



INTERNATIONALE STUDIEDAG

CONGRESBOEK

Een zotte uitdaging?!
Psychiatrische ouderenzorg
Internationaal gescand

Donderdag 28 februari 2013

Programma

8.45u **Onthaal met koffie en koffiekoekjes**

9.15u Verwelkoming door dagvoorzitter *Eric Nysmans*, Secretaris Samenwerkingsinitiatief Eerstelijnsgezondheidszorg (SEL) Kempen
Inleiding door *Anita Van Den Plas*, Clustermanager divisie ouderen en volwassenen, OPZ Geel

9.30u De 'onderschatte' positie van de woonzorgcentra in de psychiatrische ouderenzorg. Presentatie onderzoeksresultaten "Het WZC als opvangplaats voor ouderen met een psychiatrische problematiek."
Liesbet Lommelen, Sociologe en onderzoeker Vonk3, Vlaams Onderzoeks- en Kenniscentrum derde leeftijd

10.30u **Pauze met koffie en gebak**

11.00u A foolish challenge?! A global view on psychiatric care for older adults.
Prof. Ivo Abraham, Professor of Pharmacy and Medicine, Director Center for Health Outcomes and Pharmacoeconomic Research (The HOPE Center), Arizona Health Sciences Center, University of Arizona

12.10u Korte reflectie door *Lieven De Maesschalck*, Coördinator Mobilab

12.15u **Lunch in buffetvorm**

13.45u ¿ Un desafío loco?! Una mirada española a los cuidados de las personas mayores con problemas psiquiátricos.
Prof. dr. Jose Ramon Lorenzo Peñuelas, Facultad de Enfermería y Fisioterapia, Universidad de Cádiz

14.30u Eine verrückte Herausforderung?! Pflege für ältere Menschen mit psychischen Krankheiten aus deutscher Sicht.
Prof. dr. Erika Feldhaus – Plumin, Lehrstuhl für Gesundheits- und Sozialwissenschaften im Studiengang Bachelor of Nursing, Evangelische Hochschule Berlin

15.15u **Pauze met koffie en gebak**

15.45u Een waanzinnige uitdaging?! Psychiatrische ouderenzorg vanuit een Nederlands perspectief.
Dr. Ronald Schmidt, Specialist ouderengeneeskunde, Directeur Verpleging en Verzorging Cordaan, Amsterdam

16.30u Slotwoord door *minister Jo Vandeurzen*, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

17.00u **Netwerkreceptie**

Simultaanvertaling is voorzien.

Voorwoord

Beste deelnemer, van harte welkom op de internationale studiedag 'Een zotte uitdaging?! Psychiatrische ouderenzorg internationaal gescand'.

Deze studiedag kwam tot stand vanuit de gedreven samenwerking tussen de partners van het Samenwerkingsinitiatief Eerstelijnsgezondheidszorg Kempen (SEL Kempen), waaronder de woonzorgcentra in de zorgregio en het OPZ Geel, en het Vlaams Onderzoeks- en Kenniscentrum Derde Leeftijd (Vonk3 - Thomas More Hogeschool).

Voor de aanleiding tot deze studiedag blikken we even terug.

Eind 2011 startte SEL Kempen een overleg met de woonzorgcentra in de regio voor het uitwerken van samenwerkingsovereenkomsten. Deze overeenkomsten moeten de continuïteit van de zorgverlening van ouderen bij de overgang van de ene naar de andere setting ten goede komen.

Vanuit dit overleg groeide de goesting om 'nog meer samen' en vooral 'samen nog meer' te gaan doen. Aangezien de problematiek van de vergrijzing in de Kempen groter is dan elders in Vlaanderen, is de behoefte aan een strategische aanpak in de regio immers prangend. Al snel plande de stuurgroep een eerste studiedag; 'De vergrijzing kleurt de Kempen' (30 november 2012).

In het kader van dit overleg werd ook de studie 'Het WZC als opvangplaats voor ouderen met een psychiatrische problematiek' die Vonk3 op dat moment uitvoerde, opgemerkt. Aangezien naast ouderenzorg de thematiek 'geestelijke gezondheidszorg' SEL Kempen nauw aan het hart ligt, ontstond al gauw het idee om rond dit thema een internationale studiedag te organiseren...

Een zotte uitdaging?!

Kwaliteitsvolle opvang organiseren voor ouderen die zowel psychische als fysieke ondersteuning nodig hebben, is een belangrijke uitdaging voor de ouderenzorg. Een aantal tendensen die een grote invloed hebben op vraag en aanbod binnen de gezondheidszorg, zoals de vergrijzing, maken deze uitdaging naar de toekomst toe enkel groter. Bovendien brengen deze evoluties een stijgende, meer diverse en meer complexe zorgvraag met zich mee.

Is het mogelijk om binnen de context van de woonzorgcentra deze complexe zorgvragen op te vangen? Of spreken we hier van 'Een zotte uitdaging?'.

Tijdens deze internationale studiedag zullen de sprekers inzichten meegeven en aanzetten tot kritische reflectie omtrent deze thematiek.

De eerste spreker geeft een aantal inzichten mee wat betreft de plaats en functie van het WZC ten aanzien van de opvang van ouderen met een psychiatrische problematiek. Sociologe en onderzoekster bij Vonk3 Liesbet Lommelen geeft een antwoord op volgende vragen: Gaan WZC vandaag reeds deze zotte uitdaging aan? Welke knelpunten worden mogelijks ervaren en welke randvoorwaarden worden mee gegeven opdat het blijvend aangaan van deze uitdaging op een kwaliteitsvolle manier kan gebeuren?

Vervolgens komen Prof. Ivo Abraham, Prof. dr. Jose Ramon Lorenzo Peñuelas, Prof. dr. Erika Feldhaus en Dr. Ronald Schmidt aan het woord. Zij schetsen hun eigen nationale context omtrent ouderenzorg en de plaats die de WZC hierbij innemen.

Voor het slotwoord nodigden we Minister Jo Vandeurzen uit die graag voor ons de belangrijkste tendensen en toekomstplannen aangaande de psychiatrische ouderenzorg meegeeft.

Deze studiedag nodigt uit tot discussie en gesprek. Daarnaast willen we een ontmoetingsplaats creëren voor de deelnemers. We nodigen u dan ook van harte uit voor de netwerkreceptie aan het einde van de studiedag.

We wensen u een leerzame studiedag toe!

Namens de stuurgroep SEL Kempen – WZC en onderzoeksgroep Vonk3 - Thomas More.

Inhoudstafel

Programma	1
Voorwoord.....	2
Inhoudstafel.....	3
De 'onderschatte' positie van de woonzorgcentra in de psychiatrische ouderenzorg	
<i>Liesbet Lommelen</i>	4
Samenvatting van het onderzoeksrapport	4
1. Aanleiding	4
2. Methodologie.....	6
3. Resultaten	10
4. Aanbevelingen.....	16
5. Besluit	21
WEGWIJZER	22
Hand-outs presentatie Liesbet Lommelen	30
A foolish challenge?! A global view on psychiatric care for older adults.	
<i>Prof. Ivo Abraham</i>	44
Abstract	44
Eine verrückte Herausforderung?! Pflege für ältere Menschen mit psychischen Krankheiten aus deutscher Sicht.	
<i>Prof. dr. Erika Feldhaus - Plumin</i>	45
Abstract	45
Een waanzinnige uitdaging?! Psychiatrische ouderenzorg vanuit een Nederlands perspectief.	
<i>Dr. Ronald Schmidt</i>	47
Abstract	47
Relevante literatuur	49
Help een dokter of verpleegkundige gezocht?	49
Psychische hulpverlening voor ouderen in verzorgings- en verpleeghuizen.....	51

De 'onderschatte' positie van de woonzorgcentra in de psychiatrische ouderenzorg

Liesbet Lommelen

Samenvatting van het onderzoeksrapport

Dit onderzoek heeft als doelstelling om de opvangproblematiek van ouderen met psychiatrische gezondheidsproblemen binnen het woonzorgcentrum (WZC) in kaart te brengen. In een kwalitatief onderzoeksluik worden goede praktijken geïnventariseerd.

Het onderzoeksproject werd uitgevoerd naar aanleiding van ervaren knelpunten en randvoorwaarden voor de opvang van ouderen met psychiatrische problemen in een WZC-context. Er wordt in dit onderzoek nagegaan wat de huidige plaats en functie van het WZC is inzake deze opvang. Vanuit de invalshoek van de organisatie en hulpverleners worden knelpunten en randvoorwaarden voor een kwaliteitsvolle opvang voor deze specifieke doelgroep van ouderen, nader bekeken. Zodoende komen we tot inzichten in en een scherper beeld van de huidige situatie. Hiervoor wordt in eerste instantie een online bevraging van woonzorgcentra uitgevoerd. In een kwalitatief onderzoeksluik worden vervolgens goede praktijken geïnventariseerd. Vanuit de bekomen resultaten wordt een keuze gemaakt tot het opzetten en uitvoeren van een pilootproject in de sector.

1. Aanleiding

Kwaliteitsvolle opvang organiseren voor ouderen die zowel psychische als fysieke ondersteuning nodig hebben, is een belangrijke uitdaging voor de ouderenzorg en vraagt de nodige beleidsaandacht. Een aantal tendensen die er op wijzen dat deze uitdaging naar de toekomst toe enkel groter zal worden, doen zich voor.

Naast de vergrijzing zijn er een aantal belangrijke factoren die een grote invloed hebben op vraag en aanbod binnen de gezondheidszorg. Zowel het aantal mensen met chronische ziekten als het aantal mensen met meerdere ziekten tegelijk (multi- morbiditeit) zal door de vergrijzing toenemen. Bovendien leiden technologische ontwikkelingen tot meer behandelbare ziekten en stellen deze ontwikkelingen mensen in staat langer met beperkingen te leven. Ook maatschappelijke factoren hebben een invloed op veranderingen binnen de zorgcontext. Ouderen worden mondiger (stille versus protestgeneratie), hoger opgeleid, kritischer, welvarender,... Voorts is het een feit dat mensen zo lang als mogelijk thuis wensen te wonen. Deze evolutie brengt een stijgende, meer diverse en meer complexe zorgvraag met zich mee.

Het besef dat ouderen een groeiend aandeel van de Belgische bevolking uitmaken en bovendien steeds ouder worden, geeft een duidelijke impuls aan de aandacht voor de specifieke behoeften van deze groter wordende groep ouderen. Uitgangspunt bij dit alles is vraaggerichte, gepersonaliseerde zorg. Wat betreft psychische gezondheidsproblemen zijn er meer ouderen die ouder worden met hun psychische problemen maar ook meer ouderen die met de leeftijd te maken krijgen met psychiatrische problemen.

Ondanks de stappen en intenties vanuit het beleid om de Geestelijke GezondheidsZorg (GGZ) meer in de samenleving te verankeren, heeft België nog steeds één van de hoogste ratio's van psychiatrische bedden per aantal inwoners. België beschikt over 152 psychiatrische bedden per 100.000 inwoners. Van alle Europese landen heeft enkel Malta een nog hogere ratio (WHO, 2008). Het huidige beleid wil de kaart van de vermaatschappelijking van zorg trekken. Op die manier wil men ondermeer aanmoedigen om het aantal bedden binnen de psychiatrie af te bouwen. Middelen die op deze manier vrij komen, kunnen worden geïnvesteerd in de ondersteuning van patiënten in de thuissituatie en het opzetten van zorgnetwerken en –

circuits. Hoewel de intentie er is, zijn er in het kader van art. 107¹ in de praktijk enkel projecten opgestart voor de doelgroep volwassenen. Wat de doelgroep ouderen betreft, werden nog geen concrete plannen gemaakt.

Naar de toekomst toe kan men dan ook verwachten dat het aantal ouderen met psychiatrische problemen dat nood heeft aan ondersteuning zal toenemen. In de WZC is deze tendens reeds te merken doordat meer ouderen met een psychiatrische aandoening voor zorg komen aankloppen. In eerste instantie komen zij vanuit de thuissituatie, wanneer thuiszorg en mantelzorg niet meer toereikend zijn. Vanuit de psychiatrie wordt, wanneer de cliënt een bepaalde leeftijd heeft bereikt, (65+, maar voor bepaalde problematieken vaak ook jonger), bij stabilisatie van de problematiek gekeken naar een mogelijke herlocatie naar het WZC. Om de aanwezige noden die in het werkveld worden ervaren te ondervangen en de opvang die momenteel vanuit de WZC wordt aangeboden op een kwaliteitsvolle manier blijvend aan te bieden is ondersteuning vanuit het beleid aangewezen. Hiervoor is een omvattend beeld van de huidige situatie naar opvang binnen van ouderen met psychiatrische problemen binnen WZC een eerste belangrijke voorwaarde. Dit onderzoek wil dan ook een beeld schetsen van de knelpunten en randvoorwaarden die binnen WZC op dit vlak kunnen onderscheiden worden en antwoorden aanreiken om hieraan tegemoet te komen

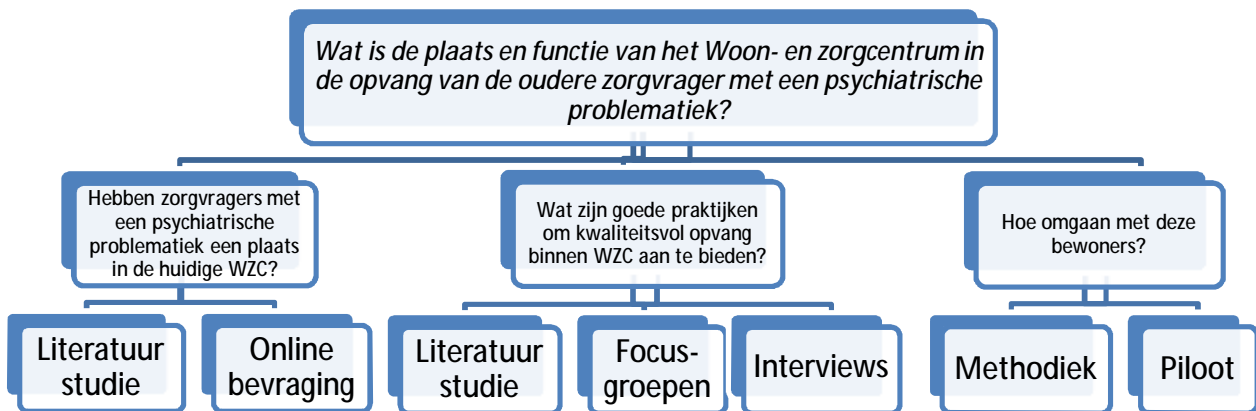
¹ Artikel uit de federale ziekenhuiswet dat psychiatrische ziekenhuizen flexibeler laat omspringen met middelen waardoor middelen die normaal voorzien zijn voor een aantal bedden, kunnen worden ingeschakeld om projecten op te zetten die kunnen helpen bij een efficiëntere werking van de GZZ.

2. Methodologie

Het onderzoek omvat drie onderzoeksluiken:

- 1 -literatuurstudie met online-bevraging
- 2 -literatuurstudie en kwalitatief onderzoek naar goede praktijken
- 3 -methodiek toepassing in pilootstudie.

Met deze drie luiken wensen we een antwoord te bekomen op volgende onderzoeksvraag en deelvragen.



- *Literatuuronderzoek en online-bevraging*

In eerste instantie werd een literatuuronderzoek uitgevoerd om een goed zicht te krijgen op de huidige situatie van ouderen met een psychiatrische problematiek binnen WZC. De literatuurstudie richt zich op tendensen in de zorg, opvangmogelijkheden en cijfermateriaal omtrent incidentie en prevalentie van problematieken bij ouderen binnen de WZC. Daarnaast komen knelpunten, randvoorwaarden en visie/beleid vanuit de overheid aan bod. Het doel was om tot meer inzichten in de huidige situatie van de ouderenpsychiatrie in Vlaanderen te komen. Vervolgens werd aan de hand van de bevindingen uit de literatuurstudie een vragenlijst opgesteld.

Met de online-vragenlijst willen we volgende zaken achterhalen:

1. Welke psychiatrische problematieken komen het vaakst voor binnen de huidige WZC context?
2. Welk gedrag wordt als het meest storend/belastend ervaren?
3. Wat zijn belangrijke randvoorwaarden om een kwaliteitsvolle opvang aan te kunnen bieden?
4. Wat zijn de behoeften aan ondersteuning vanuit het personeel?

De aanwezigheid en betrokkenheid van een externe stuurgroep betekent voor kwaliteit van onderzoek een grote meerwaarde. In de stuurgroep die we voor dit onderzoeksproject samenstelden, zetelden zowel mensen vanuit de WZC, psychiatrie als thuiszorg met elk hun eigen expertise inzake geriatrie en gerontopsychiatrie. Ook voor het opstellen van de vragenlijst werd beroep gedaan op de expertise binnen de stuurgroep. Inhoud, duidelijkheid en volledigheid van de vragenlijst werd besproken. Hiaten, onduidelijkheden, dubbelzinnigheden,... in de vragenlijst werden onder de loep genomen. De vragenlijst werd daarna voorgelegd aan een proefpanel. Zij testten de vragenlijst uit binnen hun organisaties en gaven aanbevelingen tot verbetering. Aan de hand van hun ervaringen werden een aantal vragen weg gelaten, toegevoegd of geherformuleerd.

De vragenlijst werd online toegankelijk gesteld voor de ganse populatie WZC in Vlaanderen. Hiervoor ontvingen zij een persoonlijke link via hun mailbox. Om een algemeen kader te schetsen werd ingegaan op verschillende domeinen. Vooreerst zijn de achtergrondgegevens van de WZC van belang. Hieronder verstaan we ondermeer, statuut, grootte en provincie. Deze geven het profiel van het WZC mee. Daarnaast kwam het opnamebeleid, gegevens omtrent personeel en gegevens omtrent bewoner aan bod. In een laatste deel werd gepolst naar randvoorwaarden, de mening van de WZC over een aantal stellingen en de bouwplannen die de WZC voor ogen hebben.

Bij het opstellen van de vragenlijst werd door de stuurgroepleden een aantal belangrijke beslissingen genomen inzake vraagstelling. Zo werd bij het domein over de bewoner gepolst naar het aanwezige probleemgedrag en niet enkel achter de diagnose. Vele bewoners komen in het WZC terecht zonder ooit met de psychiatrie in aanraking te zijn geweest. Hoewel bij opvang duidelijk problemen te merken zijn, werden zij niet eerder behandeld of gediagnosticeerd. Om een beeld te krijgen op de aanwezigheid van probleemgedrag en de zorglast die deze met zich mee brengt voor de hulpverlener werd daarom niet alleen gekeken naar de officieel aanwezige ziektebeelden gediagnosticeerd volgens de DSM maar ook naar aanwezige probleemgedragingen.

Voor het nagaan van de representativiteit van de onderzoeksresultaten werd zowel rekening gehouden met het statuut, de grootte en de ligging van het WZC. Alle WZC werden uitgenodigd om de vragenlijst in te vullen (N=749). In totaal werd door 179 WZC de vragenlijst volledig ingevuld voor analyse (24%). Wanneer we kijken naar betrouwbaarheid en marge kunnen we mee geven dat deze voor de resultaten en analyses neerkomen op 90% betrouwbaarheid en 5% foutenmarge. Het betrouwbaarheidsinterval geeft aan tussen welke twee waarden het populatiegemiddelde of -percentage ligt. Het is een interval waarbinnen je verwacht dat de werkelijke waarde ligt. Voor het kenmerk statuut werd een gewogen variabele aangemaakt omdat deze significant verschillend is met de verdeling in de populatie. Uitspraken op provincieniveau kunnen niet gemaakt worden aangezien er voor een aantal provincies een onevenredigheid is wat betreft grootte van de WZC die niet gewogen kan worden. De steekproef is wel representatief voor gans Vlaanderen.

Verder werd er ook een korte vragenlijst opgestuurd naar de niet-deelnemende WZC met de vraag wat hun reden tot niet-deelname was. De WZC die antwoordden op de vraag met betrekking tot de non-respons bevatten nog eens 9% (66) van de populatie. In totaal kregen we zo van 33% van de WZC een antwoord op onze vraag. We moeten echter ook rekening houden met het feit dat niet elk WZC de vragenlijst volledig heeft ingevuld. Voor een groot aantal vragen is de respons 124 WZC, hetgeen neer komt op 17% van de populatie (749). Hierdoor moeten bepaalde analyses met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden.

