

## SYNTHESE

# HOE DE ORGANISATIE VAN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG VOOR OUDEREN VERBETEREN?





## SYNTHESE

# HOE DE ORGANISATIE VAN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG VOOR OUDEREN VERBETEREN?

JEF ADRIAENSSENS, MARIA-ISABEL FARFAN-PORTET, NADIA BENAHMED, LAURENCE KOHN, CÉCILE DUBOIS, STEPHAN DEVRIESE, MARIJKE EYSSSEN, CÉLINE RICOUR





## ■ VOORWOORD

Is een rapport over de geestelijke gezondheidszorg van ouderen relevant? Dergelijk rapport biedt zeker een meerwaarde, als het de tendens om veroudering meer en meer als een abnormaliteit of zelfs als een pathologie te beschouwen, een halt toeroept. De term 'ouderen' is op zich al veelzeggend, alsof we door het bereiken van een bepaalde leeftijd in een andere wereld terechtkomen, waar we niet langer 'economisch' productief zijn, waar de gezondheidsproblemen zich opstapelen en waarbij ons uiterlijk de anderen confronteert met hun eindigheid.

Wel is het zo dat de levensfase waarin we onze beroeps- (of vrijwilligers)activiteiten stopzetten of verminderen, we minder mobiel en soepel worden, bepaalde capaciteiten verliezen en afscheid moeten nemen van mensen die we al jaren kennen, gepaard kan gaan met een bepaalde kwetsbaarheid.

Terwijl we ons bezighouden met 'eenvoudige' organisatorische hervormingen, mogen we niet te snel over de maatschappelijke en antropologische kwesties heengaan. Net zoals dat het geval is met vele andere domeinen in ons bestaan, dragen we allen een gezamenlijke, maar ook individuele verantwoordelijkheid voor onze ouderen.

De zogenaamde 'ouderen', of ze nu kampen met mentale gezondheidsproblemen of niet, zijn immers de doorgevers van het leven, van cultuur en van geschiedenis, van grote verhalen waaraan zij soms hebben meegeschreven, tot kleine familiale anekdotes, dankzij welke wij weten wie we zijn. Hen actief laten blijven deelnemen aan onze samenleving belangt ons allemaal aan. Het dagelijks werken aan een echt inclusieve maatschappij vormt de fundamentele voedingsbodem voor een zorg waarbij iedereen zich om elkaar bekommert.

Marijke EYSSEN  
Adjunct algemeen directeur a.i.

Christian LÉONARD  
Algemeen directeur a.i.



## ■ KERN- BOODSCHAPPEN

- Ouderen met geestelijke gezondheidsproblemen vormen een zeer heterogene groep. Hun specifieke behoeften variëren, en zijn afhankelijk van hun kwetsbaarheid en hun ziekteprofiel, en niet van hun chronologische leeftijd.
- Een nauwe samenwerking tussen de professionals in de GGZ, de eerstelijnsgezondheidszorg, ouderenzorg, spoeddiensten en de sociale sector kan de kwaliteit van de GGZ voor ouderen verbeteren.
- De zorgverleners van de eerste lijn spelen een belangrijke rol bij de detectie en behandeling van geestelijke gezondheidsproblemen bij ouderen. Het is echter essentieel dat zij specifieke opleidingen en een ondersteuning door gespecialiseerde zorgverleners krijgen. Het gebruik van de BelRAI-tool en de aanwezigheid van een case manager kunnen daarbij helpen.
- De opdracht van de GGZ-diensten inzake ouderenzorg moet worden ondersteund door de betrokkenheid van zorgverleners, gespecialiseerd in GGZ voor ouderen, en door meer zorgmobiliteit (meer huisbezoeken).
- Psychiatrische mobiele teams die gespecialiseerd zijn in de ouderenzorg, kunnen een meerwaarde bieden bij de ondersteuning van de bestaande teams voor 'volwassenen'. Ze verbeteren de zorgkwaliteit voor complexe problemen bij ouderen.
- Om aan de acute zorgbehoeften te voldoen van ouderen met geestelijke gezondheidsproblemen die niet (meer) in hun vertrouwde omgeving kunnen worden behandeld, zou een opname in de algemene psychiatrische diensten, de psychogeriatricie of de geriatrie (naargelang het profiel van de patiënt) mogelijk moeten zijn.
- In de algemene ziekenhuizen zouden 'somatische' liaisonteams ondersteuning kunnen bieden aan psychiatrische diensten voor volwassenen, terwijl gespecialiseerde liaisonteams in de ouderenpsychiatrie opgericht zouden kunnen worden om niet-psychiatrische zorgeenheden te ondersteunen.
- De gespecialiseerde mobiele teams type 107 moeten in de WZC actief kunnen zijn, om het personeel te ondersteunen en op te leiden in de behandeling van ouderen met geestelijke gezondheidsproblemen. Specifieke eenheden voor ouderen met gedragsstoornissen kunnen de zorg voor deze kwetsbare populatie verbeteren.
- Extra informatiecampagnes zijn nodig om het publiek en de zorgverleners bewust te maken van de geestelijke gezondheidsproblemen van ouderen. Een systematische screening naar geestelijke gezondheidsproblemen in WZC kan worden overwogen.
- De oudere met psychische problemen en zijn mantelzorger(s) moeten bij het zorgplan en de behandeling worden betrokken. De mantelzorgers moeten meer worden ondersteund en erkend.



- Om een goede zorgkwaliteit te waarborgen, moeten de verschillende hulpverleners over vaardigheden en specifieke competenties in de ouderenpsychiatrie beschikken. Dit betekent dat er specifieke opleidingen moeten georganiseerd worden.
- Aan de specifieke behoeften van oudere mensen kan beter worden voldaan door de ontwikkeling en verspreiding van evidence based-praktijken.
- De gegevensverzameling m.b.t. GGZ voor ouderen moet worden verbeterd.
- Sinds 2010 komen ouderen niet meer aan bod in de lopende hervormingen. Een netwerk voor GGZ, gescheiden van dat voor 'volwassenen' lijkt meerdere problemen te veroorzaken, die opgelost kunnen worden met een 'globaal' zorgnetwerk zonder leeftijdsgrens. Dergelijk uniform netwerk brengt echter ook een aantal uitdagingen met zich mee.
- Uit dit rapport blijkt dat het verduidelijken en versterken van de rol van de eerstelijnszorg (conform de 1e functie van de hervorming), het bevorderen van gespecialiseerde mobiele zorgteams (conform de 2e functie van de hervorming) en het versterken van de gespecialiseerde zorg in de WZC (conform de 5e functie van de hervorming) noodzakelijke stappen zijn voor een systeem aangepast aan de behoeften van ouderen.
- Om ervoor te zorgen dat ouderen (vooral met psychische stoornissen) de zin van het leven blijven inzien, het gevoel behouden nuttig te zijn en deel blijven uitmaken van de samenleving, is er een bewustmaking van de maatschappij nodig.



## ■ **SYNTHESE**

### **INHOUDSTAFEL**

■	<b>VOORWOORD</b> .....	1
■	<b>KERN-BOODSCHAPPEN</b> .....	2
■	<b>SYNTHESE</b> .....	4
1.	<b>WAAROM DEZE STUDIE?</b> .....	7
1.1.	OOK OUDEREN KUNNEN KAMPEN MET GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORGPROBLEMEN ....	7
1.2.	DE HERVORMING VAN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG IN BELGIË .....	8
1.2.1.	Therapeutische projecten: de ouderen als een aparte doelgroep .....	8
1.2.2.	Hervorming ‘artikel 107’ en overleg rondom de psychiatrische patiënt: ouderen vormen geen aparte doelgroep meer.....	8
1.2.3.	Protocol 3: de ouderen als doelgroep, maar niet specifiek voor geestelijke gezondheidszorg .....	9
1.2.4.	Organisatie- en financieringsmodel voor psychologische zorg: geen leeftijdsgrens .....	9
1.3.	DE HERVORMING VAN DE LANGDURIGE ZORG VOOR OUDEREN .....	10
1.4.	ONDERZOEKSVRAGEN .....	10
1.5.	WERKDEFINITIES .....	10
1.6.	METHODEN DIE IN DEZE STUDIE WORDEN GEBRUIKT .....	11
1.7.	REIKWIJDTE VAN HET ONDERZOEK .....	12
2.	<b>WAT LEREN WE UIT DE WETENSCHAPPELIJKE LITERATUUR?</b> .....	12
2.1.	THEORETISCHE PRINCIPES EN MODELLEN .....	12
2.1.1.	De C.A.R.I.T.A.S-principes .....	12
2.1.2.	Het Chronic Care-model (CCM).....	13
2.1.3.	Vier strategieën om het theoretisch model operationeel te maken.....	14
2.2.	BELEMMERINGEN VOOR DE TOEGANKELIJKHEID VAN DE GGZ VOOR OUDEREN .....	15





2.3.	HET BELANG VAN DE EERSTELIJSGEZONDHEIDSZORG .....	16
2.4.	PERCEPTIE VAN HET BELGISCHE SYSTEEM DOOR DE STAKEHOLDERS T.A.V. DE REFERENTIEMODELLEN IN DE LITERATUUR (ONLINE ENQUÊTE) .....	16
2.4.1.	Perceptie van de stakeholders .....	16
2.4.2.	Voorgestelde pistes voor verbetering .....	17
<b>3.</b>	<b>WAT LEREN WE UIT BUITENLANDSE VOORBEELDEN? .....</b>	<b>18</b>
3.1.	Globale tendensen .....	18
3.2.	Zorgorganisatie .....	19
3.2.1.	Huisartsen .....	19
3.2.2.	Gespecialiseerde zorgverleners .....	19
3.2.3.	Lokale centra voor geestelijke gezondheidszorg .....	19
3.2.4.	Mobiele psychiatrische teams .....	20
3.2.5.	Crisisteam .....	20
3.2.6.	Dagdiensten .....	20
3.2.7.	Ziekenhuizen .....	20
3.2.8.	Woonzorgcentra (nursing homes) .....	21
3.3.	Belangrijkste belemmeringen en oplossingen .....	21
3.3.1.	Stigmatisering en slechte informatie .....	21
3.3.2.	Gebrek aan communicatie en onjuiste doorverwijzing .....	21
3.3.3.	Gebrek aan ervaring en opleiding van de zorgteams .....	21
<b>4.</b>	<b>HUIDIG GEBRUIK VAN GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG DOOR OUDEREN IN BELGIË .....</b>	<b>22</b>
4.1.	Het gebruik van GGZ door ouderen in instellingen .....	22
4.2.	Het gebruik van de GGZ door ouderen buiten de instellingen .....	24
4.2.1.	De diensten voor geestelijke gezondheidszorg (CGG-SSM) .....	24



