

Casuskaart

Auteur: Esther Pluijms

Ik kan niet eten want mijn darmen zijn rot



Zorgstandaard: Depressieve stoornissen

Zorgstandaard: Ouderen met psychische aandoeningen

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

Ik kan niet eten want mijn darmen zijn rot

Esther Pluijms

Zorgstandaard: Depressieve stoornissen

Zorgstandaard: Ouderen met psychische aandoeningen

Een 64-jarige man bezoekt samen met zijn echtgenote de huisarts. Hij is somber en beleeft nergens plezier meer aan. Hij komt tot niets en ligt de gehele dag op bed. Hij voelt zich moe, slaapt slecht en kan zich moeilijk concentreren. Ook is hij vergeetachtiger dan normaal. Hij eet weinig, omdat hij geen trek heeft en er bovendien van overtuigd is dat zijn darmen 'rot zijn en niet meer werken'. Hij is zeven kilo afgevallen. Hij denkt dat hij nooit meer zal herstellen en vindt het leven niet meer de moeite waard. De klachten zijn twee maanden geleden zonder duidelijke aanleiding begonnen en nemen in ernst toe. In het verleden heeft hij meerdere depressieve episoden gehad. Vanwege de psychiatrische voorgeschiedenis heeft de huisarts het vermoeden op een recidief depressieve stoornis.

De huisarts wil de patiënt verwijzen voor verdere diagnostiek en behandeling. Hij twijfelt of hij moet verwijzen naar de generalistische basis-ggz of de gespecialiseerde ggz.

Dilemma

Moet de huisarts de patiënt verwijzen naar de generalistische basis-ggz of de gespecialiseerde ggz?

Wat adviseert de kwaliteitsstandaard?

De huisarts moet de patiënt verwijzen naar de gespecialiseerde ggz, omdat er sprake is van ernstige psychische problematiek, waarbij ernstige beperkingen in het functioneren aanwezig zijn. Behandeling in de generalistische basis-ggz is bedoeld voor mensen met lichte tot matig ernstige psychische problematiek.



Zorgstandaard Ouderen met psychische aandoeningen,
hoofdstuk 6. Organisatie van zorg, 6.2 Samenwerking.

De patiënt wordt een dag later, samen met zijn echtgenote, op een polikliniek psychiatrie gezien door een psychiater. Bij uitvragen van de anamnese worden dezelfde klachten als bij de huisarts genoemd. Hij vult aan dat hij zich tot last van zijn vrouw voelt en hij denkt dat zijn huidige toestand een straf is voor dingen die hij in het verleden verkeerd zou hebben gedaan. Om die reden is het leven niet meer de moeite waard voor hem. Hij heeft vaak suïcidegedachten, maar ontkent concrete plannen. Hij heeft het idee dat anderen beter af zijn zonder hem. De patiënt heeft nooit een hypomanische of manische episode gehad.

Bij het statusmentalisonderzoek maakt de patiënt een sombere en vertraagde indruk. Hij laat grote pauzes vallen en geeft korte antwoorden. Het gesprek verloopt moeizaam, omdat opmerkingen over zijn darmen en het thema 'straf' het gesprek overheersen. Zijn bewustzijn is helder en zijn oriëntatie is intact. De aandacht is te trekken, maar niet te behouden. Zijn geheugen en intelligentie zijn niet te testen. Zijn waarneming is ongestoord. Zijn denken is traag, maar coherent en inhoudelijk heeft hij stemmingscongruente wanen. Zijn stemming is somber en het affect is vlak. Hij heeft suïcidegedachten, zonder concrete plannen. Het suïciderisico wordt acuut verhoogd ingeschat. De psychiater adviseert een opname, waar de echtgenote achter staat, maar de patiënt wil geen behandeling en 'als het dan toch moet, dan poliklinisch'.

Dilemma

Wat is het beste beleid: poliklinische behandeling of opname?

Wat adviseert de kwaliteitsstandaard?

Een opname is het beste beleid vanwege de zeer complexe zorgvraag en de ernst van het beeld, namelijk de patiënt is psychotisch, heeft suïcidegedachten, eet nauwelijks en is in korte tijd flink afgevallen. Wanneer de patiënt een vrijwillige opname zou weigeren, kan een gedwongen opname met een inbewaringstelling overwogen worden.



Zorgstandaard *Depressieve stoornissen*, hoofdstuk 4. Diagnostiek en monitoring.

De patiënt stemt op verzoek van zijn echtgenote toch in met een opname. Op de afdeling worden dezelfde observaties gedaan als beschreven in het statusmentalisonderzoek. Verder valt op dat hij niet tot activiteiten komt, slecht in- en doorslaapt en vroeg wakker wordt. Hij kan zich moeilijk concentreren en is

vergeetachtig. Met veel aansporing eet hij wel voldoende. Hij drinkt goed. Het suïciderisico op de afdeling wordt niet acuut verhoogd ingeschat.

Differentieel-diagnostisch moeten een somatische oorzaak voor de klachten, een bipolaire stoornis en (beginnende) dementie worden uitgesloten.

