

Psychiatrische functiestoornissen bij kwetsbare ouderen



Psychiatrische functiestoornissen bij kwetsbare ouderen

Ton Bakker, Han Diesfeldt, Dick Sipsma

1e druk

2010 Van  Gorcum

© 2010, Koninklijke Van Gorcum BV, Postbus 43, 9400 AA Assen.

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Voor zover het maken van reprografische verveelvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16 h Auteurswet 1912 dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp www.reprorecht.nl). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

ISBN 978 90 232 4487 5

NUR 875

Grafische verzorging: Koninklijke Van Gorcum, Assen

Inhoud

Voorwoord IX

- 1 Psychiatrische functiestoornissen in de psycho- en somatogeriatric 1**
 - 1.1 Inleiding 2
 - 1.2 Kenmerken van functiestoornissen 2
 - 1.3 Ouderengeneeskunde 5
 - 1.4 Behandel- en zorgproces en functiestoornissen 6
 - 1.5 Inhoudelijke uitgangspunten onderscheid psycho- en somatogeriatric 8
 - 1.6 Kenmerken van kwetsbare psycho-geriatric patiënten 9
 - 1.7 Kenmerken van kwetsbare somato-geriatric patiënten 9
 - 1.8 Psychiatrisch interventieperspectief 9
 - Literatuur 10

- 2 Veroudering en frailty 13**
 - 2.1 Inleiding 14
 - 2.2 Ontstaan van het concept frailty 14
 - 2.3 Frailty in het fysieke domein 16
 - 2.4 Frailty in het psychiatrische en psychosociale domein 17
 - 2.5 Frailty in gerontologisch onderzoek 22
 - 2.6 Diagnostiek en behandeling van kwetsbare patiënten 24
 - Besluit 26
 - Literatuur 27

- 3 Depressieve stoornissen 31**
 - 3.1 Inleiding 32
 - 3.2 Wat is depressie? 32
 - 3.3 Epidemiologie 35
 - 3.4 Diagnostiek 35
 - 3.5 Risicogebieden 36
 - 3.6 Behandeling 39
 - 3.7 Samenvatting 43
 - Literatuur 43

- 4 Somatoforme stoornissen 47**
 - 4.1 Inleiding 48
 - 4.2 Syndroombeschrijving 48
 - 4.3 Comorbiditeit 50
 - 4.4 Contextfactoren 50

- 4.5 Interventies 51
- 4.6 Samenvatting 53
 - Literatuur 54

- 5 Angststoornissen 57**
 - 5.1 Inleiding 58
 - 5.2 Wat is een angststoornis? 58
 - 5.3 Epidemiologie 62
 - 5.4 Diagnostiek 62
 - 5.5 Risico's voor angststoornissen 63
 - 5.6 Behandeling 65
 - 5.7 Samenvatting 68
 - Literatuur 69

- 6 Apathie 71**
 - 6.1 Inleiding 72
 - 6.2 Wat is apathie? 72
 - 6.3 Epidemiologie 76
 - 6.4 Diagnostiek 77
 - 6.5 Risicogebieden 78
 - 6.6 Behandeling en omgangsadviezen 79
 - 6.7 Samenvatting 81
 - Literatuur 81

- 7 Psychotische stoornissen 83**
 - 7.1 Inleiding 84
 - 7.2 Wat is psychose? 84
 - 7.3 Diagnostiek 86
 - 7.4 Epidemiologie 93
 - 7.5 Functionele gevolgen 94
 - 7.6 Behandeling 95
 - 7.7 Samenvatting 98
 - Literatuur 98

- 8 Persoonlijkheidsstoornissen 101**
 - 8.1 Inleiding 102
 - 8.2 Wat is een persoonlijkheidsstoornis? 102
 - 8.3 Epidemiologie 104
 - 8.4 Diagnostiek 105
 - 8.5 Risicofactoren 108
 - 8.6 Behandeling 110
 - 8.7 Samenvatting 120
 - Literatuur 120

9	Psychiatrische functiestoornissen bij verpleeghuispatiënten	125
9.1	Inleiding	126
9.2	Depressie bij verpleeghuispatiënten	127
9.3	Probleemgedrag of neuropsychiatrische symptomen bij verpleeghuispatiënten	129
9.4	Behandeling	132
9.5	Competenties van multidisciplinaire teams	136
9.6	Transmurale zorg	137
	Literatuur	138
10	Systeemproblematiek en systeembelasting	141
10.1	Inleiding	142
10.2	Enige begrippen	143
10.3	Ontwikkeling van systemen in de tijd	144
10.4	Algemene relatietypen van subsystemen binnen een systeem, het concept van Watzlawick	145
10.5	Intergenerationele benadering van Nagy	148
10.6	Prevalentie van systeempathologie	149
10.7	Diagnostiek	150
10.8	De praktijk	153
10.9	Intergenerationele therapie in de psychogeriatric	154
10.10	Samenvatting	158
	Literatuur	158
11	Integratieve Psychotherapeutische Interventie	161
11.1	Inleiding	162
11.2	Waaruit bestaat IRR?	163
11.3	Goal Attainment Scaling	166
11.4	Resultaten	169
11.5	Samenvatting	169
	Literatuur	170
12	Dementiezorg in ketens en netwerken	173
12.1	Inleiding	174
12.2	Behoeften van dementerenden	175
12.3	Organisatie van zorg en ondersteuning	178
12.4	Integratievraagstukken	180
12.5	Het aanbod van zorg en diensten	182
12.6	Welke voorzieningen zijn nodig?	184
12.7	Diagnostiek, zorg-/leefplan opstellen en toegang tot zorg en ondersteuning: Wat is er aan de hand en wat kan helpen?	186
12.8	Levering van zorg en ondersteuning en evaluatie	187
12.9	Toekomstperspectief	188
	Literatuur	189

13	Wetenschap en ouderengeneeskunde	193
13.1	Inleiding	194
13.2	De ouderengeneeskunde als wetenschap	194
13.3	Van casus naar onderzoek	198
13.4	Van onderzoek naar richtlijn	200
13.5	Van richtlijn naar de praktijk	201
13.6	Samenvatting	202
	Literatuur	202
14	Psychiatrische functiestoornissen bij kwetsbare ouderen	205
14.1	Inleiding	206
14.2	De agressieve zeebonk	206
14.3	De kadasterquerulant	207
14.4	De achterdochtige beurtschipper	208
14.5	De drakendoder	209
14.6	De prakkenspaarder	209
14.7	De oude state en de slotsomberaar	211
14.8	Het kippenwiefke	212
14.9	De franjeknipper	213
14.10	Van zware shag en Beerenburg	214
	Over de auteurs	216

Voorwoord

In dit boek staan psychiatrische functiestoornissen van kwetsbare ouderen centraal, met name van psychogeriatrische patiënten en chronisch zieke ouderen. De fenomenologische presentatie van de psychiatrische functiestoornissen, gerelateerd aan hun functionele impact op zowel de patiënt zelf als op de mantelzorg is het oriëntatiepunt. Deze impact is groot. De kwaliteit van leven, het vermogen tot zelfzorg en levensverwachting van de oudere patiënt worden er in grote mate negatief door bepaald; ongeacht de verblijfplaats, zowel thuis als binnen een instelling/zorgsetting. Voor de omgeving van de patiënt-partner, (klein)kinderen – en in het bijzonder voor degene die het nauwst bij de patiënt betrokken is in de rol van mantelzorger, geldt dat zij door de psychiatrische functionele aspecten van de patiënt zwaar belast worden met als gevolg een verhoogde kans op eigen psychiatrische problemen en slechtere lichamelijke gezondheid. Van de mantelzorgers van patiënten die lijden aan dementie blijkt 20% zelf ziek te zijn en 50 tot 60% voelt zich matig tot zwaar belast. (Peeters, 2007)

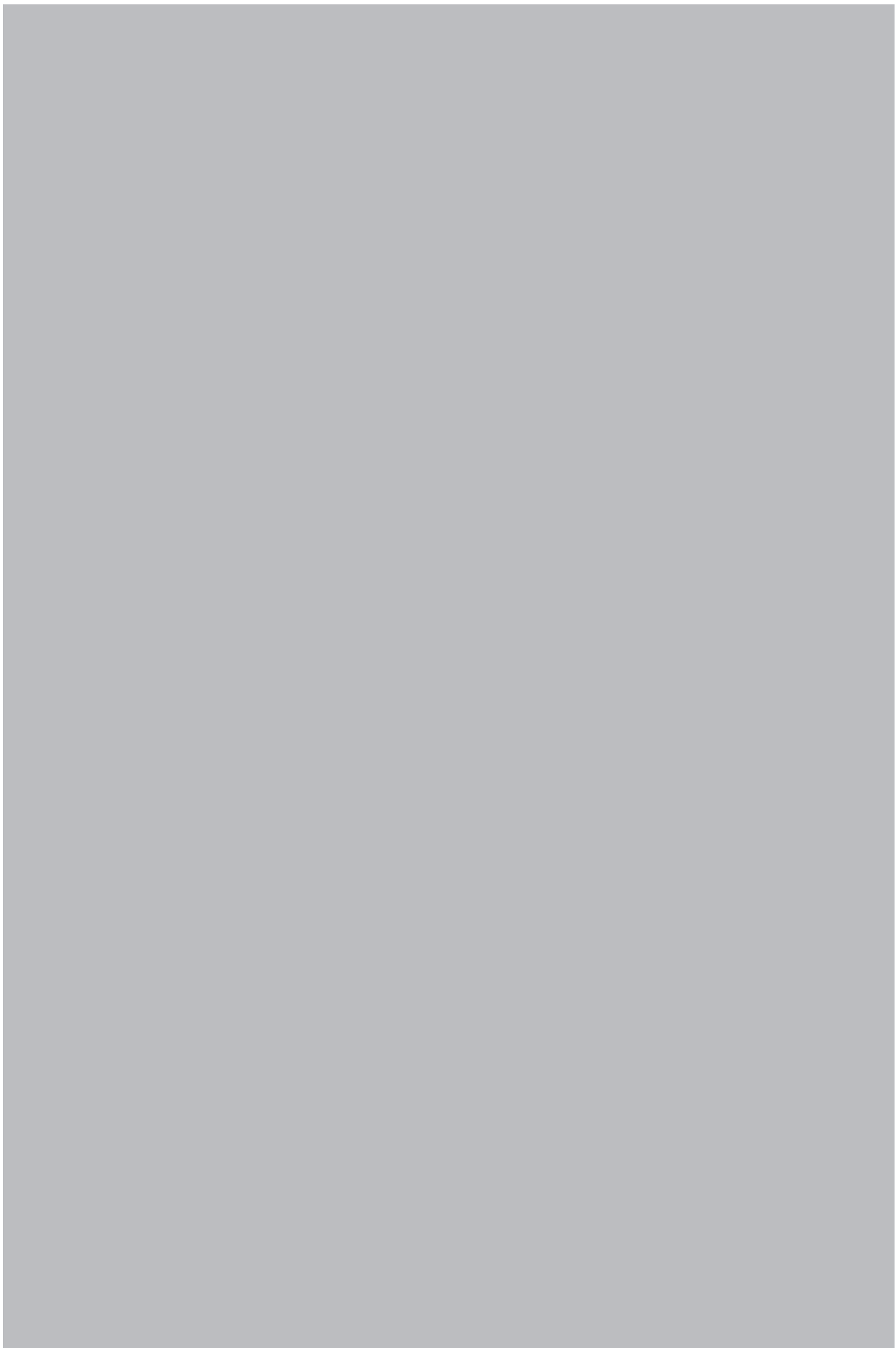
Maatschappelijk gezien is de impact groot als gevolg van de hoge prevalentie van functiestoornissen van psychiatrische aard, kortweg psychiatrische functiestoornissen (P.F.S.) genaamd. Sinds de introductie van de Neuro-Psychiatric Inventory door Cummings in 1994 zijn veel voorkomende P.F.S. gemakkelijker te objectiveren. De bevindingen zijn wat betreft psychogeriatrische patiënten consistent, zowel over landen heen, zoals de Verenigde Staten, Engeland en Nederland, als naar verblijfplaats zoals thuis, polikliniek en opgenomen in een instelling. Depressie, angst en apathie komen ieder bij rond 40% van de patiënten voor; agressie rond 30% en psychotische stoornissen (wanen en hallucinaties) rond de 20%. Uit deze percentages wordt duidelijk dat veel patiënten aan meer dan één stoornis lijden (bij 80% twee of meer). Over somatische, chronische zieke ouderen zijn minder gegevens bekend. Recent werd in het somatisch verpleeghuis een percentage voor depressieve stoornissen van 40% gevonden, voor een groot deel niet onderkend. Verder lijdt 60% van patiënten met een cerebrovasculair accident aan een of meer psychiatrische symptomen en 38% aan depressie. Eenzelfde depressiepercentage wordt gevonden bij patiënten met ernstige cardiale problematiek.

Onderzoek naar de gangbare behandeling van P.F.S. in verpleeghuiszorgzettingen in Engeland en Nederland laat zien dat in \pm 50% van de gevallen het psychofarmacabeleid niet past bij het betreffende psychiatrische probleem. Hierbij wordt veel gebruik gemaakt van antipsychotica en anxiolitica, met kans op ernstige bijwerkingen. Verder laat een benchmark en tijdmetingonderzoek in verpleeg- en verzorgingshuizen consequent zien dat P.F.S. paradoxaal leidt tot afname van de zorgtijd van professionals, ook als gecorrigeerd wordt voor de mate van lichamelijke zorgbehoefte. Over de ambulante/thuis situatie zijn nauwelijks cijfers beschikbaar.

Inmiddels zijn er in de literatuur artikelen over (potentieel) werkzame psychosociale interventies op enkelvoudige psychiatrische functiestoornissen, met name depressie en angst in verschillende zorgsettings beschreven (Logsdone 2007; Livingston, 2005). Opvallende gemeenschappelijke kenmerken van werkzame psychosociale interventies zijn: persoonsgerichtheid, gebaseerd op probleemoplossende psychotherapeutische principes en contextuele georiënteerdheid. Het doel van dit boek is om beloftevolle, met name psychosociale interventies te verkennen en te beschrijven, gefocust op hoe het mogelijk is om bij P.F.S. te interveniëren zowel thuis, op de polikliniek als in intramurale zorgsettings (inclusief ziekenhuis). Hierbij wordt specifieke aandacht gegeven aan zowel de inhoud van de interventies als de procesmatige en contextuele aspecten. Om pragmatische redenen wordt onderscheid gemaakt naar psychogeriatrische patiënten, bij wie de cognitieve functiestoornissen een dominante rol spelen en somatisch, chronische zieke ouderen (somato-geriatrische patiënten) bij wie de somatische functiestoornissen een dominante rol spelen. Gelet op het doel van dit boek nodigt de hoofdredactie de lezer uit de beschreven beloftevolle paden te betreden en hierop te reageren. Bij een volgende editie kunnen deze reacties een plaats krijgen. U kunt uw gewaardeerde reacties sturen naar het navolgende e-mailadres: tjembakker@argoszorggroep.nl met vermelding van uw opmerkingen.

Wij danken de auteurs voor hun inspirerende bijdrage aan de totstandkoming van dit boek en Carla van Dijk en Ingrid Middelburg voor de uitwerking en verzorging van alle manuscripten.

Hoofdredactie:
Ton Bakker
Han Diesfeldt
Dick Sipsma



1

Psychiatrische functiestoornissen in de psycho- en somatogeriatric

Drs. T.J.E.M. Bakker

1.1 Inleiding

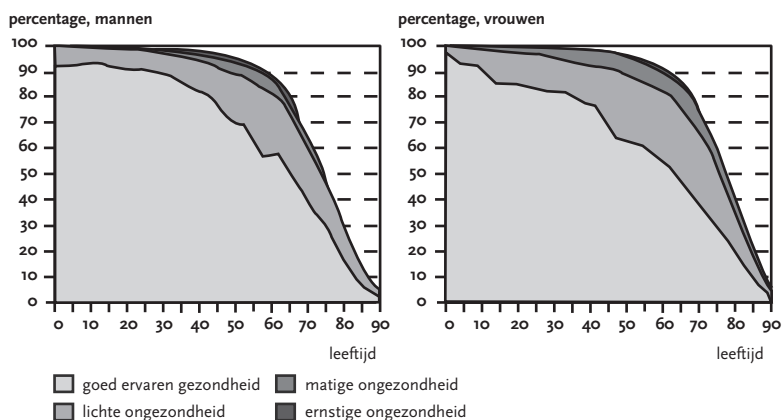
Van de ouderen in de Nederlandse samenleving leeft \pm 70% zonder noemenswaardige (zelf)zorgproblemen (RIVM, 2006). Deze ouderen ervaren geen of geringe chronische problemen in hun functioneren. Zij zorgen voor zichzelf, voor hun eigen kwaliteit van leven en voor anderen. Dit vermogen tot zelfstandig functioneren is van groot belang in de ouderdom. Het bepaalt immers zowel de zorgbehoefte, die als hij ontstaat vaak een chronisch karakter heeft, als de mogelijkheid om zelfstandig thuis te wonen. De bedreiging of aantasting van het vermogen tot (zelf)zorg manifesteert zich op grond van klinisch relevante stoornissen in het functioneren: iets niet meer kunnen of er in relevante mate bij belemmerd worden. Zowel de chronische functiestoornissen als het lijden aan meerdere ziekten tegelijk (*multimorbiditeit*) behoren tot het kerndomein van de ouderengeneeskunde. Hierbij bevindt het begrip functiestoornis zich voornamelijk op het direct waarneembare fenomenologisch niveau en het begrip ziekte op een meer abstract conceptueel niveau.

1.2 Kenmerken van functiestoornissen

Binnen de stoornissen in het functioneren kunnen drie subbegrippen worden onderscheiden namelijk stoornis, beperking en handicap. Stoornissen en beperkingen zijn individugebonden; handicap verwijst naar maatschappelijke gevolgen en context. Ze hebben alle drie gemeen dat de oudere patiënt iets niet meer (helemaal) zelf kan. De mate waarin iemand iets niet kan, speelt altijd een rol bij functiestoornissen. Per stoornis in het functioneren kunnen hierin grote kwantitatieve verschillen voorkomen, zowel binnen een individu als tussen individuele patiënten. Overigens is het van belang op te merken dat oudere patiënten over diverse compensatiemechanismen kunnen beschikken om – zij het soms enigszins gebrekkig – actuele (zelf)zorgproblemen te compenseren. Klinisch relevante stoornissen in het functioneren kunnen naast de mate van ernst onderscheiden worden naar de dimensies waarop ze betrekking hebben: somatisch, psychisch (intra-individueel), sociaal (trans-individueel) en/of levensgeschiedenis. Op grond van de hierboven beschreven kenmerken zijn stoornissen in het functioneren veelal multifactorieel bepaald.

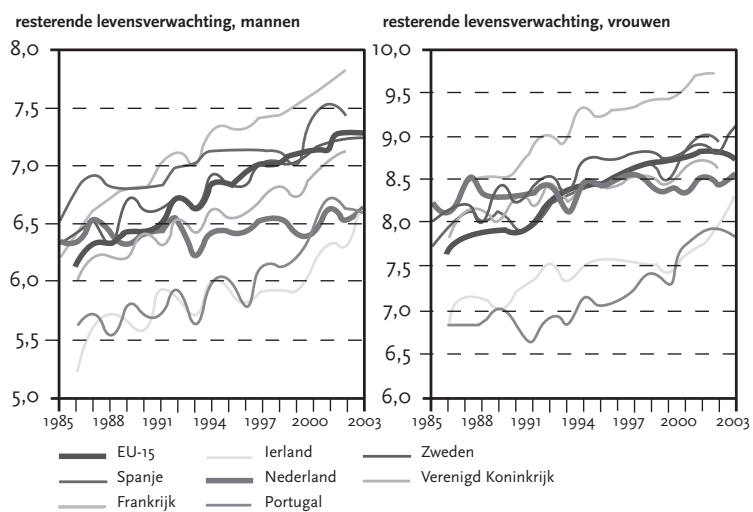
Bij het toenemen van de leeftijd neemt de kans op het krijgen van functiestoornissen toe, net als de kans op (chronische) ziekte (RIVM, 2006).

Figuur 1.1 laat de levensverwachting van mannen en vrouwen in Nederland zien, verdeeld in gezonde jaren en ongezonde jaren welke laatste onderverdeeld zijn naar licht, matig en ernstig ongezond. Opvallend hierbij is dat – zoals figuur 1.2 laat zien – in Nederland de resterende levensverwachting van 80-jarigen mannen en vrouwen sinds 1985 nauwelijks meer toeneemt in tegenstelling tot in andere Europese landen en niet te vergeten in Japan.



Figuur 1.1 Levensverwachting en gezonde levensverwachting voor mannen en vrouwen, gebaseerd op ervaren gezondheid. De oppervlakte onder de curve is de totale levensverwachting; deze is verdeeld in gezonde jaren en ongezonde jaren, waarbij de ongezonde jaren verdeeld zijn in jaren in lichte, matige en slechte gezondheid.

Bron: RIVM "Zorg voor gezondheid", Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006.



Figuur 1.2 Trends in de resterende levensverwachting van 80-jarige mannen en vrouwen in de EU-15. (Bron: Eurostat, 2006).

Bron: RIVM "Zorg voor gezondheid", Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006.

Hierbij kan nog opgemerkt worden dat de toename in resterende levensverwachting in Europa gekoppeld is aan minder lijden aan functiestoornissen. Derhalve langer en zelfstandig leven is de conclusie. De oorzaken van de stagnerende toename van de 80-plus levensverwachting in Nederland zijn evenwel niet bekend.

Tabel 1.1 laat de top tien van ziekten met de grootste ziektelast zien in Nederland 2003. Opvallend is dat drie psychiatrische beelden hierin voorkomen, met name angststoornissen, depressie en dementie. Vanuit het perspectief van de kwetsbare oudere ligt het voor de hand de behandeling wat betreft deze top tien ziekten te optimaliseren.

Tabel 1.1 Top tien van de ziekten met de grootste ziektelast in DALY's in Nederland in 2003.

	Totaal	% van totaal
1	Coronaire hartziekten	7,6
2	Angststoornissen	5,1
3	Beroerte	4,9
4	Depressie en dysthymie	3,9
5	COPD	3,2
6	Diabetes mellitus	3,2
7	Longkanker	3,0
8	Alcoholafhankelijkheid	2,5
9	Artrose	2,5
10	Dementie	2,3

* Totale ziektelast is geschat als de ziektelast van de ruim vijftig VTV-ziekten, aangevuld met een schatting van de resterende ziektelast (35%) op basis van de Global Burden of Disease Study (Murray & Lopez, 1996).

Bron: RIVM 'Zorg voor gezondheid'; Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006.

Immers, het is een gegeven dat hoe ouder de patiënt is, des te groter de kans is dat hij/zij aan meer dan één van deze top tien ziekten zal lijden. Verder wordt de laatste tijd duidelijk dat stoornissen in het functioneren en multi-morbiditeit niet zonder meer tot elkaar herleidbaar zijn. Het blijken relatief op zichzelf staande zaken te zijn. Recent onderzoek laat bijvoorbeeld zien dat multi-morbiditeit slechts een relatief gering deel (max. 20%) van de variatie in relevante stoornissen in het zelfstandig functioneren verklaart (Van Dijk, 2005). Uiteraard is er sprake van een wisselwerking tussen ziekte en stoornis in het functioneren; de relatie is echter niet één op één. De ziekte kan stabiel zijn, terwijl de functieproblematiek nog actueel is. Andersom kan er sprake zijn van ziekte zonder klinisch relevante stoornissen in het functioneren. Hierbij is het interessant om te verkennen in hoeverre ziekte en ziektesymptomen zich verhouden tot stoornissen in het functioneren wat betreft de mate van impact op de oudere patiënt. Beekman onderzocht in het kader van de LASA-studie de (nadelige) effecten van depressie onder de Amsterdamse oudere bevolking. Zowel de major depressie en dysthymie vol-

gens DSM IV criteria als de sub-threshold symptomatologie bleken ernstige consequenties te hebben voor de oudere patiënt. Depressieve symptomen op zichzelf hebben een belangrijke negatieve invloed op het vermogen tot zelfstandig functioneren, kwaliteit van leven en overleving van ouderen (Beekman, 1996).

Gussekklo meldt bevindingen van de Leiden 85-plus studie. Van de 85-plus ouderen woont 69% zelfstandig, een kwart van deze 85-jarigen wordt binnen vier jaar opgenomen in een verzorgings- of verpleeghuis. Demografische factoren en lichamelijke ziekten bleken niet van invloed. Psychische functionele factoren gemeten met MMSE en GDS (depressie) en het hebben van lichamelijke functiebeperkingen (visus, gehoor, incontinentie, loopstoornis) bleken significante voorspellende factoren te zijn, die het niet meer zelfstandig wonen bepaalden.

1.3 Ouderengeneeskunde

Het voorgaande betekent dat bij de hoogbejaarde, kwetsbare patiënt het gangbare geneeskundige concept aanvulling behoeft vanuit de functieproblematiek. Het huidige geneeskundige concept ordent het zorgproces op basis van ziekte; het betreft zowel de inhoud als de logistiek van diagnostiek, besluitvorming en interventies. De rol van stoornissen in het functioneren is hierbij onderbelicht. Covinsky vond dat van ouderen ≥ 70 jaar, die in het ziekenhuis worden opgenomen 35% een lager functieniveau heeft bij ontslag dan twee weken voor opname. Ongeveer de helft van de patiënten heeft dit verlies vóór opname opgelopen en herstelt niet door de opname; circa 15% van de ouderen verslechtert onomkeerbaar tijdens de opname. Met name de oudere met cognitieve functiestoornissen heeft de grootste kans op onomkeerbaar functieverlies (onder andere ADL, depressieve stoornissen) (Covinsky, 2003). Overigens zijn over de prevalentie van functiestoornissen op diverse dimensies o.a. somatiek, psyche en sociaal en hun onderlinge samenhang bij ouderen relatief weinig cijfermatige gegevens beschikbaar. In een onderzoek naar de prevalentie van tien risicofactoren bij 60-plus patiënten in een algemeen ziekenhuis bleek dat 43% vier of meer risicofactoren had, die gerelateerd bleken aan een langere (> 10 dagen) opnameduur. (Bakker, 2009). De risicofactoren behoorden tot verschillende dimensies o.a. cognitieve functiestoornissen, somatiek, psychiatrische functiestoornissen en sociaal. Opvallend was dat 30% van de opgenomen 60-plus patiënten drie of meer psychiatrische symptomen had. Het is in grote lijnen duidelijk dat in de ouderengeneeskunde met name bij hoogbejaarde kwetsbare patiënten rekening gehouden moet worden met het multifactoriële en het daardoor inherent probabilistischer karakter van diagnostiek, besluitvorming en interventies. Met name de manier van kansberekening/prognostiek heeft een ander karakter en vraagt om specifieke beslisskundige technieken en interpretaties.

Bij de oudere patiënt die lijdt aan stoornissen in het vermogen tot (zelf)zorg, is er veelal sprake van multifactorieel bepaalde verschillen in functionele en gezondheidsstatus en dito prognose. Hierbij bestaan grote kwantitatieve intra- en inter-

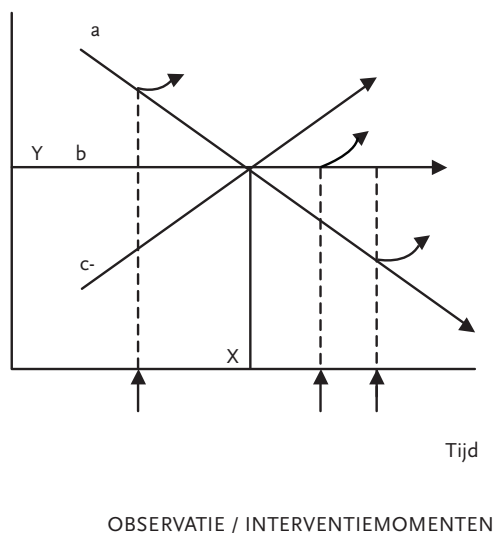
individuele verschillen, zowel wat betreft actuele functiestoornissen als compensatoire mogelijkheden. Diagnostiek, besluitvorming en interventies in de ouderengeneeskunde dienen op dit multifactoriële aspect en de grote intra- en inter-individuele verschillen bij patiënten toegesneden te zijn. Persoonsgerichte behandel- en zorgplannen komen hieraan tegemoet (Bakker, 2000).

1.4 Behandel- en zorgproces en functiestoornissen

Voor ouderen is het om bovenstaande redenen van belang het behandel- en zorgproces zo in te richten dat door het uitvoeren van tijdige interventies op relevante risicofactoren zowel het beloop van (onderdelen van) de ziekteprocessen als van de zich manifesterende functiestoornissen in gunstige zin worden bijgestuurd of ten minste begeleid. Tevens zijn interventies erop gericht aanwezige compensatoire en restcapaciteiten te benutten. Er is nadrukkelijk aandacht voor optimalisering van de sociale context inclusief de mantelzorg. Door gebruik te maken van een hypothesecyclus kan het behandel- en zorgproces, persoonsgericht vorm worden gegeven. Uitgaande van de concrete manifestatie van het (aangetaste) functionele vermogen tot (zelf)zorg worden hypothesen opgesteld over de achterliggende stoornisconcepten (bijvoorbeeld depressieve, cognitieve en mobiliteitskenmerken). Deze achterliggende stoornisconcepten zijn gekoppeld aan een professioneel denk-, observatie- en interventie-repertoire. Dit leidt tot de keuze en uitvoering van interventies (vaak interdisciplinair) met beoogde effecten. Deze worden geobserveerd, acties worden bijgesteld of nieuwe stoornisconcepten worden hypothetisch geformuleerd, enzovoort. In figuur 1.3 wordt dit iteratieve proces schematisch in de tijd weergegeven. De horizontale as duidt de tijd aan, de verticale as het niveau van de uitkomstmaten: kwaliteit van leven, autonomie en zelfredzaamheid van een patiënt. De rechte pijlen (a. neerwaarts, b. gelijkblijvend en c. opgaand) weerspiegelen exemplarische trajecten van de patiënt die zijn niveau van autonomie, zelfredzaamheid en kwaliteit van leven in de tijd weerspiegelen (als resultante van functieverlies en compensatie/herstel). Opgemerkt kan worden dat een denkbeeldige patiënt op tijdstip X met een bijbehorend uitkomstmaat niveau Y gemakkelijk onjuiste interventies aangeboden krijgt als het procesaspect onvoldoende bij de observaties en afwegingen betrokken worden.

Uitkomstmaten:

- kwaliteit van leven
- autonomie
- zelfredzaamheid



OBSERVATIE / INTERVENTIEMOMENTEN

Figuur 1.3 Schematische weergave van het interventiemodel bij ouderengeneeskunde.

Voorstelbaar is ook dat gedurende zijn 'carrière' de patiënt verschillende 'uitkomstniveaus' kan doorlopen. Tijdsige interventies (juiste zorg op het juiste tijdstip) trachten de chronische en acute intercurrente ziekte-trajecten en de zich manifesterende functiestoornissen in gunstige zin bij te sturen. In de figuur worden onderin door de verticale streepjeslijnen de (mogelijke) observatie/interventiemomenten aangegeven. De gestippelde pijlen in de figuur geven de beoogde effecten weer op het niveau van zelfredzaamheid, autonomie en kwaliteit van leven. Gezondheidszorg voor ouderen heeft tot doel een scala van interventies per onderscheiden doelgroep te leveren. Een passende samenwerking tussen professionals kan bevorderd worden door een betere onderbouwing van de ouderengeneeskunde. Het fundament voor ordening van de ouderengeneeskunde dient uiteindelijk gebaseerd te worden op inzicht in kosteneffectieve (preventieve) behandeling en zorg volgens het principe: de *juiste* patiënt en mantelzorger ontvangt de *juiste* interventie(s), op het *juiste* tijdstip tegen de *juiste* kosten. Om voor een willekeurige oudere patiënt de preventieve, behandelings- en zorgaspecten vast te stellen, is informatie nodig over de relevante prognostische patiëntkenmerken (niet alleen over welke ziekte en/of functiestoornis op een bepaald moment het meest aandacht trekt), over de benodigde effectieve interventies (niet bepaald door bij welk specialisme de patiënt behandeld wordt), het tijdstip waarop de interventies moeten plaatsvinden (niet zonder meer zolang mogelijk thuis) en welke kosten aanvaardbaar zijn (niet uitbreiding van 'toevallig' voorhanden zijnde behandel- en zorgproducten). Voor de diagnostiek is het van belang dat het diagnostisch instrumentarium erop berekend is om de specifieke aspecten van de gezondheid van

ouderen (met name de factoren die een rol spelen bij het herstellen/stabiliseren van het vermogen tot ((zelf))zorg) in beeld te brengen. Vier hoofddimensies zijn hierbij te onderscheiden:

TERZIJDE < **Soma:** Fysiologie, patho-fysiologie, genen, cel, orgaan, organisme, (clusters van) somatische (chronische) ziekten en functiestoornissen
Psyche: Psychologische ontwikkeling, psychodynamica, psychopathologie, (clusters van) psychiatrische (chronische) ziekten en functiestoornissen
Sociale context: Ontwikkeling van sociale rol, (vormen van) sociale functiestoornissen
Levensgeschiedenis: Op leeftijd zijn, levenservaring, (herbeleving van) traumatische life events, met name uit (vroeg) jeugd >

1.5 Inhoudelijke uitgangspunten onderscheid psycho- en somatogeriatricie

Dit boek richt zich specifiek op de stoornissen in het functioneren bij ouderen die behoren tot het domein van de psychiatrie; functiestoornissen van psychiatrische aard. Er is een grote groep ouderen bij wie het hiervoor beschrevene in hoge mate van toepassing is, namelijk hoogbejaarde, kwetsbare ouderen, die chronisch ziek zijn en dreigen zorgbehoefte te worden of dit reeds zijn. Het gaat zowel om ouderen die thuis wonen als om ouderen die voor kortere of langere duur worden opgenomen. Hierbij kunnen twee grote subgroepen onderscheiden worden, namelijk patiënten met cognitieve functiestoornissen (psycho-geriatricie) en patiënten met somatische functiestoornissen (somato-geriatricie).

Het onderscheid in twee groepen van hoogbejaarde, kwetsbare ouderen is gemaakt op grond van een aantal pragmatische overwegingen. Hulpverleners worden in hun concrete praktijk-uitoefening veelal onderscheiden naar deze twee gebieden.

Voor de meeste auteurs geldt dat hun klinische ervaring gebonden is aan de somato-geriatricie of psycho-geriatricie. Hetzelfde geldt voor de patiënten zelf; zij verblijven veelal in verschillende behandelings- en zorgsettings/units. Daarnaast zijn de manifestaties van de psychiatrische stoornissen bij beide groepen patiënten verschillend. Voor de psychosociale interventies zijn bij een patiënt met cognitieve functiestoornissen andere aanpassingen noodzakelijk dan bij een (ernstig) somatisch zieke oudere om ze werkzaam te laten zijn voor de doelgroep. Uiteraard is er sprake van overlap tussen de twee patiëntengroepen, zoals bijvoorbeeld op het gebied van (over)belasting van de mantelzorger. Het lijkt evenwel zinvol het specifieke van de twee doelgroepen apart te beschrijven met betrekking tot diagnostiek, besluitvorming en interventies ten aanzien van psychiatrische functiestoornissen. Voor individuele patiënten met combinaties van psycho- en somato-geriatricie kan vervolgens hieruit een passend pakket worden samengesteld.

Samengevat zijn de volgende patiëntkenmerken van toepassing op de twee doelgroepen.

1.6 Kenmerken van kwetsbare psycho-geriatrische patiënten

Patiënten lijden aan cognitieve functiestoornissen door één of meerdere ziekte(n) bepaald. Bij aanmelding voor één of andere (transmurale, intramurale) vorm van verpleeghuiszorg lijdt ± 90% van hen aan één of meer psychiatrische functiestoornissen (gemeten met de Neuro-psychiatric Inventory (NPI) van Cummings. Deze psychiatrische functiestoornissen zijn niet of nauwelijks door de score op MMSE en Barthel-Index bepaald. (Bakker, 2007). De actuele toestand van de tot deze doelgroep behorende patiënten – met als kenmerk functiestoornissen van cognitieve en psychiatrische aard – wordt mede bepaald door interactieve factoren op andere dimensies (levensgeschiedenis, sociale context en somatiek). Op deze dimensies spelen factoren van zowel positieve (compensatoir) als negatieve (functiestoornis) een rol. In feite is de actuele toestand op te vatten als een episode in een continu proces van kansen en bedreigingen; met een spontane *en* een 'interventie' prognose.

1.7 Kenmerken van kwetsbare somato-geriatrische patiënten

Patiënten lijden aan somatische functiestoornissen door één of meerdere ziekte(n) bepaald. Bij 40% van deze patiënten, verblijvend in het somatisch verpleeghuis, is er sprake van depressieve kenmerken. Van CVA patiënten heeft 60% één psychiatrisch symptoom of meer. Zowel van CVA patiënten als ernstig cardiale patiënten lijdt 38% aan depressieve symptomen. Verder heeft in het algemene ziekenhuis 30% van de 60-plus patiënten drie of meer psychiatrische symptomen. De actuele toestand van de tot deze doelgroep behorende patiënten – met als kenmerk functiestoornissen van somatische en psychiatrische aard – wordt mede bepaald door interactieve factoren op andere dimensies (levensgeschiedenis, sociale context en cognitie). Ook hier gelden de opmerkingen met betrekking tot de factoren op de dimensies, de actuele toestand als episode in een continu proces met een spontane *en* 'interventie' prognose.

1.8 Psychiatrisch interventieperspectief

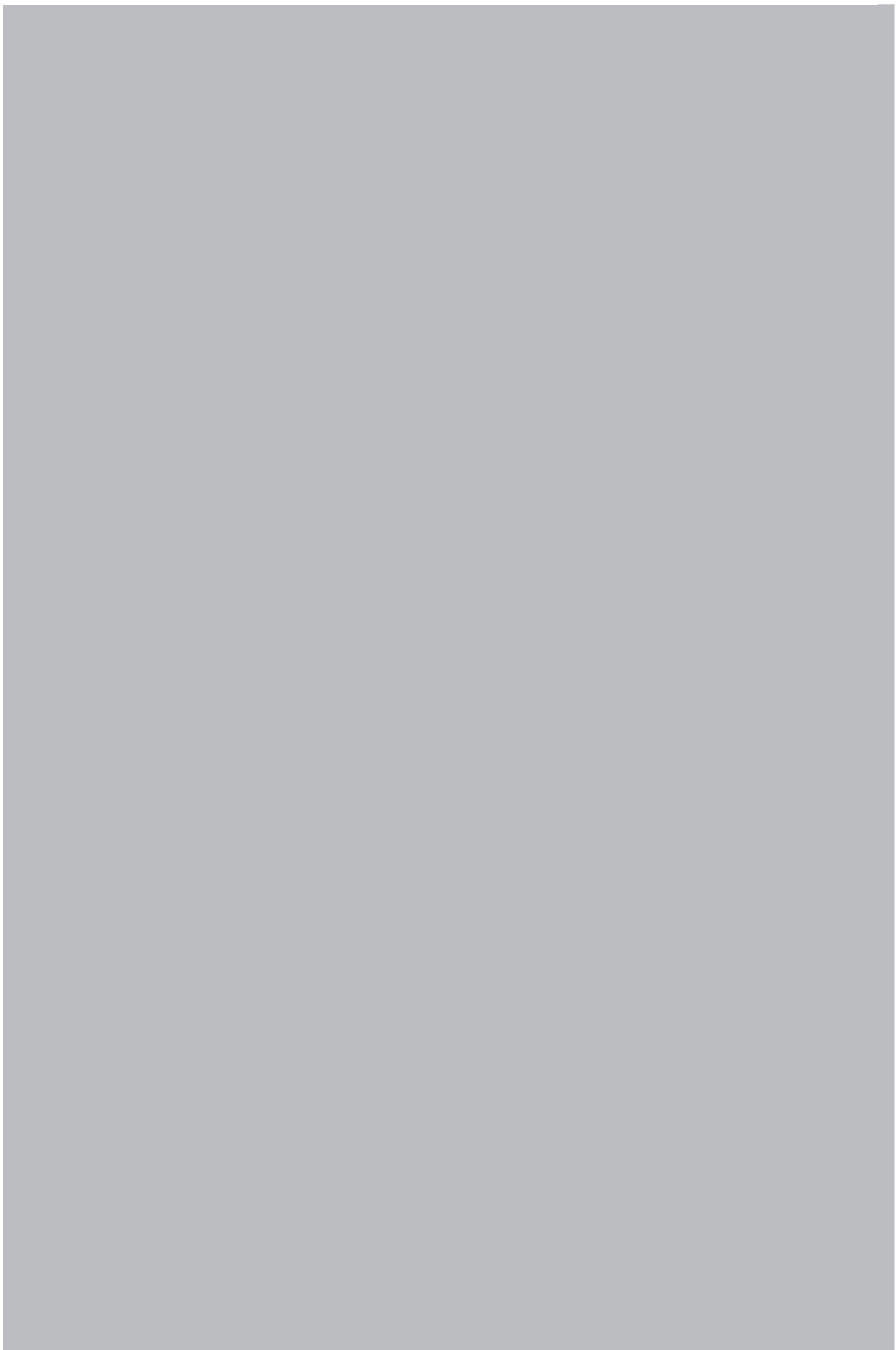
De psychiatrische functiestoornissen worden beschouwd vanuit zowel een psychiatrisch als een agogisch perspectief. Vandaar dat niet gekozen is voor het begrip neuropsychiatrie of probleemgedrag. Neuropsychiatrie verwijst meer naar een directe relatie met hersenen en neurologie en minder met de psychiatrie. Probleemgedrag is te veel een term die gekoppeld is aan de verpleeghuiscontext

met beperkte referentie aan de psychiatrie. Het psychiatrisch perspectief in dit boek komt onder andere tot uiting doordat er zowel aandacht is voor de actuele psychiatrische toestand (en de interactieve factoren op andere dimensies) als voor de procesmatige aspecten (invloed van ontwikkelingen vanuit het verleden zoals jeugd- en volwassenheid ((historisch perspectief)) en de prognose voor de toekomst). Tevens wordt gekeken naar de psychosociale systeemkenmerken, zoals de mantelzorger. Hierbij is het nadrukkelijk van belang zowel aan aanwezige compensatoire mogelijkheden als aan de functiestoornissen zelf aandacht te besteden. Vanuit dit persoonsgerichte probleemoplossende perspectief wordt geprobeerd samen met de patiënt en zijn familie de psychiatrische functiestoornissen en systeemproblematiek te duiden en te begrijpen. Interventies op de psychiatrische en systeemproblematiek zijn erop gericht zowel de actuele toestand als het proces te stabiliseren, te verbeteren en/of de patiënt en mantelzorg met handicap(s) te leren omgaan. Hierbij zijn zowel de mogelijkheden als de problemen op andere dimensies aangrijpingspunt. Van essentieel belang is het om aandacht te besteden aan de eigenheid en noodzakelijke aanpassingen van de interventies ten behoeve van de doelgroep (psycho- en somatogeriatric), met name wat betreft de cognitieve en de somatische functiestoornissen. Als speciaal aandachtspunt geldt het belang van de interdisciplinariteit. Indicatiestelling, toewijzing, samenwerking, evaluatie en beëindiging zijn hierbij relevante aandachtspunten.

Literatuur

1. Bakker, T.J.E.M., Duivenvoorden, H.J., Lee, J. van der, Krulder, J.W.M., Driesen, J.W.M., Ribbe, M.W. (2010). *Prevalentie van risicofactoren voor opnameduur en zelfzorgproblematiek onder ouderen bij ziekenhuisopname*; een klinisch-empirische studie, (geaccepteerd; Tijdschr Gerontol Geriatr).
2. Bakker, T.J.E.M., Duivenvoorden, H.J., Lee, J. van der, Trijsburg, R.W. (2007). De relatie van psychiatrische functiestoornissen met cognitie, activiteiten dagelijks leven (ADL) en biografische gegevens; een replicatie-onderzoek op een polikliniek voor cognitieve functiestoornissen. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*; 38 (5): 77-87.
3. Bakker, T.J.E.M., Sipsma, J.J.F. (Red.) (2000). *Evenwichtig ouder worden*. Cure & Care development, Elsevier, Maarssen.
4. Beekman, A.T.F., Geerlings, S.W., Deeg, D.J.H., Smit, J.H., Schoevers, R.S., Beurs, E. de, Braam, A.W., Penninx, B.W.J.H., Tilburg, W. van (2004). Het beloop van depressie bij ouderen; resultaten van 6 jaar intensieve follow-up (The course of depression in the elderly; results of 6 year follow-up study). *Tijdschrift voor Psychiatrie* 46, 73-83.
5. Covinsky, K.E., Palmer, R.M., Fortinsky, R.H., Counsell, S.R., Stewart, A.L., Kresevic, D., Burant, C.J., Landefeld, C.S. (2003). Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: increased vulnerability with age. *Journal of the American Geriatrics Society*, Apr; 51(4):451-8.
6. Cummings, J.L., Mega, M., Gray, K., Rosenberg-Thompson, S. et al. (1994). *The neuropsychiatric Inventory, comprehensive assessment of psychopathology in dementia*. *Neurology*; 44, 2308-2314.

7. Dijk, P.T. van, Mehr, D.R., Ooms, M.E., Madsen, R., Petroski, F., Frijters, D.H., Pot, A.M., Ribbe, M.W. (2005). Comorbidity and 1-year mortality risks in nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*; 53(4): 660-665.
8. Gussekloo, J., Westendorp, R.G., Remarque, J. Lagaay, E.J., Heeren, A.M., Knook, T.J. (1997). DI Impact of mild cognitive impairment on survival in very elderly people: cohort study. *British Medical Journal*; 315: 1053-1054.
9. Logsdon, R.G., McCurry, S.M., Teri, L. (2007). Evidence-based psychological treatments for disruptive behaviors in individuals with dementia. *Psychology of Aging*; 22(1): 28-36.
10. Peeters, J., Beek, S. van, Francke, A. (Oct 2007). *Problemen en wensen van mantelzorgers van mensen met dementie*. Resultaten van de monitor van het Landelijk Dementieprogramma. NIVEL and the Alzheimer Foundation, fact sheet 2.
11. (2006) *Zorg voor Gezondheid, Volksgezondheid Toekomst Verkenning*. RIVM, Bilthoven.



Veroudering en frailty

**Dr. M. van Iersel, dr. I. Lampe,
prof. dr. M.G.M. Olde Rikkert**

2.1 Inleiding

Frailty is sinds het eerste gebruik in de medische literatuur rond 1950 een belangrijk begrip geworden in de gerontologie en geriatrie: inmiddels geven de trefwoorden 'frailty' en 'frail' in PubMed samen meer dan 7600 treffers. 'Frail elderly' is bovendien een zogenaamde 'Medical Subject Heading', die door velen gebruikt wordt om een specifieke populatie ouderen af te grenzen bij het zoeken van literatuur. Door vele gerieters, verpleeghuisartsen en ouderenpsychiaters wordt frailty inmiddels gezien als een, of misschien zelfs wel hét centrale paradigma in de geriatrie en gerontologie. Het concept frailty wordt meer en meer gebruikt in plaats van 'veroudering' als verklaring voor functieveranderingen bij ouderen. Dat is opmerkelijk omdat er nog veel discussie bestaat over de definitie en diagnostiek van frailty (Bergman et al.). Omdat het gebruik van het frailty concept realiteit is, wijden wij er bij de start van dit boek een beschrijving aan. Achtereenvolgens komen de achtergrond en ontstaanswijze van het concept frailty aan bod. Daarna belichten we het concept frailty vanuit het fysieke en psychosociale domein en als laatste volgt de inbedding van het concept frailty in gerontologisch onderzoek en de medische praktijk.

2.2 Ontstaan van het concept frailty

Er zijn grote verschillen tussen oudere en jongere mensen en ook tussen ouderen onderling. Voorheen werden de verschillen tussen jongeren en ouderen toegeschreven aan de leeftijd, ziekte of aan veroudering. Het bij ouderen frequenter voorkomen van hemoglobine (Hb)-waarden onder de WHO-afkappunten voor de volwassen man en vrouw is bijvoorbeeld lange tijd toegeschreven aan 'veroudering'. Pogingen om te komen tot normaalwaarden passend bij de leeftijd strandden vaak op de onmogelijkheid om een gezonde populatie ouderen af te grenzen van een populatie met ziekte. Het bleek niet goed mogelijk 'normale veroudering', veroudering zonder ziekte, af te grenzen van 'pathologische veroudering', veroudering gedomineerd door het optreden van ziekte. De pathofysiologische processen van met oudere leeftijd geassocieerde ziekten zoals artrose, dementie en atherosclerose, zijn waarschijnlijk ook de onderliggende processen van 'veroudering', alleen dan met wel meetbare, maar nog geen klinische relevante tekenen of symptomen als gevolg. In deze gedachtenlijn past, dat de normaalwaarden voor het Hb niet worden aangepast aan de leeftijd, maar dat alle dalingen onder de WHO-afkappunten als afwijkend worden beschouwd (Izaks & Westendorp; Olde Rikkert 1). Waarschijnlijk zullen er steeds één en meestal meerdere pathofysiologische processen te benoemen zijn voor afwijkende Hb-waarden bij ouderen, zelfs zonder symptomen, mits men maar nauwkeurig genoeg zoekt. Wat voor velen samenhangt met de leeftijd en komt door 'veroudering', blijkt verklaarbaar door een samenspel van de onderliggende pathofysiologische processen. Het begrip 'veroudering' is dus minder bruikbaar geworden als verklaringsmodel voor de grote interindividuele verschillen op hoge leeftijd.

Parallel aan het minder populair worden van ‘veroudering’ (normale, optimale, succesvolle en pathologische veroudering) als verklaringsmodel binnen de geriatrie en gerontologie, is het begrip frailty in opmars. Belangrijk hierbij is dat frailty niet ‘ontdekt’ is als empirische entiteit, zoals Robert Koch de tuberkelbacil heeft ontdekt, maar dat ‘frailty’ een construct is, afkomstig uit variantie- en factoranalyses in epidemiologisch onderzoek. In verschillende cohortonderzoeken bleken een aantal variabelen samen, onafhankelijk van leeftijd, geslacht en soms ook onafhankelijk van (een maat voor) comorbiditeit en functionele beperkingen, een voorspeller te zijn voor het optreden van negatieve eindpunten zoals opname in ziekenhuis, verpleeghuis en sterfte. Door verschillende auteurs werden deze, al dan niet inhoudelijk samenhangende clusters van variabelen, omgevormd tot indexen voor frailty. De samenstelling van deze frailty indexen uit onafhankelijke variabelen is echter niet uniform en steeds hetzelfde, maar wisselt per onderzoek. Hiermee vervalt voor een belangrijk deel het intuïtief door vele klinici ervaren voordeel van frailty boven veroudering: Veroudering, eenduidig vast te leggen met leeftijd als verklaringsmodel, heeft plaatsgemaakt voor een groot aantal verschillende variabelen. Deze variabelen beogen hetzelfde te meten, maar onderscheiden zeer verschillende populaties als frail (van Iersel & Olde Rikkert). De paradox hierbij is, dat in studies het frailty-construct op populatieniveau toch beter dan de afzonderlijke variabelen en onafhankelijk van leeftijd de inter-individuele variatie in bijvoorbeeld sterfte en opname in verpleeghuizen verklaart (Schuurmans et al.). Wiskundig bekeken gaat het – bij het voorspellen van nadelige uitkomsten vooral over het ‘aantal dingen’ dat niet goed loopt (functies met beperkingen) en veel minder over de inhoud van de items. (Rockwood 2). Echter, voor de prognose van een individu is de aan- of afwezigheid van bijvoorbeeld ernstig hartfalen veel belangrijker dan de score op een frailty index.

Zeer hoge leeftijd, functionele beperkingen en multimorbiditeit werden vaak als operationalisaties van ‘veroudering’ gebruikt en nu vaak als operationalisaties van frailty. Alhoewel frailty nauw met deze begrippen samenhangt, zijn ze niet aan elkaar gelijk. Een zeer oude leeftijd geeft een grotere kans op frailty, maar er zijn ook zeer oude mensen, die niet of maar in lichte mate frail zijn en jongere mensen die wel frail zijn. Zo toont onderzoek bij fitte 100-jarigen aan dat er niet of nauwelijks achteruitgang van fysiek, mentaal en sociaal functioneren bestaat, maar dat er wel een hoger risico bestaat op achteruitgang. Beperkingen in het dagelijks functioneren en de mobiliteit komen vaak voor bij 75-plussers en zijn geassocieerd met een slechtere gezondheidstoestand en groter risico op nieuwe beperkingen. Maar, ook al hebben veel kwetsbare ouderen beperkingen, niet alle ouderen met beperkingen zijn kwetsbaar en hebben een verhoogd risico op sterfte of opname. Sommigen hebben hun beperkingen gekregen door een acute ziekte, waarna de beperkingen niet verder zijn toegenomen. Daarom is het hebben van functionele beperkingen vaak onderdeel van, maar niet voldoende voorwaarde voor, het operationaliseren van frailty. Een zelfde relatie bestaat tussen multimorbiditeit en frailty. Het hebben van meerdere chronische ziekten verhoogt de kans op fysieke beperkingen en dood in vergelijking tot mensen zonder deze aandoe-

ningen. Met toename van de leeftijd neemt ook de kans toe dat mensen meerdere aandoeningen tegelijkertijd hebben. Maar, het hebben van twee of meer ziekten identificeert niet de groep van meest kwetsbare patiënten. Waarschijnlijk komt dit doordat het hebben van een chronische ziekte weinig zegt over de ernst ervan. Frailty is dus een construct waarmee een groep ouderen wordt geselecteerd met een meer of mindere mate van overlap met de groepen ouderen met een (zeer) hoge leeftijd, met meerdere ziekten en met beperkingen, maar die niet identiek hiermee is. De prevalentie van frailty hangt erg af van de gebruikte definitie en de onderzochte populatie. In het onderzoek van Fried bij thuiswonende ouderen was met haar criteria 7% van de deelnemers kwetsbaar. In een vragenlijst onderzoek met de Groningen Frailty Index werd 32% van de thuiswonende ouderen frail bevonden. Op een ziekenhuisafdeling klinische geriatrie en acute opname afdeling ouderenpsychiatrie waren van de lopende patiënten 36% (lage handknijpkracht) tot 89% (op basis van langzame loopsnelheid) frail. Bij de niet-lopende patiënten liggen deze percentages nog een stuk hoger. Echter, maar 23% van de geriatrische patiënten die zelfstandig mobiel waren werd door vier van de thans vaakgebruikte frailty criteria als frail geclassificeerd. In verpleeghuizen zijn waarschijnlijk vrijwel alle oudere bewoners frail, al zijn er geen prevalentie gegevens beschikbaar die gebaseerd zijn op empirisch getoetste frailty criteria.

2.3 Frailty in het fysieke domein

Frailty wordt vaak onderscheiden in enerzijds een concept dat alleen uit fysieke aspecten bestaat, een beperkt model, en anderzijds een concept waarbij ook psychologische en sociale factoren meespelen, een veel holistischer model. Frailty met alleen fysieke kenmerken wordt op dit moment het vaakst gebruikt als pathofysiologisch verklarend model. In feite is frailty in deze betekenis de operationalisatie op organismeniveau van het oudere fysiologische begrip 'homeostenose'. Frailty duidt in deze visie patiënten aan die orgaansystemen met beperkte fysiologische reserves hebben. Hierdoor zijn deze ouderen gevoelig voor zelfs beperkte stressoren en kunnen ze de gevolgen ervan minder goed compenseren. Gezondheidsproblemen, zoals een urineweginfectie, die voor een niet-kwetsbare oudere slechts beperkte last opleveren, kunnen bij kwetsbare ouderen leiden tot ernstige gevolgen als delier, dehydratie en vallen. Vaak gebruikte criteria, gebaseerd op deze visie op frailty, kennen enkelvoudige maten, zoals een langzame loopsnelheid ($<1,0$ m/s), een beperkte handknijpkracht (<30 kg bij mannen en <18 kg bij vrouwen) of samengestelde criteria zoals die van Fried. Mensen zijn kwetsbaar volgens Fried als ze voldoen aan drie of meer van de volgende kenmerken: meer dan 4,5 kg of 5% van het hele lichaamsgewicht afgevallen in het afgelopen half jaar zonder dieet, moeheid, beperkte fysieke activiteit, langzame loopsnelheid en beperkte handknijpkracht (Fried et al.). Een voorbeeld van criteria die gebaseerd zijn op de meer holistische visie op frailty en dus minder verwijzen naar homeostenose, zijn de criteria van Rockwood (beperkingen in het uitvoeren

van activiteiten van het dagelijks leven, cognitieve stoornissen en incontinentie). Vaak wordt ook de aanwezigheid van een geriatrisch syndroom, zoals verwardheid, mobiliteitsproblemen en incontinentie als criterium voor de aanwezigheid van frailty gehanteerd.

Een begrip laat zich ook verhelderen door het af te zetten tegen zijn tegenhanger. Zo kan frailty verduidelijkt worden in contrast met fitheid, sterkte ('frailty' versus 'vigorousness'). Waarschijnlijk ligt de top van het functioneren van het menselijk lichaam rond het dertigste levensjaar. Daarna neemt het maximale functieniveau langzaam af, met wisselende snelheden per orgaansysteem. Zoals eerder aangegeven wordt deze afname in functioneren vaak gezien als 'normale' veroudering, maar zijn het feitelijk waarschijnlijk de eerste tekenen van subklinische ziekte. De fysiologische reserves zijn echter groot en moeten in het algemeen voor meer dan 70% zijn afgenomen voordat het functioneren van orgaansystemen in het gedrang komt. De toenemende subklinische ziektelast heeft daarom vele jaren nodig om te kunnen leiden tot beperkingen in het functioneren van orgaansystemen en van het organisme als geheel. Uiteindelijk, als mensen maar lang genoeg leven, krijgen de meesten echter toch te maken met een zodanige combinatie van ziekten, psychosociale stressoren en subklinische ziektelast dat hun reserves klein worden en ze problemen hebben bij het opvangen van stressoren. Uiteindelijk wordt dus de grootste groep ouderen frail, uitgezonderd zij die plotseling en in relatief goede doen overlijden.

Er is ook een nadere verklaring voor de beperkte fysiologische reserves bij kwetsbare ouderen, namelijk dat bij hen de effectiviteit en efficiëntie van de fysiologische regelsystemen als bloeddruk, lichaamswater en lichaamstemperatuur verminderd is (Olde Rikkert 2). De hoge complexiteit en onvoorspelbaarheid van gezonde fysiologische systemen wordt veroorzaakt door regelprocessen op vele niveaus. Bij kwetsbare ouderen hebben de orgaansystemen door de afname in responsvariatie en veranderde responsgrootte van de regelmechanismen, minder mogelijkheden voor regulatie en genereren ze minder effectieve compensatiereacties op stressoren. Bij opstaan vanuit liggende houding kan de bloeddruk of hartslagfrequentie bijvoorbeeld te ver dalen waardoor orthostatische hypotensie ontstaat. Deze afname van tolerantie voor stress geeft een groter risico op negatieve uitkomsten, zoals vallen. Het is ook zichtbaar in een grotere intra-individuele variabiliteit in fysiologische functies van dag tot dag, waardoor de kwetsbare oudere nu eens wel en dan weer niet 'zijn dag' heeft met de daarbij horende grote variatie in prestaties.

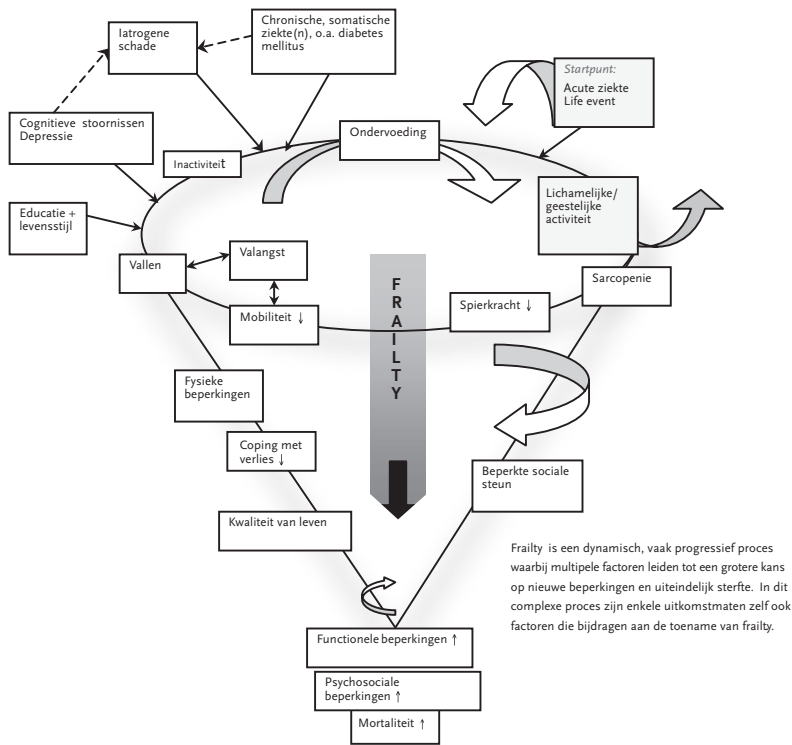
2.4 Frailty in het psychiatrische en psychosociale domein

Wanneer we het celbiologische en fysiologische reductionisme achter ons laten, is het duidelijk dat er naast fysieke aspecten ook sociale, psychologische en psychiatrische factoren een belangrijke rol spelen bij de ontwikkeling van frailty. Life-events, chronische psychosociale stressoren, ontwikkeling in persoonlijk-

heidsfactoren en copingstrategieën, maar ook herhaalde gestoorde neuro-endocrinologische stressresponsen bij een psychiatrische stoornis laten hun sporen achter. Door herhaalde verstoring of stress treedt adaptatie op, maar op den duur kan een opeenstapeling van stress ten koste gaan van de stabiliteit van het somatische en psychologische systeem. De wisselwerking tussen de somatische en psychologische/psychiatrische en sociale aspecten van frailty is nog niet helemaal opgehelderd. We zullen dit hier vanuit drie verschillende invalshoeken bekijken met depressie als voornaamste voorbeeld (Katz).

2.4.1 Het gezamenlijk voorkomen van frailty en psychiatrische symptomen

Ernstige en minder ernstige depressieve syndromen komen frequent voor bij ouderen, met prevalenties rond de 15%. Depressie is in epidemiologisch onderzoek een onafhankelijke risicofactor gebleken voor negatieve uitkomsten en heeft dus een rol in het cascademodel van frailty (figuur 2.1). Depressie levert zo een bijdrage aan algemene negatieve uitkomsten zoals ondervoeding, verminderde mobiliteit, institutionalisering en mortaliteit. Depressieve symptomen kunnen ook worden gezien als signaal van frailty oftefel afgenomen reserve en toegenomen kwetsbaarheid. Met andere woorden: depressie is onderdeel van het cascadeproces naar frailty toe, maar kan ook worden beschouwd als een uitkomstmaat in het frailty proces. De samenhang tussen somatische en psychische functies komt terug in een aantal operationalisaties die voor frailty worden gebruikt. In de frailty-criteria van Fried, ondanks dat deze vaak als puur somatisch worden gezien, overlappen 2 van de 5 criteria, namelijk gewichtsverlies en moeheid/futloosheid, met depressieve symptomen. De vragen over futloosheid zijn ook items afkomstig uit de Center of Epidemiologic Studies-Depression Scale, een depressie vragenlijst. De frailtycriteria van Rockwood bevatten variabelen over het uitvoeren van activiteiten van het dagelijks leven en van cognitief functioneren. Ook hier is enige overlap met depressieve kenmerken, namelijk toename van afhankelijkheid bij bijvoorbeeld zelfzorg en lichte cognitieve stoornissen die bij depressies kunnen voorkomen.



Figuur 2.1

2.4.2 Bijdrage van psychiatrische, psychologische en sociale factoren aan frailty

Een andere invalshoek is de vraag of depressie (of andere psychiatrische stoornissen) onafhankelijk van somatische problemen kunnen bijdragen aan frailty. Door een afgenomen psychische reserve hebben ouderen met psychiatrische stoornissen een grotere kans op het ontwikkelen van aanpassingsproblematiek, comorbide psychopathologie, of cognitieve klachten. Ouderen met premorbide depressieve symptomen bleken minder mogelijkheden te hebben zich psychosociaal aan te passen aan somatische problemen als een myocardinfarct, decompensatio cordis, kanker of een fractuur door een val (de Jonge et al). Blijkbaar was de 'psychosociale' reserve om met somatische achteruitgang om te gaan beperkt door de al aanwezige depressieve symptomen, zoals interesseverlies, moeheid en slecht slapen. Daarnaast zijn er bij depressies ook cognitieve componenten aanwezig die invloed kunnen hebben op de mate van frailty, zelfs als de depressie in remissie is. Deze bestaan meestal uit lichte executieve functiestoornissen die zich onder andere kenmerken door een afgenomen cognitieve flexibiliteit, gestoord werkgeheugen

en problemen om het overzicht in complexere situaties te handhaven. Dit kan nog verder interfereren met de aanpassing aan een veranderde rol na ziekte.

Ook persoonlijkheidspathologie en veranderingen in gedrag bij ouderen kunnen bijdragen aan frailty. Over het beloop van persoonlijkheidspathologie bij het ouder worden is weinig bekend. Er wordt verondersteld dat de gedragsuitingen die voortvloeien uit de persoonlijkheid variabel zijn ten aanzien van de levensfase en de situatie. Mensen met een persoonlijkheidsstoornis zijn kwetsbaarder voor psychopathologie bij leeftijdsgerelateerde stressoren zoals lichamelijke ziektes, verlies en afhankelijkheid. De volgende casus illustreert dit proces: een 70-jarige patiënte heeft in de voorgeschiedenis de omschrijving 'psychopathische persoonlijkheid' en heteroanamnestisch bleken er borderline en antisociale trekken te zijn. Echter, de laatste 15 jaar waren rustig verlopen, dronk ze niet meer, en hielp ze met veel plezier en toewijding mee met de zorg voor haar kleinkinderen. Ze werd opgenomen met een delirant beeld bij een longziekte en bleek al langer bestaande lichte cognitieve stoornissen te hebben. Bepaalde karaktertrekken die jarenlang weg waren geweest kwamen de laatste tijd weer zeer sterk naar voren, zoals impulsiviteit, prikkelbaarheid en agressiviteit, idealiseren en devalueren. Persoonlijkheidsfactoren als deze kunnen door gevolgen op interpersoonlijk vlak bijdragen aan sociale isolatie, bijvoorbeeld door het afstoten of tegen elkaar uitspelen van familie of verzorgenden. Andere persoonlijkheidsfactoren, zoals bijvoorbeeld achterdocht, angsten of overschatting van zichzelf, kunnen ook bijdragen aan een slechtere compliantie met (somatische) behandelingen en zo het frailty-proces beïnvloeden.

Een belangrijke gedragsverandering bij subgroepen van ouderen is apathie; afname in de motivatie, initiatiefname en doelgericht gedrag. Het komt in verschillende mate voor bij respectievelijk 'gezonde ouderen', ouderen met psychiatrische stoornissen, en bij neurodegeneratieve stoornissen (Lampe). De neurobiologie van apathie is geassocieerd met disfunctie van de basale ganglia-thalamocorticale (m.n. anterior cingulate- en orbitofrontale-) circuits. Apathie zou een voorspellende factor kunnen zijn van toegenomen psychiatrische en cognitieve kwetsbaarheid bij zowel gezonde als somatisch of neurologisch zieke ouderen. Bij de depressie blijkt apathie vaak een lastig te behandelen restverschijnsel met een minder goede respons op antidepressiva. Ook bij de Alzheimer dementie kan apathie het beloop negatief beïnvloeden: het is een voorspeller van depressie en van grotere cognitieve en functionele achteruitgang (Starkstein et al). Er zijn aanwijzingen dat depressieve ouderen in een verpleeghuis meer klachten van somberheid en demoralisatie rapporteren, terwijl symptomen van apathie meer voorkomen in het ziekenhuis.

Sociale veranderingen die samenhangen met de oudere levensfasen en mogelijk de kans op frailty vergroten zijn onder meer pensionering, veranderingen in leefomgeving, verlies van intieme relaties, armoede en eenzaamheid. Voldoende sociale steun en religiositeit of spiritualiteit lijken tegen frailty te beschermen. De combinatie van ervaren eenzaamheid en depressie bij ouderen verdubbelen bijna de kans op overlijden ten opzichte van ouderen met alleen een depressie. Mogelijk

speelt een motivatie- of energietekort hierbij een rol hetgeen leidt tot verdere verslechtering in zelfzorg, inactiviteit en non-compliance aan psychiatrische en somatische behandeling (Stek et al.). Er is weinig bekend over effecten van levensgeschiedenis of life-events, zoals traumatische gebeurtenissen in de jeugd of tijdens de oorlog, op frailty. Hierdoor ontstane copingproblemen kunnen de aanpassing aan de latere levensfase of achteruitgang in de gezondheid bemoeilijken. Ouderen zelf beschouwen frailty als een toestand waarbij sociale en psychologische factoren even zwaar wegen als fysieke achteruitgang.

Het precieze effect van frailty op kwaliteit van leven is hierbij nog onduidelijk. Er zijn eerste aanwijzingen voor een negatief effect (Frieswijk et al.). Indirect is ook bekend dat depressie, ondervoeding en vallen de kwaliteit van leven negatief beïnvloeden, maar dit effect is vaak minder dan gedacht. Dit staat ook bekend als de disability paradox: personen met chronische ziekte last beoordelen hun kwaliteit van leven vaak als beter dan familie of verzorgenden. Een andere bijdragende factor is, dat als kwetsbare ouderen hun eigen toestand vergelijken met ouderen die het nog slechter hebben, ze dit een positieve kijk op de eigen situatie geeft. Ze vergelijken zich echter ook met vitalere ouderen. Dit kan ook een positieve kijk op de eigen situatie geven, mits men zich vooral richt op hetgeen men (net als de ander) nog wel kan.

2.4.3 Gezamenlijke etiologie voor frailty en psychopathologie

Een laatste manier om de relatie tussen frailty en depressie te bekijken is de veronderstelling dat beide verschijnselen voortkomen uit hetzelfde pathologische substraat. Cerebrale wittestofafwijkingen zijn hiervoor een goede kandidaat. Ouderen met cerebrale wittestofafwijkingen op MRI-scans hebben vaker loop- en balansstoornissen, op latere leeftijd ontstane depressie en/of cognitieve stoornissen. Welk klinisch syndroom de wittestofafwijkingen veroorzaken hangt af van de locatie en aangedane neuronale circuits. Bovendien lijkt door wittestofschade de integratie van genoemde complexe taken (stemming, lopen, herinneren, reactie) te zijn aangedaan. Wittestofafwijkingen zijn geassocieerd met cardiovasculaire risicofactoren en de hoeveelheid wittestoflaesies neemt toe met de leeftijd. Dus vasculaire ischemische schade is een mogelijke oorzaak voor de aan depressie gerelateerde wittestofafwijkingen. Dit idee vormt de basis voor de 'vasculaire depressie' hypothese. Ouderen met een 'vasculaire depressie' hebben vaak ook executieve functiestoornissen, loopstoornissen, vaker een slechtere uitkomst van de depressiebehandeling en meer somatische comorbiditeit. Omgekeerd is depressie bij ouderen een onafhankelijke risicofactor voor zowel cardiovasculaire, als non-cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit. Door de interactie tussen somatische en psychiatrische gezondheidsproblemen past de 'vasculaire depressie' hypothese goed in het frailty concept. Een ander mogelijk gemeenschappelijk pathofysiologisch mechanisme in de ontwikkeling van zowel frailty als depressieve stoornissen zijn inflammatoire mediators zoals verhoogde concentraties cytokines en

stollingsmarkers. Over de interacties tussen deze factoren is echter nog weinig bekend.

In de praktijk speelt vaak een mix van somatische, psychologische en sociale factoren een rol bij het ontwikkelen van frailty. Dit wordt geïllustreerd met de volgende casus:

Een 78-jarige patiënte is na het overlijden van haar echtgenoot, vijf jaar geleden, verhuisd naar een aanleunwoning in een andere wijk in de stad om dichterbij haar dochter te wonen. Ze heeft weinig contact met de nieuwe buurtgenoten. Oude contacten verliepen veelal via haar man en zijn na zijn overlijden volledig verwaterd. Ze onderneemt minder activiteiten buitenshuis en voelt zich eenzaam. In de afgelopen vijf jaar is ook haar gezondheid achteruitgegaan, waardoor ze vaker moe is en haar conditie en mobiliteit zijn afgenomen. Een depressie wordt gediagnosticeerd waarbij apathie, interesseverlies en concentratiestoornissen op de voorgrond staan. De apathie kan een teken zijn van frailty op psychiatrisch en cognitief vlak. Frailty betekent in dit verband ook kwetsbaarheid voor de complicaties van een depressie, zoals gewichtsverlies, en vaak een slechtere respons op antidepressiva. Als men voor behandeling een serotonineheropnameremmer overweegt, moet men verder ook rekening houden met de hiermee geassocieerde verhoogde valkans en grotere kans op een hyponatriemie door een beperkte inname van voeding en zout.

2.5 Frailty in gerontologisch onderzoek

Door het ontbreken van een eenduidige definitie van frailty en door de complexiteit van onderzoek met kwetsbare ouderen zijn er meerdere theorieën over hoe frailty ontstaat, maar is over het exacte mechanisme nog weinig bekend. Omdat frailty geconstrueerd is uit verschillende variabelen betreffende orgaanfuncties en het fysieke, mentale en sociale functioneren van het individu, bestaat de pathofysiologie waarschijnlijk vooral uit interactie tussen deze orgaanfuncties. Een vaakgenoemde interactietheorie werken we hier modelmatig uit op het niveau van ziekten en syndromen (zie figuur 2.1) en daarna op het niveau van metabolisme en DNA. Deze theorieën komen deels ook overeen met pathofysiologische mechanismen die eerder aan 'veroudering' werden toegeschreven. Systeemtheorieën die de kwetsbaarheid van de oudere en zijn sociale systeem samen verklaren (de zogenoemde 'gerodynamische systeemtheorie'), worden elders in dit boek beschreven.

