



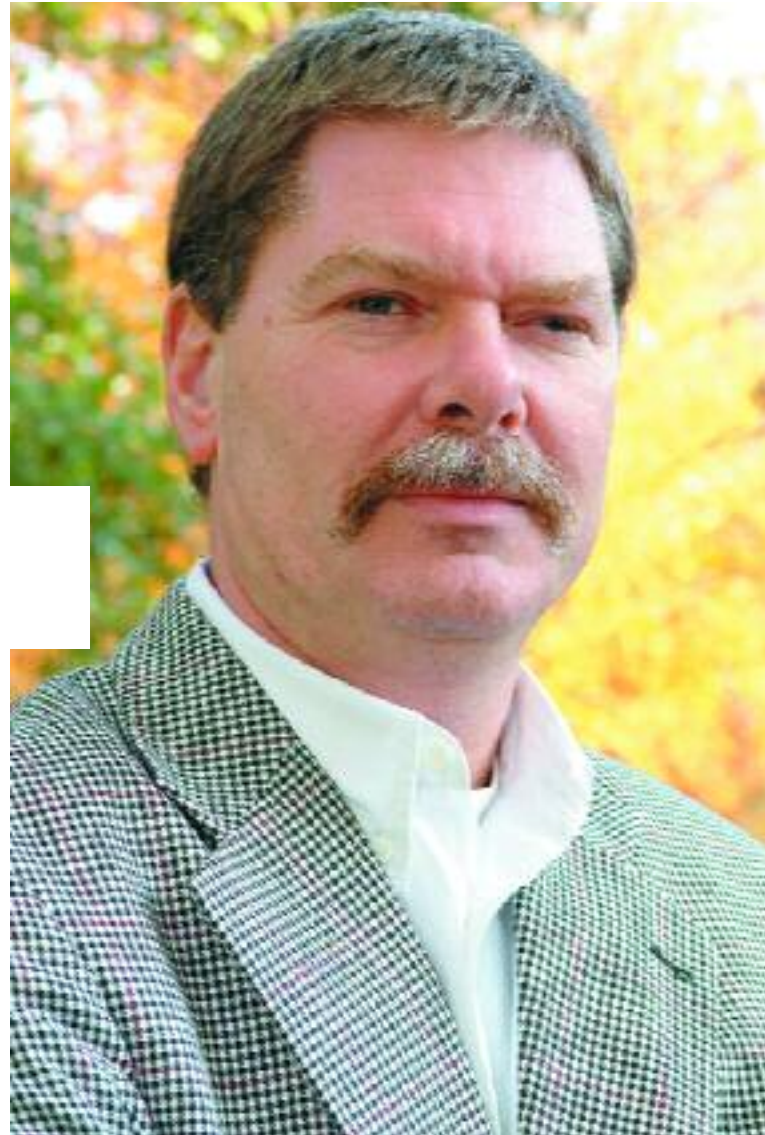
DEEL 1 OUDERENPSYCHIATRIE, WAT IS DAT?

P. OOSTERVINK, (GERONTO)PSYCHIATER, ROBERT FLEURY STICHTING LEIDSCHENDAM



OUDEREN HEBBEN DE TOE- KOMST, OOK IN DE PSYCHIA- TRIE

DIT ARTIKEL BESTAAT UIT TWEE DELEN WELKE NA ELKAAR ZULLEN VERSCHIJNEN. DEEL 1 GAAT IN OP DE VRAGEN WAT OUDERENPSYCHIATRIE IS EN WAT DE KENMERKENDE VERSCHILLEN ZIJN MET DE VOLWASSENENPSYCHIATRIE. DEEL 2 BESCHRIJFT DE WIJZE WAAROP DE ROBERT-FLEURY STICHTING, EEN ALGEMEEN PSYCHIATRISCH ZIEKENHUIS (APZ) LOCATIE LEIDSCHENDAM, GESTALTE GEEFT AAN DE KLINISCHE HULPVERLENING AAN OUDEREN MET EEN PSYCHIATRISCHE AANDOENING.



