, Ten Have, & Van Dorsselaer, 2010).

Iedere psychotische terugval en opname kan negatieve consequenties hebben voor het functioneringsniveau en kan leiden tot trauma en verlieservaringen (Berendsen et al., 2018; Seed, Fox, & Berry, 2016). Behandeling met antipsychotica vermindert het risico op een psychotische terugval bij schizofrenie(spectrum)stoornissen. Leucht et al. (2012) zagen na één jaar een terugval van 27% in de antipsychoticagroep en een terugval van 65% in de placebogroep. In de placebogroep vonden 16% meer opnames plaats. Antipsychotica leiden daarnaast tot een betere kwaliteit van leven, tot minder agressie (Leucht et al., 2012) en tot minder suïcides (Higashi et al., 2013). Ondanks deze positieve werking is medicatieontrouw een aanzienlijk probleem bij patiënten met een schizofreniespectrumstoornis. Ongeveer 50% van alle patiënten is ontrouw in antipsychotica-inname zoals voorgeschreven (Lacro, Dunn, Dolder, Leckband, & Jeste, 2002). In de algemene gezondheidszorg is slechts een kwart van alle patiënten medicatieontrouw (DiMatteo, 2004).

Verminderde medicatietrouw bij een schizofreniespectrumstoornis wordt geassocieerd met geen of beperkt ziekte-inzicht, middelengebruik (Czobor et al., 2014; Garcia et al., 2016; Velligen, Sajatovic, Hatch, Kramata, & Docherty, 2017), een verhoogd vijandigheidsniveau, eerdere medicatieontrouw (Czobor et al., 2014), een negatieve houding tegenover medicatiegebruik, medicatiebijwerkingen (Velligen et al., 2017), paranoïde wanen en een slechte therapeutische relatie met de behandelaar (Garcia et al., 2016). Diverse interventies bevorderen medicatietrouw bij een schizofreniespectrumstoornis, zoals het gebruik van depotmedicatie in plaats van orale medicatie (Kishimoto et al., 2017), motiverende gespreksvoering (Chien, Mui, Cjeung, & Gray, 2015), psycho-educatie (Zhao, Sampson, Xia, & Jayaram, 2015) en een goede therapeutische relatie (McCabe et al., 2012). Een geïntegreerde behandeling op maat, afgestemd op de redenen van therapieontrouw, geeft

¹ Hugo is een gefingeerde naam. De patiënt heeft toestemming gegeven om zijn gegevens te gebruiken.

het beste resultaat (Dahan, Behrbalk, Stolovy, & Greenberger, 2016). Een belangrijke interventie hierbij is shared decision making (SDM) (Van Alphen et al., 2012). Hierbij nemen behandelaar en patiënt in samenspraak een besluit op basis van het best beschikbare bewijs (Elwyn et al., 2010). SDM draagt in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) bij tot verbeterde therapietrouw (Metz, 2018).

Een acute klinische GGZ-behandeling is vooral gericht op het afwenden van (ernstig) gevaar en bestaat voornamelijk uit symptoombestrijding door farmacotherapie. De instandhoudende factoren die medicatieontrouw veroorzaken krijgen onvoldoende aandacht, met een recidief in medicatieontrouw als gevolg. De verpleegkundig specialist in opleiding (VIO) beschrijft in deze gevalsbeschrijving een geïntegreerde behandeling gericht op instandhoudende factoren van medicatieontrouw bij een patiënt met een schizofreniespectrumstoornis tijdens een acute opname.

Casusbeschrijving

Hugo had drie jaar geleden een eerste psychotische episode. Hij wordt nu met een rechtelijke machtiging (RM) opgenomen op een medium care-afdeling vanwege een derde paranoïde psychose. Hugo heeft een normale ontwikkeling doorgemaakt. Hij heeft een goedlopend bedrijf. Er is geen duidelijke verklaring voor het ontstaan van zijn psychoses. In een psychologisch onderzoek zijn geen aanwijzingen gevonden voor een autismespectrumstoornis of voor een verstandelijke beperking. Zijn eerste psychotische episode werd behandeld met olanzapine, zonder restverschijnselen. Na het staken van de behandeling werd hij opnieuw psychotisch, dit keer ernstiger. Hij probeerde diverse antipsychotica (risperidon, penfluridol, haloperidol en quetiapine) met veel ervaren bijwerkingen. Hij werd weer psychosevrij bij een paliperidondepot. Hugo stopte tegen advies na vier maanden, waarna de psychose heftiger terugkwam.

