

Casuskaart

Auteur: Nienke Dekker, Lieuwe de Haan

Sinds ik die pillen slik, zijn mijn benen zo onrustig



Zorgstandaarden: Psychose, Ernstige psychische aandoeningen, Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek, Bijwerkingen

GGZ
Standaarden

ggzstandaarden.nl

DEZE CASUS KOMT UIT

Casusboek kwaliteitsstandaarden

Zorgstandaarden

A.J.L.M. van Balkom, R.W. Kupka en J. Spijker (redactie)

Interesse in het complete casusboek Kwaliteitsstandaarden?
Neem dan contact op via info@akwaggz.nl. *Zo lang de voorraad strekt.*

Initiatief: Kwaliteitsontwikkeling GGz. © Kwaliteitsontwikkeling GGz, 2017.
De auteursrechten der afzonderlijke bijdragen berusten bij de auteurs.

Uitgegeven door De Tijdstroom uitgeverij BV
Internet: www.boompsychiatrie.nl
E-mail: klantenservice@boompsychiatrie.nl
ISBN 978 90 5898 0786

Akwa
GGZ Alliantie kwaliteit
Geestelijke
Gezondheidszorg

Sinds ik die pillen slik, zijn mijn benen zo onrustig

Nienke Dekker, Lieuwe de Haan

Zorgstandaarden: Psychose, Ernstige psychische aandoeningen, Bijwerkingen door geneesmiddelen voor psychiatrische aandoeningen, Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek

Op de gesloten afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis wordt een 28-jarige man gedwongen opgenomen nadat hij met zijn buurman op de vuist was gegaan. De buurman had een opmerking gemaakt over zijn uiterlijk, wat bij de patiënt leidde tot verontwaardiging en agressie. De patiënt heeft altijd bij zijn moeder gewoond. Hij is vier jaar geleden voor het eerst opgenomen met een eerste psychose, en kwam daarna in zorg bij een Vroege Interventie Psychose (VIP)-team. Een halfjaar geleden is hij in goed overleg met zijn behandelaars uitgeschreven bij het VIP-team en terugverwezen naar de huisarts. De eerste psychose verminderde onder behandeling met haloperidol, dat gegeven werd in depotvorm. De patiënt is enkele maanden geleden gestopt met deze haloperidolinjecties, omdat hij last had van bijwerkingen. De huisarts heeft vanwege de terugval in psychotische symptomen een week geleden risperidontabletten (4 mg/dag) voorgeschreven.

Dilemma

De huisarts weet dat de patiënt destijds erg blij was dat de behandeling bij de ggz was afgesloten en heeft hem daarom eerst zelf een antipsychoticum voorgeschreven, maar vraagt zich nu af of hij hem toch niet eerder had moeten verwijzen naar de specialistische ggz.

Wat adviseert de kwaliteitsstandaard?

In de zorgstandaard staat dat het belangrijk is dat partijen, zoals de gemeentelijke wijkteams, de politie, algemene ziekenhuizen en huisartsen, de patiënt bij signaleren van psychotische symptomen direct doorverwijzen naar de specialistische ggz (SGGZ), zodat een behandeling zo snel mogelijk kan starten. Indien spoedbehandeling nodig lijkt, verwijzen de partijen naar de crisisdienst voor een acute beoordeling. Indien er geen spoed is, vindt een reguliere verwijzing naar de SGGZ plaats.

De patiënt heeft inmiddels een episodisch verlopende psychotische stoornis. Dit wordt in het stadiëringsmodel ook wel 'stadium III' genoemd. De zorgstandaard geeft aan dat de huisarts de patiënt kan begeleiden in een stabiele situatie (wat betreft symptomen en functioneren) nadat de patiënt is uitgestroomd uit de SGGZ, maar dat (opnieuw) verwezen moet worden naar de SGGZ wanneer er een crisis of instabiele toestand optreedt.

Volgens de zorgstandaard had de huisarts dus direct moeten doorverwijzen. In de praktijk komt het echter voor dat patiënten dit niet willen, of dat er een wachttijd is voor de SGGZ. Dan kan de huisarts alvast starten met antipsychotica, waarbij hij zo nodig kan overleggen met de SGGZ, bijvoorbeeld in de vorm van een telefonisch consult.



Zorgstandaard Psychose, hoofdstuk 11. Achtergronddocumenten, 11.2 Schema echelonering.

