

Over crisissen en urgenties of nog spoedeisende psychiatrie binnen de huisartsengeneeskunde

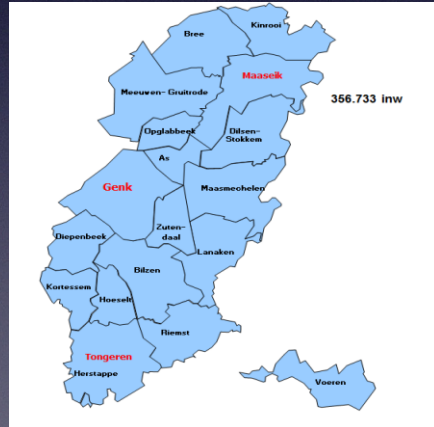
dr. Kris Noppe
IWC-Congres Domus Medica 2017
13/4/2017 Mol

Wat kan ik als huisarts doen bij
psychiatrische crisissen en urgenties?

Wat u als huisarts beslist bij een psychiatrische crisis en urgentie is van doorslaggevend belang voor het verdere verloop

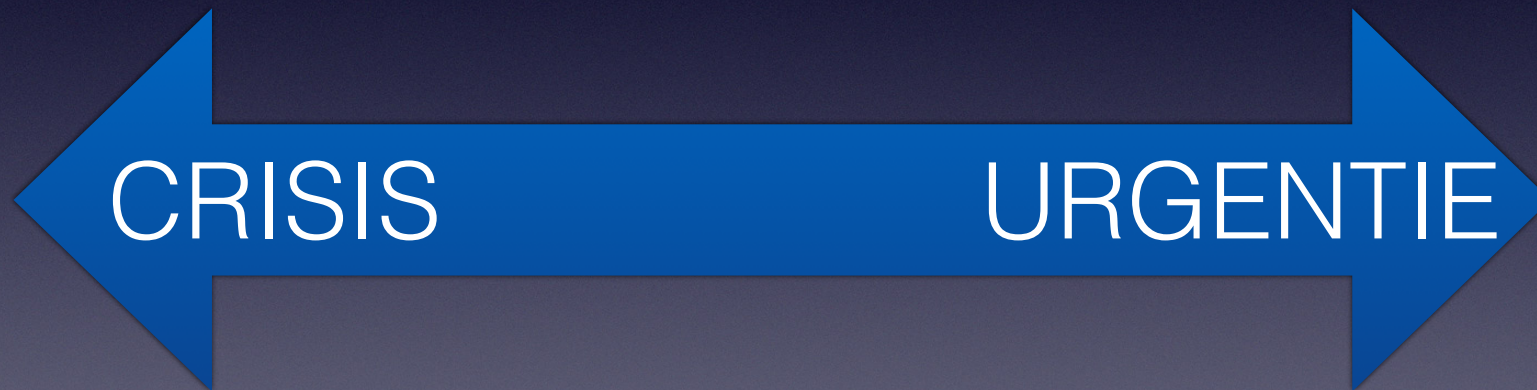
www.noolim.net

www.mc-st-jozef.be



Met welke spoedeisende
psychiatrische situaties
kan ik als huisarts
geconfronteerd worden?

Continuüm



Hoe schat ik als huisarts
een psychiatrische crisis/
urgentie correct in en waar
moet ik op letten?

Anamnese

Belangrijkste klacht (volgens patiënt en zijn omgeving)

Informatie van derden (eventueel)

Begin

Symptomen

Middelengebruik

Lichamelijke ziekten

Uitlokkende factoren (psychotrauma en fam. belasting)

Behandeling (nu en vroeger)

