Nieuwe opleidingseisen psychiatrie: de positie van de ouderenpsychiatrie

T.J. HEEREN, F.R.J. VERHEY

SAMENVATTING *Ouderenpsychiatrie heeft zich in de afgelopen twintig jaar ontwikkeld tot een belangrijk deelgebied van de psychiatrie, dat ook in organisatorisch opzicht een eigen plaats heeft verworven in de regionale geestelijke gezondheidszorgcircuits (GGZ-circuits) voor ouderen. In dit artikel wordt bepleit ouderenpsychiatrie ook in de opleiding psychiatrie een duidelijke plaats te geven.*

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 42 (2000) 4, 235-239]

TREFWOORDEN opleiding, ouderenpsychiatrie, specialisatie, subspecialisatie

Sinds het begin van de jaren tachtig is in de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg (GGZ) een steeds duidelijker plaats ingeruimd voor de ouderenpsychiatrie. Binnen de Regionale Instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG's) fungeren aparte ouderenafdelingen en begin jaren negentig bleken alle algemeen psychiatrische ziekenhuizen te beschikken over aparte opnameafdelingen voor ouderen (Sectie Psychiatrie voor Ouderen, niet-gepubliceerde enquêteresultaten). Deze voorzieningen zijn in veel regio's het kristallisatiepunt geweest voor uitbreiding van de voorzieningen voor ouderen met deeltijdbehandeling, transmurale zorgvormen (zoals psychiatrische intensieve thuiszorg) en samenwerkingsprojecten met verpleeg- of verzorgingshuizen.

In een recent overzicht van internationale ontwikkelingen op het gebied van ouderenpsychiatrische voorzieningen bleek Nederland op de eerste plaats te komen met een score van 3,5 bij een maximaal te behalen score van 4 (ter vergelijking: Engeland, de bakermat van de ouderenpsychiatrie, was tweede met een score van 3,2) (Reifler & Cohen 1998). In ditzelfde overzicht werd ook bezien in hoeverre ouderenpsychiatrie herkenbaar was als (sub)specialisme. Hier bleek Nederland op de zestiende plaats te eindigen met een score van 1,8 uit 4 (Engeland nam hier de eerste plaats in met een score van 3,1 uit 4). Ook vanuit organisatorische optiek bestaat een duidelijke consensus over de noodzaak van aparte voorzieningen voor ouderen. In de laatste Beleidsbrief van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport wordt vastgesteld dat elke regio dient te beschikken over een GGZ-circuit voor ouderen (VWS 1999). Helaas bestaat nog niet eenzelfde consensus over de kwalitatieve en kwantitatieve eisen waaraan in deze voorzieningen werkzame psychiaters moeten voldoen, maar de nieuwe opleidingseisen bieden de kans de bestaande kloof tussen vorm en inhoud te overbruggen. Tabel 1 geeft de vier stadia weer zoals die gebruikt werden in het bovengenoemde onderzoek. Hieruit blijkt dat Nederland een belangrijke stap vooruit kan zetten door in de nieuwe opleidingseisen psychiatrie een certificeringsprocedure vast te leggen voor de ouderenpsychiater. Tevens wordt daarmee gehoor gegeven aan de gezamenlijke oproep van de World Health Organization en de World Psychiatric Organization (Wertheimer 1997; WHO 1997) om te zorgen voor de ontwikkeling van het (sub)specialisme ouderenpsychiatrie.

In dit artikel zal, na een beknopte domeinbeschrijving van de ouderenpsychiatrie, weerge-

TABEL 1 *Stadia in de ontwikkeling van het (sub)specialisme ouderenpsychiatrie*

Stadium 1	Geen criteria; ouderenpsychiaters benoemen zichzelf als zodanig; opleidingsprogramma's bestaan niet of zijn zeer beperkt
Stadium 2	Opleidingsprogramma's beginnen tot ontwikkeling te komen en nationale sleutelfiguren worden erkend of beginnen zichtbaar te worden
Stadium 3	Certificerings- en registratieprocedure bestaat en is algemeen geaccepteerd in de professionele gemeenschap
Stadium 4	Het aanbod aan geregistreerde ouderenpsychiaters is voldoende om te voorzien in de landelijke behoefte

geven worden hoe subspecialisatie in de ouderenpsychiatrie gestalte dient te krijgen in de nieuwe opleidingseisen.

