Urgentieschema's voor huisartsen: psychische beelden en crisissituaties

Hera Meuleman, KU Leuven

In samenwerking met Yveline Janssen KU Leuven

Promotor: prof. dr. Bert Aertgeerts, KU Leuven

Co-promotoren: prof. dr. Jan Verbakel en Emmy De Buck, KU Leuven

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2021 – 2022]

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.
Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Abstract

Context

Deze masterpaper vormt mee de basis voor de derde uitgave van het boek 'Urgentieschema's voor Huisartsen' van het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde aan de Katholieke Universiteit Leuven. Deze thesis richt zich specifiek op de "Psychische Beelden en Crisissituaties". Psychische stoornissen zijn alom aanwezig in de eerste lijn en de huisarts speelt een cruciale rol in de (h)erkenning en adequate behandeling ervan. Het doel is nieuwe inzichten verkrijgen in de acute behandeling van psychische crisissituaties in de eerste lijn, met name acute manische episode, agressie en acute agitatie, angststoornissen, ernstige depressie, psychose en suïcidaliteit.

Onderzoeksvragen

Wanneer wordt de voorkeur gegeven aan een ziekenhuisopname en wanneer aan een ambulante behandeling?
Welke medicamenteuze en niet-medicamenteuze behandelopties zijn er?

Methode

Als eerste werd er een literatuurstudie van systematic reviews en richtlijnen per subtopic uitgevoerd. Enkel studies gepubliceerd tussen het jaar 2000 en 2020 over volwassenen waren, werden geïncludeerd. De primaire uitkomstmaten waren de (niet-) medicamenteuze behandeling en de indicaties voor doorverwijzing naar de tweede lijn. Er werd voor elk subtopic een best evidence topic report gemaakt, waarin de geïncludeerde studies werden onderworpen aan een kwaliteitscontrole.

Als tweede werd de gecollecteerde data voorgesteld aan een expertenpanel uit de eerste en tweede lijn in de vorm van een initieel urgentieschema. Dit met als doel de toepasbaarheid van de richtlijnen binnen de eerstelijnsgeneeskunde nagaan en het schema aanpassen waar nodig.

Tot slot werd er per subtopic een geactualiseerd urgentieschema opgesteld.

Resultaten

In deze masterpaper worden 6 nieuwe urgentieschema's voorgesteld. De veiligheid van de patiënt, zijn omgeving en de hulpverleners vormt een rode draad doorheen alle urgentieschema's. Een niet-medicamenteuze aanpak geniet de voorkeur. Bij de medicamenteuze opties blijven benzodiazepines nog steeds een belangrijke rol spelen.

Conclusie

Er is nood aan meer onderzoek in de eerste lijn, onder andere naar korte psychologische interventies door huisartsen en de inzet van mobiele crisisteams. Psychische gezondheidszorg is geen exacte wetenschap, waardoor de expertise van de huisarts, het al dan niet kennen van de patiënt en het niet-pluis gevoel een grote rol spelen in de acute aanpak van psychische beelden en crisissituaties.

Inhoudsopgave

Abstract 3
Inhoudsopgave 4
1. Introductie 5
2. Methode 6
3. Resultaten 9
3.1. Acute manische episode 9
3.2. Agressie en acute agitatie 12
3.3. Angststoornissen 16
3.4. Ernstige depressie 20
3.5. Psychose 22
3.6. Suïcidaliteit 27
4. Discussie 30
5. Besluit 32
6. Referenties 33
7. Reflectieverslag 36
8. Appendices 38
8.1. Appendix 1: MeSH termen per subthema 38
8.2. Appendix 2: PRISMA-flow charts 38
8.3. Appendix 3: Evidence tables 38
8.4. Appendix 4: Experts 38
8.5. Appendix 5: DSM criteria 38
8.6. Appendix 6: Voorbeeld van een crisisplan 38

1. Introductie

Een derde van de Belgen wordt persoonlijk geconfronteerd met psychische stoornissen gedurende het leven. Concreet wil dat zeggen er ongeveer 700.000 Vlamingen op dit moment mee kampen (1,2). Bovendien krijgen nog meer mensen er onrechtstreeks mee te maken, omdat ze partner, ouder, kind, vriend, collega, … zijn van een persoon met een psychisch probleem (3). De resultaten van de Gezondheidsenquête uit 2018 bevestigen deze cijfers. Er is een stijging zichtbaar in vergelijking met vroegere resultaten (tussen 2001 en 2008 gaf 25% van de bevolking psychische problemen aan) (4). Daarnaast zijn de Vlaamse zelfmoordcijfers bij de hoogste van Europa; voor vrouwen staat België zelfs helemaal bovenaan (5). Het Vlaamse suïcidecijfer ligt 1,5 keer hoger dan het Europese gemiddelde (5). In 90% van de gevallen gaat een psychische stoornis aan zelfmoord vooraf (4). Dit alles toont aan dat psychische problemen vaak voorkomen in de eerstelijnszorg. De huisarts heeft hierin de rol van een poortwachter, primordiaal voor zowel de preventie als de diagnose en behandeling van patiënten met dergelijke problematiek.

Wanneer een acuut psychisch probleem zich voordoet, bijvoorbeeld tijdens de wachtdienst of bij een niet-gekende of nieuw gediagnosticeerde patiënt, moet de huisarts snel en vaak multidisciplinair kunnen handelen. Niet te vergeten dat ook bij gekende en reeds gediagnosticeerde patiënten er zich onverwachts crisissituaties kunnen voordoen. Net zoals bij somatische problematiek is ook hier het niet-pluis gevoel van onschatbare waarde (6).

Ondanks de hoge prevalentie van deze aandoeningen blijft het aantal richtlijnen over een duidelijke aanpak in de eerste lijn eerder beperkt. Daarenboven is er vaak sprake van dubbeldiagnose alsook van comorbide psychische en fysische aandoeningen en sociale factoren die de diagnose en behandeling bemoeilijken (6,7). Verder hebben vele psychofarmaca enkele weken nodig om effectief te zijn, zeker wat betreft antidepressiva (8). Andere behandelingsopties en duidelijke richtlijnen zijn noodzakelijk, zeker bij patiënten die (nog) niet behandeld worden met psychofarmaca.

Zoals reeds aangehaald is de prevalentie van geestelijke gezondheidsproblemen in ons land over de afgelopen jaren toegenomen (1). Bovendien heeft België relatief gezien een hoog aantal psychiatrische ziekenhuisbedden in vergelijking met onze buurlanden. Het grootste deel van de financiering gaat naar residentiële zorg. In de laatste hervorming van het Belgische systeem voor geestelijke gezondheidszorg is dan ook de verschuiving van ziekenhuiszorg naar ambulante zorg opgesteld als een van de doelen (1). Goede communicatie tussen de verschillende zorgverleners en multidisciplinaire samenwerking is essentieel om ambulante zorg te optimaliseren, verwijzingen naar de tweede lijn goed te timen en de lange wachtlijsten in te perken.

Het doel van deze masterpaper is de nieuwe inzichten in de acute aanpak van psychische crisissituaties in de eerste lijn af te bakenen. We zullen op de volgende vragen trachten een antwoord te formuleren: Wanneer wordt de voorkeur gegeven aan een ziekenhuisopname verkozen en wanneer aan een ambulante behandeling? Welke medicamenteuze en niet-medicamenteuze behandelopties zijn er?
Deze masterproef zal opgedeeld worden in drie delen. Het eerste deel betreft de studie van de literatuur, een best evidence topic report (BestBET) en de initiële urgentieschema's. In het tweede deel zullen de meningen van experten binnen het thema aan bod komen. Tenslotte presenteren we in het derde deel de finale urgentieschema's, dewelke een leidraad en kapstok moeten vormen die huisartsen helpt bij het maken van beslissingen bij psychische crisissituaties in hun dagelijkse praktijk.

2. Methode

2.1. Zoekstrategie

Voor deze literatuurstudie zal er op 6 belangrijke onderwerpen toegespitst worden, met name acute manische episode, agressie en acute agitatie, angststoornissen, ernstige depressie, psychose en suïcidaliteit. Per topic zal er een aangepaste zoekstrategie worden uitgevoerd met topic-specifieke MeSH-termen (appendix 1). De hierna vernoemde inclusiecriteria gelden voor alle onderwerpen.

Selectiecriteria

Studietypen

In deze masterpaper zullen systematische reviews en richtlijnen geïncludeerd worden. Indien er geen systematische reviews binnen een subonderwerp beschikbaar zijn, zoeken we verder naar randomised controlled trials. Deze studies moeten gepubliceerd zijn tussen het jaar 2000 en 2020 en mogen zowel Engels- als Nederlandstalig zijn.

Typen van patiënten

Geschikt voor inclusie zijn volwassenen (18 jaar en ouder) met een acute/urgente psychische of psychiatrische problematiek.

Typen van interventies

Binnen de uiteindelijk gekozen studies en richtlijnen zullen volgende interventies geanalyseerd worden:

- Ambulante behandeling versus ziekenhuisopname
- Non-farmacologische versus farmacologische behandeling
- Korte psychologische interventies
- Multidisciplinaire teams en samenwerking in zowel ambulante als ziekenhuissetting

Bij de farmacologische behandelingen zal er ook gekeken worden naar de verschillende types psychofarmaca.

Uitkomstmaten

- Primaire uitkomsten:
  - Algemene niet-medicamenteuze behandeling
  - Medicamenteuze behandeling
  - Indicaties voor doorverwijzing naar de tweede lijn
- Secundaire uitkomst:
  - Omschrijving van de aandoening
  - Diagnosestelling
  - (Start)dosering van medicamenteuze behandeling

2.2. Onderzoeksvragen

Acute manische episode

Wanneer moet een volwassen patiënt met een acute manische episode verwezen worden naar het ziekenhuis om de eufore status te herstellen?
Welke ambulante behandelopties zijn er bij een volwassen patiënt met een acute manische episode om de eufore status te herstellen?

Agressie / Acute agitatie

Welke niet-medicamenteuze opties zijn er bij een volwassen agressieve of geagiteerde patiënt?

Wanneer is een medicamenteuze behandeling noodzakelijk bij een volwassen agressieve of geagiteerde patiënt?

Angststoornissen

Welke niet-medicamenteuze opties zijn er bij een volwassen met een acute paniekaanval, stressreactie of hyperventilatie?
Wanneer is een medicamenteuze behandeling noodzakelijk bij een volwassen met een acute paniekaanval, stressreactie of hyperventilatie?

Ernstige depressie

Wanneer moet een volwassen patiënt met een ernstige depressie verwezen worden naar het ziekenhuis om de klachten te verminderen?
Welke ambulante behandelopties zijn er bij een volwassen patiënt met een ernstige depressie om de klachten te verminderen?

Psychose

Wanneer moet een volwassen patiënt met een psychose verwezen worden naar het ziekenhuis om het normale functioneren te herstellen?
Welke ambulante (niet-)medicamenteuze behandelopties zijn er bij een volwassen patiënt met een psychose om het normale functioneren te herstellen?

Suïcidaliteit

Wanneer is bij een volwassen patiënt met actieve suïcidale ideatie een (gedwongen) ziekenhuisopname noodzakelijk ter preventie van suïcide?
Welke ambulante behandelopties zijn er bij een volwassen patiënt met actieve suïcidale ideatie?

2.3. Keuze databanken

De volgende databanken zullen geraadpleegd worden: Medline, Embase, Cochrane, Turning Research Into Practice (TRIP), Domus Medica, Ebpracticenet (Ebpnet), Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG).
Naast de bovenvermelde elektronische databanken zal er ook worden gezocht in de referentielijsten van de gevonden studies/richtlijnen, alsook in grey literature.
Voor het controleren van medicatie doseringen zullen we gebruik maken van het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (BCFI) (9).

2.4. Vertaling onderzoeksvraag naar strengen

PICO

Acute manische episode

- P: manische patiënt, patiënt met acute manische episode
- I: verwijzen naar tweede lijn
- C: ambulante (medicamenteuze) behandeling
- O: terugkeer naar eufore status

Agressie/acute agitatie

- P: agressieve of geagiteerde patiënt
- I: gesprek
- C: (gedwongen) fixatie / medicamenteuze interventie
- O: normaal gedrag

Angststoornissen

- P: volwassen patiënt met paniekaanval met acute stressreactie OF paniekaanval OF hyperventilatie
- I: niet medicamenteuze interventie
- C: medicamenteuze interventie
- O: normaal functioneren

Ernstige depressie

- P: patiënt met ernstige depressieve klachten
- I: verwijzen naar tweede lijn
- C: ambulante behandeling, met of zonder medicamenteuze interventie
- O: sneller herstel/meer effect

Psychose

- P: patiënt met psychotische kenmerken
- I: verwijzen naar tweede lijn
- C: ambulante (medicamenteuze) behandeling
- O: normaal functioneren

Suïcidaliteit

- P: volwassene met actieve suïcidale ideatie
- I: (gedwongen) opname
- C: ambulante opvolging
- O: voorkomen suïcide(poging)

Zoektermen

Zie appendix 1.

2.5. Onafhankelijke titel en abstract screening, full tekst screening en oplossen conflicten

Er zal onafhankelijk gescreend worden op titel en abstract door 2 review auteurs (YJ en HM) tussen alle referenties bekomen door de beschreven zoekstrategie. Vervolgens zal er door de auteurs onafhankelijk een full tekst-screening worden uitgevoerd. Redenen voor exclusie worden genoteerd waarbij onenigheid door middel van discussie wordt opgelost. Duplicaten worden geïdentificeerd en verwijderd. Het proces wordt in detail weergegeven in een Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) flow diagram (zie appendix 2).

2.6. Data extractie

Er zal een datacollectie formulier worden gebruikt om studie karakteristieken en uitkomst data te verzamelen (zie appendix 3). Dit zal de volgende onderdelen bevatten:

- Titel
- Auteur, datum, land
- Studietype
- Studie zwaktes en sterktes
- Voornaamste risico op bias / kwaliteits-assessment tool
- Patiënt karakteristieken
- Interventie / indextest / blootstelling
- Controlegroep / comparator
- Uitkomsten
- Belangrijkste resultaten

Beoordeling kwaliteit geselecteerde studies

De kwaliteit van systematische reviews wordt nagegaan d.m.v. de checklist volgens Bohn Stafleu van Loghum en deze van richtlijnen met het Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE) II instrument (10,11).

