mhGAP-interventiegids

bij psychische, neurologische stoornissen en aandoeningen door middelengebruik in niet-gespecialiseerde zorginstellingen

Versie 2.0

World Health Organization

mhGAP

Actieprogramma voor het overbruggen van de kloof in geestelijke gezondheid

Officiële vertaling van het originele werk in het Engels

mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP) – version 2.0.

© World Health Organization 2016

ISBN: 978 92 4 154979 0

mhGAP-interventiegids bij psychische, neurologische stoornissen en aandoeningen door middelengebruik in niet-gespecialiseerde zorginstellingen: Actieprogramma voor geestelijke gezondheid (mhGAP) - versie 2.0

© Pan American Health Organization, 2022

ISBN: 978-92-75-22255-3 (pdf)

ISBN: 978-92-75-22254-6 (print)

Sommige rechten voorbehouden. Dit werk is beschikbaar onder de Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike-licentie 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO); https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo).

Onder de voorwaarden van deze licentie mag deze publicatie worden gekopieerd, verspreid en aangepast voor niet-commerciële doeleinden, op voorwaarde dat het nieuwe werk wordt uitgegeven onder dezelfde of een gelijkwaardige Creative Commons-licentie en dat het op gepaste wijze wordt geciteerd, zoals hieronder aangegeven. Bij gebruik van deze publicatie mag niet de suggestie worden gewekt dat de Pan American Health Organization (PAHO) een specifiek(e) organisatie, product of dienst onderschrijft. Het gebruik van het PAHO-logo is niet toegestaan.

Aanpassingen: Als deze publicatie wordt bewerkt, moet de volgende afwijzing van aansprakelijkheid worden toegevoegd, samen met de voorgestelde aanhaling: 'Dit is een bewerking van een oorspronkelijk werk van de Pan American Health Organization (PAHO). De standpunten en meningen die in de aanpassing worden verwoord, vallen uitsluitend onder de verantwoordelijkheid van de auteur(s) van de aanpassing en worden niet door PAHO onderschreven.'

Vertaling: Als deze publicatie wordt vertaald, moet de volgende afwijzing van aansprakelijkheid worden toegevoegd, samen met de voorgestelde aanhaling: 'Deze vertaling is niet uitgevoerd door de Pan American Health Organization (PAHO). PAHO is niet verantwoordelijk voor de inhoud of de nauwkeurigheid van deze vertaling.'

Voorgestelde aanhaling. mhGAP-interventiegids bij psychische, neurologische stoornissen en aandoeningen door middelengebruik in niet-gespecialiseerde zorginstellingen: Actieprogramma voor geestelijke gezondheid (mhGAP) - versie 2.0. Washington, D.C.: Pan American Health Organization; 2022. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. https://doi.org/10.37774/9789275222553.

Catalogisering-in-Publicatie-gegevens. CIP-gegevens zijn beschikbaar op http://iris.paho.org.

Verkoop, rechten en licenties. Neem voor de aankoop van PAHO-publicaties contact op met sales@paho.org. Verzoeken om commercieel gebruik en vragen over rechten en licenties kunt u richten aan http://www.paho.org/permissions.

Materiaal van derden. Indien materiaal dat aan derden wordt toegeschreven, zoals tabellen, figuren of afbeeldingen, uit deze publicatie wordt hergebruikt, is het de verantwoordelijkheid van de gebruiker om te bepalen of toestemming nodig is voor dat hergebruik en om toestemming te verkrijgen van de houder van het auteursrecht. Het risico op claims als gevolg van inbreuk op materiaal of onderdelen van deze publicatie die eigendom zijn van derden, berust uitsluitend bij de gebruiker.

Algemene vrijwaringsclausules. De gebruikte benamingen en de presentatie van het materiaal in deze publicatie houden niet in dat PAHO op enigerlei wijze haar mening geeft over de juridische status van een land, gebied, stad of streek of van de autoriteiten ervan, of over de afbakening van de grenzen of begrenzingen ervan. Stippellijnen of onderbroken lijnen op kaarten geven bij benadering grenslijnen weer waarover wellicht nog geen volledige overeenstemming bestaat.

De vermelding van specifieke ondernemingen of van producten van bepaalde fabrikanten impliceert niet dat deze door PAHO worden onderschreven of aanbevolen boven andere, niet genoemde ondernemingen of producten van gelijke aard. Fouten en weglatingen uitgezonderd, wordt de eerste letter van de namen van geoctrooieerde producten met een hoofdletter geschreven.

PAHO heeft alle redelijke voorzorgsmaatregelen getroffen om de informatie in deze publicatie te verifiëren. Het gepubliceerde materiaal wordt echter zonder garantie, expliciet of impliciet, verspreid. De verantwoordelijkheid voor de interpretatie en het gebruik van het materiaal ligt bij de lezer. PAHO kan in geen geval aansprakelijk worden gesteld voor schade voortvloeiend uit het gebruik ervan.

NMH/MH2022

Psychische en neurologische stoornissen en aandoeningen veroorzaakt door middelengebruik (MNS-aandoeningen) komen veel voor en veroorzaken over de hele wereld een grote ziektelast en invaliditeit. Om de kloof tussen de beschikbare middelen en de grote vraag naar hulpverlening te overbruggen, heeft de Wereldgezondheidsorganisatie het Actieprogramma voor de Geestelijke Gezondheid (mhGAP) gelanceerd. Het doel van mhGAP is om zorg en diensten op te schalen met behulp van evidence-based interventies voor de preventie en behandeling van prioritaire MNS-aandoeningen. De mhGAP-interventiegids versie 1.0 voor MNS-aandoeningen voor niet-gespecialiseerde zorginstellingen werd in 2010 ontwikkeld als een eenvoudig technisch hulpmiddel om de geïntegreerde behandeling van prioritaire MNS-aandoeningen mogelijk te maken met behulp van protocollen voor klinische besluitvorming.

De mhGAP-IG 1.0-versie wordt gebruikt in meer dan 90 landen en is een groot succes. Het is een genoegen om de mhGAP versie 2.0 te presenteren, met nieuwe informatie over begeleiding gebaseerd op bewijzen, verbeterde bruikbaarheid en nieuwe onderdelen die door zowel zorgverleners als programmamanagers kunnen worden gebruikt voor een nog groter bereik.

We hopen dat deze gids een richtlijn zal blijven bieden voor het leveren van zorg en diensten aan mensen met MNS-stoornissen over de hele wereld en dat dit ons een stap dichterbij ons doel van universele gezondheidsdekking brengt.

De mhGAP-IG versie 2.0 bevat de volgende onderdelen:

- **Essentiële zorg & praktijkervaring**
- **Overzichtstabel**
- **Depressie**
- **Psychoses**
- **Epilepsie**
- **Psychische en gedragsstoornissen bij kinderen en adolescenten**
- **Dementie**
- **Stoornissen als gevolg van middelengebruik**
- **Zelfbeschadiging/zelfmoord**
- **Andere significante geestelijke gezondheidsklachten**
- **Implementatie van mhGAP-IG**

**Voor meer informatie,
kunt u contact opnemen met:**

Afdeling Geestelijke Gezondheid
en Middelenmisbruik
Wereldgezondheidsorganisatie
Avenue Appia 20
CH-1211 Geneve 27
Zwitserland

E-mail: mhgap-info@who.int
Website: www.who.int/mental_health/mhgap

9 789275 222553

World Health Organization

mhGAP-interventiegids

bij psychische, neurologische stoornissen en aandoeningen
door middelengebruik in niet-gespecialiseerde zorginstellingen

Versie 2.0

mhGAP
Actieprogramma voor het overbruggen
van de kloof in geestelijke gezondheid

World Health Organization

mhGAP-IG 2.0 » Inhoudsopgave

Voorwoord iii

Dankbetuigingen iv

Inleiding 1

Hoe gebruikt u de mhGAP-IG Versie 2.0 3

» ECP Essentiële zorg & praktijkervaring 5

» OT Overzichtstabel 16

» DEP Depression 19

» PSY Psychoses 33

» EPI Epilepsie 51

» CMH Geestelijke en gedragsstoornissen bij kinderen en adolescenten 69

» DEM Dementie 93

» SUB Stoornissen als gevolg van middelengebruik 105

» SUI Zelfbeschadiging/Zelfmoord 131

» OTH Andere Significante Geestelijke Gezondheidsklachten 141

Implementatie van mhGAP-IG 151

Verklarende woordenlijst 159

mhGAP-IG 2.0 » Voorwoord

Psychische en neurologische aandoeningen en stoornissen door middelengebruik (MNS-aandoeningen) komen veel voor en veroorzaken over de hele wereld een grote ziektelast en invaliditeit. Er bestaat nog steeds een grote kloof tussen de beschikbare capaciteit en middelen van de zorgsystemen, wat er dringend nodig is en de beschikbare middelen om de last te verminderen. Bijna 1 op de 10 mensen heeft een psychische stoornis, maar slechts 1% van het wereldwijde zorgpersoneel biedt geestelijke gezondheidszorg. MNS-aandoeningen verstoren aanzienlijk het leervermogen van kinderen en verhinderen volwassenen om te functioneren in hun gezin, op het werk en in de samenleving.

De WHO-afdeling voor Geestelijke Gezondheid en Middelenmisbruik erkent dat het een absolute noodzaak is om diensten te verlenen aan mensen met MNS-aandoeningen en hun verzorgers, en om de kloof tussen de beschikbare middelen en de grote vraag naar deze diensten te overbruggen. Om die reden heeft de WHO in 2008 het Actieprogramma voor Geestelijke Gezondheid (mhGAP) uitgebracht. De belangrijkste doelstellingen van mhGAP zijn het versterken van de inzet van regeringen, internationale organisaties en andere belanghebbenden om meer financiële en personele middelen toe te wijzen aan de zorg voor MNS-aandoeningen en ervoor te zorgen dat belangrijke interventies in lage- en middeninkomenslanden een veel hogere dekkingsgraad bereiken. Via deze doelstellingen biedt mhGAP empirisch onderbouwde begeleiding en hulpmiddelen om de doelen te bereiken van het Uitgebreide actieplan voor geestelijke gezondheid 2013-2020.

In 2010 werd de mhGAP-Interventiegids (mhGAP-IG) voor MNS-aandoeningen voor niet-gespecialiseerde zorginstellingen ontwikkeld om te helpen bij de implementatie van mhGAP. mhGAP-IG is een eenvoudig technisch hulpmiddel gebaseerd op de mhGAP-richtlijnen, dat een geïntegreerde aanpak biedt van de prioritaire MNS-aandoeningen, met behulp van protocollen voor klinische besluitvorming. Er is een wijdverbreide maar incorrecte veronderstelling dat alle interventies in de geestelijke gezondheidszorg complex zijn en alleen kunnen worden uitgevoerd door zeer gespecialiseerd personeel. Onderzoek van de afgelopen jaren heeft de haalbaarheid aangetoond van farmacologische en psychosociale interventies in niet-gespecialiseerde zorginstellingen. Sinds de introductie in 2010 wordt mhGAP-IG op grote schaal gebruikt door een verscheidenheid aan belanghebbenden, waaronder ministeries van gezondheid, academische instellingen, NGO's en andere filantropische stichtingen en onderzoekers om de geestelijke gezondheidszorg op te kunnen schalen. De mhGAP-IG Versie 1.0 wordt gebruikt in meer dan 90 landen in alle WHO-regio's en het mhGAP-materiaal is vertaald in meer dan 20 talen, waaronder de zes officiële VN-talen.

Vijf jaar na de eerste publicatie zijn de mhGAP-richtlijnen bijgewerkt aan de hand van nieuwe literatuur. Deze herziene mhGAP-richtlijnen werden in 2015 gepubliceerd. We zijn nu zeer verheugd dat we mhGAP-IG Versie 2.0 mogen presenteren. Deze versie weerspiegelt die niet alleen deze updates, maar ook de uitgebreide feedback van gebruikers in het veld waardoor de gids duidelijker en gebruiksvriendelijker is geworden.

We hopen dat deze gids een richtlijn zal blijven bieden voor het leveren van zorg en diensten aan mensen met MNS-aandoeningen over de hele wereld en dat dit ons een stap dichterbij ons doel brengt van universele gezondheidsdekking.

Shekhar Saxena
Directeur, Afdeling Geestelijke Gezondheid en Middelenmisbruik
Wereldgezondheidsorganisatie

World Health Organization

mhGAP-IG 2.0 » Dankbetuigingen

Visie en beeldvorming

Shekhar Saxena, directeur, Afdeling Geestelijke Gezondheid en Middelenmisbruik

Projectcoördinatie en redactie

Tarun Dua, Nicolas Clark, Neerja Chowdhary, Alexandra Fleischmann, Fahmy Hanna, Chiara Servili, Mark van Ommeren.

Bijdrage

Het technisch personeel van het WHO-hoofdkantoor, personeel van de regionale en nationale kantoren van de WHO en vele internationale experts hebben bijgedragen met waardevolle inhoud, assistentie en advies. Deze bijdragen zijn essentieel geweest voor het bijwerken van de mhGAP-richtlijnen en/of de ontwikkeling van de mhGAP-IG versie 2.0.

WHO-hoofdkantoor
Valentina Baltag, John Beard, Alexander Butchart, Dan Chisholm, Nathalie Drew, Jane Ferguson, Berit Kieselbach, Nicola Magrini, Chris Mikton, Eyerusalem Kebede Negussie, Alana Officer, Anne Margriet Pot, Vladimir Poznyak, Geoffrey Reed, Dag Rekve, David Ross, Jotheeswaran Amuthavalli Thiyagarajan, Wilson Were.

Regionale en nationale WHO-kantoren
Nazneen Anwar, regionaal kantoor voor Zuidoost-Azië; Florence Baingana, WHO Sierra Leone; Andrea Bruni, regionaal kantoor voor Noord- en Zuid-Amerika; Anderson Chimusoro, WHO Zimbabwe; Manuel de Lara, WHO Turkije; Bahtygul Karriyeva, WHO Turkmenistan; R Kesavan, WHO Liberia; Devora Kestel, regionaal kantoor voor Noord- en Zuid-Amerika; Lars Foddgard Moller, regionaal kantoor voor Europa; Maristela Goldnadel Monteiro, regionaal kantoor voor Noord- en Zuid-Amerika; Matthijs Muijen, regionaal kantoor voor Europa; Julius Muron, WHO Liberia; Sebastiana Da Gama Nkomo, regionaal kantoor voor Afrika; Jorge Jacinto Rodriguez, regionaal kantoor voor Noord- en Zuid-Amerika; Khalid Saeed, regionaal kantoor voor het oostelijke Middellandse Zeegebied; Caroline Saye, WHO Liberia; Yutaro Setoya, WHO Fiji; Xiao Sobel, regionaal kantoor voor de westelijke Stille Oceaan; Saydah Taylor, WHO Liberia; Salma Tlili, WHO Guinee; Xiangdong Wang, regionaal kantoor voor de westelijke Stille Oceaan; Eyad Yanes, WHO Syrië.

Belangrijke internationale experts
Lindsey America-Simms, Kenneth Carswell, Elizabeth Centeno-Tablante, Melissa Harper, Sutapa Howlader, Kavitha Kolappa, Laura Pacione, Archana A. Patel, Allie Sharma, Marieke van Regteren Altena.

Administratieve ondersteuning
Adeline Loo, Cecilia Ophelia Riano.

Stagiaires
Farnoosh Ali, Lakshmi Chandrasekaran, Paul Christiansen, Anais Collin, Aislinne Freeman, Anna Fruehauf, Ali Haidar, Huw Jarvis, Steven Ma, Emma Mew, Elise Paul, Charlotte Phillips, Pooja Pradeeb, Matthew Schreiber.

Technische reviewers
De volgende internationale experts hebben input en feedback gegeven voor de ontwikkeling van de bijgewerkte mhGAP-richtlijnen en/of mhGAP-IG versie 2.0.

Albert Akpalu, College of Health Sciences, University of Ghana en Epilepsy Society of Ghana, Ghana; Sophia Achab*, WHO Collaborating Centre, University of Geneva/Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), Geneve, Zwitserland; Emiliano Albanese*, WHO Collaborating Centre, University of Geneva/HUG, Geneve, Zwitserland; Robert Ali*, Drug and Alcohol Services South Australia (DASSA), WHO Collaborating Centre for the Treatment of Drug and Alcohol Problems, University of Adelaide, Australië; Fredrick Altice, Yale University School of Medicine and School of Public Health, New Haven, VS; José Ayuso-Mateos, Universidad Autonoma de Madrid en CIBER, Spanje; Corrado Barbui*, WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health and Service Evaluation, University of Verona, Italië; Gretchen Birbeck, Michigan State University, Michigan, VS; Anja Busse, United Nations Office on Drugs and Crime, Wenen, Oostenrijk, Austria; Vladimir Carli*, National Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Ill-Health (NASP), Karolinska Institute, Stockholm, Zweden; Sudipto Chatterjee*, Parivartan Trust and Sangath, India; Dixon Chibanda, University of Zimbabwe, Friendship Bench Project, Harare, Zimbabwe; Janice Cooper, Carter Center, Liberia; Wihelmus (Pim) Cuijpers*, Vrije University, Amsterdam, Nederland; Gauri Divan, Sangath, Goa, India; Christopher Dowrick*, Institute of Psychology, Health and Society, University of Liverpool, Liverpool, VK; Joshua Duncan, Building Back better Project, CBM, Sierra Leone; Julian Eaton*, CBM International, Togo en London School of Hygiene and Tropical Medicine, VK; Rabih El Chammay, Ministry of Health, Beirut, Lebanon; Peter Hughes, Royal College of Psychiatrists, VK; Asma

Humayun*, Meditrina Health Care, Islamabad, Pakistan; Gabriel Ivbijaro*, Wood Street Medical Centre, Londen, VK; Nathalie Jette*, Hotchkiss Brain Institute en O'Brien Institute for Public Health, University of Calgary, Canada; Lynne Jones, National Health Service, VK; Marc Laporta, Department of Psychiatry, McGill Montreal, WHO PAHO Collaborating Center for Research and Douglas Mental Health University Institute, Montreal, Canada; Anita Marini, Cittadinanza NGO, Rimini, Italië; Farrah Mateen, Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School, VS; Zhao Min, Shanghai* Drug Abuse Treatment Centre, Shanghai Jiaotong University School of Medicine, Shanghai, China; Charles Newton*, Kenya Medical Research Institute, Kilifi, Kenia; Olayinka Omigbodun*, Centre for Child and Adolescent Mental Health (CCAMH), University College Hospital, Ibadan, Nigeria; Akwasi Osei*, Ministry of Health, Accra, Ghana; Amrita Parekh, Dasra, Mumbai, India; Alfredo Pemjean*, Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud, Santiago, Chili; Hemamali Perera, Faculty of Medicine, University of Colombo, Sri Lanka; Michael Phillips, Suicide Research and Prevention Center and Research Methods Consulting Center, Shanghai Mental Health Center, Shanghai Jiaotong University School of Medicine and WHO Collaborating Center for Research and Training in Suicide Prevention, Beijing Huilongguan Hospital, Beijing, China; Martin Prince*, Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, King's College, Londen, VK; Atif Rahman,* Institute of Psychology, Health & Society, University of Liverpool, Liverpool, VK; Richard Rawson*, University of California at Los Angeles Integrated Substance Abuse Programs, Californië, VS; Tahilia Rebello, Columbia University, VS; Rajesh Sagar, All India institute of Medical Sciences, New Delhi, India; Ley Sander, UCL Institute of Neurology, Londen, VK; Alison Schafer, World Vision, Nairobi, Kenia; Kunnukattil S Shaji, Government Medical College, Thrissur, India; Pratap Sharan*, All India Institute of Medical Sciences, New Delhi, India; Vandad Shrifi Senejani, Tehran University of Medical Sciences, Teheran, Iran; Kolou Simliwa Dassa*, Ministry of Health, Lome, Togo; Leslie Snider, Peace in Practice, Amsterdam, Nederland; Chhit Sophal, Ministry of Health, Cambodia; Jessica Maria-Violanda Spagnolo, School of Public Health, University of Montreal, Montreal, Canada; Emmanuel Streel, Public Mental Health and Substance Use Consultant, België; Scott Stroup, Columbia University College of Physicians and Surgeons, New York State Psychiatric Institute, New York, VS; Athula Sumathipala, Keele University,VK; Kiran Thakur, Johns Hopkins Hospital, Baltimore, VS; Rangaswamy Thara, Schizophrenia Research Foundation, India; Graham Thornicroft* Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, King's College London, VK; Mark Tomlinson, Stellenbosch University, Zuid-Afrika; Nyan Tun, Yangon General Hospital, Myanmar; Carmen Valle, CBM, Freetown, Sierra Leone; Pieter Ventevogel, United Nations High Commissioner for Refugees, Geneve, Zwitserland; Inka Weissbecker*, International Medical Corps, Washington, VS; Mohammad Taghi Yasamy, Geneve, Zwitserland; Lakshmi Vijayakumar*, SNEHA, Suicide Prevention Centre, Chennai, India; Abe Wassie, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Addis Ababa University en Amanuel Hospital, Ethiopië.

* Leden van de ontwikkelingsgroep voor het bijwerken van de mhGAP-richtlijn

Aanvullende bijdragen werden geleverd door de volgende reviewers, via een testproject, feedback of focusgroepen:

Helal Uddin Ahmed, Bangladesh; Suzan Akwii Otto, Oeganda; Robinah Alambuya, Oeganda; Latifa Saleh Al Harbi, Saudi-Arabië; Alaa Iddin Al Masri, Jordanië; Laila Alnawaz, Turkije; Ebtisam Al Rowdhan, Saudi-Arabië; Roseline Aposu, Nigeria; Manar Awwad, Jordanië; Raul Ayala, Mexico; Namsenmoh Aymar, Centraal-Afrikaanse Republiek; Madhur Basnet, Nepal; Gertrude Bayona, Oeganda; Rose Beaugrand, Sierra Leone; Tadu Bezu, Ethiopië; Gaurav Bhattarai, Nepal; Jihane Bou Sleiman, Libanon; Brian Byekwaso, Oeganda; Jules Claude Casumba, Zuid-Soedan; Alice Clement, Nigeria; Gretel Acevedo de Pinzon, Panama; Barkon Dwah, Liberia; Mufumba Emmanuel, Oeganda; Olivia Gabula, Oeganda; Kamal Gautam, Nepal; Renee Gerritzen, Nepal; Shree Ram Ghimire, Nepal; Sudip Ghimre, Nepal; Ijeh Ter Godwin, Nigeria; Kebeh Selma Gorpudolo, Liberia; Teen K. Grace, Nigeria; Georgina Grundy-Campbell, VK en Turkije; Esubalew Haile, Zuid-Soedan; Tayseer Hassoon, Syrië; Mahmoud Hegazy, Turkije; Zeinab Hijazi, Libanon; Fred Kangawo, Oeganda; Sylvester Katontoka, Zambia; Fred Kiyuba, Oeganda; Humphrey Kofie, Ghana; Moussa Kolie, Guinea; Samer Laila, Turkije; Richard Luvaluka, Oeganda; Paul Lwevola, Oeganda; Scovia Makoma, Oeganda; João Marçal-Grilo, VK; Soo Cecilia Mbaidoove, Nigeria; Colette McInerney, Laos; Saeed Nadia, VK; Ruth Nakachwa, Oeganda; Juliet Namuganza, Oeganda; Emily Namulondo, Oeganda; Margaret Namusobya, Oeganda; Amada N. Ndorbor, Liberia; Sheila Ndyanabangi, Oeganda; Joel Ngbede, Nigeria; Fred Nkotami, Oeganda; Zacharia Nongo, Nigeria; Emeka Nwefoh, Nigeria; Philip Ode, Nigeria; Mary Ogezi, Nigeria; Martha Okpoto, Nigeria; Sagun Ballav Pant, Nepal; Monica Peverga, Nigeria; Mapa H Puloka, Koninkrijk van Tonga; Muhannad Ramadan, Jordanië; Nick Rose, VK; Brigid Ryan, Australië; Joseph s. Quoi, Liberia; Nidhal Saadoon, Turkije; Latifa Saleh, Saoedi-Arabië; Dawda Samba, Gambia; Nseizere Mitala Shem, Oeganda; Michel Soufia, Libanon; Shadrach J. Suborzu II, Liberia; Wafika Tafran, Syrië; Angie Tarr Nyankoon, Liberia; Lilas Taqi, Turkije; Yanibo Terhemen C., Nigeria; Nongo Terseer, Nigeria; Samnieng Thammavong, Laos; Manivone Thikeo, Laos; Joshua Tusaba, Oeganda; Chanthala Vinthasai, Laos; Anna Walder, Sierra Leone; Abdulwas Yusufi, Ethiopië.

De volgende experts hebben als externe reviewers bijgedragen aan het beoordelen van de bijgewerkte mhGAP-richtlijnen:

Atalay Alem, Addis Ababa University, Ethiopië; Laura Amato, Cochrane Collaborative Drugs and Alcohol Review Group, Italië; Satinder Aneja, Lady Hardinge Medical College, India; Pierre Bastin, Clinique Beaulieu, Zwitserland; Gayle Bell, Institute of Neurology, University College London, VK; Donna Bergen, Rush University Medical Centre, Illinois, VS; José Bertolote, Botucatu

Medical School, Brazilië; Irene Bighelli, Verona University, Italië; Stephanie Burrows, Centre hospitalier de l'université de Montréal, Canada; Erico Castro-Costa, FIOCRUZ (Oswaldo Cruz Foundation), Brazilië; Tony Charman, Institute of Psychiatry Psychology and Neuroscience King's College, VK; Marek Chawarski, Yale School of Medicine, VS; Vera da Ros, Rede Brasileira de Redução de Danos e Direitos Humanos, Brazil; Carlos Felipe D´Oliveira, National Association for Suicide Prevention, Brazilië; Kieren Egan, WHO Collaborating Centre for Mental Health, HUG, Zwitserland; Eric Emerson, Centre for Disability Research and Policy, University of Sydney, Australië; Saeed Farooq, Department of Psychiatry, Lady Reading Hospital, Pakistan; Melissa Gladstone, University of Liverpool, VK; Charlotte Hanlon, Addis Ababa University, Ethiopië; Angelina Kakooza, Makerere University, Oeganda; Rajesh Kalaria, University of Newcastle, VK; Eirini Karyotaki, Vrije University, Nederland; Mark Keezer, University College London, VK; Nicole Lee, Turning Point, Australië; Valentina Lemmi, London School of Economics, VK; Harriet MacMillan, McMaster University, Canada; Carlos Martinez, Ministry of Health, Argentinië; Daniel Maggin, University of Illinois, VS; Silvia Minozzi, Cochrane Collaborative Drugs and Alcohol Review Group, Italië; Zuzana Mitrova, Cochrane Collaborative Drugs and Alcohol Review Group, Italië; James Mugisha, National Association for Suicide Prevention, Oeganda; Adesola Ogunniy, University College Hospital, Nigeria; Denis Padruchny, Information and Training Centre of Psychiatry and Narcology, Wit-Rusland; Amrita Parekh, Public Health Foundation of India; Khara Sauro, University of Calgary, Canada; Shoba Raja, Basic Needs, India; Brian Reichow, Child Study Centre, Yale School of Medicine, VS; Maria Luisa Scattoni, Istituto Superiore di Sanità, Italië; Suvasini Sharma, Lady Hardinge Medical College and associated Kalawati Saran Children's Hospital, India; Pratibha Singhi, Post Graduate Institute of Medical Education and Research, India; Lorenzo Tarsitani, Policlinico Umberto Sapienza University of Rome, Italië; Wietse Tol, Peter Alderman Foundation, Uganda; Sarah Skeen, Stellenbosch University, Zuid-Afrika; Manjari Tripathi, All India Institute of Medical Sciences, India; Ambros Uchtenhagen, University of Zurich, Zwitserland; Chris Underhill, Basic Needs, VK; Anna Williams, Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience King's College, VK.

Productieteam

Grafisch ontwerp en lay-out: Erica Lefstad
Coördinatie afdrukken: Pascale Broisin, Frédérique Claudie Rodin, WHO, Geneve.

Financiële steun

De volgende organisaties hebben financieel bijgedragen aan de ontwikkeling en productie van de Interventiegids:

Autism Speaks, VS; CBM; Fountain House Inc.; Overheid van Japan; Overheid van de Republiek van Korea; Overheid van Zwitserland; National Institute of Mental Health, VS; Syngenta.

INLEIDING

Actieprogramma voor Geestelijke Gezondheidszorg (mhGAP) - Achtergrond

Volgens de 2014 WHO-Atlas van Geestelijke Gezondheid woont meer dan 45% van de wereldbevolking in een land met minder dan 1 psychiater per 100.000 mensen, het aantal neurologen is nog lager. Het is duidelijk dat als we uitsluitend vertrouwen op specialisten om zorg te verlenen aan mensen die lijden aan psychische en neurologische aandoeningen en stoornissen door middelengebruik, miljoenen mensen geen toegang krijgen tot de zorg die ze nodig hebben. En zelfs wanneer er zorg beschikbaar is, zijn de interventies vaak niet gebaseerd op bewijzen of van hoge kwaliteit. Daarom is het mhGAP-actieprogramma ontwikkeld om de zorg voor MNS-aandoeningen op te kunnen schalen.

De mhGAP-aanpak bestaat uit interventies voor de preventie en behandeling van prioritaire MNS-aandoeningen, geïdentificeerd aan de hand van bewijs over de effectiviteit en haalbaarheid van opschaling van deze interventies in lage- en middeninkomenslanden. De prioritaire voorwaarden zijn gebaseerd op de criteria dat ze een hoge last vertegenwoordigden (in termen van mortaliteit, morbiditeit en invaliditeit), hoge economische kosten genereerden of verbonden waren aan schendingen van mensenrechten. Deze prioriteitsaandoeningen zijn onder meer depressie, psychosen, zelfbeschadiging/zelfmoord, epilepsie, dementie, stoornissen door middelengebruik en psychische en gedragsstoornissen bij kinderen en adolescenten. De mhGAP-interventiegids (mhGAP-IG) is een hulpmiddel dat het leveren van de evidence-based mhGAP-richtlijnen in niet-gespecialiseerde zorginstellingen vergemakkelijkt.
De mate waarin de mhGAP-IG Versie 1.0 door de WHO-lidstaten en andere belanghebbenden is ingevoerd was opmerkelijk en bewijst duidelijk de noodzaak van een dergelijk instrument. De mhGAP-IG Versie 1.0 is in meerdere landen op verschillende manieren gebruikt: de meestvoorkomende toepassing is als een belangrijk instrument in de gefaseerde aanpak om de geestelijke gezondheidszorg op regionaal of nationaal niveau op te schalen; als instrument voor het ontwikkelen van de capaciteit voor een breed scala aan gezondheidswerkers en andere zorgverleners; en als referentiegids voor het ontwikkelen en herzien van onderwijs of opleidingen voor bachelorstudenten en postdoctorale studenten in de zorg.

Ontwikkeling van mhGAP-Interventiegids – Versie 2.0

De bijgewerkte mhGAP-richtlijnen en de feedback en evaluatie van de gebruikers van mhGAP-IG 1.0 hebben bijgedragen aan de herziening en de ontwikkeling van deze bijgewerkte versie van mhGAP-IG. Er is in 2015 een volledige update van de mhGAP-richtlijnen uitgevoerd en gepubliceerd. Deze update is gedaan volgens de WHO-methodologie voor het ontwikkelen van richtlijnen, inclusief het proces dat de bewijzen evalueert, de synthese en ontwikkeling van aanbevelingen door de deelname van een internationaal panel van individuele experts en instellingen met de juiste ervaring: clinici, onderzoekers, programma managers, beleidsmakers en gebruikers van diensten. De gedetailleerde methoden en bijgewerkte aanbevelingen zijn te vinden in het mhGAP Evidence Resource Centre. http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/en/.

Er is feedback ontvangen van experts uit alle WHO-regio's die de afgelopen drie jaar het mhGAP-IG-pakket hebben gebruikt om niet-gespecialiseerde zorgverleners op te leiden en MNS-diensten te verlenen op verschillende implementatielocaties. Een voorlopig concept van mhGAP-IG 2.0, gebaseerd op input van experts en bijdragen uit het veld, werd vervolgens gedeeld met een brede groep reviewers over de hele wereld, waardoor zeer diverse meningen werden verzameld in dit intensieve beoordelingsproces. Dit proces omvatte feedback van een reeks eindgebruikers, waaronder niet-gespecialiseerde zorgverleners en mensen met MNS-aandoeningen in alle WHO-regio's. De feedback van eindgebruikers werd verzameld met een enquête en via lokale focusgroepen, gecoördineerd door de WHO. De reacties van de respondenten die tijdens dit proces zijn verzameld, zijn opgenomen in de mhGAP-IG 2.0.

Verder hebben verschillende gebruikers van mhGAP-IG benadrukt dat alleen een gedrukt formaat het gebruik zeker zou beperken. Velen suggereerden dat interactieve elektronische, online of mobiele versies van mhGAP-IG voordelen kunnen bieden in een verbeterd gebruiksgemak, toegevoegde functionaliteit en kostenbesparing. mhGAP-IG 2.0 is daarom ontworpen en opgezet om op al deze platformen en formaten te werken: papier, elektronisch en mobiel, dankzij de e-mhGAP-IG die momenteel wordt ontwikkeld en binnenkort zal worden uitgebracht.

Met deze uitgebreide feedback, de bijgewerkte mhGAP-richtlijnen van 2015 en de nieuwe mogelijkheden die een e-versie biedt, bevat de mhGAP-IG 2.0 de volgende belangrijke updates:

- De inhoud van verschillende segmenten is bijgewerkt op basis van nieuw bewijs, feedback en aanbevelingen van mhGAP-gebruikers.
- Gebruik van een verticaal algoritmemodel, waardoor er een gestroomlijnde en vereenvoudigde klinische evaluatie gedaan kan worden.
- Toevoeging van nieuw algoritme voor controle in alle modules.
- Toevoeging van twee nieuwe modules: Essentiële zorg en praktijkervaring (dit is een update van het hoofdstuk Algemene principes van zorg in versie 1.0) en de Implementatiemodule.
- Een herziene module voor psychosen (bevat informatie over zowel psychose als bipolaire stoornis), psychische en gedragsstoornissen bij kinderen en adolescenten (met ontwikkelings-, gedrags- en emotionele stoornissen) en stoornissen als gevolg van middelengebruik (inclusief stoornissen als gevolg van alcoholgebruik en van drugsgebruik).

Gebruik van mhGAP-IG versie 2.0

De mhGAP-IG is een modelgids en het is essentieel dat deze wordt aangepast aan de unieke nationale of lokale situatie of context. Gebruikers kunnen een deel van de prioriteitsaandoeningen of interventies selecteren om aan te passen en uit te voeren, afhankelijk van de prevalentie en beschikbaarheid van middelen in een regio of land. Deze aanpassing is nodig om ervoor te zorgen dat de aandoeningen die het meest bijdragen aan de ziektelast in een bepaald land worden gedekt, en dat de mhGAP-IG 2.0 is afgestemd op de lokale omstandigheden die van invloed zijn op de behandeling van mensen met MNS-aandoeningen in een zorginstelling. Het aanpassingsproces is tevens een gelegenheid om tot een consensus te komen over technische kwesties bij aandoeningen - dit vereist de betrokkenheid van belangrijke nationale belanghebbenden. De aanpassing vereist onder meer dat de tekst wordt vertaald naar de gebruikte taal en dat de interventies sociaal-cultureel acceptabel zijn en geschikt voor het lokale gezondheidssysteem.

De doelgroep van mhGAP-IG zijn niet-gespecialiseerde zorgverleners die werkzaam zijn in eerstelijns- en tweedelijnszorginstellingen. Dit zijn onder meer huisartsen, verpleegkundigen en andere werknemers in de gezondheidszorg. Hoewel mhGAP-IG 2.0 voornamelijk door niet-specialisten moet worden geïmplementeerd, is de inhoud mogelijk ook nuttig voor specialisten in de psychische gezondheidszorg. Daarnaast hebben specialisten een essentiële en substantiële rol in training, ondersteuning en supervisie, en geeft mhGAP-IG 2.0 aan waar specialisten nodig zijn voor consultatie of een doorverwijzing om de schaarse middelen beter te benutten. Specialisten zouden ook baat hebben bij training over de volksgezondheidsaspecten van het programma en de serviceorganisatie. De implementatie van mhGAP-IG vraagt het liefst een gecoördineerde aanpak van volksgezondheidsdeskundigen en managers, en toegewijde specialisten met een achtergrond in de volksgezondheid. Daarom kan training in het gebruik van mhGAP-IG het beste plaatsvinden als onderdeel van een systematische aanpak waarbij gezondheidsplanners, managers en beleidsmakers betrokken zijn, zodat de voorgestelde interventies worden ondersteund door de vereiste infrastructuur/middelen, zoals de beschikbaarheid van essentiële medicijnen. De mhGAP-IG-training moet ook een permanente rol krijgen met mechanismen die zorgen voor de juiste ondersteuning, supervisie en bijscholing voor de zorgverleners.

Hoe gebruikt u de mhGAP-IG Versie 2.0

De mhGAP-IG is een modelgids en het is essentieel dat deze wordt aangepast aan de unieke nationale of lokale situatie of context. Gebruikers kunnen een aantal van de prioriteitsaandoeningen of interventies selecteren om aan te passen en uit te voeren, afhankelijk van de context.

- De mhGAP-IG 2.0 begint met 'Essentiële zorg en praktijkervaring', een reeks goede klinische praktijken en algemene richtlijnen voor interacties tussen zorgverleners en mensen die psychische zorg zoeken. Alle gebruikers van de mhGAP-IG dienen goed op de hoogte te zijn van deze principes en ze toe te passen, wanneer mogelijk.

- De mhGAP-interventiegids bevat een Overzichtstabel met informatie over de meestvoorkomende kenmerken van de prioritaire aandoeningen. Dit overzicht wijst de zorgverlener naar de relevante modules. De ernstigste aandoeningen moeten eerst worden behandeld. De mhGAP-IG 2.0 heeft een nieuw onderdeel toegevoegd aan de Overzichtstabel: spoedgevallen van prioritaire MNS-aandoeningen. Dit onderdeel is toegevoegd om te helpen bij het identificeren van spoedgevallen en verwijst naar de richtlijnen voor behandeling.

- De modules zijn georganiseerd op basis van individuele prioriteitsvoorwaarden en zijn een hulpmiddel voor klinische besluitvorming en behandeling. Elke module heeft een andere kleur zodat ze gemakkelijk te onderscheiden zijn. Elke module begint met een inleiding waarin wordt uitgelegd welke aandoening(en) de module behandelt en geeft een kort overzicht dat de belangrijkste stappen voor evaluatie en behandeling beschrijft.

- Elke module bestaat uit drie onderdelen:

  Evaluatie

  Behandeling

  Controle

Het onderdeel Evaluatie wordt gepresenteerd in een raamwerk van stroomdiagrammen met meerdere klinische evaluatiepunten. Elke module begint met een beschrijving van de algemene kenmerken van de vermoedelijke aandoening. Dan volgt er een reeks klinische evaluatievragen die u van boven naar beneden beantwoordt met ja of nee. Daarna krijgt de gebruiker verdere instructies om tot een definitieve klinische evaluatie te komen. Het is belangrijk dat gebruikers van de mhGAP-IG bovenaan de evaluatie beginnen en alle beslissingspunten doorlopen om een uitgebreid klinisch evaluatie- en behandelingsplan te ontwikkelen.

Het onderdeel Behandeling bestaat uit beschrijvingen van de interventies die informatie geven over hoe u de specifieke aandoeningen behandelt die zijn vastgesteld. Dit kan bestaan uit meer technische psychosociale en farmacologische interventies.

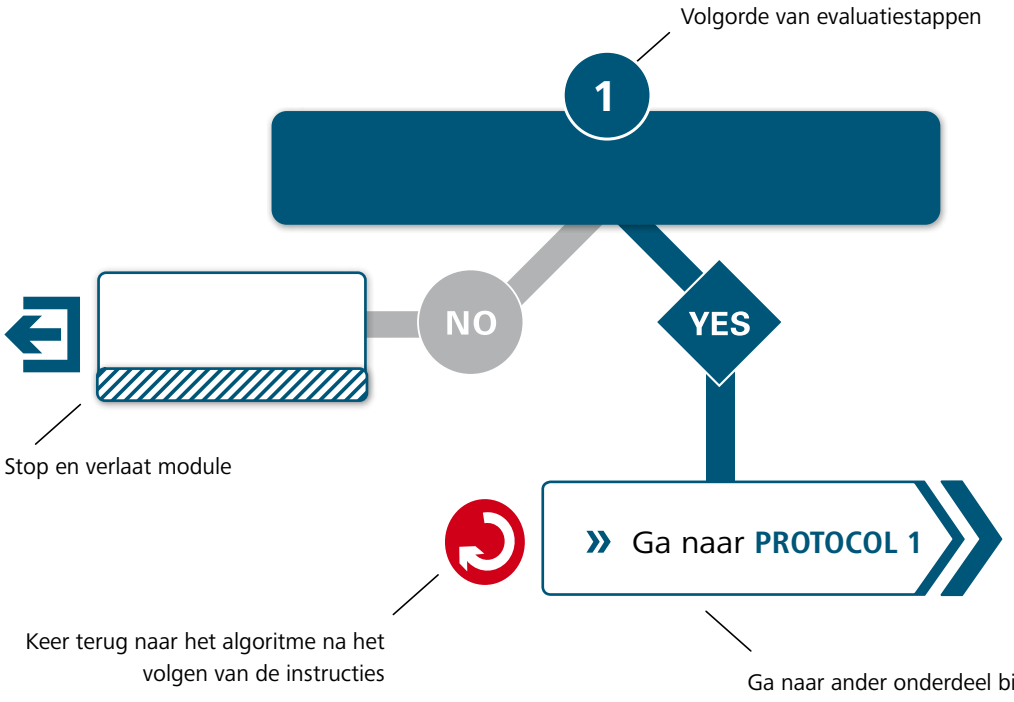
Het onderdeel Controle biedt gedetailleerde informatie over de voortzetting van de klinische relatie en nauwgezette instructies voor verdere controle.

- De mhGAP-IG 2.0 gebruikt een reeks symbolen om bepaalde aspecten binnen de modules te benadrukken. Op de volgende pagina vindt u een lijst van de symbolen en hun verklaring. In de modules worden belangrijke punten uitgelicht als belangrijke klinische tips.

- De gids bevat ook een module over de implementatie van mhGAP-IG, met een overzicht van de stappen voor het implementeren van de mhGAP-IG.

- Aan het einde van de gids vindt u een verklarende woordenlijst met termen die in mhGAP-IG 2.0 worden gebruikt.

Visuele elementen en symbolen



KLINISCHE TIP

Evaluatie

Behandeling

Controle

Doorverwijzen naar ziekenhuis.

Medicatie

Psychosociale interventie

Raadpleeg een specialist

Kinderen/adolescenten

Vrouwen op vruchtbare leeftijd, die zwanger zijn of borstvoeding geven

Volwassene

Oudere volwassene

WAARSCHUWING

Niet doen

Verdere informatie

ESSENTIËLE ZORG & PRAKTIJKERVARING

Deze module geeft een overzicht van de principes voor basiszorg voor alle mensen die medische zorg zoeken, inclusief mensen met psychische en neurologische aandoeningen en middelengebruik (MNS-aandoeningen), en hun verzorgers. Het eerste deel van deze module behandelt de algemene principes van klinische zorg. Het doel hiervan is het respect te waarborgen voor de privacy van mensen die zorg zoeken voor MNS-aandoeningen, een goede relatie te bevorderen tussen zorgverleners, gebruikers van diensten en hun verzorgers, en ervoor te zorgen dat zorg wordt verleend zonder te oordelen of stigmatiseren, op een manier die mensen ondersteunt. Het tweede deel behandelt de essentiële onderdelen van de klinische geestelijke gezondheidszorg en is bedoeld om zorgverleners een overzicht te geven van de evaluatie en de begeleiding van MNS-aandoeningen in niet-gespecialiseerde instellingen.

A. ALGEMENE PRINCIPES

- Gebruik effectieve communicatievaardigheden
- Bevorder respect en waardigheid

B. BASISPRINCIPES VAN KLINISCHE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

- Evalueer de lichamelijke gezondheid
- Voer een MNS-evaluatie uit
- Begeleid de MNS-aandoeningen

A. ALGEMENE PRINCIPES
I. Gebruik effectieve communicatievaardigheden

Door effectieve communicatievaardigheden te gebruiken, kunnen zorgverleners kwaliteitszorg leveren aan volwassenen, adolescenten en kinderen met psychische, neurologische aandoeningen en middelengebruik (MNS-aandoeningen). Houd de volgende tips in gedachten voor goede communicatie:

COMMUNICATIE TIP #1
Creëer een omgeving dieopen communicatie mogelijk maakt

- Ontmoet de persoon in een privéruimte, indien mogelijk.
- Wees vriendelijk en maak kennis op een cultureel passende manier.
- Houd oogcontact en gebruik lichaamstaal en gezichtsuitdrukkingen die vertrouwen scheppen.
- Leg uit dat de informatie die tijdens het bezoek wordt besproken vertrouwelijk zal worden behandeld en niet zal worden gedeeld zonder voorafgaande toestemming.
- Als er verzorgers aanwezig zijn, stel dan voor dat u alleen met de persoon spreekt (behalve bij jonge kinderen) en vraag om toestemming om klinische informatie te delen.
- Overweeg bij het interviewen van een jonge vrouw om een andere vrouwelijke medewerker of verzorger bij het gesprek aanwezig te laten zijn.

COMMUNICATIE TIP #2
Betrek de persoon bij wat er gebeurt

- Betrek de persoon (en met hun toestemming, hun verzorgers en familie) zoveel mogelijk bij alle aspecten van de evaluatie en de begeleiding. Dit geldt ook voor kinderen, adolescenten en oudere volwassenen.

COMMUNICATIE TIP #3
Begin met luisteren

- Luister actief. Wees empathisch en toon gevoel.
- Laat de persoon zonder onderbreking spreken.
- Als de informatie onduidelijk is, wees dan geduldig en vraag om toelichting.
- Gebruik in een gesprek met kinderen taal die ze kunnen begrijpen. Vraag bijvoorbeeld naar hun interesses (speelgoed, vrienden, school, enz.).
- Laat adolescenten merken dat u begrip hebt voor hun gevoelens en situatie.

COMMUNICATIE TIP #4
Wees altijd vriendelijk, respectvol en oordeel niet

- Wees altijd respectvol.
- Beoordeel mensen niet op hun gedrag en uiterlijk.
- Blijf kalm en geduldig.

COMMUNICATIE TIP #5
Gebruik goede verbale communicatievaardigheden

- Gebruik eenvoudige taal. Wees duidelijk en beknopt.
- Gebruik open vragen, samenvattende en verduidelijkende uitspraken.
- Vat de belangrijkste punten samen en herhaal deze.
- Geef de persoon de kans om vragen stellen over de verstrekte informatie.

COMMUNICATIE TIP #6
Reageer met gevoel wanneer mensen moeilijke ervaringen delen (bijvoorbeeld een seksueel misdrijf, geweld of zelfbeschadiging)

- Toon extra gevoeligheid bij moeilijke onderwerpen.
- Herinner de persoon eraan dat alles wat degene met u deelt vertrouwelijk is.
- Erken dat het voor de persoon moeilijk kan zijn geweest om deze informatie te delen.

II. Bevorder respect en waardigheid

Personen met psychische en neurologische aandoeningen en middelengebruik (MNS-aandoeningen) moeten met respect en waardigheid worden behandeld op een cultureel passende manier. Als zorgverlener is het belangrijk dat u alles in het werk stelt om de wil en voorkeur van mensen met MNS-aandoeningen te respecteren en te bevorderen en hen en hun verzorgers op inclusieve wijze te ondersteunen en te betrekken bij hun behandeling.
Personen met MNS-aandoeningen zijn vaak kwetsbaarder voor mensenrechtenschendingen. Daarom is het van essentieel belang dat zorgverleners in de gezondheidszorg de rechten van mensen met MNS-aandoeningen bevorderen, in overeenstemming met internationale mensenrechtennormen, waaronder het VN-Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap (CRPD)*.

*Voor meer informatie over CRPD, ga naar: https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html

DOEN

- Behandel mensen met MNS-aandoeningen met respect en waardigheid.
- Bescherm de vertrouwelijkheid van mensen met MNS-aandoeningen.
- Zorg voor privacy in de klinische setting.
- Geef altijd toegang tot informatie en leg, indien mogelijk, de voorgestelde behandelingsrisico's en voordelen schriftelijk uit.
- Zorg ervoor dat de persoon toestemming geeft voor de behandeling.
- Bevorder de autonomie en het zelfstandig leven in de gemeenschap.
- Geef mensen met MNS-aandoeningen toegang tot ondersteunde besluitvormingsopties.

NIET DOEN

- Discrimineer niet tegen mensen met MNS-aandoeningen.
- Negeer de prioriteiten of wensen van mensen met MNS-aandoeningen niet.
- Neem geen beslissingen voor, namens of in plaats van de persoon met MNS-aandoeningen.
- Gebruik geen technische taal of jargon bij het uitleggen van de voorgestelde behandeling.

B. BASISPRINCIPES VAN KLINISCHE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

I. Evalueer de lichamelijke gezondheid

Personen met MNS-aandoeningen lopen een hoger risico op vroegtijdige overlijden aan vermijdbare ziekten en moeten daarom altijd een lichamelijk onderzoek krijgen als onderdeel van een uitgebreide evaluatie. Zorg ervoor dat u een goede anamnese afneemt, inclusief zowel de lichamelijke gezondheid als de MNS-geschiedenis, gevolgd door een lichamelijk onderzoek om bijdragende factoren te identificeren en de persoon voor te lichten over voorzorgsmaatregelen. Deze acties moeten altijd plaatsvinden met de geïnformeerde toestemming van de persoon.

Evaluatie van de lichamelijke gezondheid

- **Neem een gedetailleerde anamnese af en vraag naar risicofactoren.** Lichamelijke inactiviteit, ongezonde voeding, tabaksgebruik, schadelijk alcohol- en/of middelengebruik, risicovol gedrag en chronische ziekte.
- **Doe een lichamelijk onderzoek.**
- **Overweeg een differentiële diagnose.**

  Sluit fysieke aandoeningen en onderliggende oorzaken van MNS-aandoeningen uit door anamnese, lichamelijk onderzoek en eenvoudige laboratoriumonderzoeken, indien nodig en beschikbaar.
- **Identificeer comorbiditeiten.**
  Vaak kan een persoon meer dan één MNS-aandoening hebben. In dat geval is het belangrijk om deze te evalueren en begeleiding te bieden.

KLINISCHE TIP:

Personen met ernstige psychische stoornissen hebben 2 tot 3 keer meer kans om te overlijden aan vermijdbare ziekten zoals infecties en hart- en vaatziekten. Focus op het verminderen van risico's door voorlichting en controle.

Het begeleiden van de lichamelijke gezondheid

- Behandel bestaande comorbiditeiten gelijktijdig met de MNS-stoornis. Verwijs naar/raadpleeg specialisten, indien nodig.
- Geef voorlichting over het aanpassen van risicofactoren om ziekte te voorkomen en een gezonde levensstijl te stimuleren.
- Om de fysieke gezondheid van personen met MNS-aandoeningen te ondersteunen, dienen zorgverleners het volgende te doen:
  - Adviseer over het belang van lichaamsbeweging en gezonde voeding.
  - Informeer mensen over schadelijk alcoholgebruik.
  - Stimuleer mensen om te stoppen met roken en middelengebruik.
  - Geef voorlichting over ander risicovol gedrag (bijvoorbeeld onbeschermde seks).
  - Doe regelmatig lichamelijke gezondheidscontroles en geef vaccinaties.
  - Bereid mensen voor op belangrijke levensveranderingen, zoals puberteit en menopauze, en bied de nodige ondersteuning.
  - Bespreek met vrouwen in de vruchtbare leeftijd hun plannen voor zwangerschap en anticonceptiemethoden.

II. Voer een MNS-evaluatie uit

Een evaluatie op MNS-aandoeningen bestaat uit de volgende stappen. Eerst wordt de gepresenteerde klacht onderzocht, vervolgens wordt een anamnese afgenomen, inclusief vragen over eerdere MNS-problemen, algemene gezondheidsproblemen, familiegeschiedenis rondom MNS-aandoeningen en een psychosociale voorgeschiedenis. Observeer de persoon (mentaal statusonderzoek), stel een differentiële diagnose en identificeer de MNS-aandoening. Doe als onderdeel van de evaluatie een lichamelijk onderzoek en voer de benodigde basislaboratoriumonderzoeken uit. De evaluatie wordt uitgevoerd met geïnformeerde toestemming van de betrokken persoon.

ANAMNESE OPNEMEN

1 Omschrijven van de klacht

Het belangrijkste symptoom of de reden dat de persoon zorg zoekt.

- Vraag wanneer, waarom en hoe het begon.
- In dit stadium is het belangrijk om zoveel mogelijk informatie te verzamelen over de symptomen en de situatie van de persoon.

2 MNS-voorgeschiedenis

- Vraag naar soortgelijke problemen in het verleden, eventuele psychiatrische ziekenhuisopnames of medicijnen die zijn voorgeschreven voor MNS-aandoeningen en zelfmoordpogingen.
- Onderzoek tabak, alcohol en middelengebruik.

3 Algemeen overzicht van de gezondheid

- Vraag naar lichamelijke gezondheidsproblemen en medicijngebruik.
- Vraag om een lijst van de huidige medicijnen.
- Vraag naar allergieën voor medicijnen.

4 Familiegeschiedenis van MNS-aandoeningen

- Onderzoek mogelijke familiegeschiedenis van MNS-aandoeningen en vraag of iemand soortgelijke symptomen had of behandeld is voor een MNS-aandoening.

5 Psychosociale voorgeschiedenis

- Vraag naar huidige stressfactoren, coping-methoden en sociale steun.
- Vraag naar het huidige sociaal-beroepsmatige functioneren (hoe functioneert de persoon thuis, op het werk en in relaties).
- Verzamel basisinformatie, onder meer waar de persoon woont, opleidingsniveau, werk-/beroepsverleden, burgerlijke staat en aantal/leeftijden van kinderen, inkomen en gezinsstructuur/levensomstandigheden.

