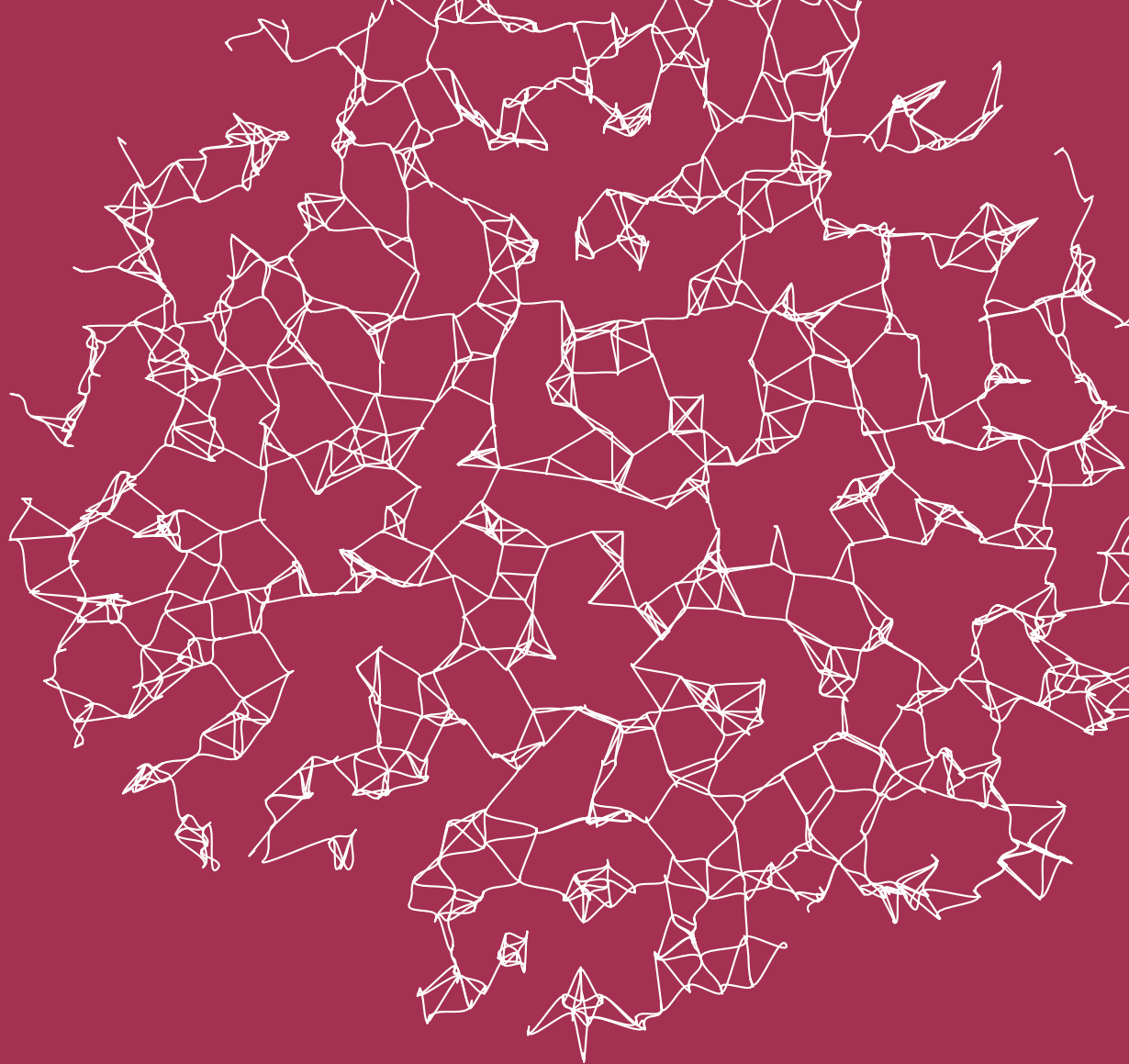




Handboek Psychiatrie en het ziekenhuis

Jeroen van Waarde & Birit Broekman
Jordy Rovers & Laura De Wit
(redactie)

Boom | deTJDstroom

Online leren
Kijk binnenin



*Jeroen van Waarde, Birit Broekman,
Jordy Rovers, Laura De Wit (redactie)*

HANDBOEK

PSYCHIATRIE EN HET ZIEKENHUIS

© Boom, 2026

De Tijdstroom is een imprint van Koninklijke Boom uitgevers

Uitgegeven door Boom

Prinsengracht 747-751

1017 JX Amsterdam

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Auteursrecht ten aanzien van tekst- en datamining en machinelearning is nadrukkelijk voorbehouden.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (Postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912. Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bijvoorbeeld een (digitale) leeromgeving of een reader in het onderwijs (op grond van artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-pro.nl).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher. No part of this publication may be reproduced in the context of text and data mining for any other purpose which is not expressly permitted by law without permission of the publisher.

