

# Somatische zorg in een psychiatrische setting

Samenvatting van het rapport van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE)

Sigrid Vancorenland – Studiedienst

## Samenvatting

Personen met een psychiatrische aandoening hebben een hogere kans op somatische problemen (hypertensie, diabetes, obesitas). Toch ervaren ze een moeilijkere toegang tot de somatische gezondheidszorg dan de algemene bevolking. Het KCE-rapport probeert te begrijpen wat hier de oorzaak van is. De methode bestond uit een mix van literatuurstudie, gebruik van cijfermateriaal en individuele interviews en focusgroepen bij patiënten en (psychiatrische) zorgverleners. De studie beperkt zich tot somatische zorg in specifieke zorgcontexten (zoals bijvoorbeeld psychiatrische ziekenhuizen) en gaat dus niet over ambulante (psychiatrische of geestelijke gezondheids)zorg.

Het KCE-rapport brengt verschillende oorzaken voor deze gezondheidskloof in kaart. De verklaring kan deels gevonden worden in vooroordelen en een gebrek aan kennis. Hierdoor worden gezondheidsproblemen vaker toegeschreven aan de psychiatrische toestand van de patiënt en worden problemen met de somatische gezondheid over het hoofd gezien. Een bijkomende verklaring is dat de organisatie van de somatische zorg te lijden heeft onder administratieve en financiële beperkingen. De rol en de financiering van een huisarts en somatische specialisten maken het niet altijd eenvoudig de nodige somatische zorg te verlenen aan psychiatrische patiënten. Ook de toegang tot ambulante geneesmiddelen voor reeds bestaande aandoeningen voor de hospitalisatie is vaak een probleem. Tot slot wordt ook het probleem van communicatie en zorgcontinuïteit aangehaald, zowel bij de opname, tijdens het verblijf maar ook na ontslag. Het KCE-rapport formuleert enkele aanbevelingen om hieraan te verhelpen.

Sleutelwoorden: KCE-rapport, geestelijke gezondheid, somatische zorg, vooroordelen, psychiatrische patiënt, gezondheidskloof

## 1. De somatische gezondheid bij psychiatrische patiënten: een gezondheidskloof

Mensen met een psychiatrische aandoening, zoals schizofrenie, psychotische aandoeningen, bipolaire stoornissen of ernstige depressies, hebben meer kans om vroegtijdig te overlijden dan de algemene bevolking (een verschil van minstens tien levensjaren). Ongeveer 60% van deze oversterfte is te wijten aan somatische aandoeningen, waarvan een groot deel te voorkomen is omdat ze gerelateerd zijn aan levensstijl, zoals weinig beweging of neveneffecten van psychiatrische medicatie. Maar de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) benadrukte in 2017 dat naast deze individuele factoren ook de toegankelijkheid tot gezondheidszorg een probleem is, naast sociale factoren zoals stigma en gebrek aan sociale steun (World Health Organization, 2017). De WHO stelde het doel voorop om tegen 2030 de vroegtijdige sterfte van mensen met een psychiatrische aandoening met één derde te verminderen.

De doelstelling van het KCE-rapport is een beeld te schetsen van de somatische zorg aan personen met een psychiatrische aandoening in België en om te proberen begrijpen waarom deze zorg suboptimaal is. De methodologie is een mix van literatuurstudie, gebruik van cijfermateriaal (minimale psychiatrische gegevens) en een kwalitatieve studie. In deze studie werd informatie verzameld over de perceptie en de ervaringen van patiënten en (psychiatrische) zorgverleners aan de hand van individuele interviews en focusgroepen. Belangrijk te vermelden is dat de studie zich beperkt tot somatische zorg in vier specifieke zorgcontexten: psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen, psychiatrische verzorgingstehuizen en initiatieven voor beschermt wonen. Het gaat dus niet om ambulante (psychiatrische of geestelijke gezondheids)zorg.

Personen met een psychiatrische aandoening hebben een hogere kans op somatische problemen (hypertensie, diabetes, obesitas). Toch ervaren ze een moeilijker toegang tot de somatische gezondheidszorg dan de algemene bevolking. Het KCE-rapport brengt verschillende oorzaken voor deze gezondheidskloof in kaart en formuleert enkele aanbevelingen om hieraan te verhelpen.