Vraag aan kinderen en adolescenten of ze een verzorger hebben en wat de aard en de kwaliteit van de relatie tussen hen is.

Vermoed een prioritaire MNS-conditie en ga naar de relevante module(s) voor evaluatie

EVALUATIE OP MNS-AANDOENINGEN

1 Lichamelijk onderzoek

» Voer een gericht lichamelijk onderzoek uit op basis van de informatie die u heeft verkregen tijdens de MNS-beoordeling.

2 Mentaal statusonderzoek (MSE)*

» Vaag naar en observeer het uiterlijk en het gedrag, de stemming en het affect, de inhoud van gedachten, eventuele perceptuele stoornissen en cognitie. Zie de op symptomen gebaseerde Overzichtstabel voor de details.

3 Differentiële diagnose

» Overweeg de differentiële diagnose en sluit aandoeningen uit die vergelijkbare symptomen hebben.

4 Basis laboratoriumonderzoeken

» Vraag om laboratoriumonderzoeken wanneer dit wordt voorgeschreven en mogelijk is, vooral om lichamelijke oorzaken uit te sluiten.

5 Identificeer de MNS-conditie

» Identificeer de MNS-conditie met behulp van de juiste module(s).
» Evalueer op andere MNS-symptomen en prioriteitsvoorwaarden (zie Overzichtstabel).
» Volg het juiste behandelalgoritme en de behandelingsprotocollen.

KLINISCHE TIP:

Zodra u een MNS-stoornis vermoedt, evalueer dan altijd op zelfbeschading/zelfmoord (**»SUI**)

***Het Mentaal statusonderzoek dat is aangepast voor niet-specialisten kan het volgende omvatten:** Gedrag en uiterlijk = symptomen en tekenen die te maken hebben met de manier waarop een persoon eruitziet of handelt; Stemming en Affect = symptomen en tekenen die te maken hebben met het reguleren en uiten van emoties of gevoelstoestanden; Gedachten = symptomen en tekenen met betrekking tot de inhoud van gedachten, waaronder wanen, paranoia, achterdocht en zelfmoordgedachten; Perceptuele stoornis = zintuiglijke waarnemingen die optreden bij afwezigheid van de juiste (externe) stimulus (bijvoorbeeld auditieve of visuele hallucinaties). De persoon heeft wel of geen inzicht in de onwerkelijke aard van de waarneming; Cognitie = symptomen, tekenen en klinische bevindingen die wijzen op een stoornis in mentale vermogens en processen met betrekking tot concentratie, geheugen, oordeel, redeneren, probleemoplossing, besluitvorming, begrip en de integratie van deze functies.

III. Het behandelen van MNS-aandoeningen

Zodra de evaluatie is uitgevoerd, volgt u het begeleidingsalgoritme in mhGAP-IG om de MNS-stoornis te behandelen.
De belangrijkste stappen voor de begeleiding vindt u in het onderstaande kader.

STAPPEN VOOR DE BEGELEIDING VAN MNS-AANDOENINGEN

Veel MNS-aandoeningen zijn chronisch en vereisen langdurige controle en vervolgbehandelingen.
Het begeleiden van een MNS-stoornis over een langere periode omvat de volgende stappen.

1. **Stel samen met de persoon en verzorger een behandelplan op.**

KLINISCHE TIP:

Het schriftelijke behandelplan moet de volgende aspecten bevatten:
– Farmacologische interventies (indien van toepassing)
– Psychosociale interventies
- Verwijzingen
- Vervolgplan
– Begeleiden van gelijktijdige fysieke en/of andere MNS-aandoeningen

2. Bied altijd **psychosociale interventies** aan voor de persoon en de verzorgers.

3. Behandel de MNS-stoornis met **farmacologische interventies** indien aangegeven.

4. **Verwijs** naar specialisten of ziekenhuis indien geïndiceerd en beschikbaar.

5. Zorg ervoor dat er een passend plan is voor **controle/vervolgbehandeling**.

6. **Werk samen met mantelzorger en familie** bij het ondersteunen van de persoon met de MNS-stoornis.

7. Stimuleer **hechte banden** met baan, onderwijs, sociale diensten (inclusief huisvesting) en andere relevante sectoren.

8. Wijzig behandelplannen voor **speciale bevolkingsgroepen**.

1 Planning van de behandeling

- Bespreek en bepaal de behandeldoelen die de bereidheid en voorkeuren voor zorg van de persoon respecteren.
- Betrek de mantelzorger hierbij nadat toestemming is verkregen van de persoon.
- Moedig zelfcontrole van de symptomen aan en leg uit wanneer de persoon dringend medische zorg moet inschakelen.

2 Psychosociale interventies

A. Psycho-educatie

Geef informatie over de MNS-aandoening aan de persoon, waaronder:

- Wat is de situatie en het verwachte verloop en resultaat.
- Beschikbare behandelingen voor de aandoening en de verwachte voordelen.
- Duur van de behandeling.
- Belang van het naleven van de behandeling, inclusief wat de persoon kan doen (bijvoorbeeld medicatie nemen of relevante psychologische interventies toepassen zoals ontspanningsoefeningen) en wat verzorgers kunnen doen om de persoon te helpen zich aan de behandeling te houden.
- Mogelijke bijwerkingen (korte en lange termijn) van elke voorgeschreven medicatie die de persoon (en hun verzorgers) moeten controleren.
- Mogelijke betrokkenheid van maatschappelijk werkers, casemanagers, gezondheidswerkers in de buurt of andere vertrouwde leden in de gemeenschap.
- Raadpleeg het gedeelte over de begeleiding in de relevante module(s) voor specifieke informatie over de MNS-stoornis.

B. Verminder stress en versterk de sociale steun

Pak huidige psychosociale stressfactoren aan:

- Identificeer en bespreek relevante psychosociale problemen die stress veroorzaken bij de persoon en/of van invloed zijn op hun leven, waaronder, maar niet beperkt tot, familie- en relatieproblemen, problemen met werk/beroep/levensonderhoud, huisvesting, financiën, toegang tot basiszekerheid en diensten, stigmatisering, discriminatie enz.
- Help de persoon om de stress te beheersen door verschillende methoden, zoals probleemoplossende technieken, te bespreken.
- Evalueer en begeleid situaties van mishandeling, misbruik (bijv. huiselijk geweld) en verwaarlozing (bijv. van kinderen of ouderen). Bespreek met de persoon mogelijke doorverwijzingen naar een vertrouwde beschermingsinstantie of informeel beschermingsnetwerk. Neem, indien van toepassing, contact op met juridische steun en andere steun in de buurt of gemeenschap.
- Identificeer familieleden die steun kunnen verlenen en betrek ze daar zoveel mogelijk bij, indien passend.
- Versterk de sociale steun en probeer de sociale netwerken van de persoon opnieuw te activeren.
- Identificeer eerdere sociale activiteiten die, indien hervat, directe of indirecte psychosociale ondersteuning kunnen bieden (bijv. familiebijeenkomsten, buren bezoeken, uitstapjes in de buurt, religieuze activiteiten, enz.).
- Leer technieken om stress te verminderen zoals ontspanningstechnieken.

C. Bevorder de deelname aan dagelijkse activiteiten

- Bied de persoon zoveel mogelijk ondersteuning om reguliere sociale, educatieve en professionele activiteiten voort te zetten.
- Bevorder de deelname van de persoon aan economische activiteiten.
- Bied indien nodig training in levensvaardigheden en/of sociale vaardigheden.

D. Psychologische behandeling

Psychologische behandelingen zijn interventies die doorgaans veel tijd vergen en die meestal worden aangeboden door specialisten met speciale training hierin. Desalniettemin kunnen deze behandelingen effectief worden geleverd door getrainde niet-gespecialiseerde werknemers die onder toezicht staan van iemand en door middel van begeleide zelfhulp (bijvoorbeeld met behulp van een online programma voor geestelijke gezondheidszorg of zelfhulpboeken).

De onderstaande interventies worden kort beschreven in de verklarende woordenlijst.

Voorbeeld van interventie	Aanbevolen voor
Gedragsactivering	DEP
Ontspanningstraining	DEP
Probleemoplossende behandeling	DEP
Cognitieve gedragstherapie (CGT)	DEP, CMH, SUB, PSY
Contingency management therapie	SUB
Gezinstherapie of individuele therapie	PSY, SUB
Interpersoonlijke Therapie (IPT)	DEP
Motiverende verbeteringstherapie	SUB
Training in opvoedingsvaardigheden	CMH

3 Farmacologische interventies

- Volg de richtlijnen voor psychofarmacologie in elke module.
- Gebruik farmacologische interventies indien beschikbaar en wanneer aangegeven in het begeleidingsalgoritme en de verstrekte tabel.
- Houd bij het selecteren van de juiste medicatie rekening met het bijwerkingenprofiel van de medicatie (zowel korte als lange termijn), de werkzaamheid van eerdere behandelingen, interacties tussen geneesmiddelen of interacties tussen geneesmiddel en ziekte.
- Raadpleeg zo nodig het Nationaal Formularium of het Formularium van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO).
- Informeer de persoon over de risico's en voordelen van de behandeling, mogelijke bijwerkingen, de duur van de behandeling en het belang van het afmaken van de behandeling.
- Wees voorzichtig bij het verstrekken van medicijnen aan speciale groepen zoals ouderen, chronisch zieken, vrouwen die zwanger zijn of borstvoeding geven en kinderen/adolescenten. Raadpleeg indien nodig een specialist.

4 Verwijzing naar specialist/ ziekenhuis

- Blijf alert op situaties die verwijzing naar een specialist/ziekenhuis vereisen, bijvoorbeeld als iemand niet reageert op een behandeling, bij ernstige bijwerkingen van farmacologische interventies, comorbide lichamelijke en/of MNS-aandoeningen, risico op zelfbeschadiging/zelfmoord.

5 Vervolg

- Maak na de eerste evaluatie een afspraak voor een vervolgbezoek.
- Maak na elk bezoek een vervolgafspraak en moedig de persoon aan om zich aan deze afspraken te houden. Plan de afspraak op een tijdstip dat beide partijen goed uitkomt.
- **Plan de eerste vervolgbezoeken met een hogere frequentie totdat de symptomen beginnen te reageren op de behandeling.** Zodra de symptomen beginnen te verbeteren, kunt u minder frequente maar nog wel regelmatige afspraken maken.
- **Evalueer bij elke vervolgafspraak de volgende zaken:**
  - Reactie op de behandeling, bijwerkingen van medicatie, het trouw innemen van medicatie en psychosociale interventies.
  - Algemene gezondheid (zorg ervoor dat u de lichamelijke gezondheid ook regelmatig controleert).
  - Zelfzorg (bijvoorbeeld voeding, hygiëne, kleding) en functioneren in de eigen omgeving.
  - Psychosociale problemen en/of verandering in levensomstandigheden die de behandeling kunnen beïnvloeden.
  - Het begrip en de verwachtingen die de persoon en de verzorger hebben van de behandeling. Corrigeer eventuele misvattingen.
- **Gedurende de gehele vervolgperiode:**
  - Erken alle vooruitgang in de richting van de behandeldoelen en benadruk het belang van het voortzetten van de behandeling.
  - Onderhoud regelmatig contact met de persoon (en hun verzorger, indien van toepassing). Wijs, indien beschikbaar, een maatschappelijk werker of een andere vertrouwenspersoon in de omgeving aan om de persoon te ondersteunen (zoals een familielid).
  - Leg uit dat, indien nodig, de persoon tussen de controlebezoeken door op elk moment naar de kliniek kan komen (bijvoorbeeld voor bijwerkingen van medicatie, enz.).
  - Zorg voor een actieplan als de persoon niet komt opdagen voor afspraken.
  - Gebruik familie en andere bronnen uit de omgeving van de persoon om contact op te nemen met iemand die niet is teruggekeerd voor regelmatige controlebezoeken.
  - Raadpleeg een specialist als de persoon niet verbetert of verslechtert.
  - Documenteer de belangrijkste aspecten van interacties met de persoon en het gezin in de casusaantekeningen.
- Raadpleeg het gedeelte over de begeleiding en behandeling in de relevante module(s) voor verdere informatie over specifieke stoornissen.

6 Verzorgers betrekken bij de zorg

- Indien van toepassing, en met toestemming van de betrokken persoon, betrek de verzorger of een gezinslid bij de zorg van de persoon.
- Erken dat het een uitdaging kan zijn om voor iemand met MNS-aandoeningen te zorgen.
- Leg aan de verzorger uit hoe belangrijk het is om de waardigheid en rechten van de persoon met een MNS-aandoening te respecteren.
- Identificeer de psychosociale impact op verzorgers/mantelzorgers.
- Evalueer de behoeften van de verzorger zodat deze persoon beschikt over de nodige ondersteuning en hulpmiddelen voor het gezinsleven, werk, sociale activiteiten en gezondheid.
- Moedig deelname aan in zelfhulpactiviteiten en praatgroepen voor familieleden, indien beschikbaar.
- Houd met toestemming van de persoon de verzorgers op de hoogte van de gezondheid van de persoon, inclusief over kwesties met betrekking tot de evaluatie, behandeling, controle en mogelijke bijwerkingen.

7 Connecties met andere sectoren

- Om integrale zorg te garanderen, gebruik de informatie van de eerste evaluatie om de persoon in contact te brengen met werkgelegenheid, onderwijs, sociale diensten (inclusief huisvesting) en andere relevante sectoren.

8 Speciale populaties

KINDEREN/ADOLESCENTEN

- Onderzoek de blootstelling aan schadelijke factoren zoals geweld en verwaarlozing die de geestelijke gezondheid en het welzijn kunnen beïnvloeden.
- Beoordeel de behoeften van verzorgers of mantelzorgers.
- Behandel adolescenten die alleen om hulp vragen, zelfs als ze niet worden vergezeld door een ouder of voogd. Zorg voor geïnformeerde toestemming van de adolescent.
- Geef het kind/de adolescent de kans om hun zorgen privé te delen.
- Stem de taal af op het begripsniveau van het kind/de adolescent.
- Onderzoek beschikbare hulpbronnen binnen het gezin, de school en de omgeving/gemeenschap.

VROUWEN DIE ZWANGER ZIJN OF BORSTVOEDING GEVEN

- Als de vrouw in de vruchtbare leeftijd is, vraag dan naar:
  - Borstvoeding
  - Mogelijke zwangerschap
  - Laatste menstruatie, indien zwanger
- Onderhoud contacten met specialisten in de zorg voor moeders om de zorg te organiseren.
- Overweeg overleg met een specialist in de geestelijke gezondheidszorg, indien beschikbaar.
- Wees voorzichtig met farmacologische interventies - controleer de toxiciteit voor de foetus en het doorgeven via de moedermelk. Raadpleeg indien nodig een specialist.

OUDERE VOLWASSENEN

- Behandel psychosociale stressfactoren die bijzonder relevant zijn voor de persoon, met respect voor hun behoefte aan autonomie.
- Identificeer en behandel gelijktijdige lichamelijke gezondheidsproblemen en begeleid zintuigelijke stoornissen (zoals slechtziendheid of slecht horen) met geschikte apparaten (bijv. vergrootglas, gehoorapparaten).
- Gebruik lagere doseringen medicatie.
- Anticipeer op een verhoogd risico van interacties tussen geneesmiddelen.
- Bespreek de behoeften van verzorgers of mantelzorgers.

OVERZICHTSTABEL

Overzicht van deprioritaire psychische en neurologische aandoeningen en middelengebruik (MNS-aandoeningen)

World Health Organization

1. *Deze gezamenlijke kenmerken geven aan dat een evaluatie nodig is.*
2. *Als personen kenmerken hebben van meer dan één aandoening, moet er op alle relevante aandoeningen worden geëvalueerd.*
3. *Alle aandoeningen gelden voor alle leeftijden, tenzij anders vermeld.*
4. ! *Voor spoedgevallen, zie de tabel op pagina 18.*

VEELVOORKOMEND KENMERK	PRIORITEITSAANDOENING
» Meerdere aanhoudende lichamelijke symptomen zonder duidelijke oorzaak » Weinig energie, vermoeidheid, slaapproblemen » Aanhoudend verdriet of depressieve stemming, angst/onrust » Interesse of plezier verliezen in activiteiten waar de persoon normaal plezier aan beleefde	DEPRESSIE (DEP)
» Duidelijke gedragsveranderingen, verwaarlozing van gebruikelijke verantwoordelijkheden op het werk, school, huishoudelijke of sociale activiteiten » Onrustig, agressief gedrag, verminderde of verhoogde activiteit » Vaste valse overtuigingen die niet door anderen in de cultuur van de persoon worden gedeeld » Stemmen horen of dingen zien die er niet zijn » De persoon beseft niet dat hij/zij psychische problemen heeft.	PSYCHOSES (PSY)
» Krampachtige bewegingen of toevallen/aanvallen » Tijdens de aanval: verlies van bewustzijn of verminderd bewustzijn, stijfheid, rigiditeit, tong bijten, verwonding, incontinentie van urine of ontlasting » Na de aanval: vermoeidheid, sufheid, slaperigheid, verwardheid, abnormaal gedrag, hoofdpijn, spierpijn of zwakte aan één kant van het lichaam	EPILEPSIE (EPI)

GEESTELIJKE EN GEDRAGSSTOORNISSEN BIJ KIND & ADOLESCENT (CMH)

Veelvoorkomende kenmerken van emotionele, gedrags- en ontwikkelingsstoornissen variëren per leeftijd bij kinderen en adolescenten.

Kind/adolescent wordt behandeld voor lichamelijke klachten of ondergaat een algemene gezondheidscontrole waarbij de persoon een van de volgende symptomen/gedrag vertoont:

- Probleem met ontwikkeling, emoties of gedrag (bijv. onoplettendheid, overactiviteit of herhaaldelijk opstandig, ongehoorzaam en agressief gedrag)
- Risicofactoren zoals ondervoeding, misbruik en/of verwaarlozing, vaak ziek, chronische ziekten (bijvoorbeeld hiv/aids of moeilijke geboorte)

Mantelzorger of verzorger die zich zorgen maakt over de volgende kenmerken van het kind/de adolescent:

- Moeite met het bijhouden van leeftijdsgenoten of het uitvoeren van dagelijkse activiteiten die als normaal worden beschouwd voor de leeftijd
- Gedrag (bijvoorbeeld te actief, agressief, frequente en/of hevige driftbuien, te veel alleen willen zijn, weigeren om reguliere activiteiten te doen of naar school te gaan)

Leraar die zich zorgen maakt over de volgende kenmerken van het kind/de adolescent

- bijv. gemakkelijk afgeleid, storend gedrag in de klas, moet vaak tot de orde worden geroepen, moeite met het voltooien van schoolwerk

Gezondheidswerker of maatschappelijk werker die zich zorgen maakt over de volgende kenmerken van een kind/adolescent

- bijv. regel- of wetsovertredend gedrag, fysieke agressie thuis of buitenshuis

DEMENTIE (DEM)

- Achteruitgang of problemen met geheugen (ernstige vergeetachtigheid) en oriëntatie (bewustzijn van tijd, plaats en persoon)
- Stemmings- of gedragsproblemen zoals apathie (niet geïnteresseerd lijken) of prikkelbaarheid
- Verlies van emotionele zelfbeheersing (snel van streek, prikkelbaar of huilerig)
- Moeilijkheden bij het uitvoeren van normale werkzaamheden, huishoudelijke of sociale activiteiten

STOORNISSEN ALS GEVOLG VAN MIDDELENGEBRUIK (SUB)

Alle personen die zich bij een medische of zorginstelling melden, moeten worden gevraagd naar hun tabaks- en alcoholgebruik.

- Onder de invloed lijken te zijn van alcohol of een andere substantie (bijv. alcoholgeur, onduidelijke spraak, suf, grillig of onvoorspelbaar gedrag)
- Tekenen en symptomen van acute gedragseffecten, ontwenningsverschijnselen of effecten van langdurig gebruik
- Verslechtering van het sociaal functioneren (d.w.z. moeilijkheden op het werk of thuis, onverzorgd uiterlijk)
- Tekenen van chronische leverziekte (abnormale leverenzymen), gele huid en ogen, voelbare en gevoelige leverrand (bij leverziekte in vroegtijdig stadium), ascites (opgezette buik is gevuld met vloeistof), spinnaevi (spinachtige bloedvaten zichtbaar op het huidoppervlak), en veranderde mentale toestand (hepatische encefalopathie)
- Problemen met evenwicht, lopen, gecoördineerde bewegingen en nystagmus
- Bijkomende bevindingen: macrocytaire anemie, laag aantal bloedplaatjes, verhoogd gemiddeld corpusculair volume (MCV)
- Spoedgeval als gevolg van ontwenning van een middel, overdosis of intoxicatie.
  Persoon kan verdoofd, overprikkeld, geagiteerd, angstig of verward overkomen
- Personen met stoornissen door middelengebruik melden niet altijd dat ze problemen hebben met middelengebruik. Let op het volgende:
  - Terugkerende verzoeken om psychoactieve medicatie, waaronder pijnstillers
  - Blessures of verwondingen
  - Infecties geassocieerd met intraveneus drugsgebruik (hiv/aids, hepatitis C)

ZELFBESCHADIGING/ ZELFMOORD (SUI)

- Extreme hopeloosheid en wanhoop
- Huidige gedachten, plan of daad van zelfbeschadiging/ zelfmoord, of voorgeschiedenis daarvan
- Een van de prioritaire MNS-aandoeningen, chronische pijn of extreme emotionele pijnz

SPOEDGEVAL kenmerken van prioritaire MNS-aandoeningen

KENMERKEN SPOEDGEVAL	OVERWEEG AANDOENING	GA NAAR
» Zelfbeschadiging met tekenen van vergiftiging of bedwelming, bloeding door zelf toegebrachte wond, bewustzijnsverlies en/of extreme lethargie	MEDISCH ERNSTIGE DAAD VAN ZELFBESCHADIGING	SUI
» Huidige gedachten, plan of daad van zelfbeschadiging, of een voorgeschiedenis van gedachten, plan of daad van zelfbeschadiging of zelfmoord bij een persoon die nu extreem onrustig, gewelddadig, van streek is of niet communiceert	DREIGEND RISICO OP ZELFBESCHADIGING/ZELFMOORD	
» Acute aanval met verlies van bewustzijn of verminderd bewustzijn	EPILEPSIE	EPI, SUB
» Aanhoudende aanvallen	STATUS EPILEPTICUS	
	ONTWENNING VAN ALCOHOL OF ANDERE KALMERENDE MIDDELEN	
» Onrustig en/of agressief gedrag		DEM, PSY, SUB
» Geur van alcohol op de adem, onduidelijke spraak, ongeremd gedrag; stoornis in het niveau van bewustzijn, cognitie, perceptie, affect of gedrag	ACUTE ALCOHOLVERGIFTIGING	SUB
» Tremor in handen, zweten, braken, verhoogde pols en bloeddruk, opwinding of onrust, hoofdpijn, misselijkheid, angst; toevallen en verwardheid in ernstige gevallen	ONTHOUDINGSVERSCHIJNSELEN VAN ALCOHOL DELIRIUM DOOR ONTHOUDING VAN ALCOHOL	
» Reageert niet of is minimaal responsief, langzame ademhalingsfrequentie, vernauwde pupillen	SEDATIEVE OVERDOSIS OF INTOXICATIE	
» Verwijde pupillen, opgewonden, razendsnelle gedachten, gestoord denken, vreemd gedrag, recent gebruik van cocaïne of andere stimulerende middelen, verhoogde hartslag en bloeddruk, agressief, grillig of gewelddadig gedrag	ACUTE STIMULERENDE INTOXICATIE OF OVERDOSIS	

DEPRESSIE

Mensen met een depressie hebben een reeks symptomen, waaronder een aanhoudende depressieve stemming of het verlies van interesse en plezier gedurende ten minste 2 weken.

Mensen met een depressie zoals beschreven in deze module hebben grote moeite met het dagelijks functioneren in hun persoonlijk leven, in familieverband, in sociale omstandigheden, in hun studie of beroep, of in andere gebieden.

Veel mensen met een depressie hebben ook last van angstsymptomen en medisch onverklaarbare somatische symptomen.

Depressie komt vaak voor naast andere psychische en neurologische aandoeningen en middelengebruik (MNS-aandoeningen) en fysieke aandoeningen.

De behandeling van symptomen die niet volledig voldoen aan de criteria voor depressie wordt behandeld in de module Andere significante psychische klachten. Ga naar » OTH.

DEP » In een oogopslag

EVALUATIE

- **Heeft de persoon een depressie?**
- **Zijn er andere verklaringen voor de symptomen?**
  - Sluit lichamelijke aandoeningen uit
  - Sluit een voorgeschiedenis van manie uit
  - Sluit normale reacties op een recent groot verlies uit
- **Evalueer de persoon op andere prioritaire MNS-aandoeningen**

BEHANDELING

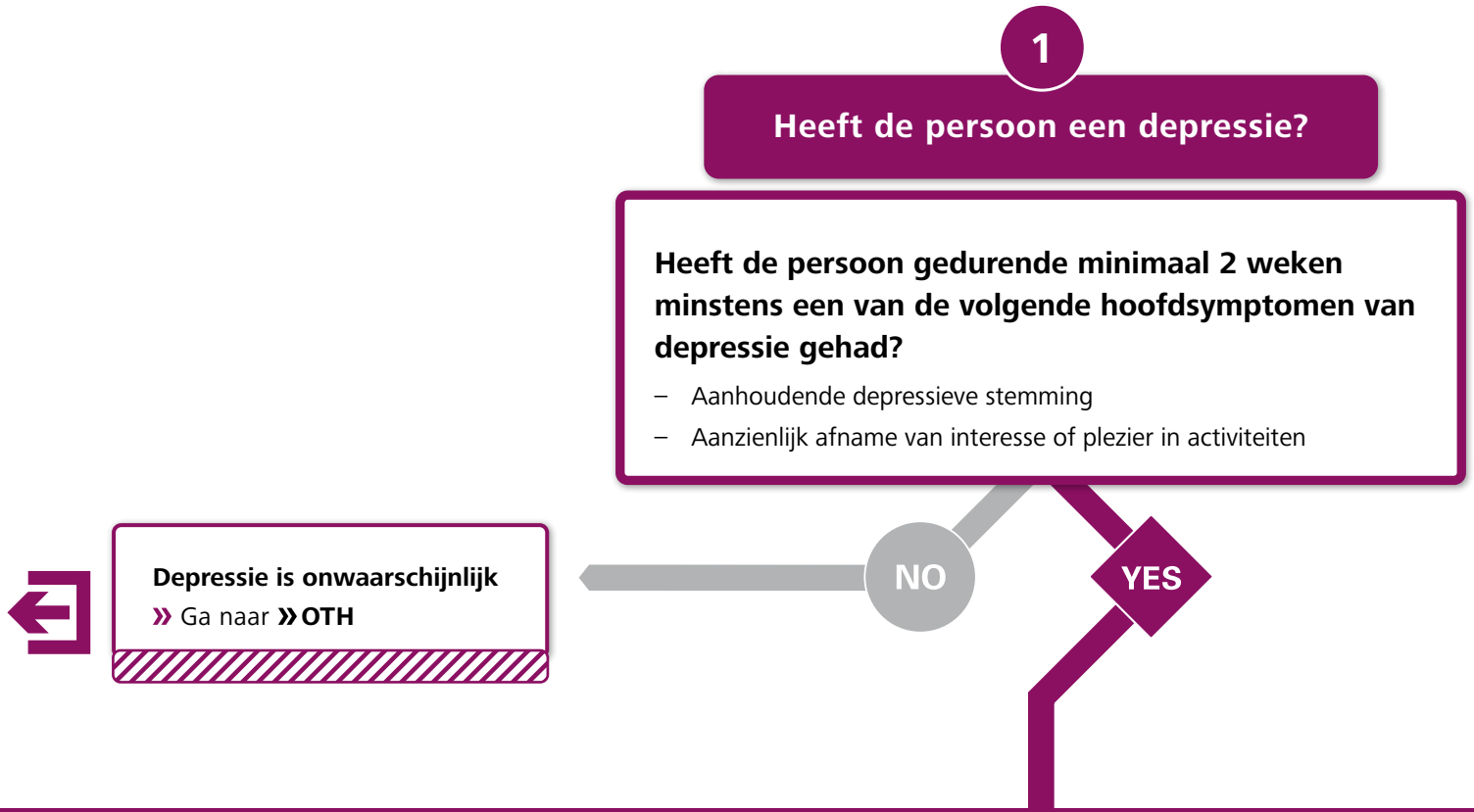
- **Behandelingsprotocollen**
  1. Depressie
  2. Depressieve episode bij bipolaire stoornis
  3. Speciale populaties
- **Psychosociale interventies**
- **Farmacologische interventies**

CONTROLE

DEP 1 » Evaluatie

VEELVOORKOMENDE KENMERKEN VAN DEPRESSIE

- *Meerdere aanhoudende lichamelijke symptomen zonder duidelijke oorzaak*
- *Weinig energie, vermoeidheid, slaapproblemen*
- *Aanhoudend verdriet of depressieve stemming, angst/nervositeit*
- *Verlies van interesse of plezier in activiteiten die normaal plezier geven*



Heeft de persoon gedurende minimaal 2 weken meerdere van de volgende aanvullende symptomen gehad:

- Verstoorde slaap of te veel slapen
- Significante verandering in eetlust of gewicht (afname of toename)
- Overtuiging dat de persoon niets waard is of buitensporig schuldgevoel
- Vermoeidheid of gebrek aan energie
- Verminderde concentratie
- Besluiteloosheid
- Waarneembare onrust of fysieke rusteloosheid
- Langzamer dan normaal praten of bewegen
- Gevoel van hopeloosheid
- Zelfmoordgedachten of -handelingen

NO

Depressie is onwaarschijnlijk
» Ga naar **»OTH**

YES

Heeft de persoon veel moeite met het dagelijks functioneren in hun persoonlijk leven, in familieverband, in sociale situaties, in hun studie of beroep, of in andere gebieden.

NO

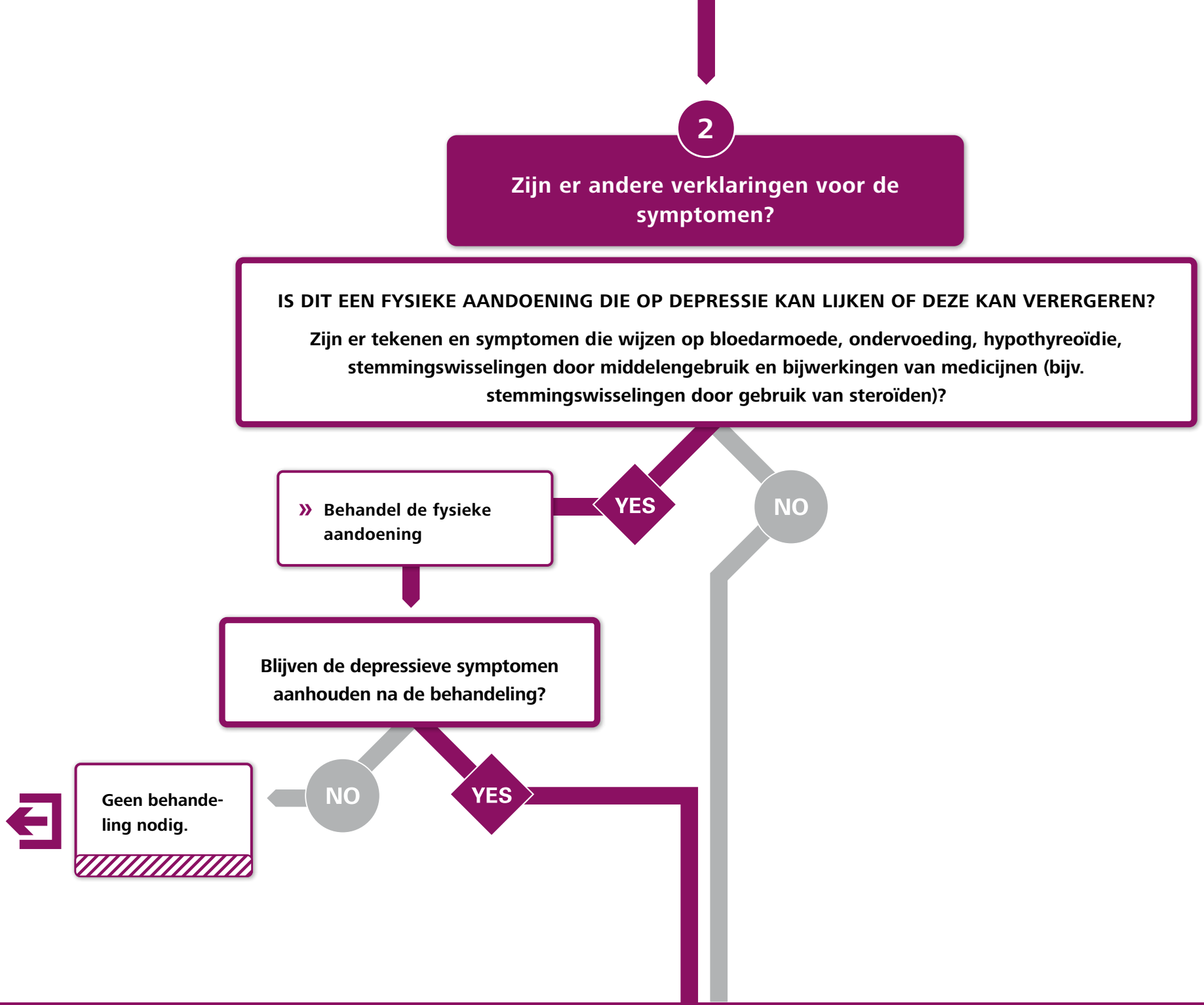
Depressie is onwaarschijnlijk
» Ga naar **»OTH**

YES

DEPRESSIE is mogelijk

KLINISCHE TIP:

Een persoon met een depressie kan psychotische symptomen hebben, zoals waanvoorstellingen of hallucinaties. Als deze aanwezig zijn, moet de behandeling van depressie worden aangepast. **RAADPLEEG INDIEN NODIG EEN SPECIALIST.**


2
Zijn er andere verklaringen voor de symptomen?
IS DIT EEN FYSIEKE AANDOENING DIE OP DEPRESSIE KAN LIJKEN OF DEZE KAN VERERGEREN?
Zijn er tekenen en symptomen die wijzen op bloedarmoede, ondervoeding, hypothyreoïdie, stemmingswisselingen door middelengebruik en bijwerkingen van medicijnen (bijv. stemmingswisselingen door gebruik van steroïden)?
YES
NO
» Behandel de fysieke aandoening
Blijven de depressieve symptomen aanhouden na de behandeling?
NO
YES
Geen behande-ling nodig.

HEEFT DE PERSOON EEN VOORGESCHIEDENIS VAN MANIE?

Zijn er meerdere van de volgende symptomen tegelijk opgetreden, hebben deze minstens 1 week aangehouden, en waren deze ernstig genoeg om activiteiten op het werk of in het sociale leven aanzienlijk te verstoren of was een ziekenhuisopname of opsluiting vereist?

- Verhoogde stemming en/of prikkelbaarheid
- Verminderde behoefte aan slaap
- Verhoogde activiteit, gevoel van verhoogde energie, toename van spraakzaamheid of versneld praten
- Impulsief of roekeloos gedrag zoals buitensporige uitgaven, het nemen van belangrijke beslissingen zonder planning en seksuele indiscretie
- Verlies van normale sociale remmingen wat leidt tot ongepast gedrag
- Snel afgeleid zijn
- Onrealistisch overdreven gevoel van eigenwaarde

NO

YES

DEPRESSIEVE EPISODE IN BIPOLAIRE stoornis is waarschijnlijk

KLINISCHE TIP:

Mensen met een depressieve episode bij een bipolaire stoornis lopen het risico op manie. De behandeling hiervoor is anders dan voor depressie. **Protocol 2 moet worden toegepast.**

» Ga naar STAP 3 en dan naar PROTOCOL 2

IS ER EEN GROOT VERLIES GEWEEST (BIJV. STERFGEVAL) IN DE AFGELOPEN 6 MAANDEN?

YES

NO

DEPRESSIE is waarschijnlijk

» Ga naar STAP 3 en dan naar PROTOCOL 1

Is een van de volgende symptomen aanwezig?

- Suïcidale gedachten
- Overtuiging van waardeloosheid
- Psychotische symptomen
- Langzamer dan normaal praten of bewegen

NO

YES

Heeft de persoon een voorgeschiedenis van depressie?

NO

YES

DEPRESSIE is waarschijnlijk

Behandel de persoon niet voor depressie. » Ga naar **» OTH**

3

Doen zich gelijktijdige prioritaire MNS-aandoeningen voor?

ALS ER EEN DREIGEND RISICO OP ZELFMOORD IS, EVALUEER EN BEHANDEL voordat u verdergaat. Ga naar » SUI.

» Evalueer op gelijktijdige MNS-aandoeningen volgens de mh-GAP-IG-hoofdgrafiek. Ga naar » MC.

Mensen met een depressie lopen een hoger risico op de meeste andere prioritaire MNS-aandoeningen. Evalueer op aandoeningen die het gevolg kunnen zijn van middelengebruik.

» Ga naar **PROTOCOL 1**

DEP 2 » Behandeling

PROTOCOL 1

Depressie

- » Geef psycho-educatie aan de persoon en de verzorgers. **(2.1)**
- » Verminder stress en versterk de sociale steun. **(2.2)**
- » Bevorder de deelname aan dagelijkse activiteiten en aan een sociaal leven. **(2.3)**
- » Overweeg het voorschrijven van antidepressiva. **(2.5)**
- » Overweeg, indien beschikbaar, de persoon te verwijzen voor een van de volgende korte psychologische behandelingen: interpersoonlijke therapie (IPT), cognitieve gedragstherapie (CGT), gedragsactivering en probleemoplossende counseling. **(2.4)**
- » **Behandel de symptomen NIET** met ineffectieve behandelingen, zoals vitamine-injecties.
- » Bied regelmatige controle aan.

PROTOCOL 2

Depressie bij bipolaire stoornis

- » Raadpleeg een specialist.
- » Als een specialist niet onmiddellijk beschikbaar is, volg dan de behandeling voor depressie (**PROTOCOL 1**). Schrijf echter NOOIT alleen antidepressiva voor zonder een stemmingsstabilisator zoals lithium, carbamazepine of valproaat, omdat antidepressiva kunnen leiden tot manie bij mensen met een bipolaire stoornis (Ga naar » **PSY**).
- » Leg uit dat als er symptomen van manie optreden, de persoon en de verzorgers onmiddellijk moeten stoppen met het antidepressivum en terug moeten komen voor hulp.

Speciale populaties

Let op: interventies kunnen verschillen voor deze populaties

KIND / ADOLESCENT

» Voor de behandeling van depressie bij kinderen/adolescenten, ga naar » **CMH.**

VROUWEN DIE ZWANGER ZIJN OF BORSTVOEDING GEVEN

- » Volg de behandeling voor depressie (**PROTOCOL 1**) maar VERMIJD antidepressiva indien mogelijk, vooral tijdens het eerste trimester.
- » Als de persoon niet reageert op een psychologische behandeling, overweeg dan voorzichtig om de laagste effectieve dosis antidepressiva te gebruiken.
- » Bij borstvoeding, vermijd het gebruik van langwerkende medicijnen zoals fluoxetine.
- » RAADPLEEG EEN SPECIALIST, indien nodig.

PSYCHOSOCIALE INTERVENTIES

2.1 Psycho-educatie: essentiële informatie voor de persoon en de verzorgers

- Depressie is een veel voorkomende aandoening die iedereen kan overkomen.
- Het optreden van depressie betekent niet dat de persoon zwak of lui is.
- We zien soms negatieve houdingen van anderen (bijv. "Je moet gewoon doorzetten", "Houd je taai") omdat depressie geen zichtbare aandoening is, in tegenstelling tot een breuk of een wond. Er is ook de misvatting dat mensen met een depressie hun symptomen gemakkelijk kunnen bedwingen door pure wilskracht.
- Mensen met een depressie hebben vaak een onrealistisch negatieve mening over zichzelf, hun leven en hun toekomst. Hun huidige situatie kan erg moeilijk zijn, maar depressie kan ongerechtvaardigde gedachten van hopeloosheid en waardeloosheid veroorzaken. Deze gedachten zullen waarschijnlijk verbeteren zodra de depressie verbetert.
- Gedachten van **zelfbeschadiging of zelfmoord** komen vaak voor. Als ze deze gedachten opmerken, moeten ze er niet naar handelen, maar een vertrouwenspersoon op de hoogte stellen en onmiddellijk terugkomen voor hulp.

2.2 Verminder stress en versterk de sociale steun

- Evalueer of er stressfactoren zijn en probeer deze te verminderen. (Ga naar »ECP)
- Activeer het voormalige sociale netwerk van de persoon. Identificeer eerdere sociale activiteiten die, indien hervat, directe of indirecte psychosociale ondersteuning kunnen bieden (bijv. familiebijeenkomsten, buren bezoeken en activiteiten in de buurt.

2.3 Bevorder de deelname aan dagelijkse activiteiten en aan een sociaal leven.

- Ook al is het moeilijk, moedig de persoon aan om zoveel mogelijk van het volgende te doen:
  - Probeer een activiteit op te pakken (of voort te zetten) waar de persoon eerder plezier aan beleefde.
  - Probeer een regelmatig slaap- en waakritme aan te houden.
  - Probeer zoveel mogelijk fysiek actief te zijn.
  - Probeer regelmatig te eten ondanks veranderingen in eetlust.
  - Probeer tijd door te brengen met goede vrienden en familie.
  - Probeer zoveel mogelijk deel te nemen aan activiteiten in de buurt of andere sociale activiteiten.
- Leg aan de persoon en de verzorger uit dat deze activiteiten allemaal kunnen helpen om de stemming te verbeteren.

2.4 Korte psychologische behandelingen voor depressie

- Deze gids geeft geen specifieke protocollen om korte psychologische interventies uit te voeren. De WHO, en andere organisaties, heeft handleidingen ontwikkeld die het gebruik van deze interventies bij depressie beschrijven. Een voorbeeld is Problem Management Plus, (http://www.who.int/mental_health/emergencies/ problem_management_plus/en/), dat het gebruik van gedragsactivering, ontspanningstraining, probleemoplossende behandeling en het versterken van sociale ondersteuning beschrijft. De handleiding Group Interpersonal Therapy (IPT) for Depression beschrijft behandelingen voor depressie in groepsvorm (http://www.who.int/mental_health/mhgap/interpersonal_therapy/en). Thinking Healthy, (http://www.who.int/mental_health/maternal-child/ thinking_healthy/en), beschrijft het gebruik van cognitieve gedragstherapie voor perinatale depressie.

FARMACOLOGISCHE INTERVENTIES

2.5 Overweeg het voorschrijven van antidepressiva

» Bespreek dit met de persoon en besluit samen of er antidepressiva worden voorgeschreven. Leg het volgende uit:
  - Antidepressiva zijn niet verslavend.
  - Het is erg belangrijk om de medicatie elke dag in te nemen zoals voorgeschreven.
  - Sommige bijwerkingen kunnen in de eerste paar dagen optreden, maar verdwijnen meestal vanzelf.
  - Het duurt meestal enkele weken voordat de persoon een verbetering in stemming, interesse of energie merkt.

» Houd rekening met de leeftijd van de persoon, gelijktijdige medische aandoeningen en het bijwerkingenprofiel van de medicatie.

» Begin met slechts één medicatie bij de laagste startdosering.

» Het gebruik van antidepressiva moet meestal 9-12 maanden worden voortgezet nadat de symptomen zijn verdwenen.

» Het gebruik van medicijnen mag nooit worden stopgezet alleen omdat de persoon enige verbetering ervaart. Informeer de persoon over de aanbevolen tijdsduur voor het gebruik van de medicijnen.

WAARSCHUWING

» Als de persoon een manische episode ontwikkelt, stop dan onmiddellijk met het antidepressivum; het kan een manische episode veroorzaken bij een onbehandelde bipolaire stoornis.

» Combineer de medicatie nooit met andere antidepressiva, omdat dit het serotoninesyndroom kan veroorzaken.

» Antidepressiva kunnen zelfmoordgedachten verhogen, vooral bij adolescenten en jonge volwassenen.

Antidepressiva bij speciale populaties

ADOLESCENTEN VAN 12 JAAR OF OUDER

» Als ondanks psychosociale interventies de symptomen aanhouden of verergeren, overweeg dan fluoxetine (maar geen andere selectieve serotenineheropnameremmer (SSRI) of tricyclisch antidepressivum (TCA)).

» Als fluoxetine wordt voorgeschreven, vraag de adolescent dan om de eerste 4 weken wekelijks terug te komen om te controleren op zelfmoordgedachten of zelfmoordplannen.

VROUWEN DIE ZWANGER ZIJN OF BORSTVOEDING GEVEN

» Vermijd indien mogelijk antidepressiva.

» Overweeg antidepressiva met de laagste effectieve dosis als er geen respons is op psychosociale interventies.

» Vermijd bij borstvoeding het gebruik van langwerkende medicijnen zoals fluoxetine.

» Raadpleeg een specialist indien beschikbaar.

OUDERE VOLWASSENEN

» Vermijd amitriptyline indien mogelijk.

MENSEN MET HART- EN VAATZIEKTEN

» Schrijf GEEN amitriptyline voor.

VOLWASSENEN MET ZELFMOORDGEDACHTEN OF -VOORNEMENS

» SSRI's zijn de eerste keuze. Een overdosis van TCA's, zoals amitriptyline, kan fataal zijn en moet daarom bij deze groep worden vermeden.

» Als er een dreigend risico is op zelfbeschadiging of zelfmoord (Ga naar **» SUI**), geef dan een beperkte voorraad antidepressiva (bijv. per keer een voorraad voor een week).

» Vraag de verzorgers van de persoon om de medicatie te bewaren en deze regelmatig te controleren om een overdosis van medicatie te voorkomen.

TABEL 1: Antidepressiva

MEDICATIE	DOSERING	BIJWERKINGEN	CONTRA-INDICATIES / WAARSCHUWINGEN
AMITRIPTYLINE **(een tricyclisch antidepressivum (TCA))**	**Begin met** 25 mg voor het slapengaan. **Verhoog** met 25-50 mg per week tot 100-150 mg per dag (maximaal 300 mg). Let op: Minimale effectieve dosis bij volwassenen is 75 mg. Sedatie kan optreden bij lagere doses. **Ouderen/Medisch zieken:** Begin met 25 mg voor het slapengaan tot 50-75 mg per dag (maximaal 100 mg). **Kinderen/adolescenten:** Niet gebruiken	**Veelvoorkomend:** Sedatie, orthostatische hypotensie (**risico op vallen)**, wazig zien, moeite met plassen, misselijkheid, gewichtstoename, seksuele disfunctie. **Ernstig:** ECG-veranderingen (bijv. QTc-verlenging), **hartritmestoornissen, verhoogd risico op epileptische aanvallen.**	Vermijd het gebruik bij personen met een **hartaandoening**, een voorgeschiedenis van epileptische aanvallen, hyperthyreoïdie, urineretentie of nauwe-kamerhoekglaucoom en een bipolaire stoornis (kan manie veroorzaken bij mensen met een onbehandelde bipolaire stoornis). **Overdosering kan leiden tot epileptische aanvallen, hartritmestoornissen, hypotensie, coma of overlijden.** Het gehalte van amitriptyline kan worden verhoogd door antimalariamiddelen, waaronder kinine.
FLUOXETINE **(een selectieve serotonineheropnameremmer (SSRI))**	**Begin** de eerste week met 10 mg per dag en daarna 20 mg per dag. Als er na 6 weken geen respons is, verhoog de dosering tot 40 mg (maximaal 80 mg). **Ouderen/medisch zieken:** voorkeursmedicijn. **Begin** met 10 mg per dag en verhoog dan tot 20 mg (maximaal 40 mg). **Adolescenten** **Begin** met 10 mg per dag. Als er na 6 weken geen respons is, verhoog de dosering tot 20 mg per dag (maximaal 40 mg).	**Veelvoorkomend:** Sedatie, slapeloosheid, hoofdpijn, duizeligheid, gastro-intestinale stoornissen, veranderingen in eetlust en seksuele disfunctie. **Ernstig: bloedingsafwijkingen** bij personen die aspirine of andere niet-steroïde anti-inflammatoire geneesmiddelen gebruiken, lage natriumspiegels.	**Wees voorzichtig met het gebruik bij personen met een voorgeschiedenis van epileptische aanvallen.** **Geneesmiddel-geneesmiddelinteracties:** Vermijd combinatie met **warfarine** (kan risico op bloedingen verhogen). Kan de niveaus van TCA's, antipsychotica en bètablokkers verhogen. Wees voorzichtig in combinatie met tamoxifen, codeïne en tramadol (vermindert de werking van deze geneesmiddelen).

DEP 3 » Controle

1

EVALUEREN OP VERBETERING

Gaat de persoon vooruit?

NO

- **Als de persoon nog geen psychologische behandeling krijgt**, overweeg dan een psychologische behandeling.
- **Als de persoon een psychologische behandeling krijgt**, evalueer dan de betrokkenheid van de persoon bij de huidige psychologische behandeling en hun ervaring daarmee.
- **Als de persoon nog geen antidepressiva gebruikt**, overweeg dan antidepressiva.
- **Bij gebruik van antidepressiva**, evalueer:
  - **Neemt de persoon de medicatie in zoals voorgeschreven?**
    Zo niet, onderzoek dan de redenen hiervoor en moedig de persoon aan om zich aan de behandeling te houden.
  - **Zijn er bijwerkingen?**

    Zo ja, evalueer deze en weeg de voordelen van de behandeling af.
    Als er geen bijwerkingen van antidepressiva zijn, verhoog dan de dosis (**TABEL 1**).
    Plan een controle binnen 1-2 weken.
    LET OP BIJ DOSISVERHOGING. PLAN EEN STRENGERE CONTROLE VANWEGE MOGELIJKE TOENAME VAN BIJWERKINGEN.

YES

- Moedig de persoon aan om de huidige behandeling voort te zetten totdat er *9-12 maanden geen symptomen meer zijn*.
- **Maak een vervolgafspraak binnen 1-2 weken.**
- Verminder contact naarmate de symptomen van de persoon verbeteren, b.v. eenmaal per 3 maanden na de eerste 3 maanden.

Let op: zet de controle voort totdat de persoon geen symptomen van depressie meer heeft.

AANBEVELINGEN OVER FREQUENTIE VAN AFSPRAKEN

- Plan de tweede afspraak binnen 1 week.
- Onderhoud in het begin regelmatig contact via telefoon, huisbezoeken, brieven of contactkaartjes, b.v. maandelijks, in de eerste 3 maanden.

Zijn er symptomen van manie?

YES

- » **Stop met de toediening van antidepressiva.**
- » **Behandel de manie en raadpleeg een specialist. Ga naar »PSY.**

NO

2 CONTROLEER DE BEHANDELING

Bij elk contact:

- » **Geef psycho-educatie, verminder stress en versterk sociale ondersteuning, bevorder het functioneren in dagelijkse activiteiten en in de omgeving van de persoon, en evalueer, indien van toepassing, het gebruik van antidepressiva en psychologische behandeling.**
- » **Heeft de persoon nieuwe zorgwekkende symptomen?** Evalueer op MNS-aandoeningen en gelijktijdige fysieke aandoeningen.
- » **Is de persoon een vrouw in de vruchtbare leeftijd en overweegt ze een zwangerschap? Zo ja, RAADPLEEG EEN SPECIALIST.**

Evalueer of er een DREIGEND RISICO OP ZELFMOORDbestaat (Ga naar **»SUI**).

3 PAS ZO NODIG DE BEHANDELING AAN

Is de persoon 9-12 maanden symptoomvrij?

NO

- » Ga door met medicatie totdat de persoon 9-12 maanden symptoomvrij is.

YES

- » Bespreek met de persoon de risico's en de voordelen van het stoppen met de medicatie.
- » Bouw de dosis medicatie af over een periode van minimaal 4 weken. Controleer de persoon op terugkeer van de symptomen.

PSYCHOSES

De module over psychoses bespreekt de behandeling van twee ernstige psychische aandoeningen: psychose en bipolaire stoornis. Mensen met een psychose of een bipolaire stoornis lopen een hoog risico op stigmatisering, discriminatie en schending van hun recht op een waardig leven.

Psychose wordt gekenmerkt door vervormde gedachten en percepties, evenals verstoorde emoties en gedrag. Onsamenhangende of betekenisloze spraak kan ook voorkomen. Er kunnen ook andere symptomen worden waargenomen, zoals hallucinaties – het horen van stemmen of dingen zien die er niet zijn; waanbeelden – vaste, valse overtuigingen; ernstige gedragsafwijkingen – chaotisch gedrag, onrust, opwinding, inactiviteit of hyperactiviteit; emotionele stoornissen – duidelijke apathie, of de gemelde emotie en het waargenomen affect komen niet met elkaar overeen, zoals gezichtsuitdrukking en lichaamstaal.

Een bipolaire stoornis wordt gekenmerkt door episodes waarin de stemming en de intensiteit van de activiteiten van de persoon significant verstoord zijn. Deze stoornis bestaat in sommige gevallen uit een verhoogde stemming en verhoogde energie en activiteit (manie), en in andere gevallen uit een verlaging van de stemming en verminderde energie en activiteit (depressie). Een ander kenmerk is het volledige herstel tussen de episodes. Mensen die alleen manische episodes ervaren, worden ook geclassificeerd als mensen met een bipolaire stoornis.

PSY» In een oogopslag

EVALUATIE

» Zijn er andere verklaringen voor de symptomen?

