

'LASTIGE' PSYCHIATRISCHE PATIËNT LIJKT NIET WELKOM IN ALGEMEEN ZIEKENHUIS

Patiënt met delier hoort niet in separeer



HOLLANDSE HOOGTE

Het Centraal Tuchtcollege vindt het onder omstandigheden aanvaardbaar dat een delirante patiënt in de separeerruimte van een ggz-instelling wordt verpleegd. Onbegrijpelijk en niet conform de richtlijn, oordeelt de richtlijncommissie Delier.

Op 13 januari deed het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (CTG) in hoger beroep uitspraak over een klacht die de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) had ingediend naar aanleiding van het overlijden in 2011 van een delirante patiënte in de separeerruimte van een ggz-instelling.¹ In deze uitspraak wordt ons voorgehouden dat de separeerruimte in een ggz-instelling een 'aanvaardbare' plaats is voor verpleging van een delirante patiënte. Het is verbazingwekkend dat het tuchtcollege bovendien dit ongebruikelijke beleid verdedigt door beroep te doen op de destijds vigerende CBO-richtlijn Delirium.² Als richtlijncommissie zien wij de voordelen van een separeerruimte voor patiënten met delier niet.³ De door het CTG aangedragen argumenten van camerabewaking vanwege de gedragsstoornis en valgevaar, zijn ons inziens niet steekhoudend, evenmin als het argument van 'reiniging van vervuilde omgeving' en andere in de uitspraak genoemde argumenten. Ook de IGZ is van mening dat een psychiatrisch ziekenhuis *niet* de juiste plek is voor een patiënt met een complex delier en dat opname in een algemeen ziekenhuis *altijd* aangewezen is.

Levensbedreigend

In de betreffende casus werd het delier correct herkend en de behandelend psychiater stuurde de patiënte terecht in naar het ziekenhuis. Na somatisch onderzoek oordeelde de wachtarts na anderhalve dag dat, ondanks de verdenking op een maligne neurolepticasyndroom (MNS), de patiënt 'somatisch gezien' terug kon naar de ggz-instelling. De

behandelend psychiater ging hiermee akkoord. Acht dagen later, daags voor het overlijden van patiënte, toen haar klinische conditie sterk verslechterd was, werd opnieuw een poging tot opname in een algemeen ziekenhuis gedaan, en werd na twee afwijzende telefoontjes van regionale ziekenhuizen geen verdere actie ondernomen.

Dit beleid roept meerdere vragen op. Waarom besloot de wachtarts niet tot voortzetten van de opname van deze delirante patiënte bij wie de onderliggende oorzaak nog niet geïdentificeerd was en er bovendien als werkdiagnose gedacht werd aan een levensbedreigende oorzaak? Het creatinekinase mocht dan wel dalende zijn, maar de klinische presentatie en symptomatologie waren zeker niet verbeterd. Waarom heeft de behandelend arts van de ggz-instelling zich neergelegd bij terugplaatsing naar de ggz-instelling? Waarom werden, hoewel gedacht werd aan een MNS, pas na een week alle anti-psychotica gestaakt? Waarom werd de patiënte in een separeerruimte verpleegd, en niet met adequate sedatie en zo nodig fixatie op de somatische afdeling van de ggz-instelling? Waarom werd uiteindelijk

pas bij verslechtering van het klinische beeld opnieuw geprobeerd de patiënte in een algemeen ziekenhuis opgenomen te krijgen? Had de ggz-instelling een lokaal protocol voor delier, en hoe verhoudt het gevoerde beleid zich tot dit protocol? Op al deze vragen geeft de uitspraak geen antwoord.

Veiligheid

Een delier is niet een primair psychiatrische stoornis, maar een complicatie van een somatische aandoening die met psychiatrische symptomen gepaard gaat. Ook bij delirante patiënten met een bekende psychiatrische aandoening is altijd een somatische oorzaak aanwezig, die soms pas na intensief aanvullend onderzoek gevonden kan worden. De behandeling van een delier is in eerste instantie gericht op het wegnemen of behandelen van deze somatische oorzaak. Daarnaast kan symptomatische behandeling toegepast worden, gericht op het verminderen van verwardheid, agitatie, angst en andere symptomen, en moet de veiligheid van de patiënt gewaarborgd worden. Niet door separatie en camera-toezicht, maar wel door continu toezicht van professionals of familieleden, waar nodig aangevuld met adequate sedatie en/of immobilisatie. Continu toezicht maakt, in tegenstelling tot bij separatie, verdere diagnostiek en monitoring mogelijk.