HET DOMEIN VAN DE OUDERENPSYCHIATRIE

Definitie De ouderenpsychiatrie houdt zich bezig met alle psychische stoornissen bij ouderen. Hoewel bekend is dat door grote interindividuele verschillen in de mate van (biologische) veroudering de kalenderleeftijd niet altijd iets zegt over de individuele 'ouderdom' van iemand, wordt in het algemeen toch een leeftijdsgrens gehanteerd om de groep ouderen af te bakenen. De leeftijd van 60 jaar heeft daarbij de voorkeur. Ten eerste treden rond deze leeftijd veel veranderingen op in de sociale positie van mensen (in het gezin, op het werk). Deze gaan vaak gepaard met een herevaluatie van de eigen identiteit en de relaties met familie en vrienden (Erikson 1998). Ten tweede neemt vanaf ongeveer deze leeftijd de incidentie van aan de leeftijd gerelateerde (neurodegeneratieve) ziekten (waaronder de verschillende dementiesyndromen) duidelijk toe.

De ouderenpsychiatrie richt zich op alle psychiatrische stoornissen die voorkomen bij haar doelgroep, dus niet alleen op de cognitieve syndromen, zoals nog wel eens gedacht wordt, maar ook op depressie, psychose, angst en verslavingen. Het maakt daarbij niet uit of de stoornissen voor of na het zestigste jaar zijn ontstaan. Ook bij ouderen bij wie al langer een psychische stoornis bestaat, nopen aan de leeftijd of levensfase gerelateerde factoren vaak tot nadere diagnostiek of tot aanpassing van het beleid.

Kenmerken In tabel 2 worden de kenmerken van de ouderenpsychiatrie samengevat en hier kort besproken:

Hoge prevalentie cognitieve syndromen. Met het stijgen van de leeftijd neemt de prevalentie van dementie en delier toe. In de differentiële diagnostiek speelt dit een belangrijke rol. Bij veel psychiatrische aandoeningen bestaan stoornissen in het cognitief functioneren (onder andere concentratiestoornissen bij depressie). Bij ouderen zal altijd goed onderzocht moeten worden of deze symptomen hieraan toe te schrijven zijn of dat er sprake is van dementie. Deze diagnostiek vergt specifieke vaardigheden onder meer omdat het (gedrags)neurologisch onderzoek hier veel pregnanter aanwezig is dan in de reguliere psychiatrie. Ook zal men goed op de hoogte moeten zijn van de (nieuwe) behandelmogelijkheden.

Lichamelijke comorbiditeit. Ondanks het feit dat veel mensen in redelijke gezondheid oud worden, neemt de kans op lichamelijke ziekten onmiskenbaar toe met de leeftijd, en daarmee ook het gebruik van geneesmiddelen. Bij depressieve stoornissen en angststoornissen is een duidelijke samenhang gevonden met lichamelijke ziekte. Het tegelijkertijd voorkomen van lichamelijke en psychische ziekten bemoeilijkt de diagnostiek

TABEL 2 *Kenmerken van de ouderenpsychiatrie*

- Hoge prevalentie van cognitieve syndromen
- Lichamelijke comorbiditeit
- Functionele veranderingen
- Levensfaseproblemen
- Grote interindividuele variabiliteit

door overlap van verschijnselen (zoals moeheid, slechte eetlust, hartkloppingen, obstipatie) en stelt speciale eisen aan de medicamenteuze behandeling vanwege de kans op interacties of (relatieve) contra-indicaties voor psychofarmaca.

Functionele veranderingen. Met de toenemende leeftijd treden veranderingen op in de zintuigfuncties, het evenwicht en de mobiliteit. Dit heeft gevolgen voor het functioneren in het dagelijks leven. Achteruitgang van het gehoor kan een rol spelen bij het ontstaan van een psychotische stoornis. Achteruitgang van de mobiliteit lijkt nogal eens samen te hangen met depressie en angst (valfobie).

