

Casuskaart

Auteur: Vos Beerthuis, Jeroen Zoeteman

De burgemeester moet nu een woning regelen, anders doe ik mijzelf en mijn kinderen wat aan!



Zorgstandaarden: Acute psychiatrie,
Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag,
Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts,
generalistische basis GGz en gespecialiseerde GGz

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

De burgemeester moet nu een woning regelen, anders doe ik mijzelf en mijn kinderen wat aan!

Vos Beerthuis, Jeroen Zoeteman

Zorgstandaarden: Acute psychiatrie, Diagnostiek en behandeling van suicidaal gedrag, Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis GGz en gespecialiseerde GGz

De politie vraagt een consult voor een 35-jarige man die 's avonds lopend langs de spoorbaan en in verwarde toestand is aangetroffen. Bij zijn aanhouding zei hij dat er weer ruzie was geweest met zijn buurman. Er zijn volgens hem de laatste tijd al vaker vechtpartijen geweest waar de politie bij is geroepen. De man wil al een tijd een eengezinswoning toegewezen krijgen in plaats van de gehorige flat waarin hij woont. Instanties hebben zijn verzoek afgewezen. De politie moet hem daarom nu maar tegenhouden en ervoor zorgen dat hij de burgemeester te spreken krijgt. Die moet dan snel een woning regelen, want anders zouden er weleens ongelukken kunnen gebeuren. Hij dreigt dat hij dan de buurman of zichzelf en zijn kinderen iets aan zal doen. Bij zijn aanhouding ruikt de patiënt naar alcohol. De politie laat hem geboeid in een cel zitten omdat hij zegt de boel te verbouwen als het nog lang duurt.

Dilemma

Voordat de acut-psychiatrisch hulpverlener vertrekt om het consult uit te voeren, vraagt hij zichzelf af of hij de politie zal vragen om naasten (is er een partner?) op te sporen en naar het bureau te laten komen. Is dat gegeven het beroepsgeheim wel toegestaan zonder eerst de patiënt zelf te spreken en daarvoor toestemming te vragen?

Wat adviseert de kwaliteitsstandaard?

Goed contact met naasten is meestal een beschermende factor voor suïcide. Suïcidale personen zoeken veel eerder en vaker steun bij hun ouders, partners, (volwassen) kinderen en vrienden dan bij professionals. Zij zijn vaak iemands belangrijkste

steunpilaar. Er moet daarom altijd aan de patiënt worden gevraagd wie zijn belangrijkste naasten zijn en op welke manier zij bij de diagnostiek en behandeling betrokken kunnen worden. De politie kan dit ook alvast aan de patiënt vragen. Een slechte relatie met naasten is een risicofactor voor suïcide en kan aan suïcidaal gedrag ten grondslag liggen; bijvoorbeeld als er conflicten zijn of sprake is van seksueel misbruik.



Zorgstandaard *Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*, hoofdstuk 5. Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag, 5.1 Inleiding, 5.1.2 Samenwerking en ondersteuning naasten.

De psychiater komt samen met twee agenten de cel binnen en ziet een geboeide, gespierde man met bloeddoorlopen ogen en een kaalgeschoren schedel met flink wat tatoeages in de nek, op de armen en handen. De psychiater ziet dat er bij de patiënt drie puntjes op de hand zijn getatoeëerd. Deze tatoeage wordt vaak aangetroffen bij mensen die veel met de politie in aanraking zijn geweest en/of in detentie hebben gezeten en staat voor: ‘pestpokken aan de politie’. Als hij met de agenten alleen is, vraagt de psychiater naar ‘antecedenten’, dat wil zeggen of er in het verleden proces-verbaal is opgemaakt tegen de man en of hij vervolgd en veroordeeld is geweest.

Als de psychiater zich voorstelt, begint de patiënt hem en de instelling waarvoor hij werkt direct voor de roef vis uit te maken: ‘Jullie zijn een stelletje imbecielen die nog nooit iets voor me hebben gedaan.’ Hij kondigt verder enigszins met dubbele tong aan dat hij niks meer gaat zeggen als de agenten in de cel blijven en hij geen sigaret krijgt.

