

Multidisciplinaire richtlijn bipolaire stoornissen



een overzicht

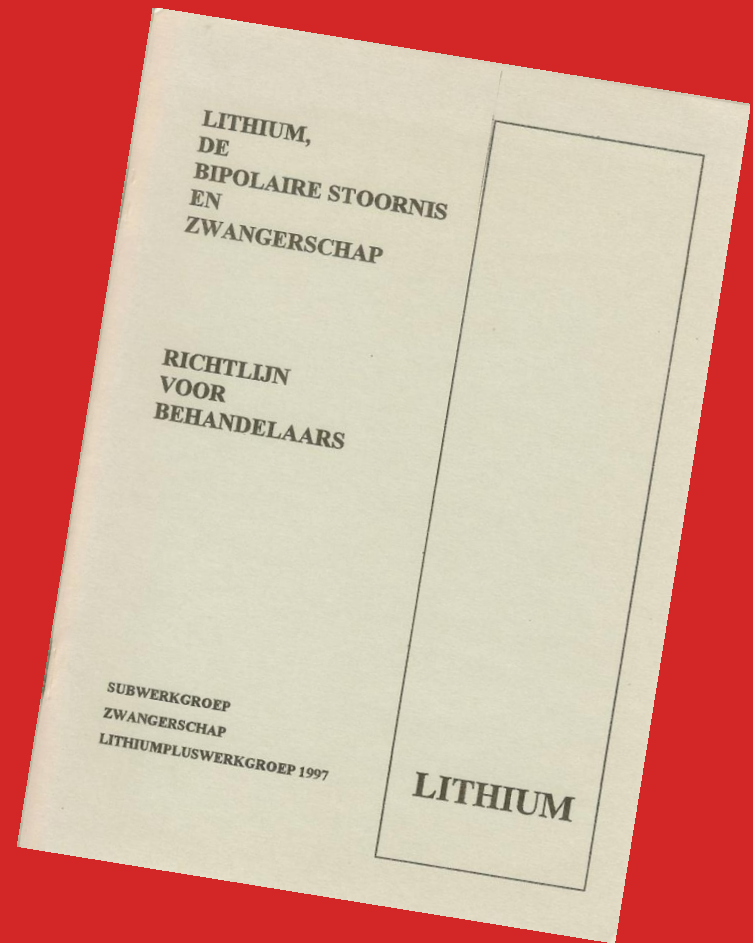
Ralph Kupka

Hoogleraar Bipolaire Stoornissen, VU Medisch Centrum, Amsterdam
GGZ inGeest, Amsterdam / Hoofddorp; Altrecht, Utrecht

Disclosure belangen spreker: Ralph Kupka (2010-2015)

ORGANISATIE	SAMENWERKING
Kenniscentrum Bipolaire Stoornissen (KenBiS)	Voorzitter bestuur
NVvP	Voorzitter Richtlijncommissie Bipolaire Stoornissen Voorzitter Zorgstandaard Bipolaire Stoornissen
NWO	Research grant
Astra Zeneca	Unrestricted research grants (2009; 2010; 2011)
AstraZeneca, BristolMyersSquibb, Lundbeck, EliLilly, JanssenCilag	Honoraria voor lezingen op gesponsorde symposia
De Tijdstroom	Royalties Handboek Bipolaire Stoornissen
UpToDate	Royalties module Rapid Cycling Bipolar Disorder

Richtlijnontwikkeling in Nederland 1996 - 2015



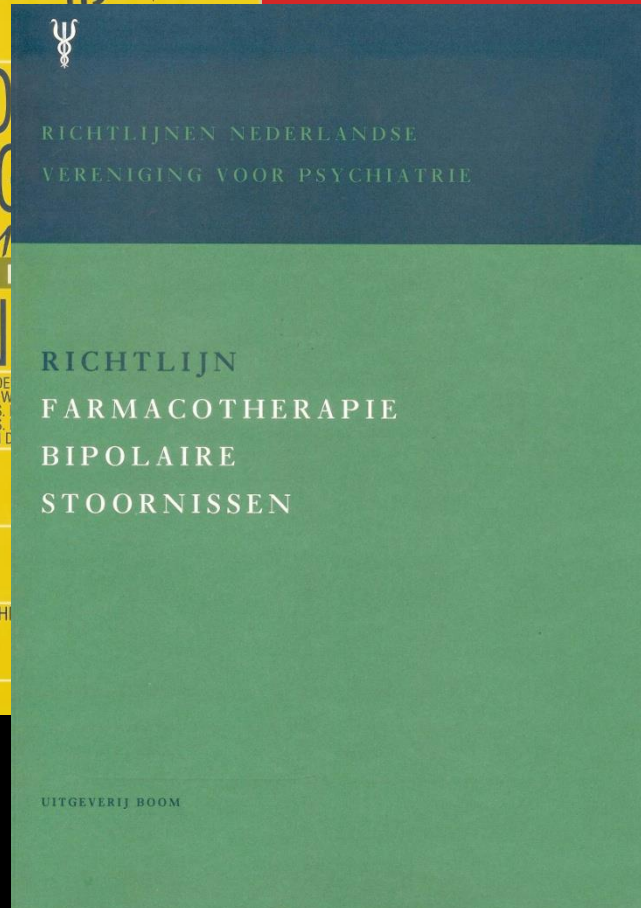
Richtlijnen van de LithiumPlus Werkgroep (1996 / 1997)

Richtlijnontwikkeling in Nederland 1996 - 2015



1996

Richtlijnontwikkeling in Nederland 1996 - 2015



1996

1998

Richtlijnontwikkeling in Nederland 1996 - 2015



1996

1998

2001

Richtlijnontwikkeling in Nederland 1996 - 2015



1996

1998

2001

2008

Richtlijnontwikkeling in Nederland 1996 - 2015



1996

1998

2001

2008

2015

Multidisciplinaire richtlijn bipolaire stoornissen

de Tijdstroom

Multidisciplinaire richtlijn bipolaire stoornissen

Derde, herziene versie, 2015

*Ralph Kupka (voorzitter), Peter Goossens (vice-voorzitter),
Mischa van Bendegem, Paul Daemen, Thea Daggenvoorde, Martine
Daniels, Annemieke Dols, Manon Hillegers, Anneke Hoogelander,
Elisabeth ter Kulve, Tim Peetoom, Raphael Schulte en Anja Stevens
(richtlijnwerkgroep), Daniëlle van Duin (projectleider)*

Werkgroep, technisch team en adviesraad

Richtlijn werkgroep:

Ralph Kupka (psychiater, voorzitter)
Peter Goossens (verpleegkundig specialist, vice-vz)
Mischa van Bendegem (verpleegkundige)
Paul Daemen (VMDB)
Thea Daggenvoorde (verpleegkundige)
Martine Daniels (psycholoog)
Annemieke Dols (psychiater)
Manon Hillegers (psychiater)
Anneke Hoogelander (VMDB)
Elisabeth ter Kulve (VMDB)
Tim Peetoom (psycholoog)
Raphael Schulte (psychiater)
Anja Stevens (psychiater)

Technisch team Trimbos:

Daniëlle van Duin (projectleider)
Matthijs Oud (reviewer)
Marleen Hermens (reviewer)
Joran Lokkerbol (economisch analist)
Angita Peterse (informatie specialist)
Nelleke van Zon (project assistent)

NICE:

Tim Kendall (Director NCCMH)
Evan Mayo-Wilson (Senior Systematic reviewer)

Adviesraad:

Carlo Gaillard, Internist/nefroloog
Nienke Jabben, psycholoog
Harm van Marwijk, huisarts
Willem Nolen, psychiater
Catrien Reichart, K&J psychiater
Sigfried Schouws, psycholoog
Helga Schurink, verpleegkundige
Thea van Troost, verpleegkundige
Ingeborg Wilting, ziekenhuisapotheker

Inhoud

Hoofdstuk 1 Algemene inleiding – 11

- 1 Kenmerken en classificatiecriteria van bipolaire stoornissen — 11
- 2 Epidemiologie — 12
- 3 Differentiële diagnostiek — 13
- 4 Comorbiditeit — 13
- 5 Beloop — 16
- 6 Diagnostiek — 17
- 7 Behandeling — 17
- 8 Deze richtlijn — 18
- 9 Van richtlijn naar behandeling — 19

Hoofdstuk 2 Methodologische inleiding – 21

- 1 Inleiding — 21
- 2 Doelstelling — 21
- 3 Afbakening — 22
- 4 Richtlijngebruikers — 22
- 5 Uitgangsvragen — 23
- 6 Status van de richtlijn — 27
- 7 Werkgroep en werkwijze — 28
- 8 Methode wetenschappelijke onderbouwing — 30
- 9 Methode health economics — 38
- 10 Implementatie — 41
- 11 Herziening — 41

Hoofdstuk 3 Organisatie van zorg – 43

- 1 Inleiding — 43
- 2 Organisatievormen — 47
- 3 Basiszorg versus gespecialiseerde zorg — 57
- 4 Continuïteit van zorg — 60
- 5 Naastbetrokkenen, triade en ervaringsdeskundigheid — 63
- 6 Kwaliteitstoetsing — 69

Hoofdstuk 4 Screening en diagnostiek bij volwassenen – 71

- 1 Inleiding — 71
- 2 Screening bij volwassenen — 72
- 3 Diagnostiek bij volwassenen — 74

Hoofdstuk 5 Zelfmanagement bevorderen – 85

- 1 Inleiding — 85
- 2 Zelfmanagementtaxatie — 87
- 3 Zelfmanagementondersteunende interventies — 89

Hoofdstuk 6 Psychosociale en psychologische interventies – 101

- 1 Inleiding — 101
- 2 De interventies — 102
- 3 Gemeenschappelijke kenmerken van de interventies — 108
- 4 Wetenschappelijke onderbouwing — 109
- 5 Samenvatting klinisch bewijs — 109
- 6 Kosteneffectiviteit — 110
- 7 Overige overwegingen — 110
- 8 Aanbevelingen — 116

Hoofdstuk 7 Farmacotherapie acute episoden – 121

- 1 Inleiding — 121
- 2 Manie — 124
- 3 Bipolaire depressie — 132
- 4 Rapid cycling — 139

Hoofdstuk 8 Farmacotherapie onderhoudsbehandeling – 145

- 1 Inleiding — 145
- 2 Wetenschappelijke onderbouwing — 148
- 3 Overige overwegingen — 151
- 4 Aanbevelingen — 152

Hoofdstuk 9 Overige biologische behandelingen – 157

- 1 Elektroconvulsieve therapie — 157
- 2 Lichttherapie bij de bipolaire stoornis — 164

Hoofdstuk 10 Somatische aspecten – 167

- 1 Inleiding — 167
- 2 Specifiek somatisch onderzoek — 174
- 3 Lithium — 177
- 4 Carbamazepine — 189
- 5 Valproïnezuur — 191
- 6 Lamotrigine — 193
- 7 Antipsychotica — 195
- 8 Antidepressiva — 197
- 9 Behandelen van bijwerkingen van lithium en anticonvulsiva — 200

Hoofdstuk 11 Kinderwens, zwangerschap en postpartumperiode – 205

- 1 Inleiding — 205
- 2 Kinderwens — 206
- 3 Zwangerschap — 208
- 4 Postpartumperiode — 215

Hoofdstuk 12 Diagnostiek en behandeling bij kinderen en adolescenten – 217

- 1 Inleiding — 217
- 2 Differentiële diagnostiek bij adolescenten — 219
- 3 Behandeling bij adolescenten — 220
- 4 Farmacotherapie van manie bij adolescenten — 221
- 5 Farmacotherapie van de bipolaire depressie bij adolescenten — 225
- 6 Farmacotherapie in de onderhoudsbehandeling bij adolescenten — 227
- 7 Psychosociale en psychologische interventies bij adolescenten — 229
- 8 Transitie naar volwassenenbehandelsetting — 231

Hoofdstuk 13 Diagnostiek en behandeling bij ouderen – 235

- 1 Inleiding — 235
- 2 Screening en diagnostiek — 236
- 3 Organisatie van zorg voor ouderen met een bipolaire stoornis — 237
- 4 Psychologische interventies — 237
- 5 Farmacotherapie — 238
- 6 Somatische aspecten — 242
- 7 Cognitief functioneren — 242

Literatuur – 245

- Hoofdstuk 1 Algemene inleiding — 245
- Hoofdstuk 2 Methodologische inleiding — 247
- Hoofdstuk 3 Organisatie van zorg — 247
- Hoofdstuk 4 Screening en diagnostiek — 250
- Hoofdstuk 5 Zelfmanagement bevorderen — 254
- Hoofdstuk 6 Psychosociale en psychologische interventies — 257
- Hoofdstuk 7 Farmacotherapie acute episoden — 268
- Hoofdstuk 8 Farmacotherapie onderhoud — 286
- Hoofdstuk 9 Overige biologische interventies — 300
- Hoofdstuk 10 Somatische aspecten — 303
- Hoofdstuk 11 Kinderwens en zwangerschap — 312
- Hoofdstuk 12 Diagnostiek en behandeling bij kinderen en adolescenten — 316
- Hoofdstuk 13 Diagnostiek en behandeling bij ouderen

Appendices en overige bijlagen

De appendices bij de hoofdstukken en de overige bijlagen vindt u op www.ggzrichtlijnen.nl en www.nvvp.net.

Appendices

De appendices bevatten de wetenschappelijke onderbouwing per hoofdstuk.

Appendix Hoofdstuk 4, Screening en diagnostiek bij volwassenen

Appendix Hoofdstuk 5, Zelfmanagement bevorderen

Appendix Hoofdstuk 6, Psychosociale en psychologische interventies

Appendix Hoofdstuk 7a, Farmacotherapie bij manie

Appendix Hoofdstuk 7b, Farmacotherapie bij bipolaire depressie

Appendix Hoofdstuk 7c, Kosteneffectiviteit van interventies voor manie en bipolaire depressie

Appendix Hoofdstuk 8, Farmacotherapie onderhoudsbehandeling

Appendix Hoofdstuk 9, Elektroconvulsieve therapie

Appendix Hoofdstuk 10, Somatische aspecten

Appendix Hoofdstuk 11, Kinderwens, zwangerschap en postpartumperiode

Appendix Hoofdstuk 12, Diagnostiek en behandeling bij kinderen en adolescenten

Appendix Hoofdstuk 13, Diagnostiek en behandeling bij ouderen

Bijlagen

De bijlagen bevatten de verantwoording en protocollen van samenwerkingspartij NICE, kenmerken van de geïncorporeerde onderzoeken, en aanvullende informatie.

Bijlage 1 Afbakening voor de richtlijn (*scope for the development of the clinical guideline*, NICE)

Bijlage 2 Reviewprotocollen per uitgangsvraag (*review protocols and questions*, NICE)

Bijlage 3 Zoekstrategieën klinisch onderzoek (*search strategies for the identification of clinical studies*, NICE)

Bijlage 4 Zoektermen voor de economische searches (*search strategies for the identification of health economics evidence*, NICE)

Bijlage 5 Mogelijke belangenverstrengeling (*declarations of interests by Guideline Development Group members*, NICE)

Bijlage 6 Lijst van speciaal adviseurs (*special advisors to the Guideline Development Group*, NICE)

Bijlage 7	Partijen die data hebben geleverd (<i>stakeholders who responded to early requests for evidence</i> , NICE)
Bijlage 8	Partijen en experts die commentaar hebben geleverd (<i>stakeholders and experts who submitted comments in response to the consultation draft of the guideline</i> , NICE)
Bijlage 9	Partijen die nog ongepubliceerde data hebben geleverd (<i>researchers contacted to request information about unpublished or soon-to-be published studies</i> , NICE)
Bijlage 10	Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek (<i>research recommendations</i> , NICE)
Bijlage 11	Screening en diagnostiek: kenmerken van de geïnccludeerde onderzoeken
Bijlage 12	Farmacotherapie bij manie: kenmerken van de geïnccludeerde onderzoeken
Bijlage 13	Interventies voor manie: forest plots
Bijlage 14	Interventies voor manie: GRADE-profielen
Bijlage 15	Interventies voor acute depressie: netwerkmeta-analyseplots
Bijlage 16	Farmacotherapie bij acute depressie: kenmerken van de geïnccludeerde onderzoeken
Bijlage 17	Interventies voor acute depressie: risk of bias-tabel
Bijlage 18	Interventies voor acute depressie: GRADE-profielen
Bijlage 19	Farmacotherapie onderhoudsbehandeling: kenmerken van de geïnccludeerde onderzoeken
Bijlage 20	Medicamenteuze behandeling onderhoud: <i>risk of bias</i> -tabel
Bijlage 21	Medicamenteuze behandeling onderhoud: forest plots
Bijlage 22	Medicamenteuze behandeling onderhoud: GRADE-profielen
Bijlage 23	Psychosociale en psychologische interventies: kenmerken van de geïnccludeerde onderzoeken
Bijlage 24	Psychologische en psychosociale interventies: <i>risk of bias</i> -tabel
Bijlage 25	Psychologische en psychosociale interventies: forest plots
Bijlage 26	Psychologische en psychosociale interventies: GRADE-profielen
Bijlage 27	Interventies voor kinderen en adolescenten: kenmerken van de geïnccludeerde onderzoeken
Bijlage 28	Interventies voor kinderen en adolescenten: <i>risk of bias</i> -tabel
Bijlage 29	Interventies voor kinderen en adolescenten: forest plots
Bijlage 30	Interventies voor kinderen en adolescenten: GRADE-profielen

Bijlage 31	Health economics: methodologische checklists voor economische evaluaties (<i>methodology checklists for economic evaluations</i> , NICE)
Bijlage 32	Health economics: evidencetabellen (<i>evidence tables</i> , NICE)
Bijlage 33	Health economics: economische-evidenceprofielen (<i>economic evidence profiles</i> , NICE)
Bijlage 34	Geëxcludeerde onderzoeken
Bijlage 35	Tabel dataextractie
Bijlage 36	Medicamenteuze behandeling voor manie: sensitiviteits-analyse

VERENIGINGSNIEUWS

< 2014

COMMENTAARFASE HERZIENE RICHTLIJN BIPOLAIR TOT 5 JANUARI A.S.

26-11-14

- 03-12-2014
Nieuw beschikbaar – Richtlijn
Pediatrijsch Delier
- 28-11-2014
Training diagnostiek en behandeling
van suïcidaal gedrag voor GGZ
professionals
- 28-11-2014
Jeugdwet – Brief naar Kamer over
instellen eigen bijdrage
- 26-11-2014
[Commentaarfase herziene Richtlijn
Bipolair tot 5 januari a.s.](#)
- 21-11-2014
Oproep - Meldpunt jeugdwet voor zg
in de kinder- en jeugdpsychiatrie
- 20-11-2014
Wijziging maximum aantal
accreditatiepunten
- 19-11-2014
Uitslag lezersonderzoek: De Psychiater
krijgt een 7,2
- 13-11-2014
Oproep: inzendingen voor
onderwijsprijs 2015
- 05-11-2014
Minder inkoop ggz bij vrijgevestigden

Graag leggen wij u ter becommentariëring de concepttekst voor van de multidisciplinaire richtlijn bipolaire stoornissen.

