

DE PATIËNT EN DE ZEVEN ARTSEN

Binnen mijn opleiding tot specialist ouderengeneeskunde (SO) doorloop ik een ambulante stage in de ouderenpsychiatrie, en wel in een grote geïntegreerde specialistische ggz-instelling. Vanuit de afdeling Volwassenenzorg kreeg ik, vanwege het vermoeden van cognitieve achteruitgang bij een patiënt, het verzoek een consult te doen. Het betrof een 60-jarige gehuwde man met een schizo-affectieve stoornis, die sinds een maand opgenomen was ter time-outopname. De echtgenote was overbelast. Naast het bekende probleemgedrag van nachtelijk roepen, inactiviteit en zelfverwaarlozing was er nu sprake van toenemende verwardheid. Somatisch is patiënt bekend met overgewicht en insulineafhankelijke diabetes. In het dossier las ik dat er een knik in het functioneren was na een griepisode en dat tevens voor opname begonnen was met de afbouw van Depakine (dat al lange tijd zonder duidelijke indicatie gegeven werd). Bij aanvang van de time-outopname had de aios psychiatrie (arts 1) de Depakine volledig stopgezet en de lithiumdosering opgehoogd. Bij standaardscreening bij opname bleek patiënt een positieve urinestick te hebben en werd blind gestart met een Augmentin-kuur. Binnen de volwassenenpsychiatrie van deze instelling wordt de somatische problematiek van patiënten opgevolgd door huisartsen van de medische dienst. Twee dagen na het starten van de Augmentin-kuur besloot een van de huisartsen (arts 2) alsnog een urinekweek in te zetten. Deze bleek negatief, maar de Augmentin werd niet gestaakt. Een week na opname (en het starten van de Augmentin) bleek sprake van een toxische lithiumspiegel en een tweede aios psychiatrie (arts 3) paste hierop de dosering lithium aan. In verband met aanhoudende verwardheid, opvallende mictiedrang en obstipatieklachten werd drie weken na opname opnieuw een urinescreening uitgevoerd op verzoek van een geconsulteerde huisarts (arts 4). Vanwege positieve leukocyten startte deze arts blind nitrofurantoïne,

werd een nieuwe urinekweek ingezet en laxantia gestart. De urinekweek toonde een nitrofurantoineresistente bacterie aan en een collega-huisarts (arts 5) wisselde de antibiotica naar cotrimoxazol. In verband met nachtelijke onrust besloot in de tussentijd een psychiater (arts 6) de, door patiënt gebruikte, zolpidem te staken en om te zetten naar temazepam. Tijdens de opname maakte patiënt naast de urineweginfecties meerdere malen een retentieblaas door, had hij drie keer een nachtelijke hypoglykemie en viel hij twee keer 's nachts.

Al met al is hier sprake van complexe problematiek waar maar liefst zes verschillende artsen zich mee bezighielden. Elke arts leek een ander deelgebied te behandelen waardoor sprake was van gefragmenteerde zorg. Vanuit mijn integrale benadering als SO in opleiding leer ik dat alle deelgebieden elkaar kunnen beïnvloeden (het biopsychosociaal model). Toen ik tijdens mijn consult het totaalplaatje van deze patiënt opmaakte, kwam ik tot de conclusie dat er zeer waarschijnlijk sprake was van een delirante episode door multiple oorzaken. Bij alle oudere patiënten zijn een SO en een psychiater betrokken. Vanuit mijn integrale benadering heb ik contact gezocht met de regiebehandelaar van de patiënt (gz-psycholoog) om mijn behandeladviezen door te geven. Een week nadat ik deze adviezen had gegeven vernam ik dat een nieuwe psychiater (arts 7) enkel mijn adviezen wat betreft de psychofarmaca had opgepakt en de overige adviezen aan de huisarts en de regiebehandelaar had gelaten.

De werkelijkheid blijkt weerbarstiger dan alle adviezen over *collaborative care* en medische regie bij multimorbiditeit. Een integrale benadering is zeker niet louter voorbehouden aan de specialist ouderengeneeskunde.

Heeft u ook een perikel?

Stuur uw verhaal naar redactie@medischcontact.nl