

Ouderen- psychiatrie en de zomer van 2001

P. EIKELENBOOM

Was het een vorm van escapisme dat ik deze zomer mijn toevlucht zocht in het lezen over de geschiedenis van psychiatrische instellingen? Om althans in de avonden enige herkenning te vinden voor de problemen waarmee ik overdag werd geconfronteerd? Met het effect van de bezuinigingen in de gezondheidszorg en de gevolgen voor de psychiatrische voorzieningen was ik al jaren vertrouwd. Maar deze zomer was de situatie anders door de gesloten afdelingen in verpleeghuizen en algemene ziekenhuizen ten gevolge van tekort aan personeel. Er waren lange wachtlijsten voor opname, waarbij alleen voor psychiatrische instellingen wettelijke verantwoordelijkheid gold toch te blijven opnemen, terwijl de uitstroom ernstig stagneerde. Ernstig gedragsgestoorde demente patiënten werden ten einde raad met een rechterlijke machtiging opgenomen op een psychiatrische afdeling, maar konden niet worden uitgeplaatst. Al snel kwam ik er 's avonds achter dat de bovengeschetste situatie niet uitzonderlijk is in de psychiatrie en de afgelopen 150 jaar zelfs een regelmatig terugkerend verschijnsel was (Vijselaar 1997). Dergelijke periodes werden steeds gekenmerkt door een aantal samenhangende problemen: tekort aan geschoold personeel, falend beleid wat betreft diagnostiek en therapie, verwaarlozing van specifieke doelgroepen (zoals ouderen), en dergelijke. Al snel kwam men terecht in een vicieuze cirkel. De aantrekkingskracht om in de psychiatrie te werken nam verder af, er was daardoor minder geschoold personeel, er was therapeutisch nihilisme, en er was geen actief ontslagbeleid. Zo'n periode was er omstreeks 1960 en wat dat toen betekende voor de oudere patiënten in een psychiatrisch ziekenhuis is door psychiater Cahn (1969, 2000) beschreven. Voor hem was het falende beleid van de psychiatrische ziekenhuizen het startsein om zijn werkterrein te verleggen naar andere instellingen met betere waarborgen voor goede woonvoorzieningen en met actieve betrokkenheid van ambulante voorzieningen.

Hoe staat het er nu voor met de ouderenpsychiatrie en wat zal de invloed zijn van de huidige problematiek op de ontwikkelingen in dit vakgebied? Voor een evenwichtig beleid van opname en doorstroming is een actief therapeutisch beleid in de psychiatrie altijd een voorwaarde geweest. Dit geldt ook voor de ouderen. Vele stoornissen bij ouderen zijn goed te behandelen, en voor aandoeningen waarvoor nog geen afdoende behandeling bestaat, kan men vaak veel bereiken door verbetering van de leef- en woonomstandigheden. Zelfs de mogelijkheden voor een effectieve en doelmatige therapie voor de verschillende vormen van dementie beginnen zich af te tekenen. Dit vereist wel de voorzieningen om binnen een psychiatrisch ziekenhuis een actief diagnostisch en therapeutisch beleid te voeren. Zo zijn laboratoriumvoorzieningen nodig om bij

verwarde patiënten een mogelijke delirante ontregeling op te sporen, elektroconvulsitherapiefaciliteiten voor ernstige depressies en beeldvormende technieken voor de diagnostiek van de dementiële beelden. Maar er is vooral deskundig personeel vereist, zoals goed geschoolde verpleging, hoogopgeleide artsen en deskundige psychologen. De bovengenoemde technische faciliteiten zijn wél aanwezig in algemene ziekenhuizen, maar niet in de psychiatrische instellingen. Bovendien wordt een adequaat gebruik van deze voorzieningen in een algemeen ziekenhuis voor patiënten verblijvend in een psychiatrische instelling ernstig belemmerd door het huidige vergoedingssysteem. Dit alles doet de vraag rijzen of een psychiatrisch ziekenhuis wel de meest geschikte plaats is om bij ouderen een actief diagnostisch en therapeutisch behandelbeleid te voeren. Betekent dit dat het voor ons als ouderenpsychiaters wederom tijd wordt om onze biezen te pakken, de psychiatrische instellingen te verlaten en onze werkzaamheden in andere gezondheidszorginstellingen voort te zetten? Geheugenpoliklinieken, destijds opgezet vanuit de ggz, genieten op dit moment een grote populariteit binnen de neurologie. De bestudering van de ziekte van Alzheimer en andere vormen van dementie heeft een hoog wetenschappelijk prestige. Wat zal ons weerhouden om ons te vestigen op die plaatsen waar de vereiste diagnostische en therapeutische faciliteiten wél aanwezig zijn? Er is in feite maar één, doorslaggevend, bezwaar. De ziekte is interessant en welkom, maar de patiënt met zijn kenmerkende gedragsstoornissen niet. De patiënt die vaak op een gesloten afdeling moet verblijven, soms in een bed gaat liggen van een medepatiënt, zich agressief kan gedragen tegen verpleging of bezoekers. De patiënt die hulp en verzorging nodig heeft bij zijn dagelijkse activiteiten. Kortom, voor wie gespecialiseerde afdelingen noodzakelijk zijn, die het vereiste therapeutische omgangsklimaat hebben om met gedragsgestoorde ouderen om te nagaan. Dit zijn vooralsnog afdelingen binnen de psychiatrische instellingen. Dat betekent dan wel dat deze afdelingen zich in diagnostisch en therapeutisch opzicht verder moeten kunnen ontwikkelen.

De vraag tijdens zomer 2001 is of de ggz-instellingen wel in staat zijn om deze taak te vervullen. Of dat onder maatschappelijke druk de aandacht niet eenzijdig zal komen te liggen op de opvang van mensen die overlast veroorzaken in onze samenleving, terwijl de taken op het gebied van diagnostiek en behandeling steeds verder in het gedrang komen. De gevolgen van deze ontwikkeling werden me uit de geschiedenis van ons vak duidelijk: gevaar voor therapeutisch nihilisme, verlies van gekwalificeerd personeel en toenemende stagnatie in de doorstroming van de opgenomen patiënten.

LITERATUUR

- Cahn, L. (1969). De psychisch gestoorde bejaarden en het psychiatrisch ziekenhuis. *Nederlands Tijdschrift voor Psychiatrie*, 11, 401-412.
- Cahn, L. (2000). Ouderenpsychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 42, 47-51.
- Vijsselaar, J. (red.) (1997). *Gesticht in de duinen. De geschiedenis van de provinciale psychiatrische ziekenhuizen van Noord-Holland van 1849 tot 1994*. Hilversum: Uitgeverij Verloren.