

Desondanks blijkt mijn uitleg niets op te leveren. Katja blijft zich afvragen of ik deze niet-declarabele telefoontjes wel zelf moet doen. Ze wekt bij mij de indruk ook doof en blind te zijn voor mijn laatste weerwoord dat je je, door moeilijker bereikbaar te zijn voor specialisten, huisartsen, apotheken en patiënten, daarmee ook negatieve mond-tot-mondreclame op de hals haalt.

Vervolgens hebben we het over mijn coach, bij wie ik sinds mijn functioneringsgesprek in mei kom. Of ik er wat aan heb?

‘Ja, zeker, maar de dagelijkse praktijk verandert er niet door.’ Ik vertel over mijn twijfels of ik zo wel wil werken en dat mijn grootste probleem de veranderende mentaliteit is. ‘Toen ik hier kwam werken, bestond er nog geen polikliniek voor ouderen en deed ik alleen de kliniek. Nu doe ik drie van de vier dagen polikliniek en krijg ik vijf uur voor de kliniek, en dat is inclusief alles wat daarmee samenhangt. Dat is veel te weinig tijd voor te veel werk.’

Ik vraag of bezoeken op andere afdelingen, aan afgezonderde patiënten (vanwege hun heftige onrust of ernstige suïcidaliteit), declarabel zijn. ‘Die heb ik namelijk tijdens mijn waarneming voor verschillende collega’s onlangs in juli niet geregistreerd.’

Zonder hierop in te gaan begint Anita mij te complimenteren dat ik in die periode opvallend kalm was en zo veel werk verricht heb: ‘Je bleef zo rustig, ook volgens anderen.’

Dat mijn administratieve verplichtingen erdoor zijn blijven liggen benoem ik niet. Dan had ik iets kunnen aanhoren over ‘efficiënter werken’ en zo. Het is een van de realiteit losgezongen begrip dat door leidinggevendenden misbruikt wordt om een probleem bij de ander te houden in plaats

van er serieus op in te gaan. Met hard werken en doorstomen heb ik geen problemen, zolang het maar met mijn vak te maken heeft.

Ik vraag nogmaals of bezoeken aan afgezonderde patiënten niet als een psychiatrisch onderzoek gedeclareerd kunnen worden.

Volgens Anita niet, maar volgens Katja zou dat moeten kunnen, want op haar vorige werkplek mogen zelfs de arts-assistenten psychiatrische onderzoeken declareren.

‘Kassa,’ volgens Katja.

De dames gaan uitzoeken of dat ook bij ons kan, want Anita blijft erbij dat het niet mag.

Na een uur is het gesprek afgelopen. Ik voel me alsof ik uit een tandartsenstoel kom. Op mijn kamer blaas ik stoom af aan mijn bureau, starend naar het schilderij aan de muur tegenover me; mijn ellebogen op het tafelblad en de vuisten onder mijn kin. Mijn gedachten staan even stil. Ik zou er eigenlijk mee willen stoppen, weggaan van hier. Maar waar naartoe? Denkend aan het tv-programma *Het roer om* geef ik mijn fantasie de ruimte. Wat als ik er nou eens helemaal mee stop, iets totaal anders ga doen? Bootjes verhuren? Een restaurantje beginnen of een winkeltje voor tweedehands boeken? Ik zou me ook vrij kunnen gaan vestigen in Benidorm of een ander zonovertogen oord in het buitenland waar veel oudere Nederlanders overwinteren. Daar zou ik mijn diensten kunnen aanbieden aan de Nederlandse huisartsen, en dan halve dagen gaan werken. Maar een echte oplossing zie ik niet zo snel. Het gevoel klem te zitten wordt er alleen maar erger door.

De uren daarna merk ik dat ik het gesprek met Katja en Anita aan het herkauwen ben, en het hindert me in mijn

werk. Het is vooral dat gevoel dat ze niet willen geloven dat het niet efficiënter kán en dat ouderen nu eenmaal arbeids- en tijdsintensiever zijn dan jongere volwassenen met hun psychiatrische problematiek. De rest van de dag noteer ik in trefwoorden alles wat ik doe, van minuut tot minuut. Niet alleen de vaste zaken, maar vooral wat er tussendoor komt, zoals de niet uit te stellen overleggen met medewerkers over patiënten, tussengeschoven patiënten die gezien moeten worden, recepten schrijven, telefoontjes. En ook de hindernissen om mijn werk te kunnen doen, zoals het regelmatig vastlopen van ons EPD en andere software, en de onbereikbare helpdesk.

