

De consultatieve psychiater als vast teamlid

In algemene ziekenhuizen wordt de consultatieve psychiater vaak pas gevraagd om naar de afdeling te komen als een patiënt duidelijk 'psychiatrisch' gedrag vertoont. Recent onderzoek toont echter aan dat psychiatrische problemen eerder onderkend en behandeld worden, met een daling van het aantal opnamedagen tot gevolg wanneer psychiaters als vast teamlid participeren in de dagelijkse rondes.

Bij naar schatting 33-35% van de opgenomen patiënten in een algemeen ziekenhuis is sprake van een co-morbide psychiatrische stoornis. Niemand twijfelt dan ook aan de meerwaarde van de aanwezigheid van een psychiater. Over de vorm waarin de huidige psychiatrische zorg momenteel georganiseerd is – namelijk meestal alleen op consultatieve basis – bestaat echter nogal wat discussie. Consultatieve- en liaisonpsychiatrie in het algemeen ziekenhuis gebeurt via consulten aan het bed van de patiënt op vraag van de behandelende arts, en via raadplegingen. Er is met andere woorden geen afzonderlijke afdeling 'Psychiatrie', met eigen opnamebedden.

Volgens een recente Amerikaanse studie zou het echter relatief lang duren voordat een psychiater om een consult wordt gevraagd. Vaak gebeurt het ook pas op het moment dat de psychiatrische symptomen problemen geven bij de



Uit de studieresultaten blijkt dat het vóór de studie tot zes dagen kon duren voor een psychiater geconsulteerd werd, terwijl die duur in de nieuwe werkvorm afnam tot twee dagen.

somatische behandeling. Daardoor onderken je slechts de problematiek die zich verstoring klinisch presenteert, zo argumenteren Muskin e.a.

Sommige vooraanstaande Amerikaanse ziekenhuizen introduceerden daarom bij wijze van test een psychiater en andere geestelijke gezondheidsprofessionals in het medisch team, om als vast teamlid mee te draaien in de dagelijkse rondes op de afdeling. Bedoeling is om uiteenlopende psychiatrische stoornissen in een vroeg(er) stadium te herkennen, doordat de psychiater zijn collega-specialisten en verpleegkundigen direct adviezen kan geven en snel kan (be)handelen. "Belangrijk voordeel is ook dat andere (medische) teamleden op deze manier kunnen bijleren over psychiatrische stoornissen", aldus de auteurs.

Kosten teruggewonnen

Een psychiater als vast teamlid op de somatische verpleegafdeling: dat zal niet gratis zijn! Ja, geven Muskin en collega's toe, maar omdat het aantal opnamedagen verminderd wordt, kunnen ook meer patiënten opgenomen worden. De kosten betalen zich met andere woorden terug. Muskin is professor psychiatrie aan New York-Presbyterian/Columbia University Medical Center en nam er de proef op de som. Zo ondervonden hij en zijn collega-onderzoekers bij aanvang van de studie dat 34% van 324 patiënten langer dan vijf dagen in het ziekenhuis verbleven. Een jaar eerder was dat nog 59%, met name vóór een psychiater op dagelijkse basis meeliep met de rondes.

Christina Garza is die psychiater. Elke ochtend loopt ze mee met een team van residenten, stagiaires en een specialist. Het team bezoekt patiënten met uiteenlopende aandoeningen. Merkt ze bij een van hen een psychiatrische aandoening op, dan raadt ze medicatie aan of verzoekt ze om de patiënt apart te ontmoeten, zo legt ze uit aan *The Wall Street Journal*. "Te vaak kijken artsen niet verder dan de somatische kwalen", zegt dr. Garza. "Terwijl psychische aandoeningen het verloop van een ziekte significant kunnen beïnvloeden."

