

De psychiater in het verpleeghuis

F.R.J. VERHEY

Onlangs werd in het *British Medical Journal* een opvallend onderzoek van Nederlandse bodem gepubliceerd. In een gerandomiseerde en gecontroleerde onderzoeksopzet werden bij 178 verpleeghuisbewoners de effecten van gezellig met elkaar eten (het huiskamermodel) vergeleken met *care as usual* (Nijs e.a. 2006). Bij de interventiegroep werd gedurende een halfjaar de tafel gezellig gedekt, werden de maaltijden per gang opgediend en aten de bewoners samen. Het personeel liet de bewoners tijdens de maaltijden met rust, in plaats van ze te storen voor bijvoorbeeld medicatie-inname. De controlegroep daarentegen kreeg het 'normale' regime: de volledige maaltijd op een dienblad, het warme hoofdgerecht (naar keuze, maar twee weken tevoren besteld) uitgeserveerd op een drievakbord. Na zes maanden bleek er een significant en relevant verschil te bestaan ten aanzien van kwaliteit van leven, motoriek en lichaamsgewicht, in het voordeel van de huiskamergroep.

Het onderzoek is goed opgezet en zorgvuldig uitgevoerd. Te recht dat het in een van de meest gezaghebbende medische tijdschriften is gepubliceerd. Tegelijk moest ik terugdenken aan een ander (Frans) onderzoek uit de jaren zestig, dat ik destijds in mijn eindreferaat aan het einde van mijn specialistenopleiding heb aangehaald (ik heb de referentie niet meer kunnen terugvinden). Daarin werden afdelingen in een verpleeghuis verdeeld in twee groepen. Een helft van de bewoners werd een aantal maanden aardig te woord gestaan en uitvoerig gecompimenteerd door de verpleging, terwijl dat niet gebeurde bij de andere helft. Na verloop van enige tijd waren de bewoners uit de interventiegroep rustiger en minder depressief dan de controlegroep.

Beide onderzoeken zijn belangrijk en relevant, maar bevreemden tegelijk. Hetzelfde geldt voor recent onderzoek naar beleavingsgerichte zorg, kleinschalig wonen en muziektherapie, waarvan ook gunstige effecten op de verpleeghuisbewoners zijn gemeld. Zaken die door iedereen in een normaal leven als volkomen vanzelfsprekend en waardevol worden beleefd (gezelligheid, kleinschaligheid, interpersoonlijk contact en muziek) worden de bewoners eerst ontnomen, om de effectiviteit vervolgens met verantwoord opgezet onderzoek weer te herontdekken, gevolgd door officiële rapporten met aanbevelingen om deze aspecten meer aandacht te geven. 'We hebben geen rechten. Alles hebben ze ingetrokken en vastgebonden, ook onze rechten', citeert Cyrille Offermans zijn moeder (Offermans 2006). Of zoals Stella Braam optekent uit de mond van haar vader met de ziekte van Alzheimer: 'Heb ik de wet overtreden? Ben ik de hoofdverdachte? Het stempel dementie is een vrijbrief om iemand zijn burgerrechten te ontnemen' (Braam 2005).

Het is niet verwonderlijk dat een dergelijke kafkaëske situatie gevolgen heeft voor het psychisch welzijn van de verpleeghuisbewo-

ner. De laatste tijd is hierover een aantal verontrustende getallen gepubliceerd: 22% van de verpleeghuisbewoners lijdt aan een depressie (major en minor) en daarnaast heeft nog eens 24% subklinische depressieve verschijnselen (Jongenelis e.a. 2004). Angststoornissen komen bij zo'n 9% voor, terwijl bijna 30% angstverschijnselen heeft (Smalbrugge e.a. 2005). En hoewel de meeste verpleeghuisartsen in een recente enquête aangaven dat zij het probleem van de zogenaamde *double-care-demanding*-bewoners (dat wil zeggen bewoners bij wie naast de indicatie voor verpleeghuis- of verzorgingshuiszorg sprake is van een psychiatrisch probleem) duidelijk onderkenden, staat daar slechts een betrekkelijk schamel aanbod aan behandel mogelijkheden tegenover. Het grootste gedeelte van de huizen heeft weliswaar een vorm van samenwerking met een ggz-instelling, vooral bestaand uit de mogelijkheid tot consultatie, maar in de praktijk worden externe deskundigen maar weinig ingeschakeld en bestaat de behandeling vooral uit het voorschrijven van medicatie en het geven van advies, maar vinden systematische psychosociale interventies niet of nauwelijks plaats (Dorland e.a. 2007).