4.2.2.	Psychiatrische teams aan huis.....	24
4.2.3.	Ambulante zorg .....	25
4.2.4.	Specifieke projecten voor ouderen .....	26
4.2.5.	Psychosociale rehabilitatieprogramma's.....	27
<b>5.</b>	<b>KERNBOODSCHAPPEN.....</b>	<b>28</b>
5.1.	WAT ZIJN DE BASISVEREISTEN VOOR EEN GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG AFGESTEMD OP DE BEHOEFTE VAN OUDEREN? .....	28
5.1.1.	De zorg mag niet worden georganiseerd op basis van leeftijd, maar op basis van specifieke behoeften en kwetsbaarheid .....	28
5.1.2.	Alleen een nauwe samenwerking tussen de verleners van somatische, psychische en sociale zorg kan tot een werkelijk holistische zorg leiden.....	28
5.1.3.	De zorg moet in verschillende contexten worden verleend .....	29
5.2.	MEER ALGEMENE OVERWEGINGEN VOOR HET GEHELE SYSTEEM.....	31
5.2.1.	Bewustmaking en vroegtijdige detectie.....	31
5.2.2.	Actief partnerschap met patiënten en mantelzorgers .....	32
5.2.3.	Opleiding van professionele hulp- en zorgverleners.....	32
5.2.4.	Ontwikkeling en verspreiding van praktijken die op wetenschappelijk bewijs zijn gebaseerd (Evidence-based practices) .....	32
5.2.5.	Betere gegevensverzameling in de ambulante zorg.....	33
5.3.	CONCLUSIE.....	33
5.3.1.	Een apart netwerk opzetten of het bestaande netwerk uitbreiden en uitwerken? .....	33
5.3.2.	Naar een zorg in de directe leefomgeving .....	34
5.3.3.	Verandering brengen in vaste modellen .....	35
■	<b>AANBEVELINGEN .....</b>	<b>36</b>



## 1. WAAROM DEZE STUDIE?

### 1.1. Ook ouderen kunnen kampen met geestelijke gezondheidszorgproblemen

Oud worden is geen ziekte op zich, maar de gevolgen ervan kunnen - in verschillende mate – een impact hebben op de levenskwaliteit en de geestelijke gezondheid. Ouderen worden meer geconfronteerd met pijnlijke ervaringen zoals rouw, invaliderende situaties, lichamelijke verwaarlozing of mishandeling dan de bevolking in het algemeen. Ze hebben vaak dagelijks te maken met isolement, verlies van autonomie en eenzaamheid. Al deze factoren kunnen leiden tot depressie of angst. Hoewel er vele ouderen zijn die met volle teugen en zeer bewust met hun geliefden van het leven genieten, worstelen anderen met het naderende levenseinde in gedachten, soms onbewust, met zeer beangstigende, existentiële vragen,

Bovendien zijn de geestelijke en lichamelijke gezondheid bij ouderen nauwer met elkaar verbonden dan bij andere mensen. Zo zien we dat oudere hartlijders vaker depressief zijn dan gezonde ouderen. Omgekeerd kan een onbehandelde depressie bij een oudere hartpatiënt een negatieve impact hebben op de afloop van de hartaandoening. Bovendien zorgen geestelijke gezondheidsproblemen bij ouderen vaak voor een slechte prognose, door langere ziekenhuisopnames, sneller autonomieverlies en meer institutionalisering. Het is daarom cruciaal dat bij de aanpak van geestelijke gezondheidsproblemen bij ouderen zowel met somatische als met psychische aspecten rekening worden gehouden.

Zorgverleners beschouwen geestelijke gezondheidsproblemen nog vaak als normale ouderdomsverschijnselen, en denken dat ze daarom niet moeten worden behandeld. De diagnose wordt bovendien nog bemoeilijkt door multimorbiditeit en polymedicatie, die op hun beurt vaak worden veroorzaakt door onwetendheid over de principes van geriatrische zorg. De ouderen zelf klagen niet snel over hun mentale problemen, en zijn vaak terughoudend om hulp te vragen, vooral door de nog steeds hardnekkige taboes rond psychische problemen.

Ten slotte mogen de negatieve gevolgen van de mentale problemen op de (verzorgende) familieleden niet worden onderschat. Ze vormen een grote fysieke, emotionele en economische stressfactor.

### De cijfers van de Gezondheidsenquête

De meest recente Gezondheidsenquête van het **Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV)** schetst een verontrustend beeld van de geestelijke gezondheid van de Belgische bevolking. Een derde van de respondenten (ouder dan 15 jaar) meldt problemen, zoals een gestrest of gespannen gevoel, ongelukkig zijn of zich depressief voelen. Aan de hand van specifieke cijfers per leeftijdscategorie kan gebrek aan welbevinden bij ouderen (cijfers van 2013) nauwkeuriger bepaald worden:

	65-75 jaar	>75 jaar	Alg. bevolking
Psychisch leed	23,8%	33,4%	31,8%
Depressieve stemming	12,9%	18,8%	14,8%
Angst	8,2%	11,4%	8,1%
Slaapproblemen	29,4%	36,6%	29,6%
Majeure depressie	7,3%	9,9%	6,7%

De meeste respondenten die aangaven in het afgelopen jaar aan majeure depressie te hebben geleden, hadden een professionele zorgverlener geraadpleegd en medicatie genomen. Het gaat om kalmeer-/slaapmiddelen (24% van de 65-75-jarigen en 35% van de > 75-jarigen) of antidepressiva (10% van 65-75-jarigen en 12,5% van de > 75-jarigen). Een klein aantal was met psychotherapie begonnen (5,7% van de 65-75-jarigen en 7,5% van de > 75-jarigen).



## 1.2. De hervorming van de geestelijke gezondheidszorg in België

In het begin van de jaren 2000 kwamen de Belgische federale overheid en de gemeenschappen en gewesten overeen om het psychiatrisch zorglandschap te reorganiseren. Men wilde evolueren naar een steeds meer geïntegreerde zorg in een aangepaste omgeving, die zo weinig mogelijk complex moest zijn. Het doel van deze hervorming was **om de mensen zoveel mogelijk in hun vertrouwde omgeving te houden**. Daarom lag de nadruk op zorg in de leefomgeving en niet meer in een zorginstelling. Deze aanpak, die geheel aan de C.A.R.I.T.A.S.-principes en het Chronic Care-model (zie 2.1.1) beantwoordt, maakt deel uit van een internationale tendens.

### De vijf basisprincipes van de hervorming van de Belgische geestelijke gezondheidszorg (GGZ) <sup>a</sup>

- **Desinstitutionalisering:** invoeren van intensieve en gespecialiseerde ambulante zorgvormen als alternatief voor een ziekenhuisopname;
- **Sociale inclusie:** rehabilitatie en revalidatie waarbij samenwerking met onderwijs, cultuur, arbeid, sociale huisvesting,... noodzakelijk is;
- **Decategorialisatie:** Via zorgcircuits en netwerken een samenwerking realiseren tussen en met de sectoren van de ouderenzorg en van de GGZ, en de sector voor personen met een handicap en Justitie
- **Intensifiëring:** intensifiëring van de zorg binnen de ziekenhuizen.
- **Consolidatie :** regularisatie van de verschillende pilootprojecten, zowel op federaal als op niveau van de gemeenschappen en gewesten, in het globaal concept van de GGZ.

### 1.2.1. *Therapeutische projecten: de ouderen als een aparte doelgroep*

In 2002 werd besloten om de GGZ te organiseren volgens de principes van **doelgroepen** en **zorgnetwerken**. Bedoeling was om een **geïntegreerde zorg** aan te bieden, waarin de patiënt centraal staat en van waaruit een zorgcontinuïteit kan worden gewaarborgd. Er werden drie doelgroepen bepaald: kinderen en adolescenten (tot 18 jaar), volwassenen en **ouderen**. Vervolgens werden '**therapeutische projecten**' opgezet, om het overleg rond de patiënt binnen zijn doelgroep en in bepaalde geografische gebieden te organiseren en/of te coördineren. Voor deze pilootprojecten werd een periode van drie jaar voorzien. **Ongeveer één van de zes therapeutische projecten betrof ouderen.**

### 1.2.2. *Hervorming 'artikel 107' en overleg rondom de psychiatrische patiënt: ouderen vormen geen aparte doelgroep meer*

In 2010 slorpte de oprichting van de zogenaamde **zorgnetwerken 'artikel 107'** een aantal van de 'therapeutische projecten' op. Men wilde daarbij de middelen van de ziekenhuizen en van de diensten in de directe leefomgeving met elkaar integreren. Deze netwerken 107 waren vooral gericht op de **volwassenzorg** van 16- tot 65-jarigen in een **afgebakende geografische regio**. Daarna werd een soortgelijke aanpak voorzien voor kinderen en adolescenten (0-18 jaar).

<sup>a</sup> <http://www.psy107.be/index.php/nl/>



### De 5 functies van de hervorming 'artikel 107'

- **Functie 1: Activiteiten op het vlak van preventie, bevordering van GGZ, vroegtijdige detectie, screening en diagnosestelling.** Deze functie is voor de eerste lijn, waaronder thuiszorg, begeleidingsdiensten, enz.
- **Functie 2: Mobiele psychiatrische teams voor de intensieve behandeling van acute en chronische psychische problemen in de thuisomgeving** (principe van desinstitutionalisering).
- **Functie 3: Rehabilitatieteams die werken rond reïntegratie en sociale inclusie.** Hiervoor is een transversale aanpak nodig (principe van inclusie).
- **Functie 4: Intensieve residentiële behandelingseenheden voor acute en chronische psychische problemen,** wanneer een ziekenhuisopname noodzakelijk is (principe van intensifiëring).
- **Functie 5: Specifieke woonvormen met zorgverlening,** wanneer zorg in de thuis (of vervangende) omgeving niet meer mogelijk is.

De therapeutische projecten GGZ eindigden in 2012, om plaats te maken voor een structurele financiering door het RIZIV voor '**consultaties rond de psychiatrische patiënt thuis**'. Daarbij worden geen leeftijdsriteria gehanteerd, maar is één van de voorwaarden dat de patiënt een psychiatrisch, niet-organisch probleem heeft voor welke een hoofddiagnose is gesteld op basis van DSM IV of ICD 10-CM. Een belangrijke rol is weggelegd voor de Geïntegreerde Diensten voor Thuisverzorging (GDT).

### 1.2.3. Protocol 3: de ouderen als doelgroep, maar niet specifiek voor geestelijke gezondheidszorg

In dezelfde periode kregen een aantal andere therapeutische projecten voor ouderen een nieuwe kans via het initiatief van de 'Protocol 3'-projecten, die ook in 2010 werden gelanceerd maar die **geen deel uitmaakten van de sector van de GGZ**. De 'Protocol 3'-projecten zijn bedoeld om innovatieve projecten te financieren die de **institutionalisering** van 60-plussers **vertragen** door hun levenskwaliteit te verbeteren. Deze projecten zijn **vooral gericht op case management**, maar kunnen ook andere interventies omvatten: van de 66 aanvankelijk geselecteerde projecten waren er 13 met psychische of psychosociale interventies, en 8 ervan hadden dit als belangrijkste onderdeel.

### 1.2.4. Organisatie- en financieringsmodel voor psychologische zorg: geen leeftijdsgrens

Twee jaar geleden (2016) ontwikkelde het KCE een 'organisatie- en financieringsmodel voor psychologische zorg', dat vooral gericht was op de courante en gematigde psychische problemen. Dit zorgmodel voorziet een aanpak op twee niveaus: een eerste algemeen en zeer toegankelijk niveau voor alle vragen, maar voor een beperkt aantal sessies, en een tweede, beperkt toegankelijk niveau voor gespecialiseerde zorg aan personen voor wie het eerste niveau niet voldoende was. Met uitzondering van kinderen en adolescenten, is dit model bedoeld voor de volledige bevolking, zonder beperking. Dit model werd nog niet ingevoerd.