Dilemma

De psychiater merkt op dat de patiënt met dubbele tong spreekt en vraagt zich af of het zijn taak is om het gebruik van psychoactieve stoffen uit te vragen en eventueel een lichamelijk onderzoek te verrichten.

Wat adviseert de kwaliteitsstandaard?

De acuut-psychiatrisch hulpverlener vormt een oordeel over welke psychoactieve stof de persoon en in welke hoeveelheid heeft gebruikt voorafgaande aan het consult. Ook voert een verpleegkundige of arts somatische controles uit. Indien nodig, werkt de (voorwacht van de) crisisdienst voor deze zorg samen met de huisarts en/of SEH.



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

De psychiater vraagt zich af of hij zelf eerst psychiatrisch onderzoek zal doen of eerst de patiënt somatisch al (laten) screenen.

Wat adviseert de kwaliteitsstandaard?

Voor de beoordeling van personen die onder invloed zijn, geldt dat eerst een somatische screening plaatsvindt. Hoofdstuk 24 van het *Handboek spoedeisende psychiatrie* (Medema, Krul & Zoeteman, 2017) dient hierbij als leidraad. De arts kan geneesmiddelen toedienen om het afvoeren van aanwezige giftige stoffen in het lichaam te starten. Daarnaast zijn er voor verschillende verslavende middelen (regionale) specifieke protocollen opgesteld.



Zorgstandaard *Acute psychiatrie*, hoofdstuk 5. Hulpverlening aan personen in een crisissituatie, 5.3 Diagnostiek, 5.3.3 Stap 3: Persoon wacht thuis of vervoer naar locatie voor beoordeling.

Anamnese

De patiënt steekt een tijdje af over zijn buurman die volgens hem zo asociaal is dat er niet naast te wonen valt. Die man heeft het er zelf naar gemaakt dat de patiënt hem met een honkbalknuppel heeft geslagen. 'Hij heeft een bord voor zijn kop'.

De patiënt is ook nog zijn baan als magazijnbediende kwijtgeraakt. Hij is twee maanden terug ontslagen omdat hij te vaak te laat kwam en zonder opgaaf van reden wegbleef. De chef heeft zich niet aan de afspraken gehouden, vindt de patiënt, en daarom zit hij nu zonder geld. De patiënt erkent dat hij banen nooit lang heeft volgehouden. Hij geeft als reden een gokverslaving waardoor hij werd opgejaagd door schuldeisers voor wie hij zich moest schuilhouden. Deze schuldeisers zijn er ook de oorzaak van dat de patiënt en zijn vrouw hun woning hebben moeten verkopen waarna hij van de gemeente hun huidige veel kleinere en zo gehorige flat kreeg toegewezen. Daarna vertelt hij 'het leven niet meer te zien zijn'. Hij zegt dat hij enkele uren geleden een handvol diazepam heeft geslikt.

Dilemma

Dit is de zoveelste keer in korte tijd dat deze patiënt langs het spoor loopt en op externaliserende wijze zijn verhaal doet tegen de crisisdienst. De acuut-psychiatrisch hulpverlener krijgt de neiging hem zonder al te veel onderzoek en behandeling naar huis te sturen. Toch twijfelt hij, want het is niet uit te sluiten dat ook deze man een keer een, wel of niet impulsieve, suïcidepoging doet met ernstige gevolgen.

Wat adviseert de kwaliteitsstandaard?

Chronisch suïcidaal gedrag bestaat uit jarenlange en vaak dagelijkse suïcidale gedachten (soms bijna onophoudelijk). Tijdens deze periode komen suïcidepogingen regelmatig voor. Bij chronisch suïcidaal gedrag ligt het gevaar op de loer dat hulpverleners dit gedrag niet meer serieus nemen. Het gedrag komt echter wel degelijk voort uit ernstige psychische nood.