- **EVALUEER OP MEDISCHE AANDOENINGEN**
  sluit bijvoorbeeld delirium uit, of stoornissen veroorzaakt door medicijnen en metabole afwijkingen
- **EVALUEER OP ANDERE RELEVANTE PSYCHISCHE EN NEUROLOGISCHE AANDOENINGEN EN MIDDELENGEBRUIK (MNS-AANDOENINGEN)**

» Evalueer op acute manische episode

» Evalueer of de persoon een psychose heeft

BEGELEIDING

» Begeleidingsprotocollen

1. Bipolaire stoornis – manische episode
2. Psychose
3. Speciale populaties: vrouwen die zwanger zijn of borstvoeding geven, adolescenten en oudere volwassenen

» Psychosociale interventies

» Farmacologische interventies

1. Psychose: begin met toediening van antipsychotica
2. Manische episode: begin met een stemmingsstabilisator of antipsychotische medicatie; vermijd antidepressiva

CONTROLE

PSY 1» Evaluatie

VEELVOORKOMENDE KENMERKEN VAN PSYCHOSES

- *Duidelijke gedragsveranderingen, verwaarlozing van gebruikelijke verantwoordelijkheden op het werk, school, huishoudelijke of sociale activiteiten.*
- *Onrustig, agressief gedrag, verminderde of verhoogde activiteit.*
- *Vaste valse overtuigingen die niet door anderen in de cultuur van de persoon worden gedeeld.*
- *Het horen van stemmen of dingen zien die er niet zijn.*
- *Gebrek aan besef dat men psychische problemen heeft.*

1

Zijn er andere verklaringen voor de symptomen?

» **EVALUEER OP MEDISCHE AANDOENINGEN**

Wijzen de anamnese, het klinisch onderzoek of de laboratoriumbevindingen op tekenen en symptomen van een ***delirium*** als gevolg van een acute lichamelijke aandoening, bijvoorbeeld een infectie, cerebrale malaria, uitdroging, metabole afwijkingen (zoals hypoglykemie of hyponatriëmie); ***of bijwerkingen van medicatie***, bijvoorbeeld sommige antimalariamedicijnen of steroïden?

YES

» **Evalueer en behandel**de acute lichamelijkeaandoening, en **verwijs de persoon naar spoedeisende hulp/ specialist indien nodig.**

NO

» Als de symptomen aanhouden na behandeling van de acute oorzaak, ga dan naar **STAP** 2

» **EVALUEER OP DEMENTIE, DEPRESSIE, DRUGS/ALCOHOL-INTOXICATIE OF ONTHOUDING/ONTWENNING.**

YES

» **Overweeg overleg met een specialist in de geestelijke gezondheidszorg voor de begeleiding van gelijktijdige aandoeningen.**

» Het behandelen van gelijktijdige aandoeningen. Ga naar de relevante modules.

NO

BEHANDEL DE ACUTE ONRUST EN/OF AGRESSIE

Als de persoon acute onrust en/of acute agressie heeft

» Ga naar "Begeleiding van personen met onrustig en/of agressief gedrag" **(Tabel 5)** in deze module voordat u verdergaat.

2

Heeft de persoon een acute manische episode?

Zijn er meerdere van de volgende symptomen tegelijk opgetreden, hebben deze minstens 1 week aangehouden, en waren deze ernstig genoeg om activiteiten op het werk of in het sociale leven aanzienlijk te verstoren of was een ziekenhuisopname of opsluiting vereist:

- Verhoogde of prikkelbare stemming
- Verminderde behoefte aan slaap
- Verhoogde activiteit, gevoel van verhoogde energie, toename van spraakzaamheid of snel praten
- Verlies van normale sociale remmingen zoals seksuele indiscretie
- Impulsief of roekeloos gedrag zoals buitensporige uitgaven, het spontaan nemen van belangrijke beslissingen
- Snel afgeleid zijn
- Onrealistisch overdreven gevoel van eigenwaarde

NO

YES

Vermoed
BIPOLAIRE STOORNIS Manische episode

KLINISCHE TIP Personen met een bipolaire stoornis kunnen in hun leven ook alleen manische episodes of een combinatie van manische en depressieve episodes ervaren.

» Om te leren hoe u een depressieve episode van een bipolaire stoornis kunt evalueren en behandelen, ga naar **»DEP.**

ALS ER EEN DREIGEND RISICO OP ZELFMOORD IS, EVALUEER EN BEHANDEL voordat u verdergaat. Ga naar »SUI.

» Ga naar **PROTOCOL 1**

3

Heeft de persoon een psychose?

Heeft de persoon last van minstens twee van de volgende symptomen:

- Waanvoorstellingen, vaste valse overtuigingen die niet door anderen in de cultuur van de persoon worden gedeeld.
- Hallucinaties, het horen van stemmen of dingen zien die er niet zijn.
- Chaotische spraak en/of gedrag, bijvoorbeeld onsamenhangende/betekenisloze spraak zoals mompelen of lachen in zichzelf, vreemd voorkomen, tekenen van zelfverwaarlozing of onverzorgd uiterlijk

NO

» Overweeg overleg met een specialist om andere mogelijke oorzaken van psychoses te bekijken.

YES

Vermoed PSYCHOSE

» Ga naar **PROTOCOL 2**

ALS ER EEN DREIGEND RISICO OP ZELFMOORD IS, EVALUEER EN BEHANDEL voordat u verdergaat. Ga naar »SUI.

PSY 2» Begeleiding

PROTOCOL 1

Manische episode bij bipolaire stoornis

- » Geef **psycho-educatie** aan de persoon en de verzorgers. (**2.1**)
- » **Farmacologische interventies**. (**2.6**)

  Als de patiënt antidepressiva gebruikt – STOP de toediening om verder risico op manie te voorkomen.

  – **Begin met de behandeling** met lithium, valproaat, carbamazepine of met antipsychotica. Overweeg een kortdurende (maximaal 2-4 weken) toediening van benzodiazepine voor gedragsstoornissen of onrust.
- » Bevorder de deelname aan dagelijkse activiteiten. (**2.3**)
- » Zorg voor de veiligheid van de persoon en de veiligheid van anderen.
- » Doe regelmatige controles.
- » Ondersteun het herstel in de gemeenschap.
- » Verminder stress en versterk de sociale steun. (**2.2**)

PROTOCOL 2

Psychose

- » Geef **psycho-educatie** aan de persoon en de verzorgers. (**2.1**)
- » **Begin met antipsychotica**. (**2.5**)
  Begin met een lage dosis binnen het therapeutische bereik en verhoog langzaam tot de laagst effectieve dosis, om het risico op bijwerkingen te verminderen.
- » Bevorder de deelname aan dagelijkse activiteiten. (**2.3**)
- » Zorg voor de veiligheid van de persoon en de veiligheid van anderen.
- » Doe regelmatige controles.
- » Ondersteun herstel in de gemeenschap.
- » Verminder stress en versterk de sociale steun. (**2.2**)

Speciale populaties

Let op: interventies voor PSYCHOSES kunnen verschillen voor deze populaties

VROUWEN DIE ZWANGER ZIJN OF BORSTVOEDING GEVEN

- **Onderhoud contact met specialisten in de zorg voor (aanstaande) moeders om de zorg te organiseren.**
- **Overweeg overleg met een specialist in de geestelijke gezondheidszorg, indien beschikbaar.**
- Leg het risico uit van nadelige gevolgen voor de moeder en haar baby, waaronder obstetrische complicaties en psychotische terugval, vooral als de medicatie wordt stopgezet.
- **Overweeg farmacologische interventie** indien passend en beschikbaar. Zie hieronder.

Farmacologische interventies

PSYCHOSE

- Bij vrouwen met een psychose die zwanger willen worden, zwanger zijn of borstvoeding geven, kan een lage dosis oraal haloperidol of chloorpromazine worden overwogen.
- Anticholinergica mogen **NIET** worden voorgeschreven aan vrouwen die zwanger zijn vanwege de extrapyramidale bijwerkingen van antipsychotica, behalve bij acuut, kortdurend gebruik.
- Depot-antipsychotica mogen niet routinematig worden voorgeschreven aan vrouwen met psychotische stoornissen die van plan zijn zwanger te worden, zwanger zijn of borstvoeding geven, omdat er relatief weinig informatie is over veilig gebruik bij deze populatie.

MANISCHE EPISODE BIJ BIPOLAIRE STOORNIS

- **VERMIJD VALPROAAT, LITHIUM en CARBAMAZEPINE** tijdens zwangerschap en borstvoeding vanwege het risico op geboorteafwijkingen.
- Overweeg **een lage dosis haloperidol** met de nodige voorzichtigheid en in overleg met een specialist, indien beschikbaar.
- Weeg de risico's en voordelen van medicijnen af bij vrouwen in de vruchtbare leeftijd.
- Als een zwangere vrouw acute manie ontwikkelt tijdens het gebruik van stemmingsstabilisatoren, overweeg dan over te stappen op een lage dosis haloperidol.

ADOLESCENTEN

- Overweeg overleg met een specialist in de geestelijke gezondheidszorg.
- Bij adolescenten met een psychotische of bipolaire stoornis kan **risperidon** worden voorgeschreven als behandelingsoptie alleen onder toezicht van een specialist.
- Als behandeling met risperidon niet mogelijk is, mag **haloperidol**of **chloorpromazine** alleen worden gebruikt onder toezicht van een specialist.

OUDERE VOLWASSENEN

- Gebruik **lagere** doseringen medicatie.
- Anticipeer op een verhoogd risico van interacties tussen geneesmiddelen.

LET OP

Antipsychotica geven een verhoogd risico op cerebrovasculaire aandoeningen en overlijden bij oudere volwassenen met aan dementie gerelateerde psychose.

PSYCHOSOCIALE INTERVENTIES

2.1 Psycho-educatie

Belangrijkste boodschappen voor de persoon en de verzorgers:

- Leg uit dat de symptomen veroorzaakt worden door een psychische aandoening, dat psychose en bipolaire stoornissen behandeld kunnen worden en dat de persoon kan herstellen. Geef uitleg over de veelvoorkomende misvattingen over psychose en bipolaire stoornis.
- ⛔ Geef de persoon of de familie niet de schuld en beschuldig hen er niet van de oorzaak van de symptomen te zijn.
- Leg uit aan de persoon en de familie dat de persoon de voorgeschreven medicijnen moet innemen en regelmatig moet terugkomen voor controle.
- Leg uit dat de terugkeer en/of verslechtering van symptomen vaak voorkomen en dat het belangrijk is om dit vroegtijdig te herkennen en zo snel mogelijk medische hulp in te roepen.
- Plan een regelmatig werk- of schoolschema dat **slaaptekort en stress** voor zowel de persoon als de verzorgers vermijdt. Moedig de persoon aan om advies in te winnen bij het nemen van belangrijke beslissingen, vooral wanneer het om geld gaat of grote verplichtingen.

KLINISCHE TIP Ontwikkel een verstandhouding met de persoon.

Wederzijds vertrouwen tussen de persoon en de zorgverlener is van cruciaal belang om ervoor te zorgen dat de persoon zich aan de behandeling houdt en om langetermijnresultaten te garanderen.

- Raad aan **om het gebruik van alcohol, cannabis of andere niet-voorgeschreven medicijnen** te vermijden, omdat deze de psychotische of bipolaire symptomen kunnen verergeren.
- Adviseer over het handhaven van een gezonde levensstijl, zoals een uitgebalanceerd dieet, lichaamsbeweging, regelmatige slaap, goede persoonlijke hygiëne en het vermijden van stressfactoren. Stress kan psychotische symptomen verergeren. *Let op: Veranderingen in levensstijl moeten worden voortgezet zolang als nodig is, mogelijk voor onbepaalde tijd. Deze veranderingen moeten zodanig gepland en ontwikkeld worden dat de persoon deze vol kan houden.*

2.2 Verminder stress en versterk de sociale steun.

- Coördineer met de beschikbare gezondheidsvoorzieningen en sociale diensten om te voldoen aan de fysieke, sociale en mentale gezondheidsbehoeften van het gezin.
- Identificeer voormalige sociale activiteiten van de persoon die, indien hervat, directe of indirecte psychologische en sociale ondersteuning kunnen bieden, bijv. familiebijeenkomsten, uitstapjes met vrienden, op bezoek bij buren, sociale activiteiten op het werk, sport en buurtactiviteiten. Moedig de persoon aan om deze sociale activiteiten te hervatten en adviseer familieleden hierover.
- Moedig de persoon en verzorgers aan om de sociale ondersteuningssystemen te verbeteren.

KLINISCHE TIP

Zorg ervoor dat personen met een psychose met respect en waardigheid worden behandeld. Ga voor meer informatie naar **»ECP.**

2.3 Bevorder de deelname aan dagelijkse activiteiten.

- Bied de persoon zoveel mogelijk ondersteuning om reguliere sociale, educatieve en professionele activiteiten voort te zetten. Het is het beste voor de persoon om een baan te hebben of op een andere manier zinvol bezig te zijn.
- Faciliteer de inclusie in economische activiteiten, inclusief cultureel passend werk onder begeleiding.
- Bied training in levensvaardigheden en/of sociale vaardigheden om de vaardigheden te verbeteren voor zelfstandig wonende mensen met psychose en bipolaire stoornissen en voor hun families en/of verzorgers.
- Faciliteer, indien beschikbaar en nodig, zelfstandig wonen en begeleide huisvesting die cultureel en contextueel passend is in de gemeenschap.

2.4 Algemeen advies voor verzorgers

- ⛔ Probeer de persoon er niet van te overtuigen dat zijn of haar overtuigingen of ervaringen onjuist of niet echt zijn. Probeer neutraal en ondersteunend te zijn, zelfs als de persoon ongewoon gedrag vertoont.
- ⛔ Vermijd het uiten van constante of ernstige kritiek of vijandigheid tegen de persoon met een psychose.
- Geef de persoon bewegingsvrijheid. Houd de persoon niet in bedwang en zorg er tegelijkertijd voor dat aan hun basisveiligheid en die van anderen wordt voldaan.
- Over het algemeen is het beter voor de persoon om bij familie of leden van de gemeenschap te wonen in een ondersteunende omgeving buiten de ziekenhuisomgeving. Langdurige ziekenhuisopname moet worden vermeden.

FARMACOLOGISCHE INTERVENTIES

VOOR SPECIALE POPULATIES (vrouwen die zwanger zijn of borstvoeding geven, kinderen/adolescenten en oudere volwassenen), zie gedetailleerde aanbevelingen.

2.5 Psychose

» Antipsychotica moeten routinematig worden aangeboden aan een persoon met een psychose.

» **Begin direct met antipsychotica.** Zie **Tabel 1.**

» Schrijf één antipsychoticum per keer voor.

» Begin met de laagste dosis en titreer langzaam om het risico op bijwerkingen te verminderen.

» Schrijf het medicijn voor in een **typisch effectieve dosis gedurende ten minste 4-6 weken** voordat u het als ineffectief beschouwt.

» Controleer de dosis zo vaak mogelijk en zo vaak als nodig gedurende de eerste 4-6 weken van de behandeling. Als er geen verbetering optreedt, zie **Controle** en **Tabel 4**

» Controleer gewicht, bloeddruk, nuchtere bloedsuiker, cholesterol en ECG voor personen die antipsychotica gebruiken indien mogelijk (zie hieronder).

WAARSCHUWING!

» **Let op de volgende bijwerkingen:**

- **Extrapiramidale bijwerkingen (EPS):** acathisie, acute dystonische reacties, tremor, tandwielbeweging, spierstijfheid en tardieve dyskinesie. Behandel met anticholinergica indien geïndiceerd en beschikbaar (zie **Tabel 2**).
- **Metabole veranderingen**: gewichtstoename, hoge bloeddruk, verhoogde bloedsuikerspiegel en cholesterol.
- **ECG-veranderingen (verlengde QT-interval):** controleer ECG indien mogelijk.
- **Maligne neurolepticasyndroom (MNS):** een zeldzame, mogelijk levensbedreigende aandoening die wordt gekenmerkt door spierstijfheid, verhoogde temperatuur en hoge bloeddruk.

2.6 Manische episode bij bipolaire stoornis

Als de patiënt antidepressiva gebruikt:

» **STOP HET GEBRUIK VAN ANTIDEPRESSIVA** om verder risico op manie te voorkomen.

» **Begin met de behandeling met lithium, valproaat, carbamazepine of met antipsychotica** (zie **Tabel 3**).

Lithium: overweeg het gebruik van lithium als eerstelijnsbehandeling bij bipolaire stoornis alleen als klinisch en laboratorium toezicht beschikbaar is, en schrijf het alleen voor onder toezicht van een specialist. Als laboratoriumonderzoeken niet beschikbaar of haalbaar zijn, moet lithium worden vermeden en moet valproaat of carbamazepine worden overwogen. Onregelmatige naleving van behandeling of plotseling stoppen met lithiumbehandeling kan het risico op terugval vergroten. Schrijf geen lithium voor als de lithiumtoevoer vaak onderbroken kan worden. Controleer de nier- en schildklierfunctie, doe een volledig bloedonderzoek, ECG en zwangerschapstest voordat u met de behandeling begint, indien mogelijk.

Valproaat en Carbamazepine: Overweeg deze medicijnen als klinische of laboratoriumcontrole op lithium niet beschikbaar is of als er geen specialist beschikbaar is om toezicht te houden op het gebruik van lithium.

Haloperidol en risperidon: overweeg haloperidol en risperidon alleen als er geen klinisch of laboratorium toezicht beschikbaar is om lithium of valproaat voor te schrijven. Risperidon kan worden gebruikt als alternatief voor haloperidol bij personen met bipolaire manie als de beschikbaarheid kan worden gegarandeerd en de kosten geen beperking vormen.

WAARSCHUWING

Voor vrouwen die zwanger zijn of borstvoeding geven, vermijd valproaat, lithium en carbamazepine. Het gebruik van een **lage dosis haloperidol** moet voorzichtig worden overwogen en onder toezicht van een specialist, indien beschikbaar.

» **Overweeg een kortdurende (maximaal 2-4 weken) toediening van benzodiazepine bij gedragsstoornissen of onrustigheid:**

- Personen met manie die erg onrustig zijn, kunnen baat hebben bij kort gebruik (maximaal 2-4 weken) van een benzodiazepine zoals diazepam.
- Benzodiazepinen dienen geleidelijk te worden gestaakt zodra de symptomen verbeteren, aangezien er tolerantie kan ontstaan.

» Ga door met een onderhoudsbehandeling gedurende ten minste 2 jaar na de laatste bipolaire episode.

- Lithium of valproaat kan worden voorgeschreven voor de onderhoudsbehandeling van een bipolaire stoornis. *Als behandeling met een van deze middelen niet haalbaar is, kunnen haloperidol, chloorpromazine of carbamazepine worden gebruikt.* ***Bied een onderhoudsbehandeling aan in een eerstelijnsinstelling onder toezicht van een specialist.***

TABEL 1: Antipsychotische medicijnen

MEDICATIE	DOSERING	BIJWERKINGEN	CONTRA-INDICATIES / WAARSCHUWINGEN
HALOPERIDOL	**Begin** met 1,5-3 mg per dag. **Verhoog indien nodig** (maximaal 20 mg per dag). **Toediening:** oraal (p.o.) of intramusculair (i.m.).	**Veelvoorkomend:** sedatie, duizeligheid, wazig zien, droge mond, urineretentie, constipatie. **Ernstig:** orthostatische hypotensie, extrapiramidale bijwerkingen (EPS), ECG-veranderingen (verlengde QT-interval), gewichtstoename, galactorroe, amenorroe, Maligne neurolepticasyndroom (MNS).	**Wees voorzichtig bij patiënten met:** nierziekte, leverziekte, hartziekte, lang QT-syndroom of het innemen van QT-verlengende medicijnen. Contoleer ECG indien mogelijk.
RISPERIDON	**Begin** met 1 mg per dag. **Verhoog indien nodig** naar 2-6 mg per dag (maximaal 10 mg per dag). **Toediening:** p.o.	**Veelvoorkomend:** sedatie, duizeligheid, tachycardie. **Ernstig:** orthostatische hypotensie, metabole effecten (verhoogde lipiden, insulineresistentie, gewichtstoename), EPS, verhoogde prolactine, seksuele disfunctie, MNS.	**Wees voorzichtig in het gebruik bij patiënten met:** hartziekte. **Geneesmiddelinteracties:** carbamazepine kan de risperidonspiegels verlagen, terwijl fluoxetine de spiegels kan verhogen.
CHLORPROMAZINE	**Begin** met 25-50 mg per dag. **Verhoog tot** 75-300 mg per dag (tot 1000 mg kan nodig zijn voor ernstige gevallen). **Toediening:** p.o.	**Veelvoorkomend:** sedatie, duizeligheid, wazig zien, droge mond, urineretentie, constipatie, tachycardie. **Ernstig:** orthostatische hypotensie, syncope, EPS, lichtgevoeligheid, gewichtstoename, galactorroe, amenorroe, seksuele disfunctie, priapisme, MNS, agranulocytose, geelzucht.	**Contra-indicaties:** verminderd bewustzijn, beenmergdepressie, feochromocytoom. **Wees voorzichtig bij patiënten met:** nierziekte, leverziekte, hartziekte, lang QT-syndroom of het innemen van QT-verlengende medicijnen. Contoleer ECG indien mogelijk. **Interacties tussen geneesmiddelen:** – Verhoogt de effecten van bloeddrukverlagende medicijnen. – Verlaagt de bloeddruk wanneer gebruikt in combinatie met epinefrine. – Het gehalte kan worden verhoogd door antimalariamiddelen, waaronder kinine.
FLUFENAZINE **depot/langwerkend**	**Begin** met 12,5 mg per dag. **Gebruik** 12,5-50 mg elke 2-4 weken. **Toediening:** i.m. in de gluteale regio. **Vermijd gebruik door vrouwen die zwanger zijn of borstvoeding geven.** **Niet gebruiken bij kinderen/adolescenten.**	**Veelvoorkomend:** sedatie, duizeligheid, wazig zien, droge mond, urineretentie, constipatie, tachycardie. **Ernstig:** orthostatische hypotensie, syncope, EPS, lichtgevoeligheid, gewichtstoename, galactorroe, amenorroe, seksuele disfunctie, priapisme, MNS, agranulocytose, geelzucht.	**Contra-indicaties:** verminderd bewustzijn, parkinsonisme. **Voorzichtigheid bij patiënten met:** hartziekte, nierziekte, leverziekte. Wees voorzichtig in gebruik bij oudere volwassenen. **Geneesmiddelinteracties:** – verhoogt de effecten van bloeddrukverlagende medicijnen. – Verlaagt de bloeddruk wanneer gebruikt in combinatie met epinefrine.

TABEL 2: Anticholinerge medicijnen

(voor de behandeling van extrapiramidale bijwerkingen (EPS) **Vermijd indien mogelijk gebruik bij vrouwen die zwanger zijn of borstvoeding geven.**

MEDICATIE	DOSERING	BIJWERKINGEN	CONTRA-INDICATIES / WAARSCHUWINGEN
BIPERIDEN	**Start** 1 mg tweemaal per dag. **Verhoog** naar 3-12 mg per dag. **Toediening:** p.o (via de mond) of intraveneus (i.v.).	**Veelvoorkomend:** sedatie, verwardheid en geheugenstoornissen (vooral bij oudere volwassenen), tachycardie, droge mond, urineretentie en constipatie. **Zelden** gesloten hoekglaucoom, myasthenia gravis en gastro-intestinale obstructie.	**Wees voorzichtig in gebruik bij patiënten met:** hartziekte, nierziekte, leverziekte. **Interacties tussen geneesmiddelen:** Voorzichtigheid geboden in combinatie met andere anticholinergica.
TRIHEXYFENIDYL (Benzhexol)	**Begin** met 1 mg per dag. **Verhoog tot** 4-12 mg per dag verdeeld over 3-4 doseringen (maximaal 20 mg per dag). **Toediening:** p.o.		

TABEL 3: Stemmingsstabilisatoren

Vermijd indien mogelijk bij vrouwen die zwanger zijn of borstvoeding geven.

MEDICATIE	DOSERING	BIJWERKINGEN	CONTRA-INDICATIES / WAARSCHUWINGEN
LITHIUM **Gebruik alleen als er klinisch en laboratorium toezicht beschikbaar is.**	**Begin met** 300 mg per dag. **Verhoog** geleidelijk elke 7 dagen totdat de beoogde bloedspiegel is bereikt (maximaal 600-1200 mg per dag). Controleer elke 2-3 maanden. **Toediening:** p.o **Beoogde bloedspiegels:** 0,6-1,0 mEq/liter – Bij **acute manische episode** 0,8-1,0 mEq/liter – **Voor onderhoudsbehandeling**: 0,6-0,8 mEq/liter. *de medicatie dient 6 maanden gebruikt te worden om de volledige effectiviteit van de onderhoudsbehandeling te kunnen bepalen.*	**Veelvoorkomend:** sedatie, cognitieve problemen, tremor,: verminderde coördinatie, hypotensie, leukocytose, polyurie, polydipsie, misselijkheid, diarree, gewichtstoename, haaruitval, huiduitslag. **Ernstig:** diabetes insipidus, hypothyreoïdie, ECG-veranderingen (aritmie, sick sinus-syndroom, T-golfveranderingen).	**Gecontra-indiceerd bij patiënten met:** ernstige hart- of nierziekte. Uitdroging kan de lithiumspiegel verhogen. **Geneesmiddelinteracties:** niet-steroïde anti-inflammatoire geneesmiddelen (NSAID's), angiotensine-converting-enzymremmer (ACE-remmer), thiazidediuretica, metronidazol en tetracycline kunnen de lithiumspiegel verhogen. **Lithiumtoxiciteit kan epileptische aanvallen, delirium, coma en de dood veroorzaken.**
Natriumvalproaat	**Begin met** 500 mg per dag. **Verhoog de dosis langzaam** naar 1000-2000 mg per dag (maximaal 60 mg/kg/dag). **Toediening:** p.o. HIV **Voorkeur bij personen met hiv/aids vanwege interacties tussen geneesmiddelen.**	**Veelvoorkomend:** sedatie, hoofdpijn, tremor, ataxie, misselijkheid, braken, diarree, gewichtstoename, tijdelijk haarverlies. **Ernstig:** verminderde leverfunctie, trombocytopenie, leukopenie, slaperigheid/verwarring, leverfalen, hemorragische pancreatitis.	**Wees voorzichtig in patiënten met:** een onderliggende of vermoede leverziekte. Controleer indien mogelijk leverfunctietesten en bloedplaatjes. **Interacties tussen geneesmiddelen:** Valproaatspiegels worden verlaagd door carbamazepine en verhoogd door aspirine.
CARBAMAZEPINE	**Begin met** 200 mg per dag. **Verhoog met** 200 mg per week tot 400-600 mg per dag in twee verdeelde doseringen (maximaal 1200 mg per dag). **Toediening:** p.o. **Let op:** De dosis moet mogelijk na 2 weken worden aangepast vanwege inductie van het eigen metabolisme.	**Veelvoorkomend:** Sedatie, verwardheid, duizeligheid, ataxie, dubbelzien, misselijkheid, diarree, goedaardige leukopenie. **Ernstig:** Levertoxiciteit, vertraging van de hartgeleiding, lage natriumspiegels, ernstige huiduitslag.	**Gecontra-indiceerd in patiënten met:** een voorgeschiedenis van bloedaandoeningen, nier-, lever- of hartaandoeningen. **Interacties tussen geneesmiddelen.** – Anti-epileptica kunnen ook het effect van hormonale anticonceptie, immunosuppressiva, antipsychotica, methadon en sommige antiretrovirale middelen verminderen. – Niveaus kunnen worden verhoogd door bepaalde antischimmelmedicatie en antibiotica.

TABEL 4: Controleer naleving van de behandeling, bijwerkingen en dosering op basis van klinische

KLINISCHE SITUATIE	ACTIE
De persoon verdraagt geen antipsychotica, d.w.z. de persoon heeft extrapiramidale symptomen (EPS) of andere ernstige bijwerkingen	» Verlaag de dosis van de antipsychotica. » Als de bijwerkingen aanhouden, overweeg dan over te stappen op een ander antipsychoticum. » Overweeg het toevoegen van anticholinergica voor kortdurend gebruik om EPS te behandelen als deze strategieën falen of als de symptomen ernstig zijn (zie Tabel 2).
Naleving van de behandeling is onvoldoende	» Bespreek redenen voor niet-naleving met de persoon en verzorgers. » En geef informatie over het belang van de medicatie. » Overweeg depot/langwerkende injecteerbare antipsychotica als een optie na het bespreken van mogelijke bijwerkingen van orale versus depotpreparaten.
De respons op de behandeling is ontoereikend (d.w.z. de symptomen houden aan of verergeren) ondanks het naleven van de behandeling	» Controleer of de persoon een effectieve dosis medicatie krijgt. Als de dosis laag is, verhoog dan geleidelijk tot de laagst effectieve dosis om het risico op bijwerkingen te verminderen. » Informeer naar alcohol- of middelengebruik en neem maatregelen om dit te verminderen. Ga naar **»SUB**. » Informeer naar recente stressvolle gebeurtenissen die mogelijk hebben geleid tot een verslechtering van de klinische toestand en neem maatregelen om stress te verminderen. » Bekijk de symptomen om fysieke en/of andere prioritaire MNS-aandoeningen uit te sluiten. Ga naar **»PSY 1**, zie STAP 1 » Overweeg risperidon als alternatief voor haloperidol of chloorpromazine, als kosten en beschikbaarheid geen belemmering vormen. » Als de persoon niet reageert op een adequate dosis en tijdsduur van meer dan één antipsychoticum, bij gebruik van één geneesmiddel per keer, kan een combinatiebehandeling met antipsychotica worden overwogen; bij voorkeur onder toezicht van een specialist, met nauwgezette klinische controle. » Overweeg overleg met een specialist voor het gebruik van clozapine bij personen die niet hebben gereageerd op andere antipsychotica in adequate doseringen en tijdsduur. Gebruik clozapine alleen onder toezicht van een specialist en alleen als routinematige laboratoriumcontrole beschikbaar is, vanwege het risico op levensbedreigende agranulocytose.

TABEL 5: Begeleiden van personen met onrustig en/of agressief gedrag

EVALUATIE

» Probeer te communiceren met de persoon.

» Evalueer op een onderliggende oorzaak:

– **Controleer bloedsuiker.** Indien laag, dien glucose toe.

– **Controleer de vitale functies**, waaronder temperatuur en zuurstofverzadiging. Geef indien nodig zuurstof.

– **Sluit delirium en medische oorzaken**, waaronder vergiftiging, uit.

– **Sluit drugs- en alcoholgebruik uit.**
Overweeg in het bijzonder **intoxicatie door stimulerende middelen** en/of ontwenning of onthouding van **alcohol/kalmerende middelen. Ga naar »SUB.**

– **Sluit onrust door psychose of manische episode bij bipolaire stoornis uit.** Ga naar **Beoordeling, »PSY 1**.

COMMUNICATIE

» Veiligheid staat voorop!

» Blijf kalm en moedig de patiënt aan om over zijn of haar zorgen te praten.

» Gebruik een rustige stem en probeer de zorgen te bespreken, indien mogelijk.

» Luister aandachtig. Besteed tijd aan de persoon.

» Lach nooit om de persoon.

» Reageer niet agressief terug.

» Probeer de bron van het probleem en oplossingen te vinden voor de persoon.

» Betrek verzorgers, mantelzorgers en andere medewerkers erbij.

» Verwijder iedereen uit de omgeving die een trigger kan zijn voor de agressie.

» Als alle mogelijkheden zijn uitgeput en de persoon nog steeds agressief is, kan het nodig zijn om medicatie te gebruiken (indien beschikbaar) om letsel te voorkomen.

SEDATIE EN GEBRUIK VAN MEDICIJNEN

» Verdoof indien nodig om letsel te voorkomen.

» Overweeg bij onrust als gevolg van psychose of manie het gebruik van haloperidol 2 mg p.o./i.m. elk per uur tot 5 doseringen (maximaal 10 mg).
Let op: hoge doses haloperidol kunnen dystonische reacties veroorzaken. Gebruik biperideen om acute reacties te behandelen.

» Gebruik diazepam 10-20 mg p.o. voor onrust die het gevolg is van de inname van middelen, zoals ontwenning van alcohol/kalmerende middelen of bedwelming van stimulerende middelen, en herhaal indien nodig. **Ga naar »SUB.**

In gevallen van extreem geweld

– Vraag om hulp van politie of personeel

– Gebruik haloperidol 5 mg i.m., herhaal in 15-30 minuten indien nodig (maximaal 15 mg)

– Raadpleeg een specialist.

» **als de persoon onrustig blijft**, controleer dan opnieuw de zuurstofsaturatie, vitale functies en glucose. Overweeg of de persoon pijn heeft. Verwijs door naar ziekenhuis.

» **Zodra de onrust afneemt, raadpleeg de Overzichtstabel en selecteer de relevante modules voor de behandeling.**

Speciale populaties:
Raadpleeg een specialist voor behandeling.

PSY 3» Controle

PSYCHOSE

1

EVALUEER OP VERBETERING

Gaat de persoon vooruit?

YES

- » Ga door met het behandelplan.
- » Verlaag de frequentie van de controles zodra de symptomen zijn verdwenen.
- » Controle indien nodig

SLA OVER EN GA NAAR **STAP 2**

NO

Houdt de persoon zich aan de medicatie?

YES

- » **Zorg ervoor dat de persoon minimaal 4-6 weken een typische effectieve dosis gebruikt.**
- » Doe vaak controle totdat de symptomen beginnen te reageren op de behandeling.
- » Betrek de persoon en verzorgers bij wijzigingen en beslissingen in het behandelplan.

NO

- » **START ANTIPSYCHOTICA** (ga naar **Tabel 1**).
- » Houd vaak controle totdat de symptomen beginnen te reageren op de behandeling.
- » Betrek de persoon en verzorgers bij wijzigingen en beslissingen in het behandelplan.

AANBEVELINGEN OVER FREQUENTIE VAN AFSPRAKEN

- » De eerste controles moeten zo vaak mogelijk plaatsvinden, zelfs dagelijks, totdat de acute symptomen reageren op de behandeling.
- » Regelmatige controle is vereist. Zodra de symptomen reageren, wordt maandelijkse tot driemaandelijkse controle aanbevolen (op basis van klinische behoefte en haalbaarheidsfactoren zoals beschikbaarheid van personeel, afstand tot kliniek, enz.)

2

HOUD REGELMATIG TOEZICHT OP DE BEHANDELING

- Evalueer psychosociale interventies.
- Bij medicatiegebruik, evalueer **op voorgeschreven gebruik van de medicatie, bijwerkingen en dosering** (**Tabel 4**). Controleer gewicht, bloeddruk en bloedsuiker.
- Als de persoon begint met het gebruik van andere geneesmiddelen die tot interacties kunnen leiden tussen geneesmiddelen, overweeg dan om de medicatiedosis te herzien.
- Vraag naar de aanvang van de symptomen, eerdere episodes en details van een eerdere of huidige behandeling.

3

STOP MET HET GEBRUIK VAN MEDICATIE

Persoon met eerste episode, terugval of verergering van psychosesymptomen:

- Overweeg het stopzetten van de medicatie **12 MAANDEN nadat de symptomen zijn verdwenen.**

Persoon met psychotische symptomen die langer dan 3 maanden aanhouden:

- Overweeg het stopzetten van medicatie **als de persoon al meerdere jaren in VOLLEDIGE REMISSIE is van de symptomen.**

- Bespreek de risico's van een terugval versus de langdurige bijwerkingen van medicatie met de persoon en familie.
- Zo ja, raadpleeg een specialist.
- Bouw de medicatiedosis geleidelijk en langzaam af. Bij het stoppen met medicatiegebruik is het belangrijk om de personen en familieleden voor te lichten zodat ze vroege symptomen van terugval kunnen detecteren. Nauwgezette klinische controle wordt aanbevolen.

PSY 3» Controle

MANISCHE EPISODE BIJ BIPOLAIRE STOORNIS

1

EVALUEER OP VERBETERING

Gaat de persoon vooruit?

YES

- » Blijf controleren totdat de symptomen zijn afgenomen.
- » Ga minimaal 2 jaar door met de onderhoudsmedicatie.

SLA OVER EN GA NAAR **STAP 2**

NO

Houdt de persoon zich aan de medicatie?

YES

- » Controleer de dosering en bijwerkingen. Ga naar Tabel 1 of Tabel 3.
- » Zorg ervoor dat de persoon minimaal 4-6 weken een typische effectieve dosis gebruikt.
- » Als de persoon gedurende vier tot zes weken een typische effectieve dosis medicijnen gebruikt zonder verbetering, overweeg dan om van medicatie te veranderen. Zie Tabel 3.
- » Als de respons nog steeds slecht is, raadpleeg dan een specialist.

NO

- » **Begin met medicatie, indien nodig.**

- » Evalueer de psychosociale interventies.
- » Evalueer op medische problemen.

AANBEVELINGEN OVER FREQUENTIE VAN AFSPRAKEN

- » Bij acute manie: De eerste controles moeten zo vaak mogelijk plaatsvinden, zelfs dagelijks, totdat de acute symptomen reageren op de behandeling. Zodra de symptomen reageren, wordt maandelijkse tot driemaandelijkse controle aanbevolen.
- » Voor personen die momenteel niet in een manische of depressieve toestand verkeren, maak minstens elke drie maanden een afspraak voor controle. Overweeg frequentere controles indien nodig. Controleer nauwlettend op terugval.

KLINISCHE TIP

Als de persoon overstapt op een ander medicijn, begin dan eerst met dat nieuwe medicijn en behandel met beide medicijnen gedurende 2 weken voordat u het eerste medicijn afbouwt.

2 HOUD REGELMATIG TOEZICHT OP DE BEHANDELING

- Evalueer en bied psychosociale interventies.
- Bij medicatiegebruik, controleer **op voorgeschreven gebruik van de medicatie, bijwerkingen en dosering**. Zie **Tabel 4**.
- Als de persoon begint met het gebruik van andere medicijnen die interacties kunnen veroorzaken tussen geneesmiddelen, overweeg dan om de medicatiedosis te veranderen.

3 STOP MET HET GEBRUIK VAN MEDICATIE

Is de persoon in volledige remissie van symptomen en heeft alminstens twee jaar*geen enkele episode van een bipolaire stoornis gehad*?

YES

- **Overweeg het stopzetten van medicatie**
  - Bespreek met de persoon/verzorger het risico van het stopzetten van medicatie.
  - Raadpleeg een specialist over de beslissing om de onderhoudsbehandeling na 2 jaar stop te zetten.
  - Bouw de medicatie geleidelijk af over een periode van weken of maanden.

NO

- Doe regelmatig controle en houd toezicht op de behandeling.

EPILEPSIE

Epilepsie is een chronische niet-overdraagbare aandoening van de hersenen, gekenmerkt door terugkerende niet-provoceerde aanvallen. Epilepsie is een van de meest voorkomende neurologische aandoeningen en kan bij de meeste mensen met de juiste behandeling goed onder controle worden gehouden.

Epilepsie heeft veel oorzaken. Het kan genetisch zijn. Epilepsie kan optreden bij mensen met een voorgeschiedenis van een geboortetrauma, hersenletsel (inclusief hoofdtrauma en beroertes) of hersenontstekingen. Bij sommige mensen kan geen oorzaak worden vastgesteld.

De toevallen worden veroorzaakt door abnormale elektrische activiteit in de hersenen. Er zijn twee soorten epilepsie: convulsief en niet-convulsief. Niet-convulsieve epilepsie wordt gekenmerkt door onder meer een verandering in de mentale toestand, terwijl convulsieve epilepsie gepaard gaat met plotselinge abnormale bewegingen, waaronder verstijving en het trillen van het lichaam. Dit laatste wordt geassocieerd met een groter stigma en een hogere morbiditeit en mortaliteit. Deze module behandelt alleen convulsieve epilepsie.

EPI» In een oogopslag

Het acuut optreden van epileptische aanvallen/convulsies vereist een spoedbehandeling en begeleiding

EVALUATIE

- **NOODGEVAL:**
  Evaluatie en behandeling van acute convulsies
- **Evalueer of de persoon convulsieve aanvallen heeft**
- **Evalueer op een acute oorzaak (bijv. neuro-infectie, trauma, enz.)**
- **Evalueer of de persoon epilepsie heeft en of er eventuele onderliggende oorzaken zijn (aan de hand van voorgeschiedenis of onderzoek)**
- **Evalueer of er gelijktijdige prioritaire MNS-aandoeningen voorkomen**

BEGELEIDING

- **Behandelingsprotocol en speciale populaties**
  1. Epilepsie
  2. Speciale populaties (vrouwen in de vruchtbare leeftijd, kinderen/adolescenten en mensen met hiv)
- **Psychosociale interventies**
- **Farmacologische interventies**

CONTROLE

EPI» SPOEDGEVAL

PERSOON HEEFT EEN CONVULSIE OF REAGEERT NIET EN IS STIJF

KLINISCHE TIP:
Evaluatie en behandeling dienen gelijktijdig plaats te vinden.

1

Teken van hoofd- of nekletsel?

NO

YES

» **HOUD HOOFD EN NEK STABIEL**

2

» **Controleer DE LUCHTWEG, ADEMHALING EN BLOEDSOMLOOP**
Zorg ervoor dat de luchtweg vrij is, dat de persoon goed ademt en een stabiele polsslag heeft

» **Controleer DE BLOEDDRUK, TEMPERATUUR en ADEMHALINGSFREQUENTIE**

» **Begin met het timen van de duur van de convulsies, indien mogelijk**

» **Zorg ervoor dat de persoon zich op een veilige plaats bevindt. Leg de persoon op zijn zij om de ademhaling te bevorderen;**
maak eventuele stropdassen of strakke kleding rond de nek los, zet een bril af en leg iets zachts onder het hoofd (indien beschikbaar)

» **Plaats een intraveneuze (i.v.) lijn voor medicatie/ vloeistoftoediening, indien mogelijk**

» **LAAT DE PERSOON NIET ALLEEN**

» **PLAATS NIETS IN DE MOND**

» **IN GEVAL VAN EEN MOGELIJK HOOFDLETSEL NEURO-INFECTIE (KOORTS) OF FOCALE VERSCHIJNSELEN, VERWIJS DE PERSOON DRINGEND NAAR HET ZIEKENHUIS**

3

SPECIALE POPULATIES: Zwangerschap/postpartum

Is de vrouw in de tweede helft van de zwangerschap OF tot 1 week na de bevalling EN heeft zij geen voorgeschiedenis van epilepsie?

YES

NO

VERMOED ECLAMPSIE

- Dien **magnesiumsulfaat toe**10 g intramusculair (i.m.)
- Bij diastolische **bloeddruk >110 mmHg**, geef **hydralazine** 5 mg i.v., langzaam toedienen (3-4 minuten).
  Herhaal elke 30 min tot ≤ 90 mmHg;;
  Geef niet meer dan 20 mg in totaal
- **VERWIJS DE PERSOON MET SPOED DOOR NAAR HET ZIEKENHUIS**

4

» GEEF MEDICATIE OM CONVULSIES TE STOPPEN

GEEN I.V. AANGEBRACHT

Geef:

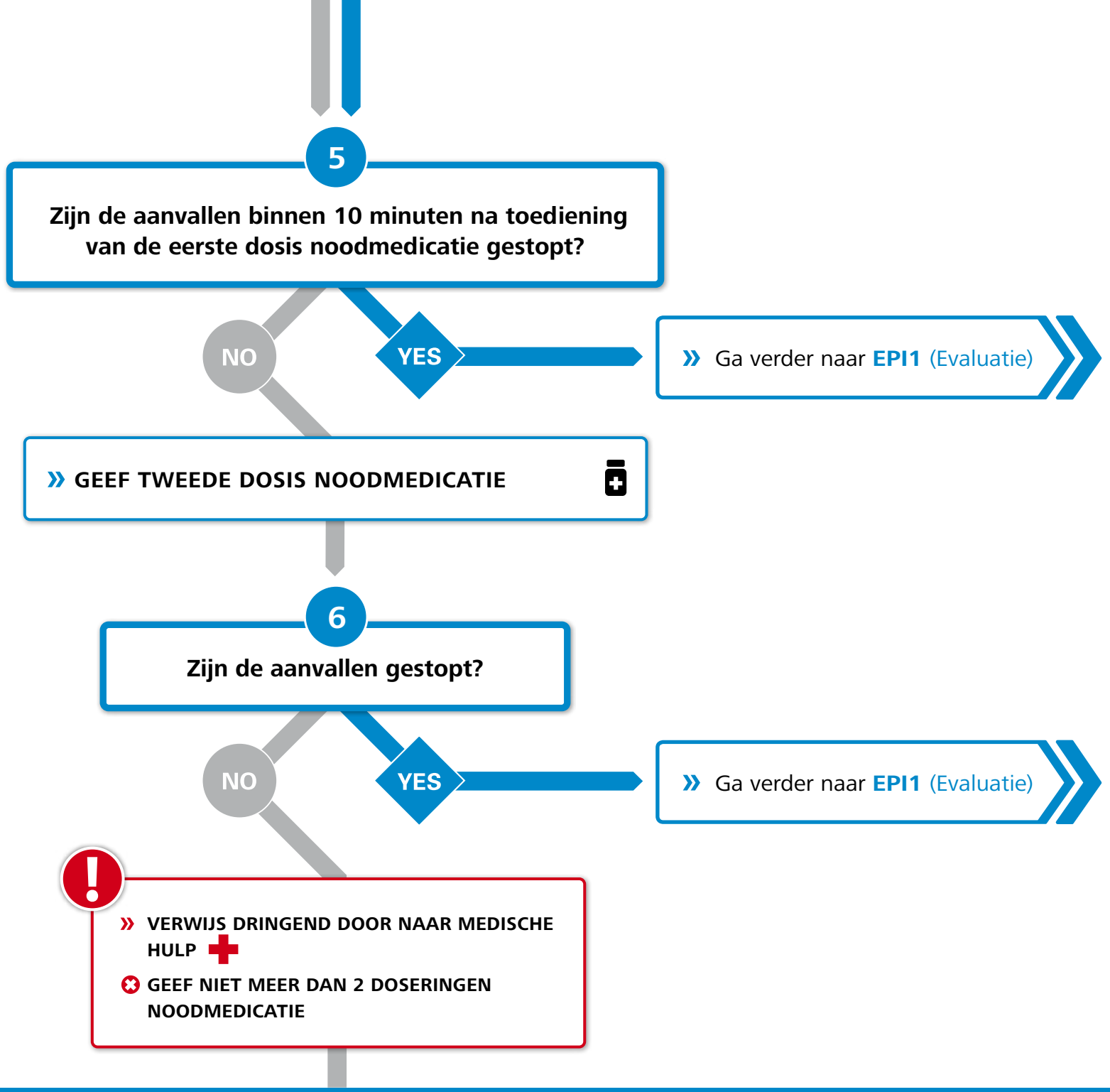
- **diazepam** rectaal (volwassene 10 mg, kind 1 mg/leeftijdjaar)

OF

- **midazolam** buccaal/intranasaal (5-10 mg volwassene, kind 0,2 mg/kg)

WEL I.V. AANGEBRACHT

- Begin **langzaam met** toediening van normale zoutoplossing (30 druppels/minuut)
- Geef **glucose** i.v.
  (volwassene: 5 ml van 50%; kind 2-5 ml/kg van 10%)
- Geef noodmedicatie:
  – **diazepam** 10 mg i.v. (kind 1 mg/leeftijdjaar i.v.)
  OF
  – **lorazepam** 4 mg i.v. (kind 0,1 mg/kg i.v.)


5
Zijn de aanvallen binnen 10 minuten na toediening van de eerste dosis noodmedicatie gestopt?
NO
YES
» Ga verder naar EPI1 (Evaluatie)
» GEEF TWEEDE DOSIS NOODMEDICATIE
6
Zijn de aanvallen gestopt?
NO
YES
» Ga verder naar EPI1 (Evaluatie)
» VERWIJS DRINGEND DOOR NAAR MEDISCHE HULP
GEEF NIET MEER DAN 2 DOSERINGEN NOODMEDICATIE

7

IS DE PERSOON IN STATUS EPILEPTICUS?

- » Aanvallen blijven aanhouden na 2 doseringen noodmedicatie, **OF**
- » Er is geen herstel tussen de aanvallen

NO

SLA OVER EN GA NAAR **STAP 10**

(bijv. aanvallen zijn gestopt na een tweede dosis noodmedicatie bij aankomst in ziekenhuis)

YES

STATUS EPILEPTICUS IS WAARSCHIJNLIJK

Behandeling moet plaatsvinden in een ziekenhuis

8

- » **Blijf de LUCHTWEG, ADEMHALING en BLOEDSOMLOOP controleren**
- » **Dien zuurstof toe**
- » **Controleer of de persoon intubatie/doorlopende ventilatie nodig heeft**

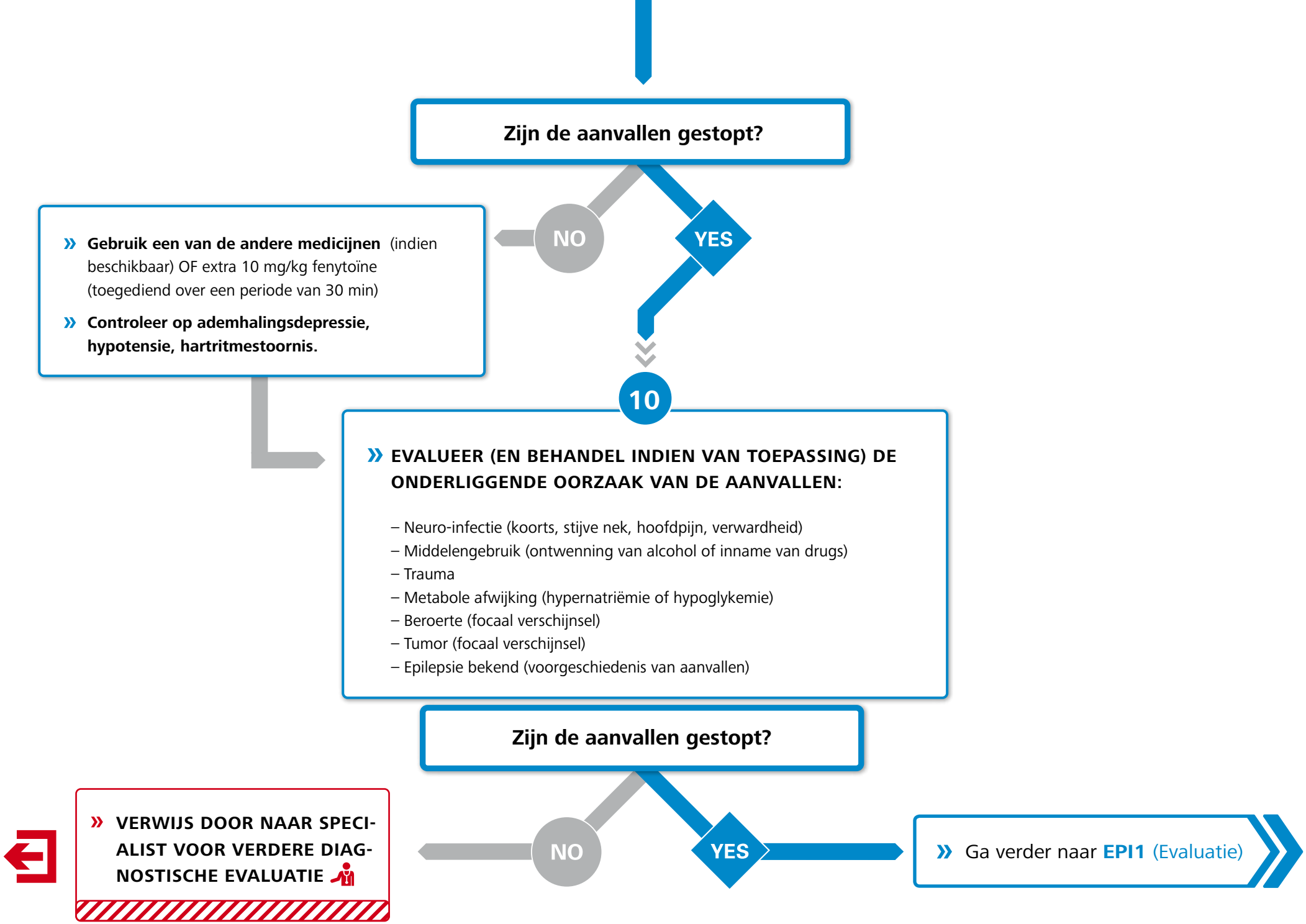
9

GEEF EEN VAN DE VOLGENDE INTRAVENEUZE MEDICATIES

- » **VALPROÏNEZUUR:**
  20 mg/kg i.v. eenmaal tot maximale dosis van 1 g, over een periode van 30 min
- » **FENOBARBITAL:**
  15-20 mg/kg i.v.* tot maximale dosis van 1 g, over 100 mg/minuut

*Indien geen i.v.-lijn, gebruik fenobarbital i.m. (dezelfde dosis als i.v.)

- » **FENYTOÏNE:**
  15-20 mg/kg i.v. tot maximale dosis van 1 g, over 60 min
  – gebruik tweede i.v. lijn (VERSCHILT VAN DIAZEPAM)
  FENYTOÏNE VEROORZAAKT AANZIENLIJKE SCHADE BIJ EXTRAVASATIE; ZORG VOOR EEN GOEDE I.V. LIJN!


Zijn de aanvallen gestopt?
NO
YES
» Gebruik een van de andere medicijnen (indien beschikbaar) OF extra 10 mg/kg fenytoïne (toegediend over een periode van 30 min)
» Controleer op ademhalingsdepressie, hypotensie, hartritmestoornis.
10
» EVALUEER (EN BEHANDEL INDIEN VAN TOEPASSING) DE ONDERLIGGENDE OORZAAK VAN DE AANVALLEN:
– Neuro-infectie (koorts, stijve nek, hoofdpijn, verwardheid)
– Middelengebruik (ontwenning van alcohol of inname van drugs)
– Trauma
– Metabole afwijking (hypernatriëmie of hypoglykemie)
– Beroerte (focaal verschijnsel)
– Tumor (focaal verschijnsel)
– Epilepsie bekend (voorgeschiedenis van aanvallen)
Zijn de aanvallen gestopt?
NO
YES
» VERWIJS DOOR NAAR SPECIALIST VOOR VERDERE DIAGNOSTISCHE EVALUATIE
» Ga verder naar EPI1 (Evaluatie)

DEP 1» Evaluatie

VEELVOORKOMENDE KENMERKEN VAN EPILEPSIE

- *Krampachtige bewegingen of toevallen/aanvallen*
  Tijdens de aanval:
  – *Bewustzijnsverlies of verminderd bewustzijn*
  – *Stijfheid, rigiditeit*
  – *Tongbijten, verwonding, incontinentie van urine of ontlasting*
- *Na de aanval: vermoeidheid, sufheid, slaperigheid, verwardheid, abnormaal gedrag, hoofdpijn, spierpijn of zwakte aan één kant van het lichaam*

1

Heeft de persoon convulsieve aanvallen?

