

Consultatieve en ziekenhuispsychiatrie in Nederland: op weg naar psychosomatische geneeskunde

B. VERWEY, J.A. VAN WAARDE, F.J. HUYSE, A.F.G. LEENTJENS

SAMENVATTING In de afgelopen 25 jaar hebben de consultatieve en de ziekenhuispsychiatrie een belangrijke rol gespeeld bij het bevorderen van de integrale geneeskunde. Nieuwe zorgmodellen werden ontwikkeld en kwaliteitsbeleid kwam tot uiting in richtlijnen, proces- en prestatie-indicatoren. In de opleiding tot psychiater krijgt de ziekenhuispsychiatrie een steeds prominenter plaats. De vergrijzing zorgt voor toegenomen aandacht voor comorbiditeit en een groter besef van de voordelen van integrale geneeskunde. Deze veranderingen zullen de verdere ontwikkeling van de ziekenhuispsychiatrie bevorderen.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)JUBILEUMNUMMER 1959-2008, 139-143]

TREFWOORDEN consultatieve en liaisonpsychiatrie, integrale zorg, psychiatrisch-medische unit, psychosomatische geneeskunde, ziekenhuispsychiatrie

In 1974 scheidden de wegen van de neurologie en de psychiatrie zich in Nederland en leek de psychiatrie zich te verwijderen van de somatische geneeskunde. Inmiddels is het tij gekeerd en profileert de psychiater zich weer nadrukkelijk als medisch specialist (Commissie Herziening Profielschets Psychiater 2005). Wetenschappelijke inzichten vanuit de neurowetenschappen, waaronder de psychofarmacologie en neuro-imaging, hebben daartoe bijgedragen. De ontwikkeling van de consultatieve psychiatrie en de ziekenhuispsychiatrie, beide immers met hun werkveld in de somatische geneeskunde, heeft hierbij eveneens een rol gespeeld.

In de jaren zeventig van de vorige eeuw zochten men nog naar de beste vormgeving van de consultatieve psychiatrie en de ziekenhuispsychiatrie als zelfstandige behandelsetting binnen het algemeen ziekenhuis (Groenewold 1975; Lanssen 1997), terwijl men de laatste 15 jaar vooral streeft naar

verdere integratie van de ziekenhuispsychiatrie in het somatische behandelaanbod, en naar de ontwikkeling van 'integrale' psychosomatische zorg (Huyse e.a. 1993).

In deze bijdrage plaatsen wij de ontwikkelingen van de afgelopen decennia in perspectief.

ONTWIKKELING IN VISIE OP INTEGRALE ZORG

Sinds het verschijnen van de 'Nieuwe nota geestelijke volksgezondheid' (Ministerie van WVC 1984), en in sterkere mate na het verschijnen van de nota 'Onder anderen' (Ministerie van WVC 1993), was het beleid van de overheid vooral gericht op vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Hierbij streefde men naar een integraal systeem van ggz-voorzieningen, dat weinig binding had met de somatische gezondheidszorg. Deze zorgvisie leidde tot de oprichting

van zogenaamde multifunctionele eenheden (MFE's).

De visie van de ziekenhuispsychiaters veranderde in die periode niet. Zij bleven streven naar volwaardige psychiatrische zorgverlening in het algemeen ziekenhuis, gericht op integrale diagnostiek en behandeling van zowel de somatische als de psychiatrische stoornis(sen) in nauwe samenwerking met en met korte communicatielijnen tussen de betrokken medische specialisten.

Het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen nam echter op basis van de genoemde nota het standpunt in dat, in het geval van nieuwbouw van psychiatrische instellingen, psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen (PAAZ'en) verplicht met andere ggz-instellingen moesten fuseren tot MFE's. Door dit beleid daalde tussen 1993 en 2004 het aantal onafhankelijke PAAZ'en met meer dan 50%, van 71 tot 31 (College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen 2000). PAAZ'en werden ontmanteld of geplaatst buiten het ziekenhuis, met als gevolg dat de voordelen van inbedding in het algemeen ziekenhuis, waaronder korte communicatielijnen en integrale behandelmogelijkheden, vaak verloren gingen. Ook kwamen ziekenhuispsychiaters in een andere, niet erg medisch georiënteerde, cultuur terecht (Robben & Tietema 2005).

Na 10 jaar protest en lobbywerk van de beroepsverenigingen erkende de minister deze 'ongewenste nevenwerking' van het fusiebeleid en werd dit beleid van verplichte fusie teruggedraaid (Hoogervorst 2004). Helaas heeft dit niet altijd zijn weerslag op beleid gehad, want ondanks het intrekken van de verplichting, zijn er sindsdien met dezelfde argumentatie nog meerdere PAAZ'en opgeheven.