Niet alle oude mensen zijn frail, al neemt de prevalentie sterk toe met de leeftijd. Vaak brengt een acuut probleem, zoals een ziekte of traumatische gebeurtenis, de frailtycascade op gang en komt de zich al ontwikkelde kwetsbaarheid op dat moment aan het licht. De cascade van frailty, in de figuur verbeeld in de vorm van een steeds nauwer wordende trechter, kan op ieder punt boven in de trechter beginnen. Stel dat het frailty proces bij een bepaalde patiënt begint met ondervoeding. Een verminderde voedselinname kan veroorzaakt worden door vele facto-

ren, waaronder verminderde smaak en reuk, problemen met het gebit, depressie, cognitieve stoornissen en verminderde mobiliteit. De energie-inname is hierdoor lager dan de benodigde energie, wat leidt tot eiwitenergie ondervoeding en vervolgens ook tot een tekort aan vitamines. Dit zal vervolgens weer leiden tot verlies aan spier- en vetmassa. Sarcopenie (verminderde spiermassa) draagt op zijn beurt weer bij aan een verminderde maximale inspanningstolerantie en spierkracht. Dit zal vaak leiden tot een verminderde mobiliteit, vallen en daardoor verder toegenomen inactiviteit. De kans op vallen en verminderde activiteit en de gevolgen hiervan zijn extra groot bij ouderen met cognitieve stoornissen en/of een depressie. Chronische somatische aandoeningen dragen met hun ziektespecifieke problemen verder bij aan het frailtyproces. Veel ouderen hebben meerdere chronische aandoeningen tegelijkertijd, waarvoor, zoals aangegeven in allerlei richtlijnen voor enkelvoudige problemen, allerlei verschillende medicijnen en behandelingen geïndiceerd zijn. Het gebruik van meerdere geneesmiddelen tegelijkertijd en de bijbehorende complexe behandelplannen vergroten echter ook de kans op iatrogene schade. Als er niet ingegrepen wordt, ontstaat er al snel een neerwaartse spiraal richting steeds meer frailty, met een steeds grotere kans op negatieve uitkomsten als functionele achteruitgang en sociale isolatie. De complexiteit van het frailtyproces wordt verder vergroot doordat factoren, zoals bijvoorbeeld fysieke achteruitgang en depressie, zowel een rol spelen in het frailtyproces als er een uitkomstmaat van zijn.

Bij kwetsbare ouderen zijn de orgaansystemen ook op metabool en moleculair niveau ontregeld en kwetsbaar. Biomarkers zijn als meetbare onderdelen van metabole processen belangrijk voor een beter begrip van de pathofysiologie van frailty en als voorspellers voor functionele achteruitgang en dood. Helaas heeft frailty in het beginstadium ook biochemisch vele uitingsvormen, zijn de definities uiteenlopend en is er nog te weinig bekend over de causale wegen naar frailty en hun interacties op celniveau. Hierdoor kunnen er nog geen specifieke biomarkers worden aangewezen. Wel is bekend dat frailty gepaard gaat met een verstoord immunologisch evenwicht, wat blijkt uit toename van C-reef proteïne en cytokines als de tumornecrosefactor- α en de interleukines 1, 2 en 6. Verder neemt een aantal anabole hormonen af in activiteit, zoals testosteron, dehydroepiandesteron, groeihormoon en insulineachtige groeifactor-1. Op metabool niveau zijn de gevolgen van de ondervoeding ook meetbaar in afgenomen vitaminespiegels en verminderde eiwitsynthese. Verder dan deze specifieke metabole kenmerken van frailty is het wetenschappelijk onderzoek op dit moment nog niet.

Celbiologisch fungeren neuronen waarschijnlijk als de meest gevoelige schakels. Door hun geringe vervangbaarheid als postmitotische cellen en hun zeer lange en grote cellichamen zijn ze zeer gevoelig voor schade. Verder vervullen ze vaak een cruciale functie in de regelmechanismen. Het is dan ook niet verwonderlijk dat bij frailty vaak kwetsbaarheid van het brein optreedt, zich vertalend in snel wisselende en acute ontsporingen van bewustzijn (delirante episodes) bij bijkomende ziekte en als uiting van chronische schade in autonome dysfunctie en cognitieve stoornissen. Dit maakt de samenhang van deze stoornissen inzichtelijk,

nog zonder een specifieke onderliggende oorzaak te benoemen, en verklaart een grote intra-individuele (dag tot dag) variatie in aandacht, cognitie, lopen en stemming. Alle zijn immers voor een stabiel prestatieniveau afhankelijk van intacte neuronale circuits met voldoende reserve (Strauss et al.).

Ook op DNA-niveau zijn er processen die kunnen bijdragen aan het ontstaan en onderhouden van frailty. Oxidatieve schade door bijvoorbeeld vrije radicalen aan het DNA leidt door verminderde herstelcapaciteiten, abnormale transcriptie en onstabiele RNA-transcriptie tot cumulatieve DNA-schade. Mitochondriaal DNA is hier erg gevoelig voor en mutaties hierin leiden tot een afname in energieproducerende moleculen. Daardoor komt er minder energie beschikbaar voor het uitvoeren van noodzakelijke moleculaire processen. De verminderde herstelcapaciteiten, door bijvoorbeeld telomeerverkorting van chromosomen, leiden verder tot langzamere DNA-replicatie en verminderde eiwitsynthese. Er zijn echter nog geen specifieke DNA-markers gevonden die geassocieerd zijn met frailty.

Samengevat lijkt het erop dat het meest kenmerkende onderliggende mechanisme van frailty de aspecifieke en veelvormige interactie van vele factoren is, zowel op individueel, orgaan, cellulair en subcellulair niveau. Gezamenlijk hebben deze factoren een groter negatief effect op het functioneren dan afzonderlijk. Dit is het interactie-effect in engere zin. Hierdoor ontstaat een instabiel systeem, waarbij het toeval waarschijnlijk ook een belangrijke rol heeft bij het tot stand brengen van de uiteindelijke gevolgen van deze interacties. Een georganiseerde reactie op allerlei stressoren wordt hierdoor moeilijker en verdere ontsporing met uiteindelijk fatale gevolgen ligt op de loer.

2.6 Diagnostiek en behandeling van kwetsbare patiënten

Uit de complexiteit van het frailtyproces en de hierbij betrokken factoren vloeit voort dat kwetsbare ouderen een andere aanpak van diagnostiek en behandeling van hun problemen, somatisch en/of psychiatrisch, vragen dan vitale ouderen. De denkwijze dat meerdere problemen te herleiden zijn tot één oorzaak is vaak correct voor vitale ouderen, maar voldoet niet voor kwetsbare ouderen. Bij kwetsbare ouderen is het symptoom waarmee zij zich presenteren vaak vaag en aspecifiek. Zo kunnen geriatrische syndromen als incontinentie, cognitieve problemen en verwardheid, ondervoeding en vallen worden veroorzaakt door zeer uiteenlopende combinaties van problemen en ziektebeelden. Deze ziektepresentaties vragen voor het achterhalen van oorzaken en bijdragende factoren een uitgebreid onderzoek met aandacht voor lichamelijke klachten en symptomen, maar ook voor beperkingen in functioneren, visus en gehoor, stemming en cognitie. Dit wordt vaak aangeduid als comprehensive geriatric assessment (CGA). Frailty vraagt dus om een breed georiënteerd onderzoek en staat adequate behandeling door orgaanspecialisten in de weg.

Bovendien kan de patiënt vaak zelf niet zijn complete verhaal vertellen en is aanvullende informatie nodig van de mantelzorgers. De (mantel)zorgers zelf heb-

ben ook aandacht nodig om te zorgen dat ze hun taak goed aankunnen, een belangrijke voorwaarde voor kwetsbare ouderen om thuis te kunnen blijven wonen. De mate van kwetsbaarheid van patiënten bepaalt ook hun belastbaarheid en mogelijkheid allerlei onderzoeken te ondergaan. Verder maakt de kwetsbaarheid samen met de aanwezige multimorbiditeit dat er afwegingen moeten worden gemaakt in de wenselijkheid en haalbaarheid van behandeladviezen voor alle problemen gezamenlijk. Helaas zijn richtlijnen en protocollen vrijwel altijd opgesteld voor een enkele aandoening met weinig aandacht voor multimorbiditeit. De richtlijnen kunnen met elkaar conflicterende adviezen geven en voor een 'ideale' behandeling een zeer complex medicatie- en leefregeladvies opleveren. Zo zou een oudere vrouw van 79 jaar met de niet ondenkbeeldige combinatie van COPD, type-2-diabetes, osteoporose, hypertensie en osteoarthrose, op basis van de meest recente richtlijnen behandeld moeten worden met 12 geneesmiddelen en een zeer complex, welhaast dagvullend, schema van niet-medicamenteuze interventies. Bijwerkingen en negatieve interacties tussen de verschillende interventies zijn bovendien zeer waarschijnlijk.

Voor alle kwetsbare ouderen, is het bij presentatie van een gezondheidsprobleem belangrijk te kijken of het frailtyproces kan worden vertraagd of zelfs omgekeerd. Om het frailtyproces te beïnvloeden, zijn er interventies nodig die gericht zijn op preventie en behandeling van ziekten en op de andere factoren in de frailtycascade. Er zijn echter nog maar weinig effectieve interventies bekend en bijna al deze interventies zijn gericht op een deelgebied van frailty, zoals ondervoeding, vallen of cognitieve problemen. Uitkomstmaten van interventiestudies bestaan vaak uit zeer globale maten, zoals opname in het verpleeghuis en dood, terwijl meer directe uitkomstmaten als verbetering van orgaanfunctie, psychosociaal functioneren of de mate van frailty ontbreken. Alhoewel kwetsbare ouderen kwaliteit van leven in het algemeen belangrijker lijken te vinden dan kwantiteit, is kwaliteit van leven nog maar nauwelijks als uitkomstmaat in interventiestudies onderzocht.

De best onderzochte interventies bij kwetsbare ouderen zijn gericht op mobiliteitsverbetering, valpreventie en verbeteren van spierkracht. Bewezen effectief hiervoor zijn Tai Chi oefeningen, oefeningen die het uithoudingsvermogen verbeteren en spierkrachtraining. Deze oefenprogramma's moeten wel met een bepaalde intensiteit worden uitgevoerd om effectief te zijn. Helaas is die intensiteit van training vaak niet haalbaar voor matig tot ernstig kwetsbare ouderen. In het beperkte onderzoek dat is gedaan met kwetsbare ouderen met matig tot ernstige cognitieve stoornissen, hadden oefenprogramma's en multidisciplinaire interventies geen effect op de valfrequentie. Ondervoeding is een ander belangrijk onderdeel van het frailtyproces. Het is tot nu toe niet gelukt met voedingssupplementen alleen de voedingstoestand te verbeteren en voedingssupplementen hadden ook geen effect op de preventie van chronische ziekten. In een ziekenhuissetting heeft een multidisciplinaire voedingsinterventie wel bewezen het aantal nieuwe infecties te verminderen en de ondervoeding te laten afnemen bij kwetsbare oudere patiënten.

Tot slot lijken de uit CGA voortvloeiende interventies en adviezen goed te passen bij ouderen met frailty. Gezien de interacties en de onvoorspelbaarheid welke orgaansystemen centraal staan bij kwetsbare ouderen, is een standaardonderzoek van alle systemen bij patiënten met een hoge mate van frailty effectief. Om uit te maken hoe deze CGA het meest doelmatig was op te zetten, heeft men gezocht naar zogenaamde ‘targeting-criteria’. Dit zijn criteria op basis waarvan men bepaalde ouderen kan selecteren die waarschijnlijk baat zullen hebben bij een geriatrisch onderzoek en de bijbehorende interventie. Frailty lijkt een goede kandidaat. Immers het centrale idee is dat een geriatrische interventie niet doelmatig is voor te weinig kwetsbare, noch voor al te kwetsbare ouderen, maar wel voor ouderen daartussen in. Onderzoek naar frailty is echter vooral verricht met de doelstelling een groep ouderen te identificeren die een hoog risico heeft op ongewenste uitkomsten, zoals nieuwe beperkingen, opname verpleeghuis en dood. Er zijn nog geen goede gerandomiseerde onderzoeken die aantonen dat een op basis van frailty geselecteerde populatie ook een betere en/of meer doelmatige uitkomst van de diagnostiek en behandeling met CGA geeft.

Dit staat in contrast met het feit dat vrijwel iedere hulpverlener die met ouderen werkt gevoelsmatig een idee heeft welke ouderen kwetsbaar zijn en welke hij of zij dus het liefst wil behandelen met CGA. Deze CGA met bijbehorende interventies kan klinisch, poliklinisch en dagklinisch worden uitgevoerd. De grootste effecten zijn tot nu toe aangetoond voor opgenomen patiënten. Preventieve huisbezoeken bij alle thuiswonende ouderen, waarbij verpleegkundigen bijvoorbeeld probeerden de (snelheid van toename van) frailty te verminderen, verbeterden het functioneren van de ouderen echter niet, tenzij ze zeer intensief werden uitgevoerd (meer dan 9 bezoeken per patiënt). Easycare, een interventie uitgevoerd door gespecialiseerde verpleegkundigen onder supervisie van een klinisch geriatr en huisarts, heeft wel bewezen de kwaliteit van leven van de deelnemende kwetsbare ouderen te kunnen verbeteren en de functionele achteruitgang te stabiliseren door een vorm van CGA thuis (Melis et al.).

Besluit

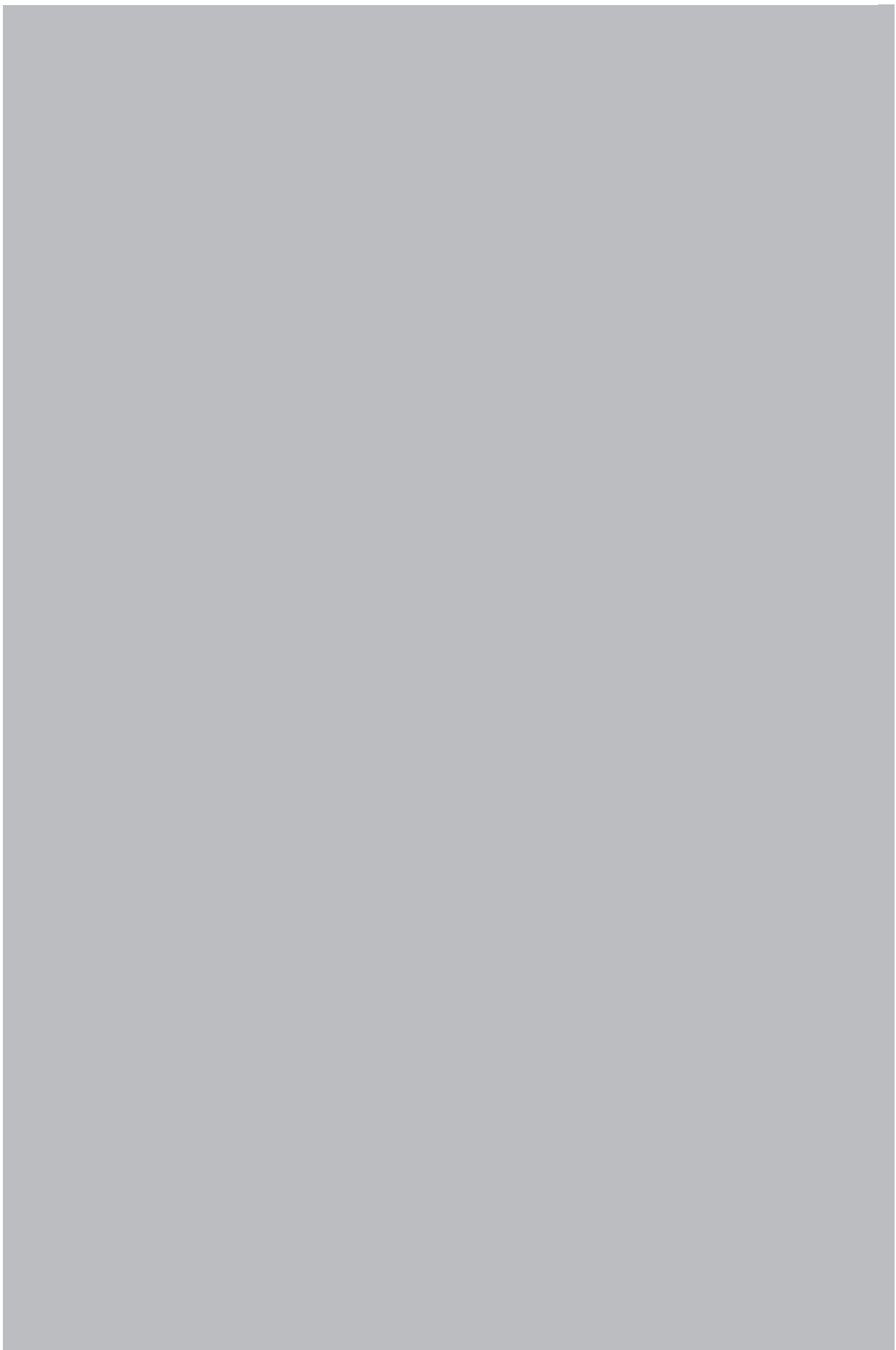
‘Frailty’ is een begrip dat is geconstrueerd uit clustering van risicofactoren met een voorspellende waarde voor sterfte, opname en andere negatieve gezondheidsuitkomsten. Frailty kan worden gebruikt als ‘targeting criterium’ in de klinische patiëntenzorg om deze te richten op ouderen bij wie reversibele functiestoornissen aanwezig zijn of op korte termijn dreigen te ontstaan. Bij deze groep is geriatrische zorg het meest doelmatig. Frailty kan ook dienen als ‘selectiefilter’ om die ouderen te includeren in wetenschappelijk onderzoek, die in de klinische praktijk de meeste aandacht en zorg vragen. De externe validiteit van het wetenschappelijk onderzoek met ouderen zal zo toenemen en daarmee de mogelijkheden voor het in praktijk brengen van ‘evidence based geriatrics’ vergroten. Gebruik van het concept frailty in deze zin vraagt een uniforme en goed toepasbare definitie, maar zo

ver is het nog niet. Ook op intuïtieve en pragmatische basis geeft het frailtyparadigma echter al mogelijkheden om de heterogeniteit van ouderen te begrijpen en te verduidelijken waarom diagnostiek en behandeling aanpassing behoeven bij kwetsbare ouderen. In de dagelijkse praktijk betekent dit dat kwetsbare ouderen, bij wie psychiatrische problemen en ‘frailty’ wordt vastgesteld, een meer geriatrische, biopsychosociale aanpak nodig hebben dan niet-kwetsbare ouderen.

Literatuur

1. Bergman, H., Ferrucci, L., Guralnik, L., Hogan, D., Hummel, S., Karunanathan, S., Wolfson, C. (2007). Frailty: an emerging research and clinical paradigm – issues and controversies. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*; 62: 731-7.
2. Boyd, C.M., Darer, J., Boult, C., Fried, L.P., Boult, L., Wu, A.W. (2005). *Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance*. *JAMA*; 294:716-724.
3. Fried, L.P., Tangen, C.M., Walston, J. et al. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*; 56:M146-M156.
4. Frieswijk, N., Buunk, B.P., Steverink, N., Slaets, J.P. (2004). The interpretation of social comparison and its relation to life satisfaction among elderly people: does frailty make a difference? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*; P59:250-7.
5. Iersel, M.B. van, Olde Rikkert, M.G.M. (2006). Frailty criteria give heterogeneous results when applied in clinical practice. *J Am Geriatr Soc*; 54:728-729.
6. Izaks, G., Westendorp, R. (2006). Reference values for anaemia in the elderly. *Ned Tijdschr Geneeskunde*; 150:1002-6.
7. Jonge, P. de, Ormel, J., Slaats, J.P.J., et al. (2004). Depressive symptoms in elderly patients predict poor adjustment after somatic events. *Am J Geriatr Psychiatry*; 12:57-64.
8. Katz, I.R. (2004). Depression and frailty: The need for multidisciplinary research. *Am J Geriatr Psychiatry*; 12:1-6.
9. Lampe, I.K. (2004). Proefschrift Part I: *Effects of aging on behavior and psychopathology*.
10. Melis, R.J., Eijken, M.I., van, Teerenstra, S., Achterberg, T., Parker, S.G., van, Borm, G.F., Lisdonk, E.H. van de, Wensink, M., Olde Rikkert, M.G.M. *A randomized study of a multidisciplinary programme to intervene on geriatric syndromes in vulnerable older people who live at home* (Dutch EASYcare Study).
11. Mitnitski, A., Song, X., Skoog, I., et al. (2005). Relative fitness and frailty of elderly men and women in developed countries and their relationship with mortality. *J Am Geriatr Soc*; 53:2184-2189.
12. Olde Rikkert, M.G.M. (1), (2006). The recommended reference values for anaemia in the elderly are of limited usefulness. *Ned Tijdschr Geneeskunde*; 150:999-1001.
13. Olde Rikkert, M.G.M. (2), (2000). *Biomedische aspecten van evenwichtig ouder worden: het cardiovasculaire systeem als model*. Sipsma, D.H., Bakker, A., Schroots (eds). *Evenwichtig Ouder worden*. Cure & care series, Bohn Stafleu van Loghum, Houten: 33-50.
14. Puts, M.T.E. *Frailty, biological risk factors, negative consequences and quality of life*. Proefschrift 2006.
15. Rockwood, K., Stadnyk, K., MacKnight, C., McDowell, I., Hebert, R., Hogan, D.B. *A brief clinical instrument to classify frailty in elderly people*. *Lancet* 1999; 353:205-206.

16. Rockwood, K. (2), Mitnitski, A. (2007). Frailty in relation to the accumulation of deficits. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*; 62; 722-7.
17. Schuurmans, H., Steverink, N., Lindenberg, S., Frieswijk, N., Slaets, J.P. (2004). Old or frail: what tells us more? *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.*; 59:M962-5.
18. Speechley, M., Tinetti, M. (1991). Falls and injuries in frail and vigorous community elderly persons. *J Am Geriatr Soc.*; 39:46-52.
19. Stek, M.L., Vinkers, D.J., Gussekloo, J., Beekman, A.T.F., Mast, R.C. van der, Westendorp, R.G.J. (2005). Is depression in old age fatal only when people feel lonely? *Am J Psychiatry*; 162:178-80.
20. Starkstein, J., Jorge, R., Mizrahi, R., Robinson, R.G. (2006). A prospective longitudinal study of apathy in Alzheimer's disease. *Neurol Neurosurg Psychiatry*; 77:8-11.
21. Strauss, E., MacDonald, S.W., Hunter, M., Moll, A., Hultsch, D.F. (2002). Intraindividual variability in cognitive performance in three groups of older adults: cross-domain links to physical status and self-perceived affect and beliefs. *J Int Neuropsychol Soc.*; 8:893-906.



Hoofdstuk

3

Depressieve stoornissen

Dr. P. Aalten, prof. dr. F.R.J. Verhey

3.1 Inleiding

Iedereen kent wel momenten van somberheid of verdriet. Meestal trekt zo'n sombere bui vanzelf weg, maar bij sommige mensen blijft deze stemming aanhouden. Mensen die langer dan twee weken last houden van een sombere stemming lijden aan een depressie. In Nederland lijden per jaar tegen de 500.000 mensen aan een depressie. Een depressie kan op elke leeftijd voorkomen, dus ook bij ouderen. Vaak wordt deze dan echter niet als zodanig herkend. Dat komt omdat de klachten aan de leeftijd worden toegeschreven, maar ook omdat ze verschillen van die bij jongeren. De laatste jaren is er een grote toename van aandacht voor de depressies bij ouderen. Deze aandacht wordt gevoed door de toename van het aantal ouderen in de samenleving en door het besef dat de meeste psychiatrische stoornissen niet ophouden te bestaan met het ouder worden. Depressie bij ouderen komt meer voor dan voorheen werd aangenomen en heeft een grotere impact. Dit hoofdstuk zal een overzicht geven van wat er bekend is over depressies bij ouderen, zowel wat betreft de functionele aspecten, diagnostiek, oorzaken als behandelingen.

3.2 Wat is depressie?

3.2.1 Verschijnselen van depressie

Depressies zijn van alle tijden, leeftijden, en komen overal en bij alle culturen in de wereld voor. In het jaar 2000 stond de diagnose unipolaire depressie op de vierde plaats wat betreft de wereldwijde ziektebeelden met de grootste negatieve invloed op de kwaliteit van leven. Een depressie bij ouderen kan, net als in andere levensfasen het geval is, van uiteenlopende aard zijn. Mensen met een depressie voelen zich lusteloos en hebben nergens zin in. Ze kunnen niet meer genieten en voelen zich somber. Er wordt gesproken van een depressie wanneer de neerslachtige klachten minstens twee weken achtereen aanhouden, en van invloed zijn op het dagelijks functioneren. Vaak is er ook sprake van klachten zoals slaapproblemen, verminderde concentratie, lusteloosheid en prikkelbaarheid, gebrek aan plezier en interesse in hobby's en werk, veranderingen van eetlust en lichaamsgewicht, schuldgevoelens, zelfverwijten en het gevoel niets waard te zijn, piekeren, angst, en verminderde seksuele interesse. Depressies vormen dan ook een ernstige beperking van de levenskwaliteit en zelfs de levensduur, en belemmeren ouderen in hoge mate in hun dagelijkse functioneren.

Niet alle depressies zijn hetzelfde. Depressies kunnen variëren in zwaarte en tijdsduur. Er wordt een onderscheid gemaakt in enkele specifieke vormen van depressie:

3.2.2 Unipolaire depressie

Hierbij is er sprake van een periode waarin de stemming langdurig somber en neerslachtig is. Deze vorm van depressie komt het meest voor. Er wordt onderscheid gemaakt tussen milde ('minor') depressie en depressie in engere zin, de ernstigere vorm ('major').

3.2.3 Bipolaire depressie

Deze vorm van depressie die ook wel manische depressie wordt genoemd uit zich in wisselingen in de stemming, van depressief tot een zeer actieve, manische periode. Gedurende de manische periode is de gedachtegang overdreven positief (euforisch), denken patiënten alles aan te kunnen en doen ze dingen die ze normaal gesproken nooit zouden doen.

3.2.4 Dysthyme depressie

Hierbij doen zich minder verschijnselen voor dan bij iemand met een unipolaire depressie, en de uiting is ook minder intens. Bij een dysthyme stoornis houden de klachten echter langer dan twee jaar aan. Het functioneren in het dagelijks leven is redelijk te noemen, maar het lijden is wel zwaar omdat er nauwelijks perioden zijn dat de patiënt zich echt goed voelt.

3.2.5 Seizoensgebonden depressie

Depressieve stemmingen tijdens het najaar, de winter en het vroege voorjaar zijn voor veel mensen elk jaar een terugkomend probleem. Het meest voorkomend is de 'bekende' winterdepressie. Mensen die last hebben van deze vorm hebben alleen gedurende de winterperiode depressieve verschijnselen, en zijn dan met name lusteloos. De klachten worden in verband gebracht met een gebrek aan zonlicht en lichttherapie is hiervoor dan ook vaak geïndiceerd.

Depressie bij ouderen is geen principieel andere aandoening dan bij jongeren. De depressie verschilt vooral in presentatie van de klachten en risicofactoren. Bij ouderen met depressie zijn er vaker bijkomende somatische aandoeningen en cognitieve stoornissen. De volgende twee paragrafen zullen hier specifiek op ingaan.

3.2.6 Depressieve stoornissen bij somatisch zieke ouderen

Bij oudere mensen met een depressie staan vaak lichamelijke klachten op de voorgrond, zoals hoofdpijn, benauwdheid of veranderingen in de eetlust die maar niet

overgaan. Deze klachten kunnen ervoor zorgen dat er in eerste instantie niet aan een depressie wordt gedacht, maar aan lichamelijke veranderingen horende bij het ouder worden. In tegenstelling tot depressie bij jongeren is er niet altijd sprake van een sombere stemming of het verlies van interesse en plezier. De stemming is eerder wat mat of afgevlakt, met apathische kenmerken. Het is alom bekend dat met de ouderdom ook de frequentie van het aantal somatische ziekten toeneemt. Bovendien is er vaak sprake van zowel somatische als psychische problematiek, ofwel *comorbiditeit*. Een slechte gezondheid kan een risicofactor zijn voor het ontstaan van depressie bij ouderen. Allereerst kan de depressie voortkomen uit een psychologische/emotionele reactie op de verminderde gezondheidstoestand. Er kan echter ook sprake zijn van overeenkomstige biologische disregulaties geassocieerd met de depressie en het somatische ziektebeeld. Aandoeningen waarbij depressies zich vaak manifesteren zijn bijvoorbeeld ziekten van de schildklier en van de bijnierschors.

Door verschillende onderzoekers en pioniers van de ouderenpsychiatrie is er gewezen op de mogelijke samenhang tussen hersenveroudering en psychiatrische stoornissen op oudere leeftijd. Hierbij is met name veel onderzoek verricht naar de vasculaire depressie hypothese (paragraaf 5.5.1). Bovendien wordt het steeds duidelijker dat depressie een prominent probleem is bij dementiepatiënten, na een cerebrovasculair accident en bij parkinson en somatische multipathologie. Het vaststellen van een depressie bij deze patiënten wordt bemoeilijkt door een overlap van symptomen, maar tevens door een deels gemeenschappelijke pathofysiologie van de aandoeningen. In de volgende paragraaf zal hier dieper op worden ingegaan.

3.2.7 Depressieve stoornissen bij cognitieve functiestoornissen

Dat cognitieve en affectieve symptomen samen kunnen voortkomen werd al door Kraepelin beschreven in 1904. Sindsdien is er uitvoerig onderzoek verricht naar de differentiaaldiagnostiek en de relatie tussen met name dementie en depressie. Symptomen van depressie komen veel voor bij dementiepatiënten. De meest recente studies, waaronder de Maastricht Study of Behaviour in Dementia (MAASBED), hebben prevalenties laten zien van rond de 75%. Het is nog steeds onduidelijk welke relatie de depressieve verschijnselen met dementie hebben. Een depressie kan optreden als een psychologische reactie op het bekend worden van dementie, de depressie kan van 'organische' oorsprong zijn, een combinatie van de psychologische en biologische verklaring, of de depressieve verschijnselen hebben geen specifieke relatie met dementie. Wat betreft de differentiaaldiagnostiek wordt een depressie vaak verward met dementie. Ouderen met een depressie hebben dikwijls cognitieve problemen en zijn lusteloos. Deze verschijnselen vloeien voort uit de trage, geremde gedachtegang die een onderdeel is van de depressie. Als dat niet als zodanig herkend wordt, kan men de depressie ten onrechte voor dementie houden. In dit verband wordt van een 'pseudodementie'

gesproken. Na behandeling van de depressie verdwijnen de cognitieve symptomen (vrijwel) geheel, al blijkt dat na enkele jaren de kans op het ontstaan van dementie vergroot is ten opzichte van de normale bevolking. Hiernaast komen dementie en depressie nog samen voor zonder onderlinge causale relatie, maar zijn ze beide een co-morbiditeit bij bijvoorbeeld een beroerte, de ziekte van Parkinson, de ziekte van Huntington, multipele sclerose en diverse toxische metabolische aandoeningen.

3.3 Epidemiologie

Depressie komt bij ouderen vaker voor dan voorheen werd aangenomen. Bijna 15 % van de ouderen lijdt aan depressieve klachten. Deze zijn in principe goed te behandelen. Twee tot drie procent van de ouderen heeft echter een zeer ernstige depressie, gelijk aan de volwassen bevolkingsgroep. Ongeveer 50% van de depressies heeft bovendien een chronisch beloop. Van de 1200 mensen die jaarlijks als gevolg van een depressie hun leven beëindigen, is een derde ouder dan zestig jaar. Uit epidemiologisch onderzoek blijkt dat de kans op een depressie in engere zin afneemt met de leeftijd, maar dat de kans op affectieve ontregelingen en andere depressieve symptomen toeneemt. Voor 55-plussers blijkt dat ongeveer 15 procent van hen lijdt aan depressieve klachten of een depressie. Bij 85-plussers is dat zelfs één op de vijf. Bewoners van verzorgingshuizen hebben even vaak depressieve klachten als thuiswonende ouderen. Wel lijden zij twee keer zo vaak aan een depressie in engere zin. De hoogste percentages ouderen met een depressie zijn te vinden in verpleeghuizen, waar maar liefst 40% depressieve klachten heeft. De hoge leeftijd, verlies van autonomie, de mate van invaliditeit en co-morbiditeit, en het gebrek aan privacy spelen hierbij mogelijk een rol.

3.4 Diagnostiek

Veel mensen gaan ervan uit dat gevoelens van somberheid bij de ouder worden horen. Het grote probleem is dan ook dat er sprake is van onderdiagnostiek, in zowel de huisartsenpraktijk als bij verpleeg- en verzorgingshuis populaties. In de eerste lijn in Nederland wordt ongeveer tweederde van de depressies niet herkend. Doordat depressie vaak samen voorkomt met andere ziektebeelden, zoals dementie, de ziekte van Parkinson, diabetes of hart- en vaatziekten, wordt de diagnostiek bij ouderen bemoeilijkt. Patiënten zelf klagen vaak enkel over de somatische symptomen, bovendien maken artsen slechts zelden gebruik van goede beschikbare screeningsinstrumenten voor depressie. Bij de diagnostiek van depressie zijn zowel screeningsinstrumenten, diagnostische interviews als instrumenten om de ernst te bepalen van belang. Een aantal van deze instrumenten is specifiek voor ouderen bedoeld, zoals de Geriatric Depression Scale (GDS), de CAMDEX, de Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD) en de gedragsobservatie-

schalen: de BOP en de GIP. In de algemene bevolking is het meeste onderzoek verricht met de CES-D als screeningsinstrument en de DIS als diagnostisch interview. Hiernaast worden ook nog vaak de Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) en de Hamilton (HDRS) gebruikt.

Internationaal gezien geldt de DSM-IV, opgesteld door de American Psychiatric Association, als het diagnostisch criterium voor de diagnostiek van psychiatrische ziektebeelden. De DSM-IV criteria voor depressies zijn echter niet zonder meer geschikt voor de diagnostiek bij ouderen. Deze criteria zijn ontworpen op grond van gegevens bij jongvolwassen patiënten, zonder ernstige co-morbiditeit. Bij ouderen moet de diagnostiek dan ook meer gebaseerd zijn op gegevens van de heteroanamnese en op het uiterlijk waarneembare gedrag, zoals lusteloosheid, slaapproblemen, veranderingen van eetlust en gebrek aan plezier en interesse in bijvoorbeeld deelname aan activiteitenbegeleiding. Een algemeen aanvaard diagnostisch concept voor depressie bij ouderen ontbreekt echter nog. Diagnostiek door verzorgende in verpleeghuizen vergt nog veel meer aandacht, vooral voor bewoners die zelf niet meer in staat zijn om vragen over hun mentale toestand te beantwoorden. Diagnostiek is echter alleen zinvol als deze wordt gekoppeld aan een doelmatige en effectieve vervolgaanpak.

3.5 Risicogebieden

De oorzaken van depressies zijn niet eenduidig te noemen, maar ontstaan door een combinatie van biologische, sociale en psychische factoren. Wanneer wordt getracht om het ontstaan van depressie in kaart te brengen, wordt vaak een stress-kwetsbaarheidmodel als uitgangspunt genomen. Hierin vinden zowel uitlokkende factoren (stressoren) zoals verlieservaringen en gezondheidsaspecten, als kwetsbaarheidfactoren zoals een familiäre aanleg, of het ontbreken van een sociaal netwerk, een plaats. Depressie kan in dat geval worden gezien als de resultante van de interactie tussen dergelijke factoren. In deze paragraaf zullen de verschillende mogelijke risicogebieden aan bod komen.

3.5.1 Levensgeschiedenis

Depressieve patiënten hebben in de periode voorafgaand aan het uitbreken van een depressie vaak een 'life event' doorgemaakt. Meestal gaat het om het overlijden van een dierbare of het verbreken van een relatie. Ook schijnbaar kleine gebeurtenissen kunnen echter aanleiding zijn voor een depressie. Ingrijpende gebeurtenissen zijn slechts bij een deel van de mensen aanleiding voor een depressie. Er moeten dus meer factoren zijn die een rol spelen. Dat kunnen bijvoorbeeld bepaalde nare jeugdervaringen of bepaalde persoonlijkheidseigenschappen zijn zoals een afhankelijke persoonlijkheid, of een manier van denken. Een erfelijke aanleg speelt zeker een grote rol bij het ontstaan van depressies. Wanneer iemand

uit een familie komt waarin veel depressies voorkomen, heeft hij gemiddeld een grotere kans zelf ook depressief te worden. Wanneer beide ouders aan een depressie lijden of hebben geleden, is de kans hierop tienmaal zo groot als normaal. Uit recent onderzoek is verder gebleken dat een voorgeschiedenis van depressie een sterke voorspeller is van een chronisch beloop.

3.5.2 Psychiatrische comorbiditeit

Depressie lijkt vaak gecombineerd voor te komen met angststoornissen. Ongeveer 50% van de ouderen met een depressie in engere zin voldoet volgens de DSM-IV criteria eveneens aan een angststoornis. Omgekeerd voldoet ongeveer 25% van de ouderen met een angststoornis aan criteria voor een depressie. Er is echter zeer veel discussie over de afgrenzing tussen beide ziektebeelden. Aangezien psychiatrische aandoeningen veelal gedefinieerd worden door een combinatie van verschijnselen die geen van alle uniek zijn voor die specifieke diagnose, is het niet eenvoudig daar harde uitspraken over te doen. In een recent onderzoek werd aangetoond dat de overlap tussen deze twee psychiatrische aandoeningen sterk toeneemt bij toenemende ernst van beide. Tevens werd vastgesteld dat er weinig verschillen waren in risicofactoren voor het ontstaan van depressie, gegeneraliseerde angststoornis, en de mengvorm, de zogeheten 'mixed anxiety-depression'. Wel bleek dat een depressie en/of angststoornis in de voorgeschiedenis, sterk is geassocieerd met de mengvorm van beide stoornissen. Geconcludeerd werd dat een dimensionale classificatie, waarbij angst en depressie in het verlengde van elkaar worden gezien, te prefereren is boven het huidige categorale systeem zoals bij de DSM-IV het geval is.

3.5.3 Persoonlijkheidsaspecten

Versillende studies hebben aangetoond dat mensen met bepaalde karaktereigenschappen of persoonlijkheidskenmerken gevoeliger zijn voor het ontwikkelen van een depressie dan anderen. Met name mensen die neurotische kenmerken vertonen, zijn vaak emotioneel labiel, en hierdoor kwetsbaar voor depressies. Het zijn vaak mensen die onzeker zijn, last hebben van minderwaardigheidsgevoelens, over een negatief zelfbeeld beschikken of slecht tegen kritiek kunnen. Ook mensen die juist heel plichtsgetrouw zijn, overdreven precies en zelfkritisch, kunnen zich echter snel schuldig voelen over datgene wat ze gedaan of juist nagelaten hebben. Hierdoor hebben ze regelmatig het gevoel dat ze falen, wat weer aanleiding is voor allerlei onzekerheid.

3.5.4 Sociale context

Sociale factoren kunnen een depressie oproepen. De belangrijkste sociale factoren zijn verdrietige of schokkende gebeurtenissen. Zo kan de somberheid na het verlies van een partner overgaan in een depressie. Ook een ingrijpende gebeurtenis als een verhuizing kan tot een depressie leiden. De kans daarop is vooral groot wanneer mensen hun oude sociale contacten moeten missen of niet kunnen wenen aan de nieuwe omgeving. Daarom raken ouderen die naar een verzorgingshuis zijn verhuisd nogal eens in een depressie. Uit recent onderzoek is gebleken dat mensen met een partner, en alleenstaanden met sociale steun, minder vaak depressief worden bij negatieve gebeurtenissen als het ontstaan van chronische ziekten en handicaps.

Depressies komen bij ouderen vaker voor bij vrouwen dan bij mannen. Dit kan voor een deel te maken hebben met het feit dat naast bovengenoemde 'life events', andere factoren als een laag inkomen of lage opleiding zich vaker voordoen bij vrouwen. Mogelijk is een biologische factor zoals de hormoonhuishouding, of verschil in sociale rollen, ook van invloed: vrouwen zoeken eerder de schuld bij zichzelf, terwijl mannen de depressieve symptomen vaker toeschrijven aan externe factoren.

3.5.5 Somatische aspecten

Hoe meer somatische klachten ouderen hebben, hoe vaker ze depressief zijn. Hoewel de precieze oorzaak en gevolgrelaties nog onduidelijk zijn, spelen arteriosclerose, ontstekingsreacties en veranderingen in het zenuwstelsel waarschijnlijk een grote rol. Bij mensen met heftige ontstekingen blijkt vaker depressie voor te komen. En erfelijke markers die zijn betrokken bij het remmen van ontstekingen blijken voorspellend voor het voorkomen van depressie. Uit onderzoek naar de samenhang tussen depressie en cardiovasculaire aandoeningen is gebleken dat bij mensen met een depressie een hogere activiteit bestaat van trombocyten. Gegevens laten eveneens zien dat hartziekten en depressie een duidelijke interactie hebben. Er is een verhoogde co-morbiditeit tussen hartziekten en depressie: depressie komt relatief vaker voor bij hartpatiënten. Ook het stresssysteem, de 'HPA-as (gevormd door de hypothalamus, hypofyse en bijniere(n)), blijkt een belangrijke factor te zijn in relatie tot depressie bij ouderen. Overactiviteit van de HPA-as lijkt bij jongeren een risicofactor voor depressie, maar bij depressieve ouderen komt ook het tegenovergestelde voor. Waarschijnlijk gaat een overactiviteit vaker gepaard met acute depressies, terwijl onderactiviteit van de HPA-as vooral bij meer chronische vormen van depressie wordt gezien. In het algemeen lijkt de HPA-as bij ouderen wat actiever. Ook veranderingen in de biologische klok van het brein zouden een verband kunnen hebben met depressie bij ouderen. Het dag- nachtritme is bij ouderen vaak verstoord, doordat door het verouderingsproces het aantal actieve cellen in de biologische klok afneemt. Ouderen die 's nachts

slecht slapen, zijn overdag vaak moe en apathisch, wat ook depressieve vormen kan aannemen.

3.5.6 Vasculaire risicofactoren

Een veelvuldig onderzochte hypothese voor het ontstaan van depressie bij ouderen is de 'vasculaire depressie' hypothese. De hypothese is voortgekomen uit bevindingen dat wittestof-afwijkingen in de hersenen in hogere prevalentie en/of ernstigere mate bestaan bij depressieve ouderen dan bij niet-depressieve ouderen. Wanneer wittestof-afwijkingen een etiologische rol spelen bij de ouderdomsdepressies valt te verwachten dat ze vaker zullen worden gevonden bij laat ontstane vormen van depressie. Wittestof-afwijkingen worden gerelateerd aan vasculaire risicofactoren, waaronder hypertensie en diabetes. De relatie tussen ouderdomsdepressie en wittestof-afwijkingen in combinatie met de hoge incidentie van depressie in het beloop van een cerebrovasculair accident bracht een tweetal onderzoeksgroepen ertoe in 1997 beide met een beschrijving van de zogeheten vasculaire depressie te komen. Voor de diagnostiek kan volstaan worden met de klinische gegevens over vasculaire ziekten en/of risicofactoren die uit anamnese en onderzoek worden verkregen. De hypothese onderstreept het belang van preventie en bestrijding van risicofactoren voor arteriosclerose. Ook blijkt eens te meer dat er bij oudere depressieve patiënten altijd dient te worden gelet op vasculaire risicofactoren.

3.5.7 Overig

Naast de bovengenoemde factoren zijn er nog tal van mogelijke risicofactoren genoemd in relatie tot depressie. Zo zijn er enkele tientallen medicijnen waarvan bekend is dat ze een depressie kunnen veroorzaken. Ook het langdurig gebruik van alcohol kan aanleiding zijn tot het ontstaan van depressies. Drankmisbruik kan er ook toe leiden dat een bestaande depressie wordt onderhouden. Depressies kunnen daarnaast worden veroorzaakt door het gebruik van drugs. Cocaïne en amfetamine zijn de bekendste voorbeelden.

3.6 Behandeling

Een onbehandelde depressie duurt gemiddeld vier tot zes maanden, maar kan ook langer aanhouden, soms zelfs jaren. Dat is niet nodig, want depressies zijn veelal goed te behandelen. De behandeling van een depressie bij ouderen verschilt niet wezenlijk van die bij andere volwassenen. Vaak is bij medicamenteuze behandeling wel meer maatwerk nodig doordat ouderen bijvoorbeeld al diverse geneesmiddelen gebruiken voor andere aandoeningen. Over de beste behandelingsme-

thoden specifiek voor ouderen met een depressie is nog geen definitief oordeel te vellen, maar een biopsychosociale invalshoek lijkt de gunstigste perspectieven te bieden. De meest voorkomende behandelingen zullen hieronder besproken worden, waarbij er binnen de paragrafen een onderscheid wordt gemaakt naar depressie bij psychogeriatric en somatiek.

3.6.1 Psychosociaal

Over het toepassen van psychosociale interventies bij ouderen met depressie is weinig bekend. Artsen in de ouderenzorg zijn nogal terughoudend met psychosociale interventies. Het is echter zeer goed mogelijk dat psychosociale interventies een verandering kunnen bewerkstelligen in de verschillende psychosociale risicofactoren als benoemd in de vorige paragraaf. Maatschappelijk werkers en sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen kunnen een centrale rol spelen in bijvoorbeeld informatieverschaffing, bejegening en preventie. Ook kunnen er tips worden meegegeven aan de patiënten zelf en hun mantelzorgers, bijvoorbeeld:

- Blijf uzelf goed verzorgen, ook al kost dat moeite. Naar de kapper gaan, af en toe nieuwe kleren kopen, komt uw eigenwaarde en stemming ten goede.
- isoleer u niet van anderen. Blijf mensen opzoeken, bellen, schrijven of uitnodigen langs te komen.
- Activeer de depressieve oudere niet te vroeg, stel ook niet te hoge eisen. Bedenk dat van te weinig hulp de oudere dieper in de put raakt, maar dat te veel hulp hem onnodig afhankelijk maakt en zijn eigenwaarde ondermijnt.
- Probeer de depressieve oudere te stimuleren om dingen te doen die deze prettig vond voor het begin van de depressie. Begin daarbij met hele kleine stapjes. Bijvoorbeeld elke dag een half uurtje buiten lopen of muziek luisteren.

Het NIVEL heeft recent richtlijnen uitgebracht voor het begeleiden van mensen met dementie die depressief zijn: de Plezierige-Activiteiten-Methode. Voor de methode zijn sterke aanwijzingen gevonden dat deze depressieve klachten bij mensen met dementie vermindert. Het uitgangspunt is dat de depressie van een patiënt zal verminderen wanneer de depressieve oudere weer plezierige activiteiten onderneemt en hij minder piekert. De activiteiten waaraan de oudere vroeger veel plezier beleefde, moeten vertaald worden naar de huidige situatie, waarin de activiteiten aangepast dienen te worden aan de beperkingen van de patiënt door de dementie.

3.6.2 Psychotherapie

Een interventie die veelbelovend lijkt bij ouderen is de interpersoonlijke psychotherapie (IPT). IPT is een kortdurende, steunende gesprekstherapie waarin gefocust wordt op één of twee probleemgebieden, waarin recente veranderingen zijn

opgetreden. Hierbinnen zijn vier verschillende thema's mogelijk: rouw, interpersoonlijk conflict, rolverandering en interpersoonlijk tekort. Deze behandeling, die speciaal voor thuiswonende patiënten is ontwikkeld, kan goed worden gegeven door hulpverleners uit de eerste lijn. Wanneer een oudere met een depressie wordt doorverwezen naar tweedelijnsbehandeling, wordt de zogeheten 'stepped care' gebruikt. Dat houdt in dat begonnen wordt met een eenvoudige interventie, bijvoorbeeld bestaande uit vijf gesprekken met een sociaal psychiatrisch verpleegkundige. Indien dit niet helpt en blijkt dat een intensievere behandeling noodzakelijk is, dan volgt extra diagnostiek en wordt de volgende stap gezet, bijvoorbeeld een combinatie van psychotherapie en medicatie. Door de stapsgewijze benadering staat de op de persoon gerichte passende zorg centraal.

Voor psychogeriatrische patiënten met depressie lijkt een psychotherapeutische benadering niet geschikt, aangezien de cognitieve beperkingen gesprekstherapieën bemoeilijken. Wel is het van belang dat, voor zover mogelijk, de depressie met de patiënt wordt besproken, waarbij aandacht kan worden besteed aan het bieden van veiligheid door middel van structuur, psycho-educatie en ondersteuning van patiënt en mantelzorger. Momenteel worden er bij sommige instellingen in Nederland ook laagdrempelige gespreksgroepen voor dementiepatiënten georganiseerd. Mogelijk kan het bespreken van de aanwezigheid van neuropsychiatrische problemen, waaronder depressie, zorgen voor een verlichting van de symptomen doordat de patiënt binnen de groep herkenning en acceptatie van de depressie kan ondervinden.

3.6.3 Vaktherapie

Vaktherapie, ook wel creatieve therapie genoemd, is een gerichte therapeutische behandeling waarmee veranderings-, ontwikkelings- en/of acceptatieprocessen kunnen worden bewerkstelligd bij patiënten met psychische klachten, zoals depressie. Door ervaringsgericht te werken, krijgt de patiënt meer inzicht in zijn emotionele, gedragsmatige of cognitieve functioneren, en treden er veranderingen op in deze gebieden. Er zijn verschillende vormen van vaktherapie:

- *Dramatherapie* maakt gebruik van de manier waarop het lichaam door lichaamshouding, mimiek, stemgebruik en afstand tot anderen, emoties laat zien. De patiënt projecteert aspecten van eigen ervaringen binnen dramatische werkvormen of in scènes.
- *Psychomotore therapie* (PMT) is bedoeld voor patiënten met psychische problemen. Bij PMT wordt gebruik gemaakt van activiteiten, opdrachten en oefeningen gericht op bewegingsgedrag en lichaamservaring.
- *Muziektherapie* is een methodische vorm van hulpverlening waarbij muzikale middelen binnen een therapeutische relatie gehanteerd worden. Vaak wordt muziektherapie ingezet bij patiënten die beperkt zijn in hun mogelijkheid om zich verbaal te uiten, of die wel verbaal kunnen communiceren maar door cognitieve beperkingen geen toegang meer hebben tot hun emoties.

Verschillende vormen van vaktherapie kunnen worden toegepast bij ouderen met depressie, maar over de effecten ervan is, evenals bij psychosociale behandelingen overigens, weinig bekend. Er wordt vaak gebruik gemaakt van vaktherapie bij ouderen in verzorgings- en verpleeghuizen, zowel individueel als in groepsverband. Het lijkt een goede manier te zijn om op een niet te confronterende manier depressie bij ouderen te behandelen. Voor dementiepatiënten zijn er nog specifieke vaktherapieën ontwikkeld zoals snoezelen. Het uitgangspunt is om in een snoezelruimte een zintuigprikkelende sfeer te creëren die de gebruikers het gevoel geeft in een prettige ruimte te verblijven en via snoezelachtige prikkels, zoals warmte, geur, en muziek, ontspanning teweeg brengt. Snoezelen heeft bij dementiepatiënten een positief effect op de stemming.

3.6.4 Medisch biologisch

Allereerst is er een rol voor de huisartsen weggelegd om via de 'common sense' benadering na te gaan of de depressie bij een oudere patiënt mogelijk verbeterd kan worden door een beter gehoorapparaat of een bril, het normaliseren van de bloedsuiker bij iemand met diabetes of het aanpassen van bestaande medicatie.

De behandeling van een depressie met geneesmiddelen verschilt bij ouderen als gezegd niet veel van die bij jongere volwassenen. Wel moet de behandelend arts bij ouderen vaker rekening houden met co-morbiditeit, bijwerkingen en interacties met andere geneesmiddelen. De gebruikelijke start van de behandeling met medicijnen is een selectieve serotonine heropname remmer (SSRI). Tot de klassieke antidepressiva behoren de tricyclische antidepressiva. De antidepressiva van de tweede generatie (SSRI's) worden het meest voorgeschreven omdat ze minder bijwerkingen vertonen en de effecten even gunstig zijn als die van de klassieke antidepressiva. Bij ongeveer 70% van alle gebruikers van antidepressiva nemen na verloop van tijd de depressieve gevoelens af. Het is vooraf moeilijk te voorspellen welk middel effectief is bij welk individu. Na twee tot vier weken moeten de eerste verbeteringen te zien zijn, waarbij er echter ook bijwerkingen kunnen optreden, zoals sufheid, droge mond, hartkloppingen en vermindering van seksuele verlangens.

In de richtlijn diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie, van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, wordt specifiek aangegeven dat de alertheid op het behandelen van een depressie bij patiënten met dementie groot moet zijn. Wat betreft de aanbevelingen van de richtlijn wordt vermeld dat niet-farmacologische interventies een belangrijke rol dienen te spelen, echter bij voldoende zekerheid over de aanwezigheid van een depressie kan voor een antidepressiva gekozen worden. Wanneer ten gevolge van de ernst van de dementie een diagnose depressie niet met zekerheid kan worden gesteld, is een proefbehandeling met een SSRI te overwegen, waarbij doelsymptomen en duur van de behandeling van te voren moeten worden vastgelegd. Bij patiënten met dementie is alertheid op bekende bijwerkingen van antidepressiva temeer van be-

lang, omdat neurodegeneratieve veranderingen het risico op deze bijwerkingen eerder vergroten dan verkleinen.

Wanneer gesprekstherapieën en medicijnen onvoldoende effect sorteren, kan elektroconvulsietherapie (ECT) een oplossing bieden. Deze therapie wordt bij ouderen sneller overwogen dan bij jongeren, omdat er goede aanwijzingen zijn dat ECT goed werkt bij ouderen en dat het minder bijwerkingen geeft dan de zwaarste antidepressiva. Op korte termijn kunnen er echter tijdelijke geheugenstoornissen optreden en kunnen de patiënten door de lichte narcose enige tijd in de war zijn. Ondanks de goede effecten en veilige methode wordt ECT nog slechts weinig in de praktijk toegepast, meestal door onvoldoende klinische ervaring van de behandelende artsen. Een belangrijke drempel bij het toepassen van ECT is eveneens het ontbreken van regelgeving voor het financieren van deze interventie. Bij het toepassen van ECT bij dementiepatiënten moet men extra voorzichtig zijn. Voor het verrichten van een ECT moet er sprake zijn van een duidelijke klinische ernst en een duidelijke lijdensdruk, maar het kan lastig zijn om dit bij dementiepatiënten vast te stellen. Het is immers vaak moeilijk om bij het gevoelsleven van de dementiepatiënt te komen; de aanwezigheid van afasie kan het geheel nog complexer maken.

Een depressie kan, soms na maanden of jaren, weer terugkomen. Dit overkomt bijna de helft van de mensen die depressief zijn geweest. Een goede behandeling kan de kans op terugkeer van de depressie verkleinen.

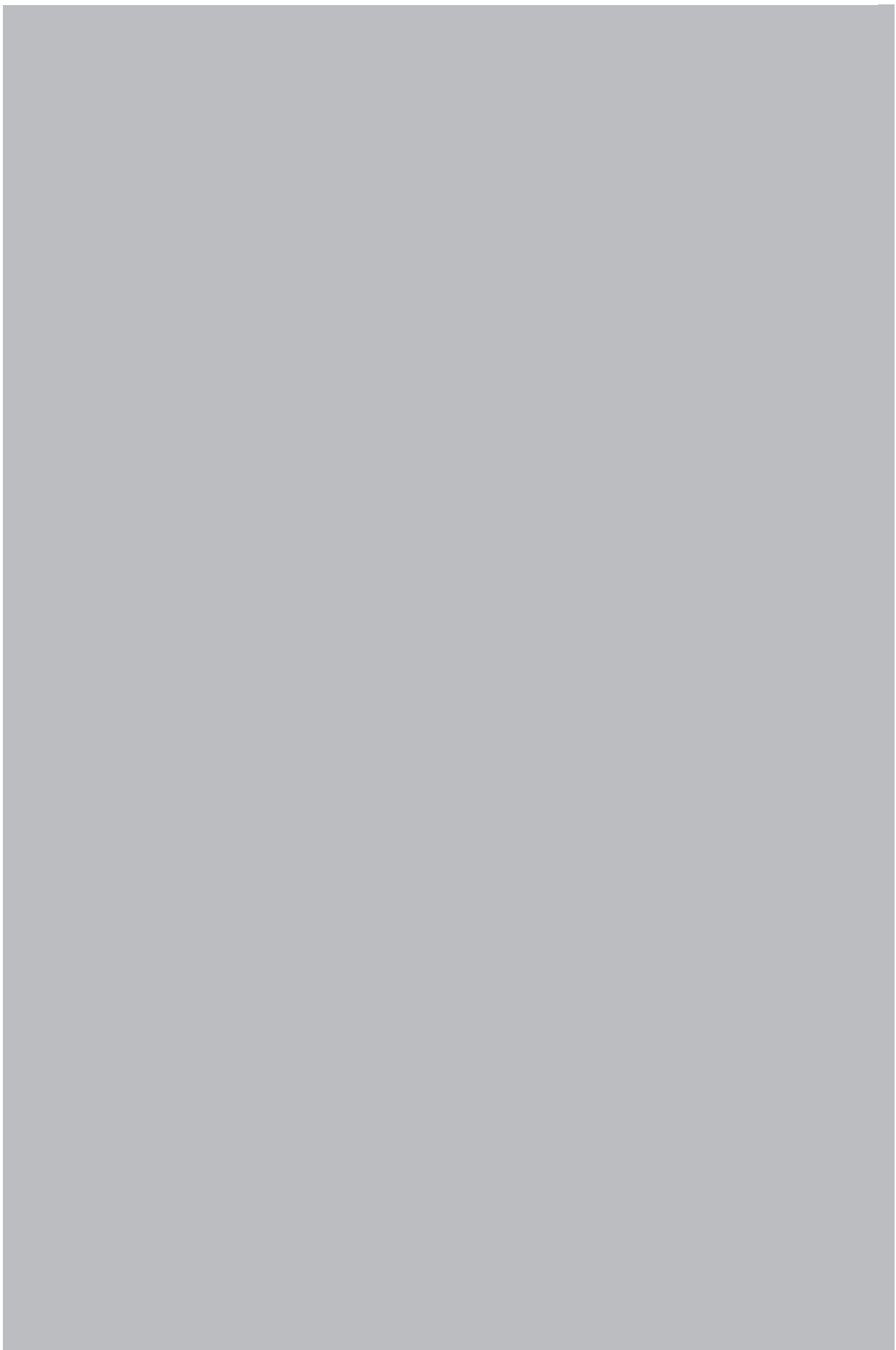
3.7 Samenvatting

Depressies zijn een veelvoorkomend probleem bij ouderen. De prevalentie van depressie bij deze specifieke groep wordt echter vaak onderschat en er is sprake van onderdiagnostiek, in zowel de huisartsenpraktijken als verpleeg- en verzorgingstehuizen. Psychiatrische en somatische co-morbiditeit bemoeilijken de diagnostiek. Bovendien is differentiaaldiagnostiek met cognitieve functiestoornissen, waaronder dementie, van belang. Er zijn verscheidene risicogebieden voor depressies bij ouderen te benoemen, maar bijna altijd is er een combinatie van biologische, psychologische en sociale factoren. Ook de behandeling dient op deze drie gebieden gericht te zijn, waarbij psychosociale behandelingsmethoden, naast psychotherapie en medisch biologische behandelingen, voor de toekomst steeds belangrijker zullen worden.

Literatuur

1. Beekman, A.T.F., Geerlings, S.W., Deeg, D.J.H., et al. (2004). Het beloop van depressie bij ouderen: resultaten van 6 jaar intensieve follow-up. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46, pp. 73-84.
2. Broek, W.W. van den, Leentjens, A.F.G., Verwey, B., ECT, (1999). *Elektroconvulsietherapie*. Bohn Stafleu van Loghum, Houten.

3. Buijssen, H. (2005). *46 tips voor depressieve ouderen*. Nederlands Kenniscentrum Ouderenpsychiatrie. Amsterdam.
4. Heeren, T.J., Kat, M.G., Stek, M.L. (2001). Handboek ouderenpsychiatrie. *De Tijdstroom*.
5. Mitchell, A.J., Subramaniam, H. (2005). Prognosis of depression in old age compared to middle age: A systematic Review of comparative studies. *American Journal of Psychiatry*, 162, pp. 1588-1601.
6. Schoevers, R.A. (2005). *Epidemiology of late life depression*. Longitudinal findings from the Amsterdam study of the elderly. Amsterdam.
7. Uitgaven van de afdeling voorlichting van het Depressie Centrum van het Nationaal Fonds Geestelijke Volksgezondheid (NFGV) over velerlei aspecten van depressie.
8. ZonMw (2005). *Mediator special*. Ouderen en depressie. Den Haag.



Hoofdstuk

4

Somatoforme stoornissen

Dr. C.M. van der Feltz-Cornelis

4.1 Inleiding

Somatoforme stoornissen zijn stoornissen waarbij lichamelijke klachten worden gepresenteerd door de patiënt, waarvoor geen lichamelijke verklaring wordt gevonden bij passend lichamenlijk en diagnostisch onderzoek, maar waarvoor de patiënt toch medische hulp blijft zoeken. Voor nogal wat lichamelijke klachten wordt gewoonlijk geen verklaring gevonden door de arts, en meestal is daarmee de kous af omdat de klachten voorbijgaan of de patiënt er niet veel aandacht aan besteedt. Bij somatoforme stoornissen is het echter zo dat hoewel aan mogelijke psychische factoren wordt gedacht door de arts, de patiënt een somatische insteek blijft zoeken voor de behandeling van zijn klachten. In de dagelijkse praktijk spreekt men vaak van lichamenlijk onverklaarde klachten. Pas wanneer van een zekere mate van ernst van de klachten sprake is, kan men van een somatoforme stoornis spreken. Somatoforme stoornissen komen veelvuldig voor, en bij kwetsbare ouderen is de diagnostiek en aanpak daarvan vaak niet eenvoudig. In dit hoofdstuk zal getracht worden vóórkomen, de rol van comorbiditeit, en aanknopingspunten voor interventies te beschrijven.

4.2 Syndroombeschrijving

Er zijn in de DSM-IV zeven somatoforme stoornissen, variërend van zeer ernstige beelden – de somatisatiestoornis en de hypochondrie – tot minder ernstige beelden in de DSM-IV. Minder ernstig zijn de ongedifferentieerde somatoforme stoornis, de pijnstoornis en de somatoforme stoornis NOS. Somatoforme stoornissen gaan gepaard met disfunctioneren. Patiënten ervaren een groter onwelbevinden dan mensen met lichamenlijke ziekten zoals bijvoorbeeld diabetes. Hun medische consumptie en gebruik van algemene voorzieningen en thuiszorg kan hoog oplopen.

Er zijn weinig epidemiologische gegevens over de incidentie en prevalentie van somatoforme stoornissen bij ouderen. Hoewel hypochondrie en de pijnstoornis in de ouderenpsychiatrie de meest bekende vormen van somatisatie zijn neemt, voor zover bekend, de prevalentie van deze aandoeningen niet toe met de leeftijd.

4.2.1 Somatisatiestoornis

De somatisatiestoornis werd vroeger histerie of het syndroom van Briquet genoemd. Het is een lifetime diagnose, de patiënt heeft meerdere symptomen die voor het dertigste levensjaar beginnen en jarenlang blijven bestaan. De somatisatiestoornis komt meer bij vrouwen voor dan bij mannen, maar wordt bij mannen ook minder snel herkend. Het is een zeldzame aandoening, de lifetime prevalentie is 2% bij vrouwen en 0,2% bij mannen. Deze prevalentie is bij patiënten ouder

dan 65 jaar hetzelfde als bij jongeren. Tegelijkertijd of opeenvolgend heeft de patiënt:

- pijn
- gastrolintestinale symptomen
- seksuele of reproductieve symptomen
- en een pseudoneurologisch symptoom. Dat laatste wil zeggen dat de patiënt een keer een periode met conversie moet hebben doorgemaakt.

Het optreden van symptomen is gekoppeld aan stressvolle gebeurtenissen. Het verloop is chronisch met verergering in tijden van stress.

4.2.2 Hypochondrie

Bij hypochondrie staan niet zozeer de klachten centraal, maar de ongerustheid over de klachten. De angst of het idee een ernstige ziekte te hebben is gebaseerd op een onjuiste interpretatie van lichamelijke verschijnselen die op zich fysiologisch zijn. Deze overtuiging bestaat minstens zes maanden en is niet duurzaam te corrigeren door geruststelling op basis van adequaat medisch onderzoek. De prevalentie is 1-5%, bij mannen even veel als bij vrouwen, en het kan zich op alle leeftijden manifesteren. Bij hypochondrie wordt als werkingsmechanisme verondersteld dat de waarneming van de patiënt meer gericht is op proprioceptie – dat wil zeggen gebeurtenissen in het eigen lichaam – in plaats van op prikkels die van buiten af komen. Dat wil zeggen dat mensen met deze stoornis de voor iedereen gebruikelijke informatie die het eigen lichaam verschaft over stand van de ledematen in de ruimte, lichaamstemperatuur, vochtigheid van de huid, en activiteiten van inwendige organen en autonome zenuwstelsel, meer waarnemen dan de meeste mensen. De meeste mensen richten zich immers meer op prikkels die van buitenaf komen. Dit is een onbewust verlopend proces, dat echter wel door gedragstherapie kan worden beïnvloed. De hoge comorbiditeit met angst speelt hierbij een rol; angst versterkt immers lichamelijke verschijnselen zoals hartslag, transpiratie en dergelijke. Er bestaat de neiging de lichamelijke gewaarwordingen catastrofaal te interpreteren, hetgeen weer angst oproept en daarmee is de cirkel rond. Daarnaast wordt de ongerustheid over de klachten in stand gehouden door vermijding en geruststellingzoekend gedrag. Stresserende omstandigheden versterken vaak hypochondere symptomen. Hypochondrie heeft doorgaans een chronisch en wisselend verloop.

4.3 Comorbiditeit

4.3.1 Andere psychopathologie

Er bestaat een grote mate van comorbiditeit tussen somatoforme stoornissen en de stemmingsstoornissen en angststoornissen. Behandeling van die stemmingsstoornis of angststoornis doet de lichamelijke klachten vaak als sneeuw voor de zon verdwijnen. Voor de clinicus is dus van belang dat somatisatie een wijze is van klachtpresentatie, en dat daarachter zeer vaak een ander psychiatrisch ziektebeeld bestaat dat behandeling behoeft.

4.3.2 Cognitiestoornissen

Het beeld van de oudere patiënt die opeens zich begint te presenteren met moeilijk te duiden klachten is een bekend klinisch fenomeen, waarbij altijd aan beginnende dementie dient te worden gedacht. Gericht onderzoek naar dementie is dan geen overbodige luxe.

4.4 Contextfactoren

4.4.1 Levensgeschiedenis

De somatisatiestoornis is een stoornis die jong begint en patiënten met deze stoornis zullen daar ook makkelijker aan herkend worden. Toch kan een andere somatoforme stoornis later in het leven ontstaan, met name bij stresserende omstandigheden. Daarbij kan voor ouderen worden gedacht aan de last van het ouder worden, eenzaamheidsproblematiek en angst voor de dood die met deze laatste levensfase samenhangt. Vandaar dat van belang is bij het afnemen van de anamnese de agenda te verbreden naar niet alleen somatische klachten, maar ook psychosociale problematiek.

4.4.2 Sociale context

Het presenteren van somatoforme klachten kan een middel zijn om de aandacht van familieleden te trekken of een manier om zich te handhaven in de setting van een verzorgings- of verpleeghuis. Alert zijn hierop in de anamnese en door de verpleging bij het doen van observaties kan helpen deze problematiek boven tafel te krijgen.

4.4.3 Somatiek

Goede somatische diagnostiek is van groot belang. In de eerste plaats is, met name bij kwetsbare ouderen, de kans dat een somatische aandoening de klachten veroorzaakt groter dan bij jongere patiënten. Goed gebruik van diagnostisch instrumentarium is derhalve van belang: het is gebleken dat het aantal ten onrechte als conversie gediagnosticeerde patiënten, dat jaren later alsnog een lichamelijke aandoening bleek te hebben die hun klachten verklaarde, sterk is afgenomen door het beschikbaar komen en inzetten van goed beeldvormend diagnostisch onderzoek. Bij de differentiatie tussen conversieve symptomen en organische beelden blijken drie variabelen voorspellende waarde te hebben: het bestaan van een eerdere verdenking op een neurologische aandoening, oudere leeftijd bij het ontstaan, en langere duur van de symptomen is gecorreleerd met organiceiteit. Anderzijds is gerapporteerd dat conversie bij ouderen vaak niet wordt herkend. Een ander probleem dat de aandacht verdient, is het optreden van lichamenlijk onbegrepen klachten in het kader van polyfarmacie, die bij ouderen maar al te makkelijk optreedt.

4.4.4 Multimorbiditeit

Voor comorbiditeit en multimorbiditeit zijn meerdere definities in omloop. Feinstein omschreef comorbiditeit als volgt: “elke aparte bijkomende klinische entiteit die bestaat of optreedt tijdens het klinische beloop bij een patiënt met de bestudeerde indexziekte.” In deze definitie wordt dus uitgegaan van een bepaalde indexaandoening en is comorbiditeit het vóórkomen van andere aandoeningen naast deze indexaandoening. Bij ouderen is echter meestal sprake van clustering van ziekten. Vandaar dat de term multimorbiditeit is ontstaan. Multimorbiditeit is breder omdat er niet gefocust wordt op een specifieke indexaandoening. Multimorbiditeit betreft elke combinatie van twee of meer aandoeningen die gelijktijdig voorkomen bij één persoon. In een programmeringsstudie van het Trimbos instituut wordt ingegaan op deze multimorbiditeit en dit wordt ook nader uitgewerkt voor ouderen. Het blijkt dat depressie en angst significant vaker voorkomen bij ouderen met lichamelijke aandoeningen zoals Diabetes Mellitus, CVA, Reuma, Kanker, Cardiovasculaire aandoeningen en respiratoire aandoeningen dan bij ouderen zonder lichamelijke aandoeningen. Aangezien depressie en angststoornissen vaak in eerste instantie met een lichamelijke klacht worden gepresenteerd, neemt de kans op somatoforme klachten dus toe bij ouderen met lichamelijke morbiditeit.

4.5 Interventies

Somatoforme stoornissen zijn in veel gevallen goed te behandelen met cognitieve gedragstherapie, een systeeminterventie door een consulent psychiater, of door het behandelen van co-morbide depressie of angststoornissen middels

antidepressiva. In het geval van kwetsbare ouderen zal vaak van multifactorieel bepaalde klachten sprake zijn. Pijnklachten bijvoorbeeld kunnen deels door een lichamelijke aandoening worden bepaald. Daarmee leren omgaan door middel van Cognitieve Gedrags Therapie (CGT) zal dan toch zijn beperkingen hebben. Anderzijds kan het wegnemen van zorgen over de klachten toch van grote waarde blijken voor het functioneren. Het behandelarsenaal kan ook worden beperkt door cognitieve of zintuiglijke beperkingen. Cognitieve gedragstherapie bij een slechtziende of slechthorende bejaarde met beginnende dementie is wellicht geen optie, hoewel recent onderzoek heeft uitgewezen dat er wellicht toch positieve uitkomsten mogelijk zijn op dat gebied. Zie ook het hoofdstuk 'Integratieve Psychotherapeutische Interventies'. Somatische comorbiditeit kan beperkingen geven in het arsenaal aan antidepressiva dat voorgeschreven kan worden, hoewel er inmiddels antidepressiva op de markt zijn met weinig bijwerkingen die ook door lichamelijk zieke ouderen redelijk verdragen worden. PsychoMotoreTherapie (PMT) en fysiotherapie (FT) kunnen zeer zinvol zijn bij het stimuleren van de patiënt om weer meer lichamelijk actief en vertrouwd te worden volgens het 'graded activity' model. Deze factoren maken dat in de verzorgingstehuis- dan wel verpleeghuis setting een multifactoriële benadering vaak de voorkeur zal verdienen, waarbij de verpleeghuisarts, psychologen en fysiotherapeuten samenwerken. Het kan zinvol zijn hiervoor bij de consulent psychiater te rade te gaan. Het toepassen van het biopsychosociale model kan hierbij een goede leidraad bieden. Bovendien kan het zinvol zijn te beginnen met het minimaliseren van het medicatiegebruik in het kader van bestrijden van een eventuele polyfarmacie als oorzakelijke factor. De fysiotherapeut kan een belangrijke rol spelen in het in praktische zin leren omgaan met klachten en verbeteren van functioneren, door het aanleren en begeleiden van graded activity en door het aanbieden van een normaliserende benadering aan de klachten van de patiënt en diens cognities daarover. In onderstaande casus wordt hiervan een voorbeeld gegeven.