Nog enigszins in oorlogsstemming loop ik tegen 10:30 uur naar de afdeling. In de deuropening staat Mevrouw Kalsbeek, de ex-zakenvrouw met doodswens en nu ook nog de gevolgen van een beroerte.

Zodra ze me ziet, roept ze: ‘Hé, ííits,’ en heft haar hand. Ze komt niet uit haar woorden, maar herkent mij dus wel direct. ‘Hé, wacht, we zullen spreken, mijn zuster, vrijdagochtend,’ komt er wat hakkelend uit.

Ze knikt instemmend als ik verwoord wat ik begrepen heb: ‘U wilt graag met me praten, samen met uw dochter? Is goed, gaan we doen,’ zeg ik rustig, ‘overmorgen, woensdagmiddag.’ Dat is mijn vaste tijd voor de kliniek. Patiënte is tevreden.

Vooral rustig aanhoren wat iemand met deze aandoening wil en soms een woord aanreiken helpt om te voorkomen dat de patiënt wanhopig wordt als ze zichzelf niet de juiste woorden horen zeggen. Van de verpleging hoor ik dat haar dochter bezig is om zelf een logopedist in te huren omdat

wij die faciliteit niet bieden, iets waarvan ik zelf vind dat wij daarin tekortschieten.

In de verpleegpost komt Els, onze specialist ouderengeneeskunde (sog) naar mij toe. Mevrouw Simons heeft nog steeds gezwollen oogleden door een val. Met haar goede oog kan ze daardoor nauwelijks kijken. Ze zit nu in een rolstoel. Naar aanleiding van haar doodswens is er een familiegesprek geweest. Patiënte gaf daarin opnieuw aan dat het leven wat haar betreft afgelopen mag zijn, ze verlangt naar de dood. Anderzijds wil ze nog wel naar het ziekenhuis voor een behandeling indien dat nodig en mogelijk is. Afsgesproken is dat de behandeling maximaal zal zijn, tenzij het medisch zinloos wordt. Ik hoor nu dat ook de linkerarmfunctie de afgelopen dagen achteruit is gegaan terwijl ze sinds een val vorig jaar al ernstig krachtsverlies heeft in haar rechterarm en schouder. Ze kan nu niet meer zelfstandig een glas of zelfs maar een lepel vasthouden. Ik ben benieuwd wat ik vandaag ga zien.

### **Het verhaal achter mevrouw Simons (88)**

Patiënte is tot haar pensionering werkzaam geweest in de zorg en volgens haar dochter was zij altijd een kordate, bezige bij die van aanpakken wist. Ik leerde haar circa tien jaar geleden kennen toen zij bij ons werd opgenomen met een ernstige depressie en de overtuiging had dat overal camera's hingen die haar in de gaten hielden. Twee jaar is zij dan al door een vrijgevestigde psychiater tevergeefs behandeld met gesprekken en vijf verschillende antidepressiva. Aanleiding voor haar depressie met 'psychotische kenmerken', oftewel het buiten de werkelijkheid staan, is naar alle

waarschijnlijkheid het kort na elkaar moeten verwerken van grote indringende levensgebeurtenissen. Ze werd onverwacht weduwe en ging spoedig daarna verhuizen, waar zij spijt van kreeg. In dezelfde tijd overleden twee hartsvriendinnen.

