

23 mrt 2021 -00:05

## In een psychiatrische zorgcontext is lichamelijke gezondheid ook belangrijk

Personen met een psychiatrische aandoening zoals schizofrenie, een ernstige depressie, of een psychotische of bipolaire aandoening hebben meer kans om vroegtijdig te overlijden en hebben moeilijker toegang tot gezondheidszorg dan de algemene bevolking. Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) heeft getracht uit te zoeken waarom. Kwalitatief onderzoek bij patiënten en zorgteams in een residentiële psychiatrische zorgcontext geeft aan dat een verklaring kan gezocht worden in zowel vooroordelen als administratieve factoren die de lichamelijke en geestelijke gezondheid apart beschouwen. Alle internationale richtlijnen zijn het erover eens dat deze dichotomie achterhaald is en dat een psychiatrische ziekenhuisopname moet worden gezien als een tijd en plaats waar het hoofddoel is om de algemene gezondheid van de patiënt te verbeteren, in een geest van herstel en empowerment. Het KCE stelt daarom een aantal pistes tot verbetering voor en beschouwt de huidige hervormingen van de nomenclatuur en financiering van ziekenhuizen als een mogelijke opportuniteit om de situatie te veranderen.

## Een bevolkingsgroep met een verhoogd risico op vroegtijdig overlijden

Personen met een psychiatrische aandoening zoals schizofrenie, een ernstige depressie, of een psychotische of bipolaire aandoening hebben meer kans om vroegtijdig te overlijden dan de algemene bevolking. De cijfers variëren maar het verschil is doorgaans meer dan 10 levensjaren. Een groot deel van deze oversterfte is te wijten aan cardiovasculaire problemen, die verband houden met de bijwerkingen van psychiatrische geneesmiddelen en met de levensstijl (bv. zittende levensstijl, roken...). Om deze reden hebben verschillende landen deze personen aangewezen als personen met een hoog risico voor prioritaire vaccinatie tegen COVID-19. Bovendien is bekend dat deze groep over het algemeen moeilijker toegang heeft tot de gezondheidszorg dan de algemene bevolking.

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) stelde in 2017 als doel om de vroegtijdige sterfte met een derde te verminderen tegen 2030. Internationale richtlijnen die dit thema behandelen zijn reeds bestaande. Ondanks de aandacht in België in de laatste 15 jaren voor deze problematiek en de interesse van de zorgverleners in de psychiatrische sector is de situatie nog niet veel veranderd. De somatische zorg in een psychiatrische setting is nog steeds suboptimaal en het KCE heeft geprobeerd uit te zoeken hoe dit komt.

## Wederzijdse vooroordelen en gebrek aan kennis

Verschillende obstakels belemmeren de toegang van psychiatrische patiënten tot "somatische" zorgverleners. Aan de ene kant hebben zowel patiënten als psychiatrische zorgverleners het gevoel dat ze vooroordelen ondervinden bij andere zorgverleners. Zij schrijven dit toe aan een gevoel van onbehagen jegens de psychiatrische zorg door een gebrek aan kennis en vertrouwen. Psychiatrische zorgverleners, op hun beurt, erkennen gemakkelijk dat zij zich onvoldoende bekwaam voelen in somatische zorg. Een holistische visie geïntegreerd in het curriculum van (toekomstige) zorgverleners in de gezondheidszorg kan hier zeker verbetering in brengen.

## Te veel beperkingen bij de toegang tot zorg

Bovendien blijkt uit het kwalitatieve onderzoek dat door de onderzoekers werd uitgevoerd dat de

organisatie van de somatische zorg te lijden heeft onder (vaak historische) administratieve en financiële beperkingen (in termen van honoraria, materiaal, logistiek, enz.). Zo doen veel psychiatrische ziekenhuizen een beroep op huisartsen voor de verzorging van de somatische gezondheid van hun patiënten, maar de huidige financiering van deze functie is ontoereikend om zowel de somatische verzorging van elke patiënt, het bijhouden van een medisch dossier, de deelname aan teamvergaderingen, de continuïteit van de zorg als de samenwerking met de externe eerstelijns- en/of ziekenhuisspecialisten te garanderen, om nog maar te zwijgen van preventie- of gezondheidsbevorderende activiteiten. Raadplegingen van "somatische specialisten" (cardioloog, longarts, uroloog, enz.) zijn structureel beperkt.