### 1.3. De hervorming van de langdurige zorg voor ouderen

De sector van de **langdurige zorg voor ouderen met verminderde fysieke en mentale capaciteit** werd ook geherstructureerd volgens dezelfde principes als die van de hervorming van de GGZ. Ook hier was het doel het bevorderen van de zorg in de leefomgeving, ten koste van langdurige ziekenhuisopname. De federale overheid en de gemeenschappen en gewesten sloten akkoordprotocollen af, waardoor de zorgbedden met lage intensiteit (*low care*) geleidelijk aan zouden worden vervangen door *high care* zorgbedden in de zorginstellingen. Dat kan als een vorm van 'zorgintensifiëring' worden gezien.

Het meest recente akkoord – het reeds genoemde '**Protocol 3**' – gaat door met de ontwikkeling van diensten om oudere patiënten zo lang mogelijk in hun vertrouwde omgeving te houden (thuisinterventies, dagcentra, enz.) en volgt daarmee het principe van de 'desinstitutionalisering' in de GGZ.

### 1.4. Onderzoeksvragen

In het kader van de hervormingsinspanningen vroeg de Federale Overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu het KCE om na te gaan of er in het buitenland modellen voor zorgorganisatie bestaan die voldoen aan de specifieke behoeften van GGZ voor ouderen, en of deze modellen compatibel zijn met de huidige hervorming van de GGZ-sector voor volwassenen.

De **onderzoeksvragen** werden als volgt geformuleerd:

- Welke organisatiemodellen, hervormingen, visies op de GGZ voor ouderen worden in de wetenschappelijke literatuur aanbevolen? Hoe kunnen volgens de zorgverleners in de GGZ deze modellen worden ingevoerd in het kader van de huidige aanpak in België?

- Welke lessen kunnen we trekken uit goede praktijken in andere landen?
- Hoe ziet het huidige aanbod van GGZ voor ouderen eruit in België?

### 1.5. Werkdefinities

#### Wat verstaan we onder 'ouderen'?

In de meeste westerse landen wordt ervan uitgegaan dat de leeftijd van 65 jaar - tot voor kort de pensioenleeftijd - de overgang vormt van actieve volwassene naar 'oudere'. Maar deze drempel (gedefinieerd in termen van maatschappelijke *rol*) houdt geen rekening met culturele aspecten (bepaald door maatschappelijke *waarde*) en functionele aspecten (gedefinieerd in termen van *autonomie* en *onafhankelijkheid*). Een groot deel van de zestigers en zeventigers zijn immers nog steeds zeer fit, actief en autonoom.

Vanuit <sup>b</sup>medisch oogpunt is 'oud zijn' vandaag een subjectieve perceptie, die is gebaseerd op een geheel van criteria zoals kwetsbaarheid (*frailty*), een combinatie van pathologieën, veranderingen in het metabolisme van geneesmiddelen, enz. **Met andere woorden, de groep van de ouderen is zo heterogeen dat het verkeerd zou zijn om ze enkel te definiëren op basis van een sterk beperkende leeftijdsdrempel.**

Bij de opeenvolgende hervormingen van de GGZ in België werd altijd de leeftijd van 65 gebruikt om de grens vast te leggen tussen de groep van de 'volwassenen' en die van de 'ouderen'. **In dit rapport** zullen we dan ook deze leeftijd hanteren, hoewel we het er mee eens zijn dat, om te bepalen of iemand een 'oudere' is, men zich moet baseren op de biologische veroudering van die persoon.

<sup>b</sup> Mental Health Foundation : <https://www.mentalhealth.org.uk/your-mental-health/about-mental-health/what-are-mental-health-problems>



### Wat verstaan we onder 'geestelijke gezondheid'?

De **Wereldgezondheidsorganisatie** (WGO) omschrijft **geestelijke gezondheid** als 'een staat van welzijn die iedereen toelaat zijn potentieel te realiseren, om te gaan met de normale moeilijkheden van het leven, succesvol en productief te werken en te kunnen bijdragen aan de maatschappij'.

Er is echter geen internationaal aanvaarde definitie van 'geestelijke gezondheidsproblemen'. Terugkerende thema's in de huidige definities zijn dat geestelijke gezondheidsproblemen de persoonlijkheid van een persoon, zijn vermogen om verschillende aspecten van het dagelijkse leven aan te kunnen en zijn sociale interacties aantasten. Deze definities omvatten **psychisch leed** (onaangename gevoelens en emoties die ieder individu in het dagelijkse leven kan ervaren en die het sociaal functioneren kunnen verstoren) en **psychiatrische stoornissen** (cognitieve stoornissen, verstoorde regulatie van emoties of gedragsstoornissen die geestelijke stoornissen weerspiegelen).

### 1.6. Methoden die in deze studie worden gebruikt

Deze studie vereiste een multimodale aanpak, waaronder:

- **een literatuuroverzicht** over de effectiviteit van verschillende organisatorische modellen en specifieke benaderingen van de GGZ voor ouderen. Het huidige onderzoek heeft zich gefocust op de verschuiving van GGZ van ouderen naar de directe leefomgeving (*community and primary care*). Er werd gezocht in Medline, Embase, Cinahl en de Cochrane Database of systematic reviews, over de periode 2006 - mei 2016.
- **een online enquête**, om te onderzoeken hoe de actoren in de GGZ de huidige organisatie van het systeem plaatsen tegenover de theoretische eisen uit het literatuuronderzoek, in welke mate ze vinden dat de specifieke behoeften van ouderen verschillen van die van volwassenen, en welke mogelijke verbeteringen ze in het Belgische systeem zouden willen zien.
- **een grondige analyse van de organisatie van de GGZ voor ouderen in vier andere landen**: Engeland, Frankrijk, Nederland en Canada. Vervolgens werd er een transversale vergelijking uitgevoerd.
- **een beschrijving van het huidige aanbod en gebruik van GGZ voor ouderen in België**. Hiervoor werden verschillende bronnen geraadpleegd: grijze literatuur, ziekenhuisdata (MPG en MZG), facturatiegegevens van het InterMutualistisch Agentschap (IMA) en data op de websites van de federale overheid en de gemeenschappen en gewesten. Tot slot contacteerden we via een online vragenlijst een aantal verantwoordelijken voor innovatieve projecten<sup>c</sup> in de GGZ voor ouderen. Zo verkregen we gedetailleerde informatie over hun activiteiten, hun sterke en hun zwakke punten.

Het wetenschappelijk rapport bevat meer informatie over de verschillende methoden en onderzoeksstrategieën.

<sup>c</sup> PIOT (Psychotherapeutische Interventies voor Ouderen thuis met Trajectbegeleiding), Langer Thuis met Extra Zorg, 't Kruidenpand, Dionysos, 4Veld, Reymeers, Samenhuizen, Zorgcirkels, Lokale Dienstencentra-LDC,

Avec Nos Aînés, Parole d'aînés, L'ISPA – Louvain-la Neuve (previously called SAMRAVI), L'Espoir (Malmédy).





### 1.7. Reikwijdte van het onderzoek

Dit onderzoek gaat over de **globale organisatie** van de GGZ voor ouderen; het is **geen** onderzoek naar de werkzaamheid van specifieke behandelingen of interventies.

Voor het **gebruik van de GGZ door ouderen** hebben we gekeken naar het gebruik van de beschikbare diensten voor GGZ. Maar het traject dat een bepaalde persoon aflegt naar een van deze diensten of de evolutie van de diensten in functie van de ernst van de problemen, werden niet bestudeerd.

Ouderen met geïsoleerde geheugenproblemen (al dan niet door beginnende dementie) behoren niet tot de **doelgroep** van deze studie. Geïsoleerde geheugenproblemen behoren immers niet tot het gebied van de GGZ, en de personen met deze problemen worden naar gespecialiseerde diensten doorverwezen (bv. geheugenklinieken). Jonge en afhankelijke personen behoren evenmin tot de doelgroep van de studie, ook al worden ze soms in dezelfde instellingen behandeld als ouderen (vooral woonzorgcentra).

Het huidige rapport is een **inleidende** studie. We onderzochten niet de praktische aspecten van de hervormingen, noch de hiervoor vereiste financiële middelen..

## 2. WAT LEREN WE UIT DE WETENSCHAPPELIJKE LITERATUUR?

In 1997 publiceerde de WGO de **C.A.R.I.T.A.S-principes** voor GGZ voor ouderen (zie Kader 1). Het **managementmodel voor chronische zorg of het Chronic Care Model (CCM)** uit de literatuur levert elementen waarmee we de zorg kunnen organiseren volgens deze principes. Om dit model operationeel te maken, bepaalden we **vier strategieën**, om alleen of in combinatie te gebruiken (zie Figuur 2).

Aan de hand van de wetenschappelijke literatuur konden we ook de meest voorkomende **obstakels en hefbomen** voor het invoeren van deze principes bepalen. Daarnaast blijkt uit de literatuur ook het **belang van de eerste lijn** bij GGZ voor ouderen.

### 2.1. Theoretische principes en modellen

#### 2.1.1. De C.A.R.I.T.A.S-principes

##### De C.A.R.I.T.A.S-principes

Volgens de C.A.R.I.T.A.S-principes moet de GGZ voor ouderen beantwoorden aan de volgende 7 kenmerken (die de afkorting C.A.R.I.T.A.S vormen):

- **Compleet (holistisch)**: de zorg moet oog hebben voor alle fysieke, psychologische en sociale behoeften en wensen van de patiënt en moet patiëntgericht zijn.
- **Toegankelijk ('accessible')**: de zorg moet vriendelijk worden verleend, en moet gemakkelijk toegankelijk zijn. Geografische, culturele, financiële en taalkundige belemmeringen moeten zoveel mogelijk beperkt worden.
- **Reactief**: de zorgverleners moeten luisteren en de problemen die bij hen worden aangekaart, begrijpen en er snel en adequaat op reageren.





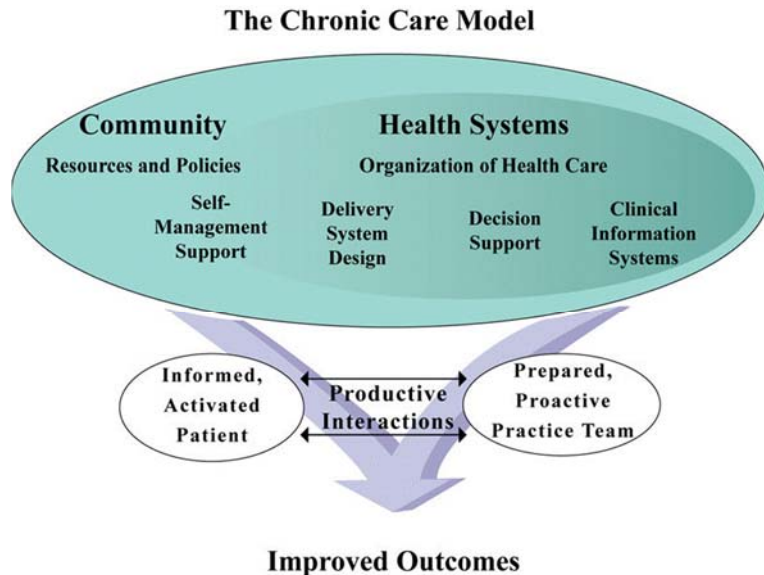
- **Geïndividualiseerd ('Individualised')**: de zorg moet gericht zijn op elk individu afzonderlijk, binnen zijn familiale en maatschappelijke context. De planning van de zorg moet aangepast en aanvaardbaar zijn voor de persoon en het gezin. Ze moet erop gericht zijn om de persoon zoveel mogelijk in zijn familiale omgeving te houden en te ondersteunen.
- **Transdisciplinair**: de zorg moet de traditionele professionele grenzen overstijgen en verder gaan dan multi- en interdisciplinaire samenwerking, om de bijdrage van de verschillende zorgverleners (al dan niet professioneel) met een brede waaier aan persoonlijke en professionele vaardigheden te maximaliseren. Een dergelijke aanpak vergemakkelijkt ook de samenwerking met vrijwilligers- of andere organisaties voor een complete dienstverlening binnen de leefomgeving
- **Betrouwbaar ('Accountable')**: de zorgorganisatie moet de kwaliteit van de geleverde diensten waarborgen en bewaken, in samenwerking met de patiënten en hun familie. Ze moet rekening houden met de ethische en culturele referenties van de ouderen.
- **Systemisch**: de zorg moet **alle beschikbare diensten** flexibel integreren, om de **zorgcontinuïteit** te garanderen en **alle zorgniveaus te coördineren**, waaronder de lokale, provinciale en nationale, en die van de gemeenschappen en gewesten.