2.7. Ontwikkeling urgentieschema's

Opstellen initiële urgentieschema's

Er zal binnen deze masterpaper gewerkt worden volgens het BestBET principe. Aan de hand van een klinisch scenario zal er een onderzoeksvraag worden opgesteld (cfr. supra). Na de zoektocht, selectie en analyse van de relevantie artikels zal er een klinische eindconclusie volgen. Deze klinische eindconclusie zal vervolgens herwerkt worden tot een bruikbaar initieel urgentieschema.

Feedbackmomenten voor initiële urgentieschema's

We zullen verschillende experten werkzaam in de eerstelijnsgeneeskunde alsook specialisten vanuit de tweedelijnsgeneeskunde contacteren om samen de opgestelde urgentieschema's te bekijken.

Ontwikkelen finale urgentieschema's

De mening van de experts zal gebruikt worden om de initiële urgentieschema's te herwerken tot hun finale versie.

3. Resultaten

De flowcharts en evidence tables per subtopic zijn te raadplegen in appendix 2 en 3 respectievelijk.
Het aantal en de hoedanigheid van de geraadpleegde experts staan opgesomd in appendix 4.

3.1. Acute manische episode

3.1.1. Omschrijving van de aandoening

"Een in de loop van enige dagen tot soms weken ontstane verandering in stemming en activiteit, gekenmerkt door een dysfore (geprikkelde), expansieve (met hevige emoties gepaard gaande) of eufore stemming met hyperactiviteit" (12).

Voor de definitie volgens de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) criteria zie appendix 5 (13).

3.1.2. Diagnosestelling

Volgens de Duodecim richtlijn "bipolaire stoornis" (14):
"Voor de diagnose moeten drie (vier bij een geïrriteerde stemming) van de volgende symptomen gedurende minstens een week aanwezig zijn geweest:

- Verhoogde activiteit en fysieke rusteloosheid
- Verhoogde spraakzaamheid of woordenvloed
- Gedachtestroom of gevoel van versneld denken
- Wegvallen van remmingen
- Verminderde behoefte aan slaap (de patiënt slaapt meestal maar een paar uur per nacht)
- Verhoogd gevoel van eigenwaarde of wanen van grandeur
- Verstrooidheid of constante veranderingen in de acties of plannen
- Roekeloos of onverantwoordelijk gedrag waarbij de patiënten de risico's niet herkent
- Verhoogd libido en promiscuïteit" (14)

"Bij psychotische manie heeft de patiënt wanen of hallucinaties. Soms kan de aandoening zich ontwikkelen tot een deliriumachtige staat van verwarring die onmiddellijke behandeling vereist" (14).

"Differentieel diagnostisch dient er gedacht te worden aan een bipolaire spectrum stoornis, borderline persoonlijkheidsstoornis, een psychotische stoornis en manie door middelenmisbruik" (12).
Een hetero-anamnese is in deze setting uiterst handig voor correcte diagnosestelling.

3.1.3.BestBET

Rapport door: Hera Meuleman
Nazicht door: Yveline Janssen

Klinisch scenario: een patiënt presenteert zich met een acute manische episode, al dan niet met een psychisch belaste voorgeschiedenis. Wat kan je dan als huisarts doen of opstarten om de patiënt te ondersteunen en het acute toestandsbeeld te stabiliseren?

Conclusie van de uitkomsten:

Algemene niet medicamenteuze behandeling:
De basisbehandeling bestaat uit (12):

- Verminderen van stimulerende prikkels
- Verminderen van activiteiten
- Uitstel van belangrijke beslissingen
- Behouden/implementeren van een gestructureerde routine

Het is belangrijk de veiligheid te bewaken, zowel voor jezelf als voor de persoon in kwestie. Soms kan het helpen een nauw contactpersoon van de patiënt te zoeken en mee in te schakelen.

Medicamenteuze behandeling:
Er is een verschil in behandeling wanneer de patiënt reeds een onderhoudstherapie krijgt (o.a. voor een bipolaire stoornis). Een belangrijke medicamenteuze stap die frequent vermeld wordt, is het stoppen van stimulerende agentia waaronder zeker ook antidepressiva (12,15,16).
Wanneer een patiënt reeds onderhoudstherapie krijgt, geef je hier best de hoogst getolereerde dosis van; bij inname van lithium is het belangrijk de spiegel te controleren (15,17).
De voorkeur gaat uit naar dopamine antagonisten (haloperidol, olanzapine, risperidone & quetiapine), valproaat of lithium (12,14–16,18,19). Contra-indicaties voor lithium zijn ernstige nierfunctiestoornis, ernstige hartaandoening, ernstige hypothyreoïdie of ernstige hersenbeschadiging.
Een ander belangrijk aspect in de behandeling van een manische episode is het correct behandelen van slaapstoornissen gezien dit manie in de hand kan werken.

Tabel 1: Dosering van de verschillende medicamenteuze opties bij acute manische episode (12,18):

Quetiapine	Per os (PO): 25 – 300 mg, 1x/dag, eventueel over 2 dosissen, maximaal 800 mg/dag, dosisverhoging met 100 – 200 mg
Olanzapine	PO: < 50j: startdosis 15 mg, 1x/dag, 's avonds (eventueel 5 mg 's ochtends en 10 mg 's avonds) PO: > 50j: startdosis 10 mg, 1x/dag, 's avonds (eventueel 5 mg 2x/dag) Maximaal 20 mg per dag
Risperidon	PO: start met 2 mg, 1×/dag, zo gewenst: verhogen in stappen van 1 mg/dag, maximaal 6 mg/dag
Haloperidol	PO of intramusculair (IM): 1 – 5 mg/dag over 1 tot 3 dosissen (interval van minstens 1 uur), maximaal 10 mg/dag (bij ouderen PO maximaal 5 mg/dag) Ampullen van 5 mg/ml voor IM gebruik.
Lithium	PO: startdosis 600 mg, 1x/dag, 's avonds (ouderen 400 mg) Na 3-5 dagen: 12u dalspiegel bepalen (na 5 dagen: steady state) Streefspiegel 0,8 – 1,2 mmol/l (Lithium-intoxicatie: > 1,5 – 2,0 mmol/l)
Valproïnezuur	PO: startdosis 20mg/kg lichaamsgewicht gereguleerde afgifte, 1x/dag, 's avonds Na 3 - 5 dagen: 12u spiegel bepalen (steady state na 5 dagen)

	Streefspiegel 80 – 120 mg/l
Lorazepam	PO: < 50j: 1-1-2,5mg (8-12-21 uur) PO: > 50j: 0,5-0,5-1mg

Doorverwijzing

Een, al dan niet gedwongen, opname kan noodzakelijk zijn bij "roekeloos gedrag, (kans op) fysieke agressie, gevaar voor relaties, gezin, werk en financiën"(12). Vaak zal de patiënt met spoed naar het ziekenhuis verwezen moeten worden gezien de verschillende gevaren die voortkomen uit manisch gedrag en het hoge suïcide risico (12,14).

Klinisch eindbesluit:

Bij een patiënt met een acute manische episode is een verwijzing, zo nodig gedwongen, naar de tweedelijnszorg vaak aangewezen gezien het "roekeloos gedrag, (kans op) fysieke agressie, gevaar voor relaties, gezin, werk en financiën" (12). Indien je zelf medicamenteus wenst te behandelen, gaat de voorkeur uit naar het gebruik van atypische antipsychotica, valproaat en/of lithium.

3.1.4.Initieel urgentieschema

1) Verminderen stimulerende prikkels, verminderen activiteiten, uitstel belangrijke beslissingen, behouden gestructureerde routine
2) Medicamenteus:
    - STOP stimulerende agentia (!! antidepressiva)
    - Atypische antipsychotica (valproaat en/of lithium)
        - PO: haloperidol 5mg, lorazepam - te herhalen na 30-60 min
        - IM: haloperidol, olanzapine (5-10mg), lorazepam (2-4mg)
    - Slaapstoornissen ~ benzodiazepine
3) Verwijzing bij: fysieke agressie, roekeloos gedrag, gevaar voor relaties, gezin, werk, financiën

3.1.5.Resultaten feedback momenten

- Mobiel crisisteam
    - Het is belangrijk om lichamelijke aandoeningen uit te sluiten.
    - Informeer de patiënt voldoende, de patiënt is namelijk vaak heel achterdochtig en bovendien is het een heel angstige gebeurtenis voor zowel de patiënt als de familie.
- Psychiaters
    - Antidepressiva moeten niet standaard gestopt worden; het is vooral belangrijk om ze niet op te starten. Voor het beleid rond antidepressiva kan de huisarts best contact opnemen met tweede lijn (cave uitlokken depressie of mengbeeld manie-depressie).
    - Startdosering antipsychotica: de startdosering mag niet te laag zijn, omdat de duur voordat het effect ontstaat dan toeneemt en de patiënt langer moet afzien. Bij ouderen is de startdosering lager: quetiapine 400mg en olanzapine (Zyprexa velotab ®) 10mg.
    - Nooit antipsychotica IM en benzodiazepines IM combineren, dit verhoogt het risico op plotse dood (long QTc).
    - Gekende patiënten hebben vaak een interventieplan liggen: wie bellen, welke medicatie nemen ze al, wat mogen/kunnen ze nemen in acute situaties.
    - Activiteiten hoeven niet persé gestopt te worden; soms kan sporten net wel helpen om rust te brengen voor de patiënt.
    - Slaap is vaak een heel groot probleem. Let op de volgende dingen: wat is het ritme, slaapt de patiënt nog, moet er misschien voor bepaalde medicamenteuze optie gekozen worden die 's avonds wordt gegeven?
- Urgentieartsen
    - Patiënten hebben vaak een gebrek aan ziekte-inzicht; dit bemoeilijkt de diagnosestelling.

- Medicamenteus:
    - Lithium wordt weinig/niet opgestart in de eerstelijnsgeneeskunde.
    - Het voordeel van antipsychotica is dat er geen gewenning optreedt (i.t.t. benzodiazepines).
    - Kalmerende antidepressiva mogen verder gegeven worden.
- Oppassen voor suïcide; voornamelijk in de depressieve fase of bij plots stoppen van antidepressiva (ontwikkelen combinatie manie + depressie).
- Huisartsen
    - Start niet te hoog, bijvoorbeeld quetiapine 50mg.
    - Zyprexa wordt niet/zelden IM toegediend in de eerste lijn.

3.1.6.Finaal urgentieschema

1) Denk aan: veiligheid
2) Algemeen:
    - Patiënt gekend met manische episodes: controleer of er reeds een bestaand crisisplan is!
    - Verminder stimulerende prikkels.
    - Behoud / implementeer gestructureerde routine.
    - Stel belangrijke beslissingen uit.
    - Ga na of er slaapstoornissen zijn (wat is het ritme van de patiënt, slaapt hij nog?)
3) Medicamenteuze behandeling
    - Olanzapine (vb. Zyprexa ®): 10 mg PO, smelttablet, 1x/dag
    - Haloperidol (vb. Haldol ®): 1 – 5 mg/dag PO of IM over 1 tot 3 dosissen (interval van minstens 1 uur), maximaal 10 mg/dag (bij ouderen PO maximaal 5 mg/dag)
    - Quetiapine (vb. Seroquel ®): 100mg PO, 1x
    - Lorazepam (vb. Temesta ®) 1 – 2,5 mg PO, smelttablet; zo nodig herhalen na 2u
4) Verwijzing bij: fysieke agressie, roekeloos gedrag, gevaar voor relaties/gezin/werk/financiën

3.2. Agressie en acute agitatie

3.2.1.Omschrijving van de aandoening

"Acute agitatie is een extreme opwindingstoestand die gepaard gaat met toegenomen verbale en/of motorische activiteit en die acuut zorg behoeft" (20).

3.2.2.Diagnosestelling

"Vraag (hetero-) anamnestisch naar aanknopingspunten voor een onderliggende aandoening of gebruik van (genees)middelen zoals cocaïne, alcohol, benzodiazepines (zowel intoxicatie als onttrekking) en let hierop bij het lichamelijk onderzoek" (20).

Differentiaal diagnose:

- "Psychiatrische oorzaak: psychotische stoornis, depressie met psychomotore agitatie/angst, manie of hypomanie, persoonlijkheidsstoornis, middelenintoxicatie (m.n. cocaïne, amfetaminen maar ook anticholinergica), middelenonttrekking (m.n. alcohol, gamma-hydroxy-boterzuur (GHB), benzodiazepines, selectieve serotonine-heropnameremmers (SSRI's)), dementie, acute stressstoornis of aanpassingsstoornis" (20).
- "Niet psychiatrische oorzaak (bv relationele conflicten)" (20).
- "Somatische oorzaak: delier, hoofdtrauma, encefalitis, meningitis, andere infecties, paraneoplastische verschijnselen, intracraniële laesies, metabool, intracraniële complicaties bij AIDS, neurodegeneratieve aandoeningen, hypoxie, hyperthyroïdie/thyrotoxische crisis, hyperthermie/hypothermie, shock, insult (post-ictaal), toxische medicatiespiegels en bijwerkingen van medicatie" (20).

3.2.3.BestBET

Rapport door: Hera Meuleman
Nazicht door: Yveline Janssen

Klinisch scenario: een patiënt presenteert zich met acute agitatie of is agressief, al dan niet gekend met een onderliggend psychiatrisch lijden. Wat kan je dan als huisarts doen of opstarten om de patiënt te ondersteunen en het acute toestandsbeeld te stabiliseren?

Conclusie van de uitkomsten:

Algemene niet medicamenteuze behandeling

De veiligheid dient steeds als eerste (en relatief snel) beoordeeld te worden (zowel van de patiënt als van de hulpverlener); benader geen risicosituaties zonder begeleiding. Schakel zo nodig andere hulpverleners (waaronder politie) in wanneer de situatie van die aard is dat maatregelen moeten getroffen worden om anderen (de patiënt zelf, betrokken hulpverleners, familie, …) te beschermen (20–22).
Psychologische/verbale interventies dienen steeds toegepast te worden alvorens farmacologische interventies op te starten. In de NHG-standaard lezen we over 'de-escalerende technieken': "patiënt op een gecontroleerde en kalme manier aanspreken of onderzoeken, signaleren van tekenen van boosheid of agitatie, bieden van keuzes en patiënt in zijn waarde laten" (23). Meer restrictieve interventies zoals fixatie, sedatie en separatie/isolatie zijn te vermijden zo mogelijk (20–22). Daarnaast dien je bij acute agitatie steeds somatische oorzaken uit te sluiten (o.a. abstinentie, hypoglycemie, hypoxie, cerebrovasculair accident, infecties algemeen of van het centraal zenuwstelsel of intoxicaties) (20,23,24).

