

Zorgwekkende afname van psychiatrische behandelcapaciteit in Nederlandse ziekenhuizen in de periode 1998–2006

A.F.G. LEENTJENS, I. SONDEREN, W.M.N.J. BUIS

ACHTERGROND Psychiatrische afdelingen van algemene en academische ziekenhuizen (PAAZ'en) zijn vanwege hun locatie in het ziekenhuis bij uitstek geschikt om geïntegreerde zorg te bieden aan patiënten met psychiatrische en somatische comorbiditeit.

DOEL Inventariseren van de psychiatrische behandelcapaciteit in Nederlandse ziekenhuizen, en de veranderingen daarvan in de periode 1998–2006.

METHODE Enquête.

RESULTATEN Het aantal PAAZ'en was in de periode 1998–2006 teruggelopen van 87 naar 38. Deze verloren opnamecapaciteit werd niet gecompenseerd door een toename van dagbehandelingscapaciteit of door de oprichting van zogenaamde psychiatrisch-medische units (PMU's).

CONCLUSIE De afname van het aantal geïntegreerde psychiatrische behandelvoorzieningen in het algemeen en academisch ziekenhuis staat haaks op de epidemiologische ontwikkelingen en de verwachte toename van de behoefte aan geïntegreerde diagnostiek en behandeling in de nabije toekomst.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 51(2009)6, 395–399]

TREFWOORDEN psychiatrische afdeling van algemeen ziekenhuis (PAAZ), psychiatrische universiteitskliniek (PUK), psychiatrisch-medische unit (PMU), ziekenhuispsychiatrie

Psychiatrische afdelingen van algemene en academische ziekenhuizen (PAAZ'en) zijn vanwege hun locatie in het ziekenhuis bij uitstek geschikt om geïntegreerde zorg te bieden aan patiënten met psychiatrische en somatische comorbiditeit. Ook zijn ze zeer geschikt om somatische diagnostiek te verrichten bij patiënten met organisch-psychiatrische en neuropsychiatrische ziektebeelden (Buis 2008). Gezien de vergrijzing en de daarmee gepaard gaande toename van patiënten met comorbiditeit is de verwachting dat de behoefte aan deze behandelvoorziening in de nabije toe-

komst zal toenemen. Desalniettemin staat de ziekenhuispsychiatrie de laatste decennia door verschillende ontwikkelingen (zie discussie) onder druk. Onduidelijk is in hoeverre deze ontwikkelingen gevolgen hebben gehad voor de psychiatrische behandelcapaciteit in Nederlandse ziekenhuizen.

Regelmatig krijgt de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP) vanuit diverse instanties vragen over de behandelcapaciteit van psychiatrische afdelingen in algemene en academische ziekenhuizen. Aangezien een laatste

inventarisatie plaatvond in 1998 (Jabaaij & Hut-schema makers 1998) en er geen recentere gegevens voorhanden zijn, heeft de Afdeling Consultatieve en Ziekenhuispsychiatrie met logistieke steun van de NVVP een enquête verricht om deze capaciteit te inventariseren. In dit artikel beschrijven wij de resultaten van deze enquête.

METHODE

In 2007 verrichtte de Afdeling Consultatieve en Ziekenhuispsychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie een schriftelijke enquête onder alle algemene en academische ziekenhuizen. Aan de hand van een gestandaardiseerde vragenlijst werd de psychiatrische behandelcapaciteit in ziekenhuizen in 2006 geïnventariseerd. Wanneer ziekenhuizen niet binnen de gestelde periode van 3 maanden geantwoord hadden, stuurden we éénmalig een schriftelijke herinnering. Indien hierop geen reactie volgde, werd via een eenmalig telefonisch contact met een collega-psychiater als nog getracht het ziekenhuis tot antwoorden te bewegen. 'Ziekenhuispsychiatrische' behandelafdelingen van geïntegreerde ggz-instellingen die niet in het algemeen ziekenhuis gelokaliseerd waren, werden niet meegenomen in de enquête.

Wij geven in dit artikel de resultaten weer zonder verdere statistische bewerking en vergelijken ze met een eerdere inventarisatie van het Trimbos-instituut in 1998 (Jabaaij & Hut-schema makers 1998).

RESULTATEN

Van de 94 aangeschreven algemene en academische ziekenhuizen reageerden er 80 (respons voor de enquête als geheel 84%). Veertien instellingen reageerden niet. Uit het *Geneeskundig Adresboek* bleek dat het hier ging om 6 instellingen die niet over een PAAZ beschikten en 8 die wel over een PAAZ beschikten. De instellingen die niet reageerden, maar wél over een PAAZ beschikten, betroffen één academisch ziekenhuis en 7 algemene ziekenhuizen.