### 2.1.2. Het Chronic Care-model (CCM)

Volgens het CCM-model moeten **vier domeinen** op een gecoördineerde en geïntegreerde manier samenwerken, om tot een kwaliteitsvolle zorg te komen:

- **ondersteuning van zelfmanagement** om *empowerment* van patiënten te bevorderen, en hen voor te bereiden op het zelf beheren van hun lichamelijke en geestelijke gezondheid;
- organisatie van een zorgsysteem waar de **planning en coördinatie** van betrouwbare, werkzame, efficiënte, patiëntgerichte en tijdige zorg mogelijk wordt, met de nadruk op de eerstelijnszorg;
- **hulpmiddelen voor de besluitvorming** om medische zorg op basis van wetenschappelijke kennis, rekening houdend met de voorkeuren van de patiënt te bevorderen;
- **klinische informatiesystemen** om patiënt- en populatiegegevens te organiseren, en om de zorg te vergemakkelijken.

Het model berust op **zorgteams**, die voldoende opgeleid en proactief zijn, en op goed geïnformeerde en betrokken patiënten.

Figuur 1 – Het *Chronic Care*-model

Developed by The MacColl Institute  
© ACP-ASIM Journals and Books

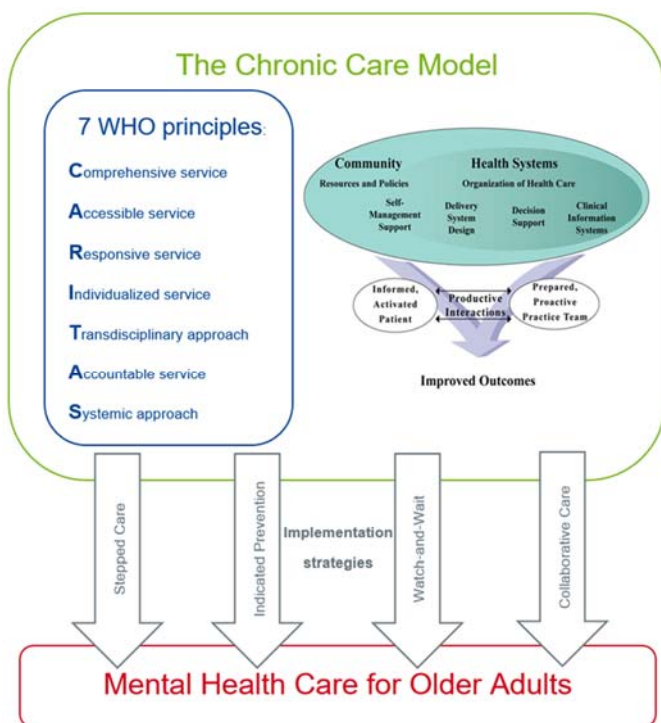
### 2.1.3. Vier strategieën om het theoretisch model operationeel te maken

De literatuur vermeldt vier **specifieke strategieën** voor de implementering van het CCM en de C.A.R.I.T.A.S-principes:

- **Stepped care (getrapte zorg):** de minst intensieve interventie wordt eerst voorgesteld, en patiënten kunnen "omhoog" of "omlaag" gaan in het zorgpad, op basis van hun veranderende behoeften en/of van hun reactie op de behandeling. Ze kunnen in elke fase van het pad instappen, naargelang hun behoeften. De progressie van de aandoening wordt het hele proces door bewaakt, zodat er vlot tot intensifiëring of afzwakking van de behandeling kan worden besloten. Getrapte zorg is een strategie om aan langdurige zorgbehoeften te voldoen, en om de werkzaamheid van de middelen te maximaliseren.
- **Indicated prevention (gerichte preventie):** er worden maatregelen genomen om geestelijke gezondheidsproblemen te voorkomen bij ouderen die (nog) niet aan de medische criteria voor deze aandoeningen beantwoorden, maar die er voortekenen van vertonen. Gerichte preventie is een manier om onderdiagnose en onderbehandeling van bepaalde subgroepen van patiënten te voorkomen.
- **Watch-and-Wait (opvolgen en afwachten):** het opdringen van een snelle behandeling voor een biopsychosociaal probleem, die voornamelijk farmacologisch of somatisch is, geeft zelden een bevredigend resultaat. Een meer afwachterende strategie, waarbij de oudere zijn opties zelf kan kiezen in overleg met multidisciplinaire teams en met behulp van methoden aangepast aan zijn behoeften en voorkeuren, is te verkiezen. Met behulp van evaluaties, psycho-educatie, observatie, en het opbouwen van vertrouwen kan de patiënt langzaam en voorzichtig evolueren,.
- **Collaborative care (geïntegreerde zorg):** Deze strategie voorziet een snelle toegang tot specialisten voor specifieke geestelijke gezondheidsproblemen van ouderen met een aanpak op maat. *Collaborative care* bestaat vaak uit meerdere, veelzijdige interventiefasen, met regelmatige follow-up van patiënten, een

verbeterde interprofessionele communicatie, een gestructureerd managementplan, goed opgeleide zorgverleners, *empowerment* van de patiënt, culturele vaardigheden, patiëntgerichte zorg en een terugbetaling van kwaliteitsgerichte zorg. De coördinatie en follow-up van deze geïntegreerde zorg wordt uitgevoerd door een **case/care manager**.

**Figuur 2 – Integratie van het CCM-model en operationele strategieën**



Uit wetenschappelijk bewijs blijkt dat behandelingen op basis van de *stepped care*-strategie, in combinatie met de drie andere strategieën, effectief is bij ouderen met geestelijke gezondheidsproblemen zoals majeure, mineure of infraklinische depressie, angst- en depressieve stoornissen in woonzorgcentra, suïcidale gedachten, alcoholproblemen en gedragsproblemen geassocieerd met de ziekte van Alzheimer.

Daarentegen bestaan er weinig studies over deze strategieën bij **ernstige psychiatrische stoornissen bij ouderen**. We hebben er drie geïdentificeerd die elementen aanbrengen waarmee **deze aandoeningen in de leefomgeving** kunnen **aangepakt** worden. Specifieke aspecten rond communicatie met oudere allochtonen of vluchtelingen komen ook aan bod in de literatuur.

## 2.2. Belemmeringen voor de toegankelijkheid van de GGZ voor ouderen

In de literatuur worden er verschillende belemmeringen voor de toegankelijkheid van de zorg vermeld, zoals de fragmentatie van de zorg, het gebrek aan communicatie en informatieuitwisseling tussen de zorgverleners en de rigiditeit van het zorgsysteem en zijn werkingsregels. Huisartsen ondervinden bv. vaak problemen om voor hun oudere patiënten toegang te verkrijgen bij een specialist in GGZ voor ouderen, en om van deze specialisten hulp te krijgen.

Een ander belangrijk obstakel is het gebrek aan specifieke kennis en vaardigheden van huisartsen en andere eerstelijnszorgverleners op het vlak van psychologie/psychiatrie van ouderen.



### 2.3. Het belang van de eerstelijnsgezondheidszorg

Een groot aantal wetenschappelijke publicaties wijzen op het belang van de eerstelijnszorgverleners en dan vooral van huisartsen, bij de aanpak van geestelijke gezondheidsproblemen bij ouderen. De meeste ouderen zien hun huisarts immers regelmatig en krijgen hun (geestelijke) gezondheidszorg liever van de eerste lijn dan van een gespecialiseerde instelling. De huisartsen kennen vaak ook de psychosociale context en de andere somatische problemen van hun patiënten, wat hun diagnose een extra dimensie geeft.

Uit sommige studies blijkt echter ook dat deze eerstelijnszorg veel hiaten vertoont op het vlak van screening en behandeling. Dit komt vooral door een gebrek aan kennis en tijd, de atypische manier waarop geestelijke gezondheidsproblemen zich soms bij ouderen manifesteren, een gebrek aan samenwerking en communicatie tussen de eerste lijn en de gespecialiseerde zorg, en door de voorkeuren en (culturele) overtuiging van patiënten. Een (vaak kwetsbaar) deel van de oudere bevolking heeft bovendien weinig contact met een huisarts, met het risico dat geestelijke gezondheidsproblemen niet worden ontdekt.

### 2.4. Perceptie van het Belgische systeem door de stakeholders t.a.v. de referentiemodellen in de literatuur (online enquête)

Een **online enquête** werd gehouden bij een steekproef van 62 vertegenwoordigers van stakeholders en mensen van het terrein, om na te gaan wat zij denken over het huidige systeem en de specifieke behoeften van ouderen. Daarbij werd verwezen naar de C.A.R.I.T.A.S-principes en het CCM-model. We verzamelden 43 reacties.

#### 2.4.1. Perceptie van de stakeholders

Volgens de respondenten voldoet **het huidige systeem niet aan alle behoeften van de ouderen op het gebied van geestelijk welzijn**. Daaronder verstaan ze zelfstandig blijven wonen, autonomie, zelfzorg, autonome besluitvorming en zingeving aan het leven, net als het voorkomen van eenzaamheid, sociaal isolement, misbruik, gevoelens van onveiligheid en onaangepast gebruik van de spoeddiensten. Het lijkt er dus op dat het zorgaanbod **niet holistisch is**, dus dat het niet beantwoordt aan het geheel van fysische, psychologische en sociale behoeften van de patiënten (eerste C.A.R.I.T.A.S-principe).

