

De patiënt met schizofrenie bij de huisarts

Douwe de Vries

Inleiding

Schizofrenie is een ernstige, chronische en invaliderende psychiatrische ziekte, waarbij veel comorbiditeit optreedt. Patiënten komen geregeld medisch somatische en psychiatrische zorg tekort. Het is een aandoening met een lage incidentie, maar een – ook in de eerste lijn – relevante prevalentie. In dit artikel wil ik in het bijzonder de rol van de huisarts in de begeleiding van deze patiëntengroep bespreken – naast de bemoeienissen van de Geestelijke Gezondheidszorg (ggz). In de huisartsenpraktijk moet meer aandacht komen voor de vroege herkenning van een ontwikkeling tot schizofrenie, voor lichamelijke klachten en aandoeningen die samenhangen met schizofrenie, en voor de begeleiding van de onderhoudsmedicatie bij deze aandoening.

Diagnose

Schizofrenie manifesteert zich in eerste instantie met psychotische episodes: bizarre wanen (overtuigingen die met niemand gedeeld worden), hallucinaties (vooral het horen van stemmen) en verwardheid: incoherentie en onsamenhangende gedachten en uitingen (de zogenaamde positieve symptomen).^{1,2} Stemmingsstoornissen als angst, somberheid, achterdocht en agressieve opwinding, met inadequate affectuïtungen komen veel voor. Cognitieve stoornissen en beperkingen – van het kortetermijngeheugen, het probleemoplossend, redeneer-, plannings- en concentratievermogen – behoren ook tot de kernsymptomen. Psychomotore stoornissen met afwijkingen in houding en beweging komen vaak voor.^{3,4} De negatieve symptomen – lethargie, terugtrekgedrag, geremdheid en vervlakking van het affect – treden meestal later op en als restverschijnsel na het opklaren van de psychose. Ook – soms bizarre – lichamelijke klachten kunnen

als een eerste symptoom van schizofrenie op het spreekuur van de huisarts worden gepresenteerd.⁵ Er is vrijwel altijd sprake van sociaal-maatschappelijk disfunctioneren. Na een eerste psychotische decompensatie is niet te voorspellen of het een eenmalige episode betreft of dat deze kan uitlopen op recidieven en een persistent beeld. Schizofrenie is per definitie een diagnose die men pas op de langere termijn kan stellen – op zijn vroegst pas een half jaar na de eerste presentatie.⁶ Er is dus sprake van een zeer heterogeen palet van symptomen, waarbij men moeilijk van een ziekte-eenheid kan spreken.⁷

De omschrijving van schizofrenie als een erfelijk bepaalde, cerebrale ontwikkelingsstoornis met permanente functiebeperkingen en een zeer matige prognose is op zich juist. Ze leidt echter ook nogal eens tot onterecht behandelpessimisme bij hulpverleners en wanhoopsgevoelens bij de patiënt en betrokken familieleden.⁸

Beloop

Een eerste psychotische fase kan enige maanden duren en het herstel – ook bij adequate behandeling! – neemt toch wel een jaar in beslag. Slechts bij 10% van de patiënten is dat herstel tot het niveau van voor de psychose en bij 10% is er sprake van een levenslange psychose (ondanks adequate behandeling). Bij nog eens 10% resterende hardnekkig negatieve symptomen en bij 70% treden recidiverende psychotische episodes op. De helft tot driekwart van de patiënten met schizofrenie krijgt in de loop van een tot twee jaar een psychotische terugval. Tien procent van de patiënten pleegt binnen 7 jaar na de eerste psychose suïcide. Schattingen lopen uiteen van 4 tot 18%. Ook de schatting van het percentage patiënten dat een of meer keren een suïcidepoging doet varieert sterk, van 20 tot 50%. Meestal bestaat er bij de patiënt weinig ziektebesef en ziekte-inzicht. De patiënt zelf zal dan ook niet als eerste hulp zoeken. Een eerste psychose ontstaat meestal in de adolescentie na een stressvolle overgang, bijvoorbeeld uit huis gaan en gaan studeren of andere ingrijpende levensgebeurtenissen. Achteraf melden ouders dat er bij jongeren al sprake was van wonderlijke denkbeelden en vreemd gedrag, moeizame omgang met leeftijdgenoten en terugtrekgedrag en indolentie. Het onderliggende mechanisme is waarschijnlijk dat personen met een aanleg voor schizofrenie niet goed om kunnen gaan met emotionerende prikkels en indrukken, deze niet op hun waarde kunnen schatten en geen adequaat gedrag kunnen ontwikkelen. Blootstelling aan emotionele conflicten veroorzaakt ontregeling. Cannabisgebruik draagt overigens sterk bij aan het manifest worden van schizofrenie.