- *Kwalitatief onderzoek naar goede praktijken en literatuurstudie*

Om een antwoord te bekomen op de tweede deelvraag binnen het onderzoek werd een kwalitatief onderzoeksluik opgezet bij middel van focusgroepen en expertinterviews.

De bundeling van de resultaten uit het literatuuronderzoek en de online survey vormden mee het vertrekpunt voor het inrichten van focusgroepen en de interviews. Hieraan wordt een verdere zoektocht naar goede praktijken gekoppeld (literatuurstudie) die moet leiden tot de ontwikkeling van een methodiek.

Voor het betrekken van experts bij het deelonderzoek naar goede praktijken wordt gekozen voor de participatieve focusgroepmethode. Een focusgroep is een gestructureerde discussie onder een kleine groep van belanghebbenden, begeleid door een ervaren gespreksleider. Voordeel van deze gesprekken is dat er op deze manier gepolst kan worden naar voorwaarden, visies en methoden voor en op de huidige manier van beleid voering en opvang. (Steyaert, 2006)². Tijdens de focusgroep wordt gepolst naar gebruikte en bestaande goede praktijken betreffende de verschillende thema's (opnamebeleid, personeel, bewoner en familie, samenwerkingsverbanden) gerelateerd aan de opvang van ouderen met psychiatrische problemen binnen het WZC. De deelnemers aan de focusgroep zijn experts uit het werkveld. Het is de bedoeling om een kruisbestuiving te bekomen door deelnemers vanuit verschillende werkveldsituaties samen te brengen. Zo stellen we 'gemengde' focusgroepen samen met deelnemers vanuit de thuiszorg, de psychiatrie en de WZC.

Het gesprek bestaat uit twee luiken van telkens één uur met tussenin een korte pauze. Tijdens het eerste deel geven we enkele onderzoeksresultaten mee. Aan de deelnemers wordt gevraagd in te gaan op de resultaten en goede praktijken aan te halen die men binnen de eigen werkomgeving hanteert. Alsook wordt gebrainstormd over mogelijk methodieken die tot een goede praktijk zouden kunnen leiden.

Uiteindelijk moet worden gekomen tot een overzicht wat betreft goede praktijken die mogelijks als methodiek geïmplementeerd kunnen worden in het WZC. Deze methodiek moet ondersteuning en handvaten bieden aan personeel of bewoner inzake de opvang van ouderen met een psychische problemen.

Om ondersteuning te bieden in het werkveld leren praktijk en beleid best van initiatieven die hun nut reeds hebben bewezen. De opgelijste 'goede praktijken' werden aangevuld met goede praktijken uit de literatuur. Uit deze inventaris kunnen we stellen dat er naar ondersteuning van het werkveld op korte termijn een aantal mogelijkheden zijn. Zowel op het vlak van samenwerkingsverbanden als betrekken van bewoner en communicatie kunnen suggesties worden gedaan.

Het Vlaams onderzoeks- en kenniscentrum derde leeftijd (Vonk3) hecht veel belang aan empowerment en inclusie van ouderen. Vanuit deze visie werden een aantal expertinterviews gehouden die meer inzichten moesten verschaffen omtrent de werking van een goede praktijk met name 'de Niet-Pluis index'. Hiervoor deden we een aantal bevragingen bij GGZ Groningen waar de Index ontwikkeld werd en bij Zorgcircuit Ouderen Geestelijke Gezondheidszorg regio Meetjesland waar de index reeds gebruikt wordt in samenwerking met huisartsen en de thuiszorg.

De Niet Pluis Index is een hulpmiddel om gedragsveranderingen bij een oudere patiënt te herkennen. Hij werd opgesteld om de hulpverlener op weg te helpen om psychische problemen van patiënten (beter of eerder) te kunnen signaleren. De onderdelen van het gedrag van een patiënt waarop moet worden gelet zijn praktisch verwoord, waardoor iedereen er in principe mee kan werken. De Niet Pluis Index is een eenvoudige lijst van 25 items, die zijn onderverdeeld in zes onderdelen. Het gaat om het verkrijgen van meer inzicht in wat er aan de hand is. Dat betekent dat er alleen met kruisjes wordt gescoord, dus er worden geen ingewikkelde rapportcijfers uitgedeeld. Het is de bedoeling om met behulp van de scores met elkaar in gesprek te komen en van daaruit meer zicht te krijgen op wat er met de patiënt aan de hand is.

- *Pilootstudie*

Aan de hand van literatuurstudie en een aantal gesprekken met de werkveldmensen en de ontwikkelaar van het instrument maken we de keuze om de Index te implementeren binnen een aantal WZC in

² Steyaert, S., Lisoir, H. (2006) 'Participatieve methoden. Een gids voor gebruikers', viWTA-KBS, Brussel

Vlaanderen. De Niet-Pluis Index werd in eerste instantie ontwikkeld voor de thuiszorg maar werd reeds uitgebreid om ook binnen een WZC context te kunnen worden ingezet. Wegens de laagdrempeligheid in gebruik, toepasbaarheid binnen WZC-context, betrokkenheid van de bewoner, het preventieve karakter en de potentiële mogelijkheden op het vlak van communicatie en toekomstige samenwerkingen biedt deze methodiek ondanks het feit dat het om een niet gevalideerd instrument gaat verschillende mogelijkheden die kunnen leiden tot ondersteuning van hulpverlener zowel als bewoner.

Het voorstel werd besproken op de stuurgroep. De Niet-Pluis index heeft op een aantal vlakken een positieve meerwaarde wanneer we kijken naar kwaliteit van zorg en leven van de bewoner. Voor de personeelsleden ligt de ondersteuning voornamelijk in het feit dat men beter geïnformeerd is over de geestelijke gezondheidstoestand en dat men preventiever bepaalde gedragingen signaleert, erkent en bespreekt en zodoende misschien ook een aantal samenwerkingsverbanden kan versterken. Hoewel de methodiek slechts een klein onderdeel van de ervaren problemen bestrijkt, reikt het het WZC personeel een methodiek aan waarbij enkele van hun bezorgdheden aangekaart en benaderd kunnen worden.

3. Resultaten

3.1. Resultaten literatuur en online-vragenlijst

- *Literatuur*

Ondanks het feit dat het beleid zich voornamelijk richt op de vermaatschappelijking van zorg en mensen zo lang als mogelijk in de thuissituatie wenst op te vangen, heeft een groot aantal van de ouderen op een bepaald moment nood aan zowel lichamelijke als geestelijke gezondheidszorg. De drempel naar de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) is voor ouderen vaak te hoog. Klachten op het vlak van geestelijke gezondheidszorg worden gemaskeerd door lichamelijke klachten waardoor het voor de huisarts of hulpverlener niet altijd evident is geestelijke gezondheidsproblemen te herkennen. Voor het Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) geldt dat de grootste groep cliënten tussen 18 en 59 jaar is (2 op de 3 cliënten: 67%), gevolgd door jongeren tot 17 jaar (bijna 1 op de 4: 24%). De groep ouderen is minimaal vertegenwoordigd: slechts 1 op de 12 cliënten is ouder dan 60 jaar (8%). Terwijl ze bijna één derde van de ganse bevolking uitmaken.

Wanneer de nood aan permanente ondersteuning aanwezig is en thuiszorg niet langer mogelijk blijkt, zijn er verscheidene opvangmogelijkheden. Deze kennen allen hun beperkingen. Zo ervaren hulpverleners binnen het WZC problemen in verband met een evenwichtige leefomgeving, nuttige dagbesteding, gebrek aan gekwalificeerd personeel, nood aan externe personen bij psychiatrische follow-up van opgenomen personen (Advies, 2003)³.

Incidentie en prevalentiecijfers zijn voornamelijk te vinden op bevolkingsniveau en minder specifiek in een WZC context. Samen met depressie en dementie vormen angststoornissen de top 3 van psychiatrische stoornissen bij ouderen. Uit de Minimale Psychiatrische Gegevens (MPG) halen we dat 7% van de oudere zorgvragers (65+) na ontslag uit de psychiatrie in de opvang voor bejaarden terecht komt (MPG 2009). Voor de doelgroep 80+ is dit 42%.

In de literatuur werd gezocht naar relevant onderzoek dat werd uitgevoerd wat betreft de plaats en functie van het WZC inzake de opvang van ouderen met psychiatrische problemen. In een Vlaamse context werd geen onderzoek gevonden omtrent deze specifieke thematiek. Wel werden de afgelopen jaren een aantal onderzoeken uitgevoerd naar de voorwaarden om tot een kwaliteitsvolle herlocatie van ouderen uit het PVT naar het WZC te komen. PWO onderzoek uitgevoerd aan de Kaho Sint Lieven (2006-2009)⁴ handelde over de herlocatie van Psychiatrisch Verzorgingstehuis (PVT) bewoners naar WZC en de masterproef van Leynen (2009)⁵ onderzocht de visie en samenwerkingsinitiatieven vanuit het standpunt van de PVT.

Het onderzoek dat we uitvoeren wil specifiek de plaats van de WZC inzake de opvang van ouderen met psychiatrische gezondheidsproblemen nagaan.

Met de online-bevraging wil het onderzoek een duidelijker beeld schetsen van de aanwezige problematieken en de plaats die de Vlaamse WZC vandaag de dag innemen op het gebied van opvang voor ouderen met psychische gezondheidsproblemen.

- *Online bevraging*

³ Janssens, J. (2003) 'Advies inzake de opname van ouderen in de geestelijke gezondheidszorg' FOD Volksgezondheid, Brussel

⁴ Boriau, M., Lahaye, H. (2010) 'Integratie van bewoners uit PVT Lede in de residentiële ouderenzorg', Kaho Sint Lieven, Aalst

⁵ Leynen, B. (2009) 'De samenwerkingsinitiatieven van de Vlaamse geestelijke gezondheidszorg voor de oudere psychiatrische patiënten met gestabiliseerde chronifiërende problematieken: een crossectionele Survey', Katholieke Universiteit Leuven

De resultaten vanuit de online-bevraging tonen aan dat WZC vandaag een belangrijke plaats innemen inzake opvang van ouderen met geestelijke gezondheidsproblemen. Dit doet ook vanuit de WZC zelf heel wat stof tot discussie opwaaien. Vanuit de vragenlijst kunnen we een aantal indicaties mee geven wat betreft samenwerkingsverbanden. De doelgroep van ouderen met psychische problemen die vandaag worden opgevangen binnen de WZC komt naar voor. Alsook leert de vragenlijst ons op welke manier de WZC deze opvang vandaag voorzien en welke knelpunten zij hierbij ervaren.

Samenwerkingsverbanden en beroep op externe expertise

Minister Vandeurzen stelt in het beleidsplan 'Geestelijke Gezondheidszorg Vlaanderen' dat samenwerking noodzakelijk is om psychische problemen sneller aan te pakken en continuïteit van zorg te kunnen verzekeren. Samenwerking moet er zijn tussen ambulante en residentiële zorg, gezondheid en welzijn en tussen informele en professionele zorg (Vandeurzen, 2010)⁶.

Vanuit de online-survey werd niet gepolst naar deze visie over samenwerkingsverbanden maar wel werd gekeken naar de aanwezigheid van samenwerkingsverbanden op structurele basis (niet berustend op toevalligheden).

In de steekproef geven 82,8 % van de voorzieningen aan een functionele samenwerking te hebben met andere zorgactoren waar 17,2 % aangeven hier niet over te beschikken. Vanuit de wetgeving wordt naar voor geschoven dat WZC een aantal standaard samenwerkingsverbanden dient op te zetten. Het feit dat 2 op 10 WZC aangeven dit niet te hebben, toont aan dat zij hun huidige samenwerkingen niet als structureel ervaren of dat ze er (nog) geen werk van maken om deze samenwerkingen op te zetten. Structurele samenwerkingsverbanden worden het vaakst opgezet met het Algemeen Ziekenhuis (70.8%), de Thuiszorg (36.4%) en het Psychiatrisch Ziekenhuis (25.4%).

83,8% van de woon- en zorgcentra geeft aan dat ze beroep doen op expertise van hulpverleners en/of organisaties van buitenaf in functie van de opvang van bewoners met een psychiatrische problematiek. De expertise wordt het vaakst gezocht bij Psychiatrisch Ziekenhuizen (39.9%). 38,6% doet beroep op de huisarts en 26,1% op het Expertisecentrum Dementie. Uit de resultaten komt naar voor dat WZC voor bepaalde problematieken gericht op zoek gaan naar organisaties en expertise die hen het meeste ondersteuning kan bieden. Wanneer men meer personen met dementie in huis heeft wordt vaker beroep gedaan op het Expertisecentrum Dementie. Voor de CGG geldt dat er meer beroep op hun expertise wordt gedaan naarmate er meer bewoners met angststoornissen aanwezig zijn. WZC met meer dan het gemiddeld aantal personen met Korsakov of schizofrenie binnen heel de populatie doen vaker beroep op de expertise van het psychiatrisch ziekenhuis.

Verder hebben grotere WZC significant vaker een structurele samenwerking met Psychiatrische Verzorgingstehuizen (PVT). Wat betreft deze samenwerkingsverbanden komt naar voor dat 8 WZC op 10 reeds een structurele samenwerking hebben met andere organisaties wat betreft de opvang voor bewoners met psychiatrische problemen. Het verstevigen van samenwerkingsverbanden in het kader van ontslag en nazorg wordt ook vanuit de overheid en het beleid gestimuleerd. Vanuit het proefschrift van Leynen (2009) kunnen we stellen dat PVT en PZ in erg grote mate samenwerken met WZC. Uit de online-bevraging vanuit ons onderzoek blijkt dat WZC vaker aangeven samen te werken met thuiszorgdiensten en het ziekenhuis en in derde instantie met het PZ. Dit is niet zo verwonderlijk aangezien bewoners ook erg vaak vanuit de thuis- en ziekenhuis context in het WZC terecht komen. Wat betreft beroep doen op externe expertise komt het PZ samen met de huisarts wel vaak naar voor als hulpbron.

⁶ Vandeurzen, J. (2010). *Beleidsplan Geestelijke Gezondheidszorg Vlaanderen*.
http://www.ministerjovandeurzen.be/nlapps/data/docattachments/Nota%20GGZ%20_2_.pdf

De Nederlandse onderzoekster Depla (2004)⁷ deed onderzoek naar de herlocatie van ouderen vanuit de psychiatrische zorgvoorzieningen naar het WZC. Zij ziet voor de opvang van deze bewoners een aantal voordelen in samenwerkingsverbanden in de vorm van detachering. Hierbij wordt personeel gedetacheerd vanuit het PVT of PZ naar het WZC. Deze expertise is voltijds tewerkgesteld binnen een WZC-context maar staat op de loonlijst van het PVT. Hierdoor is expertise op het vlak van geestelijke gezondheidszorg steeds aanwezig hetgeen de continuïteit van de zorg verhoogt. In de omgekeerde richting kan kennis omtrent somatische zorgverlening vanuit de WZC bij eventueel herhaal doorgegeven worden aan het PVT (Leynen, 2009). Zulke intensieve, langdurige uitwisselingen en samenwerkingen worden vandaag in Vlaanderen in de praktijk nog niet opgezet.

Aanwezigheid problematieken en probleemgedrag

De problematieken die het vaakst aanwezig zijn binnen het WZC zijn dementie (34.6%), depressie (13%), Korsakov (3.8%) en angststoornissen (3.2%). Deze index leunt aan bij de percentages die we terugvinden bij de MPG gegevens voor de bevolkingsgroep 80+ (dementie 32%, depressie 23%, alcoholmisbruik, 3%, angst en stress 1%).

We merken hierbij dat WZC hun specifieke opvang reeds richten tot de doelgroepen die het vaakst bij hen aanwezig zijn (zie resultaten opnamebeleid). Enkel ouderen met depressieve stoornissen worden meestal niet op een specifieke wijze opgevangen. Voorts werd ook gekeken naar het aanwezige probleemgedrag en de mate van verstoring dat dit gedrag met zich meebrengt voor het personeel. In de top 3 van gedrag dat minstens op dagelijkse basis voorkomt, bestaat de top drie uit: roepgedrag (81.6%), aanklampend gedrag (67.3%) en depressief gedrag (54.3%) gevolgd door wefloopgedrag (53.1%). Deze top komt ongeveer overeen met de top wat betreft de graad met meeste verstoring (roepgedrag, aanklampend gedrag, agressief gedrag). We merken dat depressief gedrag vaak voorkomt maar als minder storend wordt ervaren. Ook weigergedrag wordt als minder storend ervaren hoewel het vaak voorkomt. Het is dus niet altijd zo dat het gedrag dat het vaakst voorkomt ook als meest storend ervaren wordt.

Opnamebeleid

Wat doelgroepen betreft, merken we dat verscheidene WZC (4/10) inspanningen ondernemen inzake de opvang van bewoners met specifieke behoeften. WZC richten zich voor de organisatie van specifieke opvang voornamelijk tot volgende doelgroepen: dementie (27.7%), Korsakov (12%), schizofrenie (7%) en mentale retardatie (5%). Van de WZC die specifieke opvang voor een bepaalde doelgroep organiseren doet 55.5% dit door het inrichten van aparte afdelingen, 21.3% opteert voor een inclusieve manier, 14.6% richten leefgroepen op en 8.6% kiest voor een andere manier van opvang (o.a. kleinschalige woonvormen).

De meeste WZC richten zich in hun opvang niet specifiek tot één doelgroep maar geven aan rekening te houden met psychiatrische problemen van bewoners en bieden specifieke ondersteuning en opvang voor verschillende doelgroepen. Het opnamebeleid vertoont geen significante verschillen naar gelang het statuut van het woon- en zorgcentrum. Ook wat grootte betreft merken we uit de analyses dat zowel kleine als grotere WZC specifieke opvang aanbieden.

Personeel

Grotere WZC kennen een grotere verscheidenheid aan problematieken maar kunnen vaker intern beroep doen op gespecialiseerd personeel. Hierbij denken we aan de aanwezigheid van minstens één van volgende hulpverleners: psycholoog, psychiater, psychiatrisch verpleegkundigen. Echter, één op drie WZC kan géén enkel beroep doen op interne aanwezige expertise; bovendien is de aanwezige expertise in de andere WZC erg beperkt. De aanwezigheid van dit gespecialiseerd personeel kan nochtans een positieve invloed hebben

⁷ Depla, M. (2004). *Community-based care for older people with severe mental illness. A study on the integration of mental health care into residential homes for the elderly* Utrecht: Trimbo's Instituut.

op de geleverde kwaliteit van zorg en leven. Dit merken we aan het feit dat door de aanwezigheid van psychologen er minder nood is aan vorming. Ook wanneer er psychiatrisch verpleegkundigen aanwezig zijn, wordt de noodzaak dat de bewoner gestabiliseerd dient te zijn, minder naar voor gebracht. Voorts heeft de aanwezigheid van gespecialiseerd personeel een remmend effect op het ervaren van storend gedrag. WZC waar gespecialiseerd personeel aanwezig is geven minder vaak roepgedrag, aanklampend gedrag en agressief gedrag mee in hun top van meest storende gedrag. Hieruit zouden we kunnen opmaken dat de personeelsleden handvatten mee krijgen om hier beter mee om te gaan.

Het is ook dit gespecialiseerde personeel dat het ergst wordt gemist. Op de vraag welke personeelsleden het meest ondervertegenwoordigd zijn om de opvang op een kwaliteitsvolle manier te kunnen organiseren komt het volgende naar voor: psycholoog, psychiatrisch verpleegkundigen, maar ook gewone verpleegkundigen scoren vrij hoog. De grotere WZC geven vaker aan meer nood te hebben aan een psycholoog. Bovendien scherpt de aanwezigheid van gespecialiseerd personeel deze nood aan. WZC die reeds gespecialiseerd personeel in huis hebben, zien de grote meerwaarde hiervan sterk in en duiden ook aan dat die nood dient ingevuld te worden. Opvallend is dat bij de kleinere WZC de nood aan verpleegkundigen en verzorgenden in meerdere mate naar voor komt dan bij grotere WZC. De functies geriater of psychiater scoren dan weer opvallend laag. Een psychiater is binnen de steekproef slechts in 2.5% (N=3) van de WZC aanwezig waardoor de taken en aanwezigheid van een psychiater door de WZC mogelijk niet naar waarde kan worden geschat.

