

De wedergeboorte van de ziekenhuispsychiatrie

A. F. G. LEENTJENS

De ziekenhuispsychiatrie was in Nederland lange tijd een ondergeschoven kindje. Sinds het verschijnen van de *Nieuwe nota geestelijke volksgezondheid*, in 1984, was het beleid van de overheid vooral gericht op vermaatschappelijking van de ggz, waarbij gestreefd werd naar een integraal systeem van ggz-voorzieningen, vormgegeven in zogenaamde multifunctionele eenheden (MFE's) (Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur 1984). Aanvankelijk werd de ziekenhuispsychiatrie niet actief bij deze ontwikkelingen betrokken. Echter, in 1993 werd het ingezette beleid in de *Nota Onder Anderen* geëvalueerd en geïntensiveerd. Het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen (CBZ) nam op basis van deze nota het standpunt in dat in het geval van nieuwbouw van psychiatrische instellingen, PAAZ'en verplicht met andere ggz-instellingen moesten fuseren tot MFE's (Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur 1993). Deze interpretatie van de Nota werd de ziekenhuispsychiatrie bijna fataal. Tussen 1993 en 2004 daalde het aantal onafhankelijke PAAZ'en met meer dan 50%, van 71 tot 31 (College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen 2000). Veel PAAZ'en werden ontmanteld of verplaatst naar nieuwbouw op het terrein van het psychiatrisch ziekenhuis, met als gevolg dat alle voordelen van hun inbedding in het algemeen ziekenhuis verloren gingen en zij bovendien in een andere, vaak niet erg medisch georiënteerde, cultuur terechtkwamen (Robben & Tietema 2005).

Hoe dit beleid met de doelstelling van 'vermaatschappelijking' gerijmd kon worden, blijft nog steeds een vraag. Immers, opname in een algemeen ziekenhuis lijkt voor de meeste mensen met psychiatrische en somatische comorbiditeit minder stigmatiserend, en maatschappelijk meer acceptabel, dan opname in een APZ. Bovendien werd door dit beleid de meest efficiënte psychiatrische voorziening ingeleverd voor het bureaucratische idee-fixe van integratie. De PAAZ neemt namelijk met slechts 7% van de psychiatrische bedden 33% van alle acute opnamen voor zijn rekening (Jabaaij & Hutschemaekers 1998). Consultatieve diensten werden in veel gevallen eveneens ondergebracht bij grote ggz-instellingen, van waaruit algemene ziekenhuizen hun psychiatrische expertise konden 'inkopen'. Gevolg hiervan was dat consulten vaak transmuraal verricht moesten worden door collega's die geen deel uitmaakten van de medische staf en niet beschikten over PAAZ-bedden. Gebrek aan een dergelijke inbedding in het ziekenhuis heeft niet alleen consequenties voor de patiëntenzorg, maar ook voor de positie van de psychiater in dat ziekenhuis. Daarbij komt verder nog dat het in de ggz niet ongebruikelijk is 'intercollegiale' consulten psychiatrie door verpleegkundigen of andere disciplines te laten verrichten, in plaats van door de psychiater zelf.

Een tweede beperkende factor voor de ziekenhuispsychiatrie was dat

er geen passende financiering was voor bepaalde kernactiviteiten, zoals de consultatieve functie. Terwijl ggz-instellingen hun consultatieve psychiatrie in rekening konden brengen, moest deze door PAAZ'en veelal betaald worden uit het budget dat gebaseerd is op aantallen psychiatrische opnames en poliklinische verwijzingen. Op die manier werd het doen van consulten een budgetverslindende activiteit. Immers, alle tijd besteed aan consulten ging ten koste van productie die wél geld opbracht, zoals opnames en polikliniekbezoeken.

Gelukkig dient zich een oplossing aan voor beide genoemde problemen. Door succesvol lobbywerk, met name door de Nederlandse Federatie voor Ziekenhuispsychiatrie, is het beleid van verplichte fusie tussen PAAZ'en en ggz-instellingen in november 2004 door minister Hoogervorst teruggedraaid en hoeven de resterende PAAZ'en niet meer voor hun voortbestaan te vrezen (Hoogervorst 2004). Verder werden DBC's (diagnosebehandelingcombinaties) voor de consultatieve psychiatrie opgenomen in de DBC-zorg, een proces waaraan de Sectie Consultatieve- en Ziekenhuispsychiatrie (SCZP) van de NVVP een bijdrage heeft geleverd. Dientengevolge kan de consultatieve psychiatrie budgetgenererend gaan werken, in plaats van budgetspenderend. Door deze beleidswijzigingen lijken de acute bedreigingen voor de ziekenhuispsychiatrie verleden tijd.

