

Tergooiziekenhuizen kiest voor opname in een Psychiatrisch Medische Unit

Opvang suïcidepogers beter apart

Duuk Sierink,
psychiater

Floris van Braam Houckgeest,
intensivist

Sacha Lobatto,
internist

Dieneke Bloemkolk,
psychiater

Allen werkzaam in Tergooi-
ziekenhuizen

Jaarlijks worden een kleine tienduizend mensen na een zelfmoordpoging opgenomen in een ziekenhuis. Meestal op de afdelingen Interne Geneeskunde, maar die zijn eigenlijk niet geschikt voor deze complexe patiëntengroep. Tergooiziekenhuizen neemt hen daarom op in de Psychiatrische Medische Unit van de PAAZ.

Correspondentieadres: hsi-
rink@tergooziekenhuizen.nl
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

Jaarlijks doen naar schatting 120.000 mensen een suïcidepoging. 14.000 van hen presenteren zich op de Spoedeisende Hulp (SEH) van een algemeen ziekenhuis, van wie er circa 9500 worden opgenomen.¹ Het gaat om een groep patiënten die vanwege de complexiteit van somatiek naast suïcidaliteit en incidentele weigering van behandeling of agressie een groot beroep doet op de hulpverleners. Om aan die complexiteit recht te doen, heeft Tergooiziekenhuizen (TGZ) een richtlijn opgesteld, die onder meer voorziet in opname van suïcidepogers in de Psychiatrisch Medische Unit van de PAAZ.

De evaluatie na een jaar ervaring pakt positief uit, maar legt ook een aantal aandachtspunten bloot.

Oude werkwijzen

Tergooiziekenhuizen (TGZ) is in 2006 ontstaan uit een fusie van Ziekenhuis Hilversum en

Ziekenhuis Gooi-Noord in Blaricum. Voor de fusie verschilden beide ziekenhuizen aanmerkelijk in de wijze waarop zij suïcidepogers opvingen.

In Blaricum werd een tentamen suïcidiï(TS)-patiënt na beoordeling op de SEH door de arts-assistent interne bij een opname-indicatie opgenomen op de afdeling Interne Geneeskun-

de. Opname op de ic vond plaats bij bedreigde vitale functies. De psychiater werd in het algemeen de volgende dag, nadat de patiënt somatisch was vrijgegeven, in consult geroepen om de suïcidaliteit te beoordelen. De psychiater werd zelden direct al in consult gevraagd omdat deze patiënten meestal door de sedatie van de intoxicatie slecht te beoordelen zijn. Om te voorkomen dat de patiënt gemakkelijk weg kon lopen werd een infuus of telemetrie gecontinueerd tot de psychiater de patiënt had gezien. Niet elke patiënt voelde hier zich echter door gebonden. Af en toe verliet een patiënt het ziekenhuis voordat de psychiater ter plaatse was.

In Hilversum werd een patiënt nooit opgenomen op de afdeling Interne Geneeskunde vanwege de angst voor een suïcide binnen het ziekenhuis door gebrek aan toezicht op die afdeling. Nadat dit daadwerkelijk een keer gebeurde werden patiënten altijd op de ic opgenomen vanwege het intensievere toezicht, ook zonder bedreigde vitale functies. Nadelen van deze werkwijze waren de extra druk op de ic-bedden en meer negatieve tegenoverdracht bij het personeel.

