

ZIEKENHUISPSYCHIATRIE NIET TRANSPARANT

Inspectie moet meer zicht krijgen op kwaliteit en risico's

De relatie tussen de psychiatrie en de somatische specialismen in de ziekenhuizen kan beter. Als psychiatrische comorbiditeit niet wordt gediagnosticeerd en behandeld, brengt dat namelijk grote risico's mee. Richtlijnen en meer toezicht door de inspectie kunnen de kwaliteit van de ziekenhuispsychiatrie verbeteren.

P.B.M. ROBBEN
W. TIETEMA

Paviljoen III van het Wilhelmina Gasthuis in Amsterdam is eind negentiende eeuw een van de eerste psychiatrische afdelingen in een algemeen ziekenhuis. Pas zeventig jaar later is er sprake van een sterke ontwikkeling van deze afdelingen. Tussen 1970 en 1980 verdubbelt het aantal psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ'en). Psychiater P. Baan, Hoofdinspecteur voor de Geestelijke Volksgezondheid, is dan van mening dat opname op een PAAZ minder stigmatiseert dan opname in een psychiatrisch ziekenhuis.¹

De geschiedenis van de ziekenhuispsychiatrie kenmerkt zich door het voortdurend zoeken naar een eigen positie. Maakt de PAAZ onderdeel uit van de ziekenhuiszorg of is de oriëntatie vooral gericht op de geestelijke gezondheidszorg (GGZ)? Het veld én de overheid hebben steeds wisselende standpunten ingenomen.² In de jaren negentig wordt beleid ingezet om de integratie en samenwerking tussen geestelijke gezondheidszorg en somatische zorg te bevorderen. De PAAZ, het Regionaal Instituut voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (Riagg) en het psychiatrisch ziekenhuis moeten, onder een gemeenschappelijke beleidsregie, kortdurende geestelijke gezondheid bieden in een Regionaal Geestelijk Gezondheidszorg Centrum (RGC) dat wordt gelokaliseerd in of bij een algemeen ziekenhuis. Door de RGC-ontwikkeling neemt het aantal PAAZ'en met ruim een vijfde af.

In 2004 concludeert de minister van VWS dat de RGC-ontwikkeling onbedoeld heeft geleid tot een slechtere positie van de ziekenhuispsychiatrie, met als gevolg onderdiagnostiek en onderbehandeling van somatische patiënten met psychiatrische comorbiditeit.³ De relatie tussen psychiatrie en somatische specialismen is niet goed van de grond gekomen en is soms zelfs verslechterd.

TOEZICHT

De ziekenhuispsychiatrie is de laatste jaren niet meer systematisch geëvalueerd. In 1996 brengt de inspectie het rapport 'Soma en psyche' uit.⁴ Daarnaast voert vooral het Trimbos-instituut in de jaren negentig onderzoek uit naar het functioneren van de ziekenhuispsychiatrie.

De afgelopen periode heeft het toezicht zich beperkt tot de klinische functie van de ziekenhuispsychiatrie, waarbij veel aandacht is besteed aan de uitvoering van

de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ). De inspectie heeft momenteel onvoldoende zicht op de kwaliteit en de risico's van de totale ziekenhuispsychiatrie.

De ziekenhuispsychiatrie is tot nog toe niet betrokken geweest bij de ontwikkeling van prestatie-indicatoren. Om deze lacune in onderzoek en toezicht op te vullen heeft de inspectie in 2004 een eerste inventarisatie uitgevoerd naar de risico's en kwaliteit van de ziekenhuispsychiatrie, waarvan hier verslag wordt gedaan. Alle 42 PAAZ'en en 21 RGC's die zijn gehuisvest op een ziekenhuisterrein, zijn schriftelijk geëvalueerd; de inspecteurs hebben 15 instellingen bezocht (9 PAAZ'en en 6 RGC's) en gesprekken gevoerd met de Raden van Bestuur, >>

DE FOTO IS HELAAS
NIET BESCHIKBAAR
VOOR INTERNET

<< het management van de afdeling en een afvaardiging van het behandelteam.