De patiënt vertelt dat hij geen psychische klachten heeft, maar dat het wel 'onrustig' is in zijn hoofd. Hij zegt boos te zijn op zijn moeder, omdat zij de kamer schoonmaakt met de stofzuiger en de straling zijn kosmos vervuult. De burens hebben niets met hem te maken. Als hem gevraagd wordt wat hij gedaan heeft, antwoordt hij: 'Burens turen, het gras zal verzuren.' Hij zegt geen stemmen te horen. Sinds hij risperidon gebruikt, heeft hij last van stijve spieren en een gevoel van onrust in zijn benen. Dit zijn extrapiramidale bijwerkingen van antipsychotica. De patiënt rookt sigaretten en gebruikt geen drugs of alcohol. Bij psychiatrisch onderzoek wordt een vriendelijke, licht obese 28-jarige man gezien met een ongeschoren gelaat. Zijn uiterlijk is jonger dan zijn kalenderleeftijd. Hij draagt een lange rafelige jas, tennisschoenen en een baseballpet. Hij draagt meerdere kettingen om zijn hals. Het gesprek verloopt moeizaam omdat hij chaotische antwoorden geeft op de vragen. Hij laat giechelend, onderdanig gedrag zien ten opzichte van de interviewer en geeft kinderlijke antwoorden. Het bewustzijn is helder en de oriëntatie is intact. De aandacht is goed te trekken en te behouden. Het geheugen lijkt intact. Ziektebesef ontbreekt. De waarneming is ongestoord. Het denken is normaal van tempo, maar incoherent, met tangentiële antwoorden. Inhoudelijk zijn er paranoïde

wanen. De stemming is neutraal met een vlak affect. Van suïcidaliteit lijkt geen sprake te zijn. Aan de psychomotoriek valt op dat de patiënt voortdurend wiebelt met zijn voeten op de grond en ook vaak de benen over elkaar slaat.

Er wordt een heteroanamnese afgenomen bij de moeder van de patiënt. Zij vertelt dat de patiënt enkele maanden geleden gestopt is met de medicatie, omdat hij last had van stijve spieren en voortdurende speekselvloed. Sinds het stoppen van het haloperidoldepot gedraagt hij zich steeds vreemder. Hij loopt vaak door de tuin en roept dan onbegrijpelijke teksten, waarna hij met gebalde vuisten op zijn borst tikt. De moeder was de laatste tijd ook bang voor haar zoon. Ook zou hij meerdere malen de muren van zijn kamer met een borstel afvegen terwijl ze helemaal niet vies zijn. De burens zijn al enkele keren aan de deur geweest om te klagen over zijn gedrag. Een buurman maakte daarbij een opmerking over zijn uiterlijk, waarna het tot een vechtpartij kwam. De patiënt heeft in de afgelopen maanden geen drugs of alcohol gebruikt. Op de afdeling worden dezelfde observaties gedaan als beschreven bij het psychiatrisch onderzoek. De patiënt eet, drinkt en slaapt goed.

Een somatische anamnese laat geen bijzonderheden zien, behalve dan dat de patiënt last heeft van stijve spieren en onrustige benen. Bij lichamelijk onderzoek worden, behalve een licht tandradfenomeen, geen afwijkingen gevonden. Bij laboratoriumonderzoek worden geen afwijkingen geconstateerd.

Dilemma

De arts van de afdeling weet dat patiënten zich erg vervelend kunnen voelen door extrapiramidale bijwerkingen. Dit kan een reden voor hen zijn om de medicatie te staken. De arts wil de antipsychotica handhaven, maar wil de patiënt ook tegemoetkomen in zijn klachten. De arts vraagt zich af wat nu de mogelijkheden zijn.

Wat adviseert de kwaliteitsstandaard?

Er is een aantal opties om extrapiramidale bijwerkingen te verminderen. Er kan gekozen worden voor een lagere dosering van risperidon, bijvoorbeeld tot 2-3 mg. Als dat de bijwerkingen onvoldoende vermindert, kan gekozen worden voor een antipsychoticum met een lage affiniteit (aantrekkingskracht) voor dopaminereceptoren en een hogere affiniteit voor bijvoorbeeld 5HT_{2a}- en acetylcholinerge receptoren. Eventueel kan bij stijve spieren als eerste stap (voor verlagen van de dosis) of tweede stap (na verlagen van de dosis) ook nog gekozen worden voor toevoeging van een anticholinergicum. Bij onrustige benen (acathisie) kan nog het tijdelijk toevoegen van een bètablokker of benzodiazepine overwogen worden (voor of na het verlagen van de dosis).



Zorgstandaard Bijwerkingen door geneesmiddelen voor psychiatrische aandoeningen, hoofdstuk 5. Zorg rondom bijwerkingen algemeen, 5.1 Inleiding.



Zorgstandaard Psychose, hoofdstuk 5. Behandeling en begeleiding, 5.8 Medicamenteuze behandeling.

Als werkdiagnose wordt ‘schizofrenie’ geassocieerd.

Dilemma

De psychiater vraagt aan de arts-assistent van de afdeling de ernst van de verschillende symptomen in kaart te brengen. De arts-assistent wil dit het liefst doen in de vorm van een gesprek waarbij hij ook kijkt naar de context en mogelijke betekenis van de klachten. Hij vraagt zich af of het gebruik van vragenlijsten daarbij zinvol is, of eerder als storend worden ervaren.

Wat adviseert de kwaliteitsstandaard?

Het gebruik van vragenlijsten is zeker zinvol. Je kunt hierbij op (semi)gestructureerde wijze informatie verzamelen wat nuttig is voor de diagnostiek. Belangrijk hierbij is dat van tevoren uitleg wordt gegeven aan de patiënt over het doel van de vragenlijsten en een indicatie te geven over de duur ervan.