Eerste indruk

Cognitieve functies

Bewustzijn, aandacht & oriëntatie

Geheugen

Intellectueel

Voorstelling, waarneming en zelfwaarneming

Denken: vorm

Denken: inhoud

Affectieve functies

Stemming & affect

Somatische klachten & verschijnselen

Conatieve functies

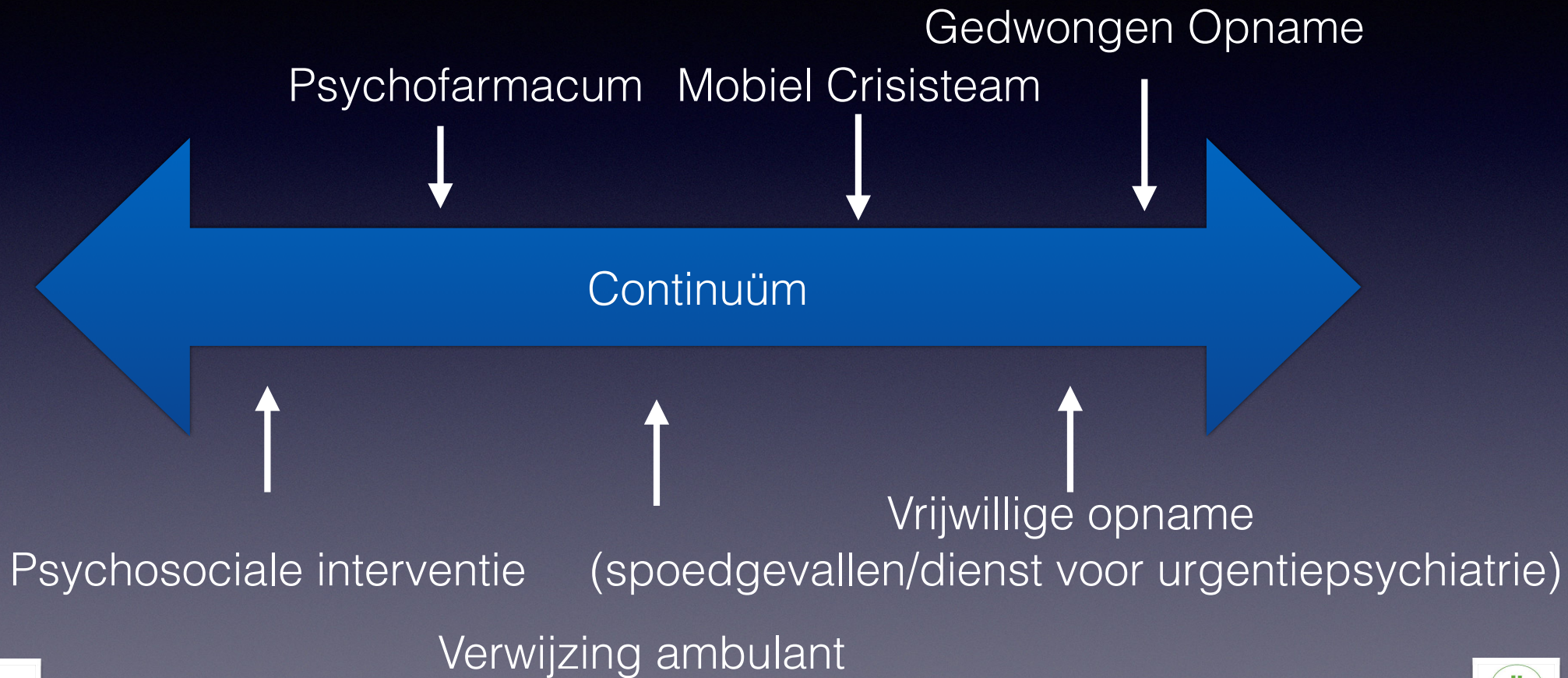
Psychomotoriek & spraak

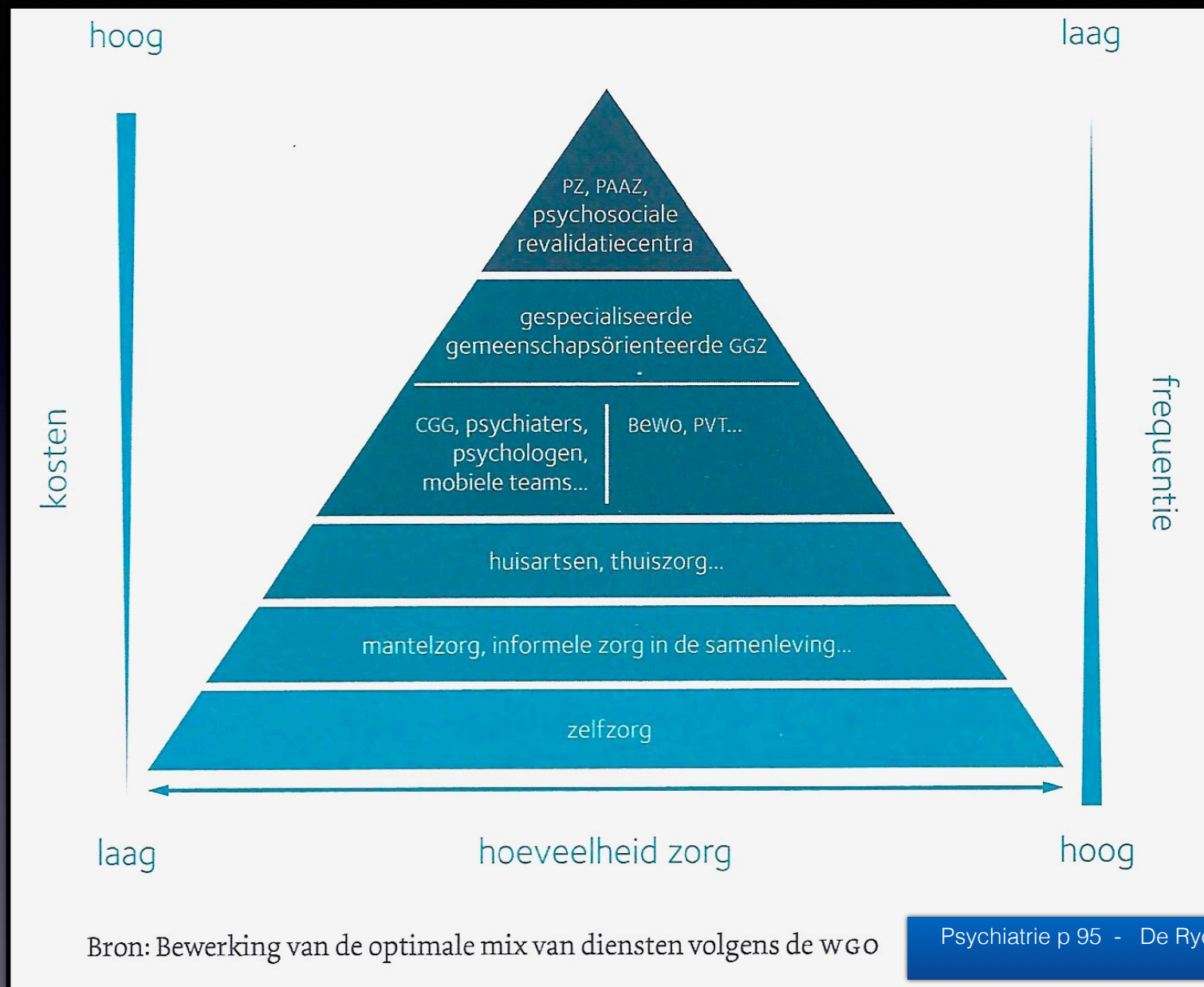
Gedrag

Persoonlijkheidstrekken

En wat kan ik als huisarts in
zulke situaties doen?
Wat zijn mogelijke interventies?

MOGELIJKE INTERVENTIES

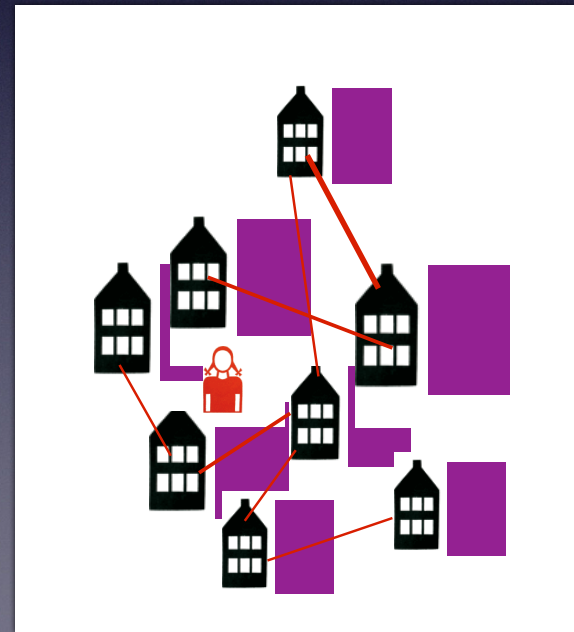
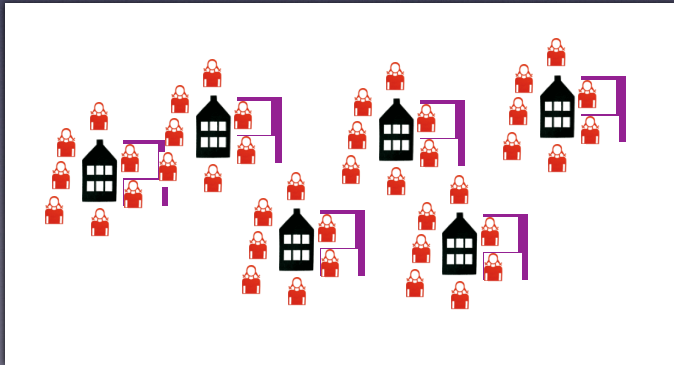




Cruciale vraag:
kan de situatie waarin de patiënt
zich bevindt met ondersteuning
gehandhaafd worden
of moet hij worden opgenomen?

Enkele recente tendensen in de (Vlaamse) wereld van de psychiatrie

“Artikel 107”: nieuwe optie bij crisissen/ urgenties



“Artikel 107”

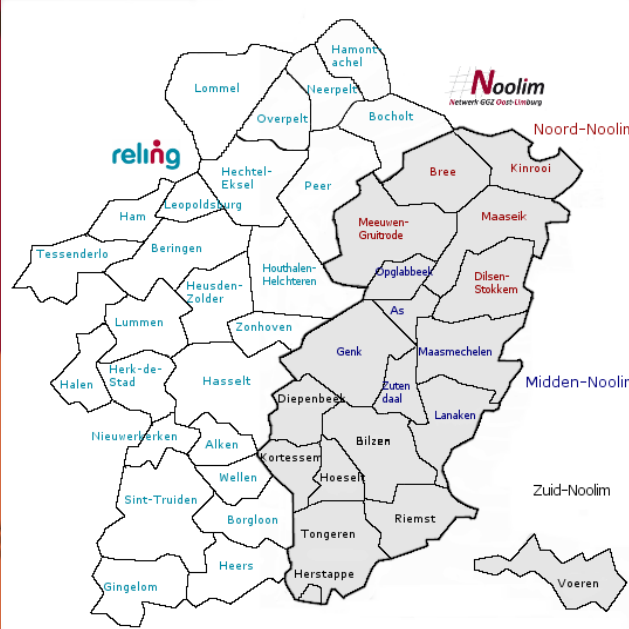
The main map shows the following cities and regions:

- BRUGGE** (Bruges)
- GENT** (Ghent)
- ANTWERPEN** (Antwerp)
- KORTRIJK** (Kortrijk)
- MENEN** (Menen)
- IEPER** (Ypres)
- HALLE** (Halle)
- MACHELEN** (Maastricht)
- LEUVE** (Leuven)