Om aan het opheffingsgevaar te ontsnappen zijn sommige PAAZ'en hun 'core-business' opnieuw gaan overdenken en creëerden een 'medisch-psychiatrische' of 'psychiatrisch-medische unit' (MPU, respectievelijk PMU) (Van Waarde e.a. 2004). Zo werden in de jaren negentig in het Ziekenhuis Rijnstate in Arnhem op de oudste PAAZ van Nederland en het Sint Lucas ziekenhuis in Amster-

dam PMU's geopend. Niet lang daarna volgde het Academisch Ziekenhuis Maastricht met een MPU (Honig 1999). In 2004 werd de Nederlandse Werkgroep ter bevordering van PMU's (NW-PMU) opgericht, ressorterend onder de afdeling Consultatieve en Ziekenhuispsychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Anno 2007 zijn er meer dan tien dergelijke initiatieven (waaronder Leiden, Rotterdam, Lelystad, Meppel, Amsterdam, Leeuwarden, Woerden, Assen, Amersfoort, Sittard en Eindhoven), die moeten leiden tot afdelingen voor integrale zorg.

ONTWIKKELING VAN NIEUWE ZORGMODELLEN

Door de behoefte aan integrale zorg zijn vele vormen van multidisciplinaire initiatieven ontstaan, die gemeengoed zijn geworden: geheugenpoliklinieken, pijnpoliklinieken, bekkenbodencentra, multidisciplinaire poliklinieken voor bewegingsstoornissen en poliklinieken voor zwangere psychiatrische patiënten. Klinisch zijn er de reeds genoemde MPU en PMU. Transmurale projecten zijn er in de vorm van psychiatrische consultatie in de eerste lijn en ketenzorgprojecten waarbij verschillende instellingen samenwerken rond bepaalde patiënten of stoornissen (Buis 1996; Van der Feltz-Cornelis 2006).

Naarmate de consultatieve psychiatrie zich verder ontwikkelde, zocht men ook naar manieren om de ad-hocconsultatie te verbeteren, bijvoorbeeld door systematische screening van risicopatiënten op psychiatrische stoornissen of door screening op complexiteit van zorg (Huyse 1997). Patiënten met lichamelijk onverklaarde klachten bleken te kunnen verbeteren door behandeling met cognitieve gedragstherapie (Speckens e.a. 1995). Ook bleken verschillende aspecten van de opvang van suïcidepogers in ziekenhuizen voor verbetering vatbaar (Verwey 2006).

Systematische screening op zorgcomplexiteit met daaraan verbonden geïntegreerde interventies is een relatief nieuw concept. Het bouwt voort op het biopsychosociale model en is bijvoorbeeld

geoperationaliseerd in de INTERMED-methode (Stiefel e.a. 2006). Het primaire doel van INTERMED is de communicatie te verbeteren tussen hulpverleners die betrokken zijn bij patiënten die geïntegreerde zorg nodig hebben. De zorgrisico's en -behoeften van patiënten inventariseert men in een interview en men brengt ze onder in een biopsychosociaal schema, hetgeen duidelijk maakt op welke gebieden zorg moet worden georganiseerd.

Hoewel deze methode niet-settingspecifiek is, heeft men de meeste ervaring ermee opgedaan in ziekenhuizen. Momenteel worden in diverse ziekenhuizen in Nederland met behulp van INTERMED zorgverbeteringsprojecten opgezet, poliklinisch, klinisch, in de eerste lijn en ten behoeve van een geriatriesch regionaal project. In de Verenigde Staten traint de Case Management Society of America haar leden in het gebruik van de methode waarvoor specifieke aanpassingen zijn gemaakt. Tevens wordt een vragenlijst ontwikkeld, waarmee de patiënt zelf de mate van complexiteit in kaart kan brengen ter ondersteuning van de arts.

KWALITEITSVERBETERING

Verbetering van de kwaliteit van zorg is al jaren een speerpunt van de ziekenhuispsychiatrie. In 1999, lang voordat er in de zorg gesproken werd over prestatie-indicatoren, werd in Arnhem een project afgerond waarbij de PAAZ'en beschikking kregen over een methode die nuttig is bij het opstellen van interne en afdelingsspecifieke kwaliteitsindicatoren voor de klinische behandeling van patiënten met somatische en psychiatrische comorbiditeit (Verwey e.a. 2001).