Vroege herkenning en interventie bij een (eerste) psychose verbetert de prognose wat betreft het beloop en de kwaliteit van leven op de lange duur.⁹ Het is dus belangrijk dat de huisarts attent en voortvarend reageert op – meestal door ouders gegeven – signa-

Samenvatting

De Vries D. De patiënt met schizofrenie bij de huisarts. *Huisarts Wet* 2009;53(3):161-4.

De huisarts moet een duidelijker rol krijgen en verantwoordelijkheid nemen in de zorg voor chronisch psychiatrische patiënten, ook voor patiënten met schizofrenie. De huisarts dient met de geestelijke gezondheidszorg tot overeenstemming te komen over wie wat doet. Nog te vaak wordt de zorg voor psychiatrische patiënten ontwricht doordat men deze afschuift naar elkaars domein, ook binnen de geestelijke gezondheidszorg zelf.

VUmc, afdeling Huisartsgeneeskunde, Postbus 7057, 1007 MB Amsterdam: D. de Vries, opleider en huisarts.

Correspondentie: lodde.hel@planet.nl

Belangenverstrengeling: niets aangegeven.

De kern

- ▶ De huisarts kan bijdragen aan het verbeteren van de effectiviteit van de behandeling en de prognose van schizofrenie door patiënten met een (eerste) psychose sneller in behandeling te (laten) nemen.
- ▶ De huisarts kan de kwaliteit van leven van patiënten met schizofrenie verbeteren door alert te zijn op dreigende ontregeling en psychotische recidieven, actieve medicatiebewaking en gerichte aandacht voor de lichamelijke conditie van de patiënt.
- ▶ Intensieve samenwerking met de geestelijke gezondheidszorg is nodig om voor deze patiënten tot een behandel- en begeleidingsplan te komen.

len van mentale ontregeling die men als vroege symptomen van schizofrenie kan opvatten.¹⁰

Epidemiologie

De jaarlijkse incidentie van schizofrenie is slechts ongeveer 1 op 10.000. Daarom zal een huisarts slechts eens in de 4 jaar een nieuwe patiënt met deze diagnose zien. De prevalentie is op zijn minst 60 keer zo hoog. Het life-time-risico op schizofrenie is 0,8 tot 1%. In een vrij recent Fins onderzoek komt men zelfs op 2%.¹¹ In Nederland wonen op zijn minst 120.000 patiënten met de diagnose. Kinderen van wie een van de ouders de ziekte heeft, lopen een risico van 13%. Wanneer beide ouders de diagnose hebben is het risico zelfs 46%. Bij eenzijdige tweelingen is het risico ook 40 tot 50% als men bij een van de twee de diagnose heeft gesteld. Deze concordantie is 17% bij een twe-eiige tweeling.

