



FORUM

Aandachtspunten voor de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg voor ouderen

Luc Van de Ven

Inleiding

De geestelijke gezondheidszorg (ggz) voor ouderen kent nog maar een korte geschiedenis. Toch zien we de laatste decennia tal van ontwikkelingen en nieuwe initiatieven in dit domein. Dat is zeker geen overbodige luxe: iedereen is zich bewust van de demografische ontwikkelingen waarbij sprake is van een enorme toename van het aantal senioren, en binnen die groep een, relatief gezien, nog grotere toename van het aantal hoogbejaarden. Uiteraard zijn er veel senioren die met volle teugen en zeer bewust met hun geliefden van het leven genieten. Maar daarnaast zijn er anderen die worstelen met angsten of depressieve gevoelens; voor sommigen kan het besef van verminderde cognitieve functies extreem bedreigend zijn. Geestelijke en lichamelijke gezondheid zijn bij ouderen trouwens nauwer met elkaar verbonden dan bij jongere mensen. Daarnaast mogen de negatieve gevolgen van de mentale problemen op de naaste familieleden niet worden onderschat: ze vormen een grote fysieke, emotionele en soms ook economische stressfactor. En toch kan men ook vandaag nog vaststellen dat veel zorgverleners geestelijke gezondheidsproblemen als normale ouderdomsverschijnselen beschouwen, zodat een adequate behandeling achterwege blijft. Bovendien wordt een accurate diagnose vaak bemoeilijkt door multimorbiditeit en polyfarmacie.

Ondanks die vaststellingen werden de ouderen bij een aantal recente hervormingen van de ggz 'vergeten'. Zo waren de 'zorgnetwerken artikel 107' eerst gericht op de volwassenenzorg van 16- tot 65-jarigen, waarna een soortgelijke aanpak voor kinderen en adolescenten volgde.¹ Onder andere om de leemten op te vullen, vroeg de Federale Overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu aan het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) te onderzoeken of er in het buitenland modellen bestaan die voldoen aan de specifieke behoeften van de organisatie van de ggz voor ouderen. Voor het uitwerken van zijn rapport (Adriaenssens et al., 2018) deed het KCE een beroep op tal van experts. Deze forumbijdrage is geschreven naar aanleiding van het verschijnen van dat rapport.



Onderzoeksvragen en methoden

De onderzoeksvragen werden als volgt geformuleerd:

- Welke organisatiemodellen, hervormingen, visies op de ggz voor ouderen worden in de wetenschappelijke literatuur aanbevolen? Hoe kunnen die modellen worden ingevoerd in het kader van de huidige aanpak in België?
- Welke lessen kunnen we trekken uit goede praktijken in andere landen?
- Hoe ziet het huidige aanbod van ggz voor ouderen eruit in België? (Adriaenssens et al., 2018, p. 10)

Het onderzoek vereiste een multimodale aanpak, met een literatuuroverzicht, een online enquête, een grondige analyse van de organisatie van de ggz voor ouderen in andere landen en een beschrijving van het huidige aanbod en gebruik van ggz voor ouderen in ons land.

De auteurs plaatsen bij hun plan van aanpak nog twee kanttekeningen. Ten eerste wordt gesteld dat ouderen met geïsoleerde geheugenproblemen (al dan niet door beginnende dementie) niet tot de doelgroep van deze studie behoren. Daarnaast benadrukken ze dat het een inleidende studie betreft, wat onder andere inhoudt dat er geen onderzoek is gedaan naar de praktische aspecten van hervormingen, noch naar de vereiste financiële middelen.

Kernboodschappen en aanbevelingen

Het onderzoek mondde uit in de formulering van zestien kernboodschappen, die op hun beurt werden vertaald in elf aanbevelingen voor de verschillende ministers en beleidsinstanties betrokken bij deze materie. En omdat we in een ingewikkeld (en ook wel wat grappig) land leven, is het aantal excellenties dat moet worden benaderd en overtuigd, niet op één hand te tellen.