CASUS < De heer Jansen, 77 jaar, gescheiden, alleenwonend en reeds lang in onmin levend met ex-vrouw en kinderen, wordt opgenomen in het ziekenhuis met een CVA en na de acute behandelfase daarvan overgeplaatst naar een revalidatiekliniek. Na een aanvankelijk voorspoedig lijkende herstelfase wordt hij naar het dagrevalidatieprogramma overgeplaatst, maar daarna gaat hij snel achteruit. Hij klaagt over pijn in zijn been en schouder aan de aangedane kant, doet zijn oefeningen niet goed meer, en slaapt slecht waarvoor de huisarts hem diverse benzodiazepinen geeft als slaapmedicatie, echter zonder soelaas. Meneer Jansen vergeet nu zijn oefeningen steeds vaker en kan zich niet goed meer thuis redden. Hij eet slecht waardoor hij afvalt en het bezoeken van de revalidatiekliniek lukt niet goed meer. De heer Jansen piekert erg over de pijn in zijn been en denkt dat hij een nieuw CVA heeft opgelopen, ondanks nieuw onderzoek en geruststellingen van de arts dat dit niet het geval is. Uiteindelijk wordt hij opgenomen in het verpleeghuis omdat het revalidatieprogramma

ontoereikend blijkt. Daar blijkt dat hij zoveel benzodiazepinen gebruikte om te slapen dat hij daardoor in een staat van vergaande vergeetachtigheid is geraakt. In overleg met de consulent psychiater maakt de verpleeghuisarts hiervoor een afbouwschema. De consulent psychiater spreekt patiënt ook vanwege zijn hardnekkige vrees voor een tweede CVA en constateert een onderliggende stemmingsstoornis die zijn gepieker goed zou kunnen verklaren. Hij bespreekt dit met de patiënt en stelt voor een antidepressivum te nemen, dat waarschijnlijk zowel de stemming, het slapen als de pijn zal doen verbeteren. De patiënt wil dit wel proberen, waarna Amitriptyline wordt voorgeschreven, eerst 25 mg en na een week 75 mg per dag. Bovendien wordt de fysiotherapeut gevraagd de zeer hypertone spieren in het aangedane been en schouder aan te pakken. De fysiotherapeut probeert de patiënt te mobiliseren, maar die is bang dat hij iets stuk zal maken door e.e.a. te forceren. Door heel geleidelijk zeer kleine oefeningen onder begeleiding te doen, dat wil zeggen door opdrachten te geven die niet kunnen mislukken, kan de fysiotherapeut de patiënt toch motiveren om geleidelijk aan weer wat te mobiliseren en een graded activity plan te volgen. Na een aantal weken is de patiënt al wat meer opgeknapt, hij slaapt beter, klaagt minder over pijn en kan beter reflecteren over wat er met hem gebeurt. Hij vertelt de psychotherapeut die hem begeleidt, dat de thuiskomst vanuit de revalidatiekliniek na aanvang van het dagprogramma voor hem een koude douche was na zijn wekenlange verblijf in het ziekenhuis en in de revalidatiekliniek. Het had hem geconfronteerd met de gevolgen van zijn scheiding en de eenzaamheid in zijn alledaags bestaan. Nu duidelijk is dat dit hem dwars zit, staat hij er wel voor open om hier iets aan te gaan doen en daarmee komt er ook een perspectief voor hem waardoor zijn angst voor een tweede CVA naar de achtergrond verdwijnt. Geleidelijk aan pakt hij, anticiperend op zijn naderend ontslag, weer enkele sociale contacten van vroeger op die hem goed doen. Na enkele maanden gaat de heer Jansen lopend met ontslag naar huis. ➤

4.6 Samenvatting

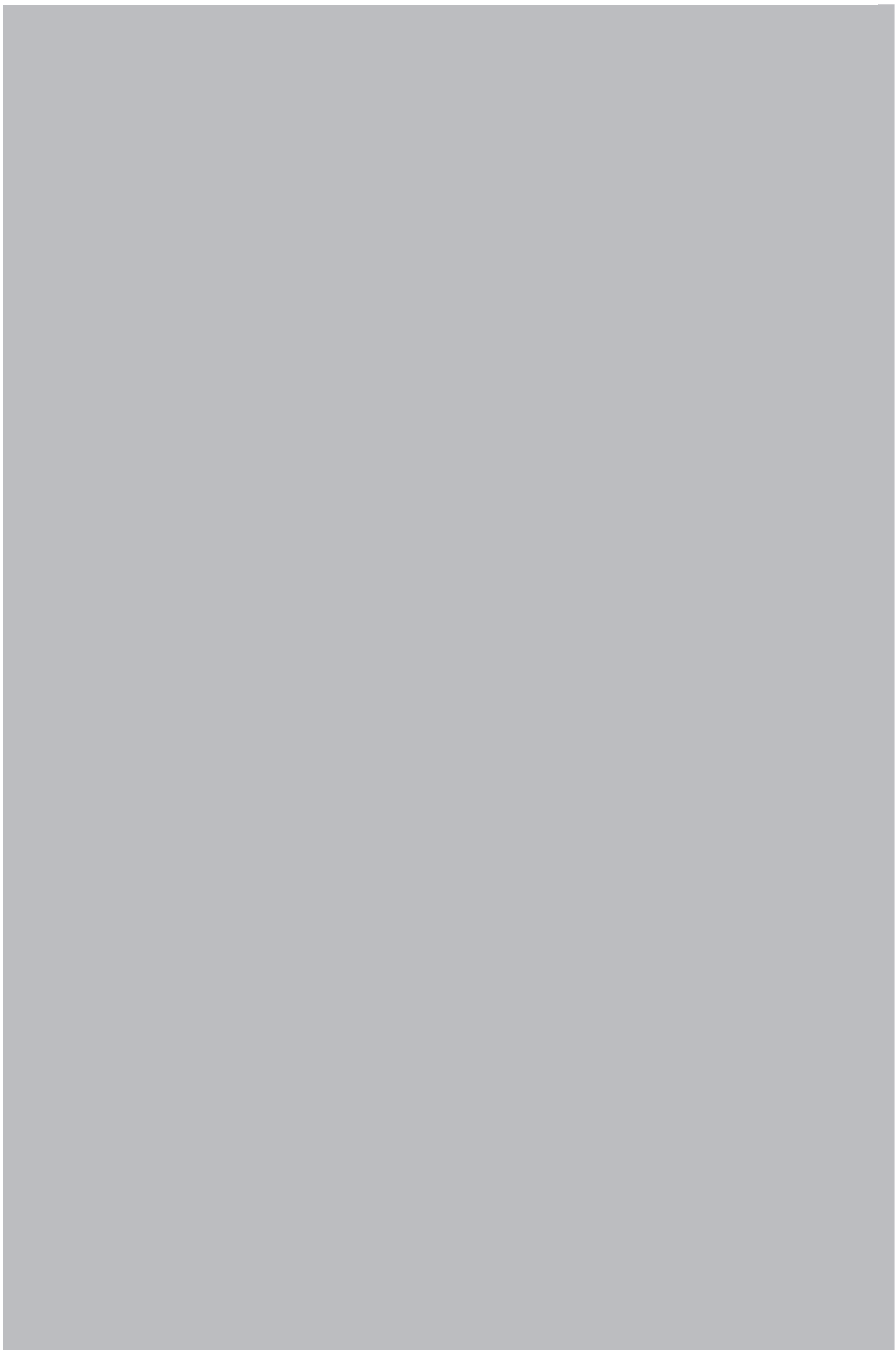
Somatoforme stoornissen komen bij kwetsbare ouderen net zoveel voor als bij jongere patiënten. Doordat op hogere leeftijd somatische aandoeningen, cognitieve en zintuiglijke beperkingen tezamen bestaan, vereist de diagnostiek en de aanpak van deze klachten enige nuancering. De somatoforme klachten zullen zeer vaak tegelijk voorkomen met een somatische aandoening die de klachten deels mede verklaart, en het functioneren zal door diverse beperkingen die met de hoge leeftijd samenhangen minder te verbeteren zijn dan bij jongere patiënten. Toch zijn in principe de behandelwijzen die bij jongere patiënten effectief zijn, dat ook bij kwetsbare ouderen. Bij het aanpakken van de klachten kan de eerste stap zijn goed in kaart te zijn hoe de klachten en beperkingen zich multifactoriële ver-

houden. Vervolgens is het bestrijden van polyfarmacie een goede tweede stap. Daarna kan, afhankelijk van het overwegend gewicht van de oorzakelijke factoren, een behandeling worden gekozen bestaande uit CGT, uit het voorschrijven van een antidepressivum ter behandeling van comorbiditeit, of uit het plegen van een systeeminterventie gericht op psychosociale factoren die het gedrag in stand houden. De rol van de fysiotherapeut bij het aanbieden van graded activity en van een normaliserende houding ten opzichte van de klachten is daarbij van grote waarde.

Literatuur

1. Akker, M. van den, Buntinx, F., Knottnerus, J.A., *Comorbidity or multimorbidity: what's in a name? A review of literature*. European Journal of General Practice 1996; 2:65-70.
2. Barsky, A.L. & Borus, J.F. (1999). *Functional somatic syndromes*. Annals of Internal Medicine; 130:910-921.
3. Crimlisk, H.L., Bathia, K., Cope, H., David, A., Masden, C.D., Ron, M.A. *Slater revisited: 6 year follow up of patients with medically unexplained symptoms*. 1998; 316:582-586.
4. Deeg, D.J. (2006). *Fifteen year Longitudinal Aging Study Amsterdam*. Theme introduction. Tijdschr Gerontol Geriatr; 37:6:216-7.
5. Feinstein, A.R. *The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease*. J. Chron Dis 1970; 23:455-68.
6. Feltz-Cornelis, N.M.G. van der, Feltz-Cornelis, C.M. van der (2006). *Somatisatiestoornis en hypochondrie*. In: Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid. Jaarboek 2005. (Reds: H. van 't Land & C. de Ruiter) Trimbos Instituut. ISBN 90-5253-548-5.
7. Feltz-Cornelis, C.M. van der, *Unexplained or undiagnosed? To a DSM-V for somatoform disorder*. Comment on van Dieren & Vingerhoets. [Onverklaard of ondoordacht? Naar een DSM-V van somatoforme stoornissen]. Tijdschrift voor Psychiatrie 2007; 11:839-843.
8. Feltz-Cornelis, C.M. van der, (2004). *Transmurale psychiatrische consultatie*. In: Huyse, F.J., Leentjens, A.F.G., Bannink, M. & Boenink, A.D. (Red.): Consultatieve Psychiatrie. Van Gorcum.
9. Feltz-Cornelis, C.M. van der, Nuyen, J., Verdurmen, J., Pot, A.M., et al. (2007). *Zorg voor heel de mens. Psychiatrische en somatische comorbiditeit*. Programmeringsstudie. Trimbos Instituut, Utrecht.
10. Garyfallos, G., Adamopoulou, A., Karastergiou, A., Voikli, M., Ikonomidis, N., Donias, S., Giouzevas, J., Dimitriou, E. *Somatoform disorders: comorbidity with other DSM-III-R psychiatric diagnoses in Greece*. Compr Psychiatry 1999 Jul-Aug; 40(4):299-307.
11. Henningsen, P., Jakobsen, T., Schiltenswolf, M., Weiss, M.G. *Somatization revisited: diagnosis and perceived causes of common mental disorders*. J Nerv Ment Dis. 2005 Feb; 193(2):85-92.
12. Hilderink, P.H., Benraad, C.E.M., Driel, T.J.W. van, Olde Rikkert, M.G.M. (2008). *Onverklaarde lichamelijke klachten bij ouderen: samenspel van lichamelijke, psychiatrische en psychologische factoren*. NTVG; 152:23:1305-8.
13. Moene, F.C., Landberg, E., Hoogduin, C.A.L., Hertzberger, L., Weeda, J., Kleyweg, R., Spinhoven, P.H. *Organic syndromes diagnosed as Conversion Disorder: Identification and Frequency in a study of 85 patients*. 2000 49:7-12.

14. Reid, S., Wessely, S., Crayford, T., Hotopf, M. (2002). *Frequent attenders with medically unexplained symptoms: service use and costs in secondary care*. Br J Psychiatry; 180:248-53.
15. Scherder, E., Posthuma, W., Bakker, T., Vuijk, P.J., Lobbezoo, F. (2008). *Functional status of masticatory system, executive function and episodic memory in older persons*. J. Oral Rehabil; 35:5:324-36.
16. Slaets, J.P.J., Vuchelen, M. van, (2008). *Somatisatie bij ouderen*. Handboek Somatisatie, Van der Feltz-Cornelis C.M. & Van der Horst H. (Red.). Tweede herziene druk.
17. Smalbrugge, M., Pot, A.M., Bierman, E., Comijs, H.C. *Psychiatrische comorbiditeit bij ouderen met lichamelijke aandoeningen*. Feltz-Cornelis, van der, et al. (2007). *Zorg voor heel de mens*. Psychiatrische en somatische comorbiditeit. Programmeringsstudie. Trimbos Instituut, Utrecht.
18. Smith, G.R. Jr, Monson, R.A., Ray, D.C. *Patients with multiple unexplained symptoms. Their characteristics, functional health, and health care utilization*. Archives of Internal Medicine; 146;1:69-72. (1986).
19. Smith, R.C., Gardiner, J.C., Lyles, J.S., Sirbu, C., Dwamena, F.C., Hodges, A., Collins, C., Lein, C., Given, C.W., Goddeeris, J. *Exploration of DSM-IV criteria in primary care patients with medically unexplained symptoms*. Psychosom Med. 2005 Jan-Feb; 67(1):123-9.



Hoofdstuk

5

Angststoornissen

Drs. T.H.M.E. Botteram, dr. M. Smalbrugge

5.1 Inleiding

Angst is een normaal verschijnsel in het leven. Sterker nog: zonder angst overleeft een mens niet. Angst stelt de mens immers in staat om adequaat te reageren op gevaarlijke situaties. Angst maakt de mens waakzaam en op zijn qui-vive. Vluchten of vechten zijn op die manier snel mogelijk. Problematisch wordt angst als de relatie met gevaar niet meer reëel is. Een mens is dan bang voor zaken waar hij objectief gezien niet bang voor hoeft te zijn of is disproportioneel angstig voor de normale bedreigingen van het leven. Dan spreken we van angststoornissen. Deze zijn niet leeftijdsgebonden en komen ook bij ouderen veel voor. Bij zowel thuiswonende als bij in instellingen verblijvende ouderen worden percentages van rond de 10% gevonden. De impact van de angststoornissen is groot. Ouderen met angststoornissen hebben een lagere kwaliteit van leven, een verminderde functionele zelfstandigheid en maken meer gebruik van zorg. Helaas wordt angst vaak niet als zodanig herkend. Dat heeft verschillende redenen. Angst werd en wordt nogal eens lichamelijk gepresenteerd door ouderen. Ook worden, mogelijk door schaamte, regelmatig 'synoniemen' als nerveus, gespannen, beroerd gebruikt, die hulpverleners op het verkeerde been kunnen zetten. Daarnaast schrijven ouderen, en hulpverleners, angstklachten regelmatig toe aan het ouder worden: passend bij de levensfase. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de diagnostiek, risicofactoren en gevolgen van angststoornissen bij ouderen, de samenhang met andere psychiatrische functiestoornissen en de behandelmogelijkheden.

5.2 Wat is een angststoornis?

5.2.1 Angst in soorten en maten

Angst, het is in de inleiding ook al genoemd, is een veel voorkomend normaal verschijnsel. Pathologisch wordt angst als hij irreëel is of overmatig aanwezig is. Pas dan spreken we van een angststoornis.

Soms geven mensen duidelijk aan dat ze angstig zijn, paniek ervaren of een fobische angst hebben. Maar vaak zijn mensen, en zeker ouderen, die een angststoornis hebben erg terughoudend in het uiten van hun klachten. Wel zijn er allerlei signalen die hulpverleners op het goede spoor kunnen zetten: aanwezigheid van wisselende en onderling niet samenhangende lichamelijke klachten; aanwezigheid van klachten zoals gespannenheid, prikkelbaarheid, labiliteit, concentratieproblemen, lusteloosheid of slaapproblemen; aanwezigheid van functionele lichamelijke klachten, vooral onbegrepen duizeligheid en hartkloppingen; veranderingen in het functioneren door vermijdingsgedrag. Op basis van het klachtenpatroon kunnen de angststoornissen nader onderverdeeld worden.

Het gangbare diagnostische classificatiesysteem, de DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition, text revised), opgesteld door de American Psychiatric Association en ontwikkeld op basis van gegevens

van mensen tussen 18-65 jaar zonder ernstige comorbiditeit, onderscheidt meer dan 10 soorten.

De voor ouderen belangrijkste zullen hieronder nader toegelicht worden, waarbij ook op verschillen met jongvolwassenen en specifieke kenmerken bij ouderen ingegaan zal worden. Daarnaast wordt aandacht geschonken aan hypochondrie, de angst te lijden aan een ernstige ziekte, omdat deze stoornis grote raakvlakken heeft met angststoornissen.

Paniekstoornis

Bij een paniekstoornis treden onverwachte paniekaanvallen op, met daarna angst voor herhaling van een dergelijke aanval. De paniekaanvallen bestaan uit acute angst in combinatie met symptomen als hartkloppingen, transpireren, trillen, benauwdheid, maagklachten, tintelingen, dove gevoelens, warmte- of koudesensaties en derealisatie- of depersonalisatiegevoelens en catastrofale gedachten daarover. Bij vermijding van situaties waarin zich een dergelijke aanval kan voordoen, is tevens sprake van agorafobie. Bij een paniekstoornis die voor het eerst op oudere leeftijd optreedt, is het aantal en de intensiteit van de symptomen vaak minder heftig dan bij ontstaan op jongere leeftijd.

Gegeneraliseerde angststoornis

Ouderen met een gegeneraliseerde angststoornis zijn overmatig bezorgd en tobberig. De bezorgdheid heeft betrekking op diverse levensgebieden en moet gedurende minimaal een half jaar vaker aan- dan afwezig zijn. Bij ouderen is er verschil tussen mensen die hier al vanaf vroeger last van hebben (levenslange piekeraars, vaak langdurige benzodiazepine-gebruikers) en degenen bij wie dit later ontstaat. Het onderwerp van bezorgdheid heeft dan vaak met het ouder worden te maken: angst om te vallen; angst om ongezien onwel te worden; angst voor dementie (chronische 'vergeetfobie') en dergelijke.

Posttraumatische stressstoornis

Bij deze stoornis herbeleeft de oudere een ingrijpende gebeurtenis (geweldsituaties als oorlog, bankoverval, verkrachting) die gepaard ging met hulpeloosheid of angst en is tevens sprake van vermijding van prikkels die herinneren aan de ingrijpende gebeurtenis. Daarnaast is sprake van verhoogde prikkelbaarheid. Bij ouderen wordt nogal eens een delayed onset gevonden: de stoornis komt pas op oudere leeftijd tot uiting. Een beginnende dementie, verlies van partner kunnen dan uitlokkende factoren zijn.

Sociale fobie

Kernsymptoom is de angst voor negatieve beoordeling door anderen in sociale situaties. Meestal bestaan deze klachten al vanaf de puberteit. Tijdens het leven kan de inhoud veranderen: van angst voor spreken in het openbaar kan de angst verschuiven naar eten en drinken in het openbaar door angst te gaan trillen. Dit soort angsten kan mensen weerhouden van het ondernemen van allerlei sociale activiteiten, zowel thuis als in instellingen, en tot eenzaamheid en sociaal isolement leiden.

Agorafobie

Bij ouderen is agorafobie meestal een agorafobie zonder voorgeschiedenis van paniekaanvallen. Ontstaan kan samenhangen met valincidenten of bijvoorbeeld geweld op straat, waardoor angst ontstaat om de straat op te gaan. Verminderde mobiliteit die past bij het ouder worden kan als reden opgevoerd worden om de straat te vermijden. Sociaal isolement kan het gevolg zijn.

Specifieke fobie

Bij een specifieke fobie is sprake van angst voor of in een specifieke situatie (angst voor bepaalde beesten; vlieg angst; hoogtevrees). Vaak zijn de angsten al van jongaf aanwezig en nemen ze af met de leeftijd. Soms worden ze juist weer actief op latere leeftijd. Een voorbeeld is lift angst door rolstoelafhankelijkheid: de lift kan niet meer vermeden worden.

Obsessieve-compulsieve stoornis

Terugkerende dwanggedachten en dwanghandelingen die interfereren met het dagelijkse leven staan op de voorgrond. Nalaten van de handelingen veroorzaakt angst. Meestal is deze stoornis vanaf de vroege jeugd aanwezig. Bij ouderen kunnen symptomen meer op de voorgrond komen te staan door bijvoorbeeld cognitieve achteruitgang of als door opname in een instelling de eigen vaste routine doorkruist wordt door instellingsroutines.

Hypochondrie

Bij hypochondrie vreest de patiënt aan een ernstige (niet-acute) ziekte te lijden en is deze niet of slechts kortdurend gerust te stellen door een arts. De vrees moet een half jaar of langer aanwezig zijn. Als de patiënt ook bij zijn directe omgeving veel geruststelling zoekt, kan dit een zware last voor deze omgeving betekenen. Hulpverleners moeten waken voor zowel onder- als overdiagnostiek op somatisch terrein.

5.2.2 Angst bij ouderen anders dan bij jongeren?

Ouderen lijden aan dezelfde angststoornissen als volwassenen jonger dan 65 jaar, zo blijkt uit het bovenstaande overzicht. Uit bevolkingsonderzoeken blijkt dat er vooral bij de angststoornissen die al op jonge leeftijd ontstaan zijn, weinig verschillen bestaan tussen ouderen en volwassenen beneden de 65 jaar. Ongeveer een derde van de angststoornissen op oudere leeftijd ontstaat ook op oudere leeftijd. De stimuli die angst veroorzaken zijn daarbij vaak anders van aard. Daarom is het zinvol in de anamnese bij ouderen daar rekening mee te houden. Min of meer normale activiteiten kunnen voor ouderen een trigger tot angst zijn. Daarbij kan men denken aan gebruik van pinautomaat; confrontatie met een veelheid aan formulieren van officiële instanties; deelname aan het drukke verkeer; bezoek aan voorstellingen waar men niet direct naar het toilet kan. Wanneer deze angst vermijdingsgedrag tot gevolg heeft, leidt dat voor de oudere en zijn omgeving tot forse belemmeringen in het sociale functioneren.

5.2.3 Angst bij ouderen met somatische aandoeningen

Verlies van gezondheid en verlies van functionele zelfstandigheid hangen samen met de aanwezigheid van angstklachten bij ouderen. In een aantal gevallen kunnen symptomen van lichamelijke aandoeningen, die op oudere leeftijd nu eenmaal frequenter voorkomen, ook aanleiding geven tot het ontstaan van angststoornissen. Hartaandoeningen, gepaard gaand met hartkloppingen en benauwdheid, kunnen bijvoorbeeld leiden tot paniekaanvallen. Het trillen en beven van de Parkinsonpatiënt en de woordvindingsproblemen van de patiënt met een beroerte, kunnen door schaamte tot angst en vermijdingsgedrag leiden, die bij een sociale fobie past. De oudere patiënt met suikerziekte kan door wegrakingen ten gevolge van te lage bloedsuikers angstig worden en daardoor een agorafobie ontwikkelen.

Behandeling van de klachten van de lichamelijke aandoeningen is dan aangegeven. De angst en het vermijdingsgedrag kunnen desondanks echter blijven bestaan en vragen dan ook om een adequate behandeling.

5.2.4 Angst bij ouderen met cognitieve functiestoornissen

Angstklachten komen bij ouderen met cognitieve stoornissen veelvuldig voor. Twee recente Nederlandse studies, de Maastricht Study of Behaviour in Dementia (MAASBED) en de Nijmeegse variant de WAALBED-study, laten zien dat rond de 20-25% van de ouderen met dementie angstklachten heeft. De MAASBED-studie betrof ouderen in de thuissituatie en de WAALBED-studie ouderen in verpleeghuizen. Angst kan bij mensen met cognitieve stoornissen optreden in het kader van beangstigende psychotische verschijnselen of bij een depressie, maar zij kan vaak ook verklaard worden uit de cognitieve problemen. Voorbeelden daarvan zijn

de angst om fouten te maken wat kan leiden tot vermijden van activiteiten en de angst om alleen te zijn waardoor een steeds grotere claim gelegd wordt op mantelzorgers of professionele verzorgers. Angst als emotie hoeft daarbij niet op de voorgrond te staan, maar kan zich ook uiten als agitatie en motorische onrust (ijsberen).

5.3 Epidemiologie

Angststoornissen komen bij ouderen veel voor. Pas de laatste jaren is daar meer aandacht voor gekomen. In Nederland blijkt uit bevolkingsonderzoek dat ongeveer 10% van de ouderen aan een angststoornis lijdt. Slechts bij een beperkt deel van deze mensen wordt de angst ook herkend en wordt deze behandeld. Dat is jammer, omdat er geen aanwijzingen zijn dat deze behandelbare aandoeningen op oudere leeftijd niet behandeld zouden kunnen worden. Angststoornissen nemen in tegenstelling tot depressies niet toe met de leeftijd: bij volwassenen beneden de 65 jaar worden dezelfde aantallen gevonden. Dat geldt ook voor bewoners van zorginstellingen. Vaak, in 25-50% van de gevallen, komt een angststoornis samen voor met een depressie. Risicofactoren voor beide aandoeningen vertonen ook overlap, zij het dat voor angststoornissen vooral externe factoren een rol lijken te spelen, minder dan biologische.

5.4 Diagnostiek

Angstklachten worden regelmatig niet of onvoldoende onderkend zo is bekend uit onderzoek in de huisartsenpraktijk. Waarschijnlijk ligt dat in verzorgings- en verpleeghuizen niet anders. Klachten worden regelmatig 'soma'tisch' gepresenteerd door de oudere, maar symptomen kunnen ook ten onrechte door de arts toegeschreven worden aan vaak tevens aanwezige somatische aandoeningen (beroerte, hartziekten, Parkinson, suikerziekte, chronisch obstructieve longziekte). Daarnaast speelt een zekere terughoudend om te klagen over psychische problemen mee en de neiging van zowel oudere als hulpverleners om klachten aan de leeftijd te wijten. Grotere alertheid en gebruik van gestandaardiseerde instrumenten zou de diagnostiek kunnen verbeteren. Instrumenten kunnen gebruikt worden voor screening, als diagnostisch interview en om het beloop van een angststoornis te meten. Er zijn echter geen instrumenten die specifiek voor ouderen ontwikkeld zijn. De Hospital Anxiety Depression Scale, Anxiety section, is een voorbeeld van een bruikbare screeningstest in de ambulante zorg voor kwetsbare ouderen. Voor ouderen in zorginstellingen kan daarvan ook gebruik gemaakt worden, maar kunnen ook gedragsobservatieschalen die subschalen voor angst of angstig gedrag hebben gebruikt worden. Te denken valt aan de Neuropsychiatric Inventory, waarvan een goede Nederlandse vertaling voorhanden is. Ook de Gedragsobservatie voor Intramurale Psychogeriatric (GIP) is een mogelijkheid.

De DSM-IV-TR is de gouden standaard voor de diagnostiek van psychiatrische stoornissen, ook voor de angststoornissen. Dit diagnostische classificatiesysteem is echter ontworpen voor volwassenen tussen de 18-65 jaar zonder ernstige bijkomende aandoeningen.

De vraag is of het zonder meer van toepassing is op kwetsbare aandoeningen met bijkomende somatische of psychische comorbiditeit. Afhankelijkheid voor diagnostiek van gegevens uit observatie en hetero anamnese beperken het gebruik van de DSM-IV-TR nog meer. Alternatieven zijn er op dit moment echter niet.

5.5 Risico's voor angststoornissen

Ter verklaring van het ontstaan van angststoornissen wordt vaak gebruik gemaakt van een stresskwetsbaarheidsmodel. Een veelheid van biologische, psychologische en sociale factoren die een rol speelt bij ontstaan van angststoornissen krijgt daarin een plaats. Het model maakt inzichtelijk dat angststoornissen niet door een enkele oorzaak ontstaan, maar dat er multiple oorzaken aan te wijzen zijn. Een aantal daarvan zal kort de revue passeren.

5.5.1 Aanwezigheid van andere psychiatrische functiestoornissen

Angststoornissen komen vaak in combinatie met depressie voor. Dit is bij rond de 25% onder ouderen in de algemene bevolking het geval en onder ouderen in zorginstellingen zelfs bij 50%. Dat heeft de vraag doen rijzen of beide ziektebeelden wel goed te onderscheiden zijn of dat ze wellicht twee kanten van dezelfde medaille weerspiegelen. Uit onderzoek blijkt in elk geval dat de overlap van beide ziektebeelden ook toeneemt met de ernst ervan. Voor de praktijk lijkt het vruchtbaarder niet in 'of-of'-termen te kijken en te denken, maar in 'en-en'-termen. In de behandeladviezen bij angststoornissen komt dit ook tot uiting doordat met eventuele aanwezigheid van co-morbide depressie rekening gehouden wordt.

Daarnaast komt angst als klacht ook veelvuldig voor bij ouderen met dementie en moet gelet worden op de rol die een ook aanwezige alcoholverslaving kan spelen.

5.5.2 Erfelijkheid

Angst manifesteert zich als een symptoom of als een stoornis. Vatbaarheid voor angst – en depressie – kan over alle leeftijdscategorieën voor ongeveer 40% verklaard worden vanuit erfelijke factoren; de resterende 60% wordt verklaard vanuit invloeden van de omgeving. Of en hoe de angst zich presenteert zal dus afhangen van de aanwezigheid van genetisch “angstmateriaal”, persoonlijkheidsfactoren –

die overigens waarschijnlijk door dezelfde genen worden beïnvloed –, uitlokkende gebeurtenissen gedurende de gehele levensloop, met name in de latere levensfasen en bruikbare coping-technieken. Het aandeel van elk van de genoemde onderdelen en hun onderlinge relaties zijn complex en tot op heden nauwelijks onderzocht.

5.5.3 Levensgeschiedenis en sociale context

Beangstigende of traumatische ervaringen vroeger in de levensloop zijn belangrijke risicofactoren voor het optreden van angstsymptomen dan wel het ontstaan van een angststoornis op latere leeftijd. Emotionele geheugensporen worden bij elke herinnering van een dergelijke gebeurtenis sterker en dieper. Dit proces speelt zich deels autonoom en onbewust af, op hormonaal niveau. Voor een ander deel gaat het om een bewust gebeuren, waarbij een nieuwe of de herinnering aan een oude beangstigende gebeurtenis de oude angst in volle hevigheid kan doen terugkeren. Die kan zich uiten op het gebied van denken, voelen en/of doen. Zo kan een doucheruimte in een verpleeghuis of gefixeerd worden in een ziekenhuisbed associaties oproepen met vroegere oorlogservaringen en aanhoudende angst, agitatie of agressieve gedragingen teweeg brengen.

Die kans wordt nog verhoogd bij ouderen met cognitieve stoornissen. Ook het ontstaan van lichamelijke beperkingen en gebreken zijn risicofactoren voor het ontstaan van een angststoornis bij ouderen. Daarnaast spelen belangrijke levensgebeurtenissen een negatieve rol, zoals een niet-gewenste verhuizing naar een zorginstelling, het verlies van een partner of een significante andere persoon, een val of een ernstige of chronische ziekte.

Een stevig steunsysteem in de vorm van mantelzorg en/of thuiszorg of een intramuraal zorgteam ter voorkoming dan wel begeleiding is van groot belang.

5.5.4 Persoonlijkheid

Veel hangt af van de opbouw van de persoonlijkheid. Van sommige trekken is bekend dat ze een verhoogd risico opleveren voor angst en depressie zoals neuroticisme en extravertie: naarmate iemand meer neurotisch is en minder extravert, bestaat een grotere kans op angst of depressie. Ouderen met een cluster C-profiel (afhankelijk, vermijdend en obsessief-compulsief gedrag) laten met name angstverschijnselen zien, wanneer wezenlijke veranderingen op latere leeftijd gaan plaatsvinden, die samenhangen met verlieservaringen, zoals het verlies van een partner, de bekende woonomgeving of lichamelijke en cognitieve vaardigheden. De toegenomen kwetsbaarheid, zeker in combinatie met verminderd succesvolle – soms faliekant inadequaat geworden – copingstrategieën, kan veel angst genereren. Niet alleen voor de oudere, maar ook voor het steunsysteem betekent dit een grote belasting.

5.5.5 Somatische aandoeningen

Angst bij ouderen hangt vaak samen met of wordt veroorzaakt door lichamelijke ziekten of achteruitgang. Verminderde mobiliteit verhoogt de kans op vallen en daarmee ook de angst. Hart- en vaatziekten, schildklierproblemen, luchtweginfecties en duizeligheid brengen angst met zich mee; tegelijkertijd zijn dit ook nogal eens vertalingen of uitingen ervan. Angststoornissen komen vaak voor na een CVA en kunnen tot vele jaren erna blijven bestaan. Zo constateerden Sharpe et al (1990) de aanwezigheid van een angststoornis bij 20% van een groep post-CVA-patiënten, drie tot vijf jaar nadat het accident had plaatsgehad. Het is van belang dat de behandelaar in geval van somatische klachten en angst een juiste diagnose stelt en oorzaak en gevolg weet te onderscheiden. Complicerende factoren hierbij zijn de eerder genoemde comorbiditeit, de diversiteit van uitingvormen van angst(stoornissen) en de algemene onduidelijkheid over in hoeverre angst verbonden is met of zelfs “hoort bij” het ouder worden.

5.6 Behandeling

Angststoornissen hebben, als ze niet behandeld worden, vaak een chronisch beloop of kennen een intermitterend beloop. Behandeling is echter goed mogelijk, ook bij ouderen. De behandeling van de diverse angststoornissen is bij hen in principe ook niet anders dan bij volwassenen onder de 65 jaar. De multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen uit 2003 vormt een goede handleiding. Zowel voor de biologische behandeling als voor andersoortige behandelingsvormen zullen wel regelmatig aanpassingen nodig zijn vanwege bestaande comorbiditeit en gebruik van andere medicamenten. Ernstige cognitieve problemen zullen uiteraard het toepassen van psychotherapeutische beperken.

5.6.1 Psychosociale interventies

Angstreducerende maatregelen op psychosociaal gebied bestaan veelal uit het geven van voorlichting, informatie over specifieke verschijnselen en het voorkomen en hanteren daarvan aan de angstige oudere. Daarnaast zijn omgangsadvisen voor het steunsysteem van de oudere van minstens even groot belang. Er valt te denken aan informatie over de “aantrekkelijkheid” en de gevolgen van vermijdingsgedrag, waardoor de leefwereld van de angstige oudere zal verkleinen en de angst waarschijnlijk onverminderd aanwezig blijft of zelfs nog versterkt zal worden. Verder is van belang, dat de oudere en zijn partner/mantelzorgers weten, dat angstverschijnselen en angststoornissen vaak voorkomen en dat erover praten helpt. Er bestaat professionele hulp voor de aanpak van het probleem en hoe langer de angst voortduurt, hoe moeilijker het zal worden die met succes te bestrijden. Het is zaak in een vroeg stadium hulp of steun te zoeken.

Ontspanningstechnieken verdienen de voorkeur boven frequent lichamelijk onderzoek.

Bij angstige ouderen met (ernstige) cognitieve stoornissen kunnen praktische middelen helpen. Voorbeelden daarvan: geruststellen, een rustige benadering hanteren, een stoel of iets te drinken aanbieden, aandacht afleiden door iets, wat de angstige persoon interesseert, personen vermijden, die geassocieerd worden met angst (=gezond vermijdingsgedrag; immers: de cognitieve beperking staat actieve verwerking in de weg) en ademhaling begeleiden en sturen, waardoor hyperventilatie vaak voorkomen kan worden.

5.6.2 Ondersteunende interventies/'vak'-interventies

Ondersteunende interventies door diverse beroepsgroepen ingezet. Ze worden te hooi en te gras gebruikt en zijn tot dusver nauwelijks systematisch beschreven en onderzocht.

Veelal worden ze toegepast in combinatie met farmacologische en psychologische/psychotherapeutische interventies. Dit maakt effectmeting van een ondersteunende (deel-)behandeling lastig. Als meest toegepaste ondersteunende technieken om gebrekkig persoonlijk functioneren bij voorkomende angststoornissen te verbeteren worden beschreven: zelfhulp, beeldend therapeutische interventies, bevordering van coping, dramatherapeutische interventies, muziektherapeutische interventies, psychomotore interventies, dans- en bewegingsinterventies en therapeutisch touch.

Ondersteuning van het netwerk wordt genoemd als interventie om sociaal functioneren te versterken. Zelfhulp, al dan niet vergezeld van een laagfrequent gesprekscontact en/of lotgenotencontact, is de meest bekende van de genoemde alternatieven.

Op preventiegebied worden cursussen aangeboden als 'Angst de baas' voor 55-plussers.

Voor verschillende angststoornissen – zoals de paniekstoornis en de gegeneraliseerde angststoornis – zijn verschillende zelfhulppakketten voorhanden.

Bevordering van coping is vaak een onderdeel of een effect van een psychologische interventie, zoals een gestructureerde assertiviteitstraining of een training van Goldsteinvaardigheden (een praatje maken, kritiek geven, etc.)

Bij dementerende cliënten worden als ondersteunende interventies toegepast: warme zorg, validatie, zintuigactivering/-prikkeling, belevingsgerichte zorg en snoezelen.

5.6.3 Psychologische en psychotherapeutische interventies

Voor de angststoornissen worden in de multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen verschillende vormen van psychologische en psychotherapeutische interventies

aanbevolen. Voor veel stoornissen geldt nog altijd, dat een combinatiebehandeling van ‘pillen en praten’ te verkiezen is boven een van de twee. Per stoornis worden achtereenvolgens de meest aan te bevelen interventies genoemd. Voor een paniekstoornis blijken exposure in vivo en verschillende soorten paniekmanagement – zoals cognitieve deeltechnieken en paniek-controletraining – het meest effectief te zijn. Voor de gegeneraliseerde angststoornis geldt, dat cognitieve therapie, angstmanagement, al dan niet vergezeld van ontspanningstechnieken en/of exposure de voorkeur verdienen. Bij de posttraumatische stressstoornis worden genoemd de exposure-in-gedachten en cognitieve therapie; daarnaast ook EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing). Bij dit laatste gaat het om een techniek, waarbij eerst de traumatische gebeurtenis in denken en gevoel bij de oudere wordt opgeroepen en de persoon vervolgens wordt gevraagd snelle oogbewegingen te maken volgens een vastgesteld patroon. Voor de sociale fobie worden aanbevolen: exposure, cognitieve therapie, taakconcentratietraining of sociale vaardigheidstraining. De specifieke fobie zou eveneens goed reageren op exposure en cognitieve therapie; verder op geruststellende informatie, coping en modeling. Exposure en cognitieve therapie worden tenslotte ook genoemd als aan te bevelen psychologische interventies bij de obsessief-compulsieve stoornis en bij hypochondrie. Bij de laatste zou een dergelijke aanpak nog gecombineerd kunnen worden met de toepassing van stressmanagementtechnieken.

Naast behandeling door middel van medicatie, gesprekken, dan wel een combinatie van beiden, lijkt mediatieve therapie een effectieve techniek bij het terugdringen van angst bij ouderen in verpleeg- en verzorgingshuizen. Zeker wanneer het gaat om subjectieve klachten of angstig gedrag van een cliënt met matige tot ernstige cognitieve stoornissen, kan mediatieve therapie soelaas bieden. Mediatieve therapie is een vorm van gedragstherapie, waarbij beoogd wordt het probleemgedrag van de cliënt te veranderen door met name te investeren in de relatie tussen de verzorgende en de oudere. De directe face-to-face aandacht gaat voor de behandelaar/therapeut dus niet in de eerste plaats uit naar de oudere zelf. De ziekenverzorgende/helpende is degene, die het meest in aanraking komt met de angstige oudere. Zij heeft de meest actuele en specifieke informatie over het angstige gedrag van de cliënt. Zij zal dan ook het medium zijn, waarvan de “relatiebehandelaar” zich bedient; vandaar de term ‘mediatieve therapie’.

De verzorgende speelt niet alleen de hoofdrol bij de definiëring van de probleemsituatie, maar behoudt die ook in het verdere verloop van de behandeling.

Het zorgteam maakt de gedragsanalyse en stelt daarnaast ook de gewenste doelen, past de interventies toe – heeft dus ook het instrument/de methode in de vingers, waardoor de cliënt krijgt wat hij nodig heeft, op het moment dat hij het nodig heeft – en heeft de regie bij het evalueren van de resultaten.

Positieve effecten van dit proces voor de verzorgende/helpende kunnen zijn, dat zij het gevoel heeft (meer) vat te hebben op de angst van de cliënt en tevens zicht krijgt op de factoren, die angst uitlokken of versterken en op haar eigen aandeel in het ontstaan, verminderen/voorkomen dan wel laten voortduren van het probleem.

Uiteraard kan mediatieve therapie ook worden toegepast in de thuissituatie; zowel bij aan- als afwezigheid van cognitieve problemen.

5.6.4 Biologische interventies

De multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen adviseert voor verschillende angststoornissen, al dan niet als eerste keus, medicamenteuze therapie. Voor uitgebreide en gedetailleerde behandelingschema's wordt naar de richtlijn verwezen.

Hier worden de hoofdlijnen weergegeven.

Veelal wordt bij een keuze voor medicamenteuze therapie als eerste een antidepressivum uit de groep van SSRI's (selective serotonine re-uptake inhibitor) aangeraden. Bij onvoldoende succes van een SSRI wordt, als switchen naar een andere SSRI ook geen succes heeft, in een aantal gevallen aangeraden daarna over te gaan op een tricyclisch antidepressivum (TCA). Behandelingseffecten zijn vaak pas na verloop van tijd zichtbaar (4-8 weken): medicamenteuze therapie moet dus voldoende lang volgehouden worden.

Bij ouderen wordt geadviseerd met de helft van de aanbevolen dosis te starten. Als er geen bijwerkingen zijn, kan dezelfde maximale dosis gebruikt als bij volwassenen onder de 65 jaar. Wel is het belangrijk om bij ouderen goed te letten op contra-indicaties vanuit bijkomende lichamelijke aandoeningen en op geneesmiddeleninteracties. Specifiek voor SSRI's is gebruik van andere geneesmiddelen die ook door het cytochroom-P450 worden gemetaboliseerd een belangrijk aandachtspunt, evenals gebruik van NSAID's en antistollingsmiddelen (i.v.m. verhoogde bloedingneiging) en gebruik van diuretica (i.v.m. verhoogde kans op hyponatraëmie).

TCA's zijn relatief gecontraïndiceerd bij kwetsbare ouderen vanwege hun anticholinerge bijwerkingen, maar kunnen nodig zijn als tweede keus preparaat. Alleen de eerste maanden na een hartinfarct zijn TCA absoluut gecontraïndiceerd.

Als de behandeling aanslaat, wordt bij de meeste angststoornissen een behandelduur van 6-12 maanden als minimum geadviseerd. Pas daarna kan behandeling afgebouwd worden.

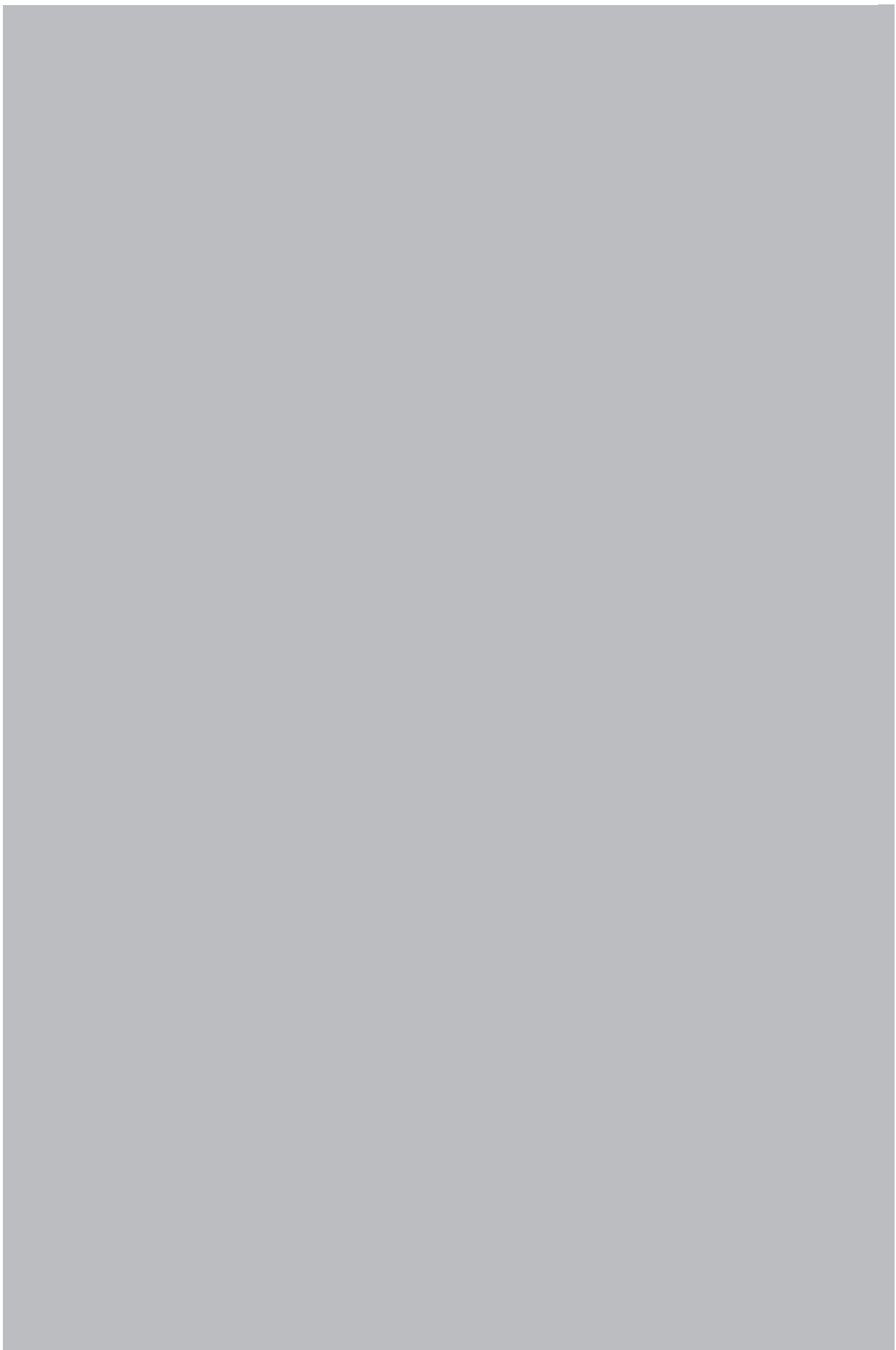
5.7 Samenvatting

Angst komt veel voor onder ouderen. Het wordt echter regelmatig niet als zodanig herkend, mede doordat de klachten nogal eens lichamelijk gepresenteerd worden. Daarnaast is aanwezigheid van andere psychiatrische aandoeningen en somatische aandoeningen een complicerende factor voor de diagnostiek. De oorzaak van angst is meestal een combinatie van biologische, psychologische en sociale factoren. Behandeling dient zich op intervenieerbare factoren van deze gebieden te richten. Bij de behandeling van kwetsbare ouderen met angstklachten nemen,

omdat farmacologische en psychotherapeutische behandelingen op de nodige beperkingen stuiten, psychosociale en ondersteunende interventies een belangrijke plaats in.

Literatuur

1. Bremmer, M.A., Beekman, A.T.F., Deeg, D.J.H., et al. (1997). *Angststoornissen bij ouderen. Prevalentie en risicofactoren*. Tijdschrift voor Psychiatrie, 39: 634-648.
2. Hamer, A.F.M. (1998). *Veranderen via een omweg. Mediatieve therapie*. In: Vink, M.T. & Broek, P.: Oud geleerd, oud gedaan. Gedragstherapie bij ouderen. Bohn Stafleu van Loghum, Houten/Diegem.
3. Hazelhof, T., Verdonschot, T. (2000). *Begeleiden van ouderen met problemen*. Elsevier, Maarssen.
4. Heeren, T.J., Kat M.G., Stek, M.L. (2001). *Handboek ouderenpsychiatrie*. De Tijdstroom, Utrecht.
5. Luijendijk, H.J., Verkaaik, A.J.B. (2006). *Handboek sociale geriatrie*. De Tijdstroom, Utrecht.
6. Mahoney, E. Anxiety. In Mahoney, E., Volicer, L., Hurley, A.C. (2000). *Management of Challenging behaviors in Dementia*. Health Professions Press, Inc. Baltimore.
7. Middeldorp, C.M. (2006). *Genetic-epidemiology of Anxious Depression: Analysis of Twin-family Data in the Framework of the Netherlands Twin-family Study of Anxious Depression (NETSAD)*. Amsterdam.
8. Middeldorp, C.M., Cath, D.C., Berg, M. van den, Beem, A.L., Dyck, R. van, Boomsma, D.I. (2006). *The Association of Personality with Anxious and Depressive Psychopathology*. In 'Canli, T, ed.' *Biology of Personality and Individual Differences*. New York: Guilford Press.
9. Nederlands Kenniscentrum Ouderen Psychiatrie (NKOP). *Overzicht meetinstrumenten: 13 maart 2007*. <http://www.ouderenpsychiatrie.nl/sjablonen/1/infotype/news/newspage/view.asp?objectID=407>.
10. Pot, AM, Kuin, Y, Vink, M. (2007). *Handboek ouderenpsychologie*. De Tijdstroom, Utrecht.
11. Sharpe, M., Hawton, K., House, A. et al. (1990). *Mood Disorders in Long-term Survivors of Stroke: Associations with Brain Lesion Location and Volume*. *Psychological Medicine*, 20: 815-828.
12. Smalbrugge, M. (2006). *Anxiety and depression in nursing home patients*. Prevalence, risk indicators and consequences. Thesis, Amsterdam.
13. Weijnen, I.C. Beurs, E. de, *Angststoornissen bij ouderen*. In 'Van Balkom A.J.L.M., Oppen, P. van, Dyck, R van, (2001) (red).' *Behandelingsstrategieën bij angststoornissen*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten.



Apathie

Dr. H.C. Comijs, dr. M.L. Stek

6.1 Inleiding

“Mijn man komt tot niets. Als ik eind van de middag thuis kom, zit hij nog op dezelfde plaats op de bank als toen ik vier uur eerder vertrok.” Het gedrag dat de partner van deze man beschrijft, wordt aangeduid met apathie. Apathie stamt af van het Griekse woord *pathos* en verwijst naar de afwezigheid of een tekort aan motivatie, belangstelling en gevoelens. Apathie komt vaak voor bij een neurodegeneratieve ziekte, zoals dementie, en bij psychische aandoeningen, zoals depressie. Apathie heeft grote invloed op de levenskwaliteit van de patiënt en van zijn of haar omgeving. De patiënt moet vaak tot handelingen worden aangezet, en in ernstige gevallen kan de autonomie helemaal verloren gaan. Dit maakt iemand volledig afhankelijk van mantelzorgers, en kan leiden tot permanente opname in een verpleeghuis.

De discussie of apathie als apart syndroom kan voorkomen is nog volop aan de gang. Daarom zijn de diagnostische criteria voor apathie als syndroom nog niet opgenomen in de veelgebruikte psychiatrische classificatiesystemen (DSM en ICD-10). Vooruitlopend op de uitkomsten van deze discussie gaan wij er in het voorliggend hoofdstuk van uit dat apathie zowel een op zichzelf staand syndroom kan zijn, als een symptoom van een ziekte, zoals depressie of dementie.

In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van hetgeen bekend is over apathie bij ouderen met somatische en psychogeriatrische ziekten, hoe het gediagnosticeerd kan worden en wat de behandelmogelijkheden zijn.

6.2 Wat is apathie?

6.2.1 Kenmerken van apathie

Apathie is een motivationele stoornis, waarbij de drijfveer of motivatie om iets te doen ontbreekt of sterk is afgenomen ten opzichte van dat wat normaal was voor de persoon. De belangrijkste kenmerken zijn: gebrek aan motivatie om iets te doen, verlies van initiatief en verlies van interesse en emoties (zie kader: diagnostische criteria). Het gaat nadrukkelijk om veranderingen in gedrag ten opzichte van vroeger.

De oorzaak van apathie hangt samen met veranderingen in de hersenen, met name van de frontale en subcorticale hersengebieden. Deze veranderingen bestaan meestal uit een verminderd metabolisme, witte stof pathologie of vasculaire laesies. Apathie gaat dan ook meestal gepaard met cognitieve stoornissen, zoals problemen met planning, organisatie en overzicht en problemen met werkgeheugen (executieve functiestoornissen). Vaak hebben patiënten een beperkt inzicht in hun eigen functioneren en ze hebben zelf meestal geen last van de vermindering in motivatie en aandrift. Apathie kan variëren in ernst, van een geringe afname van het activiteiten niveau en emoties, tot zeer ernstige vormen waarbij mensen geen contact meer leggen en volledig inactief zijn, zoals wordt waargenomen in de laatste fase van dementie. Door het verschil in ernst is de impact van apathie op

het functioneren in het dagelijks leven van persoon tot persoon verschillend. Zoals ook uit de inleiding blijkt, beschrijven familieleden van mensen met apathie met name de extreme passiviteit bijvoorbeeld “als ik haar niet vraag iets te doen, of met me mee te gaan, doet ze de hele dag niets”, maar vaak wordt ook het gebrek aan emotionele reacties genoemd: “het lijkt wel of het hem allemaal niets kan schelen.” Patiënten zelf zullen in antwoord op vragen zeggen: “ik heb niet veel plannen meer”, of “Ik heb niet meer zoveel belangstelling voor dat soort zaken”, of “ik heb niet zoveel behoefte om naar buiten te gaan.”

Apathie heeft een grote invloed op de kwaliteit van leven van de patiënt en zijn of haar omgeving. Doordat mensen steeds minder actief zijn en er op uit trekken, leidt apathie vaak tot verlies van sociale contacten. Daarnaast kan de inactiviteit die het gevolg is van apathie leiden tot functionele beperkingen en slechte lichamelijke verzorging. Ook kan het voorkomen dat mensen hun medicijnen niet meer goed innemen of niet tijdig naar een arts gaan als er lichamelijke klachten zijn. Deze veranderingen in gedrag gaan vaak geleidelijk, en kunnen steeds ernstiger worden. Dit kan leiden tot toenemende frustratie en spanning bij mantelzorgers en familieleden. Door het gebrek aan initiatief en motivatie om iets te doen, moeten mensen met apathie vaak aangespoord worden om iets te doen. Het is gebleken dat ervaren stress door mantelzorgers dan ook in sterke mate samenhangt met apathie (van Reekum et al. 2005). Verwante stoornissen zoals akinetisch mutisme, kunnen mogelijk beschouwd worden als ernstige vormen van apathie. Men spreekt over akinetisch mutisme bij volledige afwezigheid van motorische activiteit en communicatie met de omgeving, zonder dat er sprake is van een stoornis in het bewustzijn of verlamningsverschijnselen.

TERZIJDE < Diagnostische criteria voor apathie*

- A. Tekort aan motivatie in vergelijking met het eerdere niveau van functioneren en/of hetgeen passend is bij de leeftijd of cultuur, aangegeven door de persoon zelf of op basis van observatie door anderen.
- B. De aanwezigheid van ten minste een symptoom uit elk van de drie domeinen (naast het tekort aan motivatie):
 1. Afname van doelgericht gedrag
 - spant zich te weinig in
 - afhankelijkheid van anderen met betrekking tot het structureren van activiteiten
 2. Afname doelgericht cognitief gedrag
 - tekort aan belangstelling voor het leren of doen van nieuwe dingen
 - tekort aan belangstelling voor de eigen persoonlijke problemen
 3. Afname van emotionele reactiviteit
 - vlak affect

- gebrek aan emotionele respons in reactie op positieve of negatieve gebeurtenissen

C. De symptomen veroorzaken in significante mate lijden of beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.

D. De symptomen zijn niet het gevolg van een verlaagd bewustzijnsniveau of van de directe fysiologische effecten van een middel (bijvoorbeeld drug, geneesmiddel) >

* Afgeleid van Marin, 1997; Starkstein et al., 2001

6.2.2 Apathie bij somatische ziekten

In zekere zin kan een aantal verschijnselen van apathie worden beschouwd als een normale aanpassingsreactie op lichamelijke ziekte, denk maar aan een flinke griep. In dat geval heeft een tijdelijk verminderde aandrift en terugtrekgedrag een gunstig effect, het lichaam wordt “gespaard” om de ziekteperiode te overbruggen. Een belangrijk verschil met apathie is dat de malaise en ervaren moeheid op de voorgrond staan en dat patiënten zich hier meestal ook beter van bewust zijn en er zelf meer hinder van ondervinden. Echter, bij blijvende lichamelijke ontregeling zoals chronische auto-immuun aandoeningen (bijvoorbeeld systemische lupus erythematodes ((SLE)), reuma), kan dit ook in een daadwerkelijk apathiesyndroom uitmonden. Ook hormonale aandoeningen met een secundair effect op de hersenen zoals bijvoorbeeld een te traag werkende schildklier kunnen al dan niet in combinatie met een depressieve stemming apathie veroorzaken. De symptomen verdwijnen weer als de schildklierafwijkingen adequaat behandeld worden. In het algemeen wordt bij lichamelijke aandoeningen buiten de hersenen gelegen, dan ook aangenomen dat er wel een secundaire invloed moet zijn op de cerebrale circuits, die worden geassocieerd met apathie.

6.2.3 Apathie bij neuro-degeneratieve ziekten

Apathie kan een symptoom zijn van verschillende degeneratieve ziekten waarbij fronto-subcorticale gebieden van de hersenen zijn betrokken, zoals de ziekte van Parkinson, progressieve supranucleaire palsy (PSP), vasculaire dementie en de ziekte van Alzheimer. Het komt ook vaak voor na een cerebro vasculair accident (CVA), met name bij ouderen. Apathie is verreweg het meest bestudeerd en beschreven bij de verschillende vormen van dementie, en is dan ook een van de meest voorkomende gedragsproblemen bij dementie. Het kan in een vroeg stadium van de ziekte beginnen, en neemt meestal in ernst toe naarmate de ziekte voortschrijdt en hangt dan vaak samen met de ernst van de cognitieve stoornissen.

Iedereen die bekend is met de psychogeriatricie kent het beeld van de ernstig demente patiënt die stilletjes in een stoel zit, of in bed ligt, van wie geen enkel initiatief meer uitgaat en die nauwelijks meer reageert op prikkels uit de omgeving. Apathie wordt in dat kader toegeschreven aan een tekort aan cognitieve capaciteiten die nodig zijn om prikkels uit de omgeving te begrijpen en tot doelgericht gedrag te komen. Daarnaast kan de apathie veroorzaakt worden door de neurologische schade die ten grondslag ligt aan de dementie (Starkstein et al., 2001 en 2005; van Reekum et al., 2005). Apathische patiënten hebben vaak meer problemen met activiteiten uit het dagelijks leven dan de ernst van de cognitieve stoornissen in strikte zin zou doen vermoeden. Bij bepaalde vormen van dementie zoals frontotemporale dementie zijn de cognitieve vaardigheden relatief behouden, en kan de aandriftstoornis sterk op de voorgrond staan en het dagelijks functioneren sterk beïnvloeden.

6.2.4 Apathie bij psychische stoornissen

Apathie kan een symptoom zijn van psychische ziekten, zoals depressie en schizofrenie. Verlies van interesse is een kernsymptoom van depressie en komt met name bij ouderen met een depressieve stoornis vaak voor (zie hoofdstuk depressieve stoornissen). Andere symptomen van depressie die overlappen met het concept van depressie zijn: psychomotore remming, inactiviteit, gebrek aan affect of gevoel van leegheid en anhedonie. Hieruit blijkt dat er een grote overlap bestaat tussen depressie en apathie. Het is dan ook niet verwonderlijk dat de discussie over de vraag of depressie en apathie overlappende ziektebeelden zijn, of dat deze als aparte syndromen beschouwd moeten worden, nog steeds voortduurt. Maar omdat er toenemende mate aanwijzingen zijn dat apathie en depressie onafhankelijk van elkaar kunnen voorkomen bij diverse neurodegeneratieve ziekten, lijkt de balans door te slaan naar de erkenning dat apathie en depressie twee verschillende ziektebeelden zijn. Dit wordt ook bevestigd door recent beeldvormend onderzoek waarin is gevonden dat depressie en apathie met afwijkingen in twee verschillende gebieden in de prefrontale hersenen samenhangen (Lavretsky et al. 2007). In tabel 6.1 staan de klinische verschillen en overeenkomsten tussen apathie en depressie weergegeven.

Tabel 6.1 Verschillen en overeenkomsten tussen de klinische symptomen van apathie en depressie.

Symptomen specifiek voor apathie	Symptomen van zowel apathie als depressie	Symptomen specifiek voor depressie
<ul style="list-style-type: none"> - gebrek aan motivatie - onverschilligheid, vlakke stemming - gebrek aan doelgericht gedrag - gebrek aan emotionele respons op positieve en negatieve gebeurtenissen - verlies van initiatief - beperkt ziekte-inzicht 	<ul style="list-style-type: none"> - verlies van interesse - afname van activiteiten-niveau - vermoeidheid en verlies van energie - concentratieproblemen vertraagd denken - executieve (cognitieve) functiestoornissen 	<ul style="list-style-type: none"> - sombere stemming - gevoelens van waardeloosheid of overmatige schuld - terugkerende gedachten aan dood of zelfdoding

Apathie is ook een van de kernsymptomen van schizofrenie, en behoort tot de zogenaamde negatieve symptomen. Met negatieve symptomen wordt hier bedoeld: vervlakking van het affect, gedachten- of spraakarmoede of verminderde reactiviteit op de omgeving. Deze negatieve ofwel apathische symptomen komen vooral voor bij schizofrenie die al op jonge leeftijd is ontstaan, en nemen in ernst toe naarmate mensen ouder worden en in veel gevallen langer gehospitaliseerd zijn. Bij schizofrenie die op latere leeftijd ontstaat (na het veertigste) staan meestal paranoïde wanen, hallucinaties, angst- en stemmingsstoornissen op de voorgrond en lijkt het beeld veel minder vaak gepaard te gaan met apathie (Heeren et al., 2001).

6.3 Epidemiologie

Omdat apathie bij meerdere ziekten voorkomt, is de prevalentie hoog. In een overzichtsartikel van van Reekum et al. (2005) wordt een overzicht gegeven van de gemiddelde prevalenties van apathie bij verschillende ziektes. De gemiddelde prevalentie van apathie bij thuiswonende mensen met de ziekte van Alzheimer (AD) is 60,3%. De gemiddelde prevalentie van apathie bij vasculaire dementie is 33,8%. In een groep mensen met de ziekte van Huntington, de ziekte van Parkinson of progressieve supranucleaire palsy werd een gemiddelde prevalentie van apathie gevonden van 40,6%. Van mensen die een CVA hebben doorgemaakt, ontwikkelt gemiddeld 34,7% van de mensen apathie. De hoogste prevalentie van apathie is gevonden bij mensen die in verpleeghuizen wonen (84,1%), hetgeen erop duidt dat apathie vaker voorkomt naarmate een degeneratieve ziekte in een meer gevorderd stadium is.

Uit recent Amerikaans onderzoek onder thuiswonende ouderen (Onyike et al., 2007) bleek dat 1,4% van de mensen die geen duidelijke cognitieve stoornissen hadden, klinisch relevante apathische symptomen had. Verder had 3,1% van de

mensen met milde cognitieve stoornissen (geen dementie) en 17,3% van de mensen met dementie klinisch relevante apathische symptomen. Deze apathische symptomen bleken niet samen te hangen met depressie. Wel werd er bij de mensen zonder cognitieve stoornissen een samenhang gevonden met gemiddeld lagere prestaties op een aantal cognitieve tests. Hier leiden de onderzoekers uit af dat apathie waarschijnlijk een van de eerste tekenen van een beginnende dementie is.

6.4 Diagnostiek

Vaak worden mensen minder actief naarmate ze ouder worden. Dit heeft veelal te maken met een toename van de functionele beperkingen en afname van het energieniveau. Deze afname van activiteit mag echter niet worden verward met apathie. Ouderen mogen dan minder actief worden, de meeste mensen blijven wel geïnteresseerd in de dingen waar ze voorheen ook geïnteresseerd in waren. Daarnaast verleggen ze hun inspanningen naar activiteiten die nog wel binnen hun bereik liggen. Mocht er echter sprake zijn van extreme inactiviteit in de zin van gebrek aan motivatie om iets te doen en verlies van initiatief, en verandering in het affect of emoties, dan is het wenselijk nadere diagnostiek te verrichten. Houd er rekening mee dat apathie meestal een symptoom van een neurodegeneratieve of psychische ziekte is. Als een dergelijke ziekte niet eerder is vastgesteld, is het belangrijk multidisciplinair onderzoek in te zetten:

- 1 psychiatrisch onderzoek om eventuele psychische stoornissen, zoals depressie of laat ontstane schizofrenie vast te stellen.
- 2 neurologisch onderzoek om een eventuele neurodegeneratieve ziekte vast te stellen.
- 3 een integraal geriatriesch onderzoek om extracerebrale oorzaken van apathie, die mogelijk behandelbaar zijn op te sporen en/of uit te sluiten.
- 4 neuropsychologisch onderzoek voor het onderzoeken van eventuele fronto-subcorticale functiestoornissen of in het kader van dementiediagnostiek.

Voor het vaststellen van de ernst van apathie zijn er inmiddels enkele vragenlijsten ontwikkeld en vertaald in het Nederlands: de Apathie Evaluatie Schaal (AES) van Marin en de Apathie Schaal (AS) van Starkstein. De AES (Heeren et al. 2001) bestaat uit 18 items en kent drie versies, een zelfinvul-vragenlijst, een versie die door de verzorger kan worden ingevuld en een versie bestemd voor de arts of psycholoog. De AS bestaat uit 14 items en is een zelfinvul-vragenlijst (zie tabel 6.2). Voor mensen met ernstige cognitieve stoornissen kan er gebruik gemaakt worden van de Nederlandse vertaling van de Neuropsychiatric Inventory (NPI): de Neuropsychiatrische vragenlijst (de Jonghe et al. 2003) en de Gedragsobservatie schaal voor de Intramurale Psychogeriatric (GIP). Met de NPI kan middels een interview met een verzorgende die goed op de hoogte is van het gedrag van de patiënt, een beeld worden gevormd van de aanwezigheid en ernst van diverse ge-

dragsproblemen bij dementie, waaronder apathie en depressie. De GIP kent inmiddels een verkorte versie van 28 items met Nederlandse normen (de Jonghe, et al., 1997) en heeft 3 subschalen: apathie, cognitie en affect. De beoordeling van het gedrag kan door verzorgenden worden gedaan, en heeft betrekking op het gedrag in de afgelopen twee weken.

Tabel 6.2 Apathieschaal van Starkstein.

1. Heeft u belangstelling om dingen te leren?	<i>Scoring</i> 0. sterk aanwezig 1. aanwezig 2. weinig aanwezig 3. in het geheel niet aanwezig (Items 9-14 omscoren)
2. Heeft iets uw interesse?	
3. Bent u bezorgd om uw gezondheid?	
4. Steekt u veel energie in de dingen die u doet?	
5. Bent u altijd op zoek naar dingen die u kunt doen?	
6. Heeft u plannen en stelt u zichzelf doelen voor de toekomst?	
7. Bent u gemotiveerd?	
8. Heeft u voldoende energie voor uw dagelijkse bezigheden?	
9. Is het nodig dat een ander u zegt wat u op een dag moet doen?	
10. Maakt het u allemaal niet uit wat er gebeurt?	
11. Bent u niet meer betrokken bij veel dingen?	
12. Hebt u een aanzet nodig om ergens aan te beginnen?	
13. Voelt u zich niet opgewekt of verdrietig, maar iets daartussenin?	
14. Zou u zichzelf apatisch noemen?	

6.5 Risicogebieden

6.5.1 Kwetsbaarheid vanuit leeftijd en voorgeschiedenis

Apathie kan ook bij jongere volwassenen voorkomen, maar is dan altijd gerelateerd aan een somatische, neurodegeneratieve of een psychische ziekte. Het kan zijn dat bepaalde gedragspatronen of gebeurtenissen eerder uit het leven mensen een verhoogd risico geven op een van de onderliggende ziektes later in het leven, maar er zijn tot op heden geen specifieke risicofactoren voor apathie gevonden.

6.5.2 Persoonlijke aspecten

Sommige mensen zijn actief, nemen veel initiatief en hebben veel sociale contacten. Anderen zijn passiever, afwachtend en zijn het liefst thuis. Dergelijke persoonlijkheidskenmerken veranderen niet als je ouder wordt. We spreken dan ook alleen van apathie als het gaat om veranderingen in gedrag ten opzichte van vroeger, die niet het gevolg zijn van functionele beperkingen of vermoeidheid. Hoewel er nog nauwelijks onderzoek naar is gedaan, lijkt het niet waarschijnlijk dat er een verband is tussen persoonlijkheidskenmerken en apathie. Bepaalde persoonlijkheidskenmerken zijn wel in verband gebracht met het ontstaan van depressie (zie hoofdstuk depressie).

6.5.3 Sociale context

Het sociale leven verandert meestal als mensen ouder worden. Fysieke beperkingen, problemen met vervoer of angst om alleen op straat te gaan kunnen leiden tot beperkingen in het sociaal functioneren en het verlies van sociale contacten. Het kan ook zijn dat mensen op deelgebieden, zoals een specifieke hobby, hun interesse verliezen als ze ouder worden. Dergelijke veranderingen in sociaal gedrag hoeven niet samen te hangen met apathie. We spreken van apathie als de symptomen leiden tot significante beperkingen in het sociaal functioneren in de brede zin van het woord, waarbij de oorzaak gezocht moet worden in verlies van belangstelling en motivatie tot doelgericht gedrag.

6.5.4 Somatische aspecten

Uit onderzoek naar apathie bij mensen die een CVA hebben doorgemaakt, blijkt dat apathie niet zozeer samenhangt met de ernst van het CVA, maar met de leeftijd en schade en/of wittestofpathologie in de fronto-subcorticale gebieden (Brodaty et al., 2005). Mensen die na een CVA apathische verschijnselen hadden, hadden meer cognitieve stoornissen en meer beperkingen bij activiteiten in het dagelijks leven. Apathie komt na CVA vaak onafhankelijk van depressie voor, hetgeen erop duidt dat depressie en apathie ondanks grote overlap, twee verschillende ziekten zijn. Apathie kan leiden tot een langduriger opname in een ziekenhuis, of overplaatsing naar een verpleeghuis.

6.6 Behandeling en omgangsadviezen

De behandeling van apathie concentreert zich in eerste instantie op de onderliggende ziekte. Als de apathie samenhangt met depressie, zal de depressie moeten worden behandeld en verdwijnt de apathie als de depressie opklaart. Als de onderliggende ziekte een neurodegeneratieve ziekte is, zal deze voor zover mogelijk

worden behandeld. Er is nog weinig gecontroleerd onderzoek gedaan naar het effect van medicamenteuze of psychosociale behandeling op apathische verschijnselen in het bijzonder. De eerste resultaten naar het effect van medicamenteuze behandeling laten een mogelijk gunstig effect zien van dopaminerge stoffen en amfetamines op apathie. Verder is er een duidelijke effect aangetoond van cholinesteraseremmers op apathie bij mensen met de ziekte van Alzheimer of vasculaire dementie (Van Reekum et al. 2005). Bij dementie is het belangrijk om goed onderscheid te maken tussen apathie en depressie. Eerste resultaten van buitenlands onderzoek wijzen er namelijk op dat sommige medicijnen voor depressie, bijvoorbeeld bepaalde SSRI's, het apathische gedrag bij dementie kunnen doen toenemen.

Psychosociale interventies richten zich in eerste instantie op het onderliggende ziektebeeld, zoals depressie of dementie (zie hoofdstuk depressie). In een recent overzichtsartikel is het effect van psychosociale interventies op apathie bij mensen met een dementiesyndroom onderzocht (Verkaik et al., 2005). Hieruit is gebleken dat met name de Zintuig Activeringsmethode, ook wel bekend onder de term 'snoezelen' een, weliswaar bescheiden, maar gunstig effect heeft op apathie bij mensen met een ernstige vorm van dementie. De Zintuig Activeringsmethode heeft als doel om op een positieve manier weer in contact te komen met de apathische patiënt. Bij deze methode worden diverse zintuigen op een prettige manier geprikkeld, om een reactie uit te lokken bij de patiënt. Inmiddels is er door het NIVEL een richtlijn voor verzorgenden verschenen, waarin adviezen worden gegeven voor het begeleiden van mensen met ernstige dementie en apathie. In deze richtlijn wordt kort de belevingsgericht werkhouding en de zorgcyclus toegelicht, en vervolgens wordt de Zintuigtuig Activeringsmethode beschreven. Ook is er een cursus ontwikkeld voor verzorgenden: "Snoezelen door uitvoerenden".

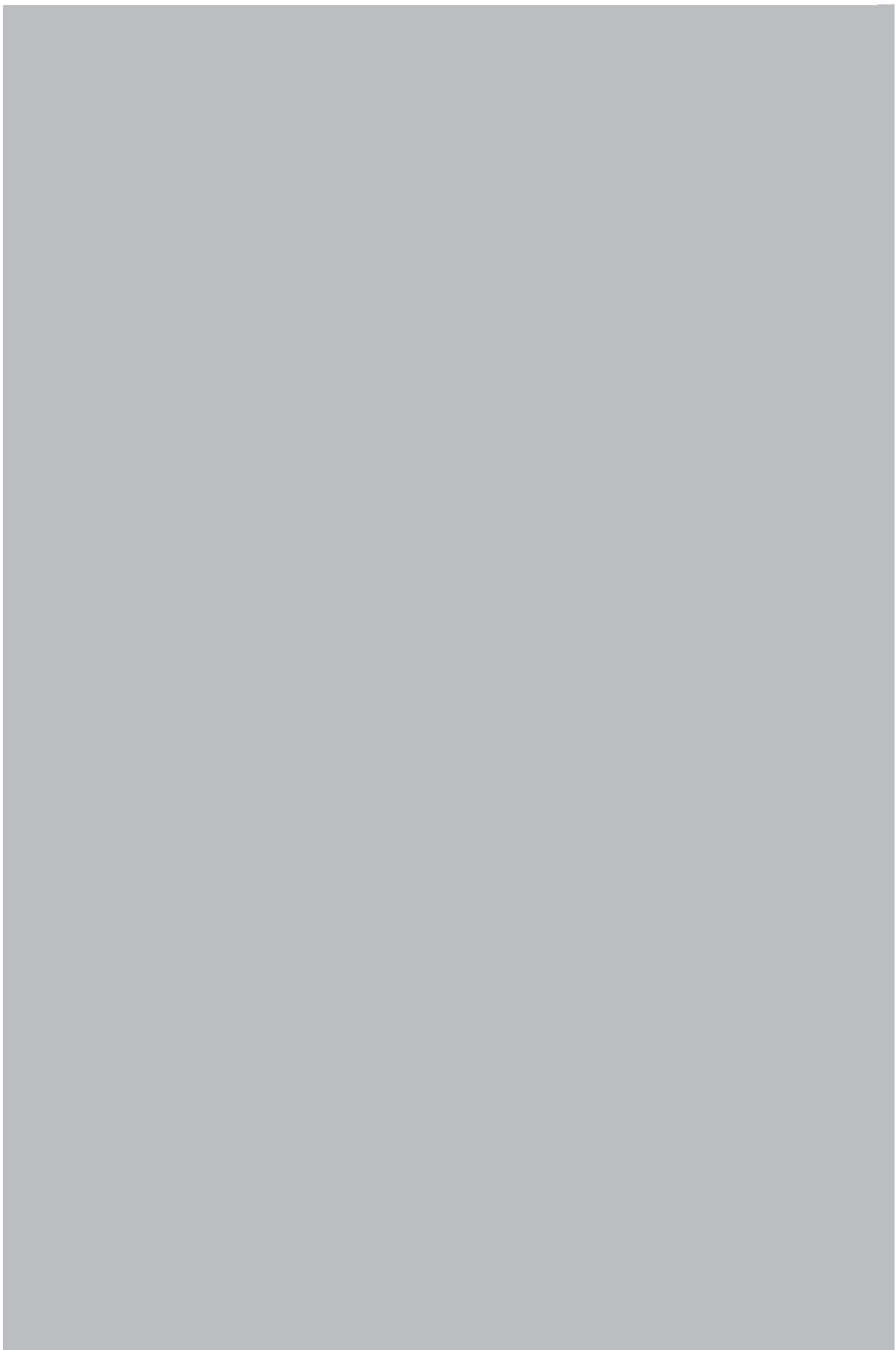
Over de behandeling van apathie bij lichte vormen van dementie is geen gericht onderzoek gedaan. Ook zijn er geen specifieke programma's bekend die zich op de apathische symptomen richten. Het is echter van belang om aandacht te besteden aan de psycho-educatie van mantelzorgers en verzorgenden. Het helpt wanneer zij begrijpen hoe het komt dat hun partner of de patiënt weinig of geen initiatief neemt en passief is. Familieleden en verzorgenden die onvoldoende kennis van de ziekte hebben, kunnen het gedrag makkelijk aanzien voor luiheid, gebrek aan interesse, of moedwillig verzet, hetgeen onnodig tot extra stress bij zowel de patiënt als de verzorgende leidt. Het is dan ook belangrijk te begrijpen dat het bij de patiënt niet om onwil, maar om onvermogen gaat. Verzorgenden moeten leren hoe ze de patiënt kunnen aanzetten tot het gewenste gedrag, en hun verwachtingspatroon aanpassen aan de mogelijkheden van de patiënt. Ook kan het helpen een zekere routine en regelmaat in het dagelijks leven aan te brengen, met een passende stimulering tot dagelijkse handelingen. Daarnaast kunnen de verschillende vaktherapeuten een belangrijke rol spelen bij de invulling van een zinvolle dagbesteding van deze patiënten.

6.7 Samenvatting

Apathie is een motivationele stoornis, waarbij de drijfveer of motivatie om iets te doen ontbreekt of sterk is afgenomen ten opzichte van dat wat normaal was voor de persoon gecombineerd met verlies van interesse en emoties. Apathie komt vaak voor bij een neurodegeneratieve ziekte, zoals dementie, en bij psychische aandoeningen, zoals depressie. Apathie heeft grote invloed op de levenskwaliteit van de patiënt en van zijn of haar omgeving. Apathie kan variëren in ernst en in het uiterste geval leiden tot volledige afhankelijkheid van mantelzorgers, en permanente opname in een verpleeghuis.