De respondenten vonden ook dat **het systeem onvoldoende de andere principes van C.A.R.I.T.A.S en van het CCM-model integreert**. Er werden vooral de volgende problemen gemeld:

- onvoldoende evidence-based benadering, veiligheid, toegankelijkheid in de tijd, geografische spreiding en patiëntgerichte benadering, zowel in de residentiële als in de niet-residentiële zorg. Er zijn specifieke programma's voor kwetsbare bevolkingsgroepen en sociale ondersteuning voor ouderen, maar er zijn er geen voor de ondersteuning van ouderen in hun leefomgeving. De zorgorganisatie in de woonzorgcentra (WZC) beantwoordt niet aan de specifieke behoeften van ouderen met geestelijke gezondheidsproblemen;



- de noodzaak aan een multidisciplinaire aanpak voor een alomvattende en geïntegreerde benadering, en een verduidelijking van ieders rollen en taken. Hiervoor moeten eerst de problemen van interprofessionele communicatie en het gebrek aan adequaat opgeleide zorgverleners worden aangepakt;
- het gebrek aan specifieke *evidence-based*-richtlijnen voor GGZ van ouderen;
- het gebrek aan de betrokkenheid van de patiënt in het besluitvormingsproces;
- het gebrek aan getrapte zorgstrategieën, in de residentiële en niet-residentiële zorg.

Hoewel ze vooral pleiten voor een **integratie van GGZ voor ouderen in een zorgsysteem voor volwassenen**, wijzen de respondenten ook op de **specifieke aard van de behoeften van ouderen** en op de noodzaak om voor hen een **aangepast aanbod in het bestaande systeem** te creëren.

#### 2.4.2. Voorgestelde pistes voor verbetering

De respondenten stelden verschillende pistes voor verbetering voor:

##### 2.4.2.1. Op het vlak van de zorgorganisatie:

- eerste- en tweedelijnszorg beter omschrijven, een betere communicatie aanmoedigen tussen de verschillende zorgverleners en ze uit hun concurrentiepositie t.o.v. elkaar halen;
- de bevolking beter informeren over het zorgaanbod, omdat dit te weinig bekend is;
- het zorgaanbod uitbreiden via de mobiele teams van 'Artikel 107', door hun beschikbaarheid, het zorgaanbod in de thuisomgeving en in de WZC en de ondersteunende diensten voor huisartsen uit te breiden;
- meer personeel, vooral VTE's, aanwerven en hun specifieke vaardigheden en opleiding verbeteren;

- in het algemeen de financiering van de GGZ voor ouderen verhogen, zowel residentieel als niet-residentieel (psychische zorg, verpleegkundige zorg en eerstelijnszorg in het algemeen).

##### 2.4.2.2. Op het vlak van de behandeling van de patiënt:

- de GGZ aanpassen aan de specifieke behoeften van ouderen (zorg 'op maat') met een specifieke aanpak met screening en/of vroege detectie van geestelijke gezondheidsproblemen;
- medicamenteuze behandelingen zoveel mogelijk vermijden. Dit vereist een betere samenwerking tussen huisartsen en psychiaters;
- de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de verschillende zorgdiensten verbeteren.

##### 2.4.2.3. Op het vlak van de opleiding van de zorgverlener:

- de opleiding van artsen, psychologen, verpleegkundigen en mantelzorgers aanpassen aan de specifieke aanpak van ouderen met geestelijke gezondheidsproblemen;
- wetenschappelijk gefundeerde (evidence-based) benaderingen ondersteunen om alle praktijken op één lijn te brengen.

##### 2.4.2.4. Op het vlak van doeltreffendheid en kwaliteit:

- een evaluatiesysteem voor de behoeften van ouderen opzetten;
- een systeem invoeren waarmee de kwaliteit van de GGZ thuis kan worden bepaald, en de nodige gegevens verzamelen om hun doeltreffendheid en kwaliteit te meten;

##### 2.4.2.5. Op het vlak van de samenleving:

- sociale paradigma's opnieuw bekijken om eenzaamheid te verminderen, meer aandacht hebben voor de mogelijkheden van de patiënt i.p.v. zijn beperkingen, en de sociale organisatie en urbanisatie aanpassen (bv. transgenerationeel of in groep wonen).



### 3. WAT LEREN WE UIT BUITENLANDSE VOORBEELDEN?

We vergeleken GGZsystemen voor ouderen in vier landen: Engeland, Frankrijk, Nederland en Canada. Deze vier landen werden geselecteerd op basis van hun gelijkenissen met België en de aanwezigheid van innovatieve diensten in hun GGZsystemen voor ouderen.

#### 3.1. Globale tendensen

De officiële prioriteiten van de landen liggen zelden bij GGZ voor ouderen. Ze hebben meestal betrekking op het volledige gezondheidsbeleid voor ouderen, of op het geestelijke gezondheidsbeleid voor alle volwassenen. Engeland en Canada hebben echter precieze doelstellingen vastgelegd voor de organisatie van de gezondheidszorg. Ze hebben ook **officiële richtlijnen gepubliceerd**, die nauw aansluiten bij de C.A.R.I.T.A.S.-principes. (zie kaders hieronder) Deze richtlijnen zijn niet verplicht, maar worden sterk aanbevolen. Ze bevatten de strategieën van *stepped* en *collaborative care*, en van gerichte preventie.

Net als België geven alle onderzochte landen de voorkeur aan het verlenen van **GGZ in de directe leefomgeving, i.p.v.** een institutionele aanpak, met teams voor geriatrische GGZ en mobiele thuissteams.

**De somatische behoeften maken vaak deel uit van de GGZ.** Zo worden in Engeland crisisteams opgeleid om de somatische problemen te herkennen die ziekenhuisopname vereisen, en om bloed- of urineanalyses te verrichten. In Canada voeren de mobiele teams voor GGZ van ouderen een holistische beoordeling uit, zodat ze een zorgplan kunnen opstellen op basis van somatische, psychologische, emotionele en sociale factoren. In Frankrijk volgen de psychiaters van het Centre Régional de Référence de Psychiatrie du Sujet Âgé (CRRPSA van het ARS Île-de-France) ook een opleiding om lichamelijke problemen te herkennen bij hun patiënten.

**Multidisciplinariteit is dus de hoeksteen** van de bestudeerde buitenlandse modellen.

#### De Engelse richtlijnen

Samengevat bevelen de **Engelse richtlijnen** aan dat de GGZdiensten voor ouderen:

- geïntegreerd worden verleend met de sociale diensten;
- in nauwe samenwerking met eerstelijnszorgverleners worden georganiseerd;
- op de behoeften van ouderen en niet alleen op hun leeftijd zijn gebaseerd;
- betrekking hebben op aandoeningen zoals depressie of psychose, maar ook op degeneratieve problemen zoals dementie;
- rekening houden met het feit dat ouderen vaak een combinatie van geestelijke en lichamelijke gezondheidsproblemen vertonen, en dat ze goed reageren op psychologische interventies;
- multidisciplinair zijn en thuiszorg, 'in-community' crisisdiensten en gespecialiseerde liaisondiensten in de acute ziekenhuizen aanbieden.

#### De Canadese richtlijnen

Samengevat bevelen de **Canadese richtlijnen** aan dat de geestelijke gezondheidsdiensten voor ouderen:

- strategieën ontwikkelen voor de preventie en bestrijding van stigmatisering; de mensen ontvankelijk maken voor het traject naar herstel en welzijn;
- de opleiding van professionele zorgverleners en mantelzorgers omvatten;
- zorgen voor een vroegtijdige opsporing van symptomen die duiden op de mogelijkheid van psychische problemen;





- het beleid, de programma's en de diensten met specifieke instrumenten beoordelen;
- zich aanpassen aan de lokale context en aan de middelen, de grootte van de bevolking, de bestaande lacunes en knelpunten en de prioriteiten van de maatschappij;
- rekening houden met de diversiteit onder ouderen en bij minderheden;
- mantelzorgers als actieve partners beschouwen, ondersteunen en valoriseren;
- eerstelijnszorg aanbieden in de directe leefomgeving en in de algemene en gespecialiseerde GGZ, met zorgteams die aan huis en in de WZC komen.

## 3.2. Zorgorganisatie

### 3.2.1. Huisartsen

In de 4 onderzochte landen nemen de **huisartsen** de eerstelijnszorg op zich. In Nederland worden ze **bijgestaan** door een verpleegkundige die gespecialiseerd is in geestelijke gezondheid of door een psycholoog. Samen behandelen ze 90% van de psychische problemen van hun patiënten en fungeren ze als **gatekeepers** naar de tweede lijn.

### 3.2.2. Gespecialiseerde zorgverleners

- In de vier onderzochte landen bestaat de tweede lijn uit **psychiaters** in en buiten de ziekenhuizen (raadplegingen, dagziekenhuis, algemene of geriatrische psychiatrie). Specialisten in de **ouderenpsychiatrie** zijn zeldzaam, waardoor ze vaak enkel een superviserende rol spelen; ze houden zich vooral bezig met patiënten met complexe problemen.

- In de eerste lijn zijn er soms ook **psychologen** werkzaam, zoals in Engeland (IAPT) en Nederland (eerste lijn en centra voor basis-GGZ), maar hun rol ligt vooral in de tweede lijn. In alle landen maken ze soms ook deel uit van mobiele psychiatrische/geriatrische teams of werken ze in WZC (EHPAD in Frankrijk).
- In Frankrijk, Canada en Nederland zijn ook **geriaters** betrokken bij de GGZ van ouderen. Ze behandelen meestal de gemengde gevallen, met gecombineerde geestelijke en lichamelijke gezondheidsproblemen en ze ondersteunen de mobiele teams bij geriatrische problemen. In Nederland worden ze ook geconsulteerd voor de behandeling van ouderen die door huisartsen worden doorverwezen naar de tweedelijnscentra voor GGZ.
- De **gespecialiseerde psychiatrische verpleegkundigen** (*mental health nurses*) werken voornamelijk in de tweede lijn in ziekenhuizen, mobiele teams of lokale GGZcentra, behalve in Nederland, waar ze in de eerste lijn beschikbaar zijn. Ze helpen bij de diagnose en doorverwijzing naar andere diensten voor geestelijke gezondheid.
- **Maatschappelijk werkers** en **ergotherapeuten** vinden we meestal in de tweede lijn, in multidisciplinaire teams in het ziekenhuis of ambulantly. Ze komen meestal tussen bij de follow-up van complexe gevallen na ontslag uit het ziekenhuis. In Frankrijk maken ze ook deel uit van gerontologische netwerken.

### 3.2.3. Lokale centra voor geestelijke gezondheidszorg

In Engeland, Canada en Nederland zijn er in de **lokale centra voor GGZ, teams** die **gespecialiseerd** zijn in **geriatrische GGZ**. Ze doen raadplegingen, ambulantly, in de thuisomgeving, in dagziekenhuizen of in WZC. In Nederland doen ongeveer drie op de vier lokale centra voor GGZ huisbezoeken.



### 3.2.4. Mobiele psychiatrische teams

In de vier landen zijn er **multidisciplinaire mobiele teams** die GGZ verlenen in de **leefomgeving** van de patiënt (thuis of in een woonzorgcentrum). Een case manager zorgt voor een goede coördinatie tussen de zorgverleners en neemt ook deel aan de zorgverlening. Deze aanpak is doeltreffend om ziekenhuisopname te voorkomen. De teams geven ook ondersteuning en opleiding aan zorgverleners in de eerste lijn.

### 3.2.5. Crisisteams

In de vier landen zijn er **crisisteams**, maar deze zijn niet specifiek opgeleid om ouderen te behandelen. In Canada beschikken de spoeddiensten over **geriatrische spoedverpleegkundigen**, die kunnen helpen bij de behandeling van ouderen met acute mentale problemen, vooral bij gemengde problemen (bv: delirium).