Speciaal toegerust

Na de fusie werd een werkgroep gevormd bestaande uit internisten van beide locaties, een intensivist en twee psychiaters. Doel was een uniforme richtlijn te ontwikkelen voor de op-

*De complexiteit van
somatiek naast suïcidaliteit
vraagt extra zorg*



Het risico op een nieuwe suïcidepoging is op de SEH vaak niet te beoordelen omdat patiënten te geseedeerd zijn.

beeld: Arcangel, HH

vang van suïcidepogers, met als grootste zorg en discussiepunt de mogelijk persisterende suïcidaliteit tijdens de opname. De internisten wilden graag de psychiater direct in consult vragen om de suïcidaliteit in te schatten, terwijl de psychiaters benadrukten dat het risico op een nieuwe suïcidepoging op de SEH vaak niet te beoordelen is omdat patiënten te geseedeerd zijn voor een psychiatrisch onderzoek. Uit onderzoek van Verweij blijkt bovendien dat patiënten met een benzodiazepine-intoxicatie die helder lijken in meer dan 50 procent van de gevallen na twee dagen de onderzoeker niet meer herkennen uit een aantal voorgelegde foto's.² Ook de inhoud en afspraken van het gesprek worden vergeten.

Parallel aan de richtlijnontwikkeling werd op de psychiatrische afdeling (PAAZ) een Psychiatrisch Medische Unit (PMU) ingericht vanwege

een groeiende behoefte aan bedden voor patiënten met zowel psychiatrische als somatische morbiditeit.³ Deze PMU bestaat uit vier bedden, geïntegreerd in de PAAZ, die speciaal zijn toegerust voor de verpleging en behandeling van patiënten met zowel somatische als psychiatrische klachten of aandoeningen. Patiënten kunnen er naast psychiatrische zorg, zuurstof, intraveneus vocht en medicatie krijgen. In de nieuwe richtlijn is afgesproken dat patiënten met een suïcidepoging die somatische zorg behoeven naar de PMU van de PAAZ gaan. Indien sprake is van bedreigde vitale functies gaan ze eerst naar de ic. Als de PMU vol is en de suïcidaliteit nog als hoog wordt ingeschat of niet te beoordelen is, gaat de patiënt ook naar de ic. Hoofdbehandelaar is de specialist op wiens afdeling de patiënt is opgenomen. Bij opname op de PMU is de internist in medebehandeling voor de continuïteit van de somatische zorg.

Druk afgenomen

Inmiddels hebben we bijna een jaar ervaring, is de eerste evaluatie achter de rug en zijn enkele behartenswaardige conclusies te trekken.

De druk op ic-bedden en bedden bij Interne Geneeskunde is afgenomen. Als patiënten toch worden opgenomen op de ic, of bij uitzondering op de algemeen interne afdeling, is dat met een duidelijke indicatie resulterend in minder negatieve tegenoverdracht bij verpleegkundig personeel. De doorstroom op de SEH bleek eveneens verbeterd doordat de te volgen route bij iedereen bekend is.

De indicatie voor een ic-opname is aangescherpt en omvat nu ook ritmebewaking bij vooralsnog stabiele patiënten. Op het moment dat een TCA-intoxicatie zou uitmonden in manifeste ritmestoornissen, worden de beoordeling en behandeling bij voorkeur op de ic gedaan.

Wel blijkt het logistiek veel te vergen van vooral de aiossen Interne Geneeskunde om de continuïteit van de somatische zorg op een niet-eigen afdeling te waarborgen. Zeker omdat het om een bilocatie gaat kan het de continuïteit in gevaar brengen als de patiënt van de SEH op de ene locatie direct naar een afdeling op de andere locatie ging. We hebben daarom afgesproken dat alle patiënten bij overplaatsing van de ene SEH via de SEH van de andere locatie worden opgenomen.

Psychiatrische behandeling

Wettelijk vallen patiënten op de PAAZ zowel onder de Wet op de geneeskundige behan-



beeld: auteur, bewerking MC

SAMENVATTING

- Jaarlijks belanden circa 10.000 mensen na een zelfmoordpoging in het ziekenhuis meestal op interne afdelingen die daar niet voor zijn toegerust.
- In Tergooiziekenhuizen worden suïcidepogers sinds een jaar opgenomen op de Psychiatrisch Medische Unit (PMU) van de PAAZ of op de ic bij vitaal bedreigde functies.
- De veiligheid, kwaliteit en logistiek zijn hierdoor verbeterd, wat bijdraagt aan het suïcidepreventiebeleid dat de inspectie van elke ggz-instelling vraagt.
- De opvang van deze patiënten op PMU-bedden wordt door het huidige financieringssysteem echter nog niet gestimuleerd.