Literatuur

1. Brodaty, H., Sachdev, P.S., Withall, A., Altendorf, A., Valenzuela, M.J., Lorentz, L. (2005). Frequency and clinical, neuropsychological and neuroimaging correlates of apathy following stroke – the Sydney Stroke Study. *Psychological Medicine* 35 (12), pp 1707-1716.
2. Heeren, R.T., Kat, M.G. & Stek, M.L. (2001). Handboek ouderenpsychiatrie. *De Tijdstroom*, Leusden.
3. Jonghe, J.F. de, Kat, M.G., Kalisvaart, C.J., Boelaarts, L. (2003). Neuropsychiatric inventory vragenlijstversie (NPI-Q): validiteitsaspecten van de Nederlandse versie. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 34(2), pp 74-7.
4. Jonghe, J.F. de, Ooms, M.E., Ribbe, M.W. (1997). Verkorte gedragsobservatieschaal voor de Intramuraal Psychogeriatric (GIP-28). *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 28(3):119-23.
5. Lavretsky, H., Ballmaier, M., Pham, D., Toga, A., Kumar, A. (2007). Neuroanatomical characteristics of geriatric apathy and depression: a magnetic resonance imaging study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(5), pp 386-394.
6. Marin, R.S. (1997). Apathy - who cares? An introduction to apathy and related disorders of diminished motivation. *Psychiatric Annals*, 27, pp 18-23.
7. NIVEL & Verpleeghuis Waerthove (2004). *Het begeleiden van mensen met dementie die apathisch zijn. Richtlijn voor verzorgenden*. NIVEL, Utrecht.
8. Onyike, C.U., Sheppard, J.M., Tschanz, J.T., Norton, M.C., Green, R.C., Steinberg, M., Welsh-Bohmer, K.A., Breitner, J.C., Lyketsos, C.G. (2007). Epidemiology of apathy in older adults: the Cache County Study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(5), pp 365-75.
9. Starkstein, S.E., Petracca, G., Chmerinski, E., Kremer, J. (2001). Syndromic validity of apathy in Alzheimer's disease. *American Journal of Psychiatry*, 158, pp 872-877.
10. Starkstein, S.E., Ingram, L., Garau, M.L., Mizrahi, R. (2005). On the overlap between apathy and depression in dementia. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 76, pp 1070-1074.
11. Reekum, R. van, Stuss, D.T., Ostrander, L. (2005). Apathy: Why care? *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 17, pp 7-19.
12. Verkaik, R., Weert, J.C. van, Francke, A.L., (2005). The effects of psychosocial methods on depressed, aggressive and apathetic behaviors of people with dementia: a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(4), pp 301-314.



Hoofdstuk

7

Psychotische stoornissen

Dr. M.G. Kat

7.1 Inleiding

De term psychose wordt veelal in verband gebracht met bewoordingen als gekte, krankzinnigheid, paranoia of schizofrenie. Een klassieke benaming is die van de vooraanstaand Duits psychiater Kraepelin, hij sprak van 'dementia praecox' (1893). In die tijd dacht men al gauw dat iemand leed aan 'dementie' als hij bizar gedrag begon te vertonen.

In de dagelijkse praktijk van hulpverleners in de verschillende zorginstellingen kan men ouderen tegenkomen die zich presenteren met psychotische verschijnselen zoals waangedachten, hallucinaties of vreemd, oninvoelbaar gedrag. Deze symptomen kunnen voorkomen binnen een scala van psychiatrische ziektebeelden. Het is zaak deze goed van elkaar te onderscheiden omdat voor elk van de stoornissen weer een ander behandelplan of begeleidingstraject geïndiceerd kan zijn. Speciale aandacht dient hierbij uit te gaan naar de hulpverlener zelf, omdat deze het gedrag nogal eens als wat vreemd, onberekenbaar of zelfs beangstigend kan ervaren en hierdoor onzeker wordt. In dit hoofdstuk zullen een aantal psychiatrische ziektebeelden worden besproken waarin deze psychotische verschijnselen centraal staan of in ieder geval een belangrijke plaats hebben. De presentatie en de herkenning komen aan bod (het klinisch beeld) alsook de per psychose bekende oorzaken, functionele beperkingen en de behandeling en begeleiding.

7.2 Wat is psychose?

Psychose is een verzamelbegrip voor een groep van ernstige psychiatrische stoornissen waarbij verschijnselen als hallucinaties, verwardheid, onlogisch en waanachtig denken, bizar en vaak oninvoelbaar en onberekenbaar handelen, kunnen voorkomen. In feite betreft het hier aandoeningen die gepaard gaan met ernstige problemen in het verwerken van 'binnenkomende' informatie. Dit gaat gepaard met waarnemingsstoornissen (hallucinaties) en een gestoorde organisatie van het denken zich uitend in verhoogd associatief zijn, verwardheid en onlogisch en vreemd taalgebruik. Daarnaast is er sprake van een probleem met het toetsen van de binnenkomende informatie aan de realiteit van alledag, ook wel gestoorde realiteitstoetsing genoemd. Het gevolg is dat aan de (gestoorde) waarnemingen verkeerde interpretatie gegeven kunnen worden bijvoorbeeld irrealistische en oncorrigeerbare gedachten. We spreken in dit geval van wanen, de waan als stoornis van de inhoud van het denken. De hier beschreven fenomenen worden de ook wel 'positieve' symptomen van de psychose genoemd. De psychiatrische stoornis waarbij we deze het meest uitgebreid aantreffen is schizofrenie.

Ieder weldenkend mens maakt gebruik van realiteitstoetsing d.w.z. hij toetst zijn gedachten of waarnemingen aan een referentiekader. Zo weet hij dat een gedachte realistisch is en niet uitsluitend berust op fantasie. Of hij ziet en hoort dingen die er ook echt zijn. Hij kan dit toetsen door het er met anderen over te hebben. 'Heb ik het goed dat je moeder is opgenomen in het ziekenhuis?' of 'Kan het zijn dat ik je gisteren in de stad zag lopen om drie uur?'. Bij patiënten met een

primaire psychose (schizofrenie, waanstoornis) gaan realiteit en fantasie door elkaar heen lopen en vindt deze toetsing op gebrekkige wijze plaats. Dat kan bizarre vormen aannemen, bijvoorbeeld de 90-jarige dame met de overtuiging zwanger te zijn en ons maant weg te gaan daar zij moet rusten in verband met het kindje in haar buik of de 65-jarige man die zijn ramen barricadeert vanwege naderende vliegtuigen die nare berichten uitzenden of hem bestralen via de boordcomputer. Als men zich probeert te verplaatsen in deze situatie is het niet moeilijk om aan te nemen dat de patiënt vaak heftige angsten doormaakt. In de literatuur over schizofrenie wordt wel gesproken van psychotische of existentiële angsten. Deze worden onderscheiden van de angsten die ieder mens kan doormaken zoals de angst iets niet goed te doen en daarop aangesproken te worden, de angst voor een reprimande of straf. Deze komen veel voor bij patiënten lijdende aan een waanstoornis. Hierin staat de waan als psychopathologisch fenomeen centraal en ontbreken andere 'positieve' symptomen van de psychose. De existentiële angsten hebben veel meer betrekking op het dreigende verlies van ons 'zijn' ofwel het verloren gaan van de persoon als afgegrensd autonoom functionerend individu met de daaraan verbonden 'eigenheid' of identiteit. In het contact met anderen (bijvoorbeeld de hulpverlener) kan dit tot uiting komen – vooral bij meer toenadering – in de vorm van fusieangst namelijk de angst in de ander op te gaan. Omgekeerd, te weinig contact kan leiden tot fragmentatieangst ofwel het dreigen 'uit elkaar te vallen' zoals een vaas die uiteenvalt in duizend stukjes.

De patiënt met een waanstoornis is overtuigd van de gedachte dat haar eten wordt vergiftigd of meent dat dingen in huis worden weggenomen. We spreken wel van wanen met een meer 'huis, tuin en keuken'-karakter. Deze hebben doorgaans betrekking op dingen die in werkelijkheid in het dagelijks leven kunnen plaatsvinden en die ons allemaal kunnen overkomen. Fusie- of fragmentatieangsten lijken hier geen rol van betekenis te spelen. Integendeel, hier lijkt meer sprake van de angst benadeeld of slecht bejegend te worden en deze angst is dus minder alomvattend: hij is toe te schrijven aan een ander, een object buiten onszelf als afgegrensde individu of situatie. Het is overigens raadzaam om goed uit te zoeken of de inhoud van de waan niet toch op waarheid berust. Vaak is er ook echt iets voorgevallen waarbij de patiënt zich slecht bejegend heeft gevoeld. Vervolgens wordt hieraan echter een pathologische betekenis gegeven en ontwikkelt zich gaandeweg de waangedachte. De patiënt heeft aanvankelijk nog twijfels over het waarheidsgehalte van deze gedachte (de zogenaamde waanonrust), maar in het vervolg kristalliseert zich een oncorrigeerbaar waandenken uit, de patiënt is overtuigd van de inhoud en er hoeft dus niet meer aan getwijfeld te worden. We spreken dan wel van waanrust.

De genoemde met name bij schizofrenie voorkomende 'positieve' kernsymptomen (hallucinaties, wanen, desorganisatie in denken en handelen) kunnen naast angst vergezeld gaan van andere emotionele of affectieve stoornissen zoals inadequaat lachen of depressiviteit. Ook deze patiënten kunnen een depressie ontwikkelen. De aandoening kan leiden tot het vermijden van menselijk contact, sociaal isolement en zelfverwaarlozing met lichamelijke complicaties (uitdroging,

ondervoeding, decubitus). Bij langer voortbestaan kunnen ook andere functiestoornissen ontstaan zoals tot apathie, spraakarmoede, vervlakking van de affecten in de persoonlijkheid, negativisme en gebrek aan wilskracht. Deze laatste groep van kernsymptomen worden de ‘negatieve’ symptomen van het schizofrene ziekteproces genoemd. Bij de waanstoornis is er geen sprake van een dergelijk dramatisch beloop. We spreken van schizofrenie als de psychose gedurende ten minste zes maanden ononderbroken aanwezig is. Is dat (nog) niet het geval, maar wel al minimaal één maand aanwezig, dan spreken we van een schizofreniforme stoornis. Voor de waanstoornis geldt een duur van minimaal één maand.

7.3 Diagnostiek

De diagnostiek van psychosen en de onderlinge afgrenzing tussen de verschillende subtypen (de differentiaal diagnostiek) begint bij het eerste contact met de patiënt. Tijdens dit contact – voor psychiaters het psychiatrisch onderzoek – inventariseert men de gegevens die leiden tot de zogenaamde syndroomdiagnose: de onderzoeker probeert vast te stellen aan welk psychotisch syndroom, of cluster van symptomen, de patiënt zou kunnen lijden. Is er sprake van een primaire psychose (schizofrenie, waanstoornis) of zijn de psychotische symptomen meer secundair bepaald. Vervolgens zullen de vragen gericht zijn op de nadere typering: schizofrenie (vroeg/laat), waanstoornis (vroeg/laat), delier, dementie, stemmingsstoornis, sensore deprivatie, rouw. Het spreekt voor zich dat hierbij gedetailleerde informatie over de voorgeschiedenis onmisbaar is. Juist bij psychotici moet men dan vaak zijn toevlucht nemen tot andere bronnen van informatie (familie, huisarts, GGZ, teams van verzorgenden etc.). In de voorgeschiedenis zal men kunnen tegenkomen of een patiënt al eerder psychotische episodes heeft doorgemaakt en, niet minder belangrijk, in welk situaties deze optraden: onder grote druk of juist bij minimale stress al. Dit zal ons dus meer duidelijkheid geven over de kwetsbaarheid van de patiënt voor deze psychiatrische aandoening. Na deze inventarisatie en beschrijving van de eerste bevindingen volgt een uitspraak over de mogelijke oorzakelijke factoren die hebben geleid tot het psychotisch ziektebeeld: Is er sprake van een recidief schizofrene psychose of waanstoornis of wordt het beeld gekleurd door een depressie of een delier op basis van een mogelijk somatisch lijden? Naast zorgvuldig lichamelijk onderzoek kunnen laboratoriumbevindingen, neuropsychologisch en hersenscan onderzoek, de diagnostiek verfijnen.

In het nu volgende zullen de meest voorkomende psychotische stoornissen bij ouderen met hun differentiaal diagnostische aspecten, worden besproken.

7.3.1 Schizofrenie

Vroeg ontstane schizofrenie

De bovenbeschreven ernstige vorm van psychose, namelijk die waarbij zowel de positieve als negatieve kernsymptomen kunnen optreden, wordt schizofrenie genoemd. Deze stoornis is vooral bekend geworden als aandoening die op jonge leeftijd ontstaat (de eerste episode tussen het 20^e en 40^e jaar). Mannen zijn in de meerderheid, krijgen hun eerste psychose op jongere leeftijd en het ziektebeloop is bij hen doorgaans ongunstiger. Ouder geworden chronische patiënten met deze vroege vorm van schizofrenie kunnen in beeld komen in de ouderenzorg. Meestal zijn zij al bekend bij de GGZ. Ook kunnen zij in verpleegcentra zijn opgenomen. Het aantal manifest psychotische episodes neemt door de jaren heen af, althans gaat minder gepaard met evidente positieve symptomatologie. Er is eerder een toename van negatieve fenomenen en stereotypie of maniërismen. Depressies komen weinig voor. Ook agressie en impulsiviteit ziet men minder frequent. Geheugenstoornissen en problemen met de oriëntatie kunnen het beeld gaan kleuren. Het geheel kan de indruk wekken dat we met een vorm van dementie te maken hebben, terwijl de oorzaak een andere is. Veeleer is er sprake van vertraging in de informatieverwerking (inprenten en oproepen) in plaats van een defect. Daarnaast kan het negatief symptomencomplex het klinisch beeld gaan domineren, hetgeen kan imponeren als subcortico-frontale dementiesyndroom zoals we dat ook bij vasculaire dementie en Parkinsondementie kunnen aantreffen. Differentiaal diagnostisch komt ook een (hypokinetisch) delier in aanmerking.

Laat ontstane schizofrenie

Decennia lang werd aangenomen dat de eerste episode van schizofrenie niet na het veertigste levensjaar zou optreden. Het is vooral dankzij het werk van de Engelse psychiatrie dat men aandacht kreeg voor psychotische stoornissen van de oude dag. Niet alleen de ouder geworden jonge psychoticus werd beschreven, maar men ontdekte ook laat ontstane vormen (na het 50^e levensjaar). Het klinisch ziektebeeld vertoonde veel overeenkomsten met dat van de vroeg ontstane schizofrenie, maar de vraag bleef in hoeverre vroeg en laat ontstane schizofrenie uitingen zijn van een zelfde onderliggend ziekteproces. Het was de Engelse psychiater Martin Roth die zich in de jaren 50 van de vorige eeuw sterk maakte om de laat ontstane schizofrenie af te grenzen van de vroege vormen. Zijn diagnostische term hiervoor was late parafrenie om aan te geven dat er naast parafrenie – een mildere vorm van schizofrenie – ook nog een laat ontstane variant (boven de 55 jaar) zou bestaan. De grote verdienste van Roth was dat hij aandacht vroeg voor deze aparte categorie en hiermee inging tegen de trend van die tijd, namelijk dat deze patiënten uitsluitend konden lijden aan dementie. Latere onderzoekers pleitten, middels een internationale consensusbijeenkomst uitmondend in een officiële publicatie in 2000, voor het loslaten van de ziekte-entiteit late parafrenie en stelden voor het een late variant van schizofrenie te noemen. Zij spraken af late

schizofrenie te reserveren voor het ontwikkelen van de stoornis boven 40 en tot 60 jaar. Een opmerkelijk verschil met de vroeg ontstane vorm van schizofrenie is de man-vrouw verdeling. Bij vrouwen komt het, afhankelijk van het type onderzoek en inclusiecriteria, 3 tot 6 keer meer voor dan bij mannen. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat bij vrouwen de beschermende werking van oestrogenen ter voorkoming van psychosen, met het intreden van de menopauze wegvault. Latent aanwezige schizofrenie kan dan voor het eerst manifest worden. Voorts is gebleken dat het klinisch beeld bij de laat ontstane schizofrenie meestal beperkt blijft tot waanvorming en hallucinaties met slechte bejegening als thematiek en dat de negatieve symptomatologie nauwelijks voorkomt. Bovendien hebben deze patiënten voorafgaand aan hun eerste psychotische episode doorgaans redelijk gefunctioneerd, ze zijn bijvoorbeeld vaker gehuwd (geweest) en hebben een rijker arbeidsleven achter de rug dan de vroeg ontstane vormen. De psychose lijkt de persoonlijkheid en het vermogen om zich als een volwaardig communicerend wezen te kunnen verhouden tot anderen, minder ingrijpend aan te tasten. Een ander ervaringsfeit is dat deze psychosen vaak goed te bestrijden zijn met antipsychotica.

Men zou zich kunnen afvragen of erfelijke factoren een rol van betekenis spelen bij de laat ontstane vorm van schizofrenie. Er zijn aanwijzingen dat late schizofrenie meer voorkomt in families met een familiale belasting voor de vroege vorm van schizofrenie. Dit zou kunnen betekenen dat de beide vormen een expressie zijn van één gemeenschappelijke psychiatrische aandoening. Bij deze laat ontstane schizofrenie zijn de vrouwen meer aangedaan en lijkt de ziekte milder te verlopen.

Zeer laat ontstane op schizofrenie gelijkende schizofrenie

Een nieuwe categorie die de laatste jaren wordt afgegrensd binnen dit spectrum van psychotische stoornissen zijn de op schizofrenie gelijkende psychosen en waanstoornissen die op zeer hoge leeftijd (boven het 60^{ste}) voor het eerst optreden. Er zouden bij deze groep meer visus- en gehoorsstoornissen aanwezig zijn en ook meer sprake zijn van stemmings- en affectieve ontregeling zoals agitatie, angst, depressie, labiliteit. Ook komen meer hallucinaties voor met gevarieerder zintuigbetrokkenheid: visueel, tactiel, olfactorisch. Een waan en mogelijk hallucinatoire beleving die hierbij tevens meer wordt gezien is de 'partition' waan: de waarneming of gedachte dat mensen via de muren en plafonds de kamer binnen kunnen dringen of handelingen kunnen doen om de patiënt negatief te beïnvloeden.

Het vermoeden bestaat dat het hier een bij uitstek heterogene groep van psychosen betreft met verschillende presentatievormen en uiteenlopende pathogenese. Bij deze groep dient men daarom extra aandacht te hebben voor andere onderliggende of bijkomende ziekteprocessen en functiebeperkingen zoals gehoors- en visusstoornissen, beginnend cognitief verval of delirante verwardheid bij een somatisch lijden. De problematiek kan zeer complex zijn waarbij meng-

beelden eerder regel zijn dan uitzondering. De hier beschreven patiëntenpopulatie is nog nauwelijks wetenschappelijk in kaart gebracht, terwijl nu juist de indruk bestaat dat ze meer en meer voorkomen nu ouderen steeds ouder worden. Het is dan ook zaak dat er juist bij deze patiënten extra aandacht is voor zorgvuldige somatische, psychogeriatrische en gerontopsychiatrische diagnostiek alvorens een uitspraak te doen over de meest adequate behandeling en begeleiding. Ook bij deze op schizofrenie gelijkende psychosen blijft het van belang om in het contact rekening te houden met het type psychotische angsten zoals hierboven beschreven.

7.3.2 Vroeg en laat ontstane waanstoornis

Een bijzondere vorm van psychose die we relatief veel bij ouderen kunnen aantreffen is de aandoening waarbij het accent ligt op waanvorming, ook wel een inhoudelijke denkstoornis genoemd, en waarbij andere psychische functies zoals het waarnemen, het georganiseerd en planmatig handelen en het logisch denken intact of goed 'geconserveerd' zijn gebleven. In het (langdurig) beloop zien we niet de negatieve symptomen, zoals beschreven bij schizofrenie, optreden. Dit psychiatrisch ziektebeeld blijft beperkt tot de waan, we spreken van een waanstoornis. Overigens, de problemen en (functionele) beperkingen die deze psychoticus ervaart kunnen ook hier ingrijpend zijn. Ook deze patiënten kunnen ernstig lijden, ontredderd en contactueel gehandicapt raken. Vanwege het doorgaans paranoïde karakter van de wanen voelen patiënten zich zeer tekort gedaan en vinden zelden begrip voor hun problemen bij hun omgeving. Een voorbeeld is de hoogbejaarde alleenwonende dame in een serviceflat die waant dat de bovenburen haar constant zwart maken bij de directie en medeflatbewoners en haar het liefst zouden zien vertrekken. Ze hebben 't met z'n allen op haar gemunt. Patiënte voelt zich bedreigd, durft zich niet meer onder de flatbewoners te begeven en vermijdt bezoeken aan de gemeenschappelijke ontmoetingsruimte op de begane grond. Ze voelt zich angstig en vereenzaamd. Tegelijkertijd strijdt zij tegen het haar aangedane onrecht en belt de politie, de huisarts en de stichting welzijn ouderen om ervoor te zorgen dat de bovenburen worden aangeklaagd en veroordeeld voor hun wangedrag. Uiteindelijk, als niemand haar bijvalt en serieus lijkt te nemen, raakt zij nog meer ontredderd en wordt de GGZ ingeschakeld. Overigens, zij staat bekend als een alleenstaande, nooit gehuwde dame die altijd in de verpleging heeft gewerkt. Lichamelijk heeft zij voor zover bekend nooit iets gemankeerd en van cognitief verval is geen sprake. Dit voorbeeld moge illustratief zijn voor wat een wanende patiënt doormaakt. Indien naast deze waanbelevingen ook hallucinaties zouden voorkomen zijn deze hooguit kortdurend aanwezig en hebben dan betrekking op de inhoud van de waangedachte bijvoorbeeld het horen van geluiden via de verwarmingsbuizen die de overtuiging dat mensen de patiënt lastig vallen, versterken. Het is opmerkelijk te noemen dat deze stoornis steeds weer in de leerboeken, classificatiesystemen en wetenschappelijke literatuur als aparte categorie te

rug te vinden is, ook als vroeg ontstane vorm en naast schizofrenie. Blijkbaar heeft men de waanstoornis nooit beschouwd als een aandoening die viel binnen het schizofreniespectrum. In de vroegere psychiatrieliteratuur spreekt men van paranoia, in de classificatiesystemen is deze vervangen door van (persisterende) waanstoornis of 'delusional disorder'. De waanstoornis openbaart zich bij de vroeg ontstane vormen doorgaans later dan schizofrenie. De inhoud van de wanen kan vele thema's hebben zoals achtervolging, vergiftiging, grootheid, erotiek en jaloezie. Opmerkelijk hierbij is dat het in vrijwel alle gevallen gaat om een ervaring die de patiënt in relatie tot een andere (afgegrensde!) persoon beleeft en waarbij sprake is van onderlinge of eenzijdige beïnvloeding. Wat zegt de literatuur over de laat ontstane waanstoornis? In feite is over deze groep nog weinig bekend. Martin Roth liet de laat ontstane vorm van de waanstoornis vallen onder zijn concept van de late parafrenie, hetgeen deze groep wel erg breed maakte en minder geschikt voor nauwkeurig wetenschappelijk onderzoek. Ook in de consensuscriteria van 2000 zien we dezelfde trend: de laat ontstane waanstoornis (na het 60e levensjaar ontstaan) valt nu in de categorie 'zeer laat op schizofrenie gelijkende schizofrenie'. Men kan zich afvragen of de waanstoornis als aparte klinische en voor wetenschappelijke doeleinden belangrijke diagnose niet wordt gediskwalificeerd en uitgehold.

Er zijn enige aanwijzingen dat het hier niet uitsluitend om een (primaire) psychose gaat. Zo is de reactie op antipsychotica, indien een patiënt deze trouw zou innemen, in de meeste gevallen niet effectief voor het bestrijden van de waan. Een ander opmerkelijk verschil is de ervaring opgedaan in het contact met de patiënt. Terwijl schizofrene patiënten liever afzien van contacten of mensen op gepaste afstand houden, is het de wanende patiënt die dit juist opzoekt, zij het wel met de nodige onhandigheid en negatieve uitwerking. Strijd of queruleren lijkt de enige wijze waarop aan het contact inhoud wordt gegeven. De patiënt lijkt ook meer te lijden onder de dreigende vereenzaming. Men kan zich daarom afvragen of er niet veeleer sprake is van een bijkomende stemmingsstoornis waarin de waan de betekenis of functie zou kunnen hebben van 'je niet absoluut verlaten te hoeven voelen, omdat anderen immers jou lastig blijven vallen'. Bovendien zijn er aanwijzingen dat antidepressiva ook bij deze patiënten een positief effect kunnen hebben en wordt in de voorgeschiedenis van de patiënten lijdend aan een waanstoornis nogal eens een depressie gevonden.

7.3.3 Schizo-affectieve stoornis

Ook patiënten die lijden aan schizofrenie kunnen bijkomende depressieve of manische episodes ontwikkelen. We spreken in dat geval van een schizo-affectieve stoornis. Voorwaarde is wel dat de schizofrene psychose dan wel op de achtergrond aanwezig blijft. Het ziektebeeld blijft dan primair bepaald door de psychose en niet door de stemmingsstoornis.

Bij ouderen kennen we niet officieel laat ontstane vormen van deze aandoening, hoewel het niet denkbeeldig is dat ook hierover in de nabije toekomst, nu nauwkeuriger onderzoek bij ouderen op dit gebied te verwachten is, gerapporteerd zal worden.

7.3.4 Psychosen bij dementie en andere psychiatrische stoornissen

Naast de bovenbeschreven schizofrenie en waanstoornis, ook wel de primaire psychosen genoemd, is het van belang stil te staan bij psychosen die we kunnen aantreffen bij een aantal andere veel voorkomende psychiatrische stoornissen bij ouderen. Deze zogenaamde secundaire psychosen kunnen we aantreffen bij dementie, het delier, stemmingsstoornissen of bij bijvoorbeeld visus- en gehoorsproblemen.

Psychosen bij dementie

Decennia lang is dementie beschreven als een hersenziekte waarbij het gewicht van de problematiek vooral kwam te liggen op de geheugen- en oriëntatiestoornissen. Bij het slechter functioneren van de patiënt en de begeleiding hierbij stonden deze stoornissen en ook fenomenen als afasie, apraxie en agnosie, centraal. Een cognitieve stoornis was destijds een stoornis in een of meerdere van deze domeinen. Dat er ook andere ziekteverschijnselen aanwezig waren zoals gedrags- en psychiatrische symptomen, leek van secundair belang. Deze werden toen – niet zo verwonderlijk vanuit dit perspectief geredeneerd – de non-cognitieve stoornissen genoemd, dat een containerbegrip werd voor alle overige symptomatologie. Het is pas sedert de jaren negentig van de vorige eeuw dat men doordrongen raakte van de notie dat ook deze fenomenen een belangrijke plek dienden te krijgen bij de diagnostiek en behandeling, niet in de laatste plaats vanwege hun impact op het dagelijks functioneren van de patiënt en diens directbetrokkenen. Psychiatrische symptomen zoals wanen en hallucinaties – van oudsher ook vallend onder stoornissen in het cognitief functioneren, de kennende functies – kregen hiermee een volwaardige plaats in de behandeling en begeleiding. Zij werden nu neuropsychiatrische symptomen genoemd of ‘behavioural and psychological symptoms of dementia’, kortweg BPSD.

Een derde van patiënten met de ziekte van Alzheimer ontwikkelt in vroege en latere stadia paranoïdie of paranoïde waanvorming. De wanen zijn dan doorgaans eenvoudig van construct, worden niet altijd met dezelfde overtuiging volgehouden en vertonen een vluchtig beloop. Vaak uit de patiënt dat voorwerpen worden gemist of zijn weggenomen. De patiënt met Lewy body dementie kan al in een vroeg stadium hallucineren met name later op de dag. De hallucinaties zijn visueel en betreffen complexe driedimensionale beelden meestal van mensen en dieren. Het percentage van voorkomen varieert sterk per studie, maar in meta-analyses is het gemiddelde ongeveer 50%. Ook Alzheimer patiënten en patiënten met

vasculaire dementie kunnen hallucinaties gaan vertonen. Meestal wordt dit in verband gebracht met de ernstiger vormen van dementie en zullen deze dus later optreden in het ziekteproces. De vraag is in hoeverre er dan ook niet sprake is van delirante verwardheid.

Psychotische symptomen bij het delier

Een belangrijk criterium voor het stellen van de diagnose delier is de aanwezigheid van 'een verandering in cognitieve functie (zoals geheugenstoornis, desorientatie, taalstoornis) of de ontwikkeling van een waarnemingsstoornis die niet eerder is toe te schrijven aan een reeds aanwezige, vastgestelde of zich ontwikkelende dementie'. De hallucinaties als 'waarnemingsstoornis' hebben veel gemeen met die welke we aantreffen bij Lewy body dementie. Ook bij deze aandoening lijkt het fluctuerende karakter vooral later op de dag belangrijk. Sensore deprivatie zoals bij lichtvermindering tijdens de schemer en schommelingen in het bewustzijn met problemen met het richten, volhouden en 'shiften' van de aandacht, spelen hierbij een cruciale rol. Angsten, concentratiestoornissen en onrustig dromen lijken het delier aan te kondigen. Paranoïde gedachten kunnen voorkomen maar hebben doorgaans niet het karakter van een floride waan. Voor de meeste delieren geldt dat deze veroorzaakt worden door een somatisch lijden of een intoxicatie met/onttrekking van medicijnen. Het is dan ook een eerste vereiste hier altijd naar op zoek te gaan. Echter, de meeste delieren bij ouderen worden veroorzaakt door een complex van factoren. Vaak is er sprake van al langer bestaande ziekten waarvoor ook medicatie wordt geslikt. Een relatief onschuldige bijkomende aandoening (bijvoorbeeld een volle blaas) kan dan genoeg zijn om het delier uit te lokken.

Psychosen bij stemmingsstoornissen

Ook hier zijn de psychotische fenomenen onderdeel van een andere psychiatrische stoornis of hoofddiagnose. Meestal betreft het hier wanen. Wanneer er een depressie aanwezig is, is deze meestal ernstig van aard en hebben de wanen een stemmingscongruent aspect: de wanen zijn in overeenstemming met de gedrukte stemming, bijvoorbeeld de vitaal depressieve psychotische hoogbejaarde man die meent dat zijn burens die aan het verbouwen zijn, zijn appartement in beslag willen nemen omdat deze erachter kwamen dat hij geen geld meer heeft om in deze chique wijk te kunnen blijven wonen. Hij volhardde in deze beleving die doortrokken was van zelfdeprecieatie en nihilistische oncorrigeerbare gedachten. Ook manische mensen kunnen wanen ontwikkelen, bijvoorbeeld een stemmingscongruente groothedswaan. Er is een tijdsrelatie tussen de aanwezigheid van de waan en de duur van de stemmingsstoornis. Met het opknappen van de stemming ziet men de waan 'verbleken'. Patiënten kijken dan vaak terug en begrijpen niet in welke nare toestand ze verkeerd hebben. Vaak is er dan ook schaamte over het gedrag ten tijde van de depressie of manie. Indien hallucinaties voorkomen zijn

deze meestal auditief van aard: de stem die zegt 'jij bent niets waard, je hebt veel niet goed gedaan, je bent de slechtste persoon van de hele wereld, nog slechter dan de duivel.' Ook hier geldt de tijdsrelatie zoals boven beschreven: als de stemming verbetert neemt de hallucinatie in intensiteit af.

Het spreekt voor zich dat deze ernstig zieke patiënten ook fors functioneel ingeperkt kunnen zijn. Meestal is opname in een psychiatrisch centrum nodig. De behandeling dient zowel te bestaan uit biologisch-psychiatrische interventies afgewisseld met of opgevolgd door psychotherapeutische en psychosociale begeleiding. Pas dan kan volledig functieberstel plaatsvinden.

Psychosen bij sensore deprivatie

Er zijn ook psychotische fenomenen beschreven bij ouderen die niet met dezelfde overtuigingskracht worden beleefd als bijvoorbeeld de hallucinaties of wanen bij schizofrenie. Zo kunnen patiënten ook twijfelen aan het waarheidsgehalte ervan. Men sprak in het verleden dan wel van pseudohallucinaties. Een mooi voorbeeld hiervan vinden we bij de hallucinatoire belevingen in het kader van visus- of gehoorstoornissen of bij andere situaties waarbij het brein niet optimaal gestimuleerd kan worden door externe prikkels (bijvoorbeeld tijdens de schemer). Visuele hallucinaties zijn beschreven bij ouderen met visusstoornissen, ook bekend geworden als het syndroom van Charles Bonnet. De hallucinaties zijn complex van aard, wanen komen er niet bij voor en overige hallucinaties, de andere zintuigen betreffende, evenmin. De schaamte is vaak groot, vandaar dat patiënten er lange tijd niet over hebben kunnen praten uit vrees het etiket 'gek' opgeplakt te krijgen. Er is ook een gehoorsvariant beschreven van dit syndroom.

7.4 Epidemiologie

Bevolkingsonderzoek naar het voorkomen van psychosen bij ouderen is een moeilijke zaak. In de DSM III bijvoorbeeld was het niet mogelijk de diagnose schizofrenie te classificeren als deze na het 44^e jaar voor het eerst optrad. Deze patiënten werden niet meegenomen of voldeden niet aan de criteria voor schizofrenie. Bovendien is de groep van (laat ontstane) schizofrenen vaak moeilijk te benaderen hetgeen epidemiologisch onderzoek nog eens extra lastig maakt. Ook werden zij lange tijd beschouwd als dementiepatiënten. Studies die tot nu toe verricht zijn hebben uiteenlopende insluitingscriteria. Zo is gekeken naar paranoia als breed insluitingscriterium waarin ook achterdocht is opgenomen zonder dat er sprake is van een waan. Het wordt in 4-6,5% gevonden bij thuiswonende ouderen, maar daarin werden hoge correlaties gevonden met gehoor- en visusstoornissen en cognitief verval. In een overzichtsartikel gebaseerd op voornamelijk opgenomen schizofrene patiënten bleek dat gemiddeld 23% van de populatie een laat ontstane schizofrenie (1^e episode na het veertigste jaar) had. 13% daarvan ontstond binnen de leeftijdscategorie 40 tot 50 jaar, 7% binnen de 50 en 60 jaar en 3% ontwikkelde

de psychose daarboven. In een bevolkingsonderzoek in een omschreven gebied naar het voorkomen van psychiatrische stoornissen in de Verenigde Staten werd een 1-jaars prevalentie voor schizofrenie van 0,6% gevonden voor patiënten tussen de 45 en 65 jaar en 0,2% voor ouderen boven de 65. In weer een andere bevolkingsstudie (China) met nauwkeuriger diagnostische criteria wordt 0,5% gerapporteerd voor de diagnose schizofrenie/paranoia bij ouderen van 65 jaar en ouder. In Engeland kwam men met dezelfde insluitingscriteria tot 0,1%. Nog verfijnder onderzoek in Engeland met gekwalificeerde diagnostische meetinstrumenten en gedeeltelijk aangevuld met psychiatrisch onderzoek toonde 0,12% schizofrenie aan en 0,04% waanstoornis. Eigen onderzoek in een overzichtelijk en afgegrensd RIAGG verzorgingsgebied resulteerde, na omrekening, in minimaal 0,31% ouderen (65+) met een waanstoornis of schizofrenie. Men kan hieruit voorzichtig concluderen dat het percentage (vroeg en laat ontstane) schizofrenie in combinatie met (vroeg en laat ontstane) waanstoornissen bij ouderen van 65 jaar en ouder (in meerdere landen gemeten), tussen de 0,1 en 0,5% zal liggen. Daarbinnen lijken schizofrenie en de zeer late op schizofrenie lijkende schizofrenie in de meerderheid.

7.5 Functionele gevolgen

Schizofrenie is een aandoening die vroeg of laat tot functiestoornissen kan leiden. In de ouderenzorg zal men meer en meer te maken krijgen met bejaarde schizofrene patiënten die de stoornis op jonge leeftijd ontwikkelden en welke vaak een chronisch beloop kenden. Ook deze patiënten zullen profiteren van de verbeterde levensomstandigheden waardoor wij ze in allerlei centra kunnen tegenkomen. Meestal zijn zij alle jarenlang bekend in de GGZ. Velen wonen in beschermde of beschutte woonvormen en enkelen blijven op het terrein van het psychiatrisch ziekenhuis wonen. Daar leiden zij over het algemeen een redelijk geadapteerd leven. De psychotische symptomen worden milder, er zijn minder acuut psychotische decompensaties en vroege verschijnselen hiervan worden eerder gesignaleerd. Ook sociaal gezien gaat het met hen iets beter, hetgeen toch in tegenspraak lijkt met het eerder besprokene over de kans op meer negatieve symptomatologie tijdens het beloop. Het lijkt erop dat de jarenlange neiging tot afzondering eerder beschermend heeft gewerkt dan ziekte-uitlokkend.

Extra aandacht dient echter uit te gaan naar die patiënten die vanwege somatische problemen in bijvoorbeeld een verpleeghuis moeten worden opgenomen. De verandering van setting met dikwijls een geheel andere patiëntenpopulatie en een andere visie van het verzorgend personeel, kan aanleiding zijn tot het alsnog optreden van angstig psychotische decompensaties. Deze patiënten worden nogal eens op psychogeriatrische afdelingen geplaatst, terwijl er geen sprake is van cognitieve stoornissen passend bij (geleidelijk) progressieve dementie. De belangrijkste somatische aandoeningen die we bij langdurig gehospitaliseerde schizofrene patiënten aantreffen zijn incontinentie en stoornissen in de mobiliteit. Een ander

veel voorkomend probleem is de aanwezigheid van dyskinesieën mogelijk als gevolg van langdurig antipsychoticagebruik maar deze werden ook al gerapporteerd in studies ver voordat deze middelen ontwikkeld waren. Deze zijn: parkinsonisme, chorea, automatismen en tics. Functiestoornissen die beschreven zijn bij de laat ontstane schizofrenie en waanstoornissen liggen meer op het sociale vlak. Deze patiënten lijken veel meer gebukt te gaan onder de vereenzaming dan de bovenbeschreven groep. Ze zijn vaak uiterst kwetsbaar en sensitief voor afwijzing of komen vanwege hun paranoïdie en querulantengedrag (het frequenteren van politie, burens, leidinggevenden of directies van zorgcentra) vaak in een uitzonderingspositie en lopen het risico in sociaal opzicht uitgestoten te worden. Het is niet altijd eenvoudig om contact met hen te leggen, een contact waarin enerzijds tegemoet wordt gekomen aan de afstand die zij lijken te willen bewaren en waarbij de hulpverlener anderzijds genoeg beschikbaar kan zijn zonder zelf geprikkeld of onzeker te worden.

7.6 Behandeling

De begeleiding en behandeling van ouderen met schizofrenie en waanstoornissen is niet eenvoudig. Het vraagt een specifieke attitude van de hulpverlener. Ook medicamenteus gezien verdient deze groep extra aandacht en deskundigheid.

Bij de schizofrene patiënt met fusie- en fragmentatieangsten is het extra raadzaam om gepaste afstand te houden d.w.z. er te zijn voor de patiënt maar tegelijkertijd met enige afstand. Men zou dit concreet kunnen maken met korte bezoeken, waarin niet teveel emotioneel beladen onderwerpen aan de orde komen. Men kan deze aanbieden met een frequentie van eens in de drie weken, afhankelijk van de ernst. We spreken wel van het 'dosereren van afstand en nabijheid'. De chronisch schizofrene ouder geworden patiënt opgenomen in bijvoorbeeld een verpleeghuis, heeft baat bij de mogelijkheid zich te kunnen terugtrekken. Ook in deze woonsituatie geldt dat veiligheid het meest gegarandeerd is wanneer men niet te dicht 'op de huid' van de patiënt zit. Dit geldt zowel voor de hulpverlener als voor de medebewoners. Een te rigide afdelingsregime met strenge regels betreffende persoonlijke hygiëne, 'gezellig' koffie drinken en strikte tijden van opstaan en naar bed gaan, kan leiden tot paranoid psychotische decompensaties. Aan de andere kant dient er ook regie (en dus enige nabijheid) te zijn: een attitude waaraan de patiënt structuur, voorspelbaarheid en continuïteit kan ontleenen. Zo komt hij in de gelegenheid om zichzelf, via de ander, enigszins 'af te grenzen'.

Een van de peilers van de behandeling is medicatie. Antipsychotica zijn middelen van eerste keus. Zowel de typische (b.v. haloperidol) als later ontwikkelde atypische antipsychotica (risperidon, olanzapine, quetiapine, aripiprazole, sertindole en het herontdekte clozapine) zijn effectief gebleken voor het bestrijden van met name de positieve symptomen van de ziekte. De dosering kan relatief laag zijn zeker bij de laat ontstane schizofrenie. Bij ouderen geldt het adagium 'start low and go slow', tot het gewenste effect is bereikt. Hierbij zij wel opgemerkt dat

er sterk individuele verschillen kunnen zijn, ook binnen deze leeftijdscategorie. De kans op bijwerkingen is relatief groot op deze leeftijd, hierop vormt de nieuwe generatie medicijnen overigens geen uitzondering. Ook bij deze middelen worden extrapiramidale symptomen en tardieve dyskinesieën gevonden met name bij de hogere doseringen. Daarnaast kunnen cardiovasculaire, endocriene en metabole stoornissen voorkomen. In het algemeen wordt afgeraden antipsychotica te geven met zo min mogelijk anticholinerge en sederende eigenschappen en verdient het aandacht regelmatige somatische controles te doen. Antipsychotica in depotvorm kunnen geïndiceerd zijn bij patiënten die therapieontrouw zijn. Een ander voordeel is dat het middel op gelijkmatige wijze aan de bloedbaan wordt afgegeven waardoor het risico van (blijvende) bijwerkingen kan worden gereduceerd. Tenslotte kan men z'n toevlucht nemen tot een tussenvorm, b.v. penfluridol, dat 1 à 2 keer per week gegeven kan worden. De keuze van het preparaat zal mede afhangen van de kwetsbaarheid van de patiënt op bijvoorbeeld somatisch gebied. Het is dan zinvol om een middel te kiezen dat qua bijwerkingenprofiel voor het individuele geval zo gunstig mogelijk is. Zo is het niet verstandig het sterk D₂-blokkerende haloperidol voor te schrijven bij een patiënt die tevens lijdt aan de ziekte van Parkinson.

Antipsychotica kunnen, zoals gesteld, gunstig effect hebben op hallucinaties, wanen, verwardheid en psychotische angsten, de positieve symptomatologie. Hiermee kan de psychose verbleken. Wat rest zijn nogal eens gedragsstoornissen zoals agitatie en agressie. Het is niet ongebruikelijk dat het medicijn ook voor deze symptomen wordt ingezet. De doseringen worden dan vaak flink verhoogd. Ze werken dan vooral als sedativum, een bij ouderen in het bijzonder ongewenste en risicovolle onderneming.

De tweede peiler van de behandeling lijkt hiervoor geschikter. Deze is samen te vatten onder de noemer psychosociale en gedragstherapeutische interventies. Zij kunnen worden aangeboden door professionals in de vorm van 'community-based' teams middels bijvoorbeeld psychiatrische intensieve thuiszorg of via dagopvang en dagbehandeling in ouderenzorg- of verpleegcentra. Psychiatrische expertise kan ook geboden worden in de vorm van (reguliere) consultatie en liaisonactiviteiten aan verpleeghuizen of bijvoorbeeld dienstencentra in de wijk. De setting kan individueel zijn of in de vorm van systeem- of groepstherapie. Vele technieken zijn beschreven, vanuit verschillend theoretisch perspectief en doelstellingen: ondersteunende psychosociale interventies (er zijn voor de patiënt), cognitief-gedragstherapeutisch (hoe om te gaan met stemmen, hoe leer ik de psychose voor te zijn?), psychoeducatie (wat is een psychose, hoe hiermee om te gaan?), psychiatrische rehabilitatie en revalidatie (gericht op functieherstel en/of aanpassing aan de beperkingen). Zeker de laatstgenoemde sluit goed aan op een moderne trend binnen de behandeling van schizofrenie. Deze beoogt de autonomie en waardigheid van de patiënt te bevorderen door de focus te richten op het bieden van een prothese voor de 'handicap' en het leren accepteren van en omgaan met de beperkingen, opdat herstel van functies mogelijk wordt.

Het wetenschappelijk onderzoek naar het effect van de genoemde interventietechnieken bij oudere patiënten staat nog in de kinderschoenen. Het is in ieder geval nodig bij deze – veelal bij jonge schizofrenen toegepaste – therapievormen een aantal modificaties aan te brengen voor ouderen met schizofrenie. Zo dient er aandacht te zijn voor de neurocognitieve veranderingen zoals (nog meer) traagheid in de informatieverwerking. Men dient eenduidig te zijn in de opdrachten en deze met geduld aan te bieden. Ook de verwevenheid van de psychosen met mogelijke somatische aandoeningen vraagt een specifieke deskundigheid en gerichtheid. Voorts dient men rekening te houden met de setting waarin de patiënt verblijft. Deze is lang niet altijd een psychiatrische, hetgeen specifieke contextuele problemen met zich meebrengt. Men denke hierbij aan het scholingsniveau van de verzorgenden, de heterogene samenstelling van de bewonersgroep (uitstotingsgedrag?) en de infrastructuur van de afdeling (terugtrekmogelijkheid?).

Hoe leggen we contact met een oudere met een waanstoornis? Allereerst is het van belang dat wij ons – voor een goed begrip – kunnen verplaatsen in wat de patiënt beleeft. Het is goed zich te realiseren dat menig patiënt al maanden tot jaren aan het ‘vechten’ is om anderen te overtuigen van zijn gelijk en daarin steeds weer gefrustreerd is geraakt of voor ‘gek’ is uitgemaakt. Indien ze in beeld komen zijn zij dikwijls ontredderd, wanhopig, verdrietig, uitgeput en voelen zich dikwijls verstoten. Om het contact een kans van slagen te geven is hierbij een neutrale, rustige en de-escalerende basishouding op z’n plaats. De attitude dient enerzijds begrip en invoelend te zijn en anderzijds realiteitsversterkend. Een voorbeeld: Wat maakt u een narigheid mee, dat moet verschrikkelijk zijn als je zo moet knokken om je recht te halen. U zegt dat de bureu u zwart maken en u weg willen hebben, terwijl zij zeggen dat dit niet waar is en u vraagt mij wat ik ervan vind. Wel, ik denk zelf dat die dingen ’s nachts niet gebeuren, maar ik kan er eigenlijk niet over oordelen, ik ben er niet bij als het u overkomt, maar het moet verschrikkelijk zijn om dat mee te maken’. Het doel hierbij is enerzijds de patiënt niet te diskwalificeren in zijn waardigheid door onze realiteit aan hem op te leggen, anderzijds de boodschap over te brengen ‘ik ben het er niet mee eens, ik zie het anders’. Anders gesteld: We laten hem in ‘z’n waan’, tonen betrokkenheid en zetten er een andere realiteit naast, in de hoop dat de patiënt iets mag loslaten van de overtuigingskracht van de waangedachte en er een ingang is tot een therapeutische alliantie. Ook hier is het nodig dat hij verzekerd is van structuur en regelmaat in de contacten daaropvolgend. Dit is des te belangrijker wanneer men uitgaat van de hypothese dat depressie en vereenzaming bij deze stoornis medebepalend zijn voor de stoornis. Extra ondersteuning voor deze stellingname vinden we terug in het feit dat antipsychotica doorgaans niet effectief zijn gebleken bij de waanstoornis. Er treedt geen verbleking van de waan op. Gunstiger geluiden klinken over het effect van (moderne) antidepressiva met hun antidepressieve en anxiolytische werking, mits consistent gebruikt. In het vervolg van de behandeling kan, afhankelijk van het beloop, gekozen worden voor een meer intensievere, egeversterkende psychotherapie dan wel een psychosociale, ondersteunende of sociaalpsychiatrische behandelvorm.

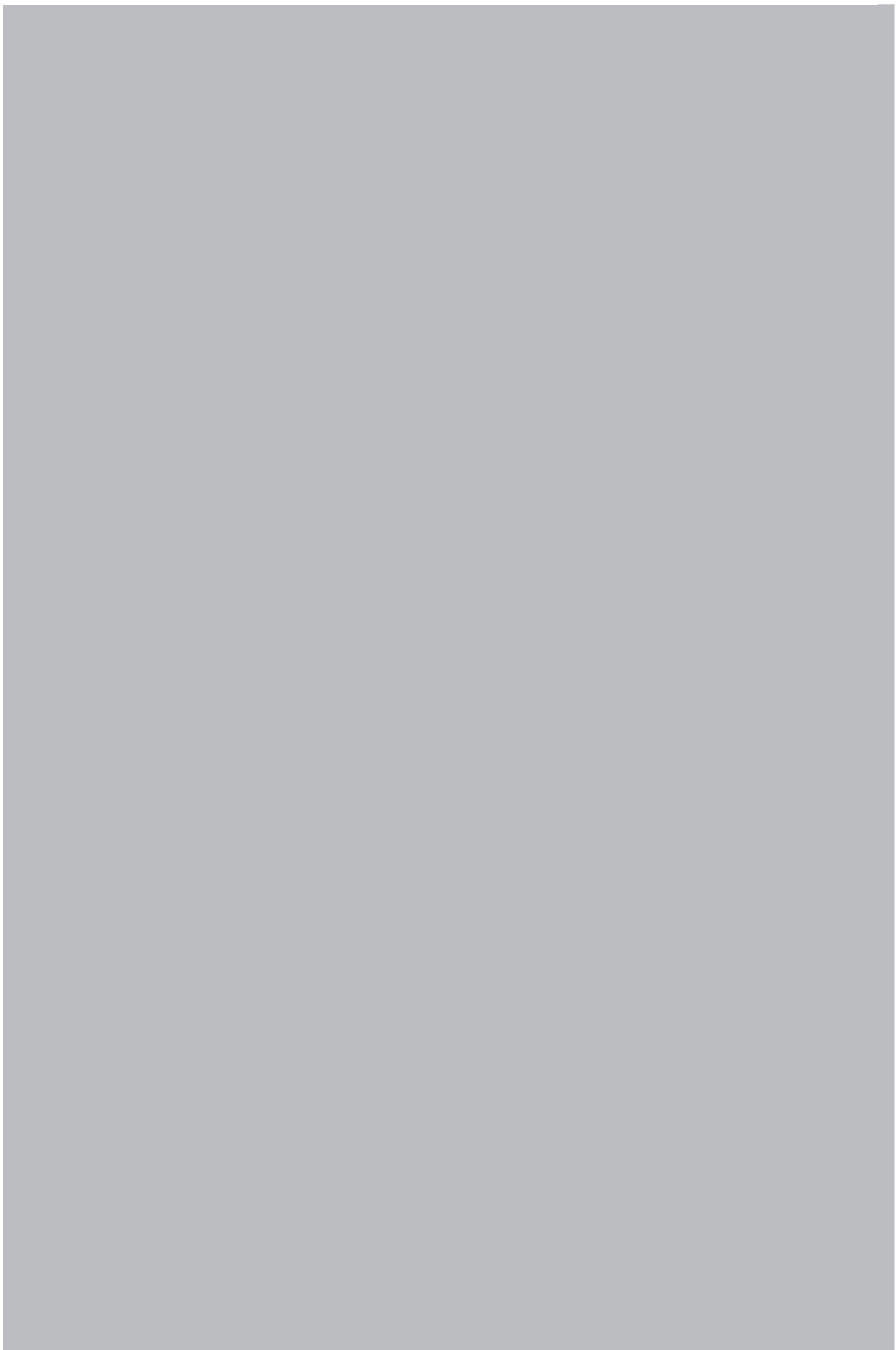
7.7 Samenvatting

Psychotische symptomen bij ouderen komen voor binnen een scala van psychiatrische stoornissen. Zij kunnen onderdeel zijn van de primaire psychosen (vroeg of laat ontstane) schizofrenie en waanstoornis of deel uitmaken van een primair niet-psychotische stoornis zoals dementie of het delier. Dit zijn in kwalitatief opzicht duidelijk van elkaar te onderscheiden psychiatrische ziektebeelden die elk op hun beurt een specifieke behandeling en begeleiding vragen. Psychotici hebben vaak een emotie gemeen: het zijn angstige patiënten. De kwaliteit van de angsten kan per stoornis verschillen. Het is zaak hiermee altijd rekening te houden, niet alleen in medicamenteus opzicht maar zeker ook in de context van het gesprek met de patiënt.

Alleen zorgvuldige diagnostiek gericht op het uitzoeken van somatische, psychische en sociale determinanten van het psychotisch gedrag, kan leiden tot een adequate zorg en behandeling op maat. De behandeling dient te bestaan uit medicatie en psychosociale en gedragstherapeutische interventies. Speciale aandacht wordt gevraagd voor technieken die, mits gemodificeerd toegepast voor ouderen, gericht zijn op rehabilitatie en revalidatie van de patiënt, opdat de kans op functioneel herstel wordt vergroot. Met de toenemende differentiatie in woon en behandelvormen voor ouderen zal het niet altijd eenvoudig zijn deze patiënten de meest optimale zorg ter plaatse te kunnen bieden. Het is dan zaak om voldoende expertise te mobiliseren. Psychiatrische consultatie kan hierbij uitkomst bieden.

Literatuur

1. Cohen, C.I. (ed.), (2003). *Schizophrenia into later life*. American psychiatric publishing, inc.. Washington. DC, London, England.
2. Howard, R., Rabins, P.V., Castle, D.J. (eds.), (1999). *Late onset schizophrenia*. Wrightson biomedical publishing ltd, Petersfield, UK and Philadelphia, USA.
3. Howard, R., Rabins, P.V., Seeman, M.V., et al. (2000). Late-onset schizophrenia and very-late-onset schizophrenia-like psychosis: an international consensus. The international late-onset schizophrenia group. *American Journal of Psychiatry*, 157, pp. 172-178.
4. Kat, M.G. (2001). *Schizofrenie en andere psychotische stoornissen*. In: Handboek ouderenpsychiatrie. Heeren T.J., Kat M.G., Stek M.L. (red.). De Tijdstroom, Leusden, pp. 65-75.
5. Kat, M.G. (1992). *Therapeutische mogelijkheden bij ouderen met paranoïde en schizofrene psychosen*. In: Achterdocht en ouderdom. Verkaaik A.J.B., Robben P.B.M. (red.). Intro, Nijkerk, pp. 80-95.



Persoonlijkheidsstoornissen

**Dr. S.P.J. van Alphen, M. van Helden,
drs. T.J.E.M. Bakker**

8.1 Inleiding

Persoonlijkheidsstoornissen zijn klinisch een feit, empirisch een fictie en theoretisch een chaos. Deze stelling van Derksen (1993) is ruim tien jaar na dato nog steeds van kracht en tot nu toe roept de literatuur over persoonlijkheidsstoornissen meer vragen op dan antwoorden. De vele publicaties over dit thema zijn vrijwel uitsluitend gericht op jong-volwassenen en nauwelijks van toepassing op ouderen. Zo is in de afgelopen tien jaargangen (1997-2006) van het gerenommeerde tijdschrift *Journal of Personality Disorders* welgeteld één artikel over ouderen te vinden. Meer aandacht voor de diagnostiek en behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen is van belang. Te meer omdat in de GGZ en V&V-sector psychodiagnostisch onderzoek essentieel is voor indicatiestelling, behandeling en zorg. Kennis over de persoonlijkheid van de patiënt maakt het mogelijk om interventies af te stemmen op zijn of haar specifieke kenmerken. Dit is met name van belang bij ouderen die kwetsbaar zijn op psychiatrisch, somatisch en/of psychogeriatrisch gebied. De invloed van persoonlijkheid en de hieruit voortvloeiende problematiek is cruciaal als het gaat om zelfstandig functioneren, autonomie en kwaliteit van leven. Hierbij is de ervaren belasting van de mantelzorg en/of de verzorging een apart aandachtspunt. De aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis geeft een specifieke en doorgaans gecompliceerde manifestatie van symptomen en syndromen, die vervolgens van invloed kan zijn op de indicatiestelling, behandelplanning, behandel/zorg setting (thuis, ziekenhuis, verpleeghuis, verzorgingshuis) en gedragsadvisering.

8.2 Wat is een persoonlijkheidsstoornis?

Het begrip persoonlijkheid is een abstract concept en kent meerdere betekenissen. Over het algemeen verwijst het naar het geheel van unieke en stabiele eigenschappen. Millon (1981) definieert 'persoonlijkheid' als een complex patroon van diep verankerde psychologische kenmerken die grotendeels onbewust zijn, niet gemakkelijk uitgewist worden en tot uitdrukking komen in alle facetten van het functioneren. Vaak worden karaktertrekken genoemd in relatie tot het begrip 'persoonlijkheid'. Costa en McCrae (1990) typeren trekken als bipolaire dimensies van individuele verschillen in de neiging consistente patronen van gedachten, gevoelens en gedragingen te laten zien. Binnen ieder theoretisch kader over persoonlijkheid en persoonlijkheidsstoornissen worden verschillende accenten gelegd op het ontstaan en de manifestatie hiervan. De American Psychiatric Association (APA) ontwikkelde in 1980 de derde editie van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III) met als voornaamste doel de psychische stoornissen niet te koppelen aan een bepaalde (etiologische) verklaring. Met dit classificatiesysteem, gebaseerd op empirisch onderzoek en consensusbijeenkomsten, werd gepoogd het diagnostisch knelpunt van de verschillende persoonlijkheidsconstructen tegen te gaan. De huidige DSM-IV-TR (APA, 2000) maakt een onderscheid tussen persoonlijkheid, persoonlijkheidstrekken en persoonlijkheidsstoornis en voorziet

de drie concepten van de volgende omschrijving: de *persoonlijkheid* is opgebouwd uit trekken en deze *persoonlijkheidstrekken* worden omschreven als duurzame patronen van waarnemen, omgaan met en denken over de omgeving en de eigen persoon, die zich manifesteren in uiteenlopende sociale en persoonlijke omstandigheden. Van *persoonlijkheidsstoornis* kan pas worden gesproken indien de persoon wordt gekenmerkt door een aantal pathologische trekken. Onder pathologische trekken worden verstaan persoonlijkheidskenmerken die afwijken van de populatienorm ofwel de norm binnen de (sub)culturele context van het individu, inflexibel of star zijn en leiden tot sociale en/of functionele beperkingen. Deze kenmerken zijn stabiel en van lange duur en het begin kan worden teruggevoerd naar tenminste de adolescentie of de vroege volwassenheid. De klinische inventarisatie van afwijkingen binnen het waarnemen, omgaan met en denken over de omgeving en de eigen persoon is enigszins arbitrair. Het betreft hier patronen van disfunctioneren op minimaal twee van de volgende gebieden, te weten cognities, affecten, functioneren in het contact met anderen en beheersing van impulsen. Naast deze *algemene* criteria die gelden voor alle persoonlijkheidsstoornissen zijn er de *specifieke* criteria voor de verschillende persoonlijkheidsstoornissen. De DSM-IV onderscheidt tien specifieke persoonlijkheidsstoornissen verdeeld over drie clusters, te weten cluster A, B en C. In cluster A is de paranoïde, de schizoïde en de schizotypische persoonlijkheidsstoornis ingedeeld. Cluster B bestaat uit de theatrale, de narcistische, de antisociale en de borderline persoonlijkheidsstoornis. Het cluster C wordt gevormd door de afhankelijke, de obsessieve compulsieve en de ontwijkende persoonlijkheidsstoornis. Daarnaast is er een restcategorie, te weten de ‘persoonlijkheidsstoornis N(iet) A(nderszins) O(mschreven)’. Deze categorie dient hoofdzakelijk voor stoornissen in het persoonlijk functioneren die niet voldoen aan de criteria van één van de eerder genoemde tien persoonlijkheidsstoornissen. Er is een aantal beperkingen te noemen als het gaat om de toepassing van DSM-criteria van de *specifieke* persoonlijkheidsstoornissen op ouderen, zoals de cluster A-kenmerken ‘sociale isolatie’ en ‘geringe belangstelling voor seksuele ervaringen met een ander’. Ook zijn de volgende cluster B-kenmerken bij ouderen minder aan de orde: ‘problemen in de werksituatie’ en ‘impulsieve gedragsuitingen’ zoals de DSM-criteria met betrekking tot herhaaldelijke vechtpartijen of geweldpleging evenals impulsiviteit op andere gebieden, zoals seksuele uitpattingen en roekeloos autorijden. Daarnaast is het criterium over ongepast verleidelijk seksueel en uitdagend gedrag waarschijnlijk minder frequent aan de orde bij hoogbejaarden. Cluster C-criteria aangaande het vermijden van beroepsmatige activiteiten met sterk intermenselijke contacten evenals overmatig toegewijd zijn aan werk en productiviteit zijn vrijwel alleen gericht op de leefwereld van jongere volwassenen. Enkele kenmerken van de afhankelijke persoonlijkheidsstoornis komen op latere leeftijd juist regelmatig voor als gevolg van lichamelijke en cognitieve achteruitgang (Van Alphen, 2006).

Over het beloop van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen is weinig bekend. Gevalsbeschrijvingen suggereren dat ouderen met een antisociale, borderline, theatrale of narcistische persoonlijkheidsstoornis een afname van agressief en im-

pulsief gedrag vertonen en een toename van hypochondere en depressieve klachten. Bij ouderen met een persoonlijkheidsstoornis waarbij de preoccupatie met controle over affecten en impulsen centraal staat (de paranoïde, schizoïde, schizotypische en obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis) blijven de gedragsuitingen ofwel onveranderd ofwel blijkt er een toename van rigide gedrag en achterdocht. Longitudinaal onderzoek naar persoonlijkheidsstoornissen tot in de ouderdom ontbreekt echter. Alleen bij de antisociale persoonlijkheidsstoornis zijn lange termijn follow-uponderzoeken verricht die deels op een afname wijzen van antisociale kenmerken op latere leeftijd. Verder is een aantal lange termijn follow-up studies verricht naar de borderline persoonlijkheidsstoornis, maar slechts tot het zestigste levensjaar. Er zijn aanwijzingen dat patiënten met een dergelijke stoornis tot een betere impulsbeheersing komen, minder last hebben van stemmingsschommelingen en in samenhang hiermee tot een beter algemeen functioneren in staat zijn. Er zijn echter ook aanwijzingen dat de manifestatie van de borderline persoonlijkheidsstoornis tot het dertigste levensjaar chaotisch en turbulent is, gevolgd wordt door een afname van borderline symptomen tussen het dertigste en veertigste levensjaar en dat vooral depressieve klachten en alcoholmisbruik na het vijftigste levensjaar toenemen (Teunisse, 1990).

Naast kanttekeningen over de aard van de pathologische persoonlijkheidstrekken is er discussie over de toepassing van de DSM IV-TR criteria bij ouderen. Wanneer is er sprake van een stoornis of pathologie bij ouderen? Versterking van persoonlijkheidstrekken kan bij kwetsbare ouderen in combinatie met bijvoorbeeld cognitieve en lichamelijke aandoeningen leiden tot klinisch relevante negatieve gevolgen voor het zelfstandig functioneren, autonomie en kwaliteit van leven. Door ontstane zorg-afhankelijkheid en daardoor toegenomen interpersoonlijk contact kan bijvoorbeeld bij een CVA of dementie syndroom de impact van lastige persoonlijkheidstrekken aanzienlijk toenemen. Wellicht dat hier het begrip 'sub-threshold' een oplossing kan bieden zoals dat ook door Beekman (2002) is geïntroduceerd bij depressie van ouderen.

8.3 Epidemiologie

De in de literatuur gepresenteerde prevalenties van persoonlijkheidsstoornissen bij patiënten ouder dan zestig jaar lopen sterk uiteen. Dit houdt mede verband met het gebruik van verschillende onderzoeksmethoden, informatiebronnen en onderzoeksinstrumenten. Onderlinge vergelijkbaarheid is hierdoor nauwelijks mogelijk.

De prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen in de algemene bevolking ligt tussen de 2.8% en 13%. Het percentage poliklinisch/ambulant behandelde ouderen met een persoonlijkheidsstoornis ligt tussen de 5 en 33%. Bij klinisch behandelde ouderen worden cijfers vermeld tussen de 7 en 61.5%. Bij een (poli)klinische onderzoekspopulatie van ouderen met depressieve problematiek varieerden de percentages tussen de 10 en 65% (Van Alphen, 2006). Bakker et al. (2007) vonden in het kader van een RCT naar de effecten van Integratieve

Reactivering en Rehabilitatie (IRR) van ouderen met psychiatrische functiestoornissen een percentage van 16.1% patiënten die voldeden aan een DSM IV as II classificatie. Het percentage patiënten dat subthreshold persoonlijkheidsproblematiek (meer dan 3 kenmerken) vertoonde was 42%.

Door Abrams en Horowitz (1999) is een meta-analyse verricht van 16 prevalentiestudies in klinische of poliklinische settings, dan wel in de algemene bevolking in de periode 1980-1997. Uit dit onderzoek blijkt het gemiddelde prevalentiepercentage bij volwassenen boven de 50 jaar 20% te zijn en bij volwassenen jonger dan 50 jaar 22%. Een kanttekening hierbij is de leeftijdsgrens die voor de onderzoekspopulatie 'ouderen' werd gehanteerd. Indien deze leeftijdsgrens zou worden opgehoogd, zouden er te weinig studies geïnccludeerd kunnen worden in deze meta-analyse. Verder was sprake van een heterogene onderzoeksgroep (verschillende steekproefpopulaties) en ging het meestal om geringe aantallen. Over de prevalentie van de specifieke persoonlijkheidsstoornissen lijkt iets meer eenduidigheid te bestaan. Cluster-A en -C persoonlijkheidsstoornissen komen bij ouderen relatief vaak voor, terwijl de cluster-B persoonlijkheidsstoornissen meer bij jongere volwassenen worden gezien. De eerdergenoemde meta-analyse (Abrams & Horowitz, 1999) vond bij ouderen vooral de paranoïde persoonlijkheidsstoornis (19.8%) en de schizoïde persoonlijkheidsstoornis (10.8%). De prevalenties van de overige specifieke persoonlijkheidsstoornissen lagen tussen de 2.6 en 7.8%. Bij deze meta-analyse valt op dat het zwaartepunt van de specifieke persoonlijkheidsstoornissen binnen het schizofrene spectrum lag. Mogelijk was hier deels sprake van een leeftijdsbias, gezien een lichte toename van wantrouwen tijdens het 'gezonde' ouder worden. Ook een verminderde beleving van emoties met het toenemen van de leeftijd kan hierbij een rol spelen en onterecht geïnterpreteerd worden als cluster-A gedrag. Verder blijkt het merendeel (55%) van de onderzochte studies verricht te zijn in een klinische setting waar chronische psychotische problematiek over het algemeen vaker aan de orde is dan in een poliklinische/ambulante setting en bij ouderen uit de algemene bevolking of verzorgingshuizen/ verpleeghuizen.

8.4 Diagnostiek

Als het gaat om persoonlijkheidsonderzoek dan moeten organisch cerebrale aandoeningen en psychiatrische stoornissen, zoals depressies en floride psychosen, worden uitgesloten. Ook lichamelijke risicofactoren moeten in kaart worden gebracht. Het verdient tevens de voorkeur om bij persoonlijkheidsonderzoek gebruik te maken van verschillende informatiebronnen zoals, gedragsobservaties, biografie, heteroanamnese, eigen persoonsomschrijving en testonderzoek op het gebied van cognitie, stemming en persoonlijkheid. Tot op heden ontbreken specifieke screeningsinstrumenten voor de vaststelling van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen. De bestaande meetinstrumenten, die zijn gebaseerd op de DSM-IV-classificatie van persoonlijkheidsstoornissen, zijn eerder bestemd voor jongere volwassenen. Dit zijn zelfbeoordelingsvragenlijsten en semigestructureerde inter-

views. Wel is door Barendse en Thissen (2006) een 'Hetero Anamnestiche Persoonlijkheidsvragenlijst (HAP)' ontwikkeld. Hiermee is het mogelijk (gedeeltelijk) inzicht te krijgen in eventueel pathologisch disfunctioneren bij patiënten die hierover zelf geen betrouwbare informatie meer kunnen geven, bijvoorbeeld vanwege een cognitieve stoornis. Deze informatie maakt de aanwezigheid van actuele of subthreshold persoonlijkheidsstoornissen bij kwetsbare ouderen meer of minder waarschijnlijk. Bakker (2006) ontwierp ten behoeve van kwetsbare ouderen aan de hand van DSM IV categorieën een gestructureerde lijst van persoonlijkheidsprofielen, gebaseerd op uitgebreid dossieronderzoek. Per persoonlijkheidsprofiel zijn drie kenmerken uitgewerkt, gerelateerd aan problematisch interpersoonlijk functioneren: centrale gedachte, kenmerkende manier van waarnemen en van handelen. Elk kenmerk kan op drie niveaus gescoord worden: licht probleem (functioneel kenmerk), matig probleem (functionele beperking), ernstig probleem (functiestoornis). In bijlage 8.1 is de lijst weergegeven. Een procedure die gehanteerd kan worden bij de diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen is de LEAD-standaard (Longitudinal, Expert and All Data). Deze naam is door Spitzer (1983) gekozen om te benadrukken dat de ontwikkeling van een 'gouden' standaard tot op heden niet verwezenlijkt kan worden en dat de meest adequate benadering hiervan in aanmerking komt als 'loden' standaard. De LEAD-standaard hanteert verschillende longitudinale gegevens om vervolgens te komen tot een consensusdiagnose. Deze longitudinale gegevens zijn afkomstig uit meerdere informatiebronnen, zoals observatiegegevens, biografische gegevens, informantgegevens, dossiergegevens en de ervaringen die de hulpverleners met de patiënt hebben. In een validiteitsonderzoek bleken LEAD-diagnoses te worden gekenmerkt door meer temporele stabiliteit en predictieve validiteit dan diagnoses verkregen met verschillende semigestructureerde interviews. Nader onderzoek naar de LEAD-procedure bij ouderen is echter een vereiste. Bij ouderen is het gebruik van een aantal onderdelen van deze LEAD-standaard, zoals biografie, heteroanamnese en dossiergegevens aangewezen, omdat vooralsnog betrouwbare en valide nagenoeg meetinstrumenten ontbreken. Tevens hebben ouderen al een lang leven achter de rug, waarbij vaak biografische, heteroanamnestiche en/of dossiergegevens beschikbaar zijn die aanwijzingen kunnen geven omtrent het chronische psychosociaal (dis)functioneren. Naast de bovengenoemde diagnostische aspecten van (subthreshold) persoonlijkheidsstoornissen is in het kader van multidisciplinaire zorg het vaststellen van psychodynamische afweermechanismen uiterst relevant, met name de meer primitieve, zoals splitsing, ontkenning, projectie en projectieve identificatie. Immers deze kunnen fors ontwrichtend werken indien ze niet worden onderkend. De volgende casus illustreert dit.

CASUS ◀ Mijnheer Van der Vlugt is 72 jaar en is sinds twee maanden opgenomen in het verpleeghuis op een psychogeriatrische afdeling op begeleidingsniveau. Hij heeft recentelijk een CVA doorgemaakt met een verlamming aan de rechterzijde en lichte cognitieve functiestoornissen. Hij accepteert zijn beperkingen

niet hetgeen de nodige problemen oplevert in de zorg die gegeven moet worden (dit ervaart hij als een krenking). Hij is dan ook over het algemeen niet makkelijk in de omgang, vindt de verpleging, en dit wordt onderstreept door zijn vrouw en twee dochters die al jaren lang kampen met zijn gedrag. Hij stelt zich zeer dominant en dwingend in het contact op. Als hij iets wil, moet het meteen en als dat niet lukt wordt hij verbaal agressief. Hij houdt geen rekening met anderen en hij stemt niet af op zijn omgeving. Enig zelfinzicht heeft hij niet, sterker nog; hij vindt de wijze waarop hij zich gedraagt heel normaal. Ook geven zijn dochters aan dat hij altijd veel over zichzelf heeft gesproken, ook als de ander daar geen tijd voor had of er niet in geïnteresseerd was. Hij vertelde dan over zijn belangrijke baan waar hij volgens eigen zeggen zo geweldig in heeft gepresteerd, over zijn huis, wat zo prachtig is en over zijn vrienden die hem allemaal zo intelligent vinden. Hij heeft ook een andere kant; hij kan uiterst charmant en vriendelijk zijn en grapjes maken en meewerken in wat hem gevraagd wordt. ➤

Wanneer is het raadzaam om aan persoonlijkheidsdiagnostiek te denken? Er zijn een aantal concrete situaties die de aandacht kunnen vestigen op een onderliggende (subthreshold) persoonlijkheidsstoornis. In tabel 8.1 volgt een niet uitputtende lijst van veel voorkomende behandelings- en zorgsituaties.

Tabel 8.1 Overzicht van situaties die wijzen op een verhoogde kans op persoonlijkheidsproblematiek.

1. Onderlinge problemen die regelmatig spelen tussen de patiënt en zijn medepatiënten rondom relatief kleine dingen of onbelangrijke zaken.
2. Gedrag van de patiënt waarbij de behandelaar/verzorgende zich onder druk gezet voelt. De verzorgende wordt bijvoorbeeld vaak geroepen, de patiënt vraagt veel aandacht, is wisselend zelfstandig en geeft het gevoel dat hij op zijn tenen moet lopen.
3. Er zijn ineens verschillende kampen binnen het (behandel)team ontstaan. Het ene kamp is heel erg op de hand van de patiënt en neemt het voor hem op en het andere kamp doet dit juist niet.
4. Als er sprake is van verschillende kampen binnen de familie. Delen van de familie willen niet met elkaar praten, de een zegt dit en de andere zegt dat.
5. Als er verbroken of gespannen relaties zijn binnen de familie en er bijvoorbeeld ruzie is over geld of bezittingen.
6. Als er om kleinigheden veel emotie wordt geuit, er snel emoties zijn en emoties heel snel groot gemaakt worden (high level of expressed emotion).
7. Als er sprake is van langdurige relatieproblematiek binnen het huwelijk of partnerschap c.q. scheidingen/verbroken relaties.
8. Als er vanuit de levensgeschiedenis bekend is dat er ernstige trauma's waren in de vroege jeugd, bijvoorbeeld seksueel geweld, mishandeling of oorlogsgeweld.
9. Als patiënten die zorg die geboden wordt voortdurend afwijzen of frustreren.
10. Als er sprake is van verbroken contact met kinderen.

8.5 Risicofactoren

De etiologie van persoonlijkheidsstoornissen kan het beste worden begrepen vanuit een multifactorieel/biopsychosociaal model. Uit tweelingenonderzoek blijkt dat ongeveer 50% van de gemeten persoonlijkheidstrekken aan genetische factoren moet worden toegeschreven. Terwijl de biologische factor als belangrijkste determinant van het type persoonlijkheidsstoornis wordt gezien, worden psychologische en sociale invloeden verondersteld ten grondslag te liggen aan de versterking van persoonlijkheidstrekken tot persoonlijkheidsstoornissen. Voorbeelden van de drie genoemde soorten determinanten zijn genetische invloeden op temperament, opvoedingsstijlen en traumatische ervaringen alsmede de mate waarin de huidige maatschappij structuur en geborgenheid biedt.