Stellingen en randvoorwaarden

Onderzoek naar randvoorwaarden voor de opvang van bewoners met psychiatrische problemen binnen de WZC wordt vaak benaderd vanuit de PVT met het oog op een herlocatie naar de WZC. Vanuit de onderzoeken van Depla (2004), Leynen (2009) en Boriau (2010) komen een aantal randvoorwaarden naar voor. Een belangrijke voorwaarde voor het opnemen van ouderen met psychiatrische problemen in het WZC is dat de psychiatrische toestand van de oudere gestabiliseerd is. Bovendien is het vanuit WZC oogpunt belangrijk dat de oudere ongeveer dezelfde behoefte aan zorg en toezicht hebben als de gemiddelde bewoner in het WZC.

Andere knelpunten wat betreft de samenwerking tussen PVT en WZC die vanuit het proefschrift van Leynen naar voor komen zijn:

- het ervaren expertisetekort op het vlak van psychiatrische hulpverlening en de psychiatrische nazorg binnen de WZC.
- het gebruiken van de KATZschaal voor de toekenning van een mogelijke opname.
- de lange opnamewachlijsten in de WZC.
- Stigmatisatie en vooroordelen binnen WZC van zowel personeel als bewoners ten opzichte van psychiatrische patiënten.

Worden deze knelpunten in dezelfde mate zo ervaren door de Vlaamse woon- en zorgcentra? Vanuit de online-survey kregen WZC de kans een aantal randvoorwaarden aan te geven om de opvang van ouderen met een psychiatrische problematiek binnen een woon- en zorgcentrum in de toekomst blijvend op een kwaliteitsvolle manier te kunnen organiseren.

Wanneer we een blik op de toekomst werpen en polsen naar de best mogelijke opvang voor ouderen met een psychiatrische problematiek zijn de meningen sterk verdeeld. WZC zijn het niet eenduidig eens of het WZC de meest geschikte plaats is om deze personen in de toekomst op te vangen. Heel wat WZC (61,4%) zijn in de huidige situatie niet akkoord met deze stelling. WZC die het vaakst eens zijn met deze stelling zijn de WZC die reeds inspanningen hebben ondernomen om specifieke opvang voor deze doelgroep te voorzien.

In een tweede stelling polsen we naar de mening over het idee: 'Onbegrip bij medebewoners ten aanzien van de bewoner met een psychiatrische problematiek maakt de integratie van deze bewoner binnen het WZC onmogelijk'. Meer dan de helft van de voorzieningen, 53,3%, geeft aan het eerder eens te zijn met deze stelling.

'De huidige infrastructuur is onvoldoende afgestemd op bewoners met een psychiatrische problematiek, zijn de meningen verdeeld. 36,2% geeft aan het helemaal tot eerder oneens te zijn met de stelling dat de huidige infrastructuur deze opvang niet toe laat. 42,9% zegt het eerder tot helemaal eens te zijn met de stelling. We merken in de vragenlijst op dat een groot aantal WZC verbouwingswerken uitvoert of wenst uit te voeren. Hierbij wil men ook rekening houden met de noden en behoeften van hun toekomstige bewoners. Verschillende WZC zien in dat hierbij een groot aandeel bewoners onder valt met psychiatrische zorgnoden en bijhorende specifieke behoeften.

67,1% van de woon- en zorgcentra is het eens met volgende stelling: 'Om de opvang van bewoners met een psychiatrische problematiek te organiseren, gebeurt dit best in leefgroepen'. Hiermee samenhangend merken we dat de WZC die reeds een specifieke opvang voorzien (42%) voornamelijk werken met aparte afdelingen (55,5%) of leefgroepen (14,6%). Anderen verkiezen een inclusieve werking (21,3%) waarbij de bewoners door elkaar wonen.

Het merendeel van de voorzieningen is het ermee eens dat: 'De psychiatrische problematiek van bewoners dient gestabiliseerd te zijn om kwaliteitsvolle opvang te kunnen garanderen'. Maar liefst 50,8% van de woon- en zorgcentra is het hier eerder mee eens; 39,3% van de voorzieningen is het hier helemaal mee eens.

'Voor de opvang van bewoners met een psychiatrische problematiek is de aanwezigheid van personeel met een psychiatrische opleiding een voorwaarde'. 83,4 % van de voorzieningen is het eerder tot helemaal eens met deze stelling.

Als belangrijkste randvoorwaarden komen 'gespecialiseerd personeel binnen het woon- en zorgcentrum' is, een 'ander financieringsmechanisme', 'bijkomende vorming van het huidige personeel' en de voorwaarde dat 'bewoners een gestabiliseerde problematiek' moeten hebben naar voor.

Bijkomend komt naar voor dat een ander financieringsmechanisme door de groep van WZC die specifieke opvang organiseren significant vaker als randvoorwaarde aangehaald wordt. Wanneer er geen specifieke opvang wordt georganiseerd, wordt dan weer vaker mee gegeven dat onbegrip van medebewoners een drempel is voor de positieve integratie van bewoners met psychiatrische problemen binnen het WZC.

- *Resultaten kwalitatief onderzoek naar goede praktijken*

Omdat dit onderzoek zich echter voornamelijk wil richten tot de praktijk, werd bekeken hoe gezien de huidige situatie een bijdrage geleverd kan worden aan het werkveld om de opvang op een kwaliteitsvolle manier aan te kunnen bieden. Daarom werd in een tweede luik van dit onderzoek achterhaald waar specifiek een bijdrage geleverd kan worden wat betreft de ondersteuning van het personeel alsook hoe men de bewoners hierbij kan betrekken.

Vanuit de focusgroepen werd de vraag gesteld mee na te denken over goede praktijken voor een kwaliteitsvolle opvang van bewoners met psychiatrische problemen. Zaken die naar voor kwamen hebben in eerste instantie te maken met een goed opnamebeleid.

Vooreerst is een nieuwe kijk op zorg nodig. Personeelsleden moeten af kunnen wijken van het medische zorgmodel en de ruimte krijgen om meer aandacht te kunnen besteden aan de bewoner in zijn geheel. In een opnamebeleid is een ruime aandacht voor ontslag- en opname van groot belang. Informatie-overdracht in het kader van nazorg en ondersteuning van experts kan worden bekomen door het structureel opbouwen van samenwerkingsverbanden (niet berustend op toeval). Hierdoor kan informatie, kennis en expertise doorgegeven worden. Een samenwerking op dit niveau creëert een 'ons kent ons gevoel' waardoor de drempel om contact op te nemen en expertise in te roepen vanuit de psychiatrische hulpverlening lager wordt. De nazorg bestaat uit de overdracht van de bewoner naar een nieuwe zorgsetting (en terug) en de blijvende begeleiding van deze bewoner. Hiervoor dient met de betrokken hulpverleners samen gezeten te worden zodat de nodige informatie kan worden doorsproken.

De betrokkenheid van de bewoner was doorheen de focusgroepen een rode draad in het verhaal. Reeds van voor opname zou de bewoner betrokken kunnen worden door middel van een huisbezoek aan de bewoner. Zo krijgt de toekomstige hulpverlener zicht op de nieuwe bewoner, zorgbehoeften, interesses, sociaal netwerk,... Voorts is aandacht voor de mogelijkheden van de bewoner een positieve manier om de bewoner te bevestigen in zijn eigenwaarde. Het werken met een aandacht-personen-werking wordt hierbij geopperd, waarbij de hulpverlener mee de belangen van de bewoner behartigt.

Een ander knelpunt dat vaak naar voor komt is het feit dat hulpverleners niet allemaal opgeleid en voorbereid zijn op problematieken en bijhorend probleemgedrag van deze nieuwe bewoners. Ondersteuning dient zoals reeds gemeld zowel intern via goed overleg als extern via samenwerkingsovereenkomsten met experts uit psychiatrie te gebeuren. Intern overleg tijdens een teamvergadering biedt de mogelijkheid bepaalde knelpunten op tafel te leggen en deze samen te bekijken en te bespreken. De aanwezige expertise kan ondersteuning bieden aan de bewoner maar ook aan personeel en familie wanneer er vragen rijzen over hoe om te gaan met probleemgedragingen en het stellen van realistische verwachtingen. Wat vorming betreft is men het erover eens dat theoretische vorming over diagnoses en ziektebeelden niet het belangrijkste is maar dat de nadruk moet liggen op deze praktijkgerichte casusvorming.

Uit de interviews en focusgroepen komt het belang van pro-actief en preventief omgaan met probleemgedrag naar voor. Uit de goede praktijken speelt de 'Niet Pluis Index' hier sterk op in. Deze index werd ontworpen door GGZ Groningen en is zowel in Nederland als in Vlaanderen in verschillende settings geïmplementeerd binnen de thuiszorg. In Nederland loopt ook een project waarbij de Index gebruikt wordt in 60 verschillende verzorgingstehuizen. De ervaringen en mogelijks positieve outcome van de Niet Pluis index voor de WZC, gaf de aanzet voor de uitvoering van de pilootstudie.

Voor het betrekken van WZC binnen onze pilootstudie waarbij de Niet-Pluis Index uitgetest wordt, hebben we getracht de drempel voor deelname zo laag mogelijk te houden.

Van de WZC werd verwacht dat zij een online korte vragenlijst invulden. Hiermee wilden we een algemeen zicht bekomen van de deelnemende WZC waarbij ook een nul-meting van een aantal kenmerken werd gedaan. Wat betreft het gebruik van de Index werd hen de keuze gelaten intern te bespreken voor welke doelgroep ze de Index zouden gebruiken. Belangrijk hierbij is wel dat afname van de Index gebeurt samen met de bewoner. Na drie maanden werd een nameting en evaluatie vragenlijst opgestuurd. Uiteindelijk reageerden vijf WZC op onze vraag om de Niet-Pluis index binnen hun organisatie uit te testen.

- *Resultaten pilootstudie Niet-Pluis Index*

In een derde en tevens laatste fase van het onderzoek werd nagegaan in welke mate de Niet Pluis Index een meerwaarde kan betekenen voor hulpverleners en bewoners binnen de WZC-context. Vijf WZC verspreid over Vlaanderen gebruikten gedurende drie maanden de Index in hun huis. Uit de pilootsetting komt naar voor dat de WZC die deelnamen allen vanuit hun beleid reeds heel wat aandacht besteden aan de geestelijke gezondheid van hun bewoners. De meerwaarde van de Index is er voor de deelnemende WZC in gelegen dat deze een eerste aanzet is tot het bespreekbaar stellen en inventariseren van psychische noden/problemen. Deze inventarisatie kan een eerste stap zijn inzake omgaan met psychische problemen. De index biedt een instrument om tot communicatie over te gaan tussen collega's om zodoende bewoners met psychiatrische problemen nog beter te begeleiden.

Vanuit het opzet van dit onderzoek was het de betrachting om een uitgeteste methodiek af te leveren die ondersteuning kan bieden aan hulpverlener en bewoner. De Niet Pluis Index kan voor het WZC op een aantal vlakken zeker een meerwaarde bieden voor personeel en bewoner maar behelst slechts een klein aspect van de algemene problematiek omtrent opvang van ouderen met psychiatrische problemen binnen het WZC. De nood aan meer uitgebreide handvatten binnen het werkveld dringt nog steeds op.

4. Aanbevelingen

Uit literatuuronderzoek, gesprekken en de vragenlijst die werd afgenomen bij 179 WZC in Vlaanderen komt de grootte van de huidige en toekomstige opvangproblematiek van ouderen met psychiatrische problemen naar voor.

Deze resultaten tonen aan dat een structurele aanpak betreffende opvang van ouderen met psychiatrische problemen urgent is.

Op basis van dit onderzoek kunnen we dan ook een aantal aanbevelingen formuleren. Deze aanbevelingen geven richtlijnen mee inzake aanpak van de problematiek. Dit zowel op het vlak van het beleid, als aanbevelingen naar WZC toe met het oog op optimalisatie van kwaliteit van zorg en leven. Tot slot worden nog een aantal aanbevelingen voor vervolgonderzoek mee gegeven.

4.1. Aanbevelingen voor het beleid

Vanuit de online-survey komen een aantal onvervulde randvoorwaarden naar voor die vanuit het beleid ondersteund kunnen worden om ingevuld te worden. De belangrijkste randvoorwaarden die worden mee gegeven zijn: gespecialiseerd personeel, ander financieringsmechanisme, vorming personeel en gestabiliseerde bewoners.

- Gespecialiseerd personeel

Vanuit de voorafgaande literatuurstudie en de eigen onderzoeksresultaten wordt bevestigd dat de aanwezigheid van personeel met de nodige expertise een positieve invloed heeft op de geleverde zorg. Het is duidelijk dat de WZC nood hebben aan een multidisciplinair team binnen de voorziening. In dit team worden vandaag voornamelijk psychiatrisch verpleegkundigen en psychologen gemist. Nadruk dient te liggen op permanente aanwezigheid van gekwalificeerd personeel. Een structurele inter-disciplinaire en multi-dimensionele samenwerking dient op een duurzame manier uitgebouwd te worden. Vanuit Nederlands onderzoek (Depla, 2004) wordt de detachering van gekwalificeerd personeel vanuit de psychiatrie naar het WZC aangehaald als zijnde meest efficiënt. Hierbij is terugval op deskundigheid van de GGZ-instelling dan steeds mogelijk. Of dit ook de beste manier is binnen de WZC in een Vlaamse context kunnen we vanuit ons onderzoek niet staven. Hoewel een aantal positieve resultaten werden bekomen vanuit therapeutische projecten die met detachering (zij het niet permanent) vanuit de psychiatrie naar de WZC de nodige ondersteuning bood.

Om een permanente aanwezigheid van expertise te bekomen kan een richtlijn worden mee gegeven vanuit het beleid. Vanuit onderzoek in Nederland komt naar voor dat in vrijwel alle verpleeghuizen een psycholoog in dienst is, maar dat de aanstellingsomvang beperkt is: gemiddeld is er één psycholoog fulltime in dienst voor 169 bewoners (Dorland, 2006)⁸. Zorgnet Vlaanderen deed in een conceptnota (2008)⁹ reeds de aanbeveling van 0.25VTE per 30 bewoners met specifieke psychiatrische zorgnoden. Een indicatie vanuit de eigen online bevraging leert ons dat dit in de praktijk gemiddeld neerkomt op 0.5VTE per 100 bewoners. (de gegevens vanuit de vragenlijst geven een indicatie mee dat 60 op 100 bewoners te maken hebben met psychiatrische problemen). Hoewel verpleeghuizen in Nederland niet helemaal te vergelijken zijn met onze WZC, komt de indicatie voor aanstellingsomvang op deze manier neer op 1VTE per 200 bewoners. Dit cijfer

⁸ Dorland, L.M., Pot, A.M., Veerbeek M.A., en Depla, M. (2006) 'Psychische hulpverlening voor ouderen in verzorgings- en verpleegthuizen', Utrecht, Trimbos

⁹ Van de Wygaert, R. Verbondsnota bereft: Implementatie CGG-hulpverlening aan ouderen met psychiatrische of psychologische problematiek via uitbreiding hulpverleningscapaciteit van de CGG voor ouderen met psychische moeilijkheden. Kenm. RVDW/AS/1006/70.7.7 Datum: 12/09/2008

ligt nog ver onder het gemiddelde in de Nederlandse verpleeghuizen. Ouderen binnen het WZC nemen vaak te veel of foutieve medicatie in. Daarom is het belang van een psychiater voor het op punt stellen van de medicatie niet te onderschatten. Het is aan de WZC om na te gaan welke experten men wenst aan te werven: psychiatrisch verpleegkundigen, psychologen, psychiater, Richtlijnen mee geven om WZC aan te moedigen in te zetten op deze aanwezigheid van psycholoog of psychiater zoals bij de coördinerend raadgevend arts (CRA) is een mogelijke beleidspiste. Deze richtlijnen kan men in een wetgeving brengen zodat een minimale ondersteuning voor de bewoner en personeel gegarandeerd wordt. Om de kwaliteit van zorg te garanderen dient er een financiering te worden voorzien om het aantal psychiatrische geschoolde personeelsleden in verhouding tot het aantal aanwezige bewoners met psychiatrische problemen te brengen.

Voorts kan men in de opleidingen en stage voorzieningen samen werken aan een positiever imago van ouderen en de WZC om zodoende een job binnen de ouderenzorg aantrekkelijker te maken. Dit alles dient een winstsituatie voor de betrokken bewoners en WZC-personeel te creëren.

- Ander financieringsmechanisme

Een ander financieringsmechanisme waarbij rekening gehouden wordt met de werkelijke zorgnoden en belasting die bewoners met psychiatrische problemen met zich mee brengen, wordt door bijna alle WZC aangehaald. Om de zorgzwaarte en de daaraan gekoppelde financiering voor 'double care demanding' bewoners te bepalen, is het belangrijk om naast de somatische afhankelijkheid ook de psychische afhankelijkheid in aanmerking te nemen. De Katz schaal wordt hierbij als te beperkt ervaren. Deze stelling komt vanuit verschillende onderzoeken naar voor (Leynen, 2009). Een ander evaluatie-instrument is noodzakelijk. Er werden stappen gezet in de goede richting om tot een alternatief te komen. De ontwikkelingen en implementatie van het BelRai systeem werden reeds in een driejarig onderzoek geëvalueerd (Milisen e.a., 2009). In andere Europese landen, waaronder Nederland, wordt dit instrument momenteel gebruikt. In de beleidsnota Vandeuren (2009-2014) wordt mee gegeven dat men de BelRai zal stimuleren. Hierdoor zou het opnemen van deze specifieke bewonersgroep voor WZC een financiële verbetering inhouden. Met dit onderzoek wensen we aan te halen dat het voor de zorgsector erg belangrijk is dat deze maatregel ook daadwerkelijk in uitvoering wordt gebracht zodat de nodige ondersteuningsmaatregelen genomen kunnen worden om een kwaliteitsvolle opvang aan te kunnen bieden.

- Vorming huidige personeel

Het belang van de combinatie verzorgend en gespecialiseerd personeel werd reeds een aantal keer aangekaart. Zowel geriatrische als psychiatrische verpleegkundigen hebben een positief effect op de kwaliteit van opvang voor bewoners met een psychiatrische problematiek. Het promoten van deze studies kan naar de toekomst toe een tekort aan deze personeelsleden in de WZC voorkomen. Naar de toekomst toe zal de groep ouderen (65+) met een psychiatrische problematiek die nood heeft aan residentiële opvang sterk toenemen. Om preventief in te spelen op deze nood is het goed reeds van bij de opleidingen meer aandacht te besteden aan deze groep van ouderen die zowel somatische als psychische zorgnoden ervaren. Indien de opvang van deze doelgroep binnen de WZC dient te gebeuren is het nodig de instroom van beter opgeleid personeel naar de WZC te stimuleren. In eerste instantie is het belangrijk om reeds vanuit de opleiding in te spelen op de noden ervaren door het werkveld. Hiervoor dient in zorggerichte opleidingen meer aandacht te zijn voor psychologische en psychiatrische problemen van ouderen, zowel voor de opleidingen voor verzorgende, verpleegkundigen maar ook voor de huisartsen in opleiding. Een basispakket ouderenpsychiatrie waarin aandacht wordt besteed aan onderwerpen als het signaleren en herkennen van opvallend gedrag, communicatie met de familie en het geven en ontvangen van feedback is hierbij noodzakelijk. Bovendien dient men in de opleidingen af te wijken van het medische zorgmodel en een meer normaliserend model te hanteren.

4.2. Aanbevelingen voor de praktijk

Uit voorgaande blijkt dat het WZC vandaag een belangrijke plaats inneemt wat betreft de opvang van ouderen met psychiatrische problemen. De tendens toont dat deze plaats naar de toekomst toe nog aan belang zal inwinnen. In de huidige context is er een gebrek aan een aantal randvoorwaarden die ingevuld dienen te worden opdat de opvang blijvend op een kwaliteitsvolle manier aangeboden kan worden vanuit een WZC context. Zo is de aanwezigheid van expertise in huis voor de meeste WZC erg gering.