In tegenstelling tot acuut suïcidaal gedrag, dat de bereidheid vraagt actief en direct te streven naar veiligheid, vereist chronisch suïcidaal gedrag geduld. Geduld vraagt van de hulpverlener het vermogen intense gevoelens van de patiënt te absorberen, niet onmiddellijk tot actie over te gaan, maar een atmosfeer van betrokkenheid en nieuwsgierigheid te creëren zonder moreel oordeel.

Een ander risico is dat de hulpverlener gaat handelen vanuit tegenoverdracht. Bij chronisch suïcidaal gedrag kenmerkt dit zich door agressie, onmacht en afwijzing. Tegenoverdracht kan zich gemaskeerd voordoen, bijvoorbeeld in geprojecteerde vorm waarbij de hulpverlener zich laat leiden door de angst dat de patiënt zich zal suïcideren. Mensen met chronische suïcidaliteit mogen verwachten dat informatie van andere behandelaars binnen de organisatie bekend is en dat nieuwe of waarnemend hulpverleners aansluiten bij een lopende behandeling.



Zorgstandaard *Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*, hoofdstuk 5. Diagnostiek en behandeling suïcidaal gedrag, 5.4 Behandeling, begeleiding en terugvalpreventie, 5.4.2 Behandeling suïcidaal gedrag.

Dilemma

De acuut-psychiatrisch hulpverlener schat op grond van zijn klinische indruk in dat het suïciderisico laag is, maar vraagt zich af of en hoe hij de ernst en de urgentie van de suïcidaliteit toch meer systematisch moet vaststellen.

Wat adviseert de kwaliteitsstandaard?

Aandachtspunten voor het inschatten van de ernst van de situatie bij suïcidaal gedrag zijn lichamelijk toestand, psychiatrische comorbiditeit, gestoorde impulscontrole, wanhoop (*entrapment*) en wel of niet uitgewerkt suïcideplan, de voorgeschiedenis en de sociale context. Bij de triage speelt ervaring en kundigheid van de professional een belangrijke rol. Deze zal bepalen of de zorg acuut, intensief, specialistisch en eventueel gedwongen geboden moet worden, of dat een reguliere, laag-intensieve of zelfhulpbehandeling gestart kan worden, bijvoorbeeld via 113 Online, een crisislijn die 7/24 uur bereikbaar is.

Tussen de uitersten van opname en zelfhulp bevindt zich een uitgebreid palet aan behandelmogelijkheden. De ernst van de situatie kan niet worden gezien als een optelsom van scores op de genoemde aandachtspunten. In bepaalde situaties verschillen sommige aandachtspunten zwaarder wegen dan andere. Bij twijfel is het aan te raden advies of een psychiatrische anamnese en onderzoek door een psychiater te vragen bij de spoedeisende of consultatieve psychiatrie.



Zorgstandaard *Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*, hoofdstuk 5. Diagnostiek en behandeling suïcidaal gedrag, 5.3 Diagnostiek, 5.3.1 Onderzoek naar ernst en urgentie (triage).

Aanvullend onderzoek en beleid

Vanwege de opmerking van de patiënt dat hij enkele uren geleden een handvol diazepam heeft ingenomen, wordt besloten hem geboeid en onder begeleiding van twee agenten per ambulance over te brengen naar het ziekenhuis om zijn maag leeg te laten pompen. Er worden wat resten van tabletten diazepam aangetroffen die volgens de patiënt aan zijn vrouw waren voorgeschreven. Bij oriënterend intern en neurologisch onderzoek worden geen afwijkingen gevonden. Het laboratoriumonderzoek levert lichte leverfunctie toernissen op en een bloedalcoholgehalte van 0,8 promille. Als een agent na het onderzoek op de spoedeisende hulp (SEH)-afdeling de boeien weer vast wil maken, slaat de patiënt hem hard in het gezicht. De agent loopt daarbij een forse wond pal boven zijn oog op.