In de periode van 1998 tot en met 2006 daalde het aantal zelfstandige PAAZ'en met 56%, van 87 naar 38 op een totaal van 111 (1998), respectievelijk 94 (2006) ziekenhuizen. Het totale aantal psychiatrische bedden daalde met 42%, van 1617 naar 932, en het aantal opnames op psychiatrische afdelingen daalde evenredig, met 45%, van 17.000 naar 9413 per jaar. De gemiddelde capaciteit van een PAAZ bedroeg in 2006 25 bedden. Van de PAAZ'en beschikten er 26 (68%) over de mogelijkheid tot het uitvoeren van elektroconvulsietherapie (ECT). Het aantal dagbehandelingsplaatsen ('stoelen') daalde met 14% van 468 naar 404. De gemiddelde dagbehandelingscapaciteit per afdeling bedroeg in 2006 11 stoelen.

In dezelfde periode werden 16 zogenaamde psychiatrisch-medische units (PMU's) opgericht, met in totaal 130 bedden, die goed waren voor 703 opnames in 2006. Deze faciliteiten kwamen doorgaans niet in plaats van de verdwenen PAAZ'en, maar werden als nieuwe multidisciplinaire behandelvoorzieningen opgericht in ziekenhuizen die daarnaast vaak al een PAAZ hadden. In slechts één ziekenhuis was de PMU fysiek gescheiden van de PAAZ; bij de overige afdelingen bestond de PMU uit een aantal 'gelabelde bedden' op de PAAZ. Het aantal bedden van een PMU bedroeg gemiddeld 9.

Bij alle 38 ziekenhuizen met een PAAZ werden de intercollegiale consulten ten behoeve van de overige medische specialismen verricht door eigen psychiaters. Van de ziekenhuizen zonder PAAZ hadden 10 instellingen eigen psychiaters in dienst ten behoeve van klinische consulten, terwijl de overige 46 ziekenhuizen hun psychiatrische expertise van externe praktijken of ggz-instellingen inhuurden. Van de ziekenhuizen met een eigen consultatieve dienst bestond de gemiddelde bezetting uit 0,86 fulltime-equivalent (fte) psychiater en 0,97 fte psychiatrisch verpleegkundige; het aantal fte arts-assistent is onbekend. Het totaal aantal verrichte nieuwe consulten bij de respondenten bedroeg 30.219, gemiddeld 438 consulten per psychiater per jaar. De gemiddelde consultratio (aantal consulten gedeeld door het

aantal opnames in het ziekenhuis) bedroeg hiermee 2,4%.

In de enquête gaf men in 31 ziekenhuizen aan betrokken te zijn bij een opleiding psychiatrie. Bij 22 was de ziekenhuispsychiatrie een onderdeel in de basisopleiding, terwijl 13 instellingen aangaven een keuzestage ziekenhuispsychiatrie te hebben.

DISCUSSIE

De opnamecapaciteit van psychiatrische afdelingen in algemene en academische ziekenhuizen in Nederland is in de periode tussen 1998 en 2006 sterk teruggelopen door vermindering van het aantal PAAZ'en. Deze verloren capaciteit wordt niet gecompenseerd door een toename van dagbehandelingscapaciteit, die immers ook daalde, of door de oprichting van PMU's, die vooralsnog slechts een kleine totale capaciteit hebben.

Oorzaken Over de oorzaken van de afname van PAAZ'en kunnen we alleen speculeren. Enerzijds waren er door fusies tussen algemene psychiatrische ziekenhuizen (APZ'en) en regionale instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg (Riaggs) grootschalige ggz-instellingen ontstaan die meerdere PAAZ'en hebben opgekocht, waardoor de inbedding in het ziekenhuis sterk verzwakte, en PAAZ'en verdwenen uit het ziekenhuis. Anderzijds was er het streven van de overheid naar 'vermaatschappelijking' van de geestelijke gezondheidszorg, waarbij het accent lag op de ontwikkeling van kleinschalige voorzieningen. Dit waren multifunctionele eenheden (MFE), later regionale geestelijke gezondheidszorgcentra (RGC) genaamd, die meestal niet in, maar bij het ziekenhuis gebouwd werden. Bij nieuwbouw werden PAAZ'en verplicht te fuseren met deze RGC, waarmee ze hun inbedding in het ziekenhuis verloren (College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen 2000). Hoewel deze ontwikkeling in 2004 als ongewenste nevenwerking van de RGC-beleidsregel werd onderkend (Hoogervorst 2004), zijn ook na het intrekken ervan PAAZ'en gefuseerd met RGC's waarvan de bouw al gepland was.

