

## Oud en nieuw

F. R. J. VERHEY

De samenleving staat aan de vooravond van een drastische verandering. Op dit moment behoort de Nederlandse beroepsbevolking nog tot de jongste in de Europese Unie, maar de komende decennia zal de veroudering in Nederland het snelst gaan. Volgens de raming van het Centraal Bureau voor de Statistiek neemt het aantal 65-plussers toe van 2,3 miljoen in 2005 tot 3,8 miljoen in 2030, een toename van meer dan 50%. Hun relatieve aandeel groeit in die periode van 14,0 tot 22,3 procent in 2030. De sterke toename van het aantal 65-plussers begint al over een paar jaar, wanneer de babyboomgeneratie de pensioengerechtigde leeftijd zal bereiken. Deze nieuwe generatie zal zich kritischer opstellen tegenover de zorg die zij krijgt, en in zijn algemeenheid kapitaalkrachtiger zijn waardoor zij meer zelf zullen kunnen regelen.

Hoewel voor de meesten het proces van ouder worden zonder grote problemen verloopt, valt niet te ontkennen dat de vergrijzing de samenleving, en met haar de psychiatrie, voor grote uitdagingen zal plaatsen. De geestelijke gezondheidszorg moet rekening houden met een drastische vergroting van de toeloop van ouderen: naar verwachting zal dit aantal ouderen in Nederland toenemen van 128.000 in 2005 tot 172.000 in 2020 (Depla e.a. 2005). Daarbij is nog geen rekening gehouden met tal van nog nauwelijks ontgonnen terreinen waar de ouderenpsychiatrie zich in de toekomst meer en systematischer op zal moeten richten. Te denken valt bijvoorbeeld aan de zorg voor de vele verpleeghuisbewoners met psychische stoornissen, die nu ernstig tekortschiet.

De psychiatrie in Nederland en België zal zich dus terdege moeten voorbereiden op deze enorme veranderingen. Gelukkig heeft men niet stil gezeten. Was niet eens zo lang geleden de ouderenpsychiatrie nog de assepoester van de psychiatrie, vooral aantrekkelijk voor collega's die geen last hadden van een overmaat aan ambitie, de laatste decennia is sprake geweest van een enorme ontwikkeling, zowel in het wetenschappelijk onderzoek als binnen de zorg. Tal van proefschriften over een ouderenpsychiatrieonderwerp zijn de afgelopen jaren verschenen. Nagenoeg alle ggz-instellingen kennen thans een gespecialiseerde afdeling voor ouderen. Deze voorzieningen zijn in veel regio's het kristallisatiepunt geweest voor uitbreiding met speciale faciliteiten voor ouderen, zoals deeltijdbehandeling en transmurale zorgvormen (Heeren & Verhey 2000). Binnenkort zal het dan eindelijk mogelijk zijn om zich voor het aandachtsgebied ouderenpsychiatrie te laten registreren, waarmee formele eisen gesteld kunnen worden aan de opleiding tot ouderenpsychiater.

Dit komt tegemoet aan de bijzondere aspecten van deze tak van sport: de hoge prevalenties van ziektebeelden zoals dementie; de aanwezigheid van specifieke risicofactoren, zoals lichamelijke comorbiditeit; het optreden van fysiologische veranderingen in bijvoorbeeld zintuigfuncties en mobiliteit; de specifieke aspecten van

de diagnostische en therapeutische benadering; de aparte zorgcircuits; de nauwe samenwerking met andere relevante disciplines, zoals neurologie en geriatrie; de typische levensfaseproblematiek en de daarbij actuele zingevingsvraagstukken. Mede door de sterk neuropsychiatrische oriëntatie kiezen steeds meer jonge collega's voor de ouderenpsychiatrie als de meest integrale richting binnen de mogelijkheden die de opleiding te bieden heeft.

Ouderenpsychiatrie heeft dus de wind mee. Toch is er sprake van een achterstandspositie die voorlopig niet zal worden ingelopen. De komende jaren zal aan een aantal knelpunten moeten worden gewerkt.

Allereerst zijn er nog veel te weinig ouderenpsychiaters. De sectie Ouderenpsychiatrie (OP) van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie heeft in samenwerking met het Kenniscentrum Ouderenpsychiatrie recent een voorzichtige schatting proberen te maken van het huidige aantal en de behoefte in de toekomst: op iedere 100.000 personen ouder dan 65 jaar is nu 5,4 fte (fulltime-equivalent) ouderenpsychiater beschikbaar, ongeveer de helft van het aantal bij niet-ouderen (11,4 fte). Het is moeilijk aan te geven wat de exacte behoefte hier zal zijn – in Engeland heeft men als norm 10 fte per 100.000 ouderen gesteld, maar zeker is wel dat de behoefte voorlopig niet gedekt zal zijn door alleen de ouderenpsychiaters. Net als in andere landen (Colenda e.a. 2005) zal een groot deel van de psychiatrische zorg voor ouderen dus door niet-ouderenpsychiaters moeten worden geleverd. Meer dan nu het geval is, zal ouderenpsychiatrie daadwerkelijk een substantieel onderdeel moeten uitmaken van de basisopleiding tot psychiater. De huidige eis – dat iedere aios tijdens de opleiding ten minste 20 patiënten ouder dan 65 jaar klinisch of poliklinisch heeft onderzocht en behandeld, onder supervisie van een in de ouderenpsychiatrie ervaren psychiater – is al niet te ruim, en onduidelijk is in hoeverre hieraan tegemoet wordt gekomen. Een (informele) peiling door de sectie OP waaruit bleek dat in géén van de gepolste opleidingsinstellingen door de visitatiecommissie überhaupt naar dit aspect werd geïnformeerd, stemt in dit opzicht niet erg optimistisch. De ouderenpsychiatrie mag dan een aantal specifieke kenmerken hebben, de keerzijde daarvan is dat hierdoor de reguliere psychiater het gevoel zou kunnen krijgen dat het om een heel ander vak gaat dat hem (haar) niet aangaat. De ouderenpsychiatrie zal moeten waken voor een te exclusieve positie ten opzichte van de reguliere psychiatrie, zoals die nu vaak valt waar te nemen ten opzichte van de kinderpsychiatrie ('Onder de 18? Daar heb ik geen verstand van...'). Het is van groot belang dat de reguliere psychiaters beseffen dat ook zij zich meer dienen te bekwaamen in de specifieke zorg voor ouderen.