## 2. De oorzaken van deze gezondheidskloof

De verklaring kan deels gevonden worden in vooroordelen en een gebrek aan kennis. Veel patiënten zeiden dat ze vaak het gevoel hadden niet gehoord te worden of ernstig genomen te worden als ze somatische gezondheidsproblemen meldden tijdens hun opname. Soms werd hun somatische klacht toegeschreven aan hun psychiatrische aandoening en werd er geen gevolg aan gegeven. Niet enkel de patiënten zelf hebben af te rekenen met vooroordelen, ook hun (psychiatrische) zorgverleners hebben te maken met vooroordelen van andere gezondheidswerkers. Zo is het moeilijk om somatische zorg te organiseren voor een psychiatrische patiënt. Het is moeilijk om een specialist te vinden die zich wil verplaatsen naar een psychiatrische setting, ook als het de psychiatrische afdeling van hetzelfde ziekenhuis betreft. Ook stellen er zich problemen als een psychiatrische patiënt wordt opgenomen op een afdeling voor somatische geneeskunde (in een algemeen ziekenhuis). De (psychiatrische) zorgverleners getuigen dat de patiënten erg snel terug worden gestuurd naar de psychiatrische afdeling. Of dat patiënten die als psychiatrisch worden gezien op de spoeddienst snel doorverwezen worden naar de psychiatrische afdeling zonder dat er correct (soma)isch onderzoek werd uitgevoerd. In de literatuur wordt vermeld dat somatische artsen zich vaak ongemakkelijk voelen tegenover psychiatrische patiënten omdat ze weinig kennis hebben over psychiatrie. Maar omgekeerd geven de psychiatrische teams ook aan dat hun kennis over somatische geneeskunde niet optimaal is. Ons systeem beschouwt somatische en psychiatrische gezondheid als twee aparte entiteiten, wat niet bevorderlijk is.

Een bijkomende verklaring is dat de organisatie van de somatische zorg te lijden heeft onder administratieve en financiële beperkingen (in termen van honoraria, materiaal, logistiek, enz.). Wat de huisartsen betreft volstaat de huidige financiering van somatische zorg in de psychiatrische settings niet om elke patiënt somatische zorg te verlenen, een medisch dossier bij te houden, teamvergaderingen bij te wonen en de zorgcontinuïteit en samenwerking met externe eerstelijnszorg en/of ziekenhuisspecialisten te behartigen. De geïnterviewden verklaarden dat de enige manier om dit probleem op te lossen erin bestaat om het statuut van huisarts op een structurele manier te integreren in psychiatrische ziekenhuizen. De financiering van consultaties bij somatische

specialisten is ook niet gunstig. Bovendien vraagt het organiseren van externe consultaties veel tijd en logistieke middelen voor de psychiatrische zorgverleners. Als een patiënt extern op consultatie gaat, moet deze begeleid worden door een teamlid om de patiënt gerust te stellen, er voor te zorgen dat alles goed begrepen wordt en de verdere opvolging te organiseren. Deze tijd wordt niet voorzien in de personeelsbezetting, waardoor de rest van het team met één persoon minder werkt. Hierdoor wordt zorg soms uitgesteld of wordt ervan afgezien, wat de gezondheid van de patiënt op termijn kan doen verslechteren. Maar ook in de financiering van de psychiaters zijn er bepaalde onregelmatigheden. En de bestaafingsnormen voor verpleegkundig personeel volstaan vaak niet voor het opnemen van somatische zorg voor psychiatrische patiënten.

Ook de toegang tot ambulante geneesmiddelen voor reeds bestaande aandoeningen voor de hospitalisatie is vaak een probleem. De ziekenhuisapotheek beschikt over een lijst van beschikbare geneesmiddelen en de tijdens de ziekenhuisopname toegediende geneesmiddelen moeten in deze lijst zijn opgenomen. Als een van deze ambulante geneesmiddelen niet op deze lijst staat, moet de arts dat geneesmiddel dus vervangen door een geneesmiddel dat er zo dicht mogelijk bij in de buurt komt. Sommige patiënten zeggen dat zij niet op de hoogte gebracht werden dat hun medicatie veranderd was. Zelfmedicatie is niet toegestaan in een psychiatrische setting. De procedures om een gewone pijnstiller te verkrijgen zijn lang en complex, waardoor een patiënt soms urenlang moet wachten op pijnverlichting.

Tot slot wordt ook het probleem van communicatie en zorgcontinuïteit aangehaald. De ondervraagde zorgverleners geven aan dat het bij de opname vaak moeilijk is om informatie te vinden over de voorgeschiedenis van de patiënt. Die informatie is nochtans nodig voor een correcte somatische behandeling. Het is ook moeilijk om het medicatieschema te reconstrueren. De (psychiatrische) zorgverleners noemen het opzoeken van gegevens tijdrovend en complex. Ook tijdens de opname zijn er de communicatieproblemen tussen de psychiatrische setting en de somatische specialisaties in ziekenhuizen. Men focust hier op de rol van de huisarts, die dicht bij de patiënt staat en de link zou kunnen vormen tussen de psychiatrische afdeling en de somatische specialisten. Er is de nood aan goede overeenkomsten tussen artsen of ziekenhuisafdelingen over het organiseren van een consultatie door een somatische specialist. Dit zou zowel de werkbelasting voor het (psychiatrische) zorgteam reduceren maar ook de wachttijd en

de stress voor de patiënt. Patiënten gaven aan dat ze zich bij het verlaten van het (psychiatrisch) ziekenhuis soms zeer hulpeloos voelden. Ze moesten zelfstandig een huisarts vinden, hun thuismedicatie organiseren, de opvolgafspraken regelen bij de somatische specialisten, enz. De zorgteams stelden voor om ontslagvergaderingen te organiseren met de apotheker en de huisarts van de afdeling om de opvolging te organiseren. Tot slot halen patiënten ook de communicatieproblemen aan tussen henzelf en de zorgverleners: gebrek aan informatie over hun diagnose, over de voorgeschreven behandeling, medicatiewijzigingen en eventuele bijwerkingen, enz.