Diagnostiek en classificatie

Bij opname van Hugo heeft de VIO dossieronderzoek gedaan, en een psychiatrische (Hengeveld, 2003), een verpleegkundige (Gordon, 2017) en een somatische anamnese afgenomen, waarna een gepersonaliseerde beschrijvende diagnose werd opgesteld. Eveneens werden de DSM-5-classificatie (American Psychiatric Association, 2014) en de NANDA-diagnoses (*North American Nursing Diagnosis Association*) (Herdman & Kamitsuri, 2014) opgesteld. De international Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) werd gebruikt om het functioneren van Hugo in kaart te brengen (WHO-FIC, 2007).

Beschrijvende diagnose

Hugo, 45 jaar, wordt door zijn FACT-behandelaar (*flexible assertive community treatment*) aangemeld voor een gedwongen klinische opname vanwege een recidief paranoïde psychose en vanwege verbale en fysieke agressie, die werd veroorzaakt door achterdocht. Hugo is gehuwd en heeft een dochter van 15. Hij heeft een goedlopend bedrijf met personeel. Zijn vrouw en kind verblijven op een geheim adres. Hugo heeft drie jaar geleden een eerste psychotische episode doorgemaakt en daarna een recidief waarvan hij herstelde zonder restsymptomen. Voordien is hij nooit psychiatrisch behandeld. Luxerende factoren zijn het stoppen met antipsychotica, jaarlijks terugkerende bedrijfspiëkmomenten, een aangekondigde echtscheiding en het recentelijk overlijden van zijn vader. Psychiatrisch gezien is er sprake van een andere gespecificeerde schizofreniespectrum- of andere psychotische stoornis (DSM-5:298.8) met toenemende ernst bij iedere psychose. Dit uit zich in betrekkingsideeën en complottheorieën met achterdocht naar medicatie, zijn vrouw, zijn werknemers en zijn FACT-behandelaar. Hij denkt dat anderen bewust zijn bedrijf dwarsbomen en dat hij bespioneerd en vergiftigd wordt. Somatisch gezien is hij gezond, en altijd gezond geweest.

Verpleegkundig diagnostisch is er sprake van:

Therapieontrouw (NANDA:00079), gekenmerkt door een ernstig probleem in antipsychoticuminname (ICF:e1101.3), een ernstige paranoïde psychose (ICF:b1602.3), ernstige verbale en fysieke agressie naar zijn gezin en zijn ambulante behandelaar (ICF:b1304.3). Dit wordt in stand gehouden door medicatiebijwerkingen (ernstige seksuele bijwerkingen (ICF:b6400.3), ernstige sedatie (ICF:b1102.3) en matige gewichtstoename (ICF:530.2)), door onvoldoende kennis over en inzicht in het nut van antipsychoticagebruik (ICF:d199.3) en door ernstige achterdocht (ICF:b1603.3).

Deze diagnoses leiden tot een ernstig probleem in de relatie met zijn kind (ICF:d7600.3), een ernstig probleem in zijn samenlevingsrelatie (ICF:d7701.3) en een matig probleem in het organiseren van zijn bedrijf (ICF:d8500.2).

Bevorderende factoren zijn een ziekte-uitkering (ICF:e5701+3), voldoende financiële middelen (ICF:d8500+4), het beoefenen van een sport (ICF:d9201+2) en de coördinatie van het bedrijf door zijn vrouw.

Hij omschrijft zichzelf als iemand die hard werkt, zich altijd goed heeft weten te redden en zijn leven prima onder controle heeft zonder medicatie.

Aanvullend werden de verpleegkundige diagnoses ouderschapstekort (NANDA:00056), ineffectieve coping (NANDA:00069) en risico op geweld jegens anderen (NANDA:00138) gesteld. Deze worden in deze gevalsbeschrijving niet verder uitgewerkt, omdat de focus ligt op therapieontrouw.