Tijdens haar opname wordt mevrouw Simons volgens de Nederlandse richtlijn voor de behandeling van depressies, met een volgend antidepressivum, nortriptyline, behandeld. Na ruim een maand herrijst zij uit de depressie maar schiet door: ze wordt actief en spraakzaam. Patiënte is dan prettig in de omgang, ziet er keurig verzorgd uit en onderneemt allerlei activiteiten. Op de afdeling neemt ze leeftijdgenoten die dat eigenlijk niet willen op sleeptouw mee naar buiten. Het is allemaal net iets te veel van het goede; niet storend maar wel vermoeiend voor de omgeving. Omdat de nortriptyline deze lichte ontremming (hypomanie) waarschijnlijk veroorzaakt, wordt de dosis hiervan verlaagd, waarna patiënte in enkele dagen weer depressief wordt. Een ander antidepressivum helpt niet. Terug naar de nortriptyline? Dan eerst, om te voorkomen dat ze weer doorschiet, instellen op lithium zoals dat voorgeschreven wordt door de richtlijn voor de behandeling van bipolaire stoornissen. Want een verandering in diagnose is nu nodig, inclusief een andere behandeling. De combinatie van nortriptyline met lithium blijkt te werken.

Na ruim vier opnamemaanden wordt mevrouw Simons in relatief goeden doen naar huis ontslagen. Zij heeft dan de diagnose bipolaire stoornis gekregen. Ik zie haar maandelijks op de polikliniek, onder andere voor de controle van haar lithium.

Ondanks dat mevrouw goed is ingesteld op haar medi-

catie – de bloedconcentraties (spiegels) van de nortriptyline en lithium zijn goed – blijft ze schommelingen in haar stemming houden die ik probeer bij te sturen met verhoging, verlaging of verandering van haar medicatie. In de loop der tijd krijg ik echter de indruk dat ik met de medicatiebijstellingen eerder achter haar ritme aanloop dan dat ik een stemmingsomslag voorkom. In het eerste behandeljaar heeft patiënte zeven keer een stemmingsomslag van een depressie naar een hypomanie of andersom. In latere jaren varieerde dat van drie tot dertien keer per jaar. Vier of meer keer per jaar wordt *rapid cycling* genoemd.

In haar depressieve episodes onderneemt mevrouw Simons weinig. Ze ligt vaak in bed, slaapt veel en komt nauwelijks buiten. De boodschappen worden dan door de burenen gedaan. Haar kinderen wonen te ver weg om te kunnen inspringen. De ene keer verbleekt de depressie en het passieve gedrag spontaan na een paar weken. De andere keer duurt het langer, lijkt het ernstiger te worden en besluit ik om de medicatie bij te sturen. Ook dan verdwijnt de depressie weer en zit ik met de vraag: is de verbetering ondanks of dankzij het antidepressivum? Vervolgens moet de dosering van het middel weer omlaag vanwege de bijwerkingen, zoals toegenomen duizeligheid en een te lage bloeddruk met daardoor valgevaar.

Naarmate haar burenen door hun eigen toenemende ouderdom mevrouw Simons niet meer kunnen opvangen, wordt patiënte tijdens haar depressies steeds vaker opgenomen omdat ze anders in bed zou verkommeren. De stemmingswisselingen verlopen soms zo snel, dat tegen de tijd dat zij met ontslag kan, er alweer een depressieve episode ontstaat, waardoor dit ontslag niet door kan gaan. Op een keer is pa-

tiënte dermate ernstig depressief dat gevreesd wordt voor haar leven, zo slecht eet en drinkt zij. Mevrouw wordt elders aangemeld voor elektroconvulsietherapie (ECT) waarbij onder narcose een korte epileptische aanval wordt opgewekt om de ernstige depressie te behandelen. Op de ochtend van de overplaatsing verschijnt patiënte echter goedgemutst aan het ontbijt alsof er niets meer aan de hand is. De ECT wordt afgezegd.

De situatie van onvoorspelbare stemmingsomslagen duurt op een gegeven moment meer dan een jaar en het lukt mij niet om haar langdurig stabiel te krijgen. Patiënte heeft soms een eigen kamer op de opnameafdeling, maar regelmatig moet zij verhuizen naar een vierpersoonskamer (of andersom) omdat een van die paar eenpersoonskamers nodig is voor een nieuwe patiënt. Het telkens moeten verhuizen van kamer stelt haar behoefte aan privacy op de proef. Ik heb met haar te doen. In overleg met haar en haar familie wordt ze daarom aangemeld voor een verzorgingshuis, in de hoop dat zij daar tijdens haar depressieve episodes opgevangen kan worden in samenwerking met onze spv'ers die daar ook komen voor andere patiënten. Maar het CIZ wijst de aanvraag voor het verzorgingshuis af wegens onvoldoende lichamelijke gebreken. Na wat onnodig bureaucratisch gesteggel krijgt ze toch een indicatie. De wachtlijst voor het verzorgingshuis blijkt een jaar te zijn. Besloten wordt om patiënte bij ons te laten wachten en haar te stimuleren tussendoor naar huis te gaan.

