

Acute psychiatrie voor de huisarts

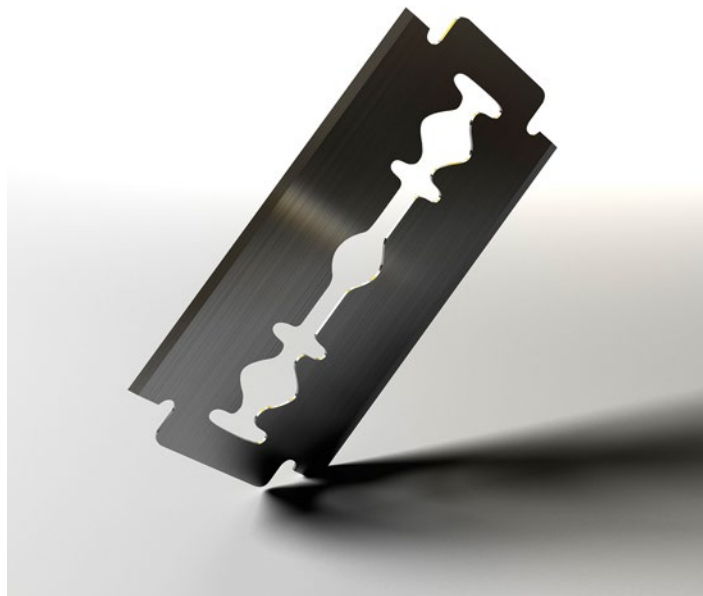
Dorien Cohen Stuart

Het komt niet vaak voor dat mensen in acute psychische nood een beroep doen op de huisarts, maar als dat gebeurt is het indringend en intensief voor alle betrokkenen: huisarts, poh-ggz en patiënt, maar ook naasten en ggz-behandelaars. Samenwerking met alle partijen is daarom essentieel. De *Generieke module Acute Psychiatrie* geeft handvatten voor deze samenwerking. De rol van de huisarts en poh-ggz is het signaleren van een crisis, het initiëren van een behandeling, verwijzen en ondersteunen bij herstel. Veelvoorkomende manifestaties van een psychische crisis zijn agitatie, angst en suïcidaal gedrag, die elk een eigen aanpak vereisen. In al deze situaties kunnen juist de nabijheid van de huisarts en diens specifieke vaardigheden – vraagverheldering, luisteren en meedenken – een belangrijke, de-escalerende bijdrage leveren.

EEN MAN VAN 65 JAAR

Een Surinaamse man van 65 jaar, u kent hem als joviaal en vriendelijk, vertelt dat het niet goed met hem gaat. Hij is somber, slaapt slecht en kan zelfs bijna niet meer genieten van zijn kleinkinderen. Hij gaat over drie maanden met pensioen, maar piekert de laatste tijd steeds meer over zijn baas die hem jarenlang heeft gediscrimineerd. Hij vindt dat hij zijn collega's niet in de steek kan laten door zich ziek te melden, maar houdt het werken eigenlijk niet meer vol. Hij weet niet wat hij moet doen en denkt regelmatig aan suicide als oplossing. Na een aantal gesprekken met de huisarts en de poh-ggz besluit hij vervroegd met pensioen te gaan. Hij is zichtbaar opgelucht en de suïcidaliteit is verdwenen.

Het komt niet vaak voor dat mensen in acute psychische nood een beroep doen op hun huisarts – per normpraktijk worden per jaar ongeveer tien patiënten verwezen naar de crisisdienst – maar als het gebeurt, is het indringend en intensief voor alle betrokkenen.¹ Een psychische crisis ontstaat doordat het evenwicht tussen belastbaarheid en belasting ernstig verstoord is. Het eerste wat belangrijk is, is dat de huisarts of poh-ggz probeert te begrijpen waardoor de crisis is ontstaan en probeert aan te sluiten bij de emoties en gedachten van de patiënt.² Als de patiënt zich gehoord voelt, kan de huisarts of poh-ggz samen met hem of haar naar een oplossing zoeken. Het is belangrijk ook de naasten van de patiënt daarbij te betrekken, zodat er een samenwerking ontstaat tussen de patiënt, diens naasten en de huisarts of poh-ggz.³ In psychische crisissituaties is goede samenwerking onmisbaar, ook met andere hulpverleners. Er is geen NHG-Standaard Acute psychiatrie, maar er is wel een *Generieke module Acute psychiatrie*, met handvatten voor effectieve eerstelijns



Agitatie, angst en suïcidaal gedrag zijn drie veelvoorkomende manifestaties van psychische crises.