Deze herziene richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van bipolaire stoornissen vervangt de NVvP richtlijn uit 2008 (Nolen e.a., 2008). De richtlijn heeft een meer multidisciplinair karakter gekregen. De richtlijn is in samenwerking met het Engelse NICE tot stand gekomen, zij het dat de overwegingen en aanbevelingen in de Engelse en de Nederlandse richtlijnen andere accenten kunnen hebben. De aanbevelingen in de herziene versie zijn waar mogelijk gebaseerd op de beschikbare evidentie vanuit wetenschappelijk onderzoek, aangevuld met consensus vanuit de klinische praktijk. Een aantal beslisbomen zijn in geactualiseerde vorm overgenomen uit de vorige richtlijn. Met betrekking tot de farmacotherapie zijn ook inzichten vanuit enkele recente andere internationale richtlijnen meegewogen, met name de CANMAT/ISBD richtlijn (Yatham e.a., 2013), de WFSBP richtlijn (Grunze e.a., 2012), en de ISBD consensus over het gebruik van antidepressiva (Pacchiarotti, 2013).

Het voorzitterschap van de richtlijnrichtlijncommissie wordt vervuld door prof. dr. R.W. Kupka, hoogleraar bipolaire stoornissen in het VUmc. De richtlijn wordt ontwikkeld in opdracht van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP). De werkgroep bestond uit vertegenwoordigers van de beroepsverenigingen van psychiaters, verpleegkundigen en psychologen, en uit vertegenwoordigers van de patiëntenvereniging. Het Trimbos instituut begeleidt de commissie methodologisch en adviseert over de procedure van evidence-based richtlijnontwikkeling, welke door de commissie wordt gevolgd.

Wilt u op de concepttekst van de herziene richtlijn reageren? Wij verzoeken u vriendelijk uw opmerkingen uiterlijk voor 5 januari 2015 te retourneren. We ontvangen uw commentaar graag via onze [online commentaar-module](#).

De commissie zal de ontvangen commentaren bundelen en verwerken in een definitieve versie. Deze definitieve versie van de richtlijn zal in het najaar aan alle betrokken verenigingen ter bestuurlijke goedkeuring worden voorgelegd.

Bron: NVvP



OVERZICHT RICHTLIJNEN

Deze pagina geeft een overzicht van van de mono- en multidisciplinaire richtlijnen van de NVvP, aangevuld met richtlijnen. Op termijn zijn alle richtlijnen van de NVvP te vinden in de [Richtlijnendatabase](#). Mist u een document op deze pagina? Neer

[< TERUG NAAR RICHTLIJNEN](#)

A

ADHD

[Richtlijn ADHD bij kinderen en jeugdigen \(2007\)](#)

Angst

[Richtlijn angststoornissen \(2013\)](#)

[Richtlijn addendum ouderen bij de richtlijn angststoornissen \(2008\)](#)

Autisme

[Richtlijn diagnostiek en behandeling van autismespectrumstoornissen bij volwassenen \(2013\)](#)

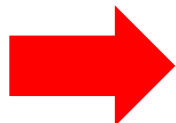
[Samenvatting richtlijn diagnostiek en behandeling van autismespectrumstoornissen bij volwassenen \(2013\)](#)

[Richtlijn diagnostiek en behandeling van autismespectrumstoornissen bij kinderen en jeugdigen \(2009\)](#)

B

Bipolaire stoornissen

[Richtlijn bipolaire stoornissen \(2015\)](#)



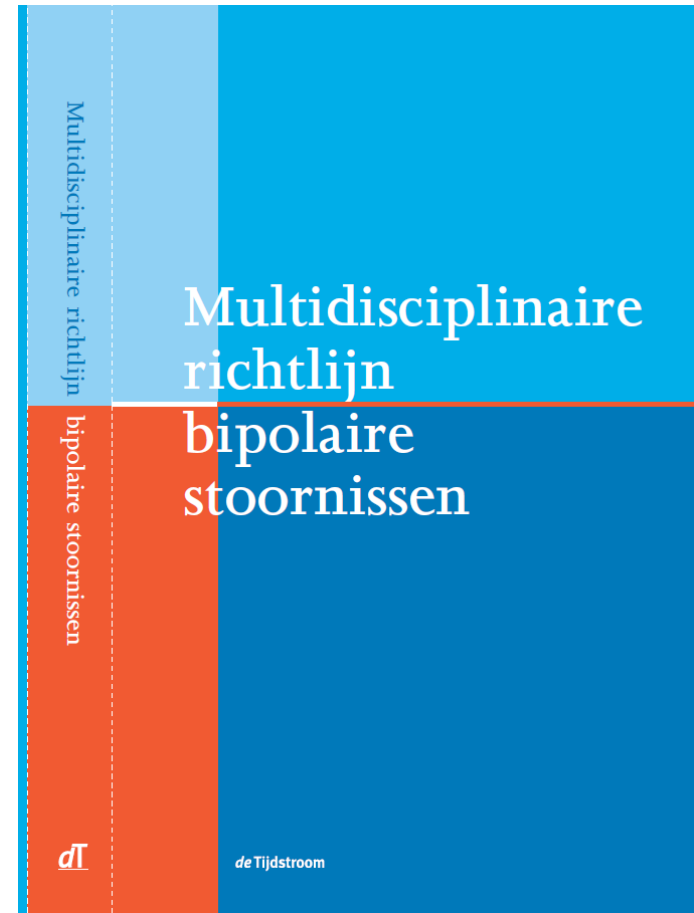
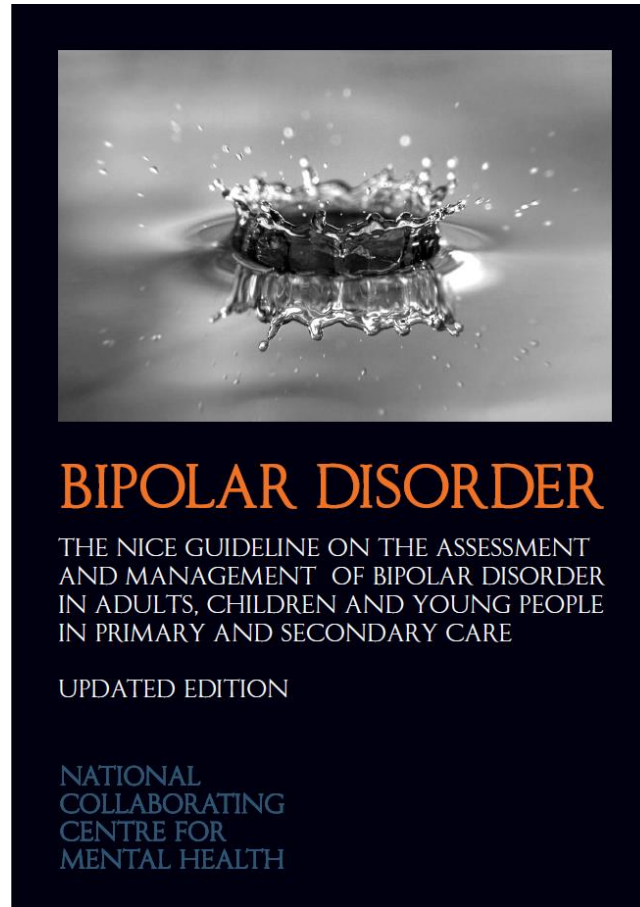
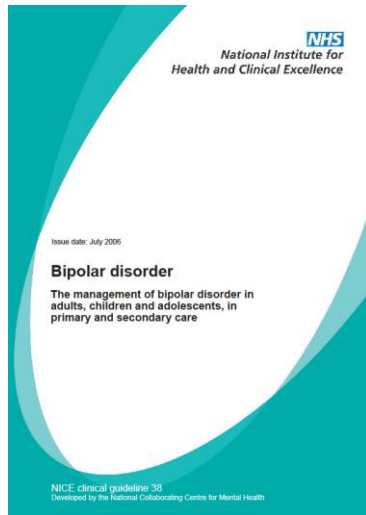
Multidisciplinaire richtlijn bipolaire stoornissen

Wetenschappelijke onderbouwing

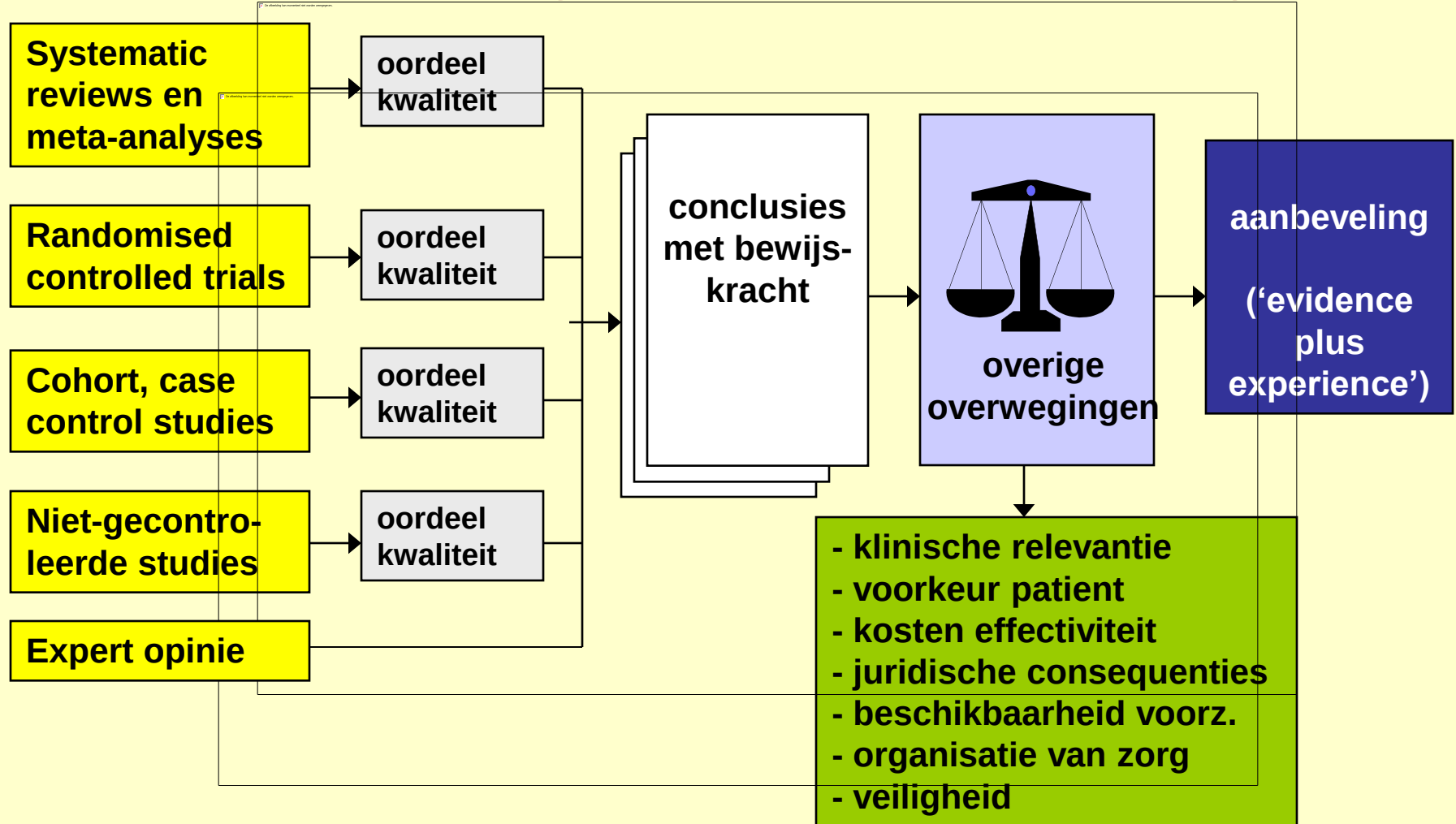
Samenwerking met NICE

NHS

*National Institute for
Health and Clinical Excellence*



Methodologie Richtlijnontwikkeling



Wetenschappelijke onderbouwing: sterkte van de aanbevelingen volgens GRADE

Tabel 2.7 Bepaling van sterkte van aanbeveling volgens GRADE

Sterkte van aanbeveling	Kwaliteit wetenschappelijk bewijs: graad van evidence	Overige overwegingen	Implicaties
1A = sterke aanbeveling	Hoge graad evidence: RCT's zonder beperkingen of sterk overtuigende evidence van observationele onderzoeken	Onder andere: voordelen overtreffen duidelijk de nadelen of risico's	Sterke aanbeveling: kan worden toegepast bij de meeste mensen met een psychiatrische diagnose en in de meeste omstandigheden
1B = sterke aanbeveling	Matige graad evidence: RCT's met beperkingen of sterke evidence vanuit observationele onderzoeken	Onder andere: voordelen overtreffen duidelijk de nadelen of de risico's	Sterke aanbeveling: kan worden toegepast bij de meeste mensen met een psychiatrische diagnose en in de meeste omstandigheden
1C = sterke aanbeveling	Lage of zeer lage graad evidence: Uitkomsten van observationele onderzoeken of caseonderzoeken of RCT's met veel beperkingen	Onder andere: voordelen overtreffen duidelijk de nadelen of de risico's	Sterke aanbeveling, maar dit kan veranderen als er hogere evidence beschikbaar komt
2A = zwakke aanbeveling	Hoge graad van evidence: RCT's zonder beperkingen of sterk overtuigende evidence van observationele onderzoeken	Onder andere: evenwicht tussen voor- en nadelen of risico's	Zwakke aanbeveling: de beste actie kan verschillen afhankelijk van de omstandigheden, de individuele patiënt, of de maatschappelijke waarden
2B = zwakke aanbeveling	Matige graad van evidence: RCT's met beperkingen of sterke evidence vanuit observationele onderzoeken	Onder andere: evenwicht tussen voor- en nadelen of risico's	Zwakke aanbeveling: de beste actie kan verschillen afhankelijk van de omstandigheden, de individuele patiënt, of de maatschappelijke waarden
2C = zwakke aanbeveling	Lage of zeer lage graad evidence: Uitkomsten van observationele onderzoeken of caseonderzoeken of RCT's met veel beperkingen	Onder andere: onzekerheid over voor- of nadelen; evenwicht tussen beide is mogelijk	Zeer zwakke aanbeveling: alternatieven kunnen evengoed te verantwoorden zijn

GRADE = Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation.

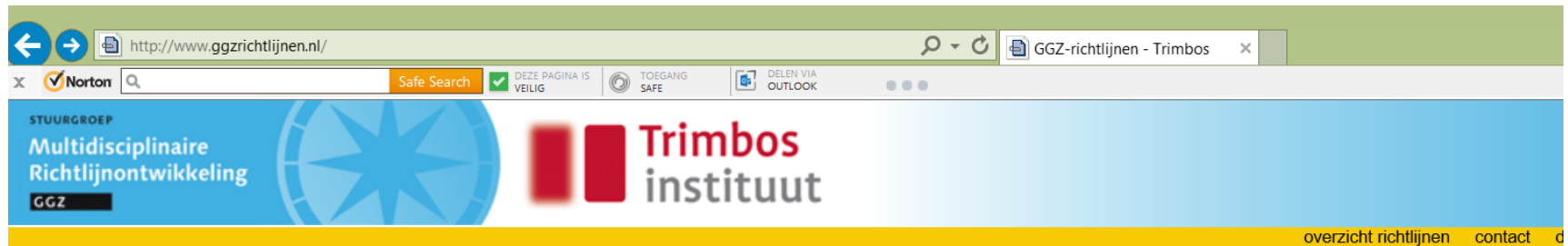
RCT = *randomised controlled trial*.



1 of 2: sterkte van de aanbeveling
A, B, of C: mate van evidentie

Wetenschappelijke onderbouwing in de appendices op

www.ggzrichtlijnen.nl



[BIJLAGEN](#) Nederlandstalige Wetenschappelijke onderbouwing bij de CONCEPT richtlijn Bipolaire stoornissen.

BIJLAGEN Engelstalige tabellen en grafieken bij de CONCEPT richtlijn Bipolaire stoornissen:

- Bipolar Disorder (Update) - [Appendices 1-10](#)
- Bipolar Disorder (Update) - [Appendix 11](#) - Case identification - study characteristics and risk of bias tables
- Bipolar Disorder (Update) - [Appendix 12](#) - Interventions for mania - study characteristics
- Bipolar Disorder (Update) - [Appendix 13](#) - Interventions for mania - forest plots
- Bipolar Disorder (Update) - [Appendix 14](#) - Nutritional and physical interventions for mania - GRADE profiles
- Bipolar Disorder (Update) - [Appendix 15](#) - Interventions for acute depression - network meta-analysis plots and WinBUGS codes
- Bipolar Disorder (Update) - [Appendix 16](#) - Interventions for acute depression - study characteristics
- Bipolar Disorder (Update) - [Appendix 17](#) - Interventions for acute depression - risk of bias tables
- Bipolar Disorder (Update) - [Appendix 18](#) - Nutritional and physical interventions for acute depression - GRADE profiles
- Bipolar Disorder (Update) - [Appendix 19](#) - Interventions for long-term management - study characteristics
- Bipolar Disorder (Update) - [Appendix 20](#) - Interventions for long-term management - risk of bias table
- Bipolar Disorder (Update) - [Appendix 21](#) - Interventions for long-term management - forest plots
- Bipolar Disorder (Update) - [Appendix 22](#) - Interventions for long-term management - GRADE profiles
- Bipolar Disorder (Update) - [Appendix 23](#) - Psychological and psychosocial interventions - study characteristics
- Bipolar Disorder (Update) - [Appendix 24](#) - Psychological and psychosocial interventions - risk of bias table
- Bipolar Disorder (Update) - [Appendix 25](#) - Psychological and psychosocial interventions - forest plots
- Bipolar Disorder (Update) - [Appendix 26](#) - Psychological and psychosocial interventions - GRADE profiles
- Bipolar Disorder (Update) - [Appendix 27](#) - Interventions for children and young people - study characteristics
- Bipolar Disorder (Update) - [Appendix 28](#) - Interventions for children and young people - risk of bias table **VOLGT**
- Bipolar Disorder (Update) - [Appendix 29](#) - Interventions for children and young people - forest plots **VOLGT**
- Bipolar Disorder (Update) - [Appendix 30](#) - Interventions for children and young people - GRADE profiles **VOLGT**
- Bipolar Disorder (Update) - [Appendix 31](#) - Health economics - methodology checklists for economic evaluations
- Bipolar Disorder (Update) - [Appendix 32](#) - Health economics - evidence tables
- Bipolar Disorder (Update) - [Appendix 33](#) - Health economics - economic evidence profiles
- Bipolar Disorder (Update) - [Appendix 34](#) - Excluded studie
- Bipolar Disorder (Update) - [Appendix 35](#) - Data extraction table

← → http://www.ggzrichtlijnen.nl/ GGZ-richtlijnen - Trimbos

x Norton Safe Search DEZE PAGINA IS VEILIG TOEGANG SAFE DELEN VIA OUTLOOK

STUURGROEP Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling GGZ

Trimbos instituut

overzicht richtlijnen contact disc

CONCEPT Bijlagen Appendix hoofdstuk 6

- Appendix Hoofdstuk 6 Psychologische en psychosociale interventies**
-
- 6.4 Clinical review protocol**
- The review protocol summary, including the review questions, can be found in
- Table 3 (a complete list of review questions can be found in Appendix #; further
- information about the search strategy can be found in Appendix #; the full
- review protocols can be found in Appendix #).
- Table 3:** Clinical review protocol summary for the review of psychological
- interventions

