



Leuren met de lastige patiënt

Psychiatrie en somatiek werken nog te vaak langs elkaar heen

Sarah Sloot

Psychiatrische patiënten zijn lastig. Ze werken vaak niet mee aan hun behandeling en met een beetje pech zijn ze agressief. Somatische ziekenhuisafdelingen zijn daar slecht op ingericht. 'De primaire reactie van een specialist is om de onhoudbare situaties zo kort mogelijk te laten duren.'

Begin november besteedden de landelijke media uitgebreid aandacht aan de casus van een borderlinepatiënt uit Deventer, die overleed aan zelf toegebracht letsel. De man was agressief en het ziekenhuis weigerde herhaaldelijk om hem op te nemen. Tien keer klopte de behandelende psychiatrische instelling Dimence aan bij het ziekenhuis, vanwege verwondingen die varieerden van schedel- en hersenletsel tot ribfracturen en een geperforeerde long. Groen licht kwam er pas toen de patiënt al in coma lag. Deze casus, hoewel extreem, staat niet op zich, vertelt een ggz-arts wier naam bij de redactie bekend is. Ze wordt vanwege het vertrouwen van haar patiëntengroep liever niet bij naam genoemd. 'Ik werd tijdens mijn dienst geroepen bij een alcoholverslaafde man met bekend leverfalen. Hij was de laatste dagen in toenemende mate verward. Wegens sterke verdenking op een delier nam ik contact op met het ziekenhuis om hem op te nemen. De arts suggereerde een medicamenteuze behandeling. Pas toen ik benadrukte dat die therapie, die allang was

ingesteld, hem fataal zou worden, mocht de man alsnog komen. Maar zeker niet van harte.' De ggz-arts loopt met enige regelmaat tegen een muur. 'Ik heb ook wel eens meegemaakt dat men weigerde een patiënt op de eerste hulp te zien.' Op zich snapt ze die houding wel. 'Het gaat om lastige mensen. Maar dat is geen reden om ze slechte zorg te bieden, zoals toen ik een psychotische patiënt zag die doodleuk tegen de ambulancebroeder zei dat hij niet van plan was om mee te gaan. Ik heb de ambulance een tweede keer moeten laten komen voor ik hem uiteindelijk het ziekenhuis in kreeg. En de volgende dag zetten ze hem in de taxi naar huis.'

Hinderlijk

Het onderliggend probleem, het spanningsveld tussen psychiatrische patiënten en somatische zorg, is veel groter. De richtlijn consultatieve psychiatrie uit 2008 vermeldt dat bij 30 tot 60 procent van de ziekenhuispatiënten sprake is van psychiatrische comorbiditeit, met name depressies en angststoornissen. Uitgaande van een gemiddelde psychiatrische consultatie van



Een eerder MC-artikel en een nieuwsbericht over de patiënt in Deventer vindt u bij dit artikel op www.medischcontact.nl. En lees ook Veldwerk op blz. 2907.

beeld: Jeanine van Maris van Dijk, HH

SAMENVATTING

- Somatisch werkende artsen weten vaak niet wat ze aanmoeten met zieke psychiatrische patiënten die niet aan hun behandeling meewerken.
- Het is nog niet bij alle specialismen gebruikelijk om in zo'n geval een psychiater in consult te vragen.
- Een andere houding en meer samenwerking tussen psychiatrie en somatiek zijn nodig.

1 procent in de Europese ziekenhuizen, betekent dat een behoorlijke onderdiagnostiek, terwijl patiënten met een psychiatrische stoornis een hogere kans hebben om ook een somatische stoornis te ontwikkelen en vice versa.

Emilie Visser, psychiater in het Deventer Ziekenhuis vanuit Dimence, erkent het probleem. 'Ik zie wel patiënten met diabetes die wegens een psychose hun insuline weigeren, of manische patiënten die de spoedeisende hulp op stelten zetten en de behandeling van een gebroken ledemaat weigeren. De primaire reactie van een medisch specialist is om deze onhoudbare situaties zo kort mogelijk te laten duren. Soms gaat dat ten koste van de zorg. Psychiatrische patiënten zijn vaak moeilijk te motiveren om zich adequaat te laten behandelen. Artsen hebben daar moeite mee. Bovendien zijn medisch specialisten opgeleid om mensen beter te maken, dus het behandelen van patiënten die zichzelf beschadigen, intoxiceren, adviezen niet opvolgen of simpelweg behandeling weigeren druist recht tegen hun principes in. Psychiatrische patiënten kunnen zeer hinderlijk zijn voor andere patiënten op een afdeling. Somatische verpleegkundigen hebben meestal niet de expertise om daarmee om te gaan. Ook de slechte therapietrouw roept weerstand op.'

