

# Over gezondheidszorgontwikkeling op het gebied van psychogerontologie en de essentiële bijdrage van wetenschappelijk onderzoek

## Citation for published version (APA):

Jolles, J. (1989). Over gezondheidszorgontwikkeling op het gebied van psychogerontologie en de essentiële bijdrage van wetenschappelijk onderzoek. In *Psychogeriatrici, een zorg meer of een zorg minder: Proceedings Invitational Conference 10/11-11-1988* (pp. 35-44). PMS Vijverdal.

## Document status and date:

Published: 01/01/1989

## Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

## Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

## General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

[www.umlib.nl/taverne-license](http://www.umlib.nl/taverne-license)

## Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

[repository@maastrichtuniversity.nl](mailto:repository@maastrichtuniversity.nl)

providing details and we will investigate your claim.

Download date: 23 Sep. 2021

---

## 6. OVER GEZONDHEIDSZORGONTWIKKELING OP HET GEBIED VAN PSYCHOGERONTOLOGIE EN GERONTOPSYCHIATRIE EN DE ESSENTIELE BIJDRAGE VAN WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK

door prof. dr. J. Jolles, hoogleraar,  
Vakgroep Neuropsychologie & Psychobiologie, Rijksuniversiteit Limburg, & Afdeling  
Neuropsychologie, PMS Vijverdal, Maastricht

### 1. INLEIDING

Wetenschappelijk onderzoek naar verouderingsprocessen en naar ziekten bij het ouder worden c.q. bij de oudere mens heeft zich vrij nadrukkelijk bezig gehouden met het verkrijgen van inzichten in fundamentele aspecten daarvan. Zo is er nogal wat informatie verkregen over medisch biologische- en fundamentele gedragswetenschappelijke aspecten van veroudering en verouderingsziekten. Meer toegepast wetenschappelijk onderzoek is tot dusver minder duidelijk van de grond gekomen, hetgeen vanaf begin jaren '80 voor de Rijksoverheid een belangrijk motief was voor het opzetten van stimuleringsprogramma's voor wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de Ouder Wordende Mens. In de voorliggende nota zal worden ingegaan op dat wetenschappelijk onderzoek dat directe implicaties heeft of kan hebben voor de gezondheidszorg en gezondheidszorgontwikkeling op het gebied van Gerontopsychiatrie en Psychogerontologie. Daarin zal geen volledig overzicht worden gegeven van alle hiervoor relevante onderzoek maar zal juist geprobeerd worden om een aantal implicaties te schetsen. Voorbeelden zullen gegeven worden van de wijze waarop wetenschappelijk onderzoek een essentiële bijdrage kan leveren aan de opzet en evaluatie van gezondheidszorgvernieuwingsprojecten en aan experimentele gezondheidszorginterventies. Deze voorbeelden zullen deels worden ontleend aan onderzoek zoals dat is gebundeld binnen het Hoofdprogramma Veroudering van de Rijksuniversiteit Limburg.

### 2. OVER WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK OP HET GEBIED VAN DE OUDERE MENS IN NEDERLAND

#### 2.1 Enige historie.

Wetenschappelijk onderzoek op het gebied van veroudering c.q. de gerontologie heeft jarenlang op een - in ieder geval kwantitatief - laag peil gestaan. Toen aan het eind van de zeventiger jaren vergelijkingen zijn gemaakt met de omvang van wetenschappelijk onderzoek dat is gericht op de eerste levensfasen, bleek hoe onthutsend veel meer onderzoekstijd en geld werd besteed aan de jonge mens, vergeleken met ouderen. Pas aan het eind van die zeventiger jaren is daar een zekere verandering in gekomen: De oudere is als het ware (her)ontdekt inclusief het mogelijke belang van biologische-, geneeskundige-, gedrags- en sociaalwetenschappelijke aspecten van het ouder worden. Vrij plotseling kwam het inzicht in het feit dat er nog nauwelijks inzicht bestond in de bovengenoemde aspecten van oud worden en oud zijn, en de consequenties daarvan. Het werd ook een politiek issue om het proces van inzichtverwerven te benaderen. De zogenaamde 'dub-