### 3.2.6. Dagdiensten

In de vier landen bieden **ziekenhuizen of dagcentra** activiteiten aan voor het behoud van de autonomie en het sociale, of psychotherapeutische zorg en revalidatie.

### 3.2.7. Ziekenhuizen

Wanneer zorg in de directe leefomgeving niet (meer) mogelijk is, kunnen ouderen met ernstige en complexe psychische problemen in een ziekenhuis worden opgenomen:

- In Engeland wordt aanbevolen om ouderen door te verwijzen naar **specifieke psychiatrische afdelingen voor ouderen**, omdat de algemene psychiatrische diensten niet altijd aan hun specifieke behoeften kunnen beantwoorden.
- In Frankrijk werden **specifieke ziekenhuisdiensten** opgericht voor ouderen met geestelijke gezondheidsproblemen. Ze werken onder toezicht van psychiaters en in overleg met geriateren en neurologen.

- In Nederland is er een tendens tot een vermindering van het aantal bedden in psychiatrische instellingen en een heroriëntatie van ouderen met complexe en gemengde problemen naar **algemene geriatrische diensten**.
- In Canada worden **drie soorten psychiatrische bedden in de geriatrie** aanbevolen door de pan-Canadese richtlijnen van 2011: 1) bedden voor acute zorg die specifiek voor ouderen kunnen zijn (duur van het verblijf <30 dagen); 2) bedden voor middellang verblijf (30-90 dagen) als alternatief wanneer een behandeling niet in de eerste lijn kan gebeuren; en 3) bedden voor lang verblijf/revalidatie (> 90 dagen) voor ouderen met psychische en gedragsstoornissen als gevolg van langdurige psychiatrische ziekte of dementie. Daarnaast zijn er nog de chronische bedden in de algemene ziekenhuizen voor ouderen in afwachting van een behandeling thuis, in een woonzorgcentrum of in een revalidatiecentrum. In de toekomst moeten deze ziekenhuisbedden voor lang verblijf worden vervangen door plaatsen in gespecialiseerde instellingen voor lang verblijf (WZC).

Het gebruik van **interne liaisonteams in de psychiatrie** wordt aanbevolen in de algemene ziekenhuizen in Engeland, Canada en Frankrijk, ter ondersteuning van de niet-psychiatrische ziekenhuiseenheden die zorgen voor patiënten die, naast de redenen waarvoor ze zijn opgenomen, ook kampen met geestelijke gezondheidsproblemen. In deze teams werken hulpverleners die zijn opgeleid in de geriatrische geestelijke gezondheid.





### 3.2.8. Woonzorgcentra (nursing homes)

De sector van de WZC (*nursing homes*) is anders georganiseerd in de bestudeerde landen, en heeft bepaalde bijzonderheden:

- in Frankrijk zijn er de Reinforced Hosting Units (UHR) waarvan de toegang afhangt van de mate van afhankelijkheid of de aanwezigheid van dementiegerelateerde gedragsproblemen;
- in Nederland daalt het aantal WZC en voordele van langdurige thuiszorg;
- in Canada hebben de bewoners van WZC gewoonlijk psychiatrische of cognitieve stoornissen of een combinatie van beide, bovenop hun medische problemen. Daarom zijn sommige instellingen *de facto* geestelijke gezondheidsinstellingen voor lang verblijf geworden.

## 3.3. Belangrijkste belemmeringen en oplossingen

In het algemeen bieden de Engelse en Canadese richtlijnen een globaal kader dat wij zouden kunnen toepassen en waarmee we in theorie de belangrijkste belemmeringen kunnen vermijden, zijnde stigmatisering, slechte communicatie tussen de zorgverleners en lacunes in opleiding en vaardigheden van hulpverleners.

### 3.3.1. Stigmatisering en slechte informatie

Stigmatisering door ouderdom of door geestelijke gezondheidsproblemen, of door beide, is een zorgwekkend probleem in de vier bestudeerde landen. Het beïnvloedt zowel de ouderen zelf, als hun familie en de zorgverleners.

Een ander obstakel voor de toegang van ouderen tot psychologische behandeling is dat psychische problemen vaak worden beschouwd als een gevolg van fysieke gezondheidsproblemen, of als iets dat hoort bij het normale verouderingsproces, waardoor ze onderbehandeld blijven.

Om stigmatisering te verminderen lanceerde Engeland binnen de gezondheidszorg en bij de algemene bevolking een aantal **sensibiliseringscampagnes**,

**Het implementeren van richtlijnen, evaluatietools en efficiënte zorgprocedures** voor een positievere perceptie van de zorg, kan ook stigmatisering tegengaan. Om de doeltreffendheid van de GGZprogramma's voor ouderen te evalueren en hun implementatie te ondersteunen, kunnen prestatie-indicatoren worden gebruikt. Zo werd in Canada opgemerkt dat thuiszorg een efficiënte alternatieve oplossing kan zijn voor residentiële zorg, bij een optimale integratie van de gezondheidssystemen.

### 3.3.2. Gebrek aan communicatie en onjuiste doorverwijzing

Het gebrek aan communicatie tussen de eerste- en de tweedelijnszorg is een terugkerend probleem dat alomtegenwoordig lijkt (en niet alleen in de GGZ).

Een eerste oplossing ligt zeker bij de multidisciplinaire teams, die al goed ingeburgerd zijn in de ouderenzorg. De communicatie is er over het algemeen zeer doeltreffend en berust op gedeelde dossiers, een geïntegreerd computersysteem, klinische protocollen en multidisciplinaire klinische vergaderingen.

De netwerken van gerontopsychiatrie en geriatrie in sommige landen (Frankrijk, Nederland) maken het mogelijk om het sociale en psychomedische domein met elkaar te verbinden.

### 3.3.3. Gebrek aan ervaring en opleiding van de zorgteams

In Engeland geven de geestelijke zorgteams toe dat ze vaak onvoldoende zelfvertrouwen hebben bij ouderen, vooral bij een combinatie van een psychische en somatische problemen, in precaire sociaaleconomische situaties of bij communicatieproblemen. Ze kunnen ook problemen ondervinden bij het opbouwen van therapeutische relaties met ouderen.

In Nederland bleek dat de spoeddiensten vaak niet over voldoende vaardigheden en ervaring beschikken, maar ook te weinig interesse hebben voor de complexe behoeften van ouderen. Daarom is het Canadese voorbeeld van geriatrische verpleegkundigen op de spoeddiensten, om het gebrek aan kennis (en interesse) voor de psychische problemen van ouderen op te vangen, zeer interessant.



Door het werk van geriateren, spoedartsen, huisartsen en specialisten in de geestelijke gezondheid in een bredere context te plaatsen, zou iedereen meer inzicht krijgen in de behoeften van ouderen en er adequater op kunnen inspelen. In Engeland is vastgesteld dat een maximale rekrutering en retentie van zorgverleners en een minimale rotatie in de mobiele teams een effectieve manier is om hun vaardigheden te vergroten. In de verschillende landen worden opleidingen in de psychiatrie van ouderen georganiseerd.

## 4. HUIDIG GEBRUIK VAN GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG DOOR OUDEREN IN BELGIË

### 4.1. Het gebruik van GGZ door ouderen in instellingen

Sinds 2003 blijven de opnames van ouderen in de residentiële GGZ over het algemeen laag en stabiel:

- **Psychiatrische bedden:** Psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen beschikken over verschillende soorten bedden, waaronder de specifieke bedden Sp6 en Tg voor 'psychogeriatrische patiënten'. Het aantal verblijven van ouderen in psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische bedden in algemene ziekenhuizen is sinds 2003 stabiel; het aantal ligt bijna twee maal lager voor ouderen (> 65 jaar) dan voor personen jonger dan 65 jaar:
  - In 2013 werden er op de 100.000 inwoners 233, 135 en 108 personen van respectievelijk minder dan 65 jaar, 65 tot 74 jaar en 75 jaar of ouder opgenomen in psychiatrische ziekenhuizen (alle soorten bedden samen).
  - In hetzelfde jaar werden er op de 100.000 inwoners 498, 272 en 109 personen van respectievelijk minder dan 65 jaar, 65 tot 74 jaar en 75 jaar of ouder opgenomen in psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (alle soorten bedden samen).
- **Psychiatrische dagcentra:** De verschillen tussen de leeftijdsgroepen zijn minder uitgesproken voor verblijven in de psychiatrische dagcentra, met op de 100.000 inwoners respectievelijk 37, 40 en 27 opnames van personen jonger dan 65 jaar, van 65 tot 74 jaar en vanaf 75 jaar.



- **Psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT):** deze instellingen huisvesten patiënten van alle leeftijden met een stabiele psychiatrische stoornis die permanent langdurige zorg nodig hebben, en mensen met een verstandelijke beperking die continue toezicht nodig hebben. Het gaat dus om mensen die niet zelfstandig kunnen leven. Het aandeel van ouderen in de PVT's is tussen 2004 en 2013 gedaald: van 27,5% naar 23,8% voor 65-74-jarigen en van 17,1% naar 10,3% voor > 75-jarigen.
- **Beschut wonen (BW):** deze instellingen huisvesten volwassen psychiatrische patiënten die geen continue zorg nodig hebben, om ze te ondersteunen bij het verkrijgen van sociale vaardigheden met het oog op zelfstandig wonen. Het percentage ouderen bleef er stabiel tussen 2003 en 2013, rond 9% voor 65-74-jarigen en 2% voor > 75-jarigen.

#### De GGZ voor ouderen in de ziekenhuizen kampt momenteel met drie grote uitdagingen:

- een **tekort aan zorgverleners** (psychiaters, verpleegkundigen, paramedici) met voldoende opleiding **in de psychiatrie en de geriatrie**. Deze diensten hebben ook te maken met een grote vraag naar geriatrische expertise, die het aanbod aan beschikbare zorgverleners overtreft;
- de **vergrijzing van de bevolking** en een stijgend aantal chronische aandoeningen, wat tegen 2025 zal zorgen voor een **stijging met 25% van het aantal psychogeriatrische bedden** (KCE Rapport 289);
- het **gebrek aan bedden** in alternatieve niet-ziekenhuisstructuren voor patiënten die geen ziekenhuiszorg meer nodig hebben, maar die ook niet naar huis kunnen terugkeren.

Sommige behandelingen van ouderen met psychische problemen kunnen **verschuiven van ziekenhuizen naar andere zorginstellingen**. Het creëert kansen om alternatieve zorgformules te ontwikkelen, die dichter bij de vertrouwde omgeving van de persoon liggen en die minder complex zijn. Deze alternatieve formules kunnen een **tijdelijke huisvesting** omvatten voor patiënten die niet meteen kunnen terugkeren naar hun gewone leefomgeving, maar ook **gespecialiseerde 'psychogeriatrische' bedden in WZC**. Een andere optie kan bestaan uit het creëren van extra bedden of het vergemakkelijken van de toegang tot de psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT) of beschut wonen (BW).

#### Tot welke sector behoren de woonzorgcentra?

De internationale literatuur is hierover niet eenduidig. Stricto sensu zijn WZC *residentiële* zorginstellingen, omdat de patiënten er verblijven (en hun grootte wordt uitgedrukt in aantal bedden).

