

De psychiater als somatisch arts

D. RHEBERGEN



ARTIKEL



Het feit dat mensen met een ernstige psychiatrische aandoening zo'n 20 jaar korter leven dan mensen uit de algemene bevolking, wijst onomstotelijk op een grote ongelijkheid in gezondheid en toegang tot gezondheidszorg tussen beide groepen. Zestig procent van de doodsoorzaken betreft behandelbare ziektes, zoals cardiovasculaire aandoeningen, diabetes en hypertensie (Cook 2011). Verschillende oorzaken zijn hier debet aan. Te denken valt aan een grotere prevalentie van risicofactoren zoals roken en gebrek aan lichamelijke activiteit onder mensen met een psychiatrische aandoening, iatrogene effecten van psychofarmaca – zoals het metabool syndroom – en een hogere prevalentie van suicides (Thornicroft 2011). Echter, de laatste jaren is bewezen dat mensen met een psychiatrische aandoening tevens een mindere kwaliteit van somatische zorg en slechtere toegang tot somatische zorgfaciliteiten krijgen.

Mindere kwaliteit van zorg

In de spreekkamer worden symptomen verward met psychiatrische aandoeningen en niet zelden wordt somatisch onderzoek achterwege gelaten. Dit komt pijnlijk naar voren in verschillende casussen waarbij het medisch tuchtcollege psychiaters berispt voor onvoldoende somatische zorg: neurologische uitvalsverschijnselen werden geduid als passend bij een psychiatrisch beeld (bijvoorbeeld katatonie). Hierbij had men wel een organische origine overwogen, maar geen actie ondernomen (Crul & Rijkse 2005, 2006).

Eerder toonden Sullivan e.a. (2006) aan dat mensen met een psychiatrische aandoening en diabetes die een spoedeisendehulpafdeling van een algemeen ziekenhuis bezochten, minder vaak werden opgenomen voor hun diabetische complicaties dan mensen zonder een psychiatrische diagnose.

Ten slotte toonde een recente studie onder bijna 1,8 miljoen mensen in Schotland aan dat mensen met schizofrenie of een bipolaire stoornis minder worden behandeld voor cardiovasculaire problemen (Smith e.a. 2013a,b), terwijl epidemiologisch onderzoek onomstotelijk heeft aangetoond dat de prevalentie van cardiovasculaire aandoeningen bij deze groep patiënten evident verhoogd is. Dit duidt op onderbehandeling.

Rol voor psychiater

Als hoofdbehandelaar van mensen met een psychiatrische aandoening heeft de psychiater hierin een verantwoordelijkheid. Op klinische afdelingen is een lichamelijk onderzoek binnen een week na opname verplicht. Echter, een recente publicatie in dit tijdschrift toonde aan dat bij nieuw aangemelde, ambulante psychiatrische patiënten ($n = 70$) door somatische screening middels een vragenlijst, anamnese, lichamelijk onderzoek en laboratoriumonderzoek, bij 81,4% minstens één klinisch relevante afwijking werd gevonden die aanleiding vormde voor behandeling, verder onderzoek of verwijzing naar een

specialist. Bij 45,7% van deze mensen was deze afwijking nog onbekend. Van alle nieuw ontdekte afwijkingen werd 12% uitsluitend gevonden bij lichamelijk onderzoek. De schrijvers concluderen dan ook dat somatische screening aan de voordeur van de ambulante ggz ook zinvol zou kunnen zijn (Van den Berg e.a. 2014).

Nieuwe initiatieven

De laatste jaren is het belang van goede somatische screening doorgedrongen tot de praktijk. In 2015 bracht Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) de richtlijn Somatische screening bij mensen met een ernstige psychische aandoening uit. Tevens wordt in diverse richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie lichamelijk onderzoek vereist. Diverse ggz-instellingen hanteren lithiumpoliklinieken en de zorgverzekeraars promoten somatische screening. Het ontbreekt de beroepsgroep hierbij niet aan interesse: de somatieksymposia georganiseerd door de afdelingen Ouderenpsychiatrie en Consultatieve en Ziekenhuispsychiatrie trekken veel bezoekers en de gevalsbeschrijvingen in dit tijdschrift gingen in 2014/2015 voor 71% over somatische dan wel neuropsychiatrische bevindingen.

Bevoegd of bekwaam?