Topic	Interventions
Review question(s)	<i>Mania</i> RQ 4.1: For adults with bipolar disorder, what are the relative benefits and harms of psychological and psychosocial interventions for mania, hypomania, and mixed episodes; RQ 4.2: For adults with bipolar disorder, what are the relative benefits and harms of combined psychological and pharmacological interventions for mania, hypomania, and mixed episodes;

http://www.ggzrichtlijnen.nl/pagina.php



Psychological and psychosocial interventions – forest plots

APPENDIX 25: PSYCHOLOGICAL AND PSYCHOSOCIAL INTERVENTIONS – FOREST PLOTS

1.1	Individual psychological interventions compared with treatment as usual (TAU).....	2
1.2	Group psychological interventions compared with treatment as usual (TAU).....	15
1.3	Family psychoeducation compared with TAU	26
1.4	Family psychoeducation compared with an active control	34
1.5	Cognitive behavioural therapy (CBT) compared with an active control	39
1.6	Interpersonal and social rhythm therapy compared with an active control	42
1.7	Collaborative care compared with TAU	45
1.8	Integrated group therapy compared with group drug counselling	49
1.9	Integrated cognitive and interpersonal therapy compared with treatment as usual (TAU)	50

Abbreviations

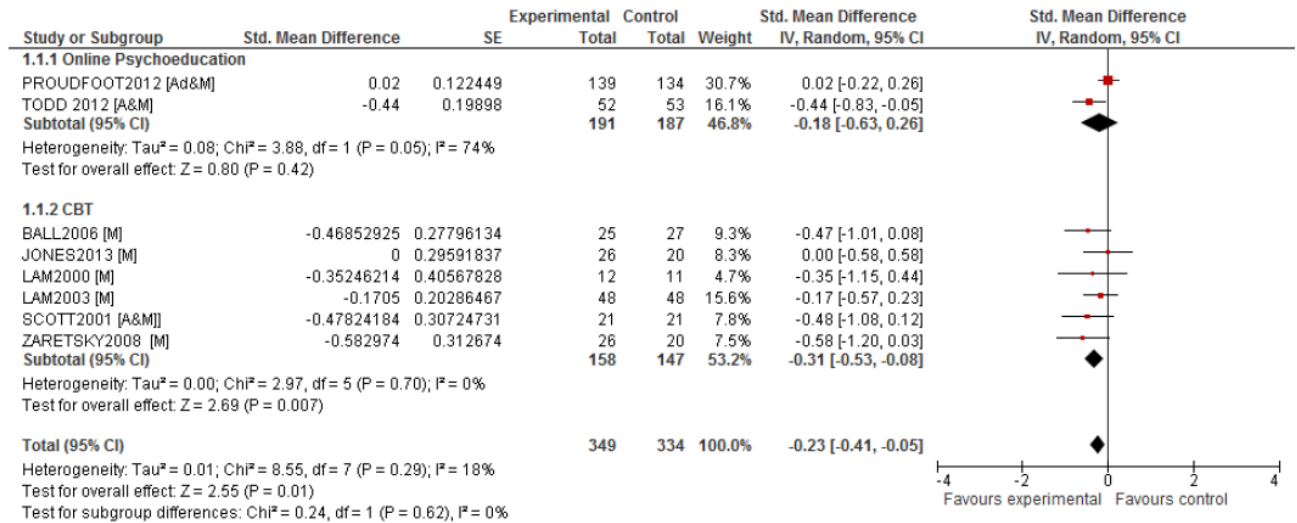
A	acute (mania or depression)
Ad	acute depression
CBT	cognitive behavioural therapy
CI	confidence interval
FFT	family focused therapy



Psychological and psychosocial interventions – forest plots

1.1 INDIVIDUAL PSYCHOLOGICAL INTERVENTIONS COMPARED WITH TREATMENT AS USUAL (TAU)

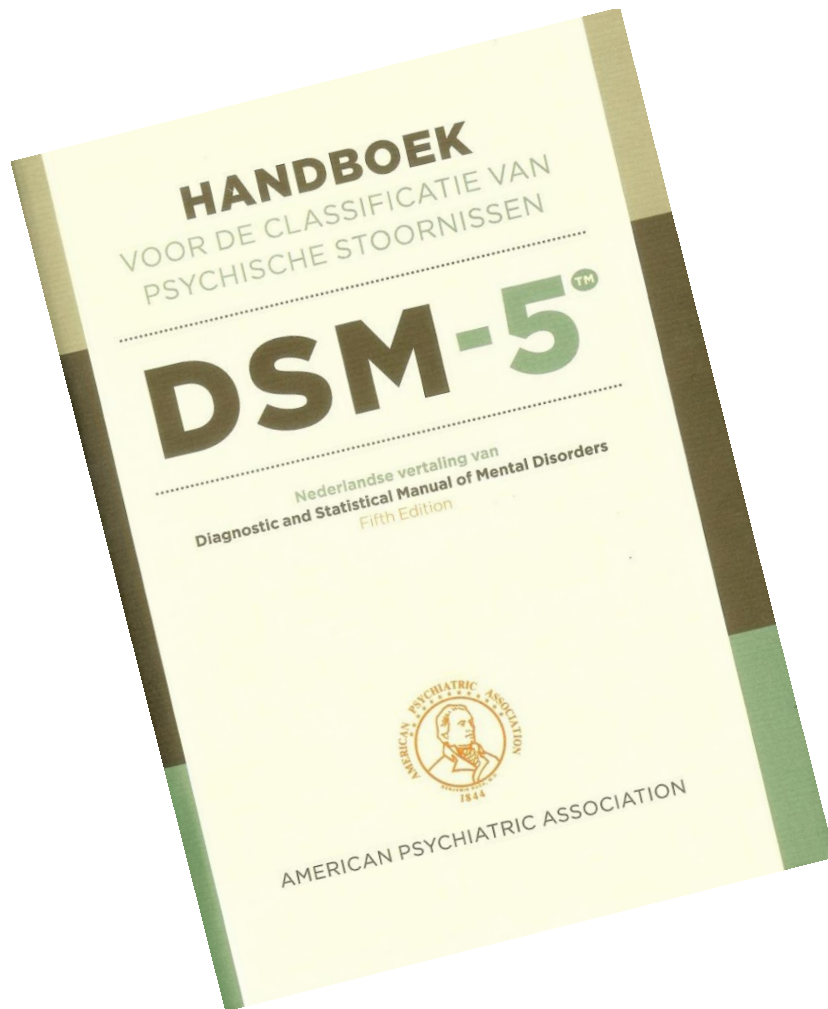
Depression symptoms at post-treatment



Multidisciplinaire richtlijn bipolaire stoornissen

Grondplan van diagnostiek en behandeling

Diagnose conform DSM-5



14 Multidisciplinaire richtlijn bipolaire stoornissen

Tabel 1.1 Criteria voor de depressieve, manische en hypomanische episode volgens DSM-5 (APA, 2013; 2014)

Soort episode	
Depressieve episode De symptomen duren minstens 2 weken en veroorzaken significant lijden of beperkingen van het functioneren.	Kernsymptomen (minstens 1) Bijkomende symptomen (4 of meer)
Manische episode De symptomen duren minstens 1 week (of elke duur, indien opname in een ziekenhuis noodzakelijk is) en veroorzaken significant lijden of beperkingen van het functioneren.	Kernsymptomen (beide aanwezig) Bijkomende symptomen (3 of meer)
Hypomanische episode	
Specificeer de actuele episode Met gemengde kenmerken Met rapid cycling Met stemmingscongruente psychotische kenmerken Met stemmingsincongruente psychotische kenmerken Met katatonie Met begin peri partum Met seizoensgebonden patroon	



diagnostiek →

ondersteunende behandeling & zelfmanagement →

farmacotherapie →

psychoeducatie

psychotherapie op indicatie



**intensiteit
van zorg**

**acute
behandeling**

**voortgezette
behandeling**

**onderhouds
behandeling** →

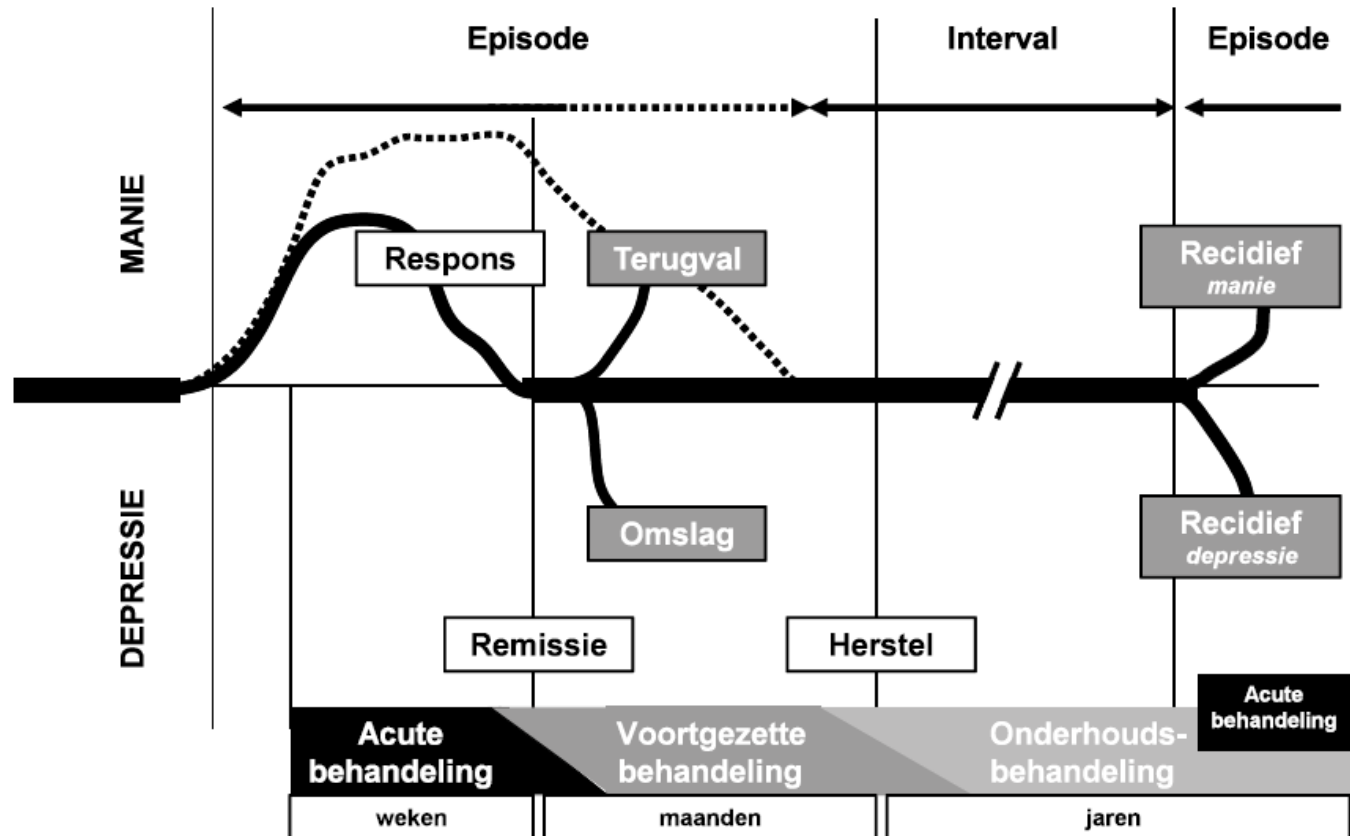
WEKEN

≥ 2 MAANDEN

JAREN

Fasering en nomenclatuur van de behandeling

Figuur 7.1 Fasering van de farmacotherapie van bipolaire stoornissen



Getoond is de acute manie; voor depressie geldt dezelfde terminologie. De stippellijn geeft het veronderstelde onbehandelde ('natuurlijke') beloop van de episode weer.

Multidisciplinaire richtlijn bipolaire stoornissen

Organisatie van zorg

Organisatie van zorg: wie doet wat?

Tabel 3.2 De potentiële rol van de onderdelen van de zorgorganisatie in de verschillende fasen van de behandeling

Onderdeel zorgorganisatie	Acute behandeling hoogintensief	Acute behandeling matig intensief	Voortgezette behandeling matig tot laagintensief	Onderhoudsbehandeling hoogintensief	Onderhoudsbehandeling matig tot laagintensief
Fase van de bipolaire stoornis	Manie Depressie	Manie Depressie	Manie Depressie in (partiële) remissie	Interval met restsymptomen of comorbiditeit; (rapid) cycling	Symptoomarm interval na herstel van episode
Symptoomniveau	Ernstige episode	Lichte tot matig ernstige episode	Lichte tot matige restverschijnselen	Aanzienlijke restsymptomen of (rapid) cycling	Symptomatische remissie
Niveau van functioneren	Ernstige beperkingen	Matige tot ernstige beperkingen	Lichte tot matige beperkingen	Matige tot ernstige beperkingen	Geen of lichte beperkingen
Huisarts + poh-ggz	D	D	-	-	(L)
Basis-ggz	-	-	-	-	(L)
Vrijgevestigde psychiater	D	D/K	K	L	L
Algemene polikliniek*	D	K	K	-	L
Gespecialiseerde polikliniek*	D/K	K	K	L	L
FACT*	D	K	K	K/L	L
Crisisdienst**	D/K	D/K	-	-	-
Dagbehandeling	-	K	K	K	-
Opnameafdeling	K	K	(K)	-	-
Opname of langdurig	-	-	-	-	-

* of vergelijkbare vormen van zorg

** inclusief vergelijkbare vormen van ambulante crisiszorg zoals intensieve psychiatrische thuiszorg, *intensive home treatment*

FACT- of Flexibele assertive community treatment

poh-ggz praktijkondersteuner huisartsenzorg geestelijke gezondheidszorg

- geen actieve rol in de diagnostiek of behandeling

D rol bij diagnostiek, triage of doorverwijzing

K actieve rol in deze behandel fase, korte termijn (weken tot maanden)

(K) op indicatie als ontslag nog niet mogelijk is

L actieve rol in deze behandel fase, lange termijn (maanden tot jaren)

(L) rol in de lange termijn behandeling bij langdurige stabiliteit en geen complexe medicatie

Multidisciplinaire richtlijn bipolaire stoornissen

Psychosociale en psychotherapeutische interventies

Hoofdstuk 6

Psychosociale en psychologische interventies

8 Aanbevelingen

Bij elke aanbeveling staat tussen vierkante haken de sterkte van de aanbeveling volgens GRADE (zie hoofdstuk 2, paragraaf 8.2).

8.1 Algemene aanbevelingen

- De behandeling wordt bij voorkeur volgens het collaborative-caremodel aangeboden.
- De werkwijze wordt verpleegkundig begeleidt door een arts of verpleegkundige.

8.2 Eerste stap: psycho-educatie

- Eerste keuze in het behandelaanbod voor verbetering van de stemmingsstabiliteit is farmacotherapie gecombineerd met individuele en/of groepsgevoerde psycho-educatie.
- Individuele psycho-educatie wordt zowel in de eerste als in de tweede stap gegeven. [1C]

8.3 Tweede stap, depressieve episode

Voor psychologische interventies tijdens een depressieve episode gelden de volgende aanbevelingen.

- Een depressieve episode wordt behandeld met psycho-educatie, dagstructurering en actief volgen, eventueel aangevuld met bibliotherapie.

zelfhulp
bodem
teit of
Als een

8.4 Tweede stap, terugvalpreventie

Voor psychologische interventies met als doel terugvalpreventie gelden de volgende aanbevelingen.

- De richtlijncommissie beveelt sociaal-ritmeth therapie (SRT) aan als de stemmingsstabiliteit kan ook worden bereikt. [1C]
- Patiënten met een depressieve episode worden behandeld met farmacotherapie.

8.5 Tweede stap, comorbiditeit en overige behandelfoci

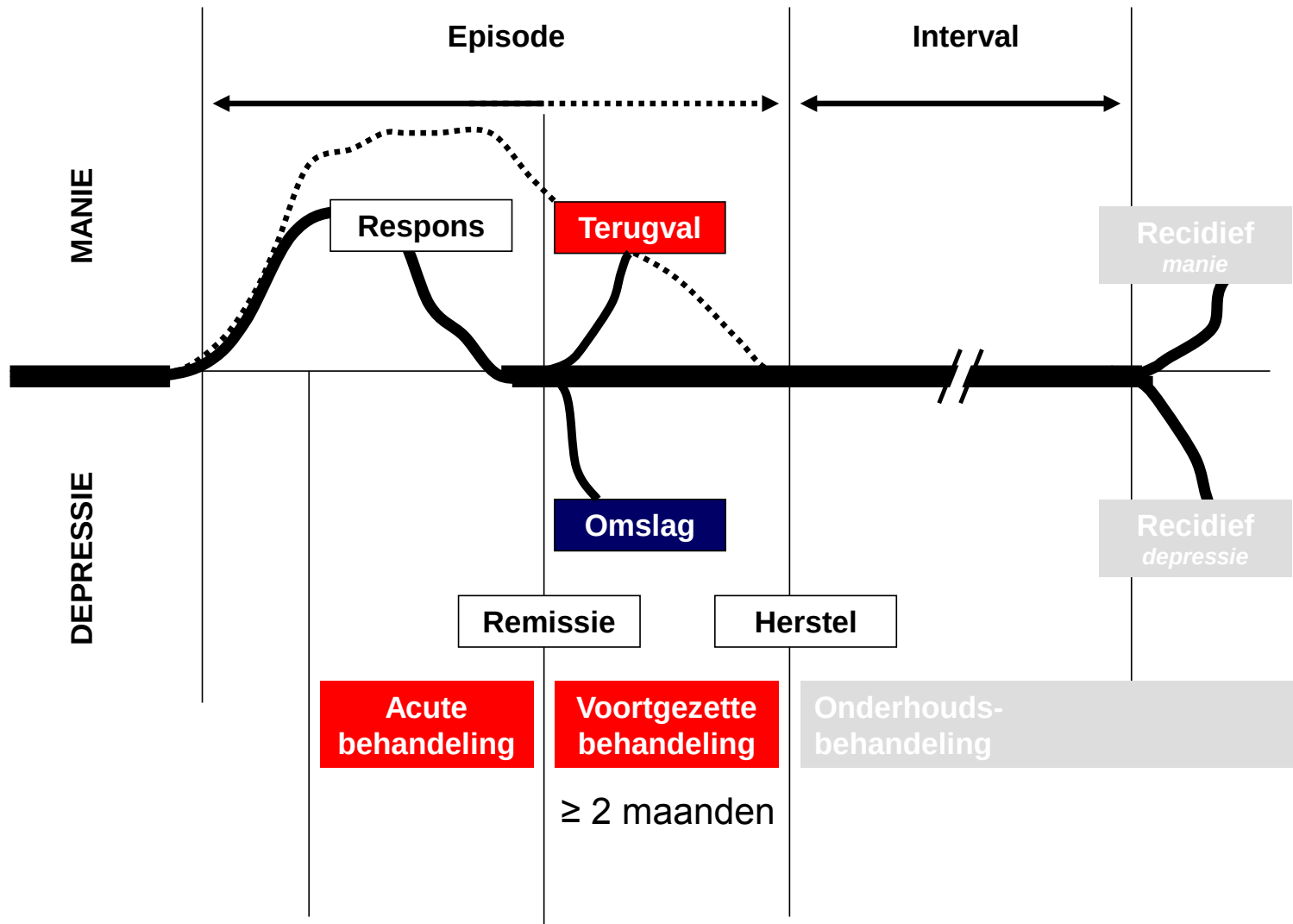
Bij comorbiditeit en bij overige behandelfoci gelden de volgende aanbevelingen voor psychologische interventies.

- Patiënten met een bipolaire stoornis komen voor psychotherapie specifiek gericht op comorbide As-I- of As-II-stoornissen in aanmerking wanneer de bipolaire stoornis voldoende is gestabiliseerd. Hierbij worden beschikbare behandelrichtlijnen voor de comorbide stoornis gevolgd. [1C]
- De richtlijncommissie adviseert in het bijzonder aandacht voor behandelingsstrategieën voor comorbide stoornissen.

