

**FOD VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE
VOEDSELKETEN EN LEEFMILIEU**

**Directoraat-generaal Organisatie
gezondheidszorgvoorzieningen**

**NATIONALE RAAD VOOR ZIEKEN-
HUISVOORZIENINGEN.**

Afdeling “Programmatie en Erkenning”

O/Ref. : NRZV/D/PSY/229-1 (*)

**ADVIES INZAKE DE OPNAME VAN OUDEREN IN DE
GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG**

DE VOORZITTER,

getekend

Prof. Dr. J. JANSSENS

(*) Dit advies werd bekrachtigd op de speciale Bureauvergadering van 11 september 2003

OPVANG VAN OUDEREN IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Advies

PLAN

Inleiding : de ouderenproblematiek is een prioriteit

1. Kenmerken van de oudere
2. Kenmerken van de zorgvraag
3. Doelgroep van een GGZ-zorgcircuit voor Ouderen
4. GGZ-Zorgaanbod in het kader van een zorgcircuit voor Ouderen
 - a. Zorgprogramma
 - b. Zorgfuncties
 - c. Zorgmodules
 - d. Deelpopulatie
5. Aanwezige GGZ-actoren : mogelijkheden en beperkingen van de bestaande structuren
6. Oprichting van GGZ-netwerken voor GGZ-zorgcircuits : de huidige beperkingen overstijgen
 - a. De moeilijkheden die moeten worden overwonnen
 - b. De ontwikkeling van netwerken
 - c. De oprichting van het netwerk

Bijlagen :

- Bijlage 1 : Illustratie van de verschillende stappen voor de invoering van een geestelijk gezondheidszorgcircuit voor ouderen
- Bijlage 2 : Enkele cijfers ter illustratie van de wijzen waarop ouderen met geestelijke gezondheidsproblemen worden opgevangen
- Bijlage 3 : Aanwezige actoren : mogelijkheden en beperkingen

Hebben deelgenomen aan de opstelling van dit advies:

- Wilmotte, Van Holsbeke, Igodt, Roussaux, Frogneux, Du Laing, Bostyn, Tibaux, van der Brempt (leden van de permanente werkgroep “psychiatrie”)
- Meire, Bouckaert, Warzé, Windey, Nassen, Debersaques, Verniest, Van de Ven, Monteyne (uitgenodigde deskundigen).

INLEIDING : DE OUDERENPROBLEMATIEK IS EEN PRIORITEIT

De huidige demografische context van onze samenleving toont een alsmaar groter wordend aantal ouderen en tegelijk een stijgende levensverwachting. Dit fenomeen gaat gepaard met een toename van het aantal beleidsverklaringen en onderzoeksrapporten over het belang van ouderenzorg in al zijn facetten.¹ Die bekommernis komt op verschillende bestuursniveaus tot uiting en dit zowel op het vlak van de gezondheidszorg als op andere vlakken. Bovendien stelt men een duidelijke verschuiving vast van zorgaanbod naar zorgvraag, waarbij men het aanbod wil aanpassen om beter aan de vraag te voldoen.

In België is meer dan een persoon op vijf 60 jaar of ouder, meer dan de helft van hen is 70 jaar (12% van de bevolking – meer dan 1.200.000 personen) en de tachtigplussers vertegenwoordigen nog meer dan 3,5% van de totale bevolking of meer dan 375.000 personen. De meesten van hen zijn niet meer actief : in de leeftijdsklasse van 60 jaar en ouder hebben minder dan 100.000 personen nog een baan. Tenslotte dient er op gewezen te worden dat meer dan de helft van die personen zeer laag geschoold is (lager onderwijs of minder).

Het is in het licht hiervan dat deze denkoefening betreffende de geestelijke gezondheidszorg voor de doelgroep Ouderen moet worden gesitueerd, met als logisch uitvloeisel :

- de manifeste noodzaak om de initiatieven tussen de verschillende bestuursniveaus en tussen de gezondheidswereld en andere vormen van antwoord op de zorgvragen van ouderen te coördineren; de Interministeriële Conferentie speelt hierbij een essentiële rol ;
- de wil om coördinatie- en samenwerkingsinitiatieven op te zetten tussen de verschillende actoren en de verschillende sectoren die een antwoord kunnen bieden op de zorgbehoeften van ouderen.

Bij de conceptualisering van ouderenzorgcircuits voor de GGZ dient men na te gaan op welke niveaus er zich voor de ouderen problemen voordoen, en hoe men hierop een antwoord kan bieden. In die optiek vormen de (geestelijke) gezondheidsproblemen en het (geestelijk) gezondheidsbeleid een specifiek element dat niet los van het geheel kan worden gezien.

De algemene problematiek van dit advies stoelt op een beschrijving van bepaalde kenmerken van de oudere (punt 1) en meer in het bijzonder van enkele specifieke elementen van de zorgvraag bij ouderen (punt 2). De afbakening van de doelgroep Ouderen ten aanzien van Volwassenen en Kinderen-Jongeren (punt 3) is het resultaat van de toepassing van een algemene oriëntatie voor de toekomstige GGZ namelijk een herkenbare opdeling in leeftijdscategorieën die elk specifieke samenwerkingsvormen genereren in het zorgproces.

Een beschrijving van het zorgaanbod van de GGZ in termen van modules (punt 4) moet een beleid mogelijk maken waarin nieuwe accenten worden gelegd om de zorgprogramma's van het zorgcircuit beter te doen aansluiten bij de hulpvraag.

¹ Verschillende beleidsinitiatieven tonen het belang van de problematiek: “De psyche: mij een zorg” (Min. Aelvoet en Vandenbroucke); “Actief ouder worden” (Min. Vandenbroucke); “Geïntegreerde Diensten voor Thuisverzorging”; “Naar een nieuw Vlaams Ouderenbeleid”; “Zorgdecreet”, “De Eerstelijnsgezondheidszorg”, enz.

Deze zorginhoud is ingebed in, en vormt dus een aanvulling op de bestaande structuren of de huidige voorzieningen voor GGZ-problemen bij ouderen (punt 5). Het betreft de belangrijkste aanwezige actoren in het huidige veld van de GGZ voor ouderen, elk met hun eigen mogelijkheden en beperkingen. Naast een beschrijving van de doelgroep en de zorginhoud voor de GGZ wordt het advies afgesloten met enkele suggesties voor de oprichting van zorgcircuits (punt 6) die het mogelijk moeten maken de beschreven beperkingen te overstijgen en de mogelijkheden inzake GGZ bij ouderen te optimaliseren.

1. KENMERKEN VAN DE OUDERE

Op zestigjarige leeftijd verkeren veel mensen nog in goede gezondheid en gaan zij gewoon voort met hun activiteiten in gezinsverband of buitenshuis. Mettertijd echter kan de veroudering niet alleen tot somatische of (neuro)-psychiatrische problemen leiden, vaak begint ook de hele leefomgeving te veranderen: sociale, culturele, economische context, alsook de kijk van de persoon op zichzelf in die veranderde context.

De gestage achteruitgang van de zelfredzaamheid leidt langzaam aan tot inactiviteit en isolement. Die elementen worden nog versterkt indien gaandeweg de sociale relaties met personen van eenzelfde generatie verloren gaan.

Ook een beperkte koopkracht kan soms een rem op de zelfredzaamheid zijn, en kan tevens tot een « onevenwichtige » levensstijl leiden (bijvoorbeeld op het vlak van voeding of hygiëne).

Tot slot leidt de ontwikkeling van verschillende somatische pathologieën, zelfs indien die tamelijk onschuldig zijn, tot een stijgend geneesmiddelengebruik met mogelijk schadelijke neveneffecten.

Isolement, rouw, inactiviteit, gebrekkige voeding of hygiëne, overdadige medicatie zijn allemaal elementen die tot aanzienlijke mentale problemen kunnen leiden: verlies van tijdsbesef, geheugenverlies, desoriëntatie, depressie, enz.

In die context beperkt de « geestelijke gezondheidsproblematiek » van ouderen zich dan ook geenszins tot het behandelen van de « klassieke » psychiatrische pathologieën die bij de hele bevolking kunnen worden aangetroffen.

Vandaag de dag echter worden psychische of neuro-psychiatrische problemen bij ouderen nog al te vaak gezien als een « normaal » verschijnsel, dat samengaat met het ouder worden. De persoon in kwestie, maar ook diens omgeving, ja zelfs de huisarts lijken die evolutie met een zekere gelatenheid te aanvaarden...

Enkel extreme situaties lokken dan een reactie uit: of de situatie wordt ondraaglijk voor de omgeving, of het wordt te riskant voor de persoon zelf, of een somatische factor vereist een externe opvang. Het is dan ook vaak na een « crisissituatie » dat observatie of plaatsing wordt overwogen.

Meer nog, bij plaatsing wordt veelal geopteerd voor een rusthuis dat niet steeds optimaal is uitgerust zoals het gezin zelf om de oudere adequaat op te vangen bij GGZ-problemen..

2. KENMERKEN VAN DE ZORGVRAAG

Tengevolge van het meervoudige karakter van ouderenproblemen en de onderlinge relaties tussen de fysieke, sociale, economische, culturele, affectieve en psychische aspecten wordt de zorgvraag – in het bijzonder de zorgvraag m.b.t. geestelijke gezondheidszorg – vaak niet duidelijk geïdentificeerd wanneer een hulpvraag wordt geformuleerd. Zowel bij de persoon die de vraag formuleert (de oudere zelf, een familielid of een andere persoon uit diens omgeving, al dan niet zorgverstrekker) als bij de persoon die de vraag ontvangt, is er vaak een aanzienlijk verschil tussen de vraag die wordt geformuleerd en de achterliggende zorgbehoefte.

Verskillende elementen kunnen dit verklaren :

- cultureel en sociaal gezien worden bepaalde behoeften gemakkelijker geformuleerd dan andere : psychische of financiële problemen worden moeilijker « toegegeven » dan een somatische ziekte of een probleem i.v.m. huisvesting.
- wanneer een derde namens de oudere spreekt, is het voor de persoon in kwestie vaak moeilijk om de reële behoefte van de oudere te verwoorden ; bovendien is het voor de gesprekspartner erg moeilijk om in die vraag een onderscheid te maken tussen de behoefte van de oudere en dat wat de persoon (familie of omgeving) die de vraag formuleert wil: geeft een vraag tot plaatsing in een rusthuis de behoefte van de oudere of van diens omgeving te kennen ?
- de context van de vraag (soort instelling of zorgverstrekker) beïnvloedt de manier waarop de vraag wordt geformuleerd en geïnterpreteerd : gericht aan een huisarts zal de vraag verwoord en begrepen worden in termen van gezondheid ; gericht aan een dienst voor gezinshulp, zal zij eerder verwoord en begrepen worden als een behoefte aan huishoudelijke hulp, enz.
- vroegere ervaringen beïnvloeden de keuze van de persoon aan wie de vraag zal worden gesteld, alsook de manier waarop de vraag wordt geformuleerd : zo zal de voorrang gegeven worden aan een persoon die in het verleden een vraag gunstig heeft beantwoord ; een vroegere negatieve ervaring daarentegen, bijvoorbeeld i.v.m. hulp voor huishoudelijke taken leidt ertoe de behoefte op een andere manier te verwoorden.

Voormelde fenomenen maken de hulp- of zorgvraag ondoorzichtig en de interpretatie ervan is des te moeilijker daar bij ouderen de verschillende probleemniveaus allemaal een hoge graad van waarschijnlijkheid hebben.