De uitgever heeft ernaar gestreefd de rechten van de illustraties en de artikelen volgens wettelijke bepalingen te regelen. Degenen die desondanks menen zekere rechten te kunnen doen gelden, kunnen zich alsnog tot de uitgever wenden.

Ontwerp en verzorging omslag: Michiel van Kleef

Ontwerp en verzorging binnenwerk: Sandra van Wingerden, Buro van Erkelens

ISBN 9789024469789

NUR 875

www.boom.nl

VOORWOORD

Het is inmiddels alweer acht jaar geleden dat ik, als ervaringsdeskundige, het voorwoord mocht schrijven voor een voorganger van het boek dat nu voor u ligt. De eerste opvallende verandering is natuurlijk de titel: *Handboek psychiatrie en het ziekenhuis* (in plaats van *Handboek psychiatrie in het ziekenhuis*). En dat is nog maar een tipje van de sluier wat alle aanpassingen betreft. Ondanks een vernieuwde structuur is gelukkig de belangrijkste boodschap behouden, namelijk de noodzaak om met elkaar aan de best mogelijke zorg te werken voor patiënten in het ziekenhuis, die te maken hebben met zowel fysieke als psychiatrische klachten. En dat zijn er nogal wat, want deze groep vormt wel 30-60% van het totaal aantal patiënten in het ziekenhuis.

Ten tijde van het schrijven van het vorige voorwoord zat ik midden in een opstapeling van psychische klachten. Tegenwoordig ben ik gelukkig op dat vlak voor een groot deel hersteld. Mijn autisme heeft zijn weg gevonden en met mijn anorexia kan ik dusdanig goed uit de voeten dat deze me niet meer hindert in het dagelijks leven. Ook mijn stemming en PTSS zijn stabiel geworden. Maar helaas ben ik tijdens deze klim naar boven gediagnosticeerd met een bindweefselziekte: het syndroom van Ehlers-Danlos. Ik kom daardoor nog vaak in het ziekenhuis. Weliswaar ligt de focus nu anders, maar ik heb onveranderd te maken met een interactieve combinatie van (vroegere) psychiatrische problematiek en fysieke klachten. Nog steeds ervaar ik mijn ziekenhuisbezoekjes als een uitdaging, waarbij stigma, onbegrip, gebrek aan kennis en gefragmenteerde zorg vaak een grote rol spelen. Ik merk dat somatische en psychiatrische problemen nog altijd (hoewel al wat minder) een eigen eilandje vormen. Dat illustreert ook de behoefte aan dit nieuwe handboek, waarin kritisch wordt besproken hoe we hardnekkige problemen, zoals dit dualisme, blijven aanpakken.

Dat de psychiatrische zorg in ziekenhuizen nog niet optimaal is, heb ik vrij recentelijk nog mogen ervaren, toen ik vanwege per toeval ontdekte osteoporose naar de internist moest. De internist was zeker niet onvriendelijk en legde duidelijk uit hoe mijn ondergewicht heeft bijgedragen aan het ontstaan van het probleem. Ik heb me tijdens het gesprek kwetsbaar opgesteld en open verteld over het gevecht tegen mijn jarenlange eetstoornis. En dat mijn wat lage, maar stabiele gewicht op dat moment toch iets was waar ik trots op was. Toch vond de internist dat ik 'maar even tien kilo aan moest komen', dan zouden mijn hormonen en dus mijn botten wel herstellen. De internist leek begripvol toen ik aangaf dat dit mijn wereld op zijn kop zou zetten en waarschijnlijk tot een terugval zou leiden. Ik vroeg dan ook om een andere oplossing, die voor mij haalbaar zou zijn. Toch las ik een dag later in mijn dossier dat 'de patiënt elke medewerking en behandeling weigert'. Dat maakte me ontzettend boos en verdrietig. Niet voor de eerste keer voelde ik me zo onbegrepen! Deze arts had, zoals zovelen, geen enkele notie van wat eten betekent voor iemand met anorexia en evenmin van het feit dat ik alles gedaan heb wat in mijn macht ligt om beter te worden. Ondanks het delen van mijn eigen visie en mijn angst kreeg ik geen wederhoor en zeker geen maatwerk: dit was moe(w)erk! Ik heb in een brief gereageerd op de stigmatiserende en bagatelliserende houding van de arts en hij heeft mij uiteindelijk zeer sportief opgebeld om zijn

