

Psychiatrische consultatie in het verpleeghuis: een beschrijvend onderzoek naar kenmerken en beloop

M. STEENBEEK, C. VAN BAARSEN, B. KOEKKOEK

ACHTERGROND Psychiatrische klachten komen vaak voor bij verpleeghuisbewoners. De psychiatrische expertise en ondersteuning verschillen per verpleeghuis. Uit internationale studies blijkt dat psychiatrische consultatie effectief kan zijn, maar in Nederland is nog nauwelijks onderzoek verricht.

DOEL Inventariseren voor welke patiënten een psychiatrisch consult wordt aangevraagd en bepalen of die consultatie positieve veranderingen teweegbrengt bij verpleeghuisbewoners en medewerkers.

METHODE Aangevraagde psychiatrische consulten werden geregistreerd en geanalyseerd.

RESULTATEN Er werden 71 psychiatrische consulten geregistreerd. Het percentage vrouwen was iets hoger dan mannen, de gemiddelde leeftijd van patiënten was 74,0 jaar. Bij de betrokken patiënten bleek bij meer dan 75% sprake van agitatie/agressie of prikkelbaarheid, bij 65% van depressieve symptomen, bij 63% van angstklachten en bij 56% van ontremming. Uit een naming bij 54 (76%) consulten bleken de psychiatrische symptomen sterk verminderd qua frequentie en ernst. Ook de ervaren werkdruk van verzorgenden bleek afgenomen.

CONCLUSIE De patiënten voor wie een consult werd aangevraagd, bleken te lijden aan ernstige problematiek en zeer vaak speelde agressie. Met een relatief eenvoudige interventie kon veel vooruitgang worden geboekt, met afname van agitatie, prikkelbaarheid, ontremming en psychotische symptomen. Een mogelijke verklaring voor het grote effect is de gebruikte consultatievorm: structureel, multidisciplinair en langer durend. Doordat een controlegroep ontbrak, kon niet worden vastgesteld of deze symptoomreductie alleen te verklaren is door de consultatie.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 54(2012)10, 853-860]

TREFWOORDEN consultatie, geestelijke gezondheidszorg, liaison, neuropsychiatrische symptomen, ouderenpsychiatrie, verpleeghuis

Psychiatrische klachten komen voor bij 70-80% van de verpleeghuispatiënten (Craig & Pham 2006; Fenton e.a. 2004; Seitz e.a. 2010). Uit Nederlands onderzoek blijkt dat 22% aan een depressie lijdt en bijna 10% aan angststoornissen (Jongenelis e.a. 2003; Smalbrugge e.a. 2005). Geschat wordt dat 35% van de verpleeghuispatiënten in Nederland gedragsproblemen heeft (Meesters 2002). Onder patiënten met cognitieve stoornissen is daarbij de

prevalentie van psychiatrische symptomen hoog: bij 85% zag men één of meer symptomen (Heeren e.a. 1992; Zuidema e.a. 2007).

De psychiatrische expertise varieert per verpleeghuis en per medewerker, maar regelmatig blijkt er behoefte aan externe ondersteuning (psychiatrische consultatie). Vooral stafgerichte activiteiten en systematische deskundigheidsbevordering worden gemist (Dorland e.a. 2007; Meesters

2002). De redenen voor het aanvragen van een psychiatrisch consult lopen uiteen. Uit internationale studies is bekend dat de frequentste aanleiding gedragsproblematiek is, zoals agitatie, verbale en fysieke agressie, zwerfneiging en manische ontremming. Ook angstklachten zijn vaak een aanleiding. Depressie bij cognitieve problemen en psychotische symptomen worden minder goed herkend en blijken dan ook veel minder vaak reden voor de aanvraag van consultatie (Brodaty e.a. 2003; Callegari e.a. 2006; Fenton e.a. 2004; Leo e.a. 2002). Nederlands onderzoek bevestigt het beeld uit internationale studies (Kat e.a. 2008).