Toen ik in 1988 voor het laatste half jaar van mijn opleiding tot psychiater in Maastricht nog een verplichte keuzestage moest zoeken, bleef alleen 'ouderenspsychiatrie' over op een gesloten opnameafdeling voor ouderen in Venray. Ik had er geen positieve of negatieve gedachten over, hooguit dat het waarschijnlijk allemaal demente ouderen zouden zijn en 'oude fietsen opknappen, wat kun je daar nog van verwachten.' Het belangrijkste was, een invulling te hebben voor de laatste maanden en daarna zou ik klaar zijn met de opleiding. Het pakte heel anders uit. Er ging een wereld voor mij open.

Het werd duidelijk dat ik aan de vooral sociaal-psychiatrische en psychotherapeutische bagage uit mijn opleiding aanvankelijk weinig had. De eerste weken dat een oudere patiënt was opgenomen, was deze vaak gewoon te ziek voor een psychotherapeutisch contact. Men was te depressief of te verward. Het was vooral somatiek en pillen wat de klok sloeg. Met geduld, en samen met een ervaren behandelteam, kwamen daarna vanzelf de wondertjes van herstel en genezing, en aandacht voor de sociale en psychotherapeutische kanten van de behandeling. Geneeskunde in de volle breedte dus. Hierdoor ben ik nog steeds ouderenspsychiater oftewel gerontopsychiater en nog steeds enthousiast voor het vak.

Gelukkig zijn de jaren voorbij dat oudere patiënten en hun familie dachten dat een opname in de psychiatrie definitief was. De meeste patiënten zijn binnen een half jaar ontslagen naar huis of naar een geschiktere woonvorm dan ze hadden. Gebleven is in al die jaren, zowel bij de

leek als bij artsen en andere hulpverleners die niet werken met ouderen, een gebrek aan kennis over ouderen, hun kwetsbare kanten en hun behoefte aan autonomie. En dat ondanks het toenemende aantal ouderen (figuur 1).

Algemene ziekenhuizen zien ouderen liever gaan dan komen onder andere vanwege de verkeerdebed-problematiek. Op de toenemende vergrijzing van de Nederlandse bevolking wordt slechts mondjesmaat geanticipeerd. Ouderen voelen zich vaak overbodig en een sta in de weg vooral als ze afhankelijk zijn van anderen voor hulp. Onbekend maakt onbemind? Daar lijkt het soms op. Vandaar dit artikel dat is voortgekomen uit de maandelijkse introductieochtend voor nieuwe medewerkers binnen ons ziekenhuis.

Wie bemoeit zich waar mee?

Bij het ontstaan van geestelijke aandoeningen bij ouderen spelen lichamelijke ziekten en psychosociale factoren vaak een rol. Derhalve overlappen de werkzaamheden van verschillende medische specialismen elkaar. Voor een leek kan dat heel verwarrend zijn. Daarom een korte beschrijving van ieders werkterrein. In de geriatrische geneeskunde gaat het om aandoeningen die veroorzaakt of beïnvloed worden door veroudering. Sociaal geriateren werken als gespecialiseerde algemeen artsen vanuit het RIAGG en kunnen ouderen thuis bezoeken. Ondanks dat hun deskundigheid primair wordt ingeroepen voor psychische problemen, houden zij ook sterk rekening met mogelijke lichamelijke of sociale oorzaken. Klinisch geriateren werken als medisch specialist in een algemeen ziekenhuis of een APZ en zijn in tegenstelling tot de sociaal geriateren, opgeleid vanuit het perspectief van de interne geneeskunde. Neurologen zien ouderen met cognitieve stoornissen voor het vaststellen van een beginnende dementie en het uitsluiten of behandelen van andere neurologische aandoeningen. De gerontopsychiater is een van oorsprong algemeen psychiater die zich specifiek heeft toegelegd op de preventie, diagnostiek en behandeling van psychiatrische ziektebeelden bij ouderen, zowel ambulante als klinisch.

