

Ouderenpsychiatrie in Nederland

M.L. STEK, P. EIKELENBOOM, A.T.F. BEEKMAN

SAMENVATTING In de afgelopen periode zijn er belangrijke ontwikkelingen geweest in de ouderenpsychiatrie in Nederland: epidemiologisch onderzoek werd disciplineoverstijgend uitgevoerd met als resultaat nieuwe gezichtspunten, de patiëntenzorg beweegt naar het algemene ziekenhuis toe, in de vernieuwde opleiding krijgt de ouderenpsychiatrie een duidelijke plaats en er ontstaat steeds meer ketenzorg rond ouder wordende psychiatrische patiënten met handicaps. Het vak ouderenpsychiatrie in Nederland heeft een goede uitgangspositie om succesvol in te kunnen spelen op de te verwachten ontwikkelingen in de komende jaren.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)JUBILEUMNUMMER 1959-2008, 131-136]

TREFWOORDEN epidemiologie, ketenzorg, ouderenpsychiatrie, vergrijzing

In 1969 betoogde ouderenpsychiater van het eerste uur L.A. Cahn in een pessimistisch gestemd artikel dat de oudere psychiatrische patiënt in Nederland weinig heil te verwachten had van de psychiatrische voorzieningen (Cahn 1969). In feite keerde hij de psychiatrische ziekenhuizen de rug toe en zag hij meer heil in de organisatie van adequate patiëntenzorg binnen de ontwikkeling van psychogeriatrische verpleeghuizen. En inderdaad maakte de verpleeghuiszorg, apart georganiseerd van de gezondheidszorg, een stormachtige groei door in deze periode.

Dertig jaar later beschrijft hij in 2000 in het *Tijdschrift voor Psychiatrie* een geheel andere situatie: door het ontstaan van Riaggs voor ouderen, een sterke toename van wetenschappelijk onderzoek, de benoeming van enkele hoogleraren in de ouderenpsychiatrie aan medische faculteiten en het ontstaan van internationale vakverenigingen staat het vakgebied veel steviger op de kaart in Nederland dan destijds voorzien (Cahn 2000). Kortom, de emancipatie van de ouderenpsychiatrie als vakgebied lijkt dan voor een groot deel geslaagd.

In de periode erna verandert er opnieuw in

korte tijd veel in Nederland: de demografische samenstelling, de integratie van delen van de psychiatrie in de algemene gezondheidszorg, een geheel andere wijze van financiering vanuit ziektekostenverzekering, AWBZ en gemeente en ten slotte een nieuwe opleidingsmethodiek in de belangrijke vakken in de ouderengeneeskunde, neurologie, interne geneeskunde, geriatrie en psychiatrie.

Het is daarbij goed om te bedenken dat de ouderenpsychiatrie zich als vakgebied met meerdere categorieën patiënten bezighoudt. De eerste groep wordt gevormd door de ouder wordende patiënten met een vaak veel eerder in het leven ontstane stoornis die meestal gepaard gaat met ernstige handicaps, de 'graduates'. De tweede groep bestaat uit patiënten met een psychiatrische aandoening die zich pas op hogere leeftijd voor het eerst openbaart zoals depressie en psychose. De derde groep ten slotte bestaat uit de patiënten met gedragsstoornissen ten gevolge van neuropsychiatrische aandoeningen zoals dementie, ziekte van Parkinson, cerebrovasculair accident (CVA) en kwetsbare ouderen met multimorbiditeit. Ouderenpsychiatrie heeft een duidelijk omschreven

eigen positie en taak bij de eerste twee categorieën, maar bij de laatste groep gaat het veel meer om inzet van ouderenspsychiatrische expertise op onderdelen van de noodzakelijke zorgketen.

Wij bespreken de ontwikkelingen aan de hand van vier thema's: wetenschappelijk onderzoek, de organisatie van de patiëntenzorg, de vormgeving van de opleiding in de ouderenspsychiatrie en mogelijke ontwikkelingen in de beleving van het vak door patiënten en familie.

WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK

Epidemiologisch onderzoek Onderzoek van de afgelopen twintig jaar op gebied van de moleculaire pathologie, beeldvormende technieken en epidemiologie is van grote betekenis gebleken op veel gebieden van de ouderenspsychiatrie. Vooral de kennis over de pathogenese van dementie en de diagnostische mogelijkheden zijn enorm toegenomen. Gezien de internationaal toonaangevende rol van het Nederlands onderzoek op het gebied van de epidemiologie bij ouderen, zullen we deze invalshoek kiezen voor onze bespreking.

In bevolkingstudies bij ouderen in Nederland zoals de 'Erasmus Rotterdam Gezondheid en Ouderen'(ERGO)-studie, de *Longitudinal Aging Study Amsterdam* (LASA), de 'Leiden-85-plusstudie', de Amstel-studie, de *Groningen Longitudinal Aging Study* (GLAS) en de 'Maasbed-studie' vanaf de jaren negentig van de vorige eeuw werd steeds nauwkeuriger het voorkomen van cognitieve problemen, dementie en stemmingsklachten in kaart gebracht (Aalten e.a. 2005; De Jonge e.a. 2004; Geerlings e.a. 2000; Hofman e.a. 2006; Penninx e.a. 2001; Stek e.a. 2006).

Door de multidisciplinair samengestelde onderzoeksgroepen en doordat ook in samenhang met psychometrische gegevens data over fysieke gezondheid, bloed en beeldvormend onderzoek werden verzameld, was dit onderzoek hypothesegenererend over de pathogenese van veelvoorkomende psychiatrische symptomen die samenhangen met verouderingsziektes zoals cardiovasculaire aandoeningen en diabetes mellitus. In feite was

deze doorbraak alleen mogelijk door intensieve samenwerking met de naaste collega's van interne geneeskunde en geriatrie, neurologie en radiologie.

Kortom, verouderingsziektes met psychiatrische symptomen lijken beter begrepen te kunnen worden met kennis uit de andere vakgebieden in de geneeskunde. Denk hierbij aan de ontwikkeling van het begrip 'vasculaire depressie' bij bepaalde vormen van laat ontstane depressieve klachten en meer recent de samenhang van ontstekingsfactoren met delier, dementie en motivationele stoornissen.

Onderzoek naar interventies Als logisch vervolg op het in kaart brengen van de omvang van het probleem van stemmings- en angstklachten bij thuiswonende ouderen zijn er nu ook onderzoeksresultaten van op maat gesneden interventies in de eerste lijn. Deze resultaten van 'collaborative care'-interventies zijn voor de Verenigde Staten veelbelovend, maar ze zijn niet zonder meer van toepassing op de situatie in Nederland (Hunkeler e.a. 2006; Unutzer 2007). Niettemin zou dit voor Nederland met zijn goed georganiseerde eerstelijnsgezondheidszorg kunnen betekenen dat het loont om met hulp van de expertise van de ouderenspsychiatrie kosteneffectieve interventies te ontwikkelen met inzet van praktijkverpleegkundigen. Dit gebeurt ook bij veelvoorkomende chronische ziektes zoals diabetes en hypertensie.

Deze integrale aanpak van chronische aandoeningen in samenwerking met de eerste lijn past goed bij de wijze van werken op veel plaatsen van de huidige ambulante ouderenspsychiatrie. Ook binnen het domein van de klinische psychiatrische ziektebeelden bij patiënten die ouder worden, lijkt vakoverstijgende wetenschappelijke samenwerking vruchtbaar. Zo is de soms lastige diagnostiek van psychotische stoornissen bij oudere patiënten niet los te zien van de overlap van symptomen bij frontotemporale dementie. Tegelijkertijd is het van toenemend belang geworden om aparte vormen van dementie beter te diagnosticeren met behulp van beeldvormend onderzoek

en functieonderzoek van de hersenen. Intensieve samenwerking op het vlak van wetenschappelijk onderzoek ligt dan ook voor de hand bij het thema psychose op latere leeftijd.