Om een adequaat antwoord te definiëren en met name een zorgvraag m.b.t. de geestelijke gezondheidszorg te identificeren, is het dan ook belangrijk de geformuleerde vraag te « decoderen » waarbij men rekening moet houden met externe factoren die vraag en antwoord kunnen beïnvloeden.:

1. Een behoefte zal slechts in een hulp- of zorgvraag worden vertaald indien ze als een probleem wordt ervaren. Dit probleem kan zich situeren op het vlak van de gezondheid en aldus geformuleerd worden, maar ook op het vlak van een gezinssituatie, huisvesting, materiële hulp, sociale omgeving, enz.
2. De hulp- of zorgvraag is afhankelijk van het beschikbare aanbod en de kennis die de oudere of zijn omgeving hiervan heeft. De overheid speelt hierin dan ook een belangrijke rol : het ter beschikking stellen van diensten kan de vraag genereren of meer adequaat sturen.
3. Via een correcte analyse van de hulp- of zorgvraag kunnen de ouderen worden doorverwezen naar de zorgverstrekker die hierop het best een antwoord kan geven. Dit veronderstelt echter ook een analyse van de « resterende capaciteiten » van de persoon, d.w.z. diens vermogen om akkoord te gaan met het antwoord dat hem wordt voorgesteld en daar het voordeel uit te halen dat effectief aan zijn behoefte beantwoordt.
4. Indien de betrokken actoren weet hebben van elkaar, met name weten welke specificiteiten, kwalificaties en specialisaties door elk van hen worden aangeboden, kan men de persoon doorverwijzen naar de zorgverstrekker die het best een antwoord kan geven op de hulp- of zorgvraag. Netwerking lijkt hier dan ook erg nuttig, zowel om een persoon door te verwijzen naar een andere zorgverstrekker die zijn vraag het best kan beantwoorden als om een eerste antwoord via bijkomende hulp te vervolledigen (gelijktijdig of opeenvolgend).
5. Concreet gezien kunnen de hulp- of zorgvragen betrekking hebben op verschillende functioneringsdomeinen van de persoon en een « disfunctioneren » op verschillende niveaus uitdrukken:
 - tijdsindeling : dag- en nachtritme
 - vrijetijdsinvulling
 - interpersoonlijke relaties
 - instrumentele ADL (onderhoud, keuken, vervoer, enz)
 - basis-ADL (eten, zich aankleden, wassen, toilet, continëntie)
 - bewegen & zich verplaatsen (transfer bed-stoel-toilet, afstanden lopen)
 - cognitieve functies : oriëntatie, taal, enz.
 - affectieve functies : houding ten opzichte van de omgeving
 Wat de geestelijke gezondheidszorg betreft, worden de functioneringsdomeinen en -niveaus in symptomen en diagnoses vertaald.
6. Tot slot moet het analyseren van de zorg- of hulpvragen en de zorg- of hulpbehoeften leiden tot politieke keuzes en oriëntaties : een beleid dat ernaar streeft de vragen te ordenen, het aanbod te diversifiëren, bepaalde sectoren te versterken, de actoren te specialiseren, enz. De beleidskeuzes van de verschillende bestuursniveaus zullen aldus een doorslaggevende rol spelen bij de manier waarop aan de behoeften van de ouderen wordt beantwoord en ook bij het vermogen om aan die behoeften tegemoet te komen.

3. DOELGROEP VAN EEN GGZ-ZORGCIRCUIT VOOR OUDEREN

Het definiëren van de doelgroep is niet eenvoudig. De doelgroep kan niet worden afgebakend via een absolute leeftijdsgrens en evenmin via een welbepaald type van pathologie :

- bepaalde patiënten worden geconfronteerd met “vroegtijdige veroudering” op de leeftijd van 40/45 jaar en vertonen degeneratieve neurologische pathologieën die vergelijkbaar zijn met degene die zich kunnen voordoen bij ouderen ;
- bepaalde ouderen vertonen psychische stoornissen die hoofdzakelijk te wijten zijn aan een onaangepaste leefwijze (eenzaamheid, medicatie, gebrekkige voeding,...).
- ouderen met neuro-(psychiatrische) stoornissen kunnen zowel behoren tot het domein van de geronto-psychiatrie (psychiatrische patiënten die bejaard geworden zijn) als tot het domein van de psycho-geriatrie (ouderen bij wie zich (neuro)psychiatrische stoornissen gaan voordoen). Die twee profielen kunnen zich onderscheiden, zowel wat de evolutie als de intensiteit van de symptomen betreft ;
- tot slot zal de opvang van een oudere met psychische stoornissen aanzienlijk verschillen naar gelang van de graad van fysieke afhankelijkheid.

Hieruit blijkt dus dat de doelgroep heterogeen is, wat de invoering van pluriforme en op elkaar afgestemde opvangstructuren, die zowel preventief als curatief zijn, rechtvaardigt.

Immers, in de loop der jaren zullen de degeneratie inherent aan de (neuro)-psychiatrische pathologie en/of de toename van de fysieke afhankelijkheid een aanpassing van de opvang vergen.

Men kan dus pogen de bedoelde doelgroep als volgt te definiëren : *het geheel van ouderen die psychiatrische of neuropsychiatrische opvang of GGZ, al of niet in combinatie met fysieke verzorging nodig hebben of voor wie, rekening houdend met hun (natuurlijke of pathologische) veroudering en hun geestelijke gezondheidstoestand, naar alle waarschijnlijkheid kan worden aangenomen dat ze op korte of middellange termijn een dergelijke opvang nodig zullen hebben.*

Rekening houdend met de sociaal-professionele organisatie van onze maatschappij, kan men ervan uitgaan dat de betrokken personen zich grotendeels in de leeftijdsklasse boven 60/65 jaar zullen bevinden. Die ganse bevolkingsgroep zal wellicht soortgelijke problemen ondervinden, die mogelijkwijs aanleiding geven tot psychische stoornissen en die vaak cumulatief zijn : wijzigingen in vrijetijdsbesteding, zoeken naar een nuttigheidsgevoel, verlies van economische draagkracht, verlies van sociaal-professionele status,...

Bepaalde deelpopulaties, en vooral pathologieën die vallen onder het domein van de psychogeriatric, zullen in hoofdzaak hoogbejaarden treffen. Dit illustreert de mogelijkheid om binnen de doelgroep Ouderen deelpopulaties met meer specifieke problematieken, bijvoorbeeld pathologieën, te onderscheiden die specifieke politieke oriënteringen in termen van zorgprogramma's en zorgcontinuïteit rechtvaardigen.

4. ZORGAANBOD IN HET KADER VAN EEN ZORGCIRCUIT GGZ VOOR OUDEREN

De reorganisatie van het zorgaanbod in het kader van een netwerk dat bestaat uit de verschillende zorgverstrekkers die nu reeds de opvang van ouderen verzorgen, moet samengaan met een beleid voor de ontwikkeling van zorgprogramma's, een definitie van de te waarborgen zorgfuncties en een concrete uitwerking in specifieke zorgmodules voor de opvang van bepaalde deelpopulaties (zie **bijlage 1** : de verschillende fasen voor de invoering van een geestelijk gezondheidszorgcircuit voor ouderen).

1. De logica achter een beleid voor de ontwikkeling van GGZ-zorgprogramma's moet enerzijds het geheel van de zorgvragen van de doelgroep integreren, voor zover uit die vragen een behoefte aan geestelijke gezondheidszorg blijkt en anderzijds zorgen voor een geïntegreerde opvang die een reële zorgcontinuïteit waarborgt. De aanpak voor het organiseren van het zorgcircuit moet alomvattend zijn en bijzondere aandacht besteden aan de uitwisselingen en communicaties tussen de aanwezige actoren.
2. De binnen het GGZ-zorgcircuit te voeren opdrachten kunnen worden gedefinieerd in termen van **zorgfuncties**, waarbij elke zorgfunctie een globaal doel beschrijft dat door verschillende actoren uitgevoerd zou moeten kunnen worden. Er is consensus over 8 belangrijke zorgfuncties : opvang en aanmelding, indicatie- en diagnosestelling, behandeling (kort en lang), psycho-educatie (revalidatie), verzorging (ADL-functies), begeleiding en ondersteuning, dienstverlening (overleg en opleiding), activering (dagstructurering). (zie bijlage 1)
3. De zorgfuncties kunnen worden ontwikkeld in verschillende modus of modi, dus op basis van verschillende regels, zodat ze voor iedereen toegankelijk zijn en rekening houden met ieders resterende capaciteiten: eenzelfde zorgfunctie kan ambulant worden aangeboden , door een residentiële structuur, door een mobiel team of in een liaisonfunctie, bij de persoon aan huis, etc. Al die verschillende modaliteiten kunnen evenveel specifieke **zorgmodules** vormen, of kunnen in combinatie een zorgmodule vormen.
4. Naar gelang van de betrokken **deelpopulaties** is het mogelijk specifieke zorgmodules te definiëren die nodig zullen zijn om het geheel van zorgfuncties voor deze deelpopulatie te verzorgen (in een optiek van zorgcontinuïteit), waarbij rekening wordt gehouden met de resterende capaciteiten van de patiënten : patiënten met dementieproblemen vragen een andere aanpak dan depressieve patiënten of patiënten die verslaafd zijn aan geneesmiddelen ; zo zal ook de hulp die de familiale of sociale omgeving kan bieden bepalend zijn om uit te maken of ambulante of thuiszorg aan de zorgbehoefte min of meer beantwoorden.
5. Het geestelijk gezondheidszorgcircuit zal dus, op basis van de aanwezige GGZ-actoren, georganiseerd worden in zorgmodules om het geheel van de zorgfuncties voor de verschillende aanwezige deelpopulaties onder de ouderenbevolking te waarborgen.

Rekening houdend met de bijzondere kenmerken van de ouderen zal die organisatie van de geestelijke gezondheidszorg voor ouderen gericht zijn op :

- het ontwikkelen en behouden van de nauwe samenwerkingsverbanden met de actoren die buiten het domein van de geestelijke gezondheid de opvang van ouderen aanvullen in de vorm van somatische zorg of sociale en materiële hulp
- het regelmatig opnieuw evalueren van het algemeen functioneren van de persoon - de dimensie geestelijke gezondheid buiten beschouwing gelaten - teneinde nauwgezet rekening te houden met de belangrijke interdependenties tussen de verschillende niveaus van de verschillende functioneringsdomeinen (zie punt 2, met o.a. zich bewegen of verplaatsen, somatische gezondheid, sociale omgeving, economische context, etc.)
- het geleidelijk aanpassen van de opvang op basis van de mogelijkheden en beperkingen van de personen, aangezien die elementen sterk in de tijd kunnen verschillen.

Het zorgprogramma vormt een kader waarbinnen de zorg wordt aangeboden met een maximale coherentie, continuïteit en complementariteit. Het gaat dus om een zorgorganisatie, waarbinnen de inhoud van de zorg moet worden aangepast aan elke individuele patiënt : het individueel “zorgplan” van een patiënt wordt geleidelijk opgebouwd naar gelang van zijn eigen behoeften en vaardigheden.

Zelfs bij de opvang van een deelpopulatie dient men de opvang van ieder individueel geval aan te passen op basis van de evolutie van zijn pathologie, zijn resterende capaciteiten, zijn mogelijkheden tot herstel en zijn beperkingen.

Om een dergelijke opvang “op maat” te ontwikkelen, vormen complementariteit en verscheidenheid van het zorgaanbod uitgaande van de aanwezige actoren de basis van de werking van het zorgcircuit. Geconfronteerd met een beperkt zorgaanbod zullen de partners van het netwerk die het zorgcircuit organiseren echter nog keuzes moeten kunnen maken in de zorgvragen die ze wel of juist niet wensen te beantwoorden.