---

bele vergrijzing' noopt de overheid immers om alvast in te spelen op een in de toekomst te voeren beleid; en wetenschappelijk onderzoek wordt dienstig geacht in het verkrijgen van de daarvoor benodigde kennis. Zodoende is momenteel, aan het eind van de tachtiger jaren, duidelijk te constateren dat de toegenomen aandacht voor het ouder worden ook heeft geleid tot meer wetenschappelijk onderzoek op dat gebied. De door overheid en overheidsinstellingen - zoals de Nederlandse Stichting voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO, voorheen ZWO) opgezette stimuleringsprogramma's zijn hiertoe verantwoordelijk. Zo heeft NWO een aantal jaren lang het gebied van de gerontologie als een stimuleringsgebied gekenschetst en extra middelen daaraan gewijd. Momenteel worden binnen Medigon/NWO gerontologische onderzoeksprojecten nader gestimuleerd, in het bijzonder wanneer deze liggen rond het thema dementie/ziekte van Alzheimer. Voorts heeft de overheid gedurende vijf jaar het ouderonderzoek sterk gestimuleerd via de daartoe opgerichte Stichting Onderzoek Ouder Wordende Mens (SOOM). Recentelijk is opnieuw een groot stimuleringsprogramma Ouderonderzoek gestart, nu 'NESTOR' geheten. Voor dit programma is zo'n 15 miljoen gulden beschikbaar dat over een periode van vijf jaar zal worden aangewend. Naar verwachting zal NESTOR meer dan de SOOM dat deed, specifieke gebieden gaan stimuleren. Het beleid van SOOM was vooral gericht op sociaal wetenschappelijk onderzoek; voor Nestor is dat nog niet duidelijk. Wanneer een vergelijking wordt gemaakt van het gerontologisch onderzoek dat werd uitgevoerd in 1977 versus dat in 1985 valt in de eerste plaats op, dat het volume van onderzoek fors is toegenomen, zoals ook wel kon worden verwacht: Volgens een inventarisatie die is uitgevoerd door het Nederlands Instituut voor de gerontologie in 1986 werd in 1977 zo'n 71 mensjaar aan gerontologisch onderzoek uitgevoerd. In 1985 was dat getal toegenomen tot 192 mensjaar. Vooral de relatieve bijdrage van geneeskundig onderzoek was toegenomen (van 26 tot 35%) overigens ten koste van biologisch onderzoek (van 33 naar 26%). Het gedrags- en sociaal wetenschappelijk onderzoek was ongeveer op hetzelfde peil gebleven (41 respectievelijk 39%). Ten aanzien van de onderzoeksthematiek is de meest opvallende verschuiving die van de sterk toegenomen aandacht voor het 'centraal zenuwstelsel' c.q. voor 'dementie' en voor 'gezondheidsproblemen': een inventarisatie door de SOOM van in 1987 bestaande onderzoeksplannen laat zien dat zo'n 105 projecten zouden liggen op het gebied van gedrags-, maatschappelijk-, en/of toegepast sociaal wetenschappelijk onderzoek, tegen zo'n 45 projecten op biologisch-, klinisch/geriatriesch en/of sociaal geneeskundig gebied. Het is waarschijnlijk dat deze verdeling gekleurd is door de centrale thematiek zoals die door de SOOM relevant werd geacht (gedrags-, sociale - en maatschappijwetenschap), veel eerder dan dat deze verdeling een afspiegeling is van de onderzoeksinteresse van 'het veld'.

## **2.2. Wat wordt bedoeld met 'wetenschappelijk onderzoek'**

Wetenschappelijk onderzoek is niet alleen relevant maar zelfs essentieel voor de gezondheidszorg en de verdere ontwikkeling en verbetering daarvan. Het kan als opzienbarend worden beschouwd dat deze stelling niet alom wordt onderschreven. Enkele argumenten voor deze stelling zijn de volgende: ten eerste gaat het bij wetenschap niet alleen om het opdoen van fundamentele inzichten, maar ook om de mogelijke toepassing daarvan. (Veel fundamenteel onderzoek blijkt overigens op een later moment tot toepassingen te leiden ook al was het onderzoek daartoe niet in eerste instantie opgezet). In de tweede plaats gaat het om iets wat te omschrijven is in termen van 'de wetenschappelijke methode'. Het gaat hierin vooral om de systematiek in het stellen van een vraag waarop een antwoord wordt gewenst, en het verzamelen van gegevens ten behoeve van zo'n antwoord. Het gaat om de methode die wordt gebruikt om een veronderstelling ('hypo-