VARIATIE

Ziekenhuispsychiatrie bevat alle psychiatrische zorg die in een algemeen ziekenhuis wordt gegeven. Onderdelen ervan zijn de PAAZ (polikliniek, dagbehandeling en kliniek), de consultatieve psychiatrie (consulten van psychiaters en psychiatrisch verpleegkundigen in het ziekenhuis, op verzoek van medisch specialisten) en de liaisonspsychiatrie. Liaisonspsychiatrie is een aanvulling op de consultatieve psychiatrie. Door structureel contact met de afdelingsstaf worden psychiatrisch kwetsbare patiënten opgespoord en wordt de staf geleerd om te gaan met veelvoorkomende psychiatrische problemen of adequaat de hulp in te roepen van de psychiater of de psychiatrisch verpleegkundige. Een aantal ziekenhuizen heeft naast de reguliere polikliniek een specifieke geheugenpolikliniek voor onderzoek en behandeling van cognitieve problemen en/of een depot- en lithiumpolikliniek voor onderzoek en behandeling van chronisch psy-

ziekenhuizen is een RGC op of buiten het ziekenhuisterrein opgericht.

Deze variatie maakt het moeilijk een oordeel te vormen over de kwaliteit van de ziekenhuispsychiatrie en met eenduidige prestatie-indicatoren te komen. De variatie vormt mogelijk ook op zichzelf een risico. Voor patiënten en verwijzers is het aanbod niet transparant.

Slechts vijf van de vijftien bezochte ziekenhuizen hebben een uitgewerkte visie op het doel en de plaats van de ziekenhuispsychiatrie op papier gezet. De voortdurende reorganisaties in het ziekenhuis en de GGZ en de onzekerheid door wisselend overheidsbeleid over de functie van de ziekenhuispsychiatrie zijn hieraan debet, zo komt uit de gesprekken naar voren.

INTEGRATIE

In de gespreksronde wordt steeds weer naar voren gebracht dat de fysieke afstand tussen psychiaters, consultatief psychiatrisch verpleegkundigen en ziekenhuis van grote invloed is op de inbedding van de ziekenhuispsychiatrie in het ziekenhuis. Zeker de consultatieve psychiatrie

Naast de psychiater en de consultatief psychiatrisch verpleegkundigen spelen ook andere disciplines een rol in de geestelijke gezondheidszorg in het ziekenhuis: de psycholoog (gezondheidszorgpsycholoog en klinisch psycholoog), het medisch maatschappelijk werk en de geestelijke verzorging. Deze functies zijn meestal ondergebracht in een aparte dienst. Ook treden klinisch geriater en geriatriesch verpleegkundigen consultatief op bij psychiatrische problemen van ouderen, vooral bij delirium, dementie en andere cognitieve stoornissen. De samenwerking en samenhang tussen deze disciplines en de ziekenhuispsychiatrie wordt lokaal bepaald, is vaak afhankelijk van personen en is niet ingebed in een organisatorische structuur. Er lijkt geen sprake te zijn van een duidelijke multidisciplinair aanbod van alle GGZ-disciplines in het ziekenhuis.⁵

CONSULTATIEVE PSYCHIATRIE

De variatie die in de ziekenhuispsychiatrie is vastgesteld, geldt ook voor het onderdeel consultatieve psychiatrie. Het aantal patiënten voor wie een consult wordt aangevraagd, hangt onder meer af van de organisatorische inbedding van de consultatieve psychiatrie in het ziekenhuis.⁶ Van de 63 onderzochte ziekenhuizen hebben er 45 een consultatief psychiatrisch verpleegkundige in dienst om, in samenspraak met de consultatief psychiater, consulten te doen op de somatische afdelingen. Het betreft vaak een kwetsbare eenpersoonsfunctie.

In een minderheid van de ziekenhuizen is sprake van uitgewerkte liaisonspsychiatrie. De psychiater en de psychiatrisch verpleegkundige hebben een vast en regelmatig contact met de afdelingen; zij sporen psychiatrische comorbiditeit op en leren de staf om te gaan met deze problematiek. De psychiater is aanwezig bij de papieren visite, leidt interviews en geeft klinische lessen.

Zowel op de PAAZ als in de consultatieve psychiatrie worden screeningsinstrumenten en behandelrichtlijnen voor psychiatrische comorbiditeit weinig gebruikt. De door Nederlandse psychiaters ontwikkelde screeningsinstrumenten (COMPRI en INTERMED) voor somatische patiënten met psychiatrische klachten worden nauwelijks structureel ingezet om somatische patiënten met een hoog risicoprofiel op te sporen. Dit, terwijl de positieve effecten van deze

Grote variatie in de functie ziekenhuispsychiatrie

chiatische patiënten met een psychose of een stemmingsstoornis.