excuses aan te bieden. Het was geen onwil, het was onwetendheid. Een onwetendheid die ik vaak terugzie binnen veel disciplines in het ziekenhuis. Het telefoontje van de internist voelde voor mij als erkenning en eerherstel. Dit had ik te danken aan mijn mondigheid, maar hoeveel van mijn lotgenoten, op welk vlak van problematiek dan ook, beschikken niet over deze assertiviteit? Hoeveel mensen lijden er onder onbegrip, vooroordelen en schaamte en krijgen niet de best mogelijke zorg? Niet elk ziekenhuis heeft namelijk snel een psychiater beschikbaar, er zijn kennishiaten binnen de hele ziekenhuiszorg en bovendien is er een gebrek aan personeel en tijd. Hoe kunnen we, zeker in deze tijden van vergrijzing, al deze mensen passend opvangen? Het eerdere handboek bood al vele aanknopingspunten, maar in deze nieuwe versie worden er allerlei nieuwe denkrichtingen aan toegevoegd. En hoewel ik bezorgd ben, ben ik zeker niet negatief gestemd over de ontwikkelingen in het vakgebied van de ziekenhuispsychiatrie in de afgelopen jaren. Er gloort hoop aan de horizon! Psychisch welzijn staat steeds meer op de kaart en ik voel me steeds vaker serieus genomen. Dat er interactie is tussen psyche en lichaam, wordt vaker geaccepteerd en serieus onderzocht. Ik ervaar zelf ook steeds vaker dat er niet meer zo snel gegrepen wordt naar het woordje 'psychogeen'. Een tijdje geleden werd bij mij een functioneel-neurologisch-symptoomstoornis gediagnosticeerd. Deze klacht staat in de DSM-5, maar ik heb me tijdens het hele behandeltraject niet anders gevoeld dan tijdens een 'normaal' consult voor mijn knieklachten. Het is dus mogelijk! Want het is toch eigenlijk totaal onwenselijk dat ik blij ben met het feit dat ik tegenwoordig een vraag als 'Waarom heb jij zorg nodig?' zonder schaamte kan beantwoorden met: 'Ik heb een lichamelijke bindweefselziekte', in plaats van het beladen: 'Ik heb last van psychiatrische problematiek'?

De ontwikkelingen in het denken rondom dualiteit worden duidelijk weerspiegeld in dit nieuwe handboek. Nog sterker dan in de voorloper van dit handboek wordt het belang benadrukt van het holistisch benaderen van mensen. Hierbij wordt duidelijk dat psyche en lichaam interacteren en niet los van elkaar te zien zijn. Iedere patiënt heeft dus een eigen verhaal en verdient een behandeling die gebaseerd is op maatwerk en op een dimensionale diagnostiek die alle facetten van een menselijk leven meeneemt. Ik ben als ervaringsdeskundige dan ook enorm enthousiast over de casuïstiek die is toegevoegd aan elk hoofdstuk in dit nieuwe handboek. Het maakt de enorme diversiteit en complexiteit van hulpvragen zo tastbaar! De nadruk in het boek wordt daarbij gelegd op een goede integratie van zorg voor al die unieke personen: verscheidene disciplines moeten samenwerken binnen én buiten het ziekenhuis. De naaste omgeving moet daarbij zeker ook betrokken worden. Het brede biopsychosociale model vormt de basis. Intussen wordt er minder uitgegaan van 'wie doet wat?', maar veel meer van 'wat heeft deze patiënt nu nodig en hoe organiseren we dat samen?'. De patiënt staat (nog steeds) centraal en heeft inspraak, zodat de sterke kanten van een patiënt aangesproken kunnen worden. Dit bevordert ook weer therapietrouw en een positieve uitkomst. En daarbij wordt in dit nieuwe handboek terecht aandacht besteed aan het feit dat hulpverleners zelf net zo goed recht hebben op passende aandacht, want niet zelden krijgen zij te maken met traumatiserende of aan geweld gerelateerde incidenten, die de kwaliteit van en het plezier in hun werk kunnen beïnvloeden. Psychiaters (in opleiding) en andere hulpverleners krijgen met behulp van dit handboek dan ook meer gereedschap om het hoofd te kunnen bieden

aan de grote diversiteit aan uitdagingen die gerelateerd zijn aan geïntegreerde zorg. Het boek gaat bovendien duidelijk met zijn tijd mee, wat ook blijkt uit de aandacht die besteed wordt aan mensen met genderproblematiek, die vaak al tussen wal en schip vallen. Ook worden ontwikkelingen rondom neuromodulatie beschreven, die hoop geven als het gaat om diagnostiek en behandeling. Het is al met al een boek waarin verbinding centraal staat en waarin gedacht wordt in de richting van oplossingen, mogelijkheden en de toekomst. Wie weet, wordt elk ziekenhuis ooit wel één grote medisch-psychiatrische unit? Het *Handboek psychiatrie en het ziekenhuis* is wat mij betreft een must-read voor iedere professional die in aanraking komt met psychiatrie in en rondom het ziekenhuis. En dat zijn er meer dan we ons realiseren!