---

these') te toetsen dan wel de systematiek waarmee verschillende mogelijkheden worden onderzocht. Als zodanig wordt door veel medici c.q. hulpverleners een soort impliciete wetenschappelijke methode gebruikt in hun diagnostiek. In de derde plaats, en in verband hiermee, kan het ontbreken van een dergelijke - wetenschappelijke - systematiek in diagnostiek en behandeling tot gevolg hebben dat de interventie een minder effect sorteert op de individuele gezondheidszorg. Het is niet zo dat de hulpverlener op een empathische wijze een volledige indruk kan krijgen van alle aspecten van wat er aan de hand is (zoals lange tijd op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg een algemene opvatting is geweest!). Impliciete vooronderstellingen en impliciete standpunten bij de hulpverlener over wat er aan de hand is (diagnostiek) en over de behandelconsequenties bestaan altijd. Een vierde punt om te noemen betreft de - relatief nieuwe - termen 'gezondheidszorgonderzoek/research' en 'gezondheidszorgontwikkeling'. De eerste term verwijst naar onderzoek dat de gezondheidszorg (haar functioneren, beleids-, maatschappelijke-, economische - en andere aspecten) tot onderwerp heeft. Het is evident dat dit type onderzoek gewoonlijk directe consequenties zal hebben voor de inhoud en uitvoering van die gezondheidszorg. De term 'gezondheidszorgontwikkeling' of ook 'ontwikkelingsgeneeskunde' heeft betrekking op een evalueerbare vorm van gezondheidszorg waarin nieuwe interventies of interventietechnieken op een systematische - wetenschappelijke - wijze worden onderzocht op hun relevantie of impact. Vanzelfsprekend is dit type wetenschappelijk onderzoek ook direct patiëntenzorg. Als zodanig kan aan de bovenstaande vier argumenten de opvatting worden ontleend dat het niet goed is voor de gezondheidszorg wanneer er geen wetenschappelijk onderzoek zou zijn om deze verder te ontwikkelen: De negatieve ideeën over wetenschappelijk onderzoek in de gezondheidszorg berusten voor een (groot) deel op ongetoetste overleveringen over de 'ivoren toren van de wetenschap'; over het feit dat (b.v. klinische) wetenschappers meer in publicaties en congressen geïnteresseerd zouden zijn dan in de patiënt; dat klinisch onderzoek waarbij hulpverleners en/of patiënten direct betrokken zijn ook direct ten koste van dezen zou gaan. Zonder daarvan het bewijs te kunnen leveren kan nu toch een tegengestelde visie worden gegeven: door het kwalitatief en kwantitatief lage niveau van tot dusver uitgevoerd onderzoek op het gebied van - zeker de geestelijke - gezondheidszorg is de zorg in de breedste zin van het woord (diagnostiek, behandeling, zorg maar ook preventie) achtergebleven bij wat er mogelijk geweest was wanneer zulk onderzoek er wel in significante omvang was geweest. De rest van dit rapport zal pogen om deze stelling nader toe te lichten. Daarbij worden enkele lijnen aangegeven volgens welke wetenschappelijk onderzoek een bijdrage levert of zal kunnen gaan leveren op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg voor ouderen. Er is geen poging gedaan om alle mogelijke richtingen uitputtend te beschrijven; veeleer is geprobeerd om die aspecten te benadrukken waarin enerzijds de 'Psychogeriatric/Gerontopsychiatrie' en anderzijds de 'zorgconsequenties' herkenbaar zijn. Het feit dat schrijver dezes werkzaam is op het terrein van 'Hersenen-Gedrag-relaties' (c.q. de neuropsychiatrie/neuropsychologie) kan de bril die gebruikt is om naar het centrale probleem te kijken hebben gekleurd.....

### **3. RECENTE - VOOR DE ZORG RELEVANTE - BEVINDINGEN**

Het is opmerkelijk dat fundamenteel en klinisch onderzoek op het gebied van de psychogerontologie tot dusver geen erg nadrukkelijke bijdrage van de psychiatrie heeft ondergaan. Dit kan deels samenhangen met het feit dat de psychiatrie als wetenschappelijke discipline lang onderontwikkeld is geweest, maar wellicht nog meer door een relatief gebrek aan mogelijkheden om

aandacht te besteden aan de psychiatrische aspecten van bijvoorbeeld het dementie- syndroom: Niet ieder verpleeghuis heeft daartoe opgeleide psychiatrisch-verpleegkundigen of psychiaters. Zonder de kennis, ervaring en inzet van de hulpverleners in dergelijke instellingen te kort te willen doen moet toch de vraag gesteld worden welke aandacht gewoonlijk kan worden besteed aan problematiek op het gebied van gedrag, emoties, de hoge cognitieve functies, versus somatische functies. Als een korte toelichting kunnen de volgende bevindingen dienen, die alle ontleend zijn aan recent wetenschappelijk onderzoek (zie ook van Tilburg 1988): Zo blijken die depressieve ouderen die tevens gekenmerkt zijn door cognitieve functiestoornissen een veel grotere kans te hebben, dan oudere depressieven om binnen enkele jaren dement te zijn. De samenhang tussen depressie en dementie is ook veel ingewikkelder dan tot dusver aangenomen (zie tabel 1.). Zo blijkt de stelling dat er sprake is van 'depressie óf dementie' nog verbazend veel gehoord te worden. Het standpunt dat depressie naast dementie kan voorkomen en vaak behandelbaar is wordt te weinig gehoord (zie ook Verhey & Jolles, 1988, zie ook tabel 1.).

**Tabel 1.** Mogelijke relaties tussen depressie en dementie (Possible relationships between depression and dementia). (F.R.J. Verhey en J. Jolles, 1988, gebaseerd op Roberts, 1984).