Een aantal aanbevelingen die nodig zijn om tot een invulling van de randvoorwaarden te komen, werden hiervoor reeds neer geschreven voor het beleid. Verder zijn er een aantal punten waarop het WZC zich kan concentreren wat betreft de plaats en functie die zij wensen in te nemen.

- Visie

In eerste instantie is het belangrijk om als WZC een duidelijk standpunt en visie in te nemen wat betreft opvang van bewoners met geestelijke gezondheidsproblemen. Staat het WZC open om deze doelgroep op te nemen? Is de nodige omkadering aanwezig? Is er een specifieke doelgroep tot wie men zich wenst te richten? Hoe wenst men de opvang te organiseren?

Los van het feit of de bewoner geestelijke gezondheidsproblemen heeft is het goed om bij de visie op zorg af te wijken van het medische zorgmodel. Hierbij staan aandacht voor de geestelijke gezondheid en de betrokkenheid van bewoner centraal. De tendens richting een meer normaliserende benadering van zorg is reeds in verschillende WZC gezet. Het blijft echter belangrijk om hier aandacht voor te hebben, reden te meer daar de toekomstige bewoner meer belang zal hechten aan deze vorm van zorg.

- Personeelsbeleid

We merken een positieve invloed van bepaalde personeelsleden op de aangeboden zorg. Het WZC kan trachten bij de selectie van het personeel rekening te houden met hulpverleners die zowel goed scoren op de verpleegtechnische en verzorgende handelingen als op de ondersteuning van ouderen met psychiatrische problemen. Hierbij kan de gerontopsychiatrische verpleegkundige veel bijdragen. Zij hebben een dubbele taak: waarbij ze ondersteuning bieden in het dagelijks leven van de bewoner en daarnaast kan optreden als consultant voor de aanwezige hulpverleners. De aanwezigheid van een psycholoog heeft een meerwaarde op het vlak van ondersteuning van de familie alsook bij de bespreking van het zorgplan van de bewoner. Een multidisciplinaire benadering verdient de voorkeur voor de ondersteuning en vorming van hulpverleners. Deze kan worden bekomen door het verder uitbouwen van structurele samenwerkingsverbanden en beroep doen op expertise vanuit psychiatrische zorgvoorzieningen. Via consultatie, intervisie en vorming kan expertise binnen de organisatie worden opgebouwd en verspreid. Het overleg en de coördinatie dient zich te organiseren binnen het kader van een te ontwikkelen netwerking en zorgcircuit rond deze doelgroep.

- Vorming

Het is een feit dat personeelsleden zich vaak niet opgeleid voelen om met de verschillende aanwezige problematieken om te gaan. In de praktijk gaat het hierbij vaak om verzorgenden die vanuit hun opleiding geschoold zijn volgens het medische zorgmodel. Een beleid en visie die inspelen op het feit dat de aanwezigheid van expertise in huis een meerwaarde is, kan bijdragen aan een kwaliteitsvolle hulpverlening aan deze specifieke doelgroep van bewoners. Het is dan ook belangrijk om het bestaande personeelsbestand de nodige vorming en ondersteuning te bieden. Hierbij is de aandacht niet enkel gericht op het verzorgend personeel. Eveneens is het nodig om dit op een duurzame manier te ondervangen. Een benadering waarbij training, opleiding en bespreking van casussen en de bijhorende feedback centraal staan geeft een goede basis. Het werken met casussen rond bepaalde probleemgedragingen (eerder dan werken rond diagnose) komt als meest efficiënt naar voor uit de focusgroepen. Vanuit de

probleemgedragingen die als het meest storend worden ervaren door de personeelsleden zou men zich bijvoorbeeld aan de hand van casussen kunnen richten op de aanpak van aanklampend-, roep- of agressief gedrag. Hiervoor dient dan ook de nodige ruimte vrij gemaakt te worden, zowel voor de personeelsleden vanuit de WZC maar evenzeer voor hulpverleners tewerkgesteld binnen de psychiatrische zorgvoorzieningen. Door middel van opleiding, intervisie en consultatie kan op deze manier op een structurele en duurzame manier over organisaties heen samengewerkt worden.

4.3. Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

- Vanuit bewonerperspectief

De randvoorwaarden om in de opvang voor ouderen met psychiatrische problemen te voorzien kunnen bekeken worden vanuit verschillende niveaus. In dit onderzoek hebben we ons gefocust op de randvoorwaarden wat betreft het besturende en uitvoerende niveau. Vervolgonderzoek kan zich richten tot het bewonersperspectief. Hierbij kan zowel aandacht worden besteed aan de randvoorwaarden ervaren door bewoners maar tevens zouden medebewoners betrokken kunnen worden. Vanuit het proefschrift van de Nederlandse onderzoekster Depla (2004) komen enkele bevindingen over de ervaren meerwaarde of ervaren drempels van een heroriëntatie van PVT naar WZC naar voor. Zo bieden de WZC meer privacy en ervaart de bewoner meer zeggenschap over het dagelijkse leven dan in een psychiatrisch ziekenhuis. Onderzoek naar de impact op en stigmatisatie van medebewoners werd nog niet uitgevoerd en kan interessante invalshoeken in kaart brengen naar toekomstig beleid en wijze van opvang. Hierbij willen we uitgaan van een bewoner 'centered' invalshoek waarna de resultaten vanuit de verschillende niveaus samen kunnen worden gelegd. De hieruit voortkomende match vormt een mooie basis voor een gedragen opvangbeleid.

- Wijze van opvang

Specifieke opvang voor een bepaalde doelgroep van bewoners met psychiatrische problematiek heeft zijn voordelen. Rond opvang voor bewoners met dementie is reeds heel wat onderzoek verricht. Ook wat betreft mensen met NAH heeft het KCE (Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg) onderzoek gedaan naar meest geschikte wijze van opvang (2007)¹⁰. Zij onderzochten wat de specifieke problemen en behoeften van deze patiënten zijn en waar de knelpunten liggen. Voor de WZC die NAH-personen opvangen, beveelt het KCE de oprichting van aparte leefeenheden aan, met een aangepaste infrastructuur en voldoende en competent personeel. Ook voor sommige mensen met zeer ernstige gedragsproblemen, met een steeds verslechterende hersenaandoening (bv. Multiple Sclerose patiënten) of met zware lichamelijke verzorgingsnood, is het aangewezen om gespecialiseerde eenheden te voorzien. Toekomstig onderzoek kan zich richten op randvoorwaarden voor de best passende woonvorm voor een aantal specifieke problematieken. Hierbij kan zowel worden gedacht aan dagbesteding, begeleiding/ aanwezigheid personeel, stigmatisering bij personeel/ medebewoners, architectuur. Hierbij dient dus niet enkel oog te zijn voor kwaliteit van zorg maar ook voor kwaliteit van leven van deze bewoners.

- Visie op toekomstige functie

Vanuit het onderzoek werden inzichten bekomen op de huidige plaats die WZC innemen op het vlak van opvang voor ouderen met psychiatrische problemen. WZC die zich richten op specifieke doelgroepen en hiervoor ook specifieke opvang voorzien zijn het vaker eens met het feit dat het WZC de beste opvangplaats biedt. Diepgaandere analyses over deze visie werden vanuit dit onderzoek niet gedaan. Het is interessant om na te gaan welke visie die WZC hebben op hun toekomstige functie wat betreft de opvang

¹⁰ Lannoo E, Larmuseau D, Van Hoorde W, Ackaert K, Lona M, Leys M, de Barys T and Eyssen M, (2007) Chronische zorgbehoeften bij personen met een niet- aangeboren hersenletsel (NAH) tussen 18 en 65 jaar. KCE.

van deze doelgroep van ouderen. Hoe zien de WZC hun taak in de toekomst zelf ingevuld? Hierbij kan gekeken worden naar ingevulde randvoorwaarden, eigen strategieën, ... Belangrijk in het kader van vermaatschappelijking van zorg is hierbij ook na te denken over transitie binnen de zorg en zorgcontinuïteit. Wat is bijvoorbeeld de visie van de WZC ten aanzien van gestabiliseerde bewoners en mogelijkheden tot rehabilitatie?

- Cohortonderzoek

Vanuit het voorliggend onderzoek en de vergelijking met de situatie binnen de psychiatrie (Minimale Psychiatrische Gegevens) werd een zicht bekomen op de aantallen van bewoners met psychiatrische problemen binnen het WZC. Deze cijfers geven enkel een indicatie mee en zijn niet berust op geregistreerde wetenschappelijke prevalentie en incidentiecijfers. Hierbij is er ook geen zicht op de 'zorgweg' die de ouderen die uiteindelijk in het WZC terecht komen hebben afgelegd. Wat is de stroom van ouderen die in het WZC terecht komen en welke mogelijke tussenoplossingen wat opvang betreft werden reeds ingezet en zijn efficiënt? In cohortonderzoek wordt een afgebakende groep patiënten gedurende een bepaalde tijd gevolgd en wordt gekeken of een bepaalde uitkomst optreedt. Op deze manier is het mogelijk onderbouwde prognoses inzake aantallen en evoluties mee te geven. Dit zou een grote meerwaarde betekenen voor het beleid en WZC omdat er op deze manier gericht en preventief ingespeeld kan worden op deze te verwachten tendensen.

5. Besluit

De WZC geven aan dat de opvang van oudere bewoners met psychiatrische problemen gepaard gaat met het vervullen van een aantal belangrijke randvoorwaarden, met een financieringsmechanisme dat de aanwezige zorgnoden beter omvat, de aanwezigheid van expertise in huis en de vorming van het bestaande personeelsbestand voorop. In de huidige situatie ziet slechts 13.7% van de bevroegde WZC (N179) het WZC als de meest geschikte opvangplaats voor ouderen met psychiatrische problemen.

Momenteel biedt het WZC opvang voor vele ouderen met dementie waarvoor opvang thuis niet, langer, mogelijk is. Uit al de gesprekken en opmerkingen uit de vragenlijst komt naar voor dat WZC een onderscheid wensen te maken tussen de problematiek dementie en de andere psychiatrische stoornissen. Ook naar andere problematieken zien we een tendens dat vanaf een bepaalde leeftijd het WZC een erg belangrijke plaats inneemt wat betreft de opvang voor deze ouderen. Hierbij gaat het ondermeer om ouderen met schizofrenie en Korsakov (MPG, 2009).

Toekomstige acties zullen zich dienen te focussen op de ondersteuning van WZC die in hun opnamebeleid aandacht hebben voor ouderen met psychiatrische problemen. Deze ondersteuning kan zowel het voorzien van expertise in huis aan de hand van vastgelegde quota en aanmoedigen van samenwerkingsverbanden inhouden, maar ook het aanmoedigen en financieel ondersteunen van het aanbieden van deze opvang.

Hierbij moet vanuit het beleid aandacht worden besteed aan het feit dat met het organiseren van opvang voor ouderen met geestelijke gezondheidsproblemen binnen het WZC de valkuil erin is gelegen dat een nieuwe specifieke vorm van opvang wordt gecreëerd naast de bestaande opvang voor ouderen. Het streven naar vermaatschappelijking van zorg wordt hierbij oneer aangedaan. Dit is een moeilijk evenwicht waaraan de volgende jaren gewerkt moet worden opdat de groter wordende groep ouderen die zowel lichamelijke als geestelijke zorgnoden kent, op een kwaliteitsvolle manier opgevangen kunnen worden.

Wat de vergelijking met de MPG gegevens betreft komen we tot de conclusie dat de indicaties vanuit de online-bevraging die mee gegeven worden in de vorm van een index ongeveer gelijklopend zijn. Problematieken waarvan we kunnen verwachten dat ze in de toekomst zullen toenemen in de WZC zijn deze die vandaag reeds vaker aanwezig zijn: dementie, depressie, Korsakov. Maar ook de problematieken schizofrenie, persoonlijkheidsstoornis en mentale retardatie kunnen een belangrijkere plaats gaan innemen. Veel hangt af van het toekomstige beleid betreffende de afbouw van het aantal bedden en de ondersteuning van oudere en hulpverleners in de thuissituatie.

WEGWIJZER

Aan de hand van de online-bevraging, gesprekken met stakeholders, focusgroepen en literatuur worden een aantal aandachtspunten gebundeld om handvatten en tips mee te geven aan WZC-directie en personeel voor de opvang van en omgang met bewoners met psychiatrische problemen.

Inleiding

Vanuit het opzet van het onderzoek rond 'de opvang van ouderen met psychiatrische problemen binnen de WZC' was het de betrachting om een uitgeteste methodiek af te leveren die ondersteuning kan bieden aan hulpverlener en bewoner.

Zo werd de Niet Pluis Index in een aantal WZC geïntroduceerd. Deze index is een hulpmiddel om preventief in te spelen op probleemgedragingen van bewoners. De meerwaarde van de Index is er voor de deelnemende WZC in gelegen dat deze een aanzet is tot het bespreekbaar stellen en inventariseren van psychische noden/problemen (niet noodzakelijk psychiatrische problemen). Deze inventarisatie is een eerste stap inzake omgang met psychische problemen. De index biedt een instrument om tot communicatie over te gaan tussen collega's om zodoende bewoners met psychische problemen nog beter te begeleiden.

Het gebruik van de index kan voor het WZC op een aantal vlakken zeker een meerwaarde bieden voor personeel en bewoner maar behelst slechts een klein aspect van de algemene problematiek betreffende opvang van ouderen met psychiatrische problemen binnen het WZC.

Verschillende WZC stellen zich de vraag of zij de meest geschikte plaats zijn om opvang aan te kunnen bieden. Gezien de huidige situatie spelen er voornamelijk financiële, organisatorische en kenniselementen mee die een kwaliteitsvolle opvang van deze specifieke doelgroep van ouderen in de weg staan.

In het werkveld is er nood aan meer uitgebreide handvatten. Daarom werden de resultaten vanuit het onderzoek gebundeld en worden een aantal aandachtspunten nader toegelicht en verwerkt in deze Wegwijzer.

De voorliggende WegWijzer is een bundeling van ideeën en instrumenten die directies en hulpverleners op weg kunnen zetten om zelf werk te maken van de aandacht voor en opvang van ouderen met psychiatrische problemen binnen het WZC.

1. Visie

Het is belangrijk om een duidelijk beeld te schetsen van de organisatie en de visie die de organisatie heeft met betrekking tot de opvang van de 'toekomstige' bewoners. De visie van de organisatie geeft een kort en helder antwoord op de vraag: hoe zien wij onszelf in de wereld van morgen? In eerste instantie is dit een denkoefening waarbij men onder andere een antwoord zoekt op de vragen 'wie wensen we op te vangen in de toekomst en hoe wensen we dit te organiseren?'. Een visie is het idee dat het WZC heeft over de ontwikkelingen in haar branche en welke kant directie en medewerkers willen dat het opgaat.

Tips en Handvatten: Indien uw organisatie haar visie graag wenst te (her)bekijken kan bij Vonk3 dienstverlening op het gebied van Visie vorming aangevraagd worden.

2. Verder kijken dan het medische zorgmodel

Ondermeer vanuit de focusgroepen komt naar voor dat er nood is aan een veranderende visie op zorg. In veel gevallen wordt deze reeds in de opleiding mee gegeven. Hierdoor is het geen evidentie dat de aanwezige personeelsleden allen dezelfde visie delen en met de neus in dezelfde richting wijzen. De visie van een WZC stelt vaak de bewoner en zijn zorgvraag centraal. Een effectief beleid waarbij bewoner centraal staat, gaat uit van een holistische visie op zorg. De beweging wordt gemaakt van een medisch zorgmodel naar een meer normatieve zorgbenadering.

"Dat merk ik wel de cultuur van ja aandacht voor het gedrag en alleen al de verslaggeving daar rond. Dat is totaal anders in de ouderenzorg dan in de psychiatrie of de gehandicaptenzorg. Men is dat ook niet gewoon eigenlijk. Men zal veel eerder brieven van iemand die in zijn broek heeft gedaan dan dat iemand bepaalde gedrag gesteld heeft." (WZC)

"Maar dat kadert ook binnen de cultuur. Zowel binnen de thuiszorg maar ook in het WZC dat het niet enkel het medische, zorgende of helpende verhaal is maar de totale persoon ondersteunen en zo zien mensen dat denk ik nog niet vaak." (Thuiszorg)

"Dat is ook weer zo, en dat klink zo negatief als beperking van de verzorgenden maar verpleegkundigen hebben dat ook. Die zijn vanuit een andere hoek geschoold en dat is dat medische. En je hebt mensen die dat heel goed aanvoelen. Maar er zijn echt mensen die zich vinden in het ziekenhuismodel. Als mensen gewassen zijn en ze hebben gegeten en ze zitten proper in hun stoel. Ah dan is het tijd om... en dan gaan ze vaak nog kasten of zo opruimen é." (WZC)

Tips en Handvatten: methodieken die kunnen helpen om meer aandacht te hebben voor de bewoner en zijn persoonlijke zorgvraag:

-OMEGA-vragenlijst, werken met BewonerAandachtsPersoon (dienstverlening Vonk3),

Geenen, K. e.a. (2010) 'Mag ik ook wat zeggen!?' Empoweren van ouderen in een woon- en zorgcentrum. Antwerpen: Garant

Niet-Pluis Index (zie info in dit congresboek) GGZ Groningen

3. Werven psychiatisch/ geriatrisch verpleegkundigen

Een belangrijk knelpunt en tevens voorwaarde om ouderen met psychiatrische problemen blijvend op een kwaliteitsvolle manier op te vangen is de aanwezigheid van expertise en de vorming van het huidige personeelsbestand. Het belang van de combinatie verzorgend en gespecialiseerd personeel werd reeds een aantal keer aangekaart. Zowel geriatrische als psychiatrische verpleegkundigen hebben een positief effect op de kwaliteit van opvang voor bewoners met een psychiatrische problematiek. Het WZC kan trachten bij de selectie van het personeel rekening te houden met hulpverleners die zowel goed scoren op de verpleegtechnische en verzorgende handelingen als op de psycho-sociale ondersteuning van de bewoners.

Tips en Handvatten: Tracht bij de werving van personeelsleden rekening te houden met de aanwezigheid van deze dubbele expertise/ competenties bij de kandidaten. Dit kan bv. door in het sollicitatiegesprek of bij een assessment een casus mee te geven en te polsen naar het handelen (en de daarbij horende visie van de kandidaat).

4. Belang van Betrokkenheid en aandacht voor bewoner en familie

De ouderen van morgen zijn niet langer passieve zorgontvangers, ze hebben een duidelijke mening en verwachtingen (stille- vs protestgeneratie). Ook familieleden kijken niet zomaar langs de zijlijn toe. Ze hebben vaak jarenlang toegewijd zorg verleend en willen ook een zegje hebben in hoe de laatste levensfase van hun partner, vader of moeder er uitziet. Hoe kan je als WZC medewerkers ervoor zorgen dat bewoners en familie werkelijk een stem krijgen?

Wanneer mensen bijvoorbeeld van bij aanvang betrokken worden in de overstap naar het WZC dan kunnen ze dit verhaal mee dragen. Het kan maken dat de overstap van een thuissituatie naar een WZC-context met meer positieve gevoelens gepaard gaat.

“Dat is naar preventie toe wel essentieel. Als mensen zelf mee mogen beslissen en mee mogen nadenken. Ja dat gaat niet alleen over beslissen van ga ik of niet of waar naartoe, maar ook wat neem ik mee, wat laat ik hier, wat gaat er met mijn woonst gebeuren? Mee dat zelfbeschikkingsrecht, die controle over eigen bestaan mogen hebben en voorbereiden op die plaatsing die dan eigenlijk toch wel definitief is.” (Psychiatrie)

“Hierin ligt het belang van een vroegtijdige zorgplanning. Dat je vooraf al van bij opname gaat bekijken van wat is de bedoeling van het verblijf hier. Afspraken maken over het verloop en hoe dat gaat zijn met de familie. Om dat al van in het begin bespreekbaar te maken. Goed bespreken van in het begin wat zorgvraag is. Ik denk niet dat dit overal aandacht krijgt om dat reeds van begin af aan mee op te nemen.” (WZC)

“Wij doen voordat de bewoner opgenomen wordt eerst een huisbezoek. Daar komt natuurlijk ook heel wat gegevens aan het licht. En dan is het belangrijk om de mogelijkheden goed te kennen.” (WZC)

Tips en Handvatten:

-Methodiekenbundel onderhandelde zorg (o.a. zorgleefplan, levensverhaal, genogram, bewonersraad, familierraad, folder, communicatietips)

Spruytte, N., De Coster, I., Declercq, A., & Van Audenhove, C. (2009). Onderhandelde zorg. Ondersteunende methodieken voor participatie van bewoners en familie in de residentiële ouderenzorg. Methodiekengids. Leuven: LUCAS.