Op veel plaatsen wordt er binnen een afdeling ouderenzorg gedifferentieerd in enerzijds de psychogeriatric (voor patiënten met cog-

## LITERATUUR

- Colenda, C.C., Wilk, J.E., & West, J.C. (2005). The geriatric psychiatry workforce in 2002: analysis from the 2002 National Survey of Psychiatric Practice. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 756-765.
- Depla, M.P.A., de Graaf, R., van Dorsselaer, S., e.a. (2005). *Schatting van het gebruik van geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg door ouderen in 2010 en 2020*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Heeren, T.J., & Verhey, F.R.J. (2000). Nieuwe opleidingseisen psychiatrie: de positie van de ouderenpsychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 42, 235-239.
- Irish College of Psychiatry. (2003). *Section for the Psychiatry of Old Age. Submission to the Expert Group on Mental Health Policy*. Dublin: Irish College of Psychiatry.
- Rijn, C. van, Kok, R.M., Kruithof, H., e.a. (2003). Ouderenspsychiatrie en klinische geriatrie niet strikt afbakenen. *Medisch Contact*, 58, 674.
- Verhey, F., Ramakers, I., Jolles, J., e.a. (2005). *Inventarisatie Geheugenpoliklinieken in Nederland*. Maastricht: NeuroPsych Publishers.

nitieve stoornissen, vooral dementie) en anderzijds de gerontopsychiatrie, die zich richt op de 'functionele' psychische stoornissen bij ouderen. Afgezien van het feit dat in de moderne psychiatrie een dergelijk strikt onderscheid niet meer houdbaar is, bestaat hierdoor het gevaar dat het onderscheid leidt tot een te ver doorgevoerde scheiding en afdelingen onnodig kwetsbaar worden. Op sommige plaatsen dreigt de gerontopsychiatrie om organisatorische redenen te worden opgeheven en samengevoegd te worden bij de volwassenenzorg, of wordt de vraag openlijk gesteld of de zorg voor dementie nog wel een taak is voor de ggz. In een recente inventarisatie onder alle Nederlandse geheugenpoliklinieken bleek dat in ruim 25% van de voorzieningen geen psychiatrische expertise beschikbaar was (Verhey e.a. 2005). Het is belangrijk dat ouderenpsychiaters zich realiseren dat dat wat hen bindt sterker is dan dat wat hen scheidt en dat zij zich bij voorkeur op het gehele veld moeten richten. Zij zullen zich de komende tijd meer zodanig moeten profileren en sterker moeten benadrukken waar hun specifieke bijdragen liggen.

Ook kan men zich afvragen of de sterke verwevenheid met meer somatisch georiënteerde disciplines zoals de klinische geriatrie en de neurologie niet een heroriëntatie rechtvaardigt ten aanzien van de vraag naar de meest geschikte setting voor de ouderenpsychiatrie: 'Psychiatry of Old Age belongs to the family of psychiatry but is married to geriatrics' (Irish College of Psychiatry 2003). De meeste afdelingen voor ouderenpsychiatrie bevinden zich momenteel echter in de ggz-instellingen. Binnen de ziekenhuizen is deze functie doorgaans minder ontwikkeld, hoewel dat wel voor de hand zou liggen. De PAAZ-en zouden hierin een grotere rol moeten spelen, en de ontwikkeling in de richting van PsychMeds Units, waarin psychiatrische en internistische expertise gecombineerd worden aangeboden, is ook voor ouderen zeer interessant. Ook hier zal de komende tijd over moeten worden nagedacht. De sectie OP heeft nu al vele gemeenschappelijke activiteiten met de sectie consultatieve psychiatrie en de ziekenhuispsychiatrie, en het ligt voor de hand om ook in de toekomst meer gezamenlijk op te treden.

Ten slotte zal, bij gebrek aan ouderenpsychiaters, samenwerking gezocht moeten worden in aanpalende disciplines. Een deel van de detectie, diagnostiek en zorg zal moeten worden geleverd door andere disciplines in de ouderenzorg, zoals de klinische en algemene geriatrie. Dit vraagt nadere afspraken en afstemming, zoals onlangs ook gebeurd is bij de klinische geriatrie (Van Rijn e.a. 2003). Hiertoe zullen nieuwe vormen van samenwerking en consultatie moeten worden aangegaan. De sectie OP ziet het ook als haar taak de noodzakelijke kennis beschikbaar te stellen en te verspreiden onder deze disciplines, onder meer door het organiseren van nascholingsactiviteiten.

Kortom, er is nog veel werk aan de winkel. Het worden interessante tijden voor de ouderenpsychiatrie.