

KLINISCHE LES

Tweedeling psychiatrische en somatische spoedzorg

HERSTEL VAN WEEFFOUT IS VEREIST

Joep H.A.M. Tuerlings, E.C.M. (Noor) Pelger, Boudewijn J.H.B. de Pont en Jeroen A. van Waarde

DAMES EN HEREN,

In Nederland is er een scheiding tussen somatische en psychiatrische spoedzorg. De huisarts verwijst psychiatrische patiënten die spoedzorg behoeven meestal niet naar de SEH, maar schakelt de ggz-crisisdienst in. Toch komen sommige patiënten met acute psychiatrische problemen wel rechtstreeks op de SEH. Zij worden daar beoordeeld en behandeld door medisch specialisten, inclusief de psychiater. Wij illustreren de voordelen hiervan voor de patiënt en verwijzers aan de hand van 3 casussen en suggereren verbeteringen voor de organisatie van de acute psychiatrische zorg.

Een patiënt met een ernstige snijwonding zal op een SEH van een algemeen ziekenhuis direct worden behandeld door de medisch specialist. Een acuut psychotische patiënt daarentegen belandt regelmatig in een politiecel en wordt vervolgens eerst beoordeeld door een niet-medicus van de crisisdienst. Deze organisatie van acute psychiatrische zorg leidt vaak tot vertraging in de medische besluitvorming. Ook kan men niet direct beschikken over het juiste aanvullend onderzoek. Daardoor komen patiënten niet altijd gelijk op de juiste plaats in het zorgcircuit terecht. Hoe kan het beter?

Patiënt A, een 28-jarige vrouw, wordt door de huisarts verward en schreeuwend thuis aangetroffen. De familie vertelt dat zij al jaren onder behandeling is bij de verslavingszorg. De huisarts vermoedt een overdosering en verwijst patiënte naar de SEH. De politie moet worden ingeschakeld vanwege haar agressie. Eenmaal op de SEH is patiënte bij momenten aanspreekbaar, soms geagiteerd en dreigend. Een gift lorazepam intraveneus heeft geen effect op de agitatie.

Bij lichamenlijk onderzoek vindt de SEH-arts geen lichamenlijke afwijkingen, en consulteert vervolgens de psychiater. Patiënte blijkt 7 ml gammahydroxyboterzuur (GHB) iedere 2 h te drinken, maar vandaag was haar GHB op. Daarnaast gebruikt ze wisselend alcohol, cannabis, speed en benzodiazepines.

Bij psychiatrisch onderzoek zien we een onrustige, verward, beweeglijke vrouw, die betekenisloos antwoordt op vragen, maar aangeeft dat ze 'nú van de GHB af' wil. Het bewustzijn is vernauwd, er zijn visuele hallucinaties en het denken is incoherent.

Vanwege aanwijzingen voor een onthoudingssyndroom geven we patiënte een gift medicinale GHB; hierop vermin-

Ziekenhuis Rijnstate, afd. Psychiatrie, Arnhem.

Dr. J.H.A.M. Tuerlings, B.J.H.B. de Pont en dr. J.A. van Waarde, psychiaters.

Huisartsenketenzorg, regio Arnhem.

E.C.M. Pelger, huisarts en kaderarts GGZ.

Contactpersoon: dr. J.H.A.M. Tuerlings (jtuerlings@rijnstate.nl).

deren de symptomen enigszins. Telefonisch overleggen we met een medewerker van de verslavingszorginstelling. Hij ziet geen mogelijkheden om patiënte buiten kantooruren te beoordelen en over te nemen. Patiënte wordt daarom aansluitend opgenomen op de psychiatrische afdeling van het algemene ziekenhuis (PAAZ) ter overbrugging tot de nazorg geregeld is. Er wordt direct begonnen met een medisch verantwoorde afbouw van GHB.

Patiënt B is een 15-jarige jongen die vanwege gedragsproblemen verblijft in een pedagogische instelling. Hij is bekend met automutilerend gedrag. Hij wordt door een begeleider onaangekondigd 's avonds naar de SEH gebracht na een strangulatiepoging.