Multidisciplinaire richtlijn bipolaire stoornissen

Farmacotherapie

Farmacotherapie van manie



Farmacotherapie van manie: evidentie

Comparative efficacy and acceptability of antimanic drugs in acute mania: a multiple-treatments meta-analysis

Andrea Cipriani, Corrado Barbui, Georgia Salanti, Jennifer Rendell, Rachel Brown, Sarah Stockton, Marianna Purgato, Loukia M Spinelli, Guy M Goodwin, John R Geddes

68 studies (1980 – 2010) met N=16.073 patiënten

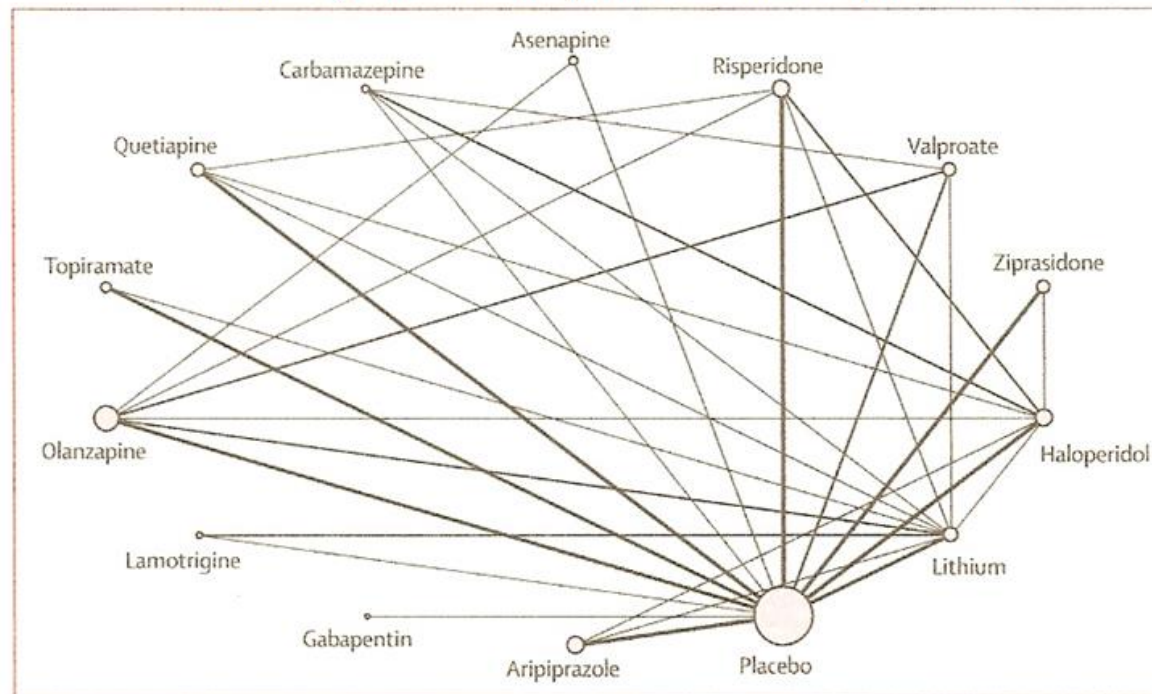


Figure 2: Network of eligible comparisons for the multiple-treatments meta-analysis for efficacy

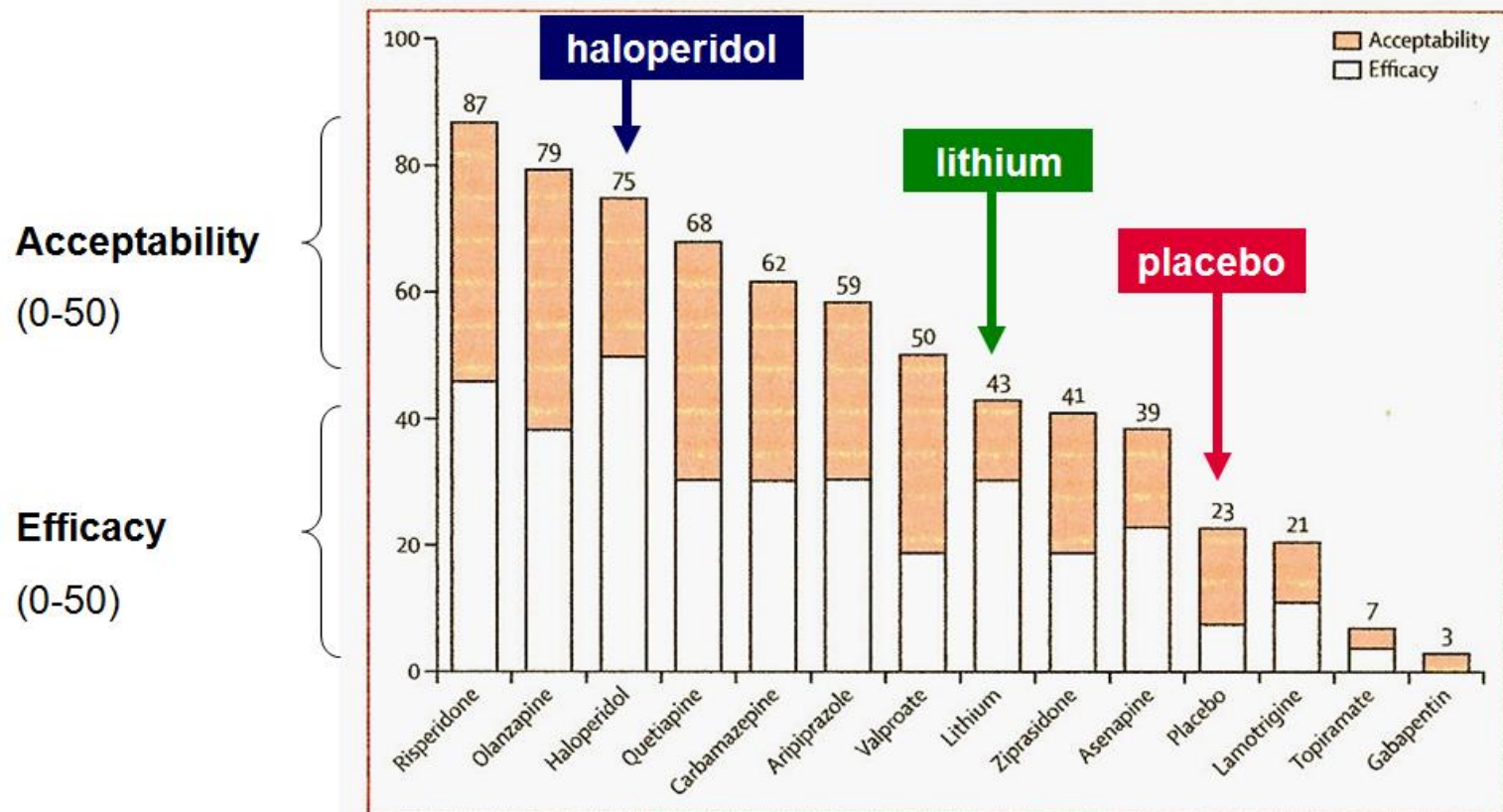
The width of the lines is proportional to the number of trials comparing every pair of treatments, and the size of every node is proportional to the number of randomised participants (sample size). The networks of eligible comparisons for acceptability analysis (dropout rate) and for efficacy as binary outcome are similar (webappendix pp 26–27).

Farmacotherapie van manie: evidentie

Comparative efficacy and acceptability of antimanic drugs in acute mania: a multiple-treatments meta-analysis

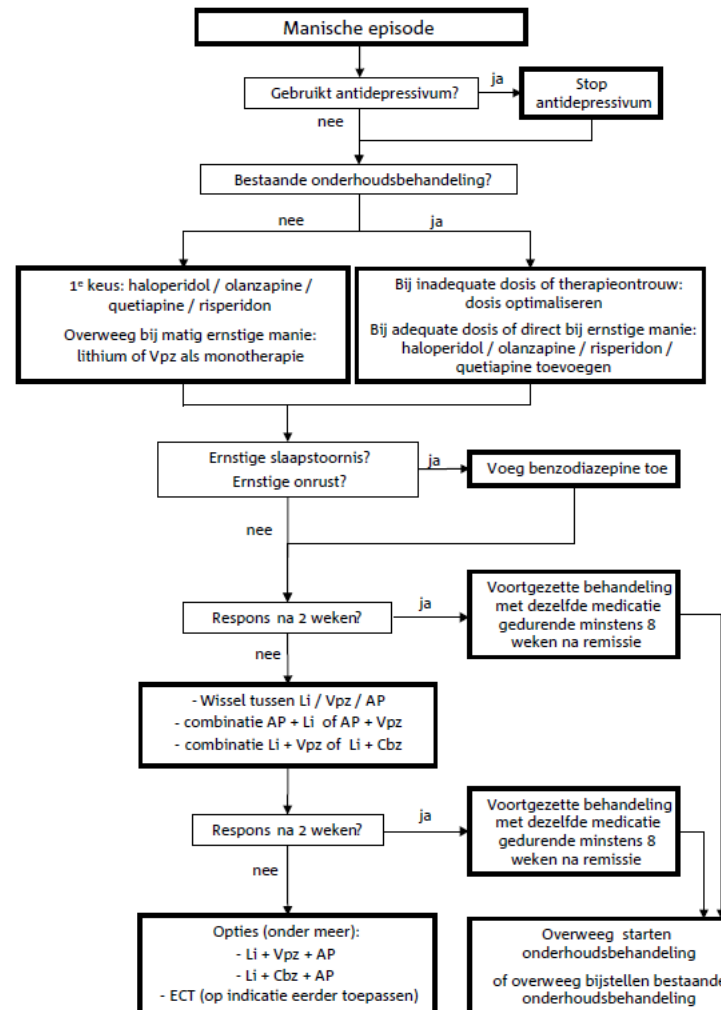
Andrea Cipriani, Corrado Barbui, Georgia Salanti, Jennifer Rendell, Rachel Brown, Sarah Stockton, Marianna Purgato, Loukia M Spineli, Guy M Goodwin, John R Geddes

68 studies (1980 – 2010) met N=16.073 patiënten



Beslisbomen voor farmacotherapie: manie

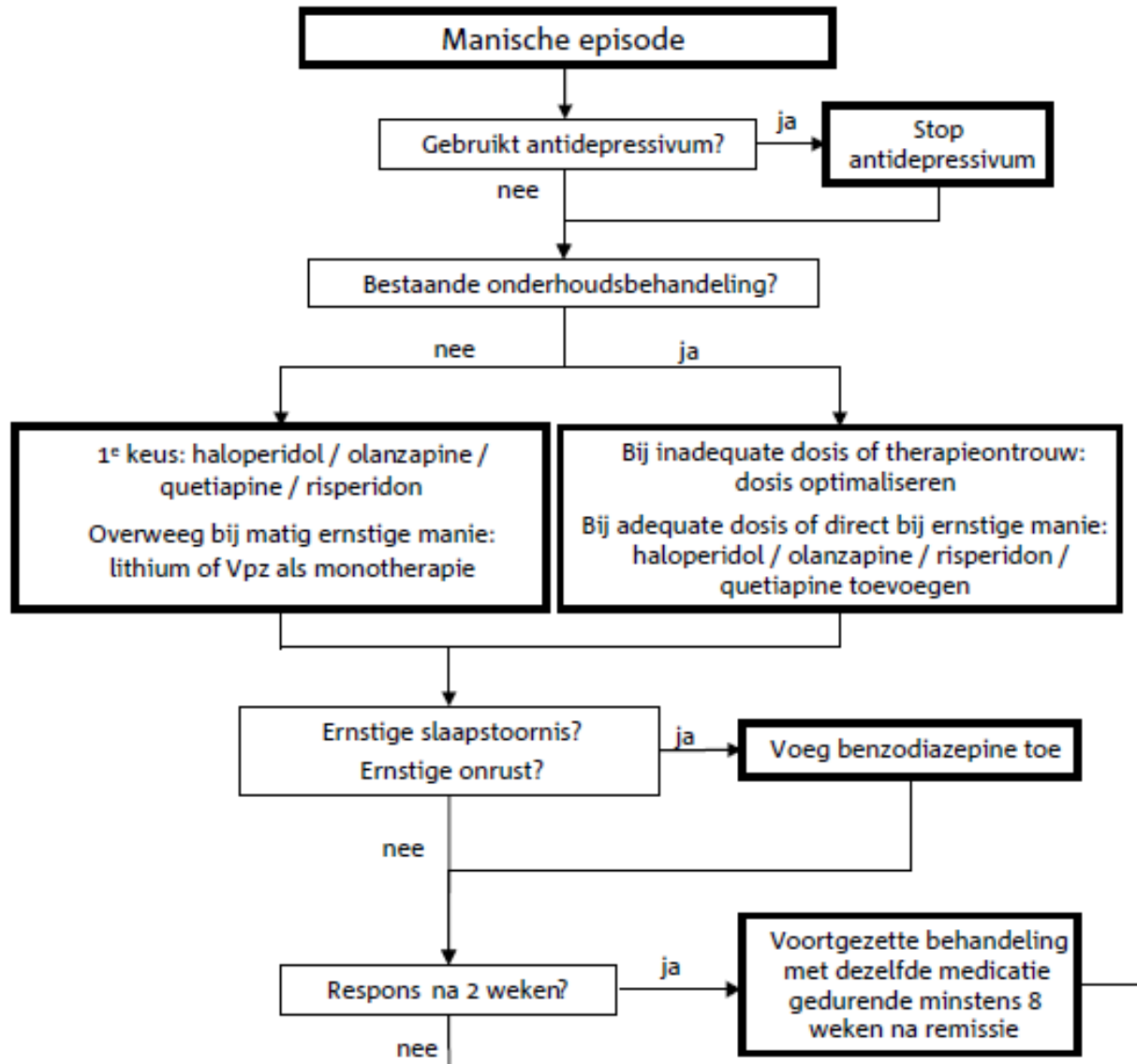
Beslisboom 7.1 Behandeling manische episode



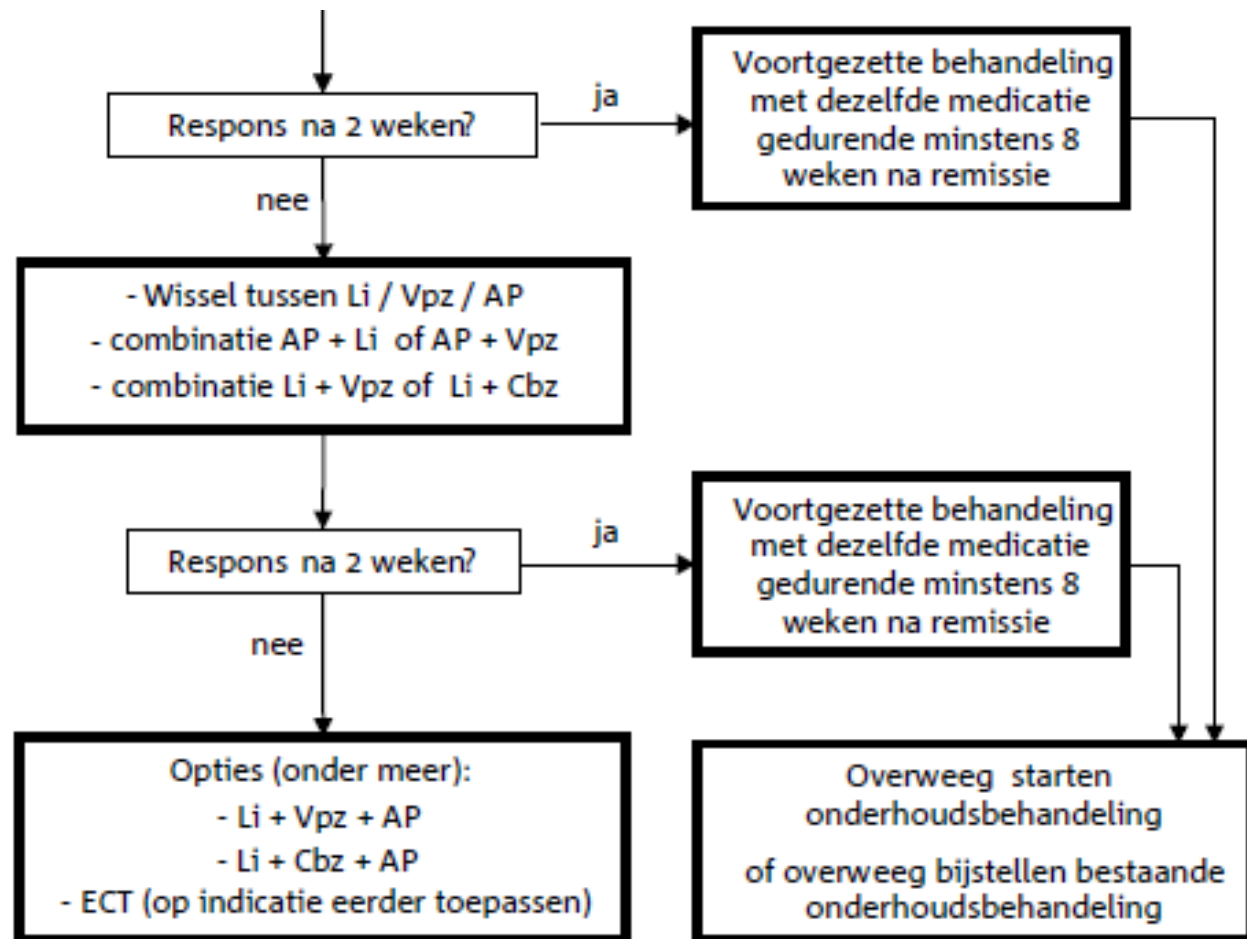
Voor toelichting, zie paragraaf 2.5 onder Specifieke aanbevelingen.

AP = antipsychotica. Cbz = carbamazepine. ECT = elektroconvulsieve therapie. Li = lithium. Vpz = valproïnezuur.