Wat is het fijn om dit voorwoord af te kunnen sluiten in de wetenschap dat er zoveel positieve ontwikkelingen gaande zijn in het veld van psychiatrie en het ziekenhuis. Ik vind het ontzettend boeiend om deze groei mee te mogen maken als patiënt en als toeschouwer. Ik hoop dat dit boek u dezelfde impuls geeft als die het mij heeft gegeven, namelijk de wens om me te blijven verwonderen en om een actieve bijdrage te leveren aan de nieuwe wegen die we moeten, maar ook kunnen inslaan in de psychiatrie binnen en buiten het ziekenhuis!

Irene Post

Ervaringsdeskundige

BSc Pedagogische Wetenschappen, Leiden

VOORWOORD VAN DE REDACTIE

In 2018 verscheen het *Handboek psychiatrie in het ziekenhuis*. Zoals Irene Post al in het voorwoord opmerkte, heeft de opvolger van die uitgave bewust een net iets andere titel gekregen: *Handboek psychiatrie en het ziekenhuis*. De redactie heeft namelijk gemeend een geheel nieuwe versie te maken die breder en integraler van opzet is dan het vorige handboek. Breder in de zin dat de psychiatrische zorg – zoals deze dagelijks wordt geleverd door psychiaters, artsen, psychologen, verpleegkundigen, ervaringsdeskundigen en andere zorgverleners die bij een universitair of algemeen ziekenhuis werken – zich niet meer houdt aan de grenzen van de ziekenhuismuren. De zorg is tegenwoordig nog veel meer in netwerken georganiseerd. Het handboek beoogt ook nog integraler de psychiatrische zorg bij patiënten die eveneens ziekenhuiszorg behoeven te beschrijven. Daarmee bedoelen we dat de psychiater verder kijkt dan het eigen vakgebied psychiatrie en ook de somatische, psychologische, sociale en contextuele aspecten meeneemt in diagnostiek en behandeling. Dezelfde geïntegreerde benadering willen we graag stimuleren bij onze somatische collega's. Dit is werk in uitvoering. Op sommige gebieden van de zorg rondom het ziekenhuis is deze integratie al vanzelfsprekend, terwijl op andere gebieden dit zich verder zal gaan ontwikkelen. Wij hopen dat dit nieuwe handboek eraan bijdraagt deze ontwikkeling verder te versnellen.

We willen de redactieleden Adriaan Honig, Jeroen Lijmer en Bastiaan Verwey van de eerdere uitgave van het *Handboek psychiatrie in het ziekenhuis* hartelijk danken voor hun onmiskenbare bijdrage aan de ontwikkeling van de ziekenhuispsychiatrie. Hun werk heeft de ziekenhuispsychiatrie op de kaart gezet en vormt een waardevolle basis voor deze nieuwe editie.

Dit handboek is bedoeld als praktische gids voor zorgverleners in de dagelijkse ziekenhuiszorg. Het richt zich op een brede doelgroep, onder wie artsen in opleiding, psychiaters, andere medisch specialisten (in opleiding), SEH-artsen, klinisch gerieters, verslavingsartsen, huisartsen, verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, klinisch psychologen, medisch psychologen en andere zorgverleners die erbij betrokken zijn. Het centrale doel van dit handboek is het overbruggen van de kloof tussen psychiatrische en somatische zorg, zowel binnen als buiten het ziekenhuis. Daarbij wordt uitgegaan van een integrale benadering waarin het lichaam, de psyche en de sociale context onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn.

De klachtgerichte hoofdstukken zijn bewust compact en overzichtelijk gehouden, met nadruk op directe toepasbaarheid in de klinische praktijk. Elk hoofdstuk volgt een herkenbare structuur.

- Start met casuïstische vignettes.
- Beknopt overzicht van de relevante achtergrond, pathofysiologie en epidemiologie.
- Behandelopties, inclusief praktische handvatten.
- Verdieping van een of meer thema's uit het hoofdstuk.
- Concrete aanbevelingen voor de dagelijkse praktijk.

LEESWIJZER

Het handboek kan lineair worden gelezen, maar kan ook als naslagwerk bij specifieke klinische vragen worden gebruikt. Aan het einde van elk hoofdstuk wordt verwezen naar aanvullende bronnen, zoals richtlijnen, websites of video's, voor verdere verdieping. Om de lezer snel van dienst te zijn, worden veelvoorkomende vragen aan de psychiater in het ziekenhuis hierna getoond. Daarbij staat dan direct een verwijzing naar het betreffende hoofdstuk in het handboek. Wij hopen dat dit helpt om het handboek gelijk te gebruiken binnen én buiten het ziekenhuis.