Behandeling en resultaten

Voor Hugo hadden alle antipsychotica te veel bijwerkingen van sedatie, seksuele functiestoornissen en gewichtstoename. Voorwaarde voor ontslag vanuit het FACT-team was het accepteren van depotmedicatie. In een multidisciplinair overleg en in overleg met de FACT-behandelaar werd het toewerken naar antipsychoticumdepot en het bevorderen van medicatietrouw overeengekomen. Herinstellen op paliperidon had de voorkeur, omdat het eerder positieve antipsychotische effecten op Hugo had gehad en omdat het minder bijwerkingen heeft dan andere gebruikte antipsychotica.

Met de Nursing Interventions Classification (NIC) (Bulechek, Butcher, Dochterman, & Wagner, 2013) en de Nursing Outcomes Classification (NOC) (Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2013) werden de verpleegkundige interventies en uitkomsten bepaald.

Hugo had moeite met de term therapieontrouw omdat hij naar zijn overtuiging steeds verantwoord stopte met antipsychotica. Hij was wel bereid om in gesprek te gaan over antipsychoticagebruik, waarbij de beoogde uitkomstmaat 'therapietrouw medicatievoorschrift' (NOC:1623) werd gesteld. Indicatoren hierbij waren: het innemen van medicatie volgens voorschrift (162307), alertheid op therapeutische effecten (162312), alertheid op bijwerkingen (162313) en het melden van deze bijwerkingen aan zijn behandelaar (162317).

Eigen zeggenschap in de medicatiekeuze was voor Hugo belangrijk vanwege angst voor bijwerkingen. De gekozen interventie was ondersteuning in de besluitvorming (NIC:5250). Hiervan is SDM een belangrijk aspect.

SDM wordt tijdens een acute psychotische episode in een acute setting, bij een patiënt met weinig ziekte-inzicht, vaak niet als haalbaar gezien (Hamann et al., 2009). Hamann en Heres (2014) hebben hiervoor de SDM-plus-methodiek ontwikkeld. De eerste stap hierbij is inschatting van de situatie. Hugo's situatie was niet levensbedreigend, zodat acuut handelen niet noodzakelijk was. In een niet-acute situatie, met meerdere behandelopties, kan klassieke SDM worden ingezet. Wanneer een betere keuze mogelijk is, maar de patiënt mogelijk de behandeling weigert tijdens een acute situatie, kan SDM-plus worden ingezet. Dit was bij Hugo het geval. Het gaat bij SDM-plus om een niet directieve houding, met aandacht voor de relatie en voor het voorkomen van weerstand. Motiverende gespreksvoering (MG), SDM en aanvullende interventies als psycho-educatie worden in het SDM-plus-proces gecombineerd (Hamann & Heres, 2014). Deze methodiek sluit aan bij een geïntegreerde behandeling op maat, afgestemd op de redenen voor therapieontrouw (Dahan et al., 2016).

Meteen na opname werd Hugo's agressie minder en werd zijn functioneren beter. De VIOS had drie keer per week contact met Hugo en investeerde in een vertrouwensrelatie door oordeelvrij te luisteren, te valideren en te reflecteren op Hugo's gedachten en handelen vanuit zijn context (Koekkoek, 2011). Dit leidde tot openheid over zijn achterdocht en hoe hij tot bepaalde conclusies kwam. Hugo bleek de ernst van zijn situatie te onderschatten. Hij begreep niet waarom hij een RM had gekregen en vond het overdreven.

MG (Miller & Rollnick, 2016) door de VIOS leidde bij Hugo tot het openstaan voor medicatie, met als voorwaarde dat de medicatie zo min mogelijk bijwerkingen zou hebben. Hij dacht geen medicatie meer nodig te hebben wanneer de psychose naar de achtergrond verdween. Op basis van onderzoek van Van der Gaag, Van Mierlo, Van Peperstraten, Sloof en Withaar (2010) kreeg hij psycho-educatie over zijn diagnose, de behandelmogelijkheden, de werking van antipsychotica en de gevolgen in het dagelijks leven, waardoor inzicht in zijn situatie toenam. De VIOS startte het onderhandelingsproces met Hugo volgens de SDM-methode van Fisher, Ury en Patton (2010). Met de hierin beschreven Best Alternative To Negotiated Agreement (BATNA) werd confrontatie vermeden en werd de focus gelegd op het centrale probleem van het vinden van een geschikt antipsychoticum met voor Hugo acceptabele bijwerkingen. Volgens de BATNA-strategie werd gestart met het voorleggen van de beste keuze volgens de behandelaar, wat bij Hugo het herstarten met paliperidon was. Voor Hugo waren de bijwerkingen van paliperidon minder dan die van andere middelen, maar niet acceptabel voor een langere periode. Het minimale alternatief was een depotantipsychoticum, ongeacht welk. De volgende stap was het geven van psycho-educatie over de werking en bijwerkingen van de verschillende antipsychotica die in depotvorm beschikbaar zijn. In overleg met de superviserend psychiater en de FACT-psychiater werd als volgende antipsychoticumoptie aripiprazol gekozen. Aripiprazol heeft een gunstig bijwerkingenprofiel wat betreft sedatie, gewicht en seksuele functiestoornissen (Leucht et al., 2013). Bij het voorleggen van deze optie, gecombineerd met psycho-educatie, ging Hugo akkoord met orale aripiprazol 15 mg per dag.

