

Ouderenpsychiatrie

L.A. CAHN

SAMENVATTING In 1969 verscheen in dit tijdschrift van de auteur een artikel over het psychiatrisch ziekenhuis en de geestelijk gestoorde bejaarden. Daarin werd gesteld dat de toenmalige ziekenhuizen in hoge mate tekortschoten bij de opvang van psychisch gestoorde ouderen. Dit leidde later tot het ontstaan van de psychogeriatrische verpleeghuizen, waardoor de ouderenpsychiatrie buiten het blikveld van de psychiatrie dreigde te vallen.

In de toekomst moet worden gestreefd naar een herintegratie uitgaande van de maatschappelijke ontwikkelingen binnen de ouderenzorg.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 42 (2000) 1, 47-51]

TREFWOORDEN ouderenpsychiatrie, psychiatrisch ziekenhuis, psychogeriatrisch verpleeghuis

In 1969 verscheen in dit tijdschrift mijn artikel 'De psychisch gestoorde bejaarde en het psychiatrisch ziekenhuis' (1969, 11: 401-412). Na dertig jaar is het goed nog eens na te gaan wat indertijd werd gesteld. Hoe zijn sindsdien onze ideeën veranderd? Hoe is de situatie thans?

Het artikel werd geschreven na mijn afscheid als psychiater bij het Provinciaal Ziekenhuis te Castricum. In 1969 besloot ik mijn verdere loopbaan te wijden aan de ouderenpsychiatrie. Ik trad in dienst van de Stichting Verpleegtehuizen Nederland. Die stichting wilde overal in Nederland verpleeghuizen voor psychisch gestoorde bejaarden bouwen. Het ontbrak echter aan voldoende kennis op dit terrein. Het werd mijn taak om als deskundige leiding te geven aan de verdere uitbouw van de stichting. Het stichtingsbestuur wilde de behandeling van de patiënten op een hoog peil brengen en ook (en dat was zeer aantrekkelijk voor mij) onderzoek stimuleren op dit terrein. Onderzoek ontbrak nog grotendeels.

Het artikel van destijds is misschien niet goed te begrijpen als het de lezer ontgaat dat het in feite een terugblik was, waarin ook de balans nog eens werd opgemaakt. Die terugblik was niet zonder bitterheid. De conclusie was immers dat

het psychiatrisch ziekenhuis ernstig tekort was geschoten bij het ontwikkelen van een psychiatrie voor ouderen. Die ontwikkeling moest daarom noodgedwongen buiten die ziekenhuizen tot stand komen. De psychiatrische ziekenhuizen bleken onmachtig en ook onvoldoende gemotiveerd om de nood onder de psychisch gestoorde bejaarden te lenigen. Dat was toch wel degelijk hun taak!

Dat is het verwijt dat uit dit artikel uit 1969 naar voren komt.

EEN BLIK IN HET VERLEDEN

Dan was dat vroeger wel heel anders geweest! Uitvoerig wordt ingegaan op de geschiedenis van de psychiatrie van de negentiende eeuw, toen het geneeskundige gesticht en later het psychiatrisch ziekenhuis nog opvang en behandeling hadden geboden voor allen die tijdelijk of blijvend door psychische gebreken niet in de maatschappij konden worden gehandhaafd. Daarnaast stond steeds het streven voorop de behandelde patiënten weer aan de maatschappij 'terug te geven'. Dit laatste nu was dikwijls in onvoldoende mate het geval. Het gevolg daarvan was dat er voortdurend een gebrek aan plaatsen

in de psychiatrische ziekenhuizen ontstond. Zij werden daardoor steeds talrijker en ook steeds groter.

Sommige therapieën werkten een langer verblijf bovendien in de hand, zoals de 'bedtherapie', die immers de hospitalisatie sterk bevordert. Arbeidstherapie heeft als nadeel dat degenen die daaraan om een of andere reden niet kunnen deelnemen, gemakkelijk uit de boot vallen. Dat laatste gold natuurlijk vooral voor ouderen. Die ouderen vormden een onaantrekkelijke groep waar weinig eer aan viel te behalen. Hun verpleging was bovendien zeer arbeidsintensief en aan verplegend personeel was eigenlijk altijd gebrek. In 1969 waren de psychiatrische ziekenhuizen veel te groot geworden. Bovendien was het patiëntenbestand in hoge mate vergrijsd. Mede door hun ligging waren die instellingen ook in een isolement geraakt. Het waren impopulaire instituten, die voor het grootste deel bevolkt werden door chronische patiënten zoals oligofrenen en bejaarde psychisch gestoorden (voor het merendeel 'uitgebluste schizofrenen').