Heeft de persoon krampachtige bewegingen gehad die langer dan 1-2 minuten aanhielden?

NO

YES

Convulsieve aanvallen zijn onwaarschijnlijk

» Raadpleeg een specialist bij terugkerende aanvallen

» Plan een controle binnen 3 maanden

KLINISCHE TIP

Tijdens de eerste evaluatie en als de behandeling faalt, moet er rekening worden gehouden met syncopale en pseudo-aanvallen.

» Syncopale (flauwvallen) aanvallen gaan vaak gepaard met blozen, zweten, bleekheid en soms het gevoel dat het donker wordt, voorafgaande aan een aanval. Licht trillen of schokken kan voorkomen aan het einde van de aanval.

» Pseudo-aanvallen worden meestal geassocieerd met een stress-trigger. Deze aanvallen houden vaak lang aan en kunnen gepaard gaan met niet-ritmische schokken van het lichaam, de ogen kunnen gesloten zijn en vaak wordt er bekkenstoten waargenomen. Na de aanval is er meestal een snelle terugkeer naar de normale toestand. Als u vermoedt dat er sprake is van pseudo-aanvallen, ga dan naar **» OTH.**

Heeft de persoon tijdens de aanval(len) ten minste 2 van de volgende symptomen gehad?

– Bewustzijnsverlies of verminderd bewustzijn
– Stijfheid, rigiditeit
– Gebeten of gekneusde tong, lichamelijk letsel
– Incontinentie van ontlasting/urine
- Na de aanval: vermoeidheid, sufheid, slaperigheid, verwardheid, abnormaal gedrag, hoofdpijn, spierpijn of zwakte aan één kant van het lichaam

NO

Convulsieve aanvallen zijn onwaarschijnlijk

» Raadpleeg een specialist bij terugkerende aanvallen

» Plan een controle binnen 3 maanden

YES

Vermoed CONVULSIEVE AANVALLEN

2

Is er een acute oorzaak?

Is er een neuro-infectie of andere mogelijke oorzaken voor de aanvallen?

» **Controleer op tekenen en symptomen:**

– Koorts
– Hoofdpijn
– Verwardheid
– Meningeale irritatie (bijv. stijve nek)
– Hoofdwond
– Metabole afwijking (bijv. hypoglykemie/ hyponatriëmie)
– Alcohol- of drugsintoxicatie of ontwenningsverschijnselen

YES

NO

Vermoed EPILEPSIE

IS HET EEN KIND VAN 6 MAANDEN TOT 6 JAAR OUD MET KOORTS?

Zijn de aanvallen:

– Focaal: Begint in een deel van het lichaam
- Langdurig: Duurt meer dan 15 min
- Terugkerend: Meer dan 1 aanval tijdens de huidige ziekte

NO

YES

COMPLEXE KOORTSSTUIP

» **VERWIJS NAAR ZIEKENHUIS + VOOR OPNAME**

EENVOUDIGE KOORTSSTUIP

» Zoek naar oorzaak (lokale richtlijnen voor Integrated Management of Childhood Illness/ Geïntegreerde Behandeling van Kinderziekten of IMCI)
» Observeer gedurende 24 uur
» Geen anti-epileptische behandeling nodig

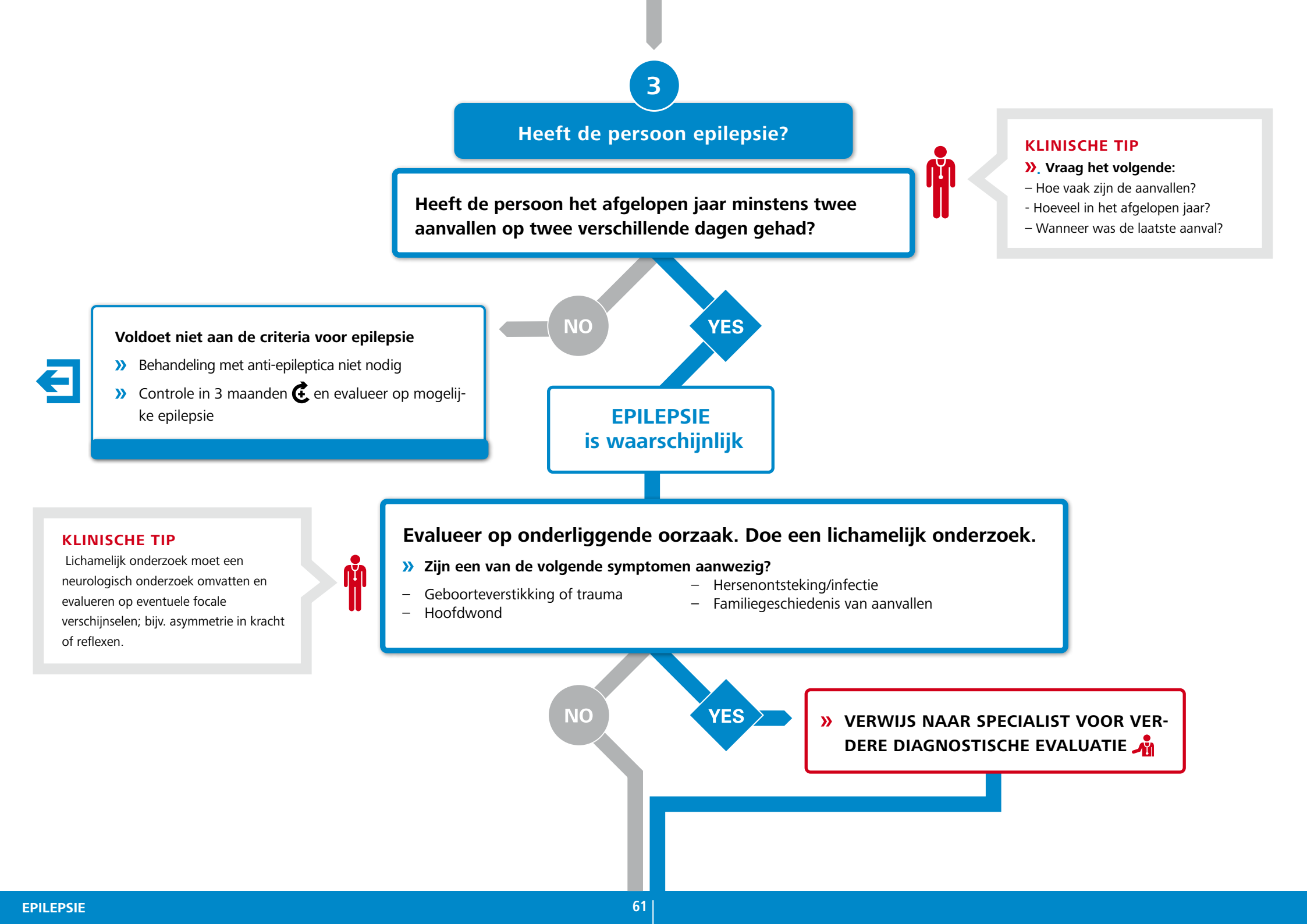
» **EVALUEER EN BEHANDEL DE MEDISCHE AANDOENING**

» **VERWIJS INDIEN MOGELIJK NAAR HET ZIEKENHUIS + VOOR HOOFDLETSEL, MENINGITIS EN METABOLE ABNORMALITEITEN**

⊗ *ANTI-EPILEPTISCHE MEDICATIE NIET VEREIST*

» **Controle in 3 maanden om te evalueren op mogelijke epilepsie**

SLA OVER EN GA NAAR **STAP 3**


3
Heeft de persoon epilepsie?
Heeft de persoon het afgelopen jaar minstens twee aanvallen op twee verschillende dagen gehad?
KLINISCHE TIP
» Vraag het volgende:
– Hoe vaak zijn de aanvallen?
- Hoeveel in het afgelopen jaar?
– Wanneer was de laatste aanval?
NO
YES
Voldoet niet aan de criteria voor epilepsie
» Behandeling met anti-epileptica niet nodig
» Controle in 3 maanden en evalueer op mogelijke epilepsie
EPILEPSIE is waarschijnlijk
KLINISCHE TIP
Lichamelijk onderzoek moet een neurologisch onderzoek omvatten en evalueren op eventuele focale verschijnselen; bijv. asymmetrie in kracht of reflexen.
Evalueer op onderliggende oorzaak. Doe een lichamelijk onderzoek.
» Zijn een van de volgende symptomen aanwezig?
– Geboorteverstikking of trauma
– Hoofdwond
– Hersenontsteking/infectie
– Familiegeschiedenis van aanvallen
NO
YES
» VERWIJS NAAR SPECIALIST VOOR VERDERE DIAGNOSTISCHE EVALUATIE

4

Doen zich gelijktijdige prioritaire MNS-aandoeningen voor?

» **Evalueer op gelijktijdige MNS-aandoeningen volgens de mh-GAP-IG-Overzichtstabel**

Let op: personen met EPILEPSIE hebben een hoger risico op DEPRESSIE, AANDOENINGEN DOOR MIDDELENGEBRUIK. KINDEREN EN ADOLESCENTEN KUNNEN GEASSOCIEERDE GEESTELIJKE EN GEDRAGSSTOORNISSEN HEBBEN. AANDOENINGEN DOOR MIDDELENGEBRUIK

» Ga naar **PROTOCOL 1**

ALS ER EEN DREIGEND RISICO OP ZELFMOORD IS, EVALUEER EN BEGELEID voordat u verdergaat naar het Protocol. Ga naar » SUI.

EPI 2» Begeleiding

PROTOCOL

1

» Verstrek **psycho-educatie** aan de persoon en de verzorgers (2.1)

» Begin toediening **van anti-epileptische medicatie** (2.3)

» Bevorder de deelname aan dagelijkse activiteiten (2.2)

Speciale populaties

Let op: interventies voor EPILEPSIE zijn anders voor deze populaties

VROUW IN DE VRUCHTBARE LEEFTIJD

Let op: Risico van anti-epileptica voor foetus/kind

» Adviseer foliumzuur (5 mg/dag) om **neurale buisdefecten** te voorkomen bij **ALLE vrouwen in de vruchtbare leeftijd.**

» VERMIJD VALPROAAT.

» **WAARSCHUWING Bij zwangerschap:**

- Vermijd polytherapie. *De combinatie van meerdere medicijnen verhoogt het risico op teratogene effecten tijdens de zwangerschap.*
- Als medicatie tijdens de zwangerschap worden gestopt, moeten deze altijd worden afgebouwd.
- Adviseer bevalling in ziekenhuis.
- Geef bij de geboorte 1 mg vitamine K i.m. aan de baby om hemorragische ziekte te voorkomen.

» **Bij borstvoeding** heeft carbamazepine de voorkeur boven andere medicatie.

KIND/ADOLESCENT

Let op: Effect van anti-epileptica op ontwikkeling en/of gedrag

» Voor personen met een **ontwikkelingsstoornis**, begeleid de aandoening. Ga naar **» CMH.**

» Voor kinderen met een gedragsstoornis, vermijd indien mogelijk het gebruik van fenobarbital. Begeleid de aandoening.
Ga naar **» CMH.**

PERSOON MET HIV

Let op: Interacties tussen anti-epileptica en antiretrovirale medicatie

» Indien beschikbaar, verwijs naar specifieke interacties tussen het antiretrovirale regime en de anti-epileptische medicatie van de persoon.

» **Valproaat** heeft de voorkeur omdat er minder kans is op interacties tussen medicatie.

» VERMIJD FENYTOÏNE EN CARBAMAZEPINE INDIEN MOGELIJK.

PSYCHOSOCIALE INTERVENTIES

2.1 Psycho-educatie

Geef informatie over: *"Wat is een aanval/epilepsie" en het belang van medicatie.*

- "Een aanval of stuiptrekking wordt veroorzaakt door overmatige elektrische activiteit in de hersenen - het wordt niet veroorzaakt door hekserij of geesten."
- "Epilepsie is de terugkerende neiging tot aanvallen."
- "Het is een chronische aandoening, **maar als u uw medicatie inneemt zoals voorgeschreven, kan het bij de meeste mensen volledig onder controle worden gehouden.**"
- De persoon kan meerdere mensen hebben die zorg verlenen bij aanvallen. Bespreek dit met de persoon.
- Vraag de persoon of ze een traditionele of een gebedsgenezer raadplegen. Indien dit het geval is, toon respect hiervoor, maar benadruk de noodzaak voor medische zorg. De persoon moet ook worden geïnformeerd dat medicijnen en kruidenproducten soms nadelige interacties kunnen hebben, dus de zorgverleners moeten op de hoogte zijn van alles wat ze innemen of gebruiken.

KLINISCHE TIP:

- Aanvallen die langer dan 5 minuten duren, zijn een medisch spoedgeval - roep onmiddellijk medische hulp in.
- De meeste mensen met epilepsie kunnen een normaal leven leiden als ze zich houden aan de voorgeschreven behandeling.

Geef informatie over: *Hoe verzorgers thuis kunnen omgaan met aanvallen.*

- Leg de persoon op zijn zij en draai het hoofd om de ademhaling te bevorderen.
- DOE NIETS IN HUN MOND EN HOUD DE PERSOON NIET IN BEDWANG.
- Controleer of de persoon goed ademt.
- Blijf bij de persoon totdat de aanval stopt en hij/zij wakker wordt.
- Soms weten mensen met epilepsie dat er een aanval aankomt. Als ze dat gevoel hebben, moeten ze ergens veilig gaan liggen.
- Epilepsie is niet besmettelijk. U kunt de aandoening niet oplopen door iemand met een aanval te helpen.

Geef informatie over het volgende: *Wanneer moet er medische hulp worden ingeroepen.*

- Wanneer een persoon met epilepsie tijdens een aanval moeite lijkt te hebben met ademhalen, moet er medische hulp worden ingeroepen.
- Wanneer een persoon met epilepsie een aanval heeft die langer dan 5 minuten duurt buiten een zorginstelling, moet de persoon naar een ziekenhuis worden gebracht.
- Wanneer een persoon met epilepsie niet wakker wordt na een aanval, moet de persoon naar een ziekenhuis worden gebracht.

2.2 Bevorder de deelname aan dagelijkse activiteiten en een sociaal leven.

- **Raadpleeg Essentiële zorg en praktijkervaring (ECP)** voor interventies die het functioneren in het dagelijks leven en in het sociale leven bevorderen.
- **Informeer daarnaast verzorgers en mensen met epilepsie dat:**
  - Mensen met epilepsie een normaal leven kunnen leiden. Ze kunnen trouwen en kinderen krijgen.
  - Ouders hoeven kinderen met epilepsie niet van school te halen.
  - Mensen met epilepsie kunnen de meeste werkzaamheden uitoefenen. Ze moeten echter wel functies vermijden met een hoog risico op letsel voor zichzelf of anderen (bijvoorbeeld werken met zware machines).
  - Mensen met epilepsie moeten vermijden om op open vuur te koken en alleen te zwemmen.
  - Mensen met epilepsie moeten overmatig alcoholgebruik en recreatieve middelen, slaapgebrek en plaatsen met zwaailichten of flitsende lichten vermijden,
  - Lokale wetgeving voor autorijden met epilepsie moet worden nageleefd.
  - Mensen met epilepsie kunnen in aanmerking komen voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering.
  - Speciale programma's voor mensen met epilepsie kunnen hulp bieden bij het vinden van werk en ondersteuning geven aan zowel de persoon als het gezin.

FARMACOLOGISCHE INTERVENTIES

2.3 Begin toediening van anti-epileptische medicatie

- Kies een medicatie die altijd beschikbaar is.
- Voor speciale populaties (kinderen, vrouwen in de vruchtbare leeftijd, persoon met hiv), zie het specifieke gedeelte van deze module.
- Begin met slechts één medicatie bij de laagste startdosering.
- Verhoog de dosis langzaam totdat de aanvallen onder controle zijn.
- Indien beschikbaar, overweeg onderzoeken om bloedwaarden en leverfunctie te controleren.

WAARSCHUWING!

- Controleer op **interacties tussen verschillende medicatie**. *Bij gelijktijdig gebruik kunnen anti-epileptica het effect van andere anti-epileptica versterken of verminderen. Anti-epileptica kunnen ook het effect van hormonale anticonceptie, immunosuppressiva, antipsychotica, methadon en sommige antiretrovirale middelen verminderen.*
- In zeer zeldzame gevallen veroorzaakt het ook: ernstige beenmergdepressie, overgevoeligheidsreacties waaronder het syndroom van Stevens-Johnson, verandering in vitamine D-metabolisme en vitamine K-deficiënte hemorragische ziekte bij pasgeborenen.
- Vermijd indien mogelijk het gebruik van natriumvalproaat bij zwangere vrouwen vanwege het **risico op neurale buisdefecten**.
- Alle anti-epileptica moeten voorzichtig worden afgebouwd om te stoppen. Abrupt stoppen kan leiden tot een doorbraak van epileptische aanvallen.

TABEL 1: Anti-epileptische medicaties

MEDICATIE	ORALE DOSERING	BIJWERKINGEN	CONTRA-INDICATIES / WAARSCHUWINGEN
CARBAMAZEPINE	**Volwassenen:** Begin met 100-200 mg per dag verdeeld over 2-3 doseringen. Verhoog met 200 mg per week (max. 1400 mg per dag). **Kinderen:** Begin met 5 mg per dag verdeeld over 2-3 doseringen. Verhoog met 5 mg/kg per dag per week (max. 40 mg/kg per dag OF 1400 mg per dag). **Vrouwen die zwanger zijn of borstvoeding geven:** Wees zeer voorzichtig in het gebruik.	**Veelvoorkomend:** Sedatie, verwardheid, duizeligheid, ataxie, dubbelzien, misselijkheid, diarree, goedaardige leukopenie. **Ernstig:** Levertoxiciteit, vertraging van de hartgeleiding, lage natriumspiegels.	Wees voorzichtig in het gebruik bij patiënten met een voorgeschiedenis van bloedaandoeningen, nier-, lever- of hartaandoeningen. De dosis moet mogelijk na 2 weken worden aangepast vanwege inductie van het eigen metabolisme.

TABEL 1: Anti-epileptische medicaties (vervolg)

MEDICATIE	ORALE DOSERING	BIJWERKINGEN	CONTRA-INDICATIES / WAARSCHUWINGEN
FENOBARITAL	**Volwassenen:** **Begin** met 60 mg per dag verdeeld over 1-2 doseringen. Verhoog wekelijks met 2.5-5 mg (maximaal 180 mg per dag). **Kinderen:** **Begin** met 2-3 mg per dag verdeeld over 2 doseringen. Verhoog wekelijks met 1-2 mg/kg per dag, afhankelijk van de tolerantie (**maximaal** 6 mg per dag).	**Veelvoorkomend:** Sedatie, hyperactiviteit bij kinderen, ataxie, nystagmus, seksuele disfunctie, depressie. **Ernstig:** Leverfalen (overgevoeligheidsreactie), verminderde botmineraaldichtheid.	Gecontra-indiceerd bij patiënten met acute intermitterende porfyrie. Lagere doseringen voor patiënten met nier- of leverziekte.
PHENYTOÏNE	**Volwassenen:** **Begin** met 150-200 mg per dag verdeeld over 1-2 doseringen. Verhoog met 50 mg per dag om de 3-4 weken (max. 400 mg per dag). **Kinderen:** **Begin** met 3-4 mg/kg per dag verdeeld over 2 doseringen. Verhoog met 5 mg/kg per dag om de 3-4 weken (max. 300 mg per dag). **Vrouwen die zwanger zijn of borstvoeding geven:** Vermijd **Oudere volwassenen:** Gebruik lagere doseringen	**Veelvoorkomend:** Sedatie, verwardheid, duizeligheid, tremor, motorische spiertrekkingen, ataxie, dubbelzien, nystagmus, onduidelijke spraak, misselijkheid, braken, constipatie. **Ernstig:** Hematologische afwijkingen, hepatitis, polyneuropathie, hypertrofie van het tandvlees, acne, lymfadenopathie, toename van zelfmoordgedachten.	Lagere doseringen voor patiënten met nier- of leverziekte.
NATRIUMVALPROAAT	**Volwassenen:** **Begin** met 400 mg per dag verdeeld over 2 doseringen. Verhoog met 500 mg dagelijks per week (maximaal 3000 mg per dag). **Kinderen:** **Begin** met 15-20 mg/kg per dag verdeeld over 2-3 doseringen. Verhoog elke week met 15 mg/kg per dag (max. 15-40 mg/kg per dag). **Vrouwen die zwanger zijn:** Vermijd **Oudere volwassenen:** Gebruik lagere doseringen	**Veelvoorkomend:** Sedatie, hoofdpijn, tremor, ataxie, misselijkheid, braken, diarree, gewichtstoename, tijdelijk haarverlies. **Ernstig:** Verminderde leverfunctie, trombocytopenie, leukopenie, slaperigheid/verwarring (door valproaat geïnduceerde hyperammonemische encefalopathie, een teken van toxiciteit), leverfalen, hemorragische pancreatitis.	Wees voorzichtig bij een onderliggende of vermoede leverziekte. Interacties tussen geneesmiddelen: Valproaatspiegels worden verlaagd door carbamazepine en verhoogd door aspirine.

EPI 3» Controle

AANBEVELINGEN OVER FREQUENTIE VAN AFSPRAKEN

» Maak elke 3-6 maanden een afspraak voor controle

1

EVALUEER DE HUIDIGE TOESTAND

Heeft de persoon meer dan 50% vermindering in de frequentie van de aanvallen?

NO

YES

ALS DE PERSOON NIET VERBETERT MET DE HUIDIGE DOSIS:

» Evalueer of de persoon zich houdt aan de voorgeschreven medicatie.

» **Overweeg een verhoging van de medicatiedosis indien nodig tot de maximale dosis als er geen nadelige bijwerkingen zijn.**

» *Als de respons nog steeds slecht is,*
– **Overweeg om de medicatie te veranderen. De nieuwe medicatie moet op de optimale dosering zijn voordat de eerste medicatie langzaam kan worden afgebouwd.**

» *Als de respons nog steeds slecht is,*
- Evalueer de diagnose.
– **VERWIJS NAAR EEN SPECIALIST.**

» Plan meer controles.

KLINISCHE TIP:

» **BIJWERKINGEN** (bijv. slaperigheid, nystagmus, diplopie, ataxie) zijn het gevolg van te hoge doseringen medicatie voor de persoon.

» **Als er een IDIOSYNCRATISCHE REACTIE** optreedt (allergische reactie, beenmergdepressie, leverfalen), verander dan de anti-epileptische medicatie.

2 HOUD TOEZICHT OP DE BEHANDELING

Bij elk contact:

- Evalueer de bijwerkingen van de medicatie, inclusief idiosyncratische reacties (klinisch en met geschikte laboratoriumtests indien beschikbaar).
- Geef psycho-educatie en bespreek psychosociale interventies.
- **Is de persoon een vrouw in de vruchtbare leeftijd en overweegt ze een zwangerschap?** Zo ja, raadpleeg een specialist.
- **Heeft de persoon nieuwe zorgwekkende symptomen?** Controleer op nieuwe symptomen van depressie en angst gezien het verhoogde risico op comorbiditeit bij epilepsie.
- **Gebruikt de patiënt nieuwe medicijnen die interacties kunnen veroorzaken?** (Veel anticonvulsiva veroorzaken interacties met andere medicatie). Zo ja, raadpleeg een specialist.

3 OVERWEEG STOPZETTING VAN DE MEDICATIE INDIEN TOEPASSELIJK

Heeft de persoon al een paar jaar geen aanvallen meer gehad?

NO

ALS ER GEEN PROBLEMEN ZIJN MET MEDICATIE

- **Ga door met de huidige dosis.** *De juiste dosering is de laagste therapeutische dosis voor het beheersen van aanvallen, waarbij de nadelige bijwerkingen worden geminimaliseerd.*
- Ga door met controle en evalueer de mogelijke stopzetting van medicatie als de persoon minstens twee jaar geen aanvallen meer heeft gehad.

YES

- **Bespreek het risico op het optreden van een aanval met de persoon/verzorger** (als epilepsie het gevolg is van hoofdletsel, beroerte of neuro-infectie, is er een hoger risico op herhaling van aanvallen na stopzetten van medicatie) en de risico's en voordelen van het stoppen met medicatie.
- Bij overeenstemming, bouw de medicatie geleidelijk af door de dosering gedurende 2 maanden te verlagen en nauwlettend te controleren op terugkeer van de aanvallen.

GEESTELIJKE EN GEDRAGSSTOORNISSEN BIJ KINDEREN EN ADOLESCENTEN

Deze module behandelt de evaluatie en de behandeling van ontwikkelingsstoornissen, gedragsstoornissen en emotionele stoornissen bij kinderen en adolescenten.

ONTWIKKELINGSSTOORNIS is een overkoepelende term voor aandoeningen zoals een verstandelijke beperking en autismespectrumstoornissen. Deze stoornissen beginnen meestal in de kindertijd en leiden tot een stoornis of vertraging in functies die te maken hebben met de rijping van het centrale zenuwstelsel. Deze stoornissen hebben een gestaag verloop in plaats van remissies en terugvallen die kenmerkend zijn voor veel andere psychische stoornissen.

GEDRAGSSTOORNISSEN is een overkoepelende term die specifieke stoornissen omvat, zoals ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) en andere gedragsproblemen. Gedragssymptomen in verschillende mate van ernstigheid komen zeer vaak voor in de algemene bevolking. Alleen kinderen en adolescenten met een matige tot ernstige psychische, sociale, educatieve of beroepsmatige beperking in meerdere omstandigheden dienen met een gedragsstoornis gediagnosticeerd te worden.

EMOTIONELE STOORNISSEN behoren tot de belangrijkste psychische gezondheidsklachten waarmee jongeren wereldwijd kampen. Emotionele stoornissen worden gekenmerkt door verhoogde angst- of onrustgevoelens, depressie en somatische symptomen.

Kinderen en adolescenten vertonen vaak symptomen van meer dan één aandoening en soms overlappen de symptomen elkaar. De kwaliteit van de huiselijke en sociale onderwijsomgevingen zijn van invloed op het welzijn en functioneren van kinderen en adolescenten. Het onderzoeken en aanpakken van psychosociale stressfactoren, in combinatie met het bieden van ondersteuning zijn essentiële elementen in de evaluatie en het begeleidingsplan voor kinderen/adolescenten met emotionele stoornissen.

CMH » In een oogopslag

EVALUATIE

- **Evalueer op problemen in de ontwikkeling**
- **Evalueer op problemen met onoplettendheid of overactiviteit**
- **Evalueer op problemen met emoties. Bij een adolescent, evalueer op matige tot ernstige depressie**
- **Evalueer op herhaald opstandig, ongehoorzaam en agressief gedrag**
- **Evalueer op de aanwezigheid van andere prioritaire psychische en neurologische aandoeningen en middelengebruik (MNS-aandoeningen)**
- **Evalueer de thuisomgeving**
- **Evalueer de schoolomgeving**

BEGELEIDING

- **Begeleidingsprotocollen**
  1. Ontwikkelingsvertraging/stoornis
  2. Gedragsproblemen
  3. Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD)
  4. Gedragsprobleem
  5. Problemen met emoties
  6. Emotionele stoornissen en matige tot ernstige depressie bij adolescenten
- **Psychosociale interventies**

CONTROLE

TABEL 1: VEELVOORKOMENDE KENMERKEN VAN MENTALE EN GEDRAGSSTOORNISSEN BIJ KINDEREN EN ADOLESCENTEN PER LEEFTIJDSGROEP Deze kunnen worden gemeld door de verzorger, zelfgerapporteerd zijn of waargenomen worden tijdens de evaluatie.

	ONTWIKKELINGSSTOORNISSEN	GEDRAGSSTOORNISSEN	EMOTIONELE STOORNISSEN
Zuigelingen en jonge kinderen (leeftijd <5 jaar)	– Slechte voeding, groeiachterstand, slechte motoriek, vertraging bij het behalen van verwachte ontwikkelingsmijlpalen per leeftijd (bijv. glimlachen, zitten, interactie met anderen, aandacht delen, lopen, praten en zindelijkheidstraining	**Leeftijden 4-18** – Overmatige overactiviteit: overmatig rondrennen, extreme moeite om te blijven zitten, overmatig praten of rusteloos bewegen – Overmatige onoplettendheid, verstrooidheid, herhaaldelijk stoppen met taken voordat ze zijn voltooid en overschakelen naar andere activiteiten – Overmatige impulsiviteit: vaak dingen doen zonder vooruit te denken – Herhaald en aanhoudend gedrag dat anderen stoort (bijv. zeer frequente en hevige driftbuien, wreed gedrag, aanhoudende en ernstige ongehoorzaamheid, stelen) – Plotselinge veranderingen in gedrag of relaties met leeftijdsgenoten, inclusief teruggetrokken houding en woede	– Overmatig huilen, vastklampen aan een verzorger, bevriezen (lichaam heel stil houden en zwijgen) en/of driftbuien – Extreme verlegenheid of veranderingen in functioneren (bijvoorbeeld nieuw onzindelijk gedrag of duimen) – Verminderd initiatief nemen met spel en sociale interactie – Slaap- en eetproblemen
Middelbare kinderjaren (6-12 jaar)	– Vertraging in lezen en schrijven – Vertraging in zelfzorg zoals aankleden, douchen, tanden poetsen		– Terugkerende, onverklaarbare lichamelijke klachten (bijv. buikpijn, hoofdpijn, misselijkheid) – Tegenzin of weigering om naar school te gaan – Extreme verlegenheid of veranderingen in gedrag (bijvoorbeeld nieuw onzindelijk gedrag of duimen)
Adolescenten (13-18 jaar oud)	– Slechte schoolprestaties – Moeite met het begrijpen van instructies – Moeite met sociale interactie en aanpassing aan veranderingen		– Problemen met stemming, angst of zorgen (bijv. prikkelbaar, snel geïrriteerd, gefrustreerde of depressieve stemming, extreme of snelle en onverwachte stemmingswisselingen, emotionele uitbarstingen), overmatige angst – Veranderingen in het functioneren (bijvoorbeeld moeite met concentreren, slechte schoolprestaties, vaak alleen willen zijn of thuisblijven)
Alle leeftijden	– Moeite met het uitvoeren van dagelijkse activiteiten die als normaal worden beschouwd voor de leeftijd; moeite met het begrijpen van instructies; moeite met sociale interacties en aanpassing aan veranderingen; moeilijkheden of eigenaardigheden in de communicatie; beperkende/herhaalde gedragspatronen, interesses en activiteiten		– Overmatige angst, ongerustheid of vermijden van specifieke situaties of objecten (bijv. scheiding van verzorgers, sociale situaties, bepaalde dieren of insecten, hoogtes, gesloten ruimtes, het zien van bloed of een wond) – Veranderingen in slaap- en eetgewoonten – Verminderde interesse of deelname aan activiteiten – Recalcitrant of aandachtzoekend gedrag

CMH 1 » Evaluatie

VEEL VOORKOMENDE KENMERKEN VAN GEESTELIJKE EN GEDRAGSSTOORNISSEN BIJ KINDEREN EN ADOLESCENTEN

- ***Kind/adolescent wordt behandeld voor lichamelijke klachten of een algemene gezondheidsbeoordeling en vertoont een van de volgende symptomen/gedrag vertoont:***
  - *Een van de typische klachten van emotionele, gedrags- of ontwikkelingsstoornissen (zie **tabel 1**)*
  - *Risicofactoren zoals ondervoeding, misbruik en/of verwaarlozing, vaak ziek, chronische ziekten (bijvoorbeeld hiv/aids of een voorgeschiedenis van moeilijke geboorte)*
- ***Mantelzorger of verzorger die zich zorgen maakt over het kind/de adolescent:***
  - *Moeite met het bijhouden van leeftijdsgenoten of het uitvoeren van dagelijkse activiteiten die als normaal worden beschouwd voor de leeftijd*
  - *Gedrag (bijvoorbeeld te actief, agressief, frequente en/of hevige driftbuien, te veel alleen willen zijn, weigeren om reguliere activiteiten te doen of naar school te gaan)*
- ***Leraar die zich zorgen maakt over het kind/de adolescent***
  – *bijv. gemakkelijk afgeleid, storend gedrag in de klas, moet vaak tot de order worden geroepen, moeite met het voltooien van schoolwerk*
- ***Gezondheidswerker of maatschappelijk werker** die zich zorgen maakt over een kind/adolescent*
  – *bijv. regel- of wetsovertredend gedrag, fysieke agressie thuis of buitenshuis in de buurt*

1 EVALUEER OP ONTWIKKELINGSSTOORNISSEN

Evalueer alle domeinen - motorisch, cognitief, sociaal, communicatief en adaptief.

» **Voor peuters en jonge kinderen**
Heeft het kind problemen met leeftijdsgebonden mijlpalen op een van de ontwikkelingsgebieden?

» **Voor oudere kinderen en adolescenten:**
Zijn er problemen op school (leren, lezen en schrijven), communiceren en omgaan met anderen, zelfzorg en dagelijkse huishoudelijke activiteiten?

NO → SLA OVER EN GA NAAR **STAP 10** 2

YES

Vermoed ONTWIKKELINGSVERTRAGING/-STOORNIS

Zijn er tekenen/symptomen die wijzen op een van de volgende zaken:

– Voedingstekort, waaronder jodiumtekort
– Anaemia
– Ondervoeding
– Acute of chronische infectieziekten, waaronder oorontsteking en hiv/aids

NO

YES

» **Behandel de aandoeningen met behulp van de Geïntegreerde Behandeling van Kinderziekten (Integrated Management of Childhood Illness of IMCI)** (www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/IMCI_chartbooklet) of gebruik andere beschikbare richtlijnen.

KLINISCHE TIP

» Adolescenten moeten altijd de mogelijkheid worden geboden om alleen geëvalueerd te worden, zonder de aanwezigheid van ouders/verzorgers.

» Benadruk het vertrouwelijke karakter van het gesprek.

» Geef aan onder welke omstandigheden ouders of andere volwassenen informatie krijgen.

» Onderzoek de klacht/symptoom met het kind/de adolescent en de verzorger.

Evalueer het kind op visuele en/of auditieve beperking:

Bij het evalueren van het gezichtsvermogen, kijk of het kind NIET in staat is om de volgende acties uit te voeren:

- Het kind kijkt u in de ogen
- Een bewegend voorwerp volgen met het hoofd en de ogen
- Een voorwerp vastpakken
- Bekende mensen herkennen

Kijk voor gehooronderzoek of het kind NIET in staat is om de volgende acties uit te voeren:

- Het hoofd draaien om te kijken als er iemand achter het kind staat en iets zegt.
- Reageren op een hard geluid
- Veel verschillende geluiden maken (tata, dada, baba), bij een baby

NO

YES

» **OVERLEG MET SPECIALIST VOOR EVALUATIE.**

» Ga naar **PROTOCOL 1**

2

EVALUEER OP PROBLEMEN MET ONOPLETTENDHEID OF HYPERACTIVITEIT

Is het kind/de adolescent:

- Overactief?
- Niet in staat om lang stil te zitten?
- Snel afgeleid, heeft moeite met het voltooien van taken?
- Rusteloos aan het bewegen?

YES

NO

SLA OVER EN GA NAAR **STAP 3**

Zijn de symptomen aanhoudend, ernstig en veroorzaken ze aanzienlijke problemen in het dagelijks functioneren? Zijn ALLE onderstaande beschrijvingen waar?

- Zijn de symptomen aanwezig in meerdere omstandigheden?
- Hebben ze minstens 6 maanden geduurd?
- Passen ze niet bij het ontwikkelingsniveau van het kind/de adolescent?
- Heeft het kind/de adolescent veel moeite met het dagelijks functioneren in hun persoonlijk leven, in familieverband, in sociale situaties, op school, werk of in andere omstandigheden?

YES

NO

ADHD is onwaarschijnlijk

Overweeg GEDRAGSPROBLEMEN

» Ga naar **PROTOCOL 2**

SLA OVER EN GA NAAR **STAP 3**

Overweeg ADHD

Sluit fysieke aandoeningen uit die op ADHD kunnen lijken.
Heeft het kind/de adolescent een van de volgende:

- Schildklieraandoeningen
- Acute of chronische infectieziekten, waaronder hiv/aids
- Ongecontroleerde pijn, b.v. door een oorontsteking, sikkelcelziekte

NO

YES

» **Behandel de fysieke aandoening**

» Ga naar **PROTOCOL 3**

3 EVALUEER OP GEDRAGSPROBLEMEN

Vertoont het kind/de adolescent herhaaldelijk agressief, ongehoorzaam of opstandig gedrag, bijvoorbeeld:

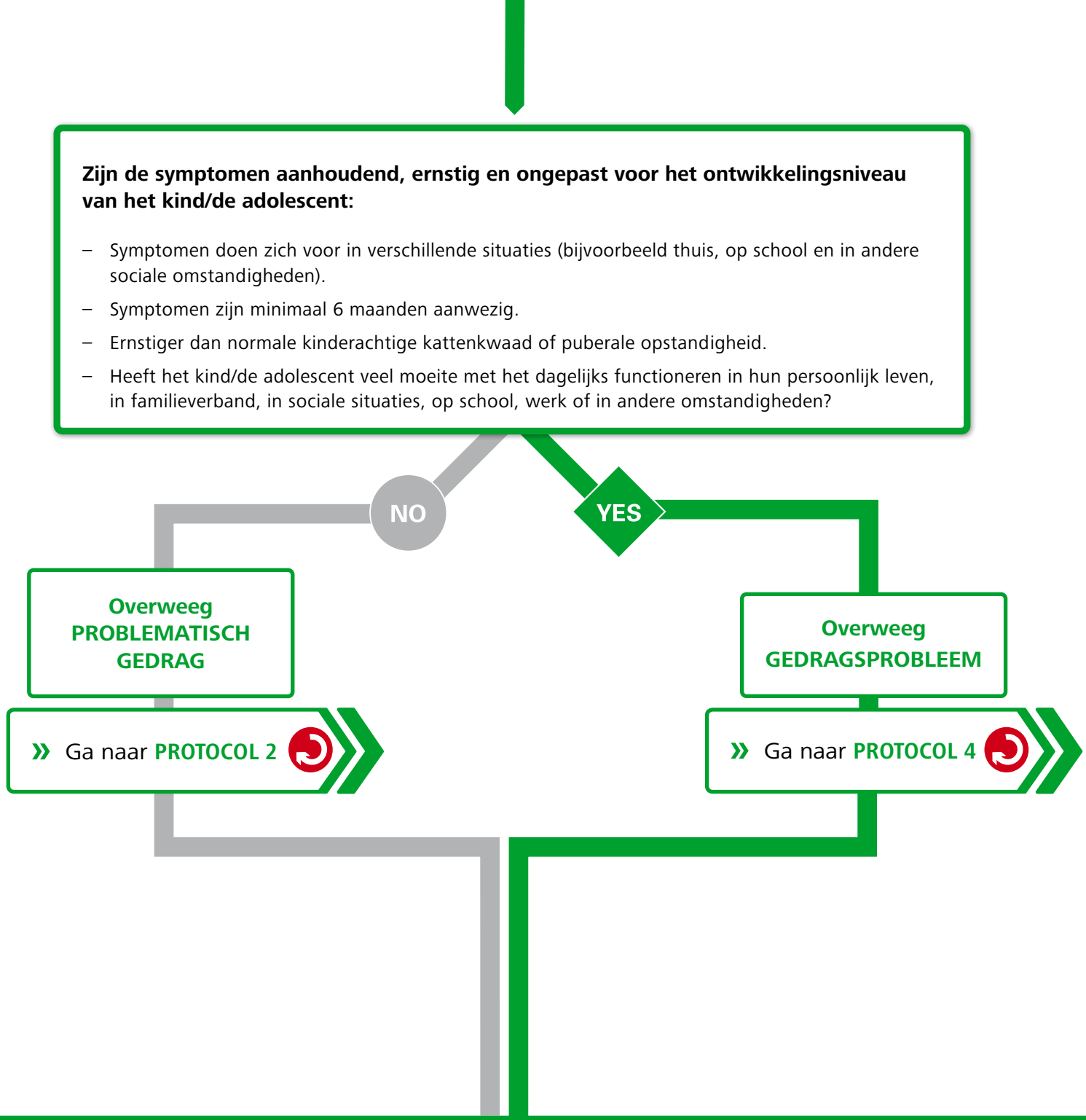
- Ruziën met volwassenen
- Weigeren te voldoen aan verzoeken of regels, of deze uitdagen
- Extreme prikkelbaarheid/woede
- Frequente en ernstige driftbuien
- Moeilijk om kunnen gaan met anderen
- Provocerend gedrag
- Buitensporige uitingen van vechten of pesten
- Wreedheid tegen dieren of mensen
- Ernstige vernieling van eigendommen, brandstichting
- Stelen, herhaaldelijk liegen, spijbelen van school, weglopen van huis

NO → GEDRAGSPROBLEEM is onwaarschijnlijk → SLA OVER EN GA NAAR STAP 4

YES

KLINISCHE TIP: BIJ DE LEEFTIJD PASSEND STOREND OF UITDAGEND GEDRAG BIJ KINDEREN/ADOLESCENTE

Peuters en jonge kinderen (leeftijd 18 maanden – 5 jaar)	– Weigeren om te doen wat hen wordt opgedragen, regels overtreden, ruzie maken, zeuren, overdrijven, dingen zeggen die niet waar zijn, ontkennen dat ze iets verkeerds hebben gedaan, fysiek agressief zijn en anderen de schuld geven van hun wangedrag. – Korte driftbuien (emotionele uitbarstingen met huilen, schreeuwen, slaan, enz.), die gewoonlijk minder dan 5 minuten en niet langer dan 25 minuten duren, doorgaans minder dan 3 keer per week. Driftbuien die horen bij de ontwikkeling mogen niet leiden tot zelfverwonding of frequente fysieke agressie tegen anderen, en het kind kan zichzelf daarna meestal kalmeren.
Middelbare kinderjaren (6-12 jaar)	– Vermijden of uitstellen van het opvolgen van instructies, klagen of ruzie maken met volwassenen of andere kinderen, soms hun zelfbeheersing verliezen.
Adolescenten (13-18 jaar oud)	– Regels en grenzen testen, zeggen dat regels en limieten oneerlijk of onnodig zijn, soms onbeleefd, minachtend, argumentatief of uitdagend zijn tegen volwassenen.


Zijn de symptomen aanhoudend, ernstig en ongepast voor het ontwikkelingsniveau van het kind/de adolescent:
– Symptomen doen zich voor in verschillende situaties (bijvoorbeeld thuis, op school en in andere sociale omstandigheden).
– Symptomen zijn minimaal 6 maanden aanwezig.
– Ernstiger dan normale kinderachtige kattenkwaad of puberale opstandigheid.
– Heeft het kind/de adolescent veel moeite met het dagelijks functioneren in hun persoonlijk leven, in familieverband, in sociale situaties, op school, werk of in andere omstandigheden?
NO
YES
Overweeg PROBLEMATISCH GEDRAG
» Ga naar PROTOCOL 2
Overweeg GEDRAGSPROBLEEM
» Ga naar PROTOCOL 4

4

EVALUEER OP EMOTIONELE STOORNISSEN (langdurige angst met droefheid die het functioneren beperkt, angst, onrust of prikkelbaarheid)

Stel de volgende vragen over/aan het kind/de adolescent:

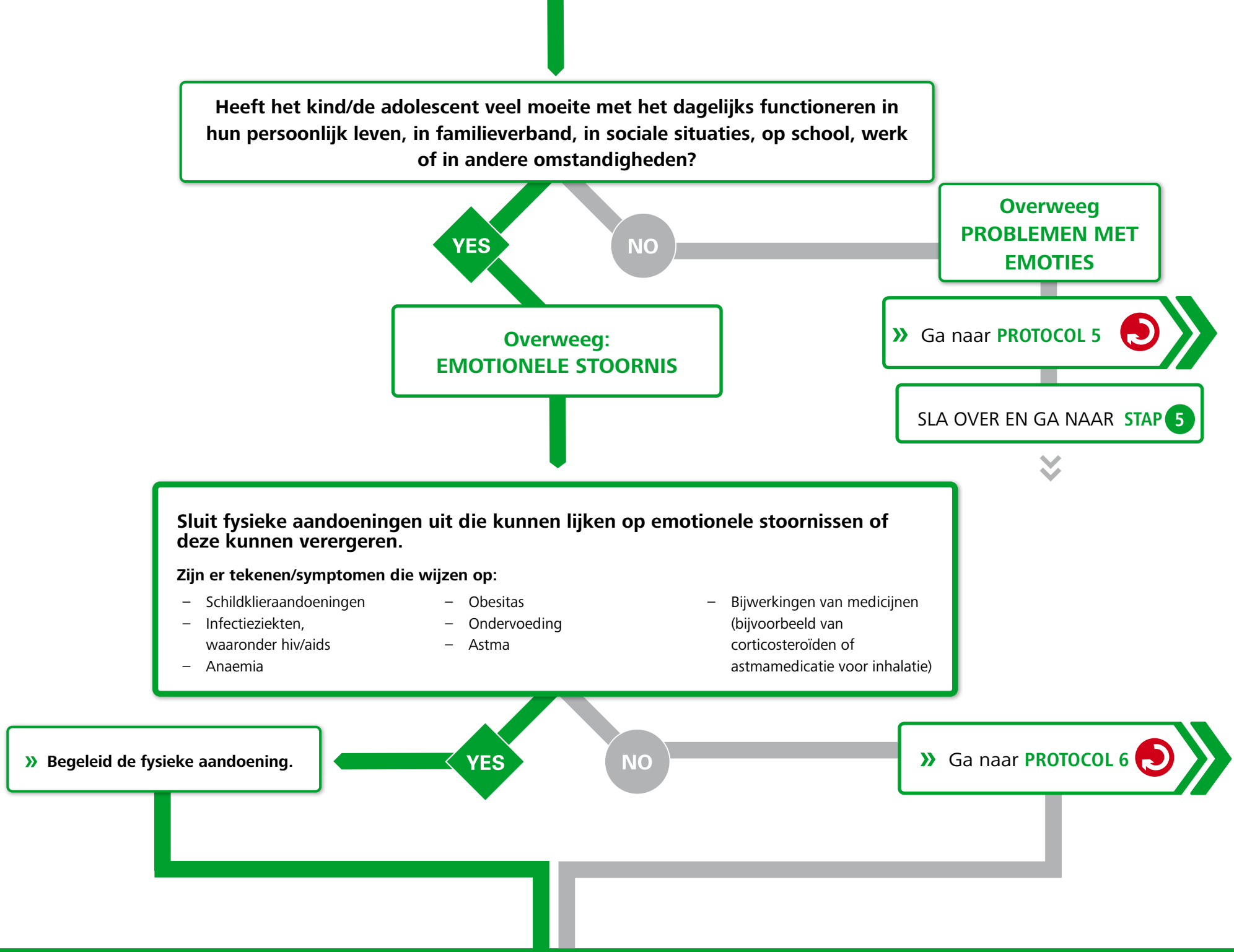
- Voelt het kind/de adolescent zich vaak prikkelbaar, snel geïrriteerd, neerslachtig of verdrietig?
- Heeft het kind/de adolescent de belangstelling voor of het plezier in activiteiten verloren?
- Maakt het kind/de adolescent zich veel zorgen of lijkt vaak bezorgd?
- Heeft het kind/de adolescent veel angsten of is snel bang?
- Klaagt het kind/de adolescent vaak over hoofdpijn, buikpijn of misselijkheid?
- Is het het kind/de adolescent vaak ongelukkig, neerslachtig of huilerig?
- Vermijd het kind/de adolescent bepaalde situaties of is er veel weerstand (bijvoorbeeld gescheiden zijn van verzorgers, nieuwe mensen ontmoeten of gesloten ruimtes)?

NO → SLA OVER EN GA NAAR **STAP 5**

YES

KLINISCHE TIP: ANGSTEN EN ONRUST DIE PASSEN BIJ DE LEEFTIJD VAN KINDEREN EN ADOLESCENTEN

Baby's en peuters (leeftijd 9 maanden – 2 jaar)	– Angst voor vreemden, angst bij het scheiden van zorgverleners
Jonge kinderen (leeftijd <2-5 jaar)	– Angst voor storm, vuur, water, duisternis, nachtmerries en dieren
Middelbare kinderjaren (6-12 jaar)	– Angst voor monsters, geesten, ziektekiemen, natuurrampen, lichamelijke ziekten en ernstig gewond raken – Angst voor school of om voor anderen op te treden/te presteren
Adolescenten (13-18 jaar oud)	– Angst voor afwijzing door leeftijdsgenoten, optreden voor anderen, lichamelijke ziekte, medische procedures, rampen (bijv. oorlog, terroristische aanslag, natuurrampen)


Heeft het kind/de adolescent veel moeite met het dagelijks functioneren in hun persoonlijk leven, in familieverband, in sociale situaties, op school, werk of in andere omstandigheden?
YES
NO
Overweeg PROBLEMEN MET EMOTIES
» Ga naar PROTOCOL 5
SLA OVER EN GA NAAR STAP 5
Overweeg: EMOTIONELE STOORNIS
Sluit fysieke aandoeningen uit die kunnen lijken op emotionele stoornissen of deze kunnen verergeren.
Zijn er tekenen/symptomen die wijzen op:
– Schildklieraandoeningen
– Infectieziekten, waaronder hiv/aids
– Anaemia
– Obesitas
– Ondervoeding
– Astma
– Bijwerkingen van medicijnen (bijvoorbeeld van corticosteroïden of astmamedicatie voor inhalatie)
» Begeleid de fysieke aandoening.
YES
NO
» Ga naar PROTOCOL 6

Bij een adolescent, evalueer op matige tot ernstige depressie

Heeft de adolescent problemen met de stemming (prikkelbaar, neerslachtig of verdrietig) OF heeft de persoon interesse voor of het plezier in activiteiten verloren?

YES

NO → SLA OVER EN GA NAAR **STAP 5**

Heeft de adolescent gedurende de laatste 2 weken meerdere van de volgende aanvullende symptomen gehad:

- Verstoord slaappatroon of te veel slapen
- Significante verandering in eetlust of gewicht (afname of toename)
- Overtuiging dat de persoon niets waard is of buitensporig schuldgevoel
- Vermoeidheid of gebrek aan energie
- Verminderde concentratie
- Besluiteloosheid
- Waarneembare onrust of fysieke rusteloosheid
- Langzamer dan normaal praten of bewegen
- Gevoel van hopeloosheid
- Zelfmoordgedachten of -handelingen

Heeft het kind/de adolescent veel moeite met het dagelijks functioneren in hun persoonlijk leven, in familieverband, in sociale situaties, op school, op het werk of in andere omstandigheden?

YES

NO → **Overweeg PROBLEMEN MET EMOTIES**

» Ga naar **PROTOCOL 5**

SLA OVER EN GA NAAR **STAP 5**

Overweeg DEPRESSIE

KLINISCHE TIP

Er kunnen waanideeën of hallucinaties aanwezig zijn. Indien aanwezig, moet de behandeling van depressie worden aangepast. **RAADPLEEG EEN SPECIALIST**

Sluit een voorgeschiedenis van manische episode(n) en een normale reactie op recent groot verlies uit. Zie » DEP.

» Ga naar **PROTOCOL 6**

5

EVALUEER DE PERSOON OP ANDERE PRIORITAIRE MNS-AANDOENINGEN

ALS ER EEN DREIGEND RISICO OP ZELFMOORD IS, EVALUEER EN BEHANDEL voordat u verdergaat. Ga naar » SUI.

Doen er zich andere gelijktijdige MNS-aandoeningen voor? Beoordeel volgens de mhGAP-IG Overzichtstabel. Zie » MC.

- *Vergeet niet om te evalueren op aandoeningen die het gevolg kunnen zijn van middelengebruik.* **Zie » SUB.**
- *Vergeet bij kinderen met ontwikkelingsachterstand/stoornissen niet om te evalueren op epilepsie.* **Zie » EPI.**

YES

NO

» **EVALUEER EN BEGELEID gelijktijdige MNS-aandoeningen**

KLINISCHE TIP

» Vraag het kind/de adolescent rechtstreeks naar blootstelling hieraan wanneer dit past in de ontwikkelingsfase van het kind en de vraag veilig gesteld kan worden (bijvoorbeeld niet in aanwezigheid van een verzorger die de mishandeling mogelijk heeft gepleegd).

» Adolescenten moeten altijd de mogelijkheid krijgen om alleen geëvalueerd te worden, zonder de aanwezigheid van verzorgers.

6 EVALUEER DE THUISOMGEVING

Zijn de emotionele, gedrags- of ontwikkelingsproblemen een reactie op of verergerd door een verontrustende of beangstigende situatie? Evalueer op:

» Klinische kenmerken of een element in de klinische geschiedenis die wijzen op mishandeling of blootstelling aan geweld (zie KLINISCHE TIP).

» Alle recente of aanhoudende ernstige stress-factoren (bijv. ziekte of overlijden van een familielid, moeilijke levens- en financiële omstandigheden, gepest of verwond worden).

