

Mijn gedachten worden ‘afgescand’



Zorgstandaard: Psychose

Zorgstandaard: Ernstige psychische aandoeningen

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

Mijn gedachten worden ‘afgescand’

Harm Gijsman

Zorgstandaard: Psychose

Zorgstandaard: Ernstige psychische aandoeningen

De ouders van een 18-jarige man bezoeken de huisarts vanwege hun zoon, die zelf niet naar de huisarts wil komen, omdat er volgens hem niets met hem aan de hand is. Zijn ouders zeggen dat hij zich al ruim een halfjaar terugtrekt op zijn kamer en sinds vier maanden in zichzelf mompelt en lacht. De moeder van de patiënt heeft een zus met schizofrenie en ze is bang dat haar zoon ook aan deze aandoening lijdt.

De huisarts brengt samen met een praktijkondersteuner ggz (POH-GGZ) een huisbezoek aan de patiënt en zijn ouders in zijn ouderlijk huis. De patiënt weigert naar beneden te komen. Terwijl de huisarts met de ouders spreekt, probeert de POH-GGZ een gesprek te voeren met de patiënt die in de deuropening van zijn slaapkamer staat. De patiënt zegt tegen haar dat hij rust wil, dat hij sinds drie maanden geen cannabis meer gebruikt, en dat hij zichzelf heus niets aan zal doen, als ze daar soms bang voor is. Zij probeert de patiënt te motiveren tot een verwijzing naar de specialistische ggz, maar daarop vraagt de patiënt haar op boze toon zijn kamer te verlaten. Hij beschuldigt haar daarbij van het ‘afscannen’ van zijn gedachten, terwijl die volgens hem privé zijn. De huisarts en POH-GGZ concluderen dat er waarschijnlijk sprake is van een psychose.

Dilemma

De POH-GGZ stelt voor om zelf de komende maanden te proberen ‘er wat medicatie in te praten’, terwijl de huisarts de crisisdienst wil bellen, ‘want dan gebeurt er in ieder geval wat’. Wat kunnen de huisarts en POH-GGZ nu het beste doen?

Wat adviseert de kwaliteitsstandaard?

Onderzoek wijst uit dat het herstel van psychose slechter is naarmate de aandoening langer onbehandeld blijft. Vertraging in behandeling kan op verschillende punten in het zorgtraject voorkomen (hulp zoeken, doorverwijzing vanuit huisarts en generalistische basis-ggz, behandeling in de specialistische ggz). Een langere duur van een onbehandelde psychose hangt samen met een kleinere kans op volledig herstel, langzamere verbetering van sociaalmaatschappelijk functioneren en een hoger risico op terugval. Hoe eerder de behandeling start, hoe gunstiger de prognose en hoe groter de kans op preventie van een chronisch beloop.



Zorgstandaard *Psychose*, hoofdstuk 2. Over psychotische stoornissen, 2.1 Wat is een psychose.

Voor familie en/of naasten die zien dat hun familielid psychotisch is, kan het niet tijdig hulp willen zoeken door de patiënt lastig zijn. Hun signalen moeten serieus worden genomen. Teams in de specialistische ggz bieden daarom een laagdrempelige mogelijkheid aan voor consultatie. Patiënten, familie en/of naasten, maar ook huisartsen en collega-hulpverleners, kunnen terecht met een niet-pluisgevoel voor overleg over herkenning van en verwijzing bij een mogelijke psychose.



Zorgstandaard *Psychose*, hoofdstuk 3. Vroege onderkenning en preventie, 3.2 Preventie.

Huisarts en POH-GGZ overleggen met de psychiater van het Vroege Interventie Psychose (VIP)-team. De conclusie is dat er geen acuut gevaar lijkt te zijn, maar dat er wel spoedige behandeling nodig is, bij voorkeur op vrijwillige basis. De huisarts verwijst de ouders naar de bijeenkomsten voor naasten van patiënten met vermoedelijk psychotische problemen die nog geen hulp willen van de specialistische ggz. Conform de Zorgstandaard *Psychose* bieden ggz-instellingen deze mogelijkheid, gefinancierd vanuit de WMO.