Bij ouderen is de kans op agitatie als ziekteverschijnsel van een delier (door infecties, metabole ontregeling, bepaalde medicatie of polyfarmacie, intracerebrale aandoeningen of een acuut trauma) of cognitieve stoornis (bv. dementie) groter. Belangrijke zaken bij de assessment van agitatie bij ouderen zijn: goede anamnestische en klinische assessment, medicatiereview (o.a. polyfarmacie en interacties), pijnevaluatie, medische voorgeschiedenis en omgevingsveranderingen (25–27).
In de ziekenhuissetting kan er gebruik gemaakt worden van de Advanced Dementia Prognostic Tool (ADEPT), echter deze blijkt niet handig in de eerstelijns setting gezien de vereiste investigaties mogelijk te uitgebreid zijn (28).

Medicamenteus

Start pas een medicamenteuze behandeling op wanneer de patiënt onderzoek of behandeling weigert (na initiële niet medicamenteuze pogingen) en hiermee zichzelf of zijn omgeving schade berokkent.
Bij alle oorzaken van agitatie kan je starten met benzodiazepine (bv lorazepam) (23,24,29).
Bij delier/psychose als oorzaak van acute agitatie zijn atypische antipsychotica of haloperidol aangewezen (18,20,23,24,26,30). Hier moet je oppassen bij ouderen gezien mogelijk risico op acuut myocard infarct, mogelijke aspiratie pneumonie of andere infectie. Haloperidol mag niet gegeven worden bij significante extrapiramidale symptomen en tardieve dyskinesie (20). Bij ziekte van Parkinson en Lewy body dementie dienen alle antipsychotica vermeden te worden behoudens clozapine en quetiapine (20).

Tabel 2: Dosering van de verschillende medicamenteuze opties bij agressie en acute agitatie (20,23,24)

Algemeen en delier	Lorazepam	PO: 1 – 2,5 mg, 1 tot 3x/dag, tablet of smelttablet Zo nodig herhalen na 2u
	Midazolam	IM: 5 - 10mg (ampullen van 5 mg/ml 3ml of 1 mg/ml 5ml) Herhaal zo nodig 1x, pas op voor ademhalingsdepressie Werkt binnen 2 - 3 minuten, duur 1 - 2u
	Olanzapine	PO: 5 – 10 mg, tablet of smelttablet, 1x/dag, maximaal 20 mg/dag, dosisverhoging met 5 mg
	Quetiapine	PO: 25 – 300 mg, 1x/dag, eventueel over 2 dosissen, maximaal 800 mg/dag, dosisverhoging met 100 – 200 mg
	Risperidon	PO: begindosering: 2 mg 1×/dag, indien nodig met intervallen van 24 uur verhogen in stappen van 1 mg/dag tot de aanbevolen dosering van 1–6 mg/dag
	Haloperidol	PO of IM: 2,5 – 5mg (ampul van 5 mg/ml 1ml) Bij ouderen: 2,5mg Contra-indicatie: ziekte van Parkinson, verlengd QT-interval, cocaïnegebruik
Bij Lewy body dementie en ziekte van Parkinson	Lorazepam	PO: 0,5 - 1 mg
	Clozapine	PO: 2,5 – 50mg
	Quetiapine	PO: 25 – 100mg

Verwijzing

Verwijsindicaties zijn: erg zieke patiënt waarvoor nazicht en/of behandeling in een ziekenhuissetting noodzakelijk is, intoxicaties (waaronder GHB, cocaïne en andere), ontoereikend effect van de opgestarte behandeling/toegediende medicatie of wanneer er snel na de eerste interventie nieuwe problemen verwacht worden (23).

Klinisch eindbesluit:

Bij een *agressieve patiënt*: Zorg voor een rustige en veilig omgeving. Schakel de politie in wanneer de veiligheid niet kan gegarandeerd worden. Indien mogelijk eerst toepassen van psychologische interventies (de-escalatie technieken). Bij nood aan medicatie: lorazepam p.o. of midazolam i.m..
Bij een *geagiteerde patiënt:* zorg voor veiligheid. Zorg voor een nauwkeurige assessment van de klinische toestand; ga na of er een onderliggende causale oorzaak is en behandel deze zo mogelijk. Bij delier is er een voorkeur voor haloperidol (contra-indicatie: extrapiramidale symptomen, tardieve dyskinesie). Bij Parkinson en Lewy body dementie zijn alle antipsychotica behoudens clozapine en quetiapine gecontraïndiceerd.

3.2.4.<u>Initieel urgentieschema</u>

1) VEILIGHEID
2) Niet-medicamenteus
    - De-escalatie technieken
    - Uitsluiten somatische oorzaak
    - Cave: ouderen ~ delier
3) Medicamenteus
    - Algemeen: benzodiazepine (lorazepam PO of midazolam IM)
    - Delier/psychose: atypische antipsychotica of haloperidol
    - Parkinson & Lewy body dementie: clozapine en quetiapine

3.2.5. Resultaten feedback momenten

- Mobiel crisisteam
    - Afwachtende houding; geef patiënt wat tijd; volg het tempo van de patiënt; benoem zijn/haar kwaadheid.
    - Probeer de situatie te begrijpen: waarom is patiënt zo geagiteerd?
- Psychiaters
    - Denk ook aan persoonlijkheidsstoornissen bij de differentiaal diagnose gezien dit een andere aanpak vereist.
    - Sluit alcohol en andere intoxicaties uit.
    - Medicamenteus
        - Clozapine wordt niet gebruikt in deze setting.
        - Olanzapine is de standaardbehandeling; deze werkt ook sederend.
        - Pas op met benzodiazepines. Deze kunnen een paradoxale agitatie/verwardheid uitlokken, voornamelijk bij geriatrische patiënten. GEEN benzodiazepines bij alcoholintoxicatie met agitatie
        - Bij Parkinson: quetiapine eerste keuze productie; oppassen met clozapine (liever te vermijden).
- Urgentieartsen
    - De-escalatie technieken kunnen werken als je de patiënt kent en een vertrouwensband met hem/haar hebt. Indien je de patiënt niet kent, hebben deze technieken minder nut. Bel de politie indien je geen vat krijgt op de situatie.
    - Medicamenteus
        - Olanzapine smelttablet (Zyprexa velotab ®) (buiten indicatie).
        - Lorazepam smelttablet (Temesta expedit ®).
- Huisartsen
    - Politie kan altijd gebeld worden bij agressieve patiënten of wanneer je als arts een onveilig gevoel hebt.

3.2.6. Finaal urgentieschema

1) Denk aan: veiligheid en uitsluiten somatische oorzaak
    - Cave: ouderen en delier
2) Algemeen:
    - Kies de minst ingrijpende interventie en betrek patiënt zo veel mogelijk bij keuze.
    - De-escalatie technieken: patiënt op een gecontroleerde en kalme manier aanspreken of onderzoeken, signaleren van tekenen van boosheid of agitatie, bieden van keuzes en patiënt in zijn eigen waarde laten.
    - Breng patiënt naar een rustige, veilige ruimte, zonder objecten die als wapen kunnen gebruikt worden.
    - Schakel andere hulpverleners in zo nodig.
    - Laat patiënt niet alleen.
    - Vermijd contact met triggers.
3) Medicamenteuze behandeling
    - Benzodiazepines: Lorazepam (vb. Temesta ®) 1-2,5 mg PO
        - Cave paradoxale agitatie, vnl. bij ouderen
    - Atypische antipsychotica of haloperidol
        - Olanzapine (vb. Zyprexa ®): 10 mg PO, smelttablet, 1x/dag
        - Haloperidol (vb. Haldol ®): 1 – 5 mg/dag PO of IM, over 1 tot 3 dosissen (interval van minstens 1 uur), maximaal 10 mg/dag (bij ouderen PO maximaal 5 mg/dag)
        - Risperidon: PO: 2 mg, 1×/dag, maximaal 6 mg/dag, dosisverhoging met 1 mg/dag
    - Parkinson en Lewy body dementie : quetiapine (vb. Seroquel ®) 25 – 100mg PO, 1x
4) Verwijzing bij: ernstige zieke patiënt, intoxicaties of onvoldoende onderzoeks-, behandel- en verzorgingsmogelijkheden in de thuissituatie

3.3. Angststoornissen

3.3.1. Omschrijving van de aandoening

- "Angstklachten zijn klachten waarbij 'normale' angst een rol speelt. De klachten zijn gerelateerd aan problemen die als bedreigend worden ervaren op belangrijke levensgebieden" (31).
- "Bij abnormale angst ontstaat na geen of een (minimale) prikkel een ongewoon heftige en/of langdurige oninvoelbare angst, die niet past bij de situatie" (31)."Een angststoornis gaat gepaard met abnormale angst en aanhoudend subjectief lijden of belemmering van het sociaal functioneren" (31).
- "Een paniekaanval is een acute aanval die enkele minuten tot meestal ongeveer een halfuur duurt en gekenmerkt wordt door een aantal lichamelijke en/of psychische symptomen" (32).
- "Een crisis is een in de tijd beperkte reactie op een levensgebeurtenis die de gebruikelijke copingmechanismen van een persoon overweldigt als reactie op situationele, ontwikkelings-, biologische, psychologische, sociaal-culturele en/of spirituele factoren" (33).
- "Een acute stress stoornis is een blijvende verstoring van het emotionele evenwicht volgend op een traumatische blootstelling, die ernstig genoeg is om te interfereren met het normale psychosociale functioneren" (34).

Voor de definitie volgens de DSM criteria zie appendix 5 (13).

3.3.2. Diagnosestelling

Diagnose

De diagnosestelling gebeurt puur anamnestisch, tenzij er aanwijzingen zijn voor onderliggende somatische aandoeningen (vb. hartritmestoornissen, longembolie, hartinfarct, etc.) (35).

Anamnese volgens SCEGS-model (31,32):

- Somatisch: Is er middelenabusus? Zijn er symptomen zoals palpitaties, pijnklachten, tintelingen?
- Cognitief: Zijn er suïcidale gedachten? Waar is de patiënt bang voor? Is er een gevoel van controleverlies of gek te worden?
- Emoties: Hoe voelt de patiënt zich hierbij (vb. verdrietig, boos)? Waar heeft de patiënt het meeste last van?
- Gedrag: Is er vermijdingsgedrag? Doet de patiënt bepaalde dwanghandelingen?
- Sociaal: Is er steun van de omgeving?

Denk ook aan angststoornissen bij herhaalde presentatie met aspecifieke lichamelijke klachten (34). Angstproblematiek komt geregeld voor bij depressie, gebruik hiervoor eventueel de Vier Dimensionale Klachtenlijst (4-KDL) (31).

Differentieel diagnose (36)

- Anemie, tachyaritmie, acuut coronair syndroom
- Hyperthyroïdie, hyperglycemie, menopauze
- Astma (acute aanval, overdosis sympathicomimetica), longembolie, longoedeem
- Cerebrovasculair accident, transiënt ischemische aanval, epilepsie
- Feochromocytoom
- Ontwenning van of intoxicatie met alcohol, cafeïne of amfetamines
- Ontwenning van benzodiazepines

3.3.3.BestBET

Rapport door: Yveline Janssen
Nazicht door: Hera Meuleman

Klinisch scenario: Een patiënt presenteert zich met een paniekaanval, acute stressreactie of een hyperventilatie aanval, al dan niet gekend met een angststoornis. Wat kan je dan als huisarts doen of opstarten om de patiënt te ondersteunen en het acute toestandsbeeld te stabiliseren?

Conclusie van de uitkomsten:

Algemene niet medicamenteuze behandeling

Toon respect en empathie, praat met een open communicatiestijl en vergeet de non-verbale communicatie niet. Blijf kalm, zorg voor een rustige omgeving, toon interesse en luister naar de patiënt (32,33). Het helpt vaak al om de patiënt te laten praten en de onschuldige aard van de fysieke symptomen te verklaren (35,36). Evalueer het risico op suïcide en sluit somatische pathologie of middelenmisbruik uit (36). Formuleer samen een probleemdefinitie (klachten, beïnvloedende factoren en gevolgen), gebruik hiervoor bijvoorbeeld het SCEGS-model of de 4-KDL (zie diagnosestelling) en stel vervolgens samen een behandelingsplan op (31,33). Maak de patiënt duidelijk dat hij/zij degene is die de angsten zal moeten overwinnen (31).

Start bij de patiënt met een angststoornis met een korte interventie om de symptomen te verminderen, de patiënt te motiveren tot verandering en om de kans op verdere opvolging te vergroten (31,33).
FRAMES-model voor een korte interventie (33):

- Feedback geven: wat is er gebeurd? Wat is/was het risico? Hoe is de gezondheid van de patiënt?
- Responsability: de patiënt is zelf verantwoordelijk voor de keuzes die hij/zij maakt/heeft gemaakt.
- Advies: adviseer verandering.
- Menu: Wat zijn de copingmechanismen van de patiënt? Helpen deze de patiënt? Stel samen een crisisplan op, gebaseerd op de individuele triggers, barrières, vaardigheden en sterktes van de patiënt.
- Empathische gespreksstijl.
- Self-efficacy: wees optimistisch en benadruk de sterktes van de patiënt.

Bij hyperventilatie of een paniekaanval probeer je de patiënt rustige buikademhaling aan te leren. De patiënt in een papieren zak laten ademen kan helpen, maar mag niet als routine aan alle hyperventilatie-patiënten gegeven worden. Het kan namelijk gevaarlijk zijn indien er een onderliggende somatische aandoening is, bijvoorbeeld longembolie of hartinfarct (32,35).

Na een crisis-event wordt aangeraden om deel te nemen aan een debriefing proces binnen de 3 dagen (Critical Incident Stress Debriefing Steps) (33):

- Stel jezelf voor.
- Laat de patiënt zichzelf voorstellen en de feiten navertellen. Wat is er gebeurd? Wat heeft de patiënt gezien, gehoord en gedaan?
- Laat de patiënt zijn/haar eerste gedachten vertellen over die gebeurtenis.
- Laat de patiënt vertellen welke gevoelens hierbij loskomen.
- Noteer de psychische en fysieke symptomen en bespreek ze met de patiënt.
- Bespreking van de reactie en de copingstrategieën van de patiënt.
- Laat de patiënt vragen stellen, stel hem/haar gerust en maak samen een actieplan op.

Medicamenteuze behandeling

Start medicatie bij onvoldoende effect van niet-medicamenteuze behandeling.