In 1969 bestond al enige jaren de situatie dat ouderen en oligofrenen, naast enkele andere diagnostische categorieën, consequent voor opname werden geweigerd. De psychiatrische ziekenhuizen gingen zich steeds meer toeleggen op kortdurende observaties van liefst jonge patiënten. De impopulariteit van die ziekenhuizen nam daarmee echter niet af, integendeel: zij werden steeds meer als autoritaire instituten gebrandmerkt. In diezelfde tijd ontstonden, min of meer noodgedwongen, de 'verpleegtehuizen voor geestelijk gestoorde bejaarden'.

NAAR EEN PSYCHOGERIATRISCH VERPLEEGHUIS

Mokkend en met tegenzin moest de schrijver van het artikel zich neerleggen bij het feit dat het psychiatrisch ziekenhuis in de komende tijd geen rol van betekenis zou spelen bij een verdere ontwikkeling van de ouderenpsychiatrie. Dat is een van de redenen dat de term 'psychogeriatric'

werd gepropageerd, namelijk om te benadrukken dat het vakgebied eerder verwant was aan de geneeskunde voor ouderen, de geriatrie, dan aan een psychiatrie voor ouderen. In dat laatste geval zou immers 'gerontopsychiatrie' een meer voor de hand liggende keuze zijn geweest.

Psychogeriatric blijft ook zeker niet beperkt tot 'demente bejaarden'; zij omvat alle gedragsstoornissen die men bij ouderen kan waarnemen. Dat was wellicht wel iets te ambitieus, maar kwam tegemoet aan de gevoelens van onvrede die bij enkelen leefden. Bovendien konden vele beoefenaars van deze psychogeriatric zich niet identificeren met hun psychiatrische vakgenoten, omdat zij dezelfde achtergrond misten. De meesten van hen waren als huisarts begonnen. Hun psychiatrische kennis was doorgaans gering. Zo ontstonden naast de psychiatrische ziekenhuizen de psychogeriatric verpleeghuizen.

Ondertussen was er in de maatschappij veel veranderd. In de jaren vijftig werden de toen nieuw gebouwde verzorgingstehuizen zeer populair. Overal werden 'bejaardentehuizen' gebouwd, maar deze hielden niet zelden hun deuren stijf gesloten voor hoogbejaarde of zieke ouderen. Dezen verdwenen daardoor noodgedwongen in allerlei particuliere pensions, waar soms erbarmelijke toestanden heersten. Ook waren er 'somatische verpleeghuizen', die zich toelieden op de behandeling van chronisch zieken, waarbij 'revalidatie' het toverwoord was. Zij waren niet bedoeld voor ouderen alleen, hoewel jongeren slechts een minderheid vormden. In die verpleeghuizen werkte een zeer zelfbewuste groep artsen, die echter echte 'somatici' waren en bij wie psychische stoornissen buiten het gezichtsveld vielen. Vooral 'demente bejaarden' waren bij hen verre van populair!

De psychogeriatric verpleeghuizen hadden in 1969 een enorme achterstand. Het werd dus een gevecht voor een plaats onder de zon. Het contact met de psychiatrie ging daarbij feitelijk verloren. Slechts sporadisch kwam het tot een vruchtbare samenwerking met een psychiatrisch

ziekenhuis. De verpleeghuizen opereerden geheel zelfstandig. Zo regelden zij onder meer hun eigen opnamelijst.

Het artikel uit 1969 wil ook een waarschuwing inhouden: pas op, maak niet dezelfde fouten als de psychiatrische ziekenhuizen! Bouw niet te grote instellingen! Vestig die niet in afgelegen gebieden in oude sanatoria, blijf dicht bij huis. Zo komen er wel veel kleine eenheden, maar deze kunnen door samenwerking een groter verband vormen.

Van essentieel belang in de ouderenpsychiatrie is de ambulante hulpverlening. Deze kwam maar moeizaam op gang. Wilde men de schaarse plaatsen eerlijk verdelen, dan moest er toch minimaal een bureau bestaan dat aanvragen voor opnemingszorg zou registreren en de meest dringende gevallen ook zou laten voorgaan.