Onmacht

Joanna Kruiemel, mdl-arts in het Maastricht Universitair Medisch Centrum (MUMC+), ziet naast weerstand vooral veel onmacht en frustratie. Bovendien hebben niet alleen artsen moeite met een psychiatrisch label, maar ook patiënten zelf. Vanwege het veelvuldig voorkomen van psychiatrische comorbiditeit op de mdl-afdeling in Maastricht werkt de afdeling nauw samen met de afdeling Psychiatrie. De afdelingen organiseren onder andere gezamenlijke spreekuren. 'Ik zie veel angststoornissen en

depressies bij mensen met functionele maag- en darmklachten', aldus Kruiemel. 'Mensen met een primair psychiatrische stoornis, zoals schizofrenie, zien we op de afdeling een stuk minder. Zij worden vaak opgenomen op de psychiatrische afdeling en dan komt de somatisch arts zo nodig in consult.'

Patiënten met gedragsproblemen, waaronder agressie, zien de mdl-artsen zoveel mogelijk samen met een psychiater. Kruiemel ervaart het als grote steun om deze patiënten als team tegemoet te treden.

Vertrouwen

Hoewel psychiatrie een vast onderdeel is van de studie geneeskunde, is de psychiatrische kennis bij specialisten niet altijd voldoende. Specialist schrijft psychiatrische klachten te vaak alleen toe aan een somatische aandoening en hebben de neiging om tot in het extreme somatisch door te gaan. Op de mdl-afdeling van het MUMC+ worden aiossen daarom speciaal opgeleid in het detecteren van psychiatrische problematiek, het kiezen van een traject en communicatie.

In andere ziekenhuizen is een psychiatrisch team beschikbaar dat zich zowel bezighoudt met consultatieve taken als met kennisoverdracht. Marjan Kromkamp, psychiater in het UMC Utrecht: 'Bij het consultatiewerk krijgen we veel vragen over delieren en het beoordelen van suïcidaliteit, maar ook wilsbekwaamheidsbeoordelingen behoren tot ons pakket. Verder richten we ons op onderwijs, kennisoverdracht en preventie door klinische lessen te organiseren en aanwezig te zijn bij multidisciplinair overleg – de zogenaamde liaisontaken. Het gebeurt veel te weinig dat de psychiater in consult wordt gevraagd. En we worden met z'n allen ouder, dus in de toekomst zal het aantal complexe patiënten alleen maar stijgen.'

'De liaisontaken verbreden ons draagvlak', aldus Visser. 'Maar nog steeds vragen niet alle specialisten ons even vaak in consult. Gynaecologen roepen ons er heel vaak bij, chirurgen bijna nooit. Het vertrouwen groeit nadat we een aantal keer in consult zijn geweest op een afdeling. Vaak blijkt het dan toch wel handig, een psychiater erbij.'

De wil om de zorg rondom psychiatrische probleemgevallen in algemene ziekenhuizen zo goed mogelijk te organiseren is er dus, maar de weg nog niet. Kromkamp: 'Kijk, iedere dokter wil zo goed mogelijke zorg voor zijn patiënt, dat staat buiten kijf. We moeten elkaar opzoeken en vinden in het leveren van gecombineerde zorg.'



Psychiatrische patiënten kunnen zeer hinderlijk zijn voor andere patiënten

Med Psych Units

Op verschillende plaatsen in Nederland, waaronder Maastricht, worden psychiatrie en somatiek geïntegreerd in zogenaamde Med Psych Units (MPU's), ziekenhuisafdelingen waar beide takken aanwezig zijn. Omdat de bedden zich binnen het ziekenhuis bevinden, zijn de communicatielijnen kort. Voor patiënten die zo ziek zijn dat ze een gespecialiseerde afdeling nodig hebben zoals de Intensive Care, is echter ook een MPU niet toereikend.