

Emancipatie of integratie van de ouderenpsychiatrie?

R.C. OUDE VOSHAAR, H. VENEMA



De vergrijzing in de westerse wereld en destigmatisering van psychiatrische problematiek bij ouderen hebben geleid tot een toename van het beroep dat gedaan wordt op de geestelijke gezondheidszorg voor ouderen. Parallel hieraan zijn de kennis over en behandelmogelijkheden voor deze doelgroep gestaag gegroeid. Inmiddels is de zorg dermate complex en specialistisch geworden dat binnen de opleiding tot psychiater hiervoor een specifiek aandachtsgebied is ingesteld. In tijden van bezuiniging wordt deze hoge mate van specialisatie echter niet altijd onderkend, getuige de overwegingen van managers in de ggz om gespecialiseerde zorgprogramma's voor ouderen te integreren in de algemene psychiatrie.

Teloorgang ggz-voorzieningen voor ouderen

Recentelijk waarschuwde een keur van internationale ouderenpsychiaters met als eerste auteur James Warner, voorzitter van de afdeling Ouderenpsychiatrie van het Britse Royal College of Psychiatrists, hiertegen in een ingezonden brief in *The Times* (Warner e.a. 2014). Uit een recente *survey* van zijn hand blijkt dat in het VK 11% van de ggz-voorzieningen voor ouderen reeds in de algemene psychiatrie is ondergebracht en dat dit voor nog eens 7% van de voorzieningen gepland staat (Warner & Jenkinson 2013).

Hoe kunnen specialistische voorzieningen teloorgaan in een land dat we kunnen zien als de bakermat van de ouderenpsychiatrie en dat koploper is van de ouderenpsychiatrie als een zelfstandig specialisme? Warner en Jenkinson wijzen op een verkeerde interpretatie van de Equality Act, een wet in het VK die discriminatie op leeftijd, en dus ook toewijzing van zorg op basis van leeftijd, verbiedt.

In Nederland lijkt deze ontwikkeling vooral financieel-economisch gedreven te zijn; bezuinigen door organisatieonderdelen samen te voegen. Blijkbaar lukt het zowel in het VK als in Nederland onvoldoende om het specialistische karakter van de ouderenpsychiatrie binnen de geestelijke gezondheidszorg zichtbaar te maken. De voorzitter van de sectie ouderenpsychiatrie van de European Psychiatric Association, Carlos Augusto de Mendonça-Lima, pleitte onlangs voor een internationale actie tegen deze ontwikkeling (Brodaty 2013).

Hoe heeft het zover kunnen komen?

Naast juridische en financieel-economische motieven kunnen we ook inhoudelijke motieven niet uitsluiten. Immers, mensen zijn niet van de één op de andere dag 'oud', hetgeen betekent dat een scheiding enkel op basis van leeftijd niet houdbaar is. De enigszins arbitrair gekozen leeftijdsgrens van 65 jaar wordt door verschillende instellingen verlaagd tot 60 jaar en incidenteel zelfs tot 55 of 50 jaar. Iedere ouderenpsychiater weet dat niet de leeftijd, maar de inhoudelijke

delijke problematiek de bepalende factor is voor de noodzaak voor specifieke zorg.

Een pilotstudie in Engeland liet zien dat 4 van de 38 patiënten vanuit de volwassenenpsychiatrie zouden moeten worden overgeplaatst naar de ouderenpsychiatrie en 5 van de 31 patiënten vice versa op basis van de volgende drie criteria: 1. een diagnose dementie ongeacht de leeftijd, 2. psychiatrische problemen met lichamelijke problemen of frailty welke interfereren met de psychiatrische zorg en 3. mensen met psychosociale problemen gerelateerd aan het ouder worden. Het bleek dat deze criteria redelijk goed overeenkwamen met het oordeel van de clinici van de betrokken volwassenen- en ouderenafdeling (Rajenthiran e.a. 2013).

In Nederland loopt momenteel binnen GGZ Friesland een onderzoek naar het toekennen van het meest geschikte behandelteam (volwassenen versus ouderen) op basis van fysieke *frailty* en cognitief functioneren.

