

## Najaarssymposium Bipolaire Stoornissen 2008: Patiënt en omgeving

### De behandelomgeving: kliniek en polikliniek

Ralph Kupka

*Behandelcentrum Bipolaire Stoornissen*



## Een patiënt

*“Daar zit je dan. Ultiem alleen. In een scheurjurk. Ze hebben je niet eens je eigen kleren gelaten. Je kijkt wanhopig naar vier kale muren. Ergens in de cel is een schoolbord aangebracht. Je kijkt uit op getraliede ramen. En dan die dikke deur. Een deur, waardoor je onbereikbaar bent gemaakt. Je weet niet hoe het met je kinderen is. Je verwacht je man op bezoek, maar hij heeft een bezoekverbod, iets wat je zelf niet weet. Zijn afwezigheid is dan ook onbegrijpelijk”*

Bron: Handboek Bipolaire Stoornissen (2008)



## Een patient

*"Degene waar de patient het meeste mee te maken heeft, zijn verpleegkundigen.*

*De ideale verpleegkundige is ervaren en getalenteerd, biedt duidelijkheid, structuur en rust en is consequent, kalmeert iemand met een grapje en geeft oprechte aandacht"*

*Bron: Handboek Bipolaire Stoornissen (2008)*



## Een partner

*"De manieën van mijn partner spelen zich bij voorkeur af op zon- en feestdagen, na sluitingstijd van de kliniek of tijdens de vakantie van de psychiater"*

*Bron: Handboek Bipolaire Stoornissen (2008)*



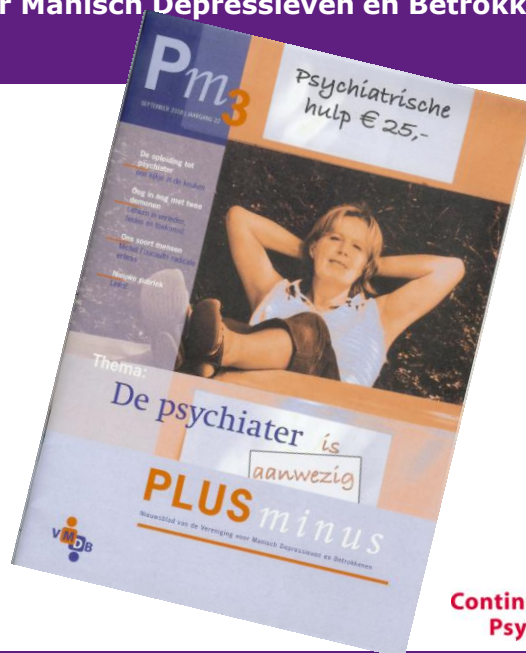
## Een partner

*"De hulp van de GGZ sloeg alles. "U heeft een huwelijksprobleem". Bijna ga je het geloven. Mijn man voldeed aan alle kenmerken van het manisch zijn. Alles heb ik aangedragen, maar er werd niet geluisterd. We moesten onszelf redden. Aan de kinderen heb ik uitgelegd wat hun vader had, en waarom hij zo deed. De GGZ, daar heb ik echt niets mee. Het zal wel niet overal zo zijn, maar wij hebben nu eenmaal deze ervaring"*

Bron: Handboek Bipolaire Stoornissen (2008)



## Vereniging voor Manisch Depressieven en Betrokkenen



## casus: een vrouw van 35

Kunstenares, alleenstaand, intensief beroepsmatig en sociaal leven

Vanaf adolescentie meerdere depressies en twee maal manische psychose

Van 1997 - 2001 profylaxe met valproaat, grotendeels symptoomvrij

Van 2001 - 2005 geen medicatie, geen behandeling, geen duidelijke symptomen

Begin 2006 toenemend manisch psychotisch, pas laat in behandeling van psychiater

## casus: een vrouw van 35

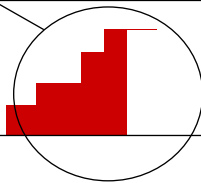
Euforie gemengd met intense angst

Chaotisch ontremd denken en handelen

Verlies van vertrouwen in de mensen om haar heen

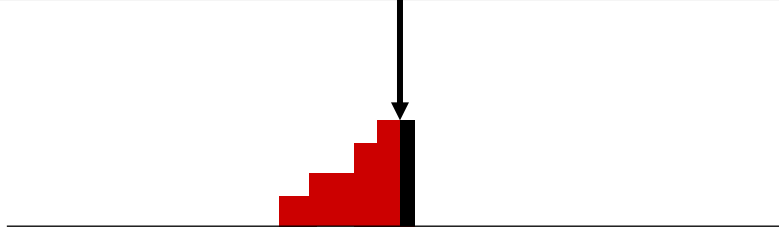
Verlies van inzicht en oordeelsvermogen

Sterke ambivalentie over behandeling en medicatie (wel aangenomen, niet ingenomen)



