Getty Images

Elders in de ggz is maandenlang geduld nodig

Geen wachtlijsten voor ouderenpsychiatrie: hoe kan dat?

De psychiatrie kampt met lange wachttijden, vooral voor patiënten met complexe problemen. Onnodig, vinden Annemiek Dols en Manon Kleijweg, allebei werkzaam in de ouderenpsychiatrie, waar complexiteit de regel is, maar de wachttijden doorgaans minimaal zijn. Een pleidooi voor een andere aanpak.

Annemiek Dols
psychiater bij de polikliniek voor ouderen en neuropsychiatrie van GGZinGeest, onderzoeker bij Amsterdam UMC, locatie VUmc

Manon Kleijweg
ouderenpsychiater bij het multidiscplinaire team voor ouderenpsychiatrie van Molemann Mental Health, Huis ter Heide

'Hoe complexer de problematiek, hoe langer de wachttijd', stelt de Algemene Rekenkamer in het rapport 'Geen plek voor grote problemen'.[1] Daardoor staan zo'n 27 duizend volwassenen meer dan veertien weken op de wachtlijst voor de psychiatrie.[2] Zij wachten veelal op behandeling voor specifieke ziektebeelden door gespecialiseerde afdelingen. Zo kennen ggz-instellingen inmiddels angstpoli's, depressieafdelingen, traumabehandelingen, verslavingsklinieken, autismeteams en ADHD-poli's. Deze zogenaamde 'zorgpaden' zijn 25 jaar geleden ontstaan in reactie op de ongedifferentieerde Riaggs en grote verblijfsafdelingen. Ze vormden de basis voor evidencebased behandelingen en hebben ons vakgebied veel opgeleverd. De Nederlandse psychiatrie staat wereldwijd hoog aangeschreven. En in tegenstelling tot wat vaak gedacht wordt zijn psychiatrische behandelingen inmiddels even effectief als behandelingen van somatische aandoeningen.[3]
60-plussers zijn, opvallend genoeg, al die tijd maar bij één zorgpad welkom: de ouderenpsychiatrie, waar complexiteit en multimorbiditeit volkomen vanzelfsprekend zijn. Ouderenpsychiatrie is een subspecialisme met expertise op somatische en neurocognitieve comorbiditeit die vaker voorkomt bij het ouder worden. De biologische leeftijd loopt bij mensen met een chronische psychiatrische aandoening meestal voor op de kalenderleeftijd waardoor een absolute leeftijdsgrens voor ouderenpsychiatrie niet zinvol te geven is. De interactie tussen meerdere psychiatrische en somatische aandoeningen compliceert de behandeling, denk alleen al aan beperking van medicamenteuze behandelopties door polyfarmacie. Outreachend, dus proactief werken is een vereiste: om echt zicht te krijgen op de beperkingen in het dagelijks functioneren, en vanwege de beperkte mobiliteit en zorgmijding van de doelgroep.
Toch is er juist bij de ouderenteams opmerkelijk vaak géén sprake van een wachtlijst. En echt niet, zoals regelmatig wordt geopperd, dankzij uitstroom door overlijden: dat geldt slechts voor 1,3 procent van de beëindigde behandelingen. En ook niet omdat de financiering gunstig is, integendeel. Want behandeling van ouderen kost meer tijd, maar moet binnen dezelfde dbc-tijd plaatsvinden als die voor volwassenen. Dus: hoe doen ouderenpsychiaters dit?

De huidige generatie ouderen is autonoom, kritisch en mondig

Doelmatig
Er wordt vaak gezegd dat het in de aard van onze patiënten ligt dat er geen wachtlijst is; ouderen zouden plichtsgetrouw doen wat de dokter zegt, hun leven wordt eenvoudiger door minder sociale verplichtingen, er zouden meer sociale voorzieningen zijn voor oudere mensen, of ze zouden eerder doodgaan waardoor er een natuurlijk einde aan de behandeling komt. Dit is een vorm van stigmatiserende stereotypering van de oudere medemens, die geen recht doet aan de werkelijkheid. De huidige generatie ouderen is autonoom, kritisch en mondig. De veranderende maatschappelijke rollen en verlies van dierbaren, werk en dagstructuur maken de zorg voor deze groep juist ingewikkelder, de zorgbehoefte ligt op meerdere terreinen: psychiatrisch, somatisch, cognitief en sociaal. Netwerkgeneeskunde is hierbij onmisbaar.