8.5.1 Levensgeschiedenis

Gegeven een set van biologische kenmerken, die ten grondslag ligt aan temperament en persoonlijkheidstrekken ontwikkelt een individu zijn persoonlijkheid mede afhankelijk van opvoedingsstijlen en al datgene wat hem overkomt. Diverse theoretische concepten worden hierbij gehanteerd o.a. het psychodynamische, hechtings- en cognitief-gedragsmatige model. Wat deze modellen gemeen hebben is de aandacht voor de rol van ervaren stressvolle traumatische gebeurtenissen m.n. in de jeugd. Het gaat hierbij om zaken als emotionele verwaarlozing bijvoorbeeld door langdurig verblijf in kindertehuizen, mishandeling door (stief)ouders en seksueel misbruik door ouder of familieleden. Bekend zijn de oorlogstrauma's in relatie tot concentratiekampen in Duitsland en voormalig Nederlands-Indië. Het is belangrijk bij kwetsbare ouderen met persoonlijkheidsproblematiek hier nadrukkelijk onderzoek naar te doen. Verder kan de levensgeschiedenis informatie verschaffen over het vroegere interpersoonlijk functioneren bijvoorbeeld in relatie tot partner (scheidingen), kinderen (verbroken contact) en werksituatie (arbeidsconflicten).

Het is goed te beseffen dat lichamelijke en/of psychische kwetsbaarheid op hogere leeftijd een grote stressor kan zijn die persoonlijkheidsproblematiek versterkt of uitlokt. Oude trauma's kunnen weer getriggerd worden en opnieuw voor interpersoonlijke problemen zorgen.

8.5.2 Psychiatrische comorbiditeit

Persoonlijkheidsstoornissen staan zelden op zich. Vaak is er tegelijkertijd sprake van andere m.n. as I psychiatrische problematiek. Veel voorkomend zijn kortere of langere periodes van depressie, angst/paniek en agressie al of niet in het kader van aanpassingsproblematiek. Tot de voorbeelden behoren ook (kortdurende) psychosen en middelenmisbruik. Vaak is er sprake van een zogenaamd hoog niveau van 'expressed emotion' bij de patiënt en zijn omgeving. Het is van belang op tijd

deze toestandsbeelden te signaleren, diagnosticeren en te behandelen om voldoende rust te creëren of te handhaven ten behoeve van verlenen van zorg of behandeling van de oudere kwetsbare patiënt met persoonlijkheidsproblematiek of -stoornissen.

8.5.3 Sociale omgeving

In de sociale interactie komt veel persoonlijkheidsproblematiek tot uiting. Moeizame, gespannen contacten tot ruzies met medepatiënten en/of met de verzorging; menig behandelcontact wordt gefrustreerd. Normen en waarden worden uitgedaagd door zogenaamd grensopzoekend gedrag. Van hieruit kunnen ook veel complicaties voortkomen tussen de familie, mantelzorgers en de hulpverlening. Dit is bij kwetsbare ouderen met zelfzorgproblemen een des te groter probleem omdat (aanvullende) zorg vaak onvermijdelijk is.

8.5.4 Somatische comorbiditeit

Bekend zijn de persoonlijkheidsveranderingen die kunnen optreden bij patiënten met een CVA. Het gaat hierbij vaak om aanscherping van persoonlijkheidstrekken, en soms om nieuw gedrag. Het is belangrijk om bijvoorbeeld bij revalidatie/reactivering hier aandacht aan te besteden (naast de frequent optredende depressie) omdat deze problematiek anders pas manifest wordt in de thuissituatie na ontslag.

Verder is multiple somatische pathologie een risicofactor voor het manifest(er) worden van persoonlijkheidsstoornissen onder andere als gevolg van het hantieren van inadequate copingmechanismen ten aanzien van deze verlieservaringen. Ook het wegvallen van dagelijkse activiteiten, zoals lange wandelingen en sport, en het dichter op elkaars huid zitten evenals toegenomen (onderlinge) afhankelijkheid kunnen leiden tot verder probleemgedrag voortkomend uit de persoonlijkheid.

8.5.5 Specifieke zorgsetting

Het is duidelijk dat naast ziekte(n), beperkingen en stoornissen de zorgafhankelijkheid en context waarbinnen zorg en/of behandeling gegeven worden aan kwetsbare ouderen een grote impact hebben op de oudere mens; niet alleen in het nu, maar ook ten aanzien van het levensperspectief. Hierbij heeft elke zorgsetting zijn eigen specifieke kenmerken met name thuis, verzorgingshuis, verpleeghuis en ziekenhuis. Thuis zal bijvoorbeeld de relatieproblematiek of het geïsoleerde, al dan niet bizarre gedrag met zelfverwaarlozing de aandacht vragen. In het verzorgingshuis gaat het om langdurend samenleven in een meer gesloten gemeenschap. Dit stelt hogere eisen aan interpersoonlijk functioneren waarbij de span-

ningen soms hoog kunnen oplopen, niet alleen tussen bewoners onderling maar ook met het personeel. Denk aan zorgweigerig die gecompliceerd wordt door agressie. In het verpleeghuis komen hier nog aspecten van weigering van therapieën/behandeling bij, in het kader van reactivering of intercurrente ziekte(n) tijdens een langdurende opname. Bijzondere aandacht vraagt de oudere patiënt met ernstige cognitieve functiestoornissen zoals in de laatste fase van een dementie-syndroom (Verdult, 2003). Dit heeft een grote impact op diagnostiek, behandeling en zorg wat betreft persoonlijkheidsproblematiek (zie paragraaf 6.2). In het ziekenhuis of bij polibezoek wordt de problematiek voornamelijk bepaald door de verstoring van de behandel-/verplegingsrelatie in combinatie met het eerdergenoemde hoge niveau van 'expressed emotion'. Vaak lukt het de patiënt zich wel een kortere tijd aan te passen voor zolang de opname duurt. Toch kan het zijn dat de kwetsbare oudere ten gevolge van zijn persoonlijkheidsproblematiek niet de behandeling krijgt die aangewezen is. Een 'somatiserende' patiënt met een theatrale persoonlijkheid kan veel nodeloze onderzoeken en behandelingen bespaard blijven als de persoonlijkheidsproblematiek op tijd wordt herkend en hiermee vervolgens adequaat wordt omgegaan.

8.6 Behandeling

8.6.1 Algemene uitgangspunten

De behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen in het algemeen komt in een beperkt aantal publicaties aan de orde. Het gaat doorgaans om gevalsoverbeschrijvingen waarin medicamenteuze en psychotherapeutische behandelingsvormen aan bod komen. Effectstudies ontbreken tot op heden (Segal, Coolidge, & Rosowsky, 2006). Veel studies hebben zich niet specifiek gericht op de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen, maar op comorbide pathologie zoals depressies, angststoornissen of psychosen. Met deze restricties kan worden gesteld dat patiënten uit het A-cluster het meest gebaat zijn met lage doseringen van een klassiek of atypisch antipsychoticum. Uiteenlopende psychofarmaca worden gebruikt om het agressieve, impulsieve, ontremde en depressieve gedrag van patiënten uit het B-cluster te verminderen: antipsychotica, benzodiazepinen, stemmingsstabilisatoren (lithiumcarbonaat en anti-epileptica) en antidepressiva, in het bijzonder de Selectieve Serotonerge Re-uptake Inhibitors (SSRI's). Bij het voorschrijven van benzodiazepinen moet men bij bepaalde persoonlijkheidsstoornissen terughoudend zijn wegens het risico van afhankelijkheid en suïcidepogingen. In het vreesachtige, vaak met depressie gepaard gaande C-cluster zijn de SSRI's het middel van eerste keuze. De Leo, Scocco en Meneghel (1999) onderschrijven de eerdergenoemde farmacotherapeutische therapieën grotendeels. Volgens hen is verandering van de persoonlijkheid met psychotherapeutische behandelingsvormen bij ouderen doorgaans een te ambitieus doel. Cognitieve achteruitgang, ernstige somatische aandoeningen, levenslang onvermogen om onaangename

feiten te accepteren en gebrekkige interpersoonlijke relaties compliceren een op inzicht georiënteerde vorm van psychotherapie. De Leo et al. bespreken tevens een aantal psychotherapeutische behandelingsvormen voor ouderen, met als belangrijkste de cognitieve therapie, kortdurende psychoanalytische therapie, dialectische gedragstherapie en interpersoonlijke psychotherapie. Dialectische gedragstherapie en de interpersoonlijke psychotherapie hebben volgens hen de voorkeur. Dit zijn immers behandelvormen met actuele gedragingen, dan wel relatieverhoudingen als aangrijppingspunt in de therapie. Bij kortdurende psychoanalytische therapie worden meestal focale conflicten met behulp van duiding onder de loep genomen en bij cognitieve psychotherapie zijn het vooral de basale denkfouten die aan de orde worden gesteld. Beide therapievormen doen een aanzienlijk beroep op het introspectieve, respectievelijk abstracte denkvermogen en zijn volgens De Leo et al. hierdoor minder geschikt voor ouderen. De vraag blijft echter bestaan of bijvoorbeeld een aangepaste vorm van schemagerichte psychotherapie ook voor ouderen met een persoonlijkheidsstoornis effectief kan zijn. Bij jongvolwassenen is deze behandelingsvorm bewezen effectief. Bij ouderen is dit nog niet empirisch onderzocht. Van Royen en Videler (2006) geven aan dat de bestaande interventies bij persoonlijkheidsstoornissen geplaatst kunnen worden op een continuüm dat reikt van steunend-structurerende interventies aan de ene pool tot schemaveranderende interventies aan de andere pool. Tussen beide behandelingsvormen stellen zij in relatie tot ouderen de Kortdurende Personologische Psychotherapie voor. Hierbij dienen de bekrachtigers van de persoonlijkheidsstoornis als basis voor veranderingen in gedrag en cognities.

Zeer recent verscheen een artikel van Lunch et al. (2007) waarin de effectiviteit is onderzocht van dialectische gedragstherapie (DBT) bij ouderen met zowel een depressie als een persoonlijkheidsstoornis. Bij deze RCT zijn echter de nodige kanttekeningen te plaatsen. Zo is in deze studie onduidelijk of DBT nu aangrijpt op de depressie of op de persoonlijkheidsstoornis of toch op beiden? Bovendien lijkt het aantal persoonlijkheidsstoornissen in remissie nauwelijks lager te zijn wanneer er slechts een medicamenteuze behandeling heeft plaats gevonden ($n=7$) vergeleken met een gecombineerde behandeling medicatie en DBT ($n=9$). Opmerkelijk omdat uit eerdere studies naar de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij jongere volwassenen de behandelresultaten met medicatie (zonder psychotherapie) marginaal zijn. Dit doet vermoeden dat in het onderzoek van Lynch et al. (2007) er bij een aantal proefpersonen onterecht tijdens de intake een persoonlijkheidsstoornis is gediagnosticeerd.

Mede afhankelijk van de ernst van de persoonlijkheidspathologie en de hoogte van de leeftijd is veelal een adaptatiebevorderende behandeling bij ouderen aangegeven, al of niet ondersteund met farmacotherapie. In de praktijk bestaat dit behandelingsstype onder meer uit ondersteunende, individuele begeleiding of groepsgerichte deeltijdbehandeling. Adviserende en egoversterkende gesprekken, assertiviteitstrainingen, het opzetten van een dagstructuur met passende activiteiten en het geven van psycho-educatie zijn hierin belangrijke onderdelen. Bij een intensieve, individuele ambulante behandeling kan hulp worden geboden door

psychiatrische intensieve thuiszorg (PIT) of ambulante woonbegeleiding (AW). Voorbeelden van passende dagactiviteiten zijn een geronto-psychiatrische dagopvang in een verzorgingshuis of individuele begeleiding door een activiteitentherapeut. Psycho-educatie bestaat hoofdzakelijk uit het geven van omgangs- en gedragsadviezen aan de mantelzorg, huisartsen of verzorgenden en verpleegkundigen van de thuiszorg, respectievelijk in een verzorgingshuis of verpleeghuis. Enkele algemene vuistregels zijn een begripvolle, consequente, zelfverzekerde grondhouding van de hulpverlener met onderkenning van eigen weerstanden. Meer specifiek op clusterniveau ligt bij ouderen met cluster-A persoonlijkheidsstoornissen de nadruk op het accepteren van de onverschilligheid of teruggetrokkenheid van betrokkene: voldoende afstand is nodig (zakelijke houding). Bij het B-cluster is het van belang grenzen te stellen en deze consequent te hanteren. Uitleg over de achtergronden en uitingsvormen van ‘splitsingsgedrag’ is aan te raden voor de familie en de medewerkers van de afdeling. Ook het combineren van kritiek met bewondering en lof, en het serieus nemen van niet-objectiveerbare somatische klachten zijn belangrijke aspecten. Aan ouderen uit het C-cluster wordt onder meer geadviseerd zelfstandig activiteiten te ondernemen. Daarbij zijn ‘kleine stappen’ zeer belangrijk. De eigenwaarde moet vergroot worden en het aanbieden van meer structuur is noodzakelijk. Het laten behouden van eigen gewoonten en regels geeft rust en speciale aandacht is nodig om veranderingen van tevoren te bespreken. Op deze wijze kan angstig gedrag gereduceerd worden.

8.6.2 Integratieve behandeling en zorg bij kwetsbare ouderen

Bij kwetsbare ouderen zijn bij het uitvoeren van multidisciplinaire interventies bij persoonlijkheidsproblematiek een aantal aandachtspunten van belang (v. Helden en Bakker, 2006). In het navolgende wordt door van Helden en Bakker deze specifieke benadering verder uitgewerkt aan de hand van de verschillende fasen van het met name in (transmurale) verpleeghuiszorg gebruikelijke interdisciplinaire interventieproces, namelijk: de startfase, de op- en uitbouwfase en de afronding. Behandeling en zorg in een verpleeghuissetting wordt exemplarisch uitgewerkt. Van hieruit is gemakkelijk een vertaling te maken naar bijvoorbeeld dagbehandeling of thuissituaties. Bijzondere aandacht en aanpassing vraagt de kwetsbare patiënt met ernstige cognitieve functiestoornissen. Centraal bij de interventies staat de interpersoonlijke relatie tussen hulpverlener en patiënt/systeem: de therapeutische alliantie.

Start behandeling en zorg (Fase één)

Voor het uitvoeren van interventies bij persoonlijkheidsproblematiek van kwetsbare ouderen is het belangrijk om nadrukkelijk aandacht te schenken aan het realiseren van een betrouwbare en stabiele werkrelatie (therapeutische alliantie) tussen patiënt en hulpverleners (Trijsburg et al., 2002). Essentieel hierin is het creëren

van een frequent en regelmatig contact van de (hoofd)behandelaar en casemanager/zorgcoördinator. Een minimaal wekelijks spreekuurcontact is hiervoor zeer geschikt. Het houden van een wekelijks spreekuur op éénzelfde plaats en tijdstip heeft als voordeel dat het tevens ritualiserend werkt. De deelname van een vaste casemanager (verpleging/verzorging) vanaf het eerste contactmoment is wenselijk; zeker indien meer disciplines tegelijkertijd actief zijn in de casus zoals vaak het geval is in het verpleeghuis. Deelname van de casemanager is een krachtig middel tegen splijtende en projecterende gedragingen van de patiënt. Het voordeel van ritualisering komt met name naar voren in het kader van interventies bij patiënten met gevorderde cognitieve functiestoornissen. Zelfs bij matige cognitieve problematiek (Global Deterioration Scale niveau 5) treedt op den duur bij de patiënt veelal herkenning op van de spreekuursituatie. Een ander voordeel van ritualisering is dat veranderingen bij de patiënt gemakkelijker opgemerkt worden b.v. veranderingen in de manier waarop de patiënt binnenkomt of hoe de begroeting verloopt. Bij het eerste spreekuurcontact is het belangrijk van de patiënt een indruk te krijgen van de door hem zelf ervaren problemen die aanleiding vormden voor de opname of naar wat er mis ging. Wat was moeilijk; wat zijn de verwachtingen ten aanzien van de behandeling en zorg? Uit de reacties op deze vragen kan de behandelaar belangrijke informatie afleiden, zowel observationeel als verbaal, over hoe de patiënt met zijn wereld omgaat. Aandachtspunten hierbij zijn met name:

- Mate van expressed emotion (b.v. agitatie, angst, ontremdheid, depressie, agressie).
- Aanwezigheid van controlemogelijkheden bij de patiënt zelf (bijsturing in gesprek, inzicht in situatie van zichzelf en anderen, aangepast gedrag).
- Opvallende persoonlijkheidskenmerken, hoewel deze vaak in de eerste contacten gemaskeerd blijven. Deze maskering betekent overigens dat de patiënt weet “hoe het hoort” en dit aangepaste gedrag kennelijk enige tijd kan volhouden.
- Actuele beleving van ernstige traumatische gebeurtenissen in zijn levensgeschiedenis. In het begin zijn alle interventies er opgericht om tot een positief interventiecontact te komen, dit te behouden en waar mogelijk te verdiepen. Hierbij speelt ook de keuze tot inzet van andere disciplines een belangrijke rol. In geval van een opname heeft de verpleging/ verzorging altijd contact met de patiënt. Direct afspraken maken over de manier van omgaan met de patiënt is essentieel. Gemakkelijk kan in de beginfase onderschatting van de problematiek optreden. De patiënt gedraagt zich aanvankelijk op de afdeling min of meer voorbeeldig en er is nauwelijks sprake van manifeste interpersoonlijke problematiek. Deze tijd kan goed benut worden om door hulpverleners met de patiënt een positief contact op te bouwen. Indien er vanaf het begin sprake is van uitingen van interpersoonlijke problemen (bijvoorbeeld splitsing en projectie) is het verstandig direct met een structurele ‘all good/bad’ benadering te starten. Hierbij ligt de nadruk op de ‘all good’ kant, gericht op een positief contact. Daar waar echt noodzakelijk worden minimale restricties afgesproken door de ‘all bad’ met het oog op het verwerven van een zo vruchtbaar mogelijk

werkrelatie. Vastgestelde stemmings- en belevingsbeelden als uitingsvormen van 'expressed emotion' worden zoveel mogelijk benoemd in termen van de patiënt zelf. Voorgesteld kan worden om deze te behandelen inclusief (indien nodig) het voorschrijven van psychofarmaca. Het doel hiervan is om direct de lijdenslast van de patiënt te verminderen bijvoorbeeld de sombere stemming, slaap- en eetproblemen, angst, nervositeit, onrust, etc. Het is goed reeds vanaf het begin aandacht te besteden aan het systeem van de patiënt m.n. de partner en eventuele kind(eren). Hoe kijken die naar de aard van de problematiek? Behoort het kenmerkende gedrag van de patiënt tot de familiecultuur en hoe vinden alle relevante familieleden dat? Is er sprake van onderlinge discrepanties en/of strijd; hoe is hun verhouding met de patiënt b.v. afwijzend, (te) zeer betrokken e.d.? Het beste kan dit onderzocht worden door een systeemtherapeut. Belangrijk bij deze systeemanalyse is de problematiek van de patiënt als centraal oriëntatiepunt te blijven hanteren. Eventueel vindt bespreking en voorlichting in aparte bijeenkomsten plaats in het geval dat familieleden elkaar niet verdragen. De systeemtherapeut kan aan de familieleden begeleiding geven, psycho-educatie aanbieden over de aard en eventuele (al dan niet in de familie bekende) traumatische oorsprong van de problematiek en indien noodzakelijk een doorverwijzing verzorgen naar hulpverleners elders voor individuele familieleden.

Bij ouderen met ernstige cognitieve functiestoornissen zijn er aanpassingen nodig. Allereerst speelt observatie een veel grotere rol, zoniet de hoofdrol. Ook hier is een voldoende mate van continuïteit in het contact relevant. Informatie over concreet gedrag, familiesituatie en jeugd blijven essentieel. In de multidisciplinaire aanpak staan positief structurerende interventies vanuit het 'All good'/'All bad' principe centraal. Hetzelfde geldt voor het onder controle houden van het niveau van 'expressed emotion'.

Op- en uitbouw van behandeling en zorg (Fase twee)

De focus blijft gericht op de therapeutische alliantie en wat daarbinnen gebeurt; generalisaties of incidenten naar de situatie buiten spelen hooguit een bijrol. De aard en ernst van de specifieke persoonlijkheidsstoornis alsmede de aan- of afwezigheid van cognitieve problematiek bepaalt de inhoud van de gesprekken. Het gaat in deze fase met name om het zichtbaar en indien mogelijk bespreekbaar maken van de specifieke manier van waarnemen, denken en handelen van de patiënt binnen het interventiecontact zelf; dit geldt ook voor de ingezette disciplines. Bij het inzetten van disciplines is het hanteren van een heldere omschrijving van het thema waarop geïntervenieerd wordt essentieel. Hierbij wordt rekening gehouden met de mate van cognitieve functiestoornissen en de ingeschatte levensverwachting. De casemanager vormt samen met de hoofdbehandelaar/psycho-geriater/ specialist ouderengeneeskunde de kern van het interventieteam. De casemanager heeft zelfstandig gesprekken met de patiënt met betrekking tot het

praktisch functioneren in de concrete relatie met medepatiënten. Vanuit de kennis uit het spreekuur kan de casemanager dit doen. Tevens vindt er fijnsturing door de casemanager plaats ten aanzien van interventies van de andere ingezette disciplines. De casemanager is uiteraard net als de (hoofd)behandelaar onderhevig aan gevoelens van tegenoverdracht. Door onderlinge uitwisseling en wederzijdse reflectieve beschouwing kunnen de contraproductieve gevolgen worden ingeperkt en de productieve versterkt. Dit geldt tevens voor gelijksoortige signalen van andere leden van het interdisciplinaire team. Hierbij speelt eveneens de wekelijkse patiëntenbespreking een cruciale rol. Continuïteit en intervisie zijn essentieel om succes te boeken. Hieronder volgen korte beschrijvingen van therapieën die integratief zijn toe te passen bij persoonlijkheidsproblematiek/-stoornissen.

Ondersteunende gespreksvoering

Psychotherapie is erop gericht via psychologische weg de persoonlijkheid van de patiënten en eventueel ook de partner/familie positief te beïnvloeden. Gesprekstechnieken gebaseerd op psychotherapeutische principes kunnen gebruikt worden door psychologen, maar ook door de arts of hogeropgeleide verpleegkundige (niveau 5 en hoger). Deze gesprekstechnieken zijn belangrijk voor het tot stand brengen/opbouwen van de therapeutische relatie met de patiënt en onmisbaar om überhaupt iets bij de patiënt te bereiken. Aanvankelijk is alle energie gericht op het 'bekomen' van de relatie. Daarna is het zaak te onderzoeken in hoeverre de patiënt bewust kan worden van zijn eigen manier van doen binnen deze relatie; dus niet er buiten. Alleen zaken die spelen binnen het contact tussen therapeut en patiënt kunnen in het begin bespreekbaar gemaakt worden. Op grond hiervan blijkt of de patiënt in staat is tot enig zelfinzicht, een opener kijk op de ander (in dit geval de therapeut). Dit heet mentalisering. Het beste werkt dit als de patiënt zijn eigen woorden hiervoor vindt, bijvoorbeeld: "Ik heb een driftig kind in me", of "Ik heb een scherpe tong", of "De pijn is mij altijd de baas", of "Ik ben toch echt wel bijzonder". Andere therapeutische interventies kunnen hier vervolgens ook gebruik van maken. Als enige introspectie niet haalbaar is kan gekozen worden voor structuur bieden ('containen') met behulp van begrenzen, belonen, voordoen en dergelijke. De geschikte psychotherapeutische principes zijn in het algemene deel (paragraaf 6.1) reeds opgesomd. Een absolute voorwaarde is het 'bekomen en behouden' van de relatie. Het is verder belangrijk de nodige aandacht te geven aan de rol van familieleden en/of vrienden: het systeem.

Door middel van begeleiding van het systeem is het mogelijk de wisselwerking met de patiënt te verbeteren. Ook hier gaat het om meer en beter inzicht in de eigen manier van doen te krijgen. Met als doel een keuze mogelijk te maken; 'ga ik zo door of probeer ik iets nieuws/anders?' Ten behoeve van ouderen met ernstige cognitieve functiestoornissen zijn belangrijke aanpassingen nodig. Gedrag bijvoorbeeld met behulp van videobeelden geobserveerd kan men beïnvloeden door ander zorggedrag uit te proberen gericht op het 'containen' van de persoonlijkheidsproblematiek of het vermijden van 'triggers'. Vaktherapeuten kunnen hier een belangrijke rol in spelen.

Vaktherapieën

Naast verbale therapievormen bestaan er ook verschillende therapievormen die gebruik maken van non-verbale middelen. Vaktherapieën is een verzamelnaam voor deze therapievormen. Hieronder vallen; muziektherapie, psychomotorische therapie, creatieve therapie en beeldend spel, dramatherapie en danstherapie. Deze therapieën kunnen worden ingezet als er sprake is bij de patiënt van problemen op het gebied van de *persoonlijkheid* of de beleving. Doel van de therapie is om een veranderingsproces bij de patiënt te bewerkstelligen. De vaktherapeut maakt gebruik van beeldend materiaal, muziek of beweging. Dit zijn voor een mens aanvullende manieren om zijn belevingswereld tot uiting te brengen. Hierbij kun je denken aan het werken met papier of klei, zingen, luisteren naar of spelen met muziek, balspelen, werken met ballonnen of ander bewegingsmateriaal. Ernstige cognitieve functiestoornissen vragen wel om enige aanpassing maar vormen geen contra-indicatie, integendeel. De therapeut stimuleert de patiënt om gevoelens te uiten, ervaringen onder woorden te brengen en nieuwe ervaringen op te doen binnen de veilige context van het werken met beelden, muziek of beweging binnen het therapeutisch contact. Bij de behandeling van persoonlijkheidsproblematiek is er een belangrijke rol weggelegd voor de expressieve vaktherapieën. Hieronder wordt als voorbeeld de muziektherapie verder uitgewerkt.

Muziektherapie

De muziektherapeut tracht het 'storende' gedrag dat samenhangt met de persoonlijkheidsproblematiek op een positieve manier te beïnvloeden. De therapie kan zowel individueel als in groepsverband plaatsvinden. In de groepstherapie kunnen de groepsleden op elkaar reageren, waardoor de persoonlijkheidsproblematiek binnen de therapie beter zichtbaar wordt en de therapeut materiaal heeft om het gedrag te beïnvloeden. Zij maakt daarbij gebruik van de in de groep spelende processen. In de therapie worden patiënten uitgenodigd middels het maken van muziek, gezamenlijk te oefenen hun gedrag te veranderen en van elkaar leren. Tijdens de muziektherapie wordt er gezamenlijk gezongen, 'muziek' gemaakt door middel van ritme-instrumenten of naar muziek geluisterd. Patiënten die bijvoorbeeld op zichzelf gericht zijn vanuit een teruggetrokken paranoïde persoonlijkheid vinden het vaak moeilijk om contact te maken met medepatiënten, dit vanuit verminderd vertrouwen. Met de patiënt wordt geoefend om het samenspel enigszins aan te passen aan dat van een ander, meestal kost dit veel moeite.

Het lukt de patiënt niet doordat hij/zij niet gewend is om met een open houding naar de ander te luisteren. Omdat muziektherapie zich in het bijzonder richt op samenspelen, leent het zich bij uitstek voor het oefenen in contact maken, luisteren naar elkaar en open staan voor elkaar. De muziektherapeut zal de therapie afstemmen op de patiënt en daarbij rekening houden met de mate van cognitieve functiestoornissen. Een patiënt die cognitief redelijk functioneert, heeft minder moeite met het onthouden, bij deze patiënt kan een inzichtgevende interventie toegepast worden. De haalbaarheid hiervan is, naast het geheugen, mede afhankelijk van overige factoren. Inzichtgevende therapie maakt een koppeling tussen de

therapie en het dagelijks leven. De muziek wordt dan de aanleiding om verband te leggen met het dagelijks leven. Vervolgens wordt besproken hoe met deze zaken een andere, betere manier van omgaan met jezelf en de wereld om je heen gecreëerd kan worden.

Een andere methode is een structurerende werkwijze. Door middel van een bepaalde benadering of muziekactiviteiten wordt het gewenste gedrag uitgelokt, ongewenst gedrag wordt genegeerd. Door herhaling van gewenst gedrag wordt getracht dit nieuwe gedrag te versterken en het oude gedrag naar de achtergrond te laten verdwijnen. Dit is ook haalbaar bij patiënten met ernstige cognitieve functiestoornissen. Indien de patiënt moeite heeft met langer onthouden kan het aanpassen van de omgeving van de patiënt een positieve bijdrage leveren. Het laatste is vaak gunstig bij verpleegbehoefte patiënten met ernstige cognitieve stoornissen. Therapie bestaat dan meer uit het zoeken naar een manier waarop gewenst gedrag uitgelokt kan worden. Deze manier van omgaan met de patiënt dient overgenomen te worden door allen die bij de patiënt betrokken zijn, ook de familie. Dit is onderdeel van het sociotherapeutisch klimaat en is van bijzondere invloed op het welzijn van de patiënt en het slagen van de therapie.

Welzijnszorg

Welzijnszorg richt zich op de gezonde kant van de patiënt. Bij ernstige persoonlijkheidsproblematiek/-stoornissen kan bijna elk onderdeel van het leven aangetast zijn, aanleiding geven tot splitsing, ontkenning en/of projecties. In zo'n geval is het beter om in eerste instantie terughoudend om te gaan met welzijnsactiviteiten. Er moet eerst door interventies voldoende 'rust' tot stand zijn gebracht. Hierna is het zaak de gezonde delen van de persoonlijkheid te stimuleren. Dosering, spreiding en consequentheid zijn belangrijke zaken voor geslaagde welzijnsinterventies. Het dagprogramma is afgestemd op de wensen, behoeften en interesses van de patiënt, daarnaast wordt er rekening gehouden met de persoonlijkheidsproblematiek van de patiënt.

Voor de ontwikkeling van een dagprogramma maakt de activiteitenbegeleider gebruik van verschillende soorten interventietypen. Zo kan er gekozen worden voor een dagprogramma op basis van 'hier en nu structuur', waarbij de activiteiten een programma-achtig karakter hebben die de patiënt structuur en overzicht geven. De activiteiten (positief of actief van aard) richten zich op het in stand houden of stimuleren van de zelfredzaamheid, het zelfbeeld of het ervaren van zingeving. Daarnaast kan er gekozen worden voor 'hier en nu inzichtgevend'. Daarin worden samen met de patiënt activiteiten ontplooid, waarbij gestreefd wordt de patiënten door middel van activiteiten inzicht te laten verwerven in de eigen mogelijkheden en vaardigheden.

Intercurrente crisis

Tijdens de behandeling en zorg van kwetsbare ouderen met persoonlijkheidsproblematiek kunnen zich tussentijds crisissituaties voordoen. Vaak kondigen deze zich van tevoren aan. Bijvoorbeeld kan er sprake zijn van sterk variërend gedrag

van de patiënt bij verschillende hulpverleners, een stijging van het niveau van 'expressed emotion', of het verergeren van belevingsstoornissen zoals depressie, agressie, angst, obsessief-compulsief gedrag. In een crisissituatie dient voortdurend interdisciplinaire afstemming over het feitelijke functionele niveau van de patiënt plaats te vinden. Hierbij hebben de hulpverleners de opdracht met name oog te blijven houden voor de mogelijkheden van de patiënt. De in de crisis actueel spelende belevingsproblematiek dient naar de 'state of the art' behandeld te worden. Een probleem in de psychogeriatric kan zijn dat deze beelden tamelijk snel kunnen wisselen; de patiënt laat meerdere beelden zien. Soms maakt de ernst van de belevingsbeelden (gevaarscriterium) het noodzakelijk om over te gaan op toepassing van dwangbehandeling binnen het kader van een gedwongen opname (wet BOPZ). Het 'gewone' contact handhaven is dan een belangrijk aandachtspunt naast de uitvoering van de dwangmaatregelen. Dit 'gewone' contact onderhouden kan het beste gebeuren door degenen die naar mening van de patiënt zelf het beste contact met hem hebben. Binnen de psychogeriatric bestaat in een crisissituatie tevens een verhoogde kans op somatisch lijden; soms vormt de lichamelijke achteruitgang zelf de aanleiding tot de crisis. Aandacht moet er dan zijn voor snelle en adequate behandeling. Immers de patiënten hebben vaak een geringe somatische restcapaciteit gecombineerd met een relatieve uitputting van het stresssysteem door de meestal langdurende psychische problematiek. Indien de interventies de moeilijkste problemen onder controle hebben gebracht, kan de op- en uitbouwfase worden voortgezet.

Afronding van de behandeling en zorg (Fase drie)

In het laatste deel van de uitbouwfase en in de afrondingsfase staat een rehabilitatiebenadering voorop. Hierbij worden in overleg met de patiënt concrete zelfzorgzaken opgepakt, nadrukkelijk gebruikmakend van de mogelijkheden die de patiënt (nog of weer) heeft. Verpleging, ergotherapie en welzijn spelen hierin een grote rol, aangevuld met ondersteunende/begeleidende inbreng van de andere teamleden. Doelen voor behandeling en zorg na beëindiging van de interventies worden in overleg met de patiënt en/of systeem bepaald. Na de afronding zijn vaak een aantal 'vinger aan de pols' contacten noodzakelijk als nazorg activiteit. Dit is m.n. van belang omdat afsluiting van behandeling en zorg nog al eens leidt tot enige recidivering van de oorspronkelijke problematiek. Bij een goede nazorg vindt meestal weer afvlakking hiervan plaats.

8.6.3 Procesbewaking

Ter ondersteuning van het multidisciplinaire, integratie behandel- en zorgproces kan gebruik gemaakt worden van een aantal vaste principes. Ten behoeve van de inhoud geldt het REMS-principe. Voor bewaking van het interventie proces geldt het RIOM-principe.

REMS staat voor **R**elatie, **E**xpressed emotion, **M**entaliseren en **S**ysteem.

Relatie: het is belangrijk dat *een* van de betrokken hulpverleners die werkt met de patiënt die lijdt aan persoonlijkheidsproblematiek de relatie met de patiënt aangaat. Bij voorkeur is dit de arts, de psycholoog of een vaktherapeut of case-manager (verpleegkundige of SPH-er opgeleid op niveau 5). In deze relatie staan het ontmoeten van en het praten met de patiënt centraal. Op basis hiervan wordt een therapeutische relatie aangegaan van waaruit de patiënt begeleid wordt.

Expressed emotion: patiënten die lijden aan persoonlijkheidsproblematiek ervaren en uiten vrijwel altijd veel emotie. Bijvoorbeeld achterdocht, agressie, depressie en agitatie. Het is belangrijk dat heftige emoties voldoende beheerst worden. Dit kan door middel van het geven van psychofarmaca (met name seroxat en depakine), vaktherapie en/of gespreksvoering.

Mentaliseren: het is belangrijk dat degene die de therapeutische relatie aangaat verkent en vaststelt of er enig zelfinzicht (vermogen tot mentalisering) bij de patiënt aanwezig is. Deze verkenning is mogelijk vanuit het aangaan van de relatie en de daaruit voortvloeiende acties. Het mooiste is als het lukt om de patiënt moeilijke persoonlijkheidseigenschappen van zichzelf te laten benoemen, bijvoorbeeld; 'dat is het driftige kind in me', 'ik ben altijd zo overdreven' of 'ik moet altijd de baas spelen'. De essentie is dat de patiënt leert inzien dat wat hij normaal vindt in zijn eigen gedrag ('dat doet toch iedereen'), eigenlijk heel apart is en daarmee verstorend werkt, zowel voor het eigen functioneren als voor de omgeving.

Systeem: persoonlijkheidsproblematiek staat nooit op zichzelf. Deels heeft het systeem (de familie) last van de problematiek doordat er conflicten e.d. zijn, anderzijds onderhoudt het systeem de problematiek door het eigen gedrag. Systeemtherapie is hier vaak nodig daar de problemen, anders dan bij 'gewone mantelzorg', veel complexer zijn.

Via het RIOM-principe checkt het team of bij de uitvoering van het behandel/zorgplan aan het REMS-principe wordt voldaan. RIOM staat voor: **R**elatie, **I**nzicht, **O**rganisatie en **M**onitoring.

Relatie: je kijkt hier of de relatie concreet is ingevuld en door wie. Dit dient bij een ieder bekend te zijn en er moet naar verwezen worden.

Inzicht: belangrijk is dat de hulpverleners inzicht hebben/houden in de psychische problematiek en kritisch op hun eigen en elkaars gedrag reflecteren.

Organisatie: wie is waar verantwoordelijk voor, worden afspraken nagekomen, gebeurt er ook wat je met elkaar afspreekt en wie regelt het.

Monitoring: dit betreft de evaluatie van de afspraken die je maakt om elkaar te ondersteunen door overleg, consultatie, intervisie en supervisie.

8.7 Samenvatting

Persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen is een relatief jong thema in de psychologie en psychiatrie. De DSM-IV-TR definitie van 'persoonlijkheidsstoornis' lijkt niet zozeer een statisch maar meer een dynamisch begrip te zijn. In de klinische praktijk is het DSM-concept bij ouderen lastig te hanteren: de manifestatie van persoonlijkheidspathologie kan verschillend zijn van die van jongere volwassenen en onduidelijk is op welke wijze het 'duurzame en stabiele beloop' bij (kwetsbare) ouderen geïnterpreteerd moet worden. Deze conceptuele problemen hebben mogelijk invloed op de uiteenlopende prevalentiecijfers binnen de verschillende onderzoekspopulaties. Meerdere auteurs pleiten dan ook voor een geriatrische subclassificatie van persoonlijkheidsstoornissen. Persoonlijkheidsonderzoek bij ouderen vereist specifieke aandacht en vaardigheden omtrent de (differentiële) diagnostiek van psychische stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en somatische problematiek. Elementen van de LEAD-standaard kunnen hierbij een hulpmiddel zijn. Onderzoek naar de betrouwbaarheid en de validiteit van de LEAD-procedure bij de diagnostiek van As-II stoornissen bij ouderen is echter aangewezen. De structuur van de LEAD-standaard bestaande uit meerdere informatiebronnen (o.a. observatiegegevens, biografische gegevens, informantgegevens en de ervaringen die de hulpverlener met de patiënt heeft) is wellicht goed te gebruiken. Over de bewezen effectieve behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen is weinig bekend. Centraal staat de therapeutische alliantie, het opbouwen en onderhouden van een goede (werk)relatie. Verder lijkt een multidisciplinaire individuele of groepsgerichte adaptatiebevorderende aanpak, eventueel gecombineerd met psychofarmaca het meest aangewezen. Containen van het psychisch lijden is hier een onlosmakelijk onderdeel van, wellicht bij ouderen met ernstige cognitieve functiestoornissen het centrale deel. Ook psycho-educatie is een belangrijk onderdeel in de hulpverlening. Het systeem verdient bij persoonlijkheidsstoornissen expliciete aandacht.

Literatuur

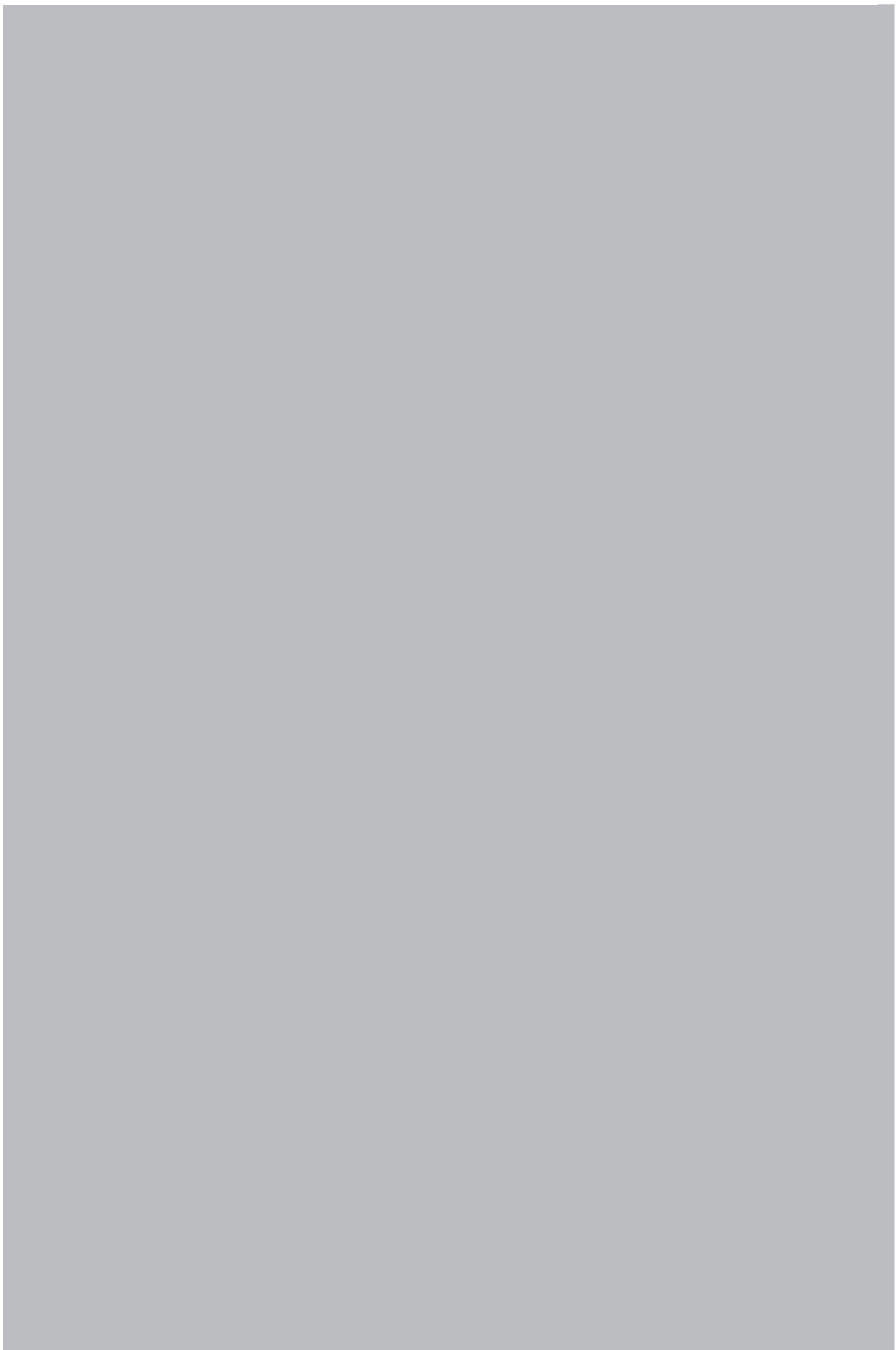
1. Abrams, R.C. & Horowitz, S.V. (1999). Personality disorders after age 50: a meta-analytic review of the literature. In E. Rosowsky, R.C. Abrams & R.A. Zweig (Red.), *Personality disorders in older adults* (pp.55-68). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
2. Alphen, S.P.J. van (2006). *Diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen*. Een bijdrage aan de ontwikkeling van een screeningsinstrument. Academisch proefschrift.
3. American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders (3th ed.)*. Washington DC: American Psychiatric Association.
4. American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders (4th ed. textual revision)*. Washington DC: American Psychiatric Association.
5. Bakker, T.J.E.M., Duivenvoorden, H.J., Lee van der, J., Olde Rikkert, M.G.M., Beekman, A.J., Ribbe, M.W. (2010). Integrative psychotherapeutic nursing home programme to reduce multiple

- neuropsychiatric symptoms of cognitively impaired patients and caregiver burden; A randomized Controlled Trial (accepted; Am J Geriatr Psychiatry).
6. Bakker, T.J.E.M., Schroots, J.J.F., Sipsma, D.H. (2000). De psychische dimensie, H4, 51-63.b *Evenwichtig ouder worden*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
 7. Beekman, A.T.F., Geerlings, S.W., Deeg, D.J.H., e.a. (2002). The natural history of late-life depression: a 6-years prospective study in the community. *Archives of General Psychiatry*, 59, 605-611.
 8. Costa, P.T. & McCrae, R.R. (1990). Personality disorders and the five-factor model of personality. *Journal of Personality Disorders*, 362-371.
 9. Derksen, J.J.L. (1993). Handboek persoonlijkheidsstoornissen. Utrecht: *De Tijdstroom*.
 10. Helden, M. van, Bakker, T.J.E.M. (2006). *Persoonlijkheidsproblematiek in de psychogeriatric, Langs de Dynamische Systeem Analyse*. Maarssen, Elsevier Gezondheidszorg.
 11. Leo, D. de, Scocco, P. & Meneghel, G. (1999). Pharmacological and psychotherapeutic treatment of personality disorders in the elderly. *International Psychogeriatrics*, 11, 191-206.
 12. Lynch, T.R., Cheavens, J.S., Cukrowicz, K.C., Thorp, S.R., Bronner, L. & Beyer, J. (2007). Treatment of older adults with co-morbid personality disorder and depression: a dialectical behavior therapy approach. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 131-143.
 13. Millon, T. (1981). *Disorders of personality: DSM-III, Axis II*. New York: Wiley.
 14. Royen van, R., & Videler, A. (2006). De korte personologische psychotherapie als model voor de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen. *Directieve Therapie*, 26, 242-257.
 15. Segal, D.L., Coolidge, F.L., & Rosowsky, E. (2006). Personality disorders in older adults. New York: John Wiley & Sons Inc.
 16. Spitzer, R.L. (1983). Psychiatric diagnosis: are clinicians still necessary? *Comprehensive Psychiatry*, 24, 399-411.
 17. Teunisse, R.J. (1990). Het verloop op lange termijn van de borderline persoonlijkheidsstoornis. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 32, 473-485.
 18. Trijsburg, W., Colijns, Collumbien E. & Lietaer, G. (2002). *Handboek Integratieve Psychotherapie*. Utrecht: De Tijdstroom (Submitted).
 19. Verdult, R. (2003). *De pijn van dement zijn*. Baarn, HB Uitgevers.

Bijlage 1

Alleen bij score op 2 items

		2 Persoonlijkheds functiekenmerken (traits) (DSA-veld:2A)	
		0. niet 1. functiebeïnvloedend (neurotisch) 2. functiebeperkend (pre-psychotisch) 3. functieverstorend (psychotisch) Onbekend/nader te bepalen	
Paranoid (anderen doen je iets aan)		1. Achterdochtig	Sociaal bedreigde/wantrouwige percepties
		2. Teruggetrokken	Sociaal afstand nemende/rancuneuze gedragingen
Schizoid (met rust gelaten worden)		3. Nihilistisch	Betekenisloze/gevoelslege percepties
		4. Vreemd, excentriek	Bizarre/typische gedragingen
Theatraal (indruk maken)		5. Overdreven	Exaltatieve/emotionaliserende percepties
		6. Manipulatief	Bespelend-sturende gedragingen
Narcistisch (speciaal voelen)		7. Egocentrisch	Sterk op eigen grootheid/belevingswereld georiënteerde percepties
		8. Dominant	Overheersend-sturend/misbruik makend gedrag
Borderline (In de steek gelaten)		9. Afgewezen	Voortdurende afhankelijkheids-/ondergeschiktheidspercepties (ambivalent zelfbeeld)
		10. Claimend	Afdwingend-sturend/(min of meer) impulsief gedrag met (in)directe zelfbeschadiging gepaard gaande
Afhankelijk (hulpeloos)		11. Onzeker	Overschattende percepties van belang/oordeel van anderen
		12. Passief	Verminderd initiatief tot zelfstandige gedragingen; aanklamping van anderen
Ontwijkend (pijn vermijden)		13. Twijfelzucht	Ambivalente/problematiserende percepties
		14. Vermijdend	Keuze/confrontatie vermijdende gedragingen
Dwangmatig (foutloosheid)		15. Angstig	Bevreesde percepties van controleverlies
		16. Perfectionistisch	Magische/precieze gedragingen
Anti-sociaal (anderen gebruiken)		17. Vijandig	Achtergestelde/aangevallen percepties
	Passief/agressief (houden wat je hebt)	18a Impulsief agressief	Plotseling aanvallende gedragingen
Sadistisch (anderen gebruiken)		18b Doelgericht beheerst agressief	Beheerst aanvallende gedragingen
		18c Leidelijk tegenwerkend	Passief verzet/gedragingen



**Psychiatrische
functiestoornissen bij
verpleeghuispatiënten**

Prof. dr. R.T.C.M. Koopmans

9.1 Inleiding

De kenmerken van de patiënten die in Nederlandse verpleeghuizen worden opgenomen, zijn de afgelopen tien jaar geleidelijk aan het veranderen. Deze verandering komt voort uit twee trends die waarneembaar zijn in de ouderenzorg. Er is sprake van enerzijds een toenemende vermaatschappelijking en anderzijds juist een verbijzondering van de ouderenzorg. De vermaatschappelijking van de zorg speelt in op de wens van de meeste ouderen om zo lang mogelijk thuis in hun eigen woonomgeving te blijven wonen. Zorginstellingen spelen hierop in door deconcentratie van grote instituten en kleinschalige voorzieningen te bouwen in wijken dicht bij de ouderen. Het scheiden van wonen en zorg en vormen van aanvullende zorg die ouderen in verzorgingshuizen of thuis geboden worden, zijn eveneens voorbeelden van een verdergaande vermaatschappelijking van de zorg.

Het gevolg van deze vermaatschappelijking is dat opname in een zorginstelling zo lang mogelijk wordt uitgesteld. Het beleid van de Nederlandse overheid is hier overigens ook in toenemende mate op gericht. Dit betekent dat wanneer opname onvermijdelijk wordt, de ernst en complexiteit van de problematiek van de patiënten, doorgaans groot zijn. Zorginstellingen ontwikkelen zich op hun beurt tot zogenaamde kennis- of expertisecentra. Deze verbijzondering of specialisatie richt zich dan ook op groepen met complexe zorgvragen zoals dementerenden met veel probleemgedrag, jonge mensen met dementie, patiënten met niet aangeboren hersenletsel (NAH) en gerontopsychiatrische patiënten. Maar ook een verdere specialisatie in palliatieve zorg en de revalidatiefunctie zijn voorbeelden van deze verbijzondering van de zorg.

Dit betekent dat de patiënt met een dementie zonder al te veel probleemgedrag steeds meer thuis zal blijven wonen. Ook de klassieke somatische patiënt, die voorheen voor langdurig verblijf werd opgenomen in een zorginstelling, kan nu met allerlei vormen van aanvullende verpleeghuiszorg of dagbehandeling thuis of in het verzorgingshuis blijven wonen. Vooral binnen de somatische verpleeghuispopulatie is er een toenemende groep die naast hun grondlijden zoals een beroerte, de ziekte van Parkinson of een andere (neuro)degeneratieve aandoening, stoornissen in cognitie, stemming of gedrag hebben. Ook patiënten met premorbide persoonlijkheidsstoornissen of een psychiatrische voorgeschiedenis die daarop gesuperponeerd een somatische aandoening krijgen, worden in toenemende mate in een zorginstelling opgenomen of verhuizen van een psychiatrische instelling naar een verpleeghuis. Het gevolg hiervan is dus een toename van het aantal patiënten met psychiatrische functiestoornissen bij zowel patiënten met een somatisch grondlijden als bij patiënten met een dementie. Dit hoofdstuk gaat in op de epidemiologie, de diagnostiek en risicofactoren van depressie bij verpleeghuispatiënten en vormt daarmee een aanvulling op hoofdstuk 3. Angststoornissen bij verpleeghuispatiënten en persoonlijkheidsstoornissen worden beschreven in de hoofdstukken 5 en 9. Bij kwetsbare ouderen komen genoemde psychiatrische functiestoornissen juist vaak in combinatie voor. Dit hoofdstuk gaat dan ook in het bijzonder in op probleemgedrag bij verpleeghuispatiënten met of zonder een dementie (in het bijzonder patiënten met niet aangeboren hersenletsel) Het

hoofdstuk eindigt met behandelaspecten, het benoemen van competenties waaraan leden van de multidisciplinaire verpleeghuisteamen moeten voldoen en de gevolgen voor transmurale zorg.

9.2 Depressie bij verpleeghuispatiënten

9.2.1 Epidemiologie

Depressie bij verpleeghuispatiënten komt veel voor. In een review van Jongenelis e.a. (Jongenelis, 2003) werden 36 publicaties geïncludeerd waarbij de prevalentie van depressie bij een groep van minimaal 50 patiënten was onderzocht. De prevalentie van depressieve symptomen varieerde van 22% in een Australische studie tot 61% in een Japanse, die van 'minor depression' van 11 tot 50% beide in de Verenigde Staten (V.S.) en de prevalentie van 'major depression' varieerde van 6 tot 26% eveneens in de V.S. De prevalenties betreffen zowel patiënten met als zonder een dementie. Patiënten met een ernstige dementie waren overigens meestal uitgesloten van deze onderzoeken. Ook recente onderzoeken uit 2007 vanuit de V.S. en Australië vertonen vergelijkbare prevalentiecijfers.

De prevalentie van depressie bij Nederlandse verpleeghuispatiënten was tot voor kort amper onderzocht. Falck e.a. vonden in 1999 een prevalentie van 'major depression' van 16% bij somatische verpleeghuispatiënten. De meest actuele gegevens zijn echter afkomstig van de Amsterdam Groningen Elderly Depression Study (AGED). In deze multicenter studie werden de prevalentie bij opname, het beloop en de risicofactoren voor een depressie bij een groep van 350 somatische verpleeghuispatiënten onderzocht. Patiënten moesten over redelijke cognitieve functies beschikken (Mini Mental State Examination ((MMSE)) ≥ 15) en mochten geen spraakstoornis hebben van dermate ernst dat een diagnostisch interview onmogelijk was. Bij de diagnostiek werd gebruik gemaakt van de Geriatric Depression Scale (GDS; 30-item versie) en Schedule of Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN).

De auteurs vonden een prevalentie van 'subklinische depressie' van 24%, 14,1% voor 'minor depression' en 8,1% voor 'major depression'.

218 patiënten konden 6 maanden worden gevolgd. Het bleek dat de prevalentie van depressieve symptomen daalde van 41,3% bij opname tot 28,9% na 6 maanden. Slechts bij 4,7% van de patiënten die bij opname geen depressieve symptomen vertoonden, ontstond een depressie. Vooral bij patiënten die reeds bij opname hoog scoorden op de GDS had de depressie de neiging te persisteren. Depressie komt ook veel voor bij patiënten met een beroerte. In een Nederlands onderzoek bleek de cumulatieve incidentie van depressie na 1 jaar 38,7% te zijn. Specifieke cijfers van verpleeghuispatiënten ontbreken echter.

De prevalentie van depressieve symptomen bij Nederlandse verpleeghuispatiënten met een dementie is recent onderzocht in de WAAL BEhavior in Dementia (WAALBED)-studie (Zuidema, 2007). In deze multicenter studie bij 1322 ver-

pleeghuispatiënten is de prevalentie van onder andere depressieve symptomen onderzocht met de Neuro Psychiatric Inventory-Nursing Home version (NPI-NH). De auteurs vonden een prevalentie van 20% van de patiënten met klinisch relevantie symptomen van depressie.

9.2.2 Diagnostiek

Depressie bij verpleeghuispatiënten wordt veelal ondergediagnostiseerd en daarmee onderbehandeld. Met name bij patiënten met een dementie is het onderscheid tussen depressie en dementie lastig vast te stellen. Het recente addendum ouderen bij de multidisciplinaire richtlijn depressie (Trimbos Instituut, 2007) geeft aanwijzingen voor de diagnostiek van depressie bij verpleeghuispatiënten. Bij de diagnostiek van depressie in het verpleeghuis spelen met name de verzorgenden/verpleegkundigen, de verpleeghuisarts/specialist ouderengeneeskunde en de ouderenpsycholoog een rol.

Een eerste signalering van een mogelijk stemmingsprobleem door de verzorgenden/verpleegkundigen is van groot belang. Een instrument dat geschikt lijkt om in de verpleeghuissituatie de stemming van zowel mensen met als zonder dementie kort in kaart te brengen is een lijst met zes observatievragen door Hammond (Hammond, 2000; tabel 9.1)

Tabel 9.1 Observatieschaal voor depressie bij ouderen in verpleeghuis (Hammond, 2000).

Deze vragenlijst bestaat uit vragen waarop u met 'ja' of 'nee' kunt antwoorden	
1. Maakt de patiënt soms een verdrietige, beroerde of depressieve indruk?	Ja/Nee
2. Is de patiënt vaak huilerig of licht geëmotioneerd?	Ja/Nee
3. Lijkt de patiënt geagiteerd, rusteloos of angstig te zijn?	Ja/Nee
4. Is de patiënt sterk vertraagd tot suf, of is hij onwillig bij mobilisering?	Ja/Nee
5. Moet de patiënt worden aangemoedigd om iets voor zichzelf te doen?	Ja/Nee
6. Lijkt de patiënt teruggetrokken of vertoont hij weinig interesse voor zijn omgeving?	Ja/Nee
Totaal score	

Bij een score van 3 of meer is screening op depressieve klachten gewenst.

In de literatuur is men het er in toenemende mate over eens dat screening op depressie bij verpleeghuispatiënten een zinvolle zaak is. Ook in de recente aanbevelingen van de American Association of Geriatric Psychiatry (Kallenbach, 2006) wordt aanbevolen om twee tot vier weken na opname te screenen op depressie en vervolgens elke zes maanden. Daarbij dient dan wel onderscheid gemaakt te wor-

den in patiënten die beschikken over voldoende cognitieve mogelijkheden (MMSE ≥ 15) en patiënten met een dementie.

De GDS-8-item versie (Jongenelis, 2006) is uitermate geschikt voor screening van depressie bij cognitief competente verpleeghuispatiënten en beschikt over vergelijkbare psychometrische eigenschappen als de 15-item versie. Voor patiënten met een dementie is de eerdergenoemde (hoofdstuk 3) Cornell-schaal goed bruikbaar of de depressielijst van Diesfeldt (Diesfeldt, 2004). Wanneer er voldoende aanwijzingen voor een depressie op basis van deze screening bestaat is diagnostiek aan de hand van de DSM-IV-TR criteria aangewezen. Bij patiënten met een dementie zijn op basis van de DSM-IV aanvullende diagnostische criteria ontwikkeld door Olin (Olin, 2002). De specialist ouderengeneeskunde zal in samspraak met de ouderenpsycholoog doorgaans de diagnose stellen.

Het stellen van de diagnose depressie bij patiënten in een gevorderde of laatste fase van dementie is bijzonder moeilijk. De prevalentie van apathie neemt meestal toe naarmate de dementie vordert en dan wordt het moeilijker het onderscheid tussen apathie en depressie te maken. Ook de veel voorkomende eetproblemen zoals het weigeren van eten en drinken en het gewichtsverlies zouden gezien kunnen worden als een teken van depressie of levensmoeheid. De genoemde meetinstrumenten hebben in deze fase hun bruikbaarheid verloren. Het is aan de specialist ouderengeneeskunde te bepalen bij deze patiënten of het stellen van de diagnose depressie nog reële behandelconsequenties heeft. Zo niet dan wordt over het algemeen overgegaan tot een palliatief of symptomatisch beleid. Bij twijfel over de diagnose kan besloten worden een proefbehandeling met een antidepressivum in te stellen.

9.2.3 Risicofactoren

In de eerdergenoemde AGED-studie is ook onderzoek gedaan naar de risicofactoren voor een depressie bij verpleeghuispatiënten. Pijn, visuele beperking, een beroerte en eenzaamheid bleken allen onafhankelijke risicofactoren voor zowel subklinische depressie als 'major depression'. In de studies uit de review bleek er een duidelijke relatie tussen depressie, de lichamelijke gezondheid en comorbiditeit. Herkenning van deze risicofactoren is van belang bij de behandeling.

9.3 Probleemgedrag of neuropsychiatrische symptomen bij verpleeghuispatiënten

9.3.1 Epidemiologie

De terminologie van probleemgedrag is de laatste jaren aan frequente wijzigingen onderhevig. Bij patiënten met een dementie is jarenlang gebruik gemaakt van de door de International Psychogeriatric Association gelanceerde term Behavioral

and Psychological Symptoms in Dementia (BPSD). Deze paraplueterm wordt de laatste jaren meer en meer vervangen door ‘neuropsychiatrische symptomen’. De Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen gebruikt in haar richtlijn (NVVA, 2002) overigens de term probleemgedrag voor zowel patiënten met als zonder een dementie. Onder probleemgedrag verstaat zij alle gedrag dat door de patiënt en/of diens omgeving als moeilijk hanteerbaar ervaren wordt. Ook in de CBO-richtlijn ‘diagnostiek en behandeling van dementie’ (CBO, 2005) wordt de term probleemgedrag gehanteerd. In de recente richtlijn ‘behandeling van neuropsychiatrische gevolgen van niet aangeboren hersenletsel’ (CBO, 2007) spreekt men daarentegen weer van neuropsychiatrische symptomen welke gedefinieerd worden als psychiatrische gevolgen of symptomen als gevolg van de hersenbeschadiging of stoornissen in de hersenfuncties. In de praktijk worden de neuropsychiatrische symptomen in deze richtlijn weer onderverdeeld in psychiatrische stoornissen als depressie, angst, stoornissen in het denken en waarnemen (psychose) maar ook symptomen als agitatie en agressie.

In een recent review (Zuidema, 2006) zijn de prevalenties van neuropsychiatrische symptomen bij verpleeghuispatiënten met cognitieve beperkingen (meerdere dementie) op een rijtje gezet. Er konden 25 artikelen worden geïncordeerd, waarvan er 19 prevalentiecijfers gaven. Bijna alle studies die een algemene prevalentie onderzochten rapporteren dat 82 tot meer dan 90% van de patiënten op zijn minst één klinisch relevant symptoom vertoont. De prevalenties van de te onderscheiden symptomen verschillen echter aanzienlijk. Voor wanen varieert de prevalentie van 3 tot 54%, voor hallucinaties van 1 tot 39%, voor depressieve stemming van 8 tot 74%, voor angst van 7 tot 69%, voor apathie van 17 tot 84%, voor agressie en/of agitatie van 48 tot 82% en voor fysieke agressie van 11 tot 44%. De verschillen in prevalenties worden bepaald door verschillen in meetinstrumenten, settings en populaties. De prevalentie van neuropsychiatrische symptomen bij Nederlandse verpleeghuispatiënten met een dementie is onderzocht in de eerdergenoemde WAALBED-studie. Neuropsychiatrische symptomen werden gemeten met de NPI-NH en de Cohen Mansfield Agitation Inventory (CMAI) welke specifiek agitatie en agressie meet. Afhankelijk van het gebruikte meetinstrument werd bij 80 tot 85% van de onderzochte groep minstens één klinisch relevant neuropsychiatrisch symptoom vastgesteld. Agitatie/agressie, apathie en prikkelbaarheid hadden de hoogste prevalenties variërend van 30 tot 35%. Algemene rusteloosheid werd bij 44% van de patiënten geobserveerd, echter symptomen als vloeken, verbale agressie, constant aandacht vragen, negativisme, constant zinnen herhalen, ijsberen en klagen kwamen voor bij 30% van de patiënten.

Er zijn geen specifieke cijfers bekend van neuropsychiatrische symptomen bij verpleeghuispatiënten met NAH. De recente CBO richtlijn geeft wel prevalentiecijfers van apathie, agressie en agitatie, depressie, angst en emotionele labiliteit en denk- en waarneemstoornissen. De prevalenties van apathie na hersenletsel variëren in de verschillende studies van 11 tot 27%, die van agressie/agitatie van 11 tot 50%, depressie bij 25%, een gegeneraliseerde angststoornis bij 11 tot 13%, emotionele labiliteit 15 tot 21% afhankelijk van het tijdstip na de beroerte en denk- en

waarneemstoornissen een prevalentie van rond de 5%. Het is aan te nemen dat juist bij verpleeghuispatiënten deze prevalenties relatief hoog zijn, omdat neuropsychiatrische symptomen vaak de reden voor opname zullen zijn.

9.3.2 Diagnostiek

De NVVA-richtlijn probleemgedrag biedt uitgebreide handvatten voor de diagnostiek. De diagnostiek bestaat uit het zorgvuldig doorlopen van de volgende stappen: concreet beschrijven van het gedrag, de duur en frequentie, de plaats en de omstandigheden, benoemen van provocerende en escalerende factoren, de gevolgen van het gedrag voor de medepatiënten en/of medewerkers en de vraag of er een aannemelijke verklaring voor het gedrag is. Verder mag bij de analyse het nagaan van lichamelijke oorzaken (inclusief medicatiegebruik), psychische factoren, sociale en omgevingsfactoren niet ontbreken. In het bijzonder dient uitgesloten te worden of de geobserveerde symptomen tekenen zijn van een apathisch of geagiteerd delier (zie hoofdstuk 8).

De eerdergenoemde observatie-instrumenten als NPI-NH en CMAI kunnen behulpzaam zijn bij de diagnostiek. Zij kunnen helpen bij het bepalen van een of meerdere doelsymptomen voor de behandeling bij patiënten waarbij doorgaans meerdere symptomen tegelijkertijd optreden. Door systematisch alle in deze instrumenten opgenomen items uit te vragen, komt er nogal eens gedrag naar boven dat meestal niet spontaan gemeld wordt door de verzorgenden/verpleegkundigen. Het nadeel van deze instrumenten is dat ze het gedrag over de laatste twee tot vier weken in kaart brengen en aldus geen directe gedragsobservaties zijn. Instrumenten als Dementia Care Mapping maken gebruik van directe continue observaties maar zijn daardoor ook erg arbeidsintensief.

De vraag is of in de toekomst er meer gebruik gemaakt zou moeten worden van moderne technologie zoals video of webcamregistraties om allerlei gedrag bijvoorbeeld gedurende de nacht, maar bijvoorbeeld ook gedurende de ochtendzorg en dag te registreren. Ook actigrafisch onderzoek wordt nogal eens gebruikt in verband met slaapproblemen. Verder zijn er velerlei instrumenten voorhanden om symptomen als agressie, apathie, verzet tegen de verzorging e.d. op een specifiekere manier te observeren en in kaart te brengen. De NAH-richtlijn geeft hier enkele voorbeelden van. De diagnostiek van neuropsychiatrische symptomen bij kwetsbare ouderen wordt gecompliceerd door het vaak gelijktijdig voorkomen van meerdere symptomen. Het meeste onderzoek naar de clustering van dergelijke symptomen is gedaan bij patiënten met een dementie. Op basis van factoranalyses van de NPI-(NH) vinden diverse auteurs doorgaans drie tot vijf subsyndromen. De gevonden clusters zijn vaak afhankelijk van de setting waarin patiënten verbleven en de ernst van de dementie. Voor verpleeghuispatiënten en daarmee patiënten met doorgaans een gevorderde dementie leverde factoranalyse in de WAALBED-studie 5 factoren op, namelijk agitatie/agressie, depressie, psychose, psychomotore agitatie en apathie. Deze clusters waren vrij consistent bij patiënten

met verschillende mate van ernst van de dementie en bij patiënten met of zonder psychofarmaca (Zuidema, 2007). Cohen-Mansfield verrichtte ook factoranalyse op data van haar CMAI welke door meerdere auteurs gerepliceerd is. Doorgaans worden drie factoren onderscheiden, namelijk fysiek agressief gedrag, fysiek niet-agressief gedrag en verbaal geagiteerd gedrag. Ook in de WAALBED-studie worden deze factoren gevonden, waarbij daarnaast ook nog vocale agitatie (hinderlijk roepen) en het verstoppen van voorwerpen als aparte factoren werden gezien (Zuidema, 2006).

Verder onderzoek naar de clustering van neuropsychiatrische symptomen bij kwetsbare ouderen met of zonder een dementie is nodig. Hoewel de consistentie van de in de literatuur gevonden clustering een sterke biologische basis voor het gedrag doet vermoeden, zijn ook psychosociale factoren zoals de leefomgeving van bijvoorbeeld het verpleeghuis of herberekeningen in het kader van bijvoorbeeld oorlogstrauma's of incest in de jeugd, hierop erg van invloed. Hiervoor zou de basis ook van psychiatrische aard kunnen zijn, gelet op de zeer beperkte relatie die Bakker et al. vonden tussen neuropsychiatrische symptomen en cognitief functioneren, gemeten met MMSE en Barthel Index (Bakker, 2007).

9.3.3 Risicofactoren en determinanten

In de eerdergenoemde review van Zuidema is ook gekeken naar de risicofactoren en determinanten van neuropsychiatrische symptomen. De belangrijkste voorspelers zijn het type dementie, de ernst van de dementie, psychosociale omgevingsfactoren, het gebruik van psychofarmaca en vrijheidsbeperkende maatregelen.

9.4 Behandeling

9.4.1 Psychosociale behandeling

Depressie

Het addendum ouderen van de multidisciplinaire richtlijn depressie geeft aanbevelingen voor de psychosociale behandeling van een depressie bij verpleeghuispatiënten, namelijk:

- omgang/bejegeningadvies voor het zorgteam;
- psycho-educatie aan patiënt en indien mogelijk aan familie;
- optimaliseren van omgevingsfactoren zoals voldoende activiteiten en dagstructuur.

Het is bekend dat diverse benaderingen zoals de plezierige-activiteitenmethode, licht, beweging, reminiscentie, combinaties van deze methoden en groepsgewijze cognitieve therapie, positieve effecten op depressie kunnen hebben

Neuropsychiatrische symptomen bij patiënten met NAH

De richtlijn niet aangeboren hersenletsel maakt wat betreft de ‘algemene’ psychosociale behandeling van neuropsychiatrische symptomen onderscheid in omgevingsbeïnvloeding en gedragsmodificatie. Aanbevolen wordt om bij de inrichting van een verblijfs- of behandelafdeling voor NAH-patiënten in een zorginstelling te zorgen voor een relatief prikkelarme omgeving met een vaste en regelmatige dagstructuur. De bejegening door het verzorgend team dient in het algemeen directief en sturend te zijn. Literatuur met betrekking tot gedragsmodificatie bij patiënten met NAH is schaars en betreft vaak n=1 onderzoek. Voor de niet-medicamenteuze behandeling van apathie ontbreken wetenschappelijke gegevens maar wordt een stimulerende en structurerende benadering geadviseerd. Bij acute agitatie en agressie wordt geadviseerd de patiënt prikkelarm te verzorgen, geluid en licht te reduceren, duidelijk te zijn in de communicatie en zoveel mogelijk bekenden in de nabijheid van de patiënt te betrekken bij de zorg. Voor de psychosociale behandeling van een depressie, emotionele labiliteit of psychose bij mensen met hersenletsel bestaat onvoldoende wetenschappelijk bewijs.

Neuropsychiatrische symptomen bij dementie.

De CBO richtlijn dementie adviseert psychosociale behandeling als eerste keus bij probleemgedrag. Recent verscheen een systematische review naar de effecten van psychosociale interventies op neuropsychiatrische stoornissen bij dementie (Livingston, 2005). Een aantal van deze interventies zijn gericht op mantelzorgers, maar het is aan te nemen dat deze ook voor verzorgenden/verpleegkundigen in het verpleeghuis effectief zijn.

De onderzoekers concluderen dat specifieke vormen van psychoeducatie voor mantelzorgers hoe om te gaan met probleemgedrag voor meerdere maanden effectief waren, echter andere interventies gericht op mantelzorgers waren dat niet. Omgangsadvisen die gericht zijn op individuele patiënten of specifieke problemen van mantelzorgers hadden een vergelijkbare effectiviteit, evenals cognitieve stimulatie. Muziektherapie, snoezelen en mogelijk zintuigactivering waren effectief gedurende de ‘behandelsessies’ maar hadden geen lange termijn effecten. Interventies die gericht waren op de zichtbare (woon) omgeving van dementerenden lijken veel belovend, maar er is meer onderzoek nodig.

In Nederland is onderzoek gedaan naar de effecten van geïntegreerde belevingsgerichte zorg op dementerende verpleeghuispatiënten en op hun verzorgenden (Finnema, 2005). De onderzoekers vonden effecten bij patiënten met beginnende tot matige dementie op angst en de mate van tevredenheid. Bij patiënten met ernstige dementie werden deze effecten niet gevonden. Verzorgenden die meer belevingsgericht werkten hadden minder stress. Vergelijkbare bevindingen werden gedaan bij een gecontroleerde studie naar de effecten van snoezelen (zin-

tuigactivering) op het gedrag en de stemming van dementerende verpleeghuispatiënten (van Weert, 2005). De auteurs vonden duidelijke effecten op apathie, decorumverlies, agitatie, agressie en depressie. Zij vonden daarnaast dat verzorgenden meer belevings- en persoonsgericht gingen werken en minder stress ondervonden. De resultaten van deze onderzoeken komen echter niet overeen met het eerder gepubliceerde onderzoek naar de effecten van belevingsgerichte zorg op ouderen met cognitieve stoornissen en probleemgedrag waarin juist geen effect op gedrag werd gevonden.

De effecten van lichttherapie of aromatherapie op neuropsychiatrische symptomen bij dementie zijn tegenstrijdig.

Vooralsnog zijn er geen wetenschappelijke gegevens voorhanden van de effecten van specifieke zorgconcepten zoals kleinschalig wonen, socio-therapeutische leefmilieus, leefstijl- of andere vormen van differentiatie of concepten zoals de zorgboerderij op het gedrag van mensen met een dementie. In de literatuur zijn er wel aanwijzingen voor effecten van bijvoorbeeld het design van zorginstellingen zoals gecamoufleerde deuren, bewegwijzering naar bijvoorbeeld slaapkamers of Wc's, de grootte van de leefruimte per patiënt en de mate van privacy, de aanwezigheid van diverse ruimten zoals een stilteruimte waarin patiënten zich terug kunnen trekken, de aanwezigheid van patio's en tuinen op het gedrag van mensen met een dementie. Bij het ontwerpen van zorginstellingen kan hiermee rekening gehouden worden.

Ten slotte zijn er aanwijzingen voor de effecten op gedrag van een zogeheten integratief reactiverings- en rehabilitatieprogramma, ook wel psychogeriatrische reactivering genoemd, zoals ontwikkeld door Bakker (2010, zie volgend hoofdstuk). Het betreft hier een multidisciplinair, integratief psychotherapeutisch programma dat bestaat uit drie fasen:

- 1 Het observeren en vaststellen van de dominante psychiatrische functiestoornissen met daarbij aandacht voor de somatische comorbiditeit. Tevens wordt de mantelzorgproblematiek in beeld gebracht.
- 2 Een reactiveringsfase die er op gericht is de psychosociale en cognitieve balans te hervinden zodanig dat zelfstandig functioneren weer mogelijk wordt. De competentie van de mantelzorg wordt vergroot en de belasting vermindert.
- 3 Voorbereiding van patiënt en mantelzorgers op ontslag.

9.4.2 Medicamenteuze behandeling

Depressie

Voor de medicamenteuze behandeling van depressie verwijs ik naar hoofdstuk 3.

