

---

# OVER DE GRENS

## Symposium Boedapest 12 juni 1998

Als vice-voorzitter van de NVSPV werd ik uitgenodigd om het symposium in Boedapest over atypische antipsychotica in het algemeen en Serdolect in het bijzonder bij te wonen. Het symposium kreeg de naam mee; "Schizophrenia- from symptoms to Quality of life" Het doel van dit symposium was om ervaringen met het gebruik van Serdolect uit te wisselen. De voorwaarde was dat men minimaal 5 cliënten met Serdolect moest hebben behandeld.

Ruim 900 personen van uit verschillende landen van de wereld waren aanwezig. Persoonlijk heb ik op dit moment nog geen ervaring met dit middel. Omdat ik in de ouderenzorg werk, daar wordt nog zeer terughoudend om gegaan met de tweede generatie psychofarmaca ( de a-typische antipsychotica). De reden wordt al snel duidelijk als je de bijsluiters leest van Serdolect (stofnaam sertindol) : voor en tijdens het gebruik moet een ECG gemaakt worden maar er kans bestaat op hartritme stoornissen. Alhoewel de andere bijsluiters van de tweede generatie neuroleptica dit niet vermelden bleek tijdens het symposium dat andere middelen deze bijwerking ook hebben. De kans op hartritme stoornissen is bij alle middelen even groot! Er werd vooral gefocust op schizofrenie.

De reden hiervoor is het langdurig medicijn gebruik bij deze stoornis. De negatieve symptomen (zie verder op) zijn bij langdurig, dan wel levenslang gebruik merkbaar voor de cliënt/patiënt. Sinds de jaren vijftig wordt bij medicamenteuze behandeling gebruik gemaakt van de zogenaamde klassieke

neuroleptica bv het veel gebruikte haloperidol. Tijdens het symposium kwam naar voren dat dit middel veel als referentie middel werd gebruikt. Deze klassieke middelen ontlenen hun antipsychotisch effect aan het blokkeren van de dopamine D2 receptoren. Deze middelen hebben echter nogal wat negatieve bijwerkingen die vooral het sociale systeem van de cliënt op de langere termijn negatief beïnvloeden. Bekende bijwerkingen zijn: Extrapyramidale stoornissen (EPS) zoals; stijfheid, trillingen, houterige motoriek grimassen in het gezicht, slaperigheid enz. Kortom de quality of life wordt ernstig aangetast. Sinds enkele jaren zijn er nieuwe, zo genaamde tweede generatie, neuroleptica op de markt gebracht onder andere clozapine risperidon, olanzapine en sertindole. De antipsychotische werking van deze middelen zouden meer werkzaam zijn waardoor en lagere dosering gegeven kan worden . Daarnaast zouden de bijverschijnselen niet, dan wel in een veel lichtere vorm verschijnen. Tijdens het symposium werd een indeling gemaakt in 2 hoofdgroepen:

Hoofdgroep 1 (positieve symptomen) wordt beschreven als verheving van psychische functies zoals ; hallucinaties, wanen, bizar gedrag, denkstoornissen en opwindings.

Hoofdgroep 2 (negatieve symptomen) die betrekking hebben op een verlaging of afwezigheid van functies. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen primaire symptomen die voortkomen uit de ziekte zelf en secundaire symptomen en een gevolg

zijn van de bijwerkingen van medicatie, die symptomen hebben betrekking op verval van persoonlijkheid, apathie, gestoorde spraak, emotionele vervlakking en initiatiefloosheid.

De sprekers stelden dat de nieuwe generatie neuroleptica intenser werken op de eerste hoofdgroep en minder werkt op de tweede groep. Deze theorie werd eerst uitgelegd in een lezing over receptoren en daarna nog eens via het systeem van transmitters. Vele bezoekers van het symposium hadden grote moeite dit wetenschappelijke verhaal te volgen. (Dit gold ook voor ondergetekende) Daarnaast bracht men verslag uit over proeven die gedaan waren met ratten. Uit dit onderzoek kwam naar voren dat Sertindol minder sederend werkt, deze stof zou geen negatieve invloed hebben op de cognitie, de ratten waren alerter en daardoor was hun weg in het doolhof sneller gevonden. De spreker trok hieruit de conclusie dat de cliënt zich hierdoor beter staande zou kunnen houden in zijn sociale netwerk. Persoonlijk vond ik deze conclusie nogal snel getrokken en zou ik liever zien dat dit onderzoek wordt herhaald waarbij cliënten betrokken worden. Uit de lezing van Kasper bleek dat in de klinische studies met patiënten dat Serdolect inderdaad minder sederend werkt, onderzoek naar het effect op de cognitie bij mensen is lastiger. (ik begreep echter dat er wel plannen zijn om zo'n onderzoek op te zetten.) Overigens is dit wel een interessant gegeven. Indien deze veronderstelling juist zou zijn betekent dit een grote vooruitgang voor de cliënt. Die zou namelijk minder kans lopen om in een sociaal isolement te geraken. Daarnaast zouden mogelijkheden voor het vinden van arbeid hierdoor vergroot

kunnen worden. Voor de SPV zou het interessant zijn om betrokken te worden bij onderzoek naar mogelijke effecten van dit middel in het sociale netwerk van de cliënt.

Uit gesprekken met psychiaters (bezoekers van het symposium), die ervaring hebben met het gebruik van sertindol, kwam naar voren dat zij deze positieve presentaties van het symposium ondersteunden. (het betrof zowel opgenomen als ambulante cliënten).

Zo werd er verteld dat cliënten vaak subjectief aan gaven zich beter te voelen, ze waren actiever en hadden beduidend minder bijwerkingen. Overigens werd in deze casuïstiek aangegeven dat er goed overlegd moet worden met de cliënt en er een onderhandeling moet plaats vinden met de cliënt over de te kiezen medicatie. Daarnaast is er nog weinig bekend over de consequenties op langere termijn van deze tweede generatie antipsychotica. De middelen zijn pas in 1996 voor het eerst op de markt gebracht. Wat de effecten over een periode van 10 of 20 jaar zijn is nog niet te voorspellen. Tenslotte werd het vraagstuk van de prijs nog behandeld. De nieuwe medicijnen zijn zo'n zes tot tien maal duurder dan de oude generatie antipsychotica. In Engeland, Frankrijk en Duitsland is uitgebreid gezondheids- economisch onderzoek gedaan. Hierbij werd de kosten-effectiviteit van sertindol, olanzapine en haloperidol met elkaar vergeleken. In dit onderzoek wordt aangetoond dat gebruik van deze middelen en met name sertindol per saldo voordeliger uitpakt. Met name de terugval (relaps) zou voor besparing zorgen. Het is echter de vraag of de behandelingsituatie in landen als Engeland en Duitsland

die in het onderzoek mee genomen is representatief is voor de Nederlandse situatie. De besparing lag vooral op het verkorten van behandeldagen in een ziekenhuis.

In de onderzoeken had men zich alleen gericht op opgenomen cliënten en niet

de groep ambulante cliënten mee genomen. In de Nederlandse situatie waar veel cliënten ambulante behandeld worden zou de uitkomst van het onderzoek anders kunnen uitvallen.

Fenny de Vries