5. AANWEZIGE ACTOREN : MOGELIJKHEDEN EN BEPERKINGEN VAN DE BESTAANDE GGZ-STRUCTUREN.

Bijlage 2 toont enkele statistieken betreffende de huidige opvang van de ouderen met psychische problemen. Hoewel die gegevens onvolledig zijn, wordt nochtans op een duidelijke manier aangetoond dat die opvang het werkingsgebied van de traditionele geestelijke gezondheidswerkers ruimschoots overschrijdt.

Op dit ogenblik wordt de opvang van de ouderen met psychische problemen verzorgd door verschillende actoren, met name traditionele GGZ-structuren² :

- in psychiatrische ziekenhuisdiensten : A-, T-, psychogeriatrische Sp-diensten ;
- in niet-psychiatrische ziekenhuisdiensten : G-diensten ;
- in residentiële psychiatrische structuren : psychiatrische verzorgingstehuizen of initiatieven beschut wonen ;
- in andere residentiële structuren : rusthuis, rust-en verzorgingstehuis of serviceflats ;
- in diensten voor dagopvang : dagziekenhuizen, dagcentra of dagopvangcentra ;
- thuis, in het kader van de thuiszorgdiensten of andere (experimentele) vormen van zorg in de thuissituatie ;
- ambulantly, met name door de centra voor geestelijke gezondheidszorg.

Bijlage 3 geeft een beschrijving van de mogelijkheden en de beperkingen waarmee die verschillende structuren geconfronteerd worden bij de opvang van ouderen met psychische problemen, alsook van hun respectieve doelgroep. Bij die beschrijving wordt de nadruk gelegd op de situaties waarin opvang moeilijk of ongeschikt wordt. Het gaat erom na te gaan waar het zorgcircuit een antwoord moet kunnen bieden op het vlak van opvang die beter aangepast is aan de behoeften en van continuïteit van de opvang.

Men kan de verschillende elementen als volgt samenvatten :

- **de psychogeriatrische Sp-diensten**
Doelgroep volgens KB : patiënten met psycho-geriatrische aandoeningen
Functie : behandeling, activering, psycho-educatie, begeleiding
Modaliteit : residentieel, maar van beperkte duur
Problemen m.b.t. de opvang : problemen m.b.t. de transfer van de gestabiliseerde patiënten, gebrek aan middelen om een aangepaste leefomgeving te zoeken, inlichten van de opvangomgeving over de problemen en beperkingen van de persoon, follow-up van de patiënt na zijn transfer, gebrek aan middelen om de somatische medische follow-up te verzekeren, etc.
- **de A-diensten**
Doelgroep volgens KB : volwassen neuro-psychiatrische patiënten waarvoor een dringende interventie, een observatie of een actieve behandeling nodig is.

² In dit advies dat gericht is op netwerking in de GGZ-sector, wordt in de eerste plaats de problematiek aangesneden van de opvang van bejaarden in het kader van de huidige GGZ-structuren of andere verblijfsstructuren voor bejaarden. Men mag echter niet uit het oog verliezen dat een deel van die opvang ook wordt verzekerd in privé-praktijken, polikliniek en gezondheidscentra of in een niet-psychiatrisch ziekenhuismilieu door psychiatrische, neuro-psychiaters of neurologen en zelfs door zelfstandige paramedische beroepsbeoefenaars.

Functie : aanmelding, indicatie-en diagnosestelling, behandeling, begeleiding

Modaliteit : residentieel, maar van beperkte duur

Problemen m.b.t. de opvang : problemen m.b.t. de transfer van gestabiliseerde patiënten, gebrek aan middelen om een aangepaste leefomgeving te zoeken, inlichten van de opvangomgeving over de problemen en beperkingen van de persoon, follow-up van de patiënt na zijn transfer waarborgen, gebrek aan middelen om de somatische medische follow-up te verzekeren, etc

- **de T-diensten**

Doelgroep volgens KB : volwassen neuro-psychiatrische patiënten die sociale revalidatie nodig hebben

Functie : behandeling, psycho-educatie, begeleiding

Modaliteit : residentieel, van onbeperkte duur, maar zonder een definitief leefkader te vormen

Problemen m.b.t. de opvang : naast de problemen inzake transfer, zijn er ook problemen met de opvang van ouderen met grote somatische of ADL-behoefte, gebrek aan middelen om de somatische medische follow-up te verzekeren.

- **de G-diensten**

Doelgroep volgens KB : geriatrische ouderen die een diagnose, een behandeling en een revalidatie nodig hebben

Functie : aanmelding, indicatie- en diagnosestelling, behandeling, psycho-educatie, begeleiding,

Modaliteit : residentieel, maar van beperkte duur

Problemen m.b.t. de opvang : problemen m.b.t. de transfer van de gestabiliseerde patiënten, gebrek aan middelen om een aangepaste leefomgeving te zoeken, inlichten van de opvangomgeving over de problemen en beperkingen van de persoon, follow-up van de patiënt na zijn transfer, etc.

- **De psychiatrische verzorgingshuizen :**

Doelgroep volgens KB : patiënten met een gestabiliseerde chronische psychische stoornis en mentaal gehandicapten

Functie : begeleiding, activering, verzorging, psycho-educatie

Modaliteit : residentieel

Problemen m.b.t. de opvang : probleem om in eenzelfde leefomgeving patiënten van diverse leeftijden, met sterk uiteenlopende zorgbehoeften en verschillende resterende capaciteiten samen te brengen ; probleem om de patiënt door te verwijzen naar een RVT zodra hij aan de toelatingscriteria van een dergelijke structuur beantwoordt.

- **De Initiatieven Beschut Wonen**

Doelgroep volgens KB : personen die om psychiatrische redenen in hun leef- en woonomgeving geholpen moeten worden met het oog op het verwerven van sociale vaardigheden en waarvoor aangepaste dagactiviteiten georganiseerd moeten worden.

Functie : begeleiding, activering, psycho-educatie

Modaliteit : residentieel

Problemen m.b.t. opvang : Problemen m.b.t. de huisvesting en de begeleiding van mindervalide personen en hun integratie in het dagelijks leven van een woonstructuur waar personen van verschillende leeftijden verblijven.

- **De rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen**

Doelgroep volgens KB/Decreet : personen, meestal 60 jaar of ouder, die een beroep moeten doen op gemeenschappelijke diensten voor gezinshulp, huishouden, hulp bij het dagelijks leven

Functie : verzorging, activering, begeleiding, psycho-educatie

Modaliteit : residentieel

Problemen m.b.t. de opvang : probleem om een evenwichtige leefomgeving te behouden wetende dat tegelijkertijd valide en mindervalide personen, personen met en zonder psychische stoornissen, moeten worden opgevangen ; gebrek aan gekwalificeerd personeel om personen te volgen die psychiatrische begeleiding nodig hebben ; probleem om externe personen te betrekken bij psychiatrische follow-up van opgenomen personen.

- **De dagopvangstructuren**

Doelgroep volgens KB/Decreet : personen die een follow-up nodig hebben op het vlak van somatische of psychiatrische zorg, maar die nog enigszins mobiel zijn en wier natuurlijk leefmilieu nog een deel van de opvang op zich kan nemen

Functie : indicatie- en diagnosestelling, behandeling (in dagziekenhuis) ; verzorging, begeleiding en activering (in dagcentra of dagverzorgingscentra)

Modaliteit : ambulante

Problemen m.b.t. de opvang : gebrek aan opvangstructuren van dit type.

- **De serviceflats**

Doelgroep volgens KB/Decreet : autonome ouderen die een beroep wensen te doen op bepaalde gemeenschappelijke diensten voor de handelingen van het dagelijks leven

Functie : verzorging, begeleiding

Modaliteit : residentieel

Problemen m.b.t. de opvang : weinig aangepast aan personen met psychische stoornissen, gebrek aan een begeleidings- en activeringsstructuur.

- **centra voor geestelijke gezondheidszorg**

Doelgroep volgens Decreet : alle personen met psychische stoornissen

Functie : aanmelding, indicatie- en diagnosestelling, behandeling, psycho-educatie , begeleiding

Modaliteit : ambulante

Problemen m.b.t. de opvang : probleem m.b.t. de opvang van weinig mobiele ouderen en probleem om een deel van het personeel op te leiden voor de specifieke problemen van de ouderen, beide problemen zijn vaak meer te wijten aan een gebrek aan middelen dan aan een gebrek aan bereidheid van de actoren op het terrein.

- **de thuiszorgdiensten :**

Doelgroep volgens KB/Decreet : personen die voor somatische, psychische of mobiliteitsproblemen de hulp van een derde nodig hebben

Functie : verzorging, begeleiding, psycho-educatie

Modaliteit : thuis

Problemen m.b.t. de opvang : de georganiseerde diensten hebben meer ervaring met somatische zorg dan met psychiatrische zorg ; gebrek aan kwalificatie van het personeel om psychische behoeften op te sporen.

Hieruit blijkt dus dat alle structuren die kunnen zorgen voor een follow-up van ouderen met psychische stoornissen, beperkingen kennen. De invoering van zorgcircuits zou prioritaair gericht moeten zijn op het bieden van oplossingen voor de gestelde problemen, zowel op het vlak van de zorgcontinuïteit (de transfers), de opleiding en de kwalificatie van het personeel, als wat de onvoldoende uitbouw van de structuren betreft.

6. Oprichting van GGZ-zorgcircuits: de huidige beperkingen overstijgen

Op basis van de verschillende hierboven onderstreepte elementen en rekening houdend met de eigen kenmerken van de doelgroep van de ouderen moeten in het raam van de GGZ-zorgcircuits verschillende specifieke elementen worden ingevoerd om de huidige beperkingen in de ouderenopvang op het vlak van geestelijke gezondheidszorg te overstijgen.

De moeilijkheden die moeten worden overwonnen

- het ontbreken van een overzicht van de behoeften (of de interactie tussen de hulpvraag en het zorgaanbod) van de ouderen op het vlak van geestelijke gezondheidszorg en het ontbreken van een analyserooster voor de hulpverlenings- en zorgvragen; die lacunes maken het moeilijk het zorgaanbod te definiëren en te reorganiseren in termen van circuits, functies en zorgmodules: hoewel er een zorgaanbod en –vraag is, is het niet mogelijk de behoeften in hun totaliteit in te schatten vanwege de (culturele) kloof die bestaat tussen de uiting van de vraag naar geestelijke gezondheidszorg en de beperkingen van sommige zorgvormen (dagstructuren, Sp-diensten, enz.);
- het manifest ontbreken van preventie- en eerstelijnsstructuren voor een doelgroep die nochtans bijzonder kwetsbaar is op het vlak van geestelijke gezondheid; dat is des te nadeliger enerzijds, omdat vooral bij de ouderen taboes over psychiatrie bestaan en, anderzijds, omdat nog algemeen de overtuiging leeft dat psychische stoornissen of GGZ-problemen vanaf een bepaalde leeftijd “normaal” zouden zijn;
- bij een doorverwijzing van de patiënt (Sp- of G-dienst naar RH/RVT, PVT naar RH/RVT, enz.) is er gebrek aan menselijke middelen om de patiënt correct op te vangen, zijn integratie in de nieuwe structuur te begeleiden, het personeel van de opvangstructuur correct te informeren over de behoeften en beperkingen van de patiënt alsook over zijn vermoedelijke evolutie;
- om een “evenwichtige” leefomgeving te behouden (in PVT, RH, RVT, enz.) is er de moeilijkheid om personen met sterk uiteenlopende behoeften en problemen op een harmonische wijze te integreren, met name wanneer een subgroep te belangrijk wordt ten opzichte van de rest van de opgevangen populatie (jonge en oudere patiënten in PVT, valide patiënten en sterk fysiek afhankelijke patiënten in RH/RVT, enz.);
- problemen m.b.t. de kwaliteit van de omkadering in bepaalde structuren: het op “geestelijke gezondheid” gerichte team (bv. psychiatrische ziekenhuisdiensten, PVT) beschikt niet over

voldoende middelen om bepaalde somatische problemen op te vangen; de omkadering in RH/RVT is soms onvoldoende aangepast aan de behoeften van sommige bewoners op het vlak van geestelijke gezondheid (cf. onaangepast evaluatierooster voor de psychische afhankelijkheid en gebrek aan kennis inzake specifieke behoeften voor bepaalde (neuro)psychiatrische) pathologieën);

