VISIETEKST SECTIE CLP VVP – MPU IN VLAANDEREN

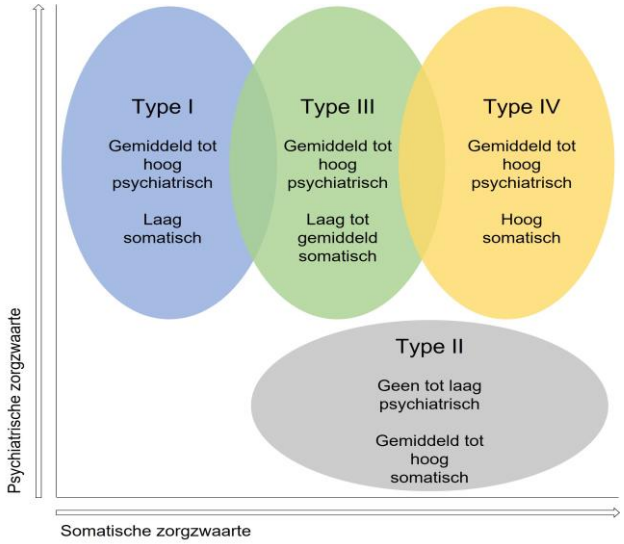
Op basis van het Discussieforum in GGZ-congres d.d. 10/09/2024

1. Inleiding en situering

De medisch-psychiatrische unit (MPU) biedt een geïntegreerd zorgaanbod voor de diagnostische oppuntstelling en de behandeling van patiënten met somatische en psychiatrische comorbiditeit, waar een opname geïndiceerd is in het geval dat de somatische problematiek te complex is voor een psychiatrische afdeling of de psychiatrische stoornis de behandeling op een somatische afdeling bemoeilijkt of onmogelijk maakt. Enkele concrete voorbeelden van indicatie voor opname zijn de volgende:

- Verdere observatie van een patiënt na een ernstige zelfmoordpoging door auto-intoxicatie en opname in INZO
- Zorg voor een patiënt met psychotische stoornis en ernstige infectie waarvoor IV-behandeling en/of noodzaak toediening zuurstof
- Majeur traumazorg: gedragsproblemen na TBI en ontwenningssyndroom
- Acute psychotische stoornis bij patiënt met geriatrisch profiel en polypathologie
- Neurocognitieve symptomen en gedragsproblemen bij een patiënt met een hersentumor
- Acuut delirium met ernstige agitatie en psychotische kenmerken
- Behandeling van ernstige depressieve stoornis met psychotische en katatone kenmerken en ernstige ondervoeding en hulpbehoevendheid
- Diagnostische oppuntstelling bij gedragsproblemen en vermoeden van onderliggende aandoening, zoals auto-immuun encefalitis
- Noodzaak monitoring tijdens de zwangerschap en ernstige gedragsproblemen
- Anorexia nervosa (restrictieve type) en zeer ernstige ondervoeding

Er zijn verschillende types van MPU in functie van de somatische en psychiatrische zorgzwaarte, evenals in functie van de doelstelling en de medische dienst die de concrete implementatie voorziet (psychiatrische afdeling versus somatische dienst):



In Vlaanderen bestaat dit zorgaanbod momenteel niet, in tegenstelling tot Nederland, de VS en vele andere landen. Een mogelijkheid zou kunnen zijn om MPU’s op te richten in de Vlaamse algemene en/of universitaire ziekenhuizen, met het oog op een geïntegreerde zorg en een verbetering van de zorgkwaliteit bij matig tot ernstige comorbiditeit, evenals voor de veiligheid van de zorg en de belasting van het zorgpersoneel. Maar er zijn zeker ook bedenkingen, aandachtspunten en mogelijke bezwaren, met bijgevolg zowel argumenten pro als contra de oprichting van MPU's.

2. Argumenten pro MPU (these):

Men dient vanuit een biopsychosociale visie te streven naar een geïntegreerde zorg in het az en uz. Bij opnames van patiënten met complexe en ernstige psychiatrische en somatische comorbiditeit is de MPU belangrijk voor de kwaliteit van de zorg, maar ook voor de veiligheid van zowel de patiënt en als van het ziekenhuispersoneel.

Argumentatie:

De ziekenhuisafdelingen worden in Vlaanderen vaak geconfronteerd met matige tot ernstige psychiatrische comorbiditeit en gedragsproblemen, zoals: delirium en agitatie, depressie en suïcidaliteit, psychotische stoornissen, anorexia nervosa met ernstig ondergewicht, intoxicaties en onttrekkingssyndromen en gedragsproblemen van patiënten, zonder dat de nodige expertise en uitrusting ter beschikking is.