### 3. De aanbevelingen

De zorg voor patiënten met een psychiatrische aandoening moet **holistisch** zijn. De patiënt moet in zijn globaliteit bekeken worden en de klassieke opdeling tussen psychiatrische en somatische zorg moet opgeheven worden. Het is een algemene vaststelling dat de geestelijke gezondheid van de patiënt verbetert als er goed voor de somatische gezondheid wordt gezorgd, en omgekeerd. Daarom moet de globale gezondheid van de patiënt het hoofddoel zijn bij elke opname in een psychiatrische setting. Empowerment van de patiënt maakt deel uit van het herstelproces. Een respectvolle benadering van de keuzes en wensen van de patiënt is vereist.

Iedere patiënt die in een psychiatrische setting wordt opgenomen, moet een **behandelings- en nazorgplan** krijgen. Dit moet zowel de psychiatrische als somatische zorg omvatten en moet opgesteld worden door het psychiatrische team **in samenwerking met de patiënt** (en met de familie of mantelzorger indien de patiënt dit wenst). Het informeren en betrekken van de patiënt bij de zorg is heel belangrijk en daarom moet dit plan informatie bevatten over onder andere de organisatie van de geïntegreerde zorg, over alle voorgeschreven medicatie en hun bijwerkingen, ... Bovendien moet elke somatische vraag van de patiënt op een respectvolle en vertrouwelijke manier worden behandeld. Daarom is het nuttig om in de opleiding van toekomstige beroepsbeoefenaars meer aandacht te besteden aan het gelijktijdig in aanmerking nemen van de somatische en de psychiatrische gezondheid en aan het ernstig nemen van somatische klachten.

Elke patiënt die in een psychiatrische setting wordt opgenomen, moet **toegang hebben tot somatische zorg** die

vergelijkbaar is met die van de algemene bevolking. Een minimumvereiste hiervoor is dat elke psychiatrische setting **tenminste één huisarts in het psychiatrische team** heeft. Deze moet voldoende werktijd hebben, moet structureel bezoldigd worden en de administratieve beperkingen moeten opgeheven worden (nomenclatuur, beperking van het voorschrijfgedrag, enz.). De huisarts moet zijn werk zonder onnodige beperkingen kunnen uitvoeren. Elke psychiatrische setting moet ook **de toegang tot de somatische specialisten organiseren** naargelang de behoeften van haar patiënten. Deze toegang moet duidelijk beschreven zijn in overeenkomsten tussen de settings/diensten en de administratieve en logistieke beperkingen moeten worden opgeheven. Bovendien is het nodig om te voorzien in een **aanbod van permanente educatie voor het psychiatrische verzorgingsteam** om hun kennis over de somatische zorg bij te werken. De specifieke zorg (tandzorg of preventieve zorg) moet in dezelfde mate aanwezig zijn als de zorg die aan de algemene bevolking wordt geboden. De infrastructuur en de apparatuur voor somatische zorg moet toereikend, veilig en tijdig beschikbaar zijn.

Voor de **continuïteit van zorg** is het essentieel dat er een goede samenwerking is zowel binnen de zorgteams van de psychiatrische setting als met de andere diensten of settings die bij de somatische zorg betrokken zijn. Voor de coördinatie van zorg tijdens de ziekenhuisopname lijkt het aangewezen dat de huisarts verantwoordelijk is voor de coördinatie van de somatische zorg binnen het psychiatrisch team en voor de betrekkingen met de externe dienstverleners. Hiervoor houdt de huisarts een somatisch medisch dossier bij dat wordt geïntegreerd in het psychiatrisch dossier. Om ook de continuïteit voor, tijdens en na de opname te verzekeren, is een goede communicatie nodig met alle zorgverleners vanaf het moment van de opname tot het moment van ontslag. Zo moet bijvoorbeeld systematisch een raadpleging worden georganiseerd voor het ontslag. Een ontslagrapport en opvolgplan moeten tijdig aan de externe eerstelijnszorgverleners worden meegedeeld.

Er moet nog veel gebeuren om personen met een psychiatrische aandoening dezelfde toegang tot gezondheidszorg te bieden als de algemene bevolking. Maar er is veel interesse bij de zorgverleners en de patiënten en iedereen is ervan overtuigd dat het anders moet.

## Bibliografie

Jespers, V., Christiaens, W., Kohn, L., Savoye, L., & Mistiaen, P. (2021). *Somatische zorg in een psychiatrische setting - Synthese*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).

World Health Organization. (2017). *Helping people with severe mental disorders live longer and healthier lives: policy brief*. Geneva.