- Starheid van de structuren: het is niet gemakkelijk om een beroep te doen op externe competentie in structuren die “verondersteld” worden een integrale opvang te kunnen garanderen (bv. moeilijkheid om de (neuro)psychiatrische follow-up van een RH/RVT-bewoner te verzekeren);
- Het ontbreken van opvangstructuren op lange termijn (“leefomgevingen”) die aangepast zijn aan de personen die zowel op psychisch als op fysiek vlak een intensieve begeleiding behoeven;
- Problemen op het vlak van de zorgtoegankelijkheid om economische redenen: heel wat ouderen hebben tal van behoeften terwijl hun financiële middelen vaak heel beperkt zijn; in die optiek wordt de keuze van de dienst hoofdzakelijk door financiële criteria bepaald, ofwel is het zo dat de keuze voor een bepaalde dienst belet dat gelijktijdig een beroep kan worden gedaan op andere soorten van hulpverlening of zorg;
- De financiële “afremmers” in het bezoldigingssysteem voor artsen: het degressieve karakter van de toezichtshonoraria, het ontbreken van een vergoeding voor verstrekkingen op het vlak van overleg, opleiding en coördinatie, enz.;
- Ten slotte, hoewel duidelijk is dat de geestelijke gezondheid van ouderen een specifiek zorgdomein is, toch wordt dit grotendeels over het hoofd gezien in de opleiding van de beroepsbeoefenaars: zowel bij de beroepsbeoefenaars die ouderen moeten begeleiden (bv.: verzorgend of paramedisch personeel) als bij de beroepsbeoefenaars die actief zijn op het vlak van geestelijke gezondheid (bv. psychologen).

De ontwikkeling van GGZ-netwerken

Uitgaande van de aanwezige actoren die zich inzetten voor de opvang van ouderen met psychische stoornissen of GGZ-problemen stelt men voor om verschillende sporen te ontwikkelen die het werken in GGZ-netwerken kunnen vergemakkelijken en waardoor de complementariteit tussen de bestaande verstrekkers beter kan worden benut, maar waardoor ook aan vragen tegemoet kan worden gekomen waaraan thans onvoldoende kan worden voldaan.

1. De ontwikkeling van een instrument voor het evalueren van de GGZ-behoeften en het ontcijferen van de vragen

Teneinde het zorgaanbod beter te kunnen afstemmen en de communicatie tussen de actoren te vergemakkelijken is het belangrijk procedures in te voeren voor de “registratie” of het vaststellen van de GGZ-vragen en het gevolg dat eraan wordt gegeven. Doordat bij de ouderenopvang heel wat actoren in het spel zijn, is de taak moeilijk, maar ook des te noodzakelijker. A fortiori in een sector waar heel wat intervenanten geen traditionele actoren op het vlak van geestelijke gezondheid zijn, maar wel essentiële actoren bij de dagelijkse begeleiding van de ouderen (huisarts, hulpverlenings- en thuisverplegingsteam, enz.).

2. De ontwikkeling van de functie “Overleg en Opleiding” en van “de GGZ in de Eerstelijns”

Het is wellicht het domein waar “nog alles te doen valt”, maar het is essentieel. Het komt erop aan zowel de functie “aanmelding” als de functie “overleg- en opleiding” uit te bouwen bij de actoren die dagelijks omgaan met de ouderen. Die initiatieven moeten zowel worden gericht op zorgbeoefenaars zoals huisartsen, thuisverplegingsteams, enz. als op de familiale omgeving of de zorgverstrekkers in de thuissituatie.

Rekening houdend met de specifieke rol van de huisarts bij de ouderen, als diegene die de “gezondheid waarborgt”, maar eveneens diegene die de rol vervult van raadgever in domeinen die veel ruimer zijn dan de gezondheid alleen, zal de huisarts een belangrijk aandachtspunt moeten vormen bij de uitbouw van GGZ-zorgcircuits voor ouderen.

Er moeten twee assen worden uitgewerkt:

- het informeren van de familie, de behandelende artsen, het personeel van de zorg- en thuiszorgstructuren en van alle personen die de ontwikkeling van een (neuro)psychiatrische pathologie en GGZ-problemen bij personen die thuis leven vroegtijdig kunnen ontdekken
- de ontwikkeling van ambulante structuren voor vroegtijdige diagnosestelling en thuisbehandeling: wanneer men er snel bij is, kan een opname of een plaatsing vaak worden voorkomen op voorwaarde dat de patiënt gemakkelijk een neuroloog, psychiater, psycholoog... kan raadplegen.

3. De ontwikkeling van structuren voor dagopvang

Zowel voor de omgeving van de patiënt als voor de patiënt zelf is het belangrijk de ontwikkeling te stimuleren van dagopvangmogelijkheden in de schoot van residentiële structuren, waar de patiënt, als dit nodig blijkt, kan worden gehuisvest.

Momenteel is de opvangcapaciteit van die structuren nog heel beperkt. Dergelijke modus biedt nochtans heel wat voordelen: de financiële toegankelijkheid, maar ook de “psychologische” aanvaardbaarheid ervan (zowel in de geest van de oudere als die van zijn omgeving) zijn belangrijk. Ze hebben bovendien het grote voordeel dat ze kunnen worden aangepast aan de “resterende capaciteiten” zowel van de patiënt zelf als van zijn omgeving.

Dagopvang moet worden beschouwd als een volwaardige opvang en niet als de “wachtlijst” van het rusthuis (in afwachting dat er een plaats in het rusthuis vrijkomt!)

4. De invoering van een “transferfunctie”

Teneinde de transfer van personen van “tijdelijke” structuren (structuren die niet als verblijfplaats bestemd zijn) naar een leefomgeving die aangepast is aan hun behoeften (verblijfstructuur die thuisvervangend is of in de ‘aangepaste’ thuisomgeving) te vergemakkelijken in het kader van een daadwerkelijke zorgcontinuïteit en teneinde zo veel mogelijk transfers in omgekeerde richting te vermijden, is het noodzakelijk over een pluridisciplinair team van beroepsbeoefenaars te beschikken:

- dat in de nieuwe leefomgeving en bij de familie de transfer kan voorbereiden;
- dat tussenbeide kan komen op de leefplek in geval van verslechtering of wijziging van de psychische gezondheidstoestand van de patiënt voor zover de opvangstructuur niet over de nodige competentie beschikt; die interventie vindt plaats op vraag van de opvangstructuur.

In de mate van het mogelijke zal die taak worden toevertrouwd aan beroepsbeoefenaars die de patiënt kennen, bv. het personeel van de ziekenhuisdienst die de patiënt voorheen heeft opgevangen, de ambulante verstrekkers die de patiënt hebben gevolgd,...

In die optiek zijn vier zaken mogelijk:

- bijkomend personeel ter ondersteuning van de “ontslagmanager”, met name 0,5 VTE (sociaal verpleegkundige, psychiatrisch verpleegkundige of sociaal assistent) om de opdracht m.b.t. de follow-up na het ontslag van de patiënt uit het psychiatrisch ziekenhuis voort te zetten;
- toekenning van 0,5 bijkomende VTE per G- of psychogeriatrische Sp- beddeneenheid en per schijf van 60 PVT-bedden zodat een lid van het zorgteam die de patiënt kent kan worden vrijgemaakt, om de transfer te “begeleiden” of tegemoet te komen aan een interventievraag vanwege de opvangstructuur;
- toekenning van een “liaisonhonorarium”, voor verstrekkingen van artsen-psychiaters die werken voor partners van het netwerk (ziekenhuis of centrum voor geestelijke gezondheid), in geval van een door de opvangstructuur gevraagde interventie, en invoering van coördinatiehonoraria;
- versterken van de postcuremodules (RIZIV-Nazorgbehandelingsmodules)

5. De invoering van een “GGZ-functie” in de RH/RVT

Om de integratie van de oudere te vergemakkelijken in deze leefomgeving, die niet als eerste ambitie heeft om de therapeutische follow-up van (neuro)psychiatrische patiënten te verzekeren, moeten aanzienlijke inspanningen worden geleverd om het omkaderingspersoneel vertrouwd te maken met de specifieke kenmerken van de psychische pathologie, de desbetreffende opvangtechnieken, het beheer van crisissituaties, de opsporing van de evolutieve symptomen, enz. Het komt erop aan deze structuren die de functie “verzorging” verzekeren (t.o.v. de geestelijke gezondheid), van instrumenten te voorzien waardoor ze eveneens in staat worden gesteld om de personen waarbij zich psychische problemen voordoen te begeleiden en ondersteunen.

Naar het voorbeeld van de “palliatieve functie” die onlangs in het kader van de RH/RVT werd ingevoerd, moet een “GGZ-functie” worden uitgebouwd in elke instelling die patiënten met psychische problemen opvangt. Vanuit die “GGZ-functie” moet het omkaderingspersoneel van de RH/RVT worden opgeleid en geïnformeerd over de verschillende psychische pathologieën, de manier hoe men ze moet aanpakken, hun vermoedelijke evolutie, de elementen die op een evolutie wijzen, enz. Bijvoorbeeld: depressies en/of angststoornissen bij gedesoriënteerde patiënten, ziekte van Pick, ziekte van Huntington...

Aangezien men momenteel enkel via het “Cd-forfait” patiënten kan identificeren met psychische problemen en dat bij die identificatie de omvang van de psychische pathologieën in RH/RVT's

ruim onderschat wordt, wordt voorgesteld dat in afwachting van een betere evaluatie van de behoeften, die “GGZ-functie” toegankelijk wordt voor iedere instelling met minstens 10 “Cd”-bewoners.

Om de “GGZ-”opleiding van het personeel te financieren en daarenboven de continuïteit van de dienst te waarborgen wordt aan de betrokken instellingen een financiering toegekend in de vorm van een aanvullend forfait van 0,75 € bovenop het Cd-forfait.

6. In aanmerkingneming van de psychische afhankelijkheid in RH/RVT

Naast de noodzaak om het RH/RVT-personeel op te leiden in de opvang van personen met psychische problemen, moet de psychische afhankelijkheid ook erkend worden (in de huidige Katz-schaal komt alleen desoriëntatie in tijd en ruimte voor) en moeten er specifieke normen aan verbonden worden zowel op het vlak van personeel als op architectonisch vlak.

Het systeem van “cantous” - afzonderlijke ergotherapeutische leefeenheden in rusthuizen, die specifiek aangepast zijn aan de fysisch valide, maar gedesoriënteerde persoon - is hier een concretisering van. Dat systeem, dat momenteel, op het vlak van omkadering, organisatie en financiering, met het rusthuis gelijkgeschakeld wordt, moet niet alleen worden erkend, maar moet ook het voorwerp uitmaken van specifieke bepalingen, waarbij meer rekening wordt gehouden met de kenmerken van de bewoners (bv.: een grotere behoefte aan paramedisch personeel).

Voorts moeten initiatieven die gericht zijn op andersoortige psychische problemen worden aangemoedigd: door het creëren van leefomgevingen voor oudere fysisch valide patiënten, maar met psychische stoornissen en die een bijzondere aandacht vereisen, door daartoe opgeleid personeel, met aangepaste activiteiten in een aangepaste leefomgeving.

