

Niet alle spoed heeft haast

JOOST ZAAT, NOEK VAN BAKEL

Inleiding

Patiënten hebben soms een heel ander idee van spoed dan de dokter.¹ Het komende NHG-congres gaat uit van spoedeisende geneeskunde als 'zorg passend bij een directe actie vereisende hulpvraag met een vanuit medisch en/of patiëntenperspectief potentieel ernstige consequentie.' Huisartsen en patiënten verschillen echter nogal eens van mening over de potentiële ernst. Soms past de neiging van patiënten om alles spoed te noemen in hun ziektebeeld. Verandering van spoedeisend gedrag van de patiënt kan dan een van de doelen van de hulpverlening zijn.

Casus

Als ik (JZ) van vakantie terugkom, blijkt de praktijk verrijkt met een aantal nieuwe patiënten. Mijn collega's schreven in drie weken tijd een stapel briefjes over Kees. Kees woont sinds kort in de wijk, samen met zijn moeder. De vorige huisarts stuurde een dik dossier. In combinatie met de acht waarneembriefjes belooft dat niet veel goeds. In de gegevens lees ik dat Kees op dat moment 26 jaar is en vanaf zijn 19e denkt dat hij elk moment een hartstilstand kan krijgen. Diverse keren is hij op de EHBO beland, niet alleen met eigen vervoer, maar ook op advies van dokters per ambulance. Kees is ook een aantal keren psychotisch op de PAAZ en in een APZ opgenomen geweest. Na het uitraken van zijn verkerking sneed hij zichzelf uit liefdesverdriet met glas in zijn armen. Volgens de psychiaters heeft hij een waanstoornis met somatisatie. Zelf vindt hij dat hij van tijd tot tijd psychotisch is; dan 'heb ik hyperventilatie'.

Kees wordt begeleid door een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige (NvB) uit een het Team Integrale Zorg (TIZ), een 'intensief case management'-team, dat ook de medicatie en de bijna dagelijkse zorg regelt. Een van de doelen van het TIZ is Kees zoveel mogelijk uit de intramurale zorg te houden. Dat lukt niet steeds, want Kees blijkt uiteindelijk in mijn vakantie opnieuw opgenomen.

Samenvatting

Zaat JOM, Van Bakel N. Niet alle spoed heeft haast. Huisarts Wet 2000; 43(12):535-7.

Acute psychiatrische problemen vormen slechts een klein deel van de spoedgevallen in de huisartspraktijk. Psychiatrische patiënten kunnen in het kader van hun aandoening klachten frequent als spoedeisend presenteren. Er is nauwelijks onderzoek over het handelen van huisartsen bij acute psychiatrische aandoeningen en ook niet over het effect van interventies. Het veranderen van de spoedvragen tot normale intensieve zorg vergt vaardigheid en geduld van huisarts en sociaal-verpleegkundige.

dr. J.O.M. Zaat, huisarts, Fluitekruid 13, 1441 XP Purmerend.
mw. N. van Bakel, sociaal-psychiatrisch verpleegkundige.
Correspondentie: dr. J.O.M. Zaat;
e-mail j.zaat@zap.a2000.nl

Na zes weken wordt Kees ontslagen en belt hij op tijdens het spreekuur. Een van de assistentes, die hem nog niet kent, verbindt hem door: 'Ik heb een mijnheer aan de lijn die hartstikke benauwd is; hij wil niet wachten tot je klaar bent'.

'Dokter, ik ga dood, u moet nu komen want ik krijg een hartstilstand. Hoor je, zo kan het niet, ik krijg geen lucht en kan niet denken, u moet nu komen.' Kees struikelt over zijn woorden en gaat steeds harder gillen. Met die acute somatische nood zal het wel meevallen, maar ik durf er niet op te vertrouwen dat er ook geen enkele acute psychiatrische nood is. Aan de andere kant is het met een volle wachtkamer en een gevulde agenda niet aantrekkelijk om direct te gaan kijken. Toch doe ik dat.

Acute psychiatrische hulpvragen

De diverse huisartsenregistraties geven geen informatie over acute psychiatrische

hulpvragen. *Ebbens & De Bruijne* publiceerden eerder dit jaar cijfers over het dienstgebruik in Almere: 6 procent van de 1627 contacten had betrekking op een psychische aandoening.² Maar in deze inventarisatie ging het alleen om cijfers in de nachtdienst. *De Bakker et al.* troffen in hun secundaire analyse van de eerste Nationale Studie (uit 1987-88) alleen hyperventilatie aan in de top-tien van spoedvisites.³

Over acute psychiatrische problemen blijkt weinig te worden geschreven in *Huisarts en Wetenschap*. In 42 jaargangen verschenen 119 bijdragen met het trefwoord 'psychiatrie', maar slechts acht behandelden acute psychiatrische problemen: vier over suïcide,⁴⁻⁷ en vier over opnamen of crisisinterventie.⁸⁻¹¹ In al deze gevallen gaat het echter om boekbesprekingen, beschouwingen of lezingen; oorspronkelijk onderzoek ontbreekt. *Van der Velden* stelt terecht dat op het grote terrein van de psychische problemen acute psychiatrische problemen maar een zeer klein hoekje vormen.