Nog geen half jaar later blijkt mevrouw Simons tweede op de wachtlijst. Ze ziet uit naar de eigen woning, maar is ook bang daar snel te zullen overlijden zoals haar moeder overkomen is. Een maand later blijkt ze ineens veertien-

de op de wachtlijst te zijn en vervolgens weer tiende. Het verzorgingshuis blijft vaag over de reden. De wachttijd bedraagt nog eens één tot twee jaar. Patiënte vangt de klap redelijk goed op, maar hoe nu verder?

Volgens het management houdt mevrouw te lang een duur opnamebed bezet. Het management dringt aan op doorplaatsing naar een andere (lees: goedkopere) afdeling in afwachting van een kamer in het verzorgingshuis. Met andere woorden: wachten in 'de chroniciteit', op een verblijfsafdeling voor chronisch psychiatrische patiënten. Ik heb hier grote moeite mee, want de patiënten op zo'n afdeling zijn door hun jarenlange psychiatrische problemen ernstig sociaal geïnvaleideerd geraakt en disfunctioneren erg. Van een actieve revaliderende benadering is bij lange na geen sprake. Mevrouw Simons lijkt in de verste verte niet op hen. Ik probeer het tegen te houden maar heb geen alternatief. Patiënte is inmiddels weer depressief. Tijdens een uitgebreid familiegesprek zegt ze de aangekondigde overplaatsing vreselijk te vinden, maar 'wat moet, dat moet'. Omdat verblijf in de chroniciteit op een andere manier bekostigd wordt, namelijk niet meer door de zorgverzekeraar maar vanuit de Wet Langdurige Zorg, kan patiënte niet meer enkele dagen per week naar de dagbehandeling. Voorheen ging ze daar in het zicht van ontslag overdag vanaf de opname afdeling naartoe om alvast verschillende therapieën te volgen en de overgang van ontslag naar huis niet te abrupt te laten zijn. Op de dagbehandeling heeft zij haar contacten met medepatiënten die zij al jaren kent. Dat mag nu niet meer. Voor deze tijdelijke overplaatsing moet voor het CIZ een formulier van zeventien bladzijden ingevuld worden.

Als ik mevrouw Simons twee weken na de overplaatsing



op de nieuwe afdeling zie, is ze erg somber. Zij vindt het daar maar niets en vertelt dat ze er met niemand kan praten, waarna zij voordoet hoe sommige chronische patiënten erbij zitten: stilletjes, apathisch en onderuitgezakt voor zich uit kijkend. Het liefst wil ze voorgoed inslapen, zegt ze.

Enkele weken later belt haar dochter mij ongerust. Zij is van mening dat moeder op deze afdeling geen sociale contacten kan maken. Zij vindt haar alleen maar achteruit gaan. Ik kan het niet ontkennen maar heb geen oplossing, ik voel me machteloos.

Een week later komt het bericht dat er een kamer vrij is in het verzorgingshuis. Ondanks haar depressiviteit is mevrouw Simons er blij mee. Ze voelt zich beroerd, heeft nergens fut voor en vertelt spierschokjes in de armen te voelen. Teveel lithium kan dit veroorzaken maar haar bloedspiegel is goed, ook heeft zij geen andere specifieke klachten. Aan haar andere medicijnen kan ik het ook niet toeschrijven. Ik spreek met haar af het even aan te kijken.