Levensfaseproblemen. De laatste levensfase wordt vaak verdeeld in een zogenoemde derde en vierde levensfase. De opgaven in deze levensfasen kunnen tot psychopathologie leiden. In de derde levensfase gaat het vooral om een verandering in maatschappelijke rollen, waarbij het wegvallen van vertrouwde rollen (werknemer, ouder) en het ontbreken van nieuwe (maatschappelijk gewaardeerde) rollen aanleiding geven tot gevoelens van nutteloosheid en een afgenomen gevoel van eigenwaarde. In de vierde levensfase gaat het vaker om afnemende autonomie door gezondheidsproblemen van de oudere zelf of zijn naasten. Zingevingsvragen worden (opnieuw) actueel.

Grote interindividuele variabiliteit. Doordat verouderingsverschijnselen niet bij iedereen gelijktijdig optreden en door verschillen in de levensloop (psychotraumata, geleerde copingvaardigheden) bestaan er grote interindividuele verschillen bij ouderen. Dit geldt zowel op lichamelijk gebied (bijvoorbeeld een grote spreiding in gevoeligheid voor psychofarmaca) als op psychosociaal gebied (cognitieve vermogens, aanpassingsmogelijkheden). Dit betekent dat vuistregels, gebaseerd op onderzoek bij vaak relatief jonge, homogene populaties bijvoorbeeld met betrekking tot lichamelijke gezondheid, in de praktijk vaak weinig waarde hebben en een 'n = 1'-benadering met zorgvuldige indicatiestelling en evaluatie noodzakelijk is.

Organisatie De leidende organisatieprincipes in de GGZ voor ouderen zijn niet anders dan in de GGZ voor volwassenen: functiegerichte in plaats van instellingsgerichte benadering in het kader van regionale zorgprogramma's. Verschillen doen zich voor met betrekking tot noodzakelijke samenwerking met andere sectoren in de gezondheidszorg (algemeen ziekenhuis, verpleeghuis, thuiszorg) en daarbuiten (verzorgingshuis, dienstencentum, welzijnsinstellingen). Voorts zal subregionalisering vaak anders vorm krijgen door de benodigde schaalgrootte voor een voldoende gespecialiseerd en gedifferentieerd aanbod (Pollman 1996).

Het GGZ-circuit voor ouderen moet in de volgende behoeften kunnen voorzien:

Diagnostiek en advisering op het gebied van alle psychische stoornissen. Hiertoe behoort onder andere een geheugenspreekuur.

Behandeling en begeleiding van dementie. Hierbij is nauwe samenwerking geboden met de verpleeghuizen in de regio (gedeelde verantwoordelijkheid bij zorgdiagnostiek en wachtlijstbegeleiding).

Behandeling en begeleiding van niet-cognitieve psychische stoornissen. Hierbij gaat het in beginsel om ouderen met een eerste episode of bij een recidiverend beeld om een (in tijd en intensiteit) beperkte hulpvraag.

Behandeling en begeleiding bij langdurig bestaande psychopathologie. Hierbij gaat het om ouderen met langdurig bestaande psychopathologie die enerzijds vrijwel continu begeleid zijn vanuit de GGZ (voornamelijk vanwege bipolaire stoornissen of schizofrenie), anderzijds nauwelijks contact hebben gehad met de GGZ (mensen met angststoornissen of persoonlijkheidsstoornissen). In beide groepen vergen fysieke of sociale veranderingen aanpassing van het behandelbeleid. Samenwerking met het verzorgingshuis is voor deze ouderen een belangrijke mogelijkheid voor (blijvende) integratie in de maatschappij.