Tabel 3: Dosering van de verschillende medicamenteuze opties bij angststoornissen (9,31,35,36):

Hyperventilatie/paniekaanval	Alprazolam	PO: 0,5 – 1,5 mg/dag, over 1 tot 3 dosissen
	Diazepam	PO of IM: 5 – 10 mg/dag, maximaal 40mg/dag
	Oxazepam	PO: 30 mg/dag, over 3 dosissen, maximaal 150mg/dag CI: alcoholintoxicatie Behandelingsduur 2 – 6 weken
	Clonazepam	PO: 0,5 mg, in tablet of druppels, max 3x/dag 0,5 mg (2,5 mg / 1 ml) = 5 druppels
Examen/podiumvrees	Propranolol	PO: 10 – 40 mg, 30 min – 2u voordien

Doorverwijzen

Bij tekens van post-traumatische stress stoornis wordt aangeraden om de patiënt door te verwijzen voor behandeling (31).

Subacute aanpak

Bij tekens van een acute stressstoornis is traumagerichte cognitieve gedragstherapie (CBT) zinvol (34). Ook bij recidiverende paniekaanvallen en/of psychiatrische comorbiditeit wordt CBT aangeraden (32).

Klinisch eindbesluit:

Op het acute moment kunnen een korte interventie, debriefing of zelf-hulp adviezen voldoende zijn. Benzodiazepines worden enkel gebruikt voor korte termijn. CBT en antidepressiva zijn niet van toepassing in de acute setting, wel subacuut indien de angstklachten impact hebben op het normale psychosociale functioneren of bij langdurige angstklachten.

3.3.4.Initieel urgentieschema

Anamnese

1) Actief luisteren en interesse tonen, open houding
2) Klachtenexploratie:
    - Drugs?
    - Fysieke klachten (palpitaties, pijnklachten)?
    - Angsten? Suïcidaliteit?
    - Waar heeft de patiënt het meeste last van? Hoe voelt hij zich hierbij?
    - Functioneren? Sociale steun?
3) Formuleer samen een probleemdefinitie (klachten, beïnvloedende factoren, gevolgen)

Beleid

1) Acuut: korte interventie, debriefing of zelfhulp adviezen
2) Bij gekende hyperventilatie of zekerheidsdiagnose: in een papieren zak ademen, kinesitherapie
3) Na een crisis-event: debriefing
    - Wat is er gebeurd? Wat zijn je gedachten en gevoelens hierbij? Waar heb je last van (fysieke en psychische symptomen). Laat de patiënt vragen stellen en maak samen een actieplan.
4) Benzodiazepines enkel voor korte termijn
    - Diazepam 5 - 10 mg/dag PO of IM
    - Alprazolam 0,5-1,5 mg/dag PO, over 1-3 dosissen
    - Oxazepam 30 mg/dag, over 3 dosissen
5) Ernstige en recidiverende problematiek: crisisplan
    - Maak samen een crisisplan op, met de nadruk op actieve participatie van de patiënt
    - Identificeer de doelen, beperkingen, triggers en copingstijl van de patiënt.

- Verduidelijk waar en wanneer de patiënt hulp moet zoeken; hoe kan de patiënt in de toekomst zelf de crisis aanpakken?

3.3.5. Resultaten feedback momenten

- Mobiel crisisteam
  - De patiënt kan gebruik maken van ademhalings- en kalmeringsapps.
  - Je kan een crisisplan opstellen in de "back-up app".
- Psychiaters
  - Maak gebruik van langwerkende benzodiazepines zoals Rivotril ® 0,5 mg 1x/dag 0,5 – 1 tablet.
  - Lorazepam smelttablet (Temesta Expidet ®) werkt 6u en is meer geïndiceerd bij hyperventilatie.
  - Angststoornissen zijn over het algemeen geen urgentie, enkel een paniekaanval is dit wel.
  - Klachtenexploratie tijdens een acute paniekaanval is bijna onmogelijk. Het belangrijkste is dat de patiënt NIET alleen is, dus blijf bij de patiënt of contacteer iemand die kan blijven. Tijdens een paniekaanval denken mensen echt dat ze doodgaan; leg dus goed uit wat er gebeurt en blijf zelf rustig. Later kun je aan klachtenexploratie doen. Patientempowerment en zelfhulp apps zijn niet gepast op het acute moment, dit komt in tweede tijd.
  - Een urgente verwijzing is enkel nodig bij vermoeden van een somatische oorzaak, PTSS is hier dus geen reden voor.
- Urgentieartsen
  - Geef levensstijladvies en raad yoga aan, hier kunnen de patiënten een nieuwe copingstijl aanleren.
  - Hyperventilatie: op acuut moment helpt een gesprek of ademhalingsoefeningen vaak niet. Eventueel kun je in tweede tijd starten met kinesitherapie, hoewel hier een hogere kostprijs aan vasthangt en er maximaal 18 sessies per jaar worden terugbetaald.
  - Stem je behandeling af op de uitlokkende factor(en).
  - Zie de patiënt terug op korte termijn.
  - Gebruik benzodiazepine (vb. Temesta Expidet ®) in acute setting en een licht kalmerend antidepressivum (vb. Deanxit ®) bij langer bestaande problematiek.
- Huisartsen
  - Waarschuw de patiënt bij het opstarten van benzodiazepines voor afhankelijkheid en benadruk dat het een behandeling is voor korte termijn.

3.3.6. Finaal urgentieschema

1) Algemene behandeling
   - Wees empathisch en kalm, zorg voor een rustige omgeving.
2) Specifieke behandeling
   - Paniekaanval of ernstige hyperventilatie:
     - Laat de patiënt niet alleen.
     - Leg uit wat er gebeurt.
     - Benzodiazepines voor korte termijn:
       - Lorazepam (vb. Temesta ®) 1 mg per os, 2 - 3x/dag
       - Alprazolam (vb. Xanax ®) 0,5 mg per os, 1 - 3x/dag
       - Clonazepam (vb. Rivotril ®) 0,25 – 0,5mg per os, in tablet of druppels, max 3x/dag
         - 0,5 mg (2,5 mg / 1 ml) = 5 druppels
   - Hyperventilatie:
     - Rustige buikademhaling aanleren.
     - Enkel bij zekerheidsdiagnose: laat patiënt in papieren zak ademen.

- Examen/podiumvrees: propranolol (vb. Inderal ®) 10 – 40 mg, 30 minuten à 2u voordien

3) Verwijzing bij vermoeden somatische oorzaak.

3.4. Ernstige depressie

3.4.1. Omschrijving van de aandoening

- Depressie(ve stoornis): "Sombere stemming of verlies aan interesse, waarbij voldaan wordt aan de DSM 5 criteria voor een depressie" (37).
- Depressieve klachten: "Sombere stemming, waar de patiënt hinder van ondervindt, maar waarbij niet wordt voldaan aan de criteria voor depressieve stoornis" (38).
- Dysthymie: "Depressieve klachten die ten minste 2 jaar gedurende het grootste deel van de dag aanwezig zijn, waarbij naast sombere stemming nog 2 tot 3 andere symptomen aanwezig zijn" (38).

Voor de definitie volgens de DSM criteria zie appendix 5 (13).

3.4.2. Diagnosestelling

Diagnose

Volgens de DSM criteria zie appendix 5 (13).
Bijkomend kan de ernst bepaald worden: het aantal aanwezige DSM criteria met daarbij eventuele aanwezigheid van volgende factoren volgens de werkgroep depressie van het Nederlands Huisartsen Genootschap (38):

- "Lijdensdruk en sociaal disfunctioneren
- Psychische comorbiditeit (angststoornis, alcohol/drugsgebruik, surmenage, persoonlijkheidsstoornis)
- Psychotische kenmerken, manische fasen in de voorgeschiedenis (bipolaire stoornis)
- Suïcidaliteit:
    - Risico wordt groter wanneer: meerdere signalen (direct, indirect verbaal of gedragsmatig) gedurende langere tijd zichtbaar; er meerdere pogingen gedaan zijn; er een positieve familieanamnese is
    - Expliciet vragen naar suïcide plannen en de inhoud daarvan; hoe nauwkeuriger en specifieker het plan, hoe groter het risico op daadwerkelijke uitvoering

  Hoe meer ongunstige factoren er aanwezig zijn, hoe ernstiger de depressieve stoornis" (38).

Differentieel diagnose

- "Somatische oorzaak (zeker te overwegen bij acuut ontstane beelden en/of afwijkingen bij lichamelijk of neurologisch onderzoek)" (39).
- "Symptomatologie uitgelokt door middelen (medicatie/alcohol/drugs)" (39).
- "Rouwreactie: in principe is hier geen psychomotore remming of zelfdepreciatie aanwezig" (39).

3.4.3. BestBET

Rapport door: Hera Meuleman
Nazicht door: Yveline Janssen

Klinisch scenario: patiënt met tekens van een (plotse) ernstige depressie, o.a. met psychotische kenmerken, komt acuut op raadpleging of wordt gezien tijdens een wachtdienst. Wat kan je dan als (niet eigen) huisarts opstarten of doen om de patiënt te ondersteunen?

Conclusie van de uitkomsten:

Algemene niet-medicamenteuze behandeling

Over een Community Mental Health Team (CMHT) (mobiel crisisteam bij ons) was er slechts 1 studie (40). Wanneer er hulp werd ingeroepen van CMHT werden er minder overlijdens algemeen, minder ziekenhuisopnames en meer patiënttevredenheid gemeld. Daarnaast werden er echter evenveel bezoeken aan spoedgevallendienst en consulten bij huisarts gemeld.
Niet-medicamenteuze therapie bestaat voornamelijk uit goede voorlichting, dagstructurering en activiteitenplanning, psychotherapie, lichamelijke activatie, verstevigen steunsysteem en sociale contacten (38,39,41).

Medicamenteuze behandeling

Naar medicamenteuze behandeling toe is er geen studie met de focus op acute behandeling (voor de depressieve klachten). Effect van de opgestarte medicatie (antidepressivum) kan pas na enkele weken beoordeeld worden. Belangrijke zaken bij geneesmiddelkeuze zijn: comorbiditeit, patiëntgebonden kenmerken of specifieke kenmerken van de depressieve stoornis. Bijvoorbeeld bij een atypische depressie: SSRI, bij psychotische: antipsychotica i.c.m. antidepressiva, postnataal: geneesmiddelen die niet in de borstvoeding worden uitgescheiden (41–44).

Doorverwijzen

Indicaties voor verwijzing naar de tweede lijn zijn: problemen met of onduidelijkheid over de diagnose, actieve suïcidale gedachten of suïcidepoging, aanwezigheid van psychose/psychotische symptomen of een bipolaire stoornis, deterioratie van de gezondheidstoestand, postpartum depressie met gevaar voor de gezondheid van het kind en/of met psychotische kenmerken, verwaarlozing van de persoonlijke gezondheid, ernstig disfunctioneren ondanks behandeling (38,39,41,42).

Klinisch eindbesluit:

De voornaamste taak van een arts in een acute setting is een inschatting maken over de patiëntveiligheid. Er zijn een aantal klinische kenmerken die een verwijzing naar de tweede lijn noodzakelijk maken (o.a. suïcidaliteit, psychotische symptomen, ernstige sociaal disfunctioneren, …). Het opstarten van een antidepressivum is de taak van de behandelende arts van de patiënt (huisarts, psychiater), gezien deze opstart een noodzakelijke follow-up met zich meebrengt.

3.4.4.Initieel urgentieschema

1) Patiëntveiligheid ~ verwijzing 2e lijn
    - Suïcidaliteit
    - Klinische achteruitgang
    - Psychotische symptomen of bipolaire stoornis
    - Ernstig disfunctioneren ondanks behandeling
    - Postpartum depressie met gevaar voor de gezondheid van het kind en/of met psychotische kenmerken
    - Zelfverwaarlozing
2) Mobiel crisisteam

3.4.5.Resultaten feedback momenten

- Mobiel crisisteam
    - Focus op de basisbehoeften: eten, slapen en dagindeling. Vaak is de patiënt reeds gekend met een depressie; hoe is het de vorige keer gegaan? Wat heeft u in het verleden geholpen?
    - Overleg met het behandelend team; verpleegkundige, psycholoog, psychiater, … Hoe gaat het volgens hun? Kan de psycholoog eventueel vaker langskomen? Is medicatie-aanpassing aangewezen?

- Psychiaters
    - Hoort dit wel een topic an sich te zijn? Wanneer is dit een urgentie: bij psychose-beelden, bij suïcidaliteit, … Dan moet je wel verwijzen. Deze zaken komen elders ook aan bod.
    - Eventueel wel hier "katatonie" bij voegen, wordt verder niet vermeld maar is wel echt een psychiatrische urgentie.
- Huisartsen
    - Een bijkomende risicofactor en reden voor doorverwijzing is het hebben van een beperkt sociaal netwerk.

3.4.6.Finaal urgentieschema

1) Denk aan: patiëntveiligheid.
2) Algemeen: basisbehoeften ondersteunen: eten, slapen en dagindeling.
3) Medicamenteus: gezien laattijdig effect van antidepressiva en nood aan opvolging worden deze geneesmiddelen niet opgestart in de acute setting.
4) Verwijzing bij:
    - Suïcidaliteit
    - Klinische achteruitgang
    - Psychotische symptomen of bipolaire stoornis
    - Ernstig disfunctioneren ondanks behandeling
    - Postpartum depressie met gevaar voor de gezondheid van het kind en/of met psychotische kenmerken
    - Zelfverwaarlozing
    - Ofwel naar tweede lijn
    - Ofwel inschakelen mobiel crisisteam en patiënt van nabij opvolgen

3.5. Psychose

3.5.1.Omschrijving van de aandoening

- "Een psychose wordt gekenmerkt door stoornissen in het waarnemen en het denken en door geheel of gedeeltelijk verlies van contact met de werkelijkheid. Kernsymptomen zijn hallucinaties, wanen en formele denkstoornissen (afwijkingen in de vorm van het denken)" (32).
- "Schizofrenie manifesteert zich meestal bij jonge mensen in hun twintiger jaren, is meestal levenslang en wordt gekenmerkt door 'positieve symptomen' zoals auditieve hallucinaties, waanvoorstellingen en verstoorde spraak ('gedachtestoornis') en door 'negatieve symptomen' zoals sociale terugtrekking, demotivatie, zelfverwaarlozing en vervlakking van het affect" (45).

Voor de definitie volgens de DSM criteria zie appendix 5 (13).

