



Annuntiatenstraat 92  
8000 Brugge

Tel: 050/34 11 70  
e-mail: [info@op-wvl.be](mailto:info@op-wvl.be)  
<http://www.op-wvl.be/>

## VISIETEKST: GGZ VOOR OUDEREN < EXPERTGROEP OUDEREN GGZ WEST-VLAANDEREN >

### 1. Inleiding

In 2010 was 13% van de Vlaamse bevolking tussen 65 en 80 jaar oud en 5% is ouder dan 80 jaar. Tegen 2030 zal dit aandeel oplopen tot respectievelijk 17% en 7%. Het segment van oudste ouderen, boven de 80 jaar, kent proportioneel de sterkste bevolkingsgroei. Zo komen er tegen 2020 in Vlaanderen 80.000 80-plussers bij. Deze veranderende demografische realiteit dwingt Vlaanderen om actief op zoek te gaan naar een aangepast beleid dat inspeelt op de bijhorende maatschappelijke veranderingen.

Binnen de GGZ zelf vormen ouderen een aparte doelgroep gezien de specificiteit van hun problematiek. Factoren als polypathologie, multicausaliteit, comorbiditeit alsook de specifieke verschijningsvorm van heel wat psychiatrische ziektebeelden en psychologische moeilijkheden vereisen een gespecialiseerde diagnostiek en een aangepast behandelaanbod. Desondanks wordt vastgesteld dat er binnen de zorg voor volwassenen weinig expertise in functie van gespecialiseerde GGZ voor ouderen voorhanden is.

Nieuwe groepen ouderen doen bovendien hun intrede. We denken aan allochtone ouderen, ouderen met complexe problemen, ...

Tijdens de besprekingen tijdens de expertgroep ouderen GGZ, evolueerde het begrip 'ouderen met een problematiek op vlak van geestelijke gezondheid' naar 'psychisch kwetsbare ouderen' juist gezien de niet steeds zichtbare en concreet aanwijsbare psychiatrische problematiek maar de heel vaak geconstateerde toestand van onwelbevinden, eenzaamheid, vage psychologische symptomatologie en dikwijls vermoede gemaskeerde psychiatrische aandoeningen (depressie, verslaving, ...). Kwetsbare ouderen zijn ouderen die omwille van de omstandigheden waarin ze zich bevinden en de kenmerken die ze hebben, een grotere kans hebben om een nood aan zorg en hulp te hebben. Kwetsbaarheid of „frailty“ wordt in de literatuur op zeer veel manieren gedefinieerd en gemeten (zie onder meer Armstrong et al., 2010; Cigolle, 2009; De Lepeleire et al., 2009; Gobbens et al., 2009; Pet-Littel et al., 2009; Puts et al., 2009). Tegenwoordig raakt men het er steeds beter over eens dat kwetsbaarheid multi-dimensioneel is (Gobbens et al., 2010). Hun problemen zijn meervoudig en situeren zich op verschillende domeinen, zowel het

psychische als het lichamelijke, sociale en existentiële domein. Ook merken we dat de problemen zich op de verschillende levensdomeinen voordoen: zinvolle tijdsbesteding, mobiliteit, wonen, ADL, communicatie. Dit noodzaakt tot een integrale en multisectorale aanpak van de noden van de oudere bevolking.

## **2. Specificiteit van de doelgroep ouderen**

### **2.1. Zornoden**

Depressie en dementie behoren tot de meest voorkomende problemen bij ouderen. Zij hebben impact op mortaliteit bij ouderen (St. John & Montgomery, 2009) en op de kans op opname in residentiële zorg (Gaugler et al., 2009; Harris, 2007; Onder et al., 2007), maar zijn moeilijker detecteerbaar dan lichamelijke symptomen.

Daarnaast zijn problemen van verslaving en gebruik/misbruik van kalmerende medicatie vaak voorkomend bij ouderen. Psychische problemen worden vaak verhuuld achter somatische waarmee cliënten bij de huisarts aankloppen. Cliënten 'shoppen' vaak van arts tot arts, waardoor het medicatiegebruik in stand gehouden wordt, met mogelijke verslaving tot gevolg.

