

Reactie op 'Beter worden doe je thuis' (1)

'Het psychiatrische ziekenhuis van vandaag vertoont nog steeds de trekken van de genoemde Total Institution met een strikte scheiding tussen binnen en buiten en tussen patiënten en staf', schrijft Keet (2011) in zijn redactioneel, ... 'en de samenwerking met ambulante is onvoldoende of zelfs geheel afwezig'. Hij vraagt zich af 'hoe dit heeft kunnen voortbestaan?' en hij zoekt de verklaring bij de ontwikkeling in de sociale psychiatrie in de jaren zeventig van de vorige eeuw. Door de totale afwijzing van alle vormen van klinische zorg door de Riagg kwam het ziekenhuis geheel buiten de ontwikkeling van de sociale psychiatrie te staan.

Voor degenen die het hebben meegemaakt (ik schreef in 1984 over ambulante crisisinterventie een artikel in *Medisch Contact*, met als functievermelding: 'sociaal psychiater in de kliniek', wat wijlen Jitse Verhoef de reactie ontlokte dat dit een contradictio in terminis was), is Keets verklaring wat kort door de bocht, maar een kern van waarheid is zeker aanwezig.

Vervolgens zagen we een streven naar transmuraliteit en ontstonden er regionale ggz-instellingen. Die zouden aan de geïsoleerde positie van het psychiatrisch ziekenhuis (buiten de ontwikkeling van de sociale psychiatrie) weinig veranderd hebben, beweert Keet. Maar, deze conclusie gaat mij te ver. Hoewel er nauwelijks (beleids)onderzoek bestaat op dat gebied, lijkt mijn (n = 1) exploratief-beschrijvende en evaluerende studie (van Hezewijk 1999) de conclusie van Keet toch enigszins te weerspreken.

De (verheven) doelstelling van de studie luidde: bijdragen aan de kennisvergarig over ambulantisering (als gevolg van samenwerking tussen sociale en klinische psychiatrie) om daarmee de kwaliteit en het veranderingspotentieel van de ggz te verhogen. Het (voorzichtige) antwoord op de centrale vraagstelling was dat samenwerking de ambulantisering kan bevorderen. En

dat in beide projecten in de vorige eeuw ook deed. Het leek erop dat opnameduurverkorting (het 1ste project) en/of ambulantisering (het 2de project) op zichzelf niet tot beddenreductie en substitutie leidden, maar dat het omgekeerde wel geldt. Bij een ambulante paradigma dient derhalve sturend opgetreden te worden wat betreft beddenreductie en substitutie, is de conclusie van deze studie.

Het decennium daarna heeft de marktwerking het aantal bedden geenszins teruggebracht, maar nu, 12 jaar verder, is het eindelijk in Nederland zover. Ik ben het dus geheel eens met Keets stelling dat een opname een intermezzo moet zijn in het ambulante behandelproces (uitzonderingen daargelaten).

Waarom verdwijnen ziekenhuisbedden dan niet vanzelf, vraagt hij zich af. Niet vanwege de ontwikkelingen in de sociale psychiatrie in de jaren zeventig en de reactie in de klinische psychiatrie daarop, of door de weinig impact van het streven naar transmuraliteit en het ontstaan van regionale ggz-instellingen, maar door de perverse financiële (!) prikkels die in Nederland de geestelijke gezondheidszorg altijd inhoudelijk geteisterd hebben. En de woorden 'pervers' en 'geteisterd' gebruik ik hier heel bewust. De keerzijde van die medaille is overigens het feit dat in Nederland altijd relatief veel geld voor geestelijke gezondheidszorg beschikbaar is geweest, vooral voor de instituties die stammen uit een verzuilde samenleving. Daar is een verklaring mijns inziens meer te zoeken.

Substitutie van klinisch naar ambulante is nu, ondanks de momentele vlucht naar voren van de ggz-instellingen, helaas niet meer budgettair neutraal mogelijk: er zal bezuinigd worden. Geld stuurt meer dan inhoud.

LITERATUUR

Hezewijk WJM van. Over de herintegratie van klinische en sociale psychiatrie, twee transmuraliseringsprojecten (proefschrift). Delft: Eburon; 1999.