Uit enkele internationale studies blijkt dat psychiatrische consultatie in de verpleeghuissector wenselijk en zinvol is (Bartels e.a. 2002; Collet e.a. 2010; Craig & Pham 2006; Reichman e.a. 1998). Er vinden na de consultatie meer therapeutische interventies plaats, de agressie neemt af, er worden minder antipsychotica gegeven en er wordt minder vaak fixatie toegepast (Opie e.a. 2002; Ray e.a. 1993; Rovner e.a. 1996). Daarbij leidt regelmatige psychiatrische consultatie tot afname van het aantal ziekenhuisopnamen en toename van kennis over, begrip van en competentie in het omgaan met psychiatrische problematiek bij verzorgenden, hetgeen resulteert in minder stress en preventie van burn-out (Craig & Pham 2006).

In Nederland is er naar de effectiviteit van psychiatrische consultatie aan verpleeghuizen nog nauwelijks onderzoek gedaan. De vraag is of de resultaten van buitenlands onderzoek eenvoudig generaliseerbaar zijn naar de Nederlandse situatie. Immers, in Nederland zijn verpleeghuizen beter geëquipeerd dan in bijvoorbeeld de Verenigde Staten. Ook de psychiatrische consultatie zelf verschilt: deze wordt in Nederland vaak multidisciplinair uitgevoerd, bijvoorbeeld door een psychiater en consultatief psychiatrisch verpleegkundige (doorgaans een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige) (Dorland e.a. 2007). Er is dus relatief weinig bekend over psychiatrische consultatie in Nederlandse verpleeghuizen.

Wij verrichtten een onderzoek om de praktijk van multidisciplinair uitgevoerde psychiatrische

consultatie in Nederlandse verpleeghuizen te beschrijven. De volgende vragen stonden daarbij centraal: (1) voor welke patiënten wordt een consult aangevraagd en waarom? (2) Welke verandering in symptomen treedt op na afloop van de consultatie? (3) Welke verandering treedt op in de door verzorgenden ervaren belasting na afloop van de consultatie?

METHODE

Opzet

Pre-poststudie naar een structurele, multidisciplinaire vorm van psychiatrische consultatie in zeven verpleeghuizen (ca. 1250 bedden) in een Nederlandse provincie, in zowel een stad (47%) als kleinere gemeentes (53%).

Interventies

Vanuit een ambulante afdeling Specialistische Ouderenpsychiatrie van een grote ggz-instelling werd gewerkt met een multidisciplinair consultatieteam dat bestond uit een psychiater en drie consultatief verpleegkundigen. Het consultatieteam (CT) was op vaste momenten in diverse verpleeghuizen aanwezig om het gehele team van verpleeghuismedewerkers te ondersteunen en te adviseren. Het consultatieteam verrichtte psychiatrische diagnostiek, gaf behandelings- en begeleidingsadviezen en plaatsingsadvies.

In de verpleeghuizen waarbij het CT betrokken was, vond er circa één keer per zes tot acht weken een regulier overleg plaats met de psychiater en de consultatief verpleegkundige. De behandelaar van het verpleeghuis (meestal een arts of een psycholoog) bracht casuïstiek in en de patiënt werd kort gezien door de psychiater en consultatief verpleegkundige. Op basis van de informatie uit het dossier, het gesprek met behandelaar en verzorgenden en het gesprek met de patiënt werd een diagnose gesteld en een advies gegeven. Deze werden mondeling toegelicht en enkele dagen later werd een schriftelijk verslag uitgebracht. Afhankelijk

van de casus vond er één tot drie maal een vervolcontact plaats (binnen de termijn van acht weken) tussen de consultatief verpleegkundige en het verpleeghuispersoneel. Bij de volgende consultatiebijeenkomst, zes tot acht weken later, werd de casus geëvalueerd met de behandelaars en verzorgenden.