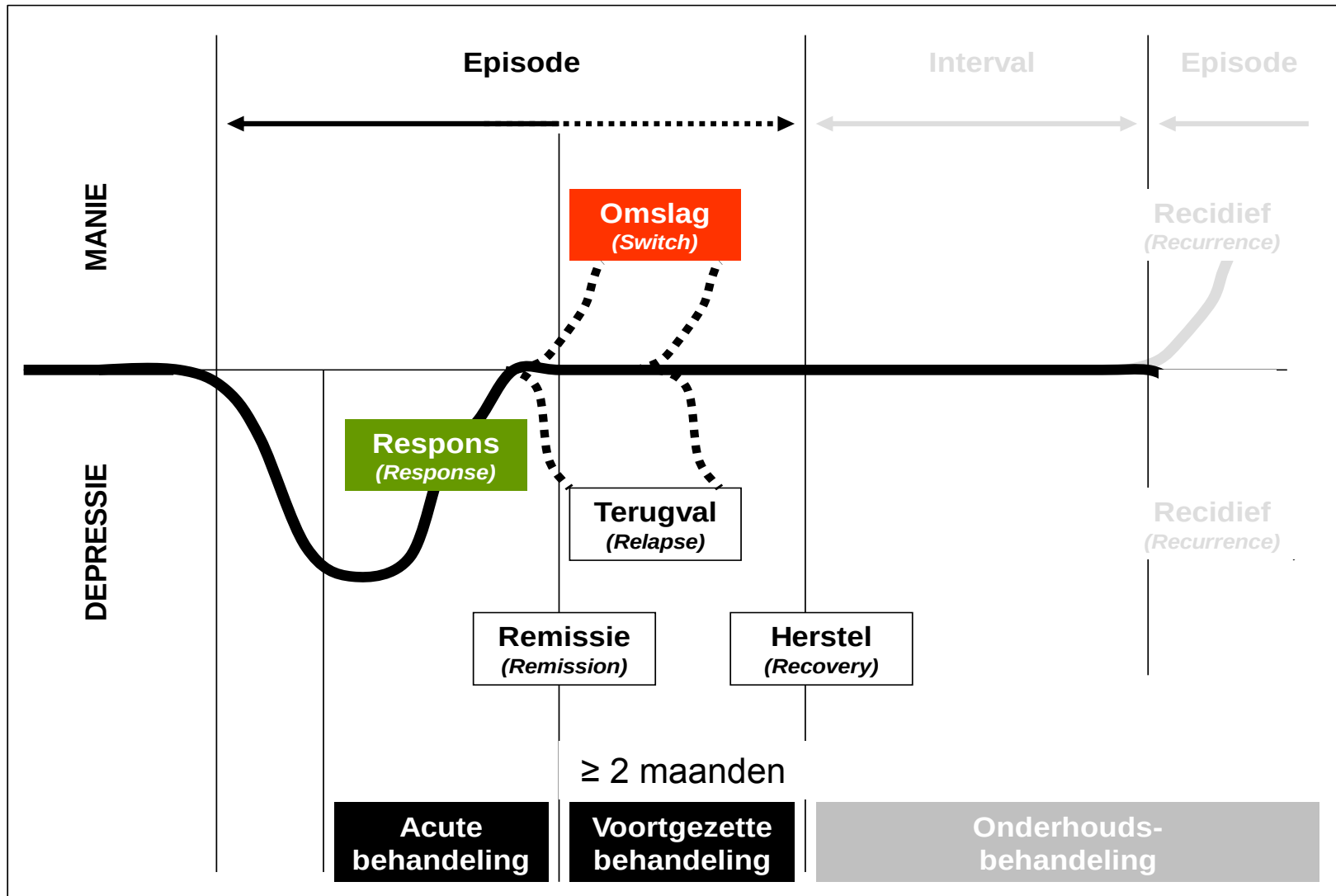
Beslisbomen voor farmacotherapie: manie



Beslisbomen voor farmacotherapie: manie



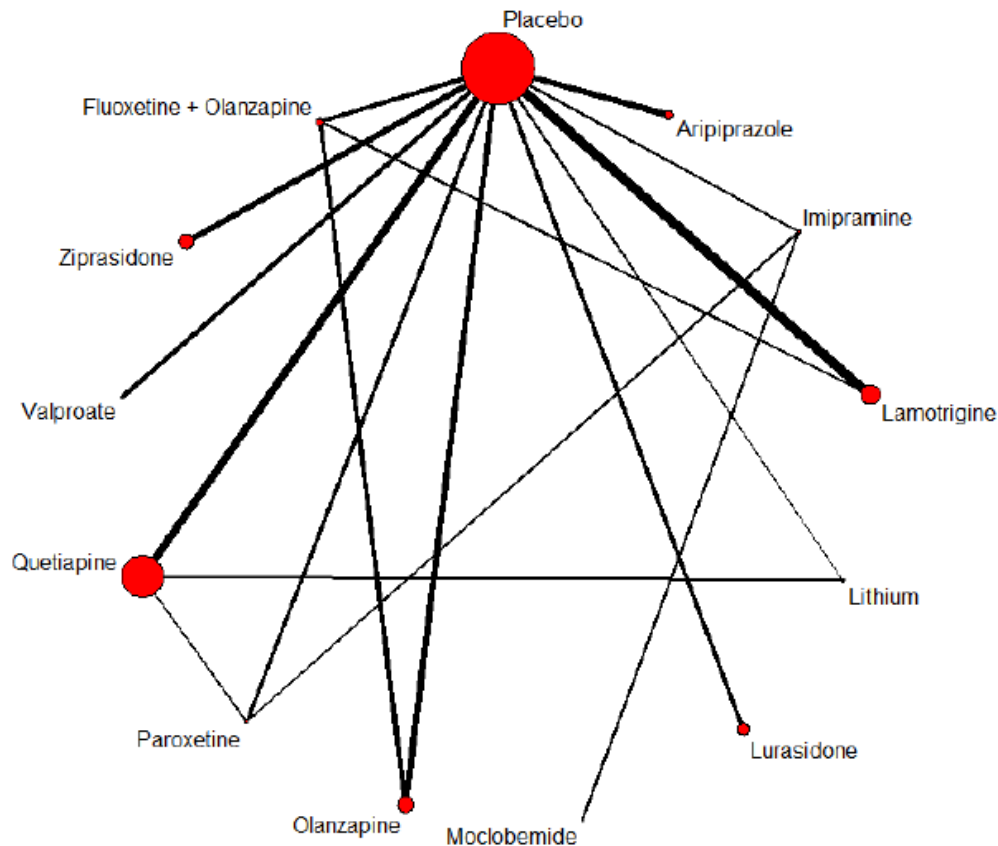
Farmacotherapie bipolaire depressie



Farmacotherapie van depressie: evidentie

Interventions for acute depression – network meta-analysis plots and WinBugs code

Figure 15.1: Network of treatment comparisons. The thickness of the lines is proportional to the number of trials making that comparison and the size of the nodes is proportional to the number of patients randomised to that treatment



Aanbevelingen voor farmacotherapie: depressie

3.6 Aanbevelingen

Algemene aanbevelingen

- Een ernstige bipolaire depressie moet tijdig worden behandeld met medicatie, ondersteunende (en in geval van suïcidegevaar beschermende) interventies, en begeleiding van naastbetrokkenen. [1B]
- Behandeling van een ernstige bipolaire depressie moet bij voorkeur klinisch plaatsvinden indien suïcidegevaar bestaat, ook gegeven de grote belasting van naastbetrokkenen; indien onvermijdelijk moet deze opname onvrijwillig tot stand komen. [1C]
- Bij de keuze van de (medicamenteuze) behandelstrategie en middelen moet gebruik worden gemaakt van eerdere ervaringen bij de patiënt en bij eventuele eerstegraads familieleden met een bipolaire stoornis, en moet rekening gehouden worden met de voorkeur van de patiënt. [1C]
- De patiënt en de naastbetrokkenen moeten vanaf het begin worden ingelicht over de fasering van de behandeling (acute behandeling – vervolgbehandeling – onderhoudsbehandeling), opdat zij weten wat zij kunnen verwachten en welke afwegingen op welk moment zullen worden gemaakt. [1C]
- Tegen het einde van de voortgezette behandeling moet in overleg met de patiënt en een naastbetrokkene een besluit worden genomen over de preventieve onderhoudsbehandeling (zie hoofdstuk 8). [1C]
- Een ernstige of therapieresistente bipolaire depressie kan effectief worden behandeld met elektroconvulsieve therapie (ECT) (zie hoofdstuk 9). [1B]

Specifieke aanbevelingen

Zie ook de beslisboom Behandeling bipolaire depressie (beslisboom 7.2).

- Indien de depressieve patiënt nog geen onderhoudsmedicatie gebruikt, is de medicatie van eerste keuze: quetiapine, of olanzapine in combinatie met fluoxetine. [1A]
- Vanwege de zeer langzame opbouw is lamotrigine minder geschikt wanneer snel resultaat gewenst is. [1C]
- Indien de depressieve patiënt al onderhoudsmedicatie gebruikt in adequate dosering: voeg hieraan een van de genoemde eerstekeuzemiddelen toe. [1C]
- Bij therapieontrouw, of het staken van de bestaande onderhoudsmedicatie, of een te lage dosering daarvan: hervat de onderhoudsmedicatie, c.q. optimaliseer de dosis. Bij ernstige depressie of onvoldoende respons: voeg hieraan een van de genoemde eerstekeuzemiddelen toe. [1C]
- Bij een matig ernstige depressie: overweeg om al in de acute fase te behandelen met lithium of valproïnezuur als monotherapie. [1B]
- Overweeg als tweede keuze het toevoegen van lurasidon aan lithium of valproïnezuur, of lurasidon als monotherapie. [1B]
- Monotherapie met een antidepressivum wordt afgeraden bij een bipolaire-I-depressie, en bij een bipolaire-II-depressie met twee of meer bijkomende manische symptomen. [1C]
- Als een antidepressivum wordt toegevoegd, hebben SSRI's (uitgezonderd paroxetine) en bupropion de voorkeur. [1C]
- De toevoeging van de 'klassieke' MAO-remmer tranylcypromine dient overwogen te worden bij een bipolaire depressie die onvoldoende respondeert. Bij het gebruik van een 'klassieke' MAO-remmer dienen de richtlijnen voor dieetmaatregelen, somatische controles en (geneesmiddelen-) interacties in acht te worden genomen. [1C]
- Slaapstoornissen en onrust (bij geagiteerde depressies) kunnen tijdelijk worden behandeld met een benzodiazepine. [1B]
- Bij het beoordelen van de effectiviteit van de gekozen behandelstrategie en -middelen, moeten duidelijke termijnen worden aangehouden (zie de beslisboom voor de behandeling van bipolaire depressie: beslisboom 7.2) [1C]:
 - bij een adequate dosering moet na 4-6 weken een respons zichtbaar zijn;
 - bij duidelijke non-respons moet met een ander eerstekeuzemiddel of een combinatie van middelen worden behandeld.
- Bij non-respons op de genoemde behandelingen kan pramipexol als additie bij een stemmingsstabilisator worden overwogen. [1C]
- Indien een ernstige bipolaire depressie onvoldoende reageert op medicamenteuze behandeling, of indien een voorkeursindicatie voor elektroconvulsie therapie (ECT) bestaat, moet ECT worden overwogen (zie hoofdstuk 9). [1C]

Aanbevelingen voor farmacotherapie: depressie

3.6 Aanbevelingen

Algemene aanbevelingen

- Een ernstige bipolaire depressie moet tijdig worden behandeld met medicatie, ondersteunende (en in geval van suïcidegevaar beschermende) interventies, en begeleiding van naastbetrokkenen [1B]
- Behandeling van een ernstige bipolaire depressie moet bij voorkeur klinisch plaatsvinden indien suïcidegevaar bestaat, ook gegeven de grote belasting van naastbetrokkenen, indien onvermijdelijk moet deze opname onvrijwillig tot stand komen [1C]
- Bij de keuze van de (medicamenteuze) behandelstrategie en middelen moet gebruik worden gemaakt van eerdere ervaringen bij de patiënt en bij eventuele eerstegraads familieleden met een bipolaire stoornis, en moet rekening gehouden worden met de voorkeur van de patiënt. [1C]
- De patiënt en de naastbetrokkenen moeten vanaf het begin worden ingelicht over de fasering van de behandeling (acute behandeling – vervolgbehandeling – onderhoudsbehandeling), opdat zij weten wat zij kunnen verwachten en welke afwegingen op welk moment zullen worden gemaakt [1C]
- Tegen het einde van de voortgezette behandeling moet in overleg met de patiënt en een naastbetrokkene een besluit worden genomen over de preventieve onderhoudsbehandeling (zie hoofdstuk 8). [1C]
- Een ernstige of therapieresistente bipolaire depressie kan effectief worden behandeld met elektroconvulsieve therapie (ECT) (zie hoofdstuk 9) [1B]

Specifieke aanbevelingen

Zie ook de beslisboom Behandeling bipolaire depressie (beslisboom 7.2).

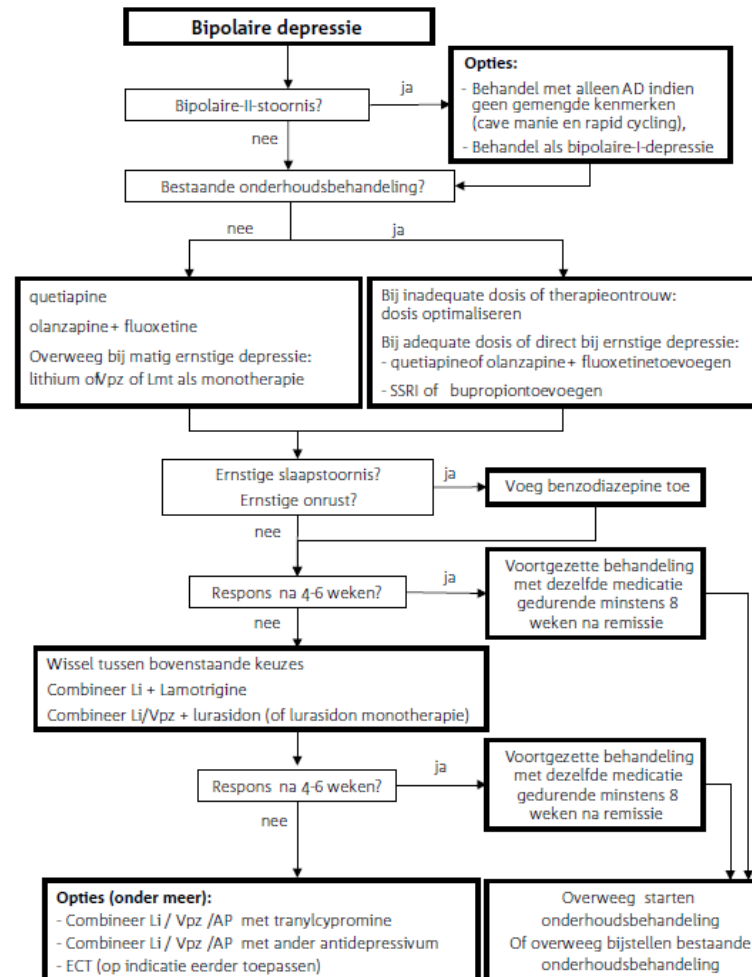
Tabel 2.7 Bepaling van sterkte van aanbeveling volgens GRADE

Sterkte van aanbeveling	Kwaliteit wetenschappelijk bewijs: graad van evidence
1A = sterke aanbeveling	Hoge graad evidence: RCT's zonder beperkingen of sterk overtuigende evidence van observationele onderzoeken
1B = sterke aanbeveling	Matige graad evidence: RCT's met beperkingen of sterke evidence vanuit observationele onderzoeken
1C = sterke aanbeveling	Lage of zeer lage graad evidence: Uitkomsten van observationele onderzoeken of caseonderzoeken of RCT's met veel beperkingen
2A = zwakke aanbeveling	Hoge graad van evidence: RCT's zonder beperkingen of sterk overtuigende evidence van observationele onderzoeken
2B = zwakke aanbeveling	Matige graad van evidence: RCT's met beperkingen of sterke evidence vanuit observationele onderzoeken
2C = zwakke aanbeveling	Lage of zeer lage graad evidence: Uitkomsten van observationele onderzoeken of caseonderzoeken of RCT's met veel beperkingen

GRADE = Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation.
RCT = randomised controlled trial.

Beslisbomen voor farmacotherapie: depressie

Beslisboom 7.2 Behandeling bipolaire depressie

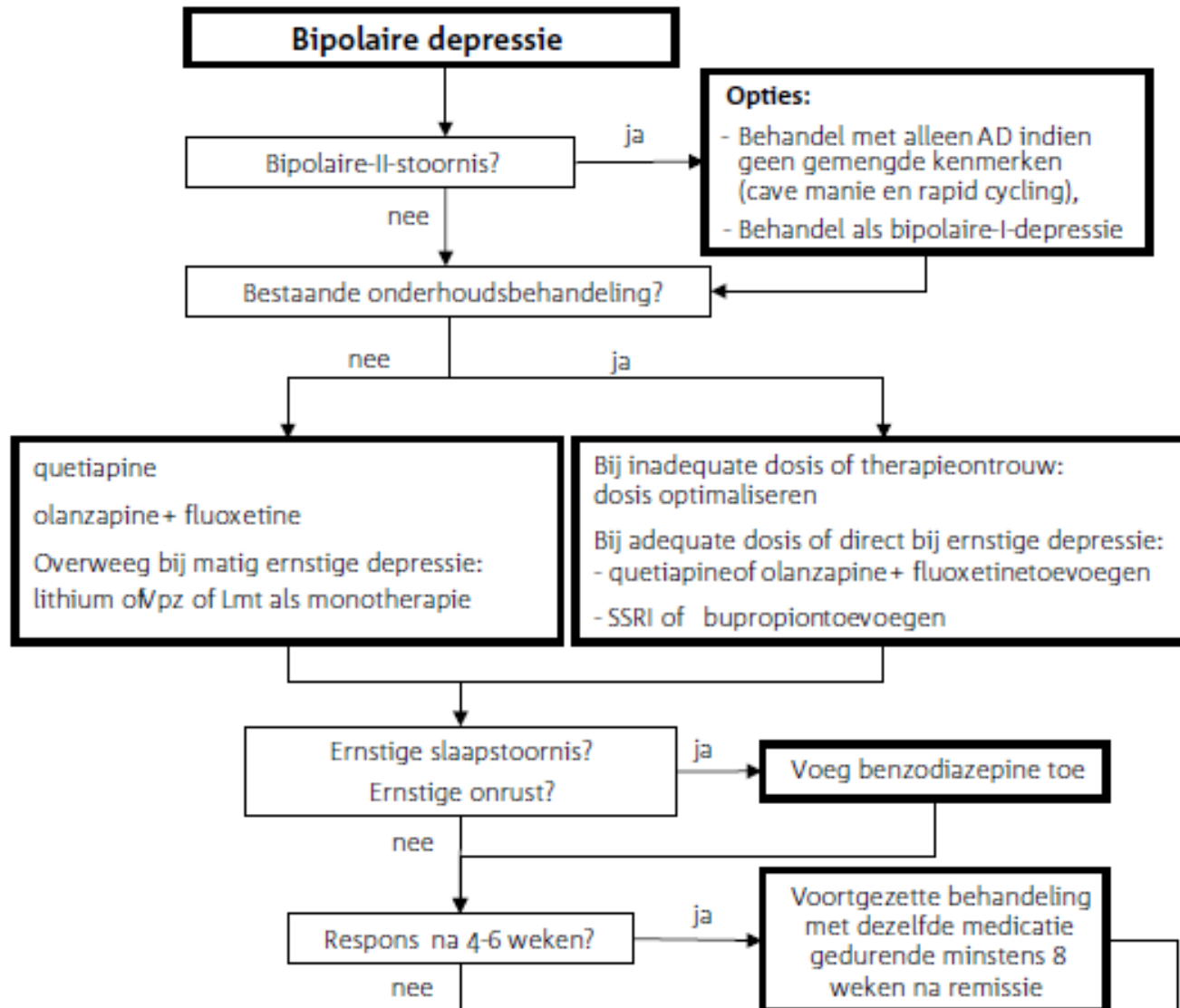


Voor toelichting, zie paragraaf 3.6.