Bij de diagnostiek worden de volgende drie soorten van profilering onderscheiden:

- 1 een individueel profiel (waarbij factoren in kaart worden gebracht die van invloed zijn geweest op het ontstaan, uitlokken en in stand houden van de psychose en factoren die beschermende en belemmerend zijn (geweest));
- 2 een dimensionaal profiel (beschrijving van verschillende symptoomdimensies; psychotische symptomen, negatieve symptomen, cognitieve symptomen en affectieve symptomen); en
- 3 een categoriaal profiel (de symptomen worden geordend in een bepaalde categorie conform de DSM-5).

Voor het in kaart brengen van de ernst van de verschillende symptomen (uit het dimensionaal profiel) kunnen gevalideerde vragenlijsten en/of tests gebruikt worden (zoals de Positive and Negative Syndrome Scale, de Brief Psychiatric Rating Scale en de Beck Depression Inventory) en voor het in kaart brengen van cognitieve functiestoornissen kan een korte screenende testbatterij gebruik worden.



Zorgstandaard Psychose, hoofdstuk 4. Diagnostiek en monitoring, 4.1 Diagnostiek, 4.1.1 Individueel, categoriaal en dimensionaal profiel.



Zorgstandaard Psychose, hoofdstuk 11. Achtergronddocumenten, 11.3 Schema diagnostiek en monitoring.

De huisarts was al gestart met het antipsychoticum risperidon in een dosis van 4 mg/dag. Vanwege de bijwerkingen wordt in samenspraak met de patiënt gekozen voor instelling op risperidon in een lagere dosering (3 mg/dag). De bijwerkingen nemen in de volgende weken af, maar de patiënt blijft chaotisch in zijn gedrag, praat vaak in zichzelf en maakt regelmatig rare bewegingen voor de spiegel. Op de afdeling neemt hij de muren af met een theedoek. Als na zes weken behandeling met risperidon klinisch nog niets is verbeterd, wordt overgestapt op olanzapine in een dosering van 15 mg/dag. Na zes weken blijft de patiënt onverminderd psychotisch. Hij vertelt dat hij zich nog steeds onrustig voelt in zijn hoofd. Vanwege het ontbreken van effect op olanzapine en risperidon, en de bijwerkingen van haldol, wordt besloten de patiënt in te stellen op clozapine.

Dit gaat goed. Langzamerhand verbetert het contact en maakt hij minder bizarre opmerkingen. Ook zijn 'schoonmaakgedrag' vermindert. En het valt op dat hij niet meer in de tuin staat te schreeuwen. De patiënt kan na vier maanden opname met ontslag en krijgt ambulante zorg van een FACT (*flexible assertive community treatment*)-team. Dat is een multidisciplinair team dat behandeling en begeleiding geeft aan mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA).

Dilemma

De familie wil graag betrokken worden bij de ambulante behandeling, maar de patiënt geeft aan dit liever niet te willen. De Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige van het FACT-team hanteert bij voorkeur het principe van gezamenlijke besluitvorming en staat nu voor een dilemma. Wat kan ze aan de patiënt en zijn familie uitleggen over het betrekken van naasten in de zorg voor patiënten met EPA?

Wat adviseert de kwaliteitsstandaard?

In elke fase van de behandeling en begeleiding van mensen met EPA is het belangrijk om aandacht te hebben voor zijn naasten. Naasten zijn mensen uit de directe omgeving van personen die zorg (zouden moeten) krijgen vanwege psychische aandoeningen en klachten. Het gaat om partners, ouders, (volwassen) kinderen, vrienden, broers, zussen, burens of collega's of andere naasten. Betrokkenheid van naasten is zowel belangrijk voor de patiënt als voor de naasten zelf. De patiënt moet zelf aangeven wie zijn eerste aanspreekpunt is. Indien de patiënt niet wil dat er contact met zijn naasten is, kan worden doorgevraagd waarom hij dat niet wil en wat de achterliggende gedachten daarvan zijn. Wat overlegd kan worden met de patiënt

is wat er wel en niet met zijn naasten besproken wordt. Als de patiënt zijn naasten niet bij de zorg wil betrekken en de naasten wel vragen hebben, kan de hulpverlener algemene, niet-vertrouwelijke informatie geven over de aandoening en de impact daarvan op de naasten en de werkwijze van het FACT-team. In sommige situaties (bijvoorbeeld bij vermoeden van gevaar) heeft de hulpverlener de plicht om de naasten van de patiënt te raadplegen.



Zorgstandaard *Ernstige psychische aandoeningen*, hoofdstuk 5.

Zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen, 5.4 Behandeling, begeleiding en terugvalpreventie.



Zorgstandaard *Naasten*, hoofdstuk 3. Inleiding, 3.1 Algemeen.



Zorgstandaard *Naasten*, hoofdstuk 5. Naasten: samenwerking en ondersteuning, 5.1 Inleiding.