Deze werkwijze baseerden wij op beschreven effectieve methoden uit de internationale en Nederlandse literatuur over psychiatrische consultatie in algemene ziekenhuizen. Hieruit blijkt dat structurele aanwezigheid van een multidisciplinair team het effectiefst is. Het minst effectief is een eenmalig consult door alleen een psychiater, die de adviezen uitsluitend achteraf schriftelijk (en dus niet persoonlijk) aanleverde (Bartels e.a. 2002; Collet e.a. 2010). Wij trachten in eerste instantie altijd een bejegeningadvies te geven en pas in tweede instantie een medicatieadvies, gebaseerd op de huidige inzichten over het beperkte effect van gebruik van psychofarmaca bij deze groep patiënten (Kleijer e.a. 2009; Verenso 2008).

Dataverzameling

Demografische data en de reden van het consult werden geregistreerd op basis van de aanvraag van het verpleeghuis. Kort na uitvoering van het consult werd door een medewerker van het CT een registratieformulier ingevuld waarin het gegeven advies was vastgelegd. Bij start van het consult en zes tot acht weken erna werd de Nederlandse versie van de 'Neuropsychiatric Inventory Nursing Home version' (NPI-NH) afgenomen (Kat e.a. 2002). De NPI-NH bestaat uit twaalf schalen en meet wanen, hallucinaties, agitatie/agressie, prikkelbaarheid, depressie, angst, euforie/opgetogenheid, apathie, ontremdheid, doelloos repetitief gedrag, nachtelijke onrust en veranderingen in het eetpatroon. Ook meet de NPI-NH de emotionele belasting van de verzorgenden. De NPI-NH werd ingevuld door de consultatief verpleegkundige die de betrokken verzorgende interviewde. De consultatief verpleegkundigen werden door het Nederlands Kenniscentrum Ouderenpsychiatrie getraind in het scoren van de NPI-NH.

Data-analyse

Demografische data werden, na controle op normaliteit, geanalyseerd met beschrijvende statistiek. Voor de analyse van pre-postverschillen werden gepaarde t-toetsen gebruikt. Vooraf werd, na overleg met de Nederlandse ontwikkelaar van de NPI-NH, uitgegaan van een minimale steekproefomvang van 50 consulten, gerekend met een effectgrootte (effect size; ES) van 0,3 (klein effect), een statistisch onderscheidend vermogen (power) van 80% en een dubbelzijdige toetsing. De effectmaat r in deze studie zelf werd berekend met de formule: $r = \sqrt{t^2 / (t^2 + df)}$ (Baarda e.a. 2007).

Informed consent

Geen van de interventies in dit onderzoek, noch de dataverzameling zelf, week af van de normale routine, waardoor de studie niet onder de Wet Medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO) valt. Wel werd het onderzoeksvoorstel voorgelegd aan de lokale commissie wetenschappelijk onderzoek van Altrecht en akkoord bevonden.

Voor het consult werd aan de medewerkers uitleg gegeven over de studie en werd hun om medewerking gevraagd. De medewerkers merkten weinig van het onderzoek aangezien de vragen die worden gesteld bij het afnemen van de NPI overeenkomen met de vragen die hun normaal gesproken worden gesteld bij een consult en dus vielen onder de gebruikelijke zorg. De patiënten werden niet extra belast.

RESULTATEN

Consulten en redenen ervoor

Van 1 juli 2008 tot 1 januari 2010 werden 71 psychiatrische consulten gegeven en geregistreerd (zie tabel 1). Vrouwen waren licht in de meerderheid (56%) en de gemiddelde leeftijd was 74 jaar (SD 14,1). In 45% van de gevallen ging het om bewoners met een reeds eerder gediagnosticeerde cognitieve

stoornis. Aan de behandelaar werd gevraagd wat de reden van het consult was. Over de totale groep bleek agressie/agitatie (32%) de belangrijkste reden om een psychiatrisch consult aan te vragen. Stemningsproblemen waren in 26% en psychotische symptomen in 7% van de gevallen de reden voor aanvraag. In de groep zonder al bekende cognitieve stoornissen was een stemmingsprobleem de meest voorkomende reden voor een consultvraag (38%). In de groep met reeds gediagnosticeerde cognitieve stoornissen was agressie/agitatie de meest voorkomende reden voor consult (34%).