-een huisbezoek vanuit het WZC aan de toekomstige bewoner kan inzichten bieden in de situatie waarin de oudere zich bevindt en in de aanwezige verwachtingen die er leven (bij toekomstige bewoner maar ook bij de familie).

5. Weerbaar maken en ondersteunen van eigen personeel

Huidige evoluties zorgen er voor dat ouderen op een bepaalde leeftijd met hun complexe zorgvragen, uiteindelijk binnen de residentiële ouderenzorg terecht komen. Het beleid trekt de kaart van de thuiszorg en vermaatschappelijking van zorg. Vanuit de overheid wordt echter gesteld dat iedere 65+ die niet meer thuis kan worden opgevangen terecht kan in het WZC. Het gevolgde beleid stelt WZC hierdoor in een moeilijke positie. Personeel heeft niet altijd de nodige ervaring en expertise om deze nieuwe, vaak complexe hulpvragen van deze bewoners op te vangen.

“Als de overheid wil dat de psychiatrische patiënten van de ziekenhuizen of psychiatrie naar de WZC gaan dan moeten ze daar in de toekomst de nodige begeleiding voor voorzien. Want anders gaan er zaken gebeuren die niet goed zijn voor de patiënt. Naar kwaliteit van zorg maar ook voor de hulpverlener zelf. Als je kijkt naar taakbelasting en dan ga je misbehandelingen krijgen van de patiënten gewoon uit onmacht. Stress en te weinig vorming, en dan kan je hen dat niet erg kwalijk nemen als er geen begeleiding komt. Dat is essentieel dat daarin een beleid komt.” (Psychiatrie)

Tips en Handvatten: De Rationeel Emotieve Therapie (RET) kan de hulpverlener helpen op een andere manier naar een probleemsituatie te kijken en hierover te communiceren in team. Het is een methodiek die helpend kan zijn in een trainings-, coachings- of begeleidingssituatie om belemmerende overtuigingen en gedachten bij hulpverleners en de anderen (medewerkers, collega's) te helpen overwinnen. Het is eveneens een goede methodiek om te relativeren en stress te verminderen. Voor verzorgenden of andere hulpverleners binnen een WZC-context kan de methodiek helpend zijn om met minder angstige gevoelens om te gaan met storend gedrag (Vorming, GGZ Breburg Nederland).

6. Intensieve Casusgerichte vorming

Het is een feit dat personeelsleden zich vaak niet opgeleid voelen om met de verschillende aanwezige problematieken om te gaan. Het is dan ook belangrijk om het bestaande personeelsbestand de nodige vorming en ondersteuning te bieden. Eveneens is het nodig om dit op een duurzame manier te ondervangen. Een benadering waarbij training, opleiding en bespreking van casussen en de bijhorende feedback centraal staan geeft een goede basis. Het werken met casussen rond bepaalde probleemgedragingen (eerder dan werken rond diagnose) komt als meest efficiënt naar voor uit de focusgroepen. Vanuit de probleemgedragingen die als het meest storend worden ervaren door de personeelsleden zou men zich bijvoorbeeld aan de hand van casussen kunnen richten op de aanpak van aanklampen-, roep- of agressief gedrag.

“Als dan al de bewoners ook nog een keer besproken moeten worden dan is dat heel vaak nogal vluchtig zo. En daarom hebben we ook het assessment met casussen van twee dagen geïnstalleerd dat er eigenlijk toch wel wat dieper ingegaan wordt op die problematieken. Dat het niet alleen pis en kak (zorg) is maar ook hoe ga je om met die bewoner. En dan vanuit agressie en zo maar dat is erg individueel é. Bij sommige bewoners komt dat niet aan bod bij anderen is dat een zwaar item.” (WZC)

Tips en Handvatten: Investeren in casusgerichte vorming: hoe omgaan met gedrag, signalen herkennen. Eerder dan theoretische uiteenzetting over ziektebeelden en diagnoses.

7. Nazorg en structurele samenwerking met externe partners

Kennis en expertise delen kan voorkomen dat men bepaalde zaken over het hoofd ziet. Mensen leggen vaak een gans zorgtraject af waarbij het risico bestaat dat er doorheen dit traject informatie achter blijft. Bovendien betekent het doorgeven van kennis over een persoon een grote meerwaarde om preventief op te kunnen treden.

“En als we het dan hebben over preventief werken dan denk ik dat je inderdaad, het hebben van informatie erg belangrijk is. Van wat is er al gebeurd, wat is er al geprobeerd, wat was een succes, wat was geen succes.” (Psychiatrie)

“Mensen gaan naar huis en zijn dan al een tijd thuis voordat we ingeschakeld zijn. En dan is het voor ons nog altijd niet duidelijk van is die opgenomen geweest, welke weg is er al gevolgd geweest? Dat is soms wel een beetje een zwart gat van wat er allemaal al gepasseerd is.” (WZC)

“Maar ik vind het wel heel belangrijk dat het WZC waarin de persoon terecht komt dat die ook daadwerkelijk de informatie heeft. Dat is heel belangrijk, want van daar vertrekt het punt van ok wie hebben we hier voor ons, waar kunnen we rekening mee houden, waar moeten we op anticiperen. En als je die informatie niet hebt dan kan je er niks mee natuurlijk.” (Psychiatrie)

Het stimuleren van samenwerkingsverbanden verloopt vlotter wanneer mensen elkaar al een keer eerder hebben ontmoet of hebben samen gewerkt. De drempel om mensen aan te spreken is veel lager wanneer je elkaars gegevens hebt en reeds een positieve samenwerking hebt gehad. Bovendien weet je op die manier beter voor welke problemen of vragen je bij wie terecht kan.

“Ja en dat kan dan het voordeel zijn van wanneer je al eens hebt samen gezeten dan kan je dat gerichter aanpakken. Ge hebt iemand gesproken en je weet dat je het kan doorgeven want de persoon in kwestie was erbij en de toestemming is gegeven. Je kan ook gerichter gaan informatie zoeken. Ik merk dat ook zelf dat als je al eens iemand hebt gezien om één of andere reden is dat dan een heel andere manier van communiceren.” (WZC)

Tips en Handvatten: CGG ouderenhulpverlener, Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum, Liaisonpsychiatrie/-psycholoog (soms met vaste betalende contracten), MDO's waarop psychiatrie wordt uitgenodigd voor bespreking bepaalde bewoners

8. Interne communicatie en bespreking bewoners op MDO

De communicatie tussen de verschillende teamleden is van groot belang. Een goede schriftelijke en mondelinge communicatie zijn noodzakelijke elementen voor een efficiënte werking. Problemen binnen een organisatie zijn vaak te wijten aan miscommunicatie (of het gebrek eraan).

“En ook goede communicatiemogelijkheden want soms zijn er mensen binnen een team die zeggen van ik doe dat altijd zo en dat werkt toch. En dat anderen dan zeggen van oh dat wist ik niet. En dat is eigenlijk wel jammer. Maar ik denk dus dat dikwijls de mogelijkheden wel ontbreken om dat te communiceren met elkaar.” (WZC)

“Uiteindelijk is dat dikwijls beperkt tot een aantal richtlijnen. Maar natuurlijk niet al de situaties dagdagelijks kunnen daar dan juist schoon in passen. De mondelinge communicatie zou dan dikwijls toch een belangrijke bijdrage zijn absoluut. Niet alles staat in het dossier genoteerd, en dat kan ook niet.” (Psychiatrie)

Daarnaast is het belangrijk dat personeelsleden die met vragen of ervaringen zitten, ook weten dat ze hiervoor een luisterend oor kunnen vinden en intern ergens met hun verhaal terecht kunnen.

“Dat is bij ons ook wel hoor, elke dag briefing, elke maand teamvergadering, elke week overleg met de afdelingshoofden. Overleg met eventueel referentiepersoon dementie in geval er een noodsituatie is. En als

personeelsleden iets kwijt willen over hun ervaringen dan kan dat meestal op het overleg dat doorgaat op afdelingsniveau". (WZC)

Er zijn een aantal zaken die ervoor zorgen dat informatie-overdracht geen evidentie is. Momenteel gebruiken de verschillende hulpverleners allen een eigen manier van registratie. Het elektronisch patiëntendossier waar vandaag aan gewerkt wordt zou een vlotte informatiedoorstroming van hulpverlener naar hulpverlener naar de toekomst toe moeten vereenvoudigen. Hierdoor heeft de hulpverlener sneller een duidelijk beeld op de gebeurde interventies en afgelegde zorgweg van de oudere hetgeen een efficiëntere hulpverlening met zich mee brengt.

"Elke organisatie doet informatieoverdracht op zijn manier. Ieder heeft zijn eigen manier van verslaggeving." (Thuiszorg)

"Want het zou ideaal zijn als er zo een soort van dossier zou zijn dat iemand doorheen zijn leven met zich mee kan dragen. Maar dan zit je met vragen omtrent privacy enzo. Soms wordt een hele hoop werk weg gegooid. En moet je vanaf nul beginnen." (WZC)

Tips en Handvatten: goede interne afspraken ivm briefing en overleg. Schriftelijke communicatie (intern maar ook met externe partners) bv. ontslagdocumenten.

Mogelijkheden creëren voor personeelsleden zodat persoonlijke ervaringen en bezorgdheden waarmee ze zitten, besproken kunnen worden. Dit kan op een teamoverleg of bij een aantal personeelsleden waarbij men terecht kan en die men hiervoor specifiek aanduidt (bv. psycholoog indien die aanwezig is, hoofdverpleegkundige, ...).

NIET PLUS INDEX 2011

NAAM:			
INGEVULD DOOR:			
Datum:			
NR	DE BEWONER ...	ITEM	SCORE
01	heeft het laatste jaar de partner, een familielid, een belangrijke ander en/of belangrijke dingen (zoals bijvoorbeeld een huis) verloren	Verlies	
02	is tamelijk (lichamelijk) beperkt om activiteiten te ondernemen (bijvoorbeeld als gevolg van een chronische ziekte)	Beperking	
03	heeft of uit (vage) lichamelijke klachten en/of pijn	Pijn	
04	heeft klachten over het slapen (slaapt te veel, te weinig, slecht en/of is 's nachts onrustig)	Slapen	
05	eet te veel, eet te weinig of klaagt over eetlust	Eetlust	
06	is gauw afgeleid, kan zich slecht concentreren en/of kan niet lang met iets bezig te zijn	Concentratie	
07	voelt zich eenzaam en/of alleen	Eenzaam	
08	is onzeker in aanwezigheid van anderen en/of in het nemen van beslissingen	Onzekerheid	
09	praat weinig of (te) veel	Praten	
10	heeft weinig sociale contacten en/of trekt zich terug (hoeveelheid contacten)	Contact	
11	is zelden bereid anderen te helpen en/of kan moeilijk samenwerken met anderen (kwaliteit contacten)	Sociaal	
12	is prikkelbaar, snel boos of gauw erg kwaad	Boosheid	
13	is opstandig, bedreigt anderen en/of schopt of slaat	Geweld	
14	verzorgt zich zelf niet goed of vervuult zich en/of laat de omgeving verslonzen	Verzorging	
15	drinkt regelmatig (te) veel alcohol en/of is vaak dronken	Alcohol	
16	is regelmatig angstig, heeft paniekaanvallen, en/of zegt bang te zijn voor de toekomst/de dood	Angst	
17	zegt dat hij/zij verdriet heeft en/of maakt een verdrietige indruk (huilt bijvoorbeeld veel of regelmatig)	Verdriet	
18	is erg moe of lusteloos, heeft weinig energie, en/of heeft nergens zin in	Energie	
19	klaagt meer dan anders en/of zegt zich neerslachtig of depressief te voelen of uit zich juist opmerkelijk vrolijk	Stemming	
20	heeft hoop of perspectief verloren (maakt geen plannen meer en/of stelt geen doelen)	Perspectief	
21	is vergeetachtig en/of onthoudt niet wat zojuist gevraagd of gezegd wordt en/of kent bekenden niet bij naam	Geheugen	
22	is regelmatig de weg kwijt en/of heeft weinig of geen besef van tijd	Oriëntatie	
23	gedraagt zich onbehoorlijk, is onaangenaam voor anderen, soms zonder het zelf door te hebben.	Decorum	
24	gedraagt zich wantrouwend, zegt in de gaten te worden gehouden, bestolen te worden, uit allerlei beschuldigingen	Achterdocht	
25	Ziet dingen die er niet zijn, en/of hoort stemmen	Hallucineren	
© Welnis Preventie 2011			

Niet Pluis Index

Wat is de Niet Pluis Index?

De Niet Pluis Index is een hulpmiddel om gedragsveranderingen bij een bewoner te herkennen. We hebben de Niet Pluis Index gemaakt, om u op weg te helpen om psychische problemen van bewoners (beter of eerder) te kunnen signaleren. De onderdelen van het gedrag van een bewoner waar u op moet letten zijn praktisch verwoord, waardoor iedereen er in principe mee kan werken. Het totale gedrag van een bewoner wordt als het ware in een aantal losse stukjes geknipt.

De Niet Pluis Index is een eenvoudige lijst, en de onderwerpen zijn praktisch weergegeven. De Niet Pluis Index geeft beslist geen totaalbeeld. Het gaat om het verkrijgen van meer inzicht in wat er aan de hand is. Dat betekent dat er alleen met kruisjes wordt gescoord, dus er worden geen ingewikkelde rapportcijfers uitgedeeld. Het is de bedoeling om met behulp van de scores met elkaar in gesprek te komen en van daaruit meer zicht te krijgen op wat er met de bewoner aan de hand is.

Wanneer gebruikt u de Niet Pluis Index?

U kunt de Niet Pluis Index gebruiken wanneer u een 'niet pluis gevoel' heeft over een bewoner. Bijvoorbeeld van een mevrouw die altijd actief was, maar die nu niet zo veel meer doet. U vraagt zich af of er iets aan de hand is, of er iets niet pluis is. Dat noemen we een 'niet pluis gevoel'.

U vult de lijst in en vraagt ook een collega dat te doen. Het werkt het beste als u dat los van elkaar doet, en later bij elkaar gaat zitten om aan de hand van de scores de situatie van de bewoner gericht te bespreken. U kunt de ingevulde Niet Pluis Index ook doorspreken met de leidinggevende of inbrengen op een intern werkoverleg.

De score

Bij een score van twee of meer kruisjes per onderdeel, is het verstandig de bewoner in te brengen op het werkoverleg. Met name als er zich wijzigingen voordoen in de situatie van een bewoner en u zich daarover zorgen maakt, wordt bespreking aangeraden. Dat is de situatie wanneer er kruisjes worden toegevoegd.

Toestemming

Als u het gedrag van de bewoner observeert met behulp van de Niet Pluis Index, is het gebruikelijk om de bewoner daarvoor toestemming te vragen. U kunt er ook voor kiezen om de scores met de bewoner zelf bespreken. In het algemeen is het goed om ook de familie van de bewoner of een andere dierbare op de hoogte te stellen, tenminste als de relatie tussen bewoner en familie goed is. Ook is het goed eventuele andere hulpverleners die daar komen te informeren.

Risicomomenten

Risicomomenten voor een bewoner kunnen zijn het verlies van een partner of een familielid. Ook bijvoorbeeld in een zomerperiode kunnen mensen kwetsbaar zijn, als er geen activiteiten in het verzorgingshuis zijn en de kinderen op vakantie gaan. Andere mensen ontwikkelen echter juist problemen in de winter. Het is daarom belangrijk altijd alert te zijn. Een bewoner kan zich op een bepaald moment gedeprimeerd voelen en lichamelijke klachten ontwikkelen, waarna soms angst, verwardheid of vereenzaming volgt.

THOMAS MORE

EEN ZOTTE UITDAGING!? OUDERENPSYCHIATRIE INTERNATIONAAL GESCAND,

Opvang van Ouderen met een
psychiatrische problematiek binnen de
WZC in Vlaanderen

Vonk3
DERDE LEEFTIJD

E.H. Kampen en Laska bundelen de krachten en woorden more.

1

VONK3

- 3-jarig Projectmatig Wetenschappelijk Onderzoek
2009-2012
- Naar aanleiding van ervaren knelpunten vanuit het werkveld, Vonk3
- WZC invalshoek

THOMAS MORE

PROBLEEMSTELLING

- Situatie samenleving
 - Vergrijzing
 - Meer ouderen met fysieke en geestelijke zorgnoden
- Situatie WZC
 - Meer gedifferentieerde zorgvraag en stijgende zorgzwaarte
 - Vaker te maken met bewoners met psychiatrische problemen
- Personeel voelt zich niet altijd voldoende vaardig en ondersteund om hiermee om te gaan en kwaliteitsvolle opvang (blijvend) te kunnen bieden

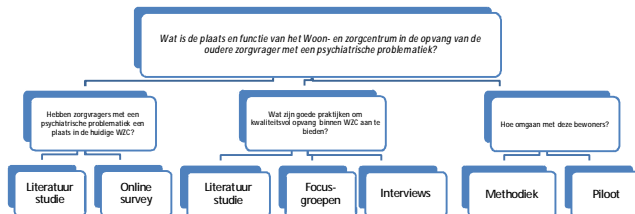
THOMAS MORE

OPBOUW PRESENTATIE

- Deel 1: Literatuurstudie
- Deel 2: Online-bevraging
- Deel 3: Focusgroepen en interviews
- Deel 4: Pilootstudie Niet-Pluis Index
- Deel 5: Conclusies en aanbevelingen
- Deel 6: Disseminatie

THOMAS
MORE

ONDERZOEKSVRAGEN EN -OPZET



THOMAS
MORE

DEEL 1: LITERATUURSTUDIE

- Beleid vermaatschappelijking van zorg
 - Hoogste aantal bedden in psychiatrie van Europa
 - Afbouw van bedden door uitbouwen van zorgcircuits en zorgnetwerken
- GGZ in Vlaanderen
 - Art. 107
 - Project voor doelgroep volwassenen
 - Doelgroep ouderen in de praktijk nog niet veel beweging vanuit beleid
- Ouderenpsychiatrie in Vlaanderen
 - Verschillende opvangmogelijkheden, elk met hun beperkingen en knelpunten
 - Vanaf leeftijd 65+ (leeftijd dat ouderen in WZC terecht kunnen) vanuit psychiatrie vaak gekeken naar mogelijkheden herlocatie naar WZC

THOMAS
MORE

DEEL 1: LITERATUURSTUDIE

Opvang ouderen GGZ en plaats WZC

- Weinig onderzoek rond psychiatrische problematieken binnen WZC
 - (zelfs relatief weinig cijfermateriaal rond psychiatrische problematieken bij ouderen)
- Op Europees niveau wel over aanwezigheid problematiek in 'nursing homes' meestal gericht op 1 probleem: depressie, medicatiemisbruik,...
- Wel Vlaams en Nederlands onderzoek rond herlocatie vanuit psychiatrie (PVT) naar WZC en de bijhorende randvoorwaarden (Leynen, Depla)

THOMAS
MORE

DEEL 2: ONLINE-BEVRAGING

- Opstellen vragenlijst ism stuurgroep
- Verspreid naar alle WZC in Vlaanderen (N=749)
- Online-tool: Limesurvey

THOMAS
MORE

RESPONS - NON-REPPONS

- Respons
 - 122 volledig (16%)
 - 57 niet volledig (8%)
 - = 24% van populatie (749)
- Non-respons bevraging
 - 66
 - = 9% van populatie

THOMAS
MORE

ONLINE-BEVRAGING OPBOUW

- Organisatiegegevens
- Opnamebeleid
- Personeelsgegevens
- Bewoners gegevens
- Randvoorwaarden en stellingen
- Bouwplannen