Maar in het kader van deze studie leek het ons beter om ze als zorginstellingen 'in de gemeenschap' (*community care* bij de Engelsen), dus buiten de instellingen, te beschouwen. Ze zijn immers de hoofdverblijfplaats van hun bewoners. En ook al zijn het zorgvoorzieningen, toch is de verleende zorg niet specifiek GGZ, maar eerder conventionele eerstelijnszorg (bezoek van de huisarts, verpleegkundige 'thuiszorg').

In deze studie worden de WZC daarom beschouwd als de *thuisomgeving* van de ouderen die er wonen, tenzij anders vermeld.



## 4.2. Het gebruik van de GGZ door ouderen buiten de instellingen

### 4.2.1. De diensten voor geestelijke gezondheidszorg (CGG-SSM)

De Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) en de Services de santé mentale (CGG-SSM) bieden gespecialiseerde ambulante zorg door een multidisciplinair team (meestal bestaande uit een psychiater, een psycholoog, een maatschappelijk werker en een verpleegkundige). Er zijn 20 erkende CGG in Vlaanderen (waaronder één in Brussel), 65 SSM in Wallonië, en 23 voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

De CGG-SSM verlenen zorg op maat van de behoeften van drie doelgroepen: kinderen en adolescenten tot 18 jaar, volwassenen, en ouderen vanaf 65 jaar. Voor de ouderen zijn de aangeboden diensten zeer gevarieerd, en ze zijn afhankelijk van het personeel dat voor deze leeftijdsgroep beschikbaar is.

**Het aantal bezoeken aan de CGG-SSM door ouderen** is in het algemeen laag. Volgens de meest recente gegevens bedraagt het percentage patiënten ouder dan 65 jaar, dat minstens één contact had met een zorgverlener in een CGG-SSM, 11% in Vlaanderen (2016) en 7,5% in Wallonië (2008-2011).

De **obstakels voor een bezoek** aan een CGG-SSM door ouderen kunnen we als volgt samenvatten:

- Voor de zorgverleners is de **werkdruk zeer hoog**, omdat ze aan de zorgvraag van de gehele bevolking moeten voldoen. Daarnaast hebben deze professionals niet altijd de mogelijkheid om **opleidingen** te volgen, waarmee ze adequater zouden kunnen inspelen op de specifieke behoeften van ouderen en kunnen leren **samenwerken** met de talrijke andere actoren (familie, thuiszorgdiensten).
- Voor de ouderen verhindert de **stigmatisering** van geestelijke gezondheidsproblemen het contact met de CGG-SSM. Bovendien hebben ouderen vaak een **bepaalde mobiliteit** en kan hun behandeling ook afhangen van het vermogen en de bereidheid van de zorgverleners om hen thuis te bezoeken.

**Door extra middelen toe te wijzen aan de CGG-SSM** hebben de gemeenschappen en gewesten getracht het aanbod van GGZ aan ouderen te verbeteren. Deze specifieke projecten worden verderop uiteengezet (zie 4.2.4).

### 4.2.2. Psychiatrische teams aan huis

De mobiele psychiatrische zorgteams in de thuisomgeving (PZT), die structureel verwant zijn met Beschut wonen (BW), zijn verantwoordelijk voor 'contact, screening, diagnose, behandeling, advies, activering, psycho-educatie en andere zorg aan personen die in hun eigen familiale omgeving kunnen blijven'. Deze teams kunnen ook **specifieke expertise** ontwikkelen op basis van de behoeften in hun geografisch gebied, zoals de **coaching** van eerstelijnszorgverleners, de **coördinatie** van de partijen rond patiënten en de **directe ondersteuning** van patiënten in hun thuisomgeving.

Na bijna 10 jaar worden de PZT nog altijd een 'proefproject' genoemd, maar toch kregen ze een nieuw werkkader in functie 2 van de hervorming, namelijk 'Ambulante intensieve behandelteams voor acute (2a) of chronische (2b) problemen'. De evaluatie van het aandeel interventies bij ouderen is (nog) niet beschikbaar.



### 4.2.3. Ambulante zorg

In België is er **geen specifieke beroepstitel voor ouderenpsychiatrie**. Medisch specialisten in de (neuro)psychiatrie kunnen zich specialiseren (specifieke beroepstitel) in volwassenenpsychiatrie of psychiatrie voor kinderen en adolescenten, en kunnen ook de speciale beroepstitel in de **geriatrie** verwerven, om de titel van 'specialist in de psychiatrie en de geriatrie' te verkrijgen. Sommige 'gerontopsychiaters' of 'psychogeriaters' verkregen deze titel na opleidingen in het buitenland, maar ze worden in België niet officieel erkend.

Verpleegkundigen kunnen een speciale beroepstitel van **verpleegkundige gespecialiseerd in de GGZ en psychiatrie** of van **verpleegkundige gespecialiseerd in de ouderenzorg** verkrijgen.

#### 4.2.3.1. Specialisten

In België daalt het totale aantal prestaties door **psychiaters** (raadplegingen en psychotherapieën) voor de algemene bevolking al jaren (10% daling voor psychotherapie tussen 2008 en 2015 en 3% daling voor raadplegingen). Maar voor de bevolking van 65 jaar en ouder steeg het aantal psychotherapieën tussen 2008 en 2015.

#### 4.2.3.2. Psychologen/psychotherapeuten

Sinds 2016 wordt het beroep van klinisch psycholoog erkend als een autonoom beroep. Klinisch psychologen werken ambulante in privépraktijken, wijkgezondheidscentra, CGG's of andere centra (CLB, CAW, enz.). De erkenning van psychotherapeuten wordt sinds 2016 ook wettelijk geregeld.

Aangezien raadplegingen van psychologen en psychotherapeuten niet in aanmerking komen voor terugbetaling, was het onmogelijk om na te gaan hoeveel ouderen van hun diensten gebruik maken.

#### 4.2.3.3. Huisartsen

De **huisarts** is vaak de eerste zorgverlener die gecontacteerd wordt bij algemene gezondheidsproblemen. Hij is betrokken bij de detectie, diagnose of behandeling van psychische of lichamelijke 'medische problemen'. Voor de oudere bevolking is zijn rol nog belangrijker, omdat er door het frequente contact vaak een hechte en duurzame relatie met de oudere ontstaat, zowel thuis als in een WZC. Inzake de geestelijke gezondheid is zijn rol minder duidelijk omljnd en zijn er meerdere problemen:

- De communicatie tussen huisartsen en gespecialiseerde zorgverleners is niet altijd optimaal, en de eersten zijn niet altijd op de hoogte van de ondersteuning die ze van de specialisten kunnen ontvangen,
- Huisartsen kennen niet altijd alle mogelijkheden voor meer geschikte behandelingen voor hun patiënten. Zo zouden ze patiënten vaker moeten doorverwijzen naar psychologen, psychotherapeuten of psychiaters.
- Onlangs werd voorgesteld om huisartsen actief te laten deelnemen aan een systeem voor psychologische zorg in de eerste lijn, maar daarvoor moeten ze een aantal 'langdurige consultaties' kunnen uitvoeren (KCE Rapport 265).
- De toegang tot continue opleidingen voor huisartsen m.b.t. GGZ moet gemakkelijker worden.

Omdat er in de permanente steekproef geen onderscheid kan worden gemaakt tussen bezoeken voor geestelijke gezondheidsproblemen en andere bezoeken, kon de omvang van de GGZ die huisartsen aan ouderen verlenen, niet precies worden bepaald. Wel is bekend dat het aantal contacten met huisartsen stijgt met de leeftijd: van gemiddeld jaarlijks 3 bezoeken voor < 65-jarigen naar 6 voor 65-74-jarigen en 10 voor > 75-jarigen.



#### 4.2.3.4. Thuiszorg

Diensten voor thuiszorg (verpleegkundigen, gezinshulp, enz.) zijn spelen ook een belangrijke rol bij het zo lang mogelijk houden van ouderen in hun vertrouwde leefomgeving. Ze hebben dagelijks te maken met geestelijke gezondheidsproblemen. De data over de vergoedingen voor thuiszorg maken het echter niet mogelijk om de grootte van hun aandeel na te gaan.

De Geïntegreerde diensten voor Thuisverzorging (GDT) en de *Eerstelijnszones* kunnen met de verschillende eerstelijnsactoren multidisciplinair overleg organiseren rond afhankelijke patiënten die thuis wonen.

Sinds 2012 wordt een specifieke vergoeding voorzien voor **het 'overleg rond de psychiatrische patiënt thuis'**. Een van de belangrijkste voorwaarden voor het ontvangen van deze vergoeding is dat de patiënt niet lijdt aan een organische psychiatrische aandoening of een mentale achterstand heeft, en dat er ten minste drie verschillende professionele zorgverleners bij de interventie betrokken zijn, van wie er minstens één actief is in de GGZ en één in de eerste lijn.<sup>d</sup> In 2016 had 11,7% van de 1502 terugbetalingen betrekking op planningsoverleg voor ouderen (65+). Dat komt overeen met het percentage raadplegingen door ouderen bij een psychiater (11,8%).

De professionals van de thuiszorg kunnen opleidingen volgen over geestelijke gezondheidsproblemen bij ouderen bij verschillende actoren in de sector.

#### 4.2.4. Specifieke projecten voor ouderen

Zoals reeds vermeld werden de ouderen eigenlijk 'vergeten' in de 'artikel 107' hervorming. Dit heeft een aantal actoren op het terrein echter niet belet om initiatieven voor hen op of voort te zetten, die door de federale overheid en de gemeenschappen en gewesten worden gefinancierd. Meer gedetailleerde beschrijvingen van deze projecten zijn te vinden in het wetenschappelijk rapport, hoofdstuk 4.2.4.

#### 4.2.4.1. De 'Protocol 3' -projecten (federale financiering)

Zoals gezegd is het project 'Protocol 3' vooral gericht op *case management* en bevindt het zich buiten de sector van de GGZ. Het doel is om institutionalisering uit te stellen door de levenskwaliteit van 60-plussers te verbeteren. 13 van de 66 oorspronkelijke projecten omvatten psychologische of psychosociale interventies, waarvan er 8 dit als belangrijkste component hadden (5 in Vlaanderen, 2 in Wallonië en 1 in Brussel).

De projecten werden meermaals geëvalueerd door onafhankelijke wetenschappers. Deze evaluaties komen tot de volgende conclusie:

- De meeste Protocol 3 projecten betroffen ouderen met **niet-complexe psychosociale problemen** (begin van dementie, depressie, rouw, eenzaamheid of angst) zonder specifieke diagnostische verplichting.
- **De zorginterventies** varieerden sterk, van psychotherapeutische consultaties (eventueel bij de patiënt thuis) tot sociale ondersteuning. De duur van de behandeling en de regelmaat van de consultaties varieerden van project tot project.
- **De betrokkenheid van de patiënt en zijn naasten** bij het zorgplan en de besluitvorming werd als essentieel beschouwd voor een optimale gezondheidszorg.
- **De stigmatisering van geestesziekten** werd vaak genoemd als een belemmering voor ouderen en hun naasten om de hulp van gespecialiseerde professionals (bv. een psychiater) in te roepen. Ouderen leken psychologische interventies beter te aanvaarden als ze thuis plaatsvonden.
- De ondersteuning van **professionals op het terrein** door **specifieke opleidingen** werd gezien als een sleutelement voor de verbetering van de zorg. Klinische expertise en de stabiliteit van de samenstelling van het personeel werden beschouwd als de belangrijkste factoren voor het succes van deze initiatieven.

