

VU Research Portal

Acute psychiatrie binnen en buiten het ziekenhuis

Luykx, Jurjen J.; Tijdink, Joeri K.; Tempelaar, Wanda; Vinkers, Christiaan H.; De Witte, Lot

published in

Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde
2018

document version

Publisher's PDF, also known as Version of record

document license

Article 25fa Dutch Copyright Act

[Link to publication in VU Research Portal](#)

citation for published version (APA)

Luykx, J. J., Tijdink, J. K., Tempelaar, W., Vinkers, C. H., & De Witte, L. (2018). Acute psychiatrie binnen en buiten het ziekenhuis: Wat is de beste aanpak? *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 162(7), 1-6. [D2387]. <https://www.ntvg.nl/artikelen/acute-psychiatrie-binnen-en-buiten-het-ziekenhuis>

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

E-mail address:

vuresearchportal.ub@vu.nl

KLINISCHE LES

Acute psychiatrie binnen en buiten het ziekenhuis

WAT IS DE BESTE AANPAK?

Jurjen J. Luykx, Joeri K. Tijdink, Wanda Tempelaar, Christiaan H. Vinkers en Lot de Witte

DAMES EN HEREN,

Acute presentaties van psychiatrische aandoeningen vragen zowel binnen als buiten het ziekenhuis om efficiënte en zorgvuldige diagnostiek en behandeling. Vanwege de hectiek van het acute moment, waarbij vaak agitatie, suïcidaliteit, communicatieve uitdagingen en juridische aspecten een rol spelen, kan het in de praktijk lastig zijn om optimale en adequate zorg te bieden. Aan de hand van drie casussen geven wij handreikingen voor de diagnostiek en behandeling in dit soort acute situaties.

Patiënt A, een 51-jarige vrouw, wordt door haar familie naar de SEH gebracht omdat ze die avond ‘steeds psychotischer’ aan het worden is. De familie zegt dat er ‘nu wat moet gebeuren’. Op de SEH wordt patiënte toenemend onrustig, ze schreeuwt onduidelijke zinnen, laat zich bij herhaling op de grond vallen en loopt steeds de kamers van medepatiënten in. Haar vader en broer houden haar tegen, maar als ze weg wil lopen en er ontstaat een worsteling.

De verpleegkundige vraagt een collega-verpleegkundige van de SEH om hulp, en betreft ook een psychiatrisch verpleegkundige en de beveiligingsmedewerkers van het ziekenhuis erbij voor verdere assistentie. De verpleegkundige gaat met haar collega de kamer in, vraagt of één familielid in de kamer blijft om patiënte te kalmeren en verzoekt de andere familieleden om in de wachtkamer te wachten.

Kort nadien komen de SEH-arts, een psychiatrisch verpleegkundige en twee beveiligers de kamer binnen om assistentie te verlenen. De SEH-arts geeft rustig uitleg over de volgende stappen in korte zinnen. Patiënte wordt echter weer fysiek agressief. De verpleegkundigen leggen haar met hulp van de beveiligers op bed en houden haar vast teneinde de kans op fysieke agressie te verminderen. De SEH-arts vraagt de verpleegkundige om patiënte lorazepam 2,5 mg oraal te geven, maar patiënte weigert dit. Uit de heteroanamnese komt naar voren dat patiënte 7 jaar geleden een psychose heeft doorgemaakt en dat ze zich sinds 3 dagen toenemend chaotisch gedraagt, twijfelzuchtig is, minder spreekt en angstig overkomt, maar dat zij nooit suïcidaal gedrag heeft vertoond. Ze heeft enkele uren tevoren 5 mg haloperidol en 2,5 mg lorazepam ingenomen op advies van de huisarts. Ze gebruikt geen drugs en sporadisch alcohol.

De SEH-arts vraagt de dienstdoende psychiater in con-

UMC Utrecht, Hersencentrum Rudolf Magnus, afd. Psychiatrie, Utrecht.

Dr. J.J. Luykx, psychiater en neurowetenschapper (tevens: Hersencentrum Rudolf Magnus, afd. Translationele Neurowetenschappen, Ziekenhuisnetwerk Antwerpen en SymforaMeander, Amersfoort); dr. W. Tempelaar, kinder- en jeugdpsychiater; dr. C.H. Vinkers en dr. L. de Witte, psychiaters en neurowetenschappers.