Bij de eerste meting ($n = 71$) bleek er bij meer dan 75% van de patiënten sprake te zijn van agitatie/agressie of prikkelbaarheid (hoewel dit in slechts 32% van de gevallen als reden voor een consult werd aangegeven). Depressieve symptomen, angst en ontremming waren bij resp. 65, 63 en 56% van de patiënten aanwezig.

Adviezen

Er werden verschillende soorten adviezen door het CT gegeven: in 85% van de gevallen was dat een bejegeningadvies. Medicatieadvies (starten, wijzigen of staken) werd in 67% van de gevallen gegeven. In 21% (15) van de gevallen werd overplaatsing naar een andere afdeling geadviseerd (in 10 gevallen ging het om overplaatsing binnen de verpleeghuissector, in 3 gevallen om een overplaatsing naar de ggz en in 2 gevallen om overplaatsing naar elders).

TABEL 1 Kenmerken van patiënten ($n = 71$) voor wie consult werd aangevraagd	
Variabele	n (%)
Vrouw	40 (56,3)
Gem. leeftijd (SD)	74,3 (14,1)
Reden consult volgens aanvrager	
Agressie/agitatie	23 (32%)
Stemmingsprobleem	19 (27%)
Psychotisch	5 (7%)
Overig	24 (34%)
Aard afdeling	
Somatiek	39 (55%)
Psychogeriatric	32 (45%)

Evaluatie

Van de 71 consulten konden er 54 (76%) worden geëvalueerd na afloop van de consultatieperiode. De uitval was als volgt verklaarbaar: 7 patiënten waren overleden, 6 waren niet meer aanwezig (2 gingen naar een ander verpleeghuis, 1 ging naar een verzorgingshuis, 1 naar huis, 1 naar een psychiatrische afdeling in de ggz en 1 naar een algemeen ziekenhuis), 2 patiënten waren beoordeeld voor rechterlijke machtiging en werden niet verder gevolgd, 1 betrof familiebegeleiding, 1 onbekend).

Bij de nameting bleken de psychiatrische symptomen sterk verminderd qua frequentie en ernst. Ook de ervaren werkdruk van verzorgenden bleek afgenomen. In tabel 2 zijn de veranderingen na het consult per neuropsychiatrisch symptoom te zien (weergegeven volgens de gebruikelijke frequentie x ernst NPI-NH-notatie). De (neuro)psychiatrische symptomen bleken na het consult significant afgenomen (ES overall 0,70). Met uitzondering van euforie en apathie waren alle verschillen statistisch significant.

Ook wordt de belasting van de verzorgenden weergegeven. Deze nam voor alle symptomen eveneens sterk af, behoudens voor de symptomen euforie/opgetogenheid en apathie (ES overall werkdruk 0,54).

DISCUSSIE

In dit artikel beschrijven wij een pre-poststudie van psychiatrische consultatie in het verpleeghuis. De belangrijkste redenen voor het aanvragen van een consult waren agressie en agitatie, gevolgd door depressie en angstklachten. Opvallend zijn de hoge symptoomscores op meerdere subschalen, wat er op wijst dat de consulten werden aangevraagd voor een complexe groep waarbij er sprake is van meerdere (ernstige) neuropsychiatrische symptomen. De symptoomreductie, gemeten op de NPI-NH, bleek gemiddeld tot groot te zijn.