De psychiater acht een somatische oorzaak voor de klachten niet waarschijnlijk, omdat de somatische anamnese, het lichamelijk onderzoek en laboratoriumonderzoek, behalve moeheid en een slechte eetlust met gewichtsverlies, geen bijzonderheden laten zien. Een bipolaire stoornis wordt uitgesloten, omdat de patiënt nooit een hypomanische of manische episode heeft gehad. Uit de heteroanamnese van echtgenote komt naar voren dat de patiënt tot twee maanden geleden goed functioneerde en niet vergeetachtig was. (Beginnende) dementie is daarom niet waarschijnlijk.

Vanwege de aard van de klachten en de voorgeschiedenis van de patiënt stelt de psychiater de diagnose 'depressieve stoornis, recidiverende episode, met psychotische kenmerken'.

Omdat er geen sprake is van een levensbedreigende situatie, de patiënt eet namelijk voldoende, drinkt goed en er is geen acuut verhoogd suïciderisico op de afdeling, gaat men niet direct over tot elektroconvulsieve therapie (ECT). Men besluit de patiënt in te stellen op een tricyclisch antidepressivum (TCA), omdat psychotherapie geen eerste-keuzebehandeling is bij een ernstige depressieve stoornis met melancholische en/of psychotische kenmerken en uit onderzoek bovendien is gebleken dat een TCA effectiever is dan een serotonineheropnameremmer (SSRI) bij een ernstige depressieve stoornis met melancholische en/of psychotische kenmerken, zeker wanneer het opgenomen patiënten betreft.

De psychiater vraagt zich af of het uitmaakt welk TCA hij zal starten. Hij weet dat de dosering van een TCA standaard bepaald moet worden op basis van een plasmaspiegel, omdat dit de snelheid en de effectiviteit van de behandeling bevordert. Bovendien kan de therapietrouw hiermee vastgesteld worden. De psychiater vraagt zich ook af of hij gezien de leeftijd van de patiënt met een lagere dosering moet beginnen en langzamer moet opbouwen.

Dilemma

Welk TCA heeft de voorkeur en moet de psychiater het adagium 'start low, go slow' volgen?

Wat adviseert de kwaliteitsstandaard?

Bij ouderen heeft nortriptyline de voorkeur, omdat het minder cardiovasculaire

bijwerkingen geeft dan de andere TCA's. Bij ouderen wordt bij het voorschrijven van medicatie vaak het adagium 'start low, go slow' aangehouden. De 'start low' van het adagium is juist. Omdat ouderen gevoeliger zijn voor bijwerkingen, wordt aangeraden om een lagere startdosering aan te houden, ongeveer een derde tot de helft lager dan bij volwassen patiënten. Echter, als er in de eerste 2-3 dagen weinig bijwerkingen optreden, is langzame ophoging ('go slow') geen goed uitgangspunt meer. Er moet in dat geval gestreefd worden naar het zo snel mogelijk bereiken van een adequate plasmaspiegel.



Zorgstandaard *Ouderen met psychische aandoeningen*, hoofdstuk 5. Zorg voor ouderen met een psychische aandoeningen, 5.4 Behandeling, begeleiding en terugvalpreventie, 5.4.5 Algemene overwegingen en aanpassingen van farmacologische interventies.



Zorgstandaard *Depressieve stoornissen*, hoofdstuk 5. Behandeling en begeleiding, 5.7 Tweede stap: medicamenteuze behandeling.

De patiënt wordt ingesteld op nortriptyline. Nadat hij gedurende vier weken een adequate dosering heeft gebruikt, zijn de klachten verslechterd. Vanwege de ernst van het beeld op dat moment, waarbij de patiënt niet meer eet, nauwelijks drinkt en suïcidaliteit steeds meer op de voorgrond komt te staan, wordt tot ECT overgegaan. De patiënt herstelt volledig na zestien ECT-behandelingen. Als vervolg/onderhoudsbehandeling wordt hij opnieuw ingesteld op nortriptyline met adequate plasmaspiegel. Aanvankelijk is zijn kortetermijngeheugen als bijwerking van de ECT nog slecht, maar na zes maanden is dit weer volledig intact. Hij functioneert als vanouds.

Na anderhalf jaar vraagt de patiënt zich af of de medicatie afgebouwd kan worden. Hij heeft geen depressieve klachten meer gehad en heeft lichte bijwerkingen van de medicatie, namelijk een wat droge mond en lichte duizeligheid bij het opstaan.

Dilemma

Wat is het aangewezen beleid: afbouwen of continueren van medicatie?

Wat adviseert de kwaliteitsstandaard?

Het aangewezen beleid is continueren van medicatie in de dosering waarop de patiënt is hersteld. Bij ouderen met een recidiverende depressie is jarenlange, soms levenslange onderhoudsbehandeling geïndiceerd. Als patiënten namelijk twee of meer depressieve episoden hebben gehad, is het risico op recidivering groter en daarom de duur van onderhoudsbehandeling langer. Dit is uiteraard afhankelijk van verschillende factoren, zoals ernst, duur, bijwerkingen en wensen van de patiënt. De optimale duur is overigens niet goed vast te stellen op wetenschappelijke gronden.



Zorgstandaard *Depressieve stoornissen*, hoofdstuk 5. Behandeling en begeleiding, 5.7 Tweede stap: medicamenteuze behandeling.