Sommige kernboodschappen zijn algemene intentieverklaringen of aandachtspunten betreffende de attitude tegenover ouderen in het algemeen en psychische problemen bij ouderen in het bijzonder. Daarnaast bevatten de meeste kernboodschappen aanwijzingen voor de organisatie van de zorg. Enkele voorbeelden:

- “Kernboodschap 3: De zorgverleners van de eerste lijn spelen een belangrijke rol bij de detectie en behandeling van geestelijke gezondheidsproblemen bij ouderen. Het is echter essentieel dat zij specifieke opleidingen en een ondersteuning door gespecialiseerde zorgverleners krijgen” (Adriaenssens et al., 2018, p. 29).
- In kernboodschap 7 wordt gepleit voor zowel geriatrie als psychiatrische liaisonteams.



- “Kernboodschap 10: De oudere met psychische problemen en zijn mantelzorger(s) moeten bij het zorgplan en de behandeling worden betrokken. De mantelzorgers moeten meer worden ondersteund en erkend” (Adriaenssens et al., 2018, p. 32).
- “Kernboodschap 13: De gegevensverzameling met betrekking tot de ggz voor ouderen moet worden verbeterd” (Adriaenssens et al., 2018, p. 33).
- In verschillende conclusies wordt het belang van mobiele teams benadrukt.

Een voorbeeld van een aanbeveling (Adriaenssens et al., 2018, p. 37):

Aanbeveling 3 aan de federale minister van Volksgezondheid, aan de FOD Volksgezondheid, aan de ministers bevoegd voor onderwijs en vorming, en aan de universiteiten en hogescholen:

Specifieke opleidingen in de psychologie/psychiatrie van ouderen moeten worden ontwikkeld:

- alle zorgverleners moeten tijdens hun basisopleiding gewezen worden op de specifieke geestelijke gezondheidsproblemen van ouderen;
- voor alle zorgverleners die vaak met ouderen in contact komen, moet een specifieke opleiding in de psychogeriatrische zorg worden voorzien;
- voor alle zorgverleners in de ggz moet de specifieke opleiding in de psychogeriatrische zorg worden verdiept;
- een specifieke expertise in de ouderenpsychiatrie moet worden gecreëerd.

Discussie

Eerst en vooral: het is goed dat dit rapport er is. Het overgrote deel van de kernboodschappen en aanbevelingen kunnen we volmondig onderschrijven. Maar het KCE spreekt zelf van een ‘inleidende studie’, wat betekent dat nadere uitwerking en verdieping noodzakelijk zijn. Daarom formuleren we in wat volgt vijf punten ter discussie, waarbij we aansluiten bij een van de uitgangspunten van de auteurs van dit rapport, namelijk dat we geen uitspraken doen over de vereiste financiële middelen.

1. De beschrijving van de organisatie van de *mobiele teams ggz-ouderen* blijft vaag en is soms zelfs dubbelzinnig. Aan de ene kant benadrukt men, volkomen terecht, de noodzaak van een gespecialiseerde opleiding voor deze professionele hulpverleners (zie punt 2), aan de andere kant wil men de hulp voor ouderen integreren in het team voor volwassenen. Dat lijkt me geen goed uitgangspunt. Ik heb een donkerbruin vermoeden dat de kans reëel is dat de mankracht van een mobiel team voor volwassenen gewoon wat wordt uitgebreid en dat de minst assertieve leden worden aangespoord zich te verdiepen in de ouderenzorg. Hoewel ik niet twijfel aan ieders inzet, toch wil ik zo’n goedwillende maar weinig deskundige



hulpverlener niet over de vloer! Met andere woorden: deskundige zorg voor ouderen met psychische problemen vereist de oprichting van *een apart mobiel team*, onder leiding van een ouderenpsychiater, bestaande uit professionele hulpverleners die zich hebben gespecialiseerd in de ouderenzorg. Dat men bij de omschrijving van ‘een specialist’, in afwachting van het opzetten van gespecialiseerde opleidingen, overgangsmatregelen in acht neemt, ligt voor de hand, maar dat hoeft geen ramp te zijn. Zo hebben de laatste jaren tientallen klinisch psychologen bewust gekozen om stage te lopen in de ouderenpsychiatrie, wat in de meeste gevallen toch iets zegt over hun interesse en over hun basiscompetenties.