Vrije Universiteit, Faculteit Geesteswetenschappen, afd. Filosofie, Amsterdam.

Dr. J.K. Tijdink, psychiater en wetenschapper.

Contactpersoon: dr. C.H. Vinkers (c.h.vinkers@umcutrecht.nl).

Boekje Acute psychiatrie

Acute psychiatrie (www.acutepsychiatrie.com) is geschreven naar het voorbeeld van *Acute neurologie* en *Het acute boekje* (interne geneeskunde) om hulpverleners handvatten te geven bij de meeste acute psychiatrische beelden.¹ Het boekje gaat primair uit van de acute presentatie van klachten en verschijnselen en is als volgt ingedeeld:

- Klinische presentaties van psychiatrische stoornissen
- Klinische presentaties geassocieerd met psychofarmaca (zoals acute bewegingsstoornissen, maligne antipsychoticasyndroom en lithiumintoxicatie)
- Klinische presentaties geassocieerd met psychoactieve middelen (psychostimulantia, hallucinogenen, GHB, alcohol en overige dempende middelen)
- Juridische zaken

Ten slotte is informatie opgenomen over de diagnostiek en behandeling van psychiatrische beelden bij ouderen, kinderen en mensen met een verstandelijke beperking. Op dit moment wordt tevens een app ontwikkeld die het mogelijk maakt de beschreven diagnostische en therapeutische stappen snel op te zoeken.

sult en samen schatten ze in dat patiënte niet in staat is om een weloverwogen beslissing te nemen over de voorgestelde behandeling en dus wilsonbekwaam is ten aanzien van de beslissing om de voorgestelde behandeling te weigeren. Vanwege de aanhoudende psychomotorische en verbale onrust die niet reageert op gedragsmatige interventies, besluiten ze met toestemming van de familie tot toediening van haloperidol 2,5 mg en promethazine 25 mg intramusculair, onder de werkdiagnose 'acute agitatie in het kader van een recidief psychose'. Fixatie blijkt niet nodig omdat patiënte na de intramusculaire toediening rustiger wordt.

Na 2 h is patiënte wisselend suf, waarbij ze in periodes toenemend geagiteerd raakt en er sprake is van nihilistische wanen. Hierop adviseert de psychiater patiënte op te nemen op de afdeling Psychiatrie. Patiënte kan op dit voorstel geen reactie geven. Gezien de eerdere agressie, met onmiddellijk dreigend gevaar voor letsel van patiënte of haar omgeving, voortkomend uit een psychiatrische stoornis, wordt zij opgenomen op de afdeling Psychiatrie met een inbewaringstelling (IBS).

De volgende ochtend heeft patiënte een gesprek met de psychiater van de afdeling. Zij is aanzienlijk rustiger en beschrijft toenemende depressieve klachten in de afgelopen maanden zonder doodsgedachten, maar wel met nihilistische gedachten en schuldgedachten. Dit maakt de diagnose 'psychotische depressie' waarschijnlijk. Patiënte wordt ingesteld op sertraline en haloperidol, waarop binnen 3 weken de depressieve en psychotische klachten naar de achtergrond verdwijnen.