Dit beleid is in lijn met zowel de destijds vigerende CBO-richtlijn Delirium, als in de recentelijk herziene richtlijn Delier: volwassenen en ouderen.^{2,3} Beide adviseren in geval van onrust sedatie en zo nodig fixatie. Separatie, al dan niet met camerabewaking, wordt daarbij niet als aanvaardbaar beleid genoemd, en is bovendien niet nodig als sedatie en eventuele immobilisatie adequaat worden toegepast. Separeren is dan niet alleen zinloos, maar zelfs gevaarlijk als de vitale functies niet gecontroleerd (kunnen) worden. Daarnaast mag op een verpleegafdeling in een ziekenhuis (en wellicht meer nog dan in een separeerruimte van een ggz-instelling) van adequate lichaamsverzorging van patiënten en hygiëne van

Een delier is
niet een primair
psychiatrische
stoornis

De uitspraak van het CTG legitimeert slechte zorg

de verblijfsruimte worden uitgegaan. Bij betreffende patiënte werd gedacht aan een MNS, een potentieel levensbedreigende complicatie van antipsychoticagebruik. De behandeling van MNS bestaat uit het staken van antipsychotica, het toedienen van benzodiazepinen onder controle van de vitale functies en bij onvoldoende snel resultaat het toepassen van elektroconvulsietherapie (ECT), die doorgaans ook in het algemeen ziekenhuis plaatsvindt.

Complex delier

De opvattingen over de organisatie van behandeling van het delier is in de laatste jaren veranderd. Vanwege de hoge preva-

lentie stelt de herziene richtlijn, in tegenstelling tot de destijds vigerende CBO-richtlijn, dat elke arts in principe in staat moet zijn ongecompliceerde gevallen van delier zelf te diagnosticeren en te behandelen. Bij de in de uitspraak beschreven patiënte is echter geen sprake van een 'ongecompliceerd delier', en de casus voldoet aan meerdere in de herziene richtlijn genoemde criteria voor 'complex delier'. Ondanks de werkdiagnose MNS was de (somatische) etiologie van het delier, ook na herhaald onderzoek, niet duidelijk. De patiënte reageerde niet op de gebruikelijke symptomatische behandeling en het betrof een patiënte met een psychiatrische voorgeschiedenis die meerdere psychofarmaca gebruikte. Volgens de nieuwe richtlijn hoort in dat geval medebehandeling gevraagd te worden van een specialist met specifieke expertise in diagnostiek en behandeling van een delier, bijvoorbeeld een internist, geriater of ziekenhuispsychiater.

Lastige patiënten

De gepubliceerde casus is mogelijk illustratief voor de geringe opnamebereidheid van in potentie 'lastige' of gedragsgestoorde patiënten op afdelingen van

algemene (of academische) ziekenhuizen. Betreffende patiënte was bekend met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis die gepaard ging met suïcidaliteit, depressieve klachten en psychotische klachten. Als de verpleging van een somatische afdeling van het algemeen ziekenhuis onvoldoende kennis en ervaring met dit soort problemen heeft, kan een dergelijke patiënte, zeker als zij delirant is, een afdeling danig ontregelen. Opname weigeren kan dan een aantrekkelijker optie zijn. In dit kader kan ook de casus van Raymond W. in herinnering gebracht worden, die eveneens in 2011 na automutilatie ernstig gewond in een separeercel van een ggz-instelling overleed, nadat het algemeen ziekenhuis niet bereid was deze patiënt op te nemen. Hierover zijn destijds Kamervragen gesteld en de casus is gebruikt om het probleem van inadequaat somatische zorg voor psychiatrische patiënten bespreekbaar te maken.⁴ Vooroordelen spelen een rol, maar ook het gebrek aan kennis, ervaring en expertise van ziekenhuispersoneel om met moeilijke ggz-patiënten om te gaan. Dit is mogelijk deels een gevolg van het volledig organisatorisch, financieel en verzekeringstechnisch scheiden van de algemene somatische en de psychiatrische gezondheidszorg.

Naast adequate scholing en uitwisseling van ervaring en expertise van ziekenhuispersoneel is er dringend behoefte aan een cultuuromslag, om te voorkomen dat ook in de toekomst delirante patiënten met een psychiatrische voorgeschiedenis noodzakelijke zorg onthouden wordt. Niet alleen helpt de uitspraak van het CTG hier niet bij, maar zij legitimeert in feite slechte zorg. ■

contact

a.leentjens@maastrichtuniversity.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

web

Meer informatie over dit onderwerp en de voetnoten vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl.

REACTIE VAN DE INSPECTIE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

De inspectie onderschrijft geheel de inhoud van dit artikel van de richtlijncommissie Delier (2014) en zeker ook de stelling in de titel. Bij consultatie van deskundigen voor de tuchtzaken viel het de inspectie op dat de somatici en de psychiaters niet altijd op één lijn zaten over het verblijf en de behandeling in het algemeen ziekenhuis van psychiatrische patiënten met een delier. Daarom is deze herziene richtlijn met het duidelijke standpunt van de auteurs van groot belang voor de noodzakelijke zorg voor psychiatrische patiënten met een delier. De inspectie kent uit de praktijk signalen dat IBS-verklaringen worden uitgeschreven voor opname van een patiënt met een delier in een ggz-instelling. Zij ziet dit als een ongewenste ontwikkeling, vooral dus bij complexe delieren. Het heldere standpunt van deze richtlijncommissie ziet de inspectie als een nog duidelijker veldnorm die zij zal hanteren bij haar toezichtstaak. Overigens voerde de inspectie de afgelopen jaren een intensief beleid om via thematisch toezicht het separeren in het algemeen terug te dringen; maar in ieder geval hoort een patiënt met een delier niet thuis in de separeer.