De ouders bezoeken de wekelijkse bijeenkomsten, die worden geleid door twee sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen (spv). Ze delen hun zorgen over hun zoon en ze krijgen steun van anderen in een vergelijkbare situatie. Verder krijgen ze uitleg over de symptomen van een psychose en over de mogelijkheden voor behandeling en herstel. Ook krijgen ze informatie over hoe de ggz georganiseerd is. De ouders krijgen onder andere het advies om zich zo min mogelijk kritisch tegenover hun zoon op te stellen, en hem als hij uit zijn kamer komt vooral positieve aandacht te geven.

Deze aanpak lijkt te werken in de zin dat de patiënt na twee weken vaker uit zijn kamer komt en weer vrijwel dagelijks 's avonds mee-eet. Het lukt de ouders een beetje met hem te spreken over waar hij mee zit, en hij zegt graag weer naar zijn opleiding te willen, maar niet weet hoe hij dat moet aanpak-

ken. Hij wil hier met zijn ouders niet verder over spreken. Met iemand anders, die verstand heeft van opleidingen en zo, zou hij dat echter wel willen. Hij wil dat gesprek houden in de coffeeshop waar hij zich veilig voelt en hij wil niet dat zijn ouders erbij zijn. De ouders bespreken dit verzoek met de spv tijdens de volgende bijeenkomst.

De spv adviseert hierop de huisarts om de patiënt te verwijzen naar het VIP-team. Zij nemen per direct contact op met de huisarts en garanderen conform de zorgstandaard binnen twee weken een afspraak te zullen maken met de patiënt. Ze bespreken vervolgens in het team hun strategie en het verzoek van de patiënt om hulp bij het hervatten van zijn opleiding.

Dilemma

Het behandelend team ziet het hervatten van de opleiding als een belangrijk doel voor de patiënt en ook als een middel om tot een behandelrelatie te komen. De ouders stellen echter voor dat de patiënt zich per direct uitschrijft om af te zijn van de stress die de opleiding veroorzaakt en zich later misschien voor een opleiding op lager niveau in te schrijven. Wat is nu de beste strategie?

Wat adviseert de kwaliteitsstandaard?

Voor mensen met een eerste psychose ligt het accent op zo snel mogelijk weer oppakken van werk of studie en op aansluiting houden bij hun sociale netwerk en bij de normale ontwikkeling in de leeftijdsgroep.

De beste manier lijkt om ervoor te zorgen dat de band met werk en opleiding behouden blijft of wordt hersteld.



Zorgstandaard *Psychose*, hoofdstuk 6. Herstel, participatie en re-integratie, 6.1 Herstel.



Zorgstandaard *Ernstige psychische aandoeningen*, hoofdstuk 5. Zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen, 5.6 Herstel, participatie en re-integratie.

Het team spreekt af om het eerste contact te laten leggen door de trajectbegeleidster, die gespecialiseerd is in patiënten helpen bij het kiezen, vinden en behouden van werk en opleiding, onder andere door middel van Individuele Plaatsing en Support (IPS). Zij neemt, voor haar eigen veiligheid, een verpleegkundige mee naar de coffeeshop. De trajectbegeleidster weet met de patiënt tot samenwerkingsafspraken te komen wat betreft de opleiding. Ze gaat contact opnemen met de opleiding. De patiënt geeft aan weer contact te willen met enkele vrienden van de opleiding. Deze gebruiken weliswaar allemaal cannabis, maar hij wil ze toch graag behouden als vrienden. Hij wil graag hulp

om hen duidelijk te maken dat hij zelf niet meer wil gebruiken. De verpleegkundige biedt aan hem hierbij te helpen. Aan het eind van het gesprek geven de hulpverleners aan dat ze het belangrijk vinden dat de patiënt ook op korte termijn een gesprek heeft met de psychiater. Ze denken dat de patiënt haar ook nodig heeft om blijvend te stoppen met cannabis, en om te bekijken of hij op lichamelijk gebied niets mankeert.

De psychiater ziet de patiënt binnen een week samen met de verpleegkundige die hem al eerder sprak. De patiënt deelt mee dat hij vanaf zijn vijftiende regelmatig marihuana rookt; hij wordt daar rustiger van. Sinds een maand of drie is hij daarmee gestopt, want hij vond dat de stemmen in zijn hoofd er erger van werden. Toch gelooft hij niet dat de stemmen alleen door de cannabis veroorzaakt worden, want ze zijn er nog steeds. De patiënt zegt dat hij wel eens dialogen hoort van onbekenden, die 'van een andere plaats komen'. Wel vermoedt hij dat het gaat om 'afstanders' die hem 'afscannen' en 'inscannen'. Hij voelt zich niet somber, maar heeft eigenlijk helemaal niet zoveel gevoelens. Hij heeft nooit suïcidale gedachten. Verder gebruikt hij geen medicijnen en is hij lichamelijk gezond. Aan het eind van het gesprek vraagt de patiënt de psychiater of het team soms alleen uit vrouwen bestaat, of dat er ook mannen werken? Na enig doorvragen geeft hij aan dat hij graag met een man zou willen praten over 'je weet wel'. De psychiater geeft aan dat er in het team ook een psycholoog zit, en dat is een man, en dat ze hem zal vragen een afspraak te maken met de patiënt.