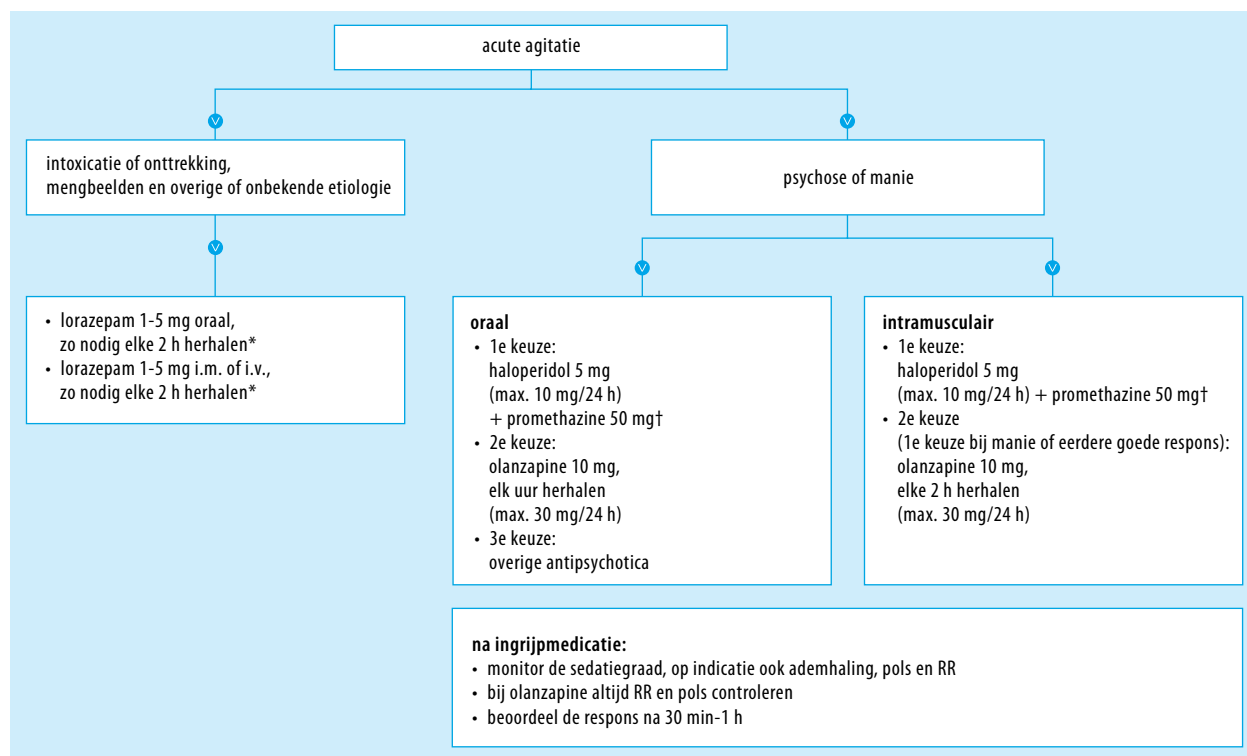
Patiënt B, een 18-jarige vrouw, belt rond 1:00 uur 's nachts de huisartsenpost (HAP) vanwege zelfmoordgedachten. Patiënte was tot vorig jaar in behandeling binnen de jeugd-ggz wegens depressieve klachten, maar die behandeling is afgesloten. Zij wordt door haar moeder naar de HAP gebracht.

Op de HAP vertelt de moeder dat patiënte steeds somberder is geworden, deels door relatieproblemen. In afwezigheid van haar moeder vertelt patiënte aan de dienstdoende huisarts dat ze moeite heeft met het overzien van problemen: ze heeft een somber toekomstbeeld, piekert, en heeft inslaapproblemen en een passieve doodswens. In het verleden had ze ook last van doodsgedachten, maar ze heeft nooit een suïcidepoging ondernomen. De huisarts oordeelt dat hij voor nu voldoende informatie heeft, stelt de werkdiagnose 'recidief van depressieve stoornis met passieve suïcidaliteit' en betreft moeder bij het gesprek.

Moeder geeft aan dat tijdens de eerdere behandeling een crisispreventieplan is opgesteld. Patiënte vertelt dat ze dit plan kwijt is, maar moeder heeft nog een foto hiervan op haar mobiele telefoon. Samen bespreken ze de concrete stappen uit het crisispreventieplan. De huisarts bespreekt hoe te handelen bij verslechtering en er wordt afgesproken dat patiënte wordt verwezen naar de plaatselijke ggz. De huisarts verzoekt de crisisdienst patiënte de volgende dag te beoordelen.

