

Zorgcontinuïteit en gebruik van antipsychotica;
verwarrende verbanden in registerstudie

Patiënten met schizofrenie hebben continuïteit van zorg nodig: langdurig voorschrijven van medicatie door één arts. Dit zou positief zijn omdat er een vertrouwensband ontstaat, miscommunicatie wordt voorkomen en therapietrouw verbetert, maar dat is nooit vastgesteld. Farley e.a. (2011) deden onderzoek naar samenhang tussen (a) aantal voorschrijvers, (b) switchen van antipsychotische medicatie, en (c) opgehaalde herhaalrecepten als indicator voor therapietrouw.

Zij maakten gebruik van gegevens over 2001-2003 uit de registratie van North Carolina Medicaid. Na exclusie van patiënten die geen antipsychotica gebruikten, bleven 17.815 proefpersonen over. Vervolgens werden 10.000 patiënten geëxcludeerd vanwege wisselend of onvolledig Medicaid-gebruik, particuliere verzekering of ontbrekende informatie. Voor therapietrouw werd de *medication possession ratio* (MPR) gebruikt, met vier classificaties: therapieontrouw, deels therapietrouw, volledig therapietrouw, of teveel medicatie. Analyse gebeurde met t-toetsen, χ^2 -toetsen en logistische-regressieanalyse.

Het merendeel van de patiënten (57%) bleek één voorschrijver van antipsychotica te hebben gedurende de evaluatieperiode, 29% had er twee en 14% had er meer. Bij meerdere voorschrijvers bleek de kans groter op medicatiewisselingen evenals op teveel pillen ophalen. Bij één voorschrijver was de kans het grootst op therapieontrouw (te weinig pillen ophalen). Dit is strijdig met de hypothese, maar de onderzoekers gaan daar niet op in. In de discussie staan suggesties voor verder onderzoek; geen klinische implicaties.

Zoals vaak bij grote registerstudies, treden er sterke selecties op omtrent welke patiënten de analyses ingaan. Het is moeilijk om de achtergrond hiervan te achterhalen, want daarvoor ontbreken benodigde gegevens. Je weet bijvoorbeeld niet wat er gebeurt wanneer patiënten uitvallen

vanwege gebrekkige continuïteit in Medicaid-registratie. Het kan gaan om wisselend contact met hulpverleners vanwege een ernstig ziektebeeld en weinig therapietrouw, maar eveneens om relatief gezonde patiënten die slechts korte tijd door Medicaid werden gevolgd omdat ze snel genazen of slechts sporadisch hulp behoeften. Soortgelijke bezwaren gelden ook voor de andere exclusieredenen.

Een tweede probleem is dat therapietrouw lastig te meten is, zelfs met vragenlijsten of bloedcontroles (Kikkert e.a. 2008). Herhaalrecepten zijn slechte indicatoren. Er zijn allerlei redenen waarom iemand meer of minder recepten ophaalt. Er kan bijvoorbeeld met de arts worden afgesproken om de dosering te halveren, terwijl er nog een oud maandrecept klaarligt bij de apotheek. Mogelijk wordt dit recept dan over twee maanden uitgesmeerd. Ook kan iemand alle recepten ophalen, maar de pillen weggooien. Therapieontrouw als bewuste en geheime keuze, in tegenstelling tot het gevolg van vergeetachtigheid, komt mogelijk frequent voor (Staring 2010). Verder kan iemand pillen kwijtraken en daarom vaker nieuwe recepten aanvragen. Over deze interpretatieproblemen melden de auteurs weinig.

Een derde probleem is dat van oorzaak-gevolg. Veel niet-experimenteel onderzoek gaat mank op de veronderstelling dat therapieontrouw het gevolg is van discontinuïteit van zorg, en de oorzaak van een slechte prognose. Maar deze verbanden werken evengoed anders, bijvoorbeeld: een ernstig ziektebeeld met slechte prognose veroorzaakt zowel een wisselend contact met de hulpverlening alsmede een slechts geringe verbetering door medicatie, waardoor de patiënt ermee stopt (ontrouw).

Deze beperkingen maken het moeilijk om nuttige conclusies te verbinden aan registerstudies als deze. Het Medicaid-register is niet opgezet om de gestelde vragen te onderzoeken. De bevindingen zijn weinigzeggend en hebben geen nuttige klinische toepassing.

LITERATUUR

- Farley JF, Wang, CC, Hansen RA, Voils CI, Maciejewski ML. Continuity of antipsychotic medication management for Medicaid patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2011; 62: 747-52.
- Kikkert MJ, Barbui C, Koeter MWJ, David AS, Leese M, Tansella M, e.a. Assessment of medication adherence in patients with schizophrenia. The achilles heel of adherence research. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2008; 196: 274-81.
- Staring ABP. Adherence to treatment in patients with psychosis. (proefschrift). Rotterdam: Erasmus UMC; 2010.

AUTEURS

TONNIE STARING, GZ-psycholoog en cognitief gedragstherapeut VGCT, ABC voor jongeren met psychotische kwetsbaarheid, Altrecht GGZ, Utrecht.

NIELS MULDER is psychiater en hoogleraar, O3 Onderzoekcentrum, Afdeling Psychiatrie, Erasmus MC en Bavo-Europoort, Rotterdam.

Correspondentieadres: dr. Tonnie Staring, Altrecht GGZ, ABC straat 8, 3512 PX Utrecht.