THOMAS
MORE

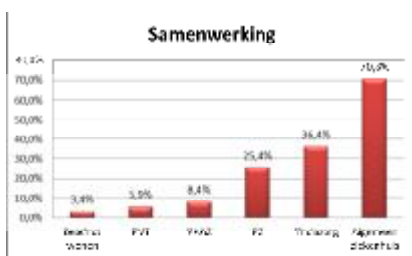
ORGANISATIEGEGEVENS

- Representativiteit
- Kleine WZC ondervertegenwoordigd voor Antwerpen en Oost-Vlaanderen (niet gewogen wegens te grote coëfficiënt) op vlaams niveau verdeling wel ok
- Statuut: vzw ondervertegenwoordigd, openbaar oververtegenwoordigd (gewogen)

THOMAS
MORE

ORGANISATIEGEGEVENS

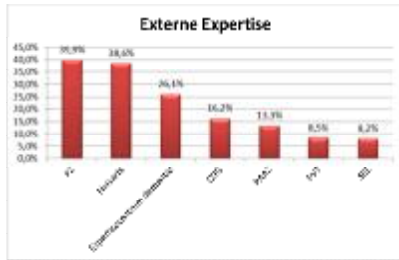
•Functionele samenwerking



Functionele samenwerking (82.8%)
AZ (70.8%)
Thuiszorg (36.4%)
PZ (25.4%)

THOMAS
MORE

ORGANISATIEGEGEVENS



- Beroep expertise buitenaf (83.8%)
- Verband tussen aanwezigheid
 - Dementie/ mentale retardatie = expertisecel dementie
 - Angststoornissen = CGG
 - Schizofrenie, persoonlijkheidsstoornissen, korsakov = PZ

THOMAS
MORE

. ORGANISATIEGEGEVENS

- Weinig verschillen naar grootte, statuut of provincie
- Verbanden naargelang grootte van het WZC
 - Aanwezigheid dementie/depressie
 - evenredig naar grootte
 - minder aangegeven in private WZC
 - Andere problematieken verhoudingsgewijs meer aanwezig in grotere WZC en meer differentiatie in grotere WZC
 - Grotere WZC meer gespecialiseerd personeel in huis
 - Grotere WZC meer samenwerking met PVT

THOMAS
MORE

OPNAMEBELEID

- 3/4 houdt rekening met problematiek
- 4/10 biedt specifieke opvang
 - vnl. voor dementie (27.7%), schizofrenie (7.1%), Korsakov (12.1%) en mentale retardatie (5.4%)
= voor ganse populatie
- Wijze van opvang
 - 55,5% aparte afdelingen
 - 21,3% inclusief
 - 14,6% aparte leefgroepen
 - 8,6% nog anders (bv. kleinschalig genormaliseerd wonen)

THOMAS
MORE

PERSONEELSGEGEVENS

Top nood aan personeel

- Psychiatrisch verpleegkundige
 - Psycholoog
 - Geriatrisch verpleegkundige
- Groter wzc geven vaker psycholoog aan
- Kleinere wzc geven vaker gewone verpleegkundigen aan
- Grotere WZC meer gespecialiseerd personeel in huis dan kleinere WZC, maar aanwezigheid blijft ook hier erg beperkt! (psycholoog in 20 WZC, psychiater in 3 WZC, gerontopsychiater in 7 WZC)

THOMAS
MORE

PERSONEELSGEGEVENS

- Significante verbanden aanwezigheid gespecialiseerd personeel

- Aanwezigheid gerontopsychiater, psychiater of geriatrisch verpleegkundigen = minder storend ervaren van aanklampend-, roep-, agressief gedrag
- Afwezigheid psychiatrisch verpleegkundigen = significant meer aanduiden van gestabiliseerde bewoners als randvoorwaarde
- Aanwezigheid geriatrisch verpleegkundige = minder noodzaak aan transmuraal overleg
- Aanwezigheid psycholoog = vaker aangepaste infrastructuur
- Aanwezigheid psycholoog = minder nood aan randvoorwaarde vorming

THOMAS
MORE

BEWONERGEGEVENS

- Top storend gedrag
 - Roepgedrag
 - Aanklampend gedrag
 - Agressief gedrag
- Aanwezigheid storend gedrag meestal evenredig met graad van verstoring
 - Roepgedrag en aanklampend gedrag komen vaak voor en worden als meest storend ervaren
 - Depressief gedrag komt vaak voor maar staat niet bovenaan de top van meest storend gedrag
 - Suïcidaal gedrag komt minder vaak voor, waar het voorkomt staat het wel in top 3

THOMAS
MORE

BEWONERGEGEVENS

- Verband met aanwezige functies
 - Aanwezigheid van gespecialiseerd personeel heeft invloed op de ervaring van storend gedrag
 - » Roep, aanklappend, agressief gedrag minder storend indien gerontopsychiater, psychiater of geriatrisch verpleegkundige aanwezig is
- Vanuit onderzoek niet mogelijk om conclusies te trekken naar oorzakelijk verband

THOMAS
MORE

BEWONERGEGEVENS

- Voorkomen



THOMAS
MORE

BEWONERGEGEVENS

- Top 3 herkomst
 - Ziekenhuis
 - Thuis
 - PAAZ
- Kleinere WZC vaker thuis en ziekenhuis

THOMAS
MORE

BEWONER GEGEVENS

Herkomst voor opname in psychiatrie MPG 80+



Thuis en opvang bejaarden.

Zelden vanuit psychiatrie

THOMAS
MORE

BEWONERGEGEVENS

- Bestemming bij ontslag MPG 80+
 - Opvang voor bejaarden 42%
 - Alleen/eigen gezin 26%
 - Psychiatrisch ziekenhuis 3%

THOMAS
MORE

BEWONERGEGEVENS

- Indexen vanuit vragenlijst
 - Dementie (34.6%)
 - Depressie (13%)
 - Mentale retardatie (2.4%)
 - Korsakov (3.8%)
 - Persoonlijkheidsstoornis (3.5%)
 - Schizofrenie (1.4%)
 - Angststoornis (3.2%)
 - Verslaving 3%

Binnen MPG diagnose bij opname 80+

dementie (32%), depressie (23%), psychotische stoornis (5%)
alcoholmisbruik+stoornis (3%), schizofrenie (1%),
angst en stress (1%)

THOMAS
MORE

. RANDVOORWAARDEN

- Top randvoorwaarden
 - Gespecialiseerd personeel in huis (63.4%)
 - Vorming huidig personeel (47.9%)
 - Ander financieringsmechanisme (47.8%)
- Voorwaarden vanuit onderzoek Leynen:
 - » herlocatie van PVT naar WZC: expertise, Katz-schaal onvoldoende, stigmatisering bij bewoners en personeel

THOMAS
MORE

. RANDVOORWAARDEN

- Specifieke opvang invloed op randvoorwaarden
 - » Minder akkoord met randvoorwaarde vorming
 - » Meer akkoord met randvoorwaarde gespecialiseerd personeel
 - » Meer akkoord met ander financieringsmechanisme
 - » Specifieke opvang dementie/ mentale retardatie/korsakov meer akkoord aangepaste infrastructuur nodig
- Aanwezigheid personeel invloed op randvoorwaarden
 - » Minder vorming nodig
 - » Gestabiliseerde bewoners minder als randvoorwaarde
 - » Meer nood aan gespecialiseerd personeel
 - » Psycholoog meer nood aan aangepaste infrastructuur
 - » Geriatisch verpleegkundige minder nood aan transmuraal overleg

THOMAS
MORE

. STELLINGEN

- 'Is het woon- en zorgcentrum de beste plaats om ouderen met een psychiatrisch ziektebeeld op te vangen?' 13.6%
- 'Onbegrip bij medebewoners ten aanzien van de bewoner met een psychiatrische problematiek maakt de integratie van deze bewoner binnen het WZC onmogelijk'. 61.4%
- 'De huidige infrastructuur is onvoldoende afgestemd op bewoners met een psychiatrische problematiek' 42.9%
- 'Om de opvang van bewoners met een psychiatrische problematiek te organiseren, gebeurt dit best in leefgroepen'. 67.1%
 - (zij die het al doen aparte afdeling 55,5%, leefgroepen 14,6% inclusief 21,3%)
- 'De psychiatrische problematiek van bewoners dient gestabiliseerd te zijn om kwaliteitsvolle opvang te kunnen garanderen'. 90,1%
- 'Voor de opvang van bewoners met een psychiatrische problematiek is de aanwezigheid van personeel met een psychiatrische opleiding een voorwaarde'. 83.4%

THOMAS
MORE

STELLINGEN

- Aanwezigheid personeel en invloed op stellingen
 - Aanwezigheid geriatrisch verpleegkundige = meer akkoord met stelling WZC meest geschikte plaats
- Specifieke opvang en invloed op stellingen
 - Specifieke opvang = meer akkoord met stelling WZC meest geschikte plaats
 - Specifieke opvang = minder akkoord met stelling onbegrip medebewoners houdt integratie tegen
 - Specifieke opvang = meer akkoord met stelling ander financieringsmechanisme noodzakelijk
 - Specifieke opvang dementie/ mentale retardatie/ korsakov = meer akkoord aangepaste infrastructuur nodig
 - Specifieke opvang = minder akkoord met randvoorwaarde vorming
 - Specifieke opvang dementie = meer akkoord met randvoorwaarde gespecialiseerd personeel

THOMAS
MORE

BOUWPLANNEN

- 28.9% van de WZC geeft aan bouwplannen te hebben en hierbij rekening te houden met specifieke noden van doelgroepen
- 65.7% van deze WZC voorziet vandaag reeds specifieke opvang
 - (wzc die geen bouwplannen hebben = 34.1% specifieke opvang)

THOMAS
MORE

DEEL 3: FOCUSGROEPEN EN INTERVIEWS

- Goede praktijken
- Steeds terugkerende kenmerken
 - Multidisciplinair teamoverleg
 - Activering en betrokkenheid van bewoner/ levensverhaal,
 - Zorgpad op maat: intake, opvolging, intensieve nazorg en evaluatie (structurele samenwerking consultant en WZC personeel)
 - Aanwezigheid specifieke geriatrische expertise en competenties (geriatrisch verpleegkundige)
 - Vormingsgerichte component (nadruk op praktijk, casus)

THOMAS
MORE

DEEL 3: FOCUSGROEPEN EN INTERVIEWS

- Opnamebeleid
 - Visie op zorg
 - Belang informatieoverdracht
 - Belang goede nazorg
 - Betrokkenheid bewoner en familie
- Personeel inzet en ondersteuning
 - Communicatie en intern overleg
 - Vorming kennis en kunde



DEEL 3: FOCUSGROEPEN EN INTERVIEWS

- Bewoner en familie
 - Informatie en betrokkenheid bewoner en familie
 - Gedrag versus ziektebeeld
 - Bewoner en sociaal netwerk
 - Kijken naar mogelijkheden van bewoner
- Samenwerkingsverbanden
 - Structurele samenwerking
 - Ons kent ons



DEEL 4: NIET-PLUIS INDEX

- Opzet om goede praktijk uit te testen in een pilootstudie.
- Criteria
 - Toepasbaarheid
 - Duurzaamheid
 - Evaluatie
 - Kosteneffectief
 - Duidelijk omschreven
 - Bewonersparticipatie
 - Preventieve karakter
 - Multidisciplinaire benadering
 - Empowerment



DEEL 4: NIET-PLUIS INDEX

Getest in 5 WZC in Vlaanderen

- Gebruikt bij bewoners van bepaalde afdeling, leefgroep of bij bewoners waarbij Niet-Pluis gevoel aanwezig is (van 1-20 bewoners)
- Diagnose als deze gekend is: vnl. dementie, depressie, schizofrenie
- Personeel: vnl. verpleegkundigen maar ook ergo en verzorgenden (van 2-6)

THOMAS
MORE

DEEL 4: NIET-PLUIS INDEX

• Resultaten

- zet aan tot nadenken over permanente aandacht voor geestelijke gezondheid van onze bewoners.
- heeft een preventieve meerwaarde voor de herkenning van geestelijke gezondheidsproblemen van bewoners
- is een meer gerichte doorverwijzing mogelijk

- Positieve ervaring, verdere uitwerking is nodig, voor sommige personeelsleden toch nog een drempel
- Is helpend maar niet probleemoplossend

THOMAS
MORE

DEEL 5: CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

- Vanuit stuurgroep ook vraag om meer handvatten mee te geven om bepaalde knelpunten aan te pakken.
- Geen pasklaar antwoord om problematiek aan te pakken
- Resultaten bieden inzichten en een aanzet om problematiek meer onder de beleidsaandacht te brengen.

THOMAS
MORE

DEEL 5: CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

- Aanbevelingen beleid
 - Aangepast financieringsmechanisme
- huidige financieringsmechanisme volgens KATZ-schaal aanpassen zodat ook de niet lichamelijk zorgbehoeften gelijkwaardig worden opgenomen
 - Aanwezigheid gespecialiseerd personeel

periodieke aanwezigheid van gespecialiseerd personeel: psycholoog of psychiater zoals bij de coördinerend raadgevend arts (CRA) of verpleeghuisarts (NI.) 0.5VTE per 100 bewoners

 - Meer aandacht en vorming ouderen in opleidingen

belang van combinatie verzorgend en gespecialiseerd personeel aankaarten. Zowel geriatrische als psychiatische verpleegkundigen hebben een positief effect op de kwaliteit van opvang voor bewoners met een psychiatische problematiek. Het promoten van deze studies kan bijdragen om het tekort aan deze personeelsleden in de WZC aan te kaarten.

THOMAS
MORE

DEEL 5: CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

- Aanbevelingen WZC
 - Visie
 - Afwijken medische zorgmodel
 - Personeelsbeleid
 - Inzetten op krachten met de combinatie lichamelijke en geestelijke zorg ondersteuning
 - Vorming
 - Praktijkgerichte vorming: intervisie, training en casusgericht

THOMAS
MORE

DEEL 5: CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

- Aanbevelingen vervolgonderzoek
 - Vanuit bewonerperspectief
 - Hierbij ook medebewoners niet vergeten
 - Cohorteonderzoek
 - Vervolgonderzoek naar exacte aantallen en evoluties wat betreft ouderen en psychiatische problematiek om zodoende WZC preventief voor te bereiden op een aankomende groep van mondige bewoners met eigen noden en behoeften
 - Wijze van opvang
 - Meer inzichten bekomen op voor-nadelen van bepaalde wijzen van opvang (gericht op specifieke doelgroep)

THOMAS
MORE

DEEL 6: DISSEMINATIE

- Internationale Studiedag ism SEL: 28 februari 2013
- Eindrapport
- Congresboek
- Artikels Tijdschrift voor welzijnswerk, Nursing
- Resultaten aanhalen in lessen voor studenten Thomas More
- Resultaten presenteren en bespreken in kader van dienstverlening
- Bekijken van mogelijkheden naar vervolgonderzoek

THOMAS
MORE

TOT SLOT

- Bedankt voor uw interesse, aanwezigheid en aandacht.
- Meer info:
Liesbet.lommelen@khk.be
www.vonk3.be

THOMAS
MORE

A foolish challenge?! A global view on psychiatric care for older adults.

Prof. Ivo Abraham

Abstract

We may think that innovation in geropsychiatric care - in general or specific to patients with a long-term history of mental illness – may be greater beyond the borders of Flanders (or Europe). This may not be the case, and instead a differentiated view across borders may be more relevant. What can be learned from models of care at home and abroad? Which patients benefit and which do not? What care infrastructure needs to be established? What clinical, social services, family, and residential services and infrastructure need to be integrated? What staff do we need; and, especially, what competencies need to be assured? Drawing upon both a personal and professional (but also realistic and sustainable) commitment to geropsychiatric care from community to long-term care and drawing upon experimental projects in the US, Belgium, and other countries, this lecture has the following objectives. First, it aims to highlight some developments in geropsychiatric care – from community-based to transitional care to the (often inevitable) need for more protective care in a structured environment. Second, despite several decades of migrating long-term geropsychiatric care from psychiatric hospitals to community-based alternatives, the primary challenge may not be the migration process itself but rather the careful analysis of person, family, and community factors that balances general policy (“from psychiatric hospital to long-term care”) with individualized attention (“for this patient, and considering family and community factors, is this the best solution from the perspective of patient, family, and community?”). Third, based on this prior analysis, we will comment on the report presented at today’s conference; evaluate its potential for transitional geropsychiatric care; and evaluate its relevance relative to selected past and current initiatives in geropsychiatric service models in Flanders and beyond.

Deze lezing wordt in het Nederlands gegeven, zij het met wat “taalkundige aanpassingen” na 33 jaar wonen en werken in de VS.

Eine verrückte Herausforderung?! Pflege für ältere Menschen mit psychischen Krankheiten aus deutscher Sicht.

Prof. dr. Erika Feldhaus - Plumin

Abstract

Due to demographic change, the advanced elderly represent the fastest growing population group in Germany. Health problems tend to be frequent and increasing with the age. The lack of nurses is another big problem in Germany – and the health system is actually based on less nurses in the care system than years before. Means, less nurses with less time are caring for more elderly people with more mental disorders and needs and as well in a higher age. But because of the academical way of education and specialized programmes for nurses with the topic gerontology and psychiatry a part of the nurses are well-qualified – better than years ago.

The dark figure of elderly people with mental disorders is getting estimated extensively high. But there are less studies in Germany about precise rates of mental disorders by elderly people. The most important disorders are dementia and depression – in nursing homes as well. The outcome of this is the importance of research with the topic elderly people with mental disorders.

To understand the situation in Germany it is necessary to know more about the health care settings, which are divided in out-patient, in-patient and nursing-home-structures. One of the biggest step in Germany referred to the rising rate of mental disorders by elderly people is the development in the geriatrics and the gerontological psychiatry. Developing a system for caring with networking structures is more and more common in Germany and as well for mental disorders. The goal is, to cross-link the offerings from the geriatric, the gerontological-psychiatric and the gerontological-psychological as well as the support structures for elderly people in general. Best practise examples are f.e. in Berlin, Hamburg, Augsburg, Würzburg, both last examples are in South-Germany.

The political dimension in Germany is marked by a few important reforms in the health care system in the last 15 years. The development of the integrated care system is a first step in the political system, to support the networking between the different offers for all patients and especially for elderly people with mental disorders. One goal is to close the gap between the different offers to guarantee professional and continuous care for the people. The possibility for casemanagement structures and f.e. clinical pathways in the nursing field is as well a innovation of these reforms.

Phenomena according to mental disorders are stigma and violence. The social stigma associated with mental disorders is a widespread problem in Germany – and in other countries as well. People with mental disorders are exposed to various forms of discrimination. Individual and structural discrimination and beyond this discrimination due to self-stigmatisation can be distinguished. Concerning violence according to mental disorders just a few psychiatric disease patterns are reasons for a higher rate of acting violent. And on the other side the possible spiral of violence between nurses and patients is another phenomenon concerning mental disorders.

The Conclusions will focus the reasons for the importance of the topic elderly people with mental disorders as well as the phenomena stigma and violence. The goals for the future are the professionalism of nursing, the research, the political responsibility and the awareness raising.