Patiënt C, een 32-jarige man, wordt wild roepend en fysiek dreigend aangetroffen door voorbijgangers op straat. Een vriend vertelt dat patiënt weleens drugs gebruikt. De ambulance wordt gebeld, maar het ambulancepersoneel krijgt patiënt niet rustig. Op de SEH weigert patiënt orale medicatie, waarop het personeel midazolam 10 mg i.m. toedient. Enkele minuten nadien is patiënt rustig en kan hij voor monitoring naar de IC worden vervoerd. Ongeveer een uur na aankomst op de IC wordt patiënt in korte tijd opnieuw onrustig, begint hij wild om zich heen te slaan en smeert bloed aan de muren, waarna hij door politie overmeesterd moet worden.

Omdat hij opnieuw orale medicatie weigert wordt na overleg met de dienstdoende psychiater onder de werkdiagnose 'acute intoxicatie of onttrekking van een psychoactief middel' lorazepam 4 mg i.m. toegediend, waarop patiënt snel kalmer wordt en gaat slapen. Wanneer hij ontwaakt, geeft hij toe drugs te hebben gebruikt (GHB en cocaïne). Bij psychiatrisch onderzoek door de dienstdoende psychiater zijn er op dat moment geen afwijkingen meer, maar toxicologisch onderzoek van zijn urine bleek positief voor amfetaminen, cocaïne en cannabis, waarop de diagnose 'acute opwindingsstoestand door intoxicatie met verdovende middelen' wordt gesteld.



FIGUUR 1 Beslisboom voor de opvang van een patiënt met acute agitatie. Bij keuzes aangaande herhaalde toediening en doseringen dient het risico op schade door het gedrag van de patiënt te worden afgewogen tegen het risico op bijwerkingen, zoals sedatie en dystonie. (Met toestemming overgenomen uit *Acute psychiatrie*.)¹

* Bij geen effect, op geleide van het beeld vaker en met hogere dosis herhalen, gelet op verdelingsvolume en leeftijd. Houd rekening met mogelijke kruistolerantie tussen benzodiazepines en alcohol.

† Bij onvoldoende effect van haloperidol/promethazine na 30 min-1 h: haloperidol niet herhalen, maar 25-50 mg promethazine geven als monotherapie per 30 min. Als geen haloperidol met promethazine is gebruikt: lorazepam 1-2 mg oraal of parenteraal toevoegen. Let op: wacht hiermee tot minstens 2 h na toediening van olanzapine i.m.; wacht ook minstens 2 h met toediening van olanzapine i.m. na lorazepam.

BESCHOUWING

Deze casussen laten een aantal typische aspecten van de acute psychiatrie zien die het lastig kunnen maken om adequate zorg te bieden. Daarnaast illustreren zij hoe diverse specialismen hiermee te maken kunnen krijgen. Aan de hand van het recent gepubliceerde boekje *Acute psychiatrie* gaan we nader in op de stappen in de diagnostiek en behandeling van de patiënten in deze casussen (zie info).¹