Nu deze dreigende teloorgang afgewend lijkt, kan men terugkijkende de balans opmaken. Hebben de magere jaren uiteindelijk ook iets opgeleverd voor de ziekenhuispsychiatrie? In elk geval heeft de tegenspoed geleid tot een betere organisatiegraad binnen het veld. Toen het PAAZ-platform van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) in 1993 werd opgeheven, werd één jaar later de Nederlandse Federatie voor Ziekenhuispsychiatrie (NFZP) opgericht, waarin de Sectie Consultatieve- en Ziekenhuispsychiatrie, het Nederlands Consortium voor Consultatieve Psychiatrie (NCCP, dat later fuseerde met de Sectie), de Vereniging van PAAZ-managers (VPM) en de Vereniging van Consultatief Psychiatrisch Verpleegkundigen (VCPV) participeerden. Deze federatie kan terugvallen op een groot draagvlak en heeft tweemaal per jaar regulier overleg met het ministerie van vws. De Sectie en NFZP zijn zich wat betreft de behartiging van hun belangen assertiever en pro-actiever gaan opstellen, wat niet zonder resultaat gebleven is. De Sectie en NFZP kunnen weer een actieve en positieve bijdrage leveren aan de ontwikkeling van beleid.

Een tweede gevolg van de bedreigingen is dat ziekenhuispsychiaters hun *core business* opnieuw zijn gaan overdenken en definiëren, en deze gevonden hebben in de behandeling van patiënten met psychiatrische en somatische comorbiditeit. Voor deze patiënten zijn er interessante nieuwe ontwikkelingen gekomen, zoals de vor-

ming van multidisciplinaire Psych-Med Units (PMU's), de ontwikkeling van modellen voor integrale zorg, transmurale consultatieprojecten aan huisartsen en multidisciplinaire poliklinieken. Het is duidelijk dat er weer meer ruimte is gekomen om het vakgebied inhoudelijk te ontwikkelen. Er zijn de afgelopen jaren succesvolle symposia georganiseerd en werkgroepen opgericht, zoals de vorig jaar opgerichte Werkgroep PMU. Recentelijk verscheen ook het eerste boek over consultatieve psychiatrie in twintig jaar (Leentjens e.a. 2004). Door al deze ontwikkelingen komt er tevens weer oog voor het belang van de ziekenhuispsychiatrie voor de patiëntenzorg, maar ook voor wat de ziekenhuispsychiatrie de opleiding tot psychiater te bieden heeft. De medische identiteit van de psychiater wordt het meest duidelijk geleerd in de ziekenhuispsychiatrie. De aard van de (co)morbiditeit dwingt tot nadenken over conceptuele aspecten van de relatie tussen lichaam en geest. Bovendien is het behandelen van patiënten met psychiatrische en somatische comorbiditeit voor veel aios-en nog vaak de enige gelegenheid om ook ervaring in de somatische geneeskunde op te doen. Om deze redenen zou een stage ziekenhuispsychiatrie een verplicht onderdeel van de opleiding psychiatrie moeten zijn, zoals in veel landen overigens al het geval is.

Wil dit alles zeggen dat de ziekenhuispsychiatrie weer op zijn lauweren kan rusten? Nee. De gevolgen van de reorganisatie van de ggz hebben voor de ziekenhuispsychiatrie geleid tot een grote organisatorische diversiteit, die ook weerspiegeld wordt in verschillen in kwaliteit van zorg. In het recentelijk afgesloten onderzoek van de Inspectie naar de functie 'ziekenhuispsychiatrie' werd geoordeeld dat deze diversiteit zodanig was, dat geen geaggregeerde rapportage over kwaliteit van zorg kon plaatsvinden, maar dat een vervolgonderzoek naar de functie 'consultatieve psychiatrie' nodig was (Robben & Tietema 2005). Vanuit de ziekenhuispsychiatrie moet men zich beraden over hoe met deze verschillen in organisatie en praktijk om te gaan. In dit opzicht is het toe te juichen dat het bestuur van de NVvP het voornemen tot een richtlijn consultatieve psychiatrie genomen heeft, die een kwaliteitsstandaard voor het verrichten van psychiatrische consultatie kan stellen. Dit zal leiden tot meer uniformiteit en toetsbaarheid van de geleverde zorg.