3.5.2.Diagnosestelling

Diagnose

Een vroege diagnose, behandeling en doorverwijzing zijn essentieel (secundaire preventie) (46,47). Het is de rol van de huisarts om de psychotische symptomen in kaart te brengen en de uitlokkende factor(en) na te gaan (48). Denk aan een psychose bij aanwezigheid van wanen en hallucinaties, eventueel in combinatie met een onverzorgd uiterlijk, wantrouwen, concentratieproblemen en traag of chaotisch bewegen (32).
Tracht ook het ziekte-inzicht van de patiënt en de motivatie voor behandeling na te gaan, deze zijn belangrijk voor de verdere aanpak. Hetero-anamnese van familie of vrienden kan erg behulpzaam zijn om het ziekteverloop te achterhalen (48).
Indien de patiënt het toe laat, doe je een algemeen klinisch onderzoek, bloedname en urineonderzoek ter exclusie van infecties, schildklierproblemen en drugabusus (32).

Differentieel diagnose

Denk aan somatische oorzaken bij acute verwardheid zonder psychiatrische voorgeschiedenis, wanneer de leeftijd atypisch is voor eerste psychose (ouderen), bij een atypische presentatie en bij een voorgeschiedenis van een hersenaandoening of hoofdletsel (49).

Differentiaal diagnostisch wordt er o.a. gedacht aan infecties, medicatie, alcoholintoxicatie/-ontwenning, herseninfarct, delirium of dementie (48–50).
Bovendien kan een somatische ziekte zorgen voor een exacerbatie bij een patiënt met een voorgeschiedenis van of voorbeschiktheid tot psychose(s) (48).

Patiënten met schizofrenie hebben frequent comorbide psychiatrische stoornissen, zoals middelenmisbruik, depressie en angststoornissen. Alles tezamen zorgt dit voor een zeer groot risico op een suïcidepoging, voornamelijk bij de eerste psychose. Wees hier alert voor en vraag naar suïcidaliteit. (45,48)

3.5.3.BestBET

Rapport door: Yveline Janssen
Nazicht door: Hera Meuleman

Klinisch scenario: een psychotische patiënt presenteert zich bij jou als huisarts, de patiënt is al dan niet gekend met een psychisch belaste voorgeschiedenis. Wat kan je dan als huisarts het beste doen of opstarten om de patiënt te ondersteunen en/of het acute toestandsbeeld te stabiliseren.

Conclusie van de uitkomsten:

Algemene niet-medicamenteuze behandeling

Benader de patiënt op een rustige manier in een veilige omgeving en ga niet te dicht bij staan of zitten. Het kan helpen om je te laten vergezellen door enkele familieleden of vrienden om een veilige sfeer te creëren. Een psychotische patiënt is snel achterdochtig, leg dus best uit aan de patiënt dat je huisarts bent en daarmee gebonden aan beroepsgeheim. Indien de patiënt vreemde dingen zegt, ga hier dan niet in mee. Vraag hoe deze dingen mogelijk kunnen zijn en waarom ze gebeuren. Probeer niet in discussie te gaan met de patiënt, benoem en bevraag de emoties van de patiënt. Indien het de patiënt niet lukt om te kalmeren, kun je het gesprek best pauzeren/beëindigen (46–48).
Breng de psychotische symptomen en uitlokkende factor(en) in kaart en maak een inschatting van het suïcide-risico (48).
Mobiele crisisteams werken multidisciplinair en zijn gespecialiseerd in het evalueren van het toestandsbeeld van de patiënt en de urgentie er van. Zij kunnen de patiënt bovendien van dichtbij opvolgen (45,48).

Medicamenteuze behandeling

Er wordt pas gestart met een antipsychoticum bij een zekerheidsdiagnose (50). Behandel de oorzaak bij vermoeden van een somatische aandoening en stop uitlokkende medicatie of drugs (32).
Er is geen unanieme mening over de startdosering van antipsychotica. Fraser et al. adviseren om te starten met een lage dosering en deze traag op te bouwen, namelijk aan de helft van de onderhoudsdosering (46). Bij ouderen is er nog meer voorzichtigheid geboden en wordt aangeraden om te starten met een kwart van de standaarddosis (50). In de Duodecim-richtlijn "Schizofrenie" wordt er niet gesproken over “start low, go slow”, maar wordt na het psychotisch stadium de dosis wel voorzichtig afgebouwd tot de onderhoudsdosering bereikt is (47). De onderhoudsbehandeling bestaat steeds uit de laagst effectieve dosis antipsychoticum (45). De keuze van antipsychotica wordt gebaseerd op de ervaring van de patiënt met antipsychotica en op het nevenwerkingsprofiel (46,50).

Na de opstart met antipsychotica duurt het gemiddeld 1 tot 2 weken om een duidelijke symptomatische respons te bekomen (46). In de tussentijd kunnen kortdurend benzodiazepines (of

sneller werkende antipsychotica type haloperidol) gecombineerd worden om angst, spanning, agitatie of insomnia te verminderen (46,48). Dit laatste is het voornaamste doel in de acute setting. Indien de patiënt antipsychotica weigert, dring je hier best niet op aan (48). Pas op bij uitgesproken agitatie en agressie, insomnia ondanks benzodiazepines of suïcidaliteit, bij deze patiënten zou best zo snel mogelijk antipsychotica gestart worden (zie "Doorverwijzen") (48). De tweede generatie antipsychotica hebben een gunstiger nevenwerking profiel en verdienen daarom meestal de voorkeur (48).

Bij insomnia of agitatie verdienen quetiapine en olanzapine de voorkeur wegens het sedatieve effect (46). Gewichtstoename wordt voornamelijk vastgesteld bij clozapine en olanzapine, vermijd deze antipsychotica dus best bij obese patiënten (46). Bij de seksueel actieve patiënt wordt er best geen amisulpiride of risperidone opgestart omwille van seksuele disfunctie (46). Omgekeerd is dit een goede keus voor patiënten met te hoge seksuele aandrang.

Bij een gekende patiënt met recidief psychose, is er vaak enkel dosisverhoging nodig (“never change a winning team”) (48). Vergeet in dit geval niet om uitlokkende factoren of onderliggende somatische aandoeningen uit te sluiten (48).

Doorverwijzen

Vroegtijdig specialistisch advies is aangeraden bij elke psychotische patiënt, ook wanneer deze nog in de prodromale fase zit (32,46). Indien dit niet mogelijk is, kan de huisarts de behandeling alvast starten (46). Een verwijzing naar de tweede lijn is steeds nodig bij een onduidelijke diagnose, wanneer de patiënt ernstig psychotisch of suïcidaal is (zeker wanneer hij antipsychotica weigert) of wanneer medicatie een probleem vormt (50).

Subacute aanpak

Wegens de lage therapietrouw (33-50% na 6-12 maanden), de stijging van therapieresistentie bij elk recidief en de aanwezigheid van persisterende symptomen bij 20% van de patiënten, is psychofarmaca in monotherapie altijd onvoldoende (51). De behandeling van een psychose bestaat uit medicamenteuze behandeling in combinatie met psychosociale therapieën, idealiter in een multidisciplinaire, geïntegreerd bio-psycho-sociale benadering (46,47,51). Het belang van een goede therapeutische en vertrouwensrelatie met de patiënt kan hier niet genoeg benadrukt worden (46,47). Informeer de familie en de andere leden uit het sociale netwerk van de patiënt, zij kunnen bovendien worden betrokken in de behandeling (45,48). Een ondersteunend sociaal netwerk en betrokken familie bevorderen namelijk het herstel van de patiënt (45).
Verhoog de dosis van het antipsychoticum indien het effect uitblijft na 2 weken (46).

Tabel 4: Dosering van de verschillende medicamenteuze opties bij psychose (9,45,46,48,52):

Olanzapine	PO: 5 – 10 mg, tablet of smelttablet, 1x/dag, maximaal 20 mg/dag, dosisverhoging met 5 mg
Risperidon	PO: 0,5 – 3 mg, 1x/dag, maximaal 6 mg/dag, dosisverhoging met 1 mg
Quetiapine	PO: 25 – 300 mg, 1x/dag, eventueel over 2 dosissen, maximaal 800 mg/dag, dosisverhoging met 100 – 200 mg
Haloperidol	PO of IM: 1 – 5 mg/dag over 1 tot 3 dosissen (interval van minstens 1 uur), maximaal 10 mg/dag (bij ouderen PO maximaal 5 mg) Ampullen van 5 mg/ml voor IM gebruik. Ampullen van 2 mg/ml voor PO gebruik.
Aripiprazole	PO: 5 – 10 mg, tablet, smelttablet of siroop, 1x/dag, maximaal 30 mg/dag, dosisverhoging met 5 – 10 mg
Amisulpiride	PO: 200 – 400 mg/dag, over 1 tot 2 dosissen, maximaal 800 mg/dag, dosisverhoging met 100 mg

Lorazepam	PO: 1 – 2,5 mg, 1 tot 3x/dag, tablet of smelttablet IM: 2 – 4 mg, ampullen van 4mg/ml Zo nodig herhalen na 2u
Diazepam	PO: 2 – 10 mg, 1 tot 3x/dag, maximaal 200 mg/dag

Klinisch eindbesluit:

Een vroege diagnose, behandeling en doorverwijzing zijn essentieel. Er is een lage drempel voor verwijzing naar de tweede lijn. Snelwerkende antipsychotica of benzodiazepines worden gegeven om snel een geagiteerde patiënt te kalmeren. Antipsychotica van de tweede generatie hebben de voorkeur in combinatie met psychosociale interventies.

3.5.4.Initieel urgentieschema

1) Diagnose
    - Ga na wat de psychotische symptomen, de klachten en de uitlokkende factoren zijn
    - Hetero-anamnese
    - Ziekte-inzicht van de patiënt nagaan
2) Sluit somatische oorzaken uit
3) Doorverwijzen (lage drempel):
    - Vroegtijdig specialistisch advies is aangeraden bij elke psychotische patiënt
    - Dringend indien onduidelijke diagnose, ernstige psychose, suïcidaliteit, nood aan collocatie
4) Spanning, agitatie of insomnie verminderen (= voornaamste doel)
    - Lorazepam 1 à 2,5 mg PO of 2-4 mg IM, 1 - 3x/dag
    - Diazepam 2 à 10 mg PO, 1 - 3x/dag
    - Haloperidol
        - 1 à 5 mg PO over 1 - 3x/dag
        - 2,5 à 10 mg IM, zo nodig 1x/uur te herhalen tot de patiënt rustig is
5) Antipsychotica: ‘start low and go slow’ versus ‘start high and phase out’
    - Risperidon 0,5 à 2 mg PO, 1x/dag
    - Olanzapine 5 à 10 mg PO, 1x/dag
    - Quetiapine 25 à 300 mg PO, over 1 - 2 dosissen/dag
    - Amisulpride 200 - 300 mg PO, over 1 - 2 dosissen/dag
    - Aripiprazole 5 - 10 mg PO, 1x/dag
    - Dosisverhoging na 2 weken of bij een recidief psychose onder antipsychotica

3.5.5.Resultaten feedbackmomenten

- Mobiel crisisteam:
    - Vroegtijdige Detectie en Interventie bij Psychiatrische (Psychotische) stoornissen (VDIP) is een organisatie die werkt met patiënten van 14 tot 25j bij/na een eerste psychotische episode. Zij bieden advies en ondersteuning en zijn bereikbaar van maandag tot vrijdag tijdens de kantooruren.
    - Het is zeer belangrijk om opvolging vast te leggen.
    - Een opname of collocatie heeft een grote impact op de patiënt en kan zeer traumatiserend zijn.
    - Vergeet niet de omgeving en de patiënt te informeren en te ondersteunen.
    - Er is een heel groot suïciderisico! Communiceer voorzichtig, spreek initieel best niet over “psychose”. Dit kan de patiënt shockeren en het suïciderisico verder verhogen. Pas ook op met het voorschrijven van grote hoeveelheden medicatie. Blijf bewust van het suïciderisico in de verdere opvolging van de patiënt.
    - De psychiater altijd betrekken, ook al is er een lange wachttijd.
    - Als huisarts moet je neutraal blijven, niet ontkennen, noch bevestigen. Voorzichtig exploreren en open vragen stellen (vb. maakt uw partner dit ook mee? Hoe kan het

dat u de enige bent die het ziet/hoort?). Stel ook niet te veel in vraag, want dit zal de patiënt achterdochtig maken. Probeer binding te krijgen met de patiënt en vertrouwen te winnen.

- Psychiaters
    - Paliperidon 6mg (Invega ®) wordt het meeste gebruikt.
    - Olanzapine 10mg (Zyprexa velotab ®) is ook een goede keuze. Dit heeft wel een verminderde werkzaamheid bij rokers.
    - Halperidol wordt eigenlijk niet veel gebruikt bij psychose, zeker niet bij jonge mensen. De patiënt voelt zich hier heel geblokkeerd en geïnhibeerd door.
    - Indien je met een te lage dosis start, blijft de patiënt psychotisch en zal ook het vertrouwen in jou als arts dalen
    - Begin direct met een hoge dosis zodat de patiënt tot rust komt en je hem uit zijn psychose haalt (leg dit ook zo uit aan de patiënt). In tweede tijd ga je de dosis aanpassen of naar een ander geneesmiddel switchen. In het acute moment zijn de nevenwerkingen minder van belang.
    - Bij psychose is de niet-medicamenteuze behandeling en de juiste gesprekstechnieken zeer belangrijk.
    - Vraag zeker na of de patiënt al een interventieplan heeft en wat er in staat.
    - Niet elke psychotische patiënt moet worden verwezen, alleen bij een eerste psychose moet je altijd met urgentie verwijzen. Bij gekende psychotische patiënten hoeft dit niet altijd, controleer wel zeker het interventieplan.
    - Aripiprazole (Abilify ®) & paliperidon (Invega ®) worden vaak gebruikt indien acute werking gewenst is, hoewel paliperidon eerder een product is voor de tweede lijn.
- Urgentieartsen
    - Doel van de initiële behandeling is rust, gebruik medicatie die snel en kalmerend werkt.
    - Als huisarts kun je zelf proberen een behandeling op te starten bij gekende patiënte, maar bij niet-gekende patiënten ga je ze sneller doorsturen naar spoed voor de acute opvang. Op spoed kan dit op een meer gecontroleerde manier gebeuren.
    - Haldol ® kan de verwardheid bij sommigen doen toenemen.
    - Benzodiazepines worden tijdelijk gebruikt, maar zijn altijd noodzakelijk.
    - Indien de patiënt gekalmeerd is en wederzijdse communicatie terug mogelijk is, kun je opstarten met antipsychotica.
    - Olanzapine smelttablet 10mg (Zyprexa velotab ®) is hier een goede keuze.
- Huisartsen
    - Start met een lage dosis antipsychotica en bouw op zo nodig, dosering afhankelijk van de ernst van de psychose. Hogere doseringen benzodiazepines om in de eerste fase rust en kalmte te brengen.
    - Ernstig psychotische patiënten worden sneller doorgestuurd naar de tweede lijn, zeker wanneer het een niet-gekende patiënt is.
    - Paliperidon hoort eerder thuis in de tweede lijn en niet bij huisartsen.

