

Grijs gebied: de behoefte aan afgestemde psychiatrische zorg voor ouderen

L. van Diermen

De dubbele vergrijzing, met een toenemend aantal ouderen én een stijgende levensverwachting, maakt dat de vraag naar aangepaste geestelijke gezondheidszorg voor ouderen snel toeneemt. Frappant genoeg blijft de aandacht voor deze doelgroep echter beperkt. Redenen daarvoor zijn vermoedelijk de complexiteit, de gefragmenteerde evidentie en het feit dat de doelgroep zelf vroeger niet al te open heeft leren spreken over mentale gezondheid. Mogelijk speelt daarnaast ook een economisch motief een rol: ouderen worden in de zorg vaak gezien als kostenpost, terwijl hun maatschappelijke 'opbrengst' minder zichtbaar is. Dit roept de vraag op hoe we, ondanks die drempels, toch kunnen komen tot een ouderenpsychiatrie die zowel wetenschappelijk onderbouwd als mensgericht is.

Onderbehandeling

Depressies worden vaak niet herkend of onterecht als 'normaal ouderdomsverdriet' of rouw beschouwd, angststoornissen blijven onder de radar en psychotische symptomen worden niet zelden onterecht toegeschreven aan cognitieve achteruitgang. Een schrijnend voorbeeld is de oudere man die enorm onrustig is sinds het overlijden van zijn partner, maar bij wie pas nadat hij in het kanaal is gesprongen (en gered) een depressie wordt vastgesteld. Het risico bestaat dat zorgprofessionals – en patiënten zelf – mentale klachten beschouwen als een onvermijdelijk onderdeel van ouder worden. Het ontbreken van een correcte diagnose leidt vaak tot symptomgerichte in plaats van oorzakelijke behandeling – hetgeen al snel voelt als dweilen met de kraan open. Maar juist bij ouderen is die doelgerichte behandeling zo belangrijk.

Een goed voorbeeld is een recente Zweedse studie met gegevens van de nationale databank waarbij men keek naar het effect van ECT bij de behandeling van depressie bij 85+-ers (*the oldest-old*).¹ Men vond niet alleen een

groter effect van ECT bij deze groep vergeleken met een wat jongere controlepopulatie, ook werden er minder bijwerkingen gerapporteerd. Vergeleken met ouderen met depressie die geen ECT kregen, werden de mensen behandeld met ECT nadien ook minder vaak opgenomen.

Dat deze uitdagingen geen puur klinische indrukken zijn, blijkt ook uit grootschalige epidemiologische studies. De onderzoekers van de Nederlandse Studie naar Depressie bij Ouderen (NESDO) toonden aan dat depressie op latere leeftijd niet alleen frequent voorkomt, maar vaak een chronisch beloop heeft en gepaard gaat met aanzienlijke ziektelast en beperkingen.²

Een enorme valkuil is daarom de veronderstelling dat een hogere leeftijd gepaard gaat met minder behoefte aan behandeling. Zo kiest men bij ouderen soms sneller voor comfortzorg in plaats van een herstelgerichte behandeling – met als onderliggende gedachte dat het op die leeftijd allemaal niet meer hoeft.³ De uitdaging ligt in het vinden van een evenwicht tussen klinische voorzichtigheid en therapeutische daadkracht. Een verhoogde alertheid voor atypische symptomen, betere scholing van zorgverleners en aangepaste screeningsinstrumenten kunnen bijdragen aan vroegtijdige herkenning en aanpak van psychiatrische problemen op hogere leeftijd.

Overbehandeling

Polyfarmacie is een wijdverspreid fenomeen bij ouderen met psychiatrische aandoeningen en is niet ongevaarlijk, aangezien onder meer valincidenten, cognitieve achteruitgang en metabole problemen toenemen.

