

Ouderen- zorg; essentiële rol voor de ouderen- en ziekenhuis- psychiatrie

R.C. OUDE VOSHAAR,
J.P.J. SLAETS

De wereldbevolking vergrijsst in rap tempo. De komende tien jaar zal het aantal 65-plussers wereldwijd netto met 23 miljoen mensen toenemen (Kinsella & He 2009). Helaas hebben de afgelopen decennia van wetenschappelijke vooruitgang niet geleid tot een ideale overlevingscurve (Fries 1980). Deze ideale overlevingscurve wordt gekenmerkt door een nagenoeg constant blijvende gemiddelde levensduur, waarbij ziekten en gebreken op populatieniveau gemiddeld op een steeds hogere leeftijd voor het eerst optreden. Hierdoor ontstaat uiteindelijk een rechthoekige overlevingscurve met een kort ziekbed en korte periode van lijdensdruk voor de dood.

Het probleem multimorbiditeit Paradoxaal genoeg worden we ouder, maar krijgen we eerder in het leven te maken met chronische aandoeningen. Dit betekent dus een langere periode met morbiditeit, zodat in plaats van een rechthoekige overlevingscurve, de huidige overlevingscurve gekenmerkt wordt door een langdurige helling vanaf middelbare leeftijd tot het jaar van overlijden. We gaan hier niet in op de oorzaken van deze paradox, zoals eerdere detectie van aandoeningen en een steeds ongezonere leefstijl, maar wel op de consequenties ervan. Immers, in toenemende mate worden we als dokters geconfronteerd met multimorbiditeit, het voorkomen van meerdere aandoeningen tegelijkertijd bij één persoon. Multimorbiditeit neemt sterk toe met de leeftijd en gaat samen met een hoge mortaliteit, functionele beperkingen en een toegenomen medische consumptie (Barnett e.a. 2012; Schäfer e.a. 2010). Een belangrijke component van deze multimorbiditeit, en zeker voor de kwaliteit van leven en het welzijn van betrokkene, bestaat uit psychiatrische aandoeningen (Barnett e.a. 2012; Perruccio e.a. 2012).

Is multimorbiditeit wel het probleem? Zoals vaak wordt aangenomen, is deze toename van multimorbiditeit niet het grote probleem voor de gezondheidszorg, maar juist de specialisatie binnen de gezondheidszorg (Barnett e.a. 2012). In de afgelopen jaren heeft de medische wetenschap enorme vooruitgang geboekt. Deze vooruitgang weerspiegelt zich in een toenemende specialisatie van medici, niet alleen binnen de muren van het ziekenhuis, maar ook in de eerste lijn: huisartsen leggen zich in toenemende mate toe op specifieke problemen of vaardigheden.

Een oudere patiënt met functionele achteruitgang bij multimorbiditeit is helaas niet gebaat bij die ene specialist die zijn of haar bloeddruk scherp instelt of een nieuwe knie plaatst bij multifactorieel bepaalde afname in mobiliteit. Dergelijke zorgvragen vergen een geheel andere mix aan competenties dan de klassieke opleidingen bieden. In deze patiëntengroep moet men het

behandelbeleid in nauw overleg met de betrokkene opstellen, rekening houdend met de kwetsbaarheid van de patiënt en de multifactoriële etiologie van op het eerste gezicht eenvoudige medische problemen. Om dit goed te kunnen is niet alleen een goede multidisciplinaire samenwerking vereist, maar ook een algemene medische kennis en vaardigheden die breder zijn dan het eigen specialisme. Graag breken wij een lans voor een betere integratie van medische specialismen die intensief betrokken zijn bij de zorg voor kwetsbare ouderen.

Multidisciplinaire samenwerking Multimorbiditeit vereist interdisciplinaire samenwerking. Interdisciplinaire samenwerking vereist dat medici met een verschillende achtergrond eenzelfde taal spreken. Legio voorbeelden zijn hiervoor aan te halen. Zo zal een chirurg bij een oudere patiënt die een electieve operatie voor een abdominaal aneurysma aortae moet (?) ondergaan, niet alleen een inschatting maken van de fysieke kwetsbaarheid om een dergelijke operatie te ondergaan, maar hij of zij zal ook oog moeten hebben voor cognitieve problemen die de kans op een delier verhogen en angst- en stemmingsproblemen of overmatig alcoholgebruik die zullen interfereren met het revalidatieproces. Een psychiater zal atypische hartklachten moeten herkennen en deze onderscheiden van de eveneens vaak op oudere leeftijd voorkomende atypische paniekaanvallen. Voor een internist zijn vaardigheden in motiverende gespreksvoering en kennis van cognitief-gedragstherapeutische behandelingen essentieel om in geval van een somatoforme stoornis betrokkene te motiveren voor een psychotherapeutische behandeling.