Keet IPM. Beter worden doe je thuis. Tijdschr Psychiatr 2011; 53: 691-4.

AUTEUR

WIM VAN HEZEWIJK is psychiater, GGz Breburg, Tilburg.
E-mail: w.vanhezewijk@ggzbreburg.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

TITLE IN ENGLISH Reaction on 'Getting better at home,
not in the hospital'

ANTWOORD aan Van Hezewijk

Ik dank collega Van Hezewijk voor zijn reactie op mijn redactioneel. Hij belicht een aspect dat zeker een rol heeft gespeeld bij 'de bedden die bleven'. Er is een perverse financiële prikkel die ons verleidt om bedden zo veel mogelijk te gebruiken. De Engelse onderzoeker Priebe benoemde dit met de fraaie slogan: 'a built bed is a filled bed'.

De stelling kun je ook omkeren. Geen bed betekent: moeten zoeken naar een ambulante alternatief. Een collega-psychiater in een functie-assertive community treatment (FACT)-team zei het laatst zo tegen me: 'Soms ben ik blij dat de kliniek vol is. Dat dwingt ons dan om een ambulante oplossing te zoeken en meestal vinden we die dan ook nog.'

De vraag die wij ons als beroepsgroep ook moeten stellen, is hoe het komt dat wij ons hebben laten teisteren door een perverse financiële prikkel. Het merkwaardige is bovendien dat de meeste ggz-organisaties juist geld toeleggen op de opnamebedden, inmiddels wel de 'zorgverzekeringswetbedden' genaamd. Natuurlijk werkten de gescheiden kanalen van de financiering van ambulante en kliniek in de hand dat er niet directe winst te behalen viel uit het afbouwen van bedden. Toch deed zich hier een win-winsituatie voor financier en ggz-instellingen voor. In de jaren negentig zijn er ook zeker initiatieven in die richting geweest. Toch is deze mogelijkheid onvoldoende benut. Er moet dus ook sprake zijn geweest van een intrinsieke motivatie om de bedden te behouden.

De bedden voor langdurende opnames, de 'AWBZ-bedden', zijn lang inderdaad wel winstgevend geweest; financieel winstgevend dan. Ondanks de goede, zorgende en beschermende bedoelingen zitten langdurende opnames volgens mij echt herstel vooral in de weg. Een andere Engelse slogan is hier van toepassing: 'Do we help or hinder?'

Mijn redactioneel is een zoektocht naar de redenen waarom de bedden bleven terwijl ze eigenlijk niet meer gewenst waren. Alleen de perverse prikkel volstaat niet als verklaring. Het zit ook in ons handelen en denken dat we de bedden in stand hebben gehouden. Mijn verklaring dat dit voortkomt uit het instituutsdenken wordt daarom wat mij betreft niet door de financiële prikkel weerlegd. Wat ook een rol kan spelen, is de afstand tussen enerzijds de top van het instituut, die meer naar de financiën kijkt, en anderzijds de werkvloer die wel wil, maar beperkt wordt. Bedden verdwijnen ook niet vanzelf door goede ambulante zorg neer te zetten, zo is inmiddels uit het Europese onderzoek naar ACT gebleken. Ze worden alleen minder als men doorpakt en bedden actief sluit.

De verwachting voor de toekomst is dat de tarieven meer richting de kostprijzen gaan en we te maken krijgen met kostendekkende tarieven voor zowel de behandel-DBC's als de klinische DBC's. Er is dan straks geen financiële prikkel meer om liever het één dan wel het ander te doen. Door de bezuiniging hoeft de ambulantisering dan ook niet te stagneren, zoals Van Hezewijk stelt. Maar ook daarmee zullen de bedden niet vanzelf minder worden. Uiteindelijk is de wil om vanuit kwaliteit en visie en niet uit financiële overwegingen te handelen doorslaggevend.

