

Casuskaart

Auteur: Vos Beerthuis, Jeroen Zoeteman

Hij stond op een auto te dansen



Zorgstandaard: Acute psychiatrie

Zorgstandaard: Psychose

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

Hij stond op een auto te dansen

Vos Beerthuis, Jeroen Zoeteman

Zorgstandaard: Psychose

Zorgstandaard: Acute psychiatrie

De politie vraagt een psychiatrisch consult aan voor een man van 21 jaar die de kluts kwijt is. Hij stond op het dak van een auto te dansen en bedreigde een voorbijganger met een mes toen die daar iets over zei. Toen de politie arriveerde, heeft hij enkele stenen in hun richting gegooid. Hij heeft zich fors verzet toen de politie hem meenam naar het politiebureau.

Dilemma

De voorbijganger heeft 112 gebeld, maar de politie wilde aanvankelijk vanwege onderbezetting niet komen. De voorbijganger vraagt zich af of hij mag verwachten dat de politie in een dergelijk geval van gestoord gedrag wel komt, en zo ja hoe snel?

Wat adviseert de kwaliteitsstandaard?

In de GGz-triagewijzer, een bijlage van de Zorgstandaard *Acute psychiatrie*, is beschreven dat indien de patiënt verward is en agressief gedrag vertoont, de hulpverlening, politie of ambulance binnen 15 minuten aanwezig zou moeten zijn.



Zorgstandaard Acute psychiatrie, hoofdstuk 9. Achtergronddocumenten, 9.1 GGz-triagewijzer.

Dilemma

In de crisisdienst hebben een sociaalpsychiatrisch verpleegkundige (SPV) en een arts dienst. De SPV zegt dat hij er wel alleen heen zal gaan. De psychiater vraagt zich af of hij de SPV de diagnose kan laten stellen en het behandelbeleid kan laten bepalen.

Wat adviseert de kwaliteitsstandaard?

Een SPV of verpleegkundig specialist voert de beoordeling samen met een a(n) ios of psychiater uit. Tijdens de beoordeling werken de SPV/verpleegkundig specialist en a(n)ios altijd nauw samen met de psychiater. De psychiater is als achterwacht telefonisch bereikbaar en indien nodig snel ter plaatse. De psychiater is verantwoordelijk voor de besluiten die voortkomen uit de beoordeling: het stellen van de psychiatrische diagnose en het in gezamenlijkheid vaststellen van het eerste behandelbeleid. Als de patiënt nog geen regiebehandelaar heeft of de regiebehandelaar niet aanwezig is (buiten kantooruren), fungeert de psychiater als regiebehandelaar en zet hij de behandeling in gang. Als de regiebehandelaar wel aanwezig is (binnen kantooruren), draagt de psychiater de regie over en is de regiebehandelaar verantwoordelijk voor het in gang (laten) zetten van de behandeling.



Zorgstandaard *Acute psychiatrie*, hoofdstuk 5. Hulpverlening aan personen in een crisissituatie, 5.3 Diagnostiek, 5.3.4 Stap 4: Beoordeling persoon in crisis, thuis of op beoordelingslocatie.

Dilemma

Op de crisisdienst wordt gediscussieerd of in dergelijke gevallen een risicotaxatie-instrument gebruikt kan worden. De dienstdoende psychiater vraagt zich af of er een agressiechecklist is voor crisisdiensten.

Wat adviseert de kwaliteitsstandaard?

Voorafgaand aan het bezoek aan de patiënt in crisis moet de acuut-psychiatrisch hulpverlener het agressierisico inschatten. Voor de agressietaxatie wordt in de zorgstandaard verwezen naar de Checklist Risico Crisisdienst van Penterman en Nijman) en naar hoofdstuk 12 van het *Handboek spoedeisende psychiatrie* (Arredondo & Bijnsdorp, 2017), waarin een beschrijving staat van de hoofdprincipes van agressietaxatie zoals die in crisissituaties plaatsvinden.



Zorgstandaard *Acute psychiatrie*, hoofdstuk 5. Hulpverlening aan personen in een crisissituatie, 5.3 Diagnostiek, 5.3.4 Stap 4: Beoordeling persoon in crisis, thuis of op beoordelingslocatie.