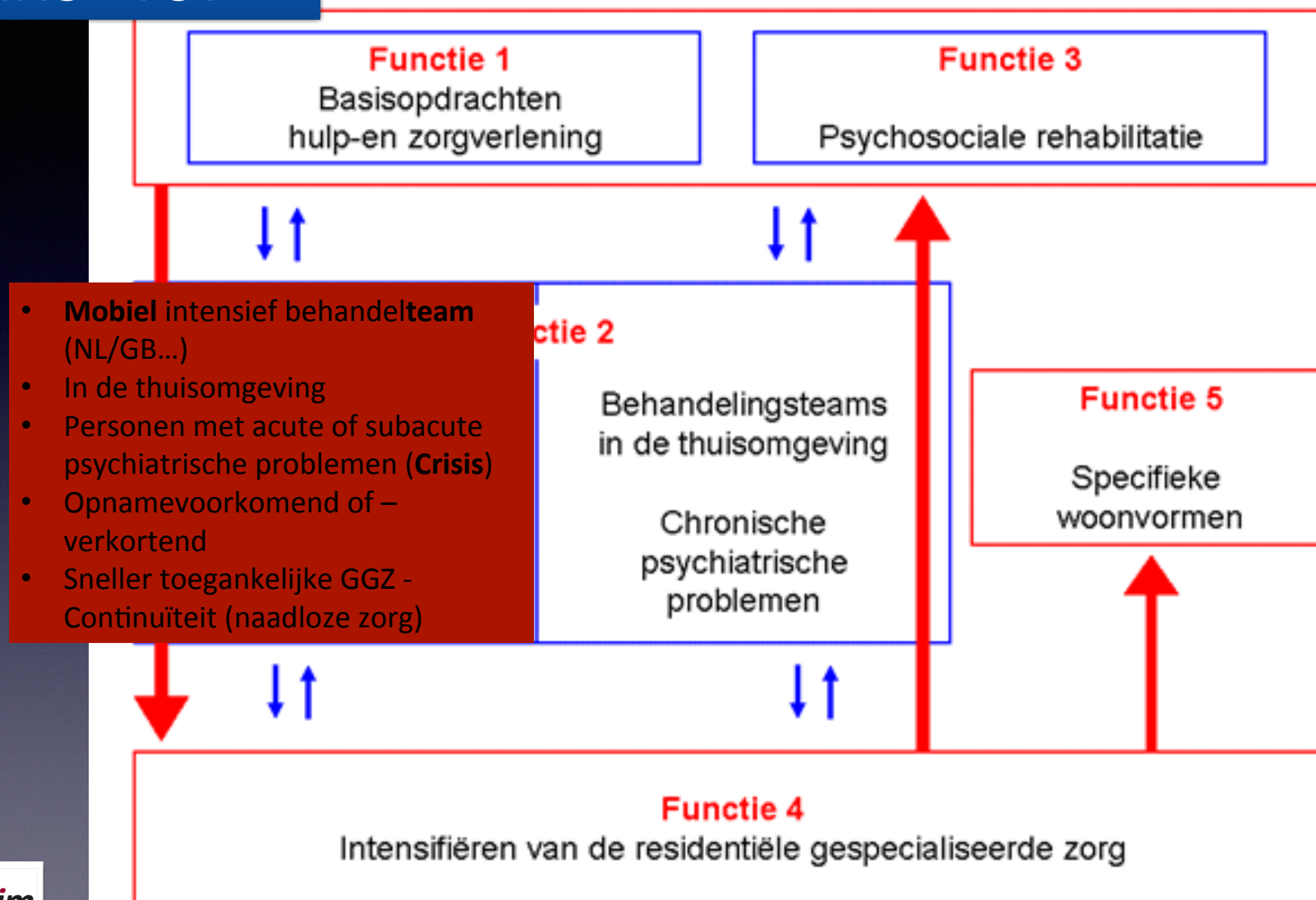
The inset map shows the following municipalities (from north to south, west to east):

- Lommel, Overpelt, Bocholt, Hamont-achiel, Heerelt
- Hechtel-Eksel, Peer, Bree, Kinrooi
- Leopoldsburg, Tessenderlo, Beringen, Ham, Meeuwen-Grutrode, Maaseik
- Houthalen-Helchteren, Opglabbeek, Dilsen-Stokkem
- Lummen, Zonhoven, As, Maasmechelen
- Herk-de-Stad, Hasselt, Genk, Lanaken
- Nieuwerkerken, Alken, Diepenbeek, Bilzen
- Sint-Truiden, Wellen, Kortessen, Hoeselt, Tongeren
- Gingelom, Heers, Borgloon, Riemst, Voeren

Logos for **reling** and **Noolim** (Netwerk GGZ Oost-Limburg) are visible on the inset map.



“Artikel 107”



Mobiel Crisisteam (2a)

Doel: **Crisis** onder controle krijgen

Intensieve multidisciplinaire psychiatrische behandeling en crisisinterventie **op maat** in de **thuis**situatie

Gedurende **maximaal 4 weken**

Zo snel mogelijk (**ten laatste 18 uur** na aanmelding) vindt een 1^{ste} contact plaats

≠ **Urgentie** (= levensbedreigende- en andere gevaarsituaties)
(≠ psychiatrische MUG)

Mobiel Crisisteam (2a)

VOOR WIE?

18 – 65 jaar

Psychiatrische Problematiek + **crisis**

Mobiele hulp is haalbaar en verantwoord (= opname niet strikt noodzakelijk)

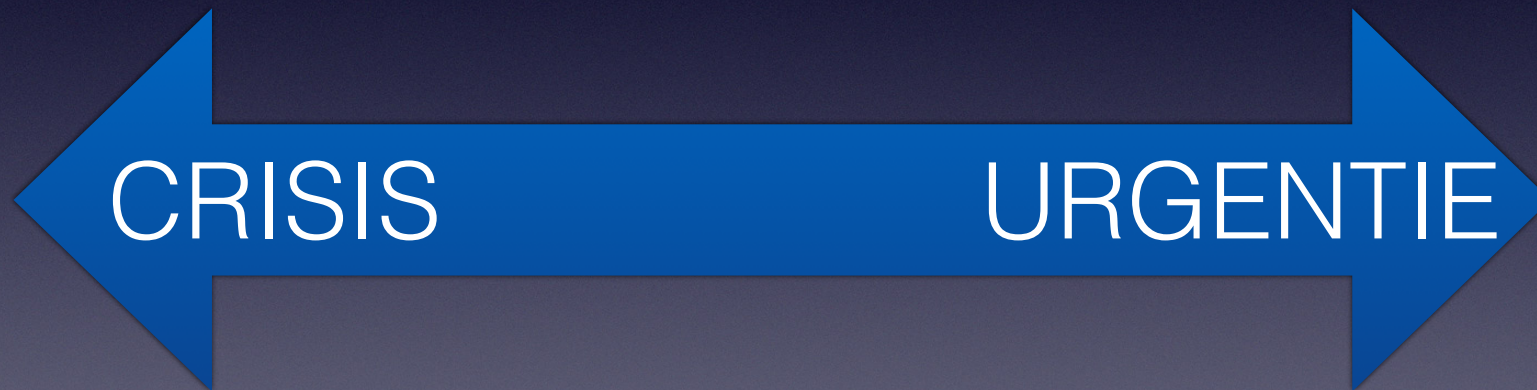
Akkoord van de patiënt

Verblijfplaats in de Noolim-regio

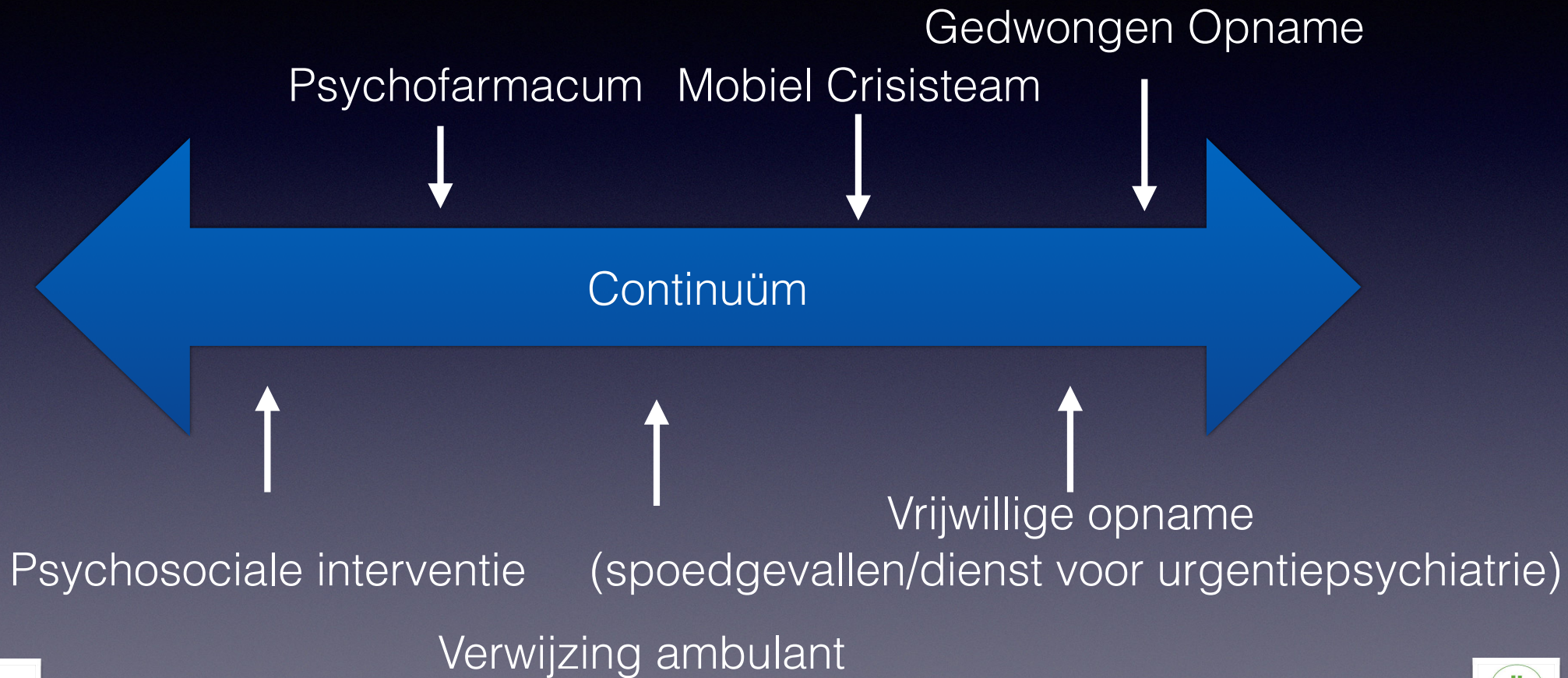
Mobiel Crisisteam (2a)