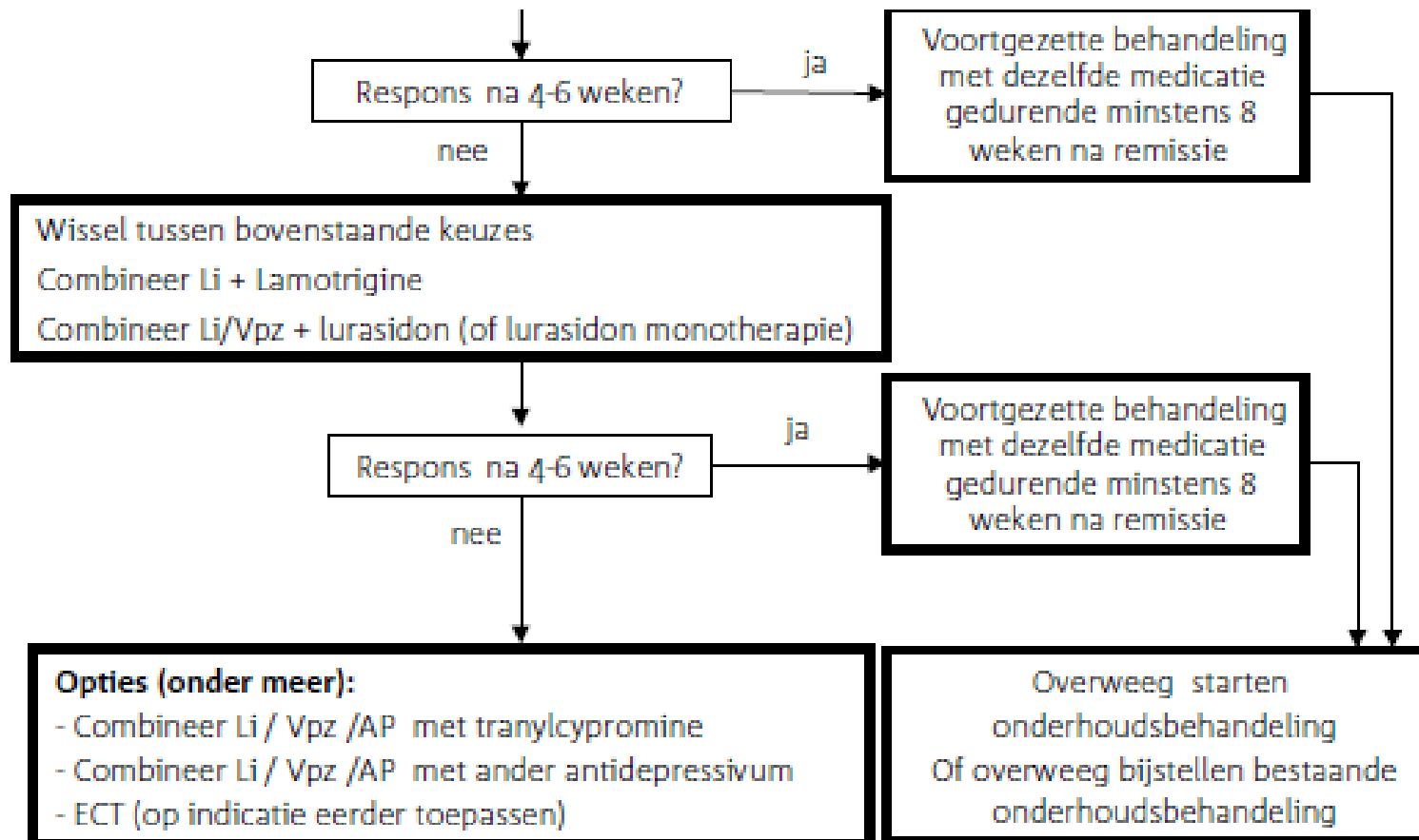
AD = antidepressivum. AP = antipsychoticum. ECT = elektroconvulsieve therapie.

Li = lithium. Lmt = lamotrigine. VpZ = valproïnezuur

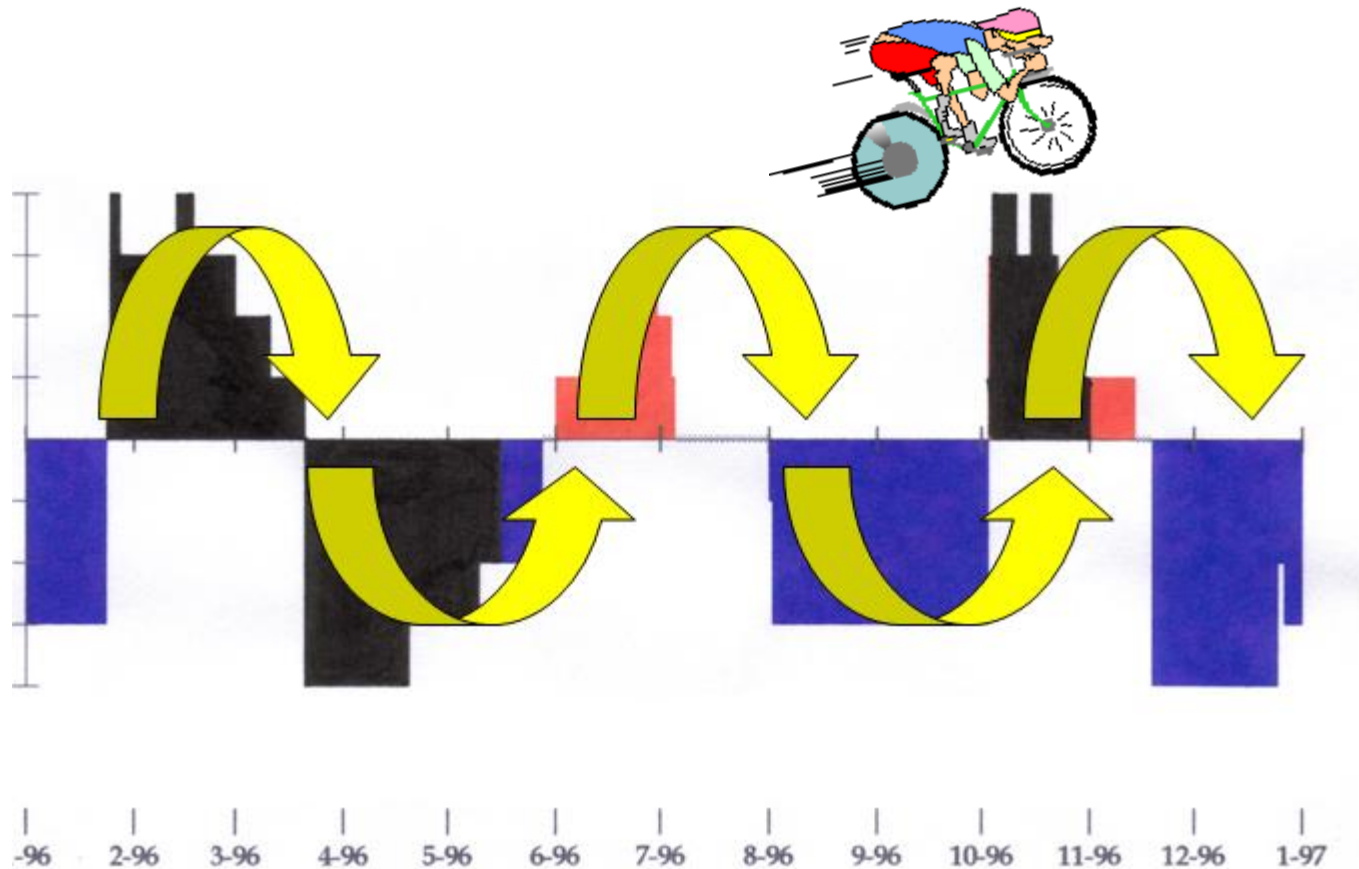
Beslisbomen voor farmacotherapie: depressie



Beslisbomen voor farmacotherapie: depressie



Farmacotherapie van rapid cycling



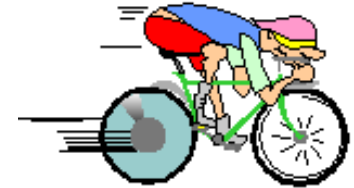
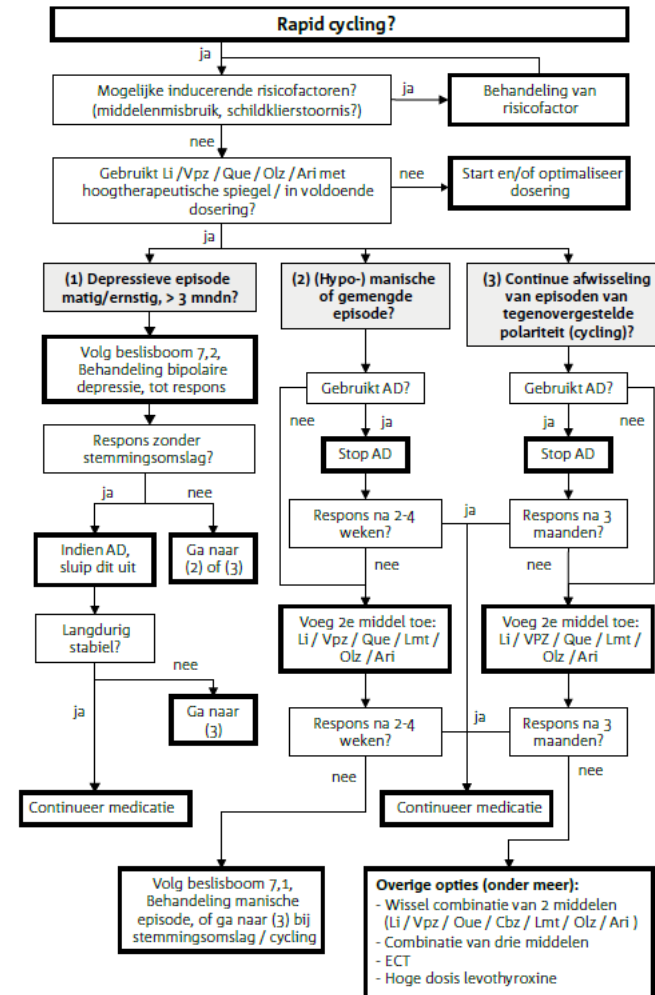
-96 2-96 3-96 4-96 5-96 6-96 7-96 8-96 9-96 10-96 11-96 12-96 1-97

1 jaar

SFBN 500-018

Beslisbomen voor farmacotherapie: rapid cycling

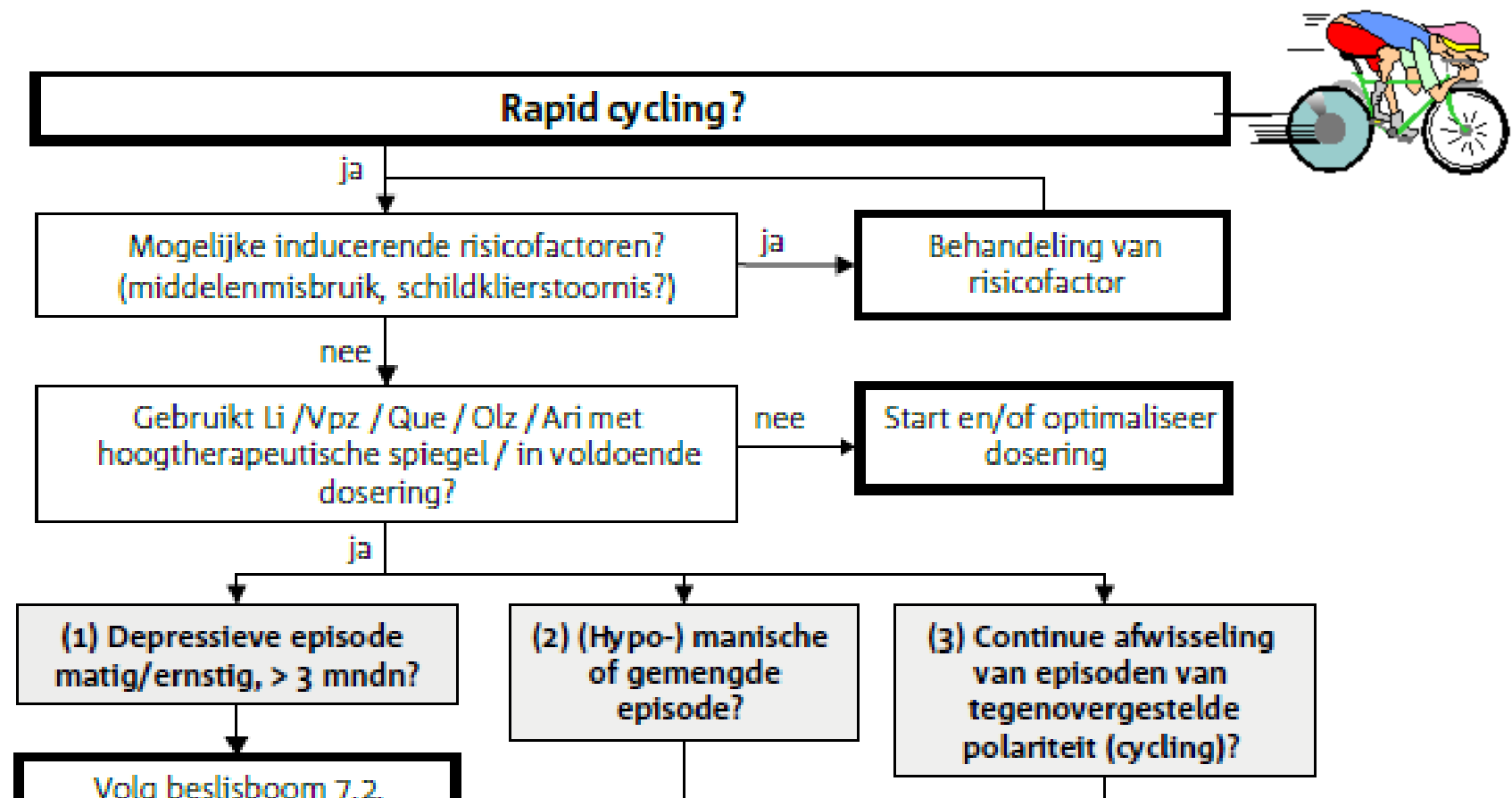
Beslisboom 7.3 Behandeling rapid cycling



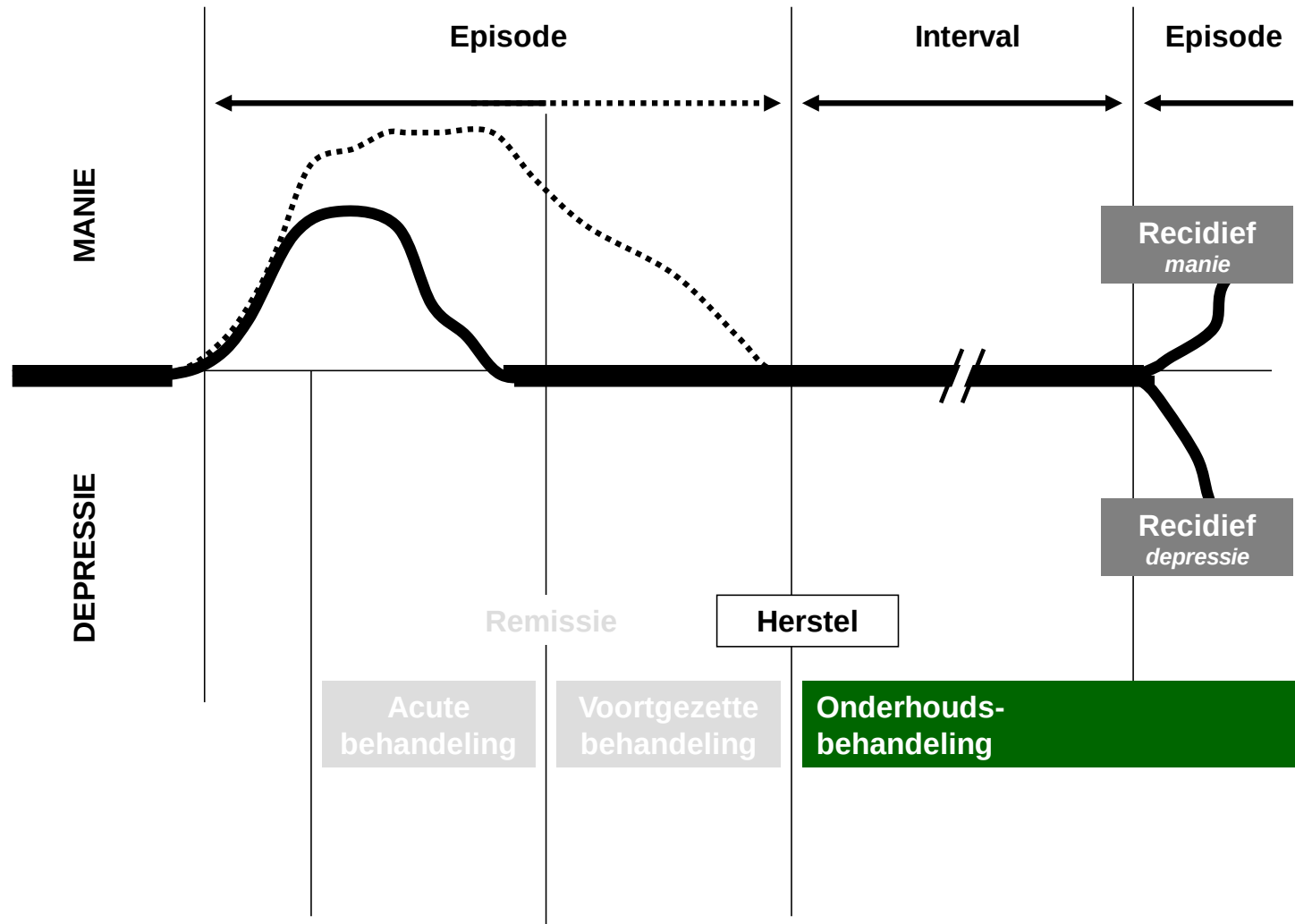
Voor toelichting, zie paragraaf 4.4.

AD = antidepressivum. Ari = aripiprazol. Cbz = carbamazepine. Lmt = lamotrigine. Li = lithium. Olz = olanzapine. Que = quetiapine. Vpz = valproïnezuur.

