

Tweedeling spoedzorg doet patiënt tekort'

Publicatie	Nr. 10 Psychiatrie - 10 maart 2016
Jaargang	2016
Rubriek	Artikelen
Auteur	René van der Meer
Pagina's	19-21

Ook psychiatrische spoedpatiënt moet op de SEH terecht kunnen

ACUTE ZORG

Nog altijd wordt in de spoedzorg een onderscheid gemaakt in somatische en psychiatrische patiënten. Hoog tijd om daar een einde aan te maken, vinden de psychiaters Adriaan Honig en Remco de Winter.



Adriaan Honig: 'Ik denk dat de huidige aanpak van acute psychiatrie de kwaliteit en efficiëntie in de weg staat.'

Beeld: Jelmer ten Hoeve/OLVG

De tweedeling tussen somatische en psychiatrische problematiek zorgt voor knelpunten in de spoedzorg. Zo krijgt iemand met een gebroken been doorgaans sneller een specialist te zien dan iemand met een psychiatrische spoedvraag. Dit kan en moet beter, vinden Adriaan Honig, psychiater en bijzonder hoogleraar ziekenhuispsychiatrie en voorzitter van de afdeling consultatieve en ziekenhuispsychiatrie van de NVvP, en Remco de Winter, psychiater en voorzitter van het platform spoedeisende en sociale psychiatrie bij de NVvP. 'Zowel op het gebied van kwaliteit als op dat van efficiëntie moet een verbeteringslag worden gemaakt.'

Adriaan Honig herinnert zich een psychiatrische patiënt, die met een acute somatische crisis op de Spoedeisende Hulp (SEH) belandde. 'Daar werd pas ontdekt dat ze uitgezaaide kanker en open wonden had. De crisisdienst en huisarts hadden het niet opgemerkt.' Remco de Winter noemt als voorbeeld een man die afwijkend gedrag vertoonde, dat niet rymde met zijn diagnose schizofrenie. 'De crisisdienst startte vermoedde ernstige somatische problematiek en na te lange telefonische

discussie over somatische vervolgzorg overleed de patiënt in de ambulance. Een ernstige schedelbasisfractuur bleek achteraf de oorzaak van zijn gedrag. Het was eerder door niemand herkend.' Het zijn volgens Honig en De Winter schrijnende gevolgen van de huidige tweedeling tussen somatische en psychiatrische spoedzorg.

Stel dat ik morgen in een psychische crisis beland. Welke zorg kan ik dan verwachten?

De Winter: 'Afhankelijk van de regio waarin je woont en je klachten, kan jij of je omgeving de huisarts bellen. Die zal vervolgens contact opnemen met de crisisdienst. Mocht je gedrag dermate verstorend en dreigend zijn dat de politie erbij moet komen, dan zullen zij uiteindelijk ook de crisisdienst benaderen. Dus via de huisarts of politie komt vroeg of laat de crisisdienst in beeld.'

Honig: 'Vroeg of laat. Dat kan beter. De aanrijdtijd van de crisisdienst is nu vaak erg lang, vaak uren, en eenmaal ter plaatse is het de vraag of daarmee de juiste vorm van zorg wordt geboden. De eerste beoordeling wordt meestal gedaan door een niet-medicus. Ik denk dat de huidige aanpak van acute psychiatrie de kwaliteit en efficiëntie in de weg staat.'

De Winter: 'Ik schat in dat driekwart van de meldingen waarvoor een crisisdienst wordt ingeschakeld, niet per se middels een huisbezoek afgehandeld hoeft te worden.'

Hoe kan het beter?

Honig: 'Net zoals de SEH in heel Nederland de plek is waar je met somatische spoedvragen terecht kunt, zou dit ook voor acute psychiatrie moeten gelden. De SEH is de meest laagdrempelige toegang tot topzorg. Ik vind het daarom zonde dat hier nog onderscheid wordt gemaakt in het type spoedvraag. Het is tijd om die schotten tussen somatiek en psychiatrie te slechten, om daarmee de toegang tot zorg voor mensen met lichamelijke en psychische problemen gelijk te trekken.'