Ten slotte heeft de ziekenhuispsychiatrie, door de verplichte aansluiting bij de DBC-GGZ-registratie, in tegenstelling tot de andere ziekenhuisspecialismen die in de DBC-Zorg registreren, opnieuw een 'status aparte' binnen het ziekenhuis gekregen. Die maakt het voor veel ziekenhuisdirecties niet aantrekkelijk om grote bedragen te investeren in een afdeling die doorgaans slechts een klein aandeel aan de ziekenhuisinkomsten levert.

Gevolgen Het gevolg van de vermindering van het aantal PAAZ'en was niet alleen dat alle voordelen van inbedding in het algemeen ziekenhuis verloren gingen, maar ook dat ze tegelijkertijd terechtkwamen in een andere, vaak niet erg medisch georiënteerde, cultuur. Bij het gevoerde beleid ging men, hoewel onder het mom van 'vermaatschappelijking', volledig voorbij aan het feit dat behandeling in een algemeen ziekenhuis maatschappelijk beter geaccepteerd wordt dan behandeling in een psychiatrisch ziekenhuis. Ook ging men voorbij aan het feit dat de PAAZ de efficiëntste behandelvoorziening was: met slechts 7% van alle psychiatrische bedden was deze in 1998 verantwoordelijk voor 33% van alle acute opnames (Jabaaij & Hutschemakers 1998). De consultratio van 2,4% van alle ziekenhuisopnames is in overeenstemming met hetgeen volgens de norm verwacht mag worden (Nederlandse Federatie voor Ziekenhuispsychiatrie 1997), en is goed te noemen in vergelijking met het Europese gemiddelde van 1,4% (Huyse e.a. 2001). Het aantal consulten per psychiater per jaar overtreft evenwel het in de Richtlijn Consultatieve Psychiatrie van de NVVP aanbevolen aantal van 340 (Werkgroep richtlijn consultatieve psychiatrie 2008).

Beperking van dit onderzoek Een belangrijke beperking van deze enquête is het feit dat de getallen mogelijk vertekend zijn door de non-respons van 14 instellingen, waarvan er overigens maar 8 een PAAZ hebben. De beschreven capaciteitsvermindering is hierdoor mogelijk overschat. Het lijkt evenwel onwaarschijnlijk dat een

capaciteitsvermindering van 40 tot 56% verklaard zou worden door een non-respons van 8 instellingen (9%).

Overigens blijkt het moeilijk om met de actuele organisatie en fusies van ziekenhuizen, waarbij soms meerdere ziekenhuizen onder één koepel vallen, aan te geven wat als 'onafhankelijke' PAAZ gezien moet worden. Dit blijkt ook uit de discrepantie tussen gegevens van verschillende instanties. Het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen (CBZ) beschrijft een afname van PAAZ'en in de periode tussen 1993 en 2004 van 71 naar 31 (56%) (College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen 2000). Hoewel wij in dit artikel dezelfde trend beschrijven, blijft onduidelijk hoe de verschillen in concrete getallen verklaard moeten worden. Wel is bekend dat in een aantal gevallen een PAAZ binnen een RGC zelfstandig bleef en is meegeteld bij de ziekenhuispsychiatrische behandelcapaciteit. Gegevens over de gemiddelde opnameduur op PAAZ'en zijn bij de huidige enquête niet meegenomen.

Verwachtingen De vergrijzing zal zorgen voor meer oudere patiënten bij wie er vaker sprake is van psychiatrische en somatische comorbiditeit, multimorbiditeit en complexe organisch-psychiatrische beelden. De verwachting is dan ook dat de behoefte aan geïntegreerde psychiatrische en somatische diagnostiek en behandelvoorzieningen zal toenemen. Deze zorg zal naar verwachting onvoldoende geboden kunnen worden binnen de setting van een APZ, waar toegang tot basale somatische zorg vaak onvoldoende gegarandeerd is (Inspectie voor de Gezondheidszorg 1999). Ook bij meer gespecialiseerde gerontopsychiatrische afdelingen zijn de diagnostische mogelijkheden en de drempelloze toegang tot alle medische specialismen, zoals die in het algemeen ziekenhuis bestaan, om praktische en financiële redenen vaak moeilijk realiseerbaar.

