

# Redactioneel

## VN-jaar van de ouderen 1999: naar een maatschappij (en GGZ?) voor alle leeftijden

Op 1 oktober jl. ging het 'VN-jaar van de ouderen 1999' van start. In 1991 werden de United Nations Principles for Older Persons aangenomen als basis voor te ontwikkelen beleid ter versteviging van de positie van ouderen in de maatschappij (18 uitspraken die beogen de onafhankelijkheid, maatschappelijke participatie, zelfontplooiing en waardigheid van ouderen te waarborgen evenals adequate zorg). Een jaar later werden deze 'principles' uitgewerkt in een actieprogramma en een van die acties was het internationale jaar van de ouderen in 1999. Het is de bedoeling de 'principles' te toetsen aan de werkelijkheid en bovendien nieuwe initiatieven te starten. De VN hanteert daarbij een positieve invalshoek. Het toenemend aantal ouderen ziet zij als een vorm van veroudering van de maatschappij, zodanig dat daardoor een collectief bewustzijn ontstaat van een 'rijpe' volwassen maatschappij, waarin respect en adequate zorg voor ouderen vanzelfsprekend zijn. Het leven moet daarbij gezien worden als een levenslang voortgaande ontwikkeling in plaats van de ouderwetse levenstrap met een opgaand deel naar de top tussen de 40 en 50 jaar en een neergaand deel daarna. Het kan niet zo zijn dat er geen verwachtingen meer bestaan vanuit de maatschappij ten aanzien van mensen die 'over hun top heen zijn'. Dan ontstaat een groot risico op een tweedeling in de maatschappij tussen de jonge en oude generaties.

Dat er de afgelopen tien jaar een positieve ontwikkeling is geweest in de beeldvorming en de kennis over ouderen valt niet te ontkennen. De 'dag van de ouderen' op 1 oktober jl. werd in de dagbladen door een paginagrote advertentie als volgt aangekondigd: 'de nieuwe 50-plusser, dynamisch en doelgericht'. En in de berichtgeving over het jongste rapport van het Sociaal en Cultureel Planbureau werd veel aandacht besteed aan het verschil in activiteit tussen jongeren (weinig) en ouderen (veel).

Maar het is de vraag of het deze berichten zijn die worden opgeslagen in ons collectieve bewustzijn en niet de berichten over de toekomstige onbetaalbaarheid van de AOW en de gezondheidszorg voor ouderen. Het is ook de vraag of er niet al een tweedeling tussen de generaties aan het ontstaan is. Zo werd er eerder dit jaar bericht over een initiatief van een aantal ziekenhuizen om te bekijken of diagnostiek en behandeling met kortere wachttijden en met meer efficiëntie kunnen gebeuren (*de Volkskrant* 9 maart 1998). Hierin werd verteld over een op zichzelf loffelijk initiatief om de organisatie van de zorg bij een aantal ziektebeelden zodanig te veranderen dat onnodig lange wachttijden of niet te verklaren verschillen in duur of aard van de behandeling niet meer voorkomen. Uitdrukkelijk werd vermeld dat daarbij geen selectie zou plaatsvinden tussen 'actieven' en 'niet-actieven', want iedereen heeft recht op een dergelijke doelmatige en doeltreffende behandeling! Tenminste, en dan komt de aap uit de mouw, als je jonger bent dan 65 jaar. Behandelingen waarvoor op dit moment lange wachttijden bestaan, maar die voornamelijk ouderen treffen, zoals heup- of staaroperaties, vallen buiten dit project van efficiencyverbetering. Openlijk wordt hier de nieuwe tweedeling aangekondigd: die tussen jongeren en ouderen.