E-mail: tonnie@backwash.org

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis; beloop over tien jaar

Borderlinepersoonlijkheidsstoornis (BPS) heeft een geschatte prevalentie van 1,1% in Nederland en wordt gezien als een chronische aandoening (van Asselt e.a. 2007). Er zijn opmerkelijk weinig beloopstudies. Uit de enige grote longitudinale studie (Zanarini e.a. 2010) kwam naar voren dat BPS een instabiele diagnose is, waarbij het sociaal functioneren ernstig is aangedaan. De vraag naar het beloop is te meer interessant gezien de discussie over de DSM-5, waarin de classificatie van persoonlijkheidsstoornissen ingrijpend wordt gewijzigd.

Gunderson e.a. (2011) volgden gedurende 10 jaar patiënten met BPS ($n = 175$), patiënten met een cluster C-persoonlijkheidsstoornis ($n = 312$) en patiënten met een ernstige depressie (MDD; $n = 95$). Veranderingen in psychiatrische symptomen (remissie en terugval) en sociaal functioneren (onder andere vastgesteld middels klinisch interview en de score op de Global Assessment of Functioning; GAF) werden gemeten na 6, 12 maanden en 2, 4, 6, 8, en 10 jaar.

In 10 jaar kwam 85% van de patiënten met BPS in remissie. De tijd tot remissie was significant langer dan bij MDD ($p < 0,001$), maar minimaal langer bij cluster C-persoonlijkheidsstoornissen ($p = 0,03$). Het terugvalpercentage was 11%, terwijl dit voor cluster C-persoonlijkheidsstoornissen (25%; $p = 0,008$) en MDD significant hoger was (21%; $p < 0,001$). De GAF-score bij BPS was significant lager dan bij cluster C-persoonlijkheidsstoornis of MDD en liet slechts een lichte verbetering zien in de loop van de tijd (gemiddeld van 53 naar 57). Ook gold: hoe meer aanwezige DSM-IV-criteria, hoe lager de GAF-score.

Er is een aantal beperkingen aan deze studie, die auteurs grotendeels in het artikel bespreken. Ten eerste is de vraag hoe representatief de bevindingen zijn, aangezien de patiëntenpopulatie uit een grootstedelijke klinische setting afkomstig is en langdurig contact heeft met hulpverleners. In een land met een hoog percentage onverzekerden

en waarin psychiatrische hulpverlening veelal niet (langdurig) wordt vergoed, is het mogelijk dat deze studie een relatief gunstige selectie betreft. Hoewel 66% van de geïncludeerde patiënten de studie heeft volbracht, wordt er geen completers analysis gepresenteerd; daardoor is het mogelijke effect van de uitvallers onbekend. Ook wordt niet beschreven of patiënten behandeling ontvingen tijdens de studie. Daarbij is dit onderzoek gedeeltelijk afhankelijk van de informatie die de patiënten zelf gaven over hun sociaal functioneren.

De auteurs wijzen erop dat de resultaten overeenkomen met de enige andere prospectieve studie met een vergelijkbare tijdsduur (Zanarini e.a. 2010), namelijk dat patiënten met BPS een hoger herstelpercentage en stabiel herstel hebben, maar dat het sociaal functioneren vaak ernstiger is aangedaan in vergelijking met andere psychiatrische aandoeningen. Het lage terugvalpercentage kan erop wijzen dat patiënten zijn veranderd (betere coping), ofwel de omgeving (meer steun, minder stress).

Wij concluderen – met de voorgaande kanttekeningen – dat deze studie het idee ontkracht dat BPS een zeer chronische en therapieresistente diagnose is; wel zijn er ernstige en langdurige beperkingen in het sociaal functioneren. Wanneer we dit patroon vergelijken met bijvoorbeeld stemmingsstoornissen, is het de vraag of het onderscheid tussen as I en as II nog wel terecht is. Dit is ook terug te zien in de nieuwe criteria voor BPS in de DSM-5 (<http://www.dsm5.org>): de stoornis hoeft niet meer vanaf de vroege volwassenheid aanwezig te zijn, maar gedurende een periode in het leven waarbij het functioneren is verstoord.

 Met dank aan prof. dr. Robert Schoevers, UMC Groningen.

LITERATUUR

- Asselt AD van, Dirksen CD, Arntz A, Severens JL. The cost of borderline personality disorder: societal cost of illness in BPD-patients. *Eur Psychiatry* 2007; 22: 354-61.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G. Time to attainment of recovery from borderline personality disorder and stability of recovery: A 10-year prospective follow-up study. *Am J Psychiatry* 2010; 167: 663-7.
- Gunderson JG, Stout RL, McGlashan TH, Shea MT, Morey LC, Grilo CM, e.a. Ten-year course of borderline personality disorder: psychopathology and function from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68: 827-37.

AUTEURS

ASTRID LUGTENBURG, arts in opleiding tot psychiater, Universitair Centrum Psychiatrie, Polikliniek Algemene Psychiatrie: UMC Groningen.
Correspondentieadres: Astrid Lugtenburg, Polikliniek Algemene Psychiatrie: team 3 Universitair Centrum Psychiatrie, UMC G, Postbus 30.001, 9700 RB Groningen.
E-mail: a.lugtenburg@umcg.nl

Geen strijdige belangen meegegeeld.