Men meent ook dat er onvoldoende verpleegkundig personeel beschikbaar is om de somatische verzorging van psychiatrische patiënten in goede banen te leiden. De zorgvraag in de psychiatrische setting is ook anders: men moet meer de tijd kunnen nemen om naar de patiënt te luisteren, hem op zijn gemak te laten voelen om zijn klacht te uiten, en vervolgens deze klacht te begrijpen.

## De patiënt in zijn globaliteit beschouwen

De internationale richtlijnen zijn alle van mening dat de zorg voor personen met een psychiatrische aandoening holistisch moet zijn; de dichotomie tussen psychiatrische en somatische zorg is een oud concept dat moet worden losgelaten. We weten dat de geestelijke gezondheid van deze mensen verbetert als er ook voor hun somatische gezondheid wordt gezorgd, en omgekeerd. Een psychiatrische ziekenhuisopname moet daarom worden gezien als een tijd en plaats waar het hoofddoel de algehele gezondheid van de patiënt is, in een geest van herstel en empowerment.

De implementatie van een richtlijn vraagt om psychiatrische diensten die hiervoor georganiseerd, gestructureerd en uitgerust zijn. De huidige hervormingen van de nomenclatuur en de financiering van ziekenhuizen bieden de kans om verandering in deze situatie te brengen.

Zoals bepaald in de wet op de patiëntenrechten moet op een respectvolle wijze omgegaan worden met de keuzes en wensen van de patiënt tijdens de zorg. Dit houdt in dat de patiënt naar behoren wordt geïnformeerd over zijn of haar gezondheidstoestand en behandeling, en dat de genomen beslissingen het resultaat zijn van overleg met de patiënt.

## Een behandelings- en nazorgplan voor elke patiënt

Het KCE stelt vooreerst, volgens internationale richtlijnen, dat iedere patiënt die in een psychiatrische setting wordt opgenomen (zo snel mogelijk) een individueel "behandelings- en nazorgplan" moet krijgen, dat zowel psychiatrische als somatische zorg omvat.

Het plan moet op zijn minst voorzien in een medische controle bij opname, zorgvuldige opvolging van de bijwerkingen van de voorgeschreven medicatie gedurende het hele verblijf, en activiteiten gericht op het verminderen van risicofactoren (bijv. dieetadvies en kinesitherapie of bewegingsbegeleiding bij de start van de behandeling, en desgewenst individuele ondersteuning bij het stoppen met roken).

Bovendien moet het plan voorzien in gezondheidsinterventies zoals deze aangeboden worden aan de algemene bevolking (vaccinaties, tandheelkundige zorg, kankerscreening, consult seksuele gezondheid, enz.) Ook moet systematisch een raadpleging voor ontslag worden opgezet om de continuïteit van de zorg te verzorgen.

## Noodzaak tot verder onderzoek

Het rapport besluit met een reeks vragen die nog moeten worden onderzocht: hoe de continuïteit van de somatische zorg verzekeren tussen de psychiatrische en ambulante setting, de mogelijkheid om een "somatische liaison"-functie te creëren op de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, of een "case manager"-functie in psychiatrische ziekenhuizen, het belang dat moet worden gehecht aan nieuwe communicatietechnologieën (bijv. teleconsultatie), enz.

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.

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg  
Administratief Centrum Kruidtuin, Doorbuilding (10e  
verdieping)  
Kruidtuinlaan 55  
1000 Brussel  
België  
+32 2 287 33 88  
<http://kce.fgov.be>

Gudrun Briat  
Wetenschappelijke communicatie  
+32 475 274 115  
[press@kce.fgov.be](mailto:press@kce.fgov.be)