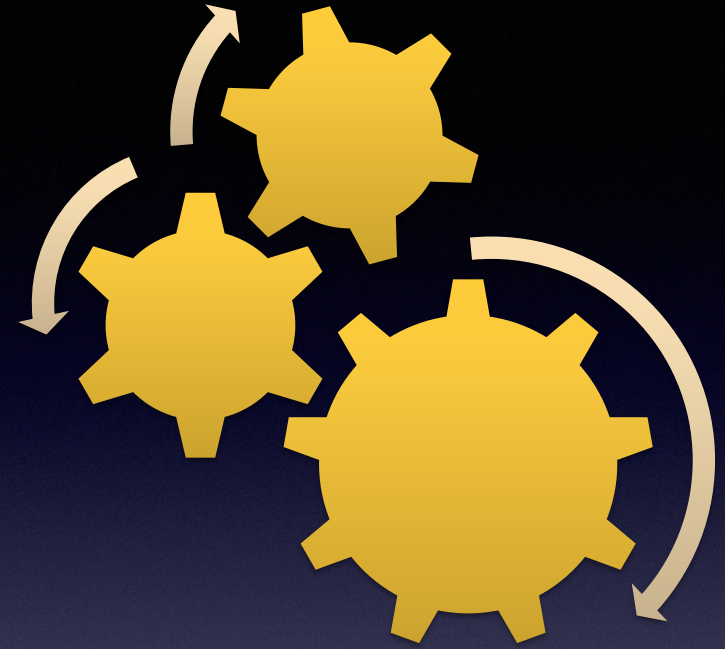


Continuüm



MOGELIJKE INTERVENTIES





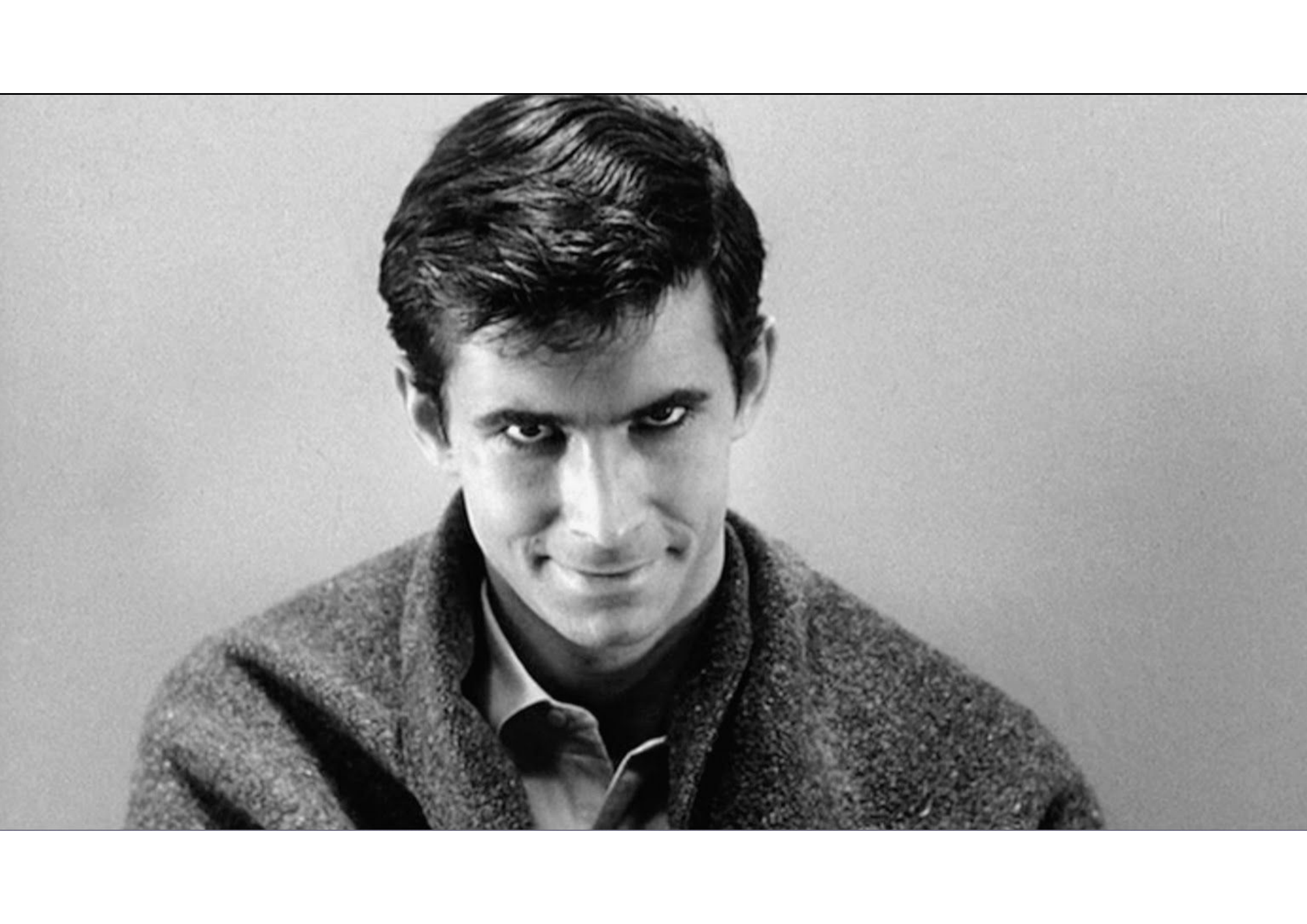
The real life

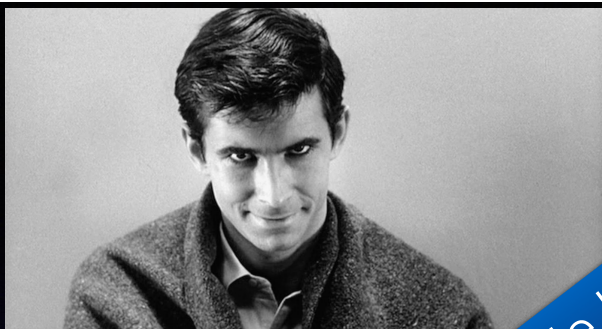
Algemeen:

diagnose niet altijd onmiddellijk duidelijk

veel “mengbeelden”

precieze oorzaak symptomen vaak niet
te achterhalen in spoedeisende context



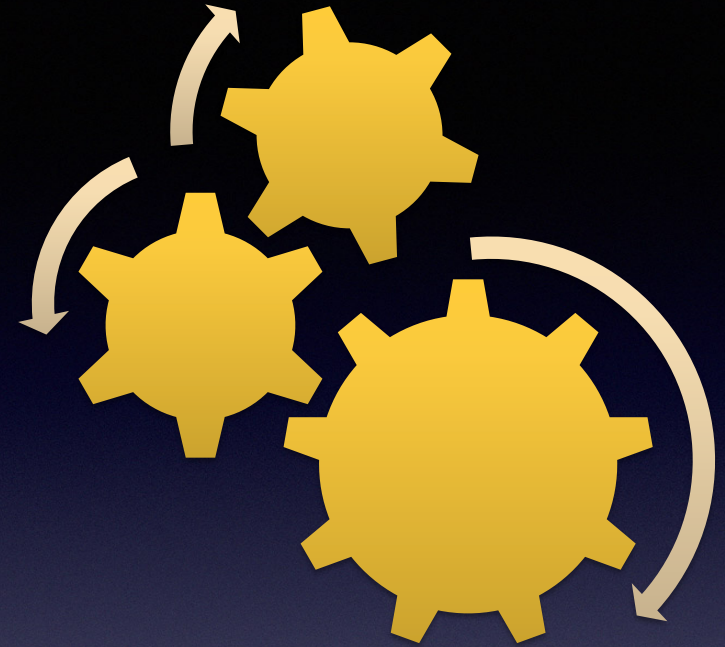


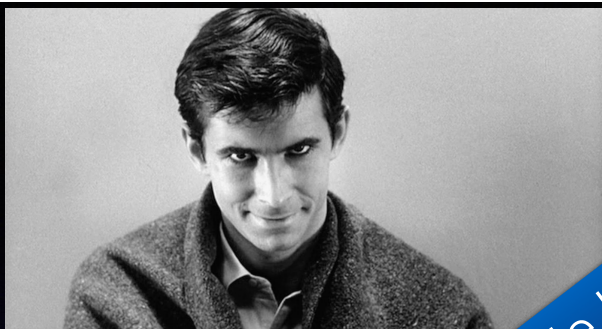
Wat is hier aan de hand?