Uit de studieresultaten blijkt verder dat het vóór de studie tot zes dagen kon duren voor een psychiater geconsulteerd werd, terwijl die duur in de nieuwe werkvorm afnam tot twee dagen. Daarnaast verminderde de gemiddelde opnameduur (LOS of length of stay) met 1,19 dagen. Deze bevindingen spoorden het ziekenhuis aan om naast dr. Garza nog een parttime psychiater en een fulltime maatschappelijk werker aan te werven. Een jaar na de start van de studie stond de teller al op een besparing van 2.889 opnamedagen.

Versnipperd

Deze cijfers zijn misschien nieuw, maar de vraag om een uitbreiding of alleszins versterking van de liaisonfunctie binnen algemene ziekenhuizen is dat niet, reageert prof. **Frieda Matthys** – psychiater en voorzitter van de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie (VVP). In 2013 pleitte PAAZ-Overleg Vlaanderen (PAAZ staat voor Psychiatrisch Aanbod van de Algemene Ziekenhuizen), als sectie actief binnen de VVP, in haar visietekst al voor een sterke interne en externe liaisonfunctie. "De voorbije jaren zijn er naast de medisch-psychiatrische liaisonfunctie verschillende psychologen toegevoegd aan zorgprogramma's binnen het algemene ziekenhuis. De middelen voor deze dienstverlening en toewijzing ervan zijn echter te specifiek en te versnipperd. Daardoor bestaan er zeer uiteenlopende liaisonteams en krijgen heel wat patiënten niet de nodige zorg op gebied van geestelijke gezondheid." VVP/PAAZ pleit dan ook voor een meer algemene financiering op ziekenhuisniveau, waarbij een pluridisciplinair team (psychiater, psycholoog, sociale dienst, psychiatrisch verpleegkundige) nauw samenwerkt met de somatische diensten en de eerste lijn.

Emily Nazionale

• Philip R. Muskin, Anne Skomorowsky, Ravi N. Shah (2016). *Co-managed Care for Medical Inpatients, C-L vs C/L Psychiatry, Psychosomatics*, vol. 57 (3): 258–263. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psych.2016.02.001>

Naar een sui generis statuut ASO's met pensioenopbouw

Voor artsen-specialisten is het sui generis statuut behouden, uitgebreid met de eerste pijler (pensioenen werknemers) de beste optie. Die uitbreiding laat namelijk toe om al tijdens de vaak jarenlange stage pensioenrechten op te bouwen." Stelt het kabinet van minister Maggie De Block. Enkele maanden geleden werkte Ecolo/Groen een wetsvoorstel uit met als ambitieuze doelstelling alle artsen-specialisten in opleiding een volwaardig sociaal statuut te bezorgen. Zo ver gaat de regering echter niet. Desgevraagd laat het kabinet van minister De Block weten dat de

FOD Sociale Zekerheid de verschillende mogelijkheden in verband met een eventuele uitbreiding van het 'sui generis'-statuut bestudeerd heeft. Dat gebeurde op haar vraag en conform de beleidsnota van de minister. Momenteel omvat het 'sui generis' statuut ziekte en invaliditeit (na één maand arbeidsongeschiktheid wordt 60% van het loon vergoed via het ziekenfonds) en kinderbijslag. Uit het onderzoek van de FOD bleek dat het behoud van het statuut 'sui generis', uitgebreid met de eerste pijler - pensioenen werknemers - de best mogelijke optie is. Die uitbreiding zou

toelaten om al tijdens de stage pensioenrechten op te bouwen. Maar een volwaardig statuut – met naast pensioenopbouw, ook werkloosheidsuitkering, palliatief verlof, vakantiegeld en een 13de maand – zoals Groen vraagt, zit er dus niet in. Het kabinet voegt er nog aan toe dat de minister momenteel het advies gevraagd heeft bij de Nationale Paritaire Commissie Geneesheren-Ziekenhuizen. Dat advies verwacht men binnen afzienbare tijd. Daarna kan dan de interkabinettenwerkgroep over het thema opgestart worden.

G.V.