YES

» Verwijs door naar de kinderbescherming indien nodig
» Onderzoek en begeleid de stressfactoren
» De eerste prioriteit is te zorgen voor de veiligheid van kinderen/adolescenten
» Stel het kind/de adolescent gerust dat alle kinderen/adolescenten moeten worden beschermd tegen misbruik
» Geef informatie over waar hulp gezocht kan bij aanhoudend misbruik
» Regel extra ondersteuning inclusief verwijzing naar specialist
» Neem, indien van toepassing, contact op met juridische steun en andere steun in de buurt of gemeenschap
» Overweeg aanvullende psychosociale interventies
» Zorg voor een passende controle/vervolgafspraak

NO

KLINISCHE TIP:

WAARSCHUWINGSTEKENEN VAN KINDERMISHANDELING KLINISCHE KENMERKEN

» **Lichamelijke mishandeling**
- Letsel (bijv. kneuzingen, brandwonden, wurgsporen of sporen van een riem, zweep, schakelaar of ander voorwerp)
- Elke ernstige of ongebruikelijke verwonding zonder uitleg of onvoldoende uitleg

» **Seksueel misbruik**
- Genitale of anale verwondingen of symptomen die medisch onverklaarbaar zijn
- Seksueel overdraagbare aandoeningen of zwangerschap
- Geseksualiseerd gedrag (bijv. seksuele kennis die niet past bij de leeftijd)

» **Verwaarlozing**
- Overmatig vuil/ongewassen, ongeschikte kleding
- Tekenen van ondervoeding, zeer slechte tandhygiëne

» **Emotionele mishandeling en alle andere vormen van mishandeling**

Elke plotselinge of significante verandering in het gedrag of de emotionele toestand van het kind/de adolescent die niet goed kan worden verklaard door een andere oorzaak, zoals:

- Ongewone angst of ernstig overstuur (bijvoorbeeld ontroostbaar huilen)
- Zelfbeschadiging of sociale terugtrekking
- Agressie of weglopen van huis
- Willekeurige genegenheid zoeken bij volwassenen
- Terugkeer van nieuwe onzindelijk gedrag, duimen

ASPECTEN VAN DE INTERACTIE VAN DE VERZORGER MEWT HET KIND/DE ADOLESCENT

» Aanhoudend kil/onresponsief gedrag, vooral tegen een baby (bijv. geen troost of zorg bieden wanneer het kind/de adolescent bang, gewond of ziek is)

» Vijandig of afwijzend gedrag

» Gebruik van ongepaste bedreigingen (bijv. om het kind/de adolescent in de steek laten) of strenge disciplinaire maatregelen

Hebben de verzorgers een MNS-aandoening die van invloed kan zijn op hun vermogen om voor het kind/de adolescent te zorgen?

Let vooral op depressie en aandoeningen veroorzaakt door middelengebruik.

KLINISCHE TIP

» Depressieve stoornis bij verzorgers kan emotionele, gedrags- of ontwikkelingsstoornissen bij verergeren.

NO

YES

» **Evalueer en begeleid de verzorger bij MNS-aandoeningen**
» **Ga naar Begeleiding 2.6** (Ondersteuning voor verzorger)

Heeft het kind voldoende mogelijkheden om te spelen en sociale interactie/communicatie thuis?

Overweeg de volgende vragen:

» Met wie brengt het kind de meeste tijd door?
» Hoe speelt u/zij met het kind? Hoe vaak?
» Hoe communiceert u/zij met het kind? Hoe vaak?

NO

YES

» Geef advies over leeftijdsgeschikte stimulatie en opvoeding. Verwijs naar Care for Child Development (Zorg voor de Ontwikkeling van het Kind) http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/care_child_development/en/
» Overweeg de noodzaak van aanvullende ondersteuning voor het kind, inclusief verwijzing naar kinderbescherming, indien beschikbaar.

7

EVALUEER DE SCHOOLOMGEVING

Zit het kind/de adolescent op school?

YES

NO

» Geef voorlichting over onderwijsdiensten en informeer verzorgers over het belang om het kind/de adolescent zo veel mogelijk op school te houden.

Is het volgende van toepassing op het kind/de adolescent?

- » Wordt het kind/de adolescent gepest, getreiterd of uitgelachen?
- » Is het niet in staat om deel te nemen en te leren?
- » Wil het kind/de adolescent niet naar school of weigert naar school te gaan?

KLINISCHE TIP

» Vraag het kind/de adolescent rechtstreeks naar deze ervaringen wanneer dit gezien de ontwikkeling verantwoord en veilig kan worden gedaan.

NO

YES

» Ga naar **CMH 2 (Begeleiding)**

- » Neem na het verkrijgen van toestemming contact op met leraren en ander schoolpersoneel. Ga naar Begeleiding (2.7).
- » Als er sprake is van verzuim op school, probeer het kind/de adolescent zo snel mogelijk te helpen om weer naar school te gaan en ga op zoek naar de redenen voor het verzuim.

CMH 2 » Begeleiding

PROTOCOL 1

Ontwikkelingsvertraging/stoornis

- Geef begeleiding over het welzijn van kinderen/adolescenten. **(2.1)**
- Verstrek psycho-educatie en opvoedingsadvies aan de persoon en de verzorgers Geef begeleiding over ontwikkelingsstoornissen. **(2.2 en 2.3)**
- Bied ondersteuning aan mantelzorgers of verzorgers. **(2.6)**
- Onderhoud contact met leraren en ander schoolpersoneel. **(2.7)**
- Neem contact op met andere beschikbare hulpbronnen in de gemeenschap, zoals revalidatie.
- Bied training over opvoedingsvaardigheden, indien beschikbaar. **(2.8)**
- Verwijs kinderen met ontwikkelingsstoornissen naar een specialist voor verdere beoordeling, geef advies over een begeleidingsplan en gezinsplanning.
- Zorg voor passende controle of vervolgafspraak elke drie maanden of vaker, indien nodig.
- **BIED GEEN** farmacologische behandeling aan.

PROTOCOL 2

Gedragsproblemen

- Geef begeleiding over het welzijn van kinderen/adolescenten. **(2.1)**
- Geef begeleiding om het gedrag te verbeteren. **(2.3)**
- Evalueer en behandel de stressfactoren, verminder stress en versterk sociale steun.
- Onderhoud contact met leraren en ander schoolpersoneel. **(2.7)**
- Leg contact met andere beschikbare hulpbronnen in de gemeenschap.
- Bied controle/vervolgafspraak aan.

PROTOCOL 3

Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD)

- Geef begeleiding over het welzijn van kinderen/adolescenten. **(2.1)**
- Verstrek psycho-educatie en opvoedingsadvies aan de persoon en de verzorgers. Geef begeleiding om het gedrag te verbeteren. **(2.2 en 2.3)**
- Evalueer en begeleid de stressfactoren, verminder stress en versterk sociale steun.
- Bied ondersteuning aan mantelzorgers of verzorgers. **(2.6)**
- Leg contact met leraren en ander schoolpersoneel. **(2.7)**
- Leg contact met andere beschikbare hulpbronnen in de gemeenschap.
- Bied training over opvoedingsvaardigheden, indien beschikbaar. **(2.8)**
- Overweeg gedragsinterventies indien beschikbaar. **(2.8)**
- Als bovenstaande behandelingen hebben gefaald EN het kind/de adolescent de diagnose ADHD heeft EN ten minste 6 jaar oud is, verwijs dan door naar een specialist voor behandeling met methylfenidaat.
- Zorg voor passende controle of vervolgafspraak elke drie maanden of vaker, indien nodig.

PROTOCOL 4

Gedragsprobleem

- Geef begeleiding over het welzijn van kinderen/adolescenten. (2.1)
- Verstrek psycho-educatie en opvoedingsadvies aan de persoon en de verzorgers. (2.2)
- Geef begeleiding om het gedrag te verbeteren. (2.3)
- Evalueer en behandel de stressfactoren, verminder stress en versterk sociale steun.
- Bied ondersteuning aan mantelzorgers of verzorgers. (2.6)
- Onderhoud contact met leraren en ander schoolpersoneel. (2.7)
- Overweeg training over opvoedingsvaardigheden, indien beschikbaar. (2.8)
- Leg contact met andere beschikbare hulpbronnen in de gemeenschap.
- Zorg voor een passende controle of vervolgafspraak elke drie maanden of vaker, indien nodig.
- Overweeg gedragsinterventies indien beschikbaar. (2.8)
- **BIED GEEN** farmacologische behandeling aan.

PROTOCOL 5

Problemen met emoties

- Geef begeleiding over het welzijn van kinderen/adolescenten. (2.1)
- Verstrek psycho-educatie en opvoedingsadvies aan de persoon en de verzorgers. (2.2)
- Evalueer en behandel de stressfactoren, verminder stress en versterk sociale steun.
- Onderhoud contact met leraren en ander schoolpersoneel. (2.7)
- Leg contact met andere beschikbare hulpbronnen in de gemeenschap.

PROTOCOL 6

Emotionele stoornis of depressie

- **Beschouw farmacologische behandeling NIET** als eerstelijnsbehandeling.
- **Schrijf GEEN** farmacologische behandeling voor aan kinderen jonger dan 12 jaar.
- Geef begeleiding over het welzijn van kinderen/adolescenten. (2.1)
- Geef psycho-educatie aan de persoon en de verzorgers. (2.2 en 2.5)
- Bied ondersteuning aan mantelzorgers of verzorgers. (2.6)
- Onderhoud contact met leraren en ander schoolpersoneel. (2.7)
- Leg contact met andere beschikbare hulpbronnen in de gemeenschap.
- Evalueer en behandel de stressfactoren, verminder stress en versterk sociale steun.
- Overweeg training over opvoedingsvaardigheden, indien beschikbaar. (2.8)
- Overweeg verwijzing voor gedragsinterventie of interpersoonlijke therapie.
- Als psychologische interventies niet effectief zijn, raadpleeg dan een specialist voor Fluoxetine (geen andere SSRI's of TCA's). Ga naar » DEP voor informatie over medicatie.
- Zorg voor passende controle of vervolgafspraak elke maand of vaker, indien nodig.

PSYCHOSOCIALE INTERVENTIES

» Geef begeleiding aan alle verzorgers of mantelzorgers die moeite hebben met het gedrag van hun kind/adolescent, ook als u geen gedragsstoornis vermoedt.

2.1 Geef begeleiding om het welzijn en functioneren van kinderen/adolescenten te bevorderen

» Deze informatie is beschikbaar voor alle kinderen, adolescenten en verzorgers, zelfs als er geen stoornis wordt vermoed.

MOEDIG DE MANTELZORGER OF VERZORGER AAN OM HET VOLGENDE TE DOEN:

» Breng tijd door met hun kind en doe leuke activiteiten. Speel en communiceer met hun kind/adolescent. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/care_child_development/en/

» Luister naar het kind/de adolescent en toon begrip en respect.

» Bescherm hen tegen elke vorm van mishandeling, inclusief pesten en blootstelling aan geweld thuis, op school en in de gemeenschap.

» Anticipeer op grote veranderingen in het leven (zoals de puberteit, naar een nieuwe school gaan of de geboorte van een broer of zus) en bied ondersteuning.

HELP HET KIND/DE ADOLESCENT MET HET VOLGENDE:

» **Voldoende slaap** Zorg voor regelmaat in de slaaproutine en verwijder tv of andere elektronische apparaten met schermen uit de slaapruimteg/slaapkamer.

» **Regelmatig eten.** Alle kinderen/adolescenten hebben elke dag drie maaltijden (ontbijt, middag en avond) en enkele snacks nodig.

» **Lichamelijk actief zijn.** Als ze daartoe in staat zijn, moeten kinderen en adolescenten van 5-17 jaar elke dag 60 minuten of meer aan lichaamsbeweging doen in hun dagelijkse activiteiten, spel of sport. Zie www.who.int/dietphysicalactivity/publications/recommendations5_17years

» Deelnemen aan activiteiten op school, in de buurt of andere sociale activiteiten.

» Breng tijd door met goede vrienden en familie.

» Vermijd het gebruik van drugs, alcohol en nicotine.

2.2 Verstrek psycho-educatie en opvoedingsadvies aan de persoon en de verzorgers.

» Leg de achterstand of moeilijkheid uit aan de verzorger en aan het kind/de adolescent indien passend, en help hen met het identificeren van hun sterke punten en hulpmiddelen.

» Prijs de verzorger en het kind/de adolescenten voor hun inspanningen.

» Leg aan de verzorger uit dat het opvoeden van een kind/adolescent met een emotionele, gedrags- of ontwikkelingsachterstand of stoornis voldoening kan geven, maar ook zeer uitdagend kan zijn.

» Leg uit dat personen met een psychische stoornis niet de schuld mogen krijgen van die stoornis. Moedig verzorgers aan om lief en ondersteunend te zijn en liefde en genegenheid te tonen.

» Bevorder en bescherm de mensenrechten van de persoon en het gezin en wees alert op het handhaven van mensenrechten en waardigheid.

» Help verzorgers om realistische verwachtingen te hebben en moedig hen aan om contact op te nemen met andere verzorgers van kinderen/adolescenten met vergelijkbare aandoeningen om elkaar te steunen.

2.3 Richtlijnen voor het verbeteren van gedrag

MOEDIG DE VERZORGER AAN OM HET VOLGENDE TE DOEN:

» Geef liefdevolle aandacht en speel elke dag met het kind. Geef jongeren de gelegenheid om met u te praten.

» Wees consequent in wat uw kind/adolescent wel en niet mag doen. Geef duidelijke, eenvoudige en korte instructies over wat het kind wel en niet mag doen.

» Geef het kind/de adolescent eenvoudige dagelijkse huishoudelijke taken die geschikt zijn voor hun vaardigheidsniveau en prijs ze onmiddellijk na het uitvoeren van de taak.

» Prijs of beloon het kind/de adolescent als u goed gedrag waarneemt en geef geen beloning bij problematisch gedrag.

» Vind manieren om ernstige confrontaties of voorzienbare moeilijke situaties te vermijden.

» Reageer alleen op het belangrijkste probleemgedrag en geef een lichte straf (bijvoorbeeld het onthouden van beloningen en leuke activiteiten). Geef veel minder vaak straf dan lof.

» Stel gesprekken met het kind/de adolescent uit totdat u rustig bent. Vermijd het gebruik van kritiek, schreeuwen en schelden.

» **GEBRUIK GEEN** bedreigingen of fysieke straffen, en mishandel het kind/de adolescent nooit. Lichamelijke straffen kunnen de relatie tussen kind en verzorger schaden; het werkt niet zo goed als andere methoden en kan gedragsproblemen verergeren.

» Moedig adolescenten aan om activiteiten te doen die bij de leeftijd passen (bijv. sporten, tekenen of andere hobby's) en bied bij de leeftijd passende ondersteuning voor praktische zaken (bijv. hulp met huiswerk of andere levensvaardigheden).

2.4 Psycho-educatie bij ontwikkelingsachterstand/-stoornis

MOEDIG DE VERZORGER AAN OM HET VOLGENDE TE DOEN:

- Leer wat de sterke en zwakke punten van het kind zijn en hoe het kind het beste leert, ontdek wat stressvol is voor het kind en wat hem/haar gelukkig maakt, wat probleemgedrag veroorzaakt en wat het voorkomt.
- Leer hoe het kind communiceert en reageert (met behulp van woorden, gebaren, non-verbale expressie en gedragsvormen).
- Help het kind zich te ontwikkelen door met hem/haar deel te nemen aan dagelijkse activiteiten en te spelen.
- Kinderen leren het beste tijdens leuke en positieve activiteiten.
- Betrek kinderen bij het dagelijks leven. Begin met eenvoudige taken, één per keer. Breek complexe activiteiten op in eenvoudige stappen, zodat het kind stap voor stap kan leren en beloond kan worden voor elke stap.
- Maak voorspelbare dagelijkse routines door vaste tijden in te plannen voor eten, spelen, leren en slapen.
- Zorg voor een boeiende omgeving: laat het kind niet urenlang alleen zonder iemand om mee te praten en beperk de tijd die wordt besteed aan tv-kijken en het spelen van elektronische spelletjes.
- Houd ze zo lang mogelijk op school en laat het kind/de adolescent naar een reguliere school gaan, ook al is het maar in deeltijd.
- Gebruik evenwichtige discipline. Bied een beloning aan als het kind/de adolescent iets goeds doet. Leid het kind/de adolescent af van dingen die ze niet zouden moeten doen.
- ⛔ Gebruik GEEN bedreigingen of fysieke straffen bij problematisch gedrag.
- Personen met ontwikkelingsstoornissen kunnen vaak gedragsproblemen hebben die voor de mantelzorger moeilijk te hanteren zijn. Zie Richtlijnen voor het verbeteren van gedrag. (2.3)
- **Bevorder en bescherm de mensenrechten van de persoon en het gezin en wees alert op het handhaven van mensenrechten en waardigheid.**
  - Geef verzorgers begeleiding om institutionalisering te voorkomen
  - Bevorder de toegang tot gezondheidsvoorlichting en -diensten.
  - Bevorder de toegang tot scholing en andere vormen van onderwijs.
  - Bevorderen de toegang tot beroepen/werkzaamheden.
  - Bevorder de deelname aan het gezins- en gemeenschapsleven.

2.5 Bied psycho-educatie voor emotionele problemen/stoornissen waaronder depressie bij adolescenten

- Bespreek stressvolle situaties in het gezin, zoals onenigheid tussen de ouders of de psychische stoornis van een ouder. Onderzoek met de hulp van leraren waar de problemen liggen in de schoolomgeving.
- Bied mogelijkheden voor quality time met de mantelzorger en het gezin.
- Help het kind/de adolescent om plezierige sociale activiteiten voort te zetten (of weer op te pakken).
- Moedig het kind/de adolescent aan om regelmatig aan lichaamsbeweging te doen en de duur van de sessies geleidelijk te verlengen.
- Overweeg het kind/de adolescent en de verzorger training te geven in ademhalingsoefeningen, progressieve spierontspanning en andere vergelijkbare ontspanningstechnieken (passend bij de cultuur van de persoon/verzorger).
- Maak voorspelbare routines in de ochtend en voor het slapengaan. Bevorder regelmatige slaapgewoonten. Plan de dag met vaste tijden voor eten, spelen, leren en slapen.
- Voor buitensporige en onrealistische angsten:
  - Prijs het kind/adolescent of geef kleine beloningen als ze nieuwe dingen proberen of dapper zijn.
  - Help het kind te oefenen om de moeilijke situatie stap voor stap onder ogen te zien (bijv. als het kind bang is om zich van de verzorger te scheiden, help het kind dan geleidelijk steeds langer alleen te spelen, terwijl de verzorger in de buurt is).
  - Erken de gevoelens en zorgen van het kind en moedig het aan om angsten onder ogen te zien.
  - Help het kind/de adolescent om een plan te maken zodat ze weten wat ze moeten doen als een gevreesde situatie zich voordoet.
- Leg uit dat emotionele stoornissen veel voorkomen en dat het iedereen kan overkomen. Het voorkomen van emotionele stoornissen wil niet zeggen dat iemand zwak of lui is.
- Emotionele stoornissen kunnen ongerechtvaardigde gedachten van hopeloosheid en een gevoel van waardeloosheid veroorzaken. Leg uit dat deze gedachten waarschijnlijk zullen verbeteren zodra de emotionele stoornissen verbeteren.
- Leg uit aan de persoon dat als ze gedachten krijgen over zelfbeschadiging of zelfmoord, ze iemand in vertrouwen moeten nemen en onmiddellijk terug moeten komen voor hulp.

PSYCHOSOCIALE INTERVENTIES (VERVOLG)

2.6 Ondersteuning van de verzorger

- Evalueer de psychosociale impact van de stoornissen van het kind/de adolescent op de verzorgers en biedt ondersteuning voor hun persoonlijke, sociale en mentale gezondheidsbehoeften.
- Zorg ervoor dat de verzorger beschikt over de nodige ondersteuning en hulpmiddelen voor het gezinsleven, werk, sociale activiteiten en gezondheid.
- Zorg voor respijtzorg (betrouwbare verzorgers die voor een korte periode de zorg kunnen overnemen) om de reguliere verzorgers een pauze te geven, vooral als het kind een ontwikkelingsstoornis heeft.
- Ondersteun de familie om sociale en familiale problemen aan te pakken en help met het oplossen van problemen.

2.7 Onderhoud contact met leraren en ander schoolpersoneel

- Neem met toestemming van het kind/de adolescent en de verzorger contact op met de leerkracht van het kind/de adolescent en geef advies/maak een plan om het kind te ondersteunen in het leren en deel te nemen aan schoolactiviteiten.
- Leg uit dat de psychische stoornis van het kind/de adolescent van invloed is op hun leren/gedrag/sociaal functioneren en dat er dingen zijn die de leerkracht kan doen om te helpen.
- Vraag naar alle stressvolle situaties die een negatief effect kunnen hebben op het emotionele welzijn en het leren van het kind. Als het kind wordt gepest, adviseer de leerkracht over passende maatregelen om hier een eind aan te maken.
- Bekijk strategieën om het kind te helpen bij schoolactiviteiten en het leren, inclusie en participatie te vergemakkelijken.
- **Eenvoudige tips:**
  - Bied het kind/de adolescent mogelijkheden om hun vaardigheden en sterke punten te gebruiken.
  - Vraag de leerling om vooraan in de klas te gaan zitten.
  - Geef de leerling extra tijd om opdrachten te begrijpen en uit te voeren.
  - Verdeel lange opdrachten in kleinere stukken en wijs één stuk tegelijk toe.
  - Geef extra lof voor inspanning en beloningen voor prestaties.
  - Gebruik GEEN bedreigingen of fysieke straffen of buitensporige kritiek.
  - Voor leerlingen met aanzienlijke problemen in de klas, werf een vrijwilliger die naar de klas kan komen om een-op-een aandacht te geven of koppel de leerling aan een klasgenoot die steun of hulp kan bieden bij het leren.
  - Als het kind/de adolescent lange tijd niet naar school is geweest, help hem/haar om zo snel mogelijk terug te keren door een re-integratieschema op te stellen waarmee de tijd op school langzaam wordt opgebouwd. Tijdens de re-integratieperiode dient de leerling vrijgesteld te worden van toetsen en proefwerken.

2.8 Korte psychologische behandelingen

Deze handleiding biedt geen specifieke protocollen voor het implementeren van korte psychologische interventies, zoals training in opvoedingsvaardigheden voor ouders, interpersoonlijke therapie en gedragstherapie. De WHO heeft een trainingsprogramma ontwikkeld voor ouders van kinderen met ontwikkelingsachterstand/stoornissen en is op aanvraag verkrijgbaar.

CMH-3 » Controle

1

EVALUEER OP VERBETERING

Gaat de persoon vooruit?

Evalueer opnieuw en controleer de symptomen, het gedrag en het functioneren van het kind/de adolescent bij elk bezoek.

KLINISCHE TIP

» Als bij de evaluatie een of meer vormen van mishandeling zijn vastgesteld, evalueer dan de aanhoudende blootstelling en de risico's voor het kind/de adolescent.

YES

» Ga door met het begeleidingsplan en de controle totdat de symptomen ophouden of verdwijnen.

» Geef aanvullende psycho-educatie en advies over ouderschap.

» **Bij medicatiegebruik**, overweeg in overleg met een specialist om de dosis geleidelijk af te bouwen.

» **Als er geen medicatie wordt gebruikt**, verlaag dan de frequentie van de controlebezoeken zodra de symptomen zijn verdwenen en het kind/de adolescent goed kan presteren in het dagelijks leven.

SLA OVER EN GA NAAR **STAP 2**

NO

» Geef aanvullende psycho-educatie en advies over opvoeding, indien nodig.

» Evalueer de psychosociale interventies en herzie het begeleidingsplan indien nodig. Betrek, indien van toepassing, het kind/de adolescent en de verzorgers bij de beslissingen.

» Bied regelmatige controle aan.

Indien GEEN verbetering in de symptomen en/of functioneren in 6 maanden:

» Bied aanvullende interventies indien beschikbaar.

» Verhoog indien nodig de frequentie van de vervolgbezoeken.

» VERWIJS NAAR EEN SPECIALIST indien beschikbaar, voor verdere evaluatie en behandeling.

ONTWIKKELINGSSTOORNISSEN

Als er geen verbetering optreedt of er is sprake van verslechtering, voorspeld gevaar voor het kind of de lichamelijke gezondheid wordt benadeeld (bijv. door voedingsproblemen),

» VERWIJS NAAR EEN SPECIALIST indien beschikbaar, voor verdere evaluatie en behandeling.

⛔ **BIED GEEN** farmacologische behandeling aan.

ADHD

Indien geen verbetering optreedt en het kind is minimaal 6 jaar oud en heeft minimaal 6 maanden psychosociale behandeling ondergaan

» Verwijs naar of raadpleeg SPECIALIST voor het gebruik van methylfenidaat.

GEDRAGSPROBLEMEN

Indien er geen verbetering optreedt of er is voorspeld gevaar voor de adolescent

» VERWIJS NAAR EEN SPECIALIST voor verdere evaluatie en behandeling.

⛔ **BIED GEEN** farmacologische behandeling aan.

EMOTIONELE STOORNISSEN

Indien geen verbetering optreedt en het kind/de adolescent heeft minimaal 6 maanden psychosociale behandeling ondergaan

» VERWIJS DOOR NAAR EEN SPECIALIST.

⛔ **BIED GEEN** farmacologische behandeling aan.

DEPRESSIE

Indien geen verbetering optreedt en het kind is minimaal 12 jaar oud en heeft minimaal 6 maanden psychosociale behandeling ondergaan

» Verwijs naar of raadpleeg SPECIALIST voor fluoxetine (maar niet voor andere SSRI's of TCA's).

KLINISCHE TIP

» Voor adolescenten: plan om de adolescent voor een deel van het vervolgbezoek alleen te spreken, zonder hun ouder/verzorger. Maak duidelijk dat het gesprek over hun gezondheid vertrouwelijk is, en leg ook uit in welke omstandigheden ouders of andere volwassenen wel informatie krijgen.

2 DOE REGELMATIG EEN ROUTINEMATIGE EVALUATIE

Bij elk bezoek:

» Voor kinderen onder de 5 jaar, evalueer de ontwikkeling van het kind.

» Evalueer op de aanwezigheid van een nieuw probleem of symptoom gerelateerd aan stemming, gedrag of ontwikkeling/leren.
Evalueer bij adolescenten op de aanwezigheid van een verslechterende stemming (prikkelbaar, snel geïrriteerd of gefrustreerd, neerslachtig of verdrietig) of zelfmoordgedachten.
Ga terug naar Evaluatie Stap 4 in geval van een verslechterende stemming. Ga naar » SUI bij zelfmoordgedachten.

» Onderzoek en bespreek psychosociale stressfactoren thuis of in de school- of werkomgeving, inclusief blootstelling aan geweld of andere vormen van mishandeling.

» Evalueer de mogelijkheden voor het kind/de adolescent om deel te nemen aan het gezins- en sociale leven.

» Evalueer de behoeften van de verzorgers en de ondersteuning die beschikbaar is voor het gezin.

» Controleer of het kind/de adolescent naar school gaat.

» Evalueer het begeleidingsplan en controleer de naleving van psychosociale interventies.

» Bij medicatiegebruik, controleer op voorgeschreven gebruik van de medicatie, bijwerkingen en dosering.

3

EVALUEER DE FARMACOLOGISCHE BEHANDELING INDIEN VAN TOEPASSING

Doe aanvullende controle als de adolescent fluoxetine is voorgeschreven

- Documenteer de gegevens van het recept en administratieve informatie.
- **In de eerste maand wekelijks, daarna maandelijks:** controle op gemelde bijwerkingen en stemmingswisselingen en andere symptomen.
- Raadpleeg een specialist bij constatering van ernstige bijwerkingen door medicatie of andere oorzaken (bijvoorbeeld nieuwe of verergerende zelfmoordgedachten, zelfmoordhandelingen of zelfbeschadiging, onrust, prikkelbaarheid, angst of slapeloosheid).
- Adviseer de adolescent om door te gaan met de medicatie, zelfs als hij/zij zich beter voelt. De medicatie moet gedurende 9-12 maanden worden voortgezet nadat de symptomen zijn verdwenen om het risico op terugval te verminderen.
- Adviseer tegen plotseling stoppen met de medicatie.
- **Als de symptomen gedurende 9-12 maanden zijn verdwenen:** Bespreek met de adolescent en verzorgers de risico's en voordelen van het afbouwen van medicatie. Verminder de behandeling geleidelijk over een periode van minimaal 4 weken, controleer nauwlettend op terugkeer van de symptomen.

Doe een aanvullende controle als het kind fluoxetine is voorgeschreven

- Documenteer de gegevens van het recept en administratieve informatie.
- Controleer op misbruik en niet-inname van medicatie.
- **Controleer en registreer elke drie maanden:** lengte, gewicht, bloeddruk, gemelde bijwerkingen en gedragsveranderingen.
- Raadpleeg een specialist bij constatering van bijwerkingen van medicatie
  (bijvoorbeeld geen gewichts- en lengtetoename, verhoogde bloeddruk, opwinding, angst en ernstige slapeloosheid).
- **Na één jaar behandeling:** Raadpleeg specialist over voortzetting van methylfenidaat.

DEMENTIE

Dementie is een chronisch en progressief syndroom dat wordt veroorzaakt door veranderingen in de hersenen. Hoewel het op elke leeftijd kan voorkomen, komt het vaker voor bij oudere mensen. Dementie is een belangrijke oorzaak van invaliditeit en afhankelijkheid onder ouderen over de hele wereld; het heeft een fysieke, psychologische, sociale en economische impact op verzorgers, gezinnen en de samenleving als geheel.

De aandoeningen die dementie veroorzaken, leiden tot veranderingen in de mentale capaciteit, de persoonlijkheid en het gedrag van een persoon. Mensen met dementie hebben vaak problemen met hun geheugen en de vaardigheden die nodig zijn om dagelijkse activiteiten uit te voeren. Dementie hoort niet bij het normale ouderdomsproces. De ziekte van Alzheimer is de meest voorkomende oorzaak, maar dementie kan worden veroorzaakt door een verscheidenheid aan ziekten en letsel aan de hersenen. Mensen met dementie hebben vaak last van vergeetachtigheid of depressieve gevoelens. Andere veel voorkomende symptomen zijn een verslechtering van de emotionele zelfbeheersing, sociaal gedrag of motivatie. Mensen met dementie zijn zich mogelijk helemaal niet bewust van deze veranderingen en zoeken daarom misschien geen hulp. Familieleden kunnen merken dat de persoon last heeft van geheugenproblemen, veranderingen in persoonlijkheid of gedrag, verwardheid, dwalen of incontinentie. Sommige mensen met dementie en hun verzorgers kunnen echter de ernst van geheugenverlies en de bijbehorende problemen ontkennen of minimaliseren. Dementie leidt tot een achteruitgang van het cognitief functioneren en verstoort gewoonlijk de dagelijkse activiteiten, zoals douchen, aankleden, eten, persoonlijke hygiëne en zelfstandig naar het toilet kunnen gaan. Hoewel dementie niet genezen kan worden, kunnen de vroege herkenning en ondersteunende behandeling het leven van mensen met dementie en hun verzorgers aanzienlijk verbeteren en kunnen de fysieke gezondheid, cognitie, activiteit en welzijn van de persoon met dementie worden geoptimaliseerd.

DEM » In een oogopslag

EVALUATIE

- **Evalueer op tekenen van dementie**
- **Zijn er andere verklaringen voor de symptomen?**
  - Sluit een delirium uit
  - Sluit depressie uit (pseudodementie)
- **Evalueer op andere medische problemen**
- **Evalueer op gedrags- of psychologische symptomen**
- **Sluit andere psychische en neurologische aandoeningen en middelengebruik (MNS-aandoeningen) uit**
- **Evalueer de behoeften van verzorgers of mantelzorgers**

BEGELEIDING

- **Begeleidingsprotocollen**
  1. Dementie – zonder gedrags-/psychologische symptomen
  2. Dementie – met gedrags-/psychologische symptomen
- **Psychosociale interventies**
- **Farmacologische interventies**

CONTROLE

DEM 1 » Evaluatie

VEELVOORKOMENDE KENMERKEN VAN DEMENTIE

- *Achteruitgang of problemen met geheugen (ernstige vergeetachtigheid) en oriëntatie (bewustzijn van tijd, plaats en persoon)*
- *Stemmings- of gedragsproblemen zoals apathie (niet geïnteresseerd lijken) of prikkelbaarheid*
- *Verlies van emotionele zelfbeheersing - snel van streek, prikkelbaar of huilerig*
- *Moeilijkheden bij het uitvoeren van normaal werkzaamheden, huishoudelijke of sociale activiteiten*

KLINISCHE TIP

Evalueer direct door geheugen, oriëntatie en taalvaardigheden te testen met een algemene neurologische beoordeling. Maak gebruik van cultureel aangepaste hulpmiddelen, indien beschikbaar. Zie Essentiële zorg & praktijkervaring (» **ECP**).

KLINISCHE TIP:

Interview de belangrijkste informant (iemand die de persoon goed kent) en vraag naar recente veranderingen in denken en redeneren, geheugen en oriëntatie. Oudere mensen hebben vaak last van incidenteel geheugenverlies, terwijl sommige problemen aanzienlijk kunnen zijn, zelfs als ze niet vaak voorkomen.

Vraag bijvoorbeeld of de persoon vaak vergeet waar zij dingen heeft gelaten. Vergeten ze soms wat er de dag ervoor is gebeurd? Vergeet de persoon soms waar ze zijn?

Vraag de informant wanneer deze problemen zijn begonnen en of ze in de loop van de tijd erger zijn geworden.

1

Evalueer op tekenen van dementie

Zijn er problemen met het geheugen en/of oriëntatie?
(bijvoorbeeld vergeten wat er de vorige dag is gebeurd of niet weten waar hij of zij is)

NO → **DEMENTIE is onwaarschijnlijk.**
» Test op andere MNS-aandoeningen.

YES

Heeft de persoon problemen met het uitvoeren van belangrijke functies/activiteiten?
(bijvoorbeeld dagelijkse bezigheden zoals boodschappen doen, rekeningen betalen, koken, enz.)

NO → **DEMENTIE is onwaarschijnlijk.**
» Test op andere MNS-aandoeningen.

YES

2

Zijn er andere verklaringen voor de symptomen?

KLINISCHE TIP

Delirium: voorbijgaande fluctuerende mentale toestand die wordt gekenmerkt door een verstoring van het aandachtsvermogen dat zich in korte tijd ontwikkelt en in de loop van de dag kan variëren. Dit kan acute organische oorzaken hebben, zoals infecties, medicatie, metabole afwijkingen, intoxicatie van middelen of ontwenningsverschijnselen

Zijn de symptomen al minstens 6 maanden aanwezig en verergeren ze langzaam?

NO

» **Vraag NAAR EEN van de volgende kenmerken:**

- Abrupt verschijnen van klachten
- Korte duur (dagen tot weken)
- Stoornis 's nachts en geassocieerd met vermindering van het bewustzijn
- Desoriëntatie van tijd en plaats

NO

YES

KLINISCHE TIP

Cognitieve stoornissen kunnen het gevolg zijn van depressie - "pseudodementie"

Heeft de persoon last van een matige tot ernstige DEPRESSIE? Ga naar »DEP.

Vermoed DELIRIUM

YES

NO

» **Behandel de depressie. Ga naar »DEP.**

» Als de persoon eenmaal is behandeld voor depressie, evalueer opnieuw de criteria voor dementie. Ga naar STAP 1

Vermoed DEMENTIE

» **Evalueer op mogelijke medische oorzaken (toxiciteit/metabolisch/infectie).**

- Doe een urineonderzoek om te controleren op een infectie
- Evalueer het medicijngebruik, vooral medicatie met aanzienlijke anticholinerge bijwerkingen (zoals antidepressiva, veel antihistaminica en antipsychotica)
- Evalueer op pijn
- Evalueer de voedingstoestand, contoleer op vitaminetekort of elektrolytenafwijking

3 Evalueer op andere medische problemen

Heeft de persoon last van <u>EEN</u> van de volgende?

- Minder dan 60 jaar oud bij verschijnen van de symptomen
- Begin van symptomen geassocieerd met hoofdletsel, beroerte, of verandering/verlies van bewustzijn
- Klinische voorgeschiedenis van struma, trage polsslag, droge huid (hypothyreoïdie)
- Voorgeschiedenis van seksueel overdraagbare aandoeningen (soa), inclusief hiv/aids

YES

Ongewone kenmerken.

- **Verwijs naar specialist.**

NO

Heeft de persoon een slechte voedingspatroon, ondervoeding of bloedarmoede?

YES

- Vul de voeding aan en controleer het gewicht.

NO

Heeft de persoon cardiovasculaire risicofactoren?

- Hypertensie
- Hoge cholesterol
- Diabetes
- Roken
- Obesitas
- Hartziekte (pijn op de borst, hartaanval)
- Eerdere beroerte of ischemische aanval (TIA)

YES

- **Verwijs door naar de juiste SPECIALIST.**
- **Verminder cardiovasculaire risicofactoren:**
  - Adviseer persoon om te stoppen met roken
  - Behandel hypertensie
  - Adviseer dieet om gewicht te verlagen bij obesitas
  - Behandel diabetes

NO

KLINISCHE TIP

Bepaal het volgende 4

- Wie zijn de belangrijkste verzorgers/ mantelzorgers?
- Wie verleent er nog meer zorg en welke zorg verlenen zij?
- Waar hebben de verzorgers moeite mee?

Evalueer de behoeften van verzorgers of mantelzorgers.

Heeft de verzorger moeite met de druk of last van de druk?

NO

YES

» **Onderzoek psychosociale interventies** voor respijtzorg, activeer ondersteuning in de buurt en overweeg gezins-/individuele therapie, indien beschikbaar

Heeft de verzorger last van een depressieve stemming?

NO

YES

» Om de verzorger te evalueren op depressie, **ga naar »DEP.**

» Probeer de druk en stress te verminderen met ondersteuning en psycho-educatie. Probleemoplossende counseling of cognitieve gedragstherapie.

Heeft de verzorger te maken met inkomensverlies en/of extra kosten vanwege de zorgverlening?

NO

YES

» Onderzoek lokale financiële ondersteuning, zoals diensten voor gehandicapten.

5

Heeft de persoon ÉÉN van de volgende GEDRAGS- of PSYCHOLOGISCHE symptomen van dementie?

Gedragssymptomen zijn onder meer:

- Dwalen
- Onrustig 's nachts
- Agitatie
- Agressie

Psychische symptomen, bijv.

- Hallucinaties
- Waanideeën
- Onrust/angst
- Oncontroleerbare emotionele uitbarstingen

YES

NO

» Ga naar **PROTOCOL 1**

» Ga naar **PROTOCOL 2**

! **ALS ER EEN DREIGEND RISICO OP ZELFMOORD IS, EVALUEER EN BEGELEID voordat u verdergaat naar het Protocol. Ga naar » SUI.**

ALS DE PERSOON ANDERE GELIJKTIJDIGE MNS-AANDOENINGEN HEEFT, EVALUEER EN BEHANDEL deze voordat u naar het Protocol gaat.

DEM 2 » Begeleiding

PROTOCOL 1

DEMENTIE – zonder gedrags-/psychologische symptomen

- » Geef **psycho-educatie** aan de persoon en de verzorgers. (2.1)
- » Moedig verzorgers aan om interventies uit te voeren om het cognitief functioneren te verbeteren. (2.4)
- » **Bevorder de onafhankelijkheid**, het functioneren en de mobiliteit. (2.3)
- » **Bied ondersteuning aan verzorgers/mantelzorgers.** (2.5)
- » Overweeg medicatie alleen in een omgeving waarin een specifieke diagnose van de ziekte van Alzheimer kan worden gesteld EN waar adequate ondersteuning en toezicht (op bijwerkingen) door specialisten en verzorgers beschikbaar is. (2.6)

PROTOCOL 2

DEMENTIE – met gedrags-/psychologische symptomen

Volg PROTOCOL 1

+

- » Begeleid de gedrags- of psychologische symptomen. (2.2)

Als er een dreigend risico is voor de persoon of verzorger:

- » Overweeg antipsychotica als de symptomen aanhouden of als er een dreigend risico op letsel is. (2.7)
- » **Verwijs door naar specialist** indien beschikbaar.

PSYCHOSOCIALE INTERVENTIES

2.1 Psycho-educatie

» Vraag mensen met dementie of ze de diagnose willen weten en met wie deze gedeeld moet worden.

– Pas de uitleg van de ziekte aan zodat ze de informatie kunnen begrijpen en onthouden.

– Geef basisinformatie. (Overlaad ze niet met te veel informatie!)

» Belangrijkste informatie:

– Dementie is een ziekte van de hersenen die in de loop van de tijd erger wordt.

– Hoewel er geen genezing is, kan er veel worden gedaan om de persoon en het gezin te helpen en te ondersteunen.

– Veel specifieke problemen en gedragsuitingen kunnen worden aangepakt wanneer deze zich voordoen. Er kan veel worden gedaan om de persoon meer op zijn gemak te stellen en de belasting van de verzorger te verminderen.

2.2 Begeleid de gedrags- of psychologische symptomen

» Identificeer en behandel onderliggende lichamelijke gezondheidsproblemen die het gedrag kunnen beïnvloeden. Let op pijn, infecties, etc. tijdens een lichamelijk onderzoek (Ga naar **»ECP**). Verwijs door naar specialist indien nodig.

» Identificeer gebeurtenissen (bijv. winkelen op een drukke markt) of factoren (bijv. alleen uitgaan) die vooraf kunnen gaan aan of leiden tot probleemgedrag, of dit kunnen verergeren. Pas deze triggers aan, indien mogelijk.

» Overweeg aanpassingen aan de omgeving, zoals een geschikte zitplaats, veilige wandelgebieden, borden (bijv. een bord met 'geen uitgang' op de voordeur of een wegwijzer naar het toilet).

» Moedig kalmerende, rustgevende of afleidende strategieën aan. Stel een activiteit voor die de persoon leuk vindt (bijv. wandelen, naar muziek luisteren, een gesprek aangaan), vooral wanneer de persoon onrustig is.

2.3 Bevorder de deelname aan dagelijkse activiteiten en aan een sociaal leven.

» Voor interventies die de deelname aan dagelijkse of sociale activiteiten bevorderen, ga naar **»ECP**.

» Plan de dagelijkse activiteiten zodanig dat de persoon zoveel mogelijk onafhankelijk kan zijn. Zorg voor activiteiten die het functioneren verbeteren, helpen bij het aanpassen en ontwikkelen van vaardigheden, en minder ondersteuning vereisen. Faciliteer het functioneren en deelname aan activiteiten door de personen en hun verzorgers te betrekken bij de planning en uitvoering van deze interventies. Help bij het leggen van contacten met beschikbare ondersteuning of voorzieningen in de gemeenschap.

– Geef advies zodat de persoon zelfstandig naar het toilet kan, onder meer door te letten op de vochtinname en deze eventueel te reguleren. (Bij incontinentie moeten alle mogelijke oorzaken worden geëvalueerd en behandelingen worden uitgeprobeerd voordat wordt geconcludeerd dat het permanent is).

– Zorg voor een veilige omgeving in huis om het risico op vallen en letsel te verminderen.

– Informeer familieleden dat het belangrijk is om de vloer vrij te houden van spullen om het risico op vallen te verminderen.

– Raad aan om de woning van de persoon aan te passen. Het kan handig zijn om leuningen of een helling te installeren. Borden voor belangrijke locaties (bijv. toilet, badkamer, slaapkamer) kunnen ervoor zorgen dat de persoon niet verdwaalt of gedesoriënteerd raakt in huis.

– Raad fysieke activiteit en lichaamsbeweging aan om de mobiliteit te behouden en het risico op vallen te verminderen.

– Adviseer recreatieve activiteiten (die geschikt zijn voor het stadium en de graad van dementie).

– Begeleid zintuigelijke stoornissen (zoals slechtziendheid of slecht horen) met geschikte apparaten (bijv. vergrootglas, gehoorapparaten).

– Verwijs door naar ergotherapie, indien beschikbaar.

2.4 Interventies die het cognitief functioneren verbeteren

Moedig de verzorgers aan om de volgende activiteiten te doen:

» Geef regelmatig informatie ter oriëntatie (bijv. dag van de week, datum, tijd, namen van mensen) zodat de persoon georiënteerd kan blijven.

» Gebruik materialen zoals kranten, radio- of tv-programma's, fotoalbums van de familie en huishoudelijke artikelen om de communicatie te bevorderen, om de persoon te oriënteren op de actualiteit, om herinneringen te stimuleren en de persoon te helpen hun ervaringen te delen en te waarderen.

» Gebruik eenvoudige korte zinnen voor duidelijke verbale communicatie. Probeer concurrerende geluiden, zoals radio, tv of andere gesprekken, te minimaliseren. Luister goed naar wat de persoon te vertellen heeft.

» Houd het simpel, vermijd veranderingen in de routine en probeer, voor zover mogelijk, de persoon niet bloot te stellen aan onbekende en verwarrende plaatsen.

PSYCHOSOCIAAL (VERVOLG)

2.5 Ondersteuning van de verzorger

» Evalueer de behoeften van de verzorger zodat deze persoon beschikt over de nodige ondersteuning en hulpmiddelen voor het gezinsleven, werk, sociale activiteiten en gezondheid (zie » **DEM 1**).

» Erken dat het erg frustrerend en stressvol kan zijn om voor mensen met dementie te zorgen. **Verzorgers en mantelzorgers moeten worden aangemoedigd om de waardigheid van de persoon met dementie te respecteren en vijandige gevoelens of verwaarlozing van de persoon te vermijden.**

» Moedig de verzorgers aan om hulp te zoeken als ze moeilijkheden of overbelasting ervaren bij de zorg voor hun geliefde.

» Geef informatie aan de verzorger over dementie, maar houd wel rekening met de wensen van de persoon met dementie.

» Bied training en geef ondersteuning in specifieke vaardigheden, bijvoorbeeld in het omgaan met moeilijk gedrag, indien nodig. Een zeer effectieve manier is om een rollenspel te gebruiken waarin mensen actief deelnemen.

» Overweeg of het mogelijk is om praktische ondersteuning te bieden, bijv. respijtzorg thuis. Een ander familielid of een geschikte persoon kan de persoon met dementie begeleiden en verzorgen zodat de primaire verzorger kan uitrusten of tijd heeft om andere dingen te doen.

» Onderzoek of de persoon in aanmerking komt voor een invaliditeitsuitkering of andere sociale/financiële ondersteuning (van de overheid of via een organisatie of instelling).

FARMACOLOGISCHE INTERVENTIES

2.6 Bij dementie zonder gedrags-/psychologische symptomen

» ⛔ Schrijf bij alle gevallen van dementie geen cholinesteraseremmers (zoals donepezil, galantamine en rivastigmine) of memantine voor.

» Overweeg medicatie alleen in een situatie waarin een specifieke diagnose van de ziekte van Alzheimer kan worden gesteld EN waar **adequate ondersteuning en toezicht is door specialisten** en waar verzorgers kunnen letten op bijwerkingen en respons.

Indien van toepassing:

» Bij dementie met vermoeden van de ziekte van Alzheimer, en onder STRENG TOEZICHT, overweeg cholinesteraseremmers (bijv. donepezil, galantamine, rivastigmine) OF memantine.

» Overweeg memantine bij dementie met bijbehorende vaatziekten.

2.7 Antipsychotische medicatie bij gedrags- en/of psychische klachten

» Bied eerst psychosociale interventies.

» Als er een dreigend risico is voor persoon of verzorgers, overweeg dan antipsychotica. Ga naar » **PSY 2, Begeleiding** voor meer informatie over antipsychotische medicatie.

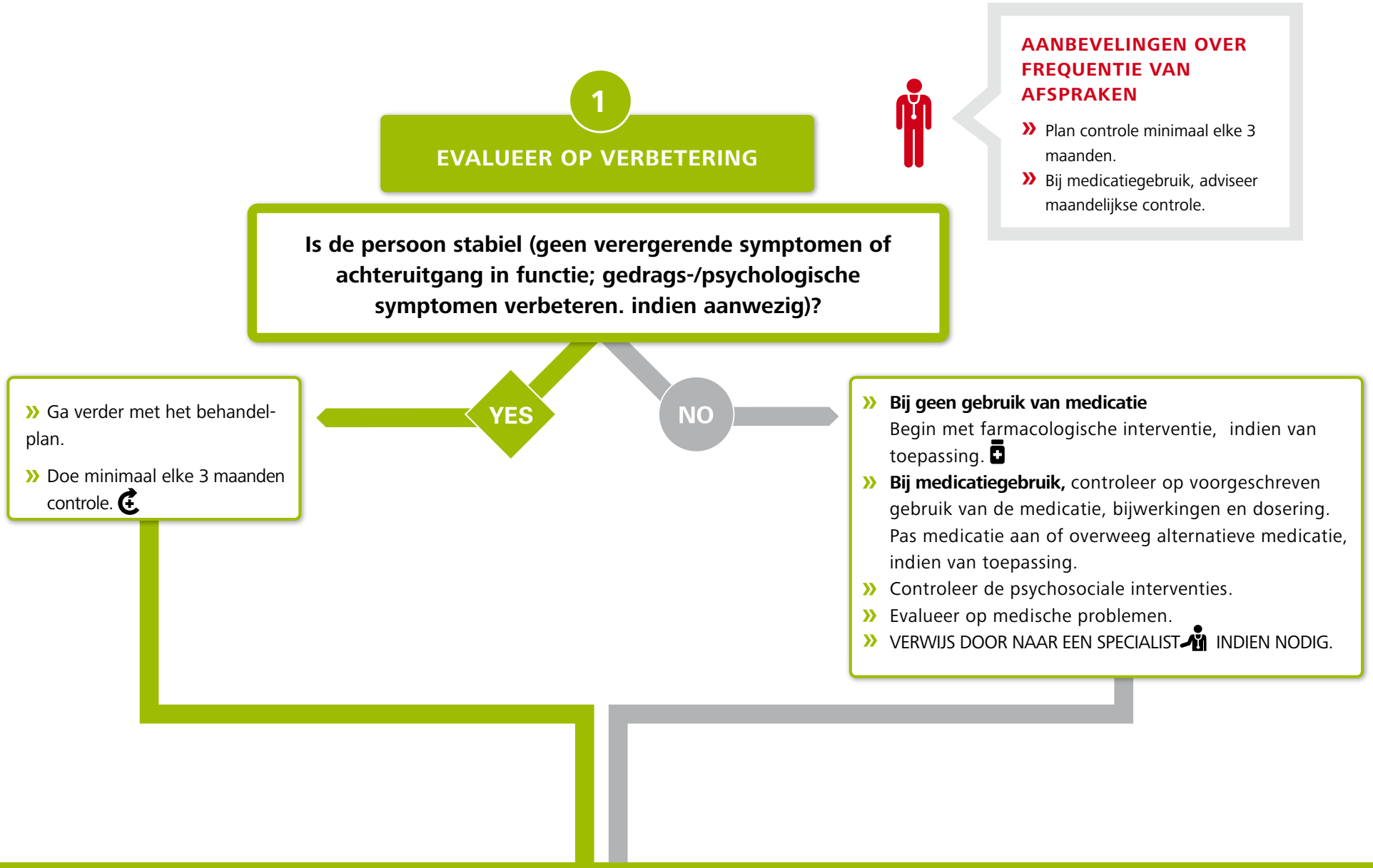
» Volg deze principes:

- 'Begin laag en vorder traag' (titreren) en evalueer regelmatig de behoefte (minstens maandelijks).
- Gebruik de laagste effectieve dosis.
- Controleer de persoon op extrapiramidale symptomen (EPS).

» ⛔ Vermijd i.v. haloperidol.

» ⛔ Vermijd diazepam.

DEM 3 » Controle



2 DOE REGELMATIG EEN ROUTINEMATIGE EVALUATIE

Evalueer en behandel bij elk bezoek routinematig het volgende:

- **Bijwerkingen van medicatie**
  Bij gebruik van antipsychotica, controleer op extrapiramidale symptomen (Ga naar **»PSY)**. Stop of verlaag de dosis indien aanwezig.
- **Medische en MNS-co-morbiditeiten**
- **Mogelijkheid om deel te nemen aan dagelijkse activiteiten en eventuele zorgbehoeften**
- **Veiligheidsrisico's** en bied passende gedragsaanpassing als de ziekte is gevorderd (bijv. geen autorijden, koken, enz.)
- **Evalueer op nieuwe gedrags- of psychologische symptomen**
- **Symptomen van depressie** (Ga naar **»DEP**) **of bij dreigend risico op zelfbeschadiging/zelfmoord** (Ga naar **»SUI**).
- **Behoeften van de verzorgers**

3 BIED PSYCHOSOCIALE INTERVENTIES

- **Ga door met het stimuleren van het functioneren en geef psychosociale educatie.**
  Zie **» DEM 2.1-2.5 en » ECP** voor meer informatie.

STOORNISSEN ALS GEVOLG VAN MIDDELENGEBRUIK

Stoornissen als gevolg van middelengebruik zijn stoornissen die veroorzaakt worden door zowel het gebruik van drugs als alcohol en bepaalde aandoeningen, waaronder acute intoxicatie, overdosering en ontwenning/onthouding.

ACUTE INTOXICATIE is een tijdelijke toestand na de inname van een psychoactieve stof die leidt tot een verstoring van bewustzijn, cognitie, perceptie, affect of gedrag.

OVERDOSERING is het gebruik van een medicijn of middel in een hoeveelheid die acuut nadelige fysieke of mentale effecten veroorzaakt.

ONTWENNING is de belevenis van een reeks onaangename symptomen na het abrupt stoppen of verlagen van de dosis van een psychoactieve stof; deze stof is in voldoende hoge doseringen gebruikt en langdurig genoeg dat de persoon er fysiek of mentaal afhankelijk van is geworden. Ontwenningsverschijnselen zijn in wezen het tegenovergestelde van de verschijnselen die door de psychoactieve stof zelf worden geproduceerd.

SCHADELIJK GEBRUIK is een patroon van gebruik van psychoactieve stoffen dat de gezondheid benadeelt. Deze schade kan fysiek zijn, bijvoorbeeld leverziekte, of mentaal, bijvoorbeeld episodes van een depressieve stoornis. Het wordt vaak geassocieerd met sociale gevolgen, zoals problemen thuis of op het werk.

AFHANKELIJKHEID is een cluster van fysiologische, gedrags- en cognitieve fenomenen waarbij het gebruik van een psychoactieve stof een veel hogere prioriteit heeft voor een persoon dan andere gedragsvormen die ooit belangrijker waren. Afhankelijkheid wordt gekenmerkt door een sterk verlangen naar het gebruik van het middel en het verlies van de controle over het gebruik. Het wordt vaak geassocieerd met een grote hoeveelheid van middelengebruik en het optreden van ontwenningsverschijnselen bij het stoppen.

SUB » In een oogopslag

EVALUATIE

» SPOEDEVALUATIE: Is er een vermoeden van intoxicatie of ontwenning?

- Lijkt de persoon verdoofd of versuft?
- Lijkt de persoon overprikkeld, angstig of onrustig?
- Lijkt de persoon in de war?

» Gebruikt de persoon psychoactieve stoffen?

» Is er sprake van schadelijk gebruik?

» Is de persoon afhankelijk van middelen?