- a. depressie met demente symptomatologie ('pseudodementie')
- b. organische hersenlaesie met depressieve symptomatologie ('pseudodepressie')
- c. depressie als voorloper van dementie
- d. depressie als reactie op dementie
- e. depressie gemaskeerd door hersenbeschadiging
- f. depressie en dementie (geen verband)

Het feit dat dementie berust op structurele - en functionele veranderingen van de hersenen (dit een neurologisch ziektebeeld is) doet niet af aan het feit dat dementie primair een gedragsstoornis is.

Zo is in een recent onderzoek gevonden dat er bij de ziekte/dementie van Alzheimer veel vaker dan verwacht werd, sprake is van psychiatrische symptomen zoals agitatie (60%), hallucinaties (28%), paranoia (40%), en depressie (50%). Wanneer men deze verschijnselen ziet als het onvermijdelijke gevolg van een ziek brein gaat men voorbij aan de resterende therapeutische mogelijkheden. In onderzoek naar de oorzaken van de gedragsstoornissen bij Alzheimer werd ook gevonden dat de dementie zelf voor slechts 40% daarvoor verantwoordelijk was, vergeleken met de 60% voor somatische-, psychiatrische-, en farmacologische aspecten. Onlangs werd het gunstige effect aangetoond van antidepressiva op de depressieve symptomen bij patiënten met de ziekte van Alzheimer. Hetzelfde geldt voor maatregelen in de sociale omgeving van de patiënt. Het spreekt vanzelf dat bovenvermelde bevindingen nogal uitgesproken zorgconsequenties kunnen en ook dienen te hebben voor de individuele psychogeriatrische patiënt: een en ander betekent dat het aanbeveling verdient om de psychiatrische bijdrage aan de zorg voor deze patiënten te verhogen. Een standpunt dat overigens ook in andere bewoordingen is vastgelegd in het rapport van de Gezondheidsraad over Psychogeriatrische ziektebeelden, en in de dementie-consensus tekst zoals die is geformuleerd aan de hand van de conferentie van november 1988. Andere - voor de zorg relevante bevindingen zijn gedaan ten aanzien van het steunsysteem. Zo blijkt de psychische gezondheid van de verzorgers van demente patiënten minder te zijn: over het algemeen komen er meer psychische stoornissen voor, er is een drievoudige toename van

---

stresssymptomen en zo'n 15 tot 40% van deze relaties heeft symptomen die zo erg zijn dat van een klinisch psychiatrische diagnose sprake zou kunnen zijn. Weer is evident dat deze observaties moeten leiden tot een aanpassing van de zorg voor patiënt én steunsysteem. Overigens bleek in een bepaald onderzoek met zo'n 150 opnames in een verpleeghuis dat zo'n 20% van deze opnames plaatsvond omdat de primaire zorgverlener ziek werd. De opvatting dat de zorg van de psychogeriatrische patiënt verbeterd kan worden door het steunsysteem zelf te ondersteunen vindt momenteel veld, maar heeft tot dusver niet tot systematische - en significante aanpassingen kunnen leiden. Een pleidooi om in alle dementiediagnostiek ook een analyse van het steunsysteem op te nemen is dan ook een logische consequentie van het bovenstaande. Een laatste voorbeeld van het belang van het steunsysteem en tot dusver niet vermoede kanten daarvan voor de zorg is gememoreerd door Persijn (1988): Met de toenemende vergrijzing is het in toenemende mate de jongbejaarde die de hoogbejaarde moet verzorgen: In 1963 was van 20% van de 45-jarigen nog een ouder in leven. In 1980 was dat al 20% van de 60-jarigen, terwijl 3% van de 70-jarigen een nog levende ouder had! Belangrijke problemen die zich voor de verzorger of lichamelijke uitputting, depressie en/of angst of zorgen en problemen omtrent financiën en huisvesting (zie Persijn 1988). De zorg voor de hulpbehoevende hoogbejaarde wordt dus uiteindelijk bepaald door de kwaliteit van het naaste familielid en dus ook door de mate waarin die gekenmerkt is door psychiatrische-, en functiestoornissen. Weer is het evident dat dit consequenties heeft voor de zorg in die zin dat meer aandacht moet worden gegeven aan de niet somatische aspecten. Tenslotte kan worden verondersteld dat de gedragsproblemen die bij veel psychogeriatrische-, c.q. demente patiënten voorkomen, ook een aangepaste behandeling en benadering behoeven. Wetenschappelijk onderzoek hiernaar is tot dusver niet verricht en zou van groot belang kunnen zijn om handvaten aan te reiken voor een voor patiënt en zorgverlener(s) (thuis én geïnstitutionaliseerd) betere benadering. In de volgende paragrafen zal een en ander daaromtrent nader worden toegelicht.