Een opname in een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis of van een psychiatrisch ziekenhuis is in dergelijke gevallen echter niet altijd mogelijk, omwille van: de ernst van de somatische toestand, de gepaard gaande verpleegkundige zorglast en/of de noodzakelijke diagnostiek, monitoring en behandeling, zoals bijvoorbeeld een langdurige intraveneuze behandeling met antibiotica of toediening van zuurstof.

De psychiatrische consultatie aan bed in een algemeen ziekenhuis is ontoereikend wanneer de psychiatrische of gedragsproblemen ernstig zijn, niet alleen vanwege de beperkte mogelijkheden tot psychiatrische observatie en de minder geschikte faciliteiten en omkadering, maar ook vanwege een gebrek aan vaardigheden van het verpleegkundig personeel en de (te) grote belasting.

Door deze tweespalt tussen de psychiatrische en somatische zorg dreigen patiënten met een complexe psychiatrische en somatische comorbiditeit bovendien als het ware “een speelbal” te worden tussen psychiatrische en somatische afdelingen. Deze omstandigheden kunnen niet

alleen gevolgen hebben voor het algemeen welzijn van de patiënt en de kwaliteit van de zorg, maar ook voor de veiligheid van zowel de patiënt en als van het ziekenhuispersoneel. Men dient vanuit een meer holistische en biopsychosociale visie te streven naar een geïntegreerde somatische en psychiatrische zorg.

Tot slot biedt de MPU een antwoord op de noodzaak tot opname ter diagnostische observatie en behandeling bij ernstige psychiatrische en somatische comorbiditeit in het kader van de crisis- en urgentiepsychiatrie, inclusief de observatie als beschermingsmaatregel.

Een mogelijkheid zou aldus kunnen zijn om MPU's op te richten in algemene en/of universitaire ziekenhuizen, vanuit de volgende zorgnoden en doelstellingen:

1. Zorgkwaliteit en -pad voor de patiënt met matige tot ernstige somatische en psychiatrische comorbiditeit vanuit een geïntegreerde en holistische zorgvisie.
2. Veiligheid van zorg en ontlasting voor het (verplegende) personeel in het ziekenhuis.
3. Globale verbetering van de betreffende uitkomsten, zowel klinisch als (mogelijk) economisch.
4. Innovatie, opleiding en onderzoek in het domein van somatische en psychiatrische comorbiditeit.

3. Argumenten contra MPU (antithese):

Geïntegreerde zorg is belangrijk en het concept van de MPU is theoretisch interessant, maar er zijn te veel praktische bezwaren naar de concrete implementatie en haalbaarheid toe (financieel, tekort aan verpleegkundigen).

De indicaties voor opnames zijn te breed en te vaag. Men kan de beschikbare middelen aldus beter besteden aan de verdere uitbouw van sterke liaisonteams in az/uz en indien nodig van gespecialiseerde behandeleenheden (voor meer specifieke doelgroepen van patiënten; cf. de reeds bestaande psychogeriatrische afdelingen).

Argumentatie:

De meeste gevallen van comorbiditeit kunnen opgevangen worden door de liaisonteams op de somatische afdelingen, het betreft slechts relatief uitzonderlijke gevallen die problemen met zich meebrengen

De MPU is in het algemeen een te vaag concept, er bestaat een zeer grote heterogeniteit en diversiteit:

- De omschrijving van een MPU is zeer breed; er zijn dan ook verschillende subtypes; er bestaan bovendien reeds afdelingen in Vlaanderen die min of meer voldoen aan de definitie van een MPU, zoals geriatrische zorgafdelingen (met een geïntegreerd gerontopsychiatrisch zorgaanbod);
- De indicatiestelling voor een opname in een MPU is vaak onduidelijk en het zorgaanbod zeer breed, wat in de praktijk tot moeilijkheden en discussies kan leiden; het is dan ook beter om meer gespecialiseerde zorgafdelingen op te richten in een az of uz met specifieke doelstellingen en doelgroepen, zoals de reeds bestaande psychogeriatrische units of zoals bijvoorbeeld: neurocognitieve revalidatie na majeur trauma; ernstig

ondergewicht bij anorexia nervosa enz. Dit dient beschouwd te worden per zorgcentrum; er is geen algemeen beleid mogelijk.

- De grote verschillen tussen de MPU's (verschillende types en doelstellingen, zorgaanbod, ontstaan vanuit somatische of psychiatrische dienst, financieringsmodellen enz.) maken een algemeen beleid haast onmogelijk. Dit dient opnieuw beschouwd te worden per zorgcentrum, eerder dan vanuit een globaal beleid.