Meer recent, in 2004, rapporteerde de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) kritisch over de kwaliteit van de ziekenhuispsychiatrie in Nederland (Robben & Tietema 2005). Er werden grote organisatorische en kwalitatieve verschillen geconstateerd tussen de verschillende ziekenhuizen betreffende hun aanbod aan ziekenhuispsychiatrie. Naar aanleiding hiervan heeft de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie een richtlijn

Consultatieve Psychiatrie laten ontwikkelen, die een standaard voor het verrichten van intercollegiale psychiatrische consulten moet stellen (Leentjens e.a. 2008). Verder bleek uit een vervolgonderzoek van de IGZ dat de diagnostiek en de behandeling van het delier bij oudere opgenomen patiënten in ziekenhuizen tekortschoten, ondanks de bekende negatieve prognostische implicaties van het delier (Van Blanken & Tietema 2005). De IGZ heeft vervolgens een werkgroep ingesteld die een toekomstige prestatie-indicator 'delier' moet formuleren (Leentjens 2007). Verder besloot men onder andere een richtlijn op te stellen voor de beoordeling en de behandeling van patiënten met suïcidaal gedrag, voerden verschillende ziekenhuizen medicatiebewakingssystemen in en werd aanbevolen om in psychiatrische richtlijnen aanwijzingen te geven voor het perioperatieve beleid inzake psychofarmaca (Huyse e.a. 2007).

OPLEIDING

In de praktijk blijkt er bij artsen in opleiding tot specialist veel belangstelling voor een stage in de ziekenhuispsychiatrie, hoewel hiervoor in de gehele opleiding doorgaans een bescheiden plaats is ingeruimd. Wanneer de basisopleiding niet in een ziekenhuispsychiatrische stage voorziet, zoals in de meeste opleidingen, bestaat alleen de mogelijkheid tot lopen van een keuzestage. Om ervaring en affiniteit met ziekenhuispsychiatrie beter zichtbaar te maken is voorgesteld een interne aantekening tot ziekenhuispsychiater te creëren. De noodzakelijke competenties zijn reeds geformuleerd en gepubliceerd, terwijl eindtermen in voorbereiding zijn (Tuijl e.a. 2005). Inmiddels wordt periodiek een *advanced training course* in de consultatieve en ziekenhuispsychiatrie verzorgd (Tuijl e.a. 2007) en verscheen een leerboek consultatieve psychiatrie (Leentjens e.a. 2004).

BESLUIT

De laatste jaren is er hernieuwde belangstelling voor de ziekenhuispsychiatrie. Hiervoor is een

aantal factoren aan te wijzen, zoals de toenemende vergrijzing die gepaard gaat met een toename van complexe patiënten, en het feit dat de prognostische implicaties van psychiatrische en somatische comorbiditeit steeds duidelijker worden. Geïntegreerde zorg voor omschreven patiëntengroepen is dan ook steeds noodzakelijker. De nieuwe opleidingseisen geven meer mogelijkheden voor een stage ziekenhuispsychiatrie in de basisopleiding en de psychiater wordt als volwaardig medisch specialist gepositioneerd. Hoe de nieuwe financieringssysteem de ziekenhuispsychiatrische zorg in Nederland middels de 'diagnose-behandelcombinatie in de ggz' (DBC-GGZ) zal beïnvloeden, blijft voornamelijk onduidelijk, maar er lijken hierbij behalve gevaren ook kansen aanwezig te zijn (Leentjens 2005).

De ziekenhuispsychiatrie is sterk in beweging met ontwikkeling van nieuwe zorgmodellen, meer aandacht voor preventie, een beter kwaliteitsbeleid en meer aandacht ervoor in de basisopleiding tot psychiater. De hernieuwde belangstelling voor dit aandachtsgebied is dus alleszins gerechtvaardigd.