AUTEUR

RENÉ KEET is psychiater en directeur Behandelzaken divisie Langdurende Psychiatrie, GGZ Noord-Holland-Noord, Alkmaar.
Correspondentieadres: dr. René Keet, GGZ NHN, Postbus 18, 1850 BA Heiloo.
E-mail: r.keet@ggz-nhn.nl

Reactie op 'Beter worden doe je thuis' (2)

Keet wijst in zijn redactioneel terechtop het feit dat ziekenhuisbedden in de ggz niet verdwijnen, ondanks een beleid met ambulantisering. Ik onderschrijf zijn oproep om bedden te sluiten, want de klinische opname is een interventie met onwenselijke bijwerkingen. De relatie tussen patiënt en hulpverlener wordt belast met het feit dat de kliniek het territorium is van het personeel. De (noodzakelijke) huisregels zetten de verpleegkundige in de rol van 'verkeersagent' en beperken de eigenheid van patiënten. Werken aan eigen herstel is in zo'n omgeving moeilijk.

Bij outreachende vormen van zorg, waarbij huisbezoek centraal staat, verandert de hulpverleningsrelatie. De professional treedt meer bescheiden binnen in het territorium van de ander(en). Hij moet invoegen en zoeken naar coöperatie met de aanwezigen. Daarbij is de diagnostiek op de kliniek beperkter en moeilijker dan in de eigen omgeving van de patiënt. Thuis kan de patiënt beter beschrijven wat er wel en niet lukt en waar hij of zij hulp bij moet hebben om thuis te kunnen functioneren. Training op locatie is effectiever dan oefenen in een kunstmatige situatie. Thuis ziet de hulpverlener ook eerder de krachten en kwetsbaarheden van de patiënt en diens steunsysteem. Dat kan bijdragen aan oplossingen op maat en rehabilitatie. Inmiddels zijn er teams ontwikkeld die behandeling en zorg aan huis bieden: zoals functie-assertive community treatment (FACT)-teams (van Veldhuizen e.a. 2006), waarvan er al 150 bestaan.

Toch blijven we Europees 'beddenkampioen'. Dat stelt ons voor de vraag: waarom bleven de bedden? Ik benoem enkele factoren. Ten eerste de financieringssystematiek. Die stelde de 'bedden' lange tijd zo centraal dat sommigen spraken over 'het bed als enig wettig betaalmiddel in de ggz'. En het betaalmiddel blijkt zelfs bestand tegen de eurocrisis. In de huidige bezuinigingen levert het bed meer stabiliteit dan ambulante productie.

Een tweede factor bij het blijven van de bedden is dat de Nederlandse 'inrichtingen' de bakens

tijdig hebben verzet. De 'inrichting' werd in de jaren zeventig tot en met de jaren negentig algemeen psychiatrisch ziekenhuis (APZ), met polikliniek en deeltijdbehandeling. Het APZ werd nadien deels gedeconcentreerd en kleinschaliger. Interne democratisering, patiëntenrechten en de patiëntenvertrouwenspersoon haalden de scherpe kantjes van het totaal instituut. En met eenpersoonskamers en outillage ging men mee met de tijd. In andere landen, zoals Australië of Italië, bleef het verouderde totale instituut. Dat werd reden voor sterkere afbouw, tot minder dan een kwart van de Nederlandse bedden.

De derde factor: de ambulantisering tot 2000 was eigenlijk een 'halve ambulantisering'. Het ging namelijk om een stap van kliniek naar polikliniek en deeltijd, maar niet naar echt outreachende zorg thuis, zoals in het voorgaande beschreven. Zonder die outreachende zorg kan men patiënten met 'klinische indicaties' thuis niet voldoende intensief behandelen en begeleiden. Dat speelde ook in de mede door mij ontwikkelde opnamevervangende deeltijdbehandeling (OVDB) (Van Veldhuizen e.a. 1988) met 'bed op recept' (van Veldhuizen 1986). Daarmee bleek 40% reductie van klinisch verblijf mogelijk, mede dankzij verpleegkundig huisbezoek en vaak dagelijks contact met het steunsysteem. Maar toen de OVDB gemeengoed werd, vergat men deze outreachende component.

De Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) is een andere factor. Deze bekrachtigt de opvatting van professionals, publiek, huisarts, familie en van patiënten zelf, dat er bij ernstige verstoringen maar één oplossing bestaat: het ziekenhuis. Intensivering van ambulante zorg zit nog niet in het standaardrepertoire. Maar inmiddels kunnen de FACT-teams dergelijke dagelijkse zorg en behandeling aan huis wel bieden. In de nieuwe Wet verplichte ggz (Wvggz), die in 2012 aan de kamer zal worden aangeboden, komt een transmurale zorgmachtiging (van Veldhuizen 2010). Daarmee kan indien nodig verplichte ggz ook in de ambulante setting worden geboden.

Ten slotte een andere factor waarom de bedden bleven. In de zorg voor mensen met ernstige psychiatrie (EPA) is de laatste twintig jaar wel minder bedgebruik gerealiseerd, bijvoorbeeld door terugdringen van de opnameduur. Echter, de daardoor leeg komende bedden zijn op grote schaal benut voor nieuwe doelgroepen (patiënten met autisme of verslaving). Of wij deze doelgroepen daarmee een dienst hebben bewezen, valt te betwijfelen. Daarbij is vanaf 2000 een sterke groei van beschermende woonvormen ontstaan, die de geringe klinische afbouw ver overtrof. En daarnaast groeide de laatste tien jaar het aantal bedden in de forensische psychiatrie tot internationale recordhoogte.

Zo bleven we internationaal met bedden op kop. Maar het 'Eerste Europese Assertive Outreach Congres' in Rotterdam in september jongstleden toonde dat we ook op kop liggen met ambulante zorgvormen, zoals FACT; niet alleen qua aantal teams, maar ook qua multidisciplinaire toerusting en opzet van die teams. Daarmee zijn de eerste vereisten voor de-institutionalisering gerealiseerd. In het beleid deelt men die visie en de ggz lijkt tot 2020 zeker 20% van haar bedden te willen gaan afstoten, ondanks de komende bezuinigingen.

Met de afbouw van bedden en de opbouw van een transmurale ggz met outreachende zorgintensivering, kunnen we onze patiënten een dienst bewijzen. Want opname moet alleen plaatsvinden indien deze strikt noodzakelijk is, met afweging van alle ongewenste bijwerkingen; kortom: het bed op recept.

LITERATUUR

- Keet IPM. Beter worden doe je thuis. Tijdschr Psychiatr 2011; 53: 691-3.
- Veldhuizen JR van, Bähler M, Teer W. Fact: de 'Functie ACT'. Maandblad Geestelijke volksgezondheid 2006; 61: 525-34.
- Veldhuizen JR van, Wiersma D, Ram LM. Opname vervangende dagbehandeling in ontwikkeling; een bericht uit het Substitutieproject Drenthe. Maandblad Geestelijke volksgezondheid 1988; 1: 3-18.

Veldhuizen JR van. Het bed op recept. GGZ-Gazet 1986; 4: 16.

Veldhuizen JR van. Voorstel Wet Verplichte Geestelijke Gezondheidszorg. Journaal Ggz en recht, 2010; 6: 67-74.

AUTEUR

REMMERS VAN VELDHUIZEN, psychiater te Groningen.
E-mail: remmersvv@hotmail.com

Geen strijdige belangen meegedeeld.

TITLE IN ENGLISH Reaction on 'Getting better at home, not in the hospital'

ANTWOORD aan Van Veldhuizen

Ik dank collega Van Veldhuizen voor zijn reactie. Hij geeft hierin meer diepgang aan het thema van de bedden die bleven en noemt terecht de financiering, de ontwikkeling van het APZ, de halve ambulantisering, de Wet Bopz en de nieuwe doelgroepen. Zo is Nederland nu koploper in ambulantisering én in het aantal bedden. Koploper in beide zijn is echter niet vol te houden en niet wenselijk. Keuzes zijn noodzakelijk.

Behalve een groot voorvechter van goede ambulante behandeling toont Van Veldhuizen zich ook een collega die het heden vanuit het verleden wil begrijpen. Het gaat hierbij om geschiedschrijving van een episode waarin hij zelf een belangrijk speler is. Ik zou dan ook willen pleiten voor een historische studie naar de de-institutionalisering. Er vindt een stille revolutie plaats in de ggz, terwijl de historici nog vooral het ancien régime beschrijven.