Neuropsychiatrische symptomen bij patiënten met NAH

Er zijn slechts beperkte aanwijzingen dat medicatie apathie als gevolg van hersenletsel of beroerte kan verminderen. Haloperidol is het meest effectief voor de behandeling van agitatie of agressie. Bètablokkers zouden ook effectief kunnen zijn. Wetenschappelijk bewijs voor de werkzaamheid van antidepressiva bij patiënten met traumatisch hersenletsel ontbreekt vooralsnog. Antidepressiva hebben wel een gering positief effect op een depressie na een beroerte. De voorkeur gaat hierbij uit naar een SSRI. Antidepressiva hebben ook een positief effect op emotionele labiliteit na een beroerte of traumatisch hersenletsel. Voor de behandeling met antipsychotica van psychotische stoornissen na hersenletsel is geen bewijs van effectiviteit, overigens ook geen bewijs dat ze niet werkzaam zijn.

Neuropsychiatrische symptomen bij dementie

Het effect van antipsychotica op neuropsychiatrische symptomen bij dementie is het best onderzocht. Uit een eigen review van 14 studies bleek dat haloperidol, risperidon en olanzapine in 7 van de 10 onderzoeken meer werkzaam waren voor agressie en psychose dan placebo (Zuidema, 2006). Bij onderlinge vergelijking van typische en atypische antipsychotica bleek echter geen significant verschil. In alle onderzoeken bleken er grote (tot wel 66%) placebo-effecten in de responsanalyses. Recentere studies na deze review tonen juist geen effecten van atypische antipsychotica op psychose en andere neuropsychiatrische symptomen. Voeg daarbij de groeiende lijst van publicaties waarbij zowel voor de atypische als ook de typische, conventionele antipsychotica gewaarschuwd wordt voor een toegenomen sterfte en kans op een beroerte en de vraag komt op of er niet nog terughoudender met deze middelen omgegaan zou moeten worden.

De effectiviteit van andere middelen zoals benzodiazepinen, antidepressiva en anti-epileptica is zeer summier. Benzodiazepinen zouden een rol kunnen spelen wanneer er sprake is van angst. Ook bij slaapstoornissen kunnen ze effect hebben. Aanbevolen wordt kortwerkende middelen te gebruiken. De effectiviteit van antidepressiva is gering. SSRI's zouden een rol kunnen spelen bij de behandeling van angst of agitatie, maar overtuigend bewijs van de effectiviteit is er niet. Trazodon zou mogelijk een effect hebben bij patiënten met een frontaalkwabdementie. Middelen als natriumvalproaat of carbamazepine hebben geen bewezen effect. Er zijn mogelijk aanwijzingen voor de effectiviteit van cholinesteraseremmers of memantine. Echter de mogelijk effecten zijn veelal afkomstig van secundaire analyses die niet primair opgezet zijn om de effecten van deze middelen op gedrag te onderzoeken.

Voor alle neuropsychiatrische functiestoornissen geldt dat een combinatie tussen een psychosociale interventie met daarbij een medicamenteuze ondersteuning waarschijnlijk het meest effect heeft, hoewel daar bijna geen onderzoek naar gedaan is (zie hoofdstuk 13).

9.5 Competenties van multidisciplinaire teams

Het toenemend aantal patiënten dat in verpleeghuizen zal worden opgenomen met psychiatrische functiestoornissen doet een groot beroep op de competenties van de leden van de multidisciplinaire verpleeghuisteam. Dit geldt in het bijzonder voor de specialist ouderengeneeskunde, de ouderenpsycholoog en de verzorgenden/verpleegkundigen. Ze zullen allen over voldoende kennis en vaardigheden moeten beschikken voor de noodzakelijke herkenning, diagnostiek en behandeling en begeleiding van deze kwetsbare ouderen met veelal complexe problematiek. De specialist ouderengeneeskunde zal zich meer dan voorheen het psychiatrisch onderzoek eigen moeten maken, waarbij hij/zij ook meer gebruik moet maken van de in dit en andere hoofdstukken genoemde meetinstrumenten. Ook de specialist ouderengeneeskunde herkent een depressie niet altijd. Bovendien blijkt uit de AGED-studie dat wanneer de depressie eenmaal herkend is de behandeling met antidepressiva nogal eens subtherapeutisch is. Het adequaat herkennen en behandelen van een depressie is ook van belang voor revalidanten. Het is namelijk bekend dat een depressie de kans op een succesvolle revalidatie doet afnemen. De specialist ouderengeneeskunde zal ook meer aandacht moeten hebben voor de risicofactoren van een depressie. Zo blijkt pijn bij verpleeghuispatiënten met en zonder een dementie ondergediagnostiseerd en daarmee onderbehandeld te zijn. Hetzelfde geldt voor visusproblemen. Ook daar blijken vaak veel meer behandelmogelijkheden te zijn, die niet altijd benut worden door specialisten ouderengeneeskunde. Onverlet blijft het belang voor andere bijkomende morbiditeit, omdat deze de kans op een depressie vergroot. Dit geldt ook voor de in de andere hoofdstukken behandelde psychiatrische functiestoornissen, met name persoonlijkheidsstoornissen. Ouderenpsychologen zijn in de zorg in toenemende mate onmisbaar. De posities die psychologen innemen binnen zorginstellingen lopen strek uiteen. Sommigen werken slechts op verwijzing van de specialist ouderengeneeskunde, anderen hebben daarnaast ook zelfstandige bevoegdheden in overeenstemming met de professionele autonomie van de gezondheidszorgpsycholoog (gz-psycholoog). Weer anderen zijn alleen indirect betrokken bij de zorg waarbij ze teams adviseren in de omgang, terwijl in andere instellingen psychologen ook een rol spelen bij de directe zorg en patiënten daadwerkelijk behandelen. De ouderenpsychologen zullen hun positie binnen de langdurige zorg verder moeten ontwikkelen. Een belangrijke stap daarbij is het recent uitgegeven handboek ouderenpsychologie. Daarin wordt duidelijk dat psychologen een rol kunnen spelen bij vele aspecten van de diagnostiek en behandeling van psychiatrische functiestoornissen bij kwetsbare ouderen. De daarvoor benodigde competenties moeten aanwezig zijn of worden verworven. Zo worden in de verpleeghuissetting psychotherapie of andere vormen van psychosociale behandeling bij bijvoorbeeld depressie nog amper toegepast. Ouderenpsychologen zouden dit in hun pakket kunnen nemen. Ouderenpsychologen zijn bij uitstek deskundig in de analyse van gedrag en het beoordelen van de effecten van de omgeving, bejegening van verzorgend personeel en de effecten van de sociale omgeving van de patiënt. Het verder ontwikkelen van deze competentie en deze vervolgens gebrui-

ken in de indirecte zorg, inde ondersteuning van verzorgende teams, is aangewezen. Zij zouden daarbij ook een rol kunnen spelen bij het geven van allerlei vormen van super- en intervisie van verzorgenden.

De grootste uitdaging ligt echter bij de verzorgende/verpleegkundige discipline. Deze zullen zich veel meer kennis eigen moeten maken van alle in dit hoofdstuk genoemde psychiatrische functiestoornissen en de ziektebeelden die daaraan ten grondslag liggen. Vervolgens zullen ze over meer vaardigheden moeten beschikken in de specifieke omgang en benadering van de diverse groepen. Daarbij is er natuurlijk een groot onderscheid tussen de diverse patiëntgroepen. Daar waar de patiënten met NAH meer een structurerende benadering nodig hebben, dient bij mensen met dementie over het algemeen de belevingsgerichte benadering te worden toegepast, waarbij telkens gezocht wordt naar de meeste effectieve omgangsvorm zoals snoezelen, muziektherapie, psychomotore therapie, bewegingsprogramma's etc. Het omgaan met agressie of afweer bij de zorg is hierbij nog een hoofdstuk apart. Agressie wordt als een van de meest belastende en ook beangstigende vormen van gedrag ervaren. Het aanleren van technieken ter preventie of de-escalatie van agressie is van groot belang.

Verzorgenden dienen hierbij echter goed ondersteund te worden door de specialist ouderengeneeskunde en psycholoog, maar zeker ook door een op de afdeling meewerkende verpleegkundige bij voorkeur een HBO-professional zoals een nurse practitioner of een specifiek opgeleide gedragsconsulent. Deze dient naast een adequate analyse en het opstellen van een verpleegplan, voorbeeldgedrag te laten zien en daarmee te 'zorgen' voor de verzorgenden.

9.6 Transmurale zorg

Door de fusie van de sociaal geriater met verpleeghuisartsen is het verbrede specialisme algemene geriatrie ontstaan. De sociaal geriater is bij uitstek deskundig in de diagnostiek en behandeling van thuiswonende ouderen met psychiatrische of cognitieve functiestoornissen. De specialist ouderengeneeskunde positioneert zichzelf als de specialist voor ouderen en chronisch zieken met complexe zorgvragen ongeacht de verblijfplaats van deze patiënten.

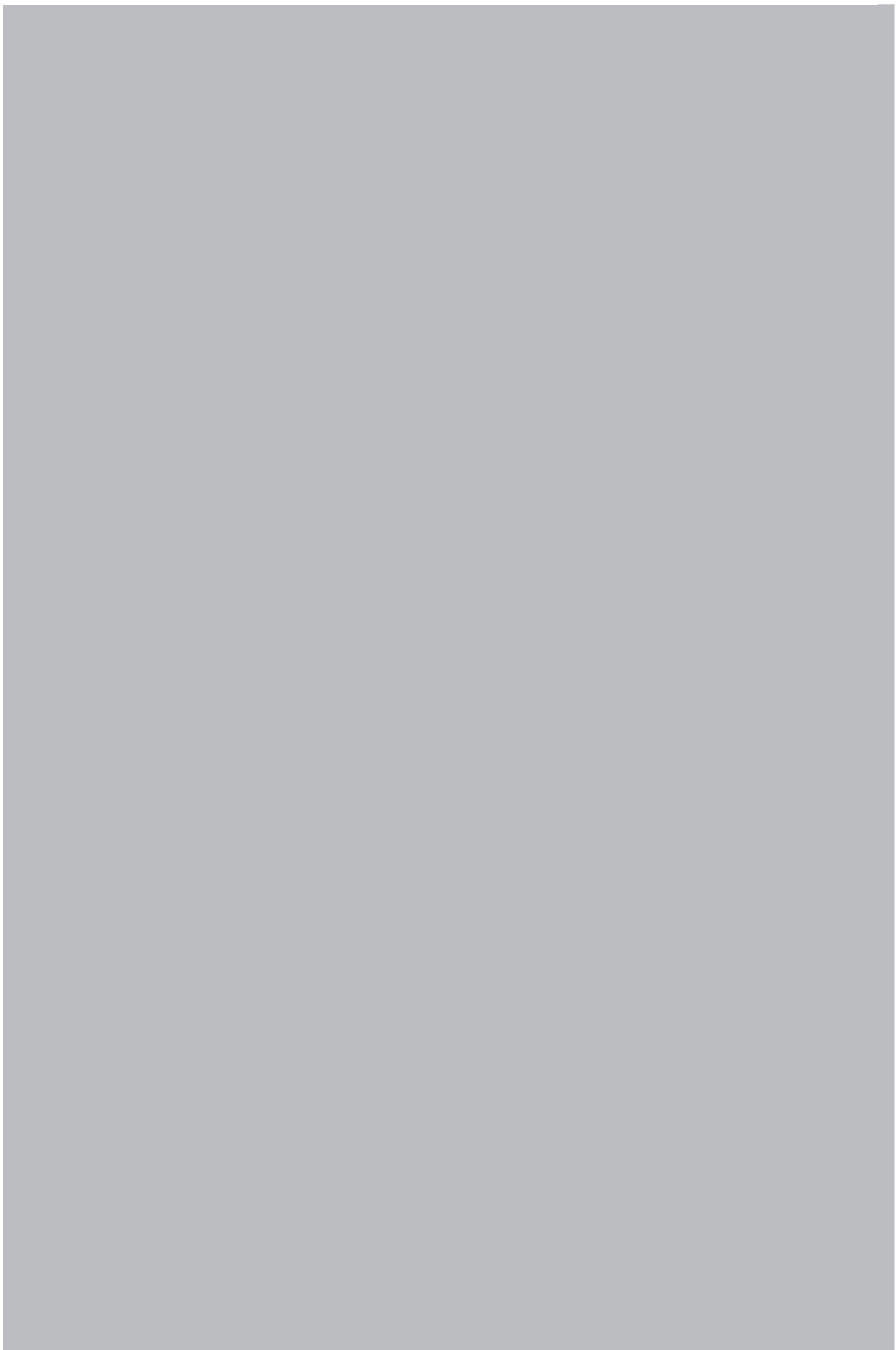
In de toekomst zal er een sterkere verbinding gelegd moeten worden tussen de eerstelijnspraktijken en de expertise/kenniscentra Verpleging en Verzorging. Immers de aanwezige deskundigheid binnen de zorginstellingen op het gebied van diagnostiek en behandeling van psychiatrische functiestoornissen is ook prima bruikbaar in de eerste lijn. Het inzetten van deze expertise begint met de positie van de specialist ouderengeneeskunde. Deze zou bij voorkeur onder één dak met de huisarts moeten gaan werken in gezondheidscentra. Na goede triage door bijvoorbeeld geriatrisch verpleegkundigen, zouden kwetsbare ouderen met complexe zorgvragen in plaats van door de eigen huisarts, gezien kunnen worden door de specialist ouderengeneeskunde. Afhankelijk van de problematiek neemt deze de behandeling tijdelijk of permanent van de huisarts over en maakt bij de behan-

deling gebruik van de expertise van ouderenpsychologen en verpleegkundigen/verzorgenden uit de zorginstelling.

Het is juist de meer dimensionele benadering van de specialist ouderengeneeskunde, waarin zorgvragen op het somatisch gebied, op het gebied van ADL en mobiliteit (functionele status), op het maatschappelijk gebied, het psychische gebied en sensorisch gebied in hun samenhang in kaart gebracht worden en op hun behandelmogelijkheden beoordeeld, die meerwaarde kan bieden in de eerste lijn. Als proactieve trajectdenker is de specialist ouderengeneeskunde dan ook bij uitstek in staat vroege signalen te herkennen van optredende kwetsbaarheid. Juist bij de tijdige herkenning van vroege signalen liggen de kansen voor preventie van progressie en adequate behandeling van onder andere psychiatrische functiestoornissen. Dit uiteraard in een goede ketensamenwerking met ouderenpsychiaters, klinisch geriaters en huisartsen

Literatuur

1. Bakker, T.J.E.M., Duivenvoorden, H.J., Lee van der, J., Olde Rikkert, M.G.M., Beekman, A.J.M., Ribbe, M.W. (2010). Integrative psychotherapeutic nursing home programme to reduce multiple neuropsychiatric symptoms of cognitively impaired patients and caregiver burden; A randomized Controlled Trial (Accepted; Am J Geriatr Psychiatry).
2. CBO. *Diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie*. Utrecht 2006.
3. Finnema, E., Dröes, R.M., Ettema, T. et al. (2005). *The effect of integrated emotion-oriented care versus usual care on elderly persons with dementia in the nursing home and on nursing assistants: a randomized clinical trial*. Int J Geriatr Psychiatry; 20: 330-343.
4. Jongenelis, K., Pot, A.M., Beekman, A.T.F., Tilburg, W. van, Ribbe, M.W. Depression among older nursing home patients: a review. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 2003; 34: 52-59.
5. Livingston, G., Johnston, K., Katona, C., Paton, J., Lyketsos, C.G. *Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia*. Am J psychiatry 2005; 162:1996-2021.
6. Olin, J.T. et al. (2002). *Provisional diagnostic criteria for depression of Alzheimer's disease*. Am J Geriatr Psychiatry; 10: 125-128.
7. Weert, J.C. van, Dulmen, A.M. van, Spreeuwenberg, P.M., Ribbe, M.W., Bensing, J.M. (2005). *Behavioral and mood effects of snoezelen integrated into 24-hour dementia care*. J Am Geriatr Soc; 53: 24-33.
8. Zuidema, S.U., Iersel, M.B. van, Koopmans, R.T.C.M., Verhey, F.R.J., Olde Rikkert, M.G.M. (2006). *Werkzaamheid en bijwerkingen van antipsychotica voor neuropsychiatrische symptomen bij dementie; een systematisch review*. *Ned Tijdschr Geneeskd*; 150(28):1565-73.
9. Zuidema, S.U., Derksen, E., Verhey, F.R.J., Koopmans, R.T.C.M. (2006). *Prevalence of neuropsychiatric symptoms in a large sample of Dutch nursing home patients with dementia*. *Int J Geriatric Psychiatr* (in press). DOI: 10.1002/gps. 1722.
10. Zuidema, S.U., Verhey, F.R.J., Koopmans, R.T.C.M. (2007). *Prevalence and predictors of neuropsychiatric symptoms in cognitively impaired nursing home patients*. J. Geriatr Psychiatry Neurol.



Systemproblematiek en systembelasting

Drs. O. Fritschy, drs. J. Groeneveld,
drs. T.J.E.M. Bakker

10.1 Inleiding

10.1.1 Doel en belang van het hoofdstuk

In de hulpverlening is sprake van een relatie tussen een of meer professionals en een patiënt. Daarnaast bestaat er altijd een bij de patiënt behorend omringend systeem. Dit systeem is echter niet altijd even eenduidig. De familie rond de patiënt heeft eigen normen en waarden, gedragingen, taal, geschiedenis en levensvisies. Daarnaast bestaat een familie doorgaans uit verschillende intergenerationele lagen. Dit hoofdstuk gaat in op het belang en de invloed van systemische factoren bij kwetsbare ouderen met een psychiatrische functiestoornis (PFS'en). De systeemtheorie bevat een aantal wetmatigheden die de hulpverlener kunnen helpen de soms moeilijk te doorgronden processen te begrijpen. Zeker voor de geriatrie heeft de systeemtheorie veel te bieden. Immers, bij ouderen hebben familiesystemen grote invloed als mantelzorgers. Dit hoofdstuk wil behulpzaam zijn om juiste keuzes te maken en valkuilen tijdig te signaleren. Het heeft een verkennend karakter en streeft niet naar het geven van een volledig overzicht of volledig inzicht.

Er worden belangwekkende theoretische concepten van enkele grondleggers (Minuchini, Watzlawick) van het algemene systeemdenken besproken; deze worden voor de praktijk uitgewerkt aan de hand van voorbeelden. Expliciet wordt de positie van de kwetsbare oudere besproken vanuit het intergenerationele perspectief van Nagy.

10.1.2 Algemene opmerkingen over systeemtheorie en -pathologie

In elk systeem, elke familie of gezin, is er dynamiek. Het systemisch denken richt zich op deze dynamiek die wordt veroorzaakt door de wisselwerking tussen relaties, wijze van omgang met elkaar en de buitenwereld, communicatie en meta-communicatie, gevoelens, visie, structuren, rollen en processen. Deze dynamiek wordt aangeduid met het sleutelbegrip "circulariteit". Wie is bijvoorbeeld de "baas", wie is de "loser", wie is de "regelaar", wie is het "geweten" en wie de "dwarsligger", en hoe zijn deze rollen gevormd en waarom worden zij in stand gehouden? Dit zijn voor het systeemdenken concrete, relevante vragen.

Voorts is de systeemleer in principe normloos en zegt niets over wat "goed" is of "fout". Binnen het systeemdenken wordt gesproken van systeempathologie als een of meerdere systeemleden door een toename van druk op het systeem, met verstoring van de oorspronkelijke structuur en procesfase zodanige symptomen van enig psychisch lijden gaan vertonen, dat het functioneren in klinisch relevante zin gehinderd wordt.

10.2 Enige begrippen

10.2.1 Definities en structuur

Als werkdefinitie hanteren we voor dit hoofdstuk gericht op psychosociale systeempathologie de volgende. Een *systeem* is een groep personen of een stelsel van meerdere groepen van personen rondom een kwetsbare oudere patiënt met een PFS. Wat betreft de behandeling en zorg hebben de systeemleden een min of meer gemeenschappelijk doel waarmee ze zich onderscheiden en afgrenzen van de omgeving. De systeemleden hanteren eigen normen en waarden en bedienen zich van eigen taal- en cultuurelementen. Een dergelijk systeem bevat intern *horizontale* grenzen die de hiërarchie en intergenerationele verhoudingen weerspiegelen (bijvoorbeeld ouders-kinderen) en *verticale* grenzen die de onderlinge cohesie, of het gebrek daaraan, van één niveau aangeven (broers en zussen).

Eventuele samenstellende onderdelen worden *subsystemen* genoemd. Subsystemen kunnen zich op hun beurt als eigen systemen gedragen, maar blijven tegelijkertijd deel uitmaken van een groter systeem. Zo is een gezin een subsysteem van een familie, maar kan een familie ook weer subsysteem zijn van een dorps- of kerkgemeenschap.

Binnen een familiesysteem bevinden zich subsystemen, zoals opa en oma, vader en moeder, de broers en zussen, of één van de kinderen die een vaste partner heeft, die zich de mores en het taalgebruik van het gezin al aardig eigen heeft gemaakt. Soms is er een tijdelijke, zwakke onderlinge binding tussen twee leden (*alliantie*), een wat sterkere met een wat groter effect (*coalitie*) of een schier onlosmakelijke (*symbiose*). Dit soort banden dient altijd een bepaald doel van het systeem zelf, bijvoorbeeld om een (tijdelijk) probleem het hoofd te bieden, conflicten toe te dekken of andere “onvolkomenheden” weg te werken.

De rol van de oudere in een dergelijk familiegebeuren hangt van vele factoren af. De rol van de hulpverlener eveneens, maar deze kan, met enig inzicht in systemisch denken, zijn eigen positie creëren en vanuit dit perspectief het systeem trachten te beïnvloeden.

10.2.2 Twee algemene systeemtypen volgens het concept van Minuchini

Een voorbeeld: bij een nogal “gesloten” systeem van een familie in een tamelijk streng religieuze, kleine dorpsgemeenschap wordt van de dokter/hulpverlener veel inlevings- en invoelingsvermogen verwacht. In een ‘gesloten’ systeem kost het enige moeite om het systeem binnen te komen, omdat het moeilijk is het examen, noodzakelijk om de entree te verkrijgen, met succes af te leggen. Het systeem zelf zit op één lijn, maar deze kan nogal verschillen van wat de dokter/hulpverlener als “goed” of “noodzakelijk” beschouwt.

Een dergelijk systeem wordt gekenmerkt door krachtige begrenzing naar de buitenwereld en zwakke begrenzing binnen het systeem tussen de individuen en subsystemen. Dit type heet “*kluwensysteem*”.

Echter, als een kwetsbare oudere patiënt lid is van een familie waarbij kinderen verspreid in binnen- en buitenland wonen, of om wat voor reden dan ook, nauwelijks omgang met elkaar hebben, moet daar door de professional anders mee worden omgegaan. In zo'n geval is het moeilijk om het systeem binnen te komen, juist omdat men zo weinig gemeen heeft. Er is te weinig gemeenschappelijk om iets gemeenschappelijks tot stand te brengen. De individuen of subsystemen hebben zich meer gebonden aan andere voor hen meer relevante systemen dan aan hun eigen familiesysteem. Dit tweede systeemtype heeft vaak nogal wat verschillende gezichtspunten, maar laat zich soms wel gemakkelijker regisseren door een buitenstaander/professional. Deze fungeert dan als bindmiddel waar graag gebruik van wordt gemaakt. In sommige gevallen wordt de hulpverlener met de rol van "zondebok" opgezadeld, waarbij de rijen in het systeem zich kunnen sluiten en de professional wordt buitengesloten. Dit type systeem heeft zwakke begrenzingen naar de buitenwereld, maar krachtige grenzen tussen de deelnemers. Dit type wordt "*los-zand-systeem*" genoemd.

10.3 Ontwikkeling van systemen in de tijd

Bij een normale levensloop van het systeem ziet men allerlei fases van overgang door de tijd heen; ingezet door geboorte, schoolgaan van de kinderen, puberteit, verlaten van stamgezin, het op zich nemen van de actieve opa- of omarol tot de intrede van zorgbehoevendheid in de laatste levensfase, waardoor kinderen hun oorspronkelijke rol van zorgontvanger omgedraaid zien in die van zorggever. Deze ontwikkelingen kunnen in wisselende mate worden beïnvloed of verstoord door externe factoren. Een gezin zal rond de geboorte van een kind de geneigdheid hebben een duidelijker kluwenstructuur te vertonen, waarbij buitenstaanders de regels van het systeem ("rust", "reinheid" en "regelmaat") moeten respecteren om een glimp van de baby te mogen opvangen. Ook bij overlijden van een opa of oma is er nogal eens een tijdelijke kluwenstructuur van de familie zichtbaar, met regressief gedrag van diverse systeemleden, blijkend uit het oprakelen van oude, met name onopgeloste conflicten. De rouw bindt een in de loop van de tijd gegroeid betrekkelijk los-zand-systeem bestaande uit allerlei subsystemen, namelijk de gezinnen die zich hebben afgescheiden van het oorspronkelijke stamgezin. Tijdens het verdelen van de erfenis houdt de "koude kant" zich zelfs opvallend rustig, omdat de oorspronkelijke, als "kluwen" getypeerde stamgezinsstructuur tijdelijk weer hersteld lijkt. Dit gaat vaak met regressief gedrag gepaard in de vorm van terugval in oude rollen en gedragspatronen.

10.4 Algemene relatietypen van subsystemen binnen een systeem, het concept van Watzlawick

10.4.1 Dyadische relaties

Dyadische relaties zijn relaties tussen twee personen of subsystemen. Men kan twee basisvormen onderscheiden: de *symmetrische* relatie en de *complementaire* relatie. De symmetrische relatie kenmerkt zich door een streven naar maximale en voortdurende gelijkheid. Deze lijkt echter nooit langdurig en duurzaam bereikt te worden. Er is een voortdurende strijd om wie het voor het zeggen heeft. Een complementaire relatie streeft naar maximale en voortdurende ongelijkheid. Er is een leider en een volger, er bestaat een groot verschil in macht, en dat verschil wordt ook beoogd door beide participanten.

De relatie die zich naar gelang de noodzaak soepel weet aan te passen van complementair gedrag naar symmetrisch of vice versa zal minder kans lopen om “zieke” symptomen bij de deelnemers te genereren.

10.4.2 Symmetrische escalatie

Deze relatie wordt gekenmerkt door strijd, de inhoud is gewoonlijk van ondergeschikt belang. De buitenwereld vraagt zich daarbij af waar al de disputen over gaan. De ouderwetse burenruzie is een geschikt voorbeeld en vaak ook eindeloos en zonder winnaar. Het is een vruchteloze strijd, die niemand wil, maar waar geen ontkomen aan lijkt. Iedere ervaren hulpverlener zal zich de onverkwikkelijke situaties herinneren, waarbij hij of zij zelf, ongewild, onderdeel werd van zo'n symmetrische escalatie. De strijd met een mantelzorger bijvoorbeeld, die meer tijd en energie vergde dan de inhoud van de zorg. De mantelzorger heeft u gemeld dat hij alles al heeft gedaan. De mantelzorger diskwalificeert u bij voorbaat, al uw goede bedoelingen ten spijt. Hier is het onderscheid tussen communicatie op inhoudsniveau en betrekkingniveau van belang. Inhoudsniveau betreft het onderwerp van gesprek, betrekkingniveau slaat op de manier waarop hulpverlener en cliënt met elkaar omgaan. Als uw zorg voorbijgaat aan de kwaliteit van de betrekking zal het hulpverleningsproces niet goed verlopen. U wordt eerder als concurrent dan als partner beleefd. De mantelzorger was wellicht ook ten einde raad en wilde eerder zorg van de hulpverlener voor zichzelf en had nog geen concrete vraag naar nieuwe zorg. De ontstane problemen worden door de mantelzorger gedefinieerd in termen van schuld, die “uiteraard” bij de ander ligt. De hulpverlener kan zich fors gediskwalificeerd voelen door de ander en vice versa. De reactie is nogal eens een vruchteloze discussie met dreigementen, waarbij opvallend vaak de constructie “als ... dan ...” wordt gehanteerd. Er is dan sprake van een *symmetrische escalatie*. Symmetrische escalatie leidt in de praktijk bijvoorbeeld tot de vraag aan de hulpverlener wie er gelijk heeft in een bepaald zorgprobleem, met er aan toegevoegd het verzoek aan u de ander te doen bijdraaien, of minstens in te tomen. De roep van de partners in de symmetrische relatie aan u is om scheidsrechter of bemid-

delaar te zijn. Dit is een vrijwel onmogelijke opgave, mede omdat u altijd “symmetrisch” uitgenodigd wordt door beiden om partijdig te zijn. De kunst is om te onderkennen dat de betrekkingen en het proces belangrijker zijn geworden dan de concrete oplossing van de aangeboden problematiek. Complementaire elementen in deze relatiecrisis introduceren zou een passende strategie kunnen zijn. Indien u zelf in een dergelijk proces verzeild raakt, zoals in het eerste voorbeeld, zult u complementair (zorg-)gedrag moeten gaan vertonen ten einde te de-escaleren. De valkuil is om scheidsrechter te worden.

Complementaire verstarring

Het streven naar maximale ongelijkwaardigheid kan zich op verschillende manieren manifesteren. Het kan tot uiting komen in een extreme vorm van zorg verlenen. Er is sprake van een zogenaamde “up-partner” en een “down-partner”. De “up-partner” vraagt pas om hulp als het plafond van zorgactiviteiten is bereikt. Men spreekt dan van een *complementaire verstarring*. De professional heeft in zo’n situatie vrijwel uitsluitend te maken met de “up-partner”, die bij voortduring meldt dat de “down-partner” “ziek” is. Hij vertelt er meestal bij dat hij “alles” geprobeerd heeft. Het feit dat alles is geprobeerd is een dubbele boodschap met een verborgen paradox, want succes van uw behandeling houdt het falen van de zorgpartner in. Dat wil zeggen: als de “zorger” het al toelaat dat de hulpverlener slaagt. De hulpverlener wordt voortdurend geprest om meer onderzoek te doen of meer of andere medicamenten voor te schrijven. Dit helpen in het kader van de ziekte is in feite niet meer dan een coalitie aangaan met de hulpverlening om de bestaande complementaire strategie met vereende krachten voort te zetten. Maar bij meegaan in deze strategie ligt het falen op de hulpverlener te wachten, want ook aan zijn creativiteit zit een plafond.

Meer kans maakt de hulpverlener als hij het helpgedrag weet te stoppen door bijvoorbeeld zijn zorg over deze hardwerkende partner uit te spreken (“Hoe houdt u dat toch vol?”, “Denkt u ook wel eens aan uzelf?”), of de zorgende partner aan te spreken op de gezonde kanten van zijn zieke partner (“Wat kan ze nog wél?”). Hiermee worden de proces- en betrekkingkanten gerespecteerd en benut, hetgeen de professional een entree verschaft in het systeem.

10.4.3 Triadische relaties

Triadische relaties zijn systemen waaraan drie individuen (“componenten”) of subsystemen deelnemen. Onnodig te vermelden dat ook triades zich gewoonlijk manifesteren als subsysteem van grotere systemen. Hieronder volgen drie basisvormen van triades. De eerste twee (4.2.1 en 4.2.2) zijn in feite uitbreidingen van een complementaire relatie, met als doel conflictvermijding, de laatste (4.2.3) is een uitgebreide symmetrische relatie, namelijk een “aangegroeide symmetrie”, omdat

de derde partner een coalitie vormt met één van de andere twee. De term triade is dus in feite tamelijk arbitrair.

Conflictvermijding via een zorgmodel

Hier is sprake van een dyadisch systeem met complementaire verhoudingen, dat een derde individu nodig heeft om niet te escaleren. Bijv. een getrouwde dochter die samen met haar man de omvangrijke zorg op zich heeft genomen van haar oude vader. De patiënt wordt als ernstig “ziek” aangeboden, waarbij met name de omvang van de noodzakelijke zorg geëtaleerd wordt. De oplossing van het systeem zelf is bescherming en begrip voor het “zorgobject” vragen, waarbij het medisch circuit in ruime mate wordt bezocht. De opdracht aan de arts/hulpverlener is “help hem, maar doe voorzichtig aan”. De paradox is hier dat de hulpverlener niet mag slagen in de aan hem gegeven opdracht, want de omvangrijke zorg is bijvoorbeeld bedoeld om een huwelijksconflict toe te dekken. De valkuil voor de hulpverlener is dat hij inderdaad voorzichtig zou doen en in het medisch circuit oplossingen blijft zoeken. Zijn strategie zou veeleer moeten zijn om na een goed contact te hebben opgebouwd, het probleem te herdefiniëren en het conflict te duiden door zijn zorgen uit te spreken over de overbelasting van dochter en schoonzoon en de last die dit oplevert voor hun relatie. Het is noodzakelijk om het betrekkningsniveau ter sprake te brengen om de hulpverlening naar de patiënt toe te laten slagen.

Conflictvermijding via een schuldmodel

Het betreft hier wederom een dyadisch systeem met complementaire verhoudingen, maar nu met een derde individu in de rol van “zondebok” als schijnbare oplosser en toedekker van de relatieproblematiek. Nu is deze derde partner “slecht” of “lastig”. Bijvoorbeeld het vervullen van de rol van een van de kinderen om het conflict tussen de ouders onderling zelf te maskeren. De oplossing van het systeem is straf en controle, eventueel zelfs met gewelddadige maatregelen. Vermoedelijk speelt oudermishandeling zich nog al eens tegen deze achtergrond af. De vraag aan de hulpverlener is dan “houd hem onder controle” of “laat hem doen wat wij zeggen”. Hier is uiteraard de valkuil om in een straf- en schuld kader terecht te komen. Ook hier moet de strategie van de hulpverlener zijn om het probleem te herdefiniëren en het werkelijke conflict te duiden, opdat passende hulpverlening mogelijk wordt.

Coalitievorming en uitstoting

Hier betreft het een symmetrische relatie met een derde die zich in het kader van de strijd tussen beide andere partners heeft verbonden met een van deze. Na enige strijd heeft een van de symmetrische partners kans gezien om de derde partner aan zich te binden. Hierna worden hulpverleners gemobiliseerd. In feite is deze

triade niet veel anders dan de versterking van de symmetrie. De dochter gebruikt bijvoorbeeld haar vader om haar echtgenoot om wat voor reden dan ook “op afstand” te houden. De vraag van het systeem aan de hulpverlener is dan ook wederom: “geef mij gelijk”, “toom de ander in”. De valkuil is dan om een coalitie met de hulpvrager aan te gaan. De coalitie met eerst de derde partner, en vervolgens met de hulpverlener, is in feite een versterking van één zijde van de symmetrie. Omdat deze positie voor hulpverlening inefficiënt is, zal de hulpverlener naar andere mogelijkheden moeten zoeken. Dit kan variëren van het dilemma binnen het systeem te bespreken tot een meer indirecte metaforische benadering.

10.5 Intergenerationele benadering van Nagy

De belangrijkste stroming binnen het intergenerationele denken is de Contextuele Therapie ontwikkeld door de Hongaars-Amerikaanse psychiater en systeemtherapeut Ivan Boszormenyi-Nagy. Hij integreerde in zijn manier van denken en werken aspecten uit de psychoanalyse en systeemtherapie. Hij werd onder meer beïnvloed door Kalman Gyarfás, Virginia Satir, Ronald Fairbairn en de filosoof Martin Buber.

De term ‘context’ in de contextuele therapie is gekozen om de dynamische verbondenheid aan te geven van een persoon met zijn relaties, dwars door de generaties. Contextuele therapie houdt rekening met en maakt gebruik van deze dynamische intergenerationele verbondenheid.

Uitgangspunt is onder meer de gedachte dat het relationele leven van mensen vier dimensies kent:

- 1 De dimensie van de feiten
Erfelijkheid, lichamelijke eigenschappen, gebeurtenissen (zoals echtscheiding, verlies, ziekte, adaptatie, lichamelijke en psychische beperkingen, armoede of rijkdom, oorlog, achtergronden ouders, enz.)
- 2 De dimensie van de psychologie
Behoeften, gevoelens, gedachten en motivaties. Het gaat om persoonlijkheid, afweermechanismen en ego-sterkte.
- 3 De dimensie van de interacties
Gezinsstructuren, systeemregels, zondebokmechanismen, coalitievorming, collusies, enz.
- 4 De dimensie van de relationele ethiek

Het relationele evenwicht tussen geven en nemen van zorg. Begrippen als loyaliteit, vertrouwen en betrouwbaarheid, verdiensten en schuld vallen binnen deze dimensie. Verbinding wordt gelegd tussen de invloed op het individu die voortkomt uit verworvenheden van vorige generaties en de wijze waarop deze invloed wordt gebruikt in het leven. Er wordt een ‘onzichtbaar grootboek’ van balansen tussen familieleden bijgehouden. Wat in de ene generatie uit balans is geraakt, wordt in de volgende generatie weer in evenwicht gebracht.

Loyaliteit is een kernwoord binnen de relationele ethiek, waarbij er vanuit gaat dat de band tussen ouders en kinderen onverbreekbaar is.

Ouder worden brengt veranderingen met zich mee, zoals de overgang van werken naar pensioen, verandering van rolpatronen in relaties en die in de maatschappij en verlies van betekenisvolle relaties. Daarnaast zijn er veranderingen op lichamelijk en psychisch gebied, besef van het naderende levenseinde en het opmaken van de balans in het leven.

De intergenerationele therapie leent zich bij uitstek voor hulpverlening aan ouderen in o.a. geheugenpoli, dagbehandeling, reactivering en verzorgings- en verpleeghuis.

10.6 Prevalentie van systeempathologie

Werkelijk harde gegevens over het vóórkomen van systeempathologie in relatie tot kwetsbare ouderen, onderverdeeld naar somatisch ziek en/of lijdend aan cognitieve functiestoornissen, ontbreken. Wel zijn er enkele Amerikaanse cijfers te geven, die enigszins een beeld schetsen van de impact van de zorgvraag van een oudere of chronisch zieke op het functioneren van het omgevende systeem, c.q. de mantelzorg in het algemeen (Rolland). Zo wordt de verzorgende rol van 72% ingevuld door een vrouw (echtgenote, dochter, andere vrouw). Wanneer de echtgenoot/echtgenote zelf tevens een chronische ziekte heeft, is diens mortaliteit 63% hoger dan bij vergelijkbare leeftijdsgenoten zonder zorgrol. Mantelzorgers die meer dan 36 uur per week deze zorgrol moet uitoefenen hebben een verhoogd risico op angst- of stemmingsstoornissen. Bij echtelieden is dit zes keer, en bij kinderen twee keer zo hoog. Mantelzorgers melden in 51% slaapstoornissen en in 41% rugklachten. 80% van de mantelzorgers geven 7 dagen per week hulp, gemiddeld 4 uur per dag. Verder is vastgesteld dat vrouwen gemiddeld 17 jaar voor opgroeiende kinderen zorgen, waarna er voor de ouders nog eens 18 jaar bijkomen. Daarbij komt nog eens dan 40% van deze mantelzorgers professionele activiteiten uitvoert, zoals het geven van medicijnen, het verwisselen van verbanden, het bedienen van medische apparaten en het bewaken van vitale functies door het signaleren van kritische symptomen.

Het mag in het licht hiervan duidelijk zijn, dat een gemiddelde mantelzorg een sterk verhoogd stressniveau heeft. Niet alleen vanwege de tijdsinvestering, waarvoor andere zaken moeten worden ingeleverd, maar ook door de hoge eisen die worden gesteld aan de niet hiertoe opgeleide mantelzorg. Tevens heeft de zorgrol een betekenis voor omringende subsystemen van de mantelzorg. Deze leren dat ze moeten omgaan met de veranderde rol van een van de leden. De mantelzorg zelf kan in een spagaat terechtkomen wat betreft botsende loyaliteiten. Dit maakt dat hij of zij erg kwetsbaar wordt.

10.7 Diagnostiek

10.7.1 Systeemdiagnostiek

In deze paragraaf zal beschreven worden hoe systeemdiagnostiek tot stand komt. Een van de uitgangspunten voor systeemdiagnostiek is dat een systeem altijd in een procesfase kan worden gedefinieerd. De cohesie in een systeem is dynamisch en kan veranderen van minimaal (los zand) naar maximaal (kluwen). We zullen de cohesie vanuit een aantal gezichtspunten bekijken. De mate van cohesie binnen een systeem kan worden beschreven aan de hand van vier posities: “los zand” en de tussenvormen van “*individueel gericht*” en “*gezamenlijk gericht*” en aan het andere eind van het spectrum “*kluwen*”. We proberen ons een beeld te vormen van de status van een systeem via de volgende parameters: mate van *emotionele gebondenheid*, *afhankelijkheid*, *onderlinge hechting*, *begrenzing ten opzichte van buitenwereld* en *moment van besluitvorming*. Deze diagnostiek vergt enige vaardigheden en met name ook ervaring. Des te moeilijker wordt het als de positie en de bovengenoemde parameters niet eenduidig parallel lopen.

Los zand

De emotionele gebondenheid is hier gering, er is weinig uitwisseling van gevoelens en het emotioneel contact is beperkt. Er heerst een tamelijk zakelijke sfeer, waarbij veel afspraken worden gemaakt en niets “vanzelf” gaat. Daarnaast is een grote onafhankelijkheid, mensen zijn veel met zichzelf bezig of met buitenstaanders. We zien slechts zwakke allianties tussen de systeemleden, onduidelijke hiërarchische grenzen en soms “verticale” coalities, bijv. ouder-kind, grootouder-kind.

Individueel gericht

Emotionele gebondenheid laat zich zien in het delen en bespreken van individuele ervaringen. De onafhankelijkheid wordt aangemoedigd, maar niet dwingend. Hoewel de relaties tussen de ouders onderling en de kinderen vertrouwd en stabiel zijn, staat de eigenheid centraal. De horizontale (generatie-)grenzen zijn flexibel. Er bestaat een open blik naar de buitenwereld. Besluiten worden in de regel individueel genomen, maar gezamenlijkheid is mogelijk.

Gezamenlijk gericht

Emotionele gebondenheid wordt krachtiger, ervaringen worden groepsgewijs verwerkt. Afhankelijkheid wordt nu aangemoedigd, hoewel onafhankelijkheid nog wel wordt getolereerd. Ten aanzien van de relaties binnen het systeem zien we een coalitie tussen de ouders, en goede verstandhouding tussen de kinderen, en bij tamelijk stabiele verticale grenzen staat de gemeenschappelijkheid centraal. Er is

een oriëntatie op de buitenwereld vanuit het gezin. Hoewel individuele besluiten mogelijk zijn, worden de besluiten meestal gezamenlijk genomen.

Kluwen

Er is sprake van emotionele overbetrokkenheid en reactiviteit. Men ervaart grote onderlinge afhankelijkheid. De relatie tussen de ouders is een zwakke alliantie, er bestaan vaste ouder-kind coalities, hiërarchische grenzen worden overschreden volgens een vast patroon. De buitenwereld heeft nauwelijks invloed, de blik is naar binnengericht. Besluitvorming komt voornamelijk tot stand met consensus.

10.7.2 Primaire en secundaire pathologie

Een andere manier van systeemdiagnostiek heeft als uitgangspunt de systeempathologie. Systeempathologie wordt gedefinieerd als het aanwezig zijn van ziektesymptomen bij een of meer van de subsystemen ten gevolge van in- en extrinsieke factoren, die het hoofdsysteem ontregelen. Voorbeelden van ziekte symptomen bij het individu zijn regressief gedrag, depressie, angst, acting out.

Er wordt van *primaire pathologie* gesproken indien er veel intrinsieke factoren bij de deelnemers zelf aanwezig zijn. Te denken valt aan persoonlijkheidsproblematiek, subassertiviteit, depressie, psychose. De verklaring ligt vermoedelijk in het feit dat het voor individuen met deze stoornissen nu eenmaal moeilijker is om een gezonde relatie aan te gaan, waardoor een systeem al bij voorbaat moeizaam functioneert.

Van *secundaire pathologie* wordt gesproken als interne of externe stressfactoren het systeem en daarmee de onderlinge samenhang en relaties zodanig onder druk zetten dat subsystemen of individuen als reactie hierop ziektesymptomen gaan vertonen. Te denken valt aan life events zoals het trouwen van een kind, de geboorte van een kind of het overlijden van een inwonende grootouder. Van buitenaf kan een systeem onder druk gezet worden door bijvoorbeeld ontslag van de kostwinner, slechte behuizing, oorlogsdreiging. Het systeem heeft tijd nodig om een nieuw evenwicht te vinden. Sommige individuen kunnen dan (tijdelijk) ziektesymptomen vertonen. Ook de relaties kunnen onder invloed hiervan wezenlijk veranderen. Daarnaast kan de "gezonde" ontwikkeling van het systeem zelf vertraagd of verstoord worden. Uiteraard zijn er ook beschermende factoren, die het ontstaan van ziekte symptomen kunnen tegengaan; een stevig sociaal netwerk, de tevoren bestaande gezonde verhoudingen, de veerkracht, het vermogen tot adequate coping.

Primaire systeempathologie: invloed van toestandsbeelden

Het ontstaan van individuele psychopathologie heeft een direct ontregelende invloed op het totale systeem, op de deelnemende individuen zelf en op de betrek-

kingen ertussen. Talenten, tevoren sluimerend en niet nodig voor de overleving van het systeem, worden aangesproken, maar ook neurotische behoeften komen aan het licht. “Gewone” psychologische reacties van individuen krijgen systemische gevolgen. Zo kan een individu in een ontkennings- of protestfase in het kader van een verliesreactie (namelijk verlies van de psychische gezondheid van de symptoomdrager) gemakkelijk in een strijd verzeild raken met degene die lijdt aan een depressie. De symptoomdrager kan bijvoorbeeld als een aansteller of simulant gekenmerkt worden. Deze moet dan vervolgens nóg harder bewijzen dat het allemaal “echt” is. De symptoomdrager kan dit bovendien in zijn kwetsbaarheid niet alleen. Hij of zij gaat op zoek naar coalities, die voor de hand lijken te liggen om het systeem – zij het op een lager niveau – te stabiliseren.

Primaire systeempathologie: invloed persoonlijkheid

Persoonlijkheidsproblematiek zal altijd een verstorende invloed hebben op de dynamiek van de cohesie in het systeem. Een dominante, obsessief-compulsieve vader zal een systeem nastreven, waarbij hij zijn repressieve neigingen tot uiting kan brengen. Hij heeft behoefte aan een langdurend systeem. Tot los zand zal hij het niet gauw laten komen, want dat kan zijn behoefte nu eenmaal niet dekken. Een opgroeiende puber zal, in zijn natuurlijke pogingen zich los te maken van zijn stamgezin, in een dergelijke situatie, een stuk harder moeten “strijden” om zijn doel te bereiken. Of hij zal de handdoek bijvoorbeeld in de ring gooien en de strijd helemaal niet aangaan, en daardoor in het geheel niet kunnen separeren, zodat de individuatie stagneert. Dit zal mede afhangen van de middelen die vader hanteert om zijn doelen te bereiken. Bij moeder is er weinig motivatie om hieraan iets te veranderen, want bij separatie van de kinderen zal zij voorwerp worden van de “behoefte” van haar echtgenoot. De aanwezigheid van de kinderen verdunt als het ware zijn behoeften. Een dergelijke opstelling kan zij uiteraard nooit volhouden als ze zelf niet een fors vermijdend karakter heeft. Deze persoonlijkheidskenmerken van de ouders zullen weer gevolgen hebben voor de persoonlijkheidsontwikkeling van de kinderen. Deze gevolgen nemen de kinderen weer mee bij deelname aan nieuwe systemen in hun leven. Op de oude dag van vader kan zijn verleden hem parten gaan spelen. Sommige kinderen beschouwen deze fase als het vereffenen van openstaande rekeningen, anderen zullen alsnog bij hem in het gevele trachten te komen door hem overijverig te gaan verzorgen. “Het is altijd een moeilijke man geweest, maar het is en blijft je vader” wordt er dan vergoelijkend vastgesteld.

Secundaire systeempathologie: invloed van crisis, verhoogde stress en trauma

Interne of externe stressoren kunnen een bestaand evenwicht van een systeem danig verstoren. Soms worden in dergelijke gevallen de individuen ernstig getraumatiseerd en daarmee ook de verhoudingen blijvend verstoord of minstens veran-

derd. Zo kunnen door een via trauma ontstane angst reactieve symbioses ontstaan, onder het mom van “samen staan we sterk”. Deze starre verhoudingen kunnen tijdelijke oplossingen zijn, maar zijn op den duur remmend op de ontwikkeling van het systeem als zodanig en daarmee ook op de deelnemende individuen. Onder invloed van trauma's kunnen jonge kluwensystemen versneld in een los-zand-fase terecht komen, met bijvoorbeeld wegloopgedrag van een puber (te vroege separatie) of echtscheiding.

Een bestaand los-zand-systeem kan ook (al dan niet tijdelijk) kluwenachtige trekken vertonen. Rouwende familieleden van een los-zand-systeem zijn hiervan een goed voorbeeld: er is – tijdelijk, namelijk in de rouwperiode – een groot gedeeld gevoel met krachtige begrenzing van het systeem naar buiten toe. Een relatieve buitenstaander heeft al snel het gevoel er niet bij te horen, tenzij deze om wat voor reden dan ook méé kan of mag rouwen. Zo kunnen er bijvoorbeeld grote verwarring of een reeks van conflicten ontstaan als zich een eerdere echtgenoot aandient. Diens rol kan in deze tijdelijke kluwenfase moeilijk gedefinieerd worden en zijn aanwezigheid kan dan ook tot heftige disputen of zelfs splijting leiden.

10.8 De praktijk

In de dagelijkse praktijk van de behandeling en zorg voor kwetsbare ouderen met psychiatrische functiestoornissen worden aan hulpverleners/teams veelvuldig hulpvragen voorgelegd door individuen die deel uit maken van een of meer systemen.

10.8.1 Hulpvragen, verwoord door het systeem

Hulpvragen worden vertaald met behulp van systemische kaders. Hulpvragen dienen zich aan op vele manieren. Het is van belang vanaf het begin het systemische perspectief bij de diagnostiek en behandeling en zorg te betrekken. Het is daarbij niet alleen meer van belang wélke vraag er precies wordt gesteld, maar veeleer ook hóe deze tot de hulpverlener komt. Daarbij moet de hulpverlener letten op de randzaken en niet alleen op de inhoud. Deze zullen hem meer over het systeem vertellen en dus ook welke rol er van hem wordt verwacht. Inzicht hierin maakt het makkelijker om de doelen van de hulpverlener te bereiken, zonder in vruchteloze strijd of inadequate rollen terecht te komen.

Komt de verzorgende dochter mee met vader naar de spreekkamer of blijft ze in de wachtkamer? En als ze mee komt, voert ze dan voortdurend het woord of vormt ze een toegevoegde waarde, als een persoon aan wie de hulpverlener desgevraagd een heteroanamnese kan afnemen? Of raakt de hulpverlener geïrriteerd door het feit dat de aan haar vader gestelde vragen voortdurend door haar worden beantwoord? Zit ze de hulpverlener in het beloop van de behandelrelatie voortdu-

rend op de huid, of levert ze haar vader bij u in en ziet de hulpverlener haar vervolgens nooit meer terug? Heeft de hulpverlener voortdurend met alle kinderen te maken, die hem allerlei tegengestelde opdrachten geven, is er leiderschap, krijgt hij adviezen, suggesties of vragen? Welk beeld wordt de hulpverlener van haar vader geschilderd door de verschillende kinderen?

De antwoorden op bovengestelde vragen kan de hulpverlener niet alleen vinden in het praktisch, zorgverlenend denken, maar ook in het meedenken over de toestand en de aard van het systeem. De besproken theorie zal de hulpverlener in dit verband hopelijk handreikingen geven om hier op een vruchtbare manier mee om te gaan. Het kan nodeloze irritaties vermijden, het kan de hulpverlener veel tijd besparen.

10.8.2 Oplossingen van het systeem en de plaats van de hulpverlener hierin

In veel gevallen is het zo dat de oplossing van de hulpverlener niet zonder meer die van het systeem is. Vaak is het doel van een pathologisch systeem niets meer dan van de professionele hulpverlener iets betrekken dat meer van hetzelfde gedrag oplevert en het systeem bevestigt. Soms wordt de hulpverlener binnengehaald als de redder in de nood, soms als medestrijder, soms als verzorger omdat niemand in het systeem deze rol op zich kan nemen om wat voor reden dan ook. Ook kan de hulpverlener verwelkomd worden als zondebok, omdat de vroegere zondebok niet meer voorhanden is, of zijn rol niet krachtig genoeg invult in verhouding tot de “gestegen vraag”. Misschien wordt de hulpverlener zelfs binnengelaten om weer te worden uitgestoten. Of “verzoekt” men de hulpverlener alleen maar om mee te huilen met de wolven in het bos.

Kortom, de hulpverlener krijgt de rol toegemeten waar het systeem aan gewend is, een rol die een zekere veiligheid of minstens zekerheid biedt aan de individuen in het systeem. Het is aan de hulpverlener of hij deze rol wil en kan vervullen. Soms is het handig om de rol tijdelijk te aanvaarden om het vertrouwen te winnen van de andere systeemleden. Dit zogenaamde “invoegen” kan nuttig zijn om contact te maken om daarna langzaam van kleur te veranderen. Want hoe dan ook: als de hulpverlener een speelbal wordt van het systeem zal hij altijd falen. De door het systeem gekozen systeemtoestand werkte immers niet meer, anders was men niet bij de hulpverlener om hulp gekomen. Uit de vorige paragrafen volgt ook dat de hulpverlener zich op de hoogte moet stellen van de fase van het proces waarin het systeem zich bevindt.

10.9 Intergenerationele therapie in de psychogeriatric

In deze paragraaf wordt specifiek stilgestaan bij systeemproblemen die zich in concrete situaties binnen de psychogeriatric praktijk kunnen voordoen. Met

name wordt hierbij gefocust op de structurerende waarde van de contextuele therapie van Nagy; ook wel intergenerationele therapie genoemd.

De situatie vóór en direct na opname in het verpleeghuis wordt door patiënt en familie doorgaans als ingrijpend ervaren. De gevolgen van verlies van zelfstandigheid en de cognitieve achteruitgang brengen heftige emoties met zich mee. Gebleken is dat achter deze problemen nog andere psychische problemen kunnen schuilgaan. Gedacht kan worden aan trauma's uit het verleden, die onzichtbaar zijn of door patiënt en systeem niet worden onderkend of in verband gebracht. Dit gaat vaak gepaard met oud zeer en het presenteren van oude rekeningen en maakt het nodige kapot in de onderlinge relaties. Het leven van patiënt en familie kan hierdoor uit balans raken. Sommige patiënten hervinden het evenwicht met behulp van familie en vrienden, maar anderen kunnen een steun in de rug gebruiken van een systeemtherapeut of hulpverlener met systeemtherapeutische vaardigheden.

Ervaring heeft geleerd dat systeemtherapie een toegevoegde waarde kan hebben in dit proces. Een voorbeeld:

‘ Niet met, niet zonder elkaar ’

CASUS < Dhr. P. is 71 jaar als hij wordt opgenomen. Zijn vrouw, 69 jaar, is twee weken voor de opname naar hun zoon gevlucht. Dhr. P., die de ziekte van Parkinson heeft, gedroeg zich toenemend agressief en dreigde zijn vrouw wat aan te doen. Ze zijn ruim 40 jaar getrouwd en hebben drie zoons en een dochter. Het echtpaar kende tijdens hun huwelijk vele relatiespanningen, die ernstig toenamen nadat hun dochter een aantal weken geleden haar vader beschuldigde van incest tijdens haar jeugd en dreigde met aangifte bij de politie. Er ontstonden binnen de familie grote loyaliteitsproblemen en de familie leek uiteen te vallen. >

10.9.1 Diagnostiek: op zoek naar de zaken die niet gezegd worden

Om inzicht te krijgen in de problematiek wordt gebruik gemaakt van het genogram en het 'life-review met tijdslijn'. Beide methoden passen goed binnen de eerste gesprekken. Het intergenerationele denken is tevens van belang om de ontwikkeling van familie-, relatie- en communicatiepatronen te begrijpen. In het life-review met tijdslijn worden systematisch verschillende fasen van deze ontwikkeling in kaart gebracht, waarbij gelet wordt op de effectieve stijlen van probleemoplossing die door het systeem gehanteerd werden in eerdere fasen. Ook blijft er voldoende oog voor de diagnostiek van individuele problematiek. Deze aanpak kan in het begin al snel spanningen wegnemen en tot een positief

effect leiden op de samenwerking tussen systeem en de afdeling waar de patiënt is opgenomen. Een voorbeeld:

‘Het is altijd oorlog gebleven’

CASUS < Dhr. A. is 79 jaar als hij wordt opgenomen in het verpleeghuis. Zijn vrouw, 75 jaar, vertelt tijdens het afnemen van het genogram dat zij elkaar tijdens de Tweede Wereldoorlog in een Duitse schuilkelder hebben leren kennen. Dhr. A. had zich als Nederlander aangemeld bij de SS. Uit deze relatie werd al snel een zoon geboren. Nadat de oorlog was afgelopen besloot het echtpaar naar Nederland te vertrekken. Dhr. A. ging vooruit, maar werd bij de Nederlandse grens opgepakt. Hij werd veroordeeld voor zijn oorlogsmisdaden en een kreeg een jarenlange gevangenisstraf. Mw. A. kon Duitsland lange tijd niet verlaten, omdat zij geen geldige papieren had. Toen zij uiteindelijk vertrok liet zij haar moeder alleen achter. Haar beide zusjes waren jong overleden. Vader en vier broers waren tijdens de oorlog aan het front gesneuveld. Het echtpaar A. heeft nog twee dochters gekregen. Echtgenoot gedroeg zich naar de buitenwereld charmant en vriendelijk, maar in het gezin mishandelde hij vrouw en kinderen. Om aan de spanningen te ontkomen verlieten zoon en dochters op jonge leeftijd het ouderlijk gezin. De huwelijken van beide dochters hielden geen stand, zij kampten lange tijd met psychische problemen. Volgens mw. A. is het altijd oorlog gebleven. >

10.9.2 Behandeling: op weg naar een hernieuwd evenwicht

Het eerste familiegesprek wordt vaak gestart met partner en/of kinderen. Of de patiënt hierbij aanwezig is hangt met name af van de ernst van de cognitieve problemen.

Het afnemen van het genogram, dat wordt uitgewerkt op een flap-over, geeft snel inzicht in problemen van de afgelopen periode en de belangrijkste familiegebeurtenissen. Het genogram is niet alleen een diagnostische methode, maar kan ook van therapeutische waarde zijn. Het biedt een proces, waarop een veilige manier en binnen een betekenisvolle context aan verbetering van de communicatie kan worden gewerkt.

Ook het circulair interview kan hierbij van betekenis zijn. De vragen van het interview worden gesteld aan het ene familielid maar gaan over één van de andere familieleden. Het voordeel daarbij is, dat iedereen aanwezig is en hoort hoe er wordt gedacht. In de gesprekken die volgen komen verleden, heden en toekomst aan bod. Deze manier van werken biedt mogelijkheden om tot realistische doelstellingen te komen, die gebaseerd zijn op het eigen verleden en nauw aansluiten bij het verhaal en de beleving van het systeem. Tevens ontstaat er ruimte om naast

problemen ook aandacht te hebben voor positieve gebeurtenissen en mogelijkheden in de toekomst. Een voorbeeld:

‘Loslaten op 40-jarige leeftijd’

CASUS < Mw. Z. was 69 jaar toen zij getroffen werd door een CVA. Twee jaar later werd zij in het verpleeghuis opgenomen. Door het CVA was Mw. Z. niet meer in staat zelfstandig te functioneren en zij vroeg veel ondersteuning van haar familie. Relatiespanningen waren flink toegenomen. Echtgenoot en dochter waren hierdoor ernstig overbelast geraakt. De 40-jarige dochter, jongste uit het gezin met vijf kinderen, was de enige die het huis nog niet had verlaten. >

De familie Z. werd uitgenodigd voor een aantal gesprekken met als doel met elkaar oplossingen te vinden voor de ontstane problemen. In het eerste gesprek met de familie Z., waarbij Mw. Z. niet aanwezig was, werd met behulp van het genogram kennisgemaakt met de familie en met hen de klachten geïnventariseerd.

De jongste dochter reageerde emotioneel en verweet haar vader dat hij altijd heel weinig rekening heeft gehouden met zijn vrouw en kinderen. Volgens dochter was haar moeder al lange tijd voor het CVA ongelukkig in het huwelijk en heeft zij daardoor meerdere depressieve periodes doorgemaakt. Dhr. Z. ging niet tegen de verwijten in, maar gaf direct toe dat hij het inderdaad niet goed heeft gedaan, maar legde direct de schuld bij zijn verleden. Toen hij 4 jaar was overleed zijn moeder. Hoewel zijn vader snel hertrouwde wilde zijn nieuwe vrouw hem er niet bij hebben. Hij groeide op in een kindertehuis waar hij traumatische herinneringen aan heeft. Hij heeft nooit goed raad geweten met zijn emoties.

Dochter laat merken het verhaal al vaak gehoord te hebben en neemt er zichtbaar geen genoegen mee. Haar beide zusters steunen haar hierin, terwijl haar broers voor vader begrip tonen. In dit gesprek komen onderlinge pijnpunten en meningsverschillen naar voren en door de oelopende spanningen vervalt de familie in eerdere (niet effectieve) gezinspatronen.

In de gesprekken die volgden koos de familie in eerste instantie voor het zoeken naar concrete, actiegerichte oplossingen. Gaandeweg kwam er echter ook ruimte voor onderwerpen als het grote verantwoordelijkheidsgevoel van jongste dochter, haar angst voor het uit elkaar gaan van de ouders maar ook haar angst om haar ouders los te laten en een eigen leven op te bouwen.

Gesteund door haar familie is dochter uiteindelijk in staat hierin een stap te zetten en gaat op zoek naar een eigen woning. Deze beslissing zorgt ervoor dat het echtpaar weer ‘echtpaar’ wordt en in de relatiegesprekken die volgen komen zij dichter tot elkaar. Ze kijken terug op eerdere fasen in hun huwelijk en krijgen steeds meer oog voor de positieve kanten van hun relatie. Uiteindelijk besluiten zij samen verder te gaan, hun huis te verkopen en in een verzorgingshuis te gaan wonen.

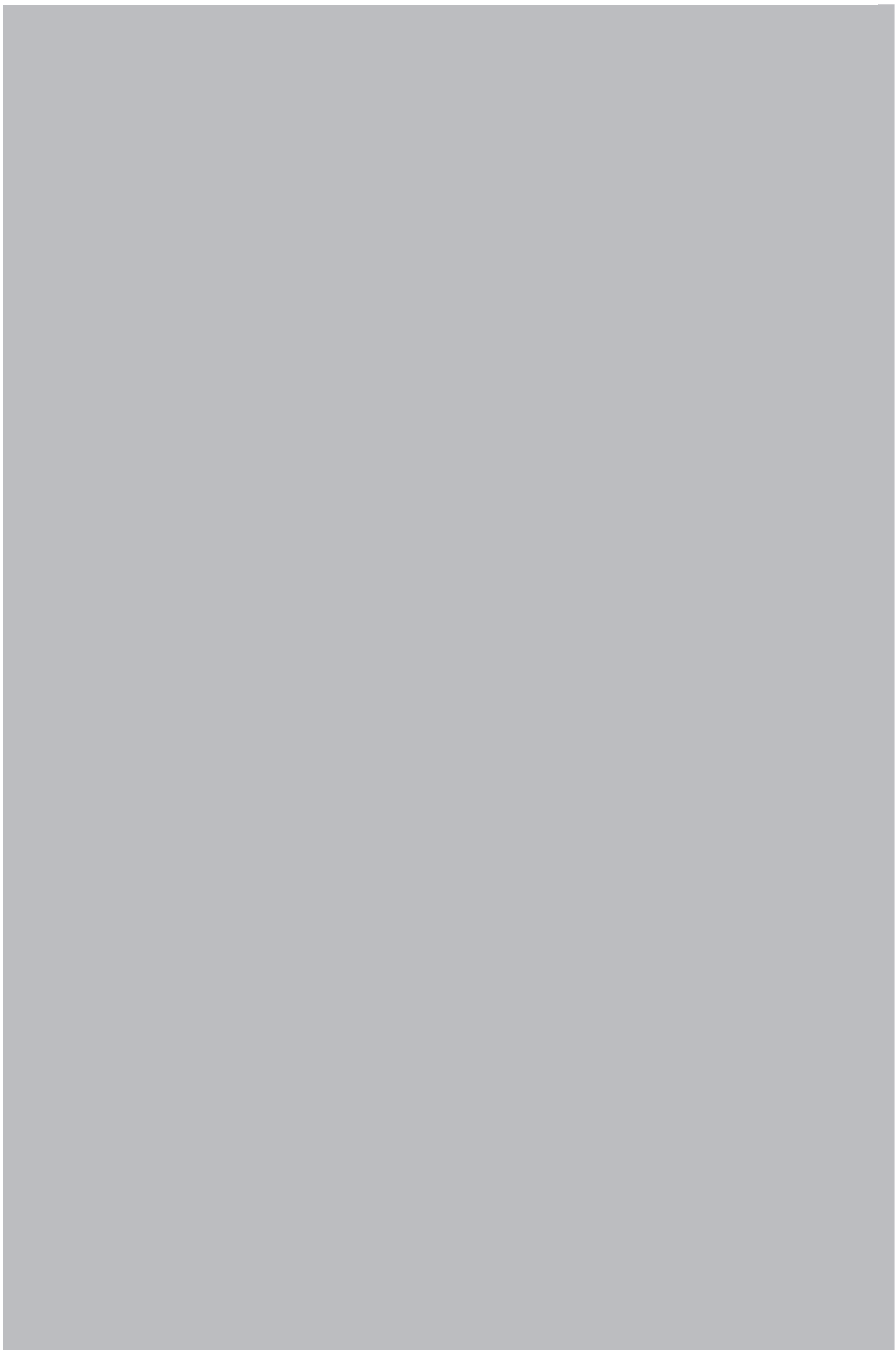
10.10 Samenvatting

In dit hoofdstuk zijn verschillende invalshoeken vanuit systeemtheoretisch perspectief toegelicht. In de behandeling en zorg van kwetsbare ouderen met psychiatrische functiestoornissen blijken systeemtheoretische principes van groot belang.

Immers, mantelzorgers spelen een grote rol in de zorg en lijden vaak ook zelf onder de situatie. De systeemtheorie geeft de hulpverlener een praktisch bruikbaar referentiekader om de juiste positie te kiezen, adequaat in te voegen en zo nodig vervolgbehandeling en begeleiding te geven. Intergenerationele therapie biedt goede perspectieven op succes binnen families met veel dynamiek tussen de verschillende generaties. Dit is des te meer van belang door de grote belasting die door veel mantelzorgers wordt ervaren. Inmiddels is gebleken dat deze aanpak met name werkzaam is indien deze deel uitmaakt van een interventieaanpak, waarin tegelijkertijd de problematiek van de patiënt en zijn systeem wordt meegenomen, zoals in het model van de ontmoetingscentra volgens Droës of de psychogeriatrische reactivering volgens Bakker (zie hoofdstuk 11, Integratieve Psychotherapeutische Interventie).

Literatuur

1. Heusden, A., van, Eerenbeemt, E. van de (1983). *Balans in beweging: Ivan Boszormenyi-Nagy en zijn visie op individuele en gezinstherapie*. Haarlem, de Toorts.
2. Michielsen, M., Mulligen, W. van en Hermkens, L. (1998). *Leren over leven in loyaliteit. Over contextuele hulpverlening*; Acco.
3. Boszormenyi-Nagy, I., Krasner, B. (1994). *Tussen geven en nemen. Over contextuele therapie*; Haarlem, de Toorts.
4. Savenije, A., Lawick, J. van, Reijmers (2008). *Handboek Systeemtherapie*, hoofdstuk 34, Families met ouderen, blz. 399. Utrecht, de Tijdstroom.
5. Minuchin, S. (1974) *Families and Family therapy, a structural Approach*. Het Spectrum.
6. Watzlawick (1991). *De pragmatische aspecten van de menselijke communicatie*. Van Loghum.



Integratieve Psychotherapeutische Interventie

Drs. T.J.E.M. Bakker, drs. J. van der Lee

11.1 Inleiding

De laatste jaren is duidelijk geworden - vooral door het internationaal toenemend gebruik van de Neuro-Psychiatric Inventory van Cummings - dat 70-90 % van patiënten lijdend aan dementie één of meer psychiatrische functiestoornissen heeft. Voor CVA-patiënten ligt dit rond de 65%. Opvallend hierbij is het fenomeen van multi-psychopathologie; het merendeel van de patiënten lijdt aan meerdere PFS'n. Hoge prevalentie hebben depressie, angst, achterdocht, agitatie en agressie (Zuidema, 2007; Bakker, 2005). Bekend is dat PFS'n een negatief effect hebben op het cognitief functioneren, de kwaliteit van leven en overlevingsduur van de patiënt. Bovendien zijn PFS'n belastend voor de mantelzorg. Daarnaast zijn PFS'n belangrijke voorspellers van opname in een verpleeghuis. Uit het landelijk dementie onderzoeksprogramma bleek dat stemmings- en gedragsproblemen en belasting van de mantelzorg de top twee vormen van ervaren problematiek bij dementie (Peeters, 2007). Verder heeft onderzoek van het Nivel aangetoond dat bij dementie 20% van de mantelzorgers zich erg belast tot ziek voelt en 58% matig belast. Wat betreft de behandeling van PFS'n is van belang op te merken dat het gebruik van psychofarmaca veel voorkomt, ondanks de potentiële schadelijke bijwerkingen, bijvoorbeeld (a)typische antipsychotica (Selbaeck, 2008; Schneeweiss, 2007). Positief is de ontwikkeling dat het aantal bewezen effectieve psychosociale interventies groeit, dat gericht is op verbetering van psychiatrische symptomen van kwetsbare ouderen en/of vermindering van de belasting van de mantelzorg. De onderzochte psychosociale interventies hebben echter gemeen dat ze niet of beperkt integratief van aard zijn (Livingston, 2005). De interventie richt zich bijvoorbeeld op één deelaspect van de zorg, zoals voeding of depressie, of er is sprake van één interventie zoals snoezelen. Meer in het bijzonder in de psychogeriatric zijn er aanwijzingen dat psychotherapeutische interventies, mits rekening wordt gehouden met het niveau van cognitief functioneren van de patiënt, effectief zijn. Echter, als gevolg van somatische comorbiditeit, cognitieve problematiek en sociale problemen (relatieproblemen en eenzaamheid) blijft de toepassing van psychotherapeutische interventies bij kwetsbare ouderen een complexe zaak. Een multidisciplinaire en integratieve behandeling gericht op meerdere psychiatrische functiestoornissen van kwetsbare ouderen en de belasting van de mantelzorg is derhalve gewenst (Salzman, 2008). Dit is ook een door de NVVA richtlijn ondersteund beleid.

Wij ontwikkelden en onderzochten in een Randomized Controlled Trial (RCT) een dergelijk multidisciplinair en integratief behandelprogramma, genaamd Integratieve Reactivering en Rehabilitatie (IRR) (Bakker e.a., 2010). IRR is een klinisch programma met een duur van \pm 3 maanden. De multidisciplinaire interventies binnen IRR richten zich primair op de multiple psychiatrische functiestoornissen van patiënten en de belasting van de mantelzorgers. Bij IRR ligt de nadruk op de psychotherapeutische/psychiatrische invalshoek. IRR is een personsgericht programma bestemd voor zowel psychogeriatric patiënten, die lijden aan psychiatrische functiestoornissen (PFS'n) in de fase van lichte tot matige cognitieve functiestoornissen als voor hun mantelzorgers. Het doel van dit

hoofdstuk is de behandeling van multiple psychiatrische stoornissen bij revalidatie van kwetsbare ouderen en hun mantelzorg te beschrijven. Hierbij wordt gefocust op de ontwikkelde methodiek van IRR; aan de hand van casuïstiek wordt een vertaling gemaakt naar de praktijk.

11.2 Waaruit bestaat IRR?

11.2.1 Beschrijving programma

Het IRR-programma biedt een klinische opname op een gespecialiseerde unit met + 20 bedden. IRR heeft een gemiddelde duur van ± 13 weken. Het programma is gebaseerd op integratieve psychotherapeutische interventies, die multidisciplinair worden toegepast. De interventies zijn gericht op de multiple psychiatrische functiestoornissen van de patiënt in combinatie met systeemtherapie gericht op de belasting van de mantelzorger. Het IRR-proces kent drie fases: 1) observatie, beoordeling en controle ten aanzien van overheersende psychiatrische functiestoornissen en somatische comorbiditeit, 2) bereiken, herwinnen of stabiliseren van controle over de psychiatrische functiestoornissen en de mantelzorg problematiek, als ook verbetering van welzijn, en tenslotte 3) training van patiënt en mantelzorger gericht op het ontslag. In alle drie de fasen wordt aandacht besteed aan het optimaliseren van het cognitief functioneren en aan de somatische comorbiditeit. Bij IRR worden mogelijke functionele stoornissen van patiënt en mantelzorger systematisch geordend naar zes dimensies: Emotie (waaronder depressie, angst, agressie, paranoïdie), Persoonlijkheid (interpersoonlijk gedrag, waaronder kenmerken van narcisme, borderline, afhankelijkheid, theatraliteit), Levensgebeurtenissen (waaronder traumatische gebeurtenissen zoals oorlog, incest, mishandeling, overlijden van een echtgeno(o)t(e) en/of kind), Sociaal functioneren (waaronder relatieproblemen met de echtgeno(o)t(e), kinderen, verlies van sociale activiteiten of hobby's, zorgafhankelijkheid, leven in een groep), cognitief functioneren (waaronder geheugen, oriëntatie, zelfzorg/ADL) en als laatste Somatische functiestoornissen (waaronder mobiliteit, vallen, lichamelijke conditie, polyfarmacie, intercurrente infecties, CVA, hartfalen, voedingsdeficiënties, cachexie). Bij aanvang van het programma wordt van de patiënt en diens systeem een analyse gemaakt van relevante problemen en mogelijkheden met behulp van een functionele assessmentlijst (FAL). De FAL is opgebouwd uit de genoemde zes dimensies en bevat naast biografische gegevens de meest voorkomende functiestoornissen. Deze assessment wordt uitgevoerd door de arts en psycholoog tezamen. Op basis hiervan, aanvullend onderzoek en observatie worden multidisciplinair de relevante functionele problemen (van patiënt en mantelzorger) waarop het IRR programma zich zal richten geformuleerd. Vervolgens wordt in overleg met de patiënt en diens mantelzorger een individueel, persoonsgericht interventieplan opgesteld.