Bij vrouwen manifesteert de aandoening zich op latere leeftijd, soms zelfs pas in het vijfde decennium, en gaat deze vaker met een stemmingsstoornis gepaard. Men zal dus eerder van een affectieve psychose of schizoaffectieve stoornis spreken. Bij verschillende etnische minderheden – niet-westerse migranten in Westerse landen, zoals Surinamers, Antillianen en Marokkanen – komt schizofrenie aanzienlijk vaker voor. Een stedelijke omgeving geeft een sterk verhoogd risico. Men veronderstelt dat er een samenhang bestaat met sociale desintegratie die bij migratie en urbanisatie optreedt.¹² Ook de subjectief ervaren discriminatie zou daarbij een rol kunnen spelen. Zwakke en negatieve identificatie met de eigen etnische achtergrond en herkomst kan eveneens meespelen.¹³

Comorbiditeit en dubbeldiagnoses

Een belangrijk probleem bij de diagnose schizofrenie is dat patiënten vaak ernstige stemmingsstoornissen en verslavingsproblemen hebben. Persoonlijkheidsstoornissen kunnen naast het toestandbeeld (de DSM as-I-stoornis) voorkomen. Gedragsproblemen en agressie hangen vooral samen met deze persoonlijkheidsproblematiek en het gebruik van alcohol en cocaïne. Chronisch psychiatrische patiënten staan overigens ook veelvuldig bloot aan geweld en discriminatie.

Patiënten met ernstige psychiatrische stoornissen hebben een fors verhoogd risico op een aantal medisch somatische aandoe-

ningen, zoals diabetes mellitus, hart- en vaatzieken en aids. Ze krijgen daarvoor vaak niet de adequate behandeling en zorg.¹⁴⁻¹⁶

Zorg voor chronisch psychiatrische patiënten

Een in Amsterdam legendarische psychiater – Judith van Zwet, die in de jaren zeventig de psychiatrische zorg vanuit de GG&GD coördineerde – vroeg altijd wanneer een arts in opleiding haar een patiënt had voorgesteld, daarbij differentieel diagnostische overwegingen breed had uitgemeten en met een voorstel voor medicatie kwam, of hij de koelkast had geïnspecteerd en had gekeken in hoeverre de data van melk en andere etenswaren verlopen waren. Op zich nogal banale gegevens, maar essentieel in de zorg voor chronisch psychiatrische patiënten. Wordt de was gedaan? Is hulp bij aanschaf en onderhoud van kleding nodig? Heeft de patiënt overdag en 's avonds iets om handen, is er sprake van een zinvolle dagbesteding?¹⁷ Veel chronisch psychiatrische patiënten zijn ook buiten intramuraal instellingen passief, brengen hun dagen door met 'hangen', veel koffiedrinken, veel roken en alcohol drinken. Daarnaast gebruiken ze vaak ook nog hasj of sterkere drugs. Al dan niet loonvormende arbeid, een dagbesteding met vrijwilligerswerk, ook leidend tot gewaardeerde sociale contacten, is een centraal punt in het herstelproces.¹⁸ Dergelijke bezigheden bevorderen het zelfvertrouwen en zelfgevoel. Patiënten krijgen daarmee de verantwoordelijkheid voor hun eigen dagelijkse bestaan terug.

Herstel

Anders dan de evidence-based benadering van de professionele hulpverlener, neemt het herstelconcept het subjectieve proces van de patiënt als uitgangspunt. Men neemt hierbij de autonomie en mondigheid van de patiënt nadrukkelijk als basis en men beschouwt deze als meer dan alleen de medewerking van de patiënt aan de 'beste' behandeling. Het gaat daarbij dus vooral om het geven van betekenis en zin aan het leven met de beperkingen die schizofrenie met zich meebrengt – het creëren van een positief zelfbeeld tegenover de afhankelijkheid van het chronisch patiënt zijn.^{19,20}