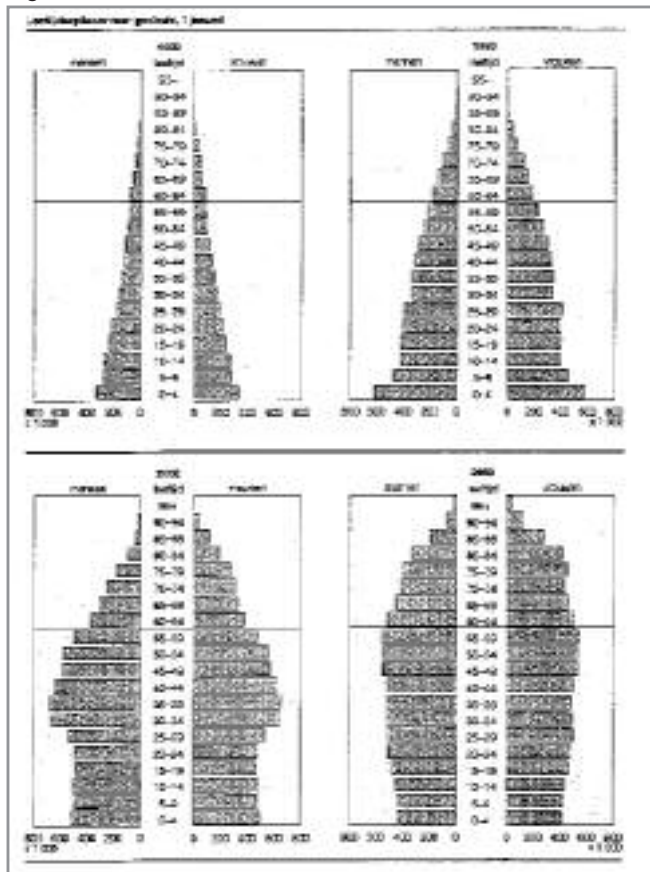
Wat is ouderenspsychiatrie?

Ouderenspsychiatrie is een onderdeel van de algemene psychiatrie en houdt zich bezig met psychiatrische stoornissen bij ouderen. De scheidingslijn tussen de 'volwassenenpsychiatrie' en de ouderenspsychiatrie ligt (arbitrair) rond het 60ste jaar. Het gaat niet zozeer om de exacte leeftijdsgrens als wel om de problematiek die speelt en vaak gebonden is aan de derde levensfase. Daarover later meer. In de ouderenspsychiatrie is sprake van dezelfde psychiatrische stoornissen als in de volwassenenpsychiatrie. Het betreft stoornissen variërend van dementie (die reeds ver voor het zestigste jaar kan beginnen als 'preseniele' dementie), psychosen en stemmingsstoornissen tot seksuele functiestoornissen, aanpassingsstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen. Een apart onderdeel van de ouderenspsychiatrie vormt de psychiatrische psychogeriatricie.

Psychiatrische psychogeriatricie

In de psychiatrische psychogeriatricie gaat het vooral om de diagnostiek en behandeling van psychiatrische verschijnselen bij ouderen met cognitieve stoornissen. Cognitie is het geheel aan 'hogere' hersenfuncties die een persoon in staat stelt tot zelfstandig functioneren. Denk daarbij aan het geheugen, het plannen en uitvoeren van handelingen, het begrijpen en produceren van woorden, en het herkennen en kunnen benoemen van mensen, dieren en dingen. Cognitieve stoornissen kunnen voorkomen bij het dementiesyndroom zoals de ziekte van Alzheimer, de meest voorkomende vorm van dementie, maar dat hoeft niet. Goedaardige vergeetachtigheid of concentratieproblemen bij een alcoholkater zijn ook cognitieve stoornissen. En een depressie kan ook gepaard gaan

Figuur 1



met concentratie- en geheugenproblemen. De kans dat cognitieve stoornissen passen bij een vorm van dementie wordt groter naarmate men ouder wordt. Desalniettemin wonen de meeste ouderen boven de 85 jaar nog zelfstandig en zijn niet dement.

Wat is nu het verschil met psychogeriatricie in een verpleeghuis? Het verpleeghuis heeft meer een verzorgende functie van onder andere ouderen met dementie die niet zelfstandig kunnen functioneren.

Multipathologie en complexiteit

Een oudere patiënt die klinisch wordt opgenomen in de psychiatrie heeft niet zelden reeds een lange en moeizame weg afgelegd in de ambulante hulpverlening (figuur 2). Inmiddels is het ziektebeeld dan zo ernstig dat de verschijnselen en klachten toegeschreven kunnen worden aan verschillende ziektebeelden (multipathologie) met een verschillende oorzaak (multifactorieel bepaald) welke elkaar ook nog vaak beïnvloeden (complexiteit).

Is ouderpsychiatrie anders dan psychiatrie bij jongere volwassenen?