Beslisbomen voor farmacotherapie: rapid cycling

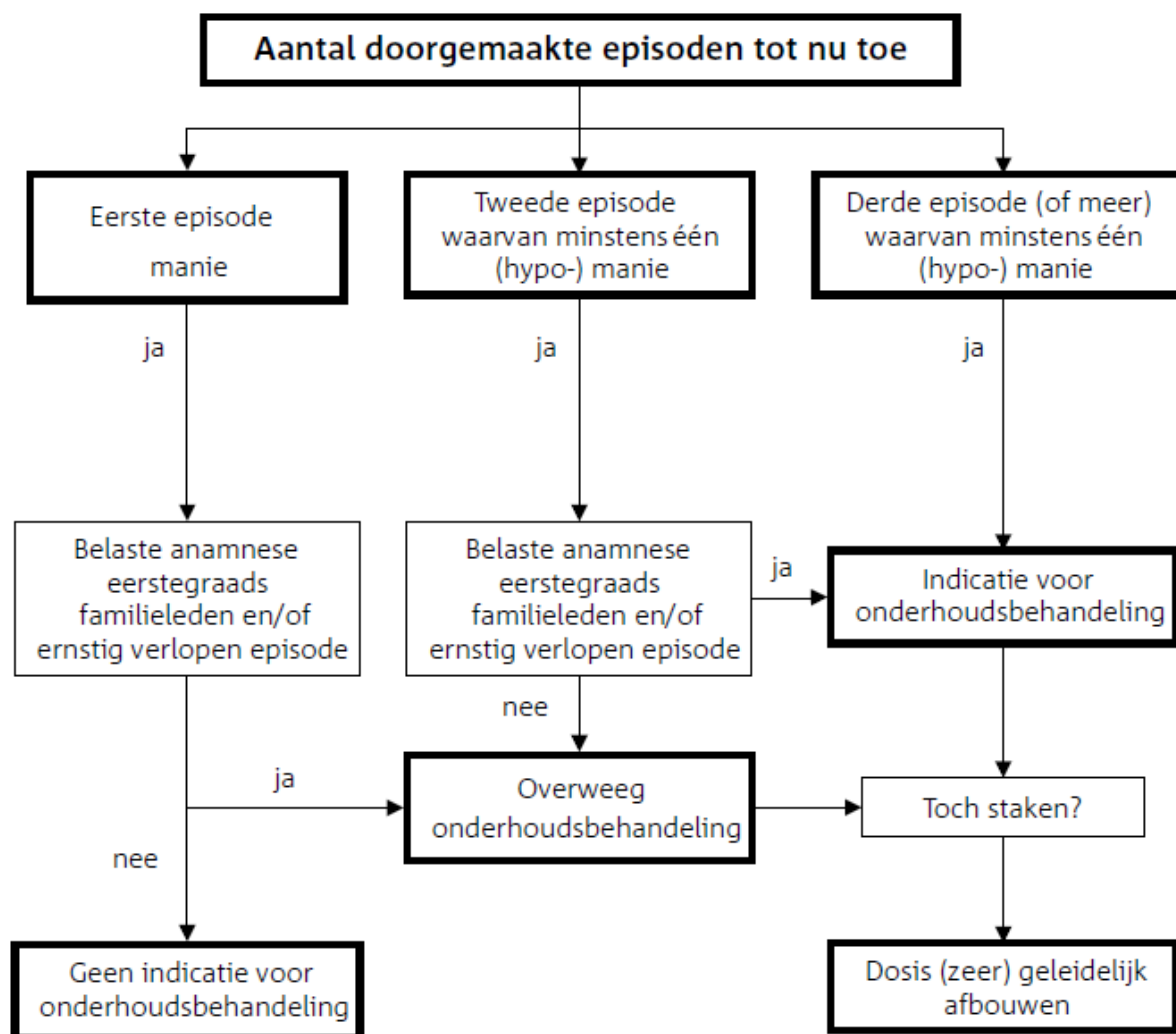


farmacotherapie: onderhoudsbehandeling



Beslisbomen indicatie onderhoudsbehandeling

Beslisboom 8.1 Indicatie voor onderhoudsbehandeling



Onderhoudsbehandeling: evidentie

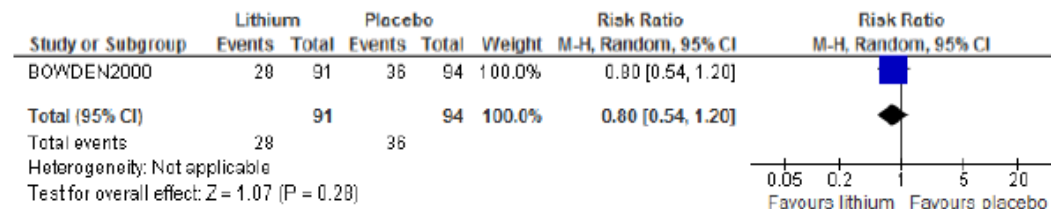
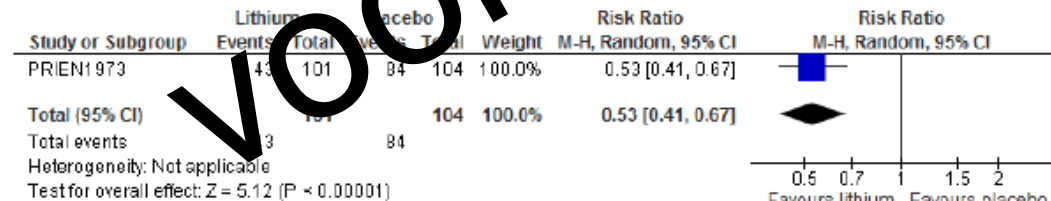
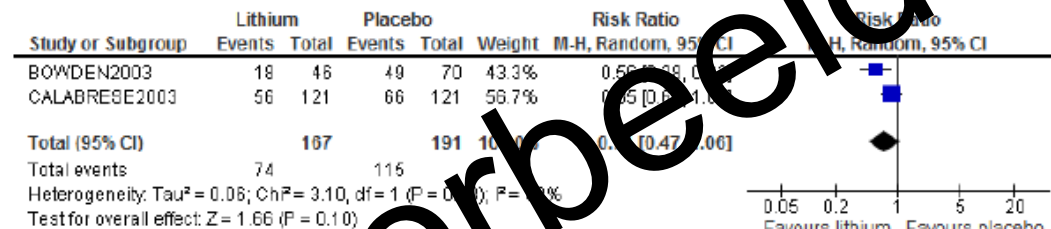
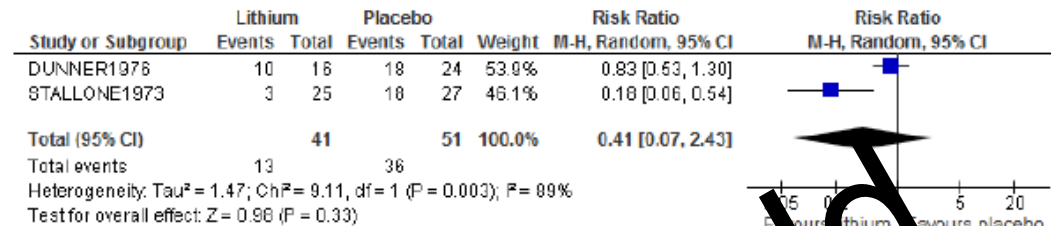
- lithium versus placebo (7 onderzoeken, n = 1.434);
- lithium in meerdere doseringen (2 onderzoeken, n = 144);
- lithium versus carbamazepine (3 onderzoeken, n = 399);
- lithium versus lamotrigine (1 onderzoek, n = 122);
- lithium versus valproïnezuur (2 onderzoeken, n = 245);
- lithium versus valproïnezuur versus combinatie lithium en valproïnezuur (1 onderzoek, n = 330);
- lithium versus olanzapine (1 onderzoek, n = 431);
- aripiprazol versus placebo (2 onderzoeken, n = 688);
- olanzapine versus placebo (2 onderzoeken, n = 346);
- paliperidon versus placebo (1 onderzoek, n = 68);
- quetiapine versus placebo (4 onderzoeken, n = 2719);
- quetiapine versus valproïnezuur (1 onderzoek, n = 38);
- risperidon depot versus placebo (2 onderzoeken, n = 576);
- risperidondepot toegevoegd aan standaard behandeling versus standaardbehandeling (2 onderzoeken, n = 174);
- oxcarbazepine versus placebo (1 onderzoek, n = 55);
- gabapentine versus placebo (1 onderzoek, n = 25);
- lamotrigine versus placebo (2 onderzoeken, n = 471);
- valproïnezuur versus placebo (1 onderzoek, n = 281);
- imipramine versus placebo (3 onderzoeken, n = 179);
- antidepressivum versus placebo (1 onderzoek, n = 70).

Onderhoudsbehandeling: evidentie

Interventions for long-term management – forest plots

1.2 OUTCOMES FOR LITHIUM COMPARED WITH PLACEBO

1.2.1 Number of participants who relapsed (any type)



Comparative efficacy and tolerability of pharmacological treatments in the maintenance treatment of bipolar disorder: a systematic review and network meta-analysis



Tomofumi Miura, Hisashi Noma, Toshi A Furukawa, Hiroshi Mitsuyasu, Shiro Tanaka, Sarah Stockton, Georgia Salanti, Keisuke Motomura, Satomi Shimano-Katsuki, Stefan Leucht, Andrea Cipriani, John R Geddes, Shigenobu Kanba

Summary

Background Lithium is the established standard in the long-term treatment of bipolar disorder. We did a network meta-analysis to investigate the comparative efficacy and tolerability of available pharmacological treatment strategies for bipolar disorder.

Methods We systematically searched Embase, Medline, PreMedline, PsycINFO, and the Cochrane Library for randomised controlled trials published before June 28, 2013, for bipolar disorder (or placebo), either as monotherapy or as add-on treatment, for a range of outcomes: the number of participants with recurrence of any mood episode, the number of participants who discontinued the trial because of adverse events. We assessed efficacy and tolerability using a random-effects network meta-analysis within a Bayesian framework.

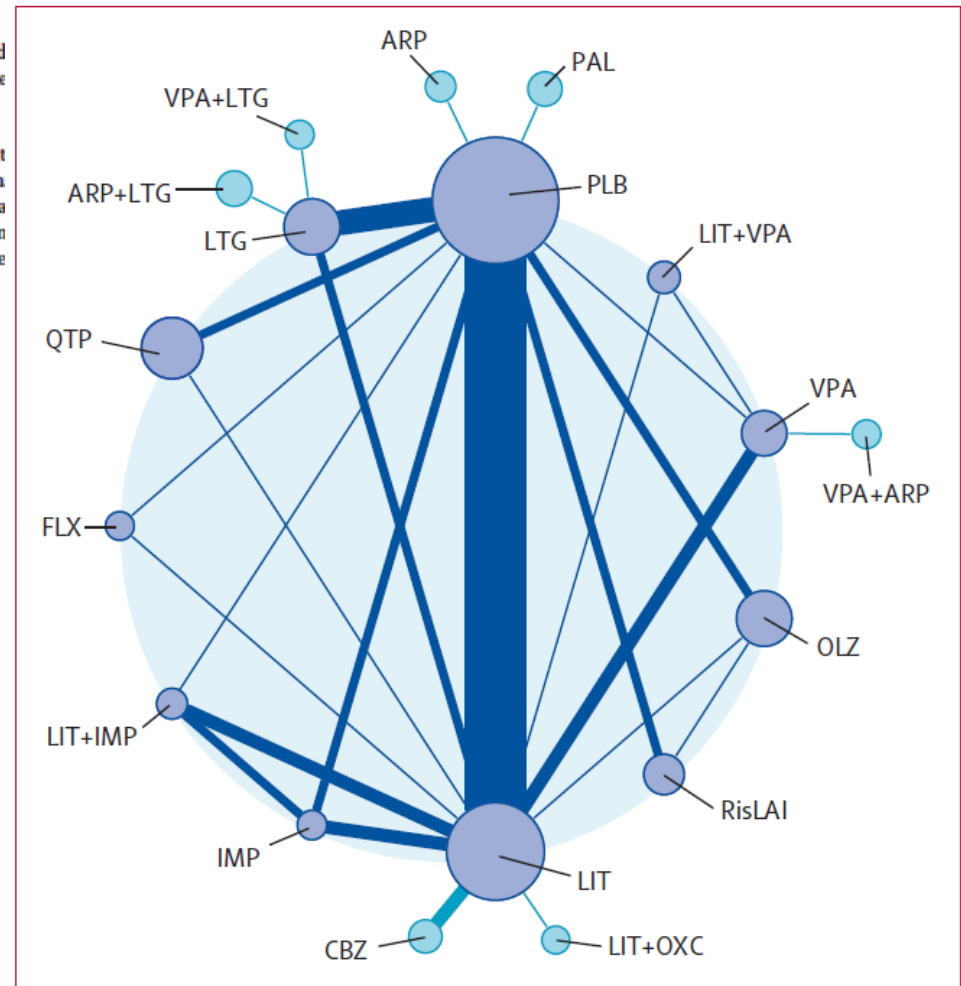
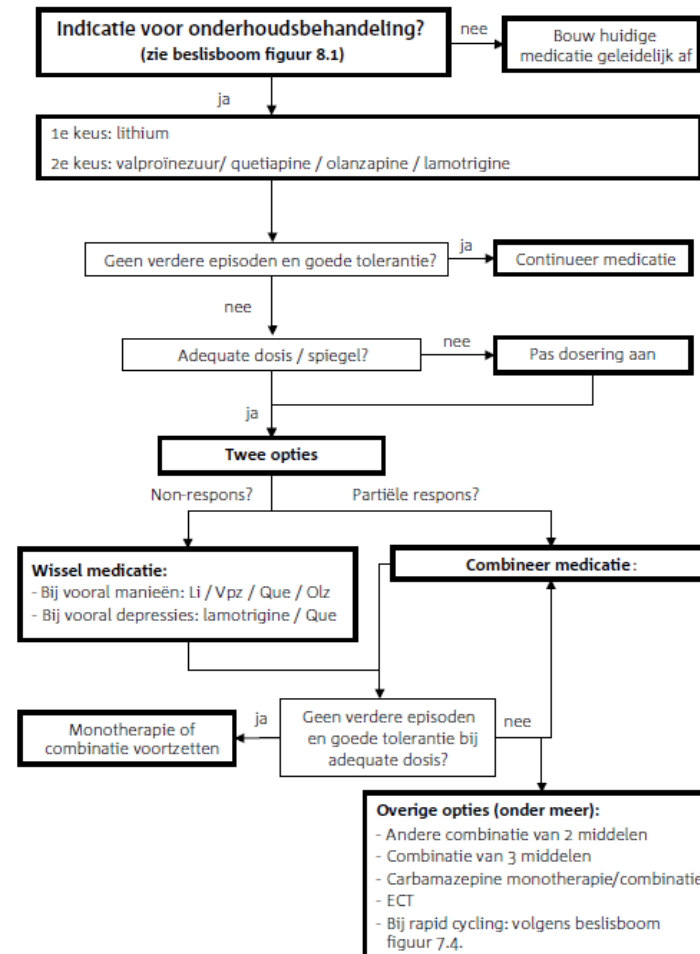


Figure 2: Network of all eligible comparisons for the network meta-analysis

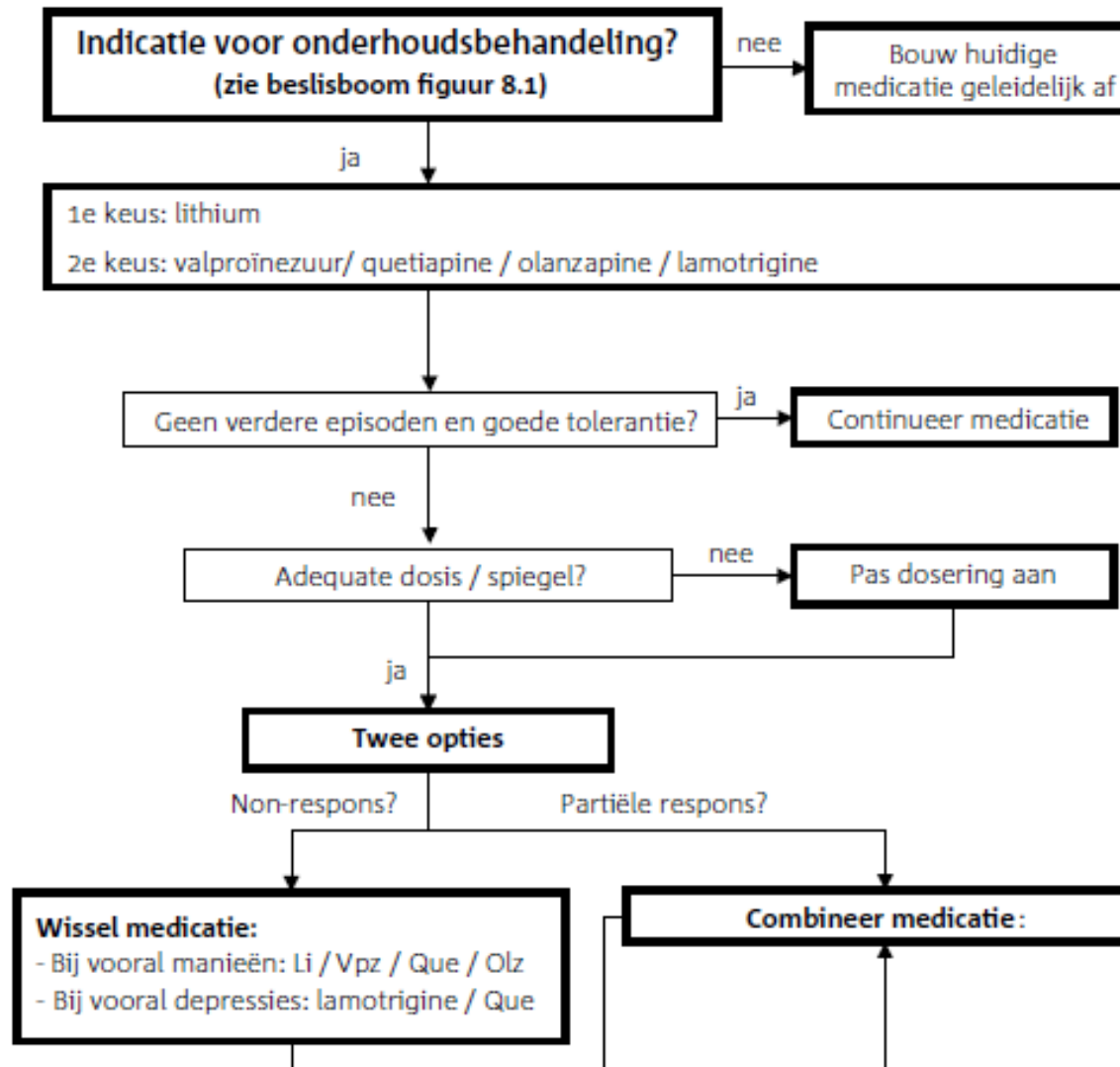
Beslisbomen voor farmacotherapie: profylaxe

Beslisboom 8.2 Farmacotherapie in de onderhoudsbehandeling

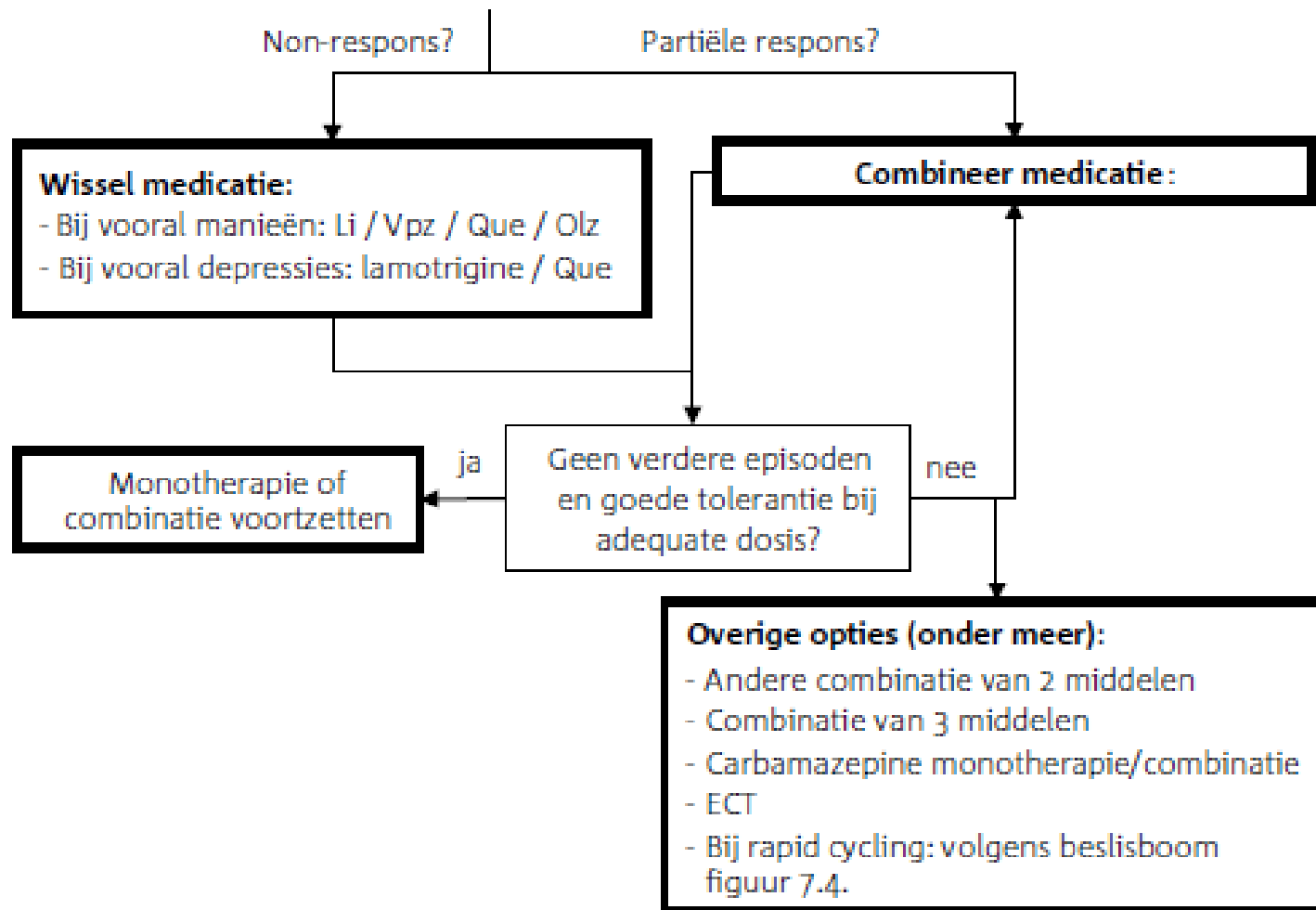


ECT = elektroconvulsieve therapie. Li = lithium. Olz = olanzapine. Que = quetiapine.
Vpz = valproïnezuur

Beslisbomen voor farmacotherapie: profylaxe



Beslisbomen voor farmacotherapie: profylaxe



Hoofdstuk 10

Somatische aspecten

1 Inleiding

De bipolaire stoornis kan gepaard gaan met somatische aandoeningen en/of somatische gevolgen van de behandeling, of een combinatie van beide. Vooral het metabool syndroom, aandoeningen aan de luchtwegen, cardiovasculaire ziekten en endocriene aandoeningen komen veel voor (Kupfer, 2005). Het algemene somatische onderzoek wordt bij voorkeur verricht voorafgaand aan de medicamenteuze behandeling, of anders zo spoedig mogelijk na het begin van de behandeling (Ng e.a., 2009).