Wat doe ik als huisarts?

Kevin - 28 jaar - psychose 2 jaar geleden - antipsychoticum gestopt - de laatste tijd zeer bizar - hoort stemmen, terechtkomende met

paranoïde psychose
+ agressie





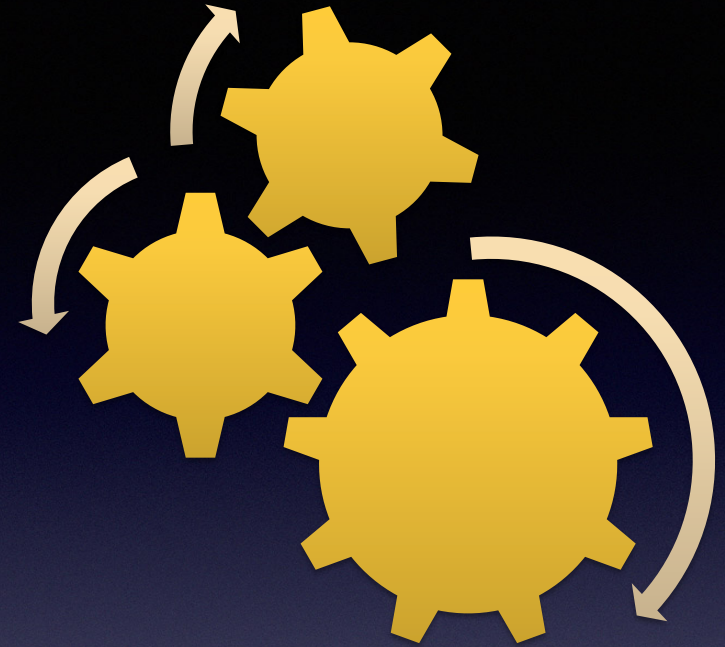
Wat is hier aan de hand?

Wat doe ik als huisarts?

Kevin - 20 jaar - al enkele



1ste psychose - schizofrenie





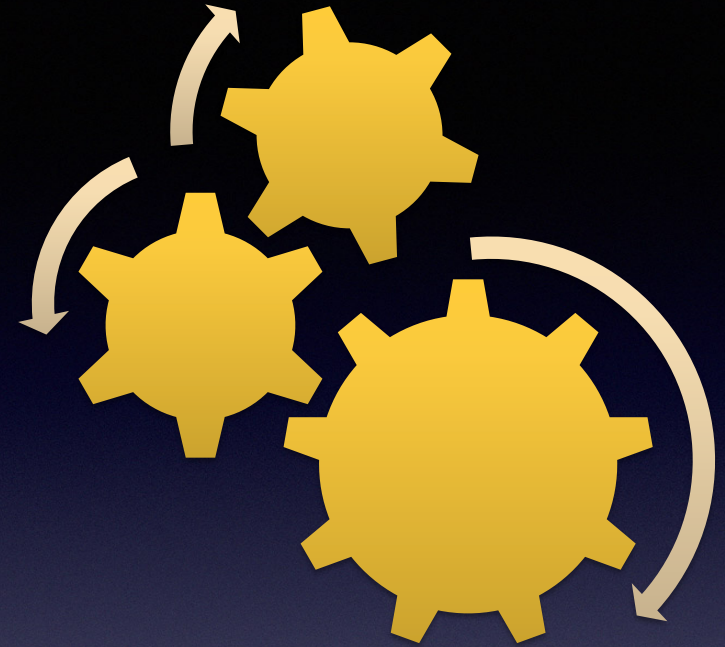


Wat is hier aan de hand?

Wat doe ik als huisarts?

Greta - 40 jaar - dringend huisbezoek
aangevraagd - 6 jaar en 14 terug opname PZ
(psychotische episode) - uit het zicht verdwenen
Vertelt ogenblikkelijk over achtervolgingen door

herval in psychose (gekennde schizofrenie)







Wat is hier aan de hand?

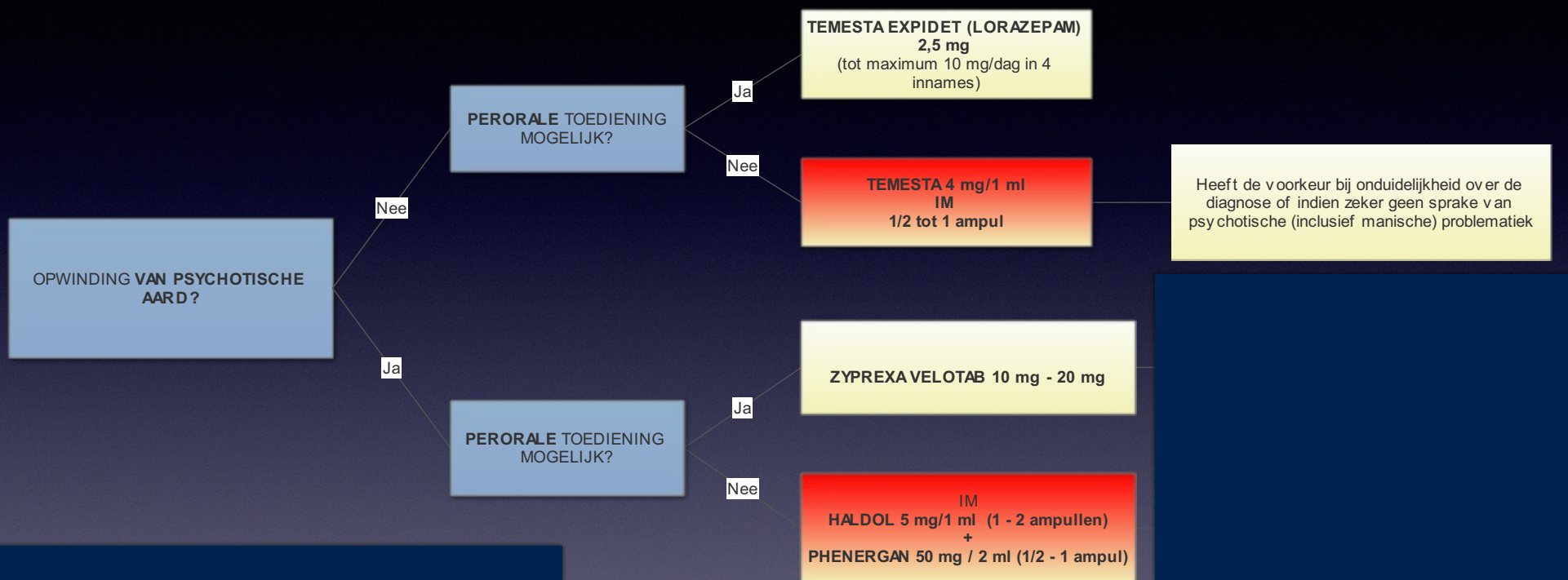
Opletten: suïcidegevaar!!!

Wat doe ik als huisarts?

psychose met “bevelshallucinaties”

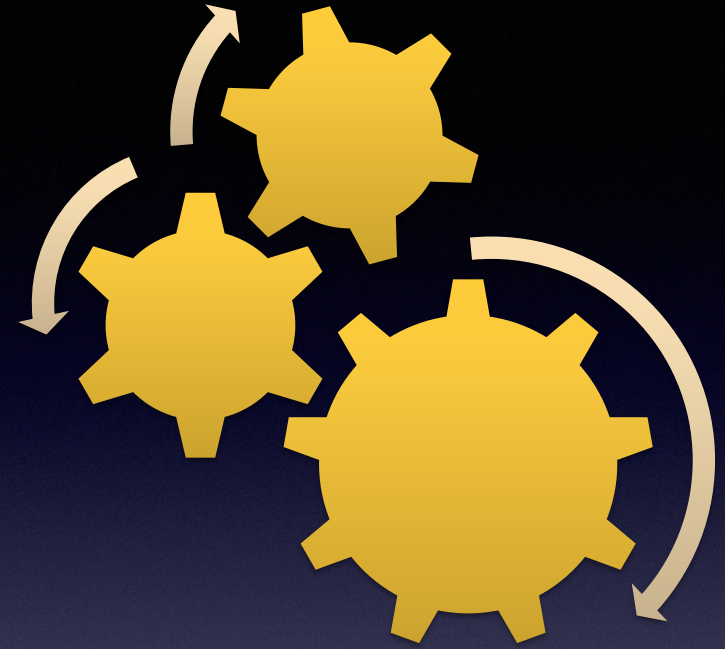
Terzijde: Acute ingrijpmedicatie

Acute ingrijpmedicatie: literatuuroverzicht en aanbevelingen (M. Bak, J. Van Os, M. Marcelis - Tijdschrift voor Psychiatrie 53 (2011))



Anticholinergicum: Kemadrin/Akineton

Antidepressivum/stemmingsstabilisator: in acute fase niet zinvol





Wat is hier aan de hand?