Dat zo’n team nauw moet samenwerken met het team voor volwassenen, bijvoorbeeld om de continuïteit van zorg te waarborgen, spreekt voor zich, maar dat mag geen alibi zijn om halfslachtig te werk te gaan. Op dat punt moet het rapport worden bijgestuurd.

2. Kernboodschap 11 luidt: “Om een goede zorgkwaliteit te waarborgen, moeten de verschillende hulpverleners over vaardigheden en specifieke competenties in de ouderenpsychiatrie beschikken. Dit betekent dat er specifieke opleidingen moeten georganiseerd worden” (Adriaenssens et al., 2018, p. 32). Die stelling kunnen we voor de volle honderd procent onderschrijven. Maar er is op dat punt nog heel wat werk aan de winkel. Zo moet er dringend werk worden gemaakt van een *aparte afstudeerrichting Klinische Ouderenpsychologie*. Werken met ouderen met psychische problemen is immers een vak apart, waarbij – naast een heel specifieke attitude – de klinische neuropsychologie en de familietherapie belangrijke pijlers zijn. Dat aan zo’n aparte afstudeerrichting ook specifieke stageplaatsen gekoppeld moeten worden, lijkt mij vanzelfsprekend.
3. In kernboodschap 8 stelt men dat “de gespecialiseerde mobiele teams type 107 in de woonzorgcentra (wzc) actief kunnen zijn, om het personeel te ondersteunen en op te leiden in de behandeling van ouderen met geestelijke gezondheidsproblemen” (Adriaenssens et al., 2018, p. 31). Dat een wzc, geconfronteerd met een zwaar psychisch probleem bij een van de bewoners, een beroep moet kunnen doen op een ouderenpsychiater, eventueel bijgestaan door andere deskundigen, is vanzelfsprekend. Wanneer zo’n mobiel team ook de opdracht krijgt om teams in de wzc’s op te leiden en te coachen, zal de agenda snel overvol raken en de begeleiding van senioren in de thuissituatie in het gedrang komen. De thuiswonende jongbejaarde met psychische problemen valt vandaag al enigszins tussen wal en schip wat de hulpverlening betreft, en met dit voorstel dreigt daar niet veel aan te veranderen. We pleiten dan ook voor het inzetten van een *wzc-psycholoog*, naar analogie van de verpleeghuispsycholoog bij onze noorderburen (waar die ouderenpsycholoog de teams coacht, bewoners en hun families begeleidt en indien nodig psychodiagnostisch onderzoek verricht). Zo’n wzc-psycholoog kan teams begeleiden in het deskundig omgaan met kwetsbare ouderen; een uiterst arbeidsintensieve taak, die van groot belang kan zijn voor de preventie van psychische problemen bij bewoners (en hun naaste familieleden).



4. In dit rapport stelt men dat ‘geïsoleerde geheugenproblemen’ niet behoren tot het gebied van de ggz en dat de personen met die problemen naar gespecialiseerde diensten moeten worden doorverwezen (bijvoorbeeld geheugenklinieken). Dat is een stelling waarmee we op het eerste gezicht kunnen leven. Toch kan men vaststellen dat geheugenproblemen, en bij uitbreiding cognitieve stoornissen, bij veel patiënten in een snel tempo minder ‘geïsoleerd’ kunnen worden en gepaard gaan met andere psychische problemen en gedragsstoornissen. Bovendien is de belasting voor de naaste familieleden vaak erg groot, met behalve zorgstress ook relatie- en netwerkstress. De beschikbaarheid van ouderenpsychiaters en klinisch ouderenpsychologen is dan ook hier geen overdreven luxe. Integendeel, waar men in dit rapport pleit voor liaisonteams van geriatrie naar ouderenpsychiatrie en omgekeerd, kan men evenzeer pleiten voor een *liaisonteam ouderenpsychiatrie voor de geheugenkliniek* en bij uitbreiding *voor de neurologie*.