Zoals Irene Post zich in haar voorwoord al afvraagt, ontwikkelt wellicht elk ziekenhuis zich ooit tot één grote medisch-psychiatrische unit (MPU). Hopelijk wordt dit handboek – en de volgende edities – dan een standaardwerk voor iedere medische opleiding. Opmerkingen, suggesties en verbeteringen voor toekomstige edities zijn van harte welkom bij de redactie, te bereiken via Boom Uitgevers.

Jeroen van Waarde, Birit Broekman, Jordy Rovers en Laura De Wit, zomer 2026

Mijn patiënt heeft seksuele bijwerkingen. Wat te doen?

Hoofdstukken 17 en 18

Help, mijn patiënt loopt nu weg! Dat mag niet gebeuren, want dan gaat het helemaal fout.

Hoofdstuk 24

Wat doe ik met alle psychofarmaca rondom de grote operatie?

Hoofdstuk 9

Help, mijn patiënt wil nu dood!

Hoofdstuk 21

Ik erger me mateloos aan deze patiënt en het team is van streek. Wil je het alsjeblieft van me overnemen?

Hoofdstuk 2

Wat is nuttig screenend bloedonderzoek bij opname op de afdeling psychiatrie?

Hoofdstuk 4

De patiënt is agressief en maakt me bang. Kun je kijken wat er aan de hand is?

Hoofdstuk 6

Moet ik de doseringen van de psychofarmaca aanpassen nu mijn patiënt zowel nier- als leverfunctiestoornissen heeft?

Hoofdstuk 9

Mijn patiënt heeft 'niets-per-os'-beleid. Wat te doen met de psychofarmaca?

Hoofdstukken 9 en 10

Ik krijg geen normaal contact met deze patiënt. Hoe komt dat?

Hoofdstukken 2 en 5

Ik vind een buisje GHB in bed bij de patiënt. Dit buisje direct weggooien, toch?

Hoofdstuk 11

Mijn patiënt is helemaal verward. Kunnen jullie in consult komen?

Hoofdstuk 5

Patiënt vraagt nú om euthanasie. Wat te doen?

Hoofdstuk 21

De operatie is goed verlopen, maar de patiënt wil niet uit bed. Hoe hiermee om te gaan?

Hoofdstukken 5 en 10

Ik heb een vrouw die haar klachten wijt aan hormonen. Kun jij er wél wat mee?

Hoofdstuk 17

Declareren is iets voor de administratie, daar bemoei ik me niet mee! Of is dat wel belangrijk?

Hoofdstuk 25

Deze kraamvrouw is helemaal niet blij met haar kind, terwijl de keizersnede goed is gegaan. Wat doen we daarmee?

Hoofdstuk 16

Leefstijl? Dat is toch iets voor buiten het ziekenhuis?

Hoofdstuk 23

Welk slaapmiddel adviseer je bij deze ic-patiënt die 's nachts geen oog dichtdoet?

Hoofdstuk 19

ECT? Doen jullie dat nog? Waarvoor eigenlijk, en waarom moet dat in het ziekenhuis?

Hoofdstuk 22

Deze oudere patiënt is nu voor de derde keer de afspraak vergeten. Gaat dat wel goed thuis?

Hoofdstuk 20

Mijn patiënte is transvrouw en staat op voor een vaginaplastiek. Ik krijg moeilijk contact met haar. Kunnen jullie haar zien?

Hoofdstuk 8

Deze patiënt blijft maar zeggen dat ze allemaal draadjes uit haar huid trekt, maar dat kan helemaal niet. Lijkt me wat voor de psychiater!

Hoofdstuk 15

Ik heb een patiënt die maar lichamelijke klachten blijft houden, terwijl er niets uit de onderzoeken komt. Wat moet ik doen?

Hoofdstuk 12

INHOUD

1	PSYCHIATRIE ALS INTEGRAAL ONDERDEEL VAN DE GENEESKUNDE	
1	De mens als geheel	5
	Biopsychosociale zorg in de ziekenhuispraktijk <i>Birit Broekman, Jeroen van Waarde, Jordy Rovers, Laura De Wit</i>	
2	Van mens tot mens	13
	Trauma, hechting en mentaliseren in en om het ziekenhuis <i>Nelis de Wit, Jeroen van Waarde</i>	
3	Psychiatrische zorg in het ziekenhuis	27
	Hoe ga je te werk? <i>Maarten van Schijndel, Melissa Chrispijn</i>	
4	Aanvullend somatisch onderzoek voor de psychiater	49
	<i>Abel Thijs, Arjen Slooter</i>	
2	HULPVRAGEN EN KLACHTENPRESENTATIES IN DE DAGELIJKE ZIEKENHUISPRAKTIJK	
5	Patiënt met acute mentale verandering	77
	<i>Peter Belgers, Lot de Witte</i>	
6	Patiënt met een acute opwindingsstoestand	95
	<i>Laura De Wit, Hans van Mierlo</i>	
7	Patiënt met levensbedreigende psychiatrische ontregeling	105
	<i>Jeroen van Waarde, Jordy Rovers, Laura De Wit, Birit Broekman</i>	
8	Patiënt met genderdysforie of klachten gerelateerd aan genderidentiteit	119
	<i>Tim van de Grift, Annelou de Vries</i>	
9	Patiënt met multimorbiditeit	135
	<i>Laura De Wit, Jeroen van Waarde</i>	
10	Patiënt met een sombere stemming	161
	<i>Jordy Rovers, Philip van Eijndhoven, Eric Ruhé</i>	
11	Patiënt met een stoornis in het gebruik van middelen	183
	<i>Stijn Veldman, Maarten Belgers, Arnt Schellekens</i>	
12	Patiënt met aanhoudende lichamelijke klachten	205
	<i>Luc Lamée, Jordy Rovers, Lineke Tak</i>	