De SEH-arts en de kinderarts onderzoeken patiënt en vinden geen lichamelijke complicaties. Bij psychiatrisch onderzoek zien we aanwijzingen voor een gestoorde persoonlijkheidsontwikkeling. We schatten het acute suïciderisico in als laag. Zelf wil patiënt terug naar zijn verblijfsafdeling, maar de begeleider wil hem niet meenemen. De begeleider is geschrokken van de strangulatiepoging, eist een crisisopname binnen de ggz en uit onbegrip over het advies dat patiënt terug kan naar de instelling. De behandelend kinder- en jeugdpsychiater is op dat moment niet bereikbaar. Crisisopname binnen de kinder- en jeugd-ggz is niet mogelijk.

De psychiater geeft nogmaals voorlichting over de gemaakte inschatting en de afwegingen. De begeleider vertrouwt op het medische oordeel en verlaat met de patiënt de SEH.

Patiënt C is een 54-jarige vrouw met een blanco psychiatrische voorgeschiedenis, die door de politie uit huis wordt gehaald nadat zij haar echtgenoot met de dood heeft bedreigd. Hij zou 'onder invloed staan van Lucifer'. De politie zet haar vanwege agressie in de arrestantencel. De ggz-crisisdienst wordt om een spoedbeoordeling verzocht. Na 2 h arriveert de maatschappelijk werker van de crisisdienst. Omdat de vrouw last heeft van oorsuizen vindt de crisisdienstmedewerker, na overleg met een psychiater-achterwacht, dat een somatische screening nodig is. De politie brengt patiënte naar het ziekenhuis. De SEH-arts en de psychiater onderzoeken patiënte en stellen een acute paranoïde psychose vast. Zij was al jaren bekend met tinnitus, waarvoor de kno-arts geen behandelopties zag. Aanvullend lichamenlijk onderzoek, laboratoriumonderzoek en een CT-scan van de hersenen tonen geen afwijkingen.

Patiënte wordt met een inbewaringstelling opgenomen op de PAAZ en krijgt zonder verdere vertraging antipsychotica. In de weken erna verminderen de psychotische verschijnselen. Een somatische oorzaak voor de psychose kan niet worden aangetoond. Differentiaaldiagnostisch

denken we daarom aan een eerste psychotische decompensatie in het kader van een stemmingsstoornis of een primaire psychotische stoornis.

BESCHOUWING

De afgelopen jaren komen de politie en ambulancedienst steeds vaker in aanraking met acute psychiatrische hulpvragen: het aantal meldingen over verwarde mensen bij de politie steeg van ruim 40.000 (2011) tot 52.000 (2013).¹ De eerste medische opvang vindt zo mogelijk plaats bij de huisarts en buiten kantooruren bij de huisartsenpost (HAP). Voor mensen met complexere psychiatrische problemen kan de huisarts, politie of ambulancedienst de ggz-crisisdienst inschakelen. De voorwacht-functie van de ggz-crisisdiensten wordt vervuld door artsen, verpleegkundigen of niet-medisch geschoolde ggz-professionals, zoals maatschappelijk werkers en psychologen. Een psychiater functioneert daarbij als achterwacht. Regionaal zijn er vanuit de politie en enkele ggz-instellingen initiatieven ontwikkeld voor een specifiekere opvang van deze patiëntengroep, zoals de Opvang Verwarde Personen in Den Haag, de Spoedeisende Psychiatrische Onderzoeksruimte in Amsterdam en Eindhoven, en de Spoedeisende Hulp Psychiatrie in Rotterdam (bron: NOS-nieuwsbericht, <http://nos.nl/artikel/2016940-meer-verwarde-mensen-maar-hoe-help-je-ze.html>).¹

Ook op een SEH vindt acute psychiatrische zorg plaats. Patiënten worden hier regelmatig rechtstreeks naar verwezen door huisartsen of worden hierheen gebracht door de ambulancedienst en politie, zoals patiënt A. Soms is er een zelfverwijzing. De beperkte bereikbaarheid en lange wachttijden zijn regelmatig redenen voor patiënten, betrokkenen, politie of ambulancediensten om de crisisdienst te passeren; dit gebeurde bij patiënt B. Crisisdiensten verwijzen patiënten zelf ook naar de SEH, bijvoorbeeld mensen met suïcidepogingen, verwardheid of verslavingsproblemen bij wie somatische screening noodzakelijk is, of patiënten die lichamelijke klachten aangeven, zoals patiënt C.