Ondanks dat er een kamer voor patiënte is, beweert het verzorgingshuis geen indicatie te hebben gekregen voor haar en volgens het CIZ is onze indicatieaanvraag nooit ontvangen. Door ervaring wijs geworden hebben we gelukkig van alle documenten een kopie. Niettegenstaande haar somberheid zetten we het ontslag door; opgenomen blijven wordt meer-van-hetzelfde. Na negen weken in de chroniciteit wordt mevrouw depressief ontslagen naar het verzorgingshuis. Misschien heeft een andere omgeving een positieve invloed op haar stemming.

In de maand daarna belt mevrouw Simons regelmatig af voor onze dagbehandeling. Als ik haar bel, klinkt ze hees, neerslachtig, mat en vlak. Ze is gevallen en heeft een pijnlijk

been. Ze voelt zich waardeloos. Het wonen in het verzorgingshuis is erg wennen. In de recreatiezaal en de dagopvang van het huis komt ze vrijwel niet vanwege de passiviteit en geheugenproblemen van de andere deelnemers. Voor haar visite vindt ze het vervelend dat ze niet zo veel te zeggen heeft. Ze vindt haar situatie 'redelijk uitzichtloos'.

Dit speelde zich allemaal af tot vorig jaar zomer. Als ik patiënte dan vlak voor mijn 5-daagse bijscholingscursus bezoek, is haar toestandbeeld onveranderd matig. Ze loopt slecht.

Nog voordat ik terug ben, word ik gebeld door collega Tijmen die voor mij waarneemt. Al enkele dagen is mevrouw Simons opgewekt, overactief en ze slaapt nauwelijks. Een keer heeft ze met haar vingers gegeten. Ze is gevallen en heeft nu hechtingen in het gezicht en een mitella vanwege een gekneusde rechterarm en schouder. Ze is achterdochtig en ervan overtuigd dat haar vriendin is ontvoerd en ze ziet mensen die er niet zijn. Mevrouw Simons is inmiddels weer in onze kliniek opgenomen, maar haar toestandbeeld lijkt te verergeren na iedere verhoging van het antipsychoticum waarmee inmiddels begonnen is. Af en toe is ze helemaal in de war. Omdat ik patiënte goed ken, wil Tijmen even overleggen. Ik adviseer hem om het antidepressivum dat ze nog steeds slikt en haar ontremming kan versterken, te stoppen en van antipsychoticum te wisselen.

Een paar dagen later zie ik mevrouw Simons. Ze is duidelijk aan de beterende hand, is blij me te zien maar heeft een opvallend vermagerd gezicht. De psychose is verdwenen. Patiënte is opgewekt en zelfs wat druk, maar niet storend.

Een week later is ze nog steeds goed gehumeurd, maakt ze een iets rusteloze indruk en klaagt over speekselvloed.

Ze loopt instabiel, met snelle kleine pasjes, als een parkinsonpatiënt, een bijwerking van het antipsychoticum. Ze begrijpt dat het effect van het verlagen van dat middel nog even afgewacht moet worden. De schouderblessure door de val lijkt zich verder te ontwikkelen naar krachtsvermindering van de rechterarm, hangende mondhoek rechts en verhoogde reflexen. Wegens verdenking op een beroerte volgt neurologisch onderzoek en een CT-scan van de hersenen, maar er wordt geen oorzaak gevonden.

Mevrouw Simons valt nog een keer, nu 's nachts. Ondanks een blauw oog, een schaafwond op het hoofd en een pijnlijke heup blijft ze opgewekt, druk en spraakzaam, en soms gedesoriënteerd in tijd. Op de afdeling houdt zij tegenover haar medepatiënten een waar pleidooi voor het verzorgingshuis en zet ze uiteen hoe haar eigen opstelling daarover ten positieve veranderd is. Tussendoor klaagt patiënte over dorst. Haar urineproductie blijkt bijna zes liter per dag te bedragen. De internist denkt dat het komt door het langdurige lithiumgebruik; een paar andere aandoeningen moeten nog uitgesloten worden. Terwijl daar onderzoek naar gedaan wordt, normaliseert haar stemming en kan zij half oktober met ontslag.

Nog geen week later word ik gevraagd met spoed bij mevrouw te komen kijken. Ze is weer depressief, ligt alleen maar op bed, en eet en drinkt nauwelijks. Aangezien ze nog steeds veel plast, bestaat het risico op uitdroging. Opname volgt. Haar stemming verbetert langzaam, maar patiënte voelt zich schuldig over alles in haar leven dat verkeerd is gegaan en tegenover iedereen die zo veel voor haar doet. Het plasprobleem verdwijnt spontaan.