Literature

- [1] Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2009: Gesundheit und Krankheit im Alter S. 32
- [2] The United States Department of Health and Human Services 2012: Mental Health - A Report of the Surgeon General. Chapter 2: The Fundamentals of Mental Health and Mental Illness. pp 39 Retrieved May 21, 2012
- [3] Carone G, Costello D, Guardia ND, Mourre G, Pryzwara B, Salomaki A 2005: The economic impact of aging populations in the EU25 Member states. European Commission Economic Papers No. 236: December 2005; Brussels: Directorate General for Economic and Financial Affairs
- [4] WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology 2000: Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders, Bulletin of the World Health Organization v. 78 n. 4
- [5] Statistisches Bundesamt 2009: Gesundheit auf einen Blick, S.12-13
- [6] Fink, W., Haidinger, G. 2007: Die Häufigkeit von Gesundheitsstörungen in 10 Jahren Allgemeinpraxis. Z. Allg. Med. 83/200, S.102–108. Zit. N.: Womit sich Hausärzte hauptsächlich beschäftigen. MMW-Fortschr. Med. Nr. 16,149. Jg.
- [7] Immer mehr Depressive. Die tageszeitung, 7. Mai 2009
- [8] Mehr Fehltage durch psychische Leiden. Süddeutsche Zeitung, 3. Januar 2007, S. 20
- [9] Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2009: Gesundheit und Krankheit im Alter S. 35
- [10] Gesundheitsberichterstattung Berlin 2008: Basisbericht
- [11] Winkler, Richter, Angermeyer: Gesundheitswesen 2006. Stuttgart: Thieme
- [12] Klie/Schuhmacher 2009. In: Gesundheitsberichterstattung des Bundes
- [13] Bundesgesundheitsministerium 2010: Seelische Gesundheit. DAK-Gesundheitsreport
- [14] The United States Department of Health and Human Services 2012: Mental Health - A Report of the Surgeon General. Chapter 8. Retrieved May 21, 2012
- [15] Stuart H 2006: Mental illness and employment discrimination. Curr Opin Psychiatry 19/5: 522–6. September
- [16] Lucas, Clay 2012: Stigma hurts job prospects. Retrieved 13 October 2012.
- [17] Read J, Haslam N, Sayce L, Davies E (November 2006). "Prejudice and schizophrenia: a review of the 'mental illness is an illness like any other' approach". Acta Psychiatr Scand 114 (5): 303–18. doi:10.1111/j.1600-0447.2006.00824.x. PMID 17022790.
- [18] Angermeyer M. 2004: Psychiatrische Praxis. Thieme. Stuttgart
- [19] , last access 2013-02-14
- [20] Elbogen EB, Johnson SC 2009: The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Arch. Gen. Psychiatry 66 (2): 152–61. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2008.537. PMID 19188537
- [21] Stuart H., 2003: Violence and mental illness: an overview. World Psychiatry 2 (2), June: 121–124. PMC 1525086. PMID 16946914
- [22] Brekke JS, Prindle C, Bae SW, Long JD 2001: Risks for individuals with schizophrenia who are living in the community. Psychiatr Serv 52 (10): 1358–66. doi:10.1176/appi.ps.52.10.1358. PMID 11585953
- [23] Solomon, PL., Cavanaugh, MM., Gelles, RJ. 2005: Family Violence among Adults with Severe Mental Illness. Trauma, Violence, & Abuse 6 (1): 40–54. doi:10.1177/1524838004272464. PMID 15574672
- [24] Chou KR, Lu RB, Chang M 2001. "Assaultive behavior by psychiatric in-patients and its related factors". J Nurs Res 9 (5) December: 139–51. doi:10.1097/01.JNR.0000347572.60800.00. PMID 11779087
- [25] B. Lögdberg, L.-L. Nilsson, M. T. Levander, S. Levander 2004: Schizophrenia, neighborhood, and crime. Acta Psychiatrica Scandinavica 110 (2): 92. doi:10.1111/j.1600-0047.2004.00322.x/abs/.
- [26] Räsänen, P./Tiihonen, J./Isohanni, M. et al 1998: Schizophrenia, Alcohol Abuse and Violent Behaviour: A 26- year followup study of an Unselected Birth Cohort. Schizophrenia Bulletin. 24. 347-441
- [27] Chou, K./Kaas, M./Richie, M.F. 1996: Assaultive Behaviour in Geriatric Patients. Journal of Gerontological Nursing. 22 (1), 30-38

Een waanzinnige uitdaging?! Psychiatrische ouderenzorg vanuit een Nederlands perspectief.

Dr. Ronald Schmidt

Abstract

Ouderenzorg en psychiatrie voor ouderen; historisch perspectief

De ouderenzorg in Nederland kent een lange historie van collectief verzekerde voorzieningen naast voorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) die speciaal ingericht zijn voor ouderen met psychiatrische problematiek.

Van oudsher wordt ouderenzorg geleverd in de vorm van (verpleegkundige) thuiszorg en intramuraal in verpleeghuizen en woonzorgcentra. In deze voorzieningen wordt de zorg geleverd door multidisciplinaire teams van verzorgenden, verpleegkundigen en gespecialiseerde artsen (specialisten ouderengeneeskunde) aangevuld met paramedici en gedragswetenschappers.

Historisch is psychiatrische problematiek zeldzaam in de intramurale ouderenzorg. Actieve psychiatrische problematiek was heel lang een contra-indicatie voor opname in een woonzorgcentrum of verpleeghuis. Psychiatrische problemen die zich tijdens opname openbaarden leidden meestal tot medicamenteuze interventies en eventueel overplaatsing naar de geestelijke gezondheidszorg instellingen. In deze geestelijke gezondheidszorg was veel capaciteit beschikbaar voor chronische opname ofwel crisisinterventie.

Politieke en maatschappelijke veranderingen

Als gevolg van de maatschappelijke tendens dat patiënten (ook met een dementie) steeds langer thuis willen wonen en onder druk van de almaar stijgende zorgkosten bij een vergrijzende populatie verandert het krachtenveld. Dat uit zich in de volgende set ontwikkelingen:

- Patiënten met een lagere zorgzwaarte worden niet langer toegelaten tot intramurale voorzieningen in de ouderenzorg
- De zorg thuis dient te worden versterkt
- De chronische zorg voor ouderen met psychiatrische problemen wordt in de GGZ versneld afgebouwd
- Gemeentes (en niet de zorgaanbieders en rijksoverheid) worden verantwoordelijk voor dagopvang en dagbehandeling
- Doelgroepen die voorheen een plek vonden in de GGZ verschuiven naar de ouderenzorg, inclusief de ouderen met psychiatrische problemen
- Intramurale ouderenzorg wordt in steeds kleinschaliger voorzieningen vormgegeven

Consequenties voor de inrichting van de zorg

Bovenstaande ontwikkelingen maken een versterking van de zorg voor ouderen met psychiatrische problematiek in de thuissituatie en in de intramurale ouderenzorgvoorzieningen noodzakelijk.

Dat betekent dat:

- Deskundigheid vanuit de GGZ dient te worden ingezet in de intramurale ouderenzorgvoorzieningen. Dit gebeurt in de vorm van consultatie, medebehandeling, scholing en training en alleen in crisissituaties overname van de behandeling
- De ouderenzorg zich zal moeten herinrichten: naast algemene woonvoorzieningen in kleinschalige vorm ook gespecialiseerde units ingericht op het omgaan met ernstige gedragsproblemen en actieve psychiatrische problematiek
- De GGZ moet afbouwen in intramurale voorzieningen en zich meer dient te richten op een outreachend aanbod aan zowel de ouderenzorg als aan cliënten thuis
- Het multidisciplinaire zorgaanbod aan patiënten in de thuissituatie dient te worden versterkt door het vormen van expertteams en consultatieteams. Deze teams worden samengesteld uit verpleegkundigen, specialisten ouderengeneeskunde, psychiaters en klinisch geriater. Hierbij

wordt de lichtste interventie ingezet die past bij het actieve probleem en kan opname worden voorkomen

- De dagopvangcentra moeten zich (tegen lagere kosten) ontwikkelen. Vooral het focus op versterken van het systeem thuis is daarbij van belang. Door de mantelzorgers in staat te stellen beter en langer voor hun partner of ouder te kunnen zorgen is langer thuis blijven beter te realiseren

Een zotte uitdaging?

Het Nederlandse gezondheidszorgsysteem voor ouderen met psychiatrische problemen biedt vanuit een rijke historie veel basisingrediënten om iets heel moois neer te zetten. De uitdaging zit hem in het feit dat deze voorzieningen historisch zwaar verzuild zijn: GGZ, ouderenzorg, klinische geriatrie in de ziekenhuizen. Het samenbrengen van deze deskundigheid en in plaats van versnippering gerichte interventies met minder beschikbare middelen inzetten is noodzakelijk. Dat vraagt het kijken over grenzen heen en het loslaten van institutionele en individuele belangen.

Daarnaast is de Nederlandse maatschappij een sterk geïndividualiseerde waarin het een "recht" is geworden om de zorg voor naasten uit handen te geven. Dat maakt informele zorg zoals vrijwilligerszorg en mantelzorg matig ontwikkeld. In landen met minder financiële ruimte bestaat een sterk ontwikkeld mantelzorgsysteem. Door daar te investeren in psycho-educatie en ondersteuning van dat systeem kan veel goeds worden bewerkstelligd.

In Nederland moet een dergelijke investering gekoppeld worden aan een cultuurverandering, een gedragsverandering. Het moet weer "gewoon" worden om een beetje voor je buurvrouw of zelfs je vader of moeder te zorgen. Het paradigma "de overheid zorgt voor ons" moet verschuiven naar "de overheid zorgt voor ons als we het echt niet meer zelf kunnen".

Het is deze paradigmashift die wellicht nog de meest "zotte uitdaging" voor de komende jaren zal vormen!

Relevante literatuur

Help een dokter of verpleegkundige gezocht?

Krapte op de arbeidsmarkt in de zorgsector. Eric Nysmans

Een stijgende zorgvraag

De veroudering van onze bevolking is het meest in het oog springende voorbeeld dat er in de toekomst meer zorg nodig is. Terwijl er nu in ons arrondissement ca 16.000 mensen ouder dan 80 jaar zijn, loopt dit op naar bijna 27.000 in 2025. Een stijging van 3,69 % tot 6,14 % van de totale bevolking.

Hoe ouder een mens wordt, hoe meer zorgen hij nodig kan hebben.

Mantelzorg onder druk

Als familieleden, vrienden of buren zorg aanbieden, worden zij mantelzorgers genoemd. Mantelzorg en beroepsmatige zorg hebben elkaar nodig om de kwaliteit van de zorg en de betaalbaarheid van ons zorgsysteem te kunnen blijven garanderen.

Doordat meer mensen hoogbejaard worden is er juist meer mantelzorg nodig, maar we zien dat de mantelzorg sterk onder druk komt te staan. De meeste mantelzorg wordt opgenomen door vrouwen (dochters) tussen 50 en 64 jaar oud, wonend in nabijheid van de zorgbehoevende. Onder meer doordat er minder kinderen zijn per gezin, kinderen vaak verder van hun ouderlijk huis gaan wonen, de veranderingen in de positie en de rol van vrouwen en de gewenste hogere werkzaamheidsgraad voor 50+ers, komt de mantelzorg zwaar onder druk te staan. Het aantal 50-64-jarigen per 80-ers daalt in de Kempen van 5,34 % naar 3,60 %. Potentieel zijn er dus minder mantelzorgers beschikbaar.

Een krimpende beroepsbevolking

De verzilvering en de dalende mantelzorg maken een verdere professionalisering van de zorg onvermijdelijk. Maar ook het aantal inwoners op beroepsactieve leeftijd daalt in de Kempen van 237.000 naar 210.000 in 2025. Het aantal beschikbare beroepskrachten (verzorgenden, schoonmaakhulp, ...) daalt hierdoor.

Twee zorgberoepen voelen deze ontwikkeling het scherpst.

Het aantal afgestudeerde bachelors verpleegkundigen, wonend in de Kempen, kende de voorbije 10 jaar een negatieve stabilisering. Jaarlijks studeren ongeveer 100 Kempische verpleegkundigen af. In het bijzonder in de residentiële ouderenzorg wordt het tekort aan verpleegkundigen het sterkst gevoeld.

De beperkte instroom van nieuwe huisartsen compenseert in geen enkele opzicht het aantal huisartsen dat stopt met de eigen praktijk. Terwijl er nu 150 van de 400 huisartsen ouder zijn dan 55 jaar, bedraagt dit aantal in 2018 meer dan 250. Dit cijfer alleen wijst erop dat de gemiddelde leeftijd van de huisartsen eerder aan de hoge kant is. In het bijzonder in de Noorderkempen wordt het tekort aan huisartsen nu al gevoeld. Bovendien beantwoorden steeds minder huisartsen meer tot het eerder traditionele beeld van de solowerkende huisarts die 60 uur of meer per week werkt. En kan je hen ongelijk geven?

Antwoorden

Niet alleen de Kempen, heel Vlaanderen wordt in de zorgsector geconfronteerd met deze krapte op de arbeidsmarkt. Het is een zoeken naar gepaste antwoorden. Voor de lokale besturen en de regionale organisaties is hier zeker een regierol weggelegd. Alleen door een meer intensieve en doorgedreven

samenwerking en zoeken naar andere werkvormen en ondersteunende technologieën zal deze grote uitdaging te lijf gegaan kunnen worden.

Graag laten we hier de voorzitter van de Vereniging HuisartsenKringen Zuiderkempen, dr. Jef Boeckx, kort aan het woord. In het volgende nummer zal er uitgebreid stilgestaan worden bij het preventiecentrum van Turnhout.

De huisartsen staan voor een aantal uitdagingen die op korte termijn aangepakt moeten worden.

- Op microniveau dringen samenwerkingsverbanden tussen huisartsen zich op om op deze manier aan de toenemende hulpvragen te kunnen voldoen. Een mooi voorbeeld hiervan zijn de wachtposten die overal te lande opgericht worden. Er moet ook gezocht worden naar organisatievormen in de praktijken waarbij een efficiëntere taakverdeling gehanteerd wordt. De huisarts moet de coördinator van de zorg blijven, maar door ondersteuning op administratief vlak en bepaalde taken te delegeren naar andere disciplines, kan hij meer tijd besteden aan patiëntencontacten. Hierbij is de verdere ondersteuning door de overheid cruciaal.

De solowerkende huisarts zal langzaam maar zeker uit het landschap verdwijnen.

- Op mesoniveau was de oprichting en de ondersteuning van de huisartsenkringen zeer belangrijk. Zij moeten het kloppend hart worden van de huisartsenwerking op plaatselijk vlak.
- Tot slot is er nood aan een stevige centrale leiding. Op dit macroniveau is de herstructurering van Domus Medica een belangrijke troef.

Het beroep van huisarts zit ondertussen gelukkig terug in de lift: er zijn meer kandidaten. Deze nieuwe aantrekkingskracht blijft hopelijk voortduren. Ik hoop daarom ook van ganser harte dat in onze regio, waar het goed is om te wonen en te werken, meer kansen gegeven wordt aan jonge artsen in opleiding via stages of praktijkopleiding. Daar waar men zijn deze laatste doorlopen heeft blijft men vaak ook nadien huisarts. Op deze manier hopen we dat het toekomstige tekort aan huisartsen vermeden, of op zijn minst gemilderd kan worden.

Psychische hulpverlening voor ouderen in verzorgings- en verpleeghuizen

Deelstudie 7: Monitor Geestelijke gezondheidszorg Ouderen Rapportage 2006 Trimbos Instituut

Het Trimbos-instituut is een kennisinstituut. Het doet onderzoek naar geestelijke gezondheid, mentale veerkracht en verslaving. Het zet zich met kennis en innovatie actief in voor het verbeteren van de geestelijke gezondheid in Nederland en daarbuiten. Onze verworven kennis passen we toe in de praktijk van professionals in de GGZ en de verslavingszorg. Het Trimbos-instituut loopt voorop in de digitalisering van kennisontwikkeling, kennisoverdracht en de uitbreiding van hulpverlening via internet.

<http://www.trimbos.nl/>

L.M. Dorland, A.M. Pot, M.A. Veerbeek en M. Depla

Met medewerking van J. Collet, N. Engelen (Mondriaan Zorggroep), J. Schols en F.R.J. Verhey (Universiteit van Maastricht)

Achtergrond

In verzorgings- en verpleeghuizen bevinden zich veel ouderen met psychische problemen. Het is niet bekend hoe het zorgaanbod voor deze ouderen georganiseerd is, zowel vanuit GGZ-instellingen, als vanuit de verzorgings- en verpleeghuissector (V&V sector) zelf en wat eventuele lacunes in het aanbod zijn.

Doel

Deze studie beoogt inzicht te geven in het zorgaanbod voor ouderen met stem-mings- en gedragsproblemen in verzorgings- en verpleeghuizen. Het betreft zowel het zorgaanbod vanuit GGZ-instellingen als vanuit de V&V-sector zelf.

Methode

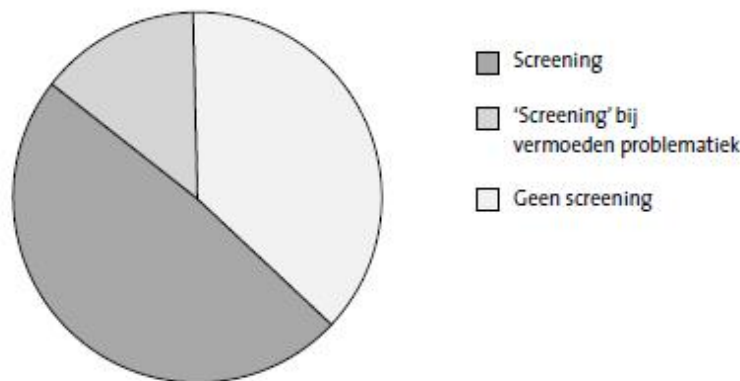
Er zijn twee deelonderzoeken uitgevoerd. Ten eerste is er een snelle peiling (quick-scan) verricht naar psychische hulpverlening voor verzorgings- en verpleeghuisbewoners vanuit GGZ-instellingen. Ten tweede is een quickscan verricht naar psychische hulpverlening in zowel verpleeghuizen als verzorgingshuizen.

Resultaten

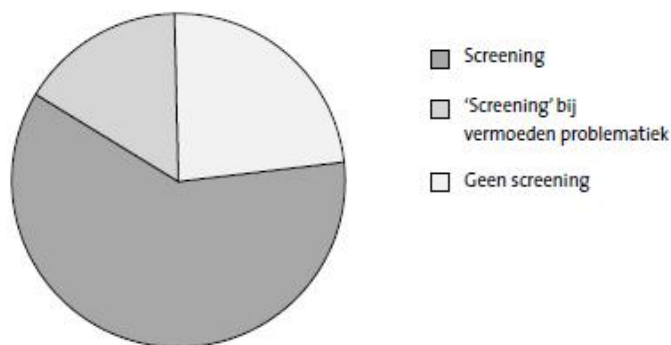
Screening

In minder dan een kwart van de verzorgingshuizen vindt screening plaats, voornamelijk bij binnenkomst of standaard een keer per jaar. In bijna tweederde van de instellingen wordt 'gescreend' bij vermoeden van problematiek, waarbij het in feite niet om screening gaat, maar om een bepaling van de ernst van de problematiek. In ruim een derde van de verpleeghuizen vindt screening plaats, vooral bij binnenkomst. In 10% van de verpleeghuizen wordt na binnenkomst ook nog met enige regelmaat gescreend. In bijna de helft van de verpleeghuizen wordt 'gescreend' bij vermoeden van problematiek.

FIGUUR 1 SCREENING IN VERPLEEGHUIZEN



FIGUUR 2 SCREENING IN VERZORGINGSHUIZEN



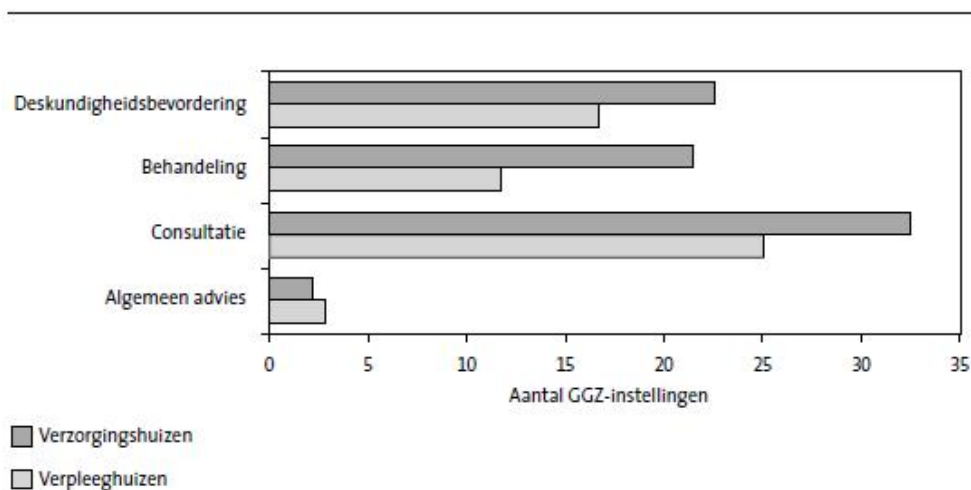
Interventies

Het aanbod wat betreft psychische hulpverlening vanuit V&V-instellingen zelf bestaat voornamelijk uit algemene interventies zoals omgangsadviezen, structureren en activeren en medicamenteuze behandeling. Het aanbod aan psychologische en psychosociale interventies is minder sterk vertegenwoordigd. Bovendien is dit aanbod niet erg gevarieerd: veel instellingen bieden slechts één bepaalde vorm van deze interventies aan. Daarbij komt dat in de meeste instellingen de aanstelling van disciplines die voor de uitvoering van psychologische en psychosociale interventies noodzakelijk zijn, beperkt is. In vrijwel alle verpleeghuizen is weliswaar een psycholoog in dienst, maar de

aanstellingsomvang is beperkt: gemiddeld is er één psycholoog fulltime in dienst voor 169 bewoners. Andere disciplines die verantwoordelijk zijn voor psychologische en psychosociale interventies, zoals psychiatrisch verpleegkundige, psychomotorisch therapeut en SPV zijn slechts sporadisch in dienst. In ongeveer tweederde van de verzorgingshuizen is een verpleeghuisarts of een geestelijk verzorger beschikbaar en in iets minder dan de helft van de verzorgingshuizen is er een psycholoog aanwezig, maar deze zijn vermoedelijk meestal in dienst van een verpleeghuis of een overkoepelende organisatie waartoe zowel verpleeg- als verzorgingshuizen behoren. Hierdoor kan er mogelijk slechts beperkt beroep op hen gedaan worden.