Medicatie en terugvalpreventie

Een van de hoekstenen van de behandeling van schizofrenie is het permanente gebruik van een onderhoudsdosis van antipsychotische medicatie.⁶ Onderzoek heeft aangetoond dat hoe sneller de patiënt na het ontstaan van een psychose met medicatie begint, des te beter het herstel is.⁶ Ook is gebleken dat een onderhoudsmedicatie na recidief van een psychotische episode het verdere beloop milder maakt en het functioneren van de patiënt verbetert.⁶ Toch staakt de helft tot driekwart van de patiënten deze medicatie, ondanks advies. De compliantie is zeer laag. Patiënten kunnen bijwerkingen vaak niet verdragen, vertonen een gebrek aan ziekte-inzicht en hebben ziektesymptomen die het nemen van medicatie verhinderen. Patiënten kunnen ook principieel anders tegen hun behandeling aankijken dan de wetenschappelijk geïnformeerde hulpverlener. De relatie met en het vertrouwen in de hulpverlener en steun vanuit familie en omgeving kunnen veel in

positieve zin bewerkstelligen bij het volgen van een afgesproken behandeling. Bezwaren van de patiënt tegen medicatie moet men serieus nemen en bespreken, maar mogen niet te snel leiden tot het staken ervan. De zogenaamde modernere of atypische anti-psychotica zijn niet per se effectiever dan de inmiddels gedurende lange jaren beproefde oudere middelen. Ook wat betreft het bijwerkingenprofiel is het voordeel niet overtuigend.²¹⁻²⁴

Behandeling en begeleiding

'Assertive community treatment' (ACT) is een van oorsprong Amerikaans organisatie-model voor het behandelen en begeleiden van patiënten met ernstige en meervoudige psychiatrische problematiek.²⁵ Dit model bleek in de Verenigde Staten aanmerkelijk effectiever dan de tot dan toe geboden zorg. Bij introductie en evaluatie in een aantal Europese landen bleken de resultaten minder overdonderend. In Nederland bestond een geheel andere en betere situatie dankzij sociaalpsychiatrische voorzieningen met opnamevoorkomende strategieën in de crisisinterventie. De uitvoering van ACT is in handen van een multidisciplinair team en richt zich op een vrij klein aantal patiënten – tien tot twintig – per (fulltime) medewerker. Het team bestaat uit een psychiater, arts-assistent, psycholoog, sociaalpsychiatrisch verpleegkundige, verslavingsdeskundige, ervaringsdeskundige en eventueel een arbeidsdeskundige, maatschappelijk werker en iemand die met woonbegeleiding is belast.²⁶ Een zeer arbeidsintensieve en daarmee dure voorziening dus, die – omdat het om patiënten gaat die zeer langdurige begeleiding nodig hebben – al snel overbelast dreigt te raken. De vraag is of een dergelijke intensieve bemoeienis nodig blijft wanneer de patiënt gestabiliseerd is, wat er nodig is om de patiënt 'op de rails te houden' en wat prioriteit moet hebben in de aanpak.²⁷ Gaat het in eerste instantie vooral om bestrijding van symptomen of moet ook de woonsituatie en de sociale (re)integratie met zinvolle tijdsbesteding snel aan de orde komen? Of is deze rehabilitatie iets van latere zorg?²⁸ In Nederland heeft men aan het ACT-model een functiegerichte benadering toegevoegd en noemt men het FACT. Er is nogal wat discussie in de ggz over de samenhang in en doelmatigheid van dit soort activiteiten. Moeten de crisisinterventie, de intensieve zorg voor zorgmijddende – veelal dak- en thuisloze – patiënten, de rehabilitatie en verdere begeleiding bij voorkeur plaatsvinden vanuit breed samengestelde ACT-teams? Of zou een dergelijk team patiënten moeten overdragen aan rehabilitatieteams en professionals met een specifiekere deskundigheid? De discussie gaat vaak meer over de organisatie, dan over wat er eigenlijk op welk moment en met wie moet gebeuren. Zuidmeer beschrijft een aanpak waarbij men bij dak- en thuisloze psychiatrische patiënten niet het geijkte en vanzelfsprekend klinkende getrapte systeem volgt van sociaal pension, via begeleid wonen naar zelfstandig bewonen van een eigen woning, maar snel gaat zoeken naar een eigen woning. Die benadering blijkt heel succesvol te zijn.²⁸