Ja. Ouder worden is de resultante van een complex van op elkaar inwerkende factoren die enerzijds door biologische en anderzijds door omgevings- of sociale invloeden worden bepaald. De wijze waarop het individu met deze factoren omgaat, bepaalt het proces van ouder worden. Door het op verschillende leeftijd optreden van lichamelijke en psychosociale veranderingen ontstaan grote variaties tussen ouderen. Vergelijk de 85-jarige tennisser met de 65-jarige geïnvalideerde hartpatiënt.

Ouderen zijn psychiatrisch gesproken niet 'zieker' dan jongere volwassenen. Wel neemt het voorkomen van psychische stoornissen met cognitieve stoornissen (dementie, delier) toe. Vaak is sprake van een onscherpe scheiding tussen lichamelijke (organische) en functionele of reactieve (niet-organische) beelden waarbij de verhouding tussen beide van geval tot geval moet worden vastgesteld.

De somatische geneeskunde is anders dan bij de jongere volwassenen. Vooral door een kwetsbaar en verminderd fysiologisch evenwicht en afgenomen fysiologische reservecapaciteit kunnen zieke ouderen snel achteruit gaan. Vaak is sprake van een andere presentatie van ziekten, multipathologie, vele complicaties, vertraagd herstel en een gewijzigde gevoeligheid voor en metabolisme van geneesmiddelen. Aandoeningen van hart en longen, hersenbloedingen, de ziekte van Parkinson, etcetera kunnen de zelfredzaamheid en het vermogen zich zelfstandig te handhaven aanzienlijk aantasten.

Ouderen ontregelen psychisch veel sneller door allerlei lichamelijke factoren dan jongere volwassenen. Een enkele oorzaak, maar ook een aantal verschillende oorzaken tegelijk of na elkaar, kan een kettingreactie in gang zetten die zichzelf versterkt en vermeerdert. Artrose, slechtziendheid, incontinentie, etcetera. kan een alleenstaande oudere aan

huis kluisteren waardoor sociale isolatie dreigt met onvoldoende zintuiglijke prikkeling (sensorische deprivatie) waardoor achterdocht, hallucinaties en zelfverwaarlozing kunnen optreden. Door inadequate voeding kunnen vervolgens onomkeerbare cognitieve stoornissen optreden waardoor bijvoorbeeld brandgevaarlijk gedrag en/of zwerfgedrag kan ontstaan met gevaar voor de patiënt zelf en zijn of haar omgeving.

In de derde levensfase (circa 55ste – 75ste jaar) treden veranderingen op in sociale rollen zoals grootouder worden, afscheid nemen van het beroepsleven en collega's en inkrimping van de sociale contacten. In de vierde levensfase (vanaf circa 75ste jaar) treden meer veranderingen op in eigen gezondheid en cognitieve functies. Eindigheid van het leven (verlies van partner en generatiegenoten) en zingevingsproblematiek komen centraler te staan. Er vindt een omkering van sociale rollen plaats waarbij de kinderen (als ze niet te ver weg wonen) geleidelijk de ouders gaan verzorgen.

Op het gebied van zingeving, levensperspectief en existentiële vragen zijn ouderen zich meer bewust van hun eigen eindigheid, ze kijken anders tegen het leven aan en meer terug. Bovenop de verminderende fysieke en psychische draagkracht komt nu ook de existentiële draaglast. De oudere generatie is opgegroeid in een heel andere periode dan de meeste hulpverleners en ouderen bevinden zich ook in een andere levensfase. Dat kan aanzienlijke verschillen opleveren in levensopvatting, het omgaan met lijden, schaarste en dergelijke.

Is de diagnostiek bij ouderen in de psychiatrie anders dan bij jongere volwassenen?

Ja. De diagnostiek bij ouderen met psychiatrische stoornissen verschilt in een aantal opzichten met die van jongere volwassenen.

Het tempo

Ten eerste vergt de diagnostiek bij oudere patiënten veel meer tijd dan bij jongere volwassenen. Het lichamenlijk en geestelijk tempo van de oudere is wezenlijk langzamer. Zo zal bijvoorbeeld het aan- en uitkleden veel meer tijd vergen. Dit geldt eveneens voor het gesprekscontact voor het inventariseren van de klachten (anamnese), het doen van psychologisch onderzoek en alle contacten in het kader van de behandeling. Een goed begrip van rustig gestelde vragen is essentieel.