TABEL 2 Beloop van de scores op de 'Neuropsychiatric Inventory Nursing Home version' (NPI-NH) in 54 psychiatrische consulten

Subschaal	Frequentie x Ernst*			Ervaren belasting**				
	Voormeting (gem. (SD))	Nameting (gem. (SD))	p-waarde	Effect size	Voormeting (gem. (SD))	Nameting (gem. (SD))	p-waarde	Effect size
Wanen	7,7 (4,1)	3,4 (3,4)	< 0,01	0,72	2,6 (1,9)	1,2 (1,2)	< 0,01	0,57
Hallucinaties	7,5 (4,6)	2,8 (3,9)	< 0,01	0,72	2,7 (2,0)	0,8 (1,1)	< 0,01	0,72
Agitatie of agressie	7,9 (3,7)	4,2 (3,4)	< 0,01	0,66	3,5 (1,5)	2,1 (1,4)	< 0,01	0,65
Depressie of dysforie	7,0 (4,6)	3,3 (2,6)	< 0,01	0,64	2,5 (1,7)	1,6 (1,1)	< 0,01	0,48
Angst	7,0 (4,4)	3,4 (3,1)	< 0,01	0,69	2,6 (1,6)	1,5 (1,4)	< 0,01	0,54
Euforie of opgetogenheid	4,7 (4,1)	2,2 (2,1)	0,08	0,45	1,9 (1,3)	1,3 (1,1)	0,25	0,30
Apathie	7,6 (4,1)	4,8 (4,7)	< 0,01	0,60	1,9 (1,6)	1,2 (1,3)	0,05	0,39
Ontremdheid	7,3 (3,7)	4,8 (4,4)	< 0,01	0,54	3,1 (1,3)	1,9 (1,5)	< 0,01	0,56
Prikkelbaarheid	8,2 (3,3)	4,7 (3,2)	< 0,01	0,68	3,2 (1,3)	2,1 (1,2)	< 0,01	0,58
Doelloos repetitief gedrag	7,2 (3,8)	4,0 (3,9)	< 0,01	0,59	2,5 (1,6)	1,4 (1,3)	< 0,01	0,52
Nachtelijke onrust	6,8 (4,1)	2,6 (3,2)	< 0,01	0,68	2,5 (1,6)	1,2 (1,3)	< 0,01	0,54
Verandering eetpatroon	7,0 (4,6)	2,6 (3,8)	< 0,01	0,70	2,4 (1,9)	0,9 (1,4)	< 0,01	0,63
Totaal	46,4 (22,5)	26,2 (16,1)	< 0,01	0,70	17,3 (10,7)	10,9 (7,3)	< 0,01	0,54

*Uitersten: 0 (niet aanwezig-dagelijks) tot 12 (zeer ernstig-continu).

**Categorieën: 0 (geen), 1 (minimaal), 2 (licht), 3 (matig), 4 (ernstig), 5 (extreem).

Beperkingen

Deze studie kent echter methodologische beperkingen: er was geen controlegroep waardoor niet is na te gaan of door een alternatieve interventie of natuurlijk beloop vergelijkbare resultaten waren opgetreden. De onderzochte patiëntengroep was heterogeen: 45% had de diagnose dementie en deelnemers verbleven op verschillende soorten afdelingen in uiteenlopende verpleeghuizen. Hoewel ongunstig voor de interne validiteit, zijn deze naturalistische condities gunstig voor de externe validiteit omdat psychiatrische consultatie meestal in dergelijke omstandigheden geboden wordt. Een kwart van de patiënten kon niet worden opgevolgd om uiteenlopende praktische redenen. Uit aanvullend dossieronderzoek bleek echter dat er geen selectieve uitval was. In de onderzochte groep was de sterfte 10%. Deze is passend bij deze groep verpleeghuisbewoners met ernstige problematiek (zoals dementie, delier en depressies) (Koopmans e.a. 1994; Matusik e.a. 2011). De NPI-NH werd gescoord door de consultatief verpleegkundige zelf, waardoor deze meting niet onafhankelijk was. De NPI-NH laat door

haar aard echter weinig ruimte voor subjectieve interpretaties.