Het meten van de “psychische afhankelijkheid” veronderstelt dat behalve met desoriëntatie in tijd en ruimte, ook rekening wordt gehouden met andere gedragsstoornissen (gewelddadige, angstige, depressieve patiënten, voedings- en taalstoornissen, poriomanie, verlies van risicobesef, zelfverminking, enz.). In afwachting van een nieuw instrument om de afhankelijkheid te meten, moet de inaanmerkingneming van die verschillende aspecten leiden tot een “ontdubbeling” van de huidige Katz-schaal zodat de “psychische” A-, B- of C-profielen in kaart gebracht kunnen worden (“psychische” C vervangt “demente” C).

Om die personen efficiënt op te vangen is men van mening dat er voor de A-, B- of C- patiënten in bijkomend personeel moet worden voorzien, met name 1 VTE paramedicus (kinesitherapeut, ergotherapeut, logopedist of opvoeder) en 0,5 VTE neuropsycholoog per 30 bewoners met een “psychisch” profiel. De aanwezigheid van een neuropsycholoog is des te belangrijker aangezien hij andere leden van het zorgteam kan helpen opleiden.

Tot slot, is het momenteel zo dat aanpassingen van de inrichting, op het vlak van architectuur en organisatie, volledig afhankelijk zijn van het initiatief van het rusthuis, en dit binnen het kader van de regelgeving die haar als rusthuis worden opgelegd. En alhoewel de beslotenheid van het rusthuis of rust- en verzorgingstehuis zich aandient als nuttig als context, maar anderzijds ook als

mogelijke leefomgeving voor wanneer de patiënt minder fysisch valide wordt, toch is het noodzakelijk de omgeving te herdenken die nodig is voor een dergelijke soort van opvang. De instelling zal er immers moeten over waken dat de psychische patiënten een aangepaste, voldoende open, maar beveiligde leefomgeving wordt aangeboden.

7. Uitbouw van eenheden voor ouderen in PVT

De opvang van personen die tegelijk op psychisch als op fysiek vlak een intensieve begeleiding vergen is, noch in de huidige RH/RVT, noch in de huidige PVT mogelijk: zowel in de ene situatie, als in de andere, staat de intensieve omkadering die deze patiënten vereisen het behoud van een aanvaardbare leefomgeving voor alle andere bewoners in de weg.

Zich inspirerend op modaliteiten van de organisatie van die twee bovengenoemde structuren, lijkt het aangewezen om in PVT's de invoering te overwegen van eenheden die aangepast zijn aan de opvang van ouderen. Momenteel worden binnen het PVT reeds twee subgroepen voorzien: stabiele psychiatrische patiënten en mentaal gehandicapten. Hieraan zou de subgroep van de ouderen met somatische problemen moeten worden toegevoegd.

Dit perspectief past in de logica van de organisatie van de PVT in "leefeenheden" waarin bewoners met gelijkaardige problemen zijn ondergebracht, maar wijkt af van de regel op basis waarvan het PVT bestemd is voor personen die niet in aanmerking komen voor een opname in RVT. Het zou inderdaad moeten mogelijk gemaakt worden om personen op te nemen in het PVT die, alhoewel ze op grond van de Katz-schaal beantwoorden aan het RVT-profiel, een te zware psychische pathologie vertonen om een aangepaste omkadering in RVT te kunnen krijgen.

Die eenheden zouden op volgende punten afwijken van de algemene PVT-normen:

- ze zijn bestemd voor personen van 60 jaar of meer of uitzonderlijk voor jongere patiënten waarvan de psychische én fysieke toestand hun opvang rechtvaardigt
- ze omvatten maximum 30 bedden
- ze zijn voorzien van een beveiligde tuin of terras
- naar het voorbeeld van de RVT's stellen ze eenpersoonskamers van minimum 12m² of tweepersoonskamers van minimum 18m² ter beschikking; regelbare bedden aangepast aan de behoeften; materiaal voor decubituspreventie en isoleringsmateriaal voor de bedden; verpleeg-, zorg- en onderzoekslokalen en ruimte om de familie van de bewoners te ontvangen
- naar het voorbeeld van de RVT hebben ze een functionele band met een G-dienst, een psychogeriatrische Sp-dienst, een palliatieve Sp-dienst en bouwen ze een "palliatieve functie" uit
- naar het voorbeeld van de RVT houdt een verpleegkundige zowel overdag als 's nachts toezicht;
- om hun taken te kunnen uitvoeren beschikken ze voor de begeleiding van 30 patiënten over 6 VTE verpleegkundigen (bij voorkeur psychiatrische), over 6 VTE verzorgers en over 4 VTE aanvullende paramedici (opvoeder, sociaal assistent, orthopedagoog, ergotherapeut, psycholoog, kinesitherapeut of logopedist), in totaal een team van 16 VTE's.

8. Een betere somatische omkadering voor ouderen opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis
 Elke patiënt in een psychiatrisch ziekenhuis kan tijdens zijn hospitalisatie somatische problemen krijgen ; de psychiatrische dienst beschikt evenwel niet altijd over voldoende middelen en de nodige expertise om hieraan het hoofd te bieden. Bovendien weet men dat ouderen en bepaalde categorieën van chronische patiënten over het algemeen meer nog dan andere patiënten nood hebben aan somatische follow-up. Om hierop een passend antwoord te bieden, moet men de psychiatrische ziekenhuizen de nodige middelen verschaffen zodat de patiënten een huisarts of geneesheer-specialist “somaticus” kunnen raadplegen zonder dat dit in de honoraria van de ziekenhuispsychiaters wordt verrekend.

9. De ontwikkeling van opleidingen betreffende de geestelijke gezondheid van ouderen.

De ontwikkeling van dergelijke opleidingsmogelijkheden lijkt, gelet op de groeiende behoeften voor psychische begeleiding van ouderen, dringend noodzakelijk. De gezondheidswerkers (verpleegkundigen, verzorgers, paramedici), met name die in de geestelijke gezondheidszorg, staan te vaak met lege handen voor de specifieke problemen van hoogouderen. Hun opleiding oriënteert hen prioritair en vanzelfsprekend naar de acute en somatische diensten.

Een eerste te ontwikkelen element betreft de stageplaatsen tijdens de opleiding.

De behoefte aan gerontopsychiaters en psychogeriaters is thans even groot als die aan pedopsychiaters.

10. Een gedetailleerde analyse van de financiële toegankelijkheid tot de ouderenzorg.

De veelvuldigheid van de aangeboden hulp en zorg aan ouderen, uitgewerkt op basis van veelvuldige beleidsopties en afhankelijk van verschillende overheidsniveaus, strekt ertoe om die toegankelijkheid wegens financiële imperatieven te beperken. Die vraag moet dus bij voorrang via interministeriële contacten bekeken worden.

De oprichting van het netwerk

De “specialisatie” van de verschillende bovengenoemde structuren voor opvang van ouderen met psychische stoornissen moet zich in alle gevallen inschrijven in een daadwerkelijke netwerking.

Die “netwerking” geschiedt niet in een “gesloten zorgcircuit” waaraan enkel partners zouden deelnemen die met het netwerk formele samenwerkingsakkoorden hebben gesloten (b.v. in geval van transfer van een psychiatrische ziekenhuisdienst naar een residentiële huisvestingsstructuur).

Gelet op de reële omstandigheden op het terrein moet er gestreefd worden naar een geformaliseerde samenwerking die minstens

°de volgende actoren van de geestelijke gezondheidszorg moet omvatten :

- -een psychiatrisch ziekenhuis
- -een psychogeriatrische Sp-dienst
- -een algemeen ziekenhuis met een psychiatrische eenheid
- -een centrum voor geestelijke gezondheidszorg

- -een psychiatrisch verzorgingstehuis met een eenheid voor ouderen
- -een initiatief voor Beschut Wonen

°de volgende partners-actoren moet omvatten :

- -een palliatieve Sp-dienst
- -een G-dienst
- -meerdere rustoorden die ook over RVT-bedden beschikken
- service flats
- dagopvang
- -een dienst voor thuiszorg

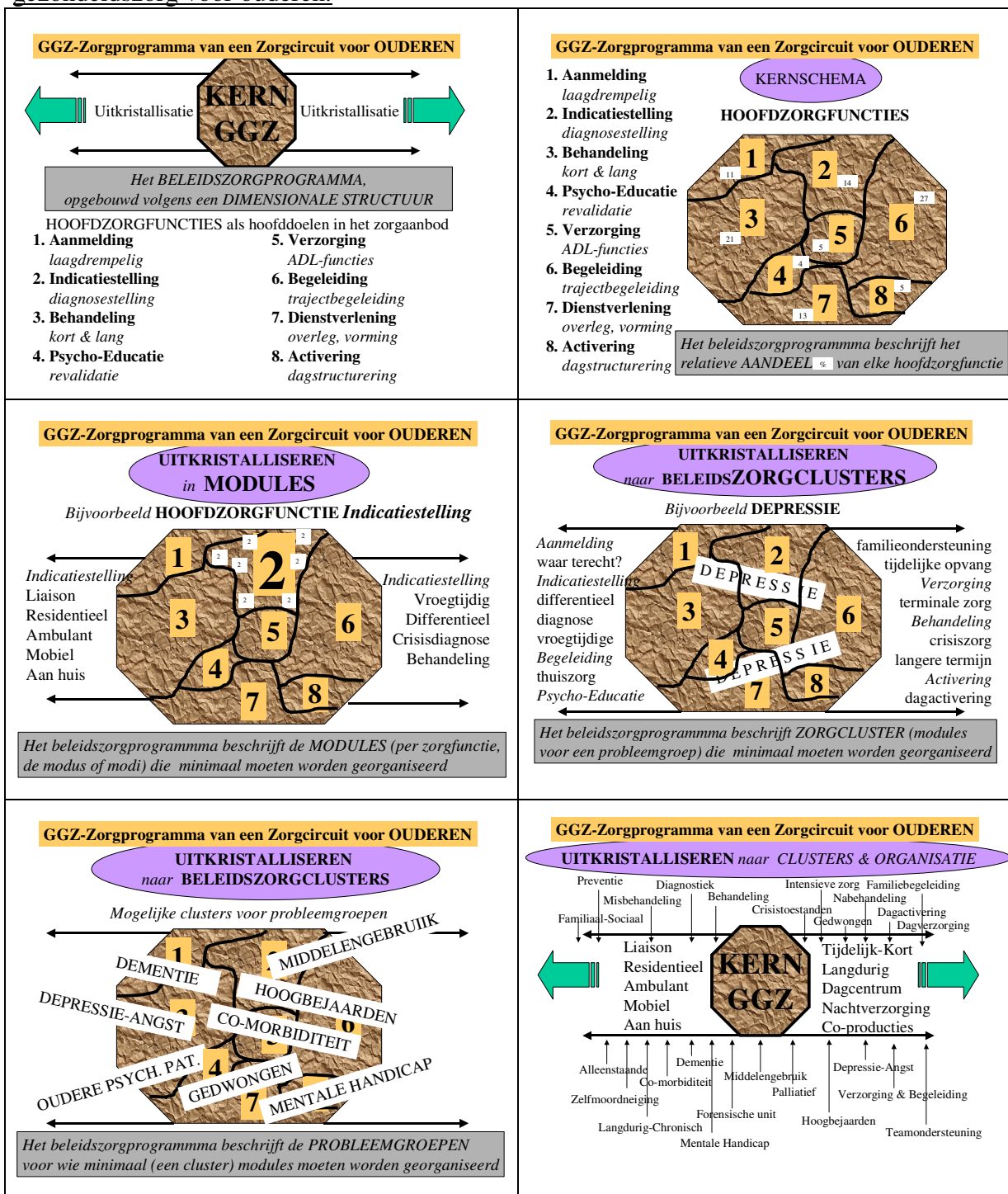
In het kader van de begeleiding van de ouderen lijkt het essentieel om de samenwerking te verruimen tot meer dan de traditionele structuren voor geestelijke gezondheidszorg : de thuiszorg, de huisartsen, de rustoorden of rust- en verzorgingstehuizen zijn immers essentiële structuren in die mate dat ze als een essentiële vector voor verschillende zorgfuncties fungeren: onthaal, preventie, opleiding, begeleiding en ondersteuning ...