De anamnese

Ouderen vertellen vaak niet spontaan welke ongemakken hen bezig houden. Dit komt enerzijds omdat zij minder gewend zijn over zichzelf te praten maar anderzijds ook omdat men denkt dat veel kwalen horen bij de oude dag en dat er toch niets aan te doen is. 'Niet klagen maar dragen'. En als ze klagen, doen ouderen het eerder

Figuur 2



over lichamelijke kwalen (buikpijn) dan over psychische zaken (verdriet). Daarom moet een hulpverlener zonnodig actief dóórvragen omdat lichamelijke, psychische en sociale factoren bij ouderen vaak sterk met elkaar zijn verweven. De rode draad in het gesprek met de oudere patiënt en zijn omgeving (heteroanamnese) dient te zijn: 'Wanneer en waardoor heeft deze patiënt de grip verloren op zijn bestaan en wat voor psychologische gevolgen heeft dat mogelijk voor de patiënt gehad waardoor dit ziektebeeld veroorzaakt zou kunnen zijn?'

Structureel dienen de cognitieve functies onderzocht te worden zoals aandacht, concentratie, inzicht, geheugen, abstractie- en oordeelsvermogen. Stoomnissen op dit gebied kunnen zowel een beginnende dementie betekenen als een depressie, een delier of bijvoorbeeld een slechte hartfunctie. De voedingsanamnese kan vitaminetekorten doen vermoeden die ook verwardheid en geheugenstoornissen kunnen veroorzaken. Inventarisatie van het geneesmiddelengebruik (ook van de drogist) brengt niet zelden onverwachte en soms gevaarlijke combinaties voor ouderen aan het licht. Tijdige opsporing van behandelbare oorzaken is van cruciaal belang om blijvende schade te voorkomen.

Uit de vanzelfsprekend lange biografie dienen de voor de patiënt belangrijkste gebeurtenissen geselecteerd te worden als punten van aandacht in de behandeling en nazorg. Tevens gaat het erom een indruk te krijgen van het probleemoplossende vermogen van de patiënt en de wijze waarop deze met zichzelf omgaat en de wereld om hem heen. Existentiële aspecten kunnen daarbij een belangrijke rol spelen. Soms lijkt een patiënt geen reden meer te hebben om beter te (willen) worden.

Onderzoek van het sociale steunsysteem zoals de relatie met partner, kinderen en familie, en sociale contacten geeft informatie over de draagkracht van het systeem en het krediet dat de patiënt heeft bij terugkeer na ontslag. Soms heeft een patiënt niemand meer.

Milieuonderzoek naar zelfredzaamheid, levensomstandigheden, contacten met de huisarts, etcetera. geeft inzicht in de inbedding van de patiënt in een sociaal netwerk. Duidelijk moet zijn of in de toekomst praktische ondersteuning nodig is in de vorm van bijvoorbeeld thuiszorg, ondersteuning van bureu of familie en of de maaltijdvoorziening geregeld is. Voorkomen moet worden dat een decompensatie zich onnodig herhaalt.

De lichamelijke conditie

Lichamelijke aandoeningen uiten zich bij ouderen vaak specifiek, bijvoorbeeld een longontsteking zonder koorts maar met verwardheid. Daarom is het bij ouderen altijd belangrijk gericht te vragen naar lichamelijke klachten en een lichamenlijk onderzoek te doen naar alle orgaansystemen. Eenvoudig doch gericht bloed- en urineonderzoek en een electrocardiogram kunnen onverwachte oorzaken van disfunctioneren aan het licht brengen zoals bloedarmoede, hartritmestoornissen of een ontregelde suikerziekte. Depressieve klachten kunnen ook optreden bij een traag werkende schildklier. Slechte ogen kunnen het ontstaan

van hallucinaties vergemakkelijken bij volkomen normale ouderen. Slechthorendheid kan achterdocht bevorderen en het afnemen van de anamnese en het begrip van de gestelde vragen bemoeilijken waardoor ten onrechte tot dementie kan worden geconcludeerd.

Terwijl bij jongere volwassenen specifieke klachten tot medische overconsumptie leiden, dreigt bij ouderen juist onderdiagnostiek met miskenning van een ziekte en vertraging van behandeling.