De opvallendste bevinding van ons oriënterend onderzoek is de grote variatie in de functie ziekenhuispsychiatrie en de grote verschillen in de relatie met de overige voorzieningen in de GGZ. Aan het ene eind van het spectrum bevindt zich een afdeling - Med-Psych Unit (MPU) of Psych-Med Unit (MU) - voor patiënten met complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit. Van de 61 ziekenhuizen geeft eenderde aan voor deze functie een aantal bedden te hebben gereserveerd. Aan het andere einde van het spectrum bevinden zich slechts een consulent-psychiater en een consultatief psychiatrisch verpleegkundige, die niet over eigen bedden kunnen beschikken. Ook wordt de 'traditionele' PAAZ aangetroffen met alle acute en kortdurende functies van een klein psychiatrisch ziekenhuis. PAAZ'en verschillen onderling in hun meer psychotherapeutische of meer medisch-psychiatrische oriëntatie. In weer andere

komt beter tot ontwikkeling als de psychiatrische disciplines in de medische staf zijn geïntegreerd. De psychiater die onderdeel uitmaakt van de medische staf en die bedden heeft op een PAAZ, heeft een betere uitgangspositie dan de psychiater die in consult komt, maar die zijn werkplek buiten het ziekenhuis heeft in een RGC, een GGZ-instelling of als vrijgevestigde. Bij een consulent-psychiater op afstand krijgen de specifieke expertise en de contacten tussen specialisten die moeten leiden tot een tijdige inschakeling van de psychiater, te weinig kans om zich te ontwikkelen.

De invloed van deze korte lijnen blijkt ook uit het hoge percentage patiënten dat de somatisch specialisten verwijzen naar de PAAZ en het hoge percentage psychiatrische patiënten bij wie een somatisch specialist als medebehandelaar is betrokken. Deze aandacht voor somatische aspecten onderscheidt de meeste PAAZ'en van het psychiatrische ziekenhuis.

methodieken op kwaliteit van leven bij ontslag en op de opnameduur wetenschappelijk zijn vastgesteld.⁷

RISICO'S

Uit onderzoek is gebleken dat psychiatrische comorbiditeit vaak voorkomt bij

ziekenhuispatienten. Veelvoorkomende redenen om een psychiatrisch consult aan te vragen zijn suïcidaliteit, middelenmisbruik, onbegrepen lichamelijke klachten en psychiatrische problemen in de voorgeschiedenis.⁸ Met het toeneemen van het aantal oudere patiënten en

chronisch zieken neemt ook de psychiatrische comorbiditeit toe.

Comorbiditeit níet behandelen, brengt grote risico's mee. Psychiatrische comorbiditeit bij somatische patiënten leidt tot toename van de zorgconsumptie, afname van therapietrouw en een >>

DE FOTO IS HELAAS
NIET BESCHIKBAAR
VOOR INTERNET

<< verhoogd risico op overlijden. Somatische patiënten met psychiatrische comorbiditeit zijn gebaat bij een intensieve samenwerking tussen somatische specialisten en de consultatieve psychiatrische dienst. Eigen onderzoek van de inspectie bevestigt dit beeld.

In 2004 heeft onderzoek plaatsgevonden naar de zorgverlening aan delirante oudere ziekenhuispatiënten (publicatie zomer 2005). Patiënten die een hoog risico hebben voor het ont-

lijke en psychische klachten beter worden onderkend en behandeld, en kan de psychiatrie zich als medisch specialisme verder ontwikkelen. Om dit te realiseren wordt de kortdurende psychiatrie van de AWBZ overgeheveld naar de standaardzorgverzekering en worden de diagnosebehandeling-combinaties (DBC's) ook voor de psychiatrie ingevoerd.

Ook is het noodzakelijk meer richtlijnen te ontwikkelen op het terrein van screening, diagnostiek en behandeling

Complexe interactie tussen lichamelijke en psychische klachten

wikkelen van een delirium, worden niet actief opgespoord. Diagnostiek en behandeling vinden niet plaats volgens richtlijnen en zijn sterk afhankelijk van lokale tradities en omstandigheden.

VISIEONTWIKKELING

Het gebrek aan transparantie in de organisatie van de ziekenhuispsychiatrie en de grote variatie in de invulling van dit onderdeel van de psychiatrie maken het noodzakelijk om tot meer eenduidigheid te komen in visie en beleid. In het rapport 'Zorg van velen' wordt gesteld dat de geestelijke gezondheidszorg voor een groot deel behoort tot de curatieve gezondheidszorg.⁹ Financiering en organisatie van de GGZ moeten aansluiten bij de curatieve zorg om een integraal zorgaanbod te kunnen leveren, zeker voor patiënten met somatische en psychiatrische comorbiditeit. 'Zorg van velen' stelt ook dat de kortdurende tweedelijns-GGZ bij voorkeur wordt ondergebracht in het algemeen ziekenhuis.