13	Patiënt met functionele neurologische klachten <i>Tim van Dijl, Sonja Rutten</i>	221
14	Patiënt met ernstig ondergewicht <i>Maarten Soeters, Danny Cohn, Marloes Oudijn</i>	237
15	Patiënt met huidafwijkingen en psychische klachten <i>Nienke Vulink, Patrick Kemperman</i>	255
16	Patiënte met klachten gebonden aan zwangerschap en bevalling <i>Peter Mulders, Monique van den Eijnden, Birit Broekman</i>	277
17	Patiënt met klachten gerelateerd aan geslachtshormonen <i>Anouk de Wit, Dorenda van Dijken, Birit Broekman</i>	293
18	Patiënt met seksuele klachten <i>Rieky Dikmans</i>	307
19	Patiënt met slaaptekort, verschoven slaap en slapeloosheid <i>Esmée Verwijk, Eus van Someren</i>	327
	Addendum Farmacotherapie bij patiënt met slapeloosheid <i>Laura De Wit, Jeroen van Waarde</i>	338
20	Oudere patiënt met geheugenproblemen <i>Mardien Oudega, Lies Van Assche, Odile van den Heuvel, Eric van Exel</i>	343
21	Patiënt met een doodswens <i>Remco de Winter, Kinke Lommerse, Jeroen van Waarde</i>	357
3	OVERIGE ASPECTEN	
22	Neuromodulatie <i>Roel Mocking</i>	377
23	Preventieve kansen <i>Lisanne Koomen, Wiepke Cahn, Birit Broekman</i>	397
24	Patiënt die geen behandeling wil <i>Dieuwertje de Waardt, Jeroen van Waarde</i>	409
	Addendum Relevante wetteksten voor de praktijk	421
25	Ontwikkeling en financiering van somatisch-psychiatrische comorbiditeitszorg <i>Maarten van Schijndel, Jeroen van Waarde</i>	423
	Personalia	441
	Register	443

DE MENS ALS GEHEEL

BIOPSYCHOSOCIALE ZORG IN DE ZIEKENHUISPRAKTIJK

Birit Broekman, Jeroen van Waarde, Jordy Rovers, Laura De Wit



Casus 1.1

Een 33-jarige vrouw komt met haar echtgenote op de psychiatrie-obstetrie-pediatrie-poli (POP-poli) met de vraag of haar psychiatrische voorgeschiedenis – met rond haar 18e leeftijd periodes van automutilatie, wisselende stemmingen en het horen van negatief becommentariërende stemmen in haar hoofd – belemmerend is voor een eventuele zwangerschap met spermadonatie.



Casus 1.2

Een 69-jarige man wordt sterk vervuild, schreeuwend en wild om zich heen slaand op de spoedeisende hulp (SEH) gepresenteerd, nadat hij op straat in elkaar is gezakt en even buiten bewustzijn was. Hij staat volgens de wijkagent bekend als zorgmijder en veroorzaakt geregeld overlast. In de ambulance blijkt hij koorts, tachycardie en hypotensie te hebben. De SEH-arts vraagt advies hoe deze man het best benaderd kan worden en of hij – gezien zijn weigerende opstelling – wel onderzocht en behandeld mag worden.



Casus 1.3

Een 45-jarige vrouw wordt met een crisismaatregel opgenomen op de medisch-psychiatrische unit (MPU) na een ernstige suicidepoging met grote hoeveelheden lisinopril, die zij al jaren gebruikt vanwege hypertensie. Er is sprake van een psychotisch depressief toestandsbeeld met extreme angst, misselijkheid met braken, dehydratie en hypotensie waarvoor intraveneus vocht en sederende medicatie nodig is. Ook wordt gestart met haloperidol intraveneus en amitriptyline oraal. Hiermee stemt ze in na overleg met haar broer. Elektroconvulsie therapie (ECT) is als belangrijke behandeloptie besproken, maar deze behandeling is voor de patiënte nog niet acceptabel.