Hugo ervaarde dat er naar hem geluisterd werd en dat zijn keuze ertoe deed. Hij had echter wel bijwerkingen bij aripiprazolgebruik. Hij voelde zich misselijk, wat na enkele dagen verdween. Na een onderzoek naar bewegingsstoornissen (Van Harten, 2012) bleek hij acathisie te hebben. De VIOS schreef onder supervisie biperideen 2 mg 2dd1 voor, waardoor de acathisie verdween. Hierna ging hij wazig zien, wat verminderde toen hij ertoe overging de biperideen slechts in te nemen wanneer dat nodig was. De aripiprazol sloeg aan. Na een week uitte Hugo twijfels bij zijn achterdochtige gedachten. De volgende fase was de overstap naar depotmedicatie. Hij twijfelde, vanwege angst voor controleverlies. Met behulp van MG en van een zorgafstemmingsgesprek (ZAG) met zijn vrouw en zijn

ambulante behandelaar werd deze twijfel uitgebreid besproken. Het accepteren van depotmedicatie als voorwaarde voor ontslag gaf voor hem de doorslag om akkoord te gaan. Orale aripiprazol werd 2 weken na start omgezet naar 400 mg aripiprazol depotmedicatie per 4 weken volgens een switchtabel (Psychiatrienet, z.d.). Hiermee steeg zijn medicatiegebruik van nooit naar altijd. Hij was, mede door de biperideen die hij wanneer nodig innam, alert op voor hem acceptabele bijwerkingen van aripiprazol (waaronder extrapiramidale verschijnselen, acathisie, dyskinesie, wazig zien en maag-darmklachten (Zorginstituut Nederland, 2019)), en meldde deze aan de VIOS. Zijn alertheid op therapeutische effecten van de medicatie steeg van zelden naar soms. Hij herkende paranoïde gedachten en kon deze beter relativiseren. Hugo vulde voor ontslag de Recovery Style Questionnaire (RSQ) in, waarbij de uitkomst kan variëren van toedekken tot integreren (Drayton, Birchwood, & Trower, 2005). Met een score van 62% kwam Hugo uit op een gemengd beeld waarin het integreren van de aandoening domineert. Hiermee is hij voor een deel verbonden aan de behandeling, waarin nog verbetering mogelijk is (Tait, Birchwood, & Trower, 2003). Na een verblijf van vier weken ging Hugo, na een eind-ZAG, met voorwaardelijk ontslag met opvolging door het behandelend FACT-team.