Afname van behandelcapaciteit betekent niet alleen minder gespecialiseerde patiëntenzorgvoorzieningen, maar ook dat steeds minder psychiaters de gelegenheid krijgen zich tijdens of na

hun opleiding in een multidisciplinair werkende ziekenhuisomgeving te scholen in dit aandachtsgebied, waardoor op termijn kennis en ervaring verloren gaan.

CONCLUSIE

In de afgelopen jaren is de ziekenhuispsychiatrische behandelcapaciteit dramatisch teruggelopen. Deze afname staat haaks op de epidemiologische ontwikkelingen en kan een bedreiging betekenen voor de behoefte aan dergelijke behandelvoorzieningen in de toekomst. Het zou daarom te verdedigen zijn dat elk algemeen of academisch ziekenhuis een PAAZ dient te hebben. In overeenstemming hiermee is bijvoorbeeld in Portugal besloten dat bij nieuwbouw elk ziekenhuis een PAAZ moet krijgen (G. Cardoso, schriftelijke mededeling, 2008). De psychiatrie en de politiek dienen zich te bezinnen op de huidige ontwikkelingen en moeten maatregelen treffen om ook in de toekomst voldoende capaciteit te behouden voor patiënten met complexe comorbiditeit op een PAAZ en/of PMU.

LITERATUUR

- Buis, W.M.L.S. (2008). Een PAAZ is zo gek nog niet. *Medisch Contact*, 63, 1319-1321.
- College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen (2000). *Evaluatie regionale GGZ-centra*. Utrecht: CBZ.
- Hoogervorst, H. (2004). *Wijziging RGC-beleid*. (Brief dd. 13 december 2004, ref.nr. VM/2529982). Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Huysse, F.J., Herzog, T., Lobo, A., e.a. (2001). Consultation-liaison service delivery: results from a European study. *General Hospital Psychiatry*, 23, 124-132.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (1999). *Somatische zorg in APZ'en*. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- Jabaaij, L., & Hutschemaekers, G. (1998). *Vraag en aanbod in de PAAZ. Een praktijkstudie vanuit het perspectief van patiënten en behandelaars op de psychiatrische afdeling van algemene ziekenhuizen*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Nederlandse Federatie voor Ziekenhuispsychiatrie (1997). *Psychiatrie in Uw ziekenhuis*. Utrecht: NFZP.

Werkgroep richtlijn consultatieve psychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2008). *Richtlijn 'consultatieve psychiatrie'*. Utrecht: De Tijdstroom.

AUTEURS

A.F.G. LEENTJENS is psychiater en voorzitter Afdeling Consultatieve en Ziekenhuispsychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) en verbonden aan de Afdeling Psychiatrie, Maastricht Universitair Medisch Centrum.

I. SONDEREN, MSc., is geestelijk gezondheidskundige en beleidsmedewerker van de NVvP.

W.M.N.J. BUIS is psychiater en voorzitter Nederlandse Federatie voor Ziekenhuispsychiatrie en is verbonden aan de Afdeling Psychiatrie, Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, Nijmegen.

Correspondentieadres: dr. A.F.G. Leentjens, Afdeling Psychiatrie, Maastricht Universitair Medisch Centrum, Postbus 5800, 6202 AZ Maastricht.

E-mail: a.leentjens@np.unimaas.nl.

Geen strijdige belangen meegegeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 14-1-2009.

SUMMARY

Alarming reduction in the psychiatric treatment capacity of general hospitals in the Netherlands between 1998 and 2006 – A.F.G. Leentjens, I. Sonderen, W.M.N.J. Buis –

BACKGROUND Psychiatric wards in both general and academic hospitals are ideally suited to provide integrated care to patients with psychiatric and somatic comorbidity.

AIM To draw up an inventory of the capacity of general hospitals in the Netherlands to treat psychiatric patients and to record changes in this capacity during the period 1998–2006.

METHOD Questionnaire.

RESULTS The number of psychiatric wards in general and academic hospitals decreased from 87 in 1998 to 38 in 2006. This decrease was not compensated by an increase in day-treatment facilities, or by the establishment of combined psychiatric-medical units.

CONCLUSION The reduction in the psychiatric treatment capacity of general hospitals is at odds with epidemiological developments and the expected imminent increase in the need for integrated diagnoses and care for patients with both psychiatric and somatic comorbidity.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 51(2009)6, 395-399]

KEY WORDS hospital psychiatry, psychiatric ward in a general hospital, psychiatric university clinic, psychiatric-medical unit