CASUS < Mevrouw B., 83 jaar, is aangemeld voor IRR. Enkele maanden geleden is haar toegewijde echtgenoot vrij plotseling overleden. Sindsdien is mevrouw toenemend passief en verwaarloost zij zichzelf. Haar enig kind (zoon) woont in Duitsland. Hij en zijn vrouw komen regelmatig naar Nederland, maar hun zorg schiet tekort, ook al wordt deze aangevuld met thuiszorg. Mevrouw B. eet en drinkt matig, ligt veel op bed, komt af en toe verward over en valt enkele keren. Kortom, de zorgproblemen stapelen zich thuis op. Mevrouw B. is na veel aarzeling bereid een multidisciplinaire, poliklinische screening te ondergaan. Hieruit komt het advies tot een tijdelijke opname voor revalidatie (IRR), om op te knappen en haar zoon te ontlasten. Mevrouw B. stemt hiermee in, want zo is het ook geen doen, maar ze had liever gezien dat haar zoon en schoondochter bij haar introkken. Na opname blijkt mevrouw op de afdeling veel in bed te liggen, voortdurend lichamelijke klachten te uiten en te klagen over de zorg. Zij eist een eigen kamer en wil direct bij alles geholpen worden. Opvallend is dat mevrouw met bijna geen woord rept over het recente overlijden van haar echtgenoot. Eten en drinken gaan matig en 's nachts is mevrouw vaak wakker. In afwachting van het multidisciplinaire interventieplan wordt besloten mevrouw B. een begeleidingsbenadering door de verpleging te geven, gericht op het (voorlopig) accepteren van het gedrag en minimaliseren van negatieve gevolgen. Verder krijgt zij een eigen kamer en de nachtrust wordt gereguleerd met zopiclon. Hierdoor ontstaat de nodige rust en ruimte om een relatie op te bouwen. De FAL-assessment wordt door de arts en psycholoog uitgevoerd. >

11.2.2 Psychotherapeutische interventies

Binnen IRR zijn verschillende psychotherapeutische interventies gebaseerd op probleem oplossende principes beschikbaar (Logsdon, 2007). Deze interventies worden integratief (gecombineerd vanuit verschillende therapeutische scholen) en multidisciplinair toegepast (Trijsburg, 2005). Alle interventies zijn discipline overstijgend geformuleerd en vervolgens schriftelijk uitgewerkt in protocollaire richtlijnen voor iedere discipline. De volgende 9 typen interventies zijn voorhanden: 1. consultatie (bijv. diagnostiek en advies), 2. inzicht geven in door het verleden bepaald gedrag (bijv. counseling, life review, interpersoonlijke therapie), 3. inzicht geven in door het heden bepaald gedrag (bijv. counseling, cognitieve gedragstherapie), 4. structuur bieden (bijv. gedragstherapie gebaseerd op conditionering), 5. begeleiding (bijv. accepteren van gedrag en minimaliseren negatieve effecten), 6. regressieve benadering (bijv. tijdelijk accepteren van regressief gedrag, tegemoetkomende aan de behoeften van de patiënt), 7. rehabilitatie (bijv. stimuleren van de patiënt en/of mantelzorger doelen te formuleren en te behalen in het kader van ontslag), 8. psycho-educatie (bijv. patiënt en/of mantelzorger informeren/instrueren over de omgang met specifieke psychiatrische stoornissen) en 9. systeemtherapie van de mantelzorg (bijv. construeren van een genogram,

verkennen en veranderen van mantelzorgrollen binnen het systeem). De interventies worden overwegend uitgevoerd in een groep en wanneer nodig individueel. Indien noodzakelijk worden er gerichte en aanvattende psychofarmaca voorgeschreven. De duur van een interventie is tussen de 4 tot 12 weken met een intensiteit die varieert van minimaal 1 tot maximaal 7 keer per week. Na multidisciplinaire consultatie schrijft de psychogeriater – een verpleeghuisarts, gespecialiseerd in psychiatrische behandeling – de interventies, inclusief farmacotherapie, voor. Het IRR-team bestaat uit een team van verzorgenden/ verpleegkundigen, een psychogeriater, een g.z.psycholoog / systeemtherapeut, een maatschappelijk werker, vaktherapeuten (muziek-/ psychomotor/creatief-spel), een fysiotherapeut, een ergotherapeut, een logopedist, een diëtist, een welzijnswerker/SPH en een beperkt aantal vrijwilligers. Alle disciplines zijn getraind – met name in de psychiatrische aspecten – om systematisch het integratieve IRR-programma toe te passen.

CASUS < Op basis van de FAL-assessment en de multidisciplinaire onderzoeken/ observaties worden bij mevrouw B. een aantal thema's geselecteerd ten behoeve van het persoonsgerichte interventieplan, dat vervolgens met mevrouw en haar zorgwaarnemer (zoon) besproken wordt. Het plan bevat een negental thema's. De belangrijkste worden hieronder nader beschreven. Op de somatische dimensie worden de thema's Gewicht, Eten/drinken en Mobiliteit (vallen) geselecteerd met interventie door verpleging, fysiotherapie en psychogeriater. Wat betreft emotionele beleving blijkt er sprake te zijn van manisch/depressieve kenmerken (mede op basis van de heteroanamnese) met nu een depressieve fase. Verder heeft mw. B. last van somatisatie; zij uit een lange reeks van lichamelijke ongemakken, die zoals later zal blijken, staan voor spanning en verdriet gerelateerd aan het overlijden van haar man. Gestart wordt met begeleiding door de verpleging, structuur door psychomotore therapeut, groepstherapie met structuur (gegeven door creatief therapeut met psycholoog samen) en inzichtgevende therapie (counseling) door de psychogeriater. Tevens wordt citalopram voorgesteld, die patiënte aanvankelijk afwijst. Later in de behandeling stemt ze er alsnog mee in. In verband met de somatisatiekenmerken wordt hier nog fysiotherapie aan toegevoegd die ondersteuning en uitleg geeft over de betekenis van de lichaamssensaties bij lichamenlijk belastende oefeningen. Op de dimensie persoonlijkheid worden dominante en egocentrische kenmerken benoemd. Hiervoor wordt een zogenaamde 'all-good' benadering (structuur) afgesproken, waarbij grote nadruk ligt op bekrachtigen van positief gedrag, met als doel het zelfbeeld van patiënte te herstellen; conflicten en begrenzingen worden zoveel mogelijk vermeden. Voor de zoon en schoondochter wordt systeemtherapie afgesproken, gericht op het omgaan met de ziekte van mevrouw B., waarvan belangrijke kenmerken al voor het overlijden van haar echtgenoot zichtbaar waren (info uit heteroanamnese). Deze werden echter door de echtgenoot opgevangen/gemaskeerd. Verder

wordt, in overleg met mevrouw B., een positief activiteitenplan door de SPH-er/activiteitenbegeleider opgesteld. ➤

11.3 Goal Attainment Scaling

In de wekelijkse interdisciplinaire patiëntenbespreking wordt de voortgang van de patiënt/mantelzorger in het programma bijgehouden. Hierbij wordt gebruik gemaakt van een gestandaardiseerde methode van Goal Attainment Scaling (GAS). Dit betreft een 7-puntsschaal; de scores variëren van 1-2 (volledig functioneel afhankelijk), (regelmatig functioneel afhankelijk), 5 (geen hulp, alleen begeleiding), 6 (functioneel onafhankelijk met aanpassing) tot 7 (onafhankelijk) (Rockwood, 2003), zie figuren 11.1 en 11.2.

Gestandaardiseerde GAOL Attainment Score

Niveaus Functionele Autonomie	
7. Volledige onafhankelijkheid 6. Aangepaste onafhankelijkheid (m.n. hulpmiddelen)	GEEN HELPER
Aangepaste afhankelijkheid 5. Toezicht/stimulering 4. Minimale hulp (subject = 75% - 100%) 3. Matige hulp (subject = 50% - 75%) Volledige afhankelijkheid 2. Maximale hulp (subject = 25% - 50%) 1. Totale hulp (subject = 0% - 25%)	HELPER
Metingen M1 EERSTE METING M2 DOEL M3 TWEDE METING M4 EINDMETING	

G.A.S. Beloop

Weeknrs.															
Narcisme (dominant/ egocentrisch)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	1	1	1	1	1
										0	1	2	3	4	5
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	
Somatisatie	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7

Bij het benoemen van een functioneel probleem (thema) wordt multidisciplinair tegelijkertijd een start GAS-score geschat in combinatie met een doel GAS-score. Deze doelscore ligt meestal 1 à 2 punten hoger dan de startscore. Tijdens elke wekelijkse patiëntenbespreking wordt een tussentijdse GAS-score geschat en aan het eind van het programma de eindscore. Deze methode maakt het mogelijk de ontwikkeling van patiënt en systeem per benoemd functioneel probleem per week te volgen en zo nodig het interventieplan bij te stellen. Alle genoemde instrumenten en overzichten/plannen zijn computerondersteund beschikbaar.

CASUS < De GAS-scores van de psychiatrische problemen van mevrouw B. bij opname worden door het team ingeschat op niveau 2; als doelscore wordt 4 à 5 aangegeven. Voor het systeem komt de begin GAS-score uit op 4 en de doelscore op 6 à 7. Op basis hiervan wordt ingeschat dat mevrouw B. bij voldoende herstel geschikt lijkt voor een verzorgingshuis (basiszorg of een meerzorgafdeling psychiatrie). De gekozen thema's zijn herkenbaar en er is instemming met het interventieplan. Bij de systeemtherapeut heeft de schoondochter inmiddels aangegeven, omdat mevrouw B. nauwelijks opknapt en slecht eet en drinkt – dat zij desnoods wel permanent uit Duitsland naar Nederland wil komen; haar echtgenoot schrikt hier zichtbaar van en pleit ervoor om het nog een periode aan te zien. Aanvankelijk reageert mevrouw B.

nauwelijks op de behandeling, wel wordt het contact langzaam positiever zowel met de verpleging als op het spreekuur van de psychogeriater. Patiënte laat zich overtuigen om citalopram in te nemen. Voor dit middel is gekozen vanwege het lage risico op bijwerkingen. Eten en drinken gaan beter en mevrouw komt vaker haar kamer uit; af en toe geniet ze van de positieve activiteiten. De GAS-scores lopen wat op naar niveau 3. Mevrouw B. wordt wel drukker en maakt hierbij een wat eufore indruk. Besloten wordt een stemmingstabilisator (Valproaat natrium) aan de medicatie toe te voegen. Geleidelijk, bij een oplopende dosering wordt mevrouw B. rustiger. Het lukt nu ook met haar over haar gedrag en gevoelens te praten. Een doorbraak is dat zij in het spreekuur spontaan aangeeft dat al die lichamelijke klachten die ze uit, staan voor haar verdriet over het overlijden van haar echtgenoot. Deze betekenisgeving wordt door de betrokken disciplines verder met haar uitgewerkt. Na verloop van tijd onderneemt ze ook met haar zoon en schoondochter activiteiten buiten de instelling. ➤

11.3.1 Ontslagfase

Op het moment dat de GAS-scores van de patiënt de doelscore benaderen wordt de derde/laatste fase van IRR gestart. De patiënt wordt functioneel getest door de ergotherapeut met behulp van de Assessment of Motor and Process Skills (AMPS). Dit internationaal geijkte instrument analyseert het vermogen om zelfstandig zorgtaken te verrichten rekening houdend met complexiteit van de opdracht en omgevingsfactoren. Deze test geeft hierbij inzicht in het vermogen tot procesmatig handelen. Met patiënt en mantelzorger wordt een rehabilitatieplan opgesteld gericht op de ontslagbestemming. Oriënterende bezoeken aan een zorgcentrum of geleidelijk op te voeren dagen/nachten naar huis worden geregeld. Met de mantelzorger(s) wordt nadrukkelijk gesproken over hoe de (nieuwe) toekomst eruit kan zien en wat hun rol hierbij kan zijn. Bij het feitelijk ontslag, al dan niet na een wachtperiode wordt relevante informatie uitgewisseld met de hulpverleners van de ontslagbestemming.

CASUS < Mevrouw B. gaat kijken in een zorgcentrum waar ook aanvullend enige psychiatrische begeleiding door het Riagg beschikbaar is. Mevrouw vindt het een goed huis met een mooie kamer. Zij stemt in met deze bestemming. De AMPS heeft inmiddels uitgewezen dat zorgcentrumzorg met psychiatrische begeleiding het best passend is voor mevrouw. B., mede gelet op haar sociale kwetsbaarheid (mantelzorg ver weg wonend). Binnen de systeemtherapie is de positieve ontwikkeling doorgesproken, maar ook de verwachtingen over de toekomst. Wat te doen bij terugval, nieuwe aandoening etc. De zoon en zijn echtgenote zijn het er over eens dat zij niet terug naar Nederland zullen komen in dergelijke situaties en vooral op de beschikbare hulpverlening willen

vertrouwen. Ook mevrouw B. geeft niet meer aan dat zij eigenlijk vindt dat haar zoon/schoondochter voor haar zouden moeten zorgen; nee, het is goed zo. Mevrouw B. houdt zich goed aan het rehabilitatieplan en kan binnenkort met ontslag. >

11.4 Resultaten

Naar de kosteneffectiviteit van IRR is een onderzoek uitgevoerd in de vorm van een Randomized Controlled Trial. Reguliere multidisciplinaire verpleeghuiszorg was hierbij de controleconditie (Bakker e.a., 2010). Uit dit onderzoek bleek dat wat betreft de ernst van de PFS IRR tweemaal effectiever was dan reguliere zorg en totaal een reductie van psychiatrische klachten gaf van $\pm 60\%$. Op langere termijn, na 6 maanden follow-up na beëindiging van de behandeling, bleef dit effect nagenoeg gelijk. Verder bleek dat de belasting van de mantelzorger op langere termijn daalde met 50%, terwijl reguliere verpleeghuiszorg nagenoeg geen effect liet zien. Onderzoek naar de kosten van IRR gaf aan dat de overall meerkosten geschat werden op maximaal $\pm \text{€ } 50,-$ per dag per patiënt gedurende drie maanden. Dit is ongeveer de helft van de kosten voor CVA-revalidatie. Dit lijkt een maatschappelijk aanvaardbaar bedrag. Het lijkt gerechtvaardigd om te concluderen dat het belangrijk is dat professionals en management werkzaam in de zorg voor kwetsbare ouderen zich nadrukkelijk meer bekwamen in kennis en kunde op het gebied van psychiatrie en psychotherapie in combinatie met doelgericht gebruik van psychofarmaca. Hierbij is het aan te bevelen apart aandacht te geven aan het belang van systeemtherapie voor de mantelzorg. Hetzelfde geldt voor de ontwikkeling van curricula van opleidingen voor professionals.

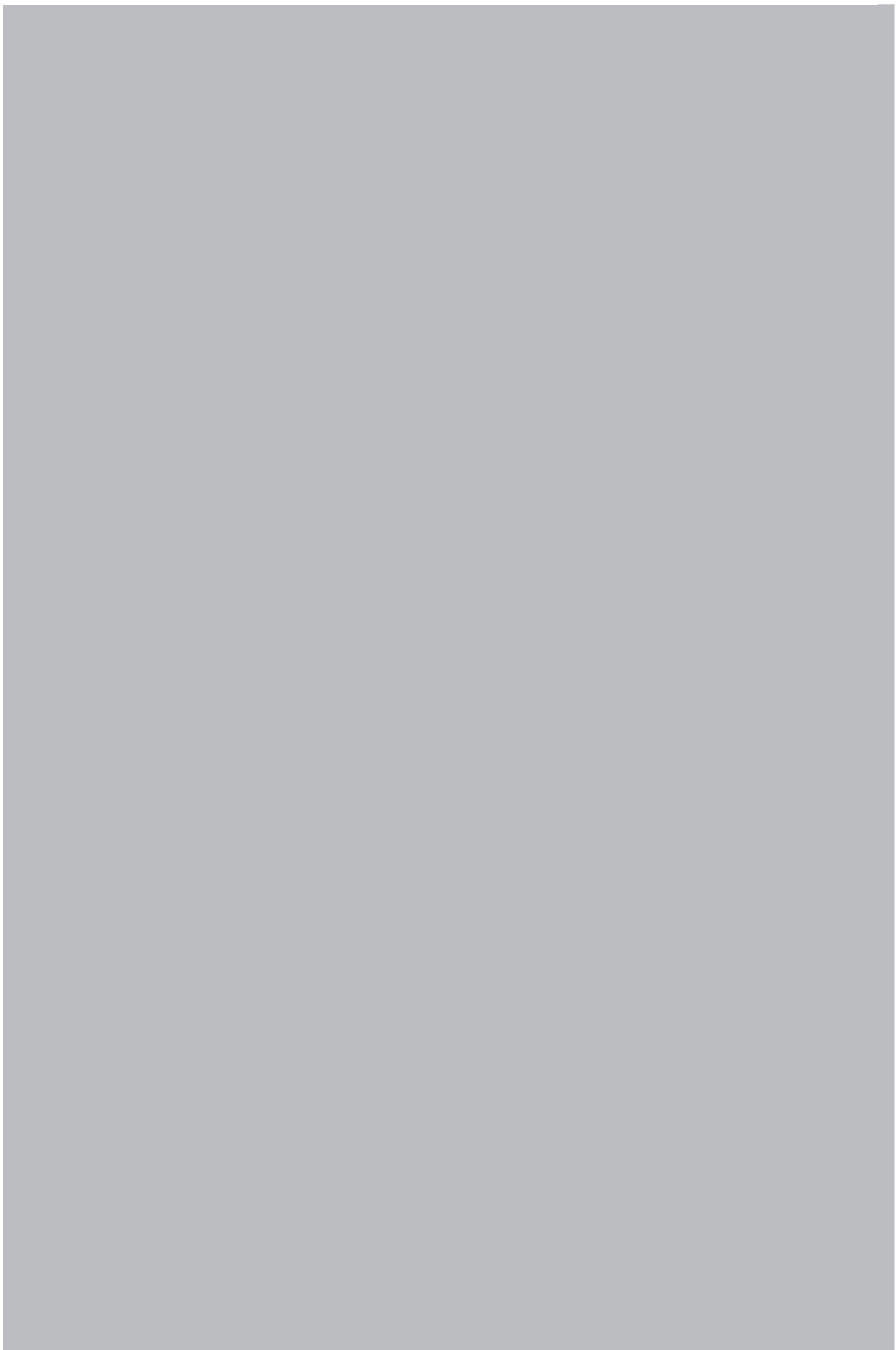
11.5 Samenvatting

Psychiatrische functiestoornissen (PFS'n) hebben een hoge prevalentie bij kwetsbare ouderen en komen vaak in combinatie voor. PFS'en hebben een grote negatieve impact op zowel patiënt als mantelzorger. Een multidisciplinair integratief psychotherapeutisch programma voor kwetsbare ouderen gericht op multiple PFS'n is gewenst. Integratieve reactivering en rehabilitatie (IRR), oorspronkelijk ontwikkeld voor de psychogeriatric, is een dergelijk persoonsgericht programma. IRR omvat een drie maanden durende klinisch programma, gebaseerd op integratieve psychotherapeutische interventies, die multidisciplinair worden toegepast, gericht op zowel de patiënt als de mantelzorger. Een casus illustreert de werkwijze van IRR. Implementatie wordt aanbevolen evenals het meer bekwamen van professionals op het gebied van psychiatrie, psychotherapie en psychofarmaca.

Literatuur

1. Aalten, P., Vugt, E. de, Jaspers, N., Jolles, J., Verhey, F.R.J. (2005). *The course of neuropsychiatric symptoms in dementia*. Part II: Relationships among behavioural sub-syndromes and the influence of clinical variables. *Int J Geriatr Psychiatry*; 20(6): 531-36.
2. Bakker, T.J.E.M., Lee, J. van der, (2009). Integrative reactivering en rehabilitatie (IRR). *Een revalidatie-programma van kwetsbare ouderen, lijdend aan multiple psychiatrische functiestoornissen, en hun mantelzorgers*. Tijdschrift voor Verpleeghuisgeneeskunde Vol 34, no 1/2009 24-27.
3. Bakker, T.J.E.M., Duivenvoorden, H.J., Lee, J. van der, Trijsburg, R.W. (2005). *Prevalence of psychiatric function disorders in psychogeriatric patients at referral to nursing home care: the relation to cognition, activities of daily living and general details*. *Dement Geriatr Cogn Disord.*; 20 (4): 215-224.
4. Bakker, T.J.E.M., Duivenvoorden, H.J., Lee, J. van der, Olde Rikkert, M.G.M., Beekman, A.T.F., Ribbe, M.W. (2010). *Integrative psychotherapeutic nursing home program to reduce multiple neuropsychiatric symptoms of cognitively impaired patients and caregiver burden*. A randomized controlled trial. accepted *Am J Geriatr psychiatry*.
5. Davison, T.E., Hudgson, C., McCabe, M.P., George, K., Buchanan, G. (2007). *An individualized psychosocial approach for "treatment resistant" behavioral symptoms of dementia among aged care residents*. *Int Psychogeriatr*; 19 (5): 859-73.
6. Droës, R.M., Breebaart, E., Meiland, F.J., Tilburg, W. van, Mellenbergh, G.J. *Effect of meeting centres support program on feelings of competence of family carers and delay of institutionalization of people with dementia*, *Aging and Ment Health*. 2004; 8(3): 201-11.
7. Graff, M.J.L., Vernooij-Dassen, M.J.M., Zajec, J., Olde-Rikkert, M.G.M., Hoefnagels, W.H.L. (2006). *How can occupational therapy improve the daily performance and communication of an older patient with dementia and his primary caregiver? A case study*. *Dementia*; 5(4); 503-32.
8. Legra, M.J.H., Bakker, T.J.E.M. (2002). *Rationeel-émotieve therapie in de psychogeriatric: een nieuwe toepassing?* Tijdschr Gerontol Geriatr.; 33:101-6.
9. Livingston, G., Johnston, K., Katona, C., Paton, J., Lyketsos, C.G. (2005). *Old Age Task Force of the World Federation of Biological Psychiatry, Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia*, *Am J. Psychiatry*; 162(11): 1996-2021.
10. Logsdon, R.G., Mc Curry, S.M. Teril, (2007). *Evidence-based psychological treatments for disruptive behaviors in individuals with dementia*. *Psycho aging*; 22(1) 28-36.
11. Peeters, J., Beek, S. van, Francke, A. (2007). *Problemen en wensen van mantelzorgers van mensen met dementie*. Resultaten van de monitor van het Landelijk Dementieprogramma. Utrecht: NIVEL, in opdracht van de Alzheimer Stichting, fact sheet 2.
12. Pot, A.M., Deeg, D.J.H., Knipscheer, C.P.M., (2001). *Institutionalization of demented elderly: the role of caregiver characteristics*. *Int J Geriatr Psychiatry*; 16: 273-80.
13. Rockwood, K., Howlett, S., Stadnyk, K. (2003). *Responsiveness of goal attainment scaling in a RCT*. *J Clinical Epidemiol.*; 56: 736-43.
14. Salzman, C., Jeste, D.V., Meyer, R.E., et al, (2008). *Elderly patients with dementia-related symptoms of severe agitation and aggression: consensus statement on treatment options, clinical trials methodology, and policy*. *J Clin Psychiatry*; may 13: 1-10.
15. Schneeweiss, S., Setoguchi, S., Brookhart, A., Dormuth, C., Wang, .PS. (2007). *Risk of death associated with the use of conventional versus atypical antipsychotic drugs among elderly patients*. *C.M.A.J.*; 176(5): 627-32.

16. Selbaek, G., Kirkevold, Ø., Engedal, K. (2008). *The course of psychiatric and behavioral symptoms and the use of psychotropic medication in patients with dementia in Norwegian nursing homes-a 12 month follow-up study*. *Am J Geriatr psychiatry*; 16(7): 528-36.
17. Trijsburg, R.W., Colijn, S., Holmes, J. *Psychotherapy Integration*. In: Gabbard GO, Beck J.S., Holmes J. (Eds). *Oxford Textbook of Psychotherapy*. New York: Oxford University Press; 2005. p. 95-107.
18. Weert, J.C. van, Dulmen, A.M. van, Spreeuwenberg, P.M., Ribbe, M.W., Bensing, J.M. (2005). *Behavioral and mood effects of snoezelen integrated into 24-hour dementia care*. *J. Am Geriatr Soc*; 53(1): 24-33.
19. Zuidema, S.U., Koopmans, R., Verhey, F. (2007). *Prevalence and predictors of neuropsychiatric symptoms in cognitively impaired nursing home patients*, *J Geriatr Psychiatry Neurol.*; 20 (1): 41-9.
20. Zuidema, S.U., Iersel, M.B. van, Koopmans, R.T., Verhey, F.R.J., Olde Rikkert, M.G.M. (2006). *Werkzaamheid en bijwerkingen van antipsychotica voor neuropsychiatrische symptomen bij dementie; een systematische review*. *Ned Tijdschr Geneeskd*;150(28): 1565-73.



Dementiezorg in ketens en netwerken

**Dr. H.L.G.R. Nies, drs. J.H.C.M. Meerveld,
drs. R.J.E.W. Denis¹**

¹ Henk Nies en René Denis werken bij Vilans, Julie Meerveld bij Alzheimer Nederland. De auteurs waren alledrie betrokken bij de totstandkoming van de Leidraad Ketenzorg Dementie; de teksten van een eerder concept van dit hoofdstuk waren input voor de leidraad en omgekeerd zijn delen van de leidraad in dit hoofdstuk gebruikt. In dat geval wordt naar de leidraad verwezen.

12.1 Inleiding

Dementie zal steeds meer een beslag leggen op de samenleving. Het aantal mensen met dementie groeit in de periode 2005-2025 met ongeveer 46% (De Lange, 2007). Dat op zich zegt niet zo veel. Maar als we zeggen dat in 2010 één op de 81 inwoners van ons land dement is en dat dat aantal zal toenemen tot 1 op de 44 in 2050, dan wordt het duidelijk dat dementie in het leven van velen zal komen. Dat blijkt eens te meer als we stellen dat er rond 2010 per demente oudere ongeveer 55 mensen in de potentiële beroepsbevolking (15 tot en met 64 jarigen) zijn. In 2030 zijn dat er ongeveer 35 en in 2050 ongeveer 27 (Gezondheidsraad, 2002). Bij ongewijzigde prevalentie van dementie heeft bijna iedereen in zijn of haar naaste omgeving met dementie te maken. Dat is niet niks!

Het omgaan met dementie en de zorg voor dementerenden is namelijk ingewikkeld: op meer fronten doen zich problemen voor, waarvoor niet één oplossing toereikend is. Er is sprake van comorbiditeit en/of multi-morbiditeit: de dementie wordt begeleid door verschijnselen die het gevolg van de aandoening zijn of door andere ziektebeelden die met name op latere leeftijd veel voorkomen. Daarbij komt dat er nog allerhande sociale problemen voorkomen, bij de demente persoon zelf of bij diens naaste omgeving.

Dementie is geen op zichzelf staande ziekte, maar een syndroom dat uiteenlopende oorzaken kan hebben. Uitzicht op snelle doorbraken om het voorkomen van de meest voorkomende vormen van dementie (die ziekte van Alzheimer, vasculaire dementie) wezenlijk terug te brengen is er niet. Evenmin is er uitzicht op een afdoende behandeling die de vraag naar zorg en ondersteuning wezenlijk kan doen afnemen (Gezondheidsraad, 2002). Het is daarom een enorme, en bij het grote publiek niet onderkende, maatschappelijke uitdaging om ons als samenleving op deze toekomst in te richten. Het probleem is dat deze ontwikkeling weliswaar samen gaat met de vergrijzing ('meer grijs op straat'), maar goeddeels onzichtbaar is.

Het vraagstuk van dementie speelt zich vooral achter gesloten huisdeuren af. Mensen met dementie leven gemiddeld acht jaar waarvan zes jaar thuis en twee jaar in het verpleeghuis. Die laatste twee jaar krijgt maatschappelijk gezien (onder andere in de media) onevenredig veel aandacht in vergelijking met de drie jaar zo lange periode thuis. Ongeveer de helft van de thuiswonende dementerende patiënten is bekend bij de huisarts en worden doorgaans één à twee jaar voor verpleeghuisopname als zodanig gediagnosticeerd. Met andere woorden: 'dementie: het is er wel, maar je ziet het niet'.

De zorg voor mensen met dementie is arbeidsintensief; het beeld op zich is zoals gezegd ingewikkeld. Maar ook de gevolgen voor zowel de dementerende als de mantelzorgers zijn groot. De naaste omgeving is doorgaans diepgaand betrokken bij het wel en wee van de dementerende. Mantelzorgers zijn dikwijls overbelast of lopen een groot risico op overbelasting (tezamen 78%) (Peeters et al., 2007a). Dat gaat dikwijls gepaard met depressieve gevoelens, gevoelens van eenzaamheid, gebrek aan sociale contacten, gebrek aan sociale steun, chronische stress, lichamelijke belasting en uitputting en – bij kinderen van mensen met

dementie – problemen met een dubbele loyaliteit jegens de dementerende en het eigen gezin (Gezondheidsraad, 2002). Bij ongewijzigd beleid vergt het toenemend veel menskracht om zowel de informele zorg als de professionele zorg op te brengen. Daarbij komt – zoals boven aangegeven – dat het aantal (potentieel) werkenden in de samenleving sterk zal afnemen. De consequenties daarvan voor de arbeidsmarkt zijn groot.

Een niet onbelangrijk probleem is de financiering. Dementie is na verstandelijke handicaps de duurste ziekte in de samenleving, per persoon en wat betreft het totaal aan uitgaven. Na hartfalen zal dementie in de periode tot 2025 ook het snelste toenemen, zo verwacht het RIVM (Hollander et al., 2006). Dementie is dus nu al duur, maar zal ons als samenleving veel meer gaan kosten.

De vraag is nu, hoe deze grote en ingewikkelde, nog weinig onderkende, maatschappelijke opgave het hoofd te bieden? Gezien de toekomstige krappe arbeidsmarkt en de betaalbaarheid van de zorg zal extrapolatie van de huidige zorgverlening – meer van hetzelfde – geen oplossing zijn. Meer mantelzorg is ook moeilijk: de druk op familie en naasten is al groot en zal nog groter worden wegens een afnemend aantal kinderen per oudere en de verwachte toenemende arbeidsparticipatie. Uiteraard zijn er optimistische gedachten over een grotere maatschappelijke en beroepsmatige betrokkenheid van ouderen in de samenleving (Knipscheer, 2006). Maar die trend zal onvoldoende soelaas bieden voor de opgave waarvoor we staan. Dit betekent dat we op zoek moeten naar verbeteringen, naar nieuwe vormen van zorg en ondersteuning, naar meer doelmatige zorg met behoud van humane waarden. Voor het vraagstuk van dementie moeten we meer sporen volgen: nieuwe behandelingen en zorginterventies, inzet van technologie, taakherstelling van professionals en versterking van de mantelzorg. Dat is echter niet toereikend. We moeten de oplossing voor dit zorgvraagstuk in belangrijke mate buiten de zorg zoeken: een meer dementievriendelijke samenleving of om het Engels jargon te volgen: *dementia friendly cities* of *communities*, zoals daar in onder meer het Verenigd Koninkrijk, Canada en Japan over wordt gedacht (zie bijvoorbeeld Mitchell et al., 2004; ICL Japan, 2006). Dat betekent dat rond de dementerende cliënt een fysieke en sociale omgeving moet zijn die nauw aansluit bij diens behoeften. De weg daarheen is lang en ingewikkeld, maar een eerste begin is gemaakt in Nederland.

12.2 Behoeften van dementerenden

Het Landelijk Dementieprogramma (LDP) werkt sinds 2005 aan verbetering van dementiezorg en in het bijzonder aan de samenhang tussen de voorzieningen in een regio. De vraag van de cliënt en het cliëntsysteem is daarbij het uitgangspunt. In regionale cliëntenpanels, van mensen met dementie en hun mantelzorgers, worden hun ervaringen in gewone ‘mentsentaal’ gebundeld. Deze ervaringen vormen in elke regio het uitgangspunt voor verbetertrajecten waarmee multi-sectorale samenwerkingsverbanden aan de slag gaan (thuiszorg, huisartsen, verpleeg- en

verzorgingshuizen, de geestelijke gezondheidszorg, welzijnsinstellingen, ziekenhuizen en soms ook partijen buiten de zorg, zoals gemeenten). Inmiddels is er een goed inzicht wat de voornaamste problemen van mensen met dementie en hun naasten zijn. Deze zijn beschreven als ‘probleemvelden’ (Meerveld et al., 2004; zie tabel 12.1):

- 1 Niet-pluisgevoel
- 2 Wat is er aan de hand en wat kan helpen?
- 3 Bang, boos en in de war
- 4 Er alleen voor staan
- 5 Contacten mijden
- 6 Lichamelijke zorg
- 7 Gevaar
- 8 Ook nog gezondheidsproblemen
- 9 Verlies
- 10 Het wordt me te veel
- 11 Zeggenschap inleveren en kwijtraken
- 12 In goede en slechte tijden
- 13 Miscommunicatie met hulpverleners
- 14 Weerstand tegen opname

Het ‘Niet-pluis gevoel’ speelt vooral in het beginstadium van dementie. ‘Wat is er aan de hand en wat kan helpen?’ komt snel daarna. De overige problemen zijn in latere stadia van de ziekte aan de orde, waarbij aanzienlijke individuele verschillen bestaan, afhankelijk van het ziektebeeld en eventuele comorbiditeit (‘Ook nog gezondheidsproblemen’), de draagkracht van de naaste omgeving (‘Het wordt me te veel’), de kwaliteit van de inter-persoonlijke relaties (‘Er alleen voor staan’, ‘Contacten mijden’) en de wijze waarop de professionele zorg opereert (‘Miscommunicatie met hulpverleners’).

Vrijwel altijd spelen meer problemen tegelijk en veel mensen krijgen met alle probleemvelden te maken. Toch is wel aan te geven wat de meest prominente kwesties zijn, die mensen dwars zitten. Onderzoek van het NIVEL op basis van vragenlijsten (de LDP-monitor) heeft laten zien dat de voornaamste problemen van mantelzorgers zijn (belangrijk én veel voorkomen) (Peeters et al., 2007b):

- *Bang, boos en in de war* (omgang met gedrags- en stemmingsproblemen): 75% ervaart dit als belangrijk én als probleem;
- *Het wordt me te veel* (overbelasting van mantelzorgers): 61% ervaart dit als belangrijk én als probleem;
- *Weerstand tegen opname* (opzien en zich verzetten tegen opname in een verpleeghuis): 55% ervaart dit als belangrijk én als een probleem.

Daarnaast zijn ‘gevaar’, ‘er alleen voor staan’ en ‘verlies’ belangrijke probleemvelden. Wanneer tevens de uitkomsten van de cliëntpanels worden meegenomen zijn de velden ‘niet-pluisgevoel/wat is er aan de hand en wat kan helpen?’ en ‘miscommunicatie met hulpverleners’ relevant. Veel problemen hangen samen met

de gedragsveranderingen van de persoon en de emotionele belasting van mantelzorgers (Peeters et al., 2007b). Gedragsproblemen, met name hun onvoorspelbaarheid, bij kwetsbare ouderen blijkt de grootste stressor te zijn (Kofahl en McKee, 2005; Peeters et al., 2007a).

De interventies die bij de top 5 van probleemvelden passen, kunnen sterk uiteenlopen. Ze kunnen variëren van goede ziektekundige en zorggerichte diagnostiek (assessment) ('niet pluisgevoel' en 'wat is er aan de hand en wat kan helpen?'), medische en psychosociale interventies, tot psycho-educatie, informatie, trajectbegeleiding, respijtzorg ('het wordt me teveel'), 'alternatieve woonvormen (weerstand tegen opname)', scholing van zorgverleners ('miscommunicatie met hulpverleners') en versterking van zeggenschap. Duidelijk is dat er niet één oplossing is, noch één voorziening die de oplossing kan bieden.

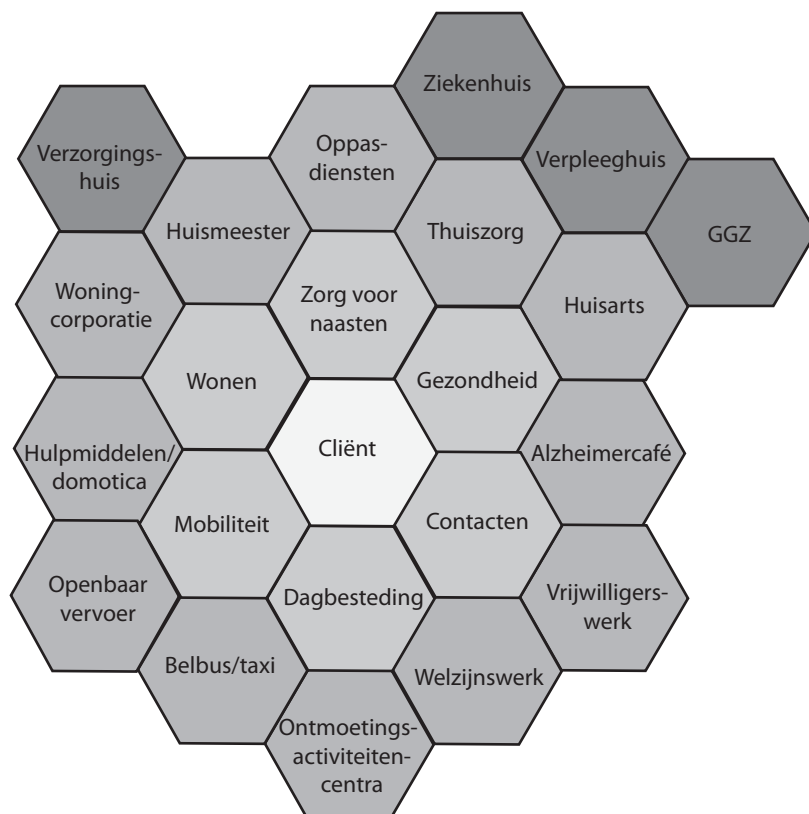
Tabel 12.1 Probleemvelden dementie.

1.	Niet-pluisgevoel Er is een gevoel van onbehagen en onduidelijkheid bij de persoon met beginnende dementie, de partner of naasten over wat er aan de hand is. Men vermoedt misschien dementie of twijfelt eraan, maar dat gevoel is vaag. Het is lastig en bedreigend om deze gevoelens met anderen te delen.
2.	Wat is er aan de hand en wat kan helpen? De persoon met dementie en mantelzorgers weten na het stellen van de diagnose lang niet altijd wat ze moeten doen of kunnen doen om de dagelijkse problemen op te lossen.
3.	Bang, boos en in de war De persoon met dementie kan allerlei gedrags- en stemmingsproblemen hebben, zoals tegendraads zijn, boosheid, achterdocht, lusteloosheid of ontremming. Het kan een probleem geven voor zowel de persoon zelf als voor de mantelzorgers.
4.	Er alleen voor staan Dit is een probleem van zowel de persoon met dementie als de mantelzorgers. Het gaat vooral om praktische handelingen. De persoon met dementie weet niet meer hoe deze handelingen uit te voeren, of waar hij/zij bepaalde zaken kan vinden. De mantelzorgers is niet gewend deze taken over te nemen en weet niet waar hij hulp kan krijgen.
5.	Contacten mijden Door de invloed van dementie gaat de persoon met dementie zich steeds meer richten op de wereld dicht om hem heen. De aansluiting met anderen kan lastiger worden vanwege onbegrepen gedrag. Het sociale netwerk wordt kleiner. Ook de partner is steeds meer aan huis gebonden en kan in een sociaal isolement geraken.
6.	Lichamelijke zorg Bij de persoon met dementie kunnen problemen ontstaan bij de lichaamsverzorging, zoals het aan- en uitkleden, wassen, zelf eten en omgaan met incontinentie. De persoon met dementie kan de taken niet meer zelfstandig uitvoeren en de mantelzorgers moet hulp bieden.
7.	Gevaar Dit betreft gevaar voor ongelukken in en rond huis. De persoon met dementie is vergeetachtig, weerloos, rusteloos en/of geneigd tot dwalen. Dit kan leiden tot ongelukken. Voor de mantelzorgers en de omgeving geeft dit zorgen.
8.	Ook nog gezondheidsproblemen De persoon met dementie heeft geen zicht op zijn/haar gezondheidsproblemen. Men vergeet pillen te slikken en behandeladviezen op te volgen. Ook kan het zijn dat men een gezondheidsprobleem niet kan duiden en extra onrustig en verward is.

9.	Verlies De persoon met dementie gaat fysiek en verstandelijk achteruit en verliest de grip op het eigen leven. Men wordt in toenemende mate afhankelijk van zorgverleners. Dit proces gaat gepaard met emoties zoals ontkenning, verdriet en depressiviteit. De mantelzorg rouwt en voelt zich alleen staan.
10.	Het wordt me te veel Bij de mantelzorg kunnen emotionele problemen en/of fysieke overbelasting ontstaan. Emotionele problemen ontstaan door zorgen om de ziekte van de persoon met dementie en om de zorg geregeld te krijgen. Fysieke overbelasting ontstaat doordat de mantelzorg 24 uur per dag klaar moet staan.
11.	Zeggenschap inleveren en kwijtraken Zeggenschap inleveren en kwijtraken is vooral een probleem van de mantelzorg. Zij voelen zich regelmatig betutteld door de zorgverlener. Ook de persoon met dementie voelt zich wel eens betutteld. Een deel van de mantelzorgers of personen met dementie vindt het lastig om dit probleem met de zorg-/hulpverlener te bespreken, omdat ze afhankelijk zijn van de zorg.
12.	In goede en slechte tijden Mantelzorgers voelen zich verplicht om voor de persoon met dementie te zorgen. Men voelt zich schuldig en schaamt zich wanneer zorg overgedragen moet worden aan de zorg-/hulpverleners.
13.	Miscommunicatie met hulpverleners Miscommunicatie is een probleem voor de mantelzorgers, de persoon met dementie en voor zorg-/hulpverleners zelf. Het gaat over miscommunicatie en het gebrek aan aansluiting tussen de persoon met dementie en hun mantelzorgers enerzijds en de zorg-/hulpverleners anderzijds.
14.	Weerstand tegen opname De persoon met dementie en de mantelzorg kunnen opzien tegen opname in het verpleeghuis. Zowel de persoon met dementie als de mantelzorg verzetten zich tegen opname. De opname wordt uitgesteld of men zoekt alternatieve mogelijkheden.

12.3 Organisatie van zorg en ondersteuning

De vraag is nu hoe, ondanks dit diffuse beeld, toch een oplossing kan worden gevonden voor de behoefte aan zorg en ondersteuning. Het vraagstuk van samenhang geldt voor meer doelgroepen met een diffuse, complexe en multifactoriële problematiek. Voor mensen met verstandelijke beperkingen, restverschijnselen na een CVA, complexe psychiatrische aandoeningen zoals schizofrenie of probleemjongeren gelden vergelijkbare vraagstukken. Een cliënt, of diens cliëntsysteem, heeft een samengestelde problematiek op meer domeinen, die in wisselende intensiteit speelt. Bij deze domeinen zijn verschillende voorzieningen te denken die kunnen bijdragen aan een oplossing van het probleem. En vaak liggen deze oplossingen buiten het traditionele domein van de professionele gezondheidszorg. Overigens verschuift het hele denken vanuit voorzieningen nu functiegerichte bekostiging in de zorg actueel is en taakherschikking op tal van terreinen aan de orde is. Met andere woorden, sommige oplossingen of interventies kunnen door meer aanbieders worden geleverd en zoals gezegd, de oplossing ligt vaak buiten de zorg (Nies, 2007) (zie figuur 12.1).



Figuur 12.1 Honingraatmodel van geïndividualiseerde zorg en diensten (vrij naar: Carrier, 2002).

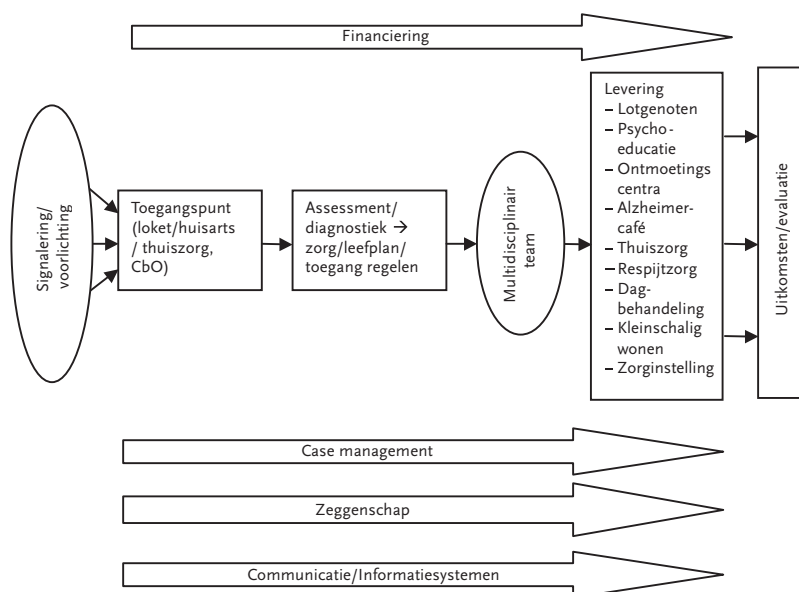
Om nu te zorgen dat de juiste hulp op het juiste moment wordt geleverd, zijn verschillende organisatiemodellen ontwikkeld, in verschillende maatschappelijke sectoren. Bij een aantal ziektebeelden met een redelijk voorspelbaar beloop zijn modellen van *disease management* of ketenzorg van toepassing. In deze ziektegerichte modellen staan op zorginhoudelijke protocollen gebaseerde afspraken tussen zorgaanbieders en vormen van zelfmanagement centraal (Wagner et al., 1996; 1999). De zorg en ondersteuning die vereist zijn, zijn doorgaans te omschrijven in klinische paden (Vecchiato, 2004). Voor de bovengenoemde doelgroepen met een diffuse, complexe en multifactoriële problematiek zijn andere mechanismen werkzaam en speelt de fysieke en sociale context een belangrijke rol (Hollander et al., 2003; Leichsenring, 2004a; Lynch et al., 2005; Schumacher et al., 2006; Nies, in press). Het traject van de patiënt/cliënt is veel minder eenduidig en daarmee ook niet goed als klinisch pad te omschrijven. Echter, in alle gevallen speelt dat integratie nodig is van de componenten die van belang zijn om het wankele evenwicht van de cliënt in diens omgeving te bereiken en zo goed mogelijk te handhaven.

12.4 Integratievraagstukken

De vraag is nu hoe dergelijke vormen van integratie van zorg en ondersteuning te organiseren. Er is weinig wetenschappelijke evidentie hoe dergelijke ketens en netwerken het beste georganiseerd kunnen worden. Een frequent aangehaalde review van Johri et al. (2003) met een analyse van experimenten en demonstratieprojecten in Canada, de VS, Groot-Brittannië en Italië wijst erop dat case management, multidisciplinaire geriatrische *assessment*, de inzet van een multidisciplinair team, een eenduidig toegangspunt en financiële prikkels cruciaal zijn om deze integratie voor elkaar te krijgen. Bij nadere analyse blijken deze elementen – ondersteund door klinische en management informatiesystemen – en de combinatie van curatieve en langdurige zorg met welzijnsvoorzieningen tot de beste resultaten te leiden voor deze doelgroepen. Het gaat dan om betere scores op indicatoren voor gezondheid, cliënttevredenheid, tevredenheid van mantelzorgers (maar niet noodzakelijkerwijs een afnemende belasting), een afnemend gebruik van intramurale zorgvoorzieningen (ziekenhuis, verpleeghuis) en spoedeisende hulp en lagere zorgkosten (zie ook Kodner, 2006; in press). Ook uit internationale – meer op consensus gebaseerde – studies komen de genoemde werkzame ingrediënten naar voren (Alaszewski en Leichsenring, 2004; Nies en Berman, 2004).

Aanvullend is het belang van de rol van de cliënt en het cliëntsysteem. Onder meer uit werk rond chronische zorg blijkt dat zelfmanagement en zeggenschap voor de cliënt een cruciale factor is (Wagner et al, 1996; 1999). In het LDP is deze factor eveneens van groot belang gebleken: aan het begin van elk regionaal verbetertraject werd regionaal de inbreng van gebruikers van zorg en ondersteuning opgezet. Dat heeft de aandacht gericht op – voor veel zorgverleners – nieuwe vraagstukken, dan wel nieuwe prioriteiten. In de tweede plaats blijken zeggenschap en eigen regie (of beter het gebrek daaraan) thema's die in verschillende probleemvelden een rol spelen: bijvoorbeeld het 'niet-pluisgevoel', 'wat is er aan de hand en wat kan helpen?', 'bang, boos en in de war', 'er alleen voor staan', 'zeggenschap inleveren en kwijtraken', 'miscommunicatie met hulpverleners' en 'weerstand tegen opname'.

Modelmatig kunnen we op grond van deze inzichten de organisatievorm van integrale dementiezorg en vooral het ideaaltypische traject van de cliënt als volgt schetsen (figuur 12.2; naar: Nies, in press):



Figuur 12.2 Model van integrale zorg.

Het model laat zien dat het proces van de cliënt en daarbij passende zorg en ondersteuning, dat gedurende dat proces moet leiden tot kwalitatief goede zorg uit vier fasen bestaat:

Probleem signaleren en onderkennen. Vanuit het ‘Niet-pluis gevoel’ wordt op enig moment een probleem gesignaleerd. Het vroeg signaleren van geheugenproblemen of gedragsverandering is van belang, alsook de doorgeleiding naar de juiste hulpverlener en de informatievoorziening en voorlichting aan de cliënt en diens naasten. Vroege onderkenning maakt tijdige interventie mogelijk. Dit is nodig voor het behoud van de kwaliteit van leven van een cliënt(system). Waar mogelijk en noodzakelijk wordt snel een vorm van case management of trajectbegeleiding ingezet, die het hele traject het cliëntsysteem nabij blijft.

Diagnostiek, zorg/leefplan opstellen en toegang tot zorg en ondersteuning regelen. Het gevoel van ‘Wat is er aan de hand en wat kan helpen?’ leidt tot diagnostiek. De huisarts doet in eerste instantie de basisdiagnostiek en hij beoordeelt of reeds bestaande lichamelijke aandoeningen van invloed zijn op het klinische beeld en sluit zo mogelijke nieuwe ziekten uit. Bij gebrek aan ervaring en bij gecompliceerde zorgdiagnostiek kan de huisarts besluiten om de verpleeghuisarts of de klinische geriater in consult te vragen, al dan niet in samenwerking met andere professies. De cliënt/mantelzorger geeft aan wat hij/zij als doel ziet van de zorg, en wat hij/zij wil bereiken. Het formuleren van de zorgdoelen vindt plaats

samen met de casemanager. Na een inventarisatie van de zorgbehoefte wordt in samenwerking met cliënt/mantelzorger een zorgplan opgesteld en wordt de toegang tot de zorg en ondersteuning geregeld. In het zorgplan worden de middelen beschreven die het functioneren van cliënt en mantelzorger kunnen verbeteren of behouden, conform de eerder beschreven doelen van het zorgplan. In het zorgplan wordt aangegeven welke hulp gewenst wordt en noodzakelijk is. Bij het opstellen van het zorgplan speelt de casemanager doorgaans een belangrijke rol. Belangrijk is dat er één zorgverlener is die een centrale rol speelt en goed voor de betrokkenen aanspreekbaar is. Bij de toegang tot de zorg moet bij afspraken op de AWBZ en dikwijls ook als een beroep op ondersteuning in het kader van de Wmo wordt gedaan de indicatie worden geregeld.

Levering van zorg en ondersteuning via inzet multidisciplinair team en uitvoering van het zorg/leefplan. De casemanager/trajectbegeleider of centrale zorgverlener organiseert en coördineert de inzet van disciplines volgens het overeengekomen plan. Hij/zij heeft een centrale regiefunctie en coördineert multidisciplinaire activiteiten en ziet toe op een juiste uitvoering hiervan. De betrokken disciplines voeren volgens de afspraken in het zorgplan hun activiteiten uit en rapporteren de voortgang aan de cliënt resp. het cliëntstelsel en de casemanager. De casemanager rapporteert diens bevindingen in het cliëntdossier. De casemanager stelt een samenvatting op over de voortgang van de multidisciplinaire zorgplanactiviteiten, voorafgaand aan de zorgplanevaluatie.

Evaluatie en bijstelling van de geleverde zorg en diensten en het daaraan ten grondslag liggende zorgplan. Dit gebeurt afhankelijk van de gemaakte afspraken. Hierin moet naar voren komen of het zorgaanbod voldoet aan de behoefte dan wel dat er nog problemen zijn, en of er wijzigingen zijn in de (gezondheids)situatie van de cliënt of cliëntstelsel, waardoor de ingezette zorg niet meer doelmatig is.

Cruciaal bij dit alles is dat de overgangen tussen de fasen en binnen het proces van zorg- en ondersteuning goed op elkaar zijn afgestemd. Daarvoor moeten de werkprocessen worden zoveel mogelijk worden gestandaardiseerd. Het gaat dan om zaken als de wijze waarop naar elkaar verwezen wordt, hoe dienstverleningsovereenkomsten worden opgezet en gemeenschappelijke trainingsprogramma's worden opgezet om te zorgen dat vanuit één visie en begrippenkader wordt gewerkt. Tevens is het belangrijk dat er gezamenlijk eigenaarschap is van de vraag wie de eindverantwoordelijkheid. Daarvoor is in ons bestel geen vanzelfsprekende oplossing.

12.5 Het aanbod van zorg en diensten

Om een goed regionaal aanbod te realiseren moet het bovengeschetste model in feite worden omgewerkt naar een regionaal passend aanbod van voorzieningen. Het is een netwerk van voorzieningen en instanties die in goede samenspraak

met cliënten en hun vertegenwoordigers daar een invulling aan moet geven. Dat plaatje en het netwerk moeten aan een aantal eisen voldoen:

Het aanbod reikt van preventie en signaleren van de eerste verschijnselen tot en met de zorg rond het overlijden van mensen met dementie. Palliatieve zorg voor mensen met dementie is een onderwerp dat niet veel specifieke aandacht krijgt, evenals palliatieve zorg voor mensen met psychiatrische ziekte beelden.

Wanneer de diagnose dementie gesteld wordt, is een geïntegreerde, multidisciplinaire aanpak gewenst, waarbij een centrale zorgverlener de rol van casemanager op zich neemt. Dit is nodig ter ondersteuning van de regie in het traject van de cliënt en het cliëntstelsel (Wolfs, 2007).

Het netwerk omvat zorg en ondersteuning op het gebied van curatieve en langdurige zorg alsook welzijnsvoorzieningen. De zorg voor mensen met dementie reikt veel verder dan het AWBZ verstrekkingspakket. Dementie is alles behalve een probleem van en voor verpleeghuizen en de geestelijke gezondheidszorg. Mensen met dementie die in een verpleeghuis terechtkomen verblijven gemiddeld twee jaar in deze instellingen, echter nadat ze na het vaststellen van hun ziekte gemiddeld zes jaar thuis hebben gewoond.

De diagnose dementie moet voldoende zijn om toegang te krijgen tot het regionale c.q. lokale voorzieningennetwerk voor mensen met dementie. Indicatiestelling is met name relevant bij de inzet van intensieve en kostbare middelen en sluit als het goed is aan bij de zorginhoudelijke *assessment* van de problematiek. Financiering en de inzet van zorg en ondersteuning moeten immers aansluiten en gebaseerd zijn op de behoeften van cliënten en hun naasten (voor zover zij deelgenoot zijn in de zorg en ondersteuning).

Kwalitatief is het van belang dat zorg op tijd en op maat geleverd wordt. Daar zijn geen algemeen geldende normen voor, omdat het beeld te divers is. Wanneer het te lang duurt alvorens de benodigde zorg en diensten geleverd kunnen worden, wordt het *point of no return* te snel bereikt en biedt alleen nog veel en intensieve zorg uitkomst. Met andere woorden, vroegsignalering en vroegtijdige interventies verdienen een hogere prioriteit dan thans het geval is om daarmee het moment uit te stellen dat alleen nog zeer intensieve zorg en ondersteuning mogelijk zijn. Dat is overigens gemakkelijker gezegd dan gedaan. De ethische afweging van vroegtijdige interventie, met name wanneer ziekte-inzicht bij de persoon met dementie ontbreekt, is niet eenvoudig.

De rol van de mantelzorg is daarbij vanuit drie perspectieven van wezenlijk belang: als zorgverlenende partij, als intermediair tussen cliënt en professionele zorgverlening en als object van zorg. Bij overbelasting van de mantelzorg is daarom directe inzet van hulp nodig om een crisissituatie te voorkomen en om de garantie te bieden die mantelzorgers moeten krijgen, wanneer van hen gevraagd wordt de zorg langer vol te houden. Het gaat – zeker als het partners betreft die de dagelijkse zorg voor hun rekening nemen en weinig alternatieven hebben – immers vaak om oudere mensen die vele uren per week onder zeer spanningsvolle situaties met de betrokkene verkeren en hulp bieden (Peeters et al., 2007a). De

draagkracht van de mantelzorg moet dan ook een vast aandachtspunt zijn in het netwerk van dementievoorzieningen, vanuit de drie genoemde optieken.

Verder is het vanuit een oogpunt van kwaliteit van belang dat de ziektegerichte alsook de zorggerichte diagnostiek en dat de medicamenteuze en niet-medicamenteuze behandeling plaats vindt volgens professionele richtlijnen. Er moet eenheid van handelen zijn. De uitkomsten van dergelijke diagnostiek (of *assessment*) moet zijn weerslag vinden in het zorg/leefplan en worden vastgelegd in het dossier. Dat moet voor elke patiënt/cliënt gedurende het gehele traject beschikbaar zijn en door alle professionals gebruikt worden. Dat wil zeggen dat er geen schaduw dossiers of beroeps- respectievelijk organisatiespecifieke dossiers worden gebruikt, tenzij daar om privacyredenen van de patiënt/cliënt goede redenen toe zijn. De naaste omgeving verwacht immers dat professionals informatie aan elkaar doorgeven, ook als zij in verschillende organisaties of op verschillende plekken werken. In het zorg-/leefplan is nadrukkelijk aandacht voor de dementerende in zijn of haar omgeving. Die naaste omgeving is immers een deel van het leven van de dementerende en cruciaal voor zijn of haar welbevinden.

Toenemend is het van belang dat professionals die bij dementie betrokken zijn specifieke deskundigheid hebben over dit ziektebeeld, of goed op de hoogte zijn van waar ze snel dergelijke deskundigheid van kunnen betrekken. Dat vergt dus kennis van signalen, van de sociale kaart en van verwijzingsmogelijkheden. Naarmate dementie meer voorkomt in de samenleving worden deze kwaliteiten belangrijker. Om die reden is goede trajectbegeleiding relevant; immers, niet alleen voor mensen met dementie en hun naasten is het ingewikkeld om op het juiste moment de juiste hulp in te kunnen zetten. Dat geldt ook voor professionals. Bovendien moet er continuïteit zijn voor zowel de hulpvrager als de hulpverlener, en dat liefst in de directe omgeving.

Dat laatste is ook een specifiek aandachtspunt. Een goede geografische spreiding is met name van belang voor oudere mensen die langdurig een beroep op hulp doen. Echter, hooggespecialiseerde voorzieningen en geografische nabijheid zijn doorgaans moeilijk te realiseren. Het is zaak de hulpverlening zo ambulant mogelijk te maken en daarbij wat buiten de 'box' te denken. Zo bestaat in Engeland al sinds jaar en dag het concept van de rijdende dagbehandeling, een gespecialiseerde voorziening die naar de mensen komt, in plaats van dat de mensen naar de voorziening gaan.

12.6 Welke voorzieningen zijn nodig?

De vraag is nu welke voorzieningen op regionaal niveau nodig zijn. Op deze vraag is geen eensluidend antwoord te geven. Het gaat er vooral om dat de juiste functies aanwezig zijn om gedurende het proces van de patiënt/cliënt de juiste maatregelen te kunnen treffen. Dat kan (en moet) regionaal verschillen, bijvoorbeeld vanwege een andere historisch gegroeide situatie, specifieke kenmerken van de regio en de diversiteit van de bevolking. Teruggrijpend op de geschetste fasen in

het proces zijn de volgende voorzieningen noodzakelijk om een goede dementieketen te realiseren.

Signalering en voorlichting: Het niet pluis-gevoel

In de fase van signalering en de daarop volgende doorgeleiding is het van belang dat de juiste informatie beschikbaar is, alsook voorlichting en steun om de juiste stappen richting hulpverlening te nemen. Daarbij speelt dat dementie voor een groot aantal mensen een taboe is en dat zij terughoudend zijn om het thema aan de orde te stellen uit angst in een fuik van hulpverlening terecht te komen, waardoor zij uiteindelijk in het verpleeghuis terechtkomen, zonder daar veel over te zeggen te hebben. Informatie, voorlichting en steun kunnen specifiek zijn of ingebed in algemene functies. Daarnaast kunnen ze zich openstellen voor mensen met dementie, die hen opzoeken of ze kunnen actief dementieproblematiek signaleren of zelfs opsporen.

Voorbeelden van *specifieke voorlichting* zijn:

- Campagnes gericht op herkenning van dementie en het verkleinen van het taboe
- Schriftelijke voorlichting met folders over dementie
- Een telefonische hulpdienst die 24-uur bereikbaar is (bijvoorbeeld de Alzheimer telefoon)
- Laagdrempelige informatie, psycho-educatie en lotgenotencontact over dementie (bijvoorbeeld het Alzheimer café)

Vormen van *informatie en voorlichting die in algemene voorzieningen* zijn ingebed zijn:

- Gemeentelijk informatiecentrum/loket
- Publieksvoorlichting in artikelen, website en berichten via regionale media
- Consultatiebureau voor ouderen

Voorbeelden van *actief opsporen* zijn:

- Preventief huisbezoek
- Signalering en verwijzing door hulpverleners met wie al relatie bestaat
- Begeleiding aan (groep) mensen met een 'mild cognitive impairment' (MCI)
- Bemoeizorg

De concept leidraad Ketenzorg Dementie (VWS, 2008) stelt dat regionaal georganiseerd moet zijn:

- Informatie die bij de cliënt en/of zijn familie terecht komt
- Een punt waar betrokkenen terecht kunnen met vragen om raad, advies en hulp
- Goede toegang tot voor dementiezorg gekwalificeerde eerstelijnszorg (o.a. huisarts)

- Iemand met kennis van dementie die desgewenst meeloop in het traject (case-manager, dementieconsulent e.d.)
De bouwstenen die de regionale keten in deze fase moeten waarborgen zijn:
 - 1 Informatie, voorlichting en steun
 - 2 Signaleren en actief verwijzen

12.7 Diagnostiek, zorg-/leefplan opstellen en toegang tot zorg en ondersteuning: Wat is er aan de hand en wat kan helpen?

Nadat de patiënt/cliënt en diens naasten hebben vastgesteld dat er iets niet pluis is en dat mogelijk dementie speelt, is diagnostiek aan de orde, gevolgd door een zorg-/leefplan en de organisatie van toegang tot de benodigde zorg en ondersteuning. Het gaat hierbij – zoals eerder betoogd – om behandel- én zorgdiagnostiek op relevante levensdomeinen, waarbij zowel naar care-, als naar curatieve en welzijnsaspecten wordt gekeken. Het is tenslotte zaak het wankel evenwicht te ondersteunen en waar mogelijk te verbeteren. Als uitvloeisel van de vorige fase, maar doorgaans pas vanaf deze fase zal trajectbegeleiding c.q. case management worden ingezet. Deze functie zal doorgaans het hele traject meelopen. De volgende functies zijn in deze fases relevant:

Screening en diagnostisch onderzoek van mensen met vermoeden van dementie gebeurt in eerste instantie door de huisarts. Bij twijfel aan de differentiaaldiagnose of als er sprake is van vasculaire problematiek moet verwijzing naar een gespecialiseerd diagnostisch centrum mogelijk zijn, bijvoorbeeld een Geriatrisch Onderzoeks- en Adviescentrum. Daarnaast kan op basis van de in ontwikkeling zijnde Landelijk Eerstelijns afspraak (LESA) die thans door de LHV en de NVVA ontwikkeld wordt een basis worden gelegd onder de betrokkenheid van verpleeghuisartsen en geriateren bij de diagnostiek. Het geheel leidt tot een zorg-/leefplan met daarin aandacht voor:

Behandeling van de aandoening en van comorbiditeit (waaronder de symptomatische behandeling van de cognitieve klachten en behandeling van verschijnselen en begeleidende aandoeningen zoals depressie) door de huisarts, medisch specialistische hulp en/of een multidisciplinair team.

Behandelingen begeleiding van eventuele aandoening en symptomen van de mantelzorger(s) (bijvoorbeeld in geval van depressie, overbelasting e.d.) door de huisarts, medisch specialistische hulp, psychosociale disciplines en/of een multidisciplinair team.

Informatie en steun voor de mantelzorger(s) na de diagnose via de casemanager, (telefonische) begeleiding, een cursus dementie, laagdrempelige informatie, psycho-educatie en lotgenotencontact over dementie (bijvoorbeeld Alzheimer café)

Informatie en steun voor patiënt/cliënt via de casemanager, een therapiegroep voor mensen met dementie, een dagcentrum (bijvoorbeeld een ontmoetingscentrum), laagdrempelige informatie, psycho-educatie en lotgenotencontact over de-

mentie (b.v. Alzheimer café). De laatste vormen zijn dikwijls voor cliënt en naasten geschikt.

Wanneer overeenstemming over het zorg/leefplan bestaat kan de patiënt/cliënt en het cliëntstelsel voor de uitvoering van zorg en ondersteuning worden doorgeleid naar de juiste voorzieningen. Hierbij speelt de casemanager weer een belangrijke rol.

De concept leidraad Ketenzorg Dementie (VWS et al., 2008) formuleert de volgende bouwstenen die in deze fase door de dementieketen gerealiseerd moeten worden:

- 3 Screening en diagnostisch onderzoek
- 4 Trajectbegeleiding/casemanagement
- 5 Behandeling van het patiëntstelsel
- 6 Laagdrempelige informatie en steun voor het patiëntstelsel na de diagnose

12.8 Levering van zorg en ondersteuning en evaluatie

Het daadwerkelijk leveren van zorg en ondersteuning en het periodiek evalueren van het zorg/leefplan kent de grootste diversiteit in aanbod, dit als gevolg van de diversiteit van de vraag. De casemanager/trajectbegeleider organiseert en coördineert in principe de inzet van het multidisciplinaire team of de relevante voorzieningen volgens het overeengekomen plan. Tevens ziet deze toe op de juiste uitvoering hiervan en evalueert of de inzet nog past bij de vraag en behoefte van de cliënt en het cliëntstelsel.

De hulpverleners voeren volgens de afspraken in het zorgplan hun activiteiten uit en rapporteren de voortgang aan de cliënt respectievelijk het cliëntstelsel en de casemanager. Deze laatste rapporteert in het cliëntdossier. De evaluatie en de bijstelling van het zorgplan geschieden afhankelijk van de gemaakte afspraken. Alle probleemvelden (3 tot en met 14) kunnen aan de orde zijn en verdienen in ieder geval nagekomen te worden.

De zorg en ondersteuning kunnen binnen uiteenlopende wettelijke kaders vallen (bijvoorbeeld AWBZ, ZVW, Wmo, huisvesting, sociale zekerheid etc.). De kwaliteit van de zorgketen moet zich hier bewijzen (VWS et al., 2008).

In deze fase moeten de activiteiten die in het zorg/leefplan zijn opgenomen worden uitgevoerd (VWS et al., 2008):

- 7 *Trajectbegeleiding/casemanagement* is ook in deze fase van belang om de samenhang in het aanbod te bewaken en de cliënt en het cliëntstelsel door het complexe veld van dementiezorg te geleiden;
- 8 *Behandeling van de cliënt en het cliëntstelsel* met als behandelvormen onder meer: medische behandeling, psychofarmaca, gedragstherapie (individueel en in groep), paramedische behandeling, verpleegkundige zorg; en waar het het cliëntstelsel betreft ook: systeemgerichte behandeling respectievelijk begeleiding, advies en training, waaronder psycho-educatie, cursussen, systeeminterventies, psychosociale begeleiding individueel en in groepsverband;

- 9 *Informatie en steun voor het cliëntsysteem*, zowel laagdrempelig over het ziektebeeld, de zorg en hulp die nodig is (naast informatie ook psycho-educatie en lotgenotencontact rond dementie (bijvoorbeeld Alzheimer café), als advies over rechtbeschermingsmaatregelen (bewindvoering en mentorschap) en – waar nodig – financiële en praktische aangelegenheden;
- 10 *Hulp bij ADL en huishoudelijke zorg*, waaronder huishoudelijke zorg (ook ter ontlasting van naaste omgeving) en thuiszorg;
- 11 *Voorzieningen voor vervoer en deelname aan sociale en maatschappelijke activiteiten*;
- 12 *Service en diensten in en rond het huis* waaronder klussendienst en administratieve ondersteuning;
- 13 *Activiteiten voor cliënten*, waaronder begeleiding bij individuele activiteiten (bijvoorbeeld door bezoekvrijwilligers/buddies), dagbehandeling, dagverzorging, dagcentrum, ontmoetingscentrum, club voor sport en bewegen, zorgboerderij;
- 14 *Respijtzorg/ tijdelijk verblijf van de patiënt* om de mantelzorger op adem te laten komen 's nachts, in het weekend, tijdens vakantie. Dat kan via een verpleeghuis, verzorgingshuis, zorghotel of met hulp van vrijwilligers aan huis;
- 15 *Vakantie* voor mensen met dementie, al dan niet samen met een partner via een verpleeghuis, verzorgingshuis, zorghotel of specifieke georganiseerde vakanties van het Rode Kruis, de Zonnebloem, Alzheimer Nederland en soortgelijke organisaties;
- 16 *Anders of aangepast wonen*, bijvoorbeeld woningaanpassing voor het huis, toepassing van domotica, beschermd wonen in een kleinschalige woonvorm, opname in verpleeghuis of verzorgingshuis, de Herbergier-woonvorm;
- 17 *Crisishulp*, bijvoorbeeld op een aparte unit in een verpleeghuis.

12.9 Toekomstperspectief

De zorg voor mensen met dementie vergt in de toekomst een grote inspanning van zorgaanbieders, zorgprofessionals, zorgverzekeraars, overheden en vooral mantelzorgers. Als we op de huidige voet verder gaan zullen we geen zorg kunnen bieden die aan de kwaliteitscriteria van deze tijd tegemoet komt, die voor iedereen die dat nodig heeft toegankelijk is en die betaalbaar en uitvoerbaar is, in termen van menskracht. Dat betekent dat gericht innovatiebeleid nodig is. Het gaat het om productinnovaties en om systeeminnovaties. Bij de eerste categorie moeten we denken aan medicatie, behandel- en begeleidingstechnieken, toepassing van technologie en hulpmiddelen (bijvoorbeeld de PDA voor dementerenden, robotica, monitoringsinstrumenten, domotica), inzet van andere professionals voor andere taken, beter screeningsinstrumentarium, de ontwikkeling en implementatie van nieuwe zorg- en begeleidingsvormen (bijvoorbeeld ontmoetingscentra, consultatiebureaus voor ouderen, zorgboerderijen), nieuwe bouwkundige concepten (bijvoorbeeld principes van de *healing environment* en het *Plane Tree* concept).

Wat betreft systeeminnovaties gaat het om vernieuwende organisatievormen en om nieuwe bekostigingsmechanismen die het proces van de cliënt en de daarbij horende nieuwe organisatievormen volgen en ondersteunen (bijvoorbeeld ketenfinanciering dwars door de domeinen van de AWBZ, de ZVW, de Wmo en volkshuisvesting), regelvrije zones om belemmeringen vanuit wet- en regelgeving te verminderen, dementievriendelijke wijken, zorgverlof voor mantelzorgers, en misschien – evenals in veel Mediterrane en Middeneuropese landen – inwonende verzorgenden uit andere landen (Lamura, 2007) of de inzet van integrale wijkgerichte teams (Driest et al., 2005). Daarnaast zal een belangrijke innovatie zijn dat in de driehoek cliënt(systeem) – zorgprofessional – arts zogeheten dialooggestuurde zorg tot stand komt (Altena et al., 2008). Begrippen als zelfmanagement en *shared decision making* zijn in opkomst in de zorg voor chronisch zieken, maar zijn ook kansrijk in de zorg voor dementerenden. De zeggenschap van de cliënt en diens naasten bij datgene wat bij hem of haar wordt ingezet kan veel beter. Waarschijnlijk leidt dat niet tot meer zorginzet, maar zullen mensen zuinig met de schaarse middelen omgaan.

Belangrijk is dat de zorg en ondersteuning die geboden wordt ook de hulpverleners moet aanspreken. Zij moeten bieden wat ze hun eigen ouders of zichzelf in voorkomende gevallen ook zouden gunnen. Pas dan gaat zorg aansluiten bij de intrinsieke motivatie van professionals. Dat is belangrijk om hen voor het vak geïnteresseerd te krijgen en te houden.

Grote woorden als ‘Deltaplan voor dementiezorg’ spreken aan en doen het beleidsmatig goed. Een denktank of netwerk voor innovaties in de dementiezorg zou zeker ook waardevol kunnen zijn om de ingrediënten voor zo’n plan te formuleren en de eerder geschetste bouwstenen voor de dementieketen nader in te vullen. Echter, de praktijk zal zijn dat de grote woorden weer klein en alledaags moeten worden gemaakt, wil de cliënt er echt iets van merken. Op regionaal niveau zal daarom een samenhangend stelsel moeten worden opgezet waarin tenminste het hiervoor geschetste palet van voorzieningen beschikbaar is om de integrale vraag van mensen met dementie te kunnen beantwoorden.

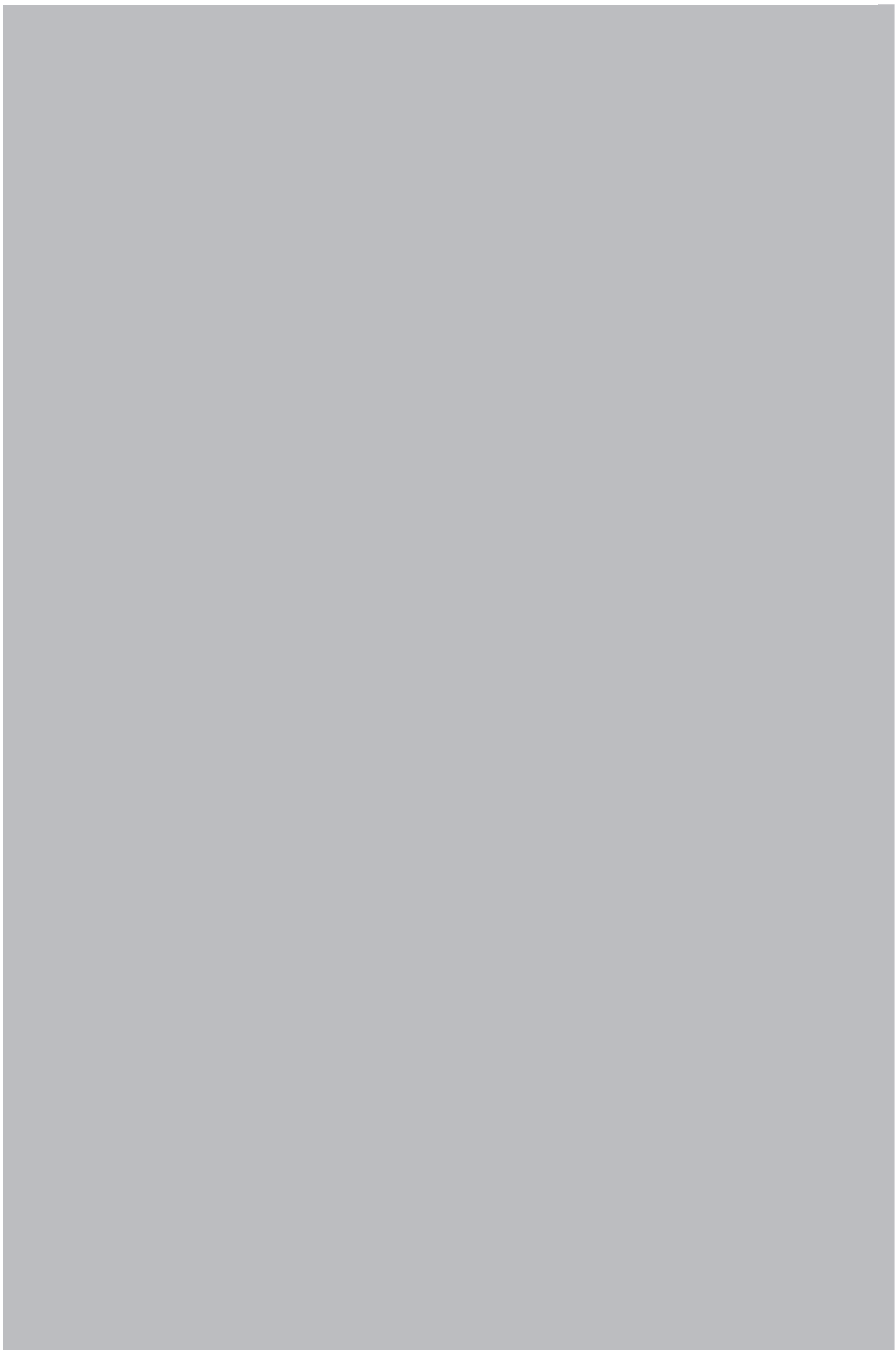
Dementie zal een groter beslag leggen op de samenleving en de aanblik van de samenleving gaan meebepalen, zo stelden we in het begin van dit hoofdstuk. Die samenleving bestaat uit mensen die met elkaar verbanden moeten maken om de vraagstukken uit hun leven – met en zonder beperkingen – op te lossen. Ketens en netwerken helpen daarbij, maar het is uiteindelijk de dementerende zelf die de maat der dingen is.