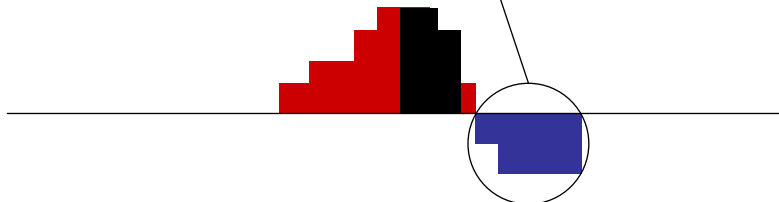
## casus: een vrouw van 35

Opname via crisisdienst vanuit de thuissituatie met IBS in Academisch Ziekenhuis



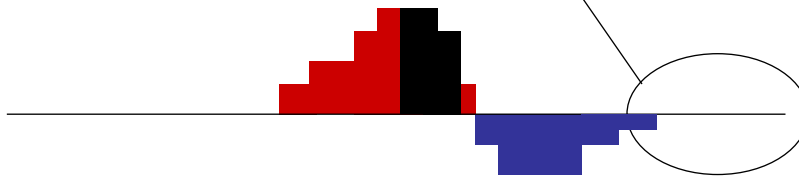
## casus: een vrouw van 35

Depressieve gevoelens, pessimisme, verlies van perspectief  
Schaamte over het gedrag tijdens de manie  
Opname was traumatisch: crisisdienst thuis, IBS, afdeling, medepatiënten  
Zelfbeeld: "ik wordt ook zo'n chronische patient, zal aan lager wal raken"



## casus: een vrouw van 35

Langzaam symptomatisch en functioneel herstel  
Onzekerheid over prognose en recidiefkans met/zonder medicatie (valproaat)  
Gespreksbehandeling om verwerking episode en acceptatie te bevorderen  
Gesprekken samen met vrienden en samen met de ouders  
Na een jaar weer uit beeld verdwenen door verblijf in het buitenland



## Opname-indicaties bipolaire stoornis

- Manie: chaotisch ontremd gedrag met risico van grote schade: relationeel, beroepsmatig, financieel, gezondheid, reputatie
- Manie: uitputting van patiënt (eigen verzoek!) en betrokkenen
- Depressie: suïcide gevaar
- Depressie: onvermogen (extreme remming)

## Problemen bij klinische behandeling

- Ontremd gedrag (overactiviteit, seksuele ontremming)
- Conflicten bij grenzen stellen
- Agressief gedrag (vooral naar verpleegkundigen)
- Gebrek aan ziekte-inzicht
- Geen motivatie voor (medicamenteuze) behandeling
- Onenigheid in de staf over behandeling ("manie of persoonlijkheidsstoornis?")

## Interventies bij klinische opname

- Prikkelers reduceren (evt. separatie)
- Grenzen stellen aan ontremd gedrag
- Dag-nacht structuur herstellen
- Ziekte-inzicht bevorderen
- Farmacotherapie instellen
- Opvang en ondersteuning van naastbetrokkenen

## Enquete verpleegkundigen opnamekliniek

- Wat vind je *leuk* aan manische patiënten?
- Wat vind je *problematisch* aan manische patiënten?
- Wat zijn je *moeilijkste ervaringen* met manische patiënten?
- Welke *positieve gevoelens* roepen manische patiënten op?
- Welke *negatieve gevoelens* roepen manische patiënten op?
  
- Hoe vaak heb je contact met *familie* of andere betrokkenen van de manische patiënt?
- Heb je een beeld hoe de *patiënt* is als de manie voorbij is?