#### **4. WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK OP HET NIVEAU VAN DE INDIVIDUELE PATIËNT**

##### **4.1 Diagnostiek.**

In de psychiatrie wordt sinds het begin van de tachtiger jaren in toenemende mate gebruik gemaakt van een standaard instrument voor de classificatie van patiënten, de DSM-III (sinds 1987 is een nieuwe editie verschenen, de DSM-III R geheten). Dit classificatiesysteem levert een bijdrage aan een systematische beschrijving van symptoomclusters en syndromen op het gebied van de psychopathologie, maar is zelf geen diagnostisch instrument. Het is mede dank zij de DSM-III dat veel klinisch onderzoek mogelijk is geworden door een nadere beschrijving van patiëntengroepen, hetgeen in staat stelde tot het vergelijken tussen studies. Voor het beschrijven van dementie en depressie is de DSM-III (R) de ruggegraat geworden, zoals nog eens bevestigd door de Nederlandse dementie- consensusconferentie. In aanvulling daarop wordt voor de classificatie van de ziekte van Alzheimer gebruik gemaakt van de zogenaamde NINCDS-ADRDA criteria uit 1984: weer een voorbeeld van op systematische wetenschappelijke wijze doorgegeven inzichten met forse consequenties voor interventie bij demente personen. Diagnostiek en classificatie op het terrein van de psychogeriatric dient verschillende doeleinden: Een belangrijk doel is altijd geweest het vaststellen van de medische diagnose in nosologische zin. Een dergelijke diagnose had vooral secundair effect op de zorg, door de implicatie die een dergelijke diagnose had

---

voor eventuele uithuisplaatsing en dus voor de aard van de zorg voor zo'n patiënt. Mede op grond van uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek wordt nu bij de diagnostiek meer aandacht gegeven aan nevend diagnoses en aan behandelbare oorzaken. Langzamerhand komt er ook meer aandacht voor de **zorgconsequenties** van de diagnostische bevindingen. Dit geldt in het bijzonder voor de neuropsychologische-en psychogerontologische diagnostiek die uit de aard van de op gedragsveranderingen gerichte aandacht informatie kan destilleren t.b.v. het toespitsen van de zorg (zie Jolles 1988 en Diesfeldt 1988). In principe geldt dit ook voor paramedische- en verpleegkundige vormen van diagnostiek. Er heeft echter nog nauwelijks systematisch wetenschappelijk onderzoek op dit gebied plaatsgevonden, vandaar dat er verder weinig over te melden valt.

Een -niet uitputtende- samenvatting van een aantal wetenschappelijke studies met mogelijke zorgconsequenties is de volgende:

Er zijn nogal wat aanwijzingen dat er een systematisch verschil is in de uitingvorm van verschillende soorten -en stadia van- demencie. Vormen die vooral gekenmerkt zijn door chaotisch, bizar gedrag, planningsstoornissen en andere uitingen van betrokkenheid van de voorste hersendelen vereisen een andere aanpak dan -bijvoorbeeld Alzheimer- demencie die in het bijzonder samenhangt met betrokkenheid van de achterste hersendelen. Een tweede punt wat in de wetenschappelijke literatuur wel is genoemd maar niet nader onderzocht heeft te maken met leeftijd: Principeel moet de behandeling van jonge (b.v. 55 jaar) en van oude (b.v. 80 jaar) demenciepatiënten verschillen.

De eerstgenoemde is kwieker, heeft veeleer taalstoornissen dan geheugenproblemen in de eerste stadia en er spelen volstrekt andere problemen in het psychosociale netwerk. Een derde voorbeeld betreft patiënten met vormen van demencie die primair van vasculaire aard zijn (b.v. multi-infarct demencie): Er lijkt vaker van relatief (multi)focale problematiek sprake te zijn waardoor niet van een algehele achteruitgang van functioneren sprake is (zoals bij Alzheimer demencie) maar waardoor zekere functies zijn 'gespaard'. Dat kan bijvoorbeeld met zich brengen dat zo'n patiënt een duidelijke stoornis heeft in het zich uitdrukken met behulp van taal (expressieve afasie) maar veel minder in taalbegrip. Als de verzorgers er klakkeloos van uitgaan 'dat de patiënt afatisch en fors demenc' is kan er sprake zijn van een ernstige onderschatting van het nivo van de patiënt, hetgeen weer therapeutisch- en zorgnihilisme tot gevolg kan hebben. Tenslotte, en in de vierde plaats, zijn het vooral de bijdragen uit de neuropsychologie die de potentie in zich hebben, een bijdrage te leveren aan een verbetering van de zorg voor de individuele patiënten. Het gaat in dezen om een beschrijving in termen van **functiestoornissen** en functies zoals taal, communicatie, waarneming, planning e.d. Daardoor kan een duidelijker onderscheid gemaakt worden tussen wat de patiënt (nog) wel en niet kan, (het profiel van sterke en zwakke punten; zie ook tabel 2).

