

Reactie op 'De 'psychiater in het verpleeghuis'

Verhey (2007) beschrijft in zijn redactioneel in dit tijdschrift reeds uitgevoerd en toekomstig onderzoek in de verpleeg- en verzorgingshuissector. Hij houdt een pleidooi voor meer psychiatrische zorg in deze sector en onderstreept het probleem van bewoners die dubbele zorg nodig hebben: bewoners bij wie naast de indicatie voor verpleeghuis- of verzorgingshuiszorg sprake is van een psychiatrisch probleem. Hij vraagt van de ouderenpsychiater en van de ggz een actievere rol bij deze problematiek.

Ik kan alleen maar toejuichen dat het belang van de rol en de activiteiten van de psychiater in het verpleeghuis zo prominent in het Tijdschrift voor Psychiatrie voorkomen. Het is echter mijn ervaring dat er veel verwarring ontstaat wanneer men, zoals Verhey in zijn redactioneel, verpleeghuisbewoners en -zorg in één adem noemt met verzorgingshuisbewoners en -zorg.

In de verzorgingshuizen staan huisartsen aan het roer. Zij kunnen op de gebruikelijke wijze een beroep doen op zorg van de ggz. Daarnaast bestaan in diverse regio's in Nederland afspraken voor psychiatrische ondersteuning van de verzorgingshuizen, beter bekend als POV.

In de verpleeghuizen zijn de verpleeghuisartsen de regisseurs en bij uitstek specialisten op hun werkerrein. Waar het gaat om de bewoners dient men ook nog onderscheid te maken tussen de verschillende somatische afdelingen (te weten chronische afdelingen en revalidatieafdelingen) en de psychogeriatrische afdelingen. In de verpleeghuizen in Nederland zijn, zoals Verhey aangeeft, zeer diverse afspraken over consultatiemogelijkheden; veelal hebben deze een ad-hockarakter en zijn ze beperkt in omvang.

Bij twee grote ggz-instellingen in Zuid-Holland (Rivierduinen en De Grote Rivieren) is al meerdere jaren ervaring opgedaan met het bieden van reguliere psychiatrische consultatie, waarvan inmiddels 15 verpleeghuizen en een revalidatie-

centrum gebruikmaken (Buis & Antheunissen 2006). Daarbij kunnen deze instellingen een beroep doen op consultatieve psychiaters en liaison- en ouderenpsychiaters, die daarbij veelal samenwerken met psychiatrisch verpleegkundigen.

Het is hierbij gebleken dat de bewoners die in consultatiebijeenkomsten worden besproken niet per se tot de ouderen behoren. Sterker nog, de redenen voor de consultatie op het gebied van de psychiatrie blijken vaak medeoorzaak te vormen voor opname in het verpleeghuis op een relatief jonge leeftijd. Persoonlijkheidsproblemen, verslavingsproblemen en zelfverwaarlozing, al of niet in het kader van een psychotische stoornis of een stemmingsstoornis, zijn immers vaak redenen voor het falen van de mantelzorg. De consultatie- en liaisonpsychiater is bij uitstek de specialist met de benodigde expertise en competenties bij deze complexe problemen.

Voor de consultatieve psychiater in het verpleeghuis is aandacht voor somatische en psychiatrische aspecten, voor attitude, omgang en psychosociale milieu de basis bij het analyseren van de problemen waarvoor hij of zij in consult gevraagd wordt. Het zorgaanbod is regulier, transparant, betrouwbaar en consistent. Voorts vormt bijscholing aan multidisciplinaire teams onder het motto 'leren het zelf te doen' onderdeel van de systematische psychosociale interventies. Bij de behandeladviezen die de psychiater geeft, baseert deze zich op richtlijnen van de consultatie- en liaisonpsychiatrie (Tuijl & Van Waarde 2005), de ggz, de Landelijke Huisartsen Vereniging en de beroepsvereniging van verpleeghuisartsen en sociaal geriaters (NVVA). De integrale geneeskunde die de consultatieve psychiater nastreeft, sluit op deze wijze zoveel mogelijk aan bij de integrale zorg die de verpleeghuisbewoner nodig heeft.

Het spreekt voor zich dat er op dit gebied nog te weinig wordt geboden, te weinig onderzocht wordt en de financiering nog te onzeker is. Ik hoop dat de al aanwezige expertise van de consultatie- en liaisonpsychiaters in verpleeghuis, verzorgingshuis en revalidatiekliniek bij de ontwikkelingen zoals Verhey die schetst, zal worden benut.

LITERATUUR

- Buis, W.M.N.J., & Antheunissen, T. (2006). De eerste en derde lijn als werkgebied voor de consultatieve psychiatrie. W-86 (abstract). 34e Voorjaarscongres van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, april 2006 te Groningen, 171. http://www.nvvp.net/upload/35427/samenvatting_binnenwerk_2006-01-20.pdf.
- Tuijl, J.P., & Waarde, J.A. van. (2005). Competencies of the consultation-liaison psychiatrist: a formulation from the general hospital section of the Dutch psychiatric association. *Journal of Psychosomatic Research*, 59, 449-50.
- Verhey, F.R.J. (2007). De psychiater in het verpleeghuis. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 49, 593-595.