Het pleidooi voor goede somatische screening moge duidelijk zijn. De vraag die volgt, is echter: 'bent u nog bekwaam in het lichamelijk onderzoek?'. In een van de genoemde tuchtzaken vond de arts zich niet bekwaam om een goed neurologisch onderzoek te doen. Hierop vroegen Crul en Rijksen (2005) zich af of je van een psychiater niet mag verwachten dat die een kort, oriënterend neurologisch onderzoek kan uitvoeren. Het antwoord hierop is volgens mij: 'Ja, dat mag je verwachten'. Zowel ambulant als klinisch werkende collegae dienen in staat geacht te worden om op basisartsniveau iemand somatisch te onderzoeken. In de Herziening Opleiding en Onderwijs Psychiatrie (HOOP 2009) staan somatische competenties van de psychiater beschreven. Tevens bevat dit document de richtlijn dat er minimaal één uur per twee weken onderwijs gegeven wordt over een somatisch onderwerp. In de opleidingseisen voor de ouderenpsychiatrie, vastgesteld door het Centraal College Medisch Specialisten (CCMS 2009), wordt ten minste zes maanden somatische gezondheidszorg beschreven. Echter, voor de volwassenen- of kinder- en jeugdpsychiatrie geldt dit niet.

Naar aanleiding van het overlijden van een psychiatrische patiënt, bij wie de somatische zorg onvoldoende was gebleken, heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg in 2012 tot begin 2013 een thematoezicht uitgevoerd naar de kwaliteit van de ketenzorg voor psychiatrische patiënten met ernstige somatische comorbiditeit bij alle ziekenhuizen en alle geïntegreerde ggz-instellingen en regionale centra voor geestelijke gezondheidszorg. Betere ketenzorg was een van de aanbevelingen.

In het huidige landschap van bezuinigingen geldt alertheid hierop des te meer. Ondanks moeizame zorgcontracten zijn psychiatrische instellingen verplicht goede samenwerkingsverbanden met somatische zorg te bewerkstelligen. Echter, te allen tijde dient de psychiater zelf ook somatische zorg te verlenen, dan wel in gang te zetten. Immers, hij of zij is de hoofdbehandelaar. Somatische expertise is derhalve noodzakelijk voor adequate zorgverlening aan mensen met een psychiatrische aandoening.

AUTEUR

DIDI RHEBERGEN, ouderenpsychiater en onderzoeker, afd. Psychiatrie en EMGO+ Institute for Health and Care Research, VUmc en GGZ inGeest, Amsterdam.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. D. Rhebergen, GGZ inGeest, locatie De Nieuwe Valerius, Amstelveenseweg 589, 1081 JC Amsterdam.
E-mail: d.rhebergen@ggzingeest.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

TITLE IN ENGLISH

The psychiatrist as somatic physician

Optimale zorg

Maar: hoe blijf je bekwaam in somatische zorgverlening? Als de opleiding tot psychiater verkort zou worden tot vier jaar, blijft er dan voldoende tijd beschikbaar voor somatische gezondheidszorg, zodat we een parese niet zullen duiden als katatonie? Zouden we niet strenger moeten zijn, en ten minste 10% van de accreditatie moeten besteden aan onderhoud van onze somatische expertise? Laat somatische expertise en adequate ketenzorg de komende jaren speerpunt zijn in beleid en praktijk, zodat we optimale kwaliteit en toegankelijkheid van somatische zorg bewerkstelligen, ook voor de psychiatrische patiënt.

LITERATUUR

- Berg KEM van de, Rijnders CATH, van Dam A, van de Ven ALM, van der Feltz-Cornelis CM, Graafsma SJ. Somatiek in de ambulante psychiatrie: de toegevoegde waarde van een standaard lichamelijk onderzoek tijdens de ambulante intake. *Tijdschr Psychiatr* 2014; 56: 299-306.
- Cook J. Physical wellness: an integral feature of recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2011; 34: 271-2.
- Crul BVM, Rijksen WP. Psychisch blijkt toch somatisch. *Medisch Contact* 2005; 48: 1940-2.
- Crul BVM, Rijksen WP. Psychiater gaat óók over de somatiek. *Medisch Contact* 2006; 37: 1458-61.
- Smith DJ, Langan J, McLean G, Guthrie B, Mercer SW. Schizophrenia is associated with excess multiple physical-health comorbidities but low levels of recorded cardiovascular disease in primary care: cross-sectional study. *BMJ Open* 2013a; 3: e002808.
- Smith DJ, Martin D, McLean G, Langan J, Guthrie B, Mercer SW. Multimorbidity in bipolar disorder and undertreatment of cardiovascular disease: a cross-sectional study. *BMJ Open* 2013b; 3: e002808.
- Sullivan G, Han X, Moore S, Kotrla K. Disparities in hospitalization for diabetes among persons with and without co-occurring mental disorders. *Psychiatr Serv* 2006; 57: 1126-31.
- Thornicroft G. Physical health disparities and mental illness: the scandal of premature mortality. *Br J Psychiatry* 2011; 199: 441-2.