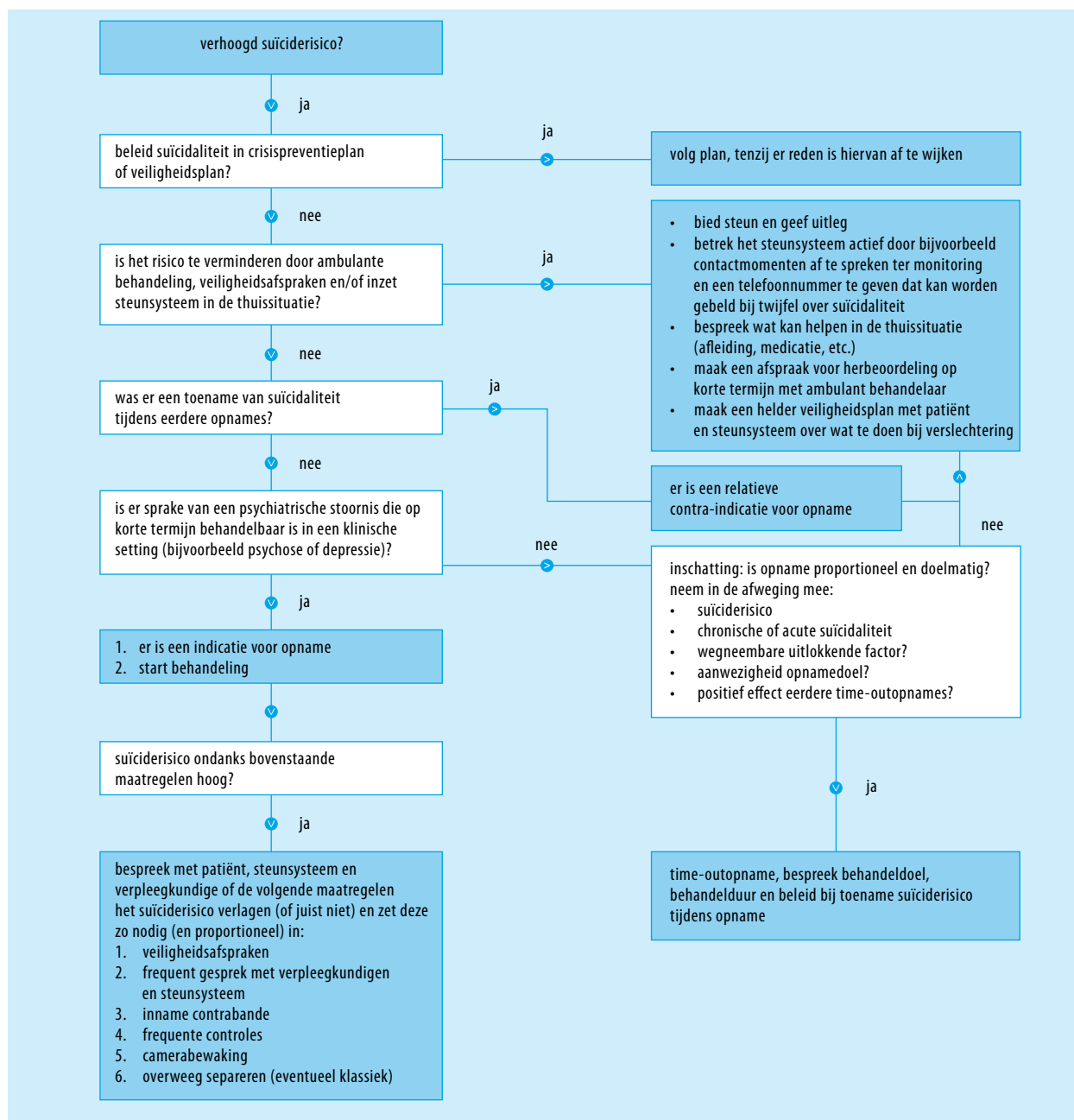
ACUTE AGITATIE

Acute agitatie komt regelmatig voor buiten het ziekenhuis (patiënt C), op de SEH (patiënt A) en op de andere afdelingen in ziekenhuizen. Meestal gaat het om patiënten bij wie in korte tijd psychomotorische of verbale onrust of agressie ontstaat. Acute agitatie kan optreden bij intoxicaties (bijvoorbeeld met cocaïne, alcohol of

speed), detoxificatie (bijvoorbeeld bij GHB-gebruikers), delier, manie, depressie (zoals bij patiënt A) en psychose; ook persoonlijkheidsstoornissen, niet-psychiatrische en andere somatische oorzaken kunnen een rol spelen (figuur 1).

Aangezien meestal direct moet worden gehandeld om letsel voor de patiënt en diens omgeving te voorkomen, is uitgebreide diagnostiek vaak onmogelijk. Na de vaststelling dat het om een patiënt met acute agitatie gaat, streven de arts en de verpleegkundigen naar transparante communicatie met de patiënt en de familie en wordt een veilige, prikkelarme ruimte opgezocht. Wanneer de agitatie aanhoudt na weigering of bij ineffectiviteit van orale medicatie, is te overwegen over te gaan tot intramusculaire toediening van psychofarmaca.