BEPERKINGEN VAN ACUTE PSYCHIATRISCHE ZORG BUITEN DE SEH

In Nederland bestaat een unieke sociaal-psychiatrische traditie waarbij de acute psychiatrische zorg juist niet gebaseerd is op de SEH van ziekenhuizen.² Recent zijn de tekortkomingen van deze huidige acute psychiatrische zorg gerapporteerd.³ Zo heeft de crisisdienst meestal geen eigen opvang of onderzoeksruimte en kan deze daardoor de zorg niet per direct leveren. De kwantitatief en kwalitatief beperkte bezetting van de crisisdienst leidt regelmatig tot langdurige aanrijdtijden en vaak tot een eerste psychiatrische inschatting door een niet-medicus. De psychiater beoordeelt de patiënt dan in tweede instantie of later.

Daarbij hebben de crisisdienstmedewerkers geen directe beschikking over aanvullend medisch onderzoek, zoals laboratoriumonderzoek of radiologische faciliteiten. Het komt daarom voor dat patiënten, na beoordeling door de crisisdienst, alsnog naar de SEH worden verwezen voor aanvullend onderzoek. Maar in een acute situatie is aanvullend medisch onderzoek en een directe beoordeling door de psychiater noodzakelijk om een eerste diagnose te kunnen stellen en de patiënt daarna op een passende plek binnen de verschillende gezondheidszorgsystemen onder te brengen. Met name in acute situaties zijn psychiatrische en somatische aandoeningen vaak moeilijk te onderscheiden. Snel handelen is dan vereist; dit gold voor patiënt A en C. Op de SEH is altijd een arts beschikbaar voor spoedeisende hulpvragen en deze kan alle noodzakelijke spoedonderzoeken inzetten.

De spoedeisende verslavingszorg en de kinder- en jeugd-ggz vormen een apart probleem. De verslavingszorg en de kinder- en jeugd-ggz hebben vaak geen eigen crisisdienstfunctie. Deze is dan belegd bij een crisisdienst voor volwassenen. Door onduidelijke regionale afspraken komen verslaafden, kinderen en jeugdigen met acute psychiatrische problemen daarom soms rechtstreeks naar de SEH, zoals patiënt B.

Dat de huidige scheiding tussen ziekenhuiszorg en ggz in de acute opvang van psychiatrische patiënten dodelijk kan zijn blijkt uit de casus van Raymond. Deze patiënt overleed in een separeerkamer van een ggz-instelling aan een hersenbloeding nadat hij meermaals tussen SEH en ggz-instelling heen en weer was verwezen.^{4,5} De Inspectie voor de Gezondheidszorg concludeerde dat er sprake was van inadequate afstemming en onvoldoende samenwerking tussen de ggz-instelling en het algemeen ziekenhuis.⁵

OPHEFFEN SCHEIDING ACUTE SOMATISCHE EN PSYCHIATRISCHE ZORG

De casus van Raymond maar ook de door ons beschreven casussen onderstrepen de noodzaak tot herbezinning en integratie van de al dan niet spoedeisende ggz in de gehele gezondheidszorg.^{6,7} Ook de overheid wil dit en sloot een bestuurlijk akkoord met de veldpartijen, waarin afgesproken werd de tweedeling in de gezondheidszorg op te heffen.^{3,8}

De overheid moedigt de HAP en SEH aan tot een steeds nauwere samenwerking. Dit leidt tot een grotere doelmatigheid van de 24-uursbeschikbaarheidsfuncties en een verbeterde onderlinge communicatie. Deze ontwikkeling is tevens een kans om de acute psychiatrische zorg te verbeteren. Acute psychiatrische hulpverlening kan worden geïntegreerd in het aanbod van een HAP en SEH; wel zullen daarvoor vaak enkele bouwtechnische en personele aanpassingen nodig zijn.

Acute psychiatrische zorg kan geboden worden aan alle leeftijdscategorieën, te weten kinderen, jongeren, volwas-

- **Psychiatrische en somatische spoedzorg zijn momenteel van elkaar gescheiden, maar integratie van deze twee heeft diverse voordelen.**
- **De huisarts ziet de acute psychiatrische patiënt als eerste en verwijst deze meestal niet naar de SEH maar naar de ggz-crisisdienst.**
- **De huidige organisatie van acute psychiatrische zorg leidt vaak tot vertraging in de medische besluitvorming.**
- **Integratie van acute psychiatrische zorg in de verdergaande samenwerking tussen de huisartsenpost en SEH biedt kans op verbetering van de spoedzorg en vermindering van de stigmatisering van psychiatrische patiënten.**

senen en ouderen, en alle patiëntencategorieën. Bij de verschillende patiëntencategorieën denken we bijvoorbeeld aan patiënten met suïcidaal gedrag of somatische comorbiditeit, al dan niet bekende psychiatrische patiënten, mensen met een verslaving, mensen met een verstandelijke beperking, patiënten met dementie, daklozen, mensen met een justitiële maatregel en asielzoekers. Politie en ambulancedienst kennen de weg naar de SEH goed en kunnen psychiatrische patiënten dan ook dag en nacht brengen voor spoedeisende diagnostiek en psychiatrische behandeling door de medisch specialisten op de SEH.