Externe deskundigen worden in verpleeghuizen maar weinig ingeschakeld voor de behandeling van bewoners. In verpleeghuizen worden de meeste interventies door het huis zelf verzorgd. In verzorgingshuizen wordt vaak de huisarts of een contactpersoon van een GGZ-instelling ingeschakeld. De behandeling bestaat vooral uit medica-menteuze behandeling, advies en consultatie, maar slechts weinig uit psychotherapie.

FIGUUR 3 HET AANBOD VAN INTERVENTIES DOOR GGZ-INSTELLINGEN

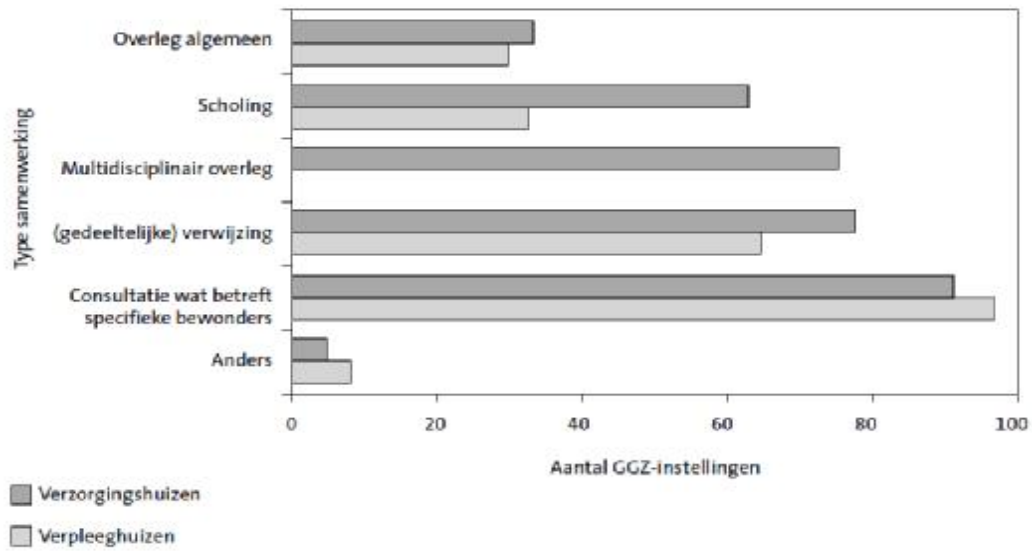


Er is behoefte aan deskundigheidsbevordering op het gebied van herkenning en vroegsignalering van problematiek, diagnostiek en behandeling van stemmings- en gedragsproblemen en de kennis en kunde wat betreft de omgang met bewoners. GGZ-instellingen hebben ook een aanbod ontwikkeld voor bewoners in V&V-instellingen. Voor het grootste deel bestaat dit aanbod uit consultatie. Deskundigheidsbevordering en behandeling zijn minder goed ontwikkeld. Van veel interventies is de methodologie niet duidelijk omschreven. Er zijn wel verschillende goede voorbeelden van interventies, zoals Video-interactiebegeleiding, maar het is onbekend of deze interventies kosteneffectief zijn. Enkele andere interventies, zoals Preventie van Depressie in Verzorgingshuizen, zijn wel op effectiviteit onderzocht en lenen zich voor bredere implementatie.

Samenwerking

De samenwerking met externe professionals bestaat voornamelijk uit consultatie wat betreft specifieke bewoners, maar ook uit (gedeeltelijke) verwijzing van bewoners, deskundigheidsbevordering en algemeen overleg. Over het algemeen zijn V&V instellingen hier tevreden mee, maar toch wordt aangegeven dat de samenwerking verbeterd kan worden. Er is met name behoefte aan meer structuur in de samenwerking, intensievere samenwerking en een betere afstemming op elkaar.

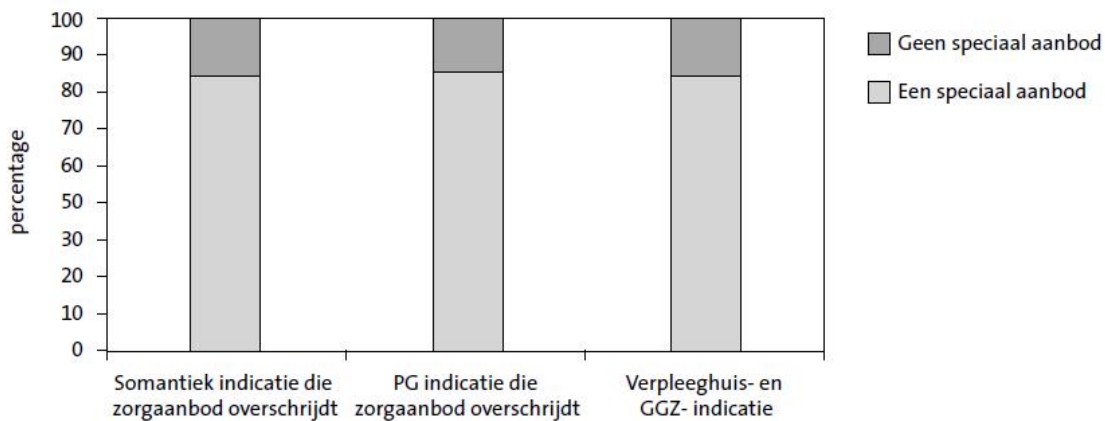
FIGUUR 4 OVERZICHT VAN DE SAMENWERKING TUSSEN V&V INSTELLINGEN EN EXTERNE PROFESSIONALS



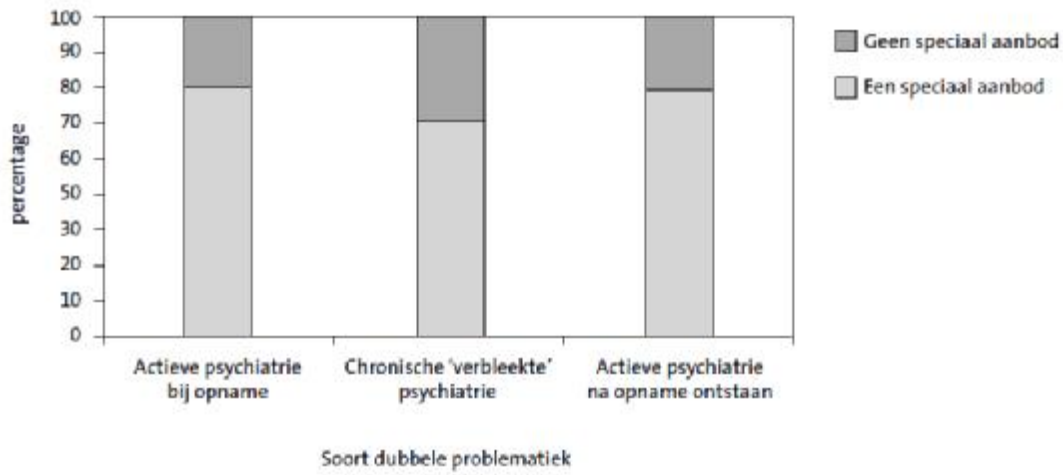
Dubbele problematiek

In het merendeel van de V&V instellingen zijn bewoners aanwezig met verschillende typen dubbele problematiek, dat wil zeggen dat er naast de indicatie voor verpleeg- of verzorgingshuiszorg sprake is van psychiatrie. In het grootste deel van deze instellingen is er een speciaal zorgaanbod mogelijk voor deze bewoners, al dan niet standaard aangeboden.

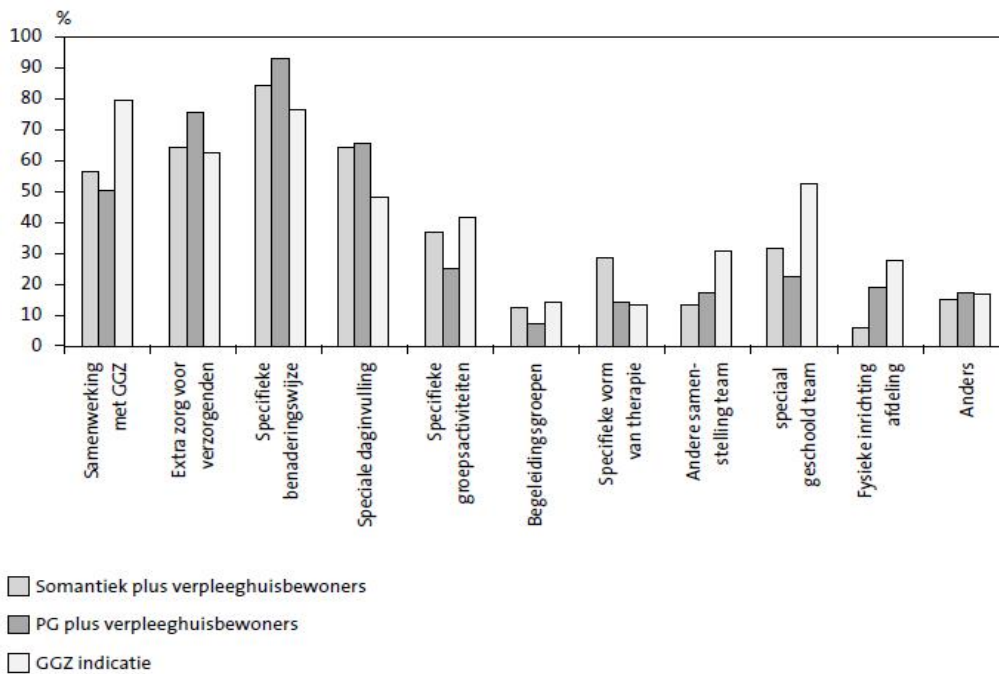
FIGUUR 5 DE ORGANISATIE VAN DE ZORG VOOR BEWONERS MET DUBBELE PROBLEMATIEK IN VERPLEEGHUIZEN



FIGUUR 6 DE ORGANISATIE VAN DE ZORG VOOR BEWONERS MET DUBBELE PROBLEMATIEK IN VERZORGINGSHUIZEN



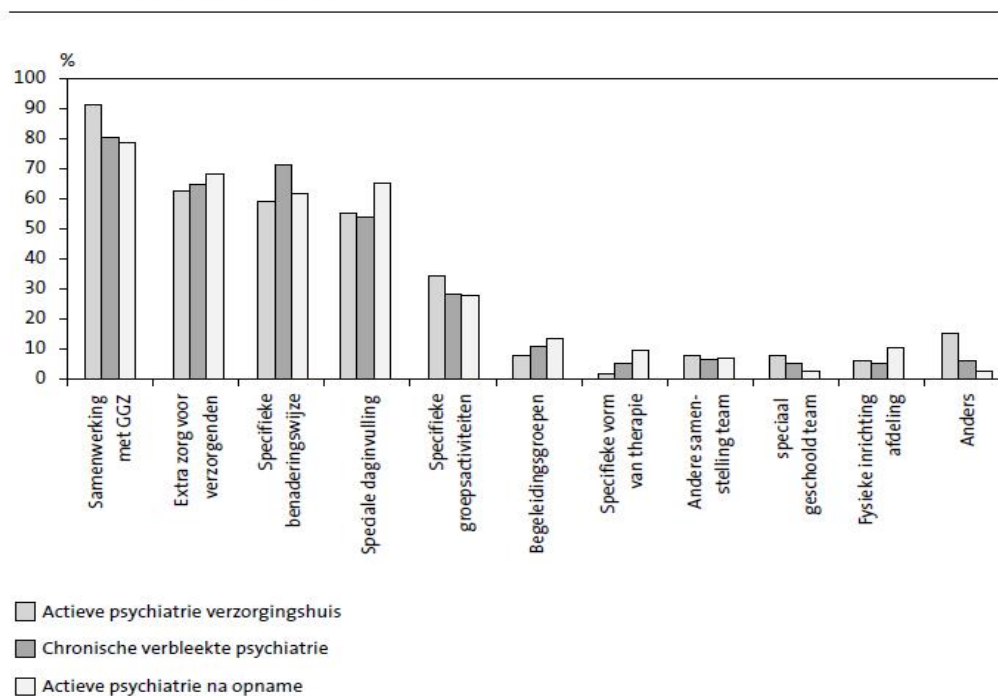
FIGUUR 7 OVERZICHT VAN HET ZORGAANBOD VOOR BEWONERS MET DUBBELE PROBLEMATIEK IN VERPLEEGHUIZEN



Conclusies

- De variatie in het aanbod aan evidence-based psychologische en psychosociale interventies is beperkt evenals de aanstellingsomvang van de disciplines die vakinhoudelijke expertise op dit gebied hebben.
- De screening van stemmings- en gedragsproblematiek bij bewoners vindt in zeer beperkte mate plaats: in slechts 36,7% van de verpleeghuizen en in 23,2% van de verzorgingshuizen wordt gescreend op stemmings- en gedragsproblemen. Ook ontbreekt in veel gevallen kennis over beschikbare screeningsinstrumenten.
- In het merendeel van de verzorgings- en verpleeghuizen zijn bewoners met verschillende typen dubbele problematiek aanwezig. Toch is er niet altijd een speciaal zorgaanbod voor deze complexe groepen bewoners beschikbaar. Dit geldt voor 13,4% tot 32,9% van de instellingen, afhankelijk van het type dubbele problematiek en de soort instelling.

FIGUUR 8 OVERZICHT VAN HET ZORGAANBOD VOOR BEWONERS MET DUBBELE PROBLEMATIEK IN VERZORGINGSHUIZEN



Niet alle instellingen werken samen met een GGZ-instelling in de zorg voor bewoners met verschillende typen dubbele problematiek. Dit geldt voor 8,2% tot 50% van de instellingen, afhankelijk van het type dubbele problematiek en de soort instelling. Het is de vraag of hierdoor de kwaliteit van de zorg voldoende gegarandeerd is, omdat het aantal in de psychiatrie geschoolde experts en de aanstellingsomvang van deze experts in de V&V sector zeer beperkt is.

- Samenwerking met GGZ-instellingen bestaat vooral uit consultatie wat betreft specifieke bewoners en vindt plaats in 91,7% van de verzorgingshuizen en in 97,1% van de verpleeghuizen. Daarnaast vindt samenwerking plaats door verwijzing van bewoners, deskundigheidsbevordering en algemeen overleg. Hoewel men hier in het algemeen tevreden mee is, geeft men ook aan dat de samenwerking tussen beide sectoren geïntensiveerd en verbeterd kan worden.

Voor een uitgebreide rapportage van deze deelstudie verwijzen wij u naar www.trimbos.nl/ouderen.

Aanbevelingen

De belangrijkste aanbevelingen voor het verbeteren van de hulpverlening aan ouderen met psychische problemen staan hieronder samengevat.

Aanbevelingen voor de eerste lijn

- De huisarts kan bijdragen aan een verbetering van het psychisch functioneren van ouderen door bij psychische problemen sneller door te verwijzen naar eerstelijnspsychologen of de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg, zoals die bijvoorbeeld door GGZ-instellingen wordt geboden. Dit geldt ook voor ouderen met lichamelijke aandoeningen en psychische problemen.
- Het is belangrijk ervoor zorg te dragen dat een lagere opleiding geen belemmering vormt om van de eerstelijnspsycholoog gebruik te maken. Op dit moment maken ouderen met een lagere opleiding nog in mindere mate gebruik van deze vorm van hulpverlening.
- De toegankelijkheid van de eerstelijnspsycholoog voor ouderen met psychische problemen kan door specifieke opleiding van eerstelijnspsychologen worden verbeterd. Hoewel de hulp die eerstelijnspsychologen op dit moment bieden, effectief blijkt te zijn, kan het hulpverleningspakket voor ouderen verder worden verbreed. Door opleiding zullen eerstelijnspsychologen zelf ook meer attent worden op hun belangrijke rol in de hulpverlening aan ouderen.
- Ook zou voorlichting aan ouderen zelf over het belang van hulp bij psychische problemen en de mogelijke rol die de huisarts en eerstelijnspsycholoog hierbij kunnen spelen tot een verbetering in de eerstelijns-hulpverlening kunnen leiden.

Aanbevelingen voor de tweedelijns

- Op dit moment is het niet mogelijk om concrete aanbevelingen te geven om het zorgaanbod voor ouderen van GGZ-instellingen verder te verbeteren. Hiervoor is een volledig, actueel en landelijk dekkend beeld van de concrete inhoud en effectiviteit van de ambulante behandelingen van ouderen door GGZ-instellingen nodig. Om dit mogelijk te maken, wordt het opzetten van peilstations, naar analogie van de huisartsenpeilstations van het Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL), aanbevolen.
- Het GGZ-gebruik is niet toegenomen ondanks een toename van het aantal mensen met een depressie en een alcoholprobleem. Onbekend is of deze mensen geen behoefte aan hulp van de GGZ hebben, of dat de capaciteit van de GGZ 46 onvoldoende is meegegroeid met de zorgbehoefte van de 55-65 jarigen. Het verdient daarom aanbeveling om in toekomstig onderzoek ook naar de onvervulde behoefte aan geestelijke gezondheidszorg te vragen.

Aanbevelingen voor de derdelijns

- Het is van belang dat er kosteneffectieve psychologische en psychosociale interventies worden ontwikkeld en geïmplementeerd voor ouderen met chronisch psychiatrische problematiek (bijvoorbeeld life-review) en verzorgingshuis- en verpleeghuisbewoners (bijvoorbeeld ABC-training en video-interactiebegeleiding)
- Daarnaast is de ontwikkeling van zorgarrangementen voor bewoners met dubbele problematiek van belang.
- Zorgverleners moeten beter worden opgeleid in het signaleren van psychische problematiek bij ouderen en het bieden van adequate zorg (bijvoorbeeld met behulp van de effectief gebleken vroegsignaleringsmethode voor depressieve klachten in verzorgingshuizen).
- De opleiding en aanstelling van psychologen in de hulpverlening aan ouderen verdient een krachtige impuls.
- Tenslotte is het van belang om tot een betere verankering van de samenwerking tussen GGZ-instellingen en V&V sector te komen.



In samenwerking met



Met dank aan volgende personen
voor hun engagement en inbreng bij
de realisatie van het onderzoek
en de studiedag:

Bastiaens Vicky (Thuishulp)
Borgions Chris (SEL Kempen)
Breugelmans Kris (WZC Lindelo)
Claes Geert (WZC Sint Augustinus)
De Maesschalck Lieven (Mobilab – Thomas More)
Dudal Sebastien (WZC Hemelrijck / FOS)
Lommelen Liesbet (Vonk3 – Thomas More)
Nysmans Eric (Welzijnszorg Kempen / SEL Kempen)
Peeters Gil (WZC De Hoge Heide – De Winde / Zorgnet Vlaanderen)
Vallée Carmen (Rusthuis Binnenhof / FOS)
Van den Bogerd Leo (Familiehulp zorgregio Herentals)
Van Den Plas Anita (OPZ Geel)
Vanderlinden Debby (WZC Hemelrijck / FOS)
Vansand Veerle (SEL Kempen)
Vergauwen Suzanne (WZC OLV Lourdes)