Foto: iStock

hulp bij een psychische crisis.⁴ In deze nascholing bespreken we deze module en geven we praktische handvatten voor het omgaan met patiënten in drie veelvoorkomende crisissituaties.

SAMENWERKEN IN DE ACUTE PSYCHIATRIE

In de *Generieke module Acute psychiatrie* is een belangrijke plaats ingeruimd voor de 'crisiskaart' [figuur 1], een persoonlijk document met praktische adviezen over een effectieve benadering en behandeling van de patiënt. De patiënt stelt deze samen op met de behandelaar.⁴ De crisiskaart wordt op dit moment landelijk ingevoerd en zal dus ook bij huisartsen meer in beeld komen.⁵

De generieke module regelt verder de samenwerking tussen hulpverleners en een aantal knelpunten daarin die door de LHV en het NHG gesignaleerd zijn. Zo mag de wachttijd vanaf de melding bij de crisisdienst tot het contact met een behandelaar maximaal 15 minuten zijn, mogen eventuele discussies over interpretatieverschillen niet worden gevoerd zolang de crisis nog niet is afgehandeld en wordt beschreven welke hulpverlener verantwoordelijk is bij overdrachtmomenten.

De rol van de huisarts

De rol van de huisarts bij patiënten in een psychische crisis bestaat uit signaleren, initiëren van een behandeling, verwijzen en ondersteunen bij herstel. De huisarts moet dus weten hoe men omgaat met patiënten in acute psychische nood en welke huisartsgeneeskundige behandelmogelijkheden er zijn. Een essentieel bestanddeel in de benadering van een psychische crisis is een onbevangen, open en niet-stigmatiserende houding, zodat er ruimte ontstaat om gezamenlijk te zoeken naar een oplossing.³ De huisarts, die nabij en bekend is, biedt een veilige omgeving. Huisartsgeneeskundige competenties zoals vraagverheldering, luisteren en meedenken kunnen veel bijdragen aan het oplossen van de crisis. Een luisterend oor en empathie alleen al werken de-escalerend.¹

Agitatie, angst en suïcidaal gedrag zijn drie veelvoorkomende manifestaties van psychische crises. Ze hebben elk hun eigen aanpak, die we hieronder zullen bespreken.

AGITATIE

Agitatie is een toestand waarin de patiënt extreem opgewonden is, wat tot uiting komt in verbale of motorische onrust.⁶ De oorzaken zijn divers: psychose, drugsgebruik, dementie of een verstandelijke beperking.⁷

Om goed in contact te kunnen komen met een geagiteerde patiënt moet men allereerst aan de eigen veiligheid denken, bijvoorbeeld door positie te kiezen tussen de deur en de patiënt in. Als de huisarts of poh-ggz zich niet veilig voelt, moet deze politie of andere hulpverleners inschakelen. Rustig contact maken, de ruimte van de patiënt respecteren en geruststellende woorden en heldere zinnen gebruiken, helpen het contact tot stand te brengen en werken de-escalerend. Ook helpt het te zoeken naar iets waar je het samen over eens bent. Het is belangrijk de waarheid van de gedachten van de patiënt te erkennen, hoe onbegrijpelijk die soms ook is. Daarmee voelt de patiënt zich gehoord en kun je contact krijgen over de spanning die de gedachten veroorzaken [**kader**].

Als er goed contact is, ontstaat er een werkrelatie. Dan kun je samen met de patiënt en diens naasten gaan zoeken naar de oorzaak van de agitatie, en samen tot een oplossing komen. Bij een psychose en bij druggebruik is vaak medicatie nodig (zie verder). Bij dementie is het belangrijk een delier uit te sluiten. Bij patiënten met een verstandelijke beperking is het inschakelen van een vertrouwd persoon meestal voldoende om de situatie te de-escaleren.⁶

DE KERN

- In acute psychische crises is samenwerking tussen huisarts, poh-ggz, patiënt, naasten en andere hulpverleners van groot belang.
- De crisiskaart is een hulpmiddel bij het behandelen van patiënten in acute psychische nood.
- Luisteren, begrip tonen en aansluiten bij de patiënt zijn belangrijk en kunnen de-escalerend werken.

