

Somatische en psychiatrische comorbiditeit verdienen meer aandacht

# Een PAAZ is zo gek nog niet

mw. dr. Wil Buis, psychiater  
Canisius-Wilhelmina Zieken-  
huis Nijmegen en voorzitter  
van de Nederlandse Federatie  
voor Ziekenhuispsychiatrie

Correspondentieadres:  
w.buis@cwz.nl;  
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling  
gemeld.

De zorg in algemene ziekenhuizen voor patiënten met somatische en psychiatrische aandoeningen laat te wensen over. Deze patiënten zijn daar de dupe van. Idealiter zou elk ziekenhuis (weer) een goed geoutilleerde PAAZ moeten hebben.

**D**e psychiatrische deskundigheid in algemene ziekenhuizen is de laatste decennia afgenomen; veel psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ'en) zijn verdwenen. In 2005 constateerde de Inspectie voor de Gezondheidszorg dat de psychiatrische zorg in ziekenhuizen zeer verschillend is ingevuld en niet transparant is.<sup>1</sup> Er verandert veel in de ziekenhuizen. Veel goed planbare zorg verdwijnt en de opnameduur wordt steeds korter. Ziekenhuizen ontwikkelen ketenzorg die zich uitstrekt van de eerste tot en met de derde lijn en het aantal ouderen met

complexe problematiek neemt toe. Deze ontwikkelingen hebben onder ziekenhuispsychiaters geleid tot het inzicht dat prioriteit moet worden gegeven aan de zorg voor patiënten met een combi-

natie van een psychiatrische en een somatische aandoening. Verder moet deze zorg niet alleen zijn gericht op patiënten die in het ziekenhuis zijn opgenomen, maar ook op ambulante patiënten.

## Grensvlak

Ziekenhuispsychiatrie bevindt zich op het grensvlak van somatische en geestelijke gezondheidszorg. Alle ziekenhuizen behoren psychiatrische consulten en medebehandelingen op afroep te bieden aan patiënten op somatische afdelingen bij wie een psychiatri-

sche aandoening wordt vermoed die (snel) moet worden behandeld. Deze zorg moet voldoen aan de richtlijn Consultatieve psychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Daarnaast is ook zogeheten liaisonpsychiatrie in het ziekenhuis wenselijk.<sup>2</sup> Daarmee wordt een structurele samenwerking bedoeld met andere specialisten, met afspraken over detectie en een gezamenlijke aanpak van aandoeningen of problemen. Ook bijscholing of het verzorgen van intervisie horen hierbij.

Zowel in de consultatieve als in de liaisonpsychiatrie moeten de volgende ziektebeelden en problemen meer aandacht krijgen:

- Delieren. Bij somatisch zieke patiënten, en vooral bij oudere patiënten, komen veel delieren voor, die nu nog niet altijd worden herkend.<sup>3</sup> De psychiatrische symptomen worden veroorzaakt door een somatische aandoening. Preventie, tijdige detectie en behandeling (ook van het somatisch lijden) is van belang. De beste aanpak is dan ook een ziekenhuisbreed multidisciplinair en goed geïmplementeerd delierprotocol. Een prestatie-indicator voor delier is in aantocht.
- Suïcidepogingen. Patiënten met intoxicaties of verwondingen na een suïcidepoging behoeven primair een medische interventie. Daarnaast is een psychiatrische beoordeling nodig om het suïciderisico in te schatten en om zonodig een behandeling in gang te zetten. Elk ziekenhuis moet hiervoor een protocol hebben.
- Alcoholgerelateerde problematiek. Veel patiënten hebben aandoeningen die (mede) zijn

*Delieren worden  
nog niet altijd herkend*

**SAMENVATTING**

- Binnen de ziekenhuispsychiatrie verdient de zorg voor patiënten met psychiatrische en somatische comorbiditeit prioriteit.
- Elk ziekenhuis zou een goedgeoutilleerde PAAZ moeten hebben.
- Zorgketens, modellen voor integrale zorg en Psych-Med-Units zijn wenselijk voor patiënten met een combinatie van (chronische) somatische aandoeningen en psychiatrische aandoeningen en voor patiënten met (gedeeltelijk) onbegrepen lichamelijke klachten.
- Goede samenwerking en afstemming tussen psychiater, consultatief psychiatrisch verpleegkundige, ziekenhuispsycholoog, andere medisch specialisten en huisarts is cruciaal.

## Veel aandoeningen hangen samen met overmatig alcoholgebruik

veroorzaakt door overmatig alcoholgebruik. Ook bij ongevallen en gevolgen van fysieke agressie is vaak alcohol in het spel. Alcoholonthoudingsverschijnselen, -delieren en Wernickebeelden moeten tijdig worden herkend en adequaat worden behandeld. Dit kan het aantal korsakovpatiënten beperken. Voor deze problemen is een ziekenhuisbrede richtlijn wenselijk en ketenzorg waarbij huisartsen en instellingen voor verslavingszorg zijn betrokken. Voor het zogeheten comazuipen van jongeren is samenwerking nodig met kinderartsen en jeugdzorg.