Naar een betere wereld, maar hoe? Het negeren van deze kennis en vaardigheden door te verwijzen naar de kennis en competenties die behaald moeten worden binnen de opleiding tot basisarts (Raamplan artsopleiding 2009), oftewel 'we zijn en blijven allemaal basisarts', doet de dagelijkse praktijk tekort. Immers, gedurende de specialisatie en de latere beroepsuitoefening zal kennis van andere specialismen geleidelijk verdwijnen; nog daargelaten in welke mate vaardigheden buiten het eigen specialisme feitelijk ontwikkeld waren. Hoe vaak horen we niet 'wel bevoegd, maar niet bekwaam'. Feitelijk betekent dit dat medici ook binnen hun specialistische training ervaring moeten opdoen bij aanpalende specialismen.

In de ideale wereld loopt een arts in opleiding tot chirurg 6 maanden stage bij de interne geneeskunde of de klinische geriatrie en 6 maanden stage bij de ouderenpsychiatrie, maar doet een psychiater in het aandachtsgebied ouderenpsychiatrie weer

LITERATUUR

- Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet* 2012; Epub ahead of print.
- Fries JF. Aging, natural death, and the compensation of morbidity. *N Eng J Med* 1980; 303: 130-5.
- Herwaarden CLA van, Laan RFJM, Leunissen RRM. Raamplan Artsopleiding 2009. Nederlandse Federatie van Universitaire Medische Centra. Utrecht 2009.
- Kinsella K, He W. An aging world: 2008. International Population Reports Washington: U.S. Census Bureau, National Institute on Aging; 2009. p. 1-204.
- Perruccio AV, Katz JN, Losina E. Health burden in chronic disease: multimorbidity is associated with self-rated health more than medical comorbidity alone. *J Clin Epidemiol* 2012; 65: 100-6.
- Schäfer I, Von Leitner EC, Schön G, Koller D, Hansen H, Kolonk T, e.a. Multimorbidity pattern in the elderly: A new approach of disease clustering identifies complex interrelations between chronic conditions. *PLoS One* 2010; 5: e15941.

AUTEURS

RICHARD OUDE VOSHAAR, hoogleraar Ouderenpsychiatrie, Universitair Centrum Psychiatrie, UMC Groningen.

JORIS SLAETS, hoogleraar Ouderenzorg, disciplinegroep Inwendige Geneeskunde, UMC Groningen.

Correspondentieadres: prof.dr. Richard Oude Voshaar, Universitair Centrum Psychiatrie, UMC Groningen, Postbus 30.001, 9700 RB Groningen.
E-mail: r.c.oude.voshaar@umcg.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

TITLE IN ENGLISH Health care for the elderly; essential role for the old-age psychiatry and the consultation-liaison psychiatry

somatische ervaring op in de interne geneeskunde en de neurologie. Deze uitwisseling is noodzakelijk, maar is nog maar een eerste stap. Immers, de praktijk is weerbarstig en kennis van aanpalende specialismen gaat geleidelijk verloren. Medici zullen zich weer terugtrekken op hun eigen, vertrouwde terrein en voilà, we zijn weer terug bij af.

Toekomstvisie Goede interdisciplinaire samenwerking zou moeten beginnen in de opleidings- en specialisatiefase, maar ze eindigt daar zeker niet. Intensieve samenwerking, zoals vaak gepropageerd wordt, zal enkel kans van slagen hebben indien daadwerkelijk uitwisseling van personeel tussen afdelingen en specialismen plaatsvindt en patiënten gezamenlijk worden gezien.

In het UMC Groningen hebben de afdelingen Chirurgie, Interne Geneeskunde en Psychiatrie de handen ineengeslagen. De komende drie jaar zullen leden van een vast behandelteam elkaar onderling consulteren, bezoeken medici elkaars patiëntbesprekingen en zal verpleegkundig en medisch personeel uitgewisseld worden tussen deze afdelingen. We hopen hiermee van elkaar te profiteren, fragmentatie van zorg te voorkomen, en zogenaamde *best-practices* afdelingen neer te zetten. Voor de ouderenpsychiater is dit een uitgelezen kans de somatische vaardigheden van de toekomstige ouderenpsychiater te trainen. Voor de oudere patiënt met multimorbiditeit zit de winst in een betere herkenning en behandeling van psychiatrische comorbiditeit; een behandeling die bovendien beter is afgestemd op zijn of haar lichamelijke en cognitieve kwetsbaarheid.