

Ik durf niets meer aan te raken



Zorgstandaard: Angstklachten en angststoornissen
Zorgstandaard: Landelijke GGz samenwerkingsafspraken
Zorgstandaard: Samenwerking en ondersteuning naasten
van mensen met psychische problematiek

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 durf niets meer aan te raken

Ton van Balkom

Zorgstandaard: Angstklachten en angststoornissen

Generieke modules: Landelijke GGz samenwerkingsafspraken, Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek

Een 30-jarige vrouw komt bij de huisarts. Ze geeft aan dat ze denkt dat ze last heeft van smetvrees. De huisarts vraagt hoe het komt dat ze denkt dat ze deze klachten heeft. De vrouw legt uit dat ze enkele dagen geleden een tv-programma over de obsessieve-compulsieve stoornis (OCS) heeft gezien. Een vrouw vertelde een verhaal dat erg op het hare lijkt. De huisarts bespreekt de klachten van mevrouw. De vrouw wast gedurende 8 uur per dag haar handen en onderarmen. Daardoor heeft zij rode, eczematuze handen gekregen. Mevrouw vertelt dat haar klachten al jarenlang bestaan, maar dat zij uit schaamte er nooit over heeft durven te praten met een hulpverlener. De huisarts is het met mevrouw eens dat haar klachten passen bij een OCS.

Dilemma

De huisarts besluit mevrouw te verwijzen voor verdere psychiatrische diagnostiek en behandeling en beoordeelt de complexiteit van de problematiek. Kan de huisarts mevrouw het beste naar de generalistische basis-ggz verwijzen of naar de specialistische ggz?

Wat adviseert de kwaliteitsstandaard?

Conform de Zorgstandaard *Angstklachten en angststoornissen* beoordeelt de huisarts na het vaststellen van de classificatie (OCS) de ernst en maakt een inschatting over het te verwachten beloop van de symptomen. Aangezien de OCS al lang bestaat, zich gedurende 8 uur per dag voordoet en in het algemeen een langer durende behandeling vergt dan in de basis-ggz gegeven kan worden, verwijst de huisarts haar naar de specialistische ggz. Omdat in de regio een polikliniek Angst en dwang bestaat, verwijst hij mevrouw hiernaartoe.



Zorgstandaard *Angstklachten en angststoornissen, hoofdstuk 4. Diagnostiek en monitoring, 4.1 Diagnostisch proces algemeen.*



Zorgstandaard *Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis GGz en gespecialiseerde GGz, hoofdstuk 5 Afspraken, 5.2 Verwijzing.*

Op de polikliniek Angst en dwang heeft mevrouw een intakegesprek met een van de psychiaters. De psychiater inventariseert de somatische gezondheid van mevrouw. De vrouw geeft aan dat zij altijd gezond is geweest en dat zij geen medicatie gebruikt. Ook alcohol, drugs, roken en koffiegebruik worden uitgevraagd. Mevrouw drinkt geen alcohol en heeft nooit drugs gebruikt. Met roken is zij 7 jaar geleden gestopt toen zij zwanger wilde worden. Zij drinkt twee koppen koffie per dag en wordt daar niet nerveus van. De speciële anamnese laat zien dat mevrouw geen andere dwangklachten heeft dan de wasdwang. Mevrouw vertelt dat ze 6 jaar geleden bevallen is van een dochter. Vooral in de eerste dagen na de bevalling merkte ze op dat de kraamhulp heel veel in het huis schoonmaakte en haar heel nadrukkelijk meegaf dat voor een gezonde opvoeding van haar dochter de hygiëne in huis wel goed moest zijn. Mevrouw heeft sindsdien het idee gekregen dat haar huis, maar ook haar kleding en gebruiksvoorwerpen niet schoon genoeg worden en ze werd bang om haar dochttertje met deze vieze voorwerpen te besmetten. Steeds vaker douchte ze meerdere keren per dag. Ook merkte ze dat ze gaandeweg haar kleding vaker waste en dat ze in huis alles steeds schoner wilde hebben. Enkele weken na de bevalling is ze weer begonnen met werken als schoonheidsspecialiste. Ze is daar drie jaar geleden mee gestopt, omdat ze het idee had dat ze haar klanten met virussen kon besmetten of bijvoorbeeld met hiv. Haar dochttertje mag thuis geen kinderen laten spelen. Mevrouw is bang dat haar spullen vies worden, maar ook dat deze kinderen ziek kunnen worden door haar onachtzaamheid. Haar vrienden ziet ze steeds minder. Dat komt vooral omdat zij het al een hele tijd 'vies' vindt bij haar vrienden en dat ze bang is dat ze die viezigheid mee zal nemen naar huis. Een gezellig avondje is voor haar een grote bron van spanning en angst. Hoewel zij ergens weet dat haar dwanggedachten onwaar zijn, gelooft zij toch erg sterk in hun realiteitsgehalte.

De psychiater vervolgt het statusmentalisonderzoek met screenende vragen naar psychosen, depressie, suïcidaliteit, angstklachten, fobieën en eetstoornissen. Mevrouw wordt gevraagd of ze als kind last had van tics. Mevrouw blijkt premorbide een introvert temperament te hebben gehad: ze was verlegen en in zichzelf gekeerd. Er zijn echter nooit angst- of dwangklachten geweest tot na de geboorte van haar dochter.

De psychiater concludeert dat er sprake is van een obsessieve-compulsieve stoornis.

Dilemma

De psychiater wil de psychische klachten van de patiënte monitoren. Naast de ernst van de dwangklachten vraagt de psychiater zich af of hij ook andere monitoringsinstrumenten zal gebruiken. Hoe bepaalt hij de selectie van de monitoringsinstrumenten?

