

# Integrale zorg vereist voor patiënten met complexe somatische, psychische en sociale problematiek

J.A. VAN WAARDE, M.A. VAN SCHIJNDEL, W. CAHN



Als artsen en andere hulpverleners ‘lichamelijke’ en ‘psychische’ aspecten scheiden in zowel het denken over als de bejegening van patiënten, dan kan dit desastreuus uitpakken. Volkomen terecht wijzen Koolen e.a. (2019) in hun artikel op een potentieel dodelijke ‘psychiatrische’ bijwerking, namelijk suïcidaliteit, van ‘somatische’ behandelingen. Suïcidaliteit kan zelfs, zoals in dit artikel is te lezen, maanden na de start van antiretrovirale therapie optreden en kan neuro-immunologisch worden verklaard.

Hoe ‘lichamelijk’ deze ‘psychiatrische’ bijwerking mischien ook is, zoals de auteurs betogen, in de dagelijkse praktijk is de behandeld arts er niet vanzelfsprekend alert op. De gepresenteerde gevalsbeschrijving toont aan hoe complex de klinische realiteit bij deze patiënt was: er was sprake van jarenlange hiv-seropositiviteit, gebruik van antiretrovirale middelen, zwakbegaafdheid, sociaal isolement, recente verhuizing en conflict op het werk. Al deze factoren hebben mogelijk bijgedragen aan de suïcidaliteit. De vraag is in hoeverre de internist deze psychosociale factoren in ogenschouw had kunnen en moeten nemen bij het instellen van de behandeling met antiretrovirale middelen. Was daardoor het behandelbeleid anders geworden en had suïcidaal gedrag voorkomen kunnen worden?

## Gescheiden systemen

In onze huidige - gescheiden - gezondheidszorgsystemen met separate ziekenhuizen, ggz-instellingen en gemeenten is de uitvoerbaarheid van een uitgebreid biopsychosociaal assessment twijfelachtig. Zelfs bij alle aandacht voor de context van deze patiënt, dan nog had dit waarschijnlijk de suïcidaliteit en/of de psychiatrische opname niet kunnen voorkomen. Ook voor een goed onderbouwd behandelbeleid waren er verschillende gezondheidszorgorganisaties nodig geweest om de juiste hulp te kunnen krijgen. Hoe kunnen we in de toekomst de gezondheidszorg zo organiseren dat mensen met complexe somatische, psychische en sociale problematiek beter kunnen worden geholpen?

## Betere organisatie

Het begint wellicht bij de opleiding van zowel zorgprofessionals als professionals in het sociale domein. In de geneeskundestudie en de aansluitende vervolgoopleidingen kan men aanleren dat het noodzakelijk is om de patiënt consequent ‘in zijn geheel’ te bekijken. Met andere woorden: naast het vaststellen van de lichamelijke status is het vanzelfsprekend ook de status mentalis, psychiatrische voorgeschiedenis en de psychiatrische familieanamnese te inventariseren.

Het beoordelen van de sociale context van een patiënt, vanaf het begin en als onderdeel van de integrale diagnostiek, is essentieel. Bij het indiceren van een knieoperatie is de thuissituatie (‘drie trappen op en geen mantelzorger’) na de operatie randvoorwaardelijk. Bij de behandeling van een patiënt met een hiv-infectie is de psychiatrische voorgeschiedenis (mede) voorspellend voor een potentiële psychiatrische ontregeling bij gebruik van antiretrovirale middelen. Bij zwangerschapscontroles is het uitvragen van de familieanamnese naar bipolaire stoornissen en psychosen een belangrijke screener. Het gericht beoordelen van middelengebruik bij een trauma, en het aanbieden van hulp bij overmatig middelengebruik, kan erger voorkomen.

Hoewel deze voorbeelden wellicht simpel lijken, past men een dergelijke integrale aanpak in de dagelijkse praktijk zelden toe. Vaak suggereert men dat dit te tijdrovend zou zijn. En regelmatig wordt het als taak van de niet-medici (bijvoorbeeld verpleegkundigen, maatschappelijk werkers en psychologen) gezien om zich met de psychosociale context bezig te houden. Dit is jammer, want het betrekken van de psychosociale situatie bij de ‘puur’ medische behandeling levert meer informatie op voor het maken van een effectief behandelbeleid.

## Baten integraal beleid

Wetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond dat door een integraal beleid de uitkomsten van ziekten verbeteren

en de zorgkosten reduceren (Katzelnick & Williams 2015). Dus zowel psychiaters als de andere medisch specialisten zullen de diagnostiek en behandeling integraal moeten toepassen. Tevens zullen de gezondheidszorgsystemen zo ingericht moeten zijn dat er voldoende tijd is voor integrale zorg door de arts. Daarbij zal de psychiater zich moeten verdiepen in de lichamelijke factoren, en basale medische diagnostiek en behandeling moeten kunnen verrichten. De andere medisch specialisten zullen zich moeten bekwamen in het doen van een psychiatrisch onderzoek en sociale diagnostiek.