De concrete implementatie ervan is geen evidentie:

- Verpleegkundigen spelen een cruciale rol, maar er is een algemeen tekort aan verpleegkundigen in Vlaanderen en de vereisten qua verpleegkundige competenties zijn zeer hoog. Volgens de Nederlandse MPU Veldnormen: 1.0 vte verpleegkundige per bed; in MC Rotterdam: 1,83 vte/bed.
- Er bestaat geen financieringsmodel voor dergelijke afdelingen, noch voor de hoge loonkosten van het personeel, noch voor uitbouw en de bijzondere faciliteiten en voorzieningen.

De beschikbare wetenschappelijke evidentie met betrekking tot (kosten)effectiviteit is bovendien relatief beperkt, zowel op het gebied van patiëntuitkomsten als op economische uitkomstmaten zoals opnameduur.

4. Synthese en aanbevelingen

Er is in Vlaanderen nood aan MPU's, in aanvulling tot de versterking en uitbreiding van de liaisonpsychiatrische teams in az en uz (als complementair zorgaanbod in het verlengde van de liaisonpsychiatrie, niet competitief), vanuit de volgende zorgnoden en doelstellingen:

- Zorgkwaliteit en -pad voor de patiënt met matige tot ernstige somatische en psychiatrische comorbiditeit vanuit een geïntegreerde en holistische zorgvisie
- Veiligheid van zorg en ontlasting voor het (verplegende) personeel in het ziekenhuis

Aandachtspunten:

- De versterking en uitbreiding van de liaisonpsychiatrische teams in az en uz is prioritair (en biedt een gedeeltelijke oplossing voor de problematiek van de comorbiditeit)
- Geen bestaand financieringsmodel voor MPU in uz en az
- Te kort aan verpleegkundigen in az, uz (en pz)
- Nood aan formulering van specifieke indicatiestelling en opnamecriteria in de zorginstelling
- Meer nood aan wetenschappelijk onderzoek en evidentie (uitkomstmetingen, zowel op vlak van mentale en fysieke gezondheid als op economisch vlak)

Aanbevelingen:

- De versterking en uitbreiding van de liaisonpsychiatrische teams in az en uz is prioritair
- In een volgende fase: opstart MPU in 1 of meerdere UZ in Vlaanderen naar Nederlands model, vanuit bestaande PAAZ of somatische afdeling (in functie van de zorgnood en de doelstelling van de MPU); afwachten alvorens opstart MPU in az in 2de fase
- Alternatief: opstart gespecialiseerde afdelingen voor bepaalde doelgroep, zoals bijvoorbeeld anorexia nervosa (restrictieve type) en zeer ernstige ondervoeding

Referenties

- Chan AC, Burke CA, Coffey EM, et al. Integrated Inpatient Medical and Psychiatric Care: Experiences of 5 Institutions. Ann Intern Med 2018;168(11): 815-817.
- Honig A, Visser I, Heller H, Kieviet N, Boenink AD. Medisch-psychiatrische unit in algemeen ziekenhuis: Effectieve gecombineerde psychiatrische en somatische zorg? Ned Tijdschr Geneeskd 2014;158(5): A6520.
- Kathol RG, Harsch HH, Hall RC, Shakespeare A, Cowart T. Categorization of types of medical/psychiatry units based on level of acuity. Psychosomatics 1992;33(4): 376-86.
- Pinto C, Fabbricotti IN, van Wijngaarden J, et al. Moving Beyond the Status Quo of Integrated Inpatient Medical and Psychiatric Care Units: The Path to Real-World Evaluation. Psychiatr Serv 2022;73(5): 555-560.
- Van Den Eede F, Leentjens A. Ziekenhuispsychiatrie. In: Leerboek psychiatrie (3 ed). Utrecht: De Tijdstroom, 2016.
- Van Den Eede F, Pinto C, Peeters D, van Schijndel M. In Nederland zijn er al minstens 30 medisch-psychiatrische units. Waar wacht men nog op in Vlaanderen? TvGG 2024; 80: 224-232.
- van Schijndel M. De Medisch-psychiatrische Unit. In: Handboek psychiatrie in het ziekenhuis. Utrecht: De Tijdstroom, 2018.
- van Schijndel MA, Jansen LAW, Caarls PJ, et al. Medisch-psychiatrische units in Nederland. Een onderzoek naar kwaliteit en spreading. Ned Tijdschr Geneeskd 2017;161: D890.
- van Schijndel MA, van Wijngaarden JDH, van de Klundert J. Organization and Outcomes of Integrated Inpatient Medical and Psychiatric Care Units: A Systematic Review. J.Psychiatr Serv 2022;73(1):64-76.
- Veldnormen MPU Nederland: https://www.nvvp.net/stream/veldnormen-mpu-juni-2014