**Tabel 2.** Vraagstellingen voor neuropsychologische vroege en differentiële diagnostiek.

- Is er sprake van stoornissen in de psychologische-, c.q. gedrags-en/of cognitieve functies?
- Zo ja, van welke aard en ernst zijn deze?
- Zo ja, welke functies en vaardigheden zijn niet gestoord?
- Zijn er naast de cognitieve functiestoornissen ook affectieve/emotionele stoornissen?
- Hoe gaat betrokkene om met de stoornissen en beperkingen ("coping"-gedrag)?
- In hoeverre worden de mogelijkheden van betrokkene verder beperkt door verwerkingsprocessen (depressie, wrok, obsessie, etc.)?
- Welke is de psychopathologische differentiële diagnose?
- Zijn er uitspraken te doen over aard c.q. locatie van het onderliggend cerebraal substraat?
- Welke adviezen kunnen worden gegeven ten aanzien van aanvullende diagnostiek?
- Welke adviezen kunnen worden gegeven ten aanzien van behandeling, begeleiding, doorverwijzing, zorg?

Ook kan beter worden bepaald waar de grens ligt tussen een functiestoornis, waaraan de patiënt niets meer kan doen, versus de psychische verwerking. Deze laatste hangt weer samen met 'coping', oftewel de wijze van omgaan met de functiestoornissen: angst en depressie kunnen aldus een secundaire verwerkingsstoornis zijn.

#### **4.2 Behandeling en behandelingsonderzoek.**

Er is nog (zeer) weinig onderzoek gedaan naar de zorgconsequenties en naar systematisch uitgevoerde behandelingen, afgezien van klinisch geneesmiddelenonderzoek dat incidenteel tot een methodologisch juist opgezette interventiestudie komt maar tot dusver niet tot een evident betere behandeling heeft geleid. Het gaat hierin overigens veeleer om een behandeling van de ziekte of belangrijke symptomen daarvan (geheugenstoornis, angst, depressie) dan om de gedragsstoornissen en de zorg voor de patiënt. Ook de nieuwere vormen van gedragsinterventie (Reality Orientation Training, ROT; Functietraining; Zelfhulpgroepen e.v.a.) zijn nauwelijks of niet op systematische wijze uitgevoerd en/of geëvalueerd. Weer heeft dit gebrek aan wetenschappelijke evaluatie tot gevolg dat we niet weten waarmee we bezig zijn, dus ook niet, wat de bruikbare onderdelen van deze interventies zijn. Een opmerking die werd gehoord op de dementie-consensusbijeenkomst van november 1988 is relevant in dit verband: Er werd vastgesteld dat er slechts een relatief beperkt deel van de bijdragen aan de bijeenkomst zich bezig hield met de fasen ná de diagnostische interventie, en dus met zorgconsequenties. Deze vaststelling is juist maar is ook een gevolg van de beperking die de organisatie zich heeft opgelegd (diagnostiek en classificatie van dementie): De relevantie van de opmerking betreft het feit dat deze inperking vaker wordt gepleegd en zich bijvoorbeeld uit in het feit dat er (zeer) weinig experimenteel interventieonderzoek in de psychogeriatric is, laat staan dat deze momenteel gesubsidieerd zou worden. Of NESTOR (zie par. 2.) hierin verandering gaat brengen is niet bekend.

#### **4.3 Enkele relevante projecten op het gebied van de zorgconsequenties.**

Behalve de vraagstellingen die en passant in eerdere paragrafen aan de orde zijn gekomen lijken t.a.v. de zorg voor de individuele psychogeriatric patiënt nog meer vragen bijzonder relevant. Zo is het de verwachting dat een nauwkeuriger in kaart brengen van a.) functies en functiestoornissen