Stagnatie door DSM? Is er dan alleen maar goed nieuws te melden? Is er ook stagnatie op wetenschappelijk vlak? Ja, steeds sterker wordt duidelijk dat het ‘opgelegde’ beschrijvende diagnostische kader van DSM-IV tekortkomingen vertoont en dat deze kaders verdere verdieping van kennis remmen. Concepten staan ter discussie vanuit klinische waarneming, zeker in de ouderenspsychiatrie. Zo is onderzoek naar symptoomprofielen en het preciezer karakteriseren van depressie juist bij ouderen van groot belang. De gehanteerde kernsymptomen van depressie zijn grotendeels gebaseerd op anamnestiche gegevens, terwijl waarneembare symptomen zoals psychomotore verandering en motivationele stoornissen een ondergeschikte rol spelen. Volgens de huidige criteria zouden sommige patiënten met zeer ernstige ziektebeelden zoals melancholie dan ook geen stemmingsstoornis hebben en zij zouden uitgesloten worden van wetenschappelijk onderzoek (Fink & Taylor 2007). Het valt te verwachten dat juist op gebied van de ouderenspsychiatrie en de klinische psychiatrie, waar deze beperkingen het meest knellen, nieuwe initiatieven zullen worden ondernomen om deze barrières te slechten en vooruitgang te boeken.

PATIËNTENZORG

Op de meeste plaatsen in Nederland vond aanvankelijk diagnostiek van dementie plaats op geheugenpoliklinieken vanuit een psychiatrische setting. Vanaf de jaren negentig van de vorige eeuw werd het steeds meer van belang om de oorzaak van dementie te diagnosticeren met het oog op mogelijke farmacotherapie. Deze ontwikkeling werd ook gestimuleerd door de verbeterde kwaliteit van beeldvormend onderzoek en hersenfunctieonderzoek. Echter, de toegankelijkheid hiervan was voor de ouderenspsychiatrie vaak door de loka-

lisatie buiten het algemene ziekenhuis en door financiële barrières beperkt. De tweedelijnsdiagnostiek van dementie is dan ook op veel plaatsen overgegaan naar het aangrenzende vakgebied neurologie.

Volgens de demografische prognoses zal de oudere bevolking (65+) de komende decennia door de naoorlogse geboortegolf blijven toenemen tot 2025. Het aantal oudste ouderen (80+) zal hierbij de sterkste groei te zien geven. Hierdoor verleent de overheid hoge prioriteit aan het ontwikkelen van plannen voor doelmatige zorg bij ouderen met multimorbiditeit. Getalsmatig gaat het daarbij vooral om laat ontstane psychiatrische stoornissen. De ontwikkeling van netwerken met versterking van de eerste lijn, waarbij op consultatieve wijze van de expertise van ouderenspsychiatrie gebruik wordt gemaakt, sluit goed aan bij de *out-reaching* vorm van werken die bekend is in de sociale psychiatrie, met ruime aandacht voor de patiënt en diens omgeving.

Een kenmerk van ouderenspsychiatrie is dat altijd intensief met het systeem rond de patiënt moet worden samengewerkt om tot een passend behandelaanbod te komen. Een goede positionering in de tweede lijn voor het vakgebied past ook bij deelname aan dagklinische diagnostiek bij complexe ouderen in het algemene ziekenhuis.

Een tweede ontwikkeling zijn de samenwerkingsprojecten met de organisaties van verzorgings- en verpleeghuizen (v&v) rond de graduates, de ouder wordende patiënten met ernstige stoornissen en beperkingen. Doordat mensen zo veel mogelijk thuis werden behandeld in de afgelopen decennia verblijft een groot aantal oudere patiënten met psychotische stoornissen buiten de instellingen. Een lichamelijke of zintuiglijke handicap kan het broze evenwicht verstoren, waardoor opname onvermijdelijk wordt. Dit zou kunnen leiden tot een grote druk op de schaarse voorzieningen voor langdurig klinische zorg en woonvoorzieningen in de psychiatrie en tot uitsluitingsprocessen, zoals Cahn beschreef in de jaren zestig van de vorige eeuw.

De oplossing voor dit probleem ligt waar-

schijnlijk in het denken in fases van gedragsontregeling in samenhang met veroudering en het toepassen van daarbij passende structuur en kennis van het behandelteam. Gunstig in dit opzicht is dat de v&v-sector goed ontwikkeld is in Nederland, zodat in principe de basis aanwezig is voor vervanging van langdurige klinische psychiatrische voorzieningen.