Door samenhang tussen geestelijke gezondheidszorg en somatische zorg kan de complexe interactie tussen lichame-

van psychiatrische comorbiditeit bij somatisch zieke patiënten en deze richtlijnen in de praktijk toe te passen.

Ten slotte richt de inspectie het toezicht in de komende periode op de consultatieve psychiatrie als onderdeel van de ziekenhuispsychiatrie, omdat hier het risico van onderdiagnostiek en onderbehandeling groot is. Een ander risico is dat na behandeling op de spoedeisende hulp (SEH) bij patiënten met acute psychiatrische problematiek, de psychiatrische nazorg niet goed zal zijn geregeld. Goede spoedeisende hulpverlening is alleen mogelijk als alle schakels kwalitatief goed functioneren en goed op elkaar zijn afgestemd. Deskundige psychiatrische triage op de SEH vraagt om specifieke deskundigheid van verpleegkundigen en artsen en om het gebruik van triageprotocollen. In het inspectie-onderzoek uit 2004 naar de kwaliteit van de SEH's is geen aandacht besteed aan dit onderdeel van de spoedeisende hulpverlening.¹⁰ De inspectie zal deze omissie herstellen.

Heldere beleidskeuzen, gebruik van richtlijnen bij psychiatrische comorbiditeit en intensivering van het toezicht op

- De ontwikkeling van Regionale Geestelijke Gezondheidszorg Centra (RGC's) heeft de relatie tussen psychiatrie en somatische specialismen niet verbeterd.
- De inspectie heeft onvoldoende zicht op de kwaliteit en de risico's van de ziekenhuispsychiatrie.
- Er is geen multidisciplinair samenhangend aanbod van alle GGZ-disciplines in het ziekenhuis.
- Psychiatrische comorbiditeit bij ziekenhuispatiënten niet diagnostiseren en niet behandelen brengt grote risico's mee; dit geldt ook voor patiënten met psychiatrische problematiek op de SEH.
- Integratie van psychiatrie in de curatieve gezondheidszorg, het gebruik van richtlijnen in de consultatieve psychiatrie en intensivering van het toezicht kunnen leiden tot toename van transparantie en kwaliteit van ziekenhuispsychiatrie.

de consultatieve psychiatrie kunnen leiden tot meer transparantie en een betere kwaliteit van de ziekenhuispsychiatrie. ■

dr. P.B.M. Robben,
arts, inspecteur voor de Gezondheidszorg

W. Tietema,
verpleegkundige, inspecteur voor de Gezondheidszorg

Correspondentieadres: Inspectie voor de
Gezondheidszorg, e-mail: f.vt.beek@igz.nl



Andere MC-artikelen over de
PAAZ vindt u via:
www.medischcontact.nl/dezeweek.

Referenties

1. Bannink M, Boenink AD, Leentjens AFG, Huysse FJ. Consultatieve psychiatrie in de praktijk. Assen: Koninklijke Van Gorcum, 2004.
2. Jabaaij L, Hutschemaekers G. Vraag en aanbod in de PAAZ. Een praktijkstudie vanuit het perspectief van patiënten en behandelaars op de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen. Utrecht, Trimbo-instituut, 1998.
3. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Wijziging RGC-beleid. Brief aan de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, GVM/2530062
4. Van soma tot psyche, naar integrale zorg voor lichaam en geest. Rijswijk, Regionale Inspectie voor de Gezondheidszorg in Zuid-Holland, 1996.
5. Neijmeijer L, Hutschemaekers G. GGZ in het algemeen ziekenhuis. Een verkenning van de GGZ-praktijk in algemene en academische ziekenhuizen. Utrecht, NcGv, 1995.
6. Jabaaij L et al. De consultatieve psychiater in het algemeen ziekenhuis. Een praktijkstudie naar de functie-uitoefening van consultatief psychiaters en de waardering daarvan door patiënten. Utrecht, Trimbo-instituut, 1999.
7. Huysse FJ et al. Consultation-liaison psychiatry service delivery: results from an European study. Gen Hosp Psychiat 23; 124-32.
8. Jabaaij L, Hutschemaekers G. Vraag en aanbod in de PAAZ. Een praktijkstudie vanuit het perspectief van patiënten en behandelaars op de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen. Utrecht, Trimbo-instituut, 1998.
9. Zorg van velen. Eindrapport van de Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid. Den Haag, 2002.
10. Spoedeisende hulpverlening: haastige speed niet overal goed. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg, september 2004.