Ouderen bij wie de problemen op vlak van geestelijke gezondheid gedetecteerd zijn, bevinden zich meestal in de residentiële GGZ. Echter verdient de thuissituatie van ouderen – de meeste ouderen wonen ook thuis – de nodige aandacht. Veel niet gedetecteerde geestelijke gezondheidsproblemen bij ouderen doen zich voor in die thuissituatie. Dit gaat dan zowel over problemen die helemaal niet herkend worden als over problemen waarbij de hulpverlener slechts 'vaag' iets aanvoelt zonder er de vinger te kunnen op leggen. Niet gedetecteerde problemen worden bij gevolg ook niet behandeld. Daarnaast vinden we in de thuissituatie ook heel wat zorgmijders. Hoewel de GGZ de grens met bemoeizorg dient te bewaken, zullen bepaalde interventies ook in die situaties aanbevolen zijn.

Van Audenhove stelt dat het niet altijd vanzelfsprekend is om een depressie te herkennen, zeker niet bij ouderen. De term „gemaskeerde depressie“ wijst op de moeilijkheid om een juiste diagnose te stellen tussen en naast andere uitlokkende factoren. Tijdens het verouderingsproces kunnen verschillende verlieservaringen zoals een verminderde zelfredzaamheid, chronische ziekten, het rouwproces na overlijden en beginnende Alzheimer-dementie zorgen voor langdurige emotionele klachten en zo de diagnostiek van depressie bijkomend bemoeilijken (Van Audenhove et al., 2007).

In 2007 werd aan 20% van de 75+ers antidepressiva voorgeschreven om de grote prevalentie van emotionele onregeling op te vangen. Hoewel niet al die ouderen voldoen aan de criteria voor een depressieve stoornis, worden psychofarmaca dus ook ingezet bij

mildere vormen van depressiviteit (Casteels et al., 2010). De differentiële diagnose voor depressie is vooral bij ouderen met beginnende dementie moeilijk voor zorgverleners uit de eerste lijn.

## **2.2. Zorgaanbod**

### **2.2.1 Maatschappelijke evolutie**

Binnen de huidige evolutie van vermaatschappelijking van de zorg (cfr. art 107 voor volwassenen) vergroot de aandacht voor de zorg in de thuissituatie. De focus ligt op preventie, detectie en vroegbehandeling. Daar zal een intersectorale samenwerking tussen GGZ en belendende velden onontbeerlijk zijn. Er hoeven binnen deze visie op GGZ voor volwassenen geen nieuwe zorgvormen bedacht te worden, wel een antwoord gegeven te worden op de vraag: 'Hoe gaan de bestaande zorgactoren in een vernieuwde vorm samenwerken?'. Actoren zullen minder op zich afgesloten entiteiten vormen. Dit zorgt voor nieuwe uitdagingen of vlak van afstemmen en samenwerken.

Ouderen verkiezen zelf ook om thuis te blijven en de overstap naar residentiële zorg zo lang mogelijk uit te stellen (Vanden Boer & Vanderleyden, 2004; Van Meerbeeck, 2003). De doelstellingen van de overheid en de wensen van de ouderen vallen dus samen. De overgrote meerderheid van de Vlaamse ouderen woont bovendien thuis.

De maatschappelijke waarden evolueerden in de loop der jaren naar een grotere individualisering. Waar de oudere vroeger vaak opgenomen was binnen een familiale context, zien we nu steeds meer vereenzaming. Uit onderzoek (Prof Verté) blijkt dat dit gevoel van sociale cohesie een grote impact heeft op het welbevinden van ouderen. Er dienen dus nieuwe vormen van sociale cohesie ontwikkeld te worden. Verder vormt het bieden van aanklappende zorg een andere mogelijkheid om het isolement tegen te gaan en vroegtijdig problemen te detecteren.

### **2.2.2. Specifieke kenmerken**

Voor de doelgroep ouderen zijn er een aantal specificiteiten. Wat de capaciteit van de (bestaande) zorgvormen betreft, signaleren we een tekort. De bestaande zorgvormen en plaatsen dienen te worden uitgebreid, en systematisch en gestructureerd te worden aangeboden. Door de toename van het aantal ouderen zal dit in de toekomst nog meer nodig blijken. Ook is er voor de doelgroep ouderen een aanpassing van de bestaande zorgvormen nodig. We denken dan bv. aan nieuwe woonvormen als beschut wonen voor ouderen, PVT voor ouderen alsook centra die in de detectie en opvolging van dementie voorzien. Deze opvolging van dementie blijft op heden vaak achterwege.