Inmiddels is dan ook ervaring opgedaan hoe op verantwoorde wijze stabiele patiënten uit psychiatrische voorzieningen naar verzorgings- en verpleeghuizen kunnen worden overgeplaatst met consultatieafspraken, scholingsprogramma's en crisisafspraken (Depla e.a. 2003).

OPLEIDING

De opleiding tot psychiater wordt in lijn met de nieuwe specialistische opleidingen opnieuw vormgegeven. Ouderenpsychiatrie is hierbij één van de drie te kiezen aandachtsgebieden. Dit betekent dat het vakgebied als aandachtsgebied een steviger accent in de opleiding kan krijgen met de bijpassende verdieping. Dit is niet alleen van belang voor collega's die exclusief voor de ouderenpsychiatrie kiezen, maar ook voor psychiaters die deels oudere patiënten gaan behandelen. Ervaring opdoen met oudere patiënten is voor iedere psychiater een essentieel onderdeel van zijn opleiding. Een voorzichtige behoefteeraming maakt immers duidelijk dat het onaannemelijk is dat alleen ouderenpsychiaters aan de toekomstige vraag kunnen voldoen.

Hier ligt een uitdaging voor de opleidingsinstellingen om aantrekkelijke trajecten te ontwerpen waarin de noodzakelijke competenties worden verworven. Vaak zal dit gezien de geschetste inhoudelijke ontwikkelingen voor deelstages een combinatie zijn met aanpalende vakgebieden zoals geriatrie en interne geneeskunde, neurologie en ziekenhuispsychiatrie.

Het leren werken in ketens met consultatieve modellen en in specifieke sociaalpsychiatrische arrangementen vormt ook een onderdeel van de opleiding in het aandachtsgebied. De bestaande

nascholingsactiviteiten kunnen hierbij aangepast worden aan de nieuwe wijze van opleiden en toetsen en passen goed in een verdere professionalisering. Dit kan leiden tot een interne aantekening voor ouderenpsychiaters, zoals gebruikelijk is in toonaangevende landen op het gebied van de ouderenpsychiatrie.

PERSPECTIEF VAN PATIËNT EN OMGEVING

Het huidige cohort ouderen, en zeker de oudste ouderen, heeft ten minste één wereldoorlog meegemaakt, vaak materieel gebrek gekend en is weinig geneigd tot het stellen van kritische vragen en eisen aan behandelaars. Mogelijk nog minder dan jongere patiënten kijken zij met weinig enthousiasme uit naar bemoeienis vanuit de ouderenpsychiatrie. Kortom, het stigma van de psychiatrie speelt tot op heden een belangrijke rol. Het valt te verwachten dat de eerder geschetste ontwikkeling meer in de richting van de somatische geneeskunde, het ziekenhuis in, een positieve rol kan spelen in de acceptatie van het specialisme bij patiënten en hun familie.

Daarnaast zal de toekomstige generatie ouderen duidelijk anders zijn, met meer materiële middelen en meer geneigd tot het stellen van eisen aan de behandeling en de zorg. Met de ontwikkeling van richtlijnen zal de patiënt ook veel meer een passende behandeling op kunnen eisen. Het niet beschikbaar zijn voor ouderen van psychotherapie met bewezen effectiviteit bij minder ernstige depressies of van elektroconvulsiotherapie bij ernstige beelden, zoals nu vaak voorkomt in Nederland, is dan volstrekt ondenkbaar.

CONCLUSIE

Wij zien enkele belangrijke verschuivingen in het veld van de ouderenpsychiatrie. Er is een neiging tot integratie met de terreinen in de somatische geneeskunde die zich bezighouden met ouderen, waarbij de ouderenpsychiatrie op veel plaatsen letterlijk het algemene ziekenhuis inkomt. Er ontwikkelt zich zowel ketenzorg bij

veelvoorkomende laat ontstane stoornissen in samenwerking met de eerste lijn als bij chronische psychiatrische aandoeningen in coöperatie met de V&V-sector.