Wat adviseert de kwaliteitsstandaard?

Bij OCS zal de ernst van de klachten in het algemeen gemeten worden met de Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS). Afhankelijk van andere probleemgebieden die behandeling vergen en waarvan doelen opgenomen zijn in het behandelplan, worden andere monitoringsinstrumenten gebruikt.



Zorgstandaard Angstklachten en angststoornissen, hoofdstuk 4. Diagnostiek en monitoring, 4.12 Monitoring.

De psychiater geeft mevrouw uitleg over deze aandoening, informatie over de patiëntenvereniging, de Angst, Dwang en Fobie Stichting (www.adfstichting.nl), raadt een boek aan over de stoornis, het *Zorgboek Dwang* van Stichting September, en licht mevrouw kort in over de behandeling volgens de richtlijnen. Mevrouw wordt verwezen naar de site van het Nederlands Kenniscentrum Angst en Depressie voor de patiëntenversie van de richtlijnen (www.nedkad.nl) en naar de site van Thuisarts (www.thuisarts.nl). De keer daarop stellen arts en patiënte samen een behandelplan op.

Dilemma

Moet de psychiater de echtgenoot van mevrouw bij het opstellen van het behandelplan betrekken?

Wat adviseert de kwaliteitsstandaard?

Met de patiënt moet besproken worden dat het goed is als naastbetrokkenen geïnformeerd worden over de aandoening en de behandelmogelijkheden. Ook is het van belang dat de zorg voor partner en kinderen wordt geïnventariseerd.



Zorgstandaard Angstklachten en angststoornissen, hoofdstuk 4. Diagnostiek en monitoring, 4.1 Diagnostisch proces algemeen.



Zorgstandaard *Angstklachten en angststoornissen*, hoofdstuk 5. Behandeling en begeleiding, 5.7 Psycho-educatie.



Zorgstandaard *Naasten*, Naasten: werkkaart Samenwerken en ondersteunen naasten.

De psychiater vraagt aan mevrouw of zij haar man mee wil nemen om hem te informeren, zijn vragen te beantwoorden en samen het behandelplan te maken. Volgens de richtlijn zijn er twee behandelmogelijkheden: cognitieve gedragstherapie (CGT) of antidepressieve medicatie. Hoewel er een voorkeur is te starten met CGT, geeft mevrouw aan dat zij liever met medicatie wil worden behandeld. Ze voelt zich uitgeput en ziet een oefenprogramma, zoals dat zal gaan plaatsvinden in het kader van de CGT, nu niet zitten. Daarom spreken de patiënte en haar psychiater af dat ze starten met een behandeling met antidepressiva.

Dilemma

De psychiater vindt eigenlijk dat de patiënte beter met CGT kan starten vanwege de afwezigheid van een comorbide depressie en het feit dat mevrouw nog niet eerder behandeld is voor OCS. Hoe kan de psychiater hier het beste mee omgaan, aangezien het behandelplan gemaakt wordt op basis van gezamenlijke besluitvorming?

Wat adviseert de kwaliteitsstandaard?

Het behandelplan wordt opgesteld onder verantwoordelijkheid van de hulpverlener, de patiënt en (eventueel) de naastbetrokkenen. Het behandelplan wordt gemaakt conform de richtlijnen. Als dat niet het geval is, wordt gemotiveerd hiervan afgeweken. In dit geval is er misschien een voorkeur van behandelaar en richtlijn voor CGT, maar past een medicamenteuze behandeling goed in een richtlijnconforme behandeling. De psychiater kan expliciet aangeven, met redenen omkleed, dat hij deze keuze niet zou maken, maar akkoord is met de keuze van de patiënte. Als de medicatie onverhoopt niet of onvoldoende werkt, kan daarna CGT aan bod komen.



Zorgstandaard *Angstklachten en angststoornissen*, hoofdstuk 5. Behandeling en begeleiding, 5.3 Het individueel zorgplan.

De patiënte start met de selectieve serotonine-heropnameremmer (SSRI) fluvoxamine en verdraagt de medicatie goed, waardoor de dosering verhoogd kan

worden tot de maximale dosering van 300 mg per dag. Na een evaluatietermijn van 12 weken met de Y-BOCS blijken de dwangklachten vrijwel niet veranderd.

De psychiater bespreekt met mevrouw dat het nu tijd is om met een exposure in vivo en responspreventieprogramma te starten. Een alternatief kan zijn naar een ander SSRI over te schakelen. Vanwege seksuele disfuncties (anorgasmie, lubricatieklachten) die mevrouw ervaarde in de 12 weken dat ze fluvoxamine gebruikte, besluit ze te starten met gedragstherapie. Die slaat goed aan. Na twintig wekelijkse zittingen van één uur, huiswerkopdrachten en een lager frequente nabehandeling van een halfjaar, blijkt na een jaar dat de dwangklachten nog maar korte tijd (halfuur) per dag aanwezig zijn. De Y-BOCS-score is gezakt onder 7.

Er is formeel geen classificatie 'OCS' meer aanwezig. Mevrouw gaat proberen haar werk als schoonheidsspecialiste weer op te pakken. Er wordt een aantal consulten besteed aan terugvalpreventie. Mevrouw heeft geleerd dat als ze stress heeft, de neiging ontstaat om angstig te reageren. Ze probeert thuis actief vuil op te ruimen en afval weg te gooien zonder haar handen op overdreven wijze te wassen of het huis schoon te maken. De behandeling wordt nogmaals met de Y-BOCS geëvalueerd en afgesloten.