### **2.2.3. De hulpvraag**

**Wie**

Het zorgsysteem kent een evolutie van organisatiegestuurdheid naar vraaggestuurdheid. Kenmerkend voor de doelgroep ouderen is dat de hulpvraag niet enkel van de cliënt zelf komt, maar ook vanuit zijn of haar omgeving (bv. familie, burens, huisarts, gezinszorg of thuisverpleging). Ouderen ervaren verder vaak een taboe om een vraag naar de GGZ te stellen. Daarom moet er naast het op de ouderen zelf gerichte zorgaanbod ook aandacht zijn voor het aanbod gericht op de hulpverlening en de context van ouderen.

## **Waar**

Ouderen die behoefte hebben aan hulpverlening vanuit de sector GGZ komen niet énkél en automatisch binnen die sectoren terecht met hun hulpvraag. Redenen hiervoor zijn o.m. de beperkte beschikbaarheid en toegankelijkheid alsook de hoogdrempeligheid vanuit het perspectief van de oudere van de gespecialiseerde GGZ-voorzieningen. Onderzoek leert dat door beeldvorming en sociologische fenomenen de meeste ouderen met GGZ-behoeften de weg naar een adequate GGZ-zorg niet vinden. Binnen de thuiszorg en de residentiële ouderenzorg vindt men ouderen met specifieke GGZ-noden die gebaat zijn met GGZ-interventies. Voor deze sectoren dient de GGZ deze opdracht nog in zekere mate in te vullen.

Bovendien zijn een aantal mentale problemen uitingen van somatisch lijden. Deze veelzijdigheid betekent een bijzondere uitdaging voor de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg voor ouderen en maakt de integratie van GGZ-voorzieningen met zorgvoorzieningen uit andere sectoren (zoals o.m. ouderenzorg en 1<sup>ste</sup> lijnszorg) en andere zorgbeoefenaars, we denken in het bijzonder aan huisartsen, een noodzaak.

## **3. Beleidsaanbevelingen**

### **3.1. Statuut voor de mantelzorger, vrijwilliger en ervaringsdeskundige**

Uit onderzoek blijkt dat de belangrijkste determinanten voor een overstap uit de thuissituatie vooral zijn ingegeven door onderliggende cognitieve of functionele achteruitgang, een gebrek aan ondersteuning of onvoldoende hulp bij het uitvoeren van de activiteiten van het dagelijks leven (Luppa et al., 2009). Het beleid zal dus op deze nood moeten inspelen en diegenen betrekken die in relatie staat tot de oudere in de thuissituatie. Er wordt beroep gedaan op de intergenerationele solidariteit.

Naast het actief betrekken van de mantelzorger in de uitbouw van het zorgproces, moet er dus ook aandacht zijn voor het kwetsbare evenwicht tussen de draagkracht en de draaglast bij mantelzorgers. Zo blijkt uit een overzicht van bestaande studies dat de prevalentiecijfers van depressieve stoornissen bij mantelzorgers van ouderen met dementie schommelen tussen 15 en 32% (Cuijpers, 2005). In Vlaanderen geeft de helft van de mantelzorgers van dementerende ouderen aan onvoldoende sociale steun te krijgen (Spruytte et al., 2000)

Ook vermindert het aantal mantelzorgers door de evolutie van langer werken. De mantelzorgers bevinden zich namelijk vooral in de leeftijdscategorie 55-65 jaar. De

vroegdetectie voor bepaalde problematieken bij ouderen kan er o.m. voor zorgen dat niet alle druk in een latere fase op dit systeem komt te liggen.

### **3.2. De zorg eenvoudig, nabij en betaalbaar organiseren**

Gezien de beperkte mobiliteit van veel ouderen, is het belangrijk dat er zich op lokaal vlak initiatieven ontwikkelen. We denken aan de reeds gestarte en nog opstartende woonzorgprojecten in de Provincie West-Vlaanderen die zich richten op kwetsbare groepen met het oog op kwaliteitsvol wonen door het aanbieden van zorg en welzijn (in de thuissituatie/ in het lokaal dienstencentrum).

Ook bij hen leeft de vraag om GGZ expertise toe te voegen. Gezien de laagdrempeligheid van de aangeboden hulp en het aanklampend karakter van hulp in de thuissituatie en tenslotte het bereik van een grote doelgroep, ligt daar een opportuniteit voor de GGZ om een brug te slaan.

### **3.3. Uitbreiding van capaciteit**

Om de lijn van de vergrijzing te volgen is uitbreiding van de capaciteit één zaak. Er zullen meer plaatsen in de hulpverlening moeten gecreëerd worden om de toenemende groep ouderen op te vangen.