Ten slotte is het vakgebied door vernieuwende vragen, een goede wetenschappelijke productie en het ontstaan van een aandachtsgebied ouderen steviger dan ooit tevoren verankerd in de diagnostische en therapeutische voorzieningen van de algemene gezondheidszorg.

Vergeleken met de periode die Cahn veertig jaar geleden zo pessimistisch beschreef, verkeert de ouderenpsychiatrie in Nederland op dit moment in een goede uitgangspositie om in te kunnen spelen op de vele veranderingen die de gezondheidszorg voor ouderen de komende jaren te wachten staat.

LITERATUUR

Aalten, P., de Vugt, M.E., Jaspers, N., e.a. (2005). The course of neuropsychiatric symptoms in dementia. Part I: findings from the two-years longitudinal Maasbed study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 523-530.

Cahn, L.A. (1969). De psychisch gestoorde bejaarden en het psychiatrisch ziekenhuis. *Nederlands Tijdschrift voor Psychiatrie*, 11, 401-412.

Cahn, L.A. (2000). Ouderenpsychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 42, 47-50.

Jonge, P. de, Ormel, J., Slaets, J.P., e.a. (2004). Depressive symptoms in elderly patients predict poor adjustment after somatic events. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 57-64.

Depla, M.F., Pols, J., de Lange, J., e.a. (2003). Integrating mental health care into residential homes for the elderly: an analysis of six Dutch programs for older people with severe and persistent mental illness. *Journal of the American Geriatric Society*, 51, 1275-1279.

Fink, M., & Taylor, M.A. (2007). Resurrecting melancholia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 433 (Suppl.), 14-20.

Geerlings, M., Schmand, B., Braam, A.W., e.a. (2000). Depressive symptoms and risk of Alzheimer's disease in more highly educated older people. *Journal of the American Geriatric Society*, 48, 1092-1097.

Hofman, A., de Jong, P.T., van Duyn, C.M., e.a. (2006). Epidemiology of neurological diseases in elderly people: what did we learn from

the Rotterdam Study? *Lancet Neurology*, 5, 545-550.

Hunkeler, E.M., Katon, W., Tang, L., e.a. (2006). Long term outcome from the IMPACT randomised trial for depressed elderly patients in primary care. *BMJ*, 332, 259-263.

Penninx, B.W., Beekman, A.T., Honig, A., e.a. (2001). Depression and cardiac mortality: results from a community based longitudinal study. *Archives of General Psychiatry*, 58, 221-227.

Stek, M.L., Vinkers, D.J., Gussekloo, J., e.a. (2006). Natural history of depression in the oldest-old: a population based prospective study. *The British Journal of Psychiatry*, 188, 65-69.

Unutzer, J. (2007). Late life-depression. *New England Journal of Medicine*, 29, 2269-2276.

AUTEURS

M.L. STEK is als psychiater verbonden aan GGZ Buitenamstel Amsterdam.

P. EIKELENBOOM is als psychiater verbonden aan GGZ Buitenamstel Amsterdam.

A.T.F. BEEKMAN is als psychiater verbonden aan GGZ Buitenamstel Amsterdam.

Correspondentieadres: M.L. Stek, GGZ Buitenamstel, Postbus 74.077, 1070 BB Amsterdam.

E-mail: m.l.stek@ggzba.nl.

Strijdige belangen: M.L. Stek ontving een vergoeding voor een Cure & Care-symposium.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 25-2-2008.

SUMMARY

Old age psychiatry in the Netherlands – M.L. Stek, P. Eikelenboom, A.T.F. Beekman –
In recent years there have been significant developments in psychiatry for the elderly in the Netherlands. Epidemiological research has widened its scope, collaborating with other disciplines and thereby creating a range of new perspectives. Patient care is shifting gradually to the general hospital and psychiatry for the elderly has a definite place in the curriculum for trainee psychiatrists. Increasingly, integrated care arrangements are becoming available for elderly psychiatric patients with handicaps. Psychiatry for the elderly has obtained a firm foothold in the Netherlands and should be able to participate in and benefit from the developments that are expected in the years to come.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)JUBILEUMNUMMER 1959-2008, 131-136]

KEY WORDS demographic ageing, epidemiology, integrated care, psychiatry for the elderly