Op basis van dit netwerk moet er ook met andere hulpdiensten buiten het domein van de verzorging samengewerkt worden: de hulp bij huisvesting, sociale diensten, culturele diensten, huishoudelijke diensten enz.

Dit grote aantal structuren dat bij de omkadering van ouderen is betrokken, onderstreept

- de nood aan een algemeen en door de verschillende beleidsniveaus ondersteund beleid;
- de noodzaak een aantal reglementeringen te herzien – waarvan sommige reeds meer dan 30 jaar oud zijn – die zorg “per pathologie” organiseren zonder daarbij evenwel voldoende rekening te houden met de oudere die een pluridisciplinaire omkadering behoeft.

Bijlage 1 : Illustratie van de verschillende fasen bij het oprichten van een circuit voor geestelijke gezondheidszorg voor ouderen.



Bijlage 2 : Enkele cijfers ter illustratie van de wijzen van opvang van ouderen met geestelijke-gezondheidsstoornissen.

De beschikbare statistieken betreffende het aantal ouderen met psychische stoornissen zijn zeer onvolledig, en dan vooral nog in de ambulante sector : thuiszorg, verstrekkingen van de centra voor geestelijke gezondheidszorg, verstrekkingen van individuele therapeuten.

Voorts is het waarschijnlijk dat met name om culturele redenen een groot aantal personen die weliswaar weet hebben van de problemen inzake geestelijke gezondheidszorg, in werkelijkheid geen enkel contact hebben met de beroepsmensen van de sector en soms enkel uitsluitend contact hebben met een huisarts, of zelfs enkel met een verzorgingsdienst of thuishulp.

In de residentiële sector kan men een beetje preciezer zijn.

Psychiatrische residentiële structuren		Populatie op 31/12/98	
MPG-gegevens 1998		Totale populatie	Verhouding
		Populatie 65-plussers	
Psychiatrisch ziekenhuis		17.655	19,06%
Psychiatrische dienst van een algemeen ziekenhuis		2.378	13,88%
Beschut wonen		2.754	9,51%
Psychiatrisch verzorgingstehuis		3.047	47,49%
TOTAAL		25.834	20,92%

Residentiële structuren voor ouderen		Facturatiegegevens 2000	
RIZIV-gegevens		Totale populatie	Verhouding
		Psychische stoornissen	
RUSTHUIS			
forfait O		22.430	21,33%
forfait A		17.718	16,85%
forfait B		17.889	17,01%
forfait C		6.582	6,26%
forfait C+		9.379	8,92%
TOTAAL		73.998	70,36%
RUST- EN VERZORGINGSTEHUIS			
forfait B		5.286	5,03%
forfait C		6.020	5,72%
forfait Cd		19.873	18,89%
TOTAAL		31.178	29,64%
TOTALE POPULATIE IN RH/RVT:		105.176	

(*) Met uitzondering van de Cd-forfaits in de RVT's is het onmogelijk om aan de hand van de RH/RVT-forfaits het percentage personen dat psychische problemen heeft te bepalen.

Leemten in die gegevens:

- voor bepaalde psychiatrische structuren is de MPG na 1998 niet beschikbaar;
- in de rustoorden en de rust- en verzorgingstehuizen wordt het psychische karakter van de pathologieën niet altijd in de verzamelde gegevens geïdentificeerd.

Op basis van de bovenvernoemde gegevens kan het aantal ouderen met psychische (en als dusdanig geïdentificeerd) en die in een residentiële structuur gehuisvest zijn, op ongeveer 25000 geraamd worden.

In dit aantal wordt er echter geen rekening gehouden met het volgende :

-in andere ziekenhuisdiensten opgevangen personen, met name in de diensten voor geriatrie of revalidatie : in 1998 betreffen meer dan 70% van de ziekenhuisverblijven in de geïsoleerde V-, S- en G-diensten 65-plussers en worden ongeveer 3000 ziekenhuisopnamen verantwoord met een diagnose die overduidelijk verband houdt met de geestelijke gezondheid (psychotische toestanden, cerebrale degeneratie, psychosen, neurotische stoornissen) (bron : MKG-gegevens 1998)

-doordat het aantal op een welbepaalde datum in een ziekenhuis aanwezige patiënten ruimschoots lager ligt dan het in de loop van een periode opgenomen patiënten : voor het jaar 1998 hebben de psychiatrische ziekenhuizen en de psychiatrische diensten in algemene ziekenhuizen respectievelijk 4406 en 4136 opgenomen 65-plussers geregistreerd. In beide gevallen vertegenwoordigen die cijfers tussen 10 en 11% van het totale aantal opnamen;

-doordat voor ongeveer 80000 andere in rustoorden/RVT's gehuisveste personen het met de classificatie volgens de KATZ-schaal niet mogelijk is om het al dan niet bestaan van psychische stoornissen te identificeren;

-evoluties in de loop van de laatste jaren, met inbegrip van de impact van de omschakelingen van bedden en de oprichting van psychogeriatrische Sp-diensten in een psychiatrisch ziekenhuis.

In de mate dat de ziekenhuisopname of de plaatsing in een residentiële structuur vaak het einde is van een langzaam en reeds jaren durend proces, lijkt het evident dat deze weinige cijfers slechts het topje van de ijsberg betreffen.

Bijlage 3 : Aanwezige actoren : mogelijkheden en begrenzingen.

1. De psychogeriatrische Sp-ziekenhuisdiensten

De Sp-dienst is per definitie³ een dienst die “gespecialiseerd is in de behandeling en revalidatie van patiënten met (... en) psychogeriatrische aandoeningen”. De gespecialiseerde zorg is bestemd voor patiënten die “een gespecialiseerde geneeskundige behandeling, verpleegkundige zorg, revalidatie en reactivering in een ziekenhuismilieu behoeven en die een actieve langere opvang van beperkte duur nodig hebben”. De Sp-dienst moet dus zorgen voor de transfer van de patiënt zodra die gestabiliseerd is.

De psychogeriatrische Sp-dienst is met name bestemd voor de opvang van “oudere patiënten die een diagnose en/of opvang van psychiatrische en somatische aard alsmede een multidisciplinaire opvang nodig hebben, zodat het fysieke, psychische en sociale potentieel van de patiënt volledig of zo goed mogelijk kan worden hersteld”. Die formulering bevat dus geen precies leeftijdscriterium voor de opvang van de patiënten, maar er wordt toch gesteld dat het om “oudere” patiënten gaat.

Gelet op het beperkte karakter van de opvangduur wordt de instellingen die dit type dienst ontwikkelen, verzocht een functionele band aan te knopen met extramurale teams en diensten voor huisvesting of om de oudere te helpen zo lang mogelijk thuis te blijven wonen, en dat “met het oog op de continuïteit van opvang en verzorging”, met name extramurale structuren als de psychiatrische verzorgingstehuizen, de rust – en verzorgingstehuizen, de centra voor geestelijke gezondheidszorg en de diensten voor thuiszorg.

Ook al is de rol van de psychogeriatrische Sp-dienst in een circuit van psychiatrische zorg aan ouderen betrekkelijk goed omschreven, toch rijst het werkelijke probleem bij ontslag : elk ontslag is een waar “gevecht” omdat die tijd en energie bij het beheer van de interacties vergt. Ondanks de verplichting m.b.t. het aanknopen van een functionele band met extramurale structuren is er voor de ziekenhuizen in geen enkel menselijk of financieel hulpmiddel voorzien om die opdracht uit te voeren.

Meer concreet : de moeilijkheden om “gestabiliseerde” patiënten te transfereren vindt men op verschillende niveaus terug :

- °Wanneer het gaat om een transfer naar een extramurale huisvestingsstructuur :
- de schaarsheid van de potentiële opvangstructuren (wachtlIJst)
- de financiële moeilijkheden t.g.v de plaatsing in een residentiële structuur
- de lagere personeelsbezetting in de extramurale structuren
- de lagere polyvalente kwalificatie van het extramurale personeel
- het gebrek aan informatie betreffende de specifieke pathologieën van de patiënten

³ Cfr. het K.B. van 23/10/64 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd.

°Wanneer het gaat om een terugkeer naar huis :

- het gebrek aan middelen bij de families om de patiënt opnieuw ten laste te nemen/op te vangen/te verzorgen
- de financiële moeilijkheden t.g.v. de invoering van gecoördineerde zorg
- de onderevaluatie van de zwaartegraad van de opvang van de patiënt, met als gevolg een uitputting van de omgeving

De “continuïteit van de opvang” is in beide gevallen moeilijk te garanderen, met vaak een nieuwe transfer op korte termijn tot gevolg : ofwel in de vorm van een nieuwe ziekenhuisopname ofwel van een plaatsing in een huisvestingsstructuur van de naar huis teruggekeerde patiënt.

Men kan vaststellen dat de transfer in de beste omstandigheden geschiedt wanneer de Sp-dienst een lid van zijn team (met diens deskundigheid inzake sensibilisering en opleiding van het personeel, zelfs in termen van follow-up van de patiënt) naar de opvangstructuur kan detacheren. Een dergelijke aanpak is voordelig vanuit verschillende oogpunten :

- de integratie en de aanvaarding van de patiënt in de nieuwe opvangstructuur wordt vergemakkelijkt, wanneer het personeel van de Sp-dienst de (tijdelijke of blijvende) gedragsstoornissen bij de patiënt kan verklaren
- het team van de nieuwe opvangstructuur informeren en voorbereiden betreffende de te voorziene evolutie van de gezondheidstoestand van de patiënt
- een heropname in het ziekenhuis vermijden door de opvangstructuur te helpen bij de opvang, met inbegrip van de nieuwe gedragsstoornissen of recidiverende stoornissen
- de wederzijdse kennis van de opvangcriteria van de Sp-dienst en de plaatsingsstructuur bevorderen, wat eventuele toekomstige transfers vergemakkelijkt, en dat met inbegrip van andere patiëntenprofielen in functie van de specifieke pathologieën.

Aan dit type aanpak hangt echter een niet te verwaarlozen prijskaartje (terbeschikkingstelling van personeel, opleidings- en informeringstijd, beschikbaarheid) met het oog op een blijvende opvolging van de patiënt. Terzake werd er nog in geen enkele financiering voorzien voor het dekken van de kosten of voor de terbeschikkingstelling van extra personeel.

Bovendien is het zo dat er een groot gebrek is aan middelen om de patiënten een alomvattende opvang te bieden waarbij zowel de psychosociale als somatische aspecten in aanmerking worden genomen. Er dient met name onderstreept te worden dat de medische behandeling van somatische problemen bij personen die in een psychiatrisch ziekenhuis worden verzorgd, wordt bemoeilijkt door het geldende systeem van de medische honoraria: het raadplegen van een huisarts of zelfs van een niet tot een psychiatrisch vakgebied behorende specialist wordt namelijk verrekend in de toezichtshonoraria van de ziekenhuispsychiater. Dit probleem is algemeen in het psychiatrisch ziekenhuis en uiteraard nog acuter bij de opvang van ouderen. In veel gevallen blijkt de transfer naar een somatische zorgstructuur echter geen bevredigende oplossing vanwege de psychiatrische follow-up die is vereist.