3.5.6.<u>Finaal urgentieschema</u>

1) Denk aan: veiligheid
    - Neem afstand en contacteer de hulpdiensten indien je de situatie niet vertrouwt.
2) Algemeen
    - Benader de patiënt op een rustige manier in een veilige omgeving.
    - Geef de patiënt ruimte.
    - Ga niet in discussie met de patiënt .
    - Ga niet mee in de wanen of hallucinaties.
        - Stel deze voorzichtig in vraag en bespreek de emoties van de patiënt.
        - Probeer binding te krijgen met de patiënt en het vertrouwen te winnen.
    - Bij patiënt gekend met psychoses: is er reeds een crisis/interventieplan?
    - Wat zijn de uitlokkende factoren? Is er een onderliggende somatische oorzaak?

- Is er suïciderisico?

3) Medicamenteuze behandeling
   - Doel = snel rust brengen
   - Olanzapine (vb. Zyprexa ®) 10 mg PO, smelttablet, 1x/dag
   - Aripiprazole (vb. Abilify ®) 5 – 10 mg PO, tablet, smelttablet of siroop, 1x/dag
   - Lorazepam (vb. Temesta ®) 1 - 2,5 mg PO, zo nodig herhalen na 2u
   - Diazepam (vb. Valium ®) 1 - 10 mg PO, max 3x/dag
4) Urgente verwijzing bij
   - Onduidelijke diagnose
   - Eerste, ernstige psychose of psychose met suïcidaliteit (zeker bij weigering medicatie)
   - Wanneer de patiënt een gevaar vormt voor zichzelf of voor anderen
   - ⇔ Indien specialistisch advies niet onmiddellijk mogelijk is, kan de huisarts de behandeling alvast starten met hulp van een mobiel crisisteam of organisaties zoals de VDIP (leeftijd <25j)
5) Verzeker opvolging en start of intensiveer psychotherapie

3.6. Suïcidaliteit

3.6.1. Omschrijving van de aandoening

- Suïcide ideatie: "Het spectrum van een passieve doodswens tot actieve gedachten omtrent het plegen van suïcide" (53).
- Suïcidaal gedrag: "Het stellen van zelfbeschadigende handelingen met als doel zijn leven te beëindigen" (53).

Voor de definitie volgens de DSM criteria zie appendix 5 (13).

3.6.2. Diagnosestelling

Bevraag de huidige stemming (32,54):
- "Is uw stemming ooit zo laag geweest dat u erover dacht uw eigen leven te beëindigen?"
- "Denkt u regelmatig aan de dood?"
- "Heeft u plannen om uzelf iets aan te doen?"
- "Hoe vaak denkt u per dag aan suïcide? Hoeveel tijd bent u er per dag mee bezig?"

Vragen naar suïcidaliteit zal het risico erop niet verhogen, maar het vertrouwen in de arts wel doen toenemen (53,55). Indien er suïcidale ideatie is, vraag dan naar concrete suïcide plannen en de inhoud ervan (56). Hoe nauwkeuriger en specifieker het plan, hoe groter het risico op daadwerkelijke uitvoering ervan. Probeer te achterhalen waarom de patiënt wilt sterven en hoe hij/zij omgaat met zijn problemen en klachten (56).

Om het risico op suïcide na te gaan en het toestandsbeeld van de patiënt grondiger te evalueren bestaan er ook gevalideerde screeningstools (53,56,57). Voorbeelden hier van zijn:
- Patient Health Questionnaire-9 (PHQ)
- Beck Depression Inventory (BDI)
- Scale for Suicide Ideation (SSI)
- Suicide Intent Scales (SIS)
- Hopelessness Scales (HS)

Vergeet niet dat suïcidale ideatie ook voorkomt bij niet-depressieve patiënten (53).

Bevraag eventueel de volgende risicofactoren en suggestieve symptomen (53,54,56–58):
- Huidige depressie(ve episode) of andere psychiatrische aandoeningen of symptomen (vb. middelenmisbruik, paniekstoornis, posttraumatische stressstoornis (PTSS), hopeloosheid, slapeloosheid, agitatie)
- Voorgeschiedenis van psychiatrische aandoeningen en ziekenhuisopname(s)
- Voorgeschiedenis van suïcide en suïcidale gedachten
- Gebrek aan medische behandeling

- Het hebben van een functionele beperking of somatische aandoening
- Sociale isolatie
- Stressvolle levensgebeurtenissen (zeker een geslaagde suïcide in de omgeving van de patiënt)
- Beschikbaarheid van vuurwapens en andere letale middelen
- Andere recente bio-psychosociale stressoren

3.6.3.BestBET

Rapport door: Yveline Janssen
Nazicht door: Hera Meuleman

Klinisch scenario: een patiënt presenteert zich met actieve suïcidale ideatie of een suïcide risico, al dan niet met een psychisch belaste voorgeschiedenis. Wat kan je dan als huisarts doen of opstarten om de patiënt te ondersteunen, het acute toestandsbeeld te stabiliseren en een suïcide(-poging) te voorkomen?

Conclusie van de uitkomsten:

Het is van groot belang om de waarschuwingssignalen voor een dreigende suïcide te herkennen en een risico-inschatting te kunnen maken (zie 3.6.2 Diagnosestelling).

Algemene niet-medicamenteuze behandeling

Er zijn verschillende modellen uitgewerkt die elk veelbelovende resultaten hebben, hoewel de randomised controlled trials (RCT's) aan de basis hiervan enkele tekortkomingen hebben. Hiermee bedoelen we het gebrek aan kwaliteitsvolle onderzoeken naar psychotherapeutische interventies door de moeilijkheidsgraad ervan en de lage prevalentie van zelfmoord en zelfmoordpogingen (57).

Enkele voorbeelden van psychotherapeutische modellen zijn:
- Het multidisciplinaire "Collaborative Model of Care" (53,57)
- "Brief Safety Planning" interventie (53)
- "World Health Organization Brief Intervention and Contact" (57)
- "Harm reduction" strategieën (56,58,59)

Over het algemeen is het aangeraden om de therapie af te stemmen op de persoonlijke risicofactoren, beschermende factoren (vb. familie, sociale contacten) en copingstrategieën van iedere patiënt en hiermee samen een crisisplan op te stellen. Zet dit plan op papier in de woorden van de patiënt, voorzie een kopie en laat het bijhouden door de patiënt op een goed bereikbare plaats. Het is belangrijk dat de patiënt een duidelijk idee heeft van zijn behandelingsopties, contactpersonen en de verschillende stappen. Zie appendix 6 voor een voorbeeld van een crisisplan (32,56–59).
Denk ook aan schadebeperkende technieken: verminder de toegankelijkheid aan dodelijke middelen en de hoeveelheden medicatie in huis. Laat de patiënt zijn omgeving op de hoogte stellen (32,56–59).

Medicamenteuze behandeling

Vergeet comorbide psychiatrische aandoeningen niet te behandelen (vb. depressie, bipolaire stoornis of psychose) (54). Indien er antidepressiva opgestart moeten worden, gaat de voorkeur uit naar SSRI's, omdat tricyclische antidepressiva (TCA's) bij overdosering geassocieerd zijn met grotere gezondheidsrisico's (31,38). Bij psychofarmaca moeten we minstens 1 week wachten voor we een effect kunnen zien, daarom wordt er zo nodig voor een korte termijn gestart met benzodiazepines (56).

Doorverwijzen

De arts beslist of de patiënt moet doorverwezen worden op basis van zijn/haar inschatting van het suïciderisico (cfr. 3.6.2 diagnosestelling).
Bijkomende factoren voor doorverwijzing naar gespecialiseerde diensten in de tweede lijn of voor hospitalisatie zijn (54–56,58):

- Actieve suïcidaliteit
- Automutilatie vertonen
- Geen garantie kunnen geven dat hij/zij geen suïcide poging zal plegen
- Suïcide zien als de oplossing voor zijn/haar problemen
- Impulsiviteit, uitgesproken agitatie of wanhoop vertonen
- Psychotisch of ernstig depressief zijn

Bij een hoog suïciderisico of een ernstige psychiatrische comorbiditeit is overleg met (of verwijzing naar) een psychiater altijd aangeraden (31,55).

Subacute aanpak

Plan opvolging in, initieel minstens wekelijks. Doe dit zeker bij jongvolwassenen na de start van antidepressiva, wegens het grotere suïciderisico in de eerste maand (38). Het duurt minimaal 1 - 2 weken voor er een effect waarneembaar gaat zijn (58).
Betrek familieleden, vrienden, paramedici en/of gespecialiseerde instanties in de geestelijke gezondheidszorg (vb. psychologen, mobiele crisisteams) bij de behandeling (54).
Bij langdurige / herhaalde suïcidale uiting mag de zorgverlener de moed niet verliezen. Vaak helpt het de patiënt al om regelmatig zijn/haar verhaal te kunnen vertellen bij een zorgverlener of peer (58).

Klinisch eindbesluit

De diagnose van een dreigende suïcide is van groot belang, durf ernaar te vragen. Maak een inschatting van het suïciderisico en stel samen een crisisplan op. Start met multidisciplinaire behandeling, inclusief psychotherapeutische interventie. Volg de patiënt van dichtbij op, zeker na de start van psychofarmaca. Verwijzing naar de tweede lijn is noodzakelijk bij een hoog suïciderisico.

3.6.4. Initieel urgentieschema

1) Acute aanpak
    - Actieve suïcidale ideatie: binnen de 24u
    - Klachten? Risicofactoren? Recente stressoren? Durf naar suïcidale ideatie te vragen.
    - Crisisplan
        - Interne coping-strategieën van de patiënt
        - Sociaal netwerk van de patiënt
        - Vangnet binnen de gezondheidszorg
        - Harm-reductie
    - Follow-up voorzien
        - Multidisciplinair behandelingsteam / Mobiel crisisteam
        - Tijdelijk benzodiazepines bij agitatie of insomnie
2) Tweede lijn
    - Acuut: concrete suïcidale plannen
    - Hospitalisatie: psychose, impulsiviteit, wanhoop, agitatie, zelfverminking, abusus, ontkenning suïcidale intentie
    - Ambulant: suïcidale ideatie, VG suïcide poging, comorbide psychiatrische aandoeningen, beperkt sociaal netwerk.

3.6.5. Resultaten feedback momenten

- Mobiel crisisteam
    - Ga bij een recente suïcidepoging na of het ging om een noodkreet of een echte doodswens. Bevraag of de patiënt al dan niet blij is dat het niet gelukt is.
    - Probeer een inschatting te maken van het suïciderisico.
    - Probeer samen met de patiënt een plan op te stellen en ga na of de patiënt open staat voor verdere opvolging.
    - Benadruk de beschermende factoren.

- Psychiaters
    - Er wordt vaak gebruik gemaakt van neuroleptica, hoewel dit buiten hun indicatie valt (vb. amisulpiride en quetiapine).
    - Op de website zelfmoord1813.be staan tips voor het invullen van een crisisplan en op de BackUp app kun je het ingevuld crisisplan makkelijk terugvinden. Bovendien kun je bellen, chatten of mailen met deskundige vrijwilligers.
    - Veel huisartsen weten niet goed hoe je een collocatie organiseert en zitten ook verveeld met de vertrouwensrelatie met hun patiënt. In 'het Limburgs draaiboek voor gedwongen opname' staat alles mooi overzichtelijk opgesomd.
    - Betrek de familie bij je beleid.
    - Vermelden dat er iemand van de naasten op de hoogte moet gebracht worden, zodat de patiënt niet alleen is.
- Urgentieartsen
    - Hier is geen standaardbehandeling of stappenplan voorhanden, zoals er bijvoorbeeld wel een bestaat voor een reanimatie. Bij suïcidedreiging ga je de patiënt individueel beoordelen en de behandeling afstemmen op de situatie van iedere patiënt. Maak gebruik van je niet-pluis gevoel.
- Huisartsen
    - Durf ook te vragen naar concrete suïcide plannen
    - Indien je de patiënt goed kent, kun je makkelijker een risico-inschatting maken. Indien je de patiënt niet kent, stuur je ze makkelijker door naar het ziekenhuis.

3.6.6.<u>Finaal urgentieschema</u>

1) Denk aan: patiëntveiligheid
    - Maak een risicoschatting van de ernst van de suïcidedreiging: gebruik je niet-pluis gevoel en durf te vragen naar suïcide ideatie en (concrete) suïcideplannen
    - Zorg dat de naasten van de patiënt op de hoogte zijn (met goedkeuring van de patiënt)
2) Algemeen: stel samen een crisisplan op
    - Maak dit plan op in de woorden van de patiënt
    - Zorg dat het makkelijk bereikbaar is
    - Hulpmiddelen: Zelfmoord1813.be en de BackUp app
3) Verwijzing
    - Indien je het suïciderisico hoog inschat
    - Ofwel naar de tweede lijn
    - Ofwel inschakelen mobiel crisisteam
4) Plan opvolging in
    - Via huisarts, mobiel crisisteam, psycholoog, etc.

4. <u>Discussie</u>

Antwoord op de onderzoeksvragen

Ambulante behandeling versus ziekenhuisopname: Bij acute psychische toestandsbeelden, maakt de huisarts een risico-inschatting tijdens een acute situatie en gaat de haalbaarheid van de behandeling in de thuissituatie na. Bij deze keuze spelen de veiligheid van de huisarts, de patiënt en de omgeving van de patiënt een grote rol.

Non-farmacologische versus farmacologische behandeling: Een niet-medicamenteuze benadering van de patiënt wordt altijd aangeraden. Afhankelijk van de aandoening, de ernst en het effect van de niet-medicamenteuze opties kan er gestart worden met medicatie. Benzodiazepines blijven hier een grote rol spelen.