De Winter: 'Zonder het besef te verliezen dat psychiatrische aandoeningen anders zijn dan somatische aandoeningen, kunnen de twee sporen elkaar zeker versterken. Daarvoor moeten we ze op een juiste manier met elkaar verankeren.'

Honig: 'Dit vraagt om een gezamenlijke regie. De somatiek en psychiatrie ontfermen zich dan vanuit één locatie over de patiënt en kijken gezamenlijk welke zorg nodig is. De huidige triage van de SEH, met daarin een belangrijke rol voor de huisarts, is daarvoor uitstekend geschikt. De huisarts is immers al via de huisartsenpost (hap) op de SEH gevestigd. De acute psychiatrie van het ziekenhuis en de geestelijke gezondheidszorg (ggz) moeten dat voorbeeld volgen. Net als de hap kan de patiënt zo nodig ook buiten de kliniek of zorginstelling worden bezocht. Je krijgt op die manier een acuut zorgcentrum op één locatie voor alle patiënten.'

De Winter: 'Rondom een spoedpatiënt ontstaat makkelijk discussie tussen de vele betrokken partijen. Bijvoorbeeld bij een delier. Dit wordt deels gevoed doordat informatie, zoals labuitslagen, niet of onvoldoende wordt gedeeld. Overleggen is dan onnodig lastig en tijdrovend.'

Honig: 'Van discussie en delay is geen sprake, als je met elkaar op één locatie naar het totaalplaatje kijkt en elkaar hierover kunt aanschietsen. Zo ontstaat een keten die vloeiend functioneert, nergens stigmatiseert of traumatiseert en aansluit bij de zorgbehoefte van de patiënt.'

Wat betekent dit voor de huidige vorm van acute psychiatrie?

Honig: 'Outreachinge zorg blijft onmisbaar, maar alleen waar het geïndiceerd is; dat bevordert efficiëntie van zorg. Door de SEH in te richten voor elke type spoedvraag, somatisch én psychiatrisch, verlaag je de drempel om als patiënt met ernstige psychische problemen zelf naar het ziekenhuis te komen. Hierdoor verkorten aanrijdtijden drastisch en verbetert de toegang tot topzorg.'

De Winter: 'Bij het versterken van de acute psychiatrie op de SEH mag geen expertise verloren gaan. Het is niet zo dat de biopsychosociale benadering uit de ggz plaats moet maken voor een uitsluitend somatisch model. Niemand wil dat een verward persoon op een SEH aan zijn of haar lot wordt overgelaten omdat de juiste kennis er ontbreekt.'

Dat vraagt wat van het ziekenhuis en het personeel.

Honig: 'Absoluut. Iedereen op de SEH moet begrijpen wat het betekent om een gedragsstoornis te hebben en hoe je iemand met deze aandoening dient te bejegenen.'

De Winter: 'Veel personeel moet worden bijgeschoold. Het is gelukkig al heel erg verbeterd, maar in sommige ziekenhuizen wordt nog altijd krampachtig gereageerd op bijvoorbeeld mensen die vanwege een suïcidepoging op de SEH belanden. Onverdoofd hechten in de veronderstelling dat iemand het dan uit zijn hoofd haalt om zichzelf een tweede keer iets aan te doen, is daarvan een treurig voorbeeld. Ontschotting tussen somatiek en psychiatrie draagt enorm bij aan de destigmatisering van psychiatrische problemen.'



Remco de Winter: 'Een mooi voorbeeld vind ik de Psycholance, een speciale prikkelarme ambulance' Beeld: Hans Lebbe

Zijn er voorbeelden van goede samenwerking tussen somatische en psychiatrische zorg?