Ook elders is er weinig te vinden over het aanbod van acute psychiatrische problemen aan de huisarts. Zoeken in PubMed (op 4 juni 2000) met 'psychiatry AND (general pract* OR family pract*) AND (urgent OR acute OR admission OR suicide)' leverde weliswaar 89 artikelen op, maar niet een daarvan beschrijft wat huisartsen met acute problemen doen.

Veel huisartsen ervaren acute psychiatrie tijdens diensten als zeer belastend: het kost zeeën van tijd, patiënten zijn soms dreigend en agressief, en het afnemen van een anamnese verloopt vrijwel altijd moeizaam. De Riagg bellen of anderszins een opname regelen lijkt de strategie die algemeen wordt gevolgd.

Een alternatief, zeker bij een eerste crisis, is om zorgvuldig uit te vragen wat nu eigenlijk de precieze aanleiding tot het contact is. Uitleg dat directe genezing of een acute oplossing van het probleem niet mogelijk is, kan de ingang zijn om een beetje tijd en daardoor wat rust te kopen. Door vervolgspraken op korte termijn te maken en samen met de patiënt te inventariseren wie waarmee kan helpen, creëert

men een afleiding van het acute moment. Lang niet altijd hoeft alle verantwoordelijkheid meteen overgenomen te worden door de hulpverlener. Als een deel van de verantwoordelijkheid bij de patiënt blijft, kan er ook bij hem meer controle ontstaan.

Vervolg casus

Ik tref Kees in bed aan: een zwetende, zware man met lange haren en een baard. Het is een piepklein huisje. Hij ligt in de slaapkamer van moeder – in een apart bed, dat wel. Het is midden in de zomer, maar alle gordijnen zijn dicht. De verhuisdozen staan er nog steeds.

Inmiddels is de acute angst blijkbaar gezakt, want Kees geeft geen antwoord meer. Hij ligt doodstil. Moeder vertelt dat het zo niet meer kan; hij is alweer dagen in de war en doet niets anders dan op bed liggen en roken. Gisteren heeft zij de politie gebeld, maar die komt niet meer. Kees heeft de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige nog niet gebeld, terwijl hij dat gewoon elke dag kan doen. Opeens maakt Kees duidelijk dat hij erg bang is en dat ik zeker naar zijn hart moet luisteren. Ik verwacht er niets van, maar ik doe het toch maar.

Langzaam komt er een gesprek op gang. Suicide- of zelfverminkingsgevaar lijkt er nu niet te zijn en, hoewel Kees zegt bang te zijn psychotisch te worden, valt daar geen enkel teken van te herkennen. Een opname wil hij niet, want dat heeft hem de vorige keer alleen nog banger gemaakt. Hij wil alleen gerustgesteld worden. Daarop vertel ik dat hij op zijn leeftijd geen hartstilstand kan krijgen.

‘Tja dokter, dus het kan niet?’ Kees gaat zitten en steekt een sigaar op.

Beduusd over de plotselinge omslag zie ik mijn kans schoon de visite af te ronden, en ik vertrek.

Hoe verder?

Niet alleen is onduidelijk hoe vaak acute psychiatrische vragen voorkomen, ook

lijkt er nog al wat aan *evidence based therapy* te ontbreken: van de 38 RCT's die in Pubmed te vinden zijn via 'psychiatry AND (urgent OR acute OR admission OR suicide) Limits: Randomized Controlled Trial' gaan de meeste over druggebruikers, daklozen en ouderen. Er is een oude trial over haloperidol versus droperidol¹² en er zijn twee trials over zorg thuis versus opname.^{13,14}

Intensieve thuiszorg voor psychiatrische patiënten helpt bij het voorkomen van een crisis. Marshall & Lockwood vonden in een Cochrane-review een odds ratio van 0,2 voor *assertive community treatment* (ACT), bestaande uit teambehandeling en 24-uurszorg in vergelijking met standaardzorg.¹⁵ Standaard-case-management in een instelling (wel een case-manager, geen teamafspraken, geen 24-uurs zorg) is volgens een andere review echter zonde van de inspanning: het levert alleen meer opnamen op en slechts een iets betere compliance met betrekking tot de medicatie.¹⁶

Ook crisisinterventie tijdens thuisbehandeling heeft niet altijd het gewenste resultaat: in 45 procent van de gevallen kwam het toch tot een opname.¹⁷ Wel was er een lagere odds ratio voor herhalingsopnamen (OR 0,63, 95%-BI 0,42-0,94).