Belangrijk element in de begeleiding is het in stand houden of opnieuw tot stand brengen van betekenisvolle sociale relaties. Ook ondersteuning bij het zoeken van werk is van belang. Dit

mag men niet als sluitstuk van de begeleiding zien, maar moet al veel vroeger aan de orde komen.²⁹ 'Supportive employment' en 'Individual Placement and Support' (IPS) zijn interventies om dat te bewerkstelligen. Ook hier dus een discussie: of de verwerving van arbeidskwalificatie voorafgaat aan de opname in het arbeidsproces of dat het zinniger is om na het verwerven van een baan educatieve steun en begeleiding te geven.³⁰⁻³²

Opmerkelijk genoeg komt de huisarts in deze benadering niet of nauwelijks voor. Dat is des te merkwaardiger omdat er in de ACT-teams geen somatisch arts is opgenomen, terwijl men wel constateert dat er sprake is van een omvangrijke somatische comorbiditeit.³³

Aanbevelingen voor de huisartsenpraktijk

Als ongeruste ouders de huisarts benaderen vanwege het alarmerende gedrag van hun puberende kind zal deze attent moeten zijn op symptomen die kunnen wijzen op een dreigende psychose. Hij mag niet aarzelen om een psychiater in consult te vragen of te verwijzen naar een acute dienst. Het tijdsverloop tussen het ontstaan van onregelend gedrag en presentatie aan de ggz en de diagnose is nu nog vaak erg groot.³⁴

Continuïteit van zorg en zorgverlener is een essentieel element in de zorg voor patiënten met schizofrenie. In en vanuit de huisartsenpraktijk kan men veel doen aan de begeleiding van deze patiënten. Delegatie aan sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen (spv'ers) of praktijkondersteuners op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg (poh-ggz) in de eerste lijn is daarbij mogelijk een optie. De vraag is natuurlijk of dit alles meer dan een ideologie oplevert – goede bedoelingen en mooie voornemens geformuleerd in prachtige termen. Wat gebeurt er in de praktijk, wat doet men concreet en wat levert het de patiënt op?³⁵ In de eerste plaats is regelmatig en laagdrempelig contact met aandacht voor fysiek ongemak en lichamelijke klachten van groot belang. De meeste psychiatrische patiënten komen vooral voor alledaagse en banale klachten naar de huisarts. Patiënten met schizofrenie moet men daarin heel serieus nemen en goed onderzoeken. De voorafkans op ernstige pathologie is groot. Het is belangrijk deze contacten te gebruiken om actief na te gaan of er sprake is van zelfverwaarlozing, vervuiling en 'verborgen gebreken' als een slecht gebit, deficiënties in de voedingstoestand en vermagering, of juist overgewicht en mogelijk verstoring van de stofwisseling.

De huisarts kan deze gelegenheid te baat nemen en expliciet aandacht besteden aan het mentale welbevinden. De huisarts heeft vaak als gezinsarts al contact met de familie en de omgeving. Hij kan als geen ander aan deze potentiële ondersteuners voorlichting geven over aard en beloop van psychiatrische stoornissen en steun bieden om er mee om te gaan. Hier kan de huisarts bij uitstek zijn 'ouderwetse' rol van gezinsarts en familiedokter spelen.^{36,37}

De huisarts zal daarbij vaker en meer contact met hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg moeten hebben, met sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen en casemanagers in de tweede lijn, psychiaters en psychotherapeuten. De huisarts is niet alleen verwijzer naar de geestelijke gezondheidszorg, maar hoort daar ook onderdeel van uit te maken bij het bieden van een deel van

Abstract

De Vries D. The general practitioner and patients with schizophrenia. *Huisarts Wet* 2009;53(3):161-4.

General practitioners should have a clearer role and take more responsibility in the management and care of patients with chronic psychiatric disorders, including schizophrenia. Agreement should be reached with mental health care organizations about who is responsible for what. All too often the care of psychiatric patients is disrupted because their management is shifted from one field to the other; this also happens within mental health care organizations.

de zorg.^{38,39} Net als in Engeland zal men ook in Nederland op dit gebied een inhaalslag moeten maken.