Tijdens een klinische opname zijn de observaties van de verpleging belangrijk om inzicht te krijgen in hoeveel ondersteuning een oudere patiënt behoeft om zoveel mogelijk zelfstandig te kunnen functioneren. Ook andere disciplines zoals creatieve therapie, muziektherapie, psychomotore therapie, fysiotherapie, etcetera. leveren een belangrijke bijdrage. Zij zien vaak als eersten veranderingen in het ziektebeeld van de patiënt.

Is er een verschil in behandeling tussen oude en jongere volwassenen in de psychiatrie?

In principe niet, maar er zijn wel belangrijke nuanceringen die grote consequenties hebben en waarmee rekening moet worden gehouden. Net als bij jongere volwassenen is het doel van de behandeling van een oudere patiënt met een psychiatrische stoornis het opheffen van de stoornis. Er wordt gestreefd naar een zo optimaal mogelijk niveau van zelfredzaamheid. Bij ouderen is ontslag naar de eigen woning soms niet meer haalbaar waardoor gezocht moet worden naar een andere geschikte setting. En dit alles in nauw overleg met de patiënt en zijn of haar familie. De gegevens over het functioneren voordat de patiënt ziek werd, dienen daarbij als uitgangspunt.

Een oudere patiënt dient weer grip op zijn leven, zijn bestaan te krijgen. Meer nog dan bij jongere volwassenen moet altijd rekening gehouden worden met de sterke verwevenheid van psychische, lichamelijke, sociale en existentiële factoren die het herstel kunnen beïnvloeden. Hoe ernstiger het ziektebeeld des te meer biologisch-psychiatrisch en somatisch georiënteerd de behandeling zal zijn en minder sociaal-psychiatrisch en psychotherapeutisch. Wanneer herstel optreedt en de patiënt meer grip op zichzelf krijgt, komen de andere behandelvormen weer in beeld.

Behandeling van lichamelijke aandoeningen

De veel voorkomende multipathologie bij ouderen maakt dat men vaak moet kiezen welke aandoening het eerste aan te pakken. De grote interpersoonlijke verschillen dwingen vaak tot een individuele behandeling. Protocollen hebben hierdoor slechts beperkte waarde. Van groot belang is het optimaliseren van de lichamelijke conditie zoals bijvoorbeeld het verbeteren van het gehoor en de mobiliteit, de regulatie van suikerziekte of van de hartfunctie, adequate voeding, etcetera.

Zowel een lichamelijke ziekte als de bijbehorende medicijnen kunnen een adequate behandeling van een psychiatrische aandoening in de

Postnieteel masteronderwijs Epidemiologie

Het Postnieteel masteronderwijs Epidemiologie van het Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek en de afdeling Klinische Epidemiologie en Biostatistiek van het VU medisch centrum organiseert:

De cursus

Van input naar output: over informatie en registratie

24, 25 en 26 maart 2004,
Congrescentrum Kontakt der Continenten,
Soesterberg

Informatie

Secretariaat Postnieteel masteronderwijs Epidemiologie
tel.: 020 - 4448188
fax: 020 - 4448181
e-mail: poe.emgo@med.vu.nl
website: www.emgo.nl/poe



tijd vergt dan bij een jongere volwassene.

Naast de medicamenteuze behandeling dient aandacht te zijn voor individuele begeleidende gesprekken en activiteiten in groepsverband. Een duidelijk dagritme met afwisseling van activiteiten en rustpauzen houdt rekening met de verminderde spankracht van ouderen. Enerzijds hebben zij behoefte aan zorg en afhankelijkheid en anderzijds wil men graag onafhankelijk zijn.

Omdat ouderen zich meer bewust zijn van hun eigen eindigheid spelen existentiële aspecten als zingeving en levensperspectief een belangrijke rol in de hulpverlening aan ouderen. Specifieke, deskundige pastorale en andere levensbeschouwelijke hulp is bij psychiatrie voor ouderen onontbeerlijk. Psychotherapeutische gesprekken en psychoeducatie bij ouderen is, in tegenstelling tot wat soms nog gedacht wordt, heel zinvol en vruchtbaar. Afhankelijk van de intellectuele capaciteiten van de patiënt kan dit zowel inzichtgevend zijn als steunend, begeleidend en stimulerend. Voor de therapeut is het belangrijk dat hij bekend is met de gerontopsychologische aspecten van de derde en vierde levensfase en dat hij in staat is existentiële aspecten te bespreken. Systeemgesprekken kunnen zeer verhelderend, productief en 'ontschuldigdend' zijn voor zowel de patiënt als het sociale systeem dat de patiënt tracht(te) op te vangen.