Een tweede punt is dat de capaciteitvermindering die het gevolg is van het jarenlang gevoerde beleid, momenteel een belemmering vormt voor de verdere ontwikkeling. Wanneer een stage ziekenhuispsychiatrie inderdaad een verplicht onderdeel van de opleiding zou worden, is het maar de vraag of de huidige capaciteit van ziekenhuispsychiatrische voorzieningen in voldoende stageplaatsen kan voorzien. Herstel van ziekenhuispsychiatrische capaciteit is dus ook een vereiste.

Ten slotte moet de achterstand in ontwikkeling op het buitenland nog worden ingelopen. In het buitenland erkennen steeds meer landen het belang van de ziekenhuispsychiatrie, met name voor de complexe

groep van patiënten met somatische en psychiatrische comorbiditeit. In steeds meer landen kreeg de ziekenhuispsychiatrie dan ook de status van subspecialisatie, wat de verdere inhoudelijke ontwikkeling van het vakgebied heel duidelijk gestimuleerd heeft. In 2001 werd in Japan de ziekenhuispsychiatrie als subspecialisatie erkend, terwijl dit in de VS in 2003 gebeurde onder de naam 'psychosomatic medicine'. Ook in Canada is de wens uitgesproken om tot een dergelijke subspecialisatie te komen, terwijl in Turkije het aanvraagtraject loopt (Gitlin e.a. 2004; Horikawa e.a. 2003; Ozkan in druk; Swenson e.a. 1993). In Nederland zal een dergelijk verzoek, hoewel op inhoudelijke gronden goed te onderbouwen, op praktische bezwaren stuiten: ons land is gewoon te klein om in een reeks van subspecialisaties te voorzien, maar een 'aantekening' ziekenhuispsychiatrie behoort wel tot de mogelijkheden. Actieve participatie binnen supranationale, met name Europese, organisaties, zoals de European Association of Consultation Liaison Psychiatry and Psychosomatics (EACLPP, www.eaclpp.org), is derhalve noodzakelijk om op termijn initiatieven te kunnen realiseren die in Nederland alléén niet mogelijk zijn.

De ziekenhuispsychiatrie is wedergeboren, maar zal opnieuw haar identiteit moeten vinden. Ontwikkelingen in zowel binnen- als buitenland wijzen op een veelbelovende toekomst.

LITERATUUR

- College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen. (2000). *Evaluatie regionale GGZ-centra*. Utrecht: CBZ.
- Gitlin, D.F., Levenson, J.L., & Lyketsos, C.G. (2004). Psychosomatic medicine: a new subspecialty. *Academic Psychiatry*, 28, 4-11.
- Hoogervorst, H. (2004). *Wijziging RGC-beleid*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Horikawa, N., Kuroki, N., Hosaka, T., e.a. (2003). Introduction of a board certification system for the Japanese Society of General Hospital Psychiatry. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*, 105, 320-323.
- 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: Trimbo-instituut.
- Leentjens, A.F.G., Bannink, M., Boenink, A.D., e.a. (Red.). (2004). *Consultatieve psychiatrie in de praktijk*. Assen: Van Gorcum.
- Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. (1984). *Nieuwe nota geestelijke volksgezondheid*. Den Haag: Staatsuitgeverij.
- Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. (1993). *Onder Anderen. Geestelijke gezondheid en geestelijke gezondheidszorg in maatschappelijk perspectief*. 's-Gravenhage: Sdu Uitgeverij.
- Ozkan, M. (in druk). Consultation liaison psychiatry in Turkey. *Journal of Psychosomatic Research*.
- Robben, P.B.M., & Tietema, W. (2005). Ziekenhuispsychiatrie niet transparant. *Medisch Contact*, 60, 1071-1074.
- Swenson, J.R., Abbey, S., & Stewart, D.E. (1993). Consultation-liaison psychiatry as a subspecialty. A Canadian survey. *General Hospital Psychiatry*, 15, 386-391.