- **Pijnteam.** Elk ziekenhuis hoort een goedfunctionerend pijnteam te hebben, waarin een psychiater en een psycholoog participeren. Bij patiënten met chronische pijn is vaak sprake van een depressie die aandacht verdient.
- **Zwangerschap, lactatie, kraambed.** Specifieke deskundigheid op het gebied van zwangerschapsgerelateerde psychiatrische problematiek en met name de farmacotherapie hierbij zou in elk ziekenhuis aanwezig moeten zijn.
- **Anorexia nervosa.** Voor patiënten met ernstig ondergewicht die op een algemeen ziekenhuis zijn aangewezen, is een gezamenlijke aanpak nodig van internist of kinderarts, psychiater en psycholoog.
- **Vaakvoorkomende comorbiditeit.** Onder patiënten met chronische somatische aandoeningen komen twee- à driemaal zoveel psychische stoornissen voor, terwijl sprake is van een grote onderdetectie.<sup>4</sup> Structurele aandacht, bijvoorbeeld in de vorm van zorgketens en/of screening met afspraken over wie wat doet, is wenselijk. Deze patiënten zijn maar een beperkt deel van de tijd opgenomen en daarom moet de huisarts hierbij worden betrokken.

Ook poliklinische patiënten verdienen aandacht. Voorbeelden van vaak voorkomende comorbiditeit zijn: carcinoom en depressie of angststoornis, cardiovasculaire aandoeningen en depressie of angststoornis, CVA en depressie, ziekte van

Parkinson en depressie of psychose, COPD en depressie of angststoornis, diabetes en depressie, reumatische aandoeningen en depressie, nierlijden waarvoor dialyse nodig is en depressie of dementie en hiv-gerelateerde psychiatrische aandoeningen.

- **Multimorbiditeit en hoogcomplexiteit.** Multimorbiditeit en hoogcomplexiteit bieden voor patiënten met verscheidene aandoeningen

onvoldoende soelaas. Voor hen moet integrale zorg zijn gewaarborgd binnen en buiten het ziekenhuis. Screening op de noodzaak van integrale zorg met Intermed kan zinvol zijn.<sup>5,6</sup> Hoe ouder de patiënt, hoe groter het risico op multimorbiditeit. Structurele samenwerking tussen psychiaters en geriaters is van belang.

- **Geheugenpoli.** Psychiatrische inbreng is wenselijk bij elke geheugenpoli, vooral voor de detectie en behandeling van depressies.
- **Onbegrepen lichamelijke klachten.** Bij veel patiënten kunnen de klachten niet worden verklaard door een tot op heden bekende somatische aandoening of is er maar een gedeeltelijke verklaring. Deze patiënten hebben regelmatig depressies of angststoornissen waaraan de klachten (gedeeltelijk) kunnen worden toegeschreven. Als dat niet het geval is, spreekt men van een somatoforme stoornis. Het is voor deze patiënten wenselijk werkafspraken te maken met huisartsen en specialisten en cursussen en behandelmodules te ontwikkelen die op de doelgroep zijn toegesneden.

**Bijscholing**

Bij een goedfunctionerende psychiatrische consultatieve dienst werken psychiaters ook consultatief psychiatrisch verpleegkundigen die andere verpleegkundigen en disciplines op somatische afdelingen adviseren. Zij geven bejegeningadviezen, signaleren dat er sprake is van (mogelijke) psychopathologie die aandacht verdient, participeren in behandelingen van patiënten met comorbiditeit en onderhouden, zowel binnen als buiten het ziekenhuis, contacten met andere zorgverleners. Verder verzorgen zij vaak de bijscholing van verpleegkundigen over hierboven genoemde probleemgebieden.

Een andere randvoorwaarde bij de behandeling van patiënten met comorbiditeit is goede samenwerking met somatisch specialisten en huisartsen. Ook is goede afstemming en samenwerking vereist met ziekenhuispsychologen om te waarborgen dat aan patiënten met psychische stoornissen (en juist bij comorbiditeit) ook psychotherapie (met name cognitieve gedragstherapie) kan worden geboden. Met de regionale GGZ-instelling(en) moeten de onderlinge taakverdeling en doorverwijzingen worden afgestemd.

Voor patiënten die tegelijkertijd psychiatrische en somatische behandeling en verpleging nodig hebben, zijn bedden op een PAAZ van belang. Het is een goede zaak dat de laatste jaren veel ziekenhuizen met een PAAZ een deel van de PAAZ-bedden expliciet hebben toegewijd

Opname op een PAAZ is minder stigmatiserend dan in een psychiatrisch ziekenhuis of GGZ-instelling.

beeld: Redux Pictures, HH



voor deze doelgroep: de zogeheten Psych-Med-Unit (PMU).<sup>7</sup> In ziekenhuizen zonder PAAZ kunnen voor deze patiënten units van bijvoorbeeld acht bedden worden gerealiseerd.

