

Hersenletsel; het vergeten kind van de psychiatrie?

B. BUS



Ik leg net de telefoon neer als ik begin dit redactioneel te schrijven. Aan de lijn een revalidatiearts. We overleggen over de overname van een jongeman die met ernstig hersenletsel is opgenomen in een revalidatiecentrum. Vanwege ernstige gedragsproblemen is de situatie niet langer meer houdbaar in de huidige setting. Binnenkort wordt hij overgeplaatst naar onze revalidatieafdeling voor patiënten met hersenletsel en gedragsproblemen binnen de ggz. Dat is ruim 140 kilometer verderop. De voor hem noodzakelijke zorg is helaas alleen ver van huis beschikbaar.

In 2013 verscheen in dit tijdschrift een artikel waarin de ontvangen zorg en zorgbehoeftes voor klinische patiënten met hersenletsel binnen de ggz werden beschreven. Nederland telt op dat moment zes psychiatrische opnameafdelingen voor patiënten met hersenletsel. In het onderzoek wordt op al die afdelingen een zorgmonitor afgenomen. De conclusie luidt dat de patiënt met hersenletsel in de ggz specifieke zorg behoeft waarvoor in andere sectoren geen mogelijkheden zijn (van Heugten e.a. 2013).

Nu, vijf jaar later, zijn er reeds twee van de afdelingen uit het onderzoek gesloten. Bij nog een afdeling is het aantal bedden gereduceerd. In plaats van de nodige uitbreiding van de zorgmogelijkheden is er juist krimp. De gevolgen zijn langere wachtlijsten, opnames ver buiten de eigen regio en een afname van specifieke expertise met de doelgroep.

Waar is de psychiater?

Hersenletsel is een beschadiging van de hersenen die in de loop van het leven ontstaat als gevolg van ziekte of een ongeval. Kenmerkend is dat hersenletsel een breuk in de levenslijn veroorzaakt.

Uit een recent onderzoek van het RIVM blijkt dat in Nederland ruim 640.000 patiënten leven met blijvende gevolgen van hersenletsel. Het aantal door hersenletsel verloren levensjaren (DALY's) is ruim 250.000 per jaar. Ook waren er in 2015 meer dan 160.000 lopende zorgtrajecten in Nederland voor patiënten met hersenletsel (RIVM 2017). De genoemde zorgtrajecten vinden in de regel plaats in de spreekkamer van de revalidatiearts, specialist ouderengeneeskunde of neuroloog. Op (inter)nationale congressen en symposia over hersenletsel wordt over het algemeen slechts een kleine delegatie uit de psychiatrie gezien en ook de internationale wetenschappelijke bijdrage op dit terrein wordt, zeker vanuit Nederland, gedomineerd door psychologen, neurologen en revalidatieartsen. In de belangrijkste psychiatrische leerboeken heb ik geen of slechts een summiere beschrijving van de gevolgen van hersenletsel kunnen terugvinden. De relatieve absentie van de psychiater in dit werkveld vind ik verwonderlijk gezien de vele neuropsychiatrische gevolgen die het hersenletsel kan hebben.

Waarom psychiatrie belangrijk is

Psychiatrische problematiek komt veel voor bij patiënten met hersenletsel. Uit

een grote longitudinale populatiestudie uit Denemarken blijkt dat patiënten die de spoedeisende hulp bezoeken vanwege een neurotrauma in vergelijking met controlepatiënten meer dan anderhalf keer zo veel kans hebben om later schizofrenie of een depressie te krijgen. De kans op organische psychosyndromen was zelfs ruim vier keer verhoogd. Dit effect werd niet gezien voor patiënten die zich met fracturen meldden, hetgeen suggereert dat het effect niet wordt veroorzaakt door een verhoogde kans op ongevallen bij psychiatrische patiënten (Orlovska e.a. 2014).

De psychiater zou niet enkel betrokken hoeven zijn bij psychiatrische syndromen die ontstaan na hersenletsel. Ik kan beargumenteren dat ook de integrale zorg voor patiënten met hersenletsel, met uitzondering van de initiële opvang en de somatische sequelae van het letsel, tot het primaire werkveld van de psychiater zou moeten behoren.