T. ANTHEUNISSEN

ANTWOORD aan Antheunissen

Ik dank collega Antheunissen voor haar opmerkingen en aanvullingen bij mijn redactioneel (Verhey 2007). Ik ben mij niet ervan bewust het verpleeghuis en het verzorgingshuis over één kam te scheren, hoewel de door mij beschreven bewoners die dubbele zorg nodig hebben in beide instellingen te vinden zullen zijn. Mijn betoog had evenwel voornamelijk betrekking op verpleeghuisbewoners.

Antheunissen onderschrijft mijn pleidooi voor een actievere opstelling van de ggz in de samenwerking met verpleeghuizen. Dat in sommige instellingen goede ervaringen zijn opgedaan met psychiatrische consultatie is een goede zaak, maar doet mijns inziens niet af aan mijn stelling dat dit aanbod meestal niet ver genoeg gaat voor de 8% van de bewoners die zowel intensieve psychiatrische zorg als verpleeghuiszorg nodig heeft. Richtlijnen van de consultatieve en ziekenhuispsychiatrie zullen bij deze noodzakelijk geachte intensivering zeker van pas komen, maar mogelijk ook niet het volledige antwoord op de vraag kunnen geven. Uit de door mij aangehaalde enquête van het Trimbos-instituut (Dorland e.a. 2007) blijkt dat de meeste instellingen zelf dat aanbod te mager vinden. Wanneer binnen het verpleeghuis niet voldoende

intensieve zorg geboden kan worden en in een ggz-instelling niet voldoende verpleeghuiszorg gerealiseerd kan worden, wordt het tijd om na te denken over gespecialiseerde voorzieningen waarin in beide in voldoende mate kunnen worden geboden.

LITERATUUR

- Dorland, L.M., Pot, A., Veerbeek, M., e.a. (2007). Psychische hulpverlening voor ouderen in verzorgings- en verpleeghuizen. In *Monitor geestelijke gezondheidszorg Ouderen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Verhey, F.R.J. (2007). De psychiater in het verpleeghuis. (Redactioneel). *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 49, 593-595.

F.R.J. VERHEY

Reactie op 'Hoe kunnen de resultaten van de eerstelijnsbehandeling van depressie worden verbeterd?'

In hun overzichtsartikel in dit tijdschrift stellen Vergouwen e.a. (2007) vast dat een relatief eenvoudige interventie als het systematisch volgen van de patiënt tot resultaten leidt, een belangrijk gegeven. Dit zet mij aan tot een drietal overwegingen.

Ten eerste is het mogelijk om de diagnose 'depressie' in zijn essentie te kenmerken aan de hand van drie kerndisfuncties: anormie, anhedonie en aritmie (Calmeyn 2007; Roelandts & Schotte 1999). De eenvoud om dit te integreren in de klinische praktijk, zeker in de eerste lijn, mag duidelijk zijn: (ellenlange) vragenlijsten hoeven niet per se (Demyttenaere & De Fruyt 2003) en accurate detectie kan vlot in het klinische gesprek geïntegreerd worden.

Ten tweede impliceert het systematisch volgen van de patiënt dat het dokter-patiëntcontact op zich, belangrijk is. In technische termen is bekend dat de overdracht de motor van een psychotherapie is (Verhaeghe 2005). Mutatis mutandis geldt dit voor het contact tussen hulpverlener en hulpvrager.

Dit leidt me tot de laatste beschouwing dat dit uitsluitend gedacht kan worden vanuit het erkennen van de eigenheid van zowel lichaam als geest/ziel die pas tot hun recht komen in de eenheid die ze vormen. Labooy (2007) heeft dit overtuigend voor de filosofie van de psychiatrie aangetoond.

LITERATUUR

- Calmeyn, M. (2007). De essentie van het depressief zijn. *Huisarts Nu*, 36, 279-281.
- Demyttenaere, K., & de Fruyt J. (2003). Getting what you ask for: on the selectivity of depression rating scales. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72, 61-70.
- Labooy, G. (2007). *Waar geest is, is vrijheid*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Roelandts A., & Schotte J. (1999). De la psychiatrie biologique à l'anthropopsychiatrie. *L'Information Psychiatrique*, 75, 625-634.
- Vergouwen, A.C.M., Burger, H., Verheij, T.J.M., e.a. (2007). Hoe kunnen de resultaten van de eerstelijnsbehandeling van depressie worden verbeterd? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 49, 559-567.
- Verhaeghe, P. (2005). De essentie van de psychotherapie vanuit een psychoanalytisch perspectief. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 35, 109-118.

M. CALMEYN