Naar onze mening lukt dit het beste als men binnen alle medisch-specialistische vervolgoopleidingen een periode werkt en leert op afdelingen waar men patiënten met ernstige psychiatrische en ernstige somatische comorbiditeit diagnosticeert en behandelt. In Nederland is er een behoorlijke verspreiding van medisch-psychiatrische units (MPU's), waar deze vorm van integrale zorg aanwezig is (Van Schijndel e.a. 2017).

### Vereiste veranderingen

Bewustwording van de geschetste problematiek is essentieel. Ten eerste komt somatische comorbiditeit vaak voor, aangezien minstens 35% van patiënten met een psychiatrische aandoening ook een lichamelijke aandoening heeft (Van Schijndel e.a. 2017); omgekeerd heeft minstens 25% van de patiënten in het ziekenhuis een psychiatrische aandoening (Kathol e.a. 2006). Integraal denken over 'lichaam' en 'psyche' moet dus vanzelfsprekend zijn.

Ten tweede, om een verandering te faciliteren moeten zo spoedig mogelijk de tweedelijns gezondheidszorgsystemen (medisch-specialistische zorg in ziekenhuizen; psychiatrische zorg in de ggz) convergeren. Indien ambulante ggz niet afdoende is, zullen patiënten met ernstige psychiatrische ontregeling op de spoedeisendehulp en in het algemene ziekenhuis gezien moeten worden voor integrale diagnostiek en behandeling. Dit zou drempelloos moeten zijn (Tuerlings e.a. 2015), waarbij ook niet-psychiatrisch opgeleide professionals geschoold moeten zijn in de beoordeling van de psychische en sociale context. Daarnaast moeten psychiatrisch opgeleide professionals bekwaam worden in het uitvoeren van somatische diagnostiek en behandeling.

### Conclusie

De huidige drempels moeten lager worden om integrale zorg optimaal vorm te geven. Met name het uitbannen van stigmatisering en de handelingsverlegenheid van artsen en verpleegkundigen bij het omgaan met psychiatrische

### LITERATUUR

- Kathol R, Saravay SM, Lobo A, Ormel J. Epidemiologic trends and costs of fragmentation. *Med Clin North Am* 2006; 90: 549-72.
- Katzelnick DJ, Williams MD. Large-scale dissemination of collaborative care and implications for psychiatry. *Psychiatr Serv* 2015; 66: 904-6.
- Koolen F, Schippers JA, Oude Lashof AML, Leue C. Hiv, anti-retrovirale therapie en suïcidaliteit - een multidisciplinaire gevalbeschrijving en bijbehorend neuro-immunologisch model. *Tijdschr Psychiatr* 2019; 61: 57-61.
- Schijndel MA van, Jansen LAW, Caarls PJ, van 't Veer F, Wierdsma AI, van Wijngaarden JDH, e.a. Medisch-psychiatrische units in Nederland. Een onderzoek naar kwaliteit en spreiding. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2017; 161: D890.
- Tuerlings JHAM, Pelger ECM, de Pont BJHB, van Waarde JA. Tweedeling psychiatrische en somatische spoedzorg. Herstel van weeffout is vereist. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2015; 159: A9151.

### AUTEURS

**JEROEN VAN WAARDE**, psychiater, afd. Psychiatrie, Ziekenhuis Rijnstate, Arnhem.

**MAARTEN VAN SCHIJNDEL**, psychiater, afd. Psychiatrie, Ziekenhuis Rijnstate, Arnhem.

**WIEPKE CAHN**, hoogleraar Lichamelijke gezondheid bij psychiatrische aandoeningen, UMC Utrecht.

### CORRESPONDENTIEADRES

Dr. J.A. van Waarde, Ziekenhuis Rijnstate, afd. Psychiatrie, Postbus 9555, 6800 TA Arnhem.

E-mail: [jvanwaarde@rijnstate.nl](mailto:jvanwaarde@rijnstate.nl)

Geen strijdige belangen meegeedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 3-10-2018.

### TITLE IN ENGLISH

Integral care necessary for patients with complex somatic, psychic and social problems

problematiek, middels opleiding, bij- en nascholing en het opdoen van klinische ervaring, zijn hierbij een must. Ook moeten we de ingewikkelde en gescheiden financieringsystemen vanuit de Zorgverzekeringswet, die leiden tot inefficiënte en ineffectieve zorg, afschuifnemen en capaciteitsproblemen, afschaffen om te komen tot één financieringssysteem.