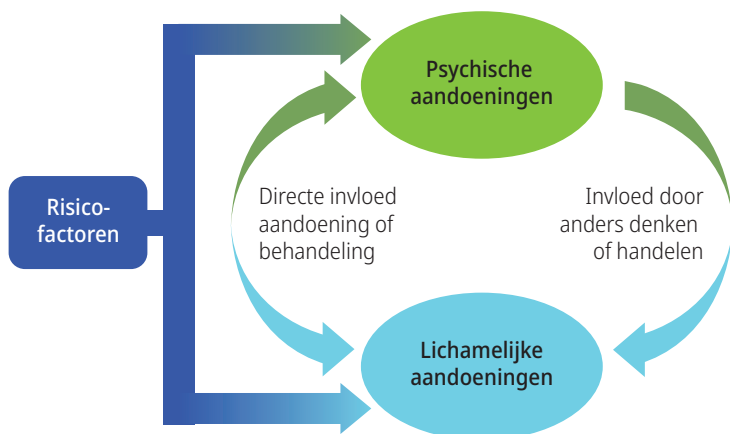
1.1 INLEIDING

De lichamelijke en psychiatrische gezondheid zijn nauw met elkaar verweven (zie ook figuur 1.1). Toch worden ze in de praktijk vaak nog als gescheiden werelden benaderd. Dat leidt potentieel tot gemiste diagnoses, ineffectieve behandelingen en een verhoogde ziektelast. Bij maar liefst 30-60% van de patiënten die opgenomen zijn in het ziekenhuis, komen somatische en psychiatrische stoornissen samen voor (zie bijvoorbeeld de casussen 1.2 en 1.3).¹ Daarnaast is er een grote groep patiënten met aanhoudende lichamelijke klachten waarvoor geen of onvoldoende medische verklaring gevonden wordt en waarbij biologische, psychische en sociale factoren vaak een rol spelen in het ontstaan, versterken of in stand houden van de klachten. Zo is aangetoond dat maar liefst 45-95% van de patiënten met een depressie zich presenteert met lichamelijke klachten, waaronder pijn en uitputting.² Daarnaast kunnen psychiatrische aandoeningen de lichamelijke gezondheid negatief beïnvloeden en de behandeling bemoeilijken, wat leidt tot een verhoogd risico op complicaties, langdurige opnames en zelfs mortaliteit.³⁻⁵ Tegelijkertijd hebben mensen met lichamelijke aandoeningen een verhoogd risico om psychiatrische klachten te ontwikkelen. Dit betekent dat lichamelijke symptomen onlosmakelijk verbonden zijn met de psychiatrische stoornis en andersom, terwijl veel zorgverleners geneigd zijn psychische en lichamelijke klachten afzonderlijk te beoordelen, wat kan leiden tot het missen van ofwel de psychiatrische aandoening ofwel de somatische problematiek.

Dat lichamelijke en psychiatrische ontregeling vaak hand in hand gaan, is geen toeval. Daar zijn verschillende verklaringen voor. Allereerst zijn er aanwijzingen dat er overlappende genetische factoren en overlappende biologische paden zijn die het risico op een lichamelijke aandoening (bijvoorbeeld diabetes of overgewicht) en op een psychiatrische stoornis (bijvoorbeeld depressie) verhogen. Onderliggende biologische processen, zoals ontregeling van het stresssysteem en het metabool syndroom, kunnen bijdragen aan de gecombineerde ziektelast.⁶ Ook zijn ongunstige omgevingsfactoren – die aanwezig kunnen zijn vanaf de vroege ontwikkeling (prenataal, eerste jaren van het leven), zoals luchtvervuiling, ondervoeding, infectieziekten, lichamelijke en psychologische verwaarlozing – geassocieerd met hogere risico's op het ontwikkelen van zowel lichamelijke aandoeningen (bijvoorbeeld kanker, endocrinologische ziekten, hart- en vaatziekten) alsook psychiatrische aandoeningen (autisme, psychotische stoornissen, stemmingsstoornissen, middelengebonden stoornissen of persoonlijkheidsstoornissen). In de praktijk betekent dit dat zorgverleners alert moeten zijn op lichamelijke aandoeningen die psychiatrische klachten kunnen veroorzaken, zoals schildklierafwijkingen, en andersom op psychiatrische aandoeningen die gepaard gaan met of kunnen leiden tot lichamelijke aandoeningen. Zo is er voldoende evidentie dat chronische stress niet alleen het risico op depressie en angststoornissen vergroot, maar ook het risico op cardiovasculaire ziekten, darmproblemen en pijnsyndromen.^{7,8} Ten slotte zijn er specifieke factoren die zowel de kans op psychiatrische als somatische aandoeningen vergroten, zoals een ongezonde leefstijl, middelengebruik en bijwerkingen van medicatie.⁹ Bewustwording bij alle medisch specialisten, inclusief psychiaters, evenals bij andere aanverwante zorgverleners,

zoals verpleegkundigen en psychologen, is daarom van belang om waar nodig screening en verdere diagnostiek en behandeling van lichamelijke en psychiatrische aandoeningen te verrichten. Dit kan de gevolgen van comorbiditeit op de korte en lange termijn voorkómen of verminderen.