Literatuur

1. Alaszewski, A., Billings, J. and Coxon, K. (2004). Integrated health and social care for older persons: theoretical and conceptual issues, in Leichsenring K and Alaszewski A (eds) *Providing integrated health and social care for older persons: a European overview of issues at stake*. Abingdon, Ashgate, 53-94.

2. Altena, R., Kolk, N., Koningsberger, K, Meulmeester, M., Wigtersma, L. (2008). *Op weg naar dialooggestuurde zorg*. Utrecht: KNMG.
3. Carrier, J. (2002). *Integrated services for older people*. Building a whole system approach in England. London: Audit Commission.
4. Driest, P., Lammers, Overmaat, L., Goumans, M. (2005). *Integrale teams, een introductie*. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn.
5. Gezondheidsraad. Dementie. Den Haag: Gezondheidsraad. 2002.
6. Hollander Feldman, P. and Kane, R. (2003). Strengthening research to improve the practice and management of long-term care, *The Milbank Quarterly*, 81(2). Available online via: <http://www.milbank.org/quarterly/8102feat.html>.
7. Hollander, A.E.M. de, Hoeymans, N., Melse, J.M., Oers, J.A.M. van, Polder, J.J. (eds) (2006). *Zorg voor gezondheid - Volksgezondheid Toekomst Verkenning RIVM*.
8. I.C.L. Japan. National Roll-out of the Campaign to Understand Dementia and Build Community Networks. 2006. http://longevity.ilcjournal.org/f_issues/0603.html.
9. Johri, M., Beland, F., Bergman, H. (2003). International Experiments in integrated care for the elderly: a synthesis of the evidence. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 18: 222-235.
10. Knipscheer, K. (2006). *De uitdaging van de tweede adolescentie*. Amsterdam: Vrije Universiteit, (Afscheidsrede).
11. Kofahl, C., McKee, K. Needs for care – the impact on family carers' burden and well-being. Paper presented at the EUROFAMCARE final conference, 18 November, 2005. http://www.uke.uni-hamburg.de/extern/eurofamcare/documents/fc/efc_fc_cko_km.pdf.
12. Lange, J. de (Trimbos-instituut). *Dementie samengevat*. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, 2007 <http://www.nationaalkompas.nl>.
13. Lamura, G. *Dimensions of future social service provision in the ageing societies of Europe*. Paper presented at the VI European Congress of IAGG, St. Petersburg (Russia), 5th July 2007.
14. Leichsenring, K. (2004a). Developing integrated health and social care services for older persons in Europe, *International Journal of Integrated Care*, 4. Available online via: www.ijic.org.
15. Lynch, M., Estes, C.L. and Hernandez, M. (2005). Chronic care initiatives for the elderly: can they bridge the gerontology-medicine gap?, *Journal of Applied Gerontology*, 24(2), 108-124.
16. Kodner, D.L. (2006). Whole-system approaches to health and social care partnerships for the frail elderly: an exploration of North American models and lessons, *Health and Social Care in the Community*, 14(5), 384-390.
17. Kodner, D. *Integrated service models: an exploration of North American models and lessons*. In: Glasby J., Dickinson H. (eds). *International Perspectives on Health and Social Care: Partnership Working in Action*. Blackwell (in press).
18. Meerveld, J., Schumacher, J., Krijger, E., Bal, R., Nies, H. (2004). *Landelijk dementieprogramma*. Werkboek. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn.
19. Mitchell, L., Burton, E. and Raman, S. (2004). Dementia-friendly cities: designing intelligible neighbourhoods for life. *Journal of Urban Design*, 9(1) 89-101.
20. Nies, H. and Berman, P. (eds). (2004). *Integrating services for older people: a resource book from European experience*. Dublin, European Health Management Association.
21. Nies, H. *Hulp van buiten*. Kans voor de staatssecretaris. Zorgvisie, 2007, 37, 9: 28-29.

22. Nies, H. Key elements in effective partnership working. In: Glasby J, Dickinson H (eds). *International Perspectives on Health and Social Care: Partnership Working in Action*. Blackwell (in press).
23. Peeters, J., Francke, A., Beek, S. van, Meerveld, J. *Welke groepen mantelzorgers van mensen met dementie ervaren de meeste belasting?* Utrecht: Nivel, Factsheet 3, 2007a. <http://www.nivel.nl/pdf/Factsheet-Welke-groepen-mantelzorgers-van-mensen-met-dementie-ervaren-de-meeste-belasting-2007.pdf>.
24. Peeters, J., Beek, S. van, Francke, A. *Problemen en wensen van mantelzorgers van mensen met dementie*. Utrecht: Nivel, Factsheet 2, 2007b.
25. Schumacher, J., Konijn, T., Nies, H. *Ketens in de langdurige zorg*. Utrecht: Lemma, 2006.
26. Vecchiato, T. Care pathways. In: Nies, H., Berman, P. (eds). *Integrating services for older people: a resource book from European experience*. Dublin, European Health Management Association, 83-100, 2004.
27. VWS, ZN, Alzheimer Nederland. Concept Leidraad Ketenzorg Dementie. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid en Sport, Zorgverzekeraars Nederland, Alzheimer Nederland, versie juni, 2008.
28. Wagner, E.H., Austin, B.T., Korff, M. van, *Organizing Care for Patients with Chronic Illness*. *Millbank Quarterly* 1996; 72: 511-44.
29. Wagner, E.H., Davis, C., Schaeffer, J., Korff, M. van, Austin, B. *A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature?* *Managed Care Quarterly* 1999; 7: 3, 56-66.
30. Wagner, E.H., Austin, B.T., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J., Bonomi, A. *Improving chronic illness care: translating evidence into action*. *Health Affairs* 2001; 20, 6: 64-77.
31. Wolfs, C. *An integrated approach to dementia: a clinical and economic evaluation*. Thesis Maastricht University, 2007.



Hoofdstuk

13

Wetenschap en ouderengeneeskunde

Dr. P. van Houten, drs. T.J.E.M. Bakker

13.1 Inleiding

De ouderengeneeskunde is de medische zorg in multidisciplinair teamverband voor oudere patiënten met multipale chronische aandoeningen en intercurrente gezondheidsproblematiek (Ribbe, 1995). De ouderengeneeskunde wordt in Nederland bedreven onder verantwoordelijkheid van verschillende gespecialiseerde artsen, met name huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde (voorheen verpleeghuisartsen en sociaal gerieters), klinisch gerieters en internisten. Ouderengeneeskunde transformeert stap voor stap van kunst naar kunde, zowel op somatisch als op psychiatrisch en sociaal gebied. Deze transformatie is mogelijk doordat er meer fundamentele en toepasbare kennis beschikbaar komt vanuit allerlei disciplines die zich met de multidisciplinaire behandeling en zorg voor kwetsbare ouderen bezig houden. De transformatie is ook noodzakelijk omdat de hoeveelheid kwetsbare ouderen waarvoor die kennis nodig is in de aankomende decennia zal toenemen. Daarmee zijn hoge kosten gemoeid. De transformatie van kunst in kunde draagt bij aan beter aanwending van beschikbare behandeling, zorg en financiën. Kunst is vooral gebaseerd op ervaring en persoonlijke inzichten, kunde is gebaseerd op wetenschappelijke kennis. De verdere ontwikkeling van wetenschappelijke kennis heeft plaats door verwondering, onderzoek, implementatie van onderzoeksresultaten en onderwijs en begint en eindigt in de alledaagse praktijk.

In dit hoofdstuk worden aspecten van wetenschappelijk onderzoek in de multidisciplinaire ouderengeneeskunde beschreven aan de hand van een casus uit de alledaagse praktijk. Tevens wordt gereflecteerd op de ontwikkeling van de ouderengeneeskunde en de implicaties voor de dagelijkse praktijk.

13.2 De ouderengeneeskunde als wetenschap

Adriaan de Groot en Henk Visser omschreven wetenschap als volgt: “In de wetenschappen wordt gestreefd naar het opbouwen van een bestand van kennis, een zogeheten “body of knowledge”. Wetenschap heeft de opdracht om nieuwe kennis te produceren, en in het bijzonder fundamentele kennis. Behalve de taak om nieuwe samenhangen in de wereld te ontdekken en te ontwikkelen in de zogenoemde “context of discovery”, moet de wetenschap ook aantonen dat men werkelijk op zo’n fundament kan bouwen. Beweringen waarin die samenhangen worden weergegeven, moeten worden gerechtvaardigd in de “context of justification”: gelegitimeerd als “wetenschappelijk waar”, en dus geschikt voor opname in het desbetreffende kennisbestand.”

Voor een hulpverlener op het gebied van de ouderengeneeskunde bevindt de context of discovery zich in de medische praktijk. Daar worden de hulpverlener en zijn team geconfronteerd met problemen van patiënten en personen die bij die patiënten betrokken zijn. Het team moet beschikbare kennis toepassen om de problemen te verhelderen en te komen tot herdefiniëring in begrippen die strak gedefinieerd zijn en waarover kennis is verworven. Vervolgens moeten behande-

lingen worden toegepast die ook op kennis zijn gebaseerd en deze moeten worden geëvalueerd en aangepast op grond van de kennis over die behandeling (geneeskunde op basis van bewijs). Alle kenniscomponenten die het team gebruikt, moeten zijn gerechtvaardigd in de context of justification en moeten dus gelegitimeerd zijn als wetenschappelijk waar. In de alledaagse praktijk blijkt veelvuldig dat er niet genoeg gelegitimeerde kennis aanwezig is. Dan handelen de hulpverleners op basis van inzicht of ervaring (geneeskunst). Maar dat doet de hulpverlener uit noodzaak. Liever handelt hij op basis van wetenschappelijk gelegitimeerde kennis.

In de ouderengeneeskunde is kennis beschikbaar (over bijvoorbeeld dementie, depressie en delier), maar in de praktijk moet er veel gebruik gemaakt worden van inzicht en ervaring omdat er onvoldoende kennis beschikbaar is (bijvoorbeeld ten aanzien van combinaties van ziektebeelden). De praktijk van de ouderengeneeskunde is daardoor een rijke context of discovery, en er zijn vele uitdagingen in de context of justification. In de geneeskunde wordt in de context van justification gebruik gemaakt van de epidemiologie als de methodeleer van onderzoek die betrekking heeft op aanwezigheid en beloop van gezondheid en ziekte in menselijke populaties. Binnen die context staan de volgende begrippen centraal (Bouter 2000): randomisatie, blinding, standaardisering, validiteit, generaliseerbaarheid, randomised clinical trial, patiëntcontrole onderzoek, beschrijvend onderzoek, literatuuronderzoek. Vanuit het perspectief van de ouderengeneeskunde zijn er echter problemen met de kennis die verkregen is op basis van deze methodeleer. De problemen zijn: de beschikbare kennis is veelal niet gebaseerd op onderzoek dat gedaan is in een populatie van hoogbejaarde mensen, hoogbejaarde mensen hebben vaak meerdere ziekten of gezondheidsproblemen die invloed op elkaar hebben en alle een progressief verloop hebben, er zijn veel co-interventies tijdens de duur van het onderzoek bij hoogbejaarde mensen, er is sprake van grote uitval door sterfte. Dat maakt het moeilijk om multidisciplinaire interventies die uitgevoerd worden op een ziekte te evalueren en dus is het zoeken naar wetenschappelijke ware kennis in de context van de epidemiologie bij hoogbejaarden gecompliceerd.

CASUS < De volgende casus illustreert de rijkdom van de context of discovery, de reeds beschikbare context of justification en de problemen die in de context of justification te vinden zijn.

Het probleem

Echtpaar (man 80 jaar, vrouw 76 jaar) wordt verwezen naar een geheugenpoli door de huisarts op aandringen van de kinderen. De vrouw heeft de ziekte van Parkinson en voelt zich erg onzeker. Door de ziekte van Parkinson komt ze niet meer buiten, ze krijgt van de thuiszorg hulp bij wassen en aankleden en haar echtgenoot helpt bij de toiletgang. Ze loopt met een rollator. Ze is sinds 5 jaar onder behandeling van een neuroloog, die medicatie voorschrijft. Ze heeft het

gevoel dat ze haar man opdrachten moet geven en ergert zich eraan als hij die opdrachten niet goed uitvoert. Zo doet de echtgenoot de boodschappen maar hij vergeet vaak belangrijke zaken mee te nemen. Dat is vervelend, want zij kookt en mist regelmatig ingrediënten. De vrouw wordt daarbij steeds meer achterdochtig. Haar echtgenoot moet elke cent verantwoorden, want zij is bang dat hij achtergehouden geld zal uitgeven aan andere vrouwen. De kinderen maken zich zorgen en denken dat beide ouders dementerend zijn. De kinderen willen weten hoe de zorg in de toekomst geregeld moet worden en hebben zich met deze vraag tot de huisarts gewend, die verwijst naar de regionale geheugenpoli.

Onderzoek

Om deze situatie te kunnen beoordelen wordt allereerst onderzoek gedaan naar de cognitieve status van beide echtelieden. Dit onderzoek verloopt volgens de lijnen uitgezet in de CBO-richtlijn Diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie (Ned. Ver. voor Klinische Geriatrie 2005). Anamnese en hetero-anamnese worden uitgevoerd, er vinden model psychiatrisch onderzoeken plaats, er wordt een familieanamnese afgenomen, er vindt lichamelijk onderzoek plaats, er wordt bij beide echtelieden een neuropsychologisch onderzoek gedaan bestaande uit diverse testen om allerlei specifieke functies (geheugen, aandacht, concentratie, praxis, etc.) te meten, er worden vragenlijsten afgenomen bij de familie om inzicht te krijgen in de cognitieve achteruitgang in de laatste 10 jaar, de emotionele belasting, neuropsychiatrische stoornissen (zoals depressie, wanen, hallucinaties, apathie, etc.). Ten slotte is er een standaard bloedonderzoek en een volgens een standaard procedure uitgevoerde MRI gedaan. Op grond van al deze metingen wordt bepaald of er sprake is van cognitieve stoornissen, of er aan de criteria voldaan is om de diagnose dementie (en vervolgens eventueel het type dementie) te kunnen stellen, hoe groot de zelfzorgproblematiek en lijdensdruk van de patiënten is en hoe groot de belasting voor de mantelzorg is. Op basis van deze uitspraken wordt de patiënt(en) aangeraden bepaalde behandelingen te ondergaan (bijvoorbeeld medicatie) of van ondersteunende activiteiten gebruik te maken (zoals dagopvang). De reactivering en/of ondersteunende activiteiten moeten worden geïndiceerd door een onafhankelijk orgaan en dit orgaan wil de onderzoeksgegevens hebben om te kunnen vaststellen of er terecht gebruik gemaakt gaat worden van voorzieningen die vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten worden gefinancierd. De uitkomsten van onderzoek zijn ook van belang om de prognose te kunnen vaststellen en daardoor kunnen de patiënten en hun mantelzorgers inzicht verkrijgen over hetgeen er precies aan de hand is, hoe zij moeten handelen. Tevens kunnen zij zich voorbereiden op de problemen die in de toekomst verwacht worden. Uiteindelijk kan op deze manier een antwoord worden geformuleerd op de door de kinderen gestelde vragen: wat is er aan de hand en hoe moet het in de toekomst?

Bij dit echtpaar was de uitkomst van het onderzoek als volgt:

De echtgenote: Er is niet een duidelijke tremor aan de handen, maar wel een schuddende beweging van het hoofd. De gang is houterig en patiënte heeft hulp nodig met aan/uitkleden. Er zijn lichte cognitieve beperkingen met mentale traagheid en verminderde mentale flexibiliteit, lichte inprentingproblemen en licht verminderd vermogen tot het verkrijgen van overzicht. De stemming is niet depressief, maar verdrietig over de beperkingen die de ziekte voor haar functioneren met zich brengt. De lichte cognitieve beperkingen worden vaker gezien bij de ziekte van Parkinson. De MRI laat geen afwijkingen zien. De hetero-anamnestiche vragenlijsten geven aan: depressieve kenmerken, matig tot ernstige wanen, lichte apathie en prikkelbaarheid. Eerste conclusie: Een beginnende dementie bij de ziekte van Parkinson is niet uitgesloten maar er zijn te weinig stornoissen om nu de diagnose te kunnen stellen.

De echtgenoot: Er wordt een hypertensie vastgesteld. Patiënt geeft aan veel na te denken over de zelfmoord van zijn zoon uit een vorig huwelijk. Verder moet hij elke nacht vier maal uit bed om zijn echtgenote te helpen bij toiletgang. In het neuropsychologisch onderzoek is er een beneden gemiddeld vermogen om de aandacht te richten en vast te houden en tempo van informatieverwerking is licht vertraagd. Het geheugen is intact. De overige cognitieve functies scoren voldoende. De hetero-anamnestiche vragenlijsten geven aan: lichte veranderingen in cognitie en stemming. Tevens zijn er veranderingen in slaappatroon. Overdag valt hij vaak in slaap. De MRI laat geen afwijkingen zien. Eerste conclusie: Er zijn geen aanwijzingen voor dementie. Het vergeten van boodschappen en slapen overdag lijken meer samen te hangen met piekeren over de zelfmoord van de zoon en slaapgebrek 's nachts.

Algemene conclusie ten aanzien van problematiek echtpaar: Echtgenote is zorgbehoevend ten gevolge van ziekte van Parkinson, heeft wanen en is verdrietig over haar beperkingen. Echtgenoot lijdt aan hypertensie, heeft moeite met het verwerken van de zelfmoord van zijn zoon en hij moet 's nachts vaak uit bed. Tevens richt het waansysteem van de echtgenote zich op de echtgenoot, waardoor er ruzies ontstaan. De kinderen zoeken hulp om met de problematiek om te gaan. Bij beide echtelieden is vooralsnog geen sprake van dementie.

Het is nu aan het multidisciplinaire team om een behandel- en zorgstrategie op te stellen. Belangrijke aandachtspunten hierbij zijn: de instelling op parkinsonmedicatie van de echtgenote en daaraan gekoppeld de behandeling van de wanen, de coping van de echtgenote met haar ziekte, het regelen en controleren van de hypertensie bij de echtgenoot, de verwerking van de zelfmoord van de zoon van echtgenoot, het verkrijgen van voldoende rust voor de echtgenoot, de omgang van de echtelieden met elkaar, de omgang en de belasting van de kinderen ten gevolge van de problematiek. Het team wil bij het opstellen en uitvoeren van de

behandel- en zorgstrategie gebruik kunnen maken van multidisciplinaire kennis. Het gaat hierbij om kennis over de behandeling van de ziekte van Parkinson met wanen, kennis over hypertensie, kennis over interventies ten aanzien van coping, kennis over echtpaartherapie, kennis over organisatie van behandeling en begeleiding in de eerste lijn (multidisciplinaire aanpak, reactivering, zorgprogramma's, case-management, monitoring en op tijd inzetten van behandeling van nieuwe gezondheidsproblemen, dagopvangprojecten) kennis over voorlichting en instructie aan mantelzorgers. De kennis die op deze gebieden aanwezig is moet in de praktijk van die ouderengeneeskundige toegepast kunnen worden. Die kennis moet dus reeds geïmplementeerd zijn in voorzieningen waarvan in de praktijk gebruik kan worden gemaakt. De arts kon in deze regio overleggen met de neuroloog, de medicatie aanpassen, het echtpaar en de kinderen uitleggen wat er aan de hand was. Tevens werd verwezen naar een dagopvang voor de echtgenote en bijeenkomsten van mantelzorgers van parkinsonpatiënten. In de regio waarin de arts werkte waren er geen relevante zorgprogramma's. Case-management was niet geregeld en een geïntegreerde multidisciplinaire reactiveringsaanpak in de eerste lijn of elders was niet georganiseerd. Ook was er geen structuur om de effecten van de aanpak te meten en nieuwe complicaties of gezondheidsproblemen in een vroeg stadium op te sporen. ➤

13.3 Van casus naar onderzoek

In de casus is vooral bij de diagnostiek gebruik gemaakt van kennis die reeds aanwezig is en zelfs in richtlijnen is beschreven. Dat is kennis over verloop en behandeling van de ziekte van Parkinson, over psychologische testen om cognitieve stoornissen te kunnen vaststellen en in ernst te graderen, over interpretatie van beeldvormende technieken (in dit geval de MRI), over benodigd laboratoriumonderzoek en vaststelling van afwijkingen bij dat onderzoek, en de meting van de door de mantelzorger ervaren last. Met behulp van deze kennis kunnen zowel bij de man als bij de vrouw een diagnose worden gesteld. Deze kennis is ontwikkeld door onderzoek van neuropsychologen, klinisch gerieters, neurologen en psychiaters. De ouderengeneeskundige maakt dus vaak gebruik van onderzoeksresultaten die door onderzoek van vele disciplines zijn verkregen. Het is van groot belang dat de samenwerking tussen de genoemde disciplines ook in de toekomst wordt bevorderd om meer kennis voor de multidisciplinaire praktijk van de ouderengeneeskunde beschikbaar te krijgen. Over de behandeling, zorg en ondersteuning die het echtpaar en de mantelzorgers nodig hebben is wetenschappelijk minder bekend. Vooropgesteld dat de algemene doelstelling is om het echtpaar zo lang mogelijk samen thuis te laten functioneren met een door beiden en de mantelzorgers als optimaal ervaren kwaliteit van leven, kunnen de volgende vragen worden gesteld (context of discovery): hoe meten we de kwaliteit van leven van de betrokkenen en wat zijn (kosten)effectieve strategieën om opname uit te stellen? Indien

in die strategie past dat de echtgenote moet accepteren dat zij naar een dagopvang gaat, hoe zit het dan met het zelfbeschikkingsrecht, met andere woorden, hoeveel druk mag worden uitgeoefend? Hoe stellen we de zinvolheid van het inschakelen van een systeemtherapeut vast en hoe monitoren we het effect? In welke mate is psychotherapie zinvol? Indien de strategie door meerdere hulpverleners moet worden uitgevoerd, in welke mate is samenwerking nodig en hoe kan die samenwerking georganiseerd worden, met andere woorden welke effecten kunnen in onderzoek worden vastgesteld van multidisciplinaire samenwerking, van zorgprogramma's en van ketenorganisatie? Een ander type vraag is of dit echtpaar en de mantelzorgers al niet eerder advisering en ondersteuning hadden moeten hebben en op welke manier dit echtpaar dan bij hulpverleners in beeld had moeten komen en welke behandel-, zorg- en ondersteuningsstrategieën hadden kunnen worden aangeboden?

Veel van deze vragen kunnen binnen de context of justification, onderzocht worden met de methoden die wetenschappelijk gebruikelijk zijn, dus met randomised clinical trials en patiënt controle onderzoeken. Binnen het Nationaal Programma Ouderenzorg worden trials opgestart om beschikbare wetenschappelijke kennis te omschrijven en verder wetenschappelijke kennis te vergaren over de genoemde onderwerpen. Een rijke bron van gegevens die internationaal voor deze doeleinden wordt gebruikt, zijn gegevens die verzameld worden met de Minimal Data Set (MDS) van het Resident Assessment Instrument (www.nedrai.nl). Er is reeds een grote MDS-database beschikbaar van gegevens die structureel worden verzameld zowel in instellingen als in de thuiszorg. Deze gegevens zijn echter niet primair verzameld door zorgaanbieders voor wetenschappelijk onderzoek, maar ook om financiering van zorg te sturen en de kwaliteit van zorg te meten. Daardoor is er voortdurend twijfel over de validiteit van de gegevens.

Afgezien van deze meer grootschalige onderzoeksactiviteiten is het ook belangrijk om casussen te beschrijven en te vervolgen om te zien hoe de gekozen strategie in de individuele praktijk uitpakt, zoals in de beschreven casus. Om een casus goed te beschrijven is het noodzakelijk dat er voor wat betreft de diagnostiek en het meten van effecten van behandelingen gebruik wordt gemaakt van instrumenten die voldoende gevalideerd zijn en die breed door professionals gebruikt worden. Met het oog hierop zijn er binnen de Universitaire Netwerken Ouderenzorg (www.vumc.nl/afdelingen/UNO) projectgroepen gestart die een pakket van gevalideerde en toepasbare instrumenten samenstellen. Vervolgens kan de casus met al zijn complexe afwegingen beoordeeld worden door een forum van deskundigen, zodat nieuwe fenomenen en verbanden kunnen worden opgemerkt binnen de context of discovery. Een goed voorbeeld is de casus beschreven door Falck *cs* over de inzet van het Mobiel Geriatriesch Team in de thuiszorg (Falck, 2008). Het bevorderen van deze casusbeschrijvingen en becommentariëring door deskundige zal inzichten opleveren die input kunnen zijn voor nieuw onderzoek en zal bijdragen aan de transformatie van kunst naar kunde.

Aanvullend op de casusbeschrijving kan ook onderzoek worden gedaan met behulp van de single case methode. Interventieonderzoeken die in grote groepen

gedaan worden werken met in en uitsluitingscriteria. In de dagelijkse praktijk komen vaak situaties voor waarbij een oplossing gevonden moet worden voor elke patiënt die niet voldoet aan de in en uitsluitingscriteria van relevante onderzoeksresultaten die op de problematiek van die patiënt betrekking hebben. Dit kan bijvoorbeeld zijn omdat de patiënt een te hoge leeftijd heeft of comorbiditeit heeft die bij het onderzoek is uitgesloten. Het is in dat geval nog maar de vraag of de gekozen behandeling op grond van bekende onderzoeksresultaten voor die specifieke patiënt effect zal hebben. In een dergelijk geval kan voor onderzoeksdoeleinden gekozen worden voor de single case methode. Het gaat hierbij om onderzoeksopzetten die uiteenlopen van ongecontroleerde gevalbeschrijvingen tot dubbel geblindeerde gerandomiseerde en placebocontroleerde studies bij één patiënt. In de huisartsgeneeskunde is ruime ervaring opgedaan met deze studies (Janosky, 2005). Uiteraard kunnen uit dergelijke studies geen algemene conclusies getrokken worden ten aanzien van een populatie, maar het belang van de studie kan vergroot worden door een patiënt te kiezen die model staat voor een groep patiënten in die bepaalde praktijk. Door gebruik te maken van afwisselende periodes van behandelingen volgens de ene methode en behandelen volgens een andere methode, met daarbij als mogelijkheid randomisatie van de behandelperiodes, blinding ten aanzien van de metingen en inbreng van een placebobehandeling in de opzet kan een valide uitspraak gedaan worden ten aanzien van de resultaten bij die persoon. In de eerder beschreven casus van het echtpaar zou de aanpassing van de parkinsonmedicatie en het effect op de wanen op deze manier geanalyseerd kunnen worden. Als dergelijke onderzoeken ook in andere casus in andere praktijken en centra herhaald kunnen worden dan heeft men een aanwijzing voor een mogelijk te generaliseren effect. Indien men daarover zekerheid wil hebben zal uiteindelijk een klassiek wetenschappelijk onderzoek opgezet moeten worden, maar men heeft dan reeds de beschikking over belangrijke gegevens die bij de opzet van dat onderzoek van belang zijn. Hoewel de single case methode dus geen gegevens oplevert die te generaliseren zijn, heeft de methode wel een plaats in de context of discovery. Het doen van onderzoek in de dagelijkse praktijk middels de casusbeschrijving en single case studies is van groot belang om voldoende wetenschappelijke vraagstellingen te genereren voor grootschalig onderzoek binnen de context of justification. Voor de hulpverleners van kwetsbare ouderen ligt hier een grote uitdaging.

13.4 Van onderzoek naar richtlijn

De weg van onderzoeksresultaten naar toepassing in de dagelijkse praktijk is gecompliceerd. De resultaten van een onderzoek zullen zelden direct leiden tot aanpassing van de praktijk tenzij het gaat om een ernstige bijwerking van een behandelmethode. Gunstige effecten van behandelmethoden dienen in meerdere studies aangetoond te worden en vaak zal een meta-analyse gedaan worden. Een meta-analyse is een onderzoek waarin onderzoeken van een bepaald fenomeen

worden samengevoegd om één meer precieze uitkomst te verkrijgen. Door de resultaten uit eerdere onderzoeken gezamenlijk te analyseren kunnen uitspraken gedaan en inzichten verkregen worden die op basis van elk van de afzonderlijke onderzoeken niet mogelijk waren. Doorgaans vindt ook een statistische heranalyse plaats, soms op basis van de brondata en soms op basis van reeds geaggregeerde gegevens zoals deze in wetenschappelijke publicaties over de oorspronkelijke studies verschenen zijn. Meta-analyse maakt vaak gebruik van statistiek maar is geen statistische techniek per se. Er kunnen zelfs meta-analyses op basis van kwalitatieve studies uitgevoerd worden. De meta-analyses hebben een belangrijke rol bij het opstellen van richtlijnen. De richtlijnen worden opgesteld door deskundigen uit een bepaald vakgebied. De richtlijnen zijn van belang voor de dagelijkse praktijk en worden door deskundigen op basis van onderzoeksresultaten, waaronder meta-analyses vervaardigd om sturing te geven aan de dagelijkse praktijk. In de casus van het echtpaar is voor de vraagstelling of er sprake is van dementie gebruik gemaakt van de CBO richtlijn Diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie. De richtlijnen kunnen multidisciplinair zijn en dus is het belangrijk dat de deskundigen op verschillende vakgebieden de vertaling van de onderzoeksresultaten naar de dagelijkse praktijk ondersteunen. In de voorbeeld casus zou het van belang zijn geweest als er een richtlijn case management beschikbaar was geweest.

13.5 Van richtlijn naar de praktijk

De beschikbaarheid van een richtlijn betekent nog niet dat de dagelijkse praktijk aan de richtlijn zal worden aangepast. Transformatie van de richtlijn naar de dagelijkse praktijk betekent vaak dat samenwerking en praktijkvoering moeten veranderen. De invoering van bijvoorbeeld case management of zorgprogramma's vraagt grote veranderingen in samenwerking en cultuur van zorgverlening. Hierbij is ook van groot belang dat er voldoende middelen zijn om een transformatie te kunnen maken. De Zorg-voor-beter-projecten zijn een goed voorbeeld van het bewerkstelligen van transformaties. In de Zorg-voor-beter-projecten ligt een grote nadruk op commitment van zorgverleners en aanpassing van de zorgcultuur. Gerimedita is een ander type project waarbij de uitkomsten van onderzoek worden geïntegreerd in het maken van zorg en behandelplannen voor kwetsbare ouderen, door te werken met softwarematig voorgestructureerde assessments en behandeladviezen waarin de wetenschappelijke kennis van dat moment is geïncorporeerd. Hulpverleners behoren kennis te hebben over het opzetten van richtlijnen en de implementatie van die richtlijnen om daadwerkelijk in de praktijk gebruik te kunnen maken van de kennis die doormiddel van onderzoek is verkregen.

Om een goede verankering te verkrijgen in de dagelijkse praktijk is het van belang dat opleiding van jonge artsen en andere hulpverleners, zoals psychologen en verpleegkundigen, wordt aangepast en dat er een uitgebreid nascholingsaan-

bod beschikbaar is voor reeds praktiserende hulpverleners. In het onderwijs is het van groot belang dat aandacht wordt besteed aan wetenschappelijk onderzoek, zowel wat betreft de beschikbare wetenschappelijke kennis maar ook om het doen van onderzoek te bevorderen, met name het beschrijven van een casus en single case onderzoek.

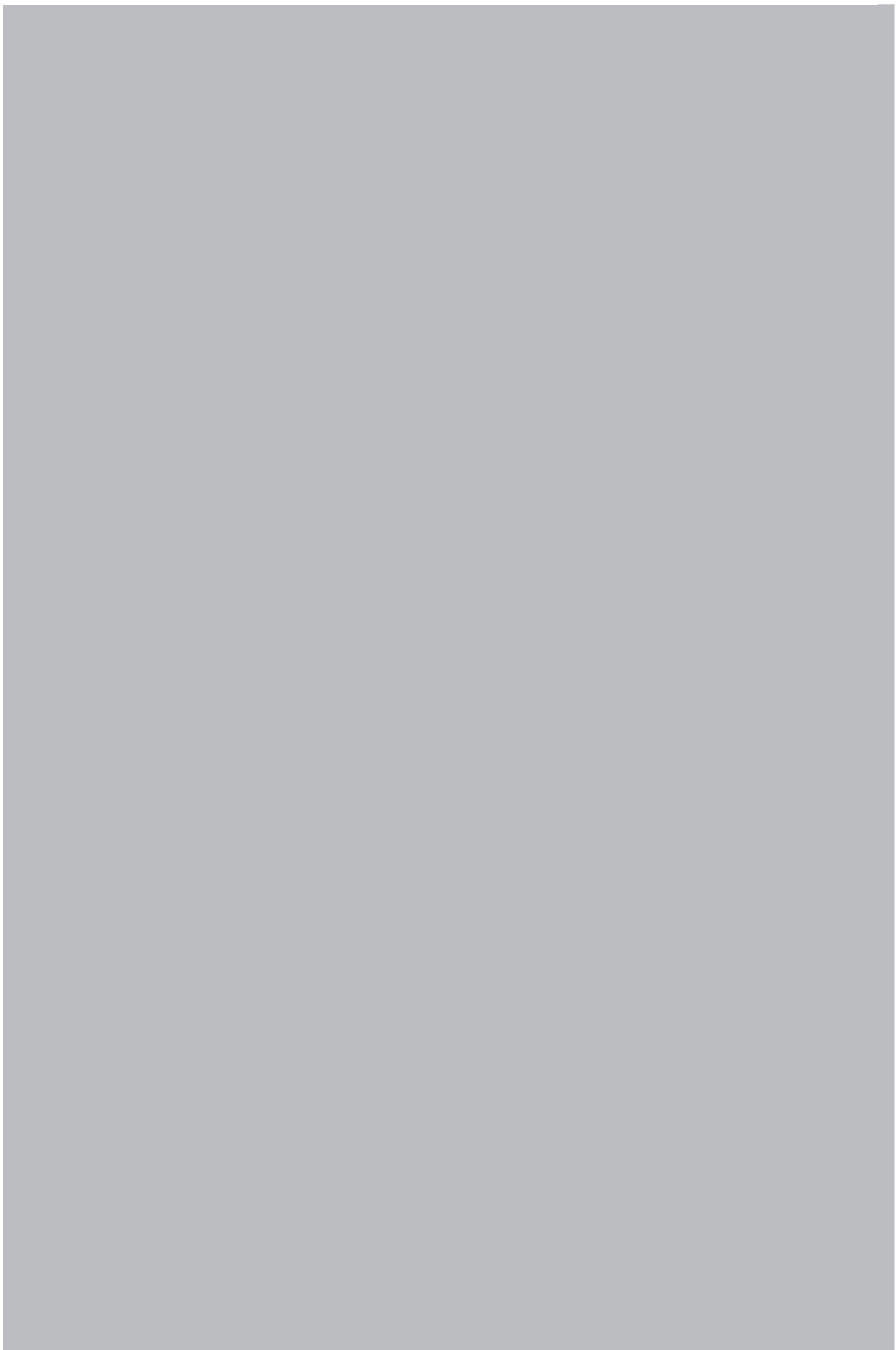
13.6 Samenvatting

De praktijk van de multidisciplinaire ouderengeneeskunde zal in de aankomende decennia in omvang toenemen. Er is een grote behoefte aan wetenschappelijke kennis op dit gebied. De ouderengeneeskunde is een rijke context of discovery waarin reeds veel is ontdekt maar ook nog veel ontdekt moet worden. Er zijn hierbij grote methodologische uitdagingen. De ouderengeneeskunde maakt veel gebruik van kennis die allerlei disciplines inmiddels hebben verzameld. Maar de praktijk van de ouderengeneeskunde roept ook specifieke vragen op die nader onderzoek nodig maken. De exploratie van vraagstellingen is van groot belang om tot nieuwe inzichten en betere vraagstellingen te komen. Deze vragen zijn soms moeilijk te beantwoorden met klassieke wetenschappelijke onderzoeksmethoden. Een belangrijke aanvulling kan gevonden worden in het gebruikmaken van gestructureerde casus- beschrijvingen en single case onderzoek, hoewel daarbij altijd het probleem van generaliseerbaarheid blijft bestaan. De vertaling van onderzoeksuitkomsten naar de praktijk vraagt veel aandacht. Verschillende projecten zijn reeds opgestart om die vertaling mogelijk te maken. Het bevorderen van een onderzoeksattitude in de primaire opleidingen en postacademische nascholingsprogramma's is voor de toekomst van groot belang.

Literatuur

1. Bouter, L.M., Dongen, M.C.I.M. van (2000). *Epidemiologisch onderzoek, opzet en interpretatie*. Bohn Stafleu en Van Loghum Houten/Diegem.
2. Falck, R., Hoogenboom-Gresnigt, M., Vermeulen-Huiding, H. (2008). Klinische les: Verpleeghuiszorg in de eerste lijn, Meer dan alleen een consult; *Tijdschrift voor VerpleeghuisGeneeskunde* jaargang 33, nummer 3 p. 84-86.
3. www.gerimedica.nl
4. Groot, A. de & Visser, H. (2003). Het forumwaarmerk van de wetenschap, Koninklijke Nederlandse Academie van Wetenschappen, Amsterdam, 2003, p.2.
5. Janosky, J.E. (2005). *Use of the single subject design for practice based primary care research*; *Postgrad Med J*; 81:549-551.
6. www.nationaalprogrammaouderenzorg.nl.
7. www.nedrai.nl.
8. Ribbe, M.W., Ooms, M.E., Wal, G. van de, Eijk, J.Th.M. van, *Wetenschappelijk onderzoek in de verpleeghuisgeneeskunde*; *NTvG* 1995; 139, nr36; 348,54.

9. Richtlijn Diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie. ISBN 90-8523-093-4, 2005, Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie.
10. www.vumc.nl/afdelingen/UNO
11. www.zorgvoorbeter.nl.



**Psychiatrische
functiestoornissen bij kwetsbare
ouderen**

**Een beeldengalerij van
homo senex fragilis**

Prof. dr. D.H. Sipsma

14.1 Inleiding

Vele psychiatrische functiestoornissen worden in dit boek beschreven. Zij worden alle in verband gebracht met de kwetsbaarheid van de oudere mens, welk begrip nader is omschreven in het eerste hoofdstuk. Het wordt daar aangeduid met het Angelsaksische begrip *frailty*. In de verschillende deelhoofdstukken wordt aandacht besteed aan de classificatie van bijbehorende psychiatrische functiestoornissen. De dagelijkse werkelijkheid van de psychogeriatricie is rijk aan verschijningsvormen en laat een bont palet zien aan vreemde personen, vreemd gedrag en vreemde situaties. In veel gevallen gaat het om in de tijd verlopende processen binnen de psychobiologische eenheid mens, in interactie met diens materiële en medemenselijke omgeving. In het navolgende wordt een schets gegeven van het bonte palet van verschijningsvormen en wordt verwezen naar een of meer hoofdstukken in dit boek, waarvoor de casus illustratief is.

14.2 De agressieve zeebonk

Vroeg in de ochtend werd ik gebeld door de internist van een klein perifeer ziekenhuis. De huisarts van een waddeneiland had een hoogbejaarde man ingestuurd.

De man was in de war en erg agressief. Zijn echtgenote vertelde dat hij erg veel buikpijn had, maar zich niet liet onderzoeken. De internist had inmiddels dezelfde ervaring en constateerde dat de man 'zo dement als een kraai' was en vroeg onmiddellijke opname in een psychogeriatrisch instituut. De man had van de huisarts 10 mg valium per injectie gekregen, maar sloeg nog wild om zich heen. Een uur later verscheen een ziekenauto waaruit een 'Michelinmanneltje' werd getild. De man, zeker geen 'manneltje' maar een boom van een kerel, was met vele rollen verbandgaas in een stoel vastgebonden. Hij was erg suf, maar wel onrustig. Eenmaal van gaas ontdaan en op de onderzoektafel liggend bleek bij het eerste onderzoek reeds dat er aan hart en longen geen opvallende pathologie viel te constateren maar er was een opgezette buik met een forse demping. Bij rectaal toucher vonden we een sterk vergrote prostaat. Bij katheterisatie vloeiende er ruim vier liter urine af, die bij laboratoriumonderzoek sterk geïnfecteerd bleek. Ook had de man een fors verhoogd ureumgehalte in het bloed. Hij bleek 88 jaar en zijn echtgenote 78. Hij had zijn hele leven gevaren op de kustvaart, was altijd goed gezond. Zijn vrouw vertelde dat hij inderdaad de laatste maanden last had bij het plassen maar het verdomde om er mee naar de dokter te gaan, totdat hij vrij plotseling suf en boos begon te worden. In de loop van de avond van de dag van opname in het verpleeghuis was hij alweer aanspreekbaar. Hij had erg veel pijn gehad en was zich suf en moe gaan voelen, zo vertelde hij. Van de boosheid wist hij echter niets meer. De man bleek snel op te knappen en had geen cognitieve stoornissen. Met veel overredingskracht wist ik hem te overtuigen van het nut van een prostaatoperatie. Met de uroloog sprak ik af dat hij na de transurethrale prostaatrectomie (TUR) direct in het verpleeghuis kon terugkeren waar hij met zijn vrouw in een tweeper-

soonskamer had verbleven. Na een paar dagen keerde het echtpaar in goede conditie terug naar het eiland. De man stierf op 98-jarige leeftijd na een kort ziekbed. Zijn vrouw leefde nog. Ze hebben beide nog tien goede jaren samen doorgebracht.

14.3 De kadasterquerulant

Een opgewonden man belde over het onrecht dat zijn oude vader was aangedaan. De man was met een 'bevel' van de burgemeester opgesloten in een psychiatrische inrichting. Volgens de zoon was zijn vader helemaal niet 'gek'. De door mij gebelde dienstdoende psychiater verklaarde dat de oude man 'door het dolle heen' was. Hij had de politie gedreigd met een kloofbijl en was met veel moeite overmeesterd en gevankelijk afgevoerd naar een psychiatrisch ziekenhuis voorzien van een inbewaringstelling. De huisarts had verklaard dat de man krankzinnig was en vermoedelijk ook dement. In de isoleercel trof ik een man van 76 jaar, die, hoewel enigszins geagiteerd, mij een redelijk coherent verhaal wist te vertellen dat grotendeels door de aanwezige zoon kon worden bevestigd. Enige tijd geleden was hij alleen komen te staan door het overlijden van zijn vrouw. Hij was vroeger belastinginspecteur geweest en had na zijn pensionering een huis gekocht aan de rand van de bossen in Gaasterland. Zijn huis grensde aan een boerenerf. Samen met zijn vrouw had hij rond zijn huis een fraaie tuin aangelegd. De enige ergernis in de mooie omgeving was een oude hooischaar die niet parallel liep met de tuinderand maar als het ware een deuk in de rechte rand veroorzaakte. Al tijdens het aanleggen van de tuin had hij bij de notaris en het kadaster stukken opgevraagd over de erfscheiding. Het bleek dat de grond rond zijn huis vroeger kleiner was geweest en de schuur dus volledig op het terrein van de buurman stond. Hij bleef zich echter ergeren aan de schuur en begon steeds verder in het verleden te graven. In het verre verleden had de schuur er niet gestaan. Na het overlijden van zijn vrouw begon hij zich helemaal vast te bijten in de erfscheidingskwestie, maar ving bot bij diverse instanties. Zijn goede buur was in het begin erg geduldig maar klaagde ten slotte bij de gemeente over de voortdurende klachten van de buurman over de schuur. Er ontstond een woordenwisseling toen men zag dat de buurman regelmatig tegen de schuur aan pieste. Na die woordenwisseling raakte de man buiten zichzelf en begon hij de schuur met een kloofbijl te bewerken, waarop de politie werd gewaarschuwd. Toen ze de oude man hadden overmeesterd en vastgebonden, zagen ze dat hij in zijn broek had geplast en waarschuwden zij de huisarts en de burgemeester. De huisarts had al vele keren het schuur-en-tuinverhaal moeten aanhoren en weet het gedrag aan een beginnende dementie. Hij vond acute en gedwongen opname noodzakelijk. De patiënt was inmiddels gekalmeerd en gaf toe dat hij te ver was gegaan. Hij stemde in met een korte opname voor onderzoek op de geriatische afdeling van het ziekenhuis. Er bleken geen cognitieve stoornissen te zijn. Hij had wel een forse hypertensie en een insulineafhankelijke diabetes. Deze kwetsbare en overgevoelige man, met een persoonlijk-

heidsstructuur die past bij een nauwgezette ambtenaar, was na het verlies van zijn vrouw op een vreemde manier geestelijk gedecompenseerd.

14.4 De achterdochtige beurtschipper

Aan een kade in Leeuwarden lag een oude schuit. Het was een mooie Lemsteraak, waarmee de inmiddels hoogbejaarde schipper vele jaren had gevaren. Het schip had de achternaam van een Franse filosoof en natuurkundige en de voornaam van een stoere Fries. De boot lag aan de kade voor het huis van een huisarts. De vrouw van de arts stelde vast dat de oude man zich begon te verwaarlozen. Hij en zijn kleine sloopshond zagen er vies uit en er was brandgevaar, omdat hij in zijn kleine vooronder op petroleumstellen kookte. De man was achterdochtig en liet niemand toe op zijn schip. De sociaalgeriatrie dienst werd herhaaldelijk gebeld door de huisartsenvrouw en andere burens, die vonden dat de man moest worden opgenomen in een instituut. Hij vertoonde wel cognitieve defecten voor zover kon worden vastgesteld in een gesprek dat op het dek gevoerd moest worden, waarbij de oude baas angstvallig in zijn vertrekje bleef met het kleine klapdeurtje op een kier. Een aantal weken na het 'dekgesprek' bleek de schipper in een politiecél te zitten. Hij had voorbijgangers beschuldigd van diefstal van koperwerk van zijn scheepsreling en de verbaasde voorbijgangers met een koperen staaf bedreigd. Het tafereel werd gadegeslagen door de huisartsenvrouw, die de politie belde. Na overleg met de politie en de havendienst werd besloten zijn schip aan een andere kade te leggen voor de deur van een andere huisarts die tevens parttime verpleeghuisarts was. De arme schipper smeekte om weer naar zijn boot te mogen terugkeren en na de toezegging dat zijn nieuwe overbuurvrouw een oogje in het zeil zou houden, werd het schip verlegd en keerde de man terug naar zijn schip en zijn geliefde hondje. De man bleef achterdochtig maar schonk vertrouwen aan de nieuwe overbuurvrouw en woonde nog ruim een jaar op zijn sloopje tot ook zijn beschermster vond dat de grens was bereikt. De man knoeide zo met het petroleumblik dat zijn vertrekje, zichzelf en zijn hondje glommen van de petroleum. Na een langdurig 'dekgesprek' heeft schrijver dezes de man in zijn auto naar het psychogeriatrische instituut gebracht. Op zijn kamer gekomen slaakte hij een zucht: 'wat is dit een mooi schip'. De schipper en zijn hondje werden met veel moeite gereinigd. De auto van de geriater was rijp voor de sloop.

Deze geschiedenis laat goed zien hoe de interactie tussen een kwetsbare oudere en zijn medemenselijke omgeving het verschil kan maken tussen compensatie en decompensatie. Door de grotere verdraagzaamheid en zorgzaamheid van zijn nieuwe overburen kon de gewezen beurtschipper nog een tijd op zijn schip blijven wonen. Uiteindelijk maakte toenemende onhandigheid in het omgaan met brandbare vloeistof zijn woonsituatie zo onveilig dat ingrijpen door de hulpverlening geen langer uitstel verdroeg.

14.5 De drakendoder

De politie belde de sociaalgeriatrie dienst met de mededeling dat een woeste, oude man alles kort en klein geslagen zou hebben. Hij woonde bij een kleindochter, die om hulp had gevraagd. De politie wilde graag dat een arts meeking naar deze oude Berserker. Behoedzaam werden met de kleindochter de drie trappen naar de kamer van de man bestegen. Opa woonde op een zolderkamer. Er was veel ruzie in de familie en na het overlijden van oma hadden de vier kinderen zich van opa afgewend. De kleindochter, een van de vele kleinkinderen, vond het zielig voor opa maar kon de AOW ook goed gebruiken als betaling voor kost en inwoning. Toen de twee agenten de deur voorzichtig openden zagen we een kleine oude man met een schipperspetje op het hoofd ineengedoken op de rand van een bed zitten. De kamer was een ravage. Overal lagen stukken glas en resten van potten en vazen. Een grote kast met voorheen glazen deuren hing amechtig in een hoek. De oude baas had een wandelstok met een verguld handvat nog in zijn hand. De kamer was klein en had alleen een dakraam dat zicht gaf op de torenspits van een katholieke kerk. Er stonden een klein tafeltje en een luie stoel vlak bij het bed. De man keek me glazig aan. Ik vertelde de agenten dat ze rustig konden gaan, want er was geen sprake meer van agressief gedrag. Ik zag dat de oude man zweette en trilde en vroeg hem wat er gebeurd was. Ik moest de vraag twee keer luid herhalen. Opa was erg doof en zag ook slecht, vertelde de kleindochter. Toen hij de vraag begrepen had, vertelde hij met zachte stem en op een redelijk coherente manier wat er was gebeurd. Hij had even zitten suffen, zoals hij wel vaker deed, want 'wat moet je een hele dag doen?'. Toen hij weer wakker werd zag hij een afgrijselijke kop door het dakraam steken, het was een groen beest dat langzaam zijn kamer binnengleed. Hij was erg geschrokken en had met zijn wandelstok op het monster losgeramd. Het beest was gelukkig verdwenen. Hij was er niet geheel van overtuigd dat hij het ondier met zijn stokslagen had gedood. Hij had wel even een vieze geur geroken, maar vanwege zijn slechte ogen kon hij niet zien waar het mogelijk dode beest nu lag. In eenvoudige bewoordingen legde ik de man uit dat het gezichtsbedrog moest zijn geweest. Ik wees op zijn slechte zintuiglijke toestand, zijn zeer beperkte omgeving en het tekort aan sociale contacten. Enigszins schoorvoetend gaf hij toe dat hij wel een erg beperkt bestaan leidde maar vol lof was over zijn kleindochter. Na een aantal gesprekken met hem en zijn kleindochter gingen beiden akkoord met opname in een verzorgingstehuis. Hij heeft daar nog bijna twee jaar zonder problemen en tot zijn tevredenheid doorgebracht.

14.6 De prakkenspaarder

Een zeer verontrust telefoontje kwam van een directeur van een verzorgingstehuis. Hij had een ontdekking gedaan. Het personeel klaagde al een tijd over stank in de kamer van de heer K. De directeur had daarop een speurtocht ondernomen. De stank kwam uit een klein keukenblokje, maar de kastjes waren schoon. 'Ik heb

het blok laten wegbreken en nu moet u zelf het tafereel komen aanschouwen, dokter, want deze man kan hier niet blijven.’ Het mij getoonde tafereel was inderdaad het aanschouwen waard. De ruimte tussen het keukenblokje en de muur was geheel gevuld met verschimmelde en rottende etensresten met hier en daar in het stinkende en kleurige schilderij een ronde uitsparing waaruit, zo vertelde de directeur, muizen waren gesprongen. Tijdens onze inspectie zat de heer K. roerloos in een fauteuil weggedoken. Het gesprek met hem verliep moeizaam, hoewel ik de indruk kreeg dat de cognitieve stoornissen wel meevielen. Gevraagd naar de reden van het verstoppjen van etensresten, haalde hij de schouders op en mompelde iets van ‘gewoon sparen’. Hij reageerde gelaten op de mededeling dat ik hem in een verpleeghuis wilde opnemen ter observatie. In het psychogeriatrische instituut bleef de man stil en volzaam. Zowel lichamelijk onderzoek als testonderzoek was moeilijk uit te voeren. Hij reageerde afwerend en soms duidelijk angstig. De man had vrijwel geen familie. Zijn vrouw was overleden en hij zei geen kinderen te hebben. Hij bleek nog wel een oudere zuster te hebben. De heer K. was 78 jaar en zijn zuster 85. Ze woonde in een serviceflat in Velp. Een poging tot een telefonische heteroanamnese mislukte door de slechthorendheid van mevrouw. Na een verblijf van ongeveer twee weken werd mij door de verpleging verteld dat men overal etensresten had gevonden. Onder de matras in zijn bed, in de zakken van zijn colbert en zelfs onder zijn schoenen had hij de ruimte tussen de hak en de voorzool dichtgemetseld met etensresten. We hebben zijn zuster opgehaald en met haar gesproken. Haar broer was een rustige stille jongen, die het liefst op het land werkte van het kleine boerderijtje van zijn vader op de grens van Friesland en Drenthe, maar door de grote armoede moest hij elders de kost verdienen. Hij doorliep de landbouwschool en kreeg een baan bij Staatsbosbeheer, als hulpboswachter in de bossen van Dwingeloo. In de tweede wereldoorlog hielp hij onderduikers zich verstoppjen in de ondergrondse hutten. Hij zwierf alle dagen door bos en veld, tot hij door een buurvrouw werd verraden. Hij werd opgepakt, gemarteld en moest de Gestapo de hutten aanwijzen. Hij heeft twee jaar in verschillende concentratiekampen doorgebracht. Na de oorlog, hij was toen 49 jaar, werd hij volledig afgekeurd. Een paar jaar later overleed zijn vrouw. Hij bleef stil en eenzaam achter en zwierf de meeste tijd door bos en veld tot de burens vonden dat hij zich begon te verwaarlozen en de huisdokter zorgde dat hij werd opgenomen in het bejaardenoord. Toen dit levensverhaal bekend was konden we voorzichtig met hem praten, zeer gedoseerd. Het aanknopingspunt vormde de heide en de bossen van het Dwingelderveld met de Davidsplassen en de Meeuwenplas. Pas heel geleidelijk kwam de oorlog aan bod, hoewel hij over zijn ervaringen zwijgzaam bleef. Cognitief was er slechts sprake van een lichte cognitieve stoornis (MCI). Geleidelijk verdween ook de drang om etensresten te verzamelen. Mogelijk heeft de confrontatie met het gedrag van een kamergenoot daar aan bijgedragen. Die man vertoonde een ‘ekstersyndroom’. De man zwierf door het instituut en pakte alles wat maar enigszins glom of glinsterde en stak het in zijn zak. Het was vooral tafelerei, maar ook glimmende snuisterijen van andere bewoners. Deze

kamergenoot had een dementie met frontale kenmerken en vertoonde ook andere ontremmingsverschijnselen.

14.7 De oude state en de slotsomberaar

Op een oude enigszins vervallen state in Friesland woonde een eenzame intellectueel. Hij was tachtig jaar oud en paste qua uiterlijk en voormalige status heel goed in de state. Doctor B. was geschiedkundige en had jarenlang gewerkt als stadsarchivaris. Hij had de state geërfd van een ongehuwde oom. Hij zelf was eveneens ongehuwd en woonde er sinds ongeveer 30 jaar. Hij had wel vrienden met wie hij samenwoonde maar de laatste 15 jaar woonde hij alleen op de state. Hij verliet het huis slechts sporadisch. De boodschappen werden door een vriendelijke winkelier uit het dorp bij hem thuis gebracht. Hij had een oude werkster, maar de laatste twee jaar sinds het overlijden van de werkster kwam er niemand meer over de vloer behalve een enkele keer de huisdokter, die hij ontving in de serre. De heer had een prostaathypertrofie, maar weigerde zich verder te laten onderzoeken of zich te laten opereren. Wel stond hij de huisarts toe bloed te prikken voor een PSA (prostaatspecifiek antigeen), welke binnen de normale waarden viel. Het was de huisarts wel opgevallen dat de man een steeds norsere indruk maakte en dat hij erg afwerend deed toen hij had gevraagd of hij de zeer uitgebreide bibliotheek eens mocht zien. De heer B. stond ook vroeger al bekend als een weinig toegankelijke, stugge man. Het viel de huisarts op dat de heer B. magerder werd, en er bleek en grauw uitzag. Desgevraagd gaf hij te kennen goed te eten. Toen de arts voorzichtig vroeg of de man zich nog wel kon redden, zo alleen in dit grote huis, werd hij kwaad en verzocht de arts weg te gaan. Enige tijd later bleek dat hij zijn rekeningen niet meer betaalde en men hem van gas en elektra wilde afsluiten. De huisarts wist een familielid op te sporen. Deze, een in Den Haag wonende nicht, bezocht haar oom. Hij wilde haar eerst niet ontvangen, maar na lang aandringen kreeg ze toegang. De grote bibliotheekkamer op de eerste verdieping bleek niet alleen een vervuilde ordeloze boel te zijn, maar stonk ook nog vreselijk. De stank kwam uit de grote plateelvazen die op de brede vensterbank stonden. Het bleek dat de vazen vol stonden met ingedikte urine. De heer B. bracht vrijwel al zijn tijd door in dit vertrek en op die verdieping was geen toilet. Omdat hij zo vaak moest plassen en geen zin had om naar beneden naar het toilet te gaan, plaste hij telkens in de vazen zonder ze te legen en schoon te maken. Samen met de huisarts wist de nicht haar oom te overtuigen dat hij naar het ziekenhuis moest. Het was meer dwang dan overtuiging, want oom werkte niet mee en moest naar de taxi worden gesleept. In het ziekenhuis reageerde hij agressief. Op de afdeling urologie waar hij was opgenomen, kon men zijn gedrag niet hanteren. Hij werd vervolgens naar het centrum geriatrie verplaatst. Bij binnenkomst zagen we een oude heer in een bijna stuporeuze toestand. Hij bleek een fors urineresidu te hebben en ontspande zich een beetje na katheterisatie. Geleidelijk verbeterde zijn gemoedstoestand door de medicatie met paroxetine en door gesprekken, die eerst zeer moeizaam,

maar later steeds beter verliepen. Hij had interessante verhalen en wist erg veel over de oude Friese landadel. Zijn inprenting was matig tot slecht, evenals de tijdsoriëntatie, maar cognitieve problemen stonden niet op de voorgrond. Na de TUR knapte de man verder op. Hij wilde terug naar de state. Na een rigoureuze opknappbeurt van het huis, keerde hij terug en accepteerde hij, zij het met tegenzin, de particuliere thuiszorg, die hij best kon betalen. Ook werd hij regelmatig bezocht door een psycholoog van de GGZ. Hij vertrouwde de man en zag zelfs uit naar zijn bezoeken.

14.8 Het kippenwiefke

Langs de spoorbaan in Leeuwarden leefde in een oud houten gebouwtje een zwaargebouwde dame die het met de hygiëne niet al te nauw nam. Ze was wel getrouwd, maar ze had haar man, een fragiel handelaartje in onduidelijke spullen, al jaren geleden uit huis geworpen. Ze liep met haar hond en een karretje door de buurten en probeerde eieren te verkopen. Ze vroeg er heel weinig voor, want de waar was niet altijd erg fris. Men vond haar ook agressief. Ze kon vloeken als een bootwerker en schold iedereen uit van wie ze dacht dat die niet het beste met haar voor had. Naarmate haar verwaarlozing toenam kwamen er meer klachten bij de politie binnen. Ze was inmiddels ver in de zestig. Vanzelfsprekend kenden de directies van de verzorgingstehuizen dit fenomeen en wilden haar geen plaats bieden. Uiteindelijk werd ze uiteraard tegen haar zin opgenomen in het psychiatrisch ziekenhuis. Na enige tijd verzocht de geneesheer-directeur van dat ziekenhuis zijn collega van een psychogeriatrisch verpleeghuis of zij aldaar kon worden opgenomen. In de jaren zeventig van de vorige eeuw was dat tehuis, Nieuw Toutenburg, goed in het opvangen van oude mensen met gedragsstoornissen. De lange gangen en de grote tuinen waren naast de bijzondere tolerantie van het personeel zeer geschikt voor enigszins excentrieke senioren, zoals zwervers, oude alcoholici, dementerende mollenvangers, die hun ongerichte vangdrift op het uitgebreide terrein konden botvieren, en vele andere 'typestra's', zoals ze in Friesland worden genoemd. Zo belandde vrouw P. van der S. in dat instituut. Ze schold en vloekte alles bij elkaar, maar had wel gevoel voor humor. Hoewel ze de geneesheer-directeur een kampbeul noemde, kon ze ook wel lachen op zijn onverstoorbare houding tegenover haar. Er werd in het bos bij het verpleeghuis voor haar een houten huisje gebouwd, waar ze overdag kon verblijven. 's Nachts moest ze slapen in een kamertje in het gebouw. Ze kreeg kippen en een hond. Ze verzorgde haar dieren overmatig goed. Met een stok voorzien van een kromme spijker liep ze rond de gebouwen en haalde etensresten uit de containers waarmee ze haar hond en kippen voerde. De Dalmatiër sleepte dan ook met zijn buik over de grond terwijl zijn bazin met haar massale gewicht hem overal mee naar toe sleepte. Haar boshuisje verspreidde na een half jaar een ondraaglijke stank. De geneesheer-directeur verdreef haar uit het hok en spoot het huisje met de hele inhoud met de hogedrukspuit schoon. Zij zag dat aan op zekere afstand onder uiting van de meest ver-

schrikkelijke verwensingen aan het adres van de zuiveraar. Iedereen die haar naar haar idee niet voldoende respecteerde kreeg er van langs en werd bedreigd met het gerecht ofwel met vreselijke straffen, die zij magisch kon uitvoeren omdat ze 'met de helm was geboren'. Ze kreeg een mammacarcinoom, maar wilde er niet aan worden geopereerd. Het carcinoom was weinig maligne en groeide langzaam. Ze was er trots op. Op zomerdagen zat ze op een bankje voor het tehuis en haalde voor bezoekers haar enorme borsten tevoorschijn en vroeg of ze de tennisballen in haar borst ook wilden voelen. Het waren inderdaad grote tumoren. Geleidelijk werd ze rustiger en coöperatiever. Haar schriële echtgenoot kwam zelfs weer op bezoek. Ze heeft nog een jaar geleefd en is uiteindelijk aan een bronchopneumonie gestorven. Ze was al verzwakt door de tumor. Cognitief is ze al die jaren van haar verblijf niet achteruit gegaan, hoewel velen meenden dat een dergelijk persoon toch wel wat atrofie van de frontale cortex gehad moet hebben.

14.9 De franjeknipper

Op mijn spreekuur verscheen een angstige, nerveuze vrouw. Ze was gestuurd door de huisarts en had een receptbriefje bij zich waarop gekrabbeld stond: 'Kun je mevrouw een beetje geruststellen? Haar man is volgens mij knetter dement, of hartstikke gek, of allebei.' Nadat mevrouw wat op haar gemak was gesteld, begon ze te vertellen. Haar man was de laatste tijd onhanteerbaar. Hij gedroeg zich erg dwangmatig. Hij kon tijdenlang bezig zijn een stoel of een tafeltje op de volgens hem juiste plaats te zetten. Hij kroop dan op de vloer en bestudeerde de indruk van een stoelpoot in het kleed. Hij probeerde vervolgens de poot precies op dezelfde plaats te zetten. Als zij er iets over zei, werd de man kwaad en begon hij te schelden en te vloeken, wat vreemd was, omdat hij een zeer rechtzinnige christen was. Hij was altijd een zeer precieze man geweest, en daar had hij als boekhouder, en later als belastingambtenaar, veel plezier van. Hij was nu 76 jaar. Vooral in het afgelopen jaar was zijn gedrag onhanteerbaar geworden. Hij was vergeetachtig, maar herkende de kinderen en de burens wel. Voorheen werkte hij nog in zijn kleine stadstuin, las hij de krant en soms een boek, maar de laatste maanden vouwde hij de ongelezen krant alleen nog maar netjes op, en dat telkens weer. Een keer zelfs trof zijn vrouw hem aan terwijl hij probeerde de krant met een strijkijzer glad te strijken. De huisdokter vond dat de man moest worden opgenomen in een gesticht, maar zij wilde dat niet, want aan het eind van het jaar zouden ze 50 jaar getrouwd zijn, en zij kon het niet over haar hart verkrijgen om hem voor de gouden bruiloft te laten opsluiten. Ik beloofde de man thuis te bezoeken, want ze durfde hem niet mee te nemen naar de poli. Toen ik de volgende dag bij hen kwam, deed de vrouw in tranen open. In de woonkamer stond een grote, bijna geheel verstijfde oude man met een grote schaar in zijn hand. Hij had zich blijkbaar geërgerd aan de franje van het tafelkleed en was begonnen die af te knippen. Toen zijn vrouw dat probeerde te verhinderen, had hij haar met de schaar bedreigd. Ik sprak de man vriendelijk en zacht toe. Hij keek me met grote angstige

ogen aan en overhandigde mij de schaar. Na enige tijd kalmeerden beide echtelieden. De man sprak langzaam en moeizaam, met heel weinig mimiek. Hij kon zijn levensgeschiedenis redelijk vertellen, hier en daar aangevuld door de echtgenote. Hij kon niet verklaren waarom hij zo dwangmatig met zijn omgeving bezig was. Bevestigd door zijn vrouw, gaf hij aan dat hij zijn hele leven niet tegen rommel had gekund. Toen hij nog werkte, was zijn bureau altijd keurig opgeruimd. Hij was in alles erg nauwgezet. Toen hij een paar jaar geleden allerlei dingen begon te vergeten, werd hij kwaad op zichzelf, vooral als hij niet meer wist waar hij iets had neergelegd of opgeborgen. Hij kreeg ook moeite met bewegen, vooral nadat hij 'druppeltjes' van de dokter had gekregen. De vrouw liet het flesje zien. Het was haloperidol 2 mg per milliliter. Sindsdien was zijn 'preciezigheid' verergerd en raakte hij door de minste onregelmatigheid geërgerd. Na enige tijd ging hij akkoord met een tijdelijke opname in het centrum geriatrie. Ik adviseerde hem alvast de 'druppeltjes' te laten staan.

14.10 Van zware shag en Beerenburg

Ik maakte kennis met de heer W. toen hij op de afdeling cardiologie lag. Volgens de cardioloog had deze 78-jarige man geen goed bloedvat meer over en was zijn brein zodanig met slechte vaten dooraderd, dat de man direct naar een verpleeghuis moest om daar een paar laatste weken door te brengen. Het eerste wat mijnheer W. mij vroeg was: mag ik daar roken en een borreltje drinken? Toen ik zijn vraag bevestigend beantwoordde, straalde zijn gezicht. Hij ging weliswaar liever naar zijn boerderij terug, maar als hij toch binnenkort dood ging, wilde hij in elk geval nog kunnen roken en drinken. De man was steenrijk, bezat veel land en veel geld. Zijn broer had in overleg met de huisarts en een psychiater ervoor gezorgd dat de heer W. onder curatele was gesteld. De diagnose luidde: vasculaire demantie. Bij onderzoek na opname in het verpleeghuis bleek de doorbloeding van zijn rechterbeen zo slecht dat gangreen van de voet dreigde. Lopen kon hij al een hele tijd niet meer. Hij bewoog zich opgewekt door het huis in een rolstoel en rookte in alle uithoeken van het gebouw zijn zware shag. Voor de nacht had hij naast zijn bed een fles Beerenburg waaruit onder toezicht oog van de verpleegkundige met mate werd gedronken voor het slapen gaan. Op een nacht toen ik dienst had werd ik door de nachtzuster geroepen. De heer W. was stervende of althans stervensbenauwd. Hij had inderdaad een hevige asthma cardiale. Hij was niet meer aanspreekbaar. Ik gaf opdracht hem 20mg morfine i.m. te geven in de veronderstelling dat de man de ochtend niet zou halen. Ik was blij dat ik bij hem niet langer had aangedrongen om zijn gangreneuze onderbeen te laten amputeren. De volgende ochtend echter zat mijnheer lachend recht op in bed en zei: 'Ik denk dat dokter gelijk heeft. Haal gvd die rotpoot er maar af.' Met erg veel moeite wist ik chirurg, cardioloog en vaatspecialist te overtuigen om toch te opereren. De cardioloog was verbaasd dat de man nog leefde en vond het belachelijk om een ten dode opgeschreven, demente man nog te opereren. Euthanasie was volgens deze speci-

alist de enig juiste behandeling. De chirurg moest lachen om de overtuigende manier waarop de heer W. zei dat hij een amputatie wilde en dat het hem niet kon schelen of hij er in bleef. 'Is die man wel dement?' vroeg de chirurg. Testen hadden inmiddels uitgewezen dat de inprenting wel iets te wensen overliet, maar dat er geen sprake was van een dementie. Kort na de goed gelukte operatie keerde de heer W. terug naar het verpleeghuis, zeer tevreden dat hij geen pijn meer had, weer shag kon roken, een borreltje drinken en wat rondzwerfen in zijn rolstoel. Een paar weken later gaf hij de psycholoog te kennen dat hij het beheer over zijn geld en goed terug wilde hebben en het verpleeghuis wilde verlaten. Het kostte me veel moeite de rechter ervan te overtuigen dat er een nieuwe beoordeling van 's mans geestestoestand nodig was. De broer van de heer W. overwoog een contra-expertise, maar wilde uiteindelijk van ons aannemen dat de heer W. goed in staat was zelf te beslissen. De rechter bleek een wijs man. Hij sprak de heer W. onder vier ogen, vond het gesprek zeer adequaat en hief de curatele op. Zo vertrok de man een paar maanden later naar een verzorgingsflat, waar hij met zware shag en Beerenburg nog een paar jaar tot zijn tevredenheid leefde.

Over de auteurs

Hoofredactie

Drs. T.J.E.M. Bakker, psycho-geriater, bestuurder Behandeling & Zorg Argos Zorggroep, onderzoeker afdeling verpleeghuisgeneeskunde VUMc/EMGO. tjembakker@argoszorggroep.nl.

Dr. H.F.A. Diesfeldt, klinisch neuropsycholoog en directeur PgD, psychologische expertise voor de verpleeghuiszorg, Vivium Zorggroep, De Stichtse Hof, Laren NH. H.Diesfeldt@vivium.nl.

Prof. dr. D.H Sipsma, Em. hoogleraar klinische geriatrie UMCG. d.sipsma@planet.nl.

Auteurs

Dr. P. Aalten, psycholoog- senior onderzoeker Alzheimer Centrum Limburg, MUMC+, Maastricht. p.aalten@np.unimaas.nl.

Dr. S.P.J. van Alphen, GZ-psycholoog, Mondriaan, voor geestelijke gezondheid Divisie Ouderen. spj.vanalphen@planet.nl.

Drs. T.J.E.M. Bakker, psycho-geriater, Bestuurder Behandeling & Zorg Argos Zorggroep, onderzoeker afdeling verpleeghuisgeneeskunde VUMc/EMGO. tjembakker@argoszorggroep.nl.

Drs. T.H.M.E. Botteram, Gz-psycholoog, SVRZ, Middelburg, ABC-Seniordocent Rino-Zuid. r.botteram@svrz.nl.

Dr. H.C. Comijs, GZ-psycholoog/senior onderzoeker, GGZ inGeest partner van Vumc, Amsterdam. H.comijs@ggzingeest.nl.

Drs. R.J.E.W. Denis, Senior-adviseur Vilans. r.denis@vilans.nl.

Dr. C.M. van der Feltz-Cornelis, Hoofd Programma Diagnostiek en Behandeling Trimbos Instituut. cfeltz@trimbos.nl.

Drs. O. Fritschy, sociaal geriater, afdelingsbehandelaar, GGZ De Gelderse Roos, Afdeling Langdurige Zorgafhankelijke Ouderen. o.fritschy@degelderseroos.nl.

Drs. J. Groeneveld, GZ-psycholoog-systeemtherapeut, Argos Zorggroep. jgroeneveld@argoszorggroep.nl.

M. van Helden, Locatiemanager verpleeghuis Argos Zorggroep, senior gedragsconsulente en supervisor.
mvhelden@argoszorggroep.nl.

Dr. P. van Houten, Specialist Ouderengeneeskunde, hoofd Medische Dienst Zonnehuisgroep Amstelland. paul@vanhouten.name.

Dr. M. van Iersel, klinisch geriater i.o. Rijnstate te Arnhem. m.vaniersel@ger.umcn.nl.

Dr. M.G. Kat, psychiater, Medisch Centrum Alkmaar, afdeling Klinische Geriatrie. mg.kat@mca.nl.

Prof. dr. R.T.C.M. Koopmans, hoogleraar verpleeghuisgeneeskunde UMC St Radboud. r.koopmans@elg.umcn.nl.

Dr. I.K. Lampe, psychiater, UMC Utrecht, Afdeling Acute Psychiatrie. I.K.Lampe-2@umcutrecht.nl.

Drs. J. van der Lee, Psycholoog-onderzoeker Argos Zorggroep. jvdlee@argoszorggroep.nl.

Drs. J.H.C.M. Meerveld, Hoofd Belangenbehartiging en Zorgvernieuwing Alzheimer Nederland. j.meerveld@alzheimer-nederland.nl.

Dr. H.L.G.R. Nies, Voorzitter Raad van Bestuur Vilans. h.nies@vilans.nl.

Prof. dr. M.G.M. Olde Rikkert, klinisch geriater Kenniscentrum Geriatrie UMC St Radboud. m.olde-rikkert@ger.ucmn.nl.

Prof. dr. D.H Sipsma, Em. hoogleraar klinische geriatrie UMCG. d.sipsma@planet.nl.

Dr. M. Smalbrugge, Specialist ouderengeneeskunde, onderzoeker, afdeling verpleeghuisgeneeskunde/ EMGO+ VU medisch centrum, Amsterdam, Warande, Zeist. m.smalbrugge@vumc.nl.

Dr. M.L. Stek, Psychiater en eerste geneeskundige afd. ouderen, GGZ inGeest partner van Vumc, Amsterdam. M.stek@ggzingeest.nl.

Prof. dr. F.R.J. Verhey, Prof. Ouderenpsychiatrie/Neuropsychiatrie Maastricht UMC /Alzheimer Centrum Limburg. f.verhey@np.unimaas.nl