Een andere zaak is het om kritisch na te denken of de bestaande capaciteit in de hulpverlening goed ingevuld wordt. Bereikt men namelijk de doelgroep die men wil bereiken? Dreigt in sommige gevallen de bestaande hulpverlening niet dicht te slibben doordat een ander cliënteel dan het beoogde van het aanbod gebruik maakt? Wordt m.a.w. de meest kwetsbare cliënt wel bereikt?

### **3.4. Uitbreiding van competentie**

Iedereen is het erover eens dat de GGZ zich dicht bij de oudere cliënt en de plaats waar hij/zij zich bevindt, dient te begeven. Dat er m.a.w. GGZ competenties moeten toegevoegd worden aan de bestaande hulpverleners en het netwerk rond de cliënt.

Gezien de reeds bestaande werkdruk bij verzorgenden en verplegenden in de ouderensector en thuiszorg, de schaarse middelen en het gebrek aan capaciteit om alle noden voor deze doelgroep in te vullen, kunnen deze competenties bezwaarlijk door dezelfde hulpverleners worden opgenomen. GGZ expertise dient te worden binnengebracht, dit in samenwerking met en onder vorm van professionele ondersteuning. Hiertoe zijn extra middelen en structurele werkvormen vereist.

Outreaching en externe liaison, nu reeds door de CGG aangeboden, vormt daar een voorbeeld van. Ook wordt er vanuit de thuiszorg reeds intens samengewerkt met de diensten Psychiatrische Thuiszorg, de PET (psychiatrische expertise teams) in regio Noord.

Bepaalde samenwerkingen zijn historisch gegroeid. Echter is het belangrijk hierbij het blikveld te verruimen en niet enkel GGZ expertise toe te voegen vanuit de GGZ actoren die

tot nu toe meest gekend zijn. We denken dan in uitbreiding bv. ook aan 1<sup>ste</sup> lijnsdiensten, welzijnsorganisaties, CAW, OCMW, mutualiteiten, teams van Functie 2a, 2b, ...

### **3.5. Beoordelingscore voor subsidiëring van WZC: mentale en cognitieve problemen opnemen in de RAI schaal**

Woonzorgcentra worden vaak geconfronteerd met bewoners met een complexe psychische problematiek. Echter is hun personeelssamenstelling daar niet op afgestemd. Sommige woonzorgcentra nemen zelf het initiatief om een psychologische functie te integreren, via de aanwerving van een psycholoog of de samenwerking met een CGG. Er wordt een pleidooi gehouden deze hulp (intern/extern) meer systematisch en uitgebreid aan te bieden. Indien in de beoordeling van de zorgbehoefte van de bewoner, naast het fysieke ook rekening wordt gehouden met psychische en cognitieve beperkingen, kan de subsidiëring aangepast worden, met een uitbreiding van een psychologische functie tot gevolg

### **3.6. Aantrekkelijk maken van specifieke zorgberoepen**

Vermelden we hier dat zeer weinig studierichtingen voorbereiden op tewerkstelling binnen de GGZ voor ouderen. Dit betekent dat een inspanning noodzakelijk is om het beschikbaar potentieel aan medewerkers ook daadwerkelijk geschikt te maken.

Ook wordt ervoor gepleit om de bestaande richting psychiatrie verpleegkunde tijdens de opleiding Bachelor in de Verpleegkunde te behouden, met een toegevoegde specialisatie voor ouderen.

### **3.7. De sociale cohesie bevorderen: creëren van woonzorgzones en alternatieve woonvormen in gemeenten in het kader van levenslang wonen.**

Onderzoekers van de vakgroep Agosgische wetenschappen van de VUB (Verté e.a.) gaan ervan uit dat de binding met de buurt positieve gevolgen heeft op heel wat levensdomeinen van ouderen. Uit een seniorenbehoefteonderzoek, uitgevoerd door de Provincie West-Vlaanderen i.s.m. Prof. Verté, dat in steden waar de buurtbetrokkenheid is toegenomen de onveiligheidsgevoelens en de eenzaamheidsgevoelens bij ouderen verminderen en het welbevinden stijgt. Dit lezen we in de conclusies van Hilde Coudenys van de Cel Sociale Planning van de Provincie West-Vlaanderen. Ze houdt een pleidooi om zeer verspreid woonmogelijkheden voor ouderen te voorzien, dit samen met een breed dienstverleningsaanbod. Werkvormen zoals zorgnetwerken, waarbij sleutelfiguren, vrijwilligers en verenigingen in het dorp actief worden betrokken om de bestaande zorgbehoeftes bij kwetsbare groepen op te sporen en aan te pakken, kennen een zeker succes. (cfr. projecten als Zohra in Avelgem, Netwerk Dorpen in Ieper, Nestor in regio Poperinge, Verona in Veurne, Donah in Deerlijk, Annah in Anzegem, Kadanz in Kuurne, Leonah in Ledegem, woonzorgnetwerk regio Tielt, burens voor burens in Kortrijk).