Wat doe ik als huisarts?

druggeïnduceerde
psychose

A photograph of a man with a beard, wearing a dark t-shirt, lying in a hospital bed. He is looking out a window on the right side of the frame. The bed has a patterned blanket. The background is a plain, light-colored wall.

Wat is hier aan de hand?

Wat doe ik als huisarts?

majeure depressie -
suïcidaliteit

TERZIJDDE: Suïcidaliteit: hoe inschatten en wat te doen?

<https://sp-reflex.zelfmoord1813.be>
“suïcidepreventiereflex”

SP-Reflex

Hulpverleners vormen een essentiële schakel in de zorg voor suïcidale personen. SP-reflex biedt een houvast om deze belangrijke rol te vervullen in 3 stappen:



Stap 1 – Alert zijn en contact maken

In deze eerste stap wordt de situatie ingeschat. Het eerste contact met de suïcidale persoon is enorm belangrijk.



Stap 2 – Ingrijpen

In deze stap wordt de suïcidespecifieke interventie of behandeling bepaald.



Stap 3 – Verder opvolgen

Tijdens deze laatste stap wordt ingezet op de continuïteit en opvolging van de zorg.

De 4 basisprincipes



Contact maken



Veiligheid bevorderen



Naasten betrekken



Continuïteit van zorg

LEES MEER OVER DE BASISPRINCIPES

Theorie

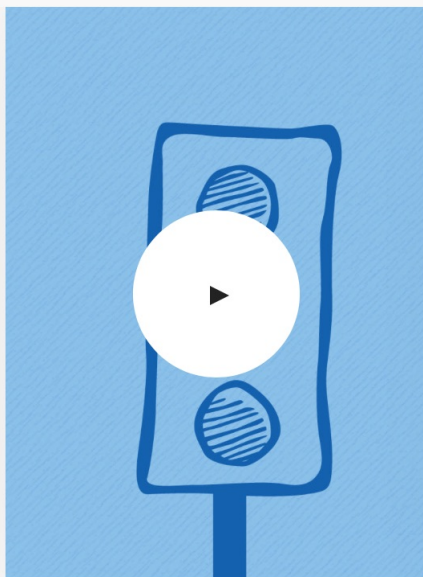
UITGANGSPUNTEN

VERKLAREND MODEL

SUÏCIDAAL PROCES

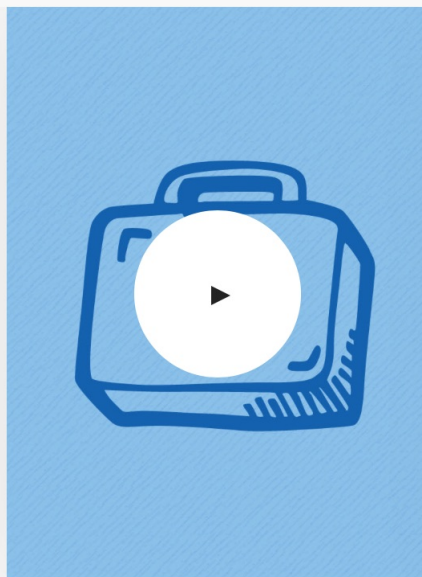
E-learning

In onderstaande modules wordt een antwoord gegeven op belangrijke klinische vragen aan de hand van de SP-Reflex. Elke module is opgebouwd uit een e-learning met de theorie van de module en een casus met oefeningen. Bij invullen van een RIZIV-nummer kan accreditatie worden bekomen.



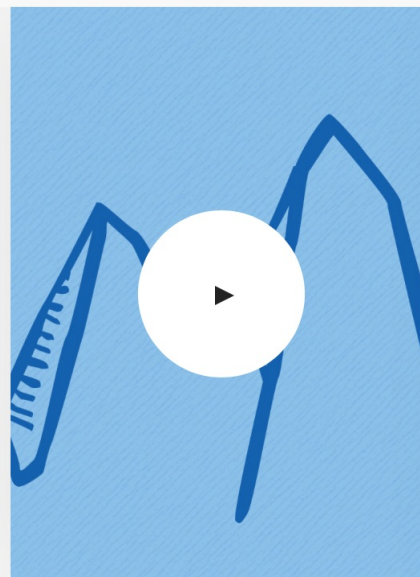
Module 1 – Detectie

Hoe detecteer en bespreek je suicidaliteit?



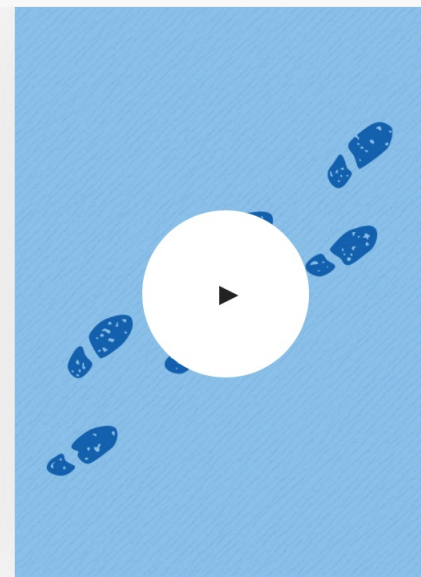
Module 2 – Interventies

Welke interventies zijn aanbevolen?



Module 3 – Na een poging

Wat doe je na een suïcidepoging?



Module 4 – Na een suïcide

Wat doe je na een suïcide?

aanhoudend gedrag verder van ander zieken. Om in aanmerking te komen voor accreditering, dient zowel de e-learning als de praktijkoefening doorlopen te worden.

Module 1 - Detectie | e-Learning

ZICHTBARE SIGNALEN

Vertrekken vanuit een concrete observatie

- "Je zegt dat je het niet meer ziet zitten, bedoel je hiermee dat je aan zelfmoord denkt?"
- "Als je zegt dat het niet meer hoeft voor jou, bedoel je dan dat je liever dood zou zijn?"
- "Je zegt dat 'alles' niet meer gaat, zie je ook het leven niet meer zitten? Denk je dan aan zelfmoord?"

GA TERUG

ONZICHTBARE SIGNALEN

Op minder directe manier toestand van hulpvrager bevragen

- "Hoe gaat het met je?"
- "Hoe zie je het nu verder?", "Hoe zie je de toekomst op dit moment?"
- "Heb je weleens het idee dat je leven niet meer de moeite waard is?"
- "Denk je weleens aan de dood? Wat zijn dat voor gedachten?"
- "Hoe is het voor jou om aan zelfmoord te denken?"
- "Hoe voelt het voor jou om erover te spreken?"





4 essentiële factoren moeten in overweging genomen worden bij de vraag naar opname:

- De ernst van de suïcidale gedachten en plannen
- De aanwezigheid van een ernstige problematiek en zorgbehoeften
- Persoonskenmerken zoals impulsiviteit, oordeelsvermogen, autonomie en bereidheid tot hulp
- De beschikbaarheid en draagkracht van het steunsysteem

Lees hierover meer in de volledige richtlijn.



Klik voor meer uitleg

Opname
overwegen

Alternatieven
overwegen

Bij voorkeur
naar huis

Naar huis
overwegen

NAAR VEILIGHEID BEVORDEREN

Zorgbehoefte

Behandelsetting

Veiligheid bevorderen

Interventies

Follow-up

Module 2 - Interventies | e-Learning

35%

Soms is opname niet mogelijk door beperkte plaatsen of wanneer de betrokkene weigert.

In die situaties zijn alternatieven, follow-up en continuïteit van zorg van extra belang.

Denk aan mogelijke alternatieven zoals ambulante hulp, mobiel crisisteam, psychiatrische thuiszorg, en ondersteuning door naasten.