LITERATUUR

- Blanken, G. van, & Tietema, W. (2005). Delirium vaak niet herkend. *Medisch Contact*, 60, 1724-1727.
- Buis, W.M.N.J. (1996). Focus: een biopsychosociaal model voor diagnostiek. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 38, 616-623.
- College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen (2000). Evaluatie regionale GGZ-centra. Utrecht: CBZ.
- Commissie Herziening Profielschets Psychiater (2005). *Profiel schets Psychiater*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.
- Feltz-Cornelis, C.M., van der, van Oppen, P., Ader, H. J., e.a. (2006). Randomised controlled trial of a collaborative care model with psychiatric consultation for persistent medically unexplained symptoms in general practice. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75, 282-289.
- Groenewold, R.V. (1975). Klinische behandeling m.b.v. 'patiëntenunits' op de psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 17, 622-631.
- Honig, A., Troost, J., Kuijpers, P.M.J.C., e.a. (1999). Med-Psych units. *Acta Neuropsychiatrica*, 11, 141-145.
- Hoogervorst, H. (2004). Wijziging RGC-beleid (brief). Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Huyse, F.J. (1997). From consultation to complexity of care prediction and health service needs assessment. *Journal of Psychosomatic Research*, 43, 233-240.
- Huyse, F.J., Touw, D.J., Strack van Schijndel, R.J.M., e.a. (2007). Maatregelen bij patiënten die psychofarmaca gebruiken en die een electieve operatie moeten ondergaan. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 151, 353-357.
- Huyse, F.J., Verwey, B., Op den Velde, W., e.a. (1993). Ziekenhuispsychiatrie: naar een integratie van de consultatieve psychiatrie en de afdeling psychiatrie van het algemeen ziekenhuis. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 35, 132-141.
- Lansen, J. (1997). 'Consultation-liaison' psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 19, 5-13.
- Leentjens, A.F.G. (2005). De wedergeboorte van de ziekenhuispsychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 567-570.
- Leentjens, A.F.G. (2007). Zorg in verwardheid: een prestatie-indicator voor delier in het algemeen ziekenhuis. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 49, 141-143.
- Leentjens, A.F.G., Bannink, M., Boenink, A. D., e.a. (2004). *Consultatieve psychiatrie in de praktijk*. Assen: Van Gorcum.
- Leentjens, A.F.G., Boenink, A.D., van Croonenborg, J.J., e.a. (2008). *Richtlijn Consultatieve Psychiatrie*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.
- Ministerie van WVC (1984). *Nieuwe nota geestelijke volksgezondheid*. Leidschendam: Tweede Kamer, vergaderjaar 1983-1984.
- Ministerie van WVC (1993). *Nota onder anderen, geestelijke gezondheid en geestelijke gezondheidszorg in maatschappelijk perspectief*. Rijswijk: ministerie van WVC.
- Robben, P.B.M., & Tietema, W. (2005). Ziekenhuispsychiatrie niet transparant. *Medisch Contact*, 60, 1071-1074.
- Speckens, A.E., van Hemert, A.M., Spinhoven, P., e.a. (1995). Cognitive behavioural therapy for medically unexplained physical symptoms: a randomised controlled trial. *BMJ*, 311, 1328-1332.
- Stiefel, F.C., Huyse, F.J., Sollner, W., e.a. (2006). Operationalizing integrated care on a clinical level: the INTERMED project. *Medical Clinics of North America*, 90, 713-758.
- Tuijl, J.P., & van Waarde, J.A. (2005). Competencies of the consultation-liaison psychiatrist: a formulation from the general hospital section of the Dutch psychiatric association. *Journal of Psychosomatic Research*, 59, 449-450.
- Tuijl, J.P., Buis W.M.N.J., Huyse F.J., e.a. (2007). The advanced training course of the Section of General Hospital psychiatry of the Dutch Psychiatric Association. *Journal of Psychosomatic Research*,

43, 455-456.

Verwey, B. (2006). *Don't forget. Contributions to the assessment and management of suicide attempters in the general hospital* (proefschrift). Leiden: Universiteit Leiden.

Verwey, B., Muller, M.E.T.M., de Waal, J., e.a. (2001). Patiënten met comorbiditeit beter behandeld: PAAZ en kwaliteit. *Medisch Contact*, 56, 891-894.

Waarde, J.A. van, Richter, C., Muller, M.E., e.a. (2004). De medisch-psychiatrische unit: meerwaarde voor patiënten, artsen en ziekenhuizen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 148, 209-211.

AUTEURS

B. VERWEY is als psychiater verbonden aan de afdeling Psychiatrie, Alysis Zorggroep, locatie Ziekenhuis Rijnstate, Arnhem.

J.A. VAN WAARDE is als psychiater verbonden aan de afdeling Psychiatrie, Alysis Zorggroep, locatie Ziekenhuis Rijnstate, Arnhem.

F.J. HUYSE is als psychiater verbonden aan de afdeling Algemene Interne Geneeskunde, Universitair Medisch Centrum Groningen.

A.F.G. LEENTJENS is als psychiater verbonden aan de afdeling Psychiatrie, Academisch Ziekenhuis Maastricht.

Correspondentieadres: dr. B. Verwey, afdeling Psychiatrie, Alysis Zorggroep, locatie Ziekenhuis Rijnstate, Postbus 9555, 6800 TA Arnhem.

E-mail: bverwey@wxs.nl.

Geen strijdige belangen meegegeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 29-4-2008.

SUMMARY

Consultation-liaison psychiatry and general hospital psychiatry in the Netherlands: on the way to psychosomatic medicine – B. Verwey, J.A. van Waarde, F.J. Huyse, A.F.G. Leentjens –

Consultation-liaison psychiatry and general hospital psychiatry have played a major role in promoting the concept of integrated care. New models for care have been developed and policy assurances about the quality of care have been expressed in the form of guidelines and indicators relating to procedure and performance. General hospital psychiatry is playing an increasingly important role in the training of psychiatrists. Due to the ageing population there is greater awareness of the importance of comorbidity and more support for the concept of integrated care. These changes will promote the further development of general hospital psychiatry.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)JUBILEUMNUMMER 1959-2008, 139-143]

KEY WORDS complexity, consultation-liaison psychiatry, general hospital psychiatry, integrated care, psych-med unit, psychosomatic medicine