Hoe er in de thuissituatie moet worden omgesprongen met *eisende* psychiatrische patiënten, is echter niet onderzocht. Huisartsen en sociaal-verpleegkundigen ontwikkelen dus hun eigen tactiek. Chronisch psychiatrische patiënten in de regio Zaanstreek-Waterland kunnen terecht bij het TIZ – een aanspreekpunt, dat elke dag open is, ook een deel van het weekend. Het TIZ biedt team-ACT en case-management voor ongeveer 100 patiënten.

Naast de chronische zorg zijn er veel acute hulpvragen. Meestal gaat het dan om patiënten die bang zijn zichzelf iets aan te doen, familieleden die het niet meer zien zitten, en patiënten die steeds een luisterend oor en geruststelling willen. Bij acute angst is de tactiek het stellen van grenzen – ‘ik kom niet, maar laten we eens alternatieven zoeken’ –, uitleg dat elke crisis ook weer overgaat en het vinden van afleiding. Familieleden worden gesteund, er worden

duidelijke afspraken gemaakt en soms wordt een opname geregeld om het systeem te ontlasten.

Bij patiënten als Kees helpt geruststelling niet en wordt de patiënt alleen onzekerder. Afstemming met alle betrokken van het beleid is van essentieel belang.

Hoe gaat het met Kees?

Ook na drie jaar belt Kees nog zeer regelmatig. Alle contacten – en dat zijn er veel – worden stevast aangekondigd als spoedeisend: de eerste vijf maanden van 2000 is hij vijf keer tussendoor op het spreekuur geweest, zijn er twee visites en twee dienstvisites geweest en heeft hij ten minste twintig maal gebeld, waarvan vijf maal in de dienst. Van tijd tot tijd verhuist Kees, en dat zijn perioden met zeer veel telefoontjes en bezoeken.

Langzaamaan hebben we Kees toch kunnen leren om op zijn beurt te wachten. Hij kan nu een kwartiertje in de wachtkamer blijven zitten en stormt niet meteen de spreekkamer binnen als de vorige patiënt nog binnen is. Ook de sociaal-verpleegkundige spreekt Kees bij herhaling aan op zijn hulpvraaggedrag.

Evidence based therapie blijkt er niet te zijn, maar in de loop der tijd is wel duidelijk geworden wat werkt. Bij paniek over een dreigende hartsstilstand is het de beste tactiek is om onverwijld over iets anders te beginnen: wandelen met de hond, hoe het met de familie gaat, of hij nog nieuwe sieraden heeft gekocht... Ook de waarnemers kennen, na er allemaal een keer ingetrapt te zijn, deze tactiek. In de waarnemerbijeenkomsten bespreken we Kees' gedrag van tijd tot tijd. We stellen hem niet gerust. Meestal waag ik het er zelfs op zijn bloeddruk niet te meten en ook zijn hart niet te beluisteren. Over het algemeen stemt Kees daarmee in, maar als ik de onrust verkeerd inschat, moet ik dat bekopen met een confrontatie: op luide toon eist hij zijn dossier op, zodat hij naar zijn oude huisarts terugkan. Met een beetje loven en bieden komen we daar dan uit.

De intensieve zorg voor Kees lijkt redelijk succesvol. Sinds 1997 is hij niet opge-

nomen geweest, en hij presenteert zich nog slechts hoogst zelden op de EHBO.

Zelf is Kees volstrekt niet tevreden. Voor de hulpverleners is het echter van spoedeisende geneeskunde langzamerhand gewoon en zelfs bevredigend werk geworden. Als nieuw doel onderhandelen we nu al tijden over een oefenprogramma om iets aan zijn moeheid te doen.

Het is met Kees allemaal het tegendeel van spoed: van dokter en verpleegkundige wordt geen heroïek gevraagd, maar een afgewogen plan en een zeer lange adem.

Dankbetuiging

Met dank aan Kees, die dit verhaal las, suggesties voor verbetering deed en toestemming gaf voor publicatie.