---

nissen, b.) somatische- en psychiatrische symptomatologie en c.) hulpbehoefvendheid kan leiden tot een zorg die meer is afgestemd op de individuele patiënt en niet meer op 'het gemiddelde van een afdeling'. Of dit zo is, dient systematisch te worden vastgesteld, terwijl ook de vertaling in termen van 'functioneren in de dagelijkse leefomgeving' (thuis of in een instituut) op systematische- en wetenschappelijk verantwoorde wijze moet plaatsvinden: Door zo'n vertaling zou de patiënt in zijn steunsysteem getraind of anderszins behandeld kunnen worden. Het is de verwachting dat op deze wijze een betere zorg gegeven kan worden ook aan patiënten in de categorie '(zeer) moeilijk', zoals patiënten met gedragsstoornissen na een hersenbeschadiging (hersentrauma, CVA etc.) maar ook Korsakoff-patiënten. Ook geldt dit voor andere psychiatrische patiënten met een defect of met gedragsstoornissen zonder dementie. Als er gezegd wordt dat dergelijke patiënten 'structuur' aangeboden moet worden, moet dat dan voor iedere patiënt hetzelfde? (De verwachting is van niet). In hoeverre zijn oudere patiënten met gedrags- c.q. planingsstoornissen in staat om hun gedrag te veranderen. Moet dergelijk gedrag niet veeleer geaccepteerd worden als een uiting van een hersendysfunctie, waar de hulpverlener op een andere wijze mee om dient te gaan? (Bijvoorbeeld door als 'frontaalkwab van de patiënt' op te treden). Een verwante vraag heeft te maken met het gegeven dat het functioneren van de opgenomen psychogeriatrische patiënt wordt bepaald door prikkels uit zijn omgeving - dus door medepatiënten. Welke negatieve- en positieve consequenties heeft dit, en zijn er criteria te ontwikkelen voor de wijze waarop de mogelijkheden en beperkingen van individuele patiënten het plaatsingsbeleid en dus de potentiële interacties bepalen? De mogelijkheid dat meer kennis omtrent de individuele patiënt kan leiden tot een verandering van het zorg- c.q. steunsysteem is onderwerp van de volgende paragraaf.

## 5. ZORGVERLENING EN ZORGVERLENERS

Een centraal uitgangspunt voor de voorliggende paragraaf is, dat een verbetering van het welzijn van de individuele patiënt niet alleen te bewerkstelligen is door de -voor de hand liggende- op dat individu toegespitste behandeling/begeleiding/zorg, maar door de kwaliteit van het steun/zorgsysteem te verbeteren. Dat gaat dus op een individuele wijze. Een interessant wetenschappelijk onderzoek in dit verband is dat van Carsrud (gepubliceerd in *Psychology and Aging*, 1986). Deze onderzoekers voerden een gecontroleerd klinisch experiment uit waarin -institutionele- verzorgers tot een gestructureerde sociale interactie werden gebracht met geriatrische patiënten. Het bleek dat het contact van staf met patiënten toenam en daardoor de mate waarin de patiënten op de omgeving waren gericht. Deze bevinding is relevant vanwege 'circumstantial evidence' dat de duur van de interactie tussen verzorger en patiënt vaak zeer beperkt is, evenals de kwaliteit ervan. Op grond van neuropsychologische inzichten kan worden gesteld dat dit voor een patiënt met hersenfunctiestoornissen wel eens versnellend zou kunnen werken op de dysfuncties: Weer een probleemstelling overigens, die roept om nader wetenschappelijk onderzoek. Een andere studie die relevant is voor het onderwerp van deze paragraaf is die van Stephens e.a. (gepubliceerd in *Psychology and Aging*, 1988). Dit onderzoek keek naar de wijze waarop verzorgers c.q. familie van de demente patiënt omgaan met stressvolle gebeurtenissen bij de zorgverlening. Er bleek een duidelijke samenhang te zijn tussen 'coping strategie' en het psychosociaal welbevinden van de verzorger. Zij die de gebeurtenissen herdefinieerden om daaruit inspiratie te halen, en aldus in staat waren tot een probleemgerichte wijze van omgaan waren er psychologisch beter aan toe. Dysforie en conflicten kwamen meer voor bij verzorgers die ont-

---

snappings- of vermijdingsgedrag vertoonden. Een directe implicatie van dergelijk onderzoek is dat verzorgers/hulpverleners gerichte adviezen of begeleiding/educatie hieromtrent kunnen krijgen.