Figuur 1.1 Psychische en lichamelijke aandoeningen zijn nauw met elkaar verbonden



De gevolgen van comorbide lichamelijke en psychiatrische aandoeningen zijn aanzienlijk. Mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen in Nederland ervaren meer ziektelast en leven gemiddeld vijftien tot twintig jaar korter dan mensen zonder deze aandoeningen.^{10,11} In deze groep komt sterfte door lichamelijke aandoeningen twee tot drie keer vaker voor dan bij de algemene bevolking.¹² Vaker dan aan suicide overlijden zij aan een lichamelijke ziekte, zoals hart- en vaatziekten, de gevolgen van diabetes, obesitas en het metabool syndroom. De precieze levensverkortung hangt af van de aandoening, de ernst, de behandelsetting en bijkomende risicofactoren. Psychotrope medicijnen (zoals antipsychotica) kunnen bijdragen aan gewichtstoename, diabetes en hartproblemen en kunnen dus bijdragen aan de verhoogde morbiditeit en mortaliteit. Zorgverleners moeten dus samen met de patiënt bekijken of de voordelen van behandeling opwegen tegen de nadelen. Daarbij worden bij patiënten in het ziekenhuis met gecombineerde somatisch-psychiatrische problematiek twee tot vier keer zoveel zorgkosten gemaakt in vergelijking met alleen somatische problematiek.¹³ Deze toename is te verklaren door de verhoogde kwetsbaarheid van patiënten, de betrokkenheid van verscheidene specialisten zonder optimale afstemming, onnodige en vaak herhaalde somatische overdiagnostiek, óf juist onderdiagnostiek vanwege de veelvuldig voorkomende vertraagde herkenning van psychiatrische symptomen, mede door overlap van symptomen met het somatische ziektebeeld. In de ggz leidt het niet of te laat herkennen van lichamelijke comorbiditeit eveneens tot verhoogde morbiditeit en mortaliteit.

Voor een goede, efficiënte en toekomstbestendige ziekenhuiszorg is het daarom van essentieel belang om psychische zorg structureel te integreren in het medisch proces. Tegelijkertijd zal in de ggz juist de somatische diagnostiek en behandeling, naast aandacht voor preventieve leefstijlinterventies, geïntegreerd moeten zijn in de psychiatrische diagnostiek en behandeling (zie ook kader 1.1).⁹

1.1

Geïntegreerde zorg

Geïntegreerde zorg verwijst naar zorg die lichamelijke, psychische én sociale aspecten combineert in een samenhangende aanpak, afgestemd op de behoeften van de patiënt – met als doel continuïteit, coördinatie en samenwerking tussen zorgverleners te realiseren.

1.2 ONTWIKKELING VAN PSYCHIATRIE EN HET ZIEKENHUIS

De wortels van de psychiatrie in de ziekenhuizen (zie ook kader 1.2) liggen in de vroege twintigste eeuw. Van oudsher hadden algemene en academische ziekenhuizen specifieke afdelingen voor patiënten met psychiatrische ontregelingen – de huidige psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis (paaz) of Psychiatrische Universiteitskliniek (PUK). De groei van algemene ziekenhuizen leidde tot de eerste vormen van consultatieve psychiatrie, waarbij de nadruk lag op het herkennen en behandelen van ernstige psychiatrische stoornissen bij somatische patiënten, zoals een delier, suïcidaliteit en katatonie. In de decennia daarna groeide het inzicht in de complexe wisselwerking tussen lichamelijke ziekten en psychische klachten, wat in de jaren zestig en zeventig van de vorige eeuw resulteerde in de ontwikkeling van de zogeheten consultatieve en liaisonpsychiatrie als volwaardig subspecialisme, gericht op verbeterde samenwerking tussen somatische en psychiatrische zorgteams. Ziekenhuispsychiatrie groeide uit tot een essentieel vakgebied waarin lichaam en geest samen werden gebracht binnen de medische praktijk. Echter, door overheidsbeleid gericht op de ontwikkeling van psychiatrische zorg als onderdeel van een brede ggz buiten de ziekenhuizen, die in toenemende mate gericht werd op verdere ambulantisering uit de grote psychiatrische ziekenhuizen en op de autonomie van patiënten, nam het aantal ziekenhuizen met een eigen paaz gestaag af. De kennis en vaardigheden betreffende lichamelijke aandoeningen in de ggz namen navenant ook af, omdat de twee zorgsystemen steeds meer gescheiden raakten.