De huisarts heeft een taak in de medicatiebewaking, vooral als het gaat om het trouw blijven nemen van onderhoudsmedicatie en preventie van terugval. Een zorgplan voor psychiatrische patiënten omvat meer. Is er huisvesting en betaalt de patiënt de huur op tijd? Betaalt hij of zij de energierekening? Is er verwarming? Wordt het huis schoongemaakt en wie ziet daar op toe? Wordt de familie hierbij ingeschakeld of gebeurt dat onder leiding of toezicht van bijzondere en gespecialiseerde thuiszorg? Als onderdeel van een zorg- of begeleidingsplan is een crisis- of noodplan zinvol. Dat beschrijft wie wat doet als het uit de hand dreigt te lopen en wat zorgbarende signalen zijn.

Literatuur

- 1 Slooff CJ, Oud MJT, Luijten HE, Withaar FK. Schizofrenie en verwante stoornissen. I: beloop, etiologie, diagnostiek en beleid. *Bijblijven*: 2007;23:14-21.
- 2 Romme MAJ, Escher ADMAC. Stemmen horen accepteren – verschillende manieren van omgaan met stemmen in je hoofd. Baarn: Tirion, 1999.
- 3 Van Harten PN. Bewegingstoornissen bij psychosen (redactioneel). *Tijdschr Psychiatr* 2009;51:3-7.
- 4 Morrens M, Hulstijn W, Sebber BGC. Psychomotorische symptomen bij schizofrenie: het belang van een vergeten syndroom. *Tijdschr Psychiatr* 2008;50:713-24.
- 5 Sommer JEC, Sierink HD, Bloemkolk D, Selten JP. Bizarre lichamelijke klachten als uiting van een schizofrene stoornis. *Ned Tijdschr Geneesk* 2005;149:217-20.
- 6 Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie. Utrecht: Trimbos Instituut, 2005.
- 7 Vlaminck P. De 'schizofrenie' ontmanteld. *Maandbl Geest Volksgezondh* 2002;57:342-63.
- 8 Van Tilburg W. Het hart van de psychiatrie. Afscheidsrede. Amsterdam: Vrije Universiteit, 2007.
- 9 Van Os J, Kahn R. Remissiecriteria voor de diagnose schizofrenie. *Tijdschr Psychiatr* 2007;49:21-7.
- 10 Sloof CJ, Oud MJT, Luijten HE, Withaar FK. Schizofrenie en verwante stoornissen. II: medicamenteuze behandeling, psychosociale interventies en de rol van de huisarts. *Bijblijven*: 2007;23:22-8.
- 11 Perälä J, Suvisaari J, Saarni SI, Kuoppasalmi K, Isometsä E, Pirkola S, et al. Life-time prevalence of psychotic and Bipolar I disorders in a general population. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:19-28.
- 12 Veling W. Schizofrenia among ethnic minorities. Dissertatie. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 2008.
- 13 Plooy A, Van Weeghel J. Discriminatie van mensen met de diagnose schizofrenie. Nederlandse bevindingen in een internationale studie. *Maandbl Geest Volksgezondh* 2009;64:133-47.
- 14 Saha S, Chant D, McGrath J. A systemic review of mortality in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:1123-31.
- 15 Meyer JM, Nasrallah HA. (ed) Medical illness and schizophrenia. Washington DC: American Psychiatric Press, 2009.
- 16 Oud MJT, Meyboom-de Jong B. Gezondheidsproblemen bij schizofreniepatiënten en de zorg van de huisarts. In: Oud MJT. *Zorg van de huisarts voor mensen met ernstige psychische stoornissen*. Dissertatie. Groningen: RUG, 2009.
- 17 Van Meijel B, Kuipers T. (red) *Zorg rondom schizofrenie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2006.