De psychiater doet nadere diagnostiek en maakt een persoonlijke structuurdiagnose (Zorgstandaard *Psychose*, hoofdstuk 4 Zorg rondom psychotische stoornissen, 4.3 Diagnostiek en monitoring, 4.3.1 Individueel, categoriaal en dimensionaal profiel), dat een individueel profiel oplevert dat kwetsbaar makende, uitlokkende, onderhoudende en beschermende factoren beschrijft die gevolgen kunnen hebben voor keuzen in de behandeling. Hierbij geeft de psychiater aandacht aan de aanwezigheid van symptomen zoals angst en depressie. Om uit te sluiten dat psychotische symptomen het gevolg zijn van een lichamelijke aandoening, worden een somatische anamnese (inclusief leefstijlanamnese), lichamelijk onderzoek (door een arts) en op indicatie (van een arts) aanvullend laboratoriumonderzoek en neurologisch onderzoek uitgevoerd. Ook wordt bepaald of de psychose het gevolg is van middelengebruik (alcohol, drugs of geneesmiddelen).

Voor het individuele profiel zijn bij psychose de volgende zaken relevant:

- traumatische ervaringen en posttraumatische klachten;
- recente stressvolle levensgebeurtenissen;
- middelengebruik;
- agressie en impulscontrole;

- suïcidaliteit;
- sociaal functioneren voorafgaand aan (en tijdens) de psychose;
- sociale steun in de naaste omgeving;
- etniciteit en cultuur;
- juridische voorgeschiedenis;
- mate van samenwerking tijdens de behandeling.

De uitslag van de aanvullende somatische onderzoeken zijn niet afwijkend. De regiebehandelaar stelt samen met de patiënt en zijn ouders een behandelplan op. Ze spreken ook af hoe ze ervoor gaan zorgen dat de gestelde doelen ook daadwerkelijk worden bereikt.

Dilemma

Sommige teamleden willen nu vooral speelruimte om tot een behandelrelatie te komen met de patiënt. Anderen zijn beducht om zaken over het hoofd te zien of te veel op één spoor terecht te komen. Hoe houdt de regiebehandelaar in de gaten of de behandeling doelmatig en effectief is?

Wat adviseert de kwaliteitsstandaard?

Voor alle patiënten met een psychotische stoornis moet een regelmatige follow-up worden gedaan, zodat veranderingen op tijd gesignaleerd worden en het behandel aanbod aangepast kan worden. Periodiek wordt de zorgbehoefte vastgesteld en geëvalueerd. Bij twijfel of onvoldoende behandel effect wordt een collega of extern expert geconsulteerd. De uitkomsten zijn input voor het individuele behandelplan. Monitoring start bij aanvang van de behandeling. De frequentie van monitoring is in het eerste jaar tweemaal, daarna eenmaal per jaar. Somatische screening, waaronder medicatiemonitoring, is onderdeel van de monitoring, evenals leefstijlmonitoring. *Routine outcome monitoring* (ROM) geeft gestructureerde feedback op het beloop van symptomen, verslaving, somatische problematiek, algemeen functioneren, zorgbehoeften, kwaliteit van leven en tevredenheid met zorg. ROM staat bovenal in dienst van de behandeling. ROM-gegevens worden gebruikt bij de evaluatie van behandeling en begeleiding en als hulpmiddel voor een gesprek met de patiënt over (nieuwe) doelen en interventies.



**Zorgstandaard Psychose, hoofdstuk 4. Diagnostiek en monitoring,
4.1 Diagnostiek, 4.1.8 Onderscheid.**

De patiënt zet weer stappen richting zijn opleiding, maar al snel blijkt dat hij zich niet goed kan concentreren, mede door zijn stemmen en 'afscanners'. Op advies van de psychiater start hij met een antipsychoticum. Hij is bereid dit in te nemen omdat hij de behandelaars inmiddels redelijk vertrouwt en hoop put uit de doelen die ze samen hebben gesteld.