2. De ziekenhuisdiensten met kenletter A

De ziekenhuisdiensten met kenletter A in een algemeen ziekenhuis of een psychiatrisch ziekenhuis zijn bestemd voor “volwassen patiënten die ofwel dringende hulp in geval van crisistoestand ofwel een observatie of een actieve behandeling vergen”⁴. Ze zijn dus niet specifiek bestemd voor de ouderen, maar ze vangen er wel op. Wat het opvangtype betreft : die diensten zijn gericht op diagnose, observatie en behandeling, maar zijn niet bedoeld als huisvestingsplaats van lange duur.

De problemen die in de Sp-diensten bij de transfer van een oudere of zijn terugkeer naar zijn leefomgeving opduiken, zijn dus dezelfde als in de A-diensten : de informatieverstrekking aan de leefomgeving met het oog op de stabilisering van de patiënt, de te voorziene modaliteiten om herval en hernieuwde ziekenhuisopname te vermijden enz.

Hoewel de normen vereisen dat de A-diensten met minstens 60 bedden op elk ogenblik “een therapeutisch team moeten kunnen zenden naar de woonplaats van de zieke die dringende hulp nodig heeft”⁵, lijken de menselijke tijd en middelen om de patiënt op voldoende wijze in zijn leefmilieu terug te plaatsen, heel vaak te ontbreken. Het milieu voor opvang van de persoon die het ziekenhuis verlaat wil soms, ook in een niet-spoedeisende situatie, om raad kunnen vragen. Daarom is het belangrijk dat er een referentiepersoon is die in het ziekenhuis op hun vragen en ongerustheden kan antwoorden.

Tenslotte moet hier nogmaals gewezen worden op het probleem van de (met name financiële) tenlasteneming van de medische omkadering m.b.t. somatische problemen bij ouderen (zie ook het punt betreffende de Sp-diensten).

3. De ziekenhuisdiensten van kenletter T

De ziekenhuisdiensten van kenletter T zijn neuropsychiatrische diensten voor de opvang van en een “maximale sociale readaptatie” van “volwassen patiënten”⁶. De observatie en de diagnose van die personen werden voorafgaandelijk gewaarborgd, bijvoorbeeld in een eenheid A, en de T-dienst belast zich ermee hen via een behandeling en revalidatieactiviteiten zoveel mogelijk sociale vaardigheden terug te geven. Zo vangt de T-dienst met name ouderen op : sommige patiënten worden opgenomen vóór ze “bejaard” zijn; andere behoren bij hun opname al tot de doelgroep Ouderen.

Ook al kan de opvangduur in een T-dienst lang uitvallen, toch is die dienst er niet voor bestemd om een permanent leefmilieu te worden. De dienst zal zoveel mogelijk trachten de patiënt te stabiliseren en hem in een extramurale leefstructuur te stabiliseren : een terugkeer naar huis, een psychiatrisch verzorgingstehuis, een initiatief voor beschut wonen of, in geval van een oudere, een rustoord of een rust- en verzorgingstehuis. Hiervoor vraagt de T-dienst evenzeer menselijke middelen voor het organiseren van een aangepaste transfer.

⁴ K.B. van 23/10/64 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd.

⁵ K.B. van 23/10/64 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd.

⁶ K.B. van 23/10/64 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd.

Daar de T-dienst voor alles een dienst voor psychiatrische verzorging is, is de opvang van ouderen waarvan de somatische gezondheidstoestand of de mobiliteit sterk achteruit is gegaan, niet gemakkelijk. Behoudens het probleem van de somatisch-medische omkadering (waar reeds in het kader van de Sp- en A-diensten op werd gewezen) kan het verzorgingsteam van de T-dienst ontoereikend blijken (in aantal of in kwalificatie) voor het garanderen van een aan de behoeften van de patiënt aangepaste opvang. In dergelijke gevallen, met name als de opvang op somatisch vlak prioritair lijkt, kan de geriatische ziekenhuisdienst een overgangsmogelijkheid aanbieden, maar ook die kan evenmin een definitieve leefomgeving worden.

Zolang de psychiatrische opvolging van een niet-gestabiliseerde patiënt noodzakelijk is, is het vaak de T-dienst die zich hieraan moet trachten aan te passen, met inbegrip van het verlies van redzaamheid van de personen en hun somatische moeilijkheden. Het is echter van belang te benadrukken dat de hieruit voortkomende extra last door een beperkt blijvend zorgteam moeilijk te beheren valt.

4. De geriatische ziekenhuisdiensten

De G-dienst is per definitie⁷ een “algemene ziekenhuisdienst die voorziet in de medisch-geriatische diagnosestelling, -behandeling en revalidatie en die tevens in de beste voorwaarden de ziekenhuisverpleging en de verzorging van geriatische patiënten” verzekert. Er wordt eveneens gepreciseerd dat “heel de werking van de dienst vanuit medisch, verpleegkundig en paramedisch oogpunt steeds gericht is op de toepassing van een actieve behandeling die het mogelijk moet maken om de patiënt met een optimaal hersteld fysisch, psychisch en sociaal potentieel zo snel mogelijk te ontslaan”. Net als de Sp-dienst zal de G-dienst dus snel moeten zorgen voor de transfer van de patiënt (in principe mag de gemiddelde verblijfsduur immers niet langer dan 3 maand bedragen).

Ook al is de in een G-dienst opgenomen patiënt gekenmerkt door een “meervoudige” pathologie en dus niet noodzakelijk stoornissen van psychische aard moet vertonen, toch ligt de frequentie van dergelijke stoornissen er uitzonderlijk hoog : volgens de MKG-gegevens (1998) betreft meer dan 70% van de ziekenhuisverblijven in de geïsoleerde V-, S- en G-diensten 65-plussers en worden ongeveer 3000 ziekenhuisopnamen verantwoord door een diagnose die overduidelijk betrekking heeft op de geestelijke gezondheid (psychotische toestanden, cerebrale degeneratie, psychosen, neurotische stoornissen, ...).

Het geheel van de boven opgesomde moeilijkheden voor de Sp-dienst en betreffende het transfer van patiënten na hun ziekenhuisverblijf vindt men in ruime mate ook in de G-dienst. Die moeilijkheden kunnen bovendien nog groter lijken door het feit dat veel patiënten tegelijkertijd een somatische pathologie vertonen : hartproblemen, longproblemen of nog andere.

5. De psychiatrische verzorgingstehuizen.

⁷ K.B. van 23/10/64 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd.

De opvangcriteria in PVT's zoals bepaald door de normen⁸ maken een opvang mogelijk van mensen met een "langdurige en gestabiliseerde psychische stoornis" en van "mentaal gehandicapten", voorzover die patiënten "geen ziekenhuisbehandeling nodig hebben" en "niet in aanmerking komen voor een opname in een RVT of in een initiatief voor beschut wonen".

Het betreft dus personen die geen continue geneeskundige aanwezigheid behoeven, die betrekkelijk zelfredzaam zijn wat de handelingen van het dagelijks leven (met name zich aankleden en wassen) betreft, maar die t.g.v. hun psychische stoornissen een continue begeleiding nodig hebben.

Men weet echter dat de oudere het na verloop van tijd steeds moeilijker zal krijgen met de handelingen van het dagelijks leven en dat totaal onafhankelijk van zijn psychische pathologie. Die evolutie heeft twee gevolgen die tot verschillende problemen kunnen leiden:

-in de mate dat de fysieke afhankelijkheid slechts partieel is en dus geen opname in een RVT wettigt, moet het PVT de middelen vinden om de opvang van die personen te beheren in een omgeving die theoretisch bedoeld is voor fysiek valide personen. Dit kan tot aanpassingen leiden van de werking van de instelling als "leefomgeving" ten gevolge van de opvang van een populatie die evolueert in twee groepen die zich mettertijd meer van elkaar onderscheiden in functie van de veroudering van bepaalde personen. Voor het ogenblik is twee derde van de in een PVT gehuisveste personen ouder dan 60 jaar.

-wanneer de fysieke afhankelijkheid groter wordt, en de patiënten beantwoorden aan de criteria voor opvang in een RVT, is het PVT verplicht om hem over te brengen wat leidt tot dezelfde problemen als die welke boven genoemd werden in het kader van de Sp-diensten (wachlijsten, bekwaamheid van het team van het RVT om de psychische pathologie aan te kunnen enz.). Het PVT heeft bovendien niet de middelen om in hetzelfde type transfermodaliteiten te voorzien als het ziekenhuis. Het PVT beschikt immers over nog minder personeel en heeft evenmin een reden om de patiënt te blijven opvolgen, aangezien die waarschijnlijk nooit meer naar het PVT zal terugkeren.

6. De initiatieven voor beschut wonen.

Zoals thans gedefinieerd zijn de initiatieven voor beschut wonen⁹ bestemd voor het "huisvesten en het begeleiden van personen die geen voltijdse ziekenhuisbehandeling vereisen en die om psychiatrische redenen in hun leef- en woonmilieu geholpen moeten worden bij het verwerven van sociale vaardigheden en waarvoor er aangepaste dagactiviteiten georganiseerd moeten worden".

Hierdoor zijn ze niet geschikt voor de opvang van ouderen met specifieke behoeften. Enkel de werkelijk valide ouderen die bekwaam zijn om aan de dagactiviteiten deel te nemen en geen voltijdse begeleiding nodig hebben, kunnen erin opgevangen worden. De logica van "resocialisering" in een IBW loopt het gevaar aan betekenis te verliezen wanneer die zich richt

⁸ K.B. van 10/7/1990 houdende vaststelling van de bijzondere erkenning van psychiatrische verzorgingstehuizen

⁹ K.B. van 10/7/1990 houdende vaststelling van de normen voor erkenning van initiatieven van beschut wonen ten behoeve van psychiatrische patiënten

tot personen waarvan men weet dat ze op middellange termijn meer en meer hun fysieke zelfredzaamheid dreigen te verliezen.

7. De rustoorden en de rust- en verzorgingstehuizen

Volgens de erop betrekking hebbende normen zijn de rustoorden gemachtigd¹⁰ om “personen op te vangen van minstens 60 jaar die er hun gewoonlijk verblijf hebben en er de collectieve familiale en huishoudelijke collectieve diensten genieten alsmede hulp bij het dagelijks leven en, indien nodig, verpleegkundige of paramedische hulp”. “Uitzonderlijk” kan een persoon van minder dan 60 ook in een rustoord verblijven.

Elke persoon derhalve die de leeftijd van 60 jaar bereikt heeft, mag in een rustoord verblijven en het rustoord vormt zijn gewoonlijke verblijfplaats.

Die elementen hebben tot gevolg dat elke persoon van 60 jaar en ouder ongeacht zijn psychische toestand (en voorzover die geen ziekenhuisverzorging nodig heeft) in een rustoord “opgenomen kan worden”; het rustoord moet hem een gewoonlijke verblijfplaats aanbieden, met inbegrip van een eventuele ziekenhuisopname.

Onder de classificatiecriteria van de afhankelijkheidsgraad van gehuisveste personen vindt men zowel de fysieke als de psychische afhankelijkheid. Deze laatste betreft in hoofdzaak een desoriëntering in ruimte en tijd (men zal vaststellen dat er met andere vormen van gedragsstoornissen, zoals bijvoorbeeld gewelddadig gedrag, geen rekening gehouden wordt!).

Deze twee typen van afhankelijkheid dienen bovendien om te preciseren in welke mate de personen toegang hebben tot een rust- en verzorgingstehuis. Om in een rust- en verzorgingstehuis toegelaten te worden moet de persoon fysiek erg afhankelijk zijn (bij het zich aankleden, zich wassen, zich verplaatsen, eten enz.) of ernstig gedesoriënteerd te zijn in ruimte en tijd en terzelfder tijd afhankelijk zijn om zich te wassen en/of aan te kleden¹¹.