Vergelijking met andere onderzoeken

Om toch een uitspraak te kunnen doen over de mogelijke effecten van consultatie werden de gevonden resultaten uit onze studie vergeleken met Nederlandse cijfers over het natuurlijk beloop van neuropsychiatrische symptomen bij dementerende verpleeghuisbewoners (Wetzels e.a. 2010) en met het beloop van gedragsproblemen bij Nederlandse verpleeghuispatiënten die antipsychotica kregen (Kleijer e.a. 2009). Zonder interventies bleken afwijkend gedrag, depressie en angst af te nemen over de tijd (drie tot twaalf maanden) maar agitatie, prikkelbaarheid en ontremming juist toe te nemen. Psychotische symptomen bleven gelijk (Wetzel e.a. 2010). Het gebruik van antipsychotica gedurende drie maanden bij patiënten met dementie leidde slechts in 18% tot verbetering en in bijna de helft van de gevallen tot toename van het probleemgedrag (Kleijer e.a. 2009). Onze onderzoeksgroep bestond niet louter uit patiënten met dementie en de evaluatie vond zes tot acht

weken na de interventie plaats, maar toch kunnen wij voorzichtig concluderen dat resultaten uit deze studie, met een duidelijke afname van agitatie, prikkelbaarheid, ontremming en psychotische symptomen (wanen en hallucinaties), positiever zijn dan het natuurlijke beloop of het voorschrijven van antipsychotica.

De grote effectgroottes laten zien dat door middel van een relatief eenvoudige interventie veel vooruitgang geboekt kan worden. Naast het ontbreken van een controlegroep is relativering daarbij gepast: Zuidema e.a. (2011) stelden in een studie naar *reliable change index* van de NPI-NH vast dat er minimaal een verandering van 11 punten op de totaalscore noodzakelijk is. De hier gevonden afname van ruim 20 punten en de bijpassende effectgrootte zijn weliswaar groter dan in internationale studies, maar deze onderzoeken waren methodologisch strikter.

Verpleeghuizen geven aan behoefte te hebben aan meer en structurele ondersteuning vanuit de ggz (Dorland e.a. 2007; Meesters 2002; Reichman e.a. 1998). Deze studie laat naast een afname van (ernst en frequentie van) neuropsychiatrische symptomen ook een significante vermindering van ervaren belasting bij de verzorgenden zien zonder dat patiënten overgeplaatst worden naar de ggz. Deze resultaten zijn in het licht van de huidige bezuinigingen in zowel de ggz als de verpleeghuissector van groot belang omdat door consultatie de kosten van behandeling, overname door ggz en belasting van medewerkers in het verpleeghuis mogelijk worden verminderd.

CONCLUSIE

Psychiatrische consultatie is een potentieel krachtige ggz-interventie voor de verpleeghuissector, ook in de Nederlandse situatie. Gecontroleerd onderzoek en een kosteneffectiviteitsstudie zijn echter nodig om de werkelijke bijdrage verder vast te stellen.



Prof. dr. I.M. Engelhard, hoogleraar Academisering geestelijke gezondheidszorg Faculteit Sociale Wetenschappen, Capaciteitsgroep Klinische Psychologie, Universiteit Utrecht, gaf methodologisch advies en becommentarieerde eerdere versies van het artikel.

