

SAMENWERKING MET ANDERE DISCIPLINES IS CRUCIAAL

Ouderenpsychiatrie: een vak apart

De verwarde oudere patiënt: veel artsen hebben hier dagelijks of wekelijks mee te maken. Gelukkig is er in de loop der jaren veel ten goede veranderd in de behandeling en benadering van deze patiëntengroep.



De verschillende specialismen proberen daarom deze patiënten aan elkaar te 'slijten'. Hoewel sterk gechargeerd, bleven de beschrijvingen van Shem lange tijd een herkenbaar beeld. De matige behandelresultaten en de lange opnameduur door enerzijds complicaties en anderzijds uitplaatsingsproblemen droegen hieraan bij. Maar ook hun vaak verstorende gedrag op de afdeling, maakte de verwarde patiënten niet populair.

Echter, met de ontwikkeling van de ouderengeneeskunde zijn er voor deze patiëntengroep ook geneeskundige uitdagingen ontstaan. Functieherstel, het beperken van functieverlies en behoud van autonomie zijn binnen de ouderengeneeskunde belangrijke doelstellingen. Sleutelbegrippen zijn multimorbiditeit, polyfarmacie, een veranderde farmacokinetiek en -dynamiek, een andere, soms misleidende ziektepresentatie, en kwetsbaarheid. Deze patiëntkenmerken vragen om samenhangende diagnostiek en behandeling. Ook in de ouderenpsychiatrie is hier in toenemende mate aandacht voor. Binnen de psychiatrie is dit dan ook terecht een apart aandachtsgebied geworden.

Specifieke vaardigheden

Hoewel in een algemeen ziekenhuis de meeste specialismen vooral ouderen

Sinds het uitkomen in 1978 van het satirische *The House of God* van Samuel Shem, dat nog steeds door geneeskundestudenten, coassistenten en dokters wordt gelezen, is er gelukkig veel veranderd. In het boek heet een oudere (verwarde) patiënt een

'GOMER', een afkorting die staat voor 'Get Out of My Emergency Room'. Dit type patiënten heeft in de ogen van de personages niet-inspirerende medische problemen, waarbij de ene complicatie op de andere volgt. Dit leidt tot een lange opnameduur, terwijl er geen eer aan te behalen valt.

zien, is de psychiatrie bij uitstek een vak met jongvolwassen patiënten. Denk bijvoorbeeld aan een psychotische stoornis, verslavingsproblematiek, persoonlijkheidsstoornissen – per definitie vanaf het 18de jaar – en angst- en stemmingsstoornissen. De presentatie van deze stoornissen verandert echter met het ouder worden, en de ouderenpsychiater is dan ook terecht een vak apart. Zo komen psychiatrische stoornissen vaak voor bij kwetsbare ouderen en kunnen gemakkelijk leiden tot functie- en autonomieverlies. Bovendien hebben deze een negatieve invloed op het ziektebeloop van somatische aandoeningen, en vice versa. Ook wordt de ouderenpsychiater geconfronteerd met laat ontstane psychiatrische stoornissen, vaak als gevolg van comorbide lichamelijke of cerebrale veroudering en ziekte. Tot slot opereren ouderenpsychiaters binnen andere ketens in de gezondheidszorg, zoals verpleeg- en verzorgingshuizen en het welzijnswerk. Dit vereist specifieke kennis en vaardigheden in vergelijking met psychiatrische zorg voor jongvolwassenen. Neem de depressieve stoornis als voorbeeld. Bij de behandeling van ouderen met een depressie wordt in vergelijking met jongvolwassenen elektroconvulsieve therapie (ECT) sneller ingezet. Dit is vooral het geval bij het veelvoorkomende type (psychotische) depressie met psychomotorische remming of agitatie. Daar geeft ECT een veel grotere kans op goed resultaat dan antidepressiva. Ook is bewezen dat specifieke aanpassingen van psychotherapeutische interventies meerwaarde bieden bij mildere depressies met stoornissen in de executieve functies (planning- en overzicht), die vaak het gevolg zijn van cerebrovasculaire schade of prodromaal bij neurodegeneratieve ziekten. De laatste jaren is dan ook voor een aantal multidisciplinaire richtlijnen, zoals die voor depressieve en angststoornissen, een addendum voor ouderen opgesteld.