Honig: 'Ja, in Engeland en Amerika worden spoedvragen op eenduidige wijze op de SEH afgehandeld. Wat het voor een ziekenhuis betekent als de SEH de psychiatrische poot versterkt, blijkt uit een recent onderzoek in Leeds. Het scholen van het verpleegkundig personeel in onder andere omgaan met en herkennen van acute psychiatrische problemen, resulteerde in een beddenreductie van ongeveer 7 procent.'

De Winter: 'Een mooi voorbeeld in Nederland vind ik de Psycholance, een speciale prikkelarme ambulance waarbij adequaat geschoold ambulancepersoneel het personenvervoer verzorgt tussen bijvoorbeeld het ziekenhuis en een ggz-instelling.'

Honig: 'En in het OLVG, waar ik als psychiater werkzaam ben, wordt momenteel een SEH gebouwd met onder andere een aparte kamer voor de opvang van mensen met ernstige psychische klachten. Dit als onderdeel van het speerpunt Psyche & Soma, van het OLVG.'

Op welke termijn kan multidisciplinaire zorg rondom acute psychiatrie landelijk de nieuwe standaard zijn?

Honig: 'Zo snel mogelijk. We kunnen echt een stap maken, maar alleen als we elkaar de hand reiken en oude dogma's loslaten. Over vijf jaar kunnen we een heel eind op weg zijn.'

De Winter: 'Zonder daarbij te overhaasten. Het ideale model bestaat nog niet en het kost tijd om dit te ontwerpen. Er wordt nu een multidisciplinaire zorgstandaard ontwikkeld voor de acute keten en dit is een kans om de zorg beter op te tuigen. Laten we die gebruiken, door te behouden wat werkt en te verbeteren wat niet goed is. De precieze invulling en organisatie ervan vind ik nog lastig te bepalen; we moeten geen expertise verliezen. Ik nodig collega's uit om mee te denken. Zo kan de dialoog ontstaan, vanwaaruit een gezamenlijke visie kan worden bepaald.'

Wat zou de eerstvolgende stap moeten zijn?

Honig: 'Het begint met elkaar toegang geven tot elkaars zorg en werkdomein. Dat hoeft geen drempel te zijn, als je beseft dat je een gezamenlijk doel dient en alleen in synergie vooruitgang boekt. Ik stel voor om met ggz-partners in de regio om de tafel te gaan, om te kijken hoe we elkaar kunnen vinden en versterken.'

De Winter: 'Om uiteindelijk alle mensen volwaardig – niet stigmatiserend – te behandelen, het lichaam- en geestverschil op te heffen en samen voor de best mogelijke zorg te gaan.'

Honig: 'Waar je ook bent en wat je ook hebt.'

Was dit destijds jullie motivatie om voor de psychiatrie te kiezen?

Honig: 'Ja, ik vind de psychiatrie een prachtig vak, omdat het juist de gehele mens betreft, inclusief somatiek. Daar heb ik me altijd voor ingezet. Ik herinner me dat ik als sociaal psychiater werkzaam was bij wat toen nog het Riagg heette. Nadat we onze intrek hadden genomen in een nieuw gebouw, liet ik de directeur weten dat we een probleempje hadden: er was namelijk geen somatische onderzoekskamer. Met heel veel moeite is het gelukt om die kamer alsnog te realiseren. Het geeft aan hoever die segregatie gaat en hoe je daardoor soms geen goede zorg kunt leveren, omdat somatiek geen onderdeel is van het denken.'

De Winter: 'Ik vind de veelzijdigheid van de psychiatrie erg interessant. Soms is een biologische benadering de beste; in een andere situatie bereik je meer vanuit een sociale of psychologische benadering en/of met praktische oplossingen. Ik vind de psychiatrie het topsegment van de geneeskunde, omdat het als geen ander vak draait om dat wat ons mensen maakt. Het is de tak binnen de geneeskunde die zich specifiek richt op wat de mens zo uniek maakt in zijn bewustzijn en sociale kadering.'

René van der Meer, freelance journalist

Contact: a.honig@olvg.nl
r.dewinter@parnassia.nl
cc: redactie@medischcontact.nl