De SEH kan een keten vormen met het eigen ziekenhuis, inclusief de PAAZ, en de regionale ggz-instellingen, gemeentelijke diensten en huisartsen. Na beoordeling op de SEH komt de acute psychiatrische patiënt idealiter zo snel mogelijk op de juiste plaats terecht voor klinische of ambulante hulp. Dit voorkomt dubbel werk.

De SEH biedt een geïntegreerde bio-psycho-sociale aanpak, zonder scheiding tussen somatiek en psychiatrie.⁹ Per direct wordt een psychiatrische crisisinterventie toegepast (patiënt B), naast – indien nodig – somatische diagnostiek en behandeling (patiënt A en C). Bij ernstig zieke mensen kunnen binnen de wettelijke kaders op een professionele en veilige wijze vrijheidsbenemende maatregelen worden toegepast. Opvang op de SEH kan de-escalenderend werken vergeleken met een politiecel, waardoor vermindering van dwang en drang mogelijk is (patiënt C). Vervolgens valt er winst te behalen op een ander vlak. Integratie van acute psychiatrische zorg binnen de algemene acute gezondheidszorg op de HAP en SEH vermindert het stigma op psychiatrische aandoeningen. Artsen en andere hulpverleners krijgen daardoor vaker te maken met deze doelgroep. Degenen die in opleiding zijn kunnen integraal kennis nemen van en vaardigheden opdoen bij acuut ontregelde psychiatrische patiënten.

Dames en Heren, in de huidige acute psychiatrische zorg bestaan tekortkomingen. Deze vorm van spoedzorg is gescheiden van de somatische zorg en is niet altijd voor alle doelgroepen doelmatig, laagdrempelig en acuut beschikbaar. De overheid stimuleert een verdergaande samenwerking van de huisartsenpost en SEH, wat de kans biedt de acute psychiatrische hulpverlening te verbeteren. Door een verdere integratie van acute psychiatrische zorg op de SEH wordt de onnodige scheiding tussen somatische en psychiatrische spoedzorg opgehe-

ven. Tevens kan dit de stigmatisering van psychiatrische patiënten verminderen.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 8 juli 2015

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2015;159:A9151

 **KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/A9151**

LITERATUUR

- 1 Bernardt C, Van Oenen FJ, Dekker J, Mulder W. Spoedeisende psychiatrie in Amsterdam. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*. 2006;61:827-37.
- 2 Gersons BPR. *Acute psychiatrie*. Deventer: Bohn Stafleu Van Loghum; 1995.
- 3 Van der Erf S, Boonzaaijer G, Heida JP. Acute geestelijke gezondheidszorg: knelpunten en verbetervoorstellen in de keten. Den Haag: Strategies in Regulated Markets; 2015.
- 4 Hulpverleners lieten Raymond aan lot over. *Trouw* 4 november 2011.
- 5 Verklaring IGZ over overlijden psychiatrische patiënt Raymond. Nieuwsbericht. Inspectie voor de Gezondheidszorg. 3 november 2011.
- 6 Acties IGZ somatische co-morbiditeit bij psychiatrisch patiënten. Nieuwsbericht. Inspectie voor de Gezondheidszorg. 3 november 2011.
- 7 Van Waarde JA, Richter C, Müller METM, Verwey B. De medisch-psychiatrische unit: meerwaarde voor patiënten, artsen en ziekenhuizen. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2004;148:209-11.
- 8 Bestuurlijk akkoord toekomst GGZ 2013-2014. Rapport. Den Haag; 2012.
- 9 Boenink AD, Zandstra P, Spreekmeester FS, Huyse FJ, van Ouwkerk WJR, Wuisman PIJM. Integrale (biopsychosociale) behandeling in de praktijk: een zwangere patiënte met een sacrumtumor en een ernstige posttraumatische stressstoornis. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 1998;142:1274-7.