Een belangrijk probleem ligt bij de vraag, welke kennis de zorg/hulpverlener (de natuurlijke partner maar ook de professional!) heeft over psychogeriatrische problematiek in het algemeen en die van de aan hem/haar toevertrouwde patiënten in het bijzonder. Op dit gebied is tot dusverre bijzonder weinig onderzoek verricht, terwijl antwoorden op de volgende vragen erg dienstig zouden zijn voor het verbeteren van de zorg: Welke kennis heeft de zorg/hulpverlener van het 'profiel' van de patiënt? Welke tijd heeft hij of zij beschikbaar voor de patiënt, en waaraan wordt deze besteed, bijvoorbeeld aan somatisch functioneren, het 'natje en droogje', dan wel aan de psychologische functiestoornissen en de verwerking daarvan? Welke attitude bestaat bij de zorg/hulpverlener (mede in het licht van het onderzoek van Stephens) en in hoeverre bestaat er een gevoel van controleverlies of zelfs gedepimeerdheid en schaamte bij -ook de professionele-hulp/zorgverlener? Op welke wijze communiceert deze met de patiënt, en wordt hierbij voldoende rekening gehouden met de aard van de communicatiestoornis in termen van stoornissen in het begrijpen of uitdrukken van verbale- en niet-verbale taal? Het is in dit verband ook relevant om te weten, welke de achtergronden en vaardigheden zijn van de professionele hulpverleners in de psychogeriatric, wat er waar is van het vermoeden dat er onder deze professionals nogal wat ziekteverzuim is door een combinatie van de zwaarte van de baan en het relatieve gebrek aan kennis van de complexe problematiek. Als hier duidelijker evidentie voor gevonden wordt, is dat een bevestiging van het beleid dat de Gezondheidsraad in haar eerder genoemde rapport voorstaat, namelijk een verbetering van opleiding en een professionalisering van de zorg. Een laatste punt wat in dit verband genoemd kan worden betreft het werken in multidisciplinaire teams, alweer een voorstel van de Gezondheidsraad. Een dergelijke manier van werken heeft sociaal psychologische implicaties: hoe gaan de teamleden met elkaar om? Wordt de informatie optimaal en adequaat gebruikt? Hoe zit het met de tijdsbelasting in verband met het vergaderen, en op welke wijze kunnen de bijdragen van de verschillende disciplines op elkaar worden afgestemd? Tenslotte: welke mogelijkheden bestaan er in de systematische begeleiding van primaire zorgverleners door meer gespecialiseerde hulpverleners?

## 6. CONCLUDERENDE OPMERKINGEN

De meest basale stelling in het voorliggende stuk is, dat wetenschappelijk onderzoek, c.q. gebruik van wetenschappelijke inzichten en methoden essentieel is voor de gezondheidszorg, hier in het bijzonder de zorg voor ouderen met psychogeriatrische problematiek. Een inventarisatie van de huidige stand van kennis brengt veel punten aan het licht die zich direct al lenen voor een systematische toepassing in de gezondheidszorg. Het 'systematische' in de vorige volzin betekent dat de nieuwe bijdrage/interventie evalueerbaar moet zijn zodat ermee gestopt kan worden wanneer e.e.a. te weinig oplevert. In dezen is meteen van een soort kosten-effectiviteitsstudies sprake waarin de interventie op zijn merites (en niet alleen de economische-!) wordt beoordeeld. Systematisch onderzoek naar voorzieningen voor ouderen is in dezen ook relevant, zoals aan de Rijksuniversiteit Limburg een groot aantal projecten rond dit thema loopt. Het gaat hierin uiteindelijk mede om het vinden van feiten die gebruikt kunnen worden voor het maken van beleid op dit gebied. Ook onderwerpen zoals de wijze waarop psychogeriatrische patiënten verwezen worden en de criteria op grond waarvan zij worden doorgesluisd naar de ene dan wel de andere voorzie-

---

ning zijn in dezen relevant. Het zou in dezen belangrijk zijn om te weten of er sprake kan zijn van verschillende categorieën van psychogeriatrische patiënten, (bijvoorbeeld naar gelang de mate waarin gedrags- c.q. psychiatrische stoornissen op de voorgrond staan). De vraag naar de overeenkomsten en verschillen tussen een regulier verpleeghuis, en soortgelijke faciliteiten verbonden aan een algemeen psychiatrisch ziekenhuis is daarom ook relevant. Dat het belang van gedrags- en psychiatrische stoornissen in de psychogerontologie moeilijk overschat kan worden is een stelling die op grond van het tot nu toe verrichte wetenschappelijk onderzoek verdedigd kan worden, zo dient uit het voorliggende stuk te worden opgemerkt: Die bijdrage is essentieel, niet alleen voor méér zorg maar ook voor een betere zorg.

#### **Aanbevolen literatuur.**

L.E. Persijn (1988): Belasting voor de naaste omgeving. In: Diagnostiek bij het dementiesyndroom. CBO, Utrecht pp 27-31.

W. van Tilburg (1988): Pseudodementie en psychiatrisch onderzoek. In: Diagnostiek bij het dementiesyndroom. CBO, Utrecht pp 32-37.

J. Jolles (1988): Vroege diagnostiek met behulp van neuropsychologisch onderzoek. In: Diagnostiek bij het dementiesyndroom. CBO, Utrecht pp 59-68.

H.F.A. Diesfeldt (1988): Neuropsychologisch onderzoek. In: Diagnostiek bij het dementiesyndroom. CBO, Utrecht pp 69-77.

Psychogeriatrische ziektebeelden, in het bijzonder dementie, depressie en delirium (1988): Advies van een commissie van de Gezondheidsraad aan Minister en Staatssecretaris van WVC. Nota 1988/07 Den Haag.

F.R.J. Verhey en J. Jolles (1988): Over de spraakverwarring rond het begrip dementie en de ziekte van Alzheimer. T. Gerontol.Geriat. 19; 89-96.