Korte psychologische interventies: Psychologische interventies hebben heden nog weinig plaats in de acute setting, bovendien is er nog onvoldoende bewijskracht voor hun effectiviteit. Wij zijn van mening dat de huisarts met behulp van een gesprek, de juiste psychotherapeutische technieken en multidisciplinaire omkadering veel zou kunnen betekenen voor de patiënt (20,21,56–58,22,38,39,41,46,47,51,53). Dit vraagt echter een zekere kennis, tijd en inspanning die niet alle huisartsen kunnen aanbieden of die in een acuut moment niet altijd mogelijk zijn.

Multidisciplinaire teams en samenwerking in zowel ambulante als ziekenhuissetting: Mobiele crisisteams worden regelmatig aangehaald in de verschillende studies. Enkele voordelen die we geregeld zien terugkomen zijn: vermindering van het aantal gehospitaliseerde patiënten, meer tevredenheid en voldoening zowel bij de patiënt als bij de hulpverlener, groter bereik van patiënten met een psychische hulpvraag/kwetsbaarheid en mogelijk ook vermindering van het aantal suïcides (40,60,61). Echter, het is nog wachten op studies met voldoende hoge kwaliteit om concrete bewijzen van de vernoemde voordelen op tafel te kunnen leggen.

Waarde van ons onderzoek

We zijn er in geslaagd om, vanuit de geraadpleegde literatuur en in samenspraak met de experten, praktische en eenvoudig te gebruiken richtlijnen op te stellen. Daarbij zijn er enkele belangrijke verschillen en updates t.o.v. de huidige richtlijnen naar voren gekomen. Ten eerste hebben we de verschillende psychische crisissituaties in verschillende richtlijnen gezet i.p.v. meerdere beelden onder één noemer te vermelden. Zo kan er meer nuance komen in de behandeling. Ten tweede is er meer aandacht voor niet-medicamenteuze behandelopties en doorverwijscriteria. Verder hebben we enkele wijzigingen in de medicamenteuze behandelopties doorgevoerd, zo heeft sedatie op heden geen plaats meer binnen de eerstelijnsgeneeskunde. Ten derde zien we steeds meer en meer het gebruik van eHealth applicaties naar voor komen en hebben we deze dan ook, waar mogelijk, opgenomen bij het opstellen van de vernieuwde richtlijnen.

Limitaties van de studie

Tijdens het literatuuronderzoek hebben wij opgemerkt dat er weinig onderzoek bestaat over acute psychische zorg binnen de eerstelijnsgeneeskunde. Om de bewijskracht van deze studie en de toepasbaarheid binnen de eerste lijn te verhogen, hebben we beroep gedaan op de mening van experten.

Na het uitvoeren van de literatuurstudie en de discussies met de experten kwamen er enkele opmerkingen rond de keuze van subtopics naar boven. Het onderwerp angststoornissen omvat hyperventilatie, acute stress stoornis en paniekaanvallen. Zowel de benaming ‘angststoornissen’ als de resultaten van literatuurstudie blijken te algemeen en leiden ons weg van de acute pathologie. In onze ogen is enkel de paniekaanval een echte urgentie. Vandaar dat de focus hierop ligt in het urgentieschema. Zo werd er ook duchtig gediscussieerd over het deel ‘ernstige depressie’. Als aandoening op zich behoort deze uiteindelijk ook niet tot de urgenties. Het zijn de bijkomende elementen zoals psychotische kenmerken die werkelijk een urgentie vormen. Ons voorstel voor de heruitgave van het boek zou dan ook zijn om de titel 'angststoornissen’ te veranderen door ‘paniekaanval’ en het onderdeel ‘ernstige depressie’ weg te laten.

De huisarts moet zowel diagnostisch als therapeutisch snel kunnen handelen, waarbij er regelmatig sprake is van dubbeldiagnose, verschillende uitlokkende somatische factoren, alsook van comorbide psychische en fysieke aandoeningen. Hierbij mogen we niet vergeten dat de huisarts, ook in de acute setting, rekening moet houden met de socio-economische determinanten van de patiënt (6,7).
Hiervoor heeft de huisarts een brede algemene kennis nodig, hoewel de opleiding van de huisartsen m.b.t. de acute opvang van psychische crisissituaties mogelijk te beperkt is. In de praktijk heeft dit als gevolg dat huisartsen sneller de neiging hebben om medicatie, zoals benzodiazepines, op te starten en patiënten door te verwijzen naar de tweede lijn. De huidige tendens in de literatuur neigt echter naar meer aandacht voor ambulante behandeling en niet-medicamenteuze opties (1,33,34,45,51,53,57).

De samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn is nog niet optimaal. Het verwijzen van patiënten naar de tweede lijn voor ziekenhuisopname of psychiatrisch advies is niet altijd vanzelfsprekend (op korte termijn) waardoor huisartsen regelmatig met de handen in het haar zitten.
Bovendien wordt er in de praktijk, voornamelijk door psychiaters, gebruik gemaakt van medicatie buiten indicatie (vb. antipsychotica bij suïcidaliteit). Wegens een gebrek aan evidentie en richtlijnen in onze literatuurstudie, hebben we die medicamenteuze opties niet meegenomen in de finale urgentieschema's. Een beter georganiseerde samenwerking met meer concrete afspraken tussen de eerste en tweede lijn lijkt dan ook hoognodig.

Wat stellen we voor naar de toekomst?
In de eerste plaats is er nood aan meer onderzoek over de aanpak van acute psychische crisissituaties in de eerste lijn, net als onderzoek naar de bruikbaarheid van mobiele crisisteams in België.

Verder is optimalisatie van de samenwerking tussen huisartsen, paramedici, mobiele crisisteams en psychiaters noodzakelijk. Meer bepaald stellen we voor om op regionaal niveau concrete afspraken op te stellen tussen de eerste en de tweede lijn m.b.t verwijzing en (multidisciplinaire) behandeling. In de toekomst kan deze multidisciplinaire samenwerking bijdragen aan zowel de ontlasting van de tweede lijn als aan betere ambulante zorg voor de patiënt.

Daarnaast willen we huisartsen bekrachtigen door meer opleidingen te organiseren over psychotherapeutische gesprekstechnieken, acute opvang bij psychiatrische pathologie en het correct gebruik van benzodiazepines (en de alternatieven ervan).

Tot slot willen we vermelden dat psychische gezondheidszorg geen exacte wetenschap is en sterk afhankelijk van de interactie met de patiënt en zijn omgeving. Indien de huisarts de patiënt en zijn voorgeschiedenis reeds kent, zal dit invloed hebben op de risico-inschatting en daarmee ook op het beleid. Daardoor zal er in de richtlijnen altijd ruimte worden gelaten voor individuele interpretatie, waarbij het niet-pluis gevoel en de ervaring van de arts een grote rol blijven spelen.

5. Besluit

Deze masterpaper vormt mee de basis voor de derde uitgave van het boek 'Urgentieschema's voor Huisartsen', waarin wij 6 nieuwe urgentieschema's hebben voorgesteld. De veiligheid van de patiënt, zijn omgeving en de hulpverleners vormt een rode draad doorheen deze urgentieschema's. Een niet-medicamenteuze aanpak geniet de voorkeur. Bij de medicamenteuze opties blijven benzodiazepines nog steeds een belangrijke rol spelen. Er is nood aan meer onderzoek in de eerste lijn, onder meer naar korte psychologische interventies door huisartsen en de inzet van mobiele crisisteams. Toch blijven kennis van de voorgeschiedenis van de patiënt, ervaring van de huisarts en het niet-pluis gevoel van groot belang in de acute aanpak van psychische beelden en crisissituaties.

6. Referenties

1. Mistiaen P, Cornelis J, Detollenaere J, Devreise S, Ricour C. Organisatie van geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen in België - KCE [Internet]. kce.fgov.be. 2019 [cited 2021 May 30]. Available from: https://kce.fgov.be/nl/organisatie-van-geestelijke-gezondheidszorg-voor-volwassenen-in-belgië
2. Te Gek!? Maak van het hoofd een zaak [Internet]. tegek.be. [cited 2021 May 30]. Available from: https://www.tegek.be/
3. Van Herck J, Van de Cloot I. Hoe gezond is de geestelijke gezondheidszorg in België? De feiten achter de mythen [Internet]. itinerainstitute.org. 2013 [cited 2021 May 30]. Available from: https://www.itinerainstitute.org/nl/artikel/hoe-gezond-de-geestelijke-gezondheidszorg-belgie-de-feiten-achter-de-mythen-1/
4. Gisle L, Drieskens S, Demarest S, Van Der Heyden J. Gezondheidsenquête 2018 | Sciensano [Internet]. Sciensano. [cited 2021 May 30]. Available from: https://his.wiv-isp.be/nl/SitePages/Introductiepagina.aspx
5. Zelfdoding: Vlaanderen in Europa (2014-2016) [Internet]. zorg-en-gezondheid.be. [cited 2021 May 30]. Available from: https://www.zorg-en-gezondheid.be/zelfdoding-vlaanderen-in-europa-2014-2016
6. Truyers C, Bartholomeeusen S, Buntinx F. Geestelijke gezondheidsproblemen in de huisartsenpraktijk [Internet]. Huisarts Nu. 2012 [cited 2021 May 30]. Available from: https://www.domusmedica.be/sites/default/files/images/stories/huisartsnuarchief/2012/h41_01_08_geestelijke_gezondheidsproblemen.pdf
7. INTEGO databank [Internet]. KULeuven. [cited 2021 May 30]. Available from: https://intego.gbiomed.kuleuven.be/intego-apps/inc_prev_v0/
8. Stolper E, Van De Wiel M, Van Royen P, Brand P, Dinant G. Hoe pluis is het niet-pluisgevoel? Huisarts Wet. 2015;4:192–5.
9. Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie [Internet]. bcfi.be. 2021 [cited 2021 Jul 7]. Available from: https://www.bcfi.be/nl/start
10. Scholten RJPM, Assendelft WJJ, Offringa M, Rovers MM, Hooft L, Leeflang MMG, et al. Kritisch beoordelen van een artikel: secundair onderzoek. In: Inleiding in evidence-based medicine. Bohn Stafleu van Loghum; 2018. p. 121–56.
11. AGREE Next Steps Consortium. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE) II Instrument. [Internet]. agreetrust.org. 2009 [cited 2021 May 30]. Available from: https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/06/AGREE_II_Dutch.pdf
12. Renes J, Van Slobbe-Majier K, Hillegers M, Schulte P, Kupka R, De Witte L, et al. Manische episode | Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie [Internet]. acutepsychiatrie.com. [cited 2021 May 30]. Available from: https://acutepsychiatrie.com/deel-1-klinische-presentaties-van-psychiatrische-stoornissen/03-manische-episode
13. American Psychiatric Association. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition. Arlington. 2013.
14. Duodecim Medical Publications Ltd. Bipolaire stoornis [Internet]. ebpnet.be. 2019 [cited 2021 May 30]. Available from: https://www.ebpnet.be/nl/pages/display.aspx?ebmid=ebm00717
15. Goodwin GM, Haddad PM, Ferrier IN, Aronson JK, Barnes TRH, Cipriani A, et al. Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: Revised third edition recommendations from the British Association for Psychopharmacology. J Psychopharmacol. 2016;30(6).
16. Malhi GS, Bassett D, Boyce P, Bryant R, Fitzgerald PB, Fritz K, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. Aust N Z J Psychiatry. 2015;49(12).
17. McKnight RF, de La Motte de Broöns de Vauvert SJGN, Chesney E, Amit BH, Geddes J, Cipriani A. Lithium for acute mania. Vol. 2019, Cochrane Database of Systematic Reviews. 2019.
18. Duodecim Medical Publications Ltd. Medicatie bij psychiatrische spoedgevallen [Internet]. ebpnet.be. 2019 [cited 2021 May 30]. Available from: https://www.ebpnet.be/nl/pages/display.aspx?ebmid=ebm00711
19. Jochim J, Rifkin-Zybutz RP, Geddes J, Cipriani A. Valproate for acute mania. Vol. 2019, Cochrane Database of Systematic Reviews. 2019.
20. Van Gelder G, Sikkens D, Steenmeijer J, Bak M, Jacobs G, Naarding P, et al. Acute agitatie | Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie [Internet]. acutepsychiatrie.com. [cited 2021 May 30]. Available from: https://acutepsychiatrie.com/deel-1-klinische-presentaties-van-psychiatrische-stoornissen/01-acute-agitatie
21. Nice Guideline. Violence and Aggression: Short-Term Management in Mental Health, Health and Community Settings: Updated edition. Br Psychol Soc R Coll Psychiatr. 2015;(May 2015).