LITERATUUR

- Baarda DB, de Goede MPM, van Dijkum CJ, red. Basisboek Statistiek met SPSS. Handleiding voor het verwerken en analyseren van en rapporteren over onderzoeksgegevens. Groningen/Houten: Noordhoff; 2007.
- Bartels JS, Moak GS, Dums AR. Models of mental health services in nursing homes: a review of the literature. *Psychiatr Serv* 2002; 11: 1390-6.
- Brodady H, Draper BM, Millar J, Low LF, Lie D, Sarah S, e.a. Randomized controlled trial of different models of care for nursing home residents with dementia complicated by depression or psychosis. *J Clin Psychiatry* 2003; 64: 63-72.
- Callegari CMT, Menchetti M, Croci G, Beraldo S, Constantini C, Baranzini F, e.a. Two years of psychogeriatric consultations in a nursing home: reasons for referral compared to psychiatrists' assessment. *BMC Health Serv Res* 2006; 6: 73.
- Collet J, de Vught ME, Verhey FRJ, Schols JMGA. Efficacy of integrated interventions combining psychiatric care and nursing home care for nursing home residents: a review of the literature. *Int J Geriatr Psychiatry* 2010; 25: 3-13.
- Craig E, Pham H. Consultation-Liaison psychiatry services to nursing homes. *Australasian Psychiatry* 2006; 14: 46-8.
- Dorland LM, Pot AM, Veerbeek MA. Psychische hulpverlening voor ouderen in verzorgings- en verpleeghuizen. In: Pot AM, Depla M & ten Have M, editors, *Monitor Geestelijke Gezondheidszorg Ouderen*. Utrecht: Trimbosinstituut; 2007.
- Fenton J, Raskin A, Gruber-Baldini AL, Menon AS, Zimmerman S, Kaup B, e.a. Some predictors of psychiatric consultation in nursing home residents. *Am J Geriatr Psychiatry* 2004; 12: 297-304.
- Heeren TJ, Lagaay AM, Rooijmans HGM. De prevalentie van het dementiesyndroom bij de oudste bewoners van het somatisch verpleeghuis. *Ned Tijdschr Geneesk* 1992; 136: 695-8.
- Jongenelis K, Pot AM, Eisses AMH, Beekman ATF, Kluiters H, Tilburg W van, e.a. Depression among older nursing home patients: a review. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 2003; 34: 52-9.

- Kat MG, Zuidema SU, van der Ploeg T, Kalisvaart KJ, van Gool WA, Eikelenboom P, e.a. Reasons for psychiatric consultation referrals in Dutch nursing home patients with dementia: a comparison with normative data on prevalence of neuropsychiatric symptoms. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008; 23: 1014-9.
- Kat MG, Jonghe JFM de, Aalten P, Kalisvaart CJ, Droës RM Verhey FRJ. Neuropsychiatrische symptomen bij dementie: psychometrische aspecten van de Neuropsychiatric Inventory (NPI). *Tijdschr Gerontol Geriatr* 2002; 33: 150-5.
- Kleijer BC, van Marum RJ, Egberts ACG, Jansen PAF, Frijters D, Heerdink ER, Ribbe M. The course of behavioral problems in elderly nursing home patients with dementia when treated with antipsychotics. *International Psychogeriatrics* 2009; 21: 931-40.
- Koopmans RTCM, Ekkerink JLP, van den Hoogen HJM, van Weel C. Sterfte van dementiepatiënten na opname in een verpleeghuis; een analyse over 10 jaar. *Ned Tijdschrift Geneesk* 1994; 138: 1169-74.
- Krul J. Principes van de consultatiemethoden. Groningen: Educare; 2001.
- Leo RJ, Sherry C, DiMartino S, Karuza J. Psychiatric consultation in the nursing home: referral patterns and recognition of depression. *J Psychosom Res* 2002; 53: 783-7.
- Matusik P, Tomaszewski K, Chmielowska K, Nowak J, Nowak W, Parnicka A, e.a. Severe frailty and cognitive impairment are related to higher mortality in 12-month follow-up of nursing home residents. *Arch Geront Geriatr* 2011; doi:10.1016.
- Meesters PD. Psychiatrische consultatie in het verpleeghuis. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 2002; 33: 107-11.
- Opie J, Doyle C, O'Connor DW. Challenging behaviours in nursing home residents with dementia: a randomized controlled trial of multidisciplinary interventions. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002; 17: 6-13.
- Ray WA, Taylor JA, Meador KG, Lichtenstein MJ, Griffin MR, Fought R, ea. Reducing antipsychotic drug use in nursing homes: a controlled trial of provider education. *Arch Intern Med* 1993; 153: 713-21.
- Reichman WE, Coyne AC, Borson S, Negrón AE, Rovner BW, Pelchat RJ. Psychiatric consultation in the nursing home. *Am J Geriatr Psychiatry* 1998; 6: 320-7.
- Rovner BW, Steele CD, Shmueli Y, Folstein MF. A randomized controlled trial of dementia care in nursing homes. *J Am Geriatr Soc* 1996; 44: 7-13.
- Seitz D, Purandare N, Conn D. Prevalence of psychiatric disorders among older adults in long-term care homes: a systematic review. *Int Psychogeriatr* 2010; 22: 1025-39.
- Smalbrugge M, Pot AM, Jongenelis K, Beekman ATF, Eefsting JA. Prevalence and correlates of anxiety among nursing home patients. *J Affect Disord* 2005; 88: 145-53.
- Verenso (vereniging van specialisten ouderengeneeskunde en sociaal geriater), Richtlijn Probleemgedrag met herziene medicatieparagraaf 2008. <http://www.veiligheidsdatabase.nl/PDF/pd-33a.pdf>
- Wetzels RB, Zuidema SU, de Jonghe JF, Verhey FR, Koopmans RT. Course of neuropsychiatric symptoms in residents with dementia in nursing homes over 2-year period. *Am J Geriatr Psychiatry* 2010; 18: 1054-65.
- Zuidema S, Koopmans R, Verhey F. Prevalence and predictors of neuropsychiatric symptoms in cognitively impaired nursing home patients. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2007; 20: 41-9.
- Zuidema SU, Buursema, AL, Gerritsen, MGJM, Oosterwal KC, Smits MMM, Koopmans RTCM, e.a. Assessing neuropsychiatric symptoms in nursing home patients with dementia: reliability and Reliable Change Index of the Neuropsychiatric Inventory and the Cohen-Mansfield Agitation Inventory. *Int J Geriatr Psychiatry* 2011; 26: 127-34.