KADER. TIEN MANIEREN VOOR DE-ESCALATIE

1. Respecteer de persoonlijke ruimte van de patiënt.
2. Ga niet direct voor de patiënt staan, laat zien dat je de patiënt geen kwaad wilt doen [handen in het zicht, niet gesloten, geen gesloten houding, geen starend oogcontact].
3. Probeer verbaal contact te maken:
 - a. laat slechts één iemand met de patiënt praten;
 - b. spreek duidelijk en in rustig tempo;
 - c. introduceer jezelf en verschaft informatie, uitleg en geruststelling;
 - d. wees empathisch en respectvol, maar resoluut over grenzen en veiligheid.
4. Wees beknopt, houd het simpel en herhaal.
5. Betrek de patiënt zoveel mogelijk bij de interventies.
6. Luister goed naar wat de patiënt zegt en probeer dat te begrijpen, paraphraseer nadrukkelijk.
7. Zoek een onderwerp waarover je het eens kunt zijn.
8. Vertel de patiënt wat wel en niet acceptabel is en spreek de patiënt aan op onveilig of ongepast gedrag.
9. Geef de patiënt een keuze [medicatie] en schets het perspectief.
10. Bespreek na afloop de situatie met de betrokkenen.

Bron: Luykx 2017.⁹

Figuur 1

De crisiskaart



Bron: www.crisiskaart.nl.

Medicatie

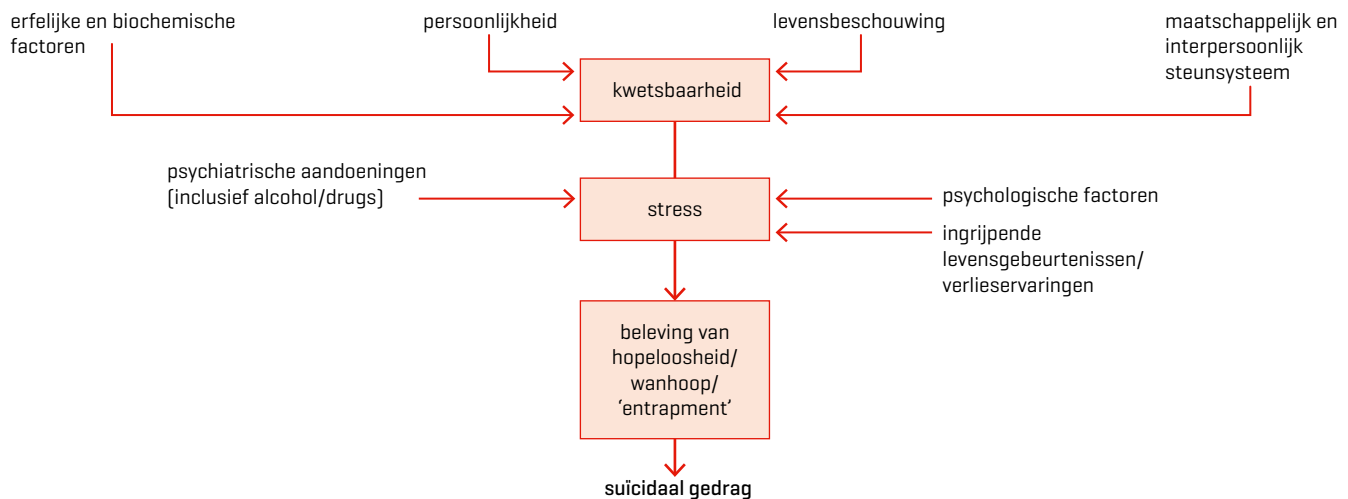
De medicamenteuze aanpak van agitatie bestaat uit neuroleptica en benzodiazepines.⁶ De huisarts kan als eerste interventie lorazepam of haloperidol toepassen. Alle patiënten met agitatie kunnen worden behandeld met lorazepam, 1 à 2,5 mg per os.⁸ Haloperidol wordt gebruikt bij volwassenen met een psychose en bij ouderen met agitatie. De gebruikte doseringen zijn 5 mg bij psychose en 1 à 2 mg bij ouderen. Bij ouderen moet men overigens niet te snel medicatie overwegen, want bij hen is de kans op bijwerkingen groter.