Anamnese en statusmentalisonderzoek

Tijdens de beoordeling op het politiebureau is de man weinig spraakzaam en niet coöperatief. Hij heeft naar eigen zeggen nergens last van en verzoekt de psychiater om 'op te rotten'. Hij roept nog wel dat hij altijd al heeft geweten dat de politie en de medische wetenschap tegen hem samenspannen. Hij heeft geen vaste woon- of verblijfplaats en heeft al eerder psychiatrische hulp afgewezen.

Het is een magere en zeer onverzorgde man die onfris ruikt. Zijn kleren zijn vies en vertonen gaten en scheuren. Zoals eerder opgemerkt, is er geen sprake van coöperatie. Bij observatie via de tv-monitor blijkt dat hij alert en wantrouwend rondkijkt.

De patiënt heeft van de politie een kopje koffie en een boterham gekregen, waardoor hij iets rustiger lijkt te zijn geworden. De psychiater probeert opnieuw contact met hem te leggen. Nu krijgt hij een onsamenhangend verhaal te horen, waar hij wel uit kan opmaken dat de patiënt geen plaats heeft om te slapen. De psychiater speelt hierop in door aan hem te vragen of hij wil worden opgenomen. Hierop volgt een min of meer instemmend gemompel. De psychiater heeft vastgesteld dat het hier gaat om een man met een psychotische stoornis met incoherentie, mogelijk wanen en agressief gedrag. Het bewustzijn is helder.

Dilemma

De psychiater betwijfelt of de patiënt werkelijk instemt met een opname en vraagt zich af of het niet beter is om te wachten tot de patiënt beter gemotiveerd is en wel eenduidig coöperatief wordt. Nu de patiënt verzorging krijgt, zal hij wellicht van mening veranderen?

Wat adviseert de kwaliteitsstandaard?

Patiënten met een psychose vinden niet altijd dat zij behandeling nodig hebben, soms zelfs niet als zij ernstig lijden onder hun klachten, gevaar lopen en sociaal-maatschappelijk ten onder dreigen te gaan. Dit kan leiden tot langdurig mijden van behandeling, waardoor soms (ambulante) bemoeizorg nodig is of opname in een psychiatrisch ziekenhuis tegen iemands wil.



Zorgstandaard Psychose, hoofdstuk 2. Over psychotische stoornissen, 2.2 Kenmerken, symptomen en verschijnselen.

Dilemma

De psychiater is een voorstander van vrijwillige behandeling, maar de SPV vraagt aan de psychiater of er voldoende gronden zijn om deze patiënt gewongen op te nemen.

Wat adviseert de kwaliteitsstandaard?

De beoordelend arts of psychiater kan een geneeskundige verklaring opstellen en bij de burgemeester een verzoek indienen voor een inbewaringstelling (ibs). Dit doet de arts/psychiater als hij oordeelt dat opname nodig is, maar de persoon niet opgenomen wil worden. Daarbij is er als gevolg van de psychiatrische stoornis een acuut gevaar voor de patiënt of zijn omgeving en kan het gevaar niet op een andere manier worden afgewend.



Zorgstandaard *Acute psychiatrie*, hoofdstuk 5. Hulpverlening aan personen in een crisissituatie, 5.3 Diagnostiek, 5.3.4 Stap 4: Beoordeling persoon in crisis, thuis of op beoordelingslocatie.

Behandeling

De psychiater legt aan de patiënt uit dat er volgens hem sprake is van een psychose en zegt nogmaals tegen hem dat hij hem wil opnemen. Wanneer de patiënt reageert met de woorden: 'Oké dan maar, zeurpiet,' regelt de psychiater een bed in een psychiatrisch ziekenhuis voor een vrijwillige opname. De psychiater vraagt vervolgens aan de patiënt of hij medicatie wil innemen. Deze neemt het tabletje in de hand, kijkt er zorgvuldig naar en mompelt dat hij het wel wil innemen, maar niet nu. Ook aandringen leidt niet tot inname van de medicatie, maar wel tot een woede-uitbarsting van de patiënt. Hij probeert de psychiater aan te vallen, maar kan door de politie worden tegengehouden. De patiënt zegt dat hij niet meer opgenomen wil worden en dat hij naar buiten wil. Hij is bang te stikken op het politiebureau.