Multidisciplinair

Sinds 2011 is ouderenpsychiatrie een officieel aandachtsgebied binnen de beroepsvereniging, waarvoor de

psychiater een interne aantekening kan behalen. De ouderenpsychiater heeft twee jaar van de totaal vierenhalf jaar specialisatie aan dit aandachtsgebied besteed. Aangezien de diagnostiek van de oudere psychiatrische patiënt naast kennis van psychiatrische stoornissen ook kennis van andere gebieden van de (ouderen-) geneeskunde vergt, wordt bij voorkeur gedurende een halfjaar een somatische stage gevolgd.

Vaak is de patiëntcasus een uitdagende puzzel, waarbij de klachtenpresentatie misleidend kan zijn. Een ernstige depressie kan een eerste presentatie zijn van de ziekte van Parkinson of Alzheimer, maar kan ook worden geluxeerd door een interne afwijking zoals een hypothyreoïdie, een hypercalciëmie of een ernstige anemie. Andersom kan de presentatie van een psychotische depressie veel overeenkomsten vertonen met een dementie, waarbij de cognitieve stoornissen bij het opklaren van de depressie eveneens in remissie gaan. De differentiaaldiagnose van (acute)verwardheid loopt uiteen van een psychiatrische stoornis in engere zin, zoals een psychose, een delirium door een somatische ontregeling, tot gedragsstoornissen bij een neurodegeneratieve aandoening. Het is dan ook logisch dat oudere patiënten met gedragsstoornissen of verwardheid in de praktijk bij verschillende medisch specialisten terecht komen. Dat kan de klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde zijn, de neuroloog of de psychiater, afhankelijk van hoe de verwijzer het onderliggend lijden inschat, de ernst van de gedragsstoornissen, de lokale mogelijkheden, verzekeringsafspraken en samenwerkingsafspraken. De psychiatrische setting is bij uitstek geschikt om extreme gedragsstoornissen te hanteren en de weg te plaveien voor diagnostiek en behandeling. In ambulante setting is de ouderenpsychiatrie vooral geschikt als sprake is van zorgmijding of als outreachende zorg nodig is. De grote complexiteit vraagt echter dikwijls om een multidisciplinaire aanpak. In toenemende mate ontstaan dan ook samenwerkingsverbanden tussen ouderenpsychiaters en andere medisch

specialisten, variërend van wederzijdse consultatie tot geheugenpoli's of andere samenwerkingsprojecten.

Financiering

Hoewel de ouderenpsychiater dikwijls wordt geconfronteerd met ontregeling van somatische ziekten en deze zelfs ten grondslag kunnen liggen aan de psychiatrische ontregeling, is de somatische zorg binnen ggz-instellingen niet meer declarabel. Zelfs het delirium, dat frequent voorkomt binnen een psychiatrische instelling en bovendien op voorhand differentiaaldiagnostisch niet altijd is uit te sluiten, wordt niet meer vergoed. Helaas is de financiering van klinische opnameafdelingen binnen de ggz gebaseerd op parameters die gelden voor de verpleging van jongvolwassen psychiatrische patiënten en wordt geen rekening gehouden met de somatische zorg. Dit maakt de financiering van de vaak intensieve ouderenpsychiatrische zorg tot een belangrijk knelpunt en leidt soms tot onnodig overplaatsen naar duurdere somatische bedden. Gerichtere financiering voor de somatische zorg in de ggz bevordert verdere professionalisering van de ouderenpsychiatrie en leidt tot efficiëntere ouderenzorg.

Het soepel zorg dragen voor wederzijdse overname van patiënten gebaseerd op een gedeeld verantwoordelijkheidsgevoel is en blijft van groot belang voor de kwaliteit van zorg. De ontwikkelingen binnen de ouderenpsychiatrie hebben er mede aan bijgedragen dat het 'slijten' van Shem langzamerhand plaats maakt voor een gezamenlijk optrekken in de diagnostiek en behandeling van de oudere patiënt met gedragsstoornissen of verwardheid. ■

De auteurs schreven dit artikel namens de afdeling Ouderenpsychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)

web

Na het gereedkomen van dit artikel verscheen een addendum op het KNMG-standpunt 'Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen', genaamd: 'Verbetering van medische zorg voor kwetsbare ouderen met psychiatrische aandoeningen'. Zie voor een link dit artikel op medischcontact.nl.