ANGST

Angst is niemand vreemd, maar abnormale angst ontstaat zonder begrijpelijke dreiging. Een paniekaanval is plotsse

Figuur 2

De rol van kwetsbaarheid, stress en entrapment bij suïcidaal gedrag



Bron: Van Hemert 2012.¹³

hevige angst die gepaard gaat met lichamelijke en psychische symptomen.⁹

Iemand die in paniek is, heeft hulp nodig om te kalmeren. Het helpt als de huisarts, de poh-ggz en de praktijkassistentes een rustige houding hebben en als er een rustige plek is waar de patiënt de tijd en de ruimte heeft om te aanval te doorstaan. Ook helpt uitleg over de juiste (buik)ademhaling en de lichamelijke effecten van paniek. Als de patiënt tot rust is gekomen, kan de huisarts of poh-ggz verdere uitleg geven over angst en paniek. De NHG-Standaard Angst helpt bij het verdere beleid.⁹ Patiënteninformatie over angst- en paniekstoornissen is te vinden op www.thuisarts.nl.

Het is van belang een eventuele somatische oorzaak uit te sluiten. Deze kan zo nodig behandeld worden nadat de eerste paniek is afgenomen.⁶ De meest voorkomende somatische aandoeningen die tot een angstaanval kunnen leiden, zijn:

- angina pectoris
- pneumothorax
- exacerbatie COPD
- hartritmestoornis
- astma

Medicatie

Als praten (bijna) onmogelijk is, kan medicatie noodzakelijk zijn. Bij heftige angst zijn benzodiazepines de eerste keus, bijvoorbeeld alprazolam 0,5 tot 1 mg of lorazepam 1 tot 2,5 mg per os.¹⁰

SUÏCIDAAL GEDRAG

'Suïcidaal gedrag' is een verzamelbegrip voor suïcidale gedachten, plannen en suïcide pogingen. Dit gedrag heeft grote impact op de naasten en op hulpverleners, die alles op alles zetten om suïcide te voorkomen.¹¹

Suïcidaal gedrag komt voort uit een ernstig verstoord evenwicht tussen de kwetsbaarheid van de patiënt, stressfactoren en beschermende factoren.¹² Er ontstaat een bewustzijnsvernauwing, *entrapment* genoemd, waardoor de patiënt geen andere uitweg meer ziet dan suïcide [figuur 2].

Het is essentieel dat de huisarts of poh-ggz de suïcidale gedachten en plannen onbevangen en begripvol bespreekt.¹⁴ Daarbij kan men onderzoeken welke factoren hebben bijgedragen aan de suïcidale gedachten en begrijpen waardoor de patiënt klem zit. De meeste mensen met suïcidaal gedrag willen niet dood, maar willen niet verder leven zoals het nu is.¹² Dat geeft ruimte om samen te zoeken naar mogelijke alternatieven, die de patiënt niet meer kan zien. Op het moment dat er perspectief ontstaat, is het acute gevaar vaak al afgewend. Als de acute suïcidaliteit onvoldoende afneemt, is verwijzing naar de ggz noodzakelijk.

Als de patiënt zich gehoord voelt,
kan de huisarts samen
met hem of haar
naar een oplossing zoeken

Bij de hulp aan mensen met suïcidaal gedrag zijn diens naasten van groot belang.¹⁴ Ze kunnen een bondgenoot zijn voor de huisarts en een beschermende en steunende factor voor de patiënt. Goede informatie voor naasten is te vinden in de zelfmoordpreventiewijzer op www.113.nl.

CONCLUSIE

Bij acute psychische crisissituaties is goede samenwerking met de patiënt, diens naasten en alle hulpverleners van groot belang – de *Generieke module Acute psychiatrie* geeft daarvoor een aantal heldere handvatten.⁴ Binnen deze samenwerking is de taak van de huisarts het signaleren, initiëren van behandeling, verwijzen en ondersteunen bij herstel. In het algemeen werken goed luisteren, aansluiten bij het verhaal van de patiënt en begrijpen hoe de crisis is ontstaan al de-escalerend. Zo nodig kan met een klein arsenaal aan middelen de eerste medicatie gegeven worden.