AUTEUR

RENÉ KEET is psychiater en directeur Behandelzaken divisie Langdurende Psychiatrie, GGZ Noord-Holland-Noord, Alkmaar.

Correspondentieadres: dr. René Keet, GGZ NHN, Postbus 18, 1850 BA Heiloo.

E-mail: r.keet@ggz-nhn.nl

Reactie op 'Contact met de jeugd-ggz is een zaak van culturele én sociaaleconomische verschillen'

Met ons onderzoek naar de toegankelijkheid van de jeugd-ggz toonden we aan dat de kans van allochtone jongeren op een ggz-behandeling ongeveer half zo groot is als die van hun autochtone leeftijdsgenoten (Boon e.a. 2010a). In het Tijdschrift voor Psychiatrie schreven we dat dit eerder veroorzaakt wordt door etnische (of culturele) dan door sociaaleconomische factoren (Boon e.a. 2010b). Omdat we ons baseerden op Haagse cijfers, deden we de aanbeveling om 'het onderzoek te herhalen in andere Nederlandse grote steden, zodat duidelijk wordt oferspecifieke Haagse factoren zijn die een rol spelen' (bl. 656). Wierdsma en Kamperman (2011) hebben hieraan gehoor gegeven en hun bijdrage is een verslag van de door ons gewenste replicatie, en wel in Rotterdam.

Wat de bevindingen en conclusies betreft, zijn de verschillen met ons onderzoek minder groot dan de titel van hun artikel suggereert. Zij constateren dat ook in Rotterdam allochtone jongeren minder in behandeling komen en dat de autochtone jeugd met een lage sociaaleconomische status (SES) de weg naar de ggz wel weet te vinden. Wat de laatste groep betreft, stellen zij dat een lage SES het zorggebruik van de autochtone bevolking kan opdrijven. Het zorggebruik van de Rotterdamse autochtone jeugd met een lage SES verschilt wellicht van de Haagse situatie. Dit kan echter komen doordat Wierdsma en Kamperman zich op andere (alleen 1ste ggz-contact, ook verslavingszorg) en oudere (2001-2003) gegevens baseerden.

De resultaten van onze onderzoeken zijn dus in grote lijnen hetzelfde. Maar de auteurs lijken ons werk anders te interpreteren, waardoor er een polemiek over bijzaken dreigt te ontstaan. In het belang van vervolgstudies willen we dat de essentie van deze onderzoeken niet verloren gaat, temeer omdat we met ons werk hopen bij te dragen aan maatregelen waardoor alle bevolkingsgroepen in gelijke mate toegang tot de zorg krij-

gen. Daarom willen we graag op een aantal punten reageren.

Wierdsma en Kamperman (2011) citeren Veling (2010), die naar aanleiding van ons artikel stelde dat er mogelijk een ecologische fout in ons onderzoek zat. Volgens hem hielden we geen rekening met de mogelijkheid dat in stadswijken met veel Nederlanders juist de niet-Nederlandse jeugd relatief vaker in zorg is. Op het moment dat Veling dit schreef, was er al een artikel van ons in druk waarin we lieten zien dat hiervan geen sprake was (Boon e.a. 2010c). Uit dit onderzoek bleek bovendien dat in de 'zwarte wijken' (dat wil zeggen met meer dan 50% allochtone inwoners) met een lage SES, de verhouding tussen zorggebruik van autochtone en allochtone jeugd nog schever (3:1) lag. Kortom, een bevestiging van onze bevinding dat de etnische herkomst zeer bepalend is voor het al dan niet in zorg komen. We vinden het jammer dat de inmiddels achterhaalde kanttekening van Veling weer van stal wordt gehaald, omdat dit op de lezer de indruk wekt dat wij ons werk niet goed zouden hebben gedaan.