Dit voorbeeld staat niet op zichzelf. Een aantal maanden geleden besteedden de media aandacht aan de problemen in de acute psychiatrische zorg waar met name aan de groep ouderen, bij wie vaak naast de psychische klachten ook lichamelijke ziekte bestaat, in toenemende mate geen adequate hulp geboden kan worden. Een maar al te herkenbaar beeld uit de dagelijkse praktijk. Het algemeen ziekenhuis is bang met een 'lastige patiënt' te blijven zitten die op een 'verkeerd bed' ligt (een bed voor jongeren?), en voor wie geen goede opvang thuis of in de ouderenzorg te regelen is. Het psychiatrisch ziekenhuis is niet voldoende ingesteld op patiënten met ernstige lichamelijke ziekte of veel zorgbehoefte. En het gekke is dat niet de tekortschietende zorg wordt gezien als het probleem, maar de oudere patiënt! Die past niet goed in de efficiënte zorgvoorzieningen, want een oudere patiënt 'is in de war', 'knapt niet snel op', 'krijgt complicaties', 'veroorzaakt overlast voor de andere patiënten'. Dat een deel van de hier genoemde 'bezwaren' tegen oudere patiënten juist door de niet passende zorg wordt veroorzaakt valt dan niet meer op. Bijvoorbeeld bij de patiënt die in de war raakt door een verkeerde combinatie van medicijnen, of bij de patiënte die veel te veel dagen passief in bed doorbrengt en dan met veel moeite weer moet leren lopen.

Aan de hand van dit soort voorbeelden lijkt het er dus niet op dat het collectieve bewustzijn van beleidmakers en hulpverleners al zodanig gerijpt is dat er inzicht is ontstaan in de specifieke behoeften van ouderen ten gevolge van de ontwikkelingsfase waarin zij verkeren. Dit blijkt ook uit een recente nota van Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) Ne-

derland (1998), waarin voorstellen worden gedaan om meer samenhang in de wet- en regelgeving op het gebied van de GGZ te bewerkstelligen. Men heeft het daarbij erg moeilijk met de doelgroep ouderen. Voorgesteld wordt om bij de planning van zorgplaatsen volgens de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV) uit te gaan van kinder- en jeugdpsychiatrie, verslavingszorg en volwassenenzorg en geen aparte planning op te nemen voor de ouderen; bij de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) daarentegen wordt wel de doelgroep ouderen onderscheiden en ten slotte noemt men voor het Jaaroverzicht Zorg (JOZ) de doelgroep ouderen 'optioneel'! Als de werkelijkheid in de ouderenpsychiatrie niet zo schrijnend was, zou je er misschien nog om kunnen lachen. Maar door, bijvoorbeeld, het ontbreken van duidelijke normen voor het benodigde aantal zorgplaatsen voor ouderen per regio bestaan er nog steeds grote verschillen tussen regio's en is het nog steeds niet normaal dat alle GGZ-functies zoals die beschikbaar zijn voor jongere mensen met psychische problemen ook voor ouderen beschikbaar zijn. Overigens is dit ook door GGZ Nederland zelf gesignaleerd in een rapport over de aanwezigheid van psychotherapie in het behandelaanbod voor ouderen (GGZ Nederland 1998b).

Het valt dus nog niet mee een maatschappij en een (geestelijke) gezondheidszorg te creëren waarin mensen van alle leeftijden een gelijkwaardige plaats hebben. Kan een Internationaal Jaar voor de Ouderen daarbij helpen? Ik denk het wel. Al was het maar om duidelijk te maken dat we hard toe zijn aan een beter beeld van de levensloop dan de op- en neergang van de levenstrap. Erik Erikson, degene die als eerste geprobeerd heeft de ontwikkelingstaken te beschrijven waarmee de ouder wordende mens wordt geconfronteerd, formuleerde het bondig: 'Lacking a culturally viable ideal of old age, our civilization does not harbor a concept of the whole of life' (1998).

Vrij vertaald kunnen we hieruit leren dat een GGZ die geen duidelijke plaats heeft voor haar oudere cliënten, geen goede GGZ is!

### Literatuur

Erikson, E.H. (1998). *The life cycle completed (extended version)*. W.W. Norton & Company, New York, Londen.

GGZ Nederland (1998a). *Besturing ggz en herstel samenhang drieluik WZV-AWBZ-WTG*. Utrecht.

GGZ Nederland (1998b). *Behandeling en verandering van ouderen*. Utrecht.

Th.J. Heeren