Met de oprichting van de afdelingen voor ouderenzorg van de RIAGG's werd een belangrijke stap in de goede richting gezet. Steeds meer zou 'psychogeriatric thuis' aan belang winnen. In het algemeen geldt immers dat iedere uitbouw van voorzieningen primair in de maatschappij, bij de mensen thuis, moet beginnen.

Daarnaast werd er in de psychogeriatric verpleeghuizen steeds meer naar gestreefd de familie en de 'mantelzorg' bij de verzorging en de begeleiding van de patiënten te betrekken. Het verpleegtehuis werd een verpleeghuis, de patiënten werden bewoners. Dit alles was natuurlijk in 1969 nog lang niet gerealiseerd, maar in het artikel werd wel een eerste aanzet gegeven.

PSYCHIATRIE VOOR OUDEREN NA 2000

Het is duidelijk dat in de nabije toekomst de nadruk zal komen te liggen op een diversiteit van zorgmodellen: 'zorg op maat'. Dat houdt in dat reeds in de thuissituatie sprake moet zijn van ondersteunende diensten, waardoor de ouderen zich langer in de maatschappij kunnen handhaven. Ook instellingen zoals verzorgings- en verpleeghuizen moeten diensten aanbieden aan de nog thuiswonende ouderen. Als verzorging en

behandeling thuis niet meer mogelijk is, dan eerst komt opnemingszorg in een 'huis' aan de orde. Met de 'autonomie' van de betrokkenen dient daarbij voortdurend rekening te worden gehouden. Dit houdt in dat aan de wensen en verlangens van de ouderen en hun omgeving de grootst mogelijke aandacht moet worden geschonken. Het moet niet zo zijn dat een oudere in een voor hem uitzichtloze situatie terechtkomt, waarin door anderen over zijn toekomst wordt beslist. Wij krijgen in de komende tijd zeker te maken met een grote groep zelfbewuste en ook kapitaalkrachtige ouderen.

Voor de psychiatrie voor ouderen is bij dit alles een belangrijke taak weggelegd. In de jaren zeventig was van een psychiatrie voor ouderen nog nauwelijks sprake. Eerst moesten de afdelingen voor ouderen van de RIAGG's tot ontwikkeling komen en de kwaliteit van de verpleeghuizen verder worden verbeterd. Onderzoek op het terrein van de ouderenpsychiatrie was schaars en incidenteel. Het werd dikwijls uitgevoerd door in verpleeghuizen werkzame psychologen. Zo kwam reeds in 1971 een gedragsbeoordelingschaal voor oudere patiënten in gebruik. Ook werd neuropsychologisch onderzoek verricht. De neerslag daarvan vindt men terug in enkele dissertaties uit die jaren.

Voor de ouderenpsychiatrie bleek het jaar 1981 een mijlpaal. Op het International Congress for Gerontology te Hamburg kwam het tot de oprichting van een internationale vereniging: de International Psychogeriatric Association, de IPA. Was op vorige congressen de ouderenpsychiatrie nog stiefmoederlijk bedeed, nu bleek dit grondig veranderd. Die verandering was in de eerste plaats te danken aan de inbreng van Engelse en Amerikaanse psychiaters.

Op dit congres, dat door veel Nederlandse artsen werd bezocht, kwam het bovendien tot de oprichting van een Nederlandse vereniging: de Vereniging voor Psychogeriatric. Een jaar later, in 1982, werd door de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie een sectie Bejaardenpsychiatrie ingesteld, die later werd

omgedoopt in sectie Psychiatrie voor Ouderen.

Hoe belangrijk in die begintijd de invloed was van de Engelse collega's blijkt wel uit de twee georganiseerde 'Joint Meetings'. Hier moeten speciaal Tom Arie en Sir Martin Roth worden vermeld, hoogleraren in respectievelijk Nottingham en Cambridge. Daarbij staken de Nederlanders maar pover af. De ouderenpsychiatrie was nog niet tot de Nederlandse universiteiten doorgedrongen. Het aantal in ouderenpsychiatrie geïnteresseerde psychiaters was nog zeer beperkt en daar kwam slechts geleidelijk verbetering in.