22. Duodecim Medical Publications Ltd. Omgaan met een gewelddadige of bedreigende patiënt [Internet]. ebpnet.be. 2019 [cited 2021 May 30]. Available from: https://www.ebpnet.be/nl/pages/display.aspx?ebmid=ebm00728
23. De Jong J, Bouma M, Hooymans C. Geneesmiddelen en zuurstof in spoedeisende situaties | NHG-Richtlijnen [Internet]. richtlijnen.nhg.org. 2020 [cited 2021 May 30]. Available from: https://richtlijnen.nhg.org/behandelrichtlijnen/geneesmiddelen-en-zuurstof-spoedeisende-situaties#volledige-tekst
24. Domus Medica. Gebruik van medicatie bij urgenties [Internet]. ebpnet.be. 2008 [cited 2021 May 30]. Available from: https://www.ebpnet.be/nl/pages/display.aspx?ebmid=ebm0022b
25. Ballard C, Corbett A, Chitramohan R, Aarsland D. Management of agitation and aggression associated with Alzheimer's disease: Controversies and possible solutions. Vol. 22, Current Opinion in Psychiatry. 2009.
26. Salzman C, Jeste D V., Meyer RE, Cohen-Mansfield J, Cummings J, Grossberg GT, et al. Elderly patients with dementia-related symptoms of severe agitation and aggression: Consensus statement on treatment options, clinical trials methodology, and policy. In: Journal of Clinical Psychiatry. 2008.
27. Brodaty H, Low LF. Aggression in the elderly. J Clin Psychiatry. 2003;64(SUPPL. 4).
28. Shenvi C, Kennedy M, Austin CA, Wilson MP, Gerardi M, Schneider S. Managing Delirium and Agitation in the Older Emergency Department Patient: The ADEPT Tool. Vol. 75, Annals of Emergency Medicine. 2020.
29. Angst en acute agitatie | Formularium Ouderenzorg [Internet]. farmaka.bcfi.be. 2017 [cited 2021 May 30]. Available from: https://farmaka.bcfi.be/nl/formularium/161#main
30. Yildiz A, Sachs GS, Turgay A. Pharmacological management of agitation in emergency settings. Vol. 20, Emergency Medicine Journal. 2003.
31. NHG-werkgroep angst. NHG-standaard Angst [Internet]. 2019. Available from: https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/angst
32. Luyckx J, Moret-Hartman M, Tempelaar W, Tijdink J, Vinkers C, De Witte L. Acute Psychiatrie | Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie [Internet]. 1st ed. Van Zuiden Communications; 2017 [cited 2021 Jun 22]. Available from: https://acutepsychiatrie.com/
33. Registered Nurses Association of Ontario. Crisis intervention for adults using a trauma-informed approach: initial four weeks of management, third edition. Regist Nurses Assoc Ontario [Internet]. 2017;104. Available from: https://web.archive.org/web/20180610033932/https://www.guideline.gov/summaries/summary/51296/Crisis-intervention-for-adults-using-a-traumainformed-approach-initial-four-weeks-of-management-third-edition#developer-tab
34. Forbes D, Creamer M, Phelps A, Bryant R, McFarlane A, Devilly G, et al. Australian guidelines for the treatment of adults with acute stress disorder and post-traumatic stress disorder. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 2007.
35. Duodecim Medical Publications Ltd. Hyperventilatie [Internet]. ebpnet.be. 2019 [cited 2021 May 30]. Available from: https://www.ebpnet.be/nl/pages/display.aspx?ebmid=ebm00114
36. Duodecim Medical Publications Ltd. Angststoornis. ebpnet.be. 2017.
37. Domus Medica. Depressie bij volwassenen. Diagnostiek [Internet]. ebpnet.be. 2016. Available from: https://www.ebpnet.be/nl/pages/display.aspx?ebmid=ebm0111b
38. NHG-werkgroep Depressie. Depressie | NHG-Richtlijnen [Internet]. richtlijnen.nhg.org. 2019 [cited 2021 May 30]. Available from: https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/depressie
39. Van Leeuwen A, Tempelaar W, Reichart C, Ruhé H, Schoevers R, Hoogendijk W, et al. Depressieve episode | Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie [Internet]. acutepsychiatrie.com. [cited 2021 May 30]. Available from: https://acutepsychiatrie.com/deel-1-klinische-presentaties-van-psychiatrische-stoornissen/04-depressieve-episode
40. Malone D, Marriott S, Newton-Howes G, Simmonds S, Tyrer P. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2007.
41. Malaysian Health Technology Assessment Section (MaHTAS). Management of Major Depressive Disorder (second edition). Vol. 87, Dental Cadmos. 2019. 2–4 p.
42. Duodecim Medical Publications Ltd. Depressie [Internet]. ebpnet.be. 2019 [cited 2021 May 30]. Available from: https://www.ebpnet.be/nl/pages/display.aspx?ebmid=ebm00716
43. Duodecim Medical Publications Ltd. Farmacologische behandeling van depressie [Internet]. ebpnet.be. 2019 [cited 2021 May 30]. Available from: https://www.ebpnet.be/nl/pages/display.aspx?ebmid=ebm00721
44. Duodecim Medical Publications Ltd. Depressie op oudere leeftijd [Internet]. ebpnet.be. 2019 [cited 2021 May 30]. Available from: https://www.ebpnet.be/nl/pages/display.aspx?ebmid=ebm00472

45. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of schizophrenia [Internet]. sign.ac.uk. 2013 [cited 2021 May 30]. Available from: https://www.sign.ac.uk/media/1069/sign131.pdf
46. Fraser R, Berger G, McGorry P. Emerging psychosis in young people - Part 2 - key issues for acute management. Australian family physician. 2006.
47. Duodecim Medical Publications Ltd. Schizofrenie [Internet]. ebpnet.be. 2019 [cited 2021 May 30]. Available from: https://www.ebpnet.be/nl/pages/display.aspx?ebmid=ebm00722
48. Duodecim Medical Publications Ltd. Acute psychose [Internet]. ebpnet.be. 2020 [cited 2021 May 30]. Available from: https://www.ebpnet.be/nl/pages/display.aspx?ebmid=ebm01070
49. Duodecim Medical Publications Ltd. Psychische stoornissen als gevolg van een somatische ziekte [Internet]. ebpnet.be. 2019 [cited 2021 May 30]. Available from: https://www.ebpnet.be/nl/pages/display.aspx?ebmid=ebm00708
50. Duodecim Medical Publications Ltd. Psychose bij ouderen [Internet]. ebpnet.be. 2019 [cited 2021 May 30]. Available from: https://www.ebpnet.be/nl/pages/display.aspx?ebmid=ebm00471
51. Penn DL, Waldheter EJ, Perkins DO, Mueser KT, Lieberman JA. Psychosocial treatment for first-episode psychosis: A research update. American Journal of Psychiatry. 2005.
52. Domus Medica. Agitatie bij volwassenen [Internet]. ebpnet.be. 2020 [cited 2021 Jul 7]. Available from: https://www.ebpnet.be/nl/pages/display.aspx?ebmid=ebm0213b
53. Raue PJ, Ghesquiere AR, Bruce ML. Suicide Risk in Primary Care: Identification and Management in Older Adults. Current Psychiatry Reports. 2014.
54. Hamilton NG. Suicide prevention in primary care: Careful questioning, prompt treatment can save lives. In: Postgraduate Medicine. 2000.
55. Domus Medica. Depressie bij volwassenen. Beleid [Internet]. ebpnet.be. 2016 [cited 2021 May 30]. Available from: https://www.ebpnet.be/nl/pages/display.aspx?ebmid=ebm0112b
56. Duodecim Medical Publications Ltd. Een patiënt met een suïcidaal risico [Internet]. ebpnet.be. 2020 [cited 2021 May 30]. Available from: https://www.ebpnet.be/nl/pages/display.aspx?ebmid=ebm00712
57. Department of Veterans Affairs, Department of Defense. VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Assessment and Management of Patients At Risk for Suicide [Internet]. healthquality.va.gov. 2019 [cited 2021 May 30]. Available from: https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/srb/VADoDSuicideRiskFullCPGFinal5088212019.pdf
58. Sachs GS, Yan LJ, Swann AC, Allen MH. Integration of suicide prevention into outpatient management of bipolar disorder. Journal of Clinical Psychiatry. 2001.
59. Stanley B, Brown GK. Safety Planning Intervention: A Brief Intervention to Mitigate Suicide Risk. Cogn Behav Pract. 2012;
60. Scott R. Evaluation of a Mobile Crisis Program: Effectiveness, Efficiency, and Consumer Satisfaction. Psychiatr Serv. 2000;51(9):1153–6.
61. Santermans L, Zeeuws D, Vanderbruggen N, Crunelle CL. Mobile crisis team in the Brussels region: Facts and figures. Psychiatr Danub. 2019;31(August 2018):418–20.

7. Reflectieverslag

Verloop groepsproces

Het maken van deze thesis en voornamelijk de groepsdynamiek bij het werken, is voor mij voor een groot deel beïnvloed geweest door de covid periode. Yveline en ik kenden elkaar immers niet voor we aan de masterproef begonnen. Wegens de verschillende lockdowns, beperkingen in sociaal contact en de grote afstand tussen onze beide woonplaatsen, hebben we elkaar nooit live gesproken. Ons overleg verliep altijd via zoom waardoor je elkaar eigenlijk niet echt leert kennen.

In de beginperiode hebben we wat meer ups en downs gekend. We waren toen nog niet op elkaar afgestemd, voor een stukje mee bepaald door het feit dat we elkaar niet kenden maar ook (grotendeels) te wijten aan een initiële minder goede communicatie. Daardoor is er bij een van de eerste belangrijke deadlines een misverstand ontstaan met daarop volgend een, naar mijn persoonlijk aanvoelen, oncollegiale actie van mijn thesispartner. We hebben dit kunnen uitpraten en nadien op een goede manier kunnen verder werken. Dit onderstreept in feite het belang van een goede en open communicatie in ieder samenwerkingsverband en we hebben hier ongetwijfeld allebei veel uit geleerd.

Een thesis maken samen met iemand anders betekent voor mij ook dat je compromissen moet sluiten. Onze visie op wat er nu wel en niet allemaal in de tekst moest komen te staan, kwam niet altijd overeen. We hebben hier vaak herhaaldelijk over moeten discussiëren om uiteindelijk tot een gezamenlijk besluit te komen waarbij we hoe dan ook allebei toegevingen hebben moeten doen naar de ander toe.

Daarenboven werd het hele schrijfproces ook beïnvloedt door de, vaak onduidelijke, communicatie van hogerop. Hierdoor moesten we, tot meerdere malen toe, reeds voltooide zaken aanpassen of konden we niet verder werken omdat het onduidelijk was wat we moesten doen. Dit maakt dat ons eindproduct ook niet onder één type thesis te klasseren valt. Een goed voorbeeld hiervan (en van het werken met een andere visie) zijn de verschillende bestBETs: de mijne zijn eerder kort en bondig, veel meer aanleunend bij hoe een bestBET er zou moeten uitzien, die van Yveline zijn eerder lang met ook focus op andere onderdelen die buiten de klinische vraagstelling vallen en dus meer passend bij een meer algemeen literatuuronderzoek.

Samengevat is het schrijven van de thesis in duo een heel leerrijk traject geweest, een met veel uitdagende communicatie aspecten maar daarnaast ook een waarin Yveline en ik elkaar hebben kunnen vinden om tot een goed eindproduct te komen.

Persoonlijke aandeel

Over de verschillende delen van de thesis heen heeft dan de ene dan de andere de eerste aanzet gegeven waarna er kon worden aangevuld, herwerkt, … . Op andere vlakken zijn er wel meer verschillen geweest qua input. De BestBETs zijn eigenlijk het enige dat we echt “alleen” geschreven hebben; natuurlijk is de inhoud wel gecontroleerd geweest door de ander.

Het eerste deel van de thesis was het maken van de verschillende BestBETs. Hier wil ik absoluut vermelden dat ik Yveline zeer dankbaar ben dat zijn zich heeft bezig gehouden met de PRISMA tabellen. Zelf heb ik er eigenlijk geen aandeel in gehad. Zoals reeds aangehaald is het verdere werk rond de inhoudelijke vormgeving van de BETs voor elk van ons eerder een solo taak geweest met, zoals dat hoort, discussie over welke artikels er geïncludeerd moesten worden controle van de inhoud door de andere.

Na de BETs kwam de uiteindelijke thesis. Het grootste deel hiervan hebben we samen geschreven, zeker wat betreft het abstract, de methodesectie en de discussie. Bij de discussie had Yveline de eerste aanzet gegeven en heb ik hem herwerkt tot hoe hij er nu uitziet, waarna er verder samen nog wat

inhoudelijke aanpassingen werden doorgevoerd. De inleiding is dan weer voornamelijk van mijn hand met her en der kleine aanpassingen van Yveline. Wat de vormgeving (algemene "look" van de thesis) betreft, had ik het gevoel dat dit iets meer mijn ding was. Dit gaat dan over lettertype, correct uitlijnen van de tekst, zorgen dat alle figuren hetzelfde zijn, etc.

Persoonlijke visie op wat het werk nu betekent voor het werkveld

Specifiek voor ons onderdeel viel het me op dat er eigenlijk slechts een beperkt aantal richtlijnen zijn met voldoende hoge kwaliteit en die daarenboven ook nog eens specifiek toepasbaar zijn op de eerstelijnsgeneeskunde. We vonden opmerkelijk weinig studies vanuit de eerste lijn voor de eerste lijn. Dit staat in groot contrast met de enorme (en steeds groeiende) prevalentie van psychische problemen aanwezig in de maatschappij. Daarenboven kreeg ik de indruk dat veel artsen niet echt vertrouwd zijn met het toch wel redelijk ruime gamma aan beschikbare medicatie en wordt er, vaak vanuit gewoonte, naar benzodiazepines gegrepen. Met de vernieuwde urgentieschema's hebben we geprobeerd te tonen dat er best nog wat andere en makkelijk te gebruiken opties beschikbaar zijn.

Daarnaast vonden we het zeer belangrijk om het niet-medicamenteuze luik extra in de verf te zetten waar mogelijk. Toediening van bepaalde geneesmiddelen is vaak een snelle en relatief gemakkelijke optie. Behandeling van patiënten met een psychiatrische problematiek is echter veel meer dan medicatie alleen, ook in de acute setting! Laat dit werk een aanzet zijn om de niet-medicamenteuze behandeling meer in de kijker te zetten en ook meer te includeren in de opleiding van artsen.

8. Appendices

8.1. Appendix 1: MeSH termen per subthema

Zie: www.achg.be/urgenties

8.2. Appendix 2: PRISMA-flow charts

Zie: www.achg.be/urgenties

8.3. Appendix 3: Evidence tables

Zie: www.achg.be/urgenties

8.4. Appendix 4: Experts

Zie: www.achg.be/urgenties

8.5. Appendix 5: DSM criteria

Zie: www.achg.be/urgenties

8.6. Appendix 6: Voorbeeld van een crisisplan

Crisisplan (32,56–59)	
Stap 1: Waarschuwingstekens Wanneer moet ik opletten?	Voorbeelden: zich geïrriteerd, depressief of hopeloos voelen, "het niet meer aankunnen", toename van sociale isolatie, meer alcohol drinken
Stap 2: Interne coping-strategieën Wat kan ik zelf doen?	Voorbeelden: je gedachten opschrijven, gaan wandelen/sporten, muziek luisteren en/of huishoudelijke taken, tijd met familie doorbrengen
Stap 3: Afleiding Waar kan ik naar toe voor afleiding?	Voorbeelden: afspreken met een goede vriend of familielied, koffie gaan drinken, naar de mis of een AA-bijeenkomst gaan
Stap 4: Sociaal netwerk Wie kan mij helpen?	Naam en contactgegevens van personen met wie je kunt praten over je gevoelens en die ermee akkoord gaan dat je hun belt.
Stap 5: Vangnet binnen de gezondheidszorg Welke hulpverlening kan ik direct inschakelen?	Voorbeelden: telefonische hulplijnen; behandelend arts, huisartsenwachtpost, psycholoog, spoedgevallen.
Extra: schadebeperking Hoe maak in mijn omgeving veilig?	Verminder de toegankelijkheid van dodelijke middelen. Vermijd de aanwezigheid van grote hoeveelheden medicatie en van drugs in huis. Ga niet naar gevaarlijke plaatsen. Stel je omgeving op de hoogte .