Al vroeg wordt in de medische literatuur erkend dat bij hersenletsel niet enkel de neuropathologische aspecten van het letsel belangrijk zijn. In één van zijn artikelen schrijft neuroloog Symonds (1937; vrij vertaald): 'Om hersenletsel te kunnen begrijpen moeten we de hele constitutie van de persoon bestuderen. Met andere woorden: het is niet het letsel dat bepalend is, maar het hoofd dat het letsel ondergaat.'

Bij patiënten met hersenletsel zijn de hersenfuncties op een zeer fundamenteel niveau gestoord. Dit heeft naast gevolgen voor het somatisch functioneren, ook consequenties voor de intra- en interpsychische processen en voor de wisselwerking met de omgeving. Hierdoor kan het functioneren van de patiënt op elk niveau gestoord zijn. Een neuroloog heeft veel kennis over de gevolgen van letsel voor de motorische en cognitieve functies. De expertise van de revalidatiearts voorziet in het vaststellen en verbeteren van de gevolgen van letsel voor het functioneren. De psychiater is echter juist de intermediair tussen beiden en kan afwijkend gedrag goed beoordelen en in de sociale context van de patiënt plaatsen. Ook leiden de toegenomen impulsiviteit, communicatieproblemen en de cognitieve stoornissen tot problemen binnen de hantering van de arts-patiëntrelatie, hetgeen ook een fundamentele competentie is van de psychiater. Ik acht het daarom zorgelijk dat kennis en expertise op het gebied van hersenletsel binnen de psychiatrie achterblijven.

Psychiater onontbeerlijk

Een mogelijke verklaring voor de krimp van het zorgaanbod binnen de ggz is dat de zorg voor patiënten met hersenletsel moeilijk is te financieren binnen de huidige dbc-structuur. Een eventuele primaire psychiatrische diagnose bij de patiënt met hersenletsel geeft weliswaar aanleiding tot het openen van een psychiatrische dbc, maar daarmee is de integrale zorg, met somatische aspecten en de forsere inzet van paramedici, nog onvoldoende geborgd.

Er gloort gelukkig wel licht aan de horizon, want met de komst van de classificatie 'uitgebreide/beperkte neurocognitieve stoornis door....' in de DSM-5 is er iets meer ruimte gekomen om de neurocognitieve gevolgen van hersenletsel te classificeren en daarmee ook een meer passende dbc te openen dan de voorheen veelal gebruikte classificatie 'cognitieve stoornis NAO'.

Dat alleen zal echter vermoedelijk niet voldoende zijn om het tij te keren. De psychiatrie zal zich actief moeten positioneren in de (keten)zorg voor patiënten met hersenletsel. Ook een adequate financieringsstructuur, zoals het kunnen openen van een revalidatie-dbc, zou kunnen bijdragen. In de eerste plaats dient daartoe het besef te bestaan dat de kennis en expertise van de psychiater onontbeerlijk zijn in het bieden van adequate zorg voor de patiënt met hersenletsel.

LITERATUUR

- Heugten CM van, Janssen EPJ, Visscher AJM, Wolters Gregório G, Smeets S, Berkers RMWJ, e.a. Klinische patiënten met niet-aangeboren hersenletsel in de ggz; inventarisatie van zorgbehoeftes en ontvangen zorg. Tijdschr Psychiatr 2013; 55: 665-75.
- Orlovska S, Pedersen MS, Benros ME, Mortensen PB, Agerbo E, Nordentoft M. Head injury as risk factor for psychiatric disorders: a nationwide register-based follow-up study of 113,906 persons with head injury. Am J Psychiatry 2014; 171: 463-9.
- RIVM. Overzicht hersenaandoeningen, Bilthoven: RIVM; 2017. https://www.volksgezondheidenzorg.info/bestanden/documenten/overzichthersenaandoeningen_definitiefxlsx
- Symonds CP. Mental disorders following head injury. Proc R Soc Med 1937; 3: 1081-92.

AUTEUR

BOUDEWIJN BUS, psychiater, NAH Huize Padua, GGZ Oost-Brabant.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Boudewijn Bus, Kluisstraat 2, 5427 EM Boekel.
E-mail: BAA.Bus@ggzooostbrabant.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

TITLE IN ENGLISH

Head injury; the forgotten child of the psychiatry?