OUDERENPSYCHIATRIE EN DE NIEUWE OPLEIDINGSEISEN

Wanneer we de psychiatrische ziekteleer beschouwen als de integratie van kennis uit de neurowetenschappen, de psychologie en sociologie/antropologie, dan betreft de ouderenpsychiatrische ziekteleer een verbijzondering daarvan door de verwerking van de gerontologische kennis op deze gebieden. In het cursorisch onderwijs van de basisopleiding dient hieraan aandacht te worden besteed. Uitgaande van de drie leeftijdsgerelateerde psychiatrische deelgebieden zou de driejarige basisopleiding moeten bestaan uit zes maanden kinderpsychiatrie, twee jaar volwassenenpsychiatrie en zes maanden ouderenpsychiatrie. Dit laatste zal moeten gebeuren op erkende (= gevisiteerde) stageplaatsen onder supervisie van een opleider ouderenpsychiatrie. Degenen die (overwegend) in de ouderenpsychiatrie willen gaan werken, dienen, gezien de specialistische kennis en vaardigheden die nodig zijn, een verdere opleiding te volgen van anderhalf jaar (waarmee in totaal twee jaar ouderenpsychiatrie wordt gedaan) in de verschillende settingen waar de functie wordt uitgeoefend. De vervolgopleiding kent een eigen opleider. De sectie Psychiatrie voor Ouderen van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, die het hier beschreven opleidingsmodel voorstaat, heeft inmiddels de eindtermen voor deze vervolgopleiding beschreven (zie website sectie Psychiatrie voor Ouderen, http://www.nvvp.net). Een afgeronde vervolgopleiding geeft recht op de aantekening Ouderenpsychiater. Bij herregistratie zal beoordeeld moeten worden aan de hand van nascholingsactiviteiten en werkervaring of de aantekening behouden kan blijven.

Het hier beschreven model lijkt sterk op de opleiding in Engeland, zij het dat de afronding van de driejarige basisopleiding daar uitmondt in een kwalificatie (*senior-registrar*) die het mogelijk maakt het vak reeds in beperkte mate zelfstandig uit te oefenen (Royal College of Psychiatrists 1998). Vervolgens kan men zich gedurende drie jaar verder kwalificeren op deelgebieden van de psychiatrie (onder andere ouderenpsychiatrie), waarmee een *certificate of completion of specialist training* (CCST) kan worden behaald. Wanneer men als specialist in een ander deelgebied wil werken, moet daarvoor apart een CCST worden verworven.

Een dergelijk tweefasenopleidingsmodel met een driejarige opleiding tot basis-GGZ-arts, gevolgd door verdere specialisatie, zou tegemoet kunnen komen aan enerzijds de wens tot meer differentiatie binnen het artsenberoep en anderzijds de wens tot kortere opleidingen (Bleker & Blijham 1999).

LITERATUUR

Bleker, O.P., & Blijham, G.H. (1999). Te oud, te knap en te duur. *Medisch Contact*, 54, 1201-1203.

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

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (1999). *Beleidsvisie geestelijke gezondheidszorg*. Tweede Kamer, 1998-1999, 25424, nr. 6. 's-Gravenhage: SDU.

Pollmann, M. (1996). *Kortdurende ouderenpsychiatrie: nu en in de toekomst* (stageverslag). Rijswijk: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Reifler, B.V., & W. Cohen (1998). Practice of geriatric psychiatry and mental health services for the elderly: Results of an international survey. *International Psychogeriatrics*, 10, 351-357.

Royal College of Psychiatrists (1998). *Higher specialist training handbook*. London: Royal College of Psychiatrists.

Wertheimer, J. (1997). Psychiatry of the elderly: A consensus statement. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 430-435.

World Health Organization and World Psychiatric Association (1997). Psychiatry of the elderly: A consensus statement. *Aging and Mental Health*, 1, 99-102.

AUTEURS

T.J. HEEREN is hoogleraar ouderenpsychiatrie UMC en medisch manager divisie Ouderenpsychiatrie, H.C. Rümke Groep te Utrecht.

F.R.J. VERHEY is zenuwarts, academisch hoofdspecialist afdeling Psychiatrie & Neuropsychologie, Academisch Ziekenhuis Maastricht.

Correspondentieadres: T.J. Heeren, H.C. Rumke Groep, divisie Ouderenpsychiatrie, Oude Arnhemseweg 260, 3705 BK Zeist.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 3-1-2000.

SUMMARY New criteria for the specialist training in psychiatry: The position of geriatric psychiatry – T.J. Heeren, F.R.J. Verhey –

Geriatric psychiatry has become an important subspecialty of psychiatry, also in the Netherlands. Regional mental health care planning includes separate facilities for the elderly. This article shows how geriatric psychiatry could be integrated both in the basic and the specialized training in psychiatry.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 42 (2000) 4, 235-239]

KEYWORDS geriatric psychiatry, specialist training, subspecialization