Er wordt reeds geëxperimenteerd met het concept woonzorgzone. Dit is een afgebakende zone in een woonwijk of dorp, waar de inwoners beroep kunnen doen op diverse voorzieningen en ondersteund kunnen worden door welzijnsdiensten of zorgverstrekkers, meestal gelinkt aan een coördinatiecentrum.

Ook met concepten als kangoeroewonen, duplexwonen, groepswonen (bv. zorgboerderijen), doorgangswoningen, ... wordt meer en meer geëxperimenteerd in West-Vlaanderen, soms met wisselend succes.

Ter bevordering van de sociale cohesie halen we nog volgende suggesties aan: het creëren van laagdrempelige ontmoetingsplaatsen, telefooncirkels om in communicatie te voorzien, een systeem van diensten aan huis bv. boodschappen doen, een netwerk opzetten van bezoekers, ...

### **3.8. Huisarts als centrale persoon in het multidisciplinair werk (cfr. TP)**

Gezien veel ouderen hun klachten formuleren als somatisch lijden neemt de huisarts een centrale rol in in de hulpverlening bij ouderen. Belangrijk is dus dat de huisarts vooreerst bekend is met het bestaande GGZ aanbod en vervolgens vlot kan doorverwijzen. De rol van de huisarts wordt bovendien extra belangrijk binnen de evolutie van vermaatschappelijking van de zorg en het aanbieden van zorg aan huis. Binnen een multidisciplinair netwerk en cliëntgebonden besprekingen dient de huisarts dus bij uitstek betrokken partij te zijn.

### **3.9. De ontwikkeling van een zorgcoachfunctie**

In de expertgroep ouderen GGZ menen we dat voor de specificiteit van de doelgroep ouderen en de evoluties binnen de GGZ op vlak van vermaatschappelijking van de zorg, een bijzondere plaats is weggelegd voor een 'zorgcoachfunctie'. We willen hierbij de nadruk leggen op het begrip 'functie', eerder dan op de persoon die deze functie zou moeten waarnemen.

Het gaat over een functie die de verbinding vormt tussen eerste lijnsactoren (of niet gespecialiseerde GGZ actoren in het algemeen) en de GGZ. De zorgcoachfunctie fungeert als GGZ aanspreekpunt en ondersteuning. De klemtoon ligt op de preventie en de bevordering van de zorg in de thuissituatie, in de afstemming tussen de verschillende partners in deze thuissituatie en in het bevorderen van de sociale cohesie voor deze kwetsbare doelgroep. Dit betekent een goede samenwerking en wederzijdse erkenning van de expertise, ervaring en competenties verbonden aan de specifieke sectoren. De idee is immers: het geheel is meer dan de som van de delen.

## **4. Conclusies**

Met de expertgroep ouderen GGZ West-Vlaanderen willen we een bijzondere aandacht vestigen op de GGZ noden en aanbevelingen doen op vlak van de GGZ organisatie.

Samenwerking en afstemming zijn daarbij sleutelwoorden. De specifieke kenmerken van deze doelgroep noodzaken tot een specifieke benadering. Afbouw van aanbod is gezien de toename van deze doelgroep niet aangewezen. Nabijheid van de zorg des te meer. Dit zowel in een residentiële, een ambulante als een thuissetting.

In de expertgroep ouderen GGZ West-Vlaanderen stippen we het belang aan van een integratie van de GGZ binnen de omgeving van de ouderen. De grootste groep ouderen woont thuis. Bij gevolg zal een GGZ ondersteuning zich ook op dat terrein moeten begeven, in samenwerking en uitwisseling met professionelen in de thuissituatie. De nadruk ligt op preventie, detectie en bij gevolg adequate begeleiding of behandeling. De zorgcoachfunctie vervult de rol van spilfiguur tussen deze verschillende actoren en ondersteunende partner en situeert zich a.h.w. tussen eerste en tweede lijn.

Caroline Everaert