BEGELEIDING

» Begeleidingsprotocollen

1. Schadelijk gebruik
2. Afhankelijkheid
3. Ontwenning van alcohol
4. Ontwenning van opioïden
5. Onderhoudsbehandeling met opiaatagonist
6. Ontwenning van benzodiazepines

» Psychosociale interventies

» Farmacologische interventies

CONTROLE

SUB » SPOEDGEVAL

Indien het geen spoedgeval is, ga naar **»***SUB 1, Evaluatie.*

SPOEDGEVALLEN VAN STOORNISSEN DOOR MIDDELENGEBRUIK

- ***Acute alcoholvergiftiging:*** *Geur van alcohol op de adem, onduidelijke spraak, ongeremd gedrag; verstoring van bewustzijn, cognitie, perceptie, affect of gedrag*
- ***Overdosis opioïden:*** *Persoon reageert niet of is minimaal responsief, langzame ademhalingsfrequentie, vernauwde pupillen*
- ***Ontwenning van alcohol of andere kalmerende middelen:*** *Tremor in de handen, zweten, braken, verhoogde pols en bloeddruk, opwinding of onrust, hoofdpijn, misselijkheid, angst; toevallen en verwardheid in ernstige gevallen*
- ***Intoxicatie door stimulerende middelen:*** *Verwijde pupillen, opgewonden, razendsnelle gedachten, gestoord denken, vreemd gedrag, recent gebruik van cocaïne of andere stimulerende middelen, verhoogde hartslag en bloeddruk, agressief, grillig of gewelddadig gedrag*
- ***Delirium geassocieerd met middelengebruik:*** *Verwarring, hallucinatie, snelle gedachten, angst, onrust, desoriëntatie, meestal in combinatie met intoxicatie van stimulerende middelen of ontwenning van alcohol (of een ander kalmerend middel)*

1

Lijkt de persoon verdoofd of versuft?

KLINISCHE TIP

» Vermoed sedatieve intoxicatie/ overdosering bij iemand met onverklaarbare sufheid of slaperigheid en langzame ademhaling.

NO

SLA over en ga naar STAP 2

YES

Vermoed INTOXICATIE van KALMEREND MIDDEL (alcohol, opioïden, andere sedativa)

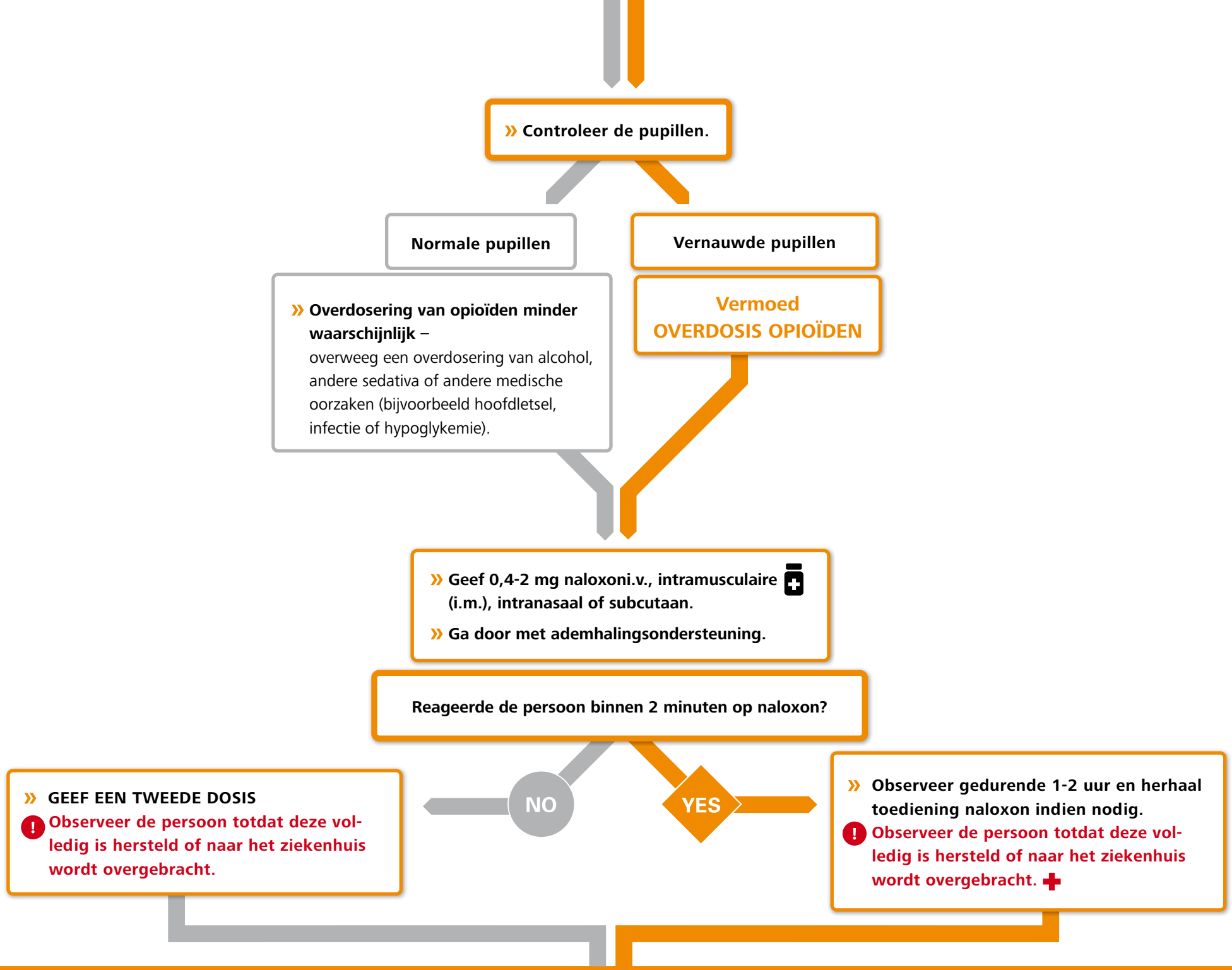
- **Controleer de luchtweg, ademhaling en bloedsomloop**
- **Zorg voor initiële ademhalingsondersteuning.**
- **Dien zuurstof toe**

Reageert de persoon minimaal of niet, of heeft de persoon ademhalingsproblemen?

NO

YES

- **Verleen ondersteunende zorg.**
- **Houd de vitale functies in de gaten.**
- **Leg de persoon op zijn zij om aspiratie te voorkomen.**
- **Geef zuurstof, indien beschikbaar.**
- **Overweeg intraveneuze (i.v.) rehydratatie, maar geef een verdoofde persoon geen orale vloeistoffen.**
- **Observeer de persoon totdat deze volledig is hersteld of naar het ziekenhuis wordt overgebracht.**


» Controleer de pupillen.
Normale pupillen
Vernauwde pupillen
» Overdosering van opioïden minder waarschijnlijk – overweeg een overdosering van alcohol, andere sedativa of andere medische oorzaken (bijvoorbeeld hoofdletsel, infectie of hypoglykemie).
Vermoed OVERDOSIS OPIOÏDEN
» Geef 0,4-2 mg naloxoni.v., intramusculaire (i.m.), intranasaal of subcutaan.
» Ga door met ademhalingsondersteuning.
Reageerde de persoon binnen 2 minuten op naloxon?
NO
YES
» GEEF EEN TWEEDE DOSIS
! Observeer de persoon totdat deze volledig is hersteld of naar het ziekenhuis wordt overgebracht.
» Observeer gedurende 1-2 uur en herhaal toediening naloxon indien nodig.
! Observeer de persoon totdat deze volledig is hersteld of naar het ziekenhuis wordt overgebracht.

2 Lijkt de persoon overprikkeld, angstig of onrustig?

YES

NO → SLA over en ga naar STAP 3

EVALUEER EN BEHANDEL A – D

A **De persoon is onlangs gestopt met drinken of het gebruik van kalmerende middelen en vertoont nu een van de volgende symptomen:** Tremoren, zweten, braken, verhoogde bloeddruk en hartslag en onrust/opwinding.

Vermoed ONTWENNING VAN ALCOHOL, BENZODIAZEPINE OF ANDERE KALMERENDE MIDDELEN

» **BEHANDEL ONTWENNINGSVERSCHIJNSELEN**
- Als de persoon tremoren, zweten of veranderingen in de vitale functies heeft, geef dan 10-20 mg diazepam oraal (p.o.) en breng de persoon over naar het ziekenhuis of een ontwenningskliniek, indien mogelijk.
- Observeer en herhaal de doses indien nodig bij aanhoudende ontwennings-verschijnselen (tremoren, zweten, verhoogde bloeddruk en hartslag).
- **Alleen** bij ontwenning van alcohol: Geef gedurende vijf dagen dagelijks 100 mg thiamine.

» **Zodra de persoon stabiel is, stap over op**

! **BRENG DE PERSOON ONMIDDELLIJK NAAR EEN ZIEKENHUIS bij een van de volgende symptomen:**
- Andere ernstige medische problemen, bijvoorbeeld hepatische encefalopathie, gastro-intestinale bloedingen of hoofdletsel.
- Epileptische aanvallen: geef eerst diazepam 10-20 mg p.o., i.v. of rectaal (p.r.).
- Delirium: geef eerst diazepam 10-20 mg p.o., i.v. of rectaal (p.r.). Bij een ernstige vorm die niet reageert op diazepam, geef dan een antipsychoticum zoals haloperidol 1-2,5 mg p.o. of i.m. Ga door met het behandelen van andere ontwenningsverschijnselen (tremoren, zweten, veranderingen van de vitale functies) met diazepam p.o., i.v. of p.r.

B **De persoon heeft onlangs stimulerende middelen (cocaïne, amfetamine-achtige stimulerende middelen (ATS) of andere stimulerende middelen) gebruikt en vertoont een van de volgende symptomen:** verwijde pupillen, angst, opwinding/onrust, hyper-excitatie, snelle gedachten, verhoogde pols en bloeddruk.

Vermoed ACUTE INTOXICATIE DOOR STIMULERENDE MIDDELEN

- » Geef diazepam 5-10 mg p.o., i.v. of p.r. in getitreerde doses totdat de persoon kalm en licht verdoofd is.
- » Bij ernstige psychotische symptomen die niet reageren op diazepam, geef een antipsychoticum zoals haloperidol 1-2,5 mg p.o. of i.m. **Behandel totdat de symptomen verdwijnen. Als de symptomen aanhouden, ga dan naar »PSY**.
- » Ga voor de behandeling van personen met agressief en/of onrustig gedrag **naar »PSY, Tabel 5.**
- » **Als de persoon last heeft van pijn op de borst, tachyaritmieën of andere neurologische symptomen, BRENG DE PERSOON DAN NAAR HET ZIEKENHUIS.** ✚
- » **Let tijdens de post-intoxicatiefase op suïcidale gedachten of acties. Als er suïcidale gedachten zijn, ga dan »SUI.**

C **De persoon is onlangs gestopt met het gebruik van opioïden en vertoont een van de volgende symptomen:** verwijde pupillen, spierpijn, buikkrampen, hoofdpijn, misselijkheid, braken, diarree, loopneus en waterige ogen, angst, rusteloosheid.

Vermoed ACUTE ONTWENNING VAN OPIOÏDEN

- » **BEHANDEL DE ONTWENNING VAN OPIOÏDEN**
  - Methadon 20 mg, geef eventueel 4 uur later een aanvullende dosis van 5-10 mg.
  - Buprenorfine 4-8 mg, eventueel een aanvullende dosis 12 uur later.
  - Als methadon of buprenorfine niet beschikbaar zijn, kan elke opioïd worden gebruikt in de acute setting, d.w.z. morfinesulfaat 10-20 mg als startdosis met een extra dosis van 10 mg, indien nodig. Overweeg ook een alfa-adrenerge agonist, d.w.z. clonidine of lofexidine.
- » **Als de persoon eenmaal stabiel is, ga naar »SUB 2**

D **SLUIT ANDERE MEDISCHE OORZAKEN EN PRIORITAIRE PSYCHISCHE EN NEUROLOGISCHE AANDOENINGEN EN MIDDELENGEBRUIK (MNS-AANDOENINGEN) UIT.**

3

Lijkt de persoon in de war?

YES

NO → SLA over en ga naar **SUB 1 Evaluatie**

Zijn er medische aandoeningen die de verwarring kunnen verklaren, zoals:

- hoofdletsel
- hypoglykemie
- longontsteking of andere infecties
- hepatische encefalopathie
- cerebrovasculaire accidenten (CVA)

YES → ! » **Behandel de fysieke aandoening en verwijs de persoon naar het ziekenhuis.** ✚

NO

EVALUEER EN BEHANDEL A – C

A **Persoon is de afgelopen week gestopt met drinken:** verwardheid, hallucinatie, razendsnelle gedachten, angst, onrust, desoriëntatie, meestal in combinatie met een intoxicatie van kalmerende middelen of ontwenning van alcohol (of een ander kalmerend middel).

Vermoed ONTWENNING VAN ALCOHOL OF ANDERE KALMERENDE MIDDELEN DELIRIUM

» **Als de persoon andere verschijnselen van ontwenning aan alcohol of kalmerende middelen vertoont (tremoren, zweten, veranderingen in de vitale functies)**

– **Behandel met diazepam 10-20 mg p.o. naar behoefte.**

– **BRENG DE PERSOON OVER NAAR EEN ZIEKENHUIS.** ✚

» **Behandel het delirium** met antipsychotica zoals haloperidol 1-2,5 mg p.o. of i.m.

B

Persoon heeft de afgelopen dagen zwaar gedronken EN heeft een van de volgende verschijnselen:

– nystagmus (onwillekeurige, snelle en repetitieve beweging van de ogen)

– oftalmoplegie (zwakte/verlamming van een of meer van de spieren die de oogbeweging regelen)

– ataxie (ongecoördineerde bewegingen).

Vermoed ZIEKTE VAN WERNICKE (OF WERNICKE-ENCEFALOPATHIE)

» Behandel met thiamine 100-500 mg 2-3 keer per dag i.v. of i.m. gedurende 3-5 dagen.

» **BRENG DE PERSOON OVER NAAR EEN ZIEKENHUIS.**

C

De persoon heeft de afgelopen dagen stimulerende middelen gebruikt: Verwijde pupillen, opgewonden, razendsnelle gedachten, gestoord denken, vreemd gedrag, recent gebruik van psychoactieve middelen, verhoogde hartslag en bloeddruk, agressief, grillig of gewelddadig gedrag.

Vermoed INTOXICATIE DOOR STIMULERENDE OF HALLUCINOGENE MIDDELEN

» Behandel met diazepam 5-10 mg p.o., i.v. of p.r. totdat de patiënt licht verdoofd is.

» Bij ernstige psychotische symptomen **die niet reageren op diazepam, geef een antipsychoticum zoals haloperidol 1-2,5 mg p.o. of i.m.**

» Als de symptomen **aanhouden, ga naar »PSY**

KLINISCHE TIP»

» Ga na de behandeling van het spoedgeval naar **»SUB 1-evaluatie** en **»SUB 2-beheerprotocollen 1 tot 6** indien van toepassing.

SUB 1 » Evaluatie

VEELVOORKOMENDE SYMPTOMEN VAN STOORNISSEN ALS GEVOLG VAN MIDDELENGEBRUIK

- *Onder de invloed lijken te zijn van alcohol of een ander middel (bijv. alcoholgeur, onduidelijke spraak, suf, grillig of onvoorspelbaar gedrag)*
- *Tekenen van recent drugsgebruik (recente injectiepunten, huidinfectie)*
- *Tekenen en symptomen van acute gedragseffecten, ontwenningsverschijnselen of effecten van langdurig gebruik* ***(zie Tekstvak 1)***
- *Verslechtering van het sociaal functioneren (d.w.z. moeilijkheden op het werk of thuis, onverzorgd uiterlijk)*
- *Tekenen van chronische leverziekte (abnormale leverenzymen), gele huid en ogen, voelbare en gevoelige leverrand (bij leverziekte in vroegtijdig stadium), ascites (opgezette buik is gevuld met vloeistof), spinnaevi (spinachtige bloedvaten zichtbaar op het huidoppervlak), en veranderde mentale toestand (hepatische encefalopathie)*
- *Problemen met evenwicht, lopen, gecoördineerde bewegingen en nystagmus*
- *Bijkomende bevindingen: macrocytaire anemie, laag aantal bloedplaatjes, verhoogd gemiddeld corpusculair volume (MCV)*
- *Spoedgeval als gevolg van ontwenning van een middel, overdosis of intoxicatie. Persoon kan verdoofd, overprikkeld, onrustig/ opgewonden, angstig of verward overkomen*
- ***Personen met stoornissen door middelengebruik melden niet altijd dat ze problemen hebben met middelengebruik. Let op het volgende:***
  - Herhaalde verzoeken om psychoactieve medicatie, waaronder pijnstillers
  - Verwondingen
  - Infecties geassocieerd met intraveneus drugsgebruik (hiv/aids, hepatitis C)

KLINISCHE TIP

» *Vermijd stereotypering! Alle personen die zich bij een medische of zorginstelling melden, moeten worden gevraagd naar hun tabaks- en alcoholgebruik.*

TEKSTVAK 1: PSYCHOACTIEVE STOFFEN: ACUTE GEDRAGSEFFECTEN. ONTWENNINGSVERSCHIJNSELEN EN EFFECTEN VAN LANGDURIG GEBRUIK

	ACUTE GEDRAGSEFFECTEN	ONTWENNINGSVERSCHIJNSELEN	EFFECTEN VAN LANGDURIG GEBRUIK
Alcohol	Alcoholgeur bij de adem, onduidelijke spraak, ongeremd gedrag, opwinding/onrust, braken, onvaste gang	Tremoren, beven, misselijkheid/braken, verhoogde hartslag en bloeddruk, toevallen, opwinding, verwardheid, hallucinaties ***Kan levensbedreigend zijn***	Verlies van hersenvolume, vermindering van de cognitieve capaciteit, verminderd beoordelingsvermogen, verlies van evenwicht, leverfibrose, gastritis, bloedarmoede, verhoogd risico op sommige vormen van kanker en een reeks andere medische problemen
Benzodiazepines	Onduidelijke spraak, ongeremd gedrag, onvaste gang	Angst, slapeloosheid, tremoren, beven, misselijkheid/braken, verhoogde hartslag en bloeddruk, toevallen, onrust/opwinding, verwardheid, hallucinaties ***Kan levensbedreigend zijn***	Geheugenstoornis, verhoogd risico op vallen bij ouderen, risico op fatale overdosis kalmerende middelen
Opioïden	Vernauwde pupillen, sufheid en in slaap vallen, verminderd bewustzijn, langzame spraak	Verwijde pupillen, angst, misselijkheid/braken/diarree, buikkrampen, spierpijn, hoofdpijn, loopneus en waterige ogen, geeuwen, haar op de armen staat rechtop, verhoogde hartslag en bloeddruk	Obstipatie, risico op fatale overdosis kalmerende middelen, hypogonadisme, aanpassingen in belonings-, leer- en stressreacties
Tabaksgebruik	Opwinding, verhoogde aandacht, concentratie en geheugen; verminderde angst/onrust en eetlust; stimulerende effecten	Prikkelbaarheid, vijandigheid, angst, dysforie, depressieve stemming, verhoogde hartslag, verhoogde eetlust	Longziekte (bij rokers), hart- en vaatziekten, risico op kanker en andere gezondheidseffecten
Cocaïne, methamfetaminen en stimulerende middelen van het amfetaminetype	Verwijde pupillen, verhoogde bloeddruk en hartslag, opgewonden, euforisch, hyperactiviteit, snelle spraak, razendsnelle gedachten, gestoord denken, paranoia, agressief, grillig, gewelddadig	Vermoeidheid, verhoogde eetlust, depressiviteit, prikkelbare stemming ***Let op zelfmoordgedachten***	Hypertensie, verhoogd risico op cerebrovasculaire accidenten (CVA), aritmieën, hartaandoeningen, angst, depressie
Qat	Alertheid, euforie en lichte opwinding	Lethargie, depressieve modus, prikkelbaarheid	Qat-gebruikers besteden vaak een aanzienlijk deel van de dag aan het kauwen van qat; obstipatie, risico op psychische problemen zoals psychose
Cannabis	Normale pupillen, rode conjunctivae, vertraagd reactievermogen, euforie, ontspanning	Depressieve of labiele stemming, angst, prikkelbaarheid, slaapstoornis (mogelijk zijn er geen duidelijk waarneembare kenmerken)	Verhoogd risico op psychische problemen, waaronder angst, paranoia en psychose, gebrek aan motivatie, concentratieproblemen, verhoogd risico op vasospasme wat kan leiden tot een hartinfarct en beroerte
Tramadol	Opioïdeffecten (sedatie, euforie, enz.) gevolgd door stimulerende effecten (excitatie en in hoge doses toevallen	Ontwenningsverschijnselen met name bij opioïden, maar ook enkele ontwenningsverschijnselen van serotonine-norepinefrine-heropnameremmer (SNRI) (depressieve stemming, lethargie)	Afhankelijkheid van opioïden, risico op epileptische aanvallen, verstoorde slaap
Vluchtige stoffen	Duizeligheid, desoriëntatie, euforie, licht gevoel in het hoofd, verhoogde stemming, hallucinaties, waanbeelden, coördinatiestoornissen, visuele stoornissen, anxiolyse, sedatie	Verhoogde gevoeligheid voor aanvallen	Verminderde cognitieve functie en dementie, perifere neuropathie, andere neurologische gevolgen, verhoogd risico op aritmieën die een plotselinge dood kunnen veroorzaken
Hallucinogenen	Verhoogde hartslag, bloeddruk, lichaamstemperatuur, verminderde eetlust, misselijkheid, braken, motorische coördinatiestoornissen, verwijde pupillen (Note: in de brontekst staat: papillary dilatation, vermoed dat het pupillary moet zijn), hallucinaties	Geen bewijs	Acute of chronische psychotische episodes, flashbacks of het opnieuw ervaren van drugseffecten lang na de stopzetting van het gebruik
MDMA	Verhoogd zelfvertrouwen, empathie, begrip, gevoel van intimiteit, communicatie, euforie, energie	Misselijkheid, spierstijfheid, hoofdpijn, verlies van eetlust, wazig zien, droge mond, slapeloosheid, depressie, angst, vermoeidheid, concentratiestoornissen	Neurotoxisch, leidt tot gedrags- en fysiologische gevolgen, depressie

1 Gebruikt de persoon middelen?

Vraag naar het gebruik van tabak, alcohol en psychoactieve voorgeschreven medicijnen. Overweeg, afhankelijk van de omgeving en de presentatie, te vragen naar cannabis en ander middelengebruik.

KLINISCHE TIP

Stel de volgende vragen tijdens het afnemen van een anamnese:

- Hoe is de persoon begonnen met het gebruiken van middelen?
- Wanneer zijn ze begonnen met gebruiken?
- Wat gebeurde er op dat moment in hun leven?
- Is er iemand in hun familie of sociale kring die middelen gebruikt?
- Hebben ze geprobeerd hun gebruik te verminderen? Waarom? Wat is er gebeurd?

NO

- Benadruk de gezondheidsvoordelen van het niet gebruiken van psychoactieve stoffen.
- **VERLAAT DE MODULE**

YES

2 Is het middelengebruik schadelijk?

Beoordeel het volgende voor elk gebruikt middel:

A Frequentie en hoeveelheid gebruik. *(Hint: Vraag "Hoeveel dagen per week gebruikt u dit middel? Hoeveel gebruik je per dag?")*

B Schadelijk gedrag. *(Hint: Vraag "Veroorzaakt je middelengebruik problemen?"*

- Verwondingen en ongevallen
- Rijden onder invloed
- Het injecteren van drugs, naalden delen, naalden hergebruiken
- Relatieproblemen als gevolg van gebruik
- Risicovolle seksuele activiteit onder invloed of waar de persoon later spijt van had
- Juridische of financiële problemen
- Niet in staat om verantwoord voor kinderen te zorgen
- Gewelddadig tegen anderen
- Slechte prestaties in het onderwijs of op het werk
- Slechte prestaties in verwachte sociale rollen (bijv. kinderen opvoeden)

NO

YES

Onthoud de antwoorden voor later gebruik tijdens de evaluatie.

3

Is AFHANKELIJKHEID waarschijnlijk?

Vraag voor elk gebruikt middel naar de volgende kenmerken van afhankelijkheid:

- Zeer frequent gebruik van *grote hoeveelheden van het middel*
- Een **sterk verlangen naar** of dwangmatig hunkeren naar het middel
- Moeite met het **zelf reguleren** van het gebruik van het middel ondanks de risico's en schadelijke gevolgen
- Toenemende **gebruikstolerantie** en **ontwenningsverschijnselen** bij stoppen van gebruik

NO

YES

» Ga naar **PROTOCOL 2**

ALS ER EEN DREIGEND RISICO OP ZELFMOORD IS, EVALUEER EN BEHANDEL voordat u verdergaat naar het Protocol (Ga naar» SUI)

KLINISCHE TIP

Patronen van middelengebruik die afhankelijkheid suggereren, zijn onder meer:

TABAK: meerdere keren per dag, begint vaak 's ochtends.
ALCOHOL: meer dan 6 standaard drankjes per keer, en dagelijks gebruik.
VOORGESCHREVEN MEDICIJNEN: een hogere dosis medicatie innemen dan voorgeschreven en liegen om recepten te krijgen.
CANNABIS: minimaal 1 gram cannabis per dag.

Is het middelengebruik schadelijk?
Zie antwoord in stap 2 hierboven.

NO

YES

» Ga naar **PROTOCOL 1**

ALS ER EEN DREIGEND RISICO OP ZELFMOORD IS, EVALUEER EN BEHANDEL voordat u verdergaat naar het Protocol (Go to » SUI)

» Geef psycho-educatie over de risico's van de verschillende niveaus van elk gebruikt middel.
» **VERLAAT DE MODULE**
» **VERLAAT DE MODULE**

SUB 2 » Behandeling

PROTOCOL

1 Schadelijk gebruik

- **Geef psycho-educatie** en benadruk dat het niveau/patroon van middelengebruik schadelijk is voor de gezondheid.
- Verken de motivaties van de persoon voor middelengebruik. **Vraag de persoon uitgebreid naar de redenen voor het gebruik** (motiverende gespreksvoering)
  (Zie **KORTE PSYCHOSOCIALE INTERVENTIE – MOTIVERENDE GESPREKSVOERING (2.2)**).
- Adviseer de persoon om het gebruik van het middel volledig te stoppen of een niet-schadelijke hoeveelheid te consumeren, als dit mogelijk is.
  Verwoord duidelijk dat u de persoon hierbij zal ondersteunen. Vraag of de persoon klaar is om deze verandering aan te brengen.
- Bekijk **STRATEGIEËN VOOR HET VERMINDEREN OF STOPPEN VAN GEBRUIK (2.3)** en **STRATEGIEËN VOOR HET VERMINDEREN VAN SCHADE (2.5)**.
- Bespreek de behoeften van de persoon op het gebied van voedsel, huisvesting en werkgelegenheid.
- Controle
- Als de persoon een adolescent is of een vrouw in de vruchtbare leeftijd, zwanger is of borstvoeding geeft, zie **SPECIALE POPULATIES.**

PROTOCOL

2

Afhankelijkheid

ALS DE PERSOON AFHANKELIJK IS VAN OPIOÏDEN:

- Onderhoudsbehandeling is over het algemeen effectiever dan detoxificatie.
- Evalueer de mate van de afhankelijkheid en, indien van toepassing, verwijs de persoon door of schrijf een onderhoudsbehandeling voor met een opiaatantagonist, ook bekend als opioïde vervangingstherapie (OST), na detoxificatie. Ga naar **PROTOCOL 5 (Onderhoudsbehandeling met opiaatantagonist).**
- Zorg in de overige gevallen voor een geplande detoxificatie, indien nodig. Ga naar **PROTOCOL 4 (Ontwenning van opioïden).**

ALS DE PERSOON AFHANKELIJK IS VAN BENZODIAZEPINES:

- Plotseling stoppen kan leiden tot epileptische aanvallen en delirium. Overweeg om de dosis benzodiazepine geleidelijk af te bouwen met voorschrijving onder toezicht of neem de persoon op in een medische instelling om de dosis sneller te verlagen. Ga naar **PROTOCOL 6 (Ontwenning van benzodiazepines).**

ALS DE PERSOON AFHANKELIJK IS VAN ALCOHOL:

- Plotseling stoppen met alcohol kan leiden tot epileptische aanvallen en delirium; als de persoon echt bereid is te stoppen met het gebruik van alcohol, faciliteer dit dan. Bepaal de juiste omgeving om het alcoholgebruik te staken en regel zo nodig intramurale zorg voor detoxificatie, indien nodig. Ga naar **PROTOCOL 3 (Ontwenning van alcohol).**
- Adviseer het gebruik van thiamine in een dosis van 100 mg/dag p.o.
- Overweeg een farmacologische interventie om terugval naar alcoholafhankelijkheid te voorkomen; aanbevolen medicijnen zijn acamprosaat, naltrexon en disulfiram. Baclofen kan ook worden gebruikt, maar vanwege de verdovende effecten en het risico op misbruik is dit beter voorbehouden aan gespecialiseerde medische instellingen. Een effectieve reactie op deze medicijnen is onder meer een vermindering van de hoeveelheid en frequentie van alcoholgebruik, en mogelijk volledige onthouding. Ga naar **Tabel 1.**

VOOR ALLE ANDERE MIDDELEN:

- Adviseer de persoon om het gebruik van het middel volledig te stoppen en verwoord duidelijk dat u bereid bent om de persoon daarbij te ondersteunen. Vraag of de persoon klaar is om deze stap te nemen.
- Bekijk **STRATEGIEËN VOOR HET VERMINDEREN OF STOPPEN VAN GEBRUIK** en **STRATEGIEËN VOOR HET VERMINDEREN VAN SCHADE.**
- Overweeg doorverwijzing naar zelfhulpgroepen of revalidatie/therapeutische woongroepen, indien beschikbaar.
- Bespreek de behoeften op het gebied van voedsel, huisvesting en werkgelegenheid.
- Evalueer en behandel eventuele lichamelijke of geestelijke gezondheidsproblemen, bij voorkeur na 2-3 weken onthouding, aangezien sommige problemen door onthouding zullen verdwijnen.

BIJ ALLE GEVALLEN:

- Bied psycho-educatie.
- Zorg voor een ontwenningsbehandeling indien nodig of overweeg een behandeling in een intramurale faciliteit, indien beschikbaar. Behandel de ontwenningsverschijnselen indien nodig.
- Bied een korte interventie met behulp van een motiverende gespreksvoering om de persoon aan te moedigen actief betrokken te zijn bij de behandeling van hun middelenafhankelijkheid.
- Overweeg een langdurigere psychosociale behandeling voor personen met aanhoudende problemen veroorzaakt door middelengebruik, als ze niet reageren op de eerste korte interventies. Evidence-based (op bewijs gebaseerde) psychologische therapieën voor stoornissen als gevolg van middelengebruik omvatten onder meer gestructureerde individuele en groepstherapie voor een periode van 6-12 weken of langer. Deze therapie gebruikt technieken zoals cognitieve gedragstherapie, motiverende therapie, contingency management-therapie, community reinforcement appoach (een vorm van therapie die de sociale netwerken van de persoon inzet) en gezinstherapie. Evidence-based benaderingen van sociale ondersteuning richten zich onder meer op werkgelegenheid en huisvesting.

PROTOCOL

3

Ontwenning van alcohol

» Zorg voor een rustige en niet-stimulerende omgeving; overdag goed verlicht en 's nachts voldoende verlicht om een val te voorkomen als de persoon 's nachts wakker wordt.

» Zorg voor voldoende inname van vocht en elektrolyten, zoals kalium en magnesium.

» **VOORKOM UITDROGING:** Zorg voor voldoende hydratatie, inclusief i.v. hydratatie, indien nodig, en stimuleer orale vloeistofinname. Zorg ervoor dat u thiamine vóór de glucose toedient om de ziekte van Wernicke te voorkomen.

» **Farmacologische interventies:**
Behandel, indien nodig, de ontwenningsverschijnselen van alcohol. Voorkom ontwenningsverschijnselen met diazepam bij een geplande detoxificatie. De dosis en duur van de behandeling met diazepam is afhankelijk van de ernst van de ontwenningsverschijnselen.

- Begin met een dosis diazepam van maximaal 40 mg per dag (10 mg vier keer per dag of 20 mg twee keer per dag) gedurende 3-7 dagen, p.o. Bouw de dosis en/of frequentie geleidelijk af zodra de symptomen verbeteren. Houd regelmatig toezicht op de persoon, omdat iedereen anders reageert op dit medicijn.
- In een **ziekenhuis** kan diazepam vaker worden toegediend (elk uur), en in hogere dagelijkse doses, tot 120 mg per dag gedurende de eerste 3 dagen p.o., indien nodig, afgestemd op de frequente evaluatie van de ontwenningsverschijnselen en de mentale toestand van de persoon.
- Bij personen met een **verstoord levermetabolisme** (d.w.z. personen met tekenen van leverziekte of ouderen), geef in eerste instantie een enkele lage dosis van 5-10 mg p.o., aangezien benzodiazepines bij deze populaties een langere werkingsduur kunnen hebben. Als alternatief kan een korter werkend benzodiazepine, zoals **oxazepam, worden gebruikt in plaats van diazepam. Zie** Tabel 1.
- **WAARSCHUWING**
  Wees voorzichtig bij het toedienen of verhogen van de dosis benzodiazepines, omdat deze ademhalingsdepressie kunnen veroorzaken. Wees voorzichtig bij personen met luchtwegenaandoeningen en/of hepatische encefalopathie.

VOORKOMEN EN BEHANDELEN VAN DE ZIEKTE VAN WERNICKE:

» Chronische zware alcoholgebruikers lopen risico op de **ziekte van Wernicke**, een thiaminedeficiëntiesyndroom dat wordt gekenmerkt door verwardheid, nystagmus, oftalmoplegie (problemen met oogbewegingen) en ataxie (ongecoördineerde bewegingen).

» **Om dit syndroom te voorkomen, moeten alle personen met een voorgeschiedenis van chronisch alcoholgebruik een dagelijkse dosis van 100 mg thiamine p.o. krijgen. Zorg ervoor dat u thiamine vóór de glucose toedient om de ziekte van Wernicke te voorkomen.**

KLINISCHE TIP

Bij een geplande stopzetting van alcoholgebruik, evalueer het risico van de persoon op ernstige ontwenningsverschijnselen.

Stel de volgende vragen:

» Zijn er in het verleden episodes geweest van ernstige ontwenningsverschijnselen, waaronder toevallen of delirium?

» Zijn er andere belangrijke medische of psychiatrische problemen?

» Heeft de persoon significante ontwenningsverschijnselen binnen 6 uur na het laatste drankje?

» Zijn er in het verleden extramurale pogingen om te stoppen mislukt?

» Is de persoon dakloos of is er geen enkele sociale ondersteuning?

Bij een hoog risico gaat de voorkeur uit naar intramurale detoxificatie boven extramurale detoxificatie.

KLINISCHE TIP: Algemene principes bij de behandeling van ontwenning:

- Zorg dat de persoon goed gehydrateerd is.
- Behandel de specifieke ontwenningsverschijnselen die optreden, d.w.z. behandel misselijkheid met anti-emetica, pijn met eenvoudige pijnstillers en slapeloosheid met lichte kalmerende middelen.
- Laat de persoon desgewenst de behandelingsfaciliteit verlaten.
- Ga door met de behandeling en ondersteuning na detoxificatie.
- Depressieve symptomen kunnen optreden in de periode na de intoxicatie, tijdens of na de ontwenning, en/of de persoon kan een reeds bestaande depressie hebben. Wees alert op het risico van zelfmoord.
- Bied alle personen een voortzetting van de behandeling, ondersteuning en toezicht na een succesvolle detoxificatie, ongeacht de omgeving waarin de detoxificatie plaatsvond.

PROTOCOL 4

Ontwenning van opioïden

- **WEES VOORZICHTIG** voordat u begint met de stopzetting van opioïden, vooral na intraveneus (injecties) gebruik. Wanneer de beslissing is genomen om te beginnen met de ontwenning, informeer de persoon over wat er te wachten staat, inclusief de symptomen en hun duur. Ontwenning leidt bijvoorbeeld tot een lagere tolerantie voor opioïden. Dit betekent dat als de persoon na de stopzetting het gebruik van opioïden hervat met de eerdere gebruikelijke dosis, er een hoger risico op overdosering bestaat. Vanwege deze risico's kan ontwenning het beste worden ondernomen met een duidelijk plan voor opname in een ontwenningskliniek of een ander programma dat psychosociale ondersteuning biedt. Als alternatief, overweeg om de persoon een vervangende theraprie voor opioïden voor te schrijven met methadon of buprenorfine. Raadpleeg ook de informatie over de onderhoudsbehandeling met een opiaatagonist (zie protocol 5) en selecteer een van de volgende farmacologische opties voor behandeling:
- **Buprenorfine:** Buprenorfine wordt sublinguaal toegediend in een doseringsbereik van 4-16 mg per dag gedurende 3-14 dagen voor een ontwenningsbehandeling. Voordat de behandeling met buprenorfine wordt gestart, is het belangrijk om te wachten tot de verschijnselen van de opioïdontwenning duidelijk worden - wacht minstens 8 uur na de laatste dosis heroïne en 24-48 uur na de laatste dosis methadon; anders bestaat het risico dat buprenorfine zelf een ontwenningssyndroom veroorzaakt. Wees extra voorzichtig bij personen die andere kalmerende medicijnen gebruiken.
- **Methadon:** Methadon wordt oraal toegediend in een aanvangsdosis van 15-20 mg, zo nodig oplopend tot 30 mg per dag. Verlaag vervolgens de dosis geleidelijk, totdat deze volledig is afgebouwd, over een periode van 3-10 dagen. Net zoals bij toediening van buprenorfine,wees extra voorzichtig bij personen die andere kalmerende medicijnen gebruiken.
- **Clonidine of Lofexidine:** Als er geen vervangingsmedicatie voor opioïden beschikbaar is, kan clonidine of lofexidine worden gebruikt om bepaalde ontwenningsverschijnselen van opioïden te behandelen, met name verhoogde prikkelbaarheid of angst (hyperarousal). Deze medicijnen worden toegediend in een dosisbereik van 0,1-0,15 mg drie keer per dag p.o., gedoseerd naar lichaamsgewicht. Mogelijke bijwerkingen zijn een licht gevoel in het hoofd en sedatie. Controleer nauwlettend de bloeddruk. Behandel ook andere ontwenningsverschijnselen, d.w.z. behandel misselijkheid met anti-emetica, pijn met eenvoudige pijnstillers en slapeloosheid met lichte sedativa.
- **Morfinesulfaat:** Geef 10-20 mg als startdosis, met een extra dosis van 10 mg, indien nodig. Levensbedreigende sedatie en ademhalingsdepressie. Langdurig gebruik kan leiden tot afhankelijkheid. Ga voor meer informatie naar Tabel 1.

PROTOCOL 5

Onderhoudsbehandeling met opiaatagonist

» Een onderhoudsbehandeling met opiaatagonist vereist een gevestigd en gereguleerd nationaal kader. Deze behandeling wordt gekenmerkt door het voorschrijven van langwerkende opiaatagonisten (of partiële agonisten), zoals methadon of buprenorfine, meestal dagelijks en onder medisch toezicht. Er zijn sterke aanwijzingen dat een onderhoudsbehandeling met een agonist, zoals methadon of buprenorfine, het gebruik van illegale drugs, de verspreiding van hiv, sterfte en criminaliteit effectief vermindert en de lichamelijke gezondheid, de geestelijke gezondheid en het sociaal functioneren verbetert.

» **Toezicht:** Medicijnen die worden gebruikt voor een onderhoudsbehandeling met een opiaatagonist zijn gevoelig voor misbruik en het 'wegsluizen' van medicatie voor illegaal gebruik. Daarom moeten programma's verschillende methoden gebruiken om het risico op misbruik te beperken, inclusief inname onder toezicht.

» Voor meer informatie, zie **Tabel 1**.

PROTOCOL 6

Ontwenning van benzodiazepines

» Ontwenning van benzodiazepines kan worden behandeld door over te stappen op een langwerkende benzodiazepine en de dosis geleidelijk te verlagen en langzaam af te bouwen over een periode van 8-12 weken, gecombineerd met psychosociale ondersteuning. Sneller afbouwen is alleen mogelijk als de persoon is opgenomen in een ziekenhuis of ontwenningskliniek.

» Als de persoon ernstige, ongecontroleerde ontwenningsverschijnselen ontwikkelt bij een plotselinge of ongeplande stopzetting van benzodiazepines, raadpleeg dan onmiddellijk een specialist of een andere beschikbare hulpbron om een hoge dosis benzodiazepinesedatie te starten en de persoon in het ziekenhuis op te nemen. Wees voorzichtig met het toedienen van benzodiazepines zonder toezicht aan onbekende patiënten.

PSYCHOSOCIALE INTERVENTIES

2.1 Psycho-educatie

» Stoornissen als gevolg van middelengebruik kunnen vaak effectief worden behandeld en mensen kunnen en zullen beter worden.

» Het bespreken van middelengebruik kan bij veel mensen gevoelens van schaamte oproepen. Gebruik altijd een oordeelvrije benadering wanneer u met mensen praat over middelengebruik. Wanneer mensen zich beoordeeld voelen, staan ze minder open voor een gesprek met u. Probeer niet verbaasd te reageren op antwoorden of informatie.

» Communiceer zelfverzekerd dat het mogelijk is om te stoppen met gevaarlijk of schadelijk alcoholgebruik of het gebruik te verminderen. Moedig de persoon aan om terug te komen om de kwestie verder te bespreken.

» De kans op slagen is aanzienlijk hoger als de persoon zelf beslist om het gebruik van middelen te verminderen of te stoppen.

2.2 Motiverende gespreksvoering (Korte interventie)

» Korte interventies met behulp van een motiverende gespreksvoering is een benadering om middelengebruik op een oordeelvrije manier te bespreken. Dit moedigt de persoon aan om na te denken over hun eigen keuzes voor middelengebruik. Het kan worden gebruikt als onderdeel van een zeer korte ontmoeting om de risico's of schadelijk middelengebruik te bespreken. Het kan ook worden gebruikt als onderdeel van een langere discussie die plaatsvindt over meerdere sessies om de onderliggende patronen van middelengebruik te behandelen; dit wordt Motivational Enhancement Therapy genoemd.

Tijdens de hele discussie is het belangrijk om alle onderdelen van het proces toe te passen: empathie uiten en een sfeer van vertrouwen scheppen, en tegelijkertijd de persoon wijzen op tegenstrijdigheden in hun verhaal en zet vraagtekens bij hun valse overtuigingen. Ga niet in discussie met de persoon. Ze moeten het gevoel hebben dat de zorgverlener er is om steun te verlenen en niet om hen te bekritiseren. Als de persoon op dit moment niet in staat is om een schadelijk patroon van middelengebruik te beëindigen, bespreek dan waarom dit het geval is, in plaats van iemand te dwingen iets te zeggen om u naar de mond te praten.

» **Technieken voor diepere discussies:**

1. Geef persoonlijke **feedback** aan de persoon over de risico's van hun patroon van middelengebruik, of het nu gaat om een patroon van SCHADELIJK GEBRUIK of AFHANKELIJKHEID of niet, en de specifieke schade die ze mogelijk ervaren of toebrengen aan anderen.
2. Moedig de persoon aan om **verantwoordelijkheid** te nemen voor hun middelengebruik, en de beslissing om hiervoor wel of geen hulp te zoeken. Doe dit door te vragen hoe bezorgd DE PERSOON is over hun middelengebruik.
3. Vraag de persoon naar de **redenen voor hun middelengebruik**, ook als reactie op andere problemen zoals psychische problemen of specifieke stress-factoren, en de vermeende voordelen die ze ervaren bij middelengebruik, al is het maar op korte termijn.
4. Vraag naar hun perceptie van zowel de positieve als negatieve **gevolgen van hun middelengebruik** en, indien nodig, zet vraagtekens bij elke overschatting van de voordelen en onderschatting van de risico's/nadelen.
5. Vraag naar de **persoonlijke doelstellingen** van de persoon en of hun middelengebruik hen helpt of verhindert om deze doelstellingen te bereiken.
6. Voer een **discussie** met de persoon op basis van de verklaringen over hun middelengebruik, de oorzaken, gevolgen en hun persoonlijke doelstellingen; bespreek bijvoorbeeld de schijnbare tegenstellingen tussen de gevolgen van middelengebruik en de doelstellingen van de persoon.
7. **Bespreek opties** voor een verandering op basis van realistische doelstellingen en probeer een wederzijds overeengekomen actieplan te bepalen.
8. **Ondersteun de persoon om deze veranderingen** uit te voeren door te uiten dat u er vertrouwen in heeft dat de persoon in staat is om positieve veranderingen in hun leven aan te brengen, door indien nodig informatie te verstrekken over de volgende stappen (verdere evaluatie, detoxicatie,psychosociale ondersteuning), en door de persoon voorlichting mee te geven, indien beschikbaar.

» **Voorbeelden van vragen die u kunt stellen.** Vraag op een oordeelvrije manier naar de gedachten van de persoon over het middelengebruik:

1. Redenen voor hun middelengebruik. *(Vraag: "Heb je er ooit over nagedacht waarom je [middel] gebruikt?")*
2. Wat de vermeende voordelen zijn van hun gebruik. *(Vraag: "Wat doet [middel] voor jou? Veroorzaakt het problemen voor je?")*
3. Wat zij zien als de werkelijke en de mogelijke schade van het middelengebruik. *(Vraag: "Heb je ooit schade ondervonden door het gebruik van [middel]? Kan het je mogelijk in de toekomst schade toebrengen?")*
4. Wat is het belangrijkste voor de persoon. *(Vraag: "Wat is het belangrijkste in je leven?")*

2.3 Strategieën voor het verminderen en stoppen van het gebruik

Stappen om het gebruik van elk middel te verminderen of te stoppen:
Als de persoon geïnteresseerd is in het verminderen van hun middelengebruik, bespreek dan de volgende stappen.

- Identificeer triggers voor gebruik en manieren om deze te vermijden. Bijvoorbeeld: cafés waar mensen drinken of een plek waar de persoon vroeger drugs kocht, enz.
- Identificeer emotionele triggers voor gebruik en manieren om hiermee om te gaan (bijv. relatieproblemen, problemen op het werk, enz.).
- Moedig de persoon aan om geen middelen in huis te hebben.

2.4 Zelfhulpgroepen

- **Zelfhulpgroepen** zoals Anonieme Alcoholisten, Narcotics Anonymous of andere groepen kunnen een behulpzame verwijzing zijn voor personen met stoornissen als gevolg van middelengebruik. Deze groepen bieden informatie, gestructureerde activiteiten en ondersteuning van andere groepsdeelnemers in een oordeelvrije omgeving. Bekijk welke zelfhulpgroepen er beschikbaar zijn in de buurt.

2.5 Strategieën voor het voorkomen van schade door drugsgebruik en het behandelen van gerelateerde aandoeningen

- Moedig de persoon aan om minder risico te nemen.
  - Adviseer de persoon om niet te rijden onder de invloed van een middel.
  - Als de persoon opioïden gebruikt, geef dan intramusculaire of intranasale naloxon aan familieleden, zodat ze deze bij de hand hebben bij een overdosis in afwachting van hulpverlening of *op weg* naar het ziekenhuis.

Als de persoon drugs injecteert:

- Licht de persoon voor over de risico's van intraveneus drugsgebruik, waaronder: een hoger risico op infecties zoals HIV/AIDS, Hepatitis B en C, en huidinfecties die septikemie, endocarditis, spinale abcessen, meningitis en zelfs de dood kunnen veroorzaken.
- Aangezien de persoon mogelijk niet meteen stopt met het injecteren van drugs is het ook belangrijk om informatie te verstrekken over minder risicovolle injectietechnieken. Benadruk het belang van het gebruik van steriele naalden en spuiten bij elke injectie en om naalden en spuiten nooit met anderen te delen.
- Geef informatie over toegang tot programma's voor het inwisselen van naalden en spuiten, indien beschikbaar, of andere manieren om steriel injectiemateriaal te verkrijgen.
- Raad de persoon aan om zich minstens elk jaar te laten testen voor door bloed overdraagbare virale ziekten, waaronder hiv/aids en hepatitis B en C.
  - Moedig de persoon aan om een Hepatitis B-inenting te halen
  - Zorg ervoor dat condooms beschikbaar zijn
  - Zorg voor de beschikbaarheid van een behandeling voor mensen met hiv/aids en hepatitis

Behandeling van comorbiditeiten:

- Screen op tbc bij personen met stoornissen als gevolg van middelengebruik.
- Overweeg het testen op en de behandeling van seksueel overdraagbare aandoeningen.

2.5 Ondersteuning voor de verzorger

Het ondersteunen van familie en mantelzorgers:

- Bespreek de impact van stoornissen als gevolg van middelengebruik op andere gezinsleden, inclusief op kinderen, met de familie en/of verzorgers van de persoon.
- Geef informatie en voorlichting over stoornissen als gevolg van middelengebruik.
- Bied aan om hun persoonlijke, sociale en mentale gezondheidsbehoeften te evalueren. Bied een behandeling aan voor alle prioritaire psychische stoornissen.
- Geef de persoon informatie over hoe ze deel kunnen nemen aan hulpgroepen voor families en verzorgers (indien beschikbaar) en andere sociale dienstverlening.

KLINISCHE TIP:

HIV/TBC/HEPATITIS en MIDDELENGEBRUIK

- Personen die drugs injecteren lopen een verhoogd risico op hiv/aids en hepatitis, vooral als ze geen steriele injectiemateriaal gebruiken of onveilige seks hebben in ruil voor drugs; na infectie, hebben ze ook een slechtere prognose. Hiv/aids verhoogt ook het risico op een tbc-infectie, en actieve tbc is een belangrijke doodsoorzaak bij mensen met hiv/aids. Mensen die veel alcohol en drugs gebruiken, lopen ook een verhoogd risico op tuberculose. Daarom komt het vaak voor dat een persoon in combinatie met middelengebruik, in het bijzonder i.v. heroïnegebruik, ook tegelijkertijd een tbc-, hiv/aids- en/of hepatitis-infectie heeft.
- Diensten die mensen behandelen die drugs en alcohol gebruiken, zouden iedereen die drugs injecteert regelmatig moeten testen op hiv/aids en hepatitis. Bij symptomen zoals hoesten, koorts, nachtelijk zweten of gewichtsverlies moet ook getest worden op een tbc-infectie.
- De behandeling van hiv/aids en tbc vereist de inname van dagelijkse medicijnen, waarbij elke dag telt. Directe observatie van de behandeling verhoogt de therapietrouw van de persoon. Als de persoon ook afhankelijk is van opioïden, zal de toediening van methadon of buprenorfine op dezelfde plaats en hetzelfde tijdstip onder toezicht ook de therapietrouw bevorderen.
- Hepatitisbehandelingen worden dagelijks of wekelijks toegediend. Patiënten met hepatitis B of C moet worden geadviseerd om het gebruik van alcohol volledig te vermijden.

Speciale populaties

ADOLESCENTEN

Het evalueren van een adolescent:

- Maak duidelijk dat het gesprek over hun gezondheid vertrouwelijk is, en leg ook uit in welke omstandigheden ouders of andere volwassenen wel informatie krijgen.
- Vraag wat er nog meer aan de hand is in het leven van de adolescent. Identificeer de belangrijkste onderliggende problemen voor de adolescent. Houd er rekening mee dat adolescenten misschien niet volledig onder woorden kunnen brengen wat hen dwarszit.
- Open vragen kunnen behulpzaam zijn om informatie te verkrijgen op de volgende gebieden: Thuis, Onderwijs & Werk, Eten, Activiteiten, Drugs en Alcohol, Seksualiteit, Veiligheid en Zelfmoord/Depressie. Zorg dat er voldoende tijd is voor het gesprek. Evalueer ook op andere prioritaire psychische aandoeningen. Bij het vaststellen van andere prioritaire aandoeningen, zie **» CMH**.

Psycho-educatie voor de adolescent:

- Geef de adolescent en de ouders informatie over de effecten van alcohol en andere middelen op de individuele gezondheid en het sociaal functioneren.
- Stimuleer om veranderingen aan te brengen in de omgeving en activiteiten van de adolescent, in plaats van te focussen op het 'problematische' gedrag van de adolescent. Stimuleer deelname aan school of werk en activiteiten die de dag vullen van de adolescent. Stimuleer deelname aan groepsactiviteiten die veilig zijn en die de ontwikkeling van vaardigheden van de adolescent bevorderen en een bijdrage leveren aan hun gemeenschap of omgeving. Het is belangrijk dat adolescenten deelnemen aan activiteiten die hen interesseren.
- Stimuleer ouders en/of verzorgers om te weten waar de adolescent is, met wie ze zijn, wat ze doen, wanneer ze thuis komen, en te verwachten dat de adolescent verantwoordelijk is voor hun activiteiten.

VROUWEN OP VRUCHTBARE LEEFTIJD, DIE ZWANGER ZIJN OF BORSTVOEDING GEVEN

Alcoholgebruik

- Adviseer vrouwen die ***zwanger*** zijn of zwanger willen worden om **alcohol volledig te vermijden.**
- Informeer vrouwen dat het nuttigen van zelfs kleine hoeveelheden alcohol in het begin van de zwangerschap schadelijk kan zijn voor de zich ontwikkelende foetus, en dat grotere hoeveelheden alcohol kunnen leiden tot ernstige ontwikkelingsproblemen (foetaal alcoholsyndroom).
- Adviseer vrouwen die ***borstvoeding*** geven om **alcohol volledig te vermijden**.
- Gezien de voordelen van volledige borstvoeding (vooral in de eerste 6 maanden), moeten moeders die alcohol blijven drinken, worden geadviseerd om hun alcoholgebruik te beperken en het alcoholgehalte van hun moedermelk zoveel mogelijk te beperken, bijvoorbeeld door borstvoeding te geven voordat ze alcohol drinken en pas weer opnieuw te voeden nadat de bloedspiegels tot nul zijn gedaald (ongeveer 2 uur per drankje, d.w.z. 4 uur bij de consumptie van twee drankjes), of door te kolven.