Wij zijn ervan overtuigd dat de snelle doorstroom binnen de ouderenpsychiatrie te danken is aan een grotere doelmatigheid. Een aantal eigenschappen, die kenmerkend zijn voor de werkwijze van onze eigen teams voor ouderenpsychiatrie, zijn daarbij in onze optiek cruciaal:

1. Een vertrouwde en bereikbare poortwachter. Huisartsen, neurologen, specialisten ouderengeneeskunde kunnen zeer laagdrempelig bij onze ouderenpsychiaters terecht voor overleg en advies. Daardoor durven verwijzers vaak al zelf te starten met behandeling en blijkt verwijzing soms niet meer nodig. Bij twijfel over de verwijzing neemt de ouderenpsychiater contact op om na te gaan of een andere route niet geschikter is.

2. Gebruikmaken van momentum. In onze teams is veel ruimte in de agenda's van behandelaren gemaakt om mensen binnen één tot maximaal vier weken voor een eerste gesprek uit te nodigen en om in te kunnen spelen op spoedeisende situaties bij de fragiele doelgroep. Niet-chronische klachten hebben daardoor een veel grotere kans op snelle verbetering dan wanneer er zes maanden overheen zijn gegaan. Als met een aantal adviezen de behandeling alweer snel kan worden afgerond, speelt er bij behandelaars ook niet de neiging om uit schuldgevoel patiënten toch maar 'íéts' te bieden, omdat ze zo lang op een eerste gesprek hebben gewacht. Als wel uitgebreide diagnostiek en behandeling volgen, wordt psychiatrische problematiek – uiteenlopend van PTSS tot persoonlijkheidsproblematiek, alcoholverslaving of 'Lewy body'-dementie inclusief de morbiditeit – zoveel mogelijk tegelijk of kort na elkaar aangepakt. Dit dankzij de meervoudige expertise binnen één multidisciplinair ouderenteam van psychiaters, psychologen en gespecialiseerde verpleegkundigen, in zowel individueel als groepsaanbod. De kennis en de behandelmogelijkheden die voor (jong)volwassenen zijn versnipperd in teams voor specifieke psychiatrische aandoeningen, zijn binnen onze ouderenteams binnen één team gebundeld. De aard en ernst van de psychiatrische problematiek is bij ouderen zeker niet minder, en verdient eenzelfde mate van deskundigheid, ook omdat de behandeleffectiviteit niet onderdoet voor andere leeftijdsgroepen. Een oudere met bijvoorbeeld een ernstige depressie, een posttraumatische stressstoornis, longemfyseem en ondergewicht kun je echter onmogelijk van het ene behandelteam naar de volgende wachtlijst sturen, waarbij onvermijdelijk de behandelrelatie en essentiële informatie verloren gaan. Alleen al vanwege de fysieke kwetsbaarheid is snelheid cruciaal. Herstellen van een psychiatrische aandoening is overigens meer dan het behandelen van psychiatrische symptomen. Aandacht is ook nodig voor het somatisch en maatschappelijk functioneren. Dit vraagt intensieve samenwerking met en laagdrempelige beschikbaarheid voor netwerkpartners als naasten, huisartsen, andere medisch specialisten, casemanagers dementie, thuiszorgteams en wijkteams.

3. Een terugkeergarantie. Het derde punt betreft het afsluiten van een behandeling. Dit gaat vanzelfsprekend gemakkelijker als iemand snel en goed is opgeknapt. Maar mochten de klachten in de toekomst terugkeren, dan zijn patiënten weer net zo snel aan de beurt bij ons. Zij hoeven dus niet het gevoel te hebben dat 'nu ze eenmaal binnen zijn, ze hun plek moeten vasthouden'. Ook huisartsen weten dat ze altijd terechtkunnen voor overleg.