delingsovereenkomst (WGB0) als de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ). Bij weigering van opname of behandeling kan op de PAAZ geen gebruik worden gemaakt van de onder de WGB0 geldende uitzondering van de medische noodsituatie. Dat betekent dat als opname en

behandeling op de PAAZ noodzakelijk is en de patiënt dit weigert, een gedwongen opname in de vorm van een in bewaring stelling (IBS) moet worden aangevraagd. In de praktijk is tot nu toe met gemid-


deld tien PMU-opnames per maand nog geen IBS noodzakelijk geweest. Eén patiënt weigerde opname op de PMU wegens ervaring met een gedwongen separatie in het verleden. Zij was niet meer suïcidaal en stemde wel in met

opname en behandeling op de afdeling Interne Geneeskunde. De meeste patiënten vonden de somatische opname-indicatie vanzelfsprekend en leken dat als minder stigmatiserend te ervaren dan een psychiatrische opname-indicatie. Een ander punt van zorg was het risico van hospitalisering op de PAAZ. In het oude beleid volgde op somatisch vrijgeven in principe ontslag van de afdeling Interne of de ic, tenzij de psychiater een psychiatrische opname-indicatie stelde. In het nieuwe beleid zijn de patiënten al opgenomen op de psychiatrische afdeling. Voor hen is het verschil tussen een PMU-bed en een gewoon psychiatrisch bed niet merkbaar. Een deel van de patiënten wenste na behandeling van de somatiek langer opgenomen te blijven dan psychiatrisch geïndiceerd was. Dit vergt een extra inspanning van verpleegkundigen en artsen op de PAAZ. Ook voor patiënten en hun betrokkenen blijkt de uitleg te helpen dat we onze kwaliteit van zorg hebben verhoogd door de somatische behandeling op de PMU/PAAZ aan te bieden en dat dit in principe losstaat van de indicatie voor een psychiatrische behandeling.

Sinds de invoering van de nieuwe richtlijn zijn geen patiënten meer uit het ziekenhuis vertrokken zonder psychiatrisch te zijn beoordeeld en is bij alle patiënten bij ontslag de psychiatrische nazorg geregeld. Dit is een belangrijke bijdrage aan het suïcidepreventiebeleid dat de inspectie van elke ggz-instelling vraagt.

Financiering

Het ziekenhuis mist nu inkomsten uit opnames op de afdeling Interne Geneeskunde en de ic. Extra opnames op de PAAZ/PMU verdisconteren daarvoor niet. Met de zorgverzekeraar is afgesproken de PMU-bedden extra te financieren ten behoeve van uitbreiding van de verpleegkundige formatie.

Met een toename van PMU-bedden in het land zal de mogelijkheid TS-patiënten op deze bedden op te vangen toenemen. Het huidige financieringssysteem stimuleert deze kwalitatieve verbetering evenwel niet. Zorgverzekeraars kunnen ziekenhuizen hierin de helpende hand reiken. 

Het financieringssysteem stimuleert deze kwalitatieve verbetering niet



De literatuurlijst vindt u onder dit artikel op www.medischcontact.nl.

1. Kerkhof AJFM e.a. Suïcidepogingen behandeld in Nederlandse ziekenhuizen: epidemiologie en behandeling. Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen 2007; 85: 48-53.
2. Verweij B e.a. Clinically relevant anterograde amnesia and its relationship with blood levels of benzodiazepines in suicide attempters who took an overdose. Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry 2005; 29: 47-53.
3. Waarde JA van e.a. De medisch-psychiatrische unit: meerwaarde voor patiënten, artsen en Ziekenhuizen. NTvG 2004; 148 (5): 209-11.