Voor de behandeling van acute agitatie bestaan 3 soorten medicatie: benzodiazepines, antihistaminica en antipsychotica. Wanneer de arts bij de patiënt een manie of



FIGUUR 2 Beslisboom bij een vermoeden van suïcidale gedachten, ideaties, plannen, gestes of pogingen. Deze beslisboom geeft houvast om een beoordeling te maken over het suïciderisico en een afweging te maken of een crisisopname geïndiceerd is. (Met toestemming overgenomen uit *Acute psychiatrie*.)¹

psychose vermoedt, heeft haloperidol/promethazine 5 mg/50 mg i.m. de voorkeur. In alle overige gevallen, bijvoorbeeld bij intoxicatie of detoxificatie of bij een onbekende oorzaak, kan worden gekozen voor lorazepam 1-4 mg i.m.² Tot 1 h na toediening worden verschijnselen van overmatige sedatie en op indicatie de ademhaling,

polsfrequentie en bloeddruk in de gaten gehouden. Bij aanhoudende agitatie kunnen de meeste intramusculaire preparaten na 30 min worden herhaald; na toediening van haloperidol/promethazine wordt uitsluitend promethazine 25-50 mg gegeven. Een nadeel van midazolam is dat het snel en plotseling is uitgewerkt, wat risico geeft

op nieuwe escalatie van agressie, zoals bij patiënt C. Ook is het risico op overmatige sedatie relatief hoog. Daarom ontraden wij dit middel voor acute agitatie.³

Bij kinderen tot 12 jaar worden intramusculaire preparaten in principe vermeden; bij jongeren van 12-16 jaar worden dezelfde preparaten als bij volwassenen in halve doseringen toegediend; en bij jongeren ouder dan 16 jaar verloopt de behandeling zoals bij volwassenen. Bij volwassenen ouder dan 65 jaar adviseren wij de helft van de genoemde preparaten toe te dienen vanwege het verhoogde risico op bijwerkingen op deze leeftijd. Bij herhaalde toediening en bij elke verhoging van de dosering dient het risico op schade door het gedrag van de patiënt te worden afgewogen tegen het risico op bijwerkingen, zoals sedatie en dystonie.

DE DEPRESSIEVE STOORNIS IN ACUTE SITUATIES

Een depressie uit zich in een sombere stemming of anhedonie met daarnaast andere depressieve symptomen, zoals slaapproblemen, gewichtsveranderingen of suïcidaliteit. De diagnostiek bestaat uit anamnese, psychiatrisch onderzoek, lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek, bijvoorbeeld bloedonderzoek om een hypothyreoïdie uit te sluiten.

Bij een patiënt zonder stemmingsstoornissen in de voorgeschiedenis wordt gewacht met het voorschrijven van een antidepressivum totdat er voldoende duidelijkheid is over het beloop en de ernst. Als blijkt dat er sprake is van een depressieve episode, is het in eerste instantie van belang een bipolaire depressie uit te sluiten, aangezien de depressieve episode bij een patiënt met een bipolaire stoornis farmacotherapeutisch anders behandeld wordt, bijvoorbeeld met lithium of quetiapine.

Als de patiënt eerder een depressie heeft doorgemaakt, gaat de arts na of eerdere behandeling effectief was, aangezien de kans groot is dat dezelfde of een vergelijkbare behandeling weer effectief zal zijn. Bij patiënt A koos de psychiater voor de combinatie van sertraline en haloperidol omdat deze medicatie tijdens de vorige depressieve episode met psychotische kenmerken effectief was.

Bij een eerste, ernstige depressieve stoornis zonder psychotische kenmerken gaat de voorkeur uit naar een SSRI (escitalopram 5 mg 1 dd of sertraline 50 mg 1 dd als startdoseringen) wanneer de patiënt niet wordt opgenomen,⁴ terwijl bij opgenomen patiënten een lichte voorkeur bestaat voor een tricyclisch antidepressivum (TCA), zoals nortriptyline of clomipramine. Als de patiënt wél psychotische kenmerken heeft, wordt een TCA of venlafaxine vaak gecombineerd met olanzapine 10 mg of quetiapine 50 mg – dit zijn startdoseringen – vóór de nacht.

TABEL Handreiking om te bepalen welk juridisch kader (WGBO of BOPZ) geldt voor dwangbehandeling bij een somatische of psychiatrische ziekte*

afdeling en ziekte	wettelijk kader
dwangopname onder IBS of RM	
somatische ziekte	WGBO
psychiatrische ziekte	BOPZ
algemeen ziekenhuis, verpleeghuis of revalidatiecentrum	
somatische ziekte	WGBO
psychiatrische ziekte	WGBO

IBS = inbewaringstelling; RM = rechterlijke machtiging; WGBO = Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst; BOPZ = Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen.