Dilemma

De patiënt heeft op internet gelezen dat er klassieke en moderne antipsychotica zijn. Hij wil graag een modern middel, want dat klinkt hem veel beter in de oren. De psychiater geeft altijd haloperidol als eerste keus, want zo is hij nu eenmaal opgeleid. Welk antipsychoticum moet het worden?

Wat adviseert de kwaliteitsstandaard?

Antipsychotica werken meestal goed tegen psychotische symptomen. Er zijn meer dan vijftien verschillende antipsychotica. De keuze voor een antipsychoticum wordt bepaald op basis van drie aspecten:

- 1 *Effectiviteit.* Clozapine heeft een duidelijk sterker effect op psychotische symptomen, maar clozapine wordt niet als eerste-keuzemiddel voorgeschreven, vanwege een verhoogd risico op agranulocytose. Na clozapine zijn amisulpride en olanzapine relatief effectieve antipsychotica, in vergelijking tot middelen als risperidon, quetiapine, haloperidol en aripiprazol.
- 2 *Bijwerkingen.* Daarin verschillen antipsychotica sterk van elkaar. (Zorgstandaard *Psychose*, hoofdstuk 5 Individueel zorgplan en behandeling, 5.2.5 Medicamenteuze behandeling en bijlage 6 Bijwerkingen van verschillende antipsychotica.)
- 3 *Toedieningsmogelijkheden.* Antipsychotica verschillen in de manieren waarop ze worden gebruikt: dagelijkse inname van tabletten of periodieke toediening van een middel waarbij de medicatie geleidelijk wordt afgegeven in het bloed (depot-antipsychotica).

In de keuze voor een antipsychoticum worden in een individuele afweging voorkeuren, eerdere ervaringen en persoonlijke kenmerken van de patiënt meegenomen, zoals risicoprofiel voor hart- en vaatziekten, etniciteit, lichamelijke problemen (lever- en longziekten), roken, drugsgebruik, slaapproblemen en zwangerschap.



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

In een overleg met de patiënt en zijn ouders zetten ze de voor- en nadelen van diverse middelen op een rijtje en komen ze gezamenlijk tot een keuze. Van het eerste middel ervaart de patiënt vervelende bijwerkingen en daarom stopt hij met het innemen ervan. Het tweede middel tolereert hij goed en zijn symptomen verdwijnen geleidelijk. Ongeveer een halfjaar nadat de symptomen verdwenen zijn, vraagt de patiënt zich af of hij de medicatie weer kan afbouwen.

Dilemma

De patiënt wil graag zo snel mogelijk stoppen met de medicatie, want hij heeft het idee dat hij zich er minder goed door kan concentreren. Zijn ouders vrezen dat hij weer terug zal vallen en dat alles weer opnieuw zal beginnen. Stoppen of niet stoppen?

Wat adviseert de kwaliteitsstandaard?

Hoelang is gebruik van een antipsychoticum nodig? De kansen op een nieuwe psychose en op een (her)opname worden een stuk lager door na de eerste psychose een antipsychoticum te blijven gebruiken. Aan de andere kant zijn er aanwijzingen dat afbouwen van het antipsychoticum het functioneren op lange termijn positief beïnvloedt. Bij patiënten bij wie de psychotische symptomen ten minste een halfjaar weg zijn, is geleidelijk afbouwen te overwegen. De kans dat hierbij de eerste achttien maanden psychotische symptomen weg blijven, is kleiner dan 50%. Bij mensen die meerdere psychosen hebben gehad, is de kans erg klein dat psychotische symptomen wegblijven na het afbouwen van medicatie.

Dat betekent niet automatisch dat langdurig gebruik van een antipsychoticum noodzakelijk is. Bij deze beslissingen wordt het volgende afgewogen:

- impact en betekenis van psychotische symptomen voor de patiënt;
- manieren die hij heeft geleerd om met symptomen om te gaan;
- mogelijk gevaar en schade die het gevolg kunnen zijn van terugkeer van psychose;
- nadelen van langdurig medicatiegebruik voor de patiënt.

Bij een keuze om de medicatie voort te zetten, wordt gezocht naar de laagst mogelijke onderhoudsdosis.



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