Hiermee dreigen verpleeghuizen een soort omgekeerde reservaten te worden, waarvan de bewoners afgeschermd blijven van de zorg die voor ieder ander mens inmiddels gemakkelijk bereikbaar is. Weliswaar worden deze problemen steeds meer onderkend (Schols 2007) en zijn verschillende initiatieven waar te nemen ter verbetering hiervan, toch is nog steeds sprake van een ernstige achterstand-situatie die nog maar langzaam ingelopen wordt. Het komt mij voor dat ook de ggz hier een actieve rol in zal moeten spelen dan zij tot dusver gedaan heeft.

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft onlangs de discussie aangezwengeld over de vraag hoe de verschillende specialisten in de ouderenzorg (ouderenpsychiaters, ouderenpsychologen, klinisch geriater, sociaal geriater en verpleeghuisartsen; de beide laatste binnenkort mogelijk verenigd in de algemeen geriater) zich tot elkaar (zouden moeten) verhouden. Beschrijving en daadwerkelijke invulling van ketenzorg biedt daarbij een bruikbaar raamwerk. In dit kader zullen ook nadere samenwerkingsafspraken gemaakt moeten worden tussen ggz en de verpleeghuissector, waarbij administratieve schotten zo veel mogelijk geslecht moeten worden. Via een *stepped-care*-model zullen ook de eerst betrokken disciplines beter getraind moeten worden in de screening naar psychiatrische problemen van hun bewoners en het inzetten van gepaste therapie. De ouderenpsychiater zal in het volgende echelon niet alleen een actieve rol moeten spelen bij de behandeling van psychiatrische stoornissen van individuele patiënten, maar ook zijn expertise kunnen inzetten met betrekking tot de liaisonaspecten, zoals attitude van het behandelend team en het psychosociale milieu. Daar-

LITERATUUR

- Braam, S. (2005). *Ik heb Alzheimer. Het verhaal van mijn vader*. Amsterdam: Nijgh en Van Ditmar.
- Dorland, L.M., Pot, A.M., Veerbeek, M.A., e.a. (2007). Psychische hulpverlening voor ouderen in verzorgings- en verpleeghuizen. In A.M. Pot, M. Depla & M. ten Have (Red.), *Monitor Geestelijke Gezondheidszorg Ouderen. Rapportage 2007* (pp. 37-43). Utrecht: Trimbos-instituut.
- Jongenelis, K., Pot, A.M., Eisses, A.M., e.a. (2004). Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: the AGED study. *Journal of Affective Disorders*, 83, 135-142.
- Nijs, K.A., de Graaf, C., Kok, F.J., e.a. (2006). Effect of family style mealtimes on quality of life, physical performance, and body weight of nursing home residents: cluster randomised controlled trial. *British Medical Journal (Clinical research ed.)*, 332, 1180-1184.
- Offermans, C. (2006). *Waarom ik moet liegen tegen mijn demente moeder*. Amsterdam: Uitgeverij Cossee.
- Schols, J.M.G.A. (2007). Verpleeghuiszorg vooruit!: elimineren veiligheidsrisico's verbetert zorg aan ouderen. *Medisch Contact*, 62, 984-986.
- Smalbrugge, M., Pot, A.M., Jongenelis, K., e.a. (2005). Prevalence and correlates of anxiety among nursing home patients. *Journal of Affective Disorders*, 88, 145-153.
- naast is ook een investering nodig in het onderzoek bij ouderen. Zeer binnenkort zal de regering een beslissing nemen over de toekenning van een omvangrijke investering voor een Nationaal Programma Ouderenzorg voorgesteld door ZonMw, de Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie.
- Het is te hopen dat verpleeghuisbewoners spoedig van deze ontwikkelingen zullen kunnen profiteren, voor de meesten geldt dat zij niet veel tijd meer hebben om op de veranderingen te wachten.