Vooral bij mensen met dementie worden nog te vaak antipsychotica gebruikt om gedragsproblemen te behandelen, ondanks evidentie voor ernstige bijwerkingen en overlijden.⁴ Tegelijkertijd worden psychofarmaca vaak langdurig voortgezet zonder evaluatie van effectiviteit of

noodzaak, mede door gebrek aan follow-up en duidelijke stopcriteria.⁵

Het debat rond gebruik van psychofarmaca bij ouderen wordt (te) vaak binair gevoerd – ofwel men stelt overbehandeling aan de kaak, ofwel men pleit men voor meer erkenning van psychiatrische symptomen bij ouderen. Beide standpunten zijn terecht, maar ze raken de kern niet: wat ontbreekt, is een voldoende genuanceerde klinische afweging, onderbouwd door specifiek onderzoek in deze doelgroep.

Op behoeften gebaseerde zorg als kompas

Binnen diverse zorgsettings groeit de laatste jaren aandacht voor op behoeften gebaseerde zorgmodellen. Bij deze benadering gaat men niet uit van het ziektebeeld zelf, maar van de onderliggende (onvervulde) behoeften, waarden en context van de patiënt. Deze aanpak kan de aanwezigheid van klachten doen afnemen, het zorggebruik efficiënter maken en de betrokkenheid van zorgverleners versterken, zoals bleek uit recent onderzoek.⁶ Zo gaat men bij een oudere patiënte met agitatie bij bekende cognitieve achteruitgang op zoek naar de bron van de onrust, zoals niet van betekenis zijn of een gevoel van onveiligheid. Vervolgens kijkt men hoe daarop niet-medicamenteus kan worden ingegrepen. Ook binnen de ouderenpsychiatrie en buiten de woonzorgcentra kan deze benadering helpen. Daarbij verbindt men het klinisch oordeel met existentiële thema's die op hoge leeftijd vaak een grotere rol spelen.

Naar een geïntegreerde en afgestemde ouderenpsychiatrie

Het is nodig om ouderen beter te vertegenwoordigen in klinisch onderzoek, richtlijnen te ontwikkelen waarbij we rekening houden met kwetsbaarheid en levensfase,

en op zoek te blijven gaan naar hoe alle betrokken disciplines als een geoliede machine kunnen samenwerken. Ouderenpsychiatrie vraagt klinische scherpzinnigheid én menselijkheid. Ze vereist dat we afstappen van binaire schema's van over- of onderbehandeling en durven denken in termen van passende zorg. Want psychiatrisch lijden hoort niet vanzelfsprekend bij ouder worden. Ook als we ouder worden, verdienen we aandacht, tijdige detectie, correcte diagnostiek en doeltreffende behandeling – in welke vorm dan ook. Een betere wereld begint bij jezelf – de hoogste tijd dus voor nog eens een themanummer over ouderen in het Tijdschrift? (Het laatste themanummer over ouderen verscheen in 2011.)

LITERATUUR

- 1 Arnison T, Eriksson A, Nordenskjöld A. Electroconvulsive therapy in the oldest-old patients with depression: response and remission rates, prognostic factors, adverse events and mortality. *Am J Geriatr Psychiatry* 2025; 33: 1065-76.
- 2 Comijs HC, Nieuwesteeg J, Kok R, e.a. The two-year course of late-life depression; results from the Netherlands study of depression in older persons. *BMC Psychiatry* 2015; 15: 20.
- 3 Chang ES, Kanno S, Levy S, e.a. Global reach of ageism on older persons' health: A systematic review. *PLoS One* 2020; 15: e0220857.
- 4 Mühlbauer V, Möhler R, Dichter MN, e.a. Antipsychotics for agitation and psychosis in people with Alzheimer's disease and vascular dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2021; 12: CD013304.
- 5 O'Mahony D, Cherubini A, Guiteras AR, e.a. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 3. *Eur Geriatr Med* 2023; 14: 625-32.
- 6 Gillis K, van Diermen L, Lahaye H, e.a. Effect of need-based care on behavioural and psychological symptoms in residents with dementia and formal caregivers' distress in nursing homes: a three-arm cluster randomized controlled trial. *Eur Geriatr Med* 2023; 14: 1083-96.

AUTEUR

Linda van Diermen, volwassenenpsychiater, Universiteit Antwerpen – Universitair Ziekenhuis Antwerpen – PC Bethanië.

Correspondentie

Prof. dr. Linda van Diermen
(Linda.vandiermen@uantwerpen.be).

Geen strijdige belangen gemeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 3-9-2025.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2025;67(9):483-484