De agenten willen de man een nacht in de cel houden en de volgende dag vervolgen wegens geweldpleging. Zij vragen of de psychiater dit een goed idee vindt, of hij adviezen heeft over hoe ze moeten reageren als hij dreigt dat hij zich zal suïcideren als hij geen grotere woning krijgt, en wat zijn verdere beleid is.

Dilemma

De psychiater vindt dat de wet zijn loop moet hebben, maar vraagt zich anderszinds af of deze patiënt niet te gestoord is om een nacht in de cel te verblijven. Welke zaken moet hij afwegen voordat besloten wordt om de patiënt op het bureau te laten verblijven of terug te laten gaan naar huis?

Wat adviseert de kwaliteitsstandaard?

Als de persoon weer naar de eigen situatie teruggaat, moet er aandacht zijn voor relationele of maatschappelijke aspecten. De psychiatrisch hulpverlener moet goed inschatten of de persoon door de interventie meer stabiel is of dat er extra ondersteuning moet worden geregeld en zo ja, welke. Daarbij zal de benodigde informatie moeten worden overgedragen aan de vervolgzorg en aan de naasten, rekening houdend met de privacywetgeving.



Zorgstandaard *Acute psychiatrie*, hoofdstuk 4. Patiëntenperspectief, 4.3 Kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief, 4.3.7 Adequaat aanbod van crisisinterventies.

Dilemma

De psychiater vindt dat de naasten van de patiënt ingelicht moeten worden over deze crisissituatie, maar vraagt zich af wie dat zijn, en door wie en wanneer dit zou moeten gebeuren? En wat te doen als de patiënt dit niet wil?

Wat adviseert de kwaliteitsstandaard?

Na de crisisinterventie informeert de psychiatrisch hulpverlener verschillende partijen: de betrokken partijen bij de crisis en de eventuele regiebehandelaar van de persoon. Voor het terugkoppelen van medische gegevens is toestemming nodig en dient de richtlijn over het omgaan met medische gegevens van de KNMG als uitgangspunt (KNMG, 2016).

De naasten van de persoon ontvangen een zo volledig mogelijke terugkoppeling. In de *NHG-Richtlijn Informatie-uitwisseling huisarts-tweedelijns GGZ* (NHG/GGZ Nederland, 2011) staat aangegeven dat vanuit de psychiatrische hulpverlening uiterlijk de dag na de crisisinterventie informatie moet worden doorgegeven aan de huisarts. Alleen als de persoon actief aangeeft een uitwisseling met de huisarts te willen, doet de psychiatrische hulpverlening dit niet, tenzij zij op grond van de genoemde richtlijnen toch oordeelt dat informatie-uitwisseling nodig is. De zorgstandaard *Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ* (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling

GGz, 2016) en de *Handreiking regionale samenwerkingsafspraken HAP + acute GGZ* (InEen, 2016) beschrijven welke gegevensuitwisseling nodig is tussen de huisarts en de ggz.



Zorgstandaard Acute Psychiatrie, hoofdstuk 5. Hulpverlening aan personen in een crisissituatie, 5.5 Monitoring.

Literatuur

- Medema, S., Krul, J., & Zoeteman, J. (2017). Middelgerelateerde en verslavingsstoornissen. In: A. Achilles, V. Beerthuis, W. van Ewijk & J. Zoeteman (red.). *Handboek spoedeisende psychiatrie* (pp. 417-442). Utrecht: De Tijdstroom.
- InEen (2016). *Handreiking regionale samenwerkingsafspraken HAP + acute GGZ*. Utrecht: InEen.
- KNMG (2016). *KNMG-Richtlijn Omgaan met medische gegevens*. Utrecht: KNMG.
- Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz (2016). *Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis GGz en gespecialiseerde GGz*. Utrecht: Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz.
- NHG/GGZ Nederland (2011). *NHG-Richtlijn Informatie-uitwisseling huisarts tweedelijns GGz*. Utrecht: NHG.