AUTEURS

MIRELLA STEENBEEK, ouderenpsychiater, Altrecht Senior, de Es, specialistische ouderenpsychiatrie Utrecht.

CARLIJN VAN BAARSEN, psycholoog, Altrecht, voormalig onderzoeker Nederlands Kenniscentrum Ouderenpsychiatrie, Zeist.

BAUKE KOEKKOEK, verpleegkundig specialist Pro Persona, Wolfheze, en lector Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

Correspondentieadres: Mirella Steenbeek, Jutfaseweg 205, 3522 HR Utrecht.

E-mail: m.steenbeek@altrecht.nl

Geen strijdige belangen meegeedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 24-4-2012.

SUMMARY

Psychiatric consultations for nursing-home residents: aspects and course of such consultations – M. Steenbeek, C. van Baarsen, B. Koekkoek –

BACKGROUND Psychiatric symptoms occur frequently in nursing-home residents. The psychiatric expertise and support available to residents vary from one nursing home to another. International studies show that psychiatric consultations can be effective, but in the Netherlands very little research has been done on this topic.

AIM To list the types of psychiatric problems and symptoms for which consultations are requested and to determine whether a psychiatric consultation can have positive results for nursing-home residents and staff.

METHOD The psychiatric consultations requested were tabulated and were analysed.

RESULTS Details of 71 psychiatric consultations were recorded. The percentage of women (average age 74 years) was slightly higher than the percentage of men. More than 75% of the patients suffered from agitation/aggression or irritability, 65% suffered from depression, 63% from anxiety and 56% from dysinhibition. A post-intervention assessment was performed in 54 patients (76%). In this group psychiatric symptoms were found to be greatly reduced, with regard to both frequency and severity. In addition, nursing staff seemed to suffer less of the stress and strain in their work.

CONCLUSION The patients for whom a consultation was requested seemed to suffer from serious psychiatric symptoms and were often aggressive. It was possible to achieve substantial progress as a result of a simple intervention. A possible explanation for this effect is probably the nature of the psychiatric consultation used; it was structured, multi-disciplinary and time-consuming. However, since no control group was involved, it is impossible to say with certainty that the reduction in symptoms can be attributed solely to the consultation.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 54(2012)10, 853-860]

KEY WORDS consultation, geriatric psychiatry, liaison, long-term care institutions, mental health care, neuropsychiatric symptoms