5. Het rapport legt veel nadruk op de thuiszorg, de eerste lijn en de mobiele teams. Ook de opname en de liaisonfunctie worden uitvoerig behandeld. Twee elementen uit het zorgaanbod komen mijns inziens toch wat te weinig uit de verf, namelijk het Beschut Wonen en de dagkliniek. De auteurs wekken bij mij de indruk dat alle heil wordt verwacht van de zorg aan huis. De ‘vermaatschappelijking van de zorg’, wie kan ertegen zijn? En dat een oudere zo lang mogelijk in het eigen huis blijft, uiteraard! Maar als bepaalde standpunten heilige huisjes worden, dreigt het gevaar van verenging der geesten. Zo kan *Beschut Wonen* nogal eens een gezond alternatief zijn voor het isolement ten gevolge van een krampachtig ‘in het eigen huis willen blijven’. En ook de *dagklinieken*, met een psychotherapeutische en/of op revalidatie gerichte oriëntatie, kunnen in het geheel van het zorgaanbod een zeer belangrijke rol spelen. Een dagkliniek kan immers zaken bieden die zelfs een optimaal georganiseerde zorg aan huis nooit kan bieden. Denk hierbij aan het multidisciplinaire aanbod, maar ook aan de structuur die wordt geboden (men wordt bijvoorbeeld verwacht tussen 9 en 16 uur) en aan het lotgenotencontact. Dat bij de organisatie van deze zorg het *driepartijenoverleg* (gesprek met patiënt, familie, hulpverleners) een obligaat fundament vormt, lijkt me vanzelfsprekend. Daarbij moeten we er niet alleen voor zorgen dat de professionele hulpverlening naar de oudere gaat, we moeten er evenzeer voor zorgen dat de oudere bij de professionele hulpverlening, in casu de dagkliniek, raakt. Het bevorderen van de mobiliteit, bijvoorbeeld door goedkoop vervoer aan te bieden, lijkt misschien een detail, maar is dat in de praktijk niet.

Conclusie

De ggz voor ouderen is een van de grote uitdagingen van de professionele hulpverlening in de volgende decennia. Het is dan ook een goede zaak dat het KCE dit rapport heeft opgesteld



met aanbevelingen voor de overheid. De inhoud van die aanbevelingen kunnen we grotendeels onderschrijven. Toch vinden we het noodzakelijk om enkele stellingen scherp(er) te formuleren:

- Er is behoefte aan mobiele teams, specifiek voor ouderen.
- Er moet dringend werk worden gemaakt van een aparte afstudeerrichting Klinische Ouderpsychologie.
- Elk woonzorgcentrum moet een beroep kunnen doen op een wzc-psycholoog.
- Er is behoefte aan liaisonteams ouderenpsychiatrie voor de geheugenkliniek/neurologie.
- Dagklinieken en Beschut Wonen dienen in het zorgaanbod voldoende vertegenwoordigd te zijn.

Noot

1. Art. 107 van de Ziekenhuiswet maakt het voor de (psychiatrische) ziekenhuizen mogelijk om een deel van hun financiële middelen te gebruiken om de zorg voor de psychiatrische patiënt te vermaatschappelijken. Dat betekent dat de zorgverlening niet noodzakelijk aan 'bedden' gebonden is, maar dat die evengoed in de thuissituatie kan plaatsvinden. Voor meer informatie zie <http://www.psy107.be> en <http://www.psy0-18.be>

Literatuur

Adriaenssens, J., Farfan-Portet, M.-I., Benahmed, N., Kohn, L., Dubois, D., Devriese, S., ... Ricour, C. (2018). *Hoe de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg voor ouderen verbeteren? Synthese* (Health Services Research; KCE Reports 301As; D/2018/10.273/28). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). Geraadpleegd via https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_301A_Organisatie_mentale_gezondheidszorg_ouderen_synthese.pdf

Personalia

Luc Van de Ven, klinisch ouderenpsycholoog, dienst Ouderpsychiatrie, Universitair Psychiatrisch Centrum KU Leuven.

E-mail: Luc.vandeven@upckuleuven.be

Verantwoording

Geen strijdige belangen meegedeeld.