Dilemma

De psychiater overweegt om acuut, onvrijwillig en parenteraal een rustgevend middel toe te dienen. Hij vraagt zich af welke medicatie hij in deze situatie het best kan geven.

Wat adviseert de kwaliteitsstandaard?

Psychotische symptomen maken mensen vaak bang, geagiteerd en gespannen. Bij een acute opwindingsstoestand waarbij medicamenteus ingegrepen moet worden, zijn antipsychotica en benzodiazepines effectief. Snel effect wordt bereikt met een combinatie van haloperidol en promethazine (oraal of intramusculair). Langer werkende middelen, zoals zuclopentixolacetaat, zijn niet geschikt als medicatie in noodsituaties omdat de werking vertraagd inzet.



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

Beloop

De psychiater start de procedure voor de inbewaringstelling (ibs). Inmiddels is de patiënt zonder medicatie gekalmeerd en lijkt de rust weergekeerd. De psychiater vertelt de patiënt niet alleen dat hij moet worden opgenomen, maar ook dat hij medicijnen moet innemen om veilig met een ambulance te kunnen worden vervoerd.

Tegen de verwachting in reageert de patiënt hierop aanvankelijk rustig. Hij neemt nogmaals de medicatie in de hand en lijkt aanstalten te maken het middel in te nemen. Maar uiteindelijk doet hij het niet en zegt dat hij de medicatie later wel neemt. De psychiater gaat weer naar hem toe, nu met een al eerder gevulde spuit om hem parenterale medicatie te geven. Bij het zien van de injectiespuit en het groepje agenten dat kennelijk van plan is hem vast te pakken, zegt de patiënt dat hij de medicatie toch maar zal slikken.

Dilemma

De psychiater vraagt zich af of hij door moet gaan met onderhandelen met de patiënt over het vrijwillig innemen van medicatie nu hij gedwongen opgenomen gaat worden.

Wat adviseert de kwaliteitsstandaard?

Patiënten zijn het meest geholpen als ze eigen keuzes kunnen maken. Bij voortgaande langdurige, intensieve en eventueel verplichte zorg blijven de principes van mens-, herstel- en ontwikkelingsgerichte zorg onverminderd van kracht. Behandeling en ondersteuning moeten altijd beschikbaar zijn om de patiënt zo veel mogelijk zijn leven naar eigen inzicht in te richten. Dit is een toepassing van het principe van gepast gebruik. Dus niet met de intentie de patiënt autonomie af te nemen, maar

juist gericht op het vergroten van zijn zelfstandigheid zodra dat kan. Een en ander vergt voortdurend passen en meten, luisteren en doorvragen. Want ook in de zwaarste tijden zijn mensen er het meest mee geholpen wanneer zij zelf keuzes kunnen maken. In slechts enkele gevallen is dit door de omstandigheden niet of heel beperkt mogelijk. Dan moet worden uitgeweken naar een uitzonderingsscenario. Het overnemen van keuzes kan in deze gevallen als ‘verantwoorde zorgzaamheid’ worden gezien.



GGZ Standaarden, Visie op zorg: gezondheid als perspectief.

De patiënt wordt opgenomen en met antipsychotica behandeld. De rechter zet de inbewaringstelling voort, waardoor de patiënt drie weken gedwongen verpleegd wordt. Al na enkele dagen is zijn coöperatie toegenomen. Na enkele weken behandeling is er van psychotische symptomen weinig meer te merken. Er wordt contact met zijn ouders gelegd en er wordt in overleg met de patiënt besloten tot een langere vervolgonname om zijn sociale situatie te optimaliseren.

Literatuur

Arredondo, E., & Bijnsdorp, B. (2017). Klinische opname, behandeling en herstel volgens het High & Intensive Care (HIC)-model. In: A. Achilles, V. Beerthuis, W. van Ewijk & J. Zoeteman, *Handboek spoedeisende psychiatrie* (pp. 185-197). Derde druk. Utrecht: De Tijdstroom.