We vinden het ook niet terecht dat Wierdsma en Kamperman suggereren dat ons onderzoek minder betrouwbaar is omdat het de gegevens van slechts 'één ambulante zorginstelling, binnen één regio' (bl. 585) betreft. We schreven dat De Jutters (die overigens niet alleen ambulante zorg biedt) in het jaar dat we ons onderzoek deden (2008) 'bijna monopolist' op het gebied van jeugd-ggz in de regio was (Boon e.a. 2010b). Dit betekent dat het bestand waar wij ons onderzoek op baseren zeker niet onderdoet voor dat van onze Rotterdamse collega's, die immers ook geen zicht hebben op 'vrijgevestigde therapeuten'.

Samengevat: we zijn blij dat ons werk anderen heeft gestimuleerd tot vervolgonderzoek. Het onderzoek van Wierdsma en Kamperman bevestigt de belangrijkste conclusie van ons onderzoek dat het gebruik van de jeugd-ggz sterk bepaald wordt door de etnische samenstelling van de wijk. Onze bevinding dat ook de autochtone jeugdigen uit 'zwarte wijken' de weg naar de jeugd-ggz wel

weten te vinden (net zoals de autochtone jeugd uit ‘witte wijken’), komt in Rotterdam wat sterker naar voren. Mogelijk doordat ook de verslavingszorg in dit onderzoek betrokken is.

LITERATUUR

- Boon AE, de Haan AM, de Boer SSB. Verschillen in etnische achtergrond van forensische en reguliere Jeugd-GGZ cliënten. *Kind en Adolescent*, 2010a; 1: 16-28.
- Boon AE, de Haan AM, de Boer SSB. Cliënten Haagse Jeugd-ggz geen etnische afspiegeling van de jeugd van de stad; niet door sociaaleconomische status, maar door etnische herkomst. *Tijdschr Psychiatr* 2010b; 52: 653-8.
- Boon AE, de Haan AM, de Boer SSB. Haagse Jeugd en ggz-gebruik. De invloed van woonomgeving op het hulpzoekgedrag bij psychiatrische problematiek. *Cultuur, Migratie en Gezondheid* 2010c; 7: 122-31.
- Veling, W. Ondergebruik van ggz door jeugd van niet-Nederlandse herkomst; voorbij een statistisch verband. *Tijdschr Psychiatr* 2010; 52: 659-66.
- Wierdsma AI, Kamperman AM. Contact met de jeugd-ggz is een zaak van culturele én sociaaleconomische verschillen *Tijdschr Psychiatr* 2011; 53: 857-63.

AUTEURS

ALBERT BOON is senior onderzoeker bij Stichting De Jutters centrum voor Jeugd-GGZ Haaglanden en De Fjord centrum voor Orthopsychiatrie en Forensische Jeugdpsychiatrie.

ANNA DE HAAN is onderzoeker bij Stichting De Jutters centrum voor Jeugd-GGZ Haaglanden.

SJOUK DE BOER is onderzoeker bij Stichting De Jutters centrum voor Jeugd-GGZ Haaglanden en De Fjord centrum voor Orthopsychiatrie en Forensische Jeugdpsychiatrie.

Correspondentieadres: Albert Boon, Stichting De Jutters, Dr. Van Welylaan 2, 2566 ER Den Haag.

E-mail: a.boon@dejutters.com

Geen strijdige belangen meegedeeld.

TITLE IN ENGLISH Reaction on ‘Contact with the child and adolescent psychiatric services is determined by cultural and socio-economic differences’

ANTWOORD aan Boon, De Haan & De Boer

Onder het motto ‘twee weten meer dan één’ reageren wij graag op het Ingezonden van Boon e.a. Gelijke toegang tot gespecialiseerde hulpverlening voor alle bevolkingsgroepen is een belangrijke beleidsdoelstelling van de overheid. Maar met één of twee observationele studies komen we nog niet tot passende beleidsmaatregelen waar Boon en collega’s zich voor inzetten. De enige weg voorwaarts is replicatie met oog voor verschillen naar plaats en tijd en de methodologische beperkingen van onderzoek op basis van registratiegegevens. Om die redenen hebben wij de Haagse handschoen opgepakt en gingen we in onze bijdrage ook in op de moeilijkheden en mogelijke valkuilen van dit type onderzoek.