Gelet op die criteria hebben de rustoorden als opdracht fysiek valide personen op te vangen die psychisch behoorlijk afhankelijk kunnen zijn alsmede personen die zowel op fysiek als psychisch vlak regelmatig hulp nodig hebben zonder daarom fysiek of psychisch totaal afhankelijk te zijn. In de rust- en verzorgingstehuizen daarentegen kunnen de personen met psychische stoornissen slechts opgevangen worden als ze tegelijkertijd ook fysiek sterk afhankelijk zijn, minstens toch wat het zich aankleden en/of zich wassen betreft.

¹⁰ Waals decreet betreffende de rustoorden, de serviceflats en de dagcentra voor bejaarden en houdende oprichting van de Conseil wallon du troisième âge; Vlaamse decreten inzake de voorzieningen voor bejaarden, gecoördineerd op 18/12/91; Besluit van het Verenigd College van 14/03/96 tot vaststelling van de normen waaraan de inrichtingen die bejaarden huisvesten moeten voldoen; Decreet van de Franse gemeenschap van 10/05/84 betreffende de rustoorden voor bejaarden; Reglement van de Franse Gemeenschapscommissie van 17/12/93 houdende vaststelling van de erkenningsprocedure voor rusthuizen; decreet van de Duitstalige Gemeenschap van 9/05/1994 betreffende de toelating, de erkenning en subsidiëring van opvangvoorzieningen voor bejaarden.

¹¹ K.B. van 2/12/1982 houdende vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis of als centrum voor dagverzorging.

Die elementen leggen de nadruk op de grote heterogeniteit van de in de rustoorden en de rust- en verzorgingstehuizen opgenomen populatie. In die context moeten de verantwoordelijken waken over een evenwicht tussen de opgenomen populatietypen zodat er voor iedereen een aanvaardbaar “leefniveau” gewaarborgd kan worden, en dat zowel wat de bewoners als het begeleidend personeel betreft.

In verschillende omstandigheden is dit evenwicht moeilijk te bewaren : dat kan te maken hebben met de werklast en de door de opvang van bepaalde patiënten (met personeelsnormen die voor rustoorden en rust- en verzorgingstehuizen verschillen) vereiste bekwaamheid, met het al dan niet kunnen aanbieden aan de bewoners van het “leefproject” of met de moeilijkheid om gezonde sociale relaties tussen de bewoners te behouden.

Enkele voorbeelden :

- op het gebied van de fysieke afhankelijkheid : de patiënt in het RVT wordt steeds bedlegeriger en het wordt derhalve moeilijk om een “normale” leefomgeving voor de meer valide personen te behouden;
- de patiënt die uitzonderlijk gedesoriënteerd is in ruimte en tijd, maar die vanuit fysiek oogpunt nog volledig valide is, vraagt over het algemeen meer begeleiding dan de gedesoriënteerde patiënt die enkel nog over een beperkte beweeglijkheid beschikt;
- de stoornissen van het humeur, die nochtans aandacht en een opvolging vergen van het personeel, worden hoegenaamd niet beschouwd als een “afhankelijkheids”criterium bij de bewoner en kunnen dus de financiering van een extra personeelslid niet verantwoorden;
- ook al heeft het personeel door zijn functie en evolutie over het algemeen geleerd om de problemen ten gevolge van de opname van gedesoriënteerde personen te beheren, toch zal ditzelfde personeelslid, de huisarts van de familie inbegrepen, slecht voorbereid zijn om een crisisituatie (psychiatrisch delirium, agressiviteit enz.) te beheren. Hetzelfde geldt voor wat de opvang betreft van patiënten met een pathologie als de ziekte van Huntington, het syndroom van Pick, het syndroom van Korsakoff enz;
- het rustoord of het rust- en verzorgingstehuis wordt opgevat als een structuur die het geheel van zorgen die de bewoners nodig hebben, moet aanbieden. Het is dus vaak moeilijk om de bewoner, en zelfs de familie, te overtuigen om een psychiater te raadplegen (de logica van het raadplegen van een psychiater wordt door ouderen minder goed aanvaard dan door jongere mensen). Ook bij de opname van een als manisch-depressieve gediagnosticeerde persoon is het moeilijk om de psychiatrische opvolging voort te zetten, aangezien de behandelend arts zelf zich hier soms tegen verzet.

Al die situaties strekken ertoe om spanningen te creëren die zowel de bewoners als het personeel, en zelfs de families van de bewoners betreffen. Als het dan al onmogelijk lijkt om in de instelling zelf een oplossing te vinden, wordt er dikwijls een ziekenhuisopname overwogen met evenwel alle moeilijkheden terzake van dien : verstoring van de patiënt door het verlies van zijn richtpunten t.o.v. zijn leefmilieu, zeer zware financiële last voor de familie (die terzelfder tijd moet instaan voor de kosten van het rustoord en van de ziekenhuisopname), gevoel van mislukking bij het personeel, vrees voor het ogenblik van terugkeer van de bewoner, moeilijkheid voor de instelling om voor onbepaalde duur een lege plaats vrij te houden enz.

8. Het dagziekenhuis, het dagcentrum en het dagverzorgingscentrum

Hoewel die niet als definitieve leefomgeving beschouwd kunnen worden, maar veeleer als overgangsformules, lijken het dagziekenhuis, het dagcentrum en het dagverzorgingscentrum voor bepaalde patiënten opvangmogelijkheden te zijn die begunstigd moeten worden. In de mate dat de oudere met stoornissen van psychische aard een toereikende graad van beweeglijkheid behoudt en in de mate dat de familieomgeving deels bij de patiënt aanwezig kan zijn, lijkt het ten zeerste aangewezen dat die potentialiteiten zoveel mogelijk gevaloriseerd worden, waarbij aan de patiënt zo lang mogelijk het voordeel van die “sociale troeven” gelaten wordt.

Als de familiale omgeving van de patiënt het toelaat, kunnen die verschillende dagopvangmogelijkheden overwogen worden, aangezien die veelvuldige voordelen bieden : de patiënt moet de moeilijke overgang van de plaatsing niet ondergaan en hij geniet verder de stimulering van de “traditionele” leefomgeving. De last van de patiënt voor de familie is veel draaglijker (fysiek, affectief en financieel), waardoor het mogelijk wordt om de plaatsing uit te stellen, of zelfs te vermijden, en aldus de omgeving van schuldgevoelens te vrijwaren. Idealiter geschiedt de onvermijdelijk geworden plaatsing in een structuur die voor de opvang overdag instaat, aangezien de overgang en de integratie des te vlotter verlopen als de patiënt en diens familie de instelling en het personeel de patiënt en diens beperkingen kennen.

Onder die verschillende mogelijkheden van dagopvang noemen we :

- het dagziekenhuis, beschouwd als een therapeutisch dagcentrum, met als doel de therapeutische check-up met het oog op een terugkeer naar de familieomgeving;
- het dagverzorgingscentrum dat overdag hetzelfde type begeleiding en zorg biedt als een rust- en verzorgingstehuis;
- het dagcentrum met “bezigheidsdoelstelling”, dat overdag een opvang biedt die vergelijkbaar is met die van een rustoord dat een leefproject uitgewerkt heeft alsmede activiteiten voor reactivering en behoud van de mogelijkheden van de bewoners. Een dergelijk dagcentrum kan eveneens een nuttige verlenging vormen van de opvang in een dagziekenhuis.

9. De serviceflats.

De projecten inzake opvang van ouderen met psychische stoornissen in een serviceflat zijn moeilijk, aangezien er geen therapeutische opvolging van de persoon mogelijk is. Dat kan bijvoorbeeld een probleem doen rijzen wat de geneesmiddelenrouw van de patiënt betreft, aangezien in dit structuurtype de personen zelf hun dagelijks leven moeten beheren.

Psychische zelfredzaamheid is dus onontbeerlijk om in dit type huisvesting te integreren/kunnen verblijven/opgenomen te kunnen worden, terwijl een eventuele fysieke afhankelijkheid voor minder problemen zorgt (een persoon kan gebruik maken van extramurale diensten, zoals thuisdiensten, of nog bepaalde diensten waaraan het rustoord verbonden is, genieten, zoals de maaltijden die het voorwerp uitmaken van een toeslag in de huisvestingsprijs).

Men kan zich een opvang indenken van personen met psychische stoornissen in een structuur die het beschut wonen benadert met :

1. een financiering van de therapeutische opvolging van die patiënten in de verpleegdagprijs;
2. een herziening van de architectonische en personeelsnormen.

10. De centra voor geestelijke gezondheidszorg

De huidige structuur van de centra voor geestelijke gezondheidszorg kent deze a priori een centrale rol toe als actor in de geestelijke gezondheidszorg, gespecialiseerd in de ambulante opvang van personen met psychische problemen, alsook als ondersteuning van de thuiszorgdiensten. De opvang van ouderen met psychische stoornissen door die diensten wordt evenwel soms bemoeilijkt door een gebrek aan middelen, in elk geval wanneer ze apart interveniëren.

Voor een deel hebben die moeilijkheden te maken met een gebrek aan mobiliteit van de betrokken personen. Vele centra beschikken echter niet over de nodige menselijke middelen om de mensen thuis die zorg te verstrekken.

Bovendien leidt het gebrek aan middelen er vaak toe dat zij geen inspanningen kunnen doen op het vlak van specifiek op de oudere persoon gerichte opleidingen. Ook al hebben een aantal CGGZ's duidelijk inspanningen geleverd (met name op het vlak van opleiding) om beter aan de specifieke verwachtingen van de ouderen te beantwoorden, toch worden vele CGGZ's vandaag geconfronteerd met een (kwantitatief) te grote vraag tot opvang rekening houdende met de menselijke middelen, en hebben zij dus geen "ouderencultuur" kunnen ontwikkelen.

Tevens moet men ook vaststellen dat het sterk "discontinue" karakter van dat soort opvang vaak een handicap vormt. Ook al kan de opvang door de centra voor geestelijke gezondheidszorg in termen van behandeling van de patiënt voldoende lijken, toch kan de hulp aan de omgeving te zwak lijken t.o.v. de last die die moet dragen.

11. De thuiszorgdiensten

De thuiszorgdiensten vervullen van nature een belangrijke rol als "detector" op het vlak van de geestelijke gezondheid van ouderen. Naast de "klassieke" thuiszorgdiensten werden recent een aantal proefexperimenten inzake psychiatrische thuiszorg opgezet waarbij gelukkig een functionele link met de klassieke diensten werd gelegd.

Ook hier is het evenwel zo dat de opvang van ouderen met psychische stoornissen door die diensten soms wordt bemoeilijkt, in elk geval wanneer ze apart interveniëren. Net zoals bij de CGGZ's vormt het sterk "discontinue" karakter van dat soort opvang vaak een handicap. Ook al kan de opvang door de thuiszorgdiensten in termen van behandeling van de patiënt voldoende lijken, toch kan de hulp aan de omgeving te zwak lijken t.o.v. de last die die moet dragen.

In een optiek van complementariteit en netwerking van de verschillende structuren voor ouderen met psychische stoornissen vervullen de thuiszorgdiensten daarentegen een essentiële rol: snel het opduiken van psychische problemen onderkennen. In heel wat gevallen kan een vroegtijdige interventie ziekenhuisopname of plaatsing vermijden of toch alleszins vertragen. Deze mogelijkheid moet in het kader van netwerking worden gevaloriseerd, met name door een betere integratie van de “psychische” dimensie in het geheel van de “klassieke” thuiszorg.