Juist de nabijheid en toegankelijkheid van de huisarts kunnen van groot belang zijn in een crisis

Juist de nabijheid en toegankelijkheid van de huisarts en diens specifieke competenties, zoals verhelderen van de hulpvraag, luisteren en meedenken, kunnen belangrijk zijn voor patiënten in acute psychische nood. Bij het zoeken naar een oplossing voor de crisis is het zaak de gezamenlijke kennis en kunde – en verantwoordelijkheid – te mobiliseren van de patiënt, diens naasten en de ggz. ■

DANKBETUIGING

Met dank aan Esther Wijnheijmer, Marian Oud en Marianne Dees, allen huisarts, en Aram van Reijssen, psychiater, voor kritisch meeziën.

LITERATUUR

1. Dopper J, Van Avendonk A, Emaus C, Hogendorp J, Moolenburgh H, Oud, M. NHG/LHV-standpunt Geestelijke gezondheidszorg in de huisartsenzorg. Utrecht: NHG/LHV, 2015.
2. Vink M, Groot B, Schout G, Abma T, Huberts M. Goede zorg bij crisis: het belang van contact. Amsterdam: Centrum voor Cliëntervaringen, 2017.

3. Generieke module Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek. Utrecht: Kwaliteitsontwikkeling GGz, 2016. www.ggzstandaarden.nl, geraadpleegd september 2018.
4. Generieke module Acute psychiatrie. Utrecht: Kwaliteitsontwikkeling GGz, 2017. www.ggzstandaarden.nl, geraadpleegd september 2018.
5. ZonMw stimuleert gezondheidsonderzoek en zorginnovatie. Den Haag, ZonMw, 2018. <https://www.zonmw.nl/nl>, geraadpleegd september 2018.
6. Luyckx JJ, Moret-Hartman M, Tempelaar WM, Tijdink JK, Vinkers CH, De Witte LD. Acute psychiatrie. Alphen a/d Rijn: Van Zuiden, 2017.
7. Luyckx JJ, Tijdink JK, Tempelaar W, Vinkers CH, De Witte L. Acute psychiatrie binnen en buiten het ziekenhuis: Wat is de beste aanpak? *Ned Tijdschr Geneesk* 2018;162:D2387.
8. Bak M, Van Os J, Marcelis M. Acute ingrijpmedicatie; literatuuroverzicht en aanbevelingen. *Tijdschr Psychiatr* 2011;53:727-37.
9. Hassink-Franke L, Terluin B, Van Heest F, Hekman J, Van Marwijk H, Van Avendonk M. NHG-Standaard Angst. *Huisarts Wet* 2012;55:68-77.
10. Van Balkom AL, Van Vliet IM, Emmelkamp PM, Bockting CL, Spijker J, Hermens ML, et al. Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen (Derde revisie). Utrecht: Trimbos-instituut, 2013. <https://www.ggzrichtlijnen.nl>, geraadpleegd september 2018.
11. Schippers E. Kamerbrief over de landelijke agenda suïcidepreventie en Jaarrapportage vermindering suïcidaliteit 2013. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2013.
12. Kerkhof AJ, Van Luyn JB. Suïcidepreventie in de praktijk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2010.
13. Van Hemert AM, Kerkhof AJ, De Keijser J, Verwey B, Van Boven C, Hummelen JW, et al. Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Utrecht: De Tijdstroom/Trimbos-instituut, 2012. <https://www.ggzrichtlijnen.nl>, geraadpleegd september 2018.
14. Generieke module Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Utrecht: Kwaliteitsontwikkeling GGz, 2018. www.ggzstandaarden.nl, geraadpleegd september 2018.

Cohen Stuart C. Acute psychiatrie voor de huisarts. *Huisarts Wet* 2018;61:DOI:10.1007/s12445-018-0304-z.
Huisartsenpraktijk Johan de Witt, Arnhem: D. Cohen Stuart, huisarts, kaderarts ggz, doriencs01@gmail.com.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.