Ontslagfase

In het kader van de resocialisatie, ontslag en nazorg is het belangrijk dat een ontoereikend sociaal netwerk wordt geoptimaliseerd. Inschakelen van (meer) thuiszorg of wijkverpleging (voor bijvoorbeeld het uitzetten van de medicijnen), het aanmelden voor dagopvang in de eigen buurt of het laten aanbrengen van een alarmsysteem in de woning kan voldoende zijn. Soms is het beter als de patiënt de overstap maakt van de eigen woning naar een verzorgingshuis. Emotioneel is dit vaak een hele grote stap waarbij dierbare spullen niet altijd meegenomen kunnen worden door de beperkte beschikbare ruimte. Voorlichting en begeleiding van de patiënt en van de direct betrokken familieleden neemt dan ook een belangrijke plaats in tijdens de behandeling van ouderen in de psychiatrie.

Nazorg

Het oppakken van de draad van het dagelijks leven na klinisch ontslag kan voor ouderen bijzonder moeilijk zijn. Vaak is een andere sociale en existentiële situatie ontstaan. Verdere begeleiding van de patiënt en zijn of haar systeem dient dan ook niet op te houden na ontslag. Afhankelijk van wat een patiënt en zijn familie willen, kan de huisarts of het RIAGG de verdere begeleiding overnemen. Ook is het mogelijk dat een patiënt nog ambulante in behandeling blijft bij het ziekenhuis. Dat kan in deeltijd (overdag in behandeling maar 's avonds thuis) of poliklinisch. Belangrijk is dat er ruimte blijft bestaan voor het bespreken van heden (actuele problemen), verleden (de verwerking van wat gepasseerd is) en de toekomst (hoe moet het verder, kan het zich herhalen, zingeving, etcetera.). □

weg staan en andersom kan een psychiatrische aandoening de behandeling van een somatische ziekte belemmeren. Consultatie van andere medisch specialisten bij de behandeling van ouderen in de klinische psychiatrie is in veel gevallen nodig. Van deze specialisten wordt dan meer geduld verwacht en een attitude die de oudere patiënt het gevoel geeft dat niet over maar met hem beslist wordt over medicatie, onderzoek en ingrepen.

Behandeling van de psychiatrische aandoening

Alvorens te beginnen met een medicamenteuze behandeling dient eerst kritisch gekeken te worden naar de reeds in gebruik zijnde medicijnen. Ouderen gebruiken vaak diverse medicijnen van verschillende specialisten die gewoonlijk van elkaar niet weten wat ze dezelfde patiënt voorschrijven. Niet zelden volgt een opmerkelijke verbetering in het ziektebeeld als medicijnen gestopt worden. Bij een medicamenteuze behandeling wordt gestreefd naar een zo laag mogelijke effectieve dosering en een goede afweging van de, voor ouderen vaak nadelige bijwerkingen en controle hierop. In het Engelse motto 'Start low, go slow, but go all the way' hebben de eerste twee adviezen betrekking op de gevoeligheid van ouderen voor medicijnen. Het derde advies houdt in dat tijd en geduld bij de behandeling van ouderen heel belangrijk zijn en dat medicijnen voldoende lang en voldoende hoog gedoseerd moeten worden voordat geconcludeerd mag worden dat een medicijn niet effectief is. Gevolg is dat een klinische behandeling van een depressieve oudere doorgaans meer

Literatuur

- 1 Heeren T. J. e.a. *Handboek ouderenpsychiatrie. De Tijdstroom*. 2001
- 2 Munnichs J.M.A., *Psychogeriatrie; een inleidend leerboek*. Deventer, 1989.
- 3 Tilburg, W. van. *De plaats van de ouderenpsychiatrie. Maandblad Geestelijke volksgezondheid* (1992) 7/8. -755-773.

*: Letterlijk betekent preseniele demantie: demantie die voor (pre) de ouderdom (het senium) optreedt. Demantie door alcoholmisbruik of door erfelijke aanleg kan bijvoorbeeld al voor het vijftigste jaar voorkomen.