Inhoudelijke criteria voor toewijzing aan een hoogspecialistisch zorgprogramma zullen de meerwaarde onderstrepen. Bovendien stimuleren specialistische zorgprogramma's ouderenpsychiatrie het noodzakelijke onderzoek naar psychiatrische problematiek bij de oudste ouderen. Onze kwetsbaarste groep, de 80-plussers met complexe multimorbiditeit, wordt vaker wel dan niet uitgesloten in wetenschappelijk onderzoek. Klinische ervaring met deze doelgroep wordt hiermee des te belangrijker. Professionals zonder interesse en/of ervaring met (oudste) ouderen, kunnen onmogelijk dezelfde kwaliteit leveren als een gespecialiseerd team. Verschillende studies wijzen op leeftijdsdiscriminatie onder professionals die niet specifiek met ouderen werken; zo worden klachten vaker als normale veroudering bestempeld, psychiatrische klachten van vergelijkbare ernst bij ouderen minder ernstig beoordeeld dan bij jongeren en is de verwachting van behandeling aanzienlijk lager (zie introductie van Tomko & Munley 2013).

Niet alleen de inhoudelijke zorg is anders, ook het maatschappelijk speelveld en de vereiste ketenzorg. Diagnostiek en behandeling van psychiatrische stoornissen op hoge leeftijd vereisen een continue samenwerking met aanpalende medische disciplines zoals de klinische geriatrie en neurologie en ze vereisen goede ketenzorg met de verzorgings- en verpleeghuissector en de welzijnssector.

Sinds de recentste reorganisatie vormt de ouderenpsychiatrie van GGZ Friesland juist een apart organisatieonderdeel. Dit biedt de directie, binnen de kaders gesteld door de raad van bestuur, de mogelijkheid om de ouderenpsychiatrie helder te positioneren in de hele keten van ouderenzorg. Dit bleek veel lastiger vóór deze reorganisatie, toen de ouderenpsychiatrie nog onderdeel was van de curatieve psychiatrie en daarmee niet herkenbaar was voor ketenpartners.

Conclusie

De ouderenpsychiatrie is, zeker in Nederland, een jong specialisme. Toch hebben ouderenpsychiaters kennis, vaardigheden en interesses die niet één op één gedeeld worden met hun collegae in de volwassenenpsychiatrie. Inbedding van de ouderenpsychiatrie in de volwassenenzorg zal de ingeslagen weg naar kwaliteitsverhoging bemoeilijken en zal tot verschraving leiden van de psychiatrische expertise en beschikbaarheid binnen de ouderenzorg en bij de ketenpartners. De trend voor een leeftijdsonafhankelijke psychiatrie moet derhalve geremd worden, teneinde een nog immer groeiend deel van de bevolking optimale zorg te kunnen blijven bieden.

LITERATUUR

- Brodaty H. President's Message. IPA Bulletin 2013; 30: 6.
- Healthcare Commission. Equality in later life: a national study of older people's mental health services. Londen: Healthcare Commission; 2009.
- Rajenthiran S, Holzer S, Warner J. Redefining old age psychiatry – a pragmatic approach. Int J Geriatr Psychiatry 2013; 28: 987.
- Tomko JK, Munley PH. Predicting counseling psychologists attitudes and clinical judgments with respect to older adults. Aging Ment Health 2013; 17: 233-41.
- Warner J, Graham N, de Mendonça Lima CA, Brodaty H, Stoppe G, Agüera-Ortiz L, e.a. Mental health – and how the other half lives. The Times 24 januari 2014. www.rcpsych.ac.uk/pdf/Antipsychotic%20Bannerjee%20Report.pdf
- Warner J, Jenkinson J. Psychiatry for the elderly in the UK. Lancet 2013; 381: 1985.

AUTEURS

RICHARD OUDE VOSHAAR, hoogleraar
Ouderenpsychiatrie UMC Groningen.

HARRY VENEMA, directeur Circuit Ouderen,
GGZ Friesland.

CORRESPONDENTIEADRES

Prof. dr. Richard Oude Voshaar, Universitair
Centrum Psychiatrie, Universitair Medisch
Centrum Groningen, Postbus 30.001, 9700
RB Groningen.

E-mail: r.c.oude.voshaar@psy.umcg.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd
op 6-3-2014.

TITLE IN ENGLISH

Emancipation or integration of geriatric
psychiatry?