Discussie

Deze gevalsbeschrijving beschrijft therapieontrouw als verpleegkundige diagnose tijdens een kortdurende acute klinische GGZ-behandeling middels de SDM-plus-methodiek. Hugo vond op de afdeling rust, waardoor zijn functioneren verbeterde en het acute gevaar week. Mogelijk werden thuis zijn executieve functies geblokkeerd door stress. Stress belemmert het executieve functioneren (Shields, Sazma, & Yonelinas, 2017). In de acute klinische GGZ-behandeling geeft het wegnemen van stress vaak meteen rust en ruimte om niet meteen te hoeven handelen. In de praktijk wordt echter vaak snel overgegaan op (gedwongen) medicatiebehandeling en krijgen instandhoudende factoren van medicatieontrouw onvoldoende aandacht. Gedwongen behandelingen kunnen traumatiserend zijn en leiden tot wantrouwen jegens behandeling. Een goede therapeutische relatie is belangrijk om een onvrijwillige opname als positief te ervaren (Seed et al., 2016). In de bestaande multidisciplinaire richtlijn schizofrenie worden SDM en MG tijdens de rehabilitatiefase beschreven en niet in een acute fase. Psycho-educatie en het opbouwen van een behandelrelatie zijn volgens de richtlijn wel tijdens een acute fase van belang (Van Alphen, 2012). Uit deze gevalsbeschrijving blijkt dat, mits er geen levensbedreigende situatie is, de SDM-plus-aanpak haalbaar is tijdens een acute GGZ-opname. Voorwaarde is dat de patiënt in staat is tot het voeren van een gesprek over de probleemsituatie, openstaat voor psycho-educatie en in staat is om voors en tegens tegen elkaar af te wegen.

Sterke kanten in deze gevalsbeschrijving waren het geïntegreerd toepassen van behandeltrouwbevorderende interventies van relatieopbouw, SDM, psycho-educatie en MG in de behandeling van de instandhoudende factoren van medicatieontrouw. Er werd rekening gehouden met Hugo's wensen, er werd een goede therapeutische relatie opgebouwd, Hugo's ziekte-inzicht verbeterde en de medicatiekeuze was voor Hugo weloverwogen en acceptabel. De VIOS kon voor deze behandeling voldoende tijd reserveren. De ontslagvoorwaarde was beslissend voor het daadwerkelijk accepteren van de depotmedicatie. Voor een goede opvolging na ontslag hield de ambulante behandelaar contact met Hugo en was er afstemming over de klinische behandeling. Dit kan in de toekomst therapietrouw bevorderen en heropnames voorkomen (Nurjannah, Mills, Usher, & Park, 2013).

De VIOS heeft geen specifieke training gevolgd in SDM-plus. Het is mogelijk dat training en ervaring tot betere resultaten leiden. Tijdens de opname zijn er geen Routine Outcome Measurement ROM-metingen (*Routine Outcome Measurement*) gedaan. De RSQ is alleen bij ontslag afgenomen, waardoor vergelijken niet mogelijk is. Aanbevolen wordt om na drie maanden de RSQ te herhalen, om het niveau van integratie te vergelijken.

Conclusie

Het opbouwen van een vertrouwensrelatie, SDM, MG en psycho-educatie zijn belangrijke elementen om tot wederzijdse overeenstemming te komen over het accepteren van antipsychotica, waardoor medicatietrouw wordt bevorderd. In de SDM-plus-methodiek worden deze effectieve interventies gecombineerd. Uit deze gevalsbeschrijving blijkt dat de SDM-plus-methodiek door de verpleegkundig specialist GGZ kan worden toegepast in een gedwongen acute klinische GGZ-behandeling bij een patiënt die niet gemotiveerd is tot het nemen van antipsychotica. Met SDM-plus krijgen instandhoudende factoren van medicatieontrouw aandacht, waardoor de patiënt medicatie accepteert en een recidief in medicatieontrouw voorkomen kan worden.

Een Nederlandse vertaling van de SDM-plus-methodiek, training in het toepassen ervan en onderzoek naar de effectiviteit van deze methode wordt aanbevolen.

Literatuur

American Psychiatric Association (2014). *Beknopt overzicht van de criteria DSM-5®*:

Nederlandse vertaling van de Desk Reference to the diagnostic Criteria from the DSM-5®. Amsterdam: Boom.

Berendsen, S., Van der Paardt, J., Van Bruggen, M., Nusselder, H., Jalink, M., Peen, J., . . .