Klik voor meer uitleg

Opname
overwegen

Alternatieven
overwegen

Bij voorkeur
naar huis

Naar huis
overwegen

NAAR VEILIGHEID BEVORDEREN



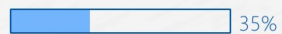
Zorgbehoefte

Behandelsetting

Veiligheid bevorderen

Interventies

Follow-up



Laat de patiënt bij voorkeur naar huis gaan indien:

- Chronisch suïcidaal gedrag zonder voorgeschiedenis van suïcidepoging met hoge letaliteit
- Veilige, ondersteunende omgeving
- Reeds ambulante behandeling

Klik voor meer uitleg

Opname
overwegen

Alternatieven
overwegen

Bij voorkeur
naar huis

Naar huis
overwegen

NAAR VEILIGHEID BEVORDEREN

Zorgbehoefte

Behandelsetting

Veiligheid bevorderen

Interventies

Follow-up

35%

Overweeg de persoon naar huis te laten gaan na een suïcidepoging of bij de aanwezigheid van suïcidegedachten of plan indien:

- Reactie op gebeurtenis waarover de opvattingen van de patiënt intussen zijn verbeterd (bijvoorbeeld jobstress, relatieproblemen)
- Plan of methode met geringe letaliteit
- Stabiele en ondersteunende omgeving
- Medewerking vervolgbehandeling



Zorgbehoefte

Behandelsetting

Veiligheid bevorderen

Interventies

Follow-up

Klik voor meer uitleg

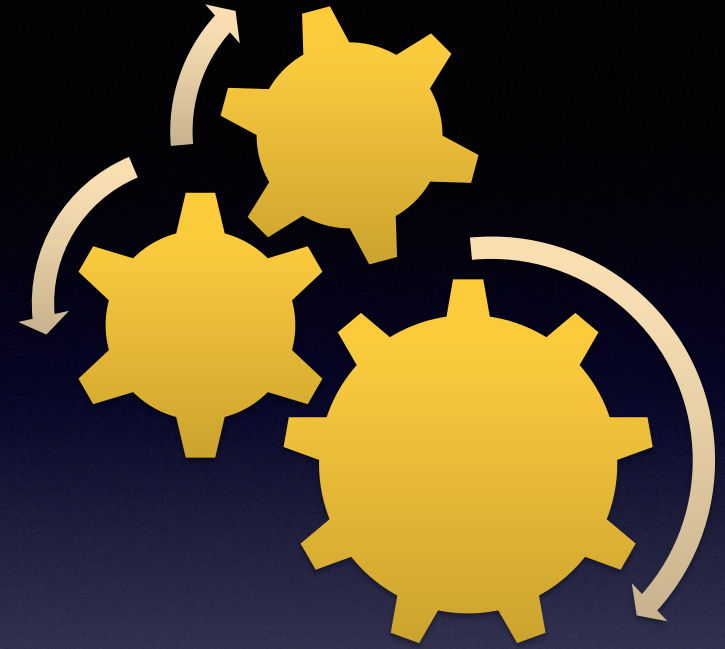
Opname
overwegen

Alternatieven
overwegen

Bij voorkeur
naar huis

Naar huis
overwegen

NAAR VEILIGHEID BEVORDEREN







Wat is hier aan de hand?

Gerard – 60 jaar – schrijnwerker (werknemer) – bij huisbezoek extreme somberheid – is ervan overtuigd dat hij binnenkort zal opgepakt worden (gevangenis) omdat hij enkele jaren terug een zaagje van het werk thuis heeft

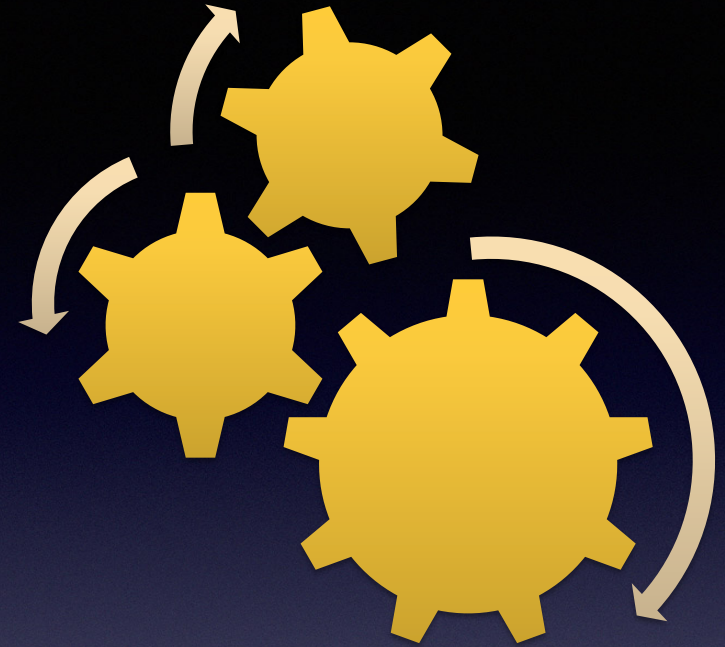
Opletten: suïcidaliteit/"raptus"

Wat doe ik als huisarts?

psychotische depressie

Wou die ochtend naar de spoorweg wandelen, maar werd tegengehouden door zoon.

Terzijde: ECT (Electroconvulsietherapie)







Wat is hier aan de hand?

Opletten: agressie

Wat doe ik als huisarts?

manische episode met psychotische
kenmerken

TERZIJDE: AGRESSIE

Screening van de kans op gewelddadig gedrag

Mogelijke vragen:

Bent u de laatste tijd erg boos geweest?

Hebt u ooit de drang gevoeld iemand iets aan te doen?

Bent u ooit bang geweest dat u de controle over uzelf zou verliezen?

Bent u ooit de controle kwijtgeraakt en hebt u iemand mishandeld?

Denkt u dat iets dergelijks snel nog eens zou kunnen gebeuren?

Risico op gewelddadig gedrag
bij psychiatrische stoornis door
een middel
medicatie
of een somatische aandoening
manie



De beste algemene indicator is of een patiënt in het
verleden al eens agressief is geweest.







Wat is hier aan de hand?

HILDE (39 jaar)

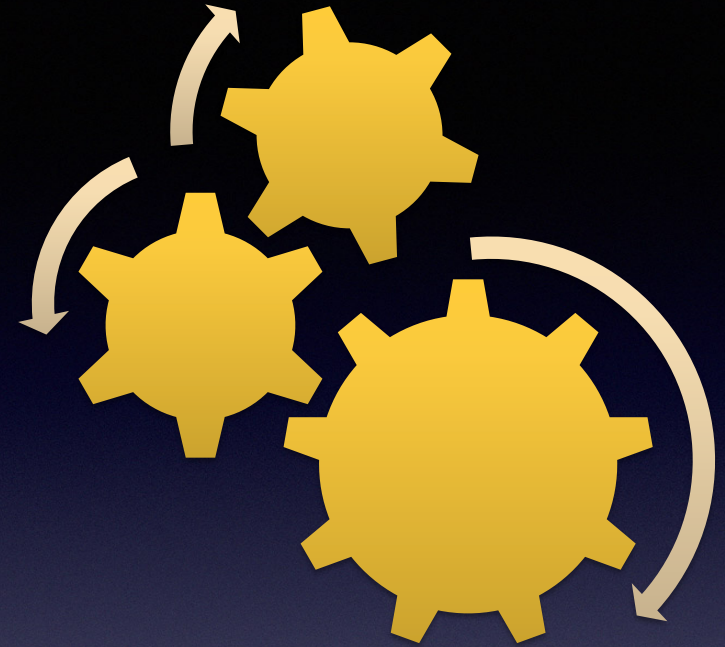
Dringend huisbezoek

Nu “hysterisch” volgens echtgenoot/ blijkbaar net
voordien echtelijke ruzie / somber ++/ gespannen ++

Stressoren: relationele problemen/zorgen ivm

Wat doe ik als huisarts?

aanpassingstoornis - relatieprobleem -
(ouderkindprobleem) (acute stress-stoornis)



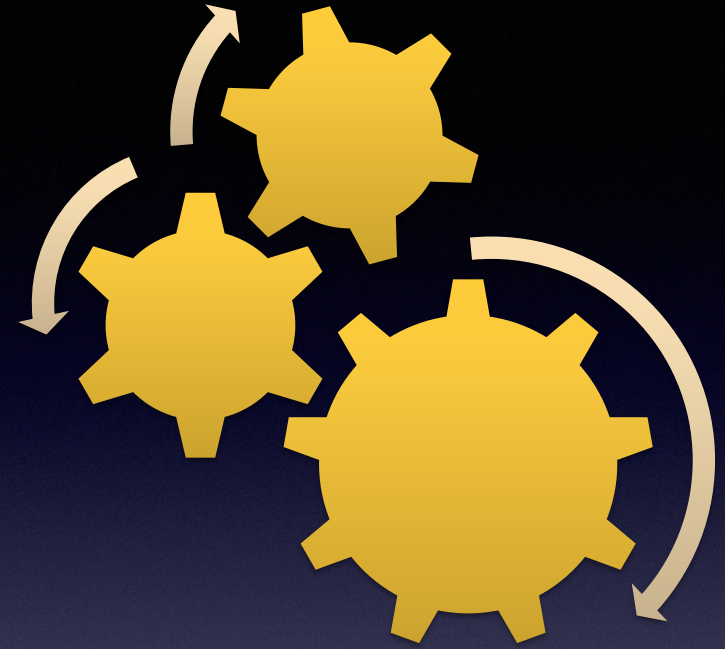


Wat is hier aan de hand?