Vijf maanden later is mevrouw Simons nog steeds opge-

nomen. Ze klaagt over krachtverlies in haar rechterhand tot in haar schouder. 's Nachts wordt ze een keer onverklaarbaar en zonder letsel op de grond aangetroffen. Ze wordt depressiever, valt nog een keer, zonder veel schade, maar gaat verder achteruit in stemming. Eten en drinken doet ze nauwelijks en overplaatsing naar een academisch centrum voor ECT is noodzakelijk. In tegenstelling tot onze ECG-onderzoeken naar het vallen van patiënte wordt daar nu wel een hartritmestoornis ontdekt die het vallen kan verklaren. Ze krijgt een pacemaker. Na twaalf weken en zeventien ECT-behandelingen zonder resultaat, wordt mevrouw teruggeplaatst met geheugenklachten. Voor haar niet-functionerende rechterhand en -schouder is nog steeds geen oorzaak gevonden.

Wederom ontstaat binnen het behandelteam en ook met het management de discussie: toewerken naar ontslag naar huis of naar de chroniciteit? Voor de chroniciteit is mevrouw Simons geestelijk te goed en voor het verzorgingshuis tijdens de onvoorspelbare periodes van depressiviteit te slecht en tijdens een manische episode niet te hanteren. Maar haar stemming verbetert en patiënte gaat vaker naar haar woning om weer te wennen. Ze begint te slepen met haar rechterbeen, maar het lijkt haar niet te deren. Vier weken geleden werd ze weer stiller en staan haar ogen weer op 'depressief'.

Net als vorig jaar werd ik tijdens mijn afwezigheid gebeld. Dit keer was het Els, onze sog. Mevrouw Simons is gevallen, heeft een diepe hoofdwond en gezwollen oogleden waardoor ze nauwelijks kan zien. Naast het functieverlies van haar rechterarm sinds de val vorig jaar, lijkt dit nu ook te gebeuren met haar linkerarm. Zowel geestelijk

als lichamelijk lijkt patiënte vrij snel achteruit te gaan en ze geeft aan niet meer verder te willen leven. Afgesproken wordt zoveel mogelijk de wensen van patiënte te volgen en een verpleeghuisplaatsing in het achterhoofd te houden, maar dit pas te bespreken in een familiegesprek dat Els nog tijdens mijn afwezigheid zal hebben.

Ik ben benieuwd wat ik vandaag zal aantreffen en loop naar de huiskamer. In het gezicht van mevrouw Simons valt direct de forse zwart geworden bloedkorst op die haar linker wenkbrauw verbergt, en de veelkleurige bloeditstorting onder het rechteroog. We spreken af dat ik haar nog wat langer spreek na haar middagdutje, om halfvier.

Als ik me omdraai om weg te lopen, staat mevrouw Idema pal achter me. Henk vertelde op het ochtendrapport dat mevrouw morgen overgaat naar een verzorgingshuis. Of ik haar nog een hand wilde geven. Ze stond daarom op mijn lijstje.

### **Het verhaal achter mevrouw Idema (69)**

Patiënte, een kleine gezette vrouw met kort krullend en grijzend haar, leerde ik een aantal jaren geleden kennen toen ze bij ons opgenomen werd wegens toenemende achterdocht en ontremming nadat een vriendin haar aanraadde om met haar medicijnen te stoppen. Volgens haar kinderen functioneerde moeder jarenlang goed op deze medicatie, maar zonder is ze zeer ondernemend en toenemend vermoeid aan het raken. Ze put zichzelf uit, is niet meer voor rede vatbaar en raakt geagiteerd als ze hierop aangesproken wordt. In de dagen voor de opname koopt mevrouw een nieuwe wasmachine voor haar zoon. Ook wil zij een nieuwe auto voor hem kopen, terwijl ze daar het geld niet voor heeft. Ze is onrustig, prikkelbaar en maakt ruzie, waardoor een