WAARSCHUWING ***Alle moeders die schadelijke middelen gebruiken en hun jonge kinderen moeten alle beschikbare sociale dienstverlening krijgen, waaronder extra postnatale bezoeken, opvoedkundige training en kinderopvang tijdens medische bezoeken.***

Drugsgebruik

- Vraag naar de menstruatiecyclus van de vrouw en vertel haar dat het gebruik van middelen de menstruatiecyclus kan verstoren, waardoor soms de verkeerde indruk wordt gewekt dat zwangerschap niet mogelijk is.
- Bespreek de schadelijke effecten van illegale drugs op de ontwikkeling van de foetus en zorg ervoor dat de vrouw toegang heeft tot effectieve anticonceptie.
- Adviseer en ondersteun ***zwangere vrouwen*** om te **stoppen met het gebruik van alle illegale drugs**. Zwangere opioïdafhankelijke vrouwen moeten over het algemeen worden geadviseerd om een opiaatagonist, zoals methadon, te gebruiken.
- Test baby's van moeders met drugsgebruiksstoornissen op ontwenningsverschijnselen (ook bekend als neonataal onthoudingssyndroom). Neonataal onthoudingssyndroom veroorzaakt door het gebruik van opioïden door de moeder moet worden behandeld met lage doses opioïden (zoals morfine) of barbituraten. Raadpleeg voor meer informatie de Richtlijnen voor de identificatie en behandeling van middelengebruik en -stoornissen tijdens zwangerschap. Beschikbaar op http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/107130/1/9789241548731_eng.pdf.
- Adviseer en ondersteun ***moeders die borstvoeding geven*** **om geen illegale drugs te gebruiken**.
- Adviseer en ondersteun moeders met stoornissen als gevolg van middelengebruik om gedurende ten minste de eerste 6 maanden uitsluitend borstvoeding te geven, tenzij een specialist adviseert om geen borstvoeding te geven.

FARMACOLOGISCHE INTERVENTIES

TABEL 1: Medische tabel

KLASSE/INDICATIE	MEDICATIE	DOSERING	BIJWERKINGEN	CONTRA-INDICATIES/WAARSCHUWINGEN
BENZODIAZEPINES Voor de behandeling van alcoholontwenningsverschijnselen, intoxicatie door stimulerende middelen en psychose	**Diazepam**	10-20 mg bij waarneembare ontwenningsverschijnselen van alcohol of intoxicatie door stimulerende middelen om de 2 uur totdat de verschijnselen van alcoholontwenning/ stimulerende intoxicatie niet langer waarneembaar zijn of de persoon licht verdoofd is. Lagere doses (tot 10 mg vier keer per dag) bij ontwenning van alcohol in een poliklinische setting.	Levensbedreigende sedatie en ademhalingsdepressie. Langdurig gebruik kan leiden tot afhankelijkheid.	Niet gebruiken bij mensen die verdoofd zijn. Wees voorzichtig bij combinatie met andere kalmerende middelen. Patiënten mogen niet autorijden. Bij personen met een ernstige leverziekte kan de werkingsduur langer zijn. Houd toezicht op de dosering om het risico op het wegsluizen van medicatie te beperken (d.w.z. de medicatie aan iemand anders verkopen).
OPIAATANTAGONISTEN Bij de behandeling van een overdosis opioïden	**Naloxon**	0,4-2 mg i.v., i.m., subcutaan of intranasaal. Herhaal doses indien nodig.	De persoon kan ongemak of ontwenningsverschijnselen ervaren.	
VITAMINES Om de ziekte van Wernicke te voorkomen of te behandelen	**Thiamine (Vitamine B1)**	100 mg p.o. dagelijks gedurende 5 dagen om de ziekte van Wernicke te voorkomen. 100 mg – 500 mg i.v. of i.m. twee tot drie keer per dag gedurende 3-5 dagen om de ziekte van Wernicke te behandelen.		
OPIAATAGONISTEN Voor de behandeling van de ontwenning en afhankelijkheid van opioïden	**Methadon**	**Ontwenning van opioïden:** Methadon 20 mg, geef eventueel na 4 uur een aanvullende dosis van 5-10 mg. **Onderhoudsbehandeling voor opioïden:** aanvangsdosis 10-20 mg met zo nodig een aanvullende dosis van 10 mg, indien nodig de dagelijkse dosis met 5-10 mg verhogen totdat de persoon geen opioïdontwenning meer ervaart en geen illegale opioïden gebruikt. Handhaaf deze behandeling totdat u klaar bent om de behandeling met een opiaatagonist te staken.	Sedatie, verwardheid, misselijkheid, braken, obstipatie, mogelijke hormonale veranderingen, verminderd libido, ECG-veranderingen zoals verlengd QT-interval of bradycardie, hypotensie, ademhalingsdepressie.	Wees voorzichtig in gebruik bij patiënten met hart- of luchtwegaandoeningen.
	Buprenorfine:	Aanvangsdosis van 4-8 mg, verhoog zo nodig met 4-8 mg per dag indien nodig, totdat de persoon geen opioïdontwenningsverschijnselen meer ervaart en geen illegale opioïden gebruikt. Handhaaf deze behandeling totdat u klaar bent om de behandeling met een opiaatagonist te staken.	Sedatie, duizeligheid, ataxie, misselijkheid, braken, obstipatie, ademhalingsdepressie.	– Wees voorzichtig met gebruik bij congestief hartfalen, luchtwegaandoeningen of leveraandoeningen. – Kans op misbruik. – Abrupt stoppen kan ontwenningsverschijnselen veroorzaken.
	Morfinesulfaat	Begin met dosis van 10-20 mg, geef extra dosis van 10 mg, indien nodig.	Levensbedreigende sedatie en ademhalingsdepressie. Langdurig gebruik kan leiden tot afhankelijkheid.	Niet gebruiken bij mensen die verdoofd zijn. Wees voorzichtig bij combinatie met andere kalmerende middelen. De persoon mag niet autorijden. Houd toezicht op de dosering om het risico op wegsluizen van medicatie te beperken. Geef langerwerkende opioïden, zoals methadon of buprenorfine, eenmaal per dag aan poliklinische patiënten, indien beschikbaar.

KLASSE/INDICATIE	MEDICATIE	DOSERING	BIJWERKINGEN	CONTRA-INDICATIES/WAARSCHUWINGEN
ALFA ADRENERGISCHE AGONISTEN Voor de behandeling van de ontwenning van opioïden	**Clonidine**	**Begin met** 0,1 mg, 2-3 keer per dag. Als het getolereerd wordt, verhoog in verdeelde doses om de ontwenningsverschijnselen te behandelen tot een maximum van 1 mg per dag.	Sedatie, licht gevoel in het hoofd, duizeligheid, hoofdpijn, misselijkheid/braken, droge mond, obstipatie, seksuele disfunctie, depressie, onrust, **lage bloeddruk, tachycardie, sinusbradycardie** en **AV-blok.**	Wees voorzichtig met gebruik bij hart-, cerebrovasculaire en leveraandoeningen. Gebruik lagere doses bij nieraandoeningen. Let op mogelijk misbruik. **Controleer de vitale functies zorgvuldig.** **STOP NIET ABRUPT**, omdat ontwenning rebound-hypertensie kan veroorzaken. Vermijd gebruik door vrouwen die zwanger zijn of borstvoeding geven.
	Lofexidine	**Begin met** 0,4-0,6 mg twee keer per dag. Verhoog indien nodig naar 0,4-0,8 mg per dag. Maximale enkele dosis: 0,8 mg. Maximale dagelijkse dosis: 2,4 mg (verdeeld in 2-4 doses).	Sedatie, licht gevoel in het hoofd, **lage bloeddruk, ECG-veranderingen** zoals **verlengde QT-interval** en **sinusbradycardie.**	Wees voorzichtig met gebruik bij hart-, cerebrovasculaire en leveraandoeningen. Vermijd gebruik bij patiënten met verlengd QT-syndroom, metabole stoornis of als ze andere medicijnen gebruiken die de QT-interval verlengen. **Controleer de vitale functies zorgvuldig.** **STOP NIET ABRUPT** met medicijngebruik, omdat ontwenning rebound-hypertensie kan veroorzaken.
MEDICIJNEN DIE EEN TERUGVAL NAAR ALCOHOLAFHANKELIJKHEID VOORKOMEN Om de drang tot drinken te onderdrukken	**Acamprosaat**	**Begin met** 2 tabletten van 333 mg p.o., 3 keer per dag gedurende 12 maanden. Als de persoon minder dan 60 kg weegt, 2 keer per dag 2 tabletten p.o. voor 12 maanden.	Diarree, winderigheid, misselijkheid/braken, buikpijn, depressie, angst, suïcidaliteit, jeuk. Er kan een maculopapulaire uitslag optreden, en heel zelden, bulleuze huidreacties.	Geef bij matige nierziekte een lagere dosis, 333 mg p.o., 3 keer per dag. **GECONTRA-INDICEERD** bij ernstige nierziekte en leverziekte.
	Naltrexon	**Begin met** 50 mg per dag, gedurende 6-12 maanden. Zorg er bij afhankelijkheid van opioïden voor dat de persoon in de afgelopen 7 dagen geen opioïden heeft gebruikt (bijvoorbeeld door toediening van een dosis naloxon).	Sedatie, duizeligheid, misselijkheid/braken, buikpijn, slapeloosheid, angst, verminderde energie, gewrichts- en spierpijn. Controleer de leverfunctie vanwege het risico op levertoxiciteit.	Risico op **FATALE OVERDOSERING** bij patiënten die meer dan 24 uur na hun laatste dosis naltrexon weer opioïden gebruiken, vanwege het snelle verlies van het antagonistische effect. **NIET GEBRUIKEN** bij patiënten met leverfalen of acute hepatitis.
	Disulfiram	**Begin met** 200-400 mg per dag.	Slaperigheid, duizeligheid, hoofdpijn, blozen, zweten, droge mond, misselijkheid/braken, tremor, vieze lichaamsgeur, seksuele disfunctie. In zeldzame gevallen kunnen **psychotische reacties, allergische dermatitis, perifere neuritis** of levercelbeschadiging optreden. Ernstige reacties kunnen leiden tot **verwarring, cardiovasculaire collaps** en **overlijden**.	Tricyclische antidepressiva (TCA's), monamineoxidaseremmers (MAO-remmers), antipsychotica, vaatverwijders en alfa- of bèta-adrenerge antagonisten verergeren de disulfiram-alcoholreactie. Overgevoeligheid voor alcohol duurt 6-14 dagen na de inname van disulfiram, zelfs in kleine hoeveelheden. **NIET GEBRUIKEN** in combinatie met alcohol, aangezien reacties **levensbedreigend** of **dodelijk** kunnen zijn. **NIET GEBRUIKEN** bij vrouwen die zwanger zijn of borstvoeding geven. **GECONTRA-INDICEERD** bij mensen met hypertensie, hart-, lever- of nierziekte, een voorgeschiedenis van cerebrovasculaire accidenten, psychose, impulsiviteit of **bij risico op zelfmoord**.

SUB 3 » Controle

1 EVALUEER OP VERBETERING

Evalueer de volgende zaken bij elk bezoek:

- Hoeveelheid en frequentie van middelengebruik, geestelijke gezondheid, lichamelijke gezondheid, risicofactoren en beschermende factoren (bijv. relaties, huisvesting, werk, enz.)
- Vraag naar factoren die leiden tot middelengebruik en de gevolgen van middelengebruik

AANBEVELINGEN OVER FREQUENTIE VAN AFSPRAKEN

- **Schadelijk gebruik:** Plan een controle binnen 1 maand. Plan daarna controles indien nodig
- **Afhankelijkheid:** Plan een controle meerdere keren per week in de eerste twee weken, daarna wekelijks in de eerste maand. Zodra de persoon vooruit gaat, verlaagt u de frequentie tot maandelijks en daarna indien nodig.

AANHOUDEND MIDDELENGEBRUIK

- Ontwikkel strategieën om schade te verminderen
- Behandel gezondheidsproblemen
- Ontwikkel strategieën om het gebruik te verminderen
- Regel een ontwennings- of onderhoudsbehandeling als de persoon hiermee instemt
- Doe regelmatige evaluaties en houd contact met de persoon

RECENTE STOPZETTING VAN HET GEBRUIK OF EEN VERANDERING NAAR NIET-SCHADELIJK GEBRUIK

- Overweeg urinetests om onthouding te bevestigen
- Geef positieve feedback om de persoon aan te moedigen onthouding/niet-schadelijk gebruik vol te houden
- Behandel andere medische problemen
- Overweeg medicatie om een terugval naar alcohol- en opioïdafhankelijkheid te voorkomen
- Overweeg psychosociale therapieën en zelfhulpgroepen om terugval te voorkomen
- Ondersteun de factoren die de kans op terugval verkleinen, zoals huisvesting en werk

LANGDURIGE STOPZETTING OF NIET-SCHADELIJK GEBRUIK

- Overweeg om af en toe een urinetest te doen om onthouding te bevestigen
- Positieve feedback
- Ondersteun de factoren die de kans op terugval verkleinen (zoals huisvesting en werk)
- Behandel andere medische problemen
- Stimuleer de deelname aan zelfhulpgroepen
- Minder frequente evaluatie

TEKSTVAK 2. TEKENEN VAN CHRONISCH MIDDELENGEBRUIK & MOGELIJKE ONDERZOEKEN

TEKENEN VAN CHRONISCH, ZWAAR ALCOHOL-GEBRUIK:

- **Leverziekte:** let op gele huid en ogen, voelbare en gevoelige leverrand (bij leverziekte in vroegtijdig stadium), ascites (opgezette buik gevuld met vloeistof), spinnaevi (spinachtige bloedvaten zichtbaar op het huidoppervlak), en veranderde mentale toestand (hepatische encefalopathie).
- **Cerebellaire schade:** Let op problemen met evenwicht, lopen, gecoördineerde bewegingen en nystagmus.
- **Mogelijke onderzoeken:**

  – Leverenzymen: verhoogde leverenzymen en verhoogde ammoniak duiden op leverziekte.

  – Volledig bloedonderzoek: kijk naar macrocytische anemie en lage hoeveelheid bloedplaatjes.

TEKENEN VAN CHRONISCH DRUGSGEBRUIK:

- Moeite met zelfzorg, slecht gebit, parasitaire huidinfecties zoals luizen of schurft, en ondervoeding.
- Tekenen van injectiegebruik: zoek naar injectiepunten op armen of benen, waarbij zowel nieuwe als oude sporen zichtbaar zijn. Vraag de persoon waar ze injecteren en inspecteer de plekken om er zeker van te zijn dat er geen lokale infectie is.
- Veel voorkomende gezondheidscomplicaties bij intraveneus drugsgebruik: mensen die drugs injecteren hebben een hoger risico op infecties zoals hiv/aids, hepatitis B en C en tuberculose. Ze lopen ook een hoog risico op huidinfecties rondom de injectieplek. In sommige gevallen kan de infectie zich via het bloed verspreiden en bloedvergiftiging, endocarditis, spinale abcessen, meningitis of zelfs de dood veroorzaken.
- Mogelijke onderzoeken:
  – Urinetest voor drugsscreening: bij spoedgevallen moet een urinetest worden gedaan om te screenen op drugs wanneer intoxicatie, ontwenning of overdosis wordt vermoed, vooral als de persoon niet in staat is om uit te leggen wat hij heeft ingenomen.
  – Als de persoon drugs heeft geïnjecteerd, bied dan aan om serologische tests te doen voor door bloed overgedragen virussen, hiv/aids en hepatitis B en C, enz.
  – Als de persoon onbeschermde seks heeft gehad, bied dan aan om te testen op seksueel overdraagbare aandoeningen, waaronder hiv, syfilis, chlamydia, gonorroe en humaan papillomavirus (HPV).
  – Doe een tuberculosetest, verzamel een sputummonster en maak een röntgenfoto van de borst als er tuberculose wordt vermoed. Let op aanwijzingen en symptomen zoals chronische productieve hoest, koorts, koude rillingen en gewichtsverlies.

ZELFBESCHADIGING /ZELFMOORD

Zelfmoord is het opzettelijk beëindigen van het eigen leven. Zelfbeschadiging is een bredere term die verwijst naar het opzettelijk toebrengen van een vergiftiging of verwonding aan het eigen lichaam, die al dan niet een dodelijke bedoeling of afloop kan hebben.
Elke persoon ouder dan 10 jaar die een van de volgende aandoeningen ervaart, moet worden gevraagd of ze in de afgelopen maand gedachten of plannen van zelfbeschadiging hebben gehad en of ze in het afgelopen jaar handelingen van zelfbeschadiging hebben gepleegd.

- Een van de prioritaire psychische en neurologische aandoeningen en middelengebruik (MNS-voorwaarden). Zie de Overzichtstabel(» MC)
- Chronische pijn
- Acute emotionele pijn/leed

Evalueer op gedachten, plannen en daden van zelfbeschadiging tijdens de eerste beoordeling en regelmatig daarna, indien nodig. Let op de mentale toestand van de persoon en hun emotionele pijn of leed.

KLINISCHE TIP:

Iemand vragen over zelfbeschadiging lokt GEEN daden van zelfbeschadiging uit. Het vermindert vaak de angst die gepaard gaat met gedachten of daden van zelfbeschadiging en helpt de persoon zich begrepen te voelen. Probeer wel eerst een relatie op te bouwen met de persoon voordat u vragen stelt over zelfbeschadiging. Vraag de persoon om uit te leggen wat de redenen zijn om zichzelf pijn te doen.

SUI » In een oogopslag

EVALUATIE

- **Evalueer of de persoon heeft geprobeerd een medisch ernstige daad van zelfbeschadiging te plegen**
- **Evalueer of er een dreigend risico is op zelfbeschadiging/zelfmoord**
- **Evalueer op een van de prioritaire psychische en neurologische aandoeningen en middelengebruik (MNS-voorwaarden)**
- **Evalueer op chronische pijn**
- **Evalueer de ernst van de emotionele symptomen**

BEGELEIDING

- **Begeleidingsprotocollen**
  1. Medisch ernstige daad van zelfbeschadiging
  2. Dreigend risico op zelfbeschadiging/zelfmoord
  3. Risico op zelfbeschadiging/zelfmoord
- **Algemene behandeling en psychosociale interventies**

CONTROLE

SUI 1 » Evaluatie

EVALUEER OP ZELFBESCHADIGING/ZELFMOORD ALS DE PERSOON EEN VAN DE VOLGENDE KENMERKEN HEEFT:

- *Extreme hopeloosheid en wanhoop, huidige gedachten/plan/daad van zelfbeschadiging zelfmoord of voorgeschiedenis daarvan, daad van zelfbeschadiging met tekenen van vergiftiging/intoxicatie, bloeding uit zelf toegebrachte wond, bewustzijnsverlies en/of extreme lethargie, OF*
- *Een van de prioritaire MNS-aandoeningen, chronische pijn of extreme emotionele pijn*

1

Heeft de persoon geprobeerd een medisch ernstige daad van zelfbeschadiging te plegen?

Evalueer of er aanwijzingen zijn van zelfverwonding en/of tekenen/symptomen die dringende medische behandeling vereisen:

- Tekenen van vergiftiging of intoxicatie
- Bloeden door zelf toegebrachte wond
- Verlies van bewustzijn
- Extreme lethargie

KLINISCHE TIP

Als de persoon medisch stabiel is, voer de benodigde behandeling uit.

NO

YES

Behandeling voor de medisch ernstige daad van zelfbeschadiging is vereist.

» **Ga naar PROTOCOL 1**

» **Keer terug naar STAP 2** zodra de persoon medisch stabiel is.

2

Is er een dreigend risico op zelfbeschadiging/zelfmoord?

Vraag de persoon en de verzorgers of er sprake is van <u>ÉÉN</u> van de volgende situaties:
- ***Huidige*** gedachten of plan voor zelfbeschadiging/zelfmoord
- Geschiedenis van gedachten of plan voor zelfbeschadiging in de afgelopen maand of een daad van zelfbeschadiging in het afgelopen jaar ***bij een persoon die nu extreem onrustig, gewelddadig, van streek is of niet communiceert***

YES → **DREIGEND RISICO OP ZELFBESCHADIGING/ZELFMOORD is waarschijnlijk**

» Ga naar **PROTOCOL 2**, behandel, en ga dan verder naar **STAP 3**

NO

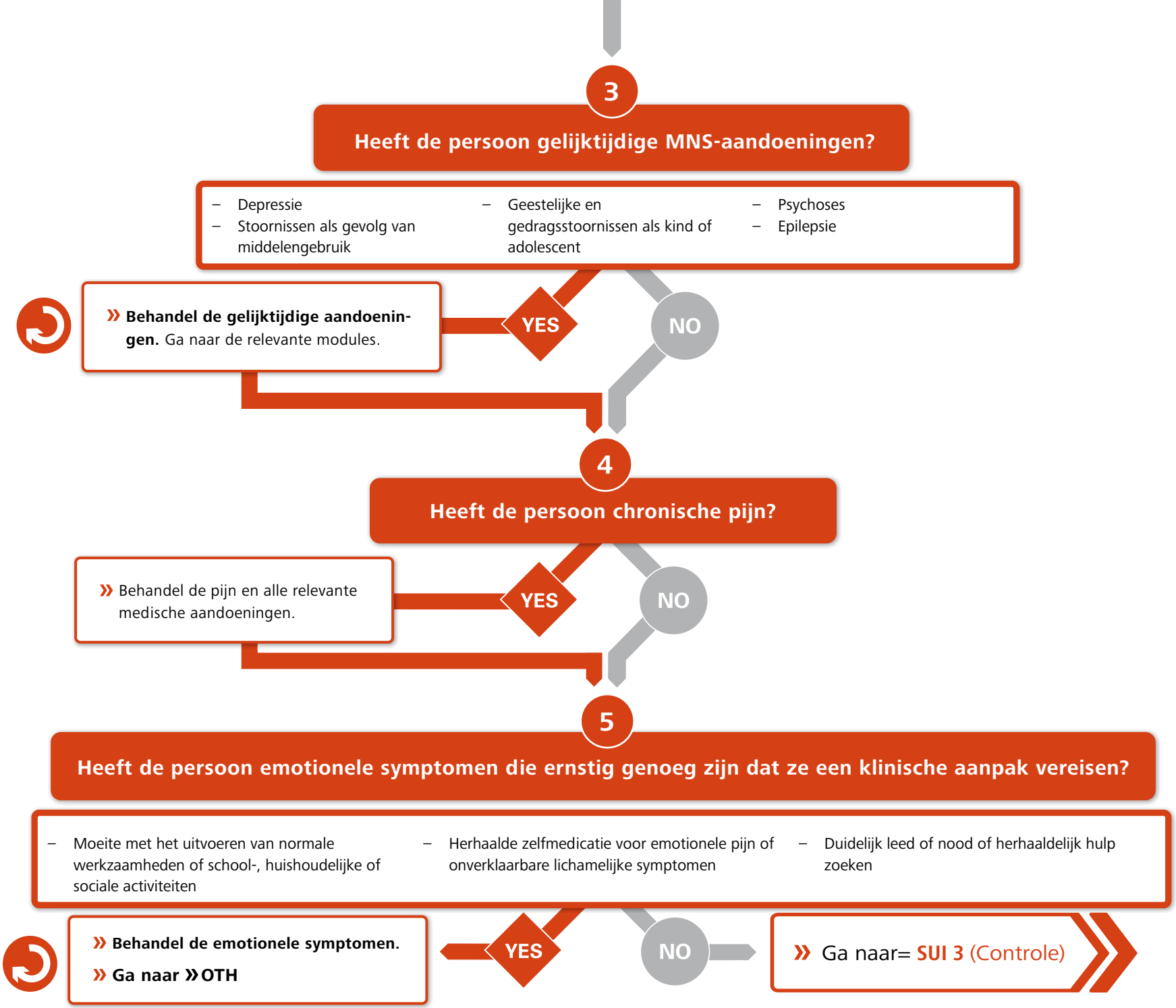
Is er een voorgeschiedenis van gedachten of een plan voor zelfbeschadiging in de afgelopen maand of daad van zelfbeschadiging in het afgelopen jaar?

YES → **Een onmiddellijk risico op zelfbeschadiging/zelfmoord is onwaarschijnlijk, maar het risico kan nog steeds aanwezig zijn.**

» Ga naar **PROTOCOL 3**, behandel, en ga dan verder naar **STAP 3**

NO

Dreigend risico op zelfbeschadiging/zelfmoord is onwaarschijnlijk.


3
Heeft de persoon gelijktijdige MNS-aandoeningen?
– Depressie
– Stoornissen als gevolg van middelengebruik
– Geestelijke en gedragsstoornissen als kind of adolescent
– Psychoses
– Epilepsie
» Behandel de gelijktijdige aandoeningen. Ga naar de relevante modules.
YES
NO
4
Heeft de persoon chronische pijn?
» Behandel de pijn en alle relevante medische aandoeningen.
YES
NO
5
Heeft de persoon emotionele symptomen die ernstig genoeg zijn dat ze een klinische aanpak vereisen?
– Moeite met het uitvoeren van normale werkzaamheden of school-, huishoudelijke of sociale activiteiten
– Herhaalde zelfmedicatie voor emotionele pijn of onverklaarbare lichamelijke symptomen
– Duidelijk leed of nood of herhaaldelijk hulp zoeken
» Behandel de emotionele symptomen.
» Ga naar »OTH
YES
NO
» Ga naar= SUI 3 (Controle)

SUI 2 » Begeleiding

PROTOCOL 1

Medisch ernstige daad van zelfbeschadiging

- **Voor alle gevallen:** Plaats de persoon in een veilige en ondersteunende omgeving in een medische instelling.
- Laat de persoon NIET ALLEEN
- Geef medische behandeling voor letsel of vergiftiging.
  Als er sprake is van acute vergiftiging met een bestrijdingsmiddel, volg dan 'Behandeling van vergiftiging met bestrijdingsmiddel'. (2.1)
- Als ziekenhuisopname is vereist, blijf de persoon nauwlettend in de gaten houden om zelfmoord te voorkomen.
- Zorg voor de persoon met zelfbeschadiging. (2.2)
- Bied en regel psychosociale ondersteuning. (2.3)
- Bied ondersteuning aan de verzorgers. (2.4)
- Raadpleeg een specialist in de geestelijke gezondheidszorg, indien beschikbaar.
- Onderhoud regelmatig contact en zorg voor **controle.**

PROTOCOL 2

Dreigend risico op zelfbeschadiging/zelfmoord

- Verwijder middelen die gebruikt kunnen worden voor zelfbeschadiging/zelfmoord
- Creëer een veilige en ondersteunende omgeving; indien mogelijk, bied een aparte, rustige kamer waar de persoon op behandeling kan wachten.
- Laat de persoon NIET ALLEEN
- Houd toezicht op de persoon en wijs een werknemer of familielid aan om de veiligheid van de persoon te allen tijde te waarborgen.
- Geef aandacht aan de mentale toestand van de persoon en hun emotionele pijn of leed.
- Geef psycho-educatie aan de persoon en de verzorgers. (2.5)
- Bied en regel psychosociale ondersteuning. (2.3)
- Bied ondersteuning aan de verzorgers. (2.4)
- Raadpleeg een specialist in de geestelijke gezondheidszorg, indien beschikbaar.
- Onderhoud regelmatig contact en zorg voor **controle.**

PROTOCOL 3

Risico op zelfbeschadiging/zelfmoord

- Bied en regel psychosociale ondersteuning. (2.3)
- Raadpleeg een specialist in de geestelijke gezondheidszorg, indien beschikbaar.
- Onderhoud regelmatig contact en zorg voor **controle.**

2.1 Behandel vergiftiging door bestrijdingsmiddelen

» Als de medische instelling over een minimum aan vaardigheden en middelen beschikt, behandel dan met behulp van het WHO-document 'Clinical Management of Acute Pesticide Intoxication' (Klinische Behandeling van Acute Vergiftiging door Bestrijdingsmiddelen) (http://www.who.int/mental_health/publications/9789241596732/en).

Indien niet mogelijk, breng de persoon onmiddellijk over naar een medische instelling die over de volgende middelen beschikt:

– Vaardigheden en kennis over het reanimeren van personen en het beoordelen van de klinische kenmerken van vergiftiging door bestrijdingsmiddelen;

– Vaardigheden en kennis om de luchtwegen vrij te houden; met name het vermogen om de persoon te intuberen en de ademhaling te ondersteunen totdat er een beademingsapparaat kan worden aangesloten;

– Atropine en de middelen voor de intraveneuze (i.v.) toediening bij tekenen van cholinerge vergiftiging;

– Diazepam en middelen voor de i.v. toediening als de persoon epileptische aanvallen krijgt.

» Overweeg het toedienen van actieve houtskool als de persoon bij bewustzijn is, geïnformeerde toestemming geeft en binnen een uur na de vergiftiging medische hulp zoekt.

» We raden niet aan om iemand te dwingen om te braken.

» ✖ Dien geen orale vloeistoffen toe.

2.2 Zorg voor de persoon met zelfbeschadiging

» Plaats de persoon in een veilige en ondersteunende omgeving in een medische instelling (✖ laat de persoon niet alleen). Als de persoon op behandeling moet wachten, bied dan een omgeving aan die de angst of onrust vermindert; indien mogelijk, een aparte, stille ruimte met constant toezicht en contact met een aangewezen werknemer of familielid om te allen tijde de veiligheid te garanderen.

» Verwijder de toegang tot middelen die voor zelfbeschadiging kunnen worden gebruikt.

» Raadpleeg een specialist in de geestelijke gezondheidszorg, indien beschikbaar.

» Mobiliseer familie, vrienden en andere betrokken personen of beschikbare hulpbronnen in de gemeenschap om de persoon te monitoren en te ondersteunen tijdens een periode van dreigend risico (zie “Bied en regel psychosociale steun”. (2.3)

» Behandel personen die zichzelf schade hebben toegebracht met dezelfde zorg, respect en privacy als andere mensen, en wees gevoelig voor de emotionele pijn die gepaard gaat met zelfbeschadiging.

» Betrek de verzorgers bij de evaluatie en behandeling als de persoon hun steun wenst; indien mogelijk moet de psychosociale evaluatie een individueel gesprek bevatten tussen de persoon en de zorgverlener om privékwesties te onderzoeken.

» Bied emotionele steun aan verzorgers/familieleden als ze die nodig hebben. (2.4)

» Zorg voor continuïteit van zorg.

» Opname in een niet-psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis wordt niet aanbevolen voor de preventie van zelfbeschadiging. Als opname in een algemeen (niet-psychiatrisch) ziekenhuis echter noodzakelijk is voor de behandeling van de medische gevolgen van zelfbeschadiging, moet u de persoon nauwlettend in de gaten houden om verdere zelfbeschadiging in het ziekenhuis te voorkomen.

» **Bij het voorschrijven van medicatie:**

– Zie de relevante mhGAP-IG-modules voor farmacologische interventies bij de behandeling van gelijktijdige aandoeningen.

– Gebruik medicatie die het minst gevaar oplevert bij een opzettelijke overdosis.

– Geef een recept voor een korte behandeling (bijvoorbeeld een week per keer).

PSYCHOSOCIALE INTERVENTIES

2.3 Bied en regel psychosociale ondersteuning.

» **Bied steun aan de persoon**

- Onderzoek redenen en manieren om in leven te blijven.
- Focus op de sterke punten van de persoon door te vragen hoe hij/zij in het verleden problemen heeft opgelost.
- Overweeg probleemoplossende therapie om mensen te helpen die in het afgelopen jaar zelfbeschadiging gepleegd, als er voldoende personeel beschikbaar is. Ga naar **Essentiële zorg & praktijkervaring » ECP**

» **Regel psychosociale ondersteuning**

- Mobiliseer familie, vrienden, bezorgde personen en andere beschikbare hulpbronnen om de persoon nauwlettend in de gaten te houden zolang het risico op zelfbeschadiging/zelfmoord aanhoudt.
- Adviseer de persoon en verzorgers om de toegang tot middelen voor zelfbeschadiging/zelfmoord te beperken (bijv. pesticiden/giftige stoffen, voorgeschreven medicijnen, vuurwapens, enz.) zolang de persoon gedachten of plannen heeft voor zelfbeschadiging/zelfmoord.
- Gebruik voorzieningen of diensten in de gemeenschap om zoveel mogelijk sociale steun te bieden. Dit kunnen informele middelen en hulpbronnen zijn, zoals familieleden, vrienden, kennissen, collega's en religieuze leiders of formele middelen, indien beschikbaar, zoals crisiscentra en lokale (zorg)instellingen voor geestelijke gezondheidszorg.

2.4 Ondersteuning voor de verzorgers

» Informeer verzorgers en familieleden dat vragen over zelfmoord de persoon vaak een gevoel van opluchting geeft, de angst/onrust vermindert en help om zich beter begrepen te voelen.

» Verzorgers en familieleden van mensen met een risico op zelfbeschadiging ervaren vaak ernstige stress. Bied emotionele steun aan verzorgers/familieleden als ze dit nodig hebben.

» Informeer verzorgers dat ondanks hun frustraties over de persoon, het belangrijk is om vijandigheid en ernstige kritiek op de kwetsbare persoon met het risico op zelfbeschadiging/zelfmoord te vermijden.

2.5 Psycho-educatie

» **Belangrijke informatie voor de persoon en de verzorgers**

- Als iemand gedachten heeft over zelfbeschadiging/zelfmoord, zoek dan onmiddellijk hulp bij een betrouwbaar familielid, vriend of zorgverlener.
- Praten over zelfmoord mag gerust. Het praten over zelfmoord zet niet aan tot zelfmoord.
- Zelfmoord is te voorkomen.
- Een episode van zelfbeschadiging/zelfmoord is een indicatie van ernstige emotionele pijn. De persoon ziet geen alternatief of oplossing. Daarom is het belangrijk dat de persoon onmiddellijke steun krijgt voor emotionele problemen en stress-factoren.
- Verwijder middelen die voor zelfbeschadiging kunnen worden gebruikt uit de omgeving (bijvoorbeeld pesticiden, vuurwapens, medicijnen).
- Het sociale netwerk, inclusief het gezin en belangrijke andere personen, is belangrijk om sociale steun te bieden.

SUI 3 » Controle

1

EVALUEREN OP VERBETERING

Gaat de persoon vooruit?

YES

- » Verminder het contact naarmate de persoon vooruit gaat.
- » **Blijf controles doen gedurende 2 jaar** en verminder het contact naargelang de vooruitgang (bijv. eens per 2-4 weken na de eerste 2 maanden, vervolgens twee keer in het tweede jaar).

NO

- » **Indien nodig, verhoog de intensiteit of duur van het contact.**
- » **Verwijs door naar een specialist, indien nodig.**

AANBEVELINGEN OVER FREQUENTIE VAN AFSPRAKEN

- » ONDERHOUD REGELMATIG CONTACT (via telefoon, huisbezoeken, brieven of contactkaartjes) in de eerste 2 maanden vaker (bijvoorbeeld dagelijks, wekelijks).
- » Doe regelmatig controle zolang het risico op zelfbeschadiging/zelfmoord aanhoudt.

2

EVALUEER REGELMATIG OP GEDACHTEN EN PLANNEN VOOR ZELFBESCHADIGING/ZELFMOORD

- » **Evalueer bij elk contact routinematig op zelfmoordgedachten en -plannen. Is er een dreigend risico op zelfbeschadiging/zelfmoord? Zie SUI 1** (Evaluatie).

ANDERE SIGNIFICANTE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSKLACHTEN

Deze module geef basisrichtlijnen voor de behandeling van een reeks psychische klachten die niet elders in deze gids worden behandeld. Sommige van deze klachten kunnen lijken op depressie, maar zijn bij verder onderzoek te onderscheiden van de aandoeningen die in deze gids worden behandeld.

Andere psychische klachten worden als significant beschouwd wanneer ze het dagelijks functioneren belemmeren of wanneer de persoon hulp zoekt voor deze klachten. Andere psychische klachten kunnen het gevolg zijn van stress.

- Deze module is niet bedoeld voor personen die voldoen aan de criteria voor een van de prioritaire mhGAP-aandoeningen (behalve zelf-beschadiging).
- Deze module mag alleen worden gebruikt nadat depressie expliciet is uitgesloten.
- Deze module is bedoeld voor het behandelen van volwassenen. Als de persoon een kind of adolescent is, ga dan naar »CMH.

OTH » In een oogopslag

EVALUATIE

- **Sluit fysieke oorzaken uit die de aanwezige symptomen volledig zouden verklaren**
- **Sluit depressie of andere psychische en neurologische aandoeningen en middelengebruik (MNS-aandoeningen) uit**
- **Evalueer of de persoon hulp zoekt om symptomen te verlichten of aanzienlijke moeite heeft met het dagelijks functioneren**
- **Evalueer of de persoon is blootgesteld aan extreme stress-factoren.**
- **Evalueer of er een dreigend risico is op zelfbeschadiging/zelfmoord**

BEGELEIDING

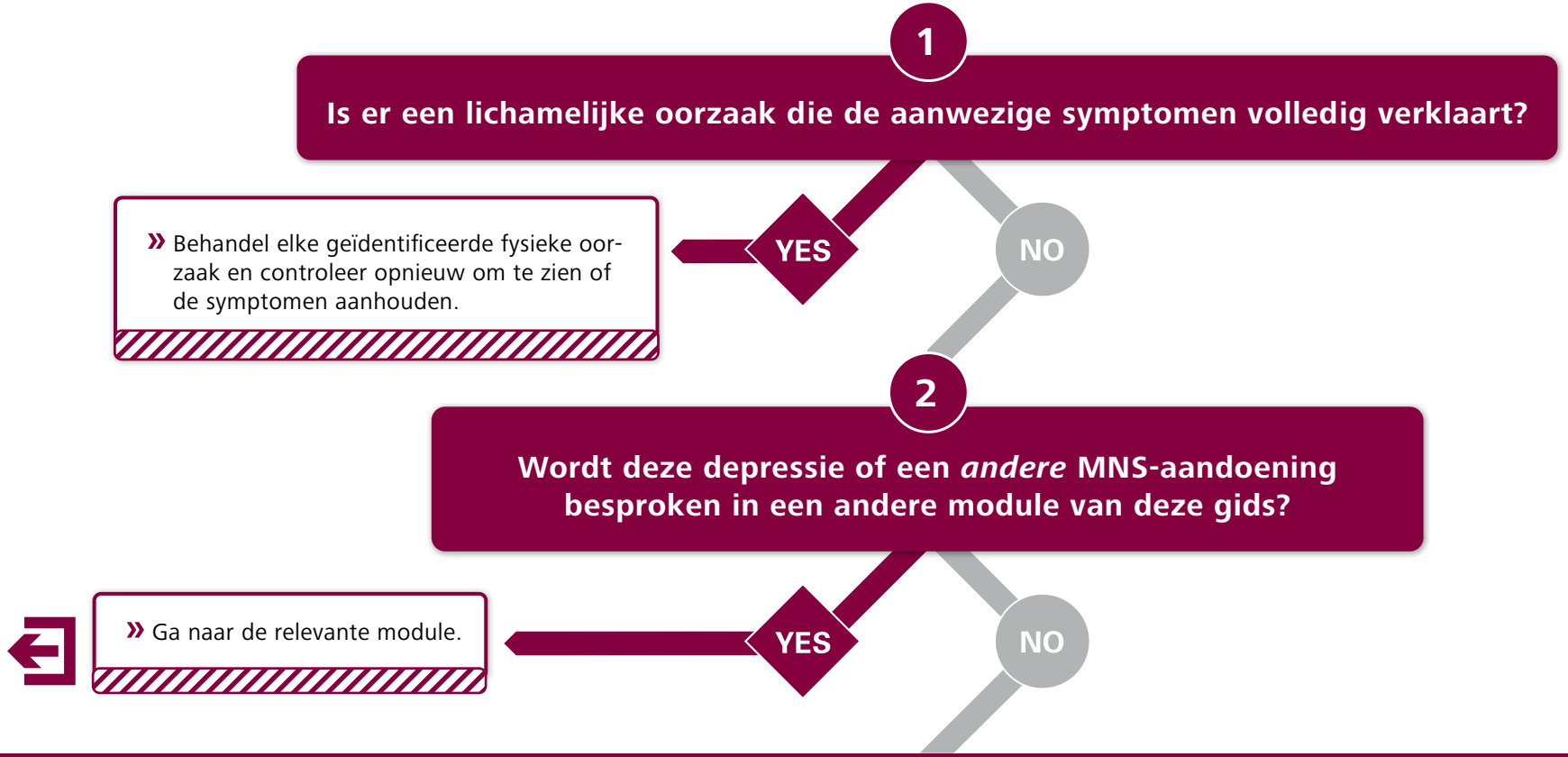
- **Begeleidingsprotocollen**
  1. Andere significante geestelijke gezondheidsklachten
  2. Andere significante psychische klachten bij mensen die zijn blootgesteld aan extreme stress-factoren

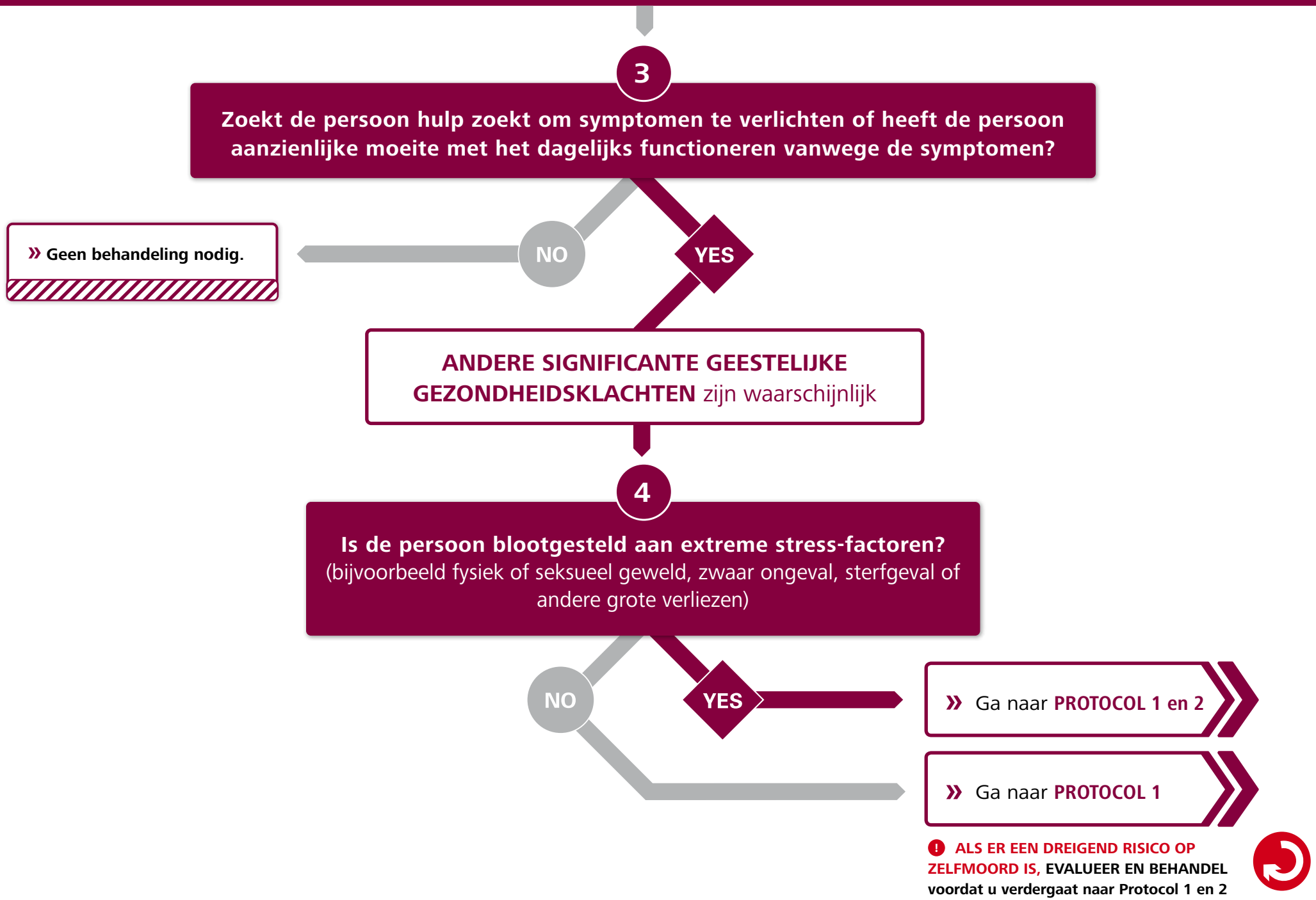
CONTROLE

OTH 1 » Evaluatie

VEELVOORKOMENDE KENMERKEN VAN ANDERE SIGNIFICANTE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSKLACHTEN

- *Extreme vermoeidheid, depressief, geïrriteerd, angstig of gestrest.*
- *Medisch onverklaarbare somatische klachten (d.w.z. somatische symptomen zonder een lichamelijke oorzaak die het symptoom volledig verklaart).*




3
Zoekt de persoon hulp zoekt om symptomen te verlichten of heeft de persoon aanzienlijke moeite met het dagelijks functioneren vanwege de symptomen?
NO
YES
» Geen behandeling nodig.
ANDERE SIGNIFICANTE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSKLACHTEN zijn waarschijnlijk
4
Is de persoon blootgesteld aan extreme stress-factoren?
(bijvoorbeeld fysiek of seksueel geweld, zwaar ongeval, sterfgeval of andere grote verliezen)
NO
YES
» Ga naar PROTOCOL 1 en 2
» Ga naar PROTOCOL 1
! ALS ER EEN DREIGEND RISICO OP ZELFMOORD IS, EVALUEER EN BEHANDEL voordat u verdergaat naar Protocol 1 en 2 (Ga naar » SUI).

OTH 2 » Behandeling

PROTOCOL 1

ANDERE SIGNIFICANTE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSKLACHTEN

» **SCHRIJF GEEN medicatie voor tegen angststoornissen of antidepressiva** (tenzij op advies van een specialist).

» **Geef GEEN vitamine-injecties of andere ineffectieve behandelingen.**

» **In alle gevallen, verminder de stress en versterk de sociale ondersteuning, zoals beschreven in Essentiële zorg en praktijk (ECP).**

- Pak de huidige psychosociale stressfactoren aan.
- Versterk de ondersteuning.
- Leer technieken om stress te verminderen zoals ontspanningstechnieken (zie **Tekstvak 1** aan het eind van de module).

» **Als er geen fysieke aandoening wordt vastgesteld die een aanwezig somatisch symptoom volledig verklaart, erken dan de realiteit van de symptomen en geef mogelijke verklaringen.**

- Vermijd het aanvragen van meer (laboratorium)onderzoeken, tenzij er een duidelijke medische indicatie is, b.v. abnormale vitale functies.
- Als er toch nader onderzoek wordt gedaan, voorkom dan onrealistische verwachtingen door de persoon te vertellen dat het verwachte resultaat waarschijnlijk normaal is.
- Informeer de persoon dat er geen ernstige ziekte is vastgesteld. Communiceer de normale klinische bevindingen en onderzoeksresultaten.
- Als de persoon aandringt op verder onderzoek, overweeg dan om te zeggen dat het uitvoeren van onnodig onderzoek schadelijk kan zijn omdat het onnodige zorgen en bijwerkingen kan veroorzaken.
- Erken dat de symptomen niet denkbeeldig zijn en dat het nog steeds belangrijk is om de symptomen te behandelen die veel leed of onrust veroorzaken.
- Vraag de persoon om hun eigen verklaring van de oorzaak van hun symptomen en vraag naar hun zorgen. Dit kan aanwijzingen geven over de bron van het leed, helpen bij het opbouwen van een vertrouwensrelatie met de persoon en het vergroot de kans dat de persoon zich houdt aan de voorgeschreven behandeling.
- Leg uit dat emotioneel lijden/stress vaak gepaard gaat met lichamelijke klachten, zoals buikpijn, gespannen spieren, enz. Vraag naar en bespreek mogelijke verbanden tussen de emoties/stress en symptomen van de persoon.
- Stimuleer de voortzetting van (of geleidelijke terugkeer naar) dagelijkse activiteiten.
- Vergeet niet om manieren te vinden om de stress te verminderen en de sociale ondersteuning te versterken. Ga naar »ECP.

PROTOCOL 2

ANDERE SIGNIFICANTE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSKLACHTEN IN PERSONEN DIE ZIJN BLOOTGESTELD AAN EXTREME STRESS-FACTOREN

(bijvoorbeeld fysiek of seksueel geweld, een zwaar ongeval, sterfgeval of andere grote verliezen)

» **In alle gevallen, of de persoon nu wel of geen emotionele, fysieke of gedragsproblemen vertoont na blootstelling aan een extreme stress-factor, bied ondersteuning zoals beschreven in PROTOCOL 1. Luister aandachtig.**

» **OEFEN GEEN druk uit op de persoon om over de gebeurtenis te praten.**

» **Bespreek de sociale behoeften van de persoon.**

- **Vraag** naar de behoeften en zorgen van de persoon.
- **Help** de persoon om in zijn basisbehoeften te voorzien, toegang te krijgen tot diensten en contact te leggen met familie en andere sociale steunmechanismen.
- **Bescherm** de persoon tegen (verdere) schade, indien nodig.
- **Moedig** de persoon aan om normale activiteiten weer op te pakken, bijvoorbeeld op school of op het werk, thuis en sociaal, indien haalbaar en cultureel passend.

» **Leg uit dat bij een groot verlies:**

- Het normaal is om te rouwen om een groot verlies. Iemand kan rouwen om een persoon, maar ook om een plaats of eigendom, of het verlies van de eigen gezondheid en welzijn. Verdriet en rouw heeft zowel mentale als fysieke effecten.
- –Mensen rouwen op verschillende manieren. Sommige mensen vertonen sterke emoties, anderen juist niet. Huilen betekent niet dat iemand zwak is. Mensen die niet huilen, kunnen de emotionele pijn net zo diep voelen, maar drukken zich op andere manieren uit.
- In de meeste gevallen zal het verdriet na verloop van tijd afnemen. Het kan voelen alsof het verdriet, het verlangen of de pijn nooit zal verdwijnen, maar in de meeste gevallen deze gevoelens na verloop van tijd af. Soms voelt iemand zich een tijdje goed, dan herinnert iets weer aan het verlies en kan de persoon zich weer net zo slecht voelen als in het begin. Er is geen goede of foute manier om te rouwen. Soms voelt iemand zich heel verdrietig, soms verdoofd en soms kan iemand misschien wel plezier hebben. Deze ervaringen worden in de loop van de tijd meestal minder intens en minder frequent.

» **Bij het verlies van een dierbare, bespreek en ondersteun de cultureel passende manieren van het verwerken van een verlies en/of rouwen.**

- Vraag of er passende rouwceremonies/rituelen hebben plaatsgevonden of gepland zijn. Als dit niet het geval is, bespreek dan de belemmeringen en hoe deze kunnen worden aangepakt.

» **Als een langdurige rouwstoornis wordt vermoed, raadpleeg dan een specialist voor verdere evaluatie en behandeling.**

- De persoon heeft mogelijk een langdurige rouwstoornis als de symptomen gepaard gaan met aanzienlijke problemen in het dagelijks functioneren **die minstens 6 maanden aanhouden** en een diepgaande betrokkenheid met of intens verlangen naar de overledene die gepaard gaat met intense emotionele pijn.

» **In het geval van reacties op de recente blootstelling aan een potentieel traumatische gebeurtenis, leg uit dat:**

- Mensen vaak een reactie hebben na een dergelijke gebeurtenis. De reacties kunnen enorm verschillen per persoon en veranderen in de loop van de tijd.
- Ze kunnen gepaard gaan met somatische symptomen zoals hartkloppingen, pijn, maagklachten en hoofdpijn en emotionele en gedragssymptomen zoals slaapstoornissen, verdriet, angst, irritatie en agressie.
- Dergelijke gevoelens kunnen worden verergerd of weer de kop opsteken bij herinneringen aan de stressvolle gebeurtenis of nieuwe stress-factoren.
- In de meeste gevallen zullen de symptomen in de loop van de tijd waarschijnlijk afnemen, vooral als de persoon rust neemt sociale steun krijgt en zich toelegt op het verminderen van de stress. Ga naar »ECP.
  Ga naar **Tekstvak 1**.

» **Als u een langdurige rouwstoornis vermoedt, raadpleeg dan een specialist voor verdere evaluatie en behandeling.**

- Na een potentieel traumatische gebeurtenis kan de persoon PTSS (post-traumatische stress stoornis) hebben als de symptomen **gedurende ten minste 1 maand** gepaard gaan met aanzienlijke problemen in het dagelijks functioneren en terugkerende angstaanjagende dromen, flashbacks of indringende herinneringen aan de gebeurtenissen vergezeld van intense angst; het opzettelijk vermijden van herinneringen aan de gebeurtenis; overmatige bezorgdheid en alertheid op gevaar of heftig reageren op harde geluiden of onverwachte bewegingen.

OTH 3 » Controle

AANBEVELINGEN OVER FREQUENTIE VAN AFSPRAKEN

» Vraag de persoon om binnen 2-4 weken terug te komen als hun symptomen niet verbeteren of op elk ander moment als hun symptomen verergeren.

EVALUEER OP VERBETERING

Gaat de persoon vooruit?

YES

» Ga door met het behandelplan.

» Doe controle indien nodig

NO

Als de persoon niet vooruit gaat **of de persoon of de verzorger aandringt op verder onderzoek en behandeling:**

» **Bekijk protocollen 1 en 2**

» **Overweeg een specialist te raadplegen**

TEKSTVAK 1: INSTRUCTIES VOOR ONTSPANNINGSTRAINING

» **Leg uit wat je gaat doen.**
"Ik ga je leren om te ademen op een manier die je lichaam en geest helpt te ontspannen. Het zal enige oefening vereisen voordat je het volle effect van deze ademhalingstechniek voelt. De reden dat deze strategie zich op de ademhaling richt, is omdat wanneer we ons gestrest voelen, onze ademhaling snel en oppervlakkig wordt, waardoor we ons just nog meer gespannen voelen. Om te kunnen ontspannen, moet je eerst je ademhaling veranderen. Voordat we beginnen, gaan we eerst het lichaam ontspannen."