Hoogste tijd

Je zou verwachten dat de afdelingen Ouderenpsychiatrie, met hun snelle doorstroom, gekoesterd worden binnen ggz-instellingen. In 2030 zal 50 procent van de bevolking immers ouder dan 50 jaar zijn. Ook jongere patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening kunnen profiteren van de expertise van ouderenpsychiaters op het gebied van complexe zorgvraag, somatische aandoeningen en cognitieve stoornissen. Zij overlijden gemiddeld tien tot twintig jaar eerder, voor een belangrijk deel door hoogprevalente somatische comorbiditeit, waarbij het verschil in levensverwachting ten opzichte van de algemene bevolking alleen maar toeneemt. Daarnaast komen cognitieve klachten in deze groep veel voor en is er een hogere prevalentie van dementie.

Zeker mensen met een chronische psychiatrische aandoening die ouder worden hebben bijna altijd een complexe zorgvraag. De hoogste tijd om ouderenteams maximaal te faciliteren en hun werkwijze, inclusief de intensieve aandacht voor somatiek, over te nemen in andere teams, zou je denken. Toch staan veel ouderenafdelingen al jaren op de rand van opheffing. Veel raden van bestuur van ggz-instellingen zien in ouderen bepaald geen verdienmodel. Complexiteit vergt meervoudige expertise van relatief hoogopgeleide professionals. Veel tijd gaat 'verloren' aan huisbezoek en overleg. Aandacht voor lichamelijke aandoeningen vergt extra laboratoriumonderzoek, waarmee ouderenteams steevast fors verlies lijden op de NZa-standaardvergoeding hiervoor.

Psychiatrische patiënten worden helaas steeds jonger oud

Eén en hetzelfde team

Management en directies in ggz-instellingen hebben soms de neiging om de leeftijdsgrens voor ouderenpsychiatrie te verhogen omdat de pensioengerechtigde leeftijd immers ook opschuift. Zo willen zij de verwachte instroom in deze teams behapbaar te maken. Maar psychiatrische patiënten worden helaas steeds jonger oud in plaats van ouder. Daarnaast is aangetoond dat ouder wordende psychiatrische patiënten beter behandeld worden door specialistische ouderenpsychiatrieteams, er zijn minder onvervulde zorgvragen dan bij leeftijdsgenoten die behandeld werden door volwassenenpsychiatrie teams.[4] Om tegemoet te komen aan de zorgbehoeftes van deze groeiende groep zal formatie (ggz-behandelaren) de patiënt moeten volgen. Een andere 'oplossing' die regelmatig langskomt is om ouderenpsychiaters als consulent te laten aanschuiven in de specialistische zorgpaden zoals de angstpoli of het autismeteam. Maar dit levert vooral een nog verdere versnippering op van kennis en kunde en van het onmisbare netwerk. Juist een verschuiving waarbij ouderenpsychiatrieteams groeien en hun werkwijze mainstream wordt is wenselijk. Want aanpak van meerdere psychiatrische problemen in één en hetzelfde team, waar nodig

thuis, in nauwe samenwerking met iedereen die bijdraagt aan het welzijn, moet dat niet voor elke patiënt ongeacht leeftijd binnen bereik komen?

Vak van de toekomst

Ouderenpsychiatrie is het vak van de toekomst en vaak al georganiseerd zoals geschetst als 'Beeld van de ggz-sector van de toekomst' in de Discussienota Zorglandschap GGZ en 'Visiedocument Medisch Specialist 2025'.[5 6] Zonder wachtlijsten is er ruimte voor nieuwe ambities. Psychologische behandelingen zijn voor ouder wordende mensen met een psychiatrische aandoening nog weinig onderzocht. Met name psychologische groepsbehandelingen gericht op slaap, stemming, angst of cognitieve klachten kunnen veelbelovend zijn.[7] In een groep leren deze patiënten namelijk ook om open te zijn over hun klachten en dat ze hier niet alleen in staan. De sociale eenzaamheid, het gemis aan betekenisvolle relaties, maakt juist deze groep zo kwetsbaar voor het krijgen van psychische klachten. Verder zou een landelijk ouderenpsychiatrienetwerk in kaart kunnen brengen waar oudere patiënten terechtkunnen voor een tweede mening of een derdelijnsbehandeling.