Wat doe ik als huisarts?

paniekaanval



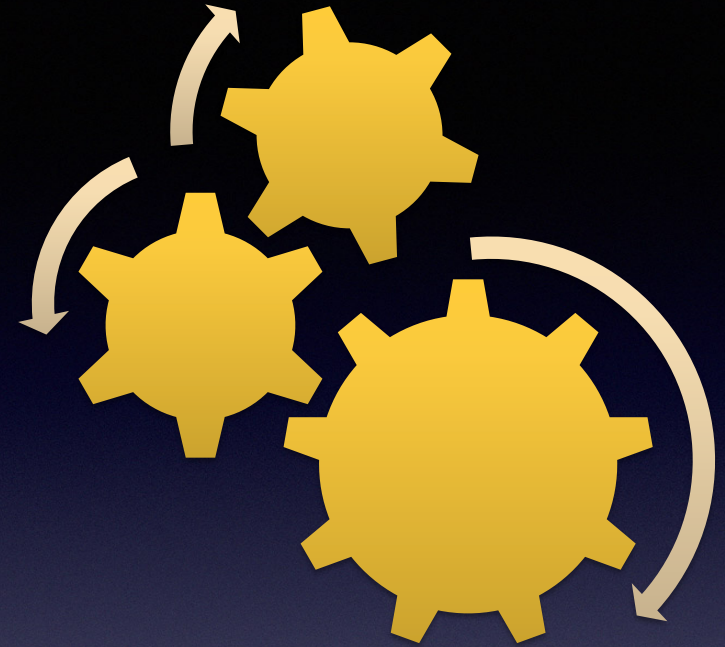


Wat is hier aan de hand?



Wat doe ik als huisarts?

autointoxicatie





Wat is hier aan de hand?

Wat doe ik als huisarts?

doorgemaakte
alcoholintoxicatie -
alcoholafhankelijkheid

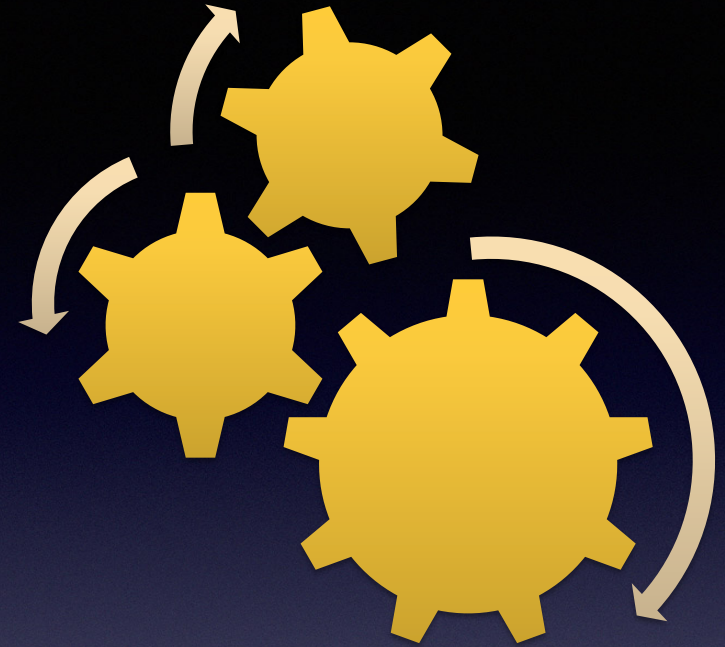
<https://www.vad.be>

[https://
www.alcoholhulp.be](https://www.alcoholhulp.be)

[http://www.domusmedica.be/documentatie/richtlijnen/
overzicht/problematisch-alcoholgebruik.html](http://www.domusmedica.be/documentatie/richtlijnen/overzicht/problematisch-alcoholgebruik.html)



[http://www.domusmedica.be/documentatie/richtlijnen/overzicht/
geneesmiddelenverslaving.html](http://www.domusmedica.be/documentatie/richtlijnen/overzicht/geneesmiddelenverslaving.html)





Wat is hier aan de hand?

delier

Wat doe ik als huisarts?



Delier (delirium)

= stoornis in het **bewustzijn** (verminderd besef van de omgeving) en de **aandacht** (verminderd vermogen om de aandacht te sturen, te richten, vast te houden en te verplaatsen)

Ook geheugen, oriëntatie, waarneming (visuele hallucinaties) en denken (paranoïde wanen) zijn vaak verstoord

Ontwikkelt zich in korte tijd - fluctueert

delirium door intoxicatie door een middel
delirium door onttrekking van een middel
delirium door medicatie
delirium door een somatische aandoening
delirium door multipele oorzaken

Acuut/persisterend

Hyperactief/hypoactief/gemengd

Frequenter bij ouderen boven de 70 jaar

Somatische oorzaak?

Gevaarlijk!

Bij Volwassenen meestal in het kader van middelengebruik (en -abstinentie)

Terzijde: Gedwongen Opname

Gedwongen opname

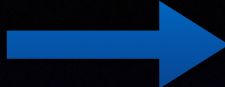
Slechts mogelijk wanneer het gaat om een **ernstige geestesziekte**

waarbij de zieke de **eigen gezondheid en veiligheid ernstig in gevaar** brengt (“best wil” criterium)

en/of omdat hij een **ernstige bedreiging vormt voor andermans leven of integriteit** (“gevaarscriterium”)

Een andere geschikte behandeling ontbreekt of wordt geweigerd (**gebrek aan beter alternatief**)

Enkele conclusies

Wat u als huisarts beslist in een situatie van psychiatrische crisis/urgentie  van doorslaggevend belang voor het verdere verloop

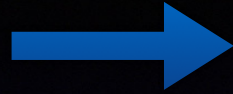
Meerdere keuzes/opties mogelijk

Essentiële vraag: **kan de situatie waarin de patiënt zich bevindt met ondersteuning gehandhaafd worden of moet de patiënt worden opgenomen?**

Alles hangt af van uw inschatting van
de **context**,
de **gradatie** (ernst)
de mogelijke **risico's** (agressie/suïcide)

Enkele tips:

Grote spoed



politie, ambulance of brandweer zijn sneller ter plaatse

Misdrijf



Justitie

Beperkte psychiatrische diagnostiek volstaat.

Het risico op gewelddadig gedrag



bij psychiatrische stoornis door een middel, medicatie,
somatische aandoening, manie.

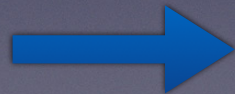
De beste algemene indicator is of een patiënt in het verleden
al eens agressief is geweest.

Nog enkele tips:

Suïcidale gedachten en suïcidepogingen = teken van grote psychische nood (steeds). Elke suïcidepoging ernstig nemen (ook wanneer dit al vaker is gebeurd)!!

<https://sp-reflex.zelfmoord1813.be>
“suïcidepreventiereflex”

Praten met een versufte patiënt heeft geen zin.
Autointoxicatie of zelfverwonding



Spoed AZ

BRONNEN

Leerboek Psychiatrie Hengeveld, van Balkom, van Heeringen, Sabbe de Tijdstroom 2016

Psychiatrie De Rycke, Sabbe Lannoo 2014

Acute ingrijpmedicatie literatuuroverzicht en aanbevelingen Bak, Van Os, Marcelis Tijdschrift voor Psychiatrie 53 (2011)

<http://www.psy107.be>

<https://sp-reflex.zelfmoord1813.be/index.php>

<https://www.vad.be>

<https://www.alcoholhulp.be>

<http://www.domusmedica.be/documentatie/richtlijnen/overzicht/problematisch-alcoholgebruik.html>

<http://www.domusmedica.be/documentatie/richtlijnen/overzicht/geneesmiddelenverslaving.html>

http://www.valpreventie.be/Portals/Valpreventie/Documenten/ZH/PR_ZH_bijlage5_CAM.pdf

De foto's zijn geen foto's van reële patiënten maar werden via een Googleafbeeldingen-search overgenomen van binnenlandse en buitenlandse infowebsites over psychiatrie