- De Haan, L. (2018). Exploring construct validity of clinical staging in schizophrenia spectrum disorders in an acute psychiatric ward. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*. doi:10.3371/CSRP.BEPA.061518
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2013). *Nursing Interventions Classifications (NIC)* (6th edition). St. Louis: Elsevier Mosby.
- Chien, W. T., Mui, J. H., Cheung, E. F., & Gray, R. (2015). Effects of motivational interviewing-based adherence therapy for schizophrenia spectrum disorders: a randomized controlled trial. *Trials*, 16(1), 270. doi:10.1186/s13063-015-0785-z
- Czobor, P., Van Dorn, R. A., Citrome, L., Kahn, R. S., Fleischhacker, W. W., & Volavka, J. (2015). Treatment adherence in schizophrenia: A patient-level meta-analysis of combined CATIE and EUFEST studies. *European Neuropsychopharmacology*, 25(8), 1158-1166.
- De Graaf, R., Ten Have, M., & Van Dorsselaer, S. (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking: NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Dahan, S., Behrbalk, P., Stolovy, T., & Greenberger, C. (2016). Improving Adherence in Hospitalized Patients Diagnosed With Schizophrenia: An Integrative One-on-One Intervention. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(6), 660–665.
- DiMatteo, M. R. (2004). Variations in Patients' Adherence to Medical Recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Medical care*, 200-209.
- Drayton, M., Birchwood, M., & Trower, P. (2005). *Recovery Style Questionnaire* (T. Staring, M. Van der Gaag, N. Mulder, K. de Boer, M. Van der Helm, & P. Bervoets, Vert.). Geraadpleegd op 11 juli, van <https://www.gedachtenuitpluizen.nl/werkplaats/bibliotheek/meetinstrumenten/inzicht/>
- Elwyn, G., Laitner, S., Coulter, A., Walker, E., Watson, P., & Thomson, R. (2010). Implementing shared decision making in the NHS. *BMJ*, 341, c5146.
- Fisher, R., Ury, W., & Patton, B. (2010). *Excellent onderhandelen: Een praktische gids voor het best mogelijke resultaat in elke onderhandeling* (31ste editie; P. Duchateau, Vert.). Amsterdam: Business Contact.
- García, S., Martínez-Cengotitabengoa, M., López-Zurbano, S., Zorrilla, I., López, P., Vieta, E., & González-Pinto, A. (2016). Adherence to Antipsychotic Medication in Bipolar Disorder and Schizophrenic Patients: a systematic review. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 36(4), 355-371.
- Gordon, M. (2017). *Handleiding verpleegkundige diagnostiek* (6e herziene druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Hamann, J., & Heres, S. (2014). Adapting Shared Decision Making for Individuals With

- Severe Mental Illness. *Psychiatric Services*, 65(12), 1483–1486.
- Hamann, J., Mendel, R., Cohen, R., Heres, S., Ziegler, M., Bühner, M., & Kissling, W. (2009). Psychiatrists' Use of Shared Decision Making in the Treatment of Schizophrenia: Patient Characteristics and Decision Topics. *Psychiatric services*, 60(8), 1107-1112.
- Hengeveld, M. W., & Schudel, W. J. (2003). *Het psychiatrisch onderzoek* (3e geheel herziene druk). Utrecht: De Tijdstroom.
- Herdman, T. H., & Kamitsuri, S. (Eds.). (2014). *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2015-2017* (10th edition). Oxford: Wiley Blackwell.
- Higashi, K., Medic, G., Littlewood, K. J., Diez, T., Granström, O., & De Hert, M. (2013). Medication adherence in schizophrenia: factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a systematic literature review. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 3(4), 200-218.
- Kishimoto, T., Hagi, K., Nitta, M., Leucht, S., Olfson, M., Kane, J. M., & Correll, C. U. (2017). Effectiveness of Long-Acting Injectable vs Oral Antipsychotics in Patients With Schizophrenia: A Meta-analysis of Prospective and Retrospective Cohort Studies. *Schizophrenia Bulletin*, 44(3), 603-619.
- Koekkoek, B. (2011). *Praktijkboek sociaal-psychiatrische begeleiding: Methodisch werken met ernstige en langdurige problematiek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Lacro, J. P., Dunn, L. B., Dolder, C. R., Leckband, S. G., & Jeste, D. V. (2002). Prevalence of and Risk Factors for Medication Nonadherence in Patients With Schizophrenia: A comprehensive review of recent literature. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 63(10), 892-909.
- Leucht, S., Cipriani, A., Spineli, L., Mavridis, D., Örey, D., Richter, F., . . . Davis, J. M. (2013). Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple-treatments meta-analysis. *The Lancet*, 382(9896), 951–962.
- Leucht, S., Tardy, M., Komossa, K., Heres, S., Kissling, W., Salanti, G., & Davis, J. M. (2012). Antipsychotic drugs versus placebo for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 379(9831), 2063-2071.
DOI:10.1016/S0140-6736(12)60239-6
- McCabe, R., Bullenkamp, J., Hansson, L., Lauber, C., Martinez-Leal, R., Rössler, W., . . . Priebe, S. (2012). The Therapeutic Relationship and Adherence to Antipsychotic Medication in Schizophrenia. *PLoS ONE*, 7(4), e36080.
doi:10.1371/journal.pone.0036080
- Metz, M. J. (2018). *Shared decision making in mental health care: The added value for patients and clinicians* (Proefschrift). Vrije universiteit Amsterdam, Amsterdam.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2016). *Motiverende Gespreksvoering: Mensen helpen veranderen* (3e druk; M. G. Schippers & F. Zinn, Vert.). Houten: Ekklesia.

- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2013). *Nursing Outcomes Classification (NOC)* (5th edition). St Louis: Elsevier Mosby.
- Nurjannah, I., Mills, J., Usher, K., & Park, T. (2013). Discharge planning in mental health care: an integrative review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 23(9–10), 1175–1185.
- Psychiatrienet. (z.d). *Aripiprazole-Aripiprazole LA*. Geraadpleegd op 11 juli 2019, van http://wiki.psychiatrienet.nl/index.php/Aripiprazole-Aripiprazole_LA
- Seed, T., Fox, J. R., & Berry, K. (2016). The experience of involuntary detention in acute psychiatric care. A review and synthesis of qualitative studies. *International Journal of Nursing Studies*, 61, 82-94.
- Shields, G. S., Sazma, M. A., & Yonelinas, A. P. (2016). The effects of acute stress on core executive functions: A meta-analysis and comparison with cortisol. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 68, 651–668.
- Tait, L., Birchwood, M., & Trower, P. (2003). Predicting engagement with services for psychosis: insight, symptoms and recovery style. *British Journal of Psychiatry*, 182(2), 123–128.
- Van Alphen, C., Ammeraal, M., Blanke, C., Boonstra, N., Boumans, H., Bruggeman, R., . . . Van Zon, C. (2012). *Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Van der Gaag, M., Van Mierlo, F., Van Peperstraten, C. J., Sloof, C. J., & Withaar, F. K. (2010). *Psycho-educatie voor mensen met psychose en hun familieleden* (3e druk). Assen: Koninklijke van Gorcum.
- Van Harten, P. N. (2012). *Bewegingsstoornissen door medicijngebruik: Een handleiding voor psychiatrisch verpleegkundigen* (4e druk). Soesterberg: Van Harten Education and Research.
- Velligan, D. I., Sajatovic, M., Hatch, A., Kramata, P., & Docherty, J. (2017). Why do psychiatric patients stop antipsychotic medication? A systematic review of reasons for nonadherence to medication in patients with serious mental illness. *Patient Preference and Adherence*, Volume 11, 449–468.
- WHO-FIC. (2007). *Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF* (2e druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Zhao, S., Sampson, S., Xia, J., & Jayaram, M. B. (2015). Psychoeducation (brief) for people with serious mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4).
- Zorginstituut Nederland. (2019, juni). *Aripiprazol*. Geraadpleegd op 5 juli 2019, van <https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/bladeren/preparaatteksten/a/aripiprazol>

Summary

50% of all patients with schizophrenia spectrum disorder are non-adherent in taking antipsychotics. The factors that lead to medication non-adherency do not receive enough attention during acute clinical treatment, with recurrence as consequence. This case study describes the results of an acute clinical treatment of a patient with a schizophrenia spectrum disorder, who has repeatedly stopped taking antipsychotics, leading to increasing psychotic decompensations. The patient receives a customized integrated therapy, with attention for the factors leading to medication non-adherency (medication side effects, limited disease insight, and suspiciousness). The treatment consists of proven effective interventions to increase treatment adherence, combined in the SDM-plus methodology (*shared decision making*). The interventions are building a therapeutic relationship of trust, SDM, psycho-education, and motivational interviewing. To ensure good succession after discharge, there will be contact and tuning with the ambulant practitioner. The results are improved treatment adherency caused by voluntary acceptance of an antipsychotic depot, decreased suspicion, increased functionality and improved disease insight.

Keywords: schizophrenia spectrum disorder, shared decision making, medication adherence