## Enquete verpleegkundigen opnamekliniek

- Wat vind je de leuk aan manische patiënten?
  - 1 Hun originaliteit
  - 2 Hun euforie
  - 3 Hun activiteit
  
- Wat vind je de problematisch aan manische patiënten?
  - 1 Hun prikkelbaarheid
  - 2 Hun gebrek aan ziekte-inzicht
  - 3 Hun hautaine, diskwalificerende houding



## Enquete verpleegkundigen opnamekliniek

- Wat zijn je moeilijkste ervaringen met manische patiënten?
  1. Agressief gedrag
  2. Ruzie zoeken
  3. Bemoeizucht op de afdeling



## Enquete verpleegkundigen opnamekliniek

- Welke positieve gevoelens roepen manische patiënten op?
  1. Leuke patiënt om mee te werken
  2. Interesse
  3. Betrokkenheid
- Welke negatieve gevoelens roepen manische patiënten op?
  1. Machteloosheid
  2. Bedreigd voelen
  3. Vervelende patiënt om mee te werken



## Enquete verpleegkundigen opnamekliniek

- Hoe vaak heb je contact met familie of andere betrokkenen van de manische patiënt?
  - Nooit 6%
  - Een enkele keer 29%
  - Regelmatig 47%
  - Bijna altijd 18%
- Heb je een beeld hoe de patiënt is als de manie voorbij is?
  - Nee, ik zie ze eigenlijk nooit na de acute fase 0%
  - Niet echt, maar ik kan me wel een voorstelling maken 12%
  - Redelijk, sommigen heb ik ook na de manie gezien 41%
  - Vrij goed, de meeste ken ik ook buiten hun manie 47%



## Enquete verpleegkundigen opnamekliniek

- Aanvullende opmerkingen:
  - Goede crisissignalering is van belang; er wordt regelmatig te laat gekozen voor klinische behandeling.
  - Ondanks voldoende kennis en ervaring blijft het moeilijk om een manische patiënt rust en structuur te bieden.
  - Seksuele ontremming kan voor de patiënt zeer negatieve gevolgen hebben als die niet op tijd tegen zichzelf in bescherming wordt genomen.
  - Er hangt ten onrechte vaak een negatieve sfeer rondom sedatie en separatie, dat zijn toch beschermende maatregelen; dit zou in de psycho-educatie positiever benaderd moeten worden.
  - De versterkte emoties tijdens de manie zijn vaak gebaseerd op reële zorgen: daar wordt na stabilisatie te weinig op ingegaan.
  - Frustrerend is dat veel patiënten snel weer met de medicatie stoppen en heropgenomen worden, maakt het moeilijk om nog sympathie te kunnen hebben, geeft een gevoel van "eigen schuld" en "je leert het nooit".



## Agressie op psychiatrische afdelingen (Australië)

- Australische kliniek gedurende 18 maanden.
- 174 (13.7%) van 1269 opgenomen patiënten agressief gedrag.
- **Bipolaire stoornis 2.8 x toegenomen risico.**
- Schizofrenie 1.9 x toegenomen risico.
- Meeste incidenten overdag, eenmalig, binnen twee dagen na opname.
- Risicofactoren: leeftijd < 32; psychotisch; eerdere agressie; middelenmisbruik.

Barlow et al. Aust N Z J Psychiatry 2000



## Agressie op psychiatrische afdelingen (Italië)

6 jaar periode, 2354 opgenomen patiënten

No Hostility	0: "no hostility"
Hostility	1: "exhibited low-grade-hostility"
	2: "was loud and demanding"
	3: "approached another in a threatening way"
	4: "made a verbal threat without a plan to inflict a harm"
	5: "is violent against objects"
	6: "touched another in a threatening way"
	7: "made a verbal threat with a plan to inflict a harm"
Violence	8: "inflicted low-grade harm requiring no medical care"
	9: "inflicted serious harm requiring medical care".

Raja & Azzoni, Clin Pract Epidemiol Ment Health. 2005



## Agressie op psychiatrische afdelingen (Italië)

6 jaar periode, 2354 opgenomen patiënten

Diagnosis	N	No hostility	Hostility	Violence
Schizophrenia	286	62%	33%	6%
Bipolar mania	378	35%	<b>62%</b>	3%
Bipolar mixed state	319	51%	46%	3%
Bipolar depression	99	<b>83%</b>	16%	1%
Unipolar depression	122	79%	20%	1%
Personality Disorder	170	39%	54%	7%
Substance related	196	41%	52%	7%

Raja & Azzoni, *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2005



## NVvP Richtlijn Bipolaire Stoornissen 2008: Organisatie van de zorg (1)

- Patiënten met een bipolaire stoornis behandelen in de 2e lijn.
- Diagnostiek en behandeling (inclusief somatische aspecten) onder verantwoordelijkheid van een psychiater.
- Multidisciplinaire behandeling.
- Continuïteit van behandeling en zo mogelijk behandelaar.