Idealiter zou elk ziekenhuis (weer) een goed geoutilleerde PAAZ moeten hebben. Daar kunnen patiënten hun eerste opname krijgen; dit is minder stigmatiserend dan een opname in een psychiatrisch ziekenhuis of GGZ-instelling. Ook zijn er in het ziekenhuis goede faciliteiten voor integrale biopsychosociale diagnostiek. Verder is een goedgeoutilleerde PAAZ onmisbaar voor elektroconvulsietherapie. Deze moet voor levensbedreigende aandoeningen snel in elke regio beschikbaar zijn. Er zijn ook andere biologische behandelvormen in ontwikkeling voor psychiatrische aandoeningen, zoals diepe hersenstimulatie en nervus vagusstimulatie, waarvoor de context van een algemeen ziekenhuis wenselijk is.


Voor patiënten met comorbiditeit en onbegrepen lichamelijke klachten zouden algemene ziekenhuizen poliklinische en bij voorkeur ook dagklinische faciliteiten moeten hebben.

Juist omdat ziekenhuisopnamen steeds korter worden, is een goed toegankelijke psychiatrische consultatiefunctie van belang voor huisartsen en voor verpleeghuizen en revalidatiecentra.<sup>8</sup> De medische signatuur van een ziekenhuispolikliniek zou ook moeten worden benut voor de behandeling van patiënten met ernstige stemmingsstoornissen. Dit geldt zeker als medicatie nodig is waarbij ernstige lichamelijke complicaties kunnen optreden, zoals lithium of MAO-remmers.

De financiering van de zorg vereist dat ziekenhuizen hun DBC-systemen op orde hebben. Dit betekent dat ze voor de ziekenhuispsychiatrie en de ziekenhuispsychologie moeten beschikken over ICT voor DBC GGZ naast die voor DBC Zorg. Een randvoorwaarde waaraan overal in Nederland nog hard moet worden gewerkt, is de integratie van somatische en geestelijke gezondheidszorg. Vanuit de ziekenhuispsychiatrie signaleren we dat dit twee gescheiden werelden zijn, waardoor adequate zorg voor patiënten met comorbiditeit, en voor kwetsbare ouderen in het bijzonder, wordt belemmerd.

#### **Doublures**

De ontwikkeling van een elektronisch patiëntendossier (EPD) in de algemene ziekenhuizen dat eenvoudig gegevens kan uitwisselen met EPD's in GGZ-instellingen, huisartsendossiers, dossiers van instellingen in de verslavingszorg, verpleeghuizen, revalidatiecentra et cetera, moet prioriteit krijgen. Die uitwisseling is nodig om doublures te voorkomen in anamnese, onderzoek en behandeling en om de zorg in de verschillende sectoren goed op elkaar af te stemmen. Bovendien zijn zo op termijn veel kosten te besparen.

Om te zorgen dat de deskundigheden en voorzieningen in alle ziekenhuizen aanwezig zijn, zijn forse investeringen nodig. Ziekenhuisbesturen zijn verantwoordelijk voor het creëren van randvoorwaarden om de psychiatrische zorg inclusief de afstemming op andere ketenpartners adequaat in te vullen. 



De literatuurlijst en eerdere MC-artikelen over ziekenhuispsychiatrie vindt u onder de digitale versie van dit artikel op [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl).

#### Literatuur

1. Robben PMB, Tietema, W, Ziekenhuispsychiatrie niet transparant, Medisch Contact 60 (2005) 1071-4.
2. Leentjens AFG, Bannink M, Boenink AD en Huyse FJ, Consultatieve psychiatrie in de praktijk, Van Gorcum, Assen, 2004.
3. De oudere patiënt met een delirium in het ziekenhuis. Verwardheid nog onvoldoende onderkend. Thematisch rapport, Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2005.
4. Feltz-Cornelis CM van der, Nuyen J, Verdurmen JEE en Pot AM, Zorg voor heel de mens - Psychiatrische en somatische comorbiditeit; programmeringsstudie, Trimbos-Instituut, Utrecht, 2007.
5. Huyse FJ en Stiefel FC, Integrated care for the complex medically ill, Medical Clinics of North America 90, juli 2006.
6. Maassen H, Recht op integrale zorg - complexe patiënten hebben meer nodig dan een strikt medisch diagnose. Medisch Contact 2008; 63 (12): 503-6.
7. Waarde JA van, Richter C, Müller ME en Verwey B, De medisch-psychiatrische unit: meerwaarde voor patiënten, artsen en ziekenhuizen, Ned Tijdschr Geneesk 148 (2004) 209-211.
8. Buis WMNJ, Een pact tussen huisarts en specialist; psychiatrie op het grensvlak van eerste en tweede lijn. Medisch Contact 2002; 57 (6), 218-220.