- 18 Pieters G, Van Woezik W, De Vries D. Langdurige ernstige psychiatrische stoornissen. In: Van der Klink JLL, Terluin B. *Psychische problemen en werk – Handboek voor een activerende begeleiding door huisarts en bedrijfsarts*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2005.
- 19 Van Oenen FJ, Bernardt C, Van der Post L. *Zorgwekkende zorgmijders. Een behandelmodel voor zorg mijdende chronische psychiatrische patiënten*. *Maandbl Geest Volksgezondh* 1995;50:595-608.
- 20 Van de Lindt S. Bemoei je ermee. Leidraad voor assertieve psychiatrische hulp aan zorgmijders. Assen: Van Gorcum, 2000.
- 21 Scheepers-Hoeks AMJW, Wessels-Basten SJW, Scherders MJWT, Bravenboer B, Looen AJM, Kleppe RT, et al. Schizofrenie en antipsychotica: samenhang met het metabool syndroom. *Tijdschr Psychiatr* 2008;50:645-53.
- 22 Bijl D. Atypische versus klassieke antipsychotica bij schizofrenie: een meta-analyse. *Geneesmiddelenbulletin* 2009;43:44-45.
- 23 Versluis CE, Van Oosten AJ, Blom JD. Keuze voor depot of orale medicatie bij personen met een psychotische stoornis. *Tijdschr Psychiatr* 2009;52:65.
- 24 Tuunainen A, Wahlbeck K, Gilbody S. Newer atypical antipsychotic medication versus clozapine for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; Issue 2. Art. No.: CD000966.
- 25 Jenner J. Heeft ACT de toekomst? *Maandbl Geest Volksgezondh* 2008;63:207-16.
- 26 Van Veldhuizen R. ACT, Fact en Fract? *Maandbl Geest Volksgezondh* 2008;63:201-6.
- 27 Wunderink L, Sytema S, Bij de Weg H. ACT en rehabilitatie: één team of een netwerk? *Maandbl Geest Volksgezondh* 2008;63:192-200.
- 28 Zuidmeer RA. Alle dakloze psychiatrische patiënten een huis en ACT-zorg. *Maandbl Geest Volksgezondh* 2008;63:927-37.
- 29 Bak M, Drukker M, De Bie A, Campo JA, Poddighe G, Van Os J, et al. Een observationele trial naar 'assertive outreach' met remissie als uitkomstmaat. *Tijdschr Psychiatrie* 2008;50:253-61.
- 30 Pieters G, Van der Gaag M. Rehabilitatiestrategieën bij schizofrenie en langdurig zorgafhankelijke patiënten. *Cure & Care development*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2000.
- 31 Roks PJE, Sebregts E, Roza S, Jansen S. ACT en vroegpsychosezorg. *Maandbl Geest Volksgezondh* 2008;63:217-26.
- 32 Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 1998; Issue 2. Art. No.: CD001089.
- 33 Coldwell CM, Bender WS. The effectiveness of assertive community treatment for homeless populations with severe mental illness: a meta-analysis. *Am J Psychiatr* 2007;164:393-99.
- 34 Dingemans PMAJ, Van den Bosch RJ, Kahn RS, Schene AH. Schizofrenie, onderzoek en implicaties voor de behandeling. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 1995.
- 35 Plooy A, Van Rooijen S, Van Weeghel J. *Psychiatrische rehabilitatie. Jaarboek 2008-2009*. Amsterdam: Uitgeverij SWP, 2008.
- 36 De Vries D. *Chronisch psychiatrische patiënten. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg*, 2004.
- 37 De Vries D. *Zorg voor chronisch psychiatrische patiënten door de huisarts*. *Bijblijven*: 2007;23:5-13.
- 38 Lester H, Tritter JO, Sorokan H. Patients' and health professionals' views on primary care for people with serious mental illness in a focus group study. *BMJ* 2005;330:1122.
- 39 Lester H, Birchwood M, Freemantle N, Michail M, Tait L. REDIRECT cluster randomised controlled trial of GP-training in first-episode psychosis. *Br J Gen Pract* 2009;59:e183-90.