Kern van de zaak is dat het zorggebruik onder allochtonen lager is dan onder autochtonen en dat deze verschillen groter zijn in de arme buurten. Boon e.a. laten verschillen in het gebruik van de ggz zien voor één stad, met één zorginstelling, op buurtniveau en alle etnische groepen in één categorie. Wij komen tot vergelijkbare bevindingen in een andere stad, met meerdere voorzieningen, en verschillen tussen etnische groepen uitgedrukt in relatieve risico’s. De Haagse groep keek naar verschillen tussen ‘zwarte’ en ‘witte’ buurten. Voor Rotterdam ging het ons niet om de samenstelling van de buurt, maar berekenden wij leeftijd- en geslachtspecifieke incidentiecijfers.

In grote lijnen komen de resultaten overeen, maar wij duiden die anders. Boon e.a. persisteren in een *main effect*-interpretatie en zetten alle beleidstroeven op culturele factoren. Wij zien in de resultaten een interactie-effect van culturele én sociaaleconomische factoren. Oplossingen liggen dan niet alleen in het dichten van de kloof tussen etnische patiënten en de jeugd-ggz. Ook het hoge zorggebruik in de achterstandsgebieden is mogelijk aan herijking toe – al was het alleen maar om beleidsruimte te scheppen. Dat is geen polemiek over bijzaken, want als de diagnose niet deugt, dan zal ook van de diagnose-behandelcombinatie niet veel terecht komen.

AUTEURS

ANDRÉ WIERDSMA is socioloog/methodoloog en als universitair docent verbonden aan de afdeling Psychiatrie van het Erasmus MC.

ASTRID KAMPERMAN is psycholoog en als senior onderzoeker werkzaam bij O3 Onderzoekcentrum GGZ Rijnmond, afdeling Psychiatrie, Erasmus MC.

Correspondentieadres: dr. André Wierdsma, Erasmus MC, afdeling Psychiatrie, O3 Onderzoekcentrum GGZ Rijnmond, Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam.

E-mail: a.wierdsma@erasmusmc.nl

Reactie op 'Acute ingrijpmedicatie'

Het fraaie overzichtsartikel van Bak e.a. (2011) over acute ingrijpmedicatie voorziet in een duidelijke behoefte, daar tot nu toe een Nederlandse richtlijn voor het gebruik van sederende of kalmerende medicatie bij acute situaties door agressie of opwinding door een psychiatrische stoornis ontbreekt. Het Verenigd Koninkrijk heeft wel een praktische richtlijn tranquilisation uit 2009 (<http://wlmht.nhs.uk/docs/policies/R10%20-%20Rapid%20Tranquilisation.pdf>). Voor een samenvatting zie <http://www.patient.co.uk/doctor/Rapid-Tranquilisation.htm>. Ook is er een Canadese richtlijn (<http://cadth.ca/media/pdf/htis/L%200167%20Antipsychotics%20for%20Rapid%20Tranquilization%20final.pdf>). Deze zouden als voorbeeld kunnen dienen voor een Nederlandse versie.

Opmerkelijk is dat een van de aanbevelingen van de auteurs neerkomt op de al sinds de jaren zestig beproefde cocktail van haloperidol en promethazine (ook wel bekend als 5/50, daarvoor nog wel met toevoeging van levomepromazine als 5/50/50 gegeven). In de tussentijd is promethazine een tijd in onbruik geweest, vanwege versterking van de vegetatieve bijwerkingen.

In hun overzicht staan auteurs niet stil bij de combinatie van olanzapine en lorazepam. Dat is opmerkelijk, omdat deze een voor de hand liggende combinatie betreft. Sinds september 2005 wordt aanbevolen om ten minste een periode van 60 minuten aan te houden tussen toedienen van olanzapine intramusculair en parenterale toediening van benzodiazepines (Naso 2008). Dit nadat de fabrikant van olanzapine 160 meldingen van bijwerkingen ontving, alsmede 29 gevallen van overlijden in samenhang met intramusculair gebruik van olanzapine werden gedocumenteerd, waarbij in 19 gevallen ook benzodiazepines parenteraal waren toegediend.