* Bij een vrijwillige opname geldt de WGBO, ook binnen de ggz.

SUÏCIDALITEIT

Bij het onderzoek naar suïcidaliteit worden suïcidale gedachten, gestes, ideaties en plannen zo concreet mogelijk uitgevraagd. Figuur 2 geeft een beslisboom voor het handelen bij een patiënt met suïcidale gedachten. Ook suïcidaliteit in het verleden, de rol van psychiatrische problematiek, de wilsbekwaamheid van de patiënt en andere risicofactoren moeten worden onderzocht. Gebruik, als dat beschikbaar is, een eerder opgesteld veiligheidsplan bij de behandeling van suïcidale patiënten.

JURIDISCHE ASPECTEN

In de ziektegeschiedenissen van patiënt A, B en C komen juridische zaken naar voren die een rol kunnen spelen bij het omgaan met acute psychiatrische problemen. Wanneer medische hulp gezocht wordt voor een patiënt met een acuut psychiatrisch beeld, ontstaat soms twijfel over welk juridisch kader van toepassing is: de Wet op Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) of de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ) (tabel).

Bij beslissingen over diagnostiek en behandeling op de SEH geldt de WGBO. In de eerste casus vond de SEH-arts dat de patiënte wilsonbekwaam was voor het nemen van de beslissing over haar behandeling op dat moment. Bij wilsonbekwaamheid moet vervangende toestemming gevraagd worden, tenzij behandeling nodig is vanwege goed hulpverlenerschap of in acute situaties waarin toestemming van de wettelijk vertegenwoordiger niet afgewacht kan worden. Doelmatigheid, proportionaliteit en subsidiariteit zijn de pijlers waarop de beslissing moet rusten om eventueel interventies tegen de wil van de patiënt onder de WGBO toe te passen.⁵

LEERPUNTEN

- **Acute psychiatrische verschijnselen komen ook buiten de psychiatrische afdeling veelvuldig voor.**
- **Kennis en kunde zijn nodig om adequaat te kunnen handelen wanneer een patiënt een acuut psychiatrisch beeld vertoont.**
- **Het boekje *Acute psychiatrie* en de gelijknamige website kunnen artsen en verpleegkundigen ondersteunen bij het doorlopen van de diagnostische en therapeutische stappen bij patiënten met acute psychiatrische verschijnselen.**

dat zij acuut handelen vereisen. Het boekje *Acute psychiatrie* kan artsen en verpleegkundigen ondersteunen om op een gestructureerde, efficiënte en evidencebased manier de diagnostische en therapeutische stappen te doorlopen die op dergelijke patiënten van toepassing zijn.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: er zijn mogelijke belangen gemeld bij dit artikel. ICMJE-formulieren met de belangenverklaring van de auteurs zijn online beschikbaar bij dit artikel.

Aanvaard op 3 januari 2018

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2018;162:D2387

 **KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/D2387**

Dames en Heren, de casusbesprekingen in deze klinische les illustreren dat acute psychiatrische verschijnselen ook buiten de psychiatrische afdeling voorkomen en

LITERATUUR

- 1 Luyck JJ, Moret-Hartman M, Tempelaar WM, Tijdink JM, Vinkers CH, de Witte LD. Acute psychiatrie. Alphen aan den Rijn: Van Zuiden Communications; 2017.
- 2 Bak M, van Os J, Marcelis M. Acute ingrijpmedicatie; literatuuroverzicht en aanbevelingen. Tijdschr Psychiatr. 2011;53:727-37.
- 3 Zaman H, Sampson SJ, Beck AL, et al. Benzodiazepines for psychosis-induced aggression or agitation. Cochrane Database Syst Rev. 2017;(12):CD003079.
- 4 Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, et al. Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis. Lancet. 2009;373:746-58.
- 5 Vinkers CH, van de Kraats GB, Biesart M, Tijdink JK. Is mijn patiënt wilsbekwaam? Volg de leidraad. Ned Tijdschr Geneeskd. 2014;158:A7229.