Deze ontstond vooral na de instelling van twee leerstoelen voor ouderenpsychiatrie. Daarnaast nam ook de vraag naar psychiaters met deze speciale interesse toe: de psychiatrische ziekenhuizen ontwikkelden observatieafdelingen en poliklinieken voor ouderen en bij de RIAGG's werden de afdelingen voor ouderen steeds belangrijker. Er kwam dus een steeds grotere vraag naar deskundigheid op dit speciale terrein.

Thans is de psychiatrie voor ouderen een verplicht onderdeel in de opleiding tot psychiater. Daardoor kan de psychiater in opleiding kennismaken met dit belangwekkende vakgebied.

Ouderenpsychiatrie houdt zich bezig met alle psychische stoornissen op hoge leeftijd. Waar een leeftijdsgrens moet worden getrokken is overigens onduidelijk. In feite komen de beschreven afwijkingen ook op jongere leeftijd voor. Met het stijgen van de jaren wordt de mens steeds kwetsbaarder voor lichamelijke, psychische en sociale invloeden. Het ziektebeeld verandert en de behandeling stelt andere eisen. Er zijn grote syndromen te onderscheiden: dementie, delier, depressie, paranoïde stoornissen, maar ook gedrags- en persoonlijkheidsstoornissen. Daarbij hebben lichamelijke factoren een wisselende invloed. Deze gecompliceerde ziektebeelden zijn slechts moeizaam te doorgronden. Daarom is wetenschappelijk onderzoek hier geen luxe, maar noodzaak. Gelukkig komt dit steeds meer op gang (zie aanbevolen literatuur).

Het stimuleren van verder onderzoek is in

de toekomst een taak voor gespecialiseerde centra. Onderzoek omvat een breed terrein waarbij verschillende disciplines zijn betrokken. Om onderzoek te coördineren, werd in 1992 de Leo Cahn stichting opgericht. De door haar georganiseerde bijeenkomsten en werkgroepen mogen zich in een grote belangstelling verheugen.

Meer geld en mankracht zijn dringend nodig voor verder onderzoek. Dat geld is ook nodig om meer onderzoekers te kunnen opleiden. Er is echter relatief weinig geld beschikbaar voor onderzoek in de psychiatrie in het algemeen. Die achterstand moet worden ingehaald.

In 1998 verscheen de eerste Nieuwsbrief van de sectie Psychiatrie voor Ouderen. Daarin werd een optimistisch toekomstbeeld geschetst. Laten wij hopen dat in een niet te verre toekomst die idealen zullen worden verwezenlijkt.

AANBEVOLEN LITERATUUR

- Beekman, A.T.F., Deeg, D.J.H., van Tilburg, T.G., e.a. (1995). Major and minor depression in later life: A study of prevalence and risk factors. *Journal of Affective Disorders*, 36, 65-75.
- Breteler, M.M.B., van Swieten, J.C., Bots, M.L., e.a. (1994). Cerebral white matter lesions, vascular risk factors, and cognitive function in a population-based study: the Rotterdam Study. *Neurology*, 44, 1246-1252.
- Heeren, T.J., Derksen, P., Heycop ten Ham, B.F., e.a. (1997). Treatment, outcome and predictors of response in elderly depressed in-patients. *British Journal of Psychiatry*, 170, 436-440.
- Schmand, B., Jonker, C., Hooijer, C., e.a. (1996). Subjective memory complaints may announce dementia. *Neurology*, 46, 121-125.
- Verheij, F.R.J., Ponds, R.W.H.M., Rozendaal, N., e.a. (1994). Depression, insight and personality changes in Alzheimer's disease and vascular dementia. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 8, 23-27.

AUTEUR

L.A. CAHN, psychiater n.p., Park Sparrendaal 59, 3971 SN Driebergen.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 6-9-1999.

SUMMARY Old age psychiatry – L.A. Cahn – In 1969, in this Journal, the author published an article about the psychiatric hospital and the psychiatry of the aged. It was stated that the psychiatric hospitals could not longer provide psychiatric treatment for the ever increasing aging population.

It was therefore that the psychiatry of old age was developed in psychogeriatric nursing-homes. In the future however reintegration of the psychiatric institutions and the psychogeriatric nursing-homes will be of great importance.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 42 (2000) 1, 47-51]

KEYWORDS old age psychiatry/geriatric psychiatry, psychiatric hospital, psychogeriatric nursing-home