LITERATUUR

Bak M, van Os J, Marcelis M. Acute ingrijpmedicatie; literatuuroverzicht en aanbevelingen. Tijdschr Psych 2011; 53: 727-37.

Naso AR. Optimizing patient safety by preventing combined use of intramuscular olanzapine and parenteral benzodiazepines. Am J Health Syst Pharm 2008; 65: 1180-3.

AUTEUR

HENK KOERS is psychiater, St. Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein.

Correspondentieadres: Henk Koers, St. Antonius Ziekenhuis, afd. Psychiatrie, Postbus 2500, 3430 EM Nieuwegein.

E-mail: h.koers@antoniusziekenhuis.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

TITLE IN ENGLISH Reaction on 'Rapid tranquillisation; review of the literature and recommendations'

ANTWOORD aan Koers

We danken collega Koers voor zijn reactie. Inderdaad is er in het Nederlandse taalgebied geen richtlijn voor snelle en effectieve toepassing van medicatie bij patiënten met ernstige opwindning of agitatie. Deze medicatie heeft als doel de situatie veilig en hanteerbaar te krijgen en om verdere stappen in het hulpverleningsproces te kunnen zetten. Koers verwijst naar een aantal richtlijnen uit het buitenland die als voorbeeld kunnen dienen.

Een niet in ons artikel beschreven zoekactie leverde inderdaad veel buitenlandse richtlijnen op, die zeker bruikbaar zijn en behoorlijk overeenkomen met wat wij concluderen. Wij hebben voor de lokale situatie een eigen richtlijn ontwikkeld op basis van de door ons geraadpleegde literatuur, zoals in het artikel beschreven, en op basis van de richtlijn van het National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) 'Rapid tranquillisation' (zie [http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/RT%20Algorithm%20\(2\).pdf](http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/RT%20Algorithm%20(2).pdf)). Een kopie van onze richtlijn is op te vragen bij de eerste auteur (MB). Hierin vindt u

ook alle waarschuwingen die buiten het bestek van het artikel vallen, maar wel van belang zijn voor het toepassen van acute ingrijpmedicatie.

Hierin past ook de opmerking over de combinatie olanzapine en lorazepam. De gebruikte zoektermen leverden geen verwijzing op naar studies die 'rapid tranquillisation' onderzoeken met de combinatie van olanzapine en lorazepam. Koers betoogt dat het gelijktijdig toedienen van olanzapine en lorazepam een voor de hand liggende combinatie is. Het is ons niet geheel duidelijk waarom de combinatie voor de hand ligt, daar olanzapine zelf al sederende effecten heeft. Uit de literatuur blijkt dat het effect van olanzapine al redelijk snel optreedt.

Het artikel waar Koers naar verwijst, waarschuwt juist voor de complicaties die kunnen optreden bij gelijktijdige toediening van olanzapine en lorazepam. Terecht wijst hij daarom ook op het feit dat men olanzapine niet samen met een benzodiazepine moet toedienen, maar dat men bij aanhoudende onrust en/of agressie lorazepam (of een andere benzodiazepine) niet eerder dan 60 minuten na toediening van olanzapine mag toedienen. Dit is in overeenstemming met het advies in de NICE-richtlijn. Wij kunnen deze combinatie niet aanbevelen daar er geen vergelijkende studies hiernaar zijn verricht.

AUTEURS

MAARTEN BAK is psychiater en plv. opleider, Afdeling Psychiatrie en Psychologie, UMC Maastricht en afdeling Integrale Zorg, Mondriaan Maastricht.

JIM VAN OS is hoogleraar Psychiatrie, Afdeling Psychiatrie en Psychologie, UMC Maastricht, en Visiting Professor of Psychiatric Epidemiology, King's College London, Department of Psychosis Studies, Institute of Psychiatry, Londen.

MACHTELD MARCELIS is psychiater, Afdeling Psychiatrie en Psychologie, UMC Maastricht en afdeling Integrale Zorg, Mondriaan Maastricht.

Correspondentieadres: dr. Maarten Bak, Afdeling Psychiatrie en Psychologie, UMC Maastricht, Postbus 616 (Vijv1), 6200 MD Maastricht.

E-mail: m.bak@maastrichtuniversity.nl.