» **Begin langzaam met de ontspanningsoefeningen en demonstreer de ademhaling.**
"Schud je armen en je benen rustig los. Laat je armen en benen slap en los worden. Rol je schouders naar achteren en beweeg je hoofd voorzichtig van links naar rechts. Leg nu een hand op je buik en de andere hand op je bovenborst. Stel je voor dat je een ballon in je maag hebt. Als je inademt, blaas je die ballon op, zodat je buik uitzet. En als je uitademt, gaat ook de lucht in de ballon weer naar buiten, waardoor je buik plat wordt. Kijk eerst naar hoe ik het doe. Ik ga eerst uitademen om alle lucht uit mijn buik te blazen." Demonstreer de ademhaling vanuit de maag - probeer het uitzetten en intrekken van uw buik te overdrijven.

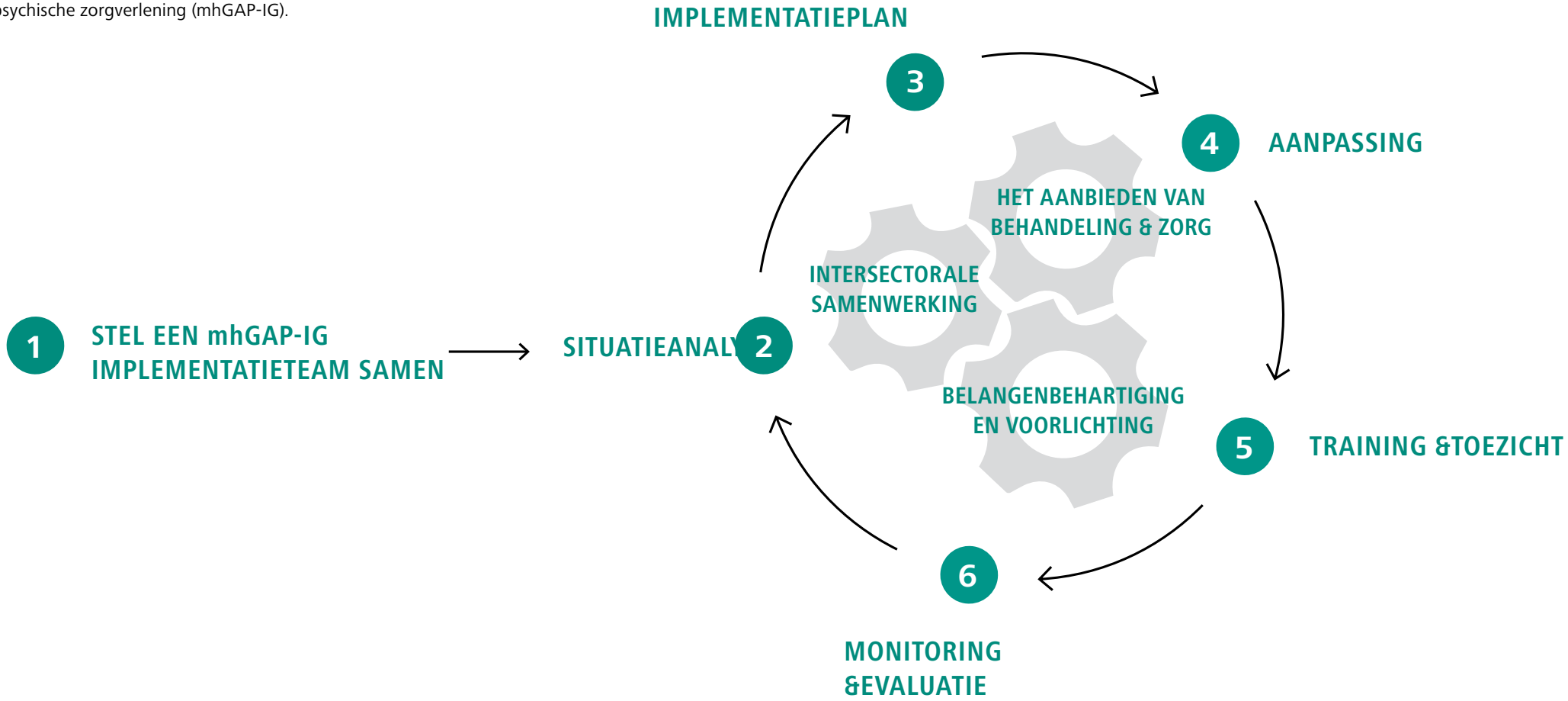
» **Focus op de ademhalingstechnieken.**
"Probeer nu samen met mij vanuit je buik te ademen. Denk eraan, we beginnen met uitademen totdat alle lucht eruit is; adem dan pas in. Als je kunt, adem dan in door je neus en uit door je mond. De tweede stap is om het tempo van je ademhaling te vertragen. Neem drie seconden om in te ademen, twee seconden om je adem vast te houden en drie seconden om weer uit te ademen. Ik tel met je mee. Je kunt je ogen sluiten of openhouden. Adem langzaam in, 1, 2, 3. Houd je adem vast, 1, 2. En adem nu weer uit, 1, 2, 3." Herhaal deze ademhalingsoefening ongeveer een minuut, rust een minuut uit en herhaal de cyclus nog twee keer.

» **Moedig de persoon aan om het zelf te oefenen.**
"Probeer het nu een minuut alleen. Dit is iets wat je goed zelf kunt oefenen."

IMPLEMENTATIE mhGAP-IG

Implementatieproces mhGAP-IG

We adviseren een aantal acties voor programmaplanners om deze gids in te voeren in niet-gespecialiseerde zorginstellingen. Deze worden samengevat in het volgende schema waarin een aantal essentiële acties en doorlopende activiteiten worden weergegeven Deze module geeft een overzicht van het implementatieproces van de Interventiegids voor psychische zorgverlening (mhGAP-IG).



1 Stel een mhGAP-IG implementatieteam samen

- Er zijn mogelijk meerdere teams nodig, afhankelijk van de omvang van het geografische gebied/regio's.
- Geef een duidelijke omschrijving van het doel en de taakomschrijving van de implementatieteams en ontwikkel een werkplan voor elk team/teamleden. Een van de belangrijkste functies van dit team is toezicht houden op het implementatieproces.
- Bouw voort op een bestaande instantie of groep in plaats van iets nieuws op te richten, kijk bijvoorbeeld naar een bestaande gezondheidscommissie of een adviesgroep. Soms is er meer dan één groep die in aanmerking komt. Het samenvoegen van groepen of het oprichten van een nieuwe groep met de deelname van leden van de bestaande groepen kan ook een oplossing zijn.
- Leden van het implementatieteam moeten ten minste één deelnemer van elk van de volgende categorieën bevatten: gebruikers van maatschappelijke en sociale dienstverlening, beleidsmakers, (potentiële) financiële supporters of donateurs, programmamanagers, dienstverleners en communicatiemedewerkers.
- Vorm kleinere actiegroepen of werkgroepen die zich concentreren op specifieke activiteiten, b.v. een actiegroep om trainingsactiviteiten te implementeren en een andere om belangenbehartiging en voorlichtingsactiviteiten uit te voeren. Geef altijd duidelijk aan wat de functies van een taskforce zijn en de rol van elk lid hierin.

2 Situatieanalyse

Het belangrijkste doel van de situatieanalyse is het verstrekken van informatie voor het plannen, aanpassen en implementeren van het proces om hulpmiddelen te bieden en te voldoen aan de behoeften van personen met psychische en neurologische aandoeningen en middelengebruik (MNS-aandoeningen). Dit proces bestaat onder meer uit secundair onderzoek. Raadpleeg bijvoorbeeld het landenprofiel in de WHO Mental Health Atlas, het WHO-verslag over het evaluatie-instrument voor Systemen voor Psychische Gezondheid (Assessment Instrument for Mental Health Systems of AIMS) of reeds bestaande beoordelingen, en interviews en groepsdiscussies met meerdere belanghebbenden om de volgende vragen te beantwoorden:

- Welke behoeften en hulpmiddelen moeten eerst worden geëvalueerd? Wat weten we al?
- Wat is het nationale beleid met betrekking tot geestelijke gezondheid, de capaciteit van het personeel in het land/de regio en organisaties die psychische zorg verlenen?
- Wat zijn de geloofssystemen en de cultuur rondom het inroepen van zorg voor de geestelijke gezondheid in het land/de regio?
- Wat zijn de mogelijke hindernissen met betrekking tot de implementatie van mhGAP-IG, bijvoorbeeld stigmatisering en discriminatie van mensen met MNS-aandoeningen, nationale zorgprioriteiten die voorrang krijgen boven MNS-aandoeningen, enz.

3 mhGAP-IG implementatieproces

Ontwikkel op basis van de situatieanalyse een plan voor de implementatie van mhGAP-IG dat de volgende vragen beantwoordt:

WAAR

- Waar wordt de mhGAP-IG geïmplementeerd (bijv. in welke medische instellingen, wijken, steden)?

WANNEER

- Wanneer wordt elk van de mhGAP-IG-activiteiten ingevoerd (bijv. tijdlijn voor aanpassing, training van trainers, trainingsactiviteiten, toezicht en belangenbehartigingsactiviteiten)?

WAT

- Wat zijn de benodigde en beschikbare hulpmiddelen voor de implementatie van mhGAP-IG, inclusief financiële en personele middelen en infrastructuur (bijv. medische faciliteiten, beschikbare medicijnen)?

WIE

- Wie worden opgeleid en welke kennis en vaardigheden hebben zij al (bijvoorbeeld de vaardigheden en kennis die verpleegkundigen en artsen in de primaire zorg al hebben) en wie is verantwoordelijk voor elke activiteit (bijvoorbeeld wie gaat trainen en begeleiden)?

HOE

- Hoe kunt u de communicatie- en verwijzingstrajecten op de verschillende niveaus in het systeem verbeteren en tegelijkertijd een nieuwe service introduceren?
- Hoe kunt u gegevens verzamelen over implementatieactiviteiten voor mhGAP-IG en deze integreren in de bestaande indicatoren in gezondheidsinformatiesysteem?

4 Aanpassing

De mhGAP-IG-aanpassing is het proces waarin beslissingen worden genomen en uitgevoerd over de veranderingen die nodig zijn in de mhGAP-IG, het trainingsmateriaal, monitoring- en evaluatietools (M&E) en andere tools om de informatie aan te passen voor de context in een bepaald land of regio.

Doel van de mhGAP-IG-aanpassing:

Het mogelijk maken dat de gids, inclusief de componenten voor evaluatie en behandeling, wordt geïmplementeerd via het lokale gezondheidssysteem.

- Ervoor zorgen dat de gids past in de lokale sociaal-culturele context.
- Lokale termen gebruiken om de communicatie met gebruikers en verzorgers te verbeteren.
- Het verduidelijken van de verwijzingstrajecten.
- De materialen af te stemmen op de relevante nationale behandelingsrichtlijnen en -beleid, waar van toepassing.
- Een basis bieden voor de ontwikkeling van geschikte trainingsprogramma's en hulpmiddelen.
- Ervoor zorgen dat M&E-indicatoren in overeenstemming zijn met de nationale gezondheidsinformatiesystemen.

Methode voor de mhGAP-IG-aanpassing:

- Organiseer een workshop met een groep verschillende belanghebbenden om de mhGAP-IG, het trainingsmateriaal en M&E en andere tools in de context te plaatsen en aan te passen.
- Voeg deskundigen toe die relevante disciplines vertegenwoordigen (bijv. psychiatrie, verslaving, neurologie, pediatrie, maatschappelijk werk en psychologie), mensen die verschillende niveaus van de algemene gezondheidszorg vertegenwoordigen (bijv. volksgezondheid, eerstelijnszorgverleners, huisartsen, verpleegkundigen, apothekers, personen die bekend zijn met gezondheidsinformatiesystemen), gebruikers of cliënten en beleidsmakers.
- Gebruik de situatieanalyses die zijn uitgevoerd voor de regio's waarin mhGAP-IG wordt geïmplementeerd.
- Zorg ervoor dat het aanpassingsproces is afgestemd op de nationale documenten (bijvoorbeeld het nationale gezondheidsbeleid, wetgeving en plan, klinische protocollen en richtlijnen die worden gebruikt in de algemene/eerstelijnszorg en de nationale geneesmiddelenlijst).

5 mhGAP-IG-training & toezicht

Een belangrijk aspect van de implementatie van mhGAP-IG is het trainen van zorgverleners die in niet-gespecialiseerde instellingen werken zodat ze als eerstelijnspersoneel interventies kunnen geven. Ook biedt de mhGAP-IG mechanismen die de voortdurende ondersteuning en supervisie van deze zorgverleners garanderen. Hoewel de interventiegids in de eerste plaats door niet-specialisten moet worden uitgevoerd, vereist het een gecoördineerde inzet van specialisten en deskundigen op het gebied van de volksgezondheid om een optimale uitvoering te garanderen.

Het doel van de mhGAP-IG-training is om niet-gespecialiseerde zorgverleners de vaardigheden en kennis bij te brengen die ze nodig hebben om personen met psychische en neurologische aandoeningen en middelengebruik (MNS-aandoeningen) te evalueren en te behandelen. De duur van de opleiding is niet alleen afhankelijk van de lokale aanpassingen die zijn gemaakt, maar ook van de huidige kennis en vaardigheden van de betrokken niet-gespecialiseerde zorgverleners. Meestal duurt de training meerdere volle dagen. Afhankelijk van de omstandigheden, kan de training zowel fysiek of via e-learning worden gegeven.

De opleidingsstructuur verloopt via twee niveau's (een zogeheten 'waterval-methode'): een hoofdtrainer leidt ‘trainers’ op die vervolgens de niet-gespecialiseerde eerstelijnszorgverleners opleiden.

mhGAP-IG train de trainers:

Het doel is ervoor te zorgen dat de trainers bekwaam zijn en vertrouwen hebben in hun vermogen om niet-gespecialiseerde zorgverleners op te leiden en te fungeren als informatiebron voor deze zorgverleners.

mhGAP-IG trainers/supervisors dienen de volgende kenmerken te hebben:

- Specialist in MNS-gezondheidszorg (psychiater, psychiatrisch verpleegkundige, neuroloog, enz.), artsen of verpleegkundigen die zijn opgeleid en ervaren in het behandelen van MNS-aandoeningen met behulp van de mhGAP-interventiegids, en/of bestaande supervisors met ervaring in het algemene gezondheidssysteem.
- Klinische vaardigheden en ervaring op het gebied van psychische gezondheid en/of de behandeling van MNS-aandoeningen.
- Administratieve vaardigheden en ervaring in de behandeling van MNS-aandoeningen, inclusief het bijhouden van gegevens, controles en doorverwijzen.
- Vaardigheden als facilitator en probleemoplosser.
- Beschikbaar voor ondersteuning en toezicht, inclusief regelmatige toezichthoudende bezoeken.

De trainingsagenda:
Van de trainers wordt verwacht dat ze toekomstige mhGAP-IG-trainingen geven en ondersteuning en begeleiding geven aan zorgverleners. Naast de training in het evalueren en behandelen van mensen met MNS-aandoeningen, zoals beschreven in de mhGAP-IG, leren de trainers ook meer over de trainingsmethoden, het plannen van curricula en methoden voor supervisie en kwaliteitsborging.

mhGAP-IG ondersteuning & supervisie:

Deelnemers aan de mhGAP-IG-training (mhGAP-IG-trainees) zijn meestal niet-gespecialiseerd zorgpersoneel die werkzaam zijn in eerstelijns- of tweedelijnsklinieken/ziekenhuizen. Ze zullen continu begeleiding nodig hebben om wat ze tijdens de training hebben geleerd om te zetten naar hun klinische praktijken. Supervisie is een onderdeel van het continuüm van de training die nodig is om competente mhGAP-zorgverleners op te leiden. Ondersteuning en supervisie is niet alleen bedoeld om mhGAP-IG-trainees te helpen bij het leveren van verbeterde geestelijke gezondheidszorg (klinische supervisie), maar biedt ook ondersteuning in de werkomgeving voor de implementatie van mhGAP-IG (administratieve en programmatoezicht).

Specifieke doelstellingen voor ondersteuning en toezicht:

- Begeleiding geven bij het overdragen van vaardigheden en kennis van de mhGAP-IG-training naar de klinische praktijk.
- Zorgen voor adequate levering van psychische interventies die in overeenstemming zijn met de richtlijnen van de mhGAP-IG en gebieden identificeren die verdere ontwikkeling van vaardigheden vereisen.
- Problemen identificeren waarmee mhGAP-IG-trainees worden geconfronteerd in de behandeling van gecompliceerde klinische situaties en assistentie verlenen aan de trainees.
- Niet-gespecialiseerde zorgverleners motiveren om kwalitatief goede zorg te bieden aan mensen met MNS-aandoeningen.
- Ervoor zorgen dat de dossiers en administratieve procedures voor MNS-aandoeningen, zoals verwijzingen en controles, worden opgesteld en/of geïntegreerd in bestaande systemen bij de lokale zorginstellingen.
- Ervoor zorgen dat de levering van medicijnen, medische apparatuur en andere ondersteunende systemen voor de implementatie van mhGAP-IG operationeel is.
- Een respectvolle, oordeelvrije houding en ethische behandeling inspireren en demonstreren die de mensenrechten van personen met MNS-aandoeningen bevordert en beschermt.
- Ondersteuning geven aan zorgverleners die stress ervaren.

6 Monitoring & Evaluatie

Monitoring en Evaluatie (M&E) kan informatie verstrekken over de effectiviteit van een programma en voor wie het werkt; het kan programmagebieden identificeren die op schema liggen of welke aspecten van een programma moeten worden aangepast. De informatie die wordt verkregen door M&E kan gebruikt worden om de uitvoerders en financiers van de programma's te laten zien dat hun investeringen vruchten afwerpen. M&E biedt essentiële informatie om te leren van ervaringen, de dienstverlening te verbeteren, te plannen, hulpmiddelen toe te wijzen en resultaten te onderbouwen. Dit als is een belangrijk onderdeel van onze verantwoording aan de betrokken stakeholders. De uitdrukking, "wat wordt gemeten, wordt gedaan", vat het belang samen van monitoring en evaluatie bij de planning en implementatie van programma's.

M&E omvat het plannen, coördineren, verzamelen, analyseren en toepassen van nationale, regionale en lokale gegevens, inclusief gegevens van zorginstellingen en mhGAP-IG-trainers, trainees en supervisors; het is daarom een goed idee dat het mhGAP-IG implementatieteam een M&E-coördinator of subcommissie aanwijst om de M&E te plannen en uit te voeren.

Enkele voorbeelden van indicatoren die kunnen worden gebruikt om de implementatie van mhGAP-IG te monitoren zijn: indicatoren per instelling of ziekenhuis, bijvoorbeeld het aantal niet-gespecialiseerde zorgverleners dat is getraind in mhGAP-IG, of aantal bezoeken in het kader van ondersteuning en toezicht aan elke zorginstelling waar mhGAP-IG is geïmplementeerd. Daarnaast zijn er ook algemene indicatoren, bijvoorbeeld het totaal aantal zorginstellingen dat mhGAP-IG gebruikt om personen met MNS-aandoeningen te evalueren en te behandelen, aantal zorginstellingen met een ononderbroken levering van essentiële medicijnen voor MNS-aandoeningen.

Zorg ervoor dat de M&E-indicatoren deel uitmaken van het nationale gezondheidsinformatiesysteem. Het verzamelen van gegevens met behulp van indicatoren zal helpen bij het monitoren van mhGAP-IG. De gegevens zullen ook helpen bij het samenstellen van een rapport elke twee jaar met informatie over de nationale psychische gezondheid voor de WHO Mental Health Atlas. Deze publicatie geeft een overzicht van de voortgang van de implementatie van het 2013-2020 Actieplan voor Psychische Gezondheid.

Evalueer het implementatieproces van mhGAP-IG, identificeer zowel successen als punten voor verbetering en werk de situatieanalyse bij.

Naast de zes hierboven beschreven acties, zijn er drie doorlopende activiteiten die een essentieel onderdeel zijn van de implementatie van mhGAP-IG. Deze worden hieronder beschreven.

A. HET VERLENEN VAN BEHANDELING EN ZORG:

De mhGAP-IG adviseert om een aantal farmacologische en psychologische interventies te laten verlenen door niet-gespecialiseerde zorgverleners. Hieronder valt bijvoorbeeld probleemoplossende therapie (PST) en interpersoonlijke therapie (IPT) voor depressie bij volwassenen. De WHO heeft een aantal vereenvoudigde psychologische interventies ontwikkeld. Dit zijn schaalbare interventies waarvan de uitvoering een minder intensieve inzet van gespecialiseerd personeel vraagt. Dit betekent dat de interventie is aangepast om minder middelen te gebruiken vergeleken met conventionele psychologische interventies en dat mensen met en zonder een vooropleiding in psychische zorgverlening een effectieve vereenvoudigde versie van PST en IPT kunnen leveren, zolang ze worden getraind en begeleid. Voorbeelden van WHO-handleidingen voor schaalbare psychologische interventies die deel uitmaken van het mhGAP-pakket zijn: de WHO handleiding voor Problem Management Therapy PM+, de WHO Interpersoonlijke Therapie-handleiding (IPT), de WHO Thinking Healthy-handleiding voor maternale depressie en de WHO Parental Skills-trainingshandleiding.

Essentiële medicijnen kunnen worden gebruikt om symptomen van psychische en neurologische aandoeningen en middelengebruik (MNS-aandoeningen) te behandelen, waardoor de duur van veel aandoeningen kan worden ingekort, de invaliditeit afneemt en terugval wordt voorkomen. Essentiële geneesmiddelen staan op de WHO-modellijsten van essentiële geneesmiddelen. Toegang tot essentiële medicijnen is een onderdeel van "het recht op [de hoogst haalbare standaard van] gezondheid".

Er zijn vier hoofdgroepen van medicijnen die gericht zijn op de behandeling van de prioritaire MNS-aandoeningen die in deze gids worden genoemd:

- antipsychotica voor psychotische stoornissen;
- medicijnen die worden gebruikt bij stemmingsstoornissen (depressief of bipolair);
- anti-convulsiva/anti-epileptica;
- medicijnen voor de behandeling van ontwenningsverschijnselen, intoxicatie of afhankelijkheid.

De ervaringen van veel landen tonen aan dat het mogelijk is om de toevoer en het gebruik van medicijnen te verbeteren. De toegang van populaties tot essentiële geneesmiddelen wordt bepaald door: (i) een logische selectie van geneesmiddelen; (ii) betaalbare prijzen; (iii) garantie van duurzame financiering; en (iv) beschikbaarheid van betrouwbare zorg- en bevoorradingssystemen.

B. BELANGENBEHARTIGING EN VOORLICHTING:

Belangenbehartiging voor geestelijke gezondheid gebruikt informatie op een weloverwogen en strategische manier om anderen te beïnvloeden veranderingen teweeg te brengen. Het gaat hierbij om het bevorderen van de behoeften en rechten van mensen met psychische stoornissen, en die van de algemene bevolking. Belangenbehartiging verschilt van educatie. Educatie informeert en creëert begrip van een kwestie. Belangenbehartiging daarentegen is bedoeld om te overtuigen. Dit wordt gedaan door middel van verzoeken en oproepen tot specifieke acties. Een basisprincipe is dat belangenbehartiging alleen effectief is als de doelgroep hierbij wordt betrokken. Mensen mobiliseren betekent hen vragen om deel uit te maken van de oplossing.

Voorbeelden van belangenbehartigingsacties:

Belangenbehartigingsacties voor het algemene publiek:

- Betrek en mobiliseer mensen met MNS-aandoeningen en hun verzorgers in de belangenbehartigingsacties. Zorg ervoor dat de gemeenschap rechtstreeks, positief sociaal contact heeft met mensen met MNS-aandoeningen.
- Gebruik de media om het bewustzijn rondom psychische problemen te vergroten, door middel van informatiecampagnes, tijdschriftartikelen en aankondigingen in medische instellingen of klinieken. Benadruk tegelijkertijd het belang van verantwoorde berichtgeving, met name over het ontwerp zelfmoord.
- Geef voorlichting over geestelijke gezondheidsproblemen in openbare gelegenheden (bijvoorbeeld scholen, zorgcentra).
- Houd openbare evenementen en lezingen over thema's op het gebied van geestelijke gezondheid.

Voer belangenbehartigingsacties uit met (geestelijke) zorgverleners:

- Bevorder het begrip van het belang van zorgverlening in de gemeenschap, de rol van de gemeenschap en de mensenrechten van mensen die getroffen zijn door MNS-aandoeningen.
- Zorg voor goede training en ondersteuning van (geestelijke) zorgverleners.

C. NETWERKEN EN INTERSECTORALE SAMENWERKING:

De implementatie van mhGAP-IG vereist samenwerking tussen verschillende sectoren en belanghebbenden, zoals:

- **Gespecialiseerde en niet-gespecialiseerde gezondheidsdiensten en zorgverleners:** b.v. psychologen, buurtverpleegkundigen, maatschappelijk werkers, intramurale of poliklinische dienstverleners, outreach hulpverleners.
- **Gebruikers van diensten:** bijvoorbeeld groepen of personen die leven met dezelfde aandoening, familieleden met dezelfde aandoening of personen die zorgen voor iemand met dezelfde aandoening (uiteraard met toestemming van alle betrokkenen).
- **Familie en vrienden:** Identificeer voormalige sociale activiteiten van de persoon die, indien hervat, directe of indirecte psychologische en sociale ondersteuning kunnen bieden, bijv. familiebijeenkomsten, uitstapjes met vrienden, op bezoek bij buren, sociale activiteiten op het werk, sport en buurtactiviteiten. Stimuleer de persoon om deze activiteiten weer op te pakken.
- **Informele ondersteuning in de gemeenschap of buurt:** bijvoorbeeld spirituele groepen, spaargroepen, recreatieve groepen, vrouwengroepen, hulpgroepen voor jongeren, culturele groepen, zelfhulpgroepen, hulplijnen.
- **Opleiding/onderwijs en werk:** scholen, studie, beroepsopleidingen of werkgelegenheidsprogramma's. Specifieke acties waaronder zelfmoordpreventieprogramma's in scholen, met onder meer training over psychische gezondheid en vaardigheidstraining om zelfmoordpogingen en zelfmoord onder adolescente studenten te verminderen.
- **Niet-gouvernementele organisaties:** bijvoorbeeld rechtsbijstand, kinderbescherming, programma's tegen huiselijk/gendergeweld of programma's voor psychosociale ondersteuning.
- **Overheidsdiensten en -uitkeringen:** bijvoorbeeld openbare rechtsstelsels, kinderbijslag, pensioen, invaliditeit of arbeidsongeschiktheid, kortingen op openbaar vervoer.

De volgende punten zijn belangrijk om een efficiënte samenwerking tussen deze groepen mogelijk te maken:

- Zorg ervoor dat leden van het mhGAP-IG-implementatieteam **duidelijke rollen en functies hebben.**
- **Maak een lijst met informatiebronnen en dienstverlenende instanties** om niet-gespecialiseerd zorgpersoneel te helpen zinvolle contacten te leggen voor mensen met prioritaire mhGAP-aandoeningen, hun verzorgers en andere familieleden door informatie te **verzamelen uit de situatieanalyse en de lijst regelmatig bij te werken met nieuwe informatie**.

WOORDENLIJST

TERM	DEFINITIE
Dagelijkse levensactiviteiten (ADL's)	Een concept van functioneren – dagelijkse levensactiviteiten zijn de basisactiviteiten die nodig zijn om zelfstandig te leven, waaronder eten, wassen en toiletgang. Er zijn verschillende beoordelingsinstrumenten voor dit concept om te bepalen of een persoon het vermogen heeft om een activiteit met of zonder hulp uit te voeren.
Onrust/opwinding	Duidelijke rusteloosheid en overmatige motoriek, vergezeld van angst/onrust.
Agranulocytosis	Een bloedaandoening die wordt gekenmerkt door de afwezigheid van granulocyten (een soort witte bloedcel). Het is een acute aandoening waarbij sprake is van ernstige en gevaarlijke leukopenie. Dit staat ook bekend als door medicatie geïnduceerde secundaire agranulocytose.
Akathisia	Een subjectief gevoel van rusteloosheid, gaat vaak gepaard met waargenomen buitensporige bewegingen (bijv. onrustige bewegingen van de benen, wiebelen van voet naar voet, ijsberen, niet stil kunnen zitten of staan).
Akinesie	De afwezigheid of het ontbreken van vrijwillige beweging. Een staat waarin de persoon moeite heeft met het initiëren van bewegingen of het overstappen van het ene motorische patroon op het andere. Dit wordt geassocieerd met de ziekte van Parkinson.
Veranderde mentale staat	Een veranderde staat van bewustzijn of mentale toestand waarbij de persoon niet bewusteloos is. Wordt vaak veroorzaakt door de inname van middelen of andere psychische of neurologische aandoeningen. Voorbeelden zijn verwarring en desoriëntatie. Zie **delirium** en **verwarde toestand**.
Ziekte van Alzheimer	Een primaire degeneratieve cerebrale ziekte van onbekende etiologie die in de meeste gevallen gepaard gaat met karakteristieke neuropathologische en neurochemische kenmerken. De aandoening begint meestal ongemerkt en ontwikkelt zich langzaam maar gestaag over een periode van meerdere jaren.
Anticholinerge bijwerkingen	Anticholinergica blokkeren de effecten van acetylcholine op de muscarinereceptoren. Anticholinerge effecten zijn onder meer een droge mond, urinaire frequentie of retentie, hartkloppingen en sinustachycardie.
Aplastische bloedarmoede	Een ziekte die wordt gekenmerkt door het onvermogen van de bloedstamcellen om nieuwe rijpe cellen te genereren. Deze ziekte wordt ook gekenmerkt door lage aantallen rode bloedcellen, witte bloedcellen en bloedplaatjes. Deze ziekte kan gepaard gaan met bleekheid, vermoeidheid, duizeligheid, verhoogd risico op infectie of meer blauwe plekken of bloedingen.

TERM	DEFINITIE
Ataxie	Gebrek aan spiercoördinatie. Personen met ataxie hebben moeite met de spiercoördinatie omdat de delen van het zenuwstelsel die de beweging en het evenwicht regelen, zijn aangetast. Ataxie kan de beweging van de vingers, handen, armen, benen, lichaam, spraak en oogbewegingen beïnvloeden.
Autismespectrumstoornissen	Een overkoepelende term voor aandoeningen zoals autisme, desintegratiestoornis bij kinderen en het syndroom van Asperger.
Autonomie	Het waargenomen vermogen om zelf persoonlijke beslissingen te nemen die bepalen hoe je leeft, volgens je eigen regels en voorkeuren.
Gedragsactivering	Psychologische behandeling die zich richt op het verbeteren van de stemming door opnieuw deel te nemen aan activiteiten die taakgericht zijn en waaraan de persoon vroeger veel plezier beleefde, ondanks de huidige neerslachtige stemming. Het kan worden gebruikt als een op zichzelf staande behandeling en het is ook een onderdeel van cognitieve gedragstherapie.
Verlies/rouw	Een proces van verlies, rouw en herstel, meestal geassocieerd met een sterfgeval.
Cerebrovasculair accident	Een plotselinge verstoring van de hersenfunctie die veroorzaakt wordt door een vaatziekte, met name trombose, bloeding of embolie. Zie ook **beroerte**.
Cognitieve	Mentale processen die verband houden met het denkvermogen. Deze omvatten redeneren, onthouden, oordelen, problemen oplossen en plannen.
Cognitieve gedragstherapie (CGT)	Psychologische behandeling die cognitieve componenten combineert (gericht op de manier van denken te veranderen, bijvoorbeeld door onrealistische negatieve gedachten te identificeren en iemand hierop aan te spreken en gedragscomponenten (gericht op een andere aanpak, bijvoorbeeld door de persoon te helpen activiteiten te ondernemen die meer voldoening schenken).
Comorbiditeit	Dit beschrijft meerdere gelijktijdige ziekten of aandoeningen.
Geheimhouding	Het waarborgen van de geheimhouding van gevoelige communicatie (zoals consulten van de arts met een patiënt) en medische dossiers.
Verwarring, verwarde toestand	Een toestand van verstoord bewustzijn geassocieerd met een acute of chronische cerebrale organische ziekte. Dit wordt klinisch gekenmerkt door desoriëntatie, langzame mentale processen waarbij weinig ideeën worden geassocieerd, apathie, gebrek aan initiatief, vermoeidheid en slecht concentratievermogen. Bij een licht verwarde toestand kan een onderzoek of evaluatie rationele reacties en gedrag uitlokken, maar bij ernstigere vormen van de stoornis is de persoon niet in staat om contact te houden met de omgeving.

TERM	DEFINITIE
Contingency management therapie	Een gestructureerde methode waarbij een bepaald gewenst gedrag wordt beloond, zoals het ondergaan van een behandeling en vermijden van het gebruik van schadelijk middelen. De beloningen voor gewenst gedrag nemen in de loop van de tijd af naarmate de natuurlijke beloningen meer ingeburgerd zijn.
Stuiptrekking of convulsie, stuiptrekkende beweging	Klinische of subklinische stoornissen van de corticale functie als gevolg van een plotselinge, abnormale, overmatige en ongeorganiseerde ontlading van de hersencellen (zie **aanval of attaque**). Klinische manifestaties omvatten abnormale motorische, sensorische en psychische verschijnselen.
Delirium	Tijdelijke fluctuerende mentale toestand die wordt gekenmerkt door verstoorde aandacht (dwz verminderd vermogen om de aandacht ergens op te richten, zich te concentreren, de aandacht vast te houden of te verplaatsen en een verstoord bewustzijn (dwz verminderde oriëntatie op de omgeving) dat zich in korte tijd ontwikkelt en in de loop van de dag fluctueert. Het gaat gepaard met (andere) stoornissen in waarneming, geheugen, denken, emoties of psychomotorische functies. Dit kan acute organische oorzaken hebben, zoals infecties, medicatie, metabole afwijkingen, intoxicatie door middelen of ontwenningsverschijnselen.
Waanbeelden	Vaste overtuiging die in strijd is met beschikbaar bewijs. Deze overtuiging kan niet worden veranderd door rationele argumenten en wordt niet geaccepteerd door andere leden van de cultuur of subcultuur van de persoon (d.w.z. het is geen aspect van religieus geloof).
Detoxificatie	Het proces waarbij een persoon afkickt van de effecten van een psychoactieve stof. Verwijst ook naar een klinische procedure waarbij het ontwenningsproces op een veilige en effectieve manier uitgevoerd, zodat de ontwenningsverschijnselen worden geminimaliseerd.
Invaliditeit	Elke beperking van of gebrek (als gevolg van een stoornis) aan het vermogen om een activiteit op een gangbare ('normale') manier uit te voeren. De term invaliditeit of handicap weerspiegelt de gevolgen van een beperking in functionele prestaties en activiteiten voor de persoon.
Ongeremd gedrag, ontremming	Gebrek aan terughoudendheid of zelfbeheersing. Dit uit zich in minachting voor sociale conventies, impulsiviteit en slechte risicobeoordeling. Het kan de motorische, emotionele, cognitieve en perceptuele aspecten van iemands functioneren beïnvloeden.
Chaotisch/ongeordend denken	Een stoornis in het associatieve denkproces die zich doorgaans manifesteert in de spraak, waarbij de persoon plotseling van het ene onderwerp naar het andere overschakelt dat niets of nauwelijks met het eerste onderwerp te maken heeft. De persoon lijkt zich niet bewust te zijn van de onsamenhangendheid of het onlogische denkpatroon.
Chaotisch gedrag	Gedrag, inclusief houding, gang en andere activiteiten die onvoorspelbaar of niet doelgericht zijn (bijv. schreeuwen tegen vreemden op straat).

TERM	DEFINITIE
Makkelijk afgeleid	Moeite met het concentreren op taken; aandacht wordt gemakkelijk afgeleid door prikkels van buitenaf.
Dystonie	Aanhoudende spiersamentrekking of onwillekeurige bewegingen die kunnen leiden tot vaste abnormale houdingen. Zie **tardieve dyskinesie**.
Eclampsie	Een aandoening bij zwangere vrouwen, gekenmerkt door toevallen of convulsies die voor het eerst ontstaan tijdens de zwangerschap. De aandoening wordt vaak geassocieerd met hypertensie die wordt veroorzaakt door de zwangerschap, convulsies, toevallen, angst, epigastrische pijn, ernstige hoofdpijn, wazig zien, proteïnurie en oedeem dat kan optreden tijdens zwangerschap, gedurende de bevalling of in het kraambed.
Verhoogde stemming	Een positieve gemoedstoestand die doorgaans wordt gekenmerkt door verhoogde energie en een zelfvertrouwen dat mogelijk niet in verhouding staat tot de levensomstandigheden van de persoon.
Extrapiramidale bijwerkingen/ symptomen (EPS)	Afwijkingen in spierbewegingen, meestal veroorzaakt door antipsychotica. Dit betreft onder meer spiertrillingen, stijfheid, spasmen en/of acathisie.
Gezinstherapie	Therapie die bestaat uit meerdere (meestal meer dan zes) geplande sessies over een periode van maanden. Deze therapie wordt gegeven aan individuele gezinnen of groepen gezinnen, indien mogelijk met deelname van de persoon met een psychische aandoening. De therapie heeft een ondersteunende en educatieve functie of biedt een behandeling. Het omvat vaak gemedieerde probleemoplossingen of crisisbeheerwerk.
Foetaal alcoholsyndroom	Foetaal alcoholsyndroom is een misvorming die wordt veroorzaakt door alcoholgebruik door de moeder tijdens de zwangerschap. Het wordt gekenmerkt door een prenatale en/of postnatale groeiachterstand en een unieke cluster van kleine gezichtsafwijkingen die in alle etnische groepen voorkomt. Deze afwijkingen zijn bij de geboorte identificeerbaar en nemen niet af met de leeftijd. Kinderen met dit syndroom vertonen ernstige afwijkingen van het centrale zenuwstelsel, waaronder: microcefalie, cognitieve en gedragsstoornissen (intellectuele handicap, tekortkomingen in algemene cognitie, leren en taal, uitvoerende functies, visueel-ruimtelijke verwerking, geheugen en concentratievermogen).
Toevallen, stuiptrekkingen of aanvallen	Informele termen voor convulsies. Zie **convulsie**.
Focale tekortkomingen	Neurologische symptomen die als lichamelijke verschijnselen of reacties waarneembaar zijn en die wijzen op de lokalisatie van een relatief duidelijk gedefinieerde laesie van het zenuwstelsel.
Hallucinatie	Valse perceptie van de werkelijkheid: dingen zien, horen, voelen, ruiken of proeven die niet echt zijn.

TERM	DEFINITIE
Hepatische encefalopathie	Abnormale mentale toestand, waaronder slaperigheid, verwardheid of coma veroorzaakt door leverdisfunctie.
Kruidenproducten	Een reeks volksgeneesmiddelen, waarvan vele honderden jaren geleden zijn ontdekt en die empirisch effectief te zijn, afgeleid van of bestaande uit delen van planten. In veel culturen wordt kennis over de werkzaamheid van kruidengeneesmiddelen zorgvuldig behouden en mondeling doorgegeven van generatie op generatie.
Hyperarousal	Intense en langdurige autonome ontlading vergezeld van een staat van bevroren waakzaamheid en alertheid op omgevingsstimuli. Dergelijke reacties worden het meest waargenomen bij posttraumatische stressstoornissen en zijn vaak geassocieerd met middelengebruik of ontwenningsverschijnselen.
Overgevoeligheidsreactie	Overgevoeligheidsreacties zijn de bijwerkingen van farmaceutische formuleringen (inclusief actieve medicijnen en hulpstoffen) die klinisch lijken op allergie. Het behoort tot type B-bijwerkingen, die door de WHO worden gedefinieerd als een dosisonafhankelijke, onvoorspelbare, schadelijke en onbedoelde reactie op een geneesmiddel dat wordt ingenomen in een dosis die normaal door mensen wordt gebruikt. Het omvat veel verschillende klinische fenotypes die variëren in aanvang en ernst.
Idiosyncratische reactie	Individuele, onvoorspelbare en niet-dosisafhankelijke reactie op een stof: slaperigheid of euforie, blozen, carpopedale spasmen, apneu, enz.
Geïnformeerde toestemming	Het proces waarbij de zorgverlener passende informatie deelt met een persoon die vervolgens een vrijwillige keuze kan maken om een behandeling te accepteren of te weigeren. Geïnformeerde toestemming omvat een bespreking over de volgende aspecten: de aard van de beslissing/procedure; redelijke alternatieven voor de voorgestelde ingreep; de relevante risico's, voordelen en onzekerheden met betrekking tot elk alternatief; beoordeling van het begrip van de persoon en de acceptatie van de interventie door de persoon.
Interpersoonlijke Therapie (IPT)	Psychologische behandeling die zich richt op het verband tussen depressieve symptomen en interpersoonlijke problemen, met name met betrekking tot rouw, conflicten, veranderingen in het leven en sociaal isolement. Het wordt ook wel interpersoonlijke psychotherapie genoemd.
Prikkelbaarheid, prikkelbare stemming	Een gemoedstoestand die wordt gekenmerkt door snel geïrriteerd raken en tot woede uitgelokt worden, op een manier die niet in verhouding staat tot de omstandigheden.
Maculopapuleuze uitslag	Een uitslag die bestaat uit zowel macules (platte, (niet voelbare), omlijnde delen van de huid of gebieden met een veranderde huidskleur (bijv. sproeten)) en papels (kleine verheven plekken op de huid, vaak koepelvormig en met een diameter van minder dan 5 mm).

TERM	DEFINITIE
Meningeale irritatie	Irritatie van de weefsellagen die de hersenen en het ruggenmerg bedekken, meestal veroorzaakt door een infectie.
Meningitis	Een ziekte van de hersenvliezen (de membranen die de hersenen en het ruggenmerg bedekken), meestal veroorzaakt door een infectie met een bacteriële, virale, schimmel- of parasitaire bron.
Motiverende verbeteringstherapie	Een gestructureerde therapie (hooguit 4 sessies) om mensen met stoornissen door middelengebruik te helpen. De benadering probeert verandering aan te brengen door motiverende gesprekstechnieken, dwz de persoon betrekken bij een discussie over zijn middelengebruik, inclusief de waargenomen voordelen en nadelen in relatie tot de eigen waarden van de persoon. Vermijd een discussie met de persoon als er weerstand is en moedig de persoon aan om zelf te bepalen wat hun doel is.
Motorische spiertrekkingen	Zie **convulsie**.
Myasthenia gravis	Een aandoening van neuromusculaire transmissie die wordt gekenmerkt door zwakte van schedel- en skeletspieren na inspanning. Klinische manifestaties kunnen bestaan uit fluctuerende diplopie en ptosis, en zwakte van gezichts-, bulbaire, ademhalings- en proximale ledematenspieren na inspanning.
Neonataal onthoudingssyndroom	Intra-uteriene blootstelling aan verslavende middelen kan leiden tot neonatale ontwenningsverschijnselen. Ontwenningsverschijnselen zijn meestal neurologisch, wat een normale autonome functie verhindert. De klinische presentatie van ontwenning van een middel varieert enorm en is afhankelijk van verschillende factoren, zoals het type en de dosis van het gebruikte middel en de snelheid van metabolisme en uitscheiding van de moeder en het kind.
Neuro-infectie	Infectie waarbij de hersenen en/of het ruggenmerg betrokken zijn.
Maligne neurolepticasyndroom (MNS)	Een zeldzame maar levensbedreigende aandoening veroorzaakt door antipsychotica, die wordt gekenmerkt door koorts, delirium, spierstijfheid en hoge bloeddruk.
Ergotherapie	Therapie ontworpen om de onafhankelijkheid van personen in hun dagelijkse activiteiten te verbeteren met revalidatie, oefeningen en het gebruik van hulpmiddelen. Bovendien biedt deze therapie activiteiten die de groei, de zelfontplooiing en het zelfvertrouwen bevorderen.
Oppositioneel gedrag	Duidelijk opstandig, ongehoorzaam, provocerend of hatelijk gedrag dat zich kan manifesteren in een overheersende, aanhoudende boze of prikkelbare stemming, vaak vergezeld van ernstige woede-uitbarstingen of koppig, twistziek en uitdagend gedrag.

TERM	DEFINITIE
Orthostatische hypotensie	Plotselinge bloeddrukdaling die kan optreden wanneer de persoon van houding verandert, bijvoorbeeld van liggen naar zitten of opstaan. Het leidt gewoonlijk tot een licht gevoel in het hoofd of duizeligheid. Het is niet levensbedreigend.
Training in opvoedingsvaardigheden	Een reeks behandelingsprogramma's met als doel het opvoedingsgedrag te veranderen en de persoon meer zelfvertrouwen te geven in het toepassen van effectieve opvoedingsstrategieën. Tijdens deze training leren ouders/voogden onder meer emotionele communicatie en positieve ouder-kind interactievaardigheden, en positieve beloningsmethoden om het gedrag en functioneren van kinderen/adolescenten te verbeteren.
Phaeochromocytoma	Een neuro-endocriene tumor van de medulla van de bijnieren die symptomen veroorzaakt (voornamelijk hoofdpijn, hartkloppingen en overmatig zweten) en tekenen (voornamelijk hypertensie, gewichtsverlies en diabetes) die de effecten van epinefrine en norepinefrine op alfa- en bèta-adrenerge receptoren weerspiegelen.
Polyneuropathie	Stoornis en functionele verstoring van de perifere zenuwen. Dit kan zich uiten in de gevoelloosheid van de ledematen, paresthesieën (gevoel van prikkende naalden), zwakte van de ledematen of spierverlies en verlies van diepe peesreflexen.
Polytherapie	De gelijktijdige verstrekking van meer dan één geneesmiddel voor dezelfde aandoening.
Porfyrie	Porfyrieën vormen een groep ziekten die worden gekenmerkt door intermitterende neuro-viscerale manifestaties, huidlaesies of door de combinatie van beide. Klinische symptomen van de ziekte verschijnen meestal op volwassen leeftijd, maar sommige porfyrieën komen voor in kinderen. Directe of indirecte neurotoxiciteit kan neurologische manifestaties veroorzaken.
Privacy	De staat waarin de persoon vrij is van ongeoorloofde inbreuk. Bijvoorbeeld persoonlijke privacy bij dagelijkse activiteiten (bijvoorbeeld voor cliënten in zorginstellingen) of vertrouwelijke medische dossiers.
Probleemoplossende counseling	Psychologische behandeling die in een aantal sessies het systematische gebruik van probleemidentificatie en probleemoplossende technieken toepast.
Pruritus	Jeuk; een intens gevoel dat de drang veroorzaakt om de huid te wrijven of te krabben om verlichting te krijgen.
Pseudodementie	Een aandoening die lijkt op dementie, maar niet het gevolg is van een organische hersenziekte en mogelijk omkeerbaar is door behandeling; kan zich bij sommige oudere volwassenen manifesteren als symptomen van depressie.

TERM	DEFINITIE
Psycho-educatie	Het proces van het voorlichten van mensen met MNS-aandoeningen en hun verzorgers/familieleden over de aard van de ziekte, inclusief de waarschijnlijke oorzaken, verloop, gevolgen, prognose, behandeling en alternatieven.
QT-verlenging	Een mogelijke door medicijnen geïnduceerde bijwerking op de ventriculaire myocardiale repolarisatie, gekenmerkt door een verlengd QT-interval op het elektrocardiogram (ECG) dat kan leiden tot symptomatische ventriculaire aritmieën en een verhoogd risico op plotselinge hartdood.
Razendsnelle gedachten	Snel denkpatroon waarbij de persoon van de hak op de tak springt, van het ene idee naar het andere, vaak geassocieerd met manie of andere psychische aandoeningen.
Terugval	Een terugkeer naar alcohol- of ander drugsgebruik na een periode van onthouding, wat vaak gepaard gaat met de terugkeer van de afhankelijkheidssymptomen. De term wordt ook gebruikt om de terugkeer van symptomen van de MNS-stoornis aan te duiden na een periode van herstel.
Ontspanningstraining	Training in technieken zoals ademhalingsoefeningen om ontspanning op te wekken.
Ademhalingsdepressie	Onvoldoende langzame ademhaling die leidt tot zuurstoftekort. Veelvoorkomende oorzaken zijn hersenletsel en intoxicatie (bijvoorbeeld door benzodiazepines).
Respijtzorg	Het verstrekken van tijdelijke gezondheidszorg aan een persoon die normaal thuis wordt verzorgd.
Rigiditeit of stijfheid	Weerstand tegen de passieve beweging van een ledemaat gedurende de hele mobilisatie. Het is een symptoom van parkinsonisme.
Spaargroep	Een spaaractiviteit waarbij arme personen snel een grote hoeveelheid geld kunnen verzamelen door hun spaargeld te bundelen in een gemeenschappelijk fonds dat vervolgens door de groep of een lid van de groep kan worden gebruikt voor productieve investeringen.
Aanval	Episode van hersenstoornis veroorzaakt door een verstoring van de corticale functie, wat leidt tot een plotselinge, abnormale, overmatige en ongeorganiseerde ontlading van de hersencellen. Klinische manifestaties omvatten abnormale motorische, sensorische en psychische verschijnselen.
Zelfbeschadiging	Het opzettelijk toebrengen van een vergiftiging of verwonding aan het eigen lichaam, die al dan niet een dodelijke bedoeling of afloop kan hebben.

TERM	DEFINITIE
Serotoninesyndroom	Gekenmerkt door een overschot aan serotonine in het centrale zenuwstelsel, geassocieerd met het gebruik van verschillende middelen, waaronder selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's). Het serotoninesyndroom kan leiden tot spierstijfheid, myoclonus, onrust, verwardheid, hyperthermie, hyperreflexie en dysautonome symptomen, met een risico op shock met lage perifere vasculaire weerstand, aanvallen, coma, rabdomyolyse en/of gedissemineerde intravasculaire coagulatie (DIC).
Onduidelijke spraak	Spraak met onduidelijke uitspraak.
Sociaal netwerk	Een constructie van analytische sociologie die verwijst naar de kenmerken van de sociale banden tussen mensen als een manier om hun gedrag te begrijpen, in plaats van zich te richten op individuele kenmerken.
Sociale terugtrekking	Onvermogen van een persoon om deel te nemen aan passende activiteiten of interacties met leeftijdsgenoten of familieleden.
Spider naevi of spinnetjes	Een cluster van minuscule rode bloedvaatjes die zichtbaar zijn onder de huid. Deze treden meestal op tijdens de zwangerschap of als symptoom van bepaalde ziekten (bijv. cirrose of acne rosacea).
Spinaal abces	Een aandoening van het ruggenmerg, veroorzaakt door een infectie met een bacteriële, virale of schimmelbron. Deze aandoening wordt gekenmerkt door een focale ophoping van etterig materiaal in het ruggenmerg. Deze aandoening kan gepaard gaan met koorts, rugpijn en neurologische afwijkingen. Overdracht vindt plaats via hematogene verspreiding van het infectieuze agens.
Status Epilepticus	Gedefinieerd als een continue klinische en/of elektrografische aanval die minsten 5 minuten aanhoudt of terugkerende aanvalsactiviteit zonder herstel (terugkeer naar baseline) tussen aanvallen; de aanval kan convulsief of niet-convulsief zijn.
Stevens-Johnson-syndroom	Levensbedreigende huidaandoening die wordt gekenmerkt door pijnlijke vervelling van de huid, zweren, blaren en korstvorming op de slijmvliesweefsels zoals mond, lippen, keel, tong, ogen en geslachtsorganen, gaat soms gepaard met koorts. Het wordt meestal veroorzaakt door een ernstige reactie op medicijnen, vooral anti-epileptica.
Stigma	Een onderscheidend kenmerk dat een scheiding vormt tussen de gestigmatiseerde persoon en anderen die negatieve kenmerken aan deze persoon toeschrijven. Het stigma dat is verbonden aan psychische aandoeningen leidt vaak tot sociale uitsluiting en discriminatie en creëert een extra last voor het getroffen individu.

TERM	DEFINITIE
Beroerte	Zie **Cerebrovasculair accident (CVA)**.
Suïcidale gedachten/ ideeën	Gedachten, ideeën of overwegingen over de mogelijkheid om iemands leven te beëindigen, variërend van denken dat je beter dood kan zijn tot het formuleren van uitgebreide plannen.
Tardieve dyskinesie	Dit is dystonie die wordt gekenmerkt door draaiende en aanhoudende spierspasmen die de delen van het hoofd, de nek en soms de rug aantasten. Het is mogelijk dat er na het stoppen met antipsychotica geen verbetering optreedt.
Woedeaanval of driftbui	Een emotionele uitbarsting van een kind of persoon in emotionele nood.
Thrombocytopenie	Abnormaal laag aantal bloedplaatjes in het bloed. Deze ziekte kan gepaard gaan met meer blauwe plekken of bloedingen. De ziekte wordt vastgesteld door een bloedonderzoek dat het lage aantal bloedplaatjes bevestigt.
Toxische epidermale necrolyse	Levensbedreigende vervelling van de huid die meestal wordt veroorzaakt door een reactie op een geneesmiddel of een infectie. Het lijkt op Stevens-Johnson-syndroom, maar is veel ernstiger.
Traditionele genezing	Een systeem van geneeskrachtige behandelingsmodaliteiten gebaseerd op inheemse kennis van verschillende culturen.
Kortstondige ischemische aanval (TIA)	Een voorbijgaande episode van acute focale neurologische disfunctie veroorzaakt door focale ischemie van de hersenen of het netvlies, zonder een aantoonbaar acuut infarct in het klinisch relevante gebied van de hersenen. De symptomen zouden binnen 24 uur volledig moeten verdwijnen.
Tremor	Trillende of bevende bewegingen, meestal van de vingers. Het is een onwillekeurige trilling van een lichaamsdeel.
Vitamine K-deficiëntieziekte bij een pasgeborene	Een gebrek aan vitamine K kan ernstige bloedingen veroorzaken bij pasgeboren baby's, meestal direct na de geboorte, maar soms tot de leeftijd van 6 maanden. Bloedingen kunnen cutaan, gastro-intestinaal, intracraniaal of mucosaal zijn. Een van de oorzaken is het gebruik van anti-epileptica door de moeder.
Dwalen	Mensen met dementie voelen de drang om rond te lopen en in sommige gevallen hun huis te verlaten. Ze kunnen vaak problemen hebben met oriëntatie, waardoor ze kunnen verdwalen.