De European Psychiatric Association stelt in haar Position Statement (De Hert e.a., 2009) dat een groot aantal mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen een beperktere toegang heeft tot algemene gezondheidszorg, screening en preventie dan de niet-psychiatrische populatie. Psychiaters en eerstelijns gezondheidswerkers bewaken en stimuleren dat mensen met psychiatrische stoornissen niet benadeeld worden wat betreft screening en preventie (De Hert e.a., 2009).

De preventie, de diagnostiek en de behandeling van somatische aandoeningen behoren primair tot het terrein van de huisarts. Echter, als het gaat om aan farmacotherapie gerelateerde klachten, kan de psychiater het beste de zorg coördineren. De behandeling van met het gebruik van psychofarmaca samenhangende lichamelijke klachten en verschijnselen wordt in principe uitgevoerd door de huisarts of een andere medisch specialist. Dit hoofdstuk behandelt de volgende uitgangsvragen.

- Hoe dient algemeen somatisch onderzoek bij patiënten met een bipolaire stoornis vormgegeven te worden?
- Op welke wijze kan men lithium veilig voorschrijven en met welke bijwerkingen dient men rekening te houden?
- Op welke wijze kan men carbamazepine veilig voorschrijven en met welke bijwerkingen dient men rekening te houden?
- Op welke wijze kan men valproïnezuur veilig voorschrijven en met welke bijwerkingen dient men rekening te houden?
- Op welke wijze kan men lamotrigine veilig voorschrijven en met welke bijwerkingen dient men rekening te houden?
- Op welke wijze kan men antipsychotica veilig voorschrijven en met welke bijwerkingen dient men rekening te houden?
- Op welke wijze kan men antidepressiva veilig voorschrijven en met welke bijwerkingen dient men rekening te houden?

Methode wetenschappelijke onderbouwing

Dit hoofdstuk is een herziening van een hoofdstuk uit de *Richtlijn bipolaire stoornissen* (Nolen e.a., 2008). Daarom is voor de wetenschappelijke onderbouwing de methode gebruikt uit de richtlijn van 2008, die afwijkt van de methode uit de andere hoofdstukken van deze nieuwe richtlijn. In dit hoofdstuk is relevante literatuur beschrijvend samengevat (er is geen meta-analyse gemaakt) en zijn de zoekstrategie, de selectiecriteria en de beoordelingscriteria naar aanleiding waarvan onderzoeken zijn geïncludeerd en meegewogen in de conclusies en aanbevelingen, niet expliciet beschreven. Wel is zo veel mogelijk aangegeven op welk onderzoek of welke onderzoeken de conclusies en de aanbevelingen gebaseerd zijn. De adviezen over somatisch onderzoek van patiënten met een bipolaire stoornis zoals in 2009 geformuleerd door International Society for Bipolar Disorders (ISBD) (Ng e.a., 2009) vormen mede de leidraad voor de aanbevelingen in de huidige richtlijn. Aanbevelingen over laboratoriumcontroles

Tabel 10.1 Routinematig somatisch en laboratoriumonderzoek bij psychofarmacagebruik voor bipolaire stoornissen

Geneesmiddel	Onderzoek
Algemeen, start (bij alle patiënten vóór of meteen na het starten van nieuwe medicatie)	Lengte; lichaamsgewicht; buikomvang; bloeddruk; pols Bloed (nuchter)
	Op indicatie (bijvoorbeeld bij afwijkende Ca) parathyreoïdhormoon (PTH) bepalen
	Bij vermoeden van nierfunctiestoornissen: 24 uren-urine, plasma-Na en -osmolariteit, ochtendurineosmolariteit
	Bij vrouwen in de vruchtbare leeftijd informeren naar de mogelijkheid van een zwangerschap en op indicatie zwangerschapstest
	Bij cardiale anamnese of > 60 jaar: ecg

Deze tabel geeft het minimale routineonderzoek weer; op indicatie moeten specifieke parameters vaker worden onderzocht en/of het onderzoek worden uitgebreid (zie paragraaf 3 t/m 8).

AF = alkalische fosfatase. ALAT = alanineaminotransferase [leverschadetest]. ASAT = aspartaataminotransferase [leverschadetest]. Ca = calcium[waarde]. CG = Cockcroft-

Somatische aspecten

Tabel 10.1 Routinematig somatisch en laboratoriumonderzoek bij psycho-farmacagebruik voor bipolaire stoornissen (vervolg)

Geneesmiddel	Onderzoek
Lithium	Vooraf (of meteen na starten) • 5-7 dagen na elke dosisverandering (lithiumdosis is goed ingesteld bij tweemaal een spiegel op beoogd niveau) • Na starten/stoppen/dosisverandering van interacterende medicatie • Bij relevante comorbide somatische aandoeningen (zoals infectie, nierfunctiestoornissen) • Na bereiken beoogde + stabiele spiegel: minimaal elk halfjaar lithiumspiegel • Bij vermoeden op te hoge spiegel of lithiumintoxicatie 3-6 maanden na het begin van de behandeling Minimaal elk halfjaar Minimaal jaarlijks bovendien Jaarlijks bij nierfunctieparameters buiten referentiegebied en vermoeden van nierfunctiestoornissen
	• Zie Algemeen, start • Urine (kwalitatief): creatinine, albumine, glucose; sediment; soortelijk gewicht Lithiumspiegel 12 (+/- 1) uur na inname • Lithiumspiegel • Lichaamsgewicht • Elektrolyten (Na, K, Ca, en albumine) • Nierfunctie (creatinine, GFR, ureum) • Schildklierfunctie (TSH; indien afwijkend ook FT₄) • Leukocyten en diff • Lithiumspiegel • Nierfunctie (creatinine, GFR, ureum) • Lichaamsgewicht en bloeddruk • Elektrolyten (Na, K, Ca, albumine) • Leukocyten en diff • Schildklierfunctie (TSH; indien afwijkend ook FT₄) • Op indicatie (bijvoorbeeld bij afwijkende Ca) parathyreoïdhormoon (PTH) • Buikomvang, bloeddruk, nuchtere glucose en lipidspectrum 24 uursurine, plasma-Na en osmolariteit, ochtendurine osmolariteit

Speciale doelgroepen

Hoofdstuk 11

Kinderwens, zwangerschap en postpartumperiode

1 Inleiding

De zwangerschap en de postpartumperiode zijn voor vrouwen bipolaire stoornis een risicovolle periode. In tegenstelling tot gedacht wordt, beschermt een zwangerschap over het algemeen een manische of depressieve episode. Vrouwen met een bipolaire stoornis die vanwege zwangerschap, al dan niet voorafgaand aan de zwangerschap met de medicatie stoppen, hebben ongeveer 50% kans om een episode te krijgen, zowel in de periode voorafgaand aan de zwangerschap als de zwangerschap (Viguera e.a., 2000; 2011). Bij veel vrouwen postpartumpsychose (of een postpartumdepressie) achteraf aan een episode van een bipolaire stoornis te zijn.

De bipolaire stoornis manifesteert zich bij vrouwen meestal in de late levensfase. Wanneer een patiënte met een bipolaire stoornis haar partner komen met een kind, komt de korte termijn toekomst, dan zullen de volgende thema's onderwerp van gesprek zijn:

- De mogelijke overerving van de bipolaire stoornis.
- De mogelijke invloed van een zwangerschap en de postpartumperiode op het beloop van de bipolaire stoornis.
- De mogelijke voor- en nadelen van het voortzetten van de medicatie in de preconceptiefase en tijdens de zwangerschap.
- Mogelijke alternatieven voor de thans voorgeschreven medicatie.

Dit hoofdstuk behandelt de volgende uitgangsvragen.

- Hoe beïnvloedt een zwangerschap de voor de bipolaire stoornis uitkomst bij vrouwen met een bipolaire stoornis, zowel de zwangerschap als na de geboorte?
- Wat zijn veilige en effectieve behandelinterventies voor vrouwen met een bipolaire stoornis die zwanger willen worden, zwangere vrouwen borstvoeding geven? En welke negatieve gevolgen kunnen er zijn voor het (ongeboren) kind?
- Wat is het (directe of indirecte) bewijs dat onbehandelde vrouwen met een bipolaire stoornis tijdens de zwangerschap schadelijk voor het ongeboren kind?

Hoofdstuk 12

Diagnostiek en behandeling bij kinderen en adolescenten

1 Inleiding

De bipolaire stoornis is bij kinderen (tot 12 jaar) voornamelijk een diagnose (Leibenluft, 2011). De stoornis is moeilijk te diagnosticeren vanwege de onderscheiden van veel andere op de kindertijd komende stoornissen. Er bestaat een opvallend verschil in visie op de bipolaire stoornis bij kinderen zoals beschreven in de Amerikaanse literatuur en de Europese literatuur (Dubicka e.a., 2008). In de afgelopen jaren is in de Verenigde Staten de diagnose bipolaire stoornis NAO gedefinieerd bij kinderen waarbij sprake is van een ernstig prikkelbare stemmingsstoornis ('affectieve stormen', stemmingslabiliteit, ernstige driftbuien, symptomen van depressie, angst, hyperactiviteit, slechte concentratie en impulsiviteit) zonder dat er sprake is van periodiciteit.

Dit heeft tot gevolg gehad dat er een sterke toename (James e.a., 2007; Moreno e.a., 2007) van deze diagnose op de kindertijd heeft plaatsgevonden, hetgeen uiteindelijk toch vooral een verandering van de definitie en niet een werkelijke toename in de prevalentie van de stoornis is. Dit werd bevestigd door follow-uponderzoeken van deze kindertijd die erop wijzen dat zij op latere leeftijd niet een bipolaire stoornis ontwikkelen, maar vooral unipolaire depressies of angststoornissen (Strin e.a., 2010).

Dit heeft mede geleid tot een aanpassing van de criteria voor (hypomanie in de DSM-5 (2013), waarbij toegenomen activiteit is toegevoegd als verplicht tweede kernsymptoom, naast een veranderde stemmingsstoornis). Bovendien is er een nieuwe stemmingsstoornis toegevoegd in de groep van unipolaire depressieve stoornissen, namelijk de disruptieve stemmingdisregulatiestoornis (*disruptive mood dysregulation disorder*), bedoeld als classificatie voor kinderen met stemmingsklachten ernstige chronische prikkelbaarheid (Axelson e.a., 2012). De discussie over de validiteit van de bipolaire diagnose op de kindertijd heeft tot dat de interpretatie van internationale onderzoeken waarbij verscheidene diagnostische criteria en comorbide diagnoses worden gebruikt, problematisch is, vooral bij die onderzoeken waarbij er een brede inclusie van leeftijden en comorbiditeit beschreven is.

Hoofdstuk 13

Diagnostiek en behandeling bij ouderen

1 Inleiding

Door de stijgende leeftijd van de Nederlandse bevolking zal het aantal ouderen met een psychiatrische stoornis de komende decennia aanzienlijk toenemen. Hoewel in de algemene bevolking het prevalentiecijfer van de bipolaire-i-stoornis daalt van 1,4% bij 18-44-jarigen naar 0,5-1,0% bij de groep van 65 jaar en ouder (Hirschfeld e.a., 2003; Kessler e.a., 2005; Unutzer e.a., 1998), zal naar verwachting het absolute aantal oudere patiënten met een bipolaire stoornis stijgen.

Een bipolaire stoornis op latere leeftijd kan zijn:

- het natuurlijke vervolg op een op jongere leeftijd ontstane bipolaire stoornis (vroeg-ontstane vorm);
- een eerste manie bij een patiënt met een voorgeschiedenis van enkel depressies (vroeg-ontstane vorm, of *converter*);
- een laat-ontstane manie zonder voorgeschiedenis van depressies (laat-ontstane bipolaire stoornis);
- een eerste manie die mogelijk geassocieerd is met vasculaire schade of andere somatische comorbiditeit (secundaire manie).

Waarschijnlijk openbaart zich een bipolaire stoornis bij 10% van de mensen na het 50ste levensjaar (Hirschfeld e.a. 2003). Dit hoofdstuk gaat over patiënten ouder dan 60 jaar met een bipolaire stoornis.

Voor het onderwerp diagnostiek en behandeling bij ouderen is bij aanvang van de richtlijnontwikkeling geen specifieke uitgangsvraag geformuleerd en er is zodoende geen systematische literatuurreview naar dit onderwerp uitgevoerd. Tijdens het ontwikkelproces is besloten om, net als voor kinderen en adolescenten, te beschrijven welke aanpassingen in diagnostiek en behandeling nodig zijn bij ouderen. De opbouw van dit hoofdstuk verschilt daarbij van de hoofdstukken waarvoor een specifieke literatuurreview is gemaakt. Per paragraaf wordt inleidende informatie gegeven, waarin waar mogelijk een (niet-systematische) wetenschappelijke onderbouwing en praktijkoverwegingen zijn opgenomen. Deze inleidende informatie wordt, indien van toepassing, gevolgd door aanbevelingen voor de klinische praktijk.

Welkom

Lessen

Aflevering 3 - Onderhoudsbehandeling

Videolecture - inleiding indicatiestelling

In deze aflevering staat de onderhoudsbehandeling centraal. Hierbij wordt onder andere ingegaan op de indicatiestelling, recidieven en de wens van patiënten om te stoppen met de medicatie. In de videolecture vertelt Ralph Kupka (hoofdocent aan bipolaire stoornissen en psychiater bij GGZinGeest, VUmc en Altrecht) over belangrijke aspecten met betrekking tot de onderhoudsbehandeling. Ook heeft hij twee casussen geschreven waarin hij veelvoorkomende dilemma's aan u voorlegt. Met behulp van de richtlijn kunt u deze oplossen.

Aflevering 3 - Onderhoudsbehandeling

- ✓ Videolecture - inleiding indicatiestelling
- ✓ Casus 1 - mevrouw van Oort
- ✓ Videolecture 2 - vervolg onderhoudsbehandeling



Ralph Kupka
hoofdocent bipolaire stoornissen
psychiater GGZinGeest, VUmc, Altrecht

Aflevering 4 - Somatische aspecten, kinderwens en zwangerschap

Videolecture - inleiding kinderwens en zwangerschap

In dit tweede deel staan de kinderwens en zwangerschap van vrouwen met een bipolaire stoornis centraal. In de videolecture vertelt Anja Stevens (psychiater bij Dimec) over belangrijke aandachtspunten in de behandeling van deze vrouwen. Ook zij heeft een bijbehorende casus geschreven waarin zij veelvoorkomende dilemma's aan u voorlegt. Met behulp van de richtlijn kunt u deze oplossen.

Aflevering 4 - Somatische aspecten, kinderwens en zwangerschap

- ✓ Videolecture - somatische aspecten
- ✓ Casus 1 - mevrouw Vink
- ✓ Videolecture 2 - terugblik casus



Anja Stevens
psychiater Dimec

[Vorige](#)
[Volgende](#)

Aflevering 5 - Kinderen en adolescenten

Videolecture - inleiding diagnostiek en behandelaspecten

In deze aflevering staat de bipolaire stoornis bij kinderen en adolescenten centraal. De bipolaire stoornis is bij kinderen (tot 12 jaar) een omstreden diagnose. Bij adolescenten (12-18 jaar) is de bipolaire stoornis wel een valide concept. In de videolecture vertelt Manon Hillegers (psychiater bij het UMC Utrecht) over belangrijke aspecten in de diagnostiek en behandeling van bipolaire stoornissen bij kinderen en adolescenten. Ook heeft zij twee casussen geschreven waarin zij veelvoorkomende dilemma's aan u voorlegt. Met behulp van de richtlijn kunt u deze oplossen.

Aflevering 5 - Kinderen en adolescenten

- ✓ Videolecture - inleiding diagnostiek en behandelaspecten
- ✓ Casus 1 - Anne
- ✓ Videolecture 2 - terugblik casus



Manon Hillegers
psychiater UMC Utrecht

Aflevering 6 - Ouderen

Videolecture - somatische aspecten en polyfarmacie

In deze aflevering staat de bipolaire stoornis bij ouderen centraal. Hierbij wordt specifiek ingegaan op somatische aspecten en polyfarmacie bij ouderen en de elektroconvulsie therapie bij bipolaire stoornissen. In de videolecture vertelt Annemiek Dols (psychiater bij GGZinGeest) over belangrijke aspecten in de behandeling van bipolaire stoornissen bij ouderen. Ook heeft zij twee casussen geschreven waarin zij veelvoorkomende dilemma's aan u voorlegt. Met behulp van de richtlijn kunt u deze oplossen.

Aflevering 6 - Ouderen

- ✓ Videolecture - somatische aspecten en polyfarmacie
- ✓ Casus 1 - mevrouw de Zwart
- ✓ Videolecture 2 - terugblik casus
- ✓ Casus 2 - meneer Wiersma
- ✓ Videolecture 3 - terugblik casus



Annemiek Dols
psychiater GGZinGeest

[Volgende](#)

e-Learning farmacotherapie

NVvP & de Tijdstroom

- Manie
- Bipolaire depressie
- Onderhoudsbehandeling
- Somatische aspecten
- Kinderen en adolescenten
- Ouderen

En wat nu?

Zorgstandaard Bipolaire Stoornissen (2015 – 2017)



NEDERLANDSE
VERENIGING VOOR
PSYCHIATRIE



 **Trimbos**
instituut


Kenniscentrum
Bipolaire Stoornissen

Multidisciplinaire richtlijn bipolaire stoornissen



Dank voor uw aandacht