## NVvP Richtlijn Bipolaire Stoornissen 2008: Organisatie van de zorg (2)

- Noodzakelijke behandelmodules:
  - Voorlichting en psychoeducatie
  - Zelfmanagement interventies
  - Farmacotherapie
- Optionele behandelmodules:
  - Psychotherapie
  - Steunende, structurerende begeleiding en rehabilitatie
- Regelmatige evaluatie van de behandeling



## NVvP Richtlijn Bipolaire Stoornissen 2008: Organisatie van de zorg (3)

- De patiënt en zijn omgeving
  - De behandeling dient niet alleen de patiënt te betreffen, maar zo mogelijk ook zijn/haar naastbetrokkenen: partner, kinderen, familie, vrienden en collega's).
  - Aandacht voor de betrokkenen kan een positief effect hebben op de patiënt, omdat ook zij de gevolgen van de aandoening kunnen ervaren.
  - Het bevordert ziekte-inzicht, begrip en acceptatie vanuit de omgeving en geeft alle partijen meer mogelijkheden om met de ziekte te leren omgaan.



## NVvP Richtlijn Bipolaire Stoornissen 2008: Organisatie van de zorg (4)

- **Kwaliteitsindicatoren:**

- ***Kwaliteit van zorg:***

- Vaste behandelaar
- Regulier contact met betrokkenen
- Regulier contact met de VMDB
- Gebruik van meetinstrumenten
- Psycho-educatiecursus
- Noodplan (signaleringsplan; crisis-preventieplan)
- Farmacotherapie conform de richtlijn

- ***Effect van behandeling:***

- Remissie (geen episoden of heropnames)
- Ernst van restsymptomen en comorbide problemen
- Aantal crisiscontacten per jaar



## NVvP Richtlijn Bipolaire Stoornissen 2008

- De NVvP Richtlijn Bipolaire Stoornissen (2<sup>e</sup>, herziene versie) verschijnt in oktober 2008
- Ook onderdeel van het Handboek Bipolaire Stoornissen (2008)
- Webcast Continuüm Psychiatrie op dinsdag 4 november
- Online nascholing bipolaire stoornissen november 2008 (8 afleveringen)



## Caring for Bipolar Patients (1)

- Competent Pharmacotherapy must be matched with sophisticated yet practical psychosocial interventions.
- Functioning is more important than mood stabilization, do not overmedicate patients to mediocrity. *This is a more delicate art than helping patients maintain optimum blood pressure or blood glucose.*
- Availability of family members or significant others is crucial.
- Feedback by peers (other bipolar patients and families) is often more effective than that given by professionals and the patient's immediate family.

Akiskal & Akiskal (2006). *Principles of caring for bipolar patients.*  
In: Bipolar Psychopharmacotherapy



## Caring for Bipolar Patients (2)

- The psychiatrist must respect the patient's temperament and individuality.
- The psychiatrist must be available at times of crisis.
- Bipolar patients are preferably treated in group practice.
- Faced with a suicidal bipolar patient, the clinician should err on the safe side and consider hospital admission.

Akiskal & Akiskal (2006). *Principles of caring for bipolar patients.*  
In: Bipolar Psychopharmacotherapy



## Caring for Bipolar Patients (3)

- The psychiatrist should avoid taking a Calvinistic approach to alcohol and substance abuse.
- Psycho-education is a two-way street.
- Meet the patient half-way in the management of side-effects from effective medications.
- Supporting the family, the spouse, or other carers is a cardinal principle that is often neglected.

Akiskal & Akiskal (2006). *Principles of caring for bipolar patients*.  
In: Bipolar Psychopharmacotherapy



## Conclusies

- Er is weinig systematische kennis over de (neven-)effecten van klinische behandeling bij manische patiënten.
- Agressief gedrag komt veel voor bij (opgenomen) manische patiënten.
- Een klinische opname, hoe noodzakelijk ook, kan een langdurige negatieve indruk op de patiënt achterlaten.
- Aandacht voor familieleden en andere naastbetrokkenen is van groot belang in alle fasen van de behandeling.



Dank voor uw aandacht