De groep mensen met psychiatrische, somatische en cognitieve klachten is complex en groeiende. Er zijn heldere voorbeelden van hoe deze groep zonder vertraging en binnen budget adequaat behandeld kan worden. Zorgverzekeraars kunnen het organiseren van zorg in transdiagnostische teams in een netwerk stimuleren en onderzoeksbudget kan gelabeld worden om de huidige zorg voor deze groep te evalueren en innoveren. Ouderenpsychiatrie is het vak van de toekomst.

Wij zijn er klaar voor! ●

contact
manon.kleijweg@molemann.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

→ **De voetnoteneer over dit onderwerp vindt u bij dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.**

PRAKTIJKPERIKEL

Verdrietig

Op mijn spreekuur komt een man van 52 jaar met sinds enige maanden slikklachten en afvallen. Hij woont enkele jaren in de stad maar is nog niet eerder bij ons geweest. Zijn voorgeschiedenis vermeldt naast 'alcoholisme' en 'tabaksmisbruik' geen andere problematiek. Ik verwijs hem naar de kno-arts in het lokale ziekenhuis, die een plaveiselcelcarcinoom tonsil links vaststelt en hem verwijst naar het UMCG, 90 kilometer verderop.

Het ziekenhuis belt de huisartsenpraktijk omdat meneer niet op de afspraak is verschenen en geen telefoon heeft. Ook bij ons zijn geen contactpersonen bekend. Ik zoek de man thuis op; deze vertelt dat hij geen geld heeft om naar het ziekenhuis te gaan. Hij is verder vermagerd en in een slechte conditie. Ik bel met de zorgverzekeraar om een taxivergoeding te regelen, maar dat blijkt alleen mogelijk voor behandeling, bijvoorbeeld radio- of chemotherapie, maar niet voor een bezoek om vast te stellen welke behandeling noodzakelijk is (!). Wel kan er bij de gemeente een aanvraag worden gedaan voor bijzondere bijstand voor dit bezoek. De klok tikt ondertussen door voor de patiënt: hij kan alleen nog wat drinken en zijn pijnklachten nemen toe. Het UMCG is bereid hem ergens tussen hun drukke programma te 'proppen' en suggereert om meneer dan maar met de ambulance te sturen. De patiënt zelf zegt echter wel te zullen wachten op de vakantie-uitkering die hij een maand later zal krijgen, zodat hij het ov kan betalen. Ik bel drie keer met de vervoerslijn van de zorgverzekeraar om te proberen hen te bewegen toch dit ene diagnostische bezoek te vergoeden; het blijkt tevergeefs. Niettemin wordt een afspraak gemaakt in het UMCG. Ik bel opnieuw de vervoerslijn en lieg nu dat meneer al behandeld wordt en ongeveer twintig keer bestraald zal worden. De vergoeding wordt goedgekeurd voor een periode van tweeënhalve maand. Op de dag van het tweede bezoek belt het ziekenhuis me op omdat meneer niet is verschenen. Ik ga opnieuw bij hem langs, maar hij doet niet open. Ik schakel de politie in, de deur wordt geforceerd en de man wordt dood aangetroffen. De maatschappij/zorgverzekeraar zijn zo veel kosten 'bespaard' gebleven. Maar ik blijf verdrietig over de regels die met name de zwakkeren in onze maatschappij soms benadelen en die geen maatwerk toestaan als een zorgverlener daarom vraagt.

Ik bel opnieuw de vervoerslijn en lieg nu dat meneer al behandeld wordt

Ook een anekdote insturen? Mail naar redactie@medischcontact.nl.