Literatuur

- 1 Wensing M, Giesen PHJ. Spoedeisende geneeskunde: het patiëntenperspectief. *Huisarts Wet* 2000;43(12):503-6.
- 2 Ebbens EH, De Bruijne MC. De Nachtwacht. Een nieuwe organisatie van de nachtdienst in Almere. *Huisarts Wet* 2000;43(5): 207-9.
- 3 De Bakker DH, Schellevis FG, Westert GP, Schuller-Punt R. Spoedvisites in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1999;42:199-204.
- 4 Horst R. De suïcidepoging in de praktijk van de huisarts. *Huisarts Wet* 1959;3:31-4.
- 5 Speijer N. Psychologische en sociaal psychiatrische aspecten van zelfmoord. *Huisarts Wet* 1962; 5:112-8.
- 6 Schudel WJ. Suïcidaal gedrag. *Huisarts Wet* 1985;28:277.
- 7 Sno HN, Van Gool VJF, Wigersma L. Suïcidaleit in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1989; 32:376-9.
- 8 Moolhuizen CG. Problemen bij de opname in psychiatrische inrichtingen. *Huisarts Wet* 1963; 6:83-4.
- 9 Jenner JA. Opname preventie bij psychiatrische ziektebeelden. *Huisarts Wet* 1986;29:274.
- 10 De Haan M. De rijdende psychiater. Een exploratief onderzoek naar de ambulante acute psychiatrie in Amsterdam [Boekspreking]. *Huisarts Wet* 1989;32:34.
- 11 Van der Velden H. Opname bij psychiatrische ziektebeelden. *Huisarts Wet* 1996;29:259-60.
- 12 Resknick M, Buron BT. Droperidol vs. haloperidol in the initial management of acutely agitated patients. *J Clin Psychiatry* 1984;45:298-9.
- 13 Burns T, Beadsmoore A, Bhat AV, et al. A controlled trial of home-based psychiatric services I: clinical and social outcome. *Br J Psychiatry* 1993;163:49-54.
- 14 Hoult RJ, Reynolds I, Charbonneau-Powis M, et al. Psychiatric hospital versus community treatment: the result of a randomized trial. *Aust N Z J Psychiatry* 1983;17:160-7.
- 15 Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *The Cochrane Library*; Issue 2, 2000. Update Software.
- 16 Marshall M, Gray A, Lockwood A, Green R. Case management for people with severe mental disorders. *The Cochrane Library*; Issue 2, 2000. Update Software.
- 17 Joy CB, Adams CE, Rice K. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *The Cochrane Library*; Issue 2, 2000. Update Software.

CASUS

1938

HAM RUHE

In de Meimaand van dat jaar werd ik op een Zondag ontboden bij een bejaarde ongehuwde boer die met zijn eveneens ongehuwde zuster samenwoonde. Ik kende de mensen niet en het bleek dat het voor het eerst was dat in dit gezin een dokter werd geroepen. Ze hadden er nog nooit een nodig gehad. De 76-jarige man zat half gekleed op een stoel onder de schouw en toonde mij een geweldig gezwollen scrotum dat tot onder de knieën reikte. Aan de onderkant er van was een handgroot huiddefect, de penis was onzichtbaar, maar men kon aan de kleur van de geïrriteerde huid ongeveer zien waar de urine vandaan kwam. Op mijn vraag hoelang deze aandoening al bestond, kon hij niet, op een paar jaar na, nauwkeurig aangeven wanneer hij voor het eerst iets bijzonders had opgemerkt. Het was stilletjes aan van zelf gekomen en had hem daarom nooit verontrust. Hij had altijd gedacht dat het ook wel weer vanzelf weg zou gaan. Toen ik hem vroeg waarom hij dan vandaag ineens de hulp van de dokter nodig had geoordeeld kreeg ik ten antwoord dat het hem die dag niet meer gelukt was zijn broek aan te krijgen en dat hij dus voor het eerst van zijn leven die dag niet naar

de kerk had kunnen gaan. En dus was eerst toen tot hem doorgedrongen dat hij een kwaal had die het hem onmogelijk maakte het leven van iedereen te leiden. Bij onderzoek bleek de zwelling een geweldig grote hydrocele te zijn. Een voorzichtig gegeven suggestie hier mee naar het ziekenhuis te gaan werd resoluut afgewezen. Er werd een emmer gehaald en een troicart werd ingebracht. Er kwam 15 liter helder vocht tevoorschijn tot grote verbazing en opluchting van de patiënt die daarna voor het eerst sinds vele jaren zijn penis weer terug zag en vrij normaal kon urineren. Er bleef een zowat manshoofd groot scrotum over dat in een geïmproviseerd suspensorium werd ingepakt. De broek kon weer aan en de kerk werd weer bezocht. Het decubitus-ulcus vergde nog jaren lang nabehandeling en ging nooit meer weg. Op geregelde tijden werd weer eens gepuncteerd en in 1941 overleed de patiënt aan ouderdomsverschijnselen. Ik heb maar zelden een patiënt gehad die mij iedere keer opnieuw zo zijn dank betuigde voor de in zijn ogen voortreffelijke behandeling.

Uit Ruhe HAM. Een huisartsenpraktijk in 1938 en 1954. Assen: Van Gorcum, 1957:83-4.