<sup>d</sup> KB 27-03-2012





- Het ontbreken van specifieke psychiatrische diensten voor ouderen werd problematisch bevonden.

#### 4.2.4.2. Projecten gefinancierd door Wallonië

In het Waals Gewest worden speciale fondsen toegekend aan de Services de Santé mentale (SSM), die 'specifieke initiatieven voor ouderen' (ISPA) hebben opgezet. Op dit moment zijn er vier lopende. Het gaat om interventies in de geestelijke gezondheid (bv. psychotherapie, psychosociale interventies) die in de **vertrouwde omgeving van de patiënt** (thuis of woonzorgcentrum) plaatsvinden, in nauwe samenwerking met mantelzorgers en andere professionele hulp- en zorgverleners. De projecten kunnen ook **opleidingen** in de psycho(patho)logie van ouderen omvatten voor zorgverleners op het terrein.

Er zijn zeer weinig gegevens over de interventies van de ISPA, maar uit hun kwalitatieve beoordeling blijkt een goede integratie met andere GGZ-diensten in hun geografische regio, een multidisciplinaire benadering en een goede mobiliteit van het team. Dit laatste verbetert de toegankelijkheid van de GGZ voor ouderen aanzienlijk. De teams hebben ook enkele zwakke punten, zoals hun kleine omvang in verhouding tot de zeer grote regio's, een gebrek aan administratieve ondersteuning, de onwetendheid van de bevolking over geestelijke gezondheidsproblemen van ouderen en een gebrek aan opleidingsmogelijkheden voor de hulpverleners.

#### 4.2.4.3. Projecten gefinancierd door Vlaanderen

Sinds 2012 voorziet de Vlaamse Gemeenschap een aanvullende financiering voor de *Centra voor Geestelijke Gezondheid* (CGG), om de rol van de teams gespecialiseerd in de zorg voor oudere patiënten te versterken. Volgens de officiële cijfers steeg hiermee het percentage van oudere patiënten die een beroep deden op een CGG (van 8% in 2010 tot 11% in 2016) en het aantal nieuwe behandelingen ('nieuwe zorgperiodes').

In Gent vulde het OCMW het lokale aanbod van het *Lokale Dienstencentrum* (LDC) aan met de financiering van een psycholoog voor de preventie en behandeling van depressie bij 60-plussers. Deze zorg wordt verstrekt in de lokale CGG of bij de ouderen thuis. De duur van deze behandelingen varieert, maar ze omvatten geen intensieve psychologische therapie, crisisinterventie, of zorg voor chronische psychiatrische problemen. Evaluaties zijn nog niet beschikbaar.

De Vlaamse overheid financierde ook innovatieve projecten voor de ontwikkeling van alternatieve therapeutische woonplaatsen voor chronische psychiatrische patiënten (*proeftuinen*). Vier van deze projecten zijn (deels) gericht op ouderen; de evaluatie van deze projecten is aan de gang.

#### 4.2.5. Psychosociale rehabilitatieprogramma's

Daarnaast bestaan er ook de psychosociale revalidatieprogramma's van de gespecialiseerde centra. Deze worden gefinancierd door **conventies met het RIZIV**. In 2015 was minder dan 2% van de patiënten in Vlaanderen 65 jaar of ouder. In rehabilitatiecentra voor drugsverslaafden bedroeg het percentage patiënten van ouder dan 60 jaar respectievelijk 0,3% (Vlaanderen), 2,1% (Wallonië) en 3,5% (Brussel). Deze conventies zijn meestal gericht op jongere leeftijdsgroepen, omdat een van hun belangrijkste doelstellingen is om mensen te reïntegreren in de samenleving en in de arbeidsmarkt.



## 5. KERNBOODSCHAPPEN

### 5.1. Wat zijn de basisvereisten voor een geestelijke gezondheidszorg afgestemd op de behoeften van ouderen?

#### 5.1.1. *De zorg mag niet worden georganiseerd op basis van leeftijd, maar op basis van specifieke behoeften en kwetsbaarheid*

**Kernboodschap 1:** Ouderen met geestelijke gezondheidsproblemen vormen een zeer heterogene groep. Hun specifieke behoeften variëren, en zijn afhankelijk van hun kwetsbaarheid en hun ziekteprofiel, en niet van hun chronologische leeftijd.

#### 5.1.2. *Alleen een nauwe samenwerking tussen de verleners van somatische, psychische en sociale zorg kan tot een werkelijk holistische zorg leiden.*

Zoals de Canadese en Britse richtlijnen onderstrepen, kan een zorgmodel voor ouderen enkel compleet en geïntegreerd zijn als de geestelijke samen met de generalistische gezondheidszorg wordt aangepakt. De specialisten in geestelijke en geriatrische gezondheidszorg moeten hierin een dubbele rol spelen: tegemoetkomen aan de behoeften van de patiënten met complexe problemen, maar ook samenwerken met en ondersteuning bieden aan de eerstelijnsgezondheidszorg en de maatschappelijk werkers. De C.A.R.I.T.A.S-principes dringen immers niet alleen aan op de beschikbaarheid van diensten, maar ook op samenwerking tussen en afstemming van alle betrokken actoren. Dit vereist een goede zorgcoördinatie (*case management*) en een uitwisseling van gegevens tussen de medische en de sociale sector, en tussen de eerste en de tweede lijn.

We identificeerden meerdere voorbeelden van goede communicatie tussen zorgverleners:

- In België hebben sommige WZC samenwerkingen opgezet met psychiatrische ziekenhuizen en expertisecentra voor dementie.
- De projecten van Protocol 3 moedigen de aanwezigheid van een case manager, het gebruik van gedeelde dossiers (door het gebruik van de BelRAI tool), een geïntegreerd informaticasysteem, klinische protocollen en multidisciplinaire klinische bijeenkomsten aan.
- In het buitenland zorgt de samenwerking tussen de eerstelijnsgezondheidszorg, specialisten in de GGZ, geriatrie en urgentiegeneskunde ervoor dat iedereen zich bewuster wordt van de specifieke behoeften van ouderen. Er zijn tal van voorbeelden: de aanwezigheid van een geriatrisch verpleegkundige op de spoeddienst, samenwerking tussen psychologen en huisartsen in de eerste lijn, aanwezigheid van geriaters in de lokale centra voor GGZ, gespecialiseerde psychiatrische liaisonteams voor ouderen in algemene ziekenhuizen, teleconferenties tussen mobiele teams voor GGZ en specialisten in de psychiatrie/psychologie van ouderen tijdens huisbezoeken, brede intersectoriële netwerken met alle actoren in de GGZ voor ouderen.

Tijdens onze enquête bevestigden ook de Belgische stakeholders dat een multidisciplinaire benadering nodig is. Het doel daarbij is een alomvattende en geïntegreerde aanpak, een duidelijker zicht op elkaars taken en rollen, en een betere communicatie tussen zorgverleners, zonder enige vorm van concurrentie.

**Kernboodschap 2:** Een nauwe samenwerking tussen de professionals in de GGZ, de eerstelijnsgezondheidszorg, ouderenzorg, spoeddiensten en de sociale sector kan de kwaliteit van de GGZ voor ouderen verbeteren. Het gebruik van de BelRAI-tool en de aanwezigheid van een case manager kunnen daarbij helpen.





### 5.1.3. De zorg moet in verschillende contexten worden verleend

#### 5.1.3.1. De rol van de verschillende actoren in de eerste lijn verduidelijken en versterken

Zowel de WGO-aanbevelingen als de internationale richtlijnen benadrukken de rol van de **huisartsen** bij de aanpak van geestelijke gezondheidsproblemen. Niet alleen zijn ze vaak de eerste zorgverleners die worden gecontacteerd bij gezondheidsproblemen, maar ze hebben ook meer patiëntcontacten met ouderen dan met de rest van de bevolking. Ook in een *stepped care*-strategie spelen ze een centrale rol, omdat zij het best geplaatst zijn om psychische problemen te identificeren en een eerste niet-intensieve behandeling voor te stellen. Ze kunnen daarbij ook de lichamelijke klachten behandelen, die er bij deze patiënten vaak mee gepaard gaan.

Uit onze studie van buitenlandse voorbeelden blijkt trouwens dat thuiszorgdiensten en case managers ook kunnen helpen bij de vroegtijdige opsporing van psychische problemen.

In België wordt de centrale rol van de huisarts in grote mate erkend, net als die van de **thuiszorgdiensten**. Om iedereen in staat te stellen de belangrijke rol te spelen die van hem verwacht wordt, moet de samenwerking met gespecialiseerde zorgverleners (psychologen, verpleegkundigen gespecialiseerd in geriatrie/psychiatrie) en met zorginstellingen worden vergemakkelijkt en moeten de opleidingen worden verdiept.

**Kernboodschap 3:** De zorgverleners van de eerste lijn spelen een belangrijke rol bij de detectie en behandeling van geestelijke gezondheidsproblemen bij ouderen. Het is echter essentieel dat zij specifieke opleidingen en een ondersteuning door gespecialiseerde zorgverleners krijgen.

#### 5.1.3.2. Aanbieden van laagdrempelige zorg in de diensten voor geestelijke gezondheid

In het buitenland beschikken de lokale GGZdiensten over specialisten (artsen en verpleegkundigen gespecialiseerd in geriatrie, psychiatrie, of beide) die kunnen nagaan of de symptomen van een patiënt te maken hebben met een psychisch probleem, een somatische ziekte of een psycho-organische ziekte. Zij kunnen de patiënt thuis of in het WZC helpen.

Met thuisinterventies kunnen twee belangrijke problemen van toegankelijkheid worden opgelost: de ouderen en hun families staan gunstig tegenover de interventies, ondanks het stigma dat nog vaak op geestelijke gezondheidsproblemen rust, en ouderen met een beperkte mobiliteit krijgen zo toch nog toegang tot gespecialiseerde zorgverleners. Interventies bij de patiënt thuis zorgen voor nauwkeurigere beoordeling en een betere zorg voor de oudere patiënten.

In België hebben de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) het moeilijk om de doelgroep van de ouderen te bereiken. Met een aantal gerichte initiatieven, ondersteund door de gemeenschappen en gewesten, is men er wel in geslaagd om deze situatie te verbeteren. Elk van die initiatieven heeft als doel om zorgverleners de mogelijkheid te geven om hulp te verlenen bij ouderen thuis (of in het WZC).

**Kernboodschap 4:** De opdracht van de GGZ-diensten inzake ouderenzorg moet worden ondersteund door de betrokkenheid van zorgverleners, gespecialiseerd in GGZ voor ouderen, en door meer zorgmobiliteit (meer huisbezoeken).



### 5.1.3.3. Mobiele psychiatrische teams versterken (artikel 107)

In de buitenlandse voorbeelden zien we **gespecialiseerde mobiele teams in de ouderenzorg**, die over specifieke competenties in de psychiatrie en de geriatrie beschikken. Deze hulpverleners kunnen instaan voor de diagnose, de behandeling en de begeleiding van psychische en psychiatrische problemen en psycho-organische ziekten. Ze kunnen ook zorgverleners van de eerste lijn begeleiden en opleiden, en mantelzorgers steunen en informeren. Deze teams werken samen met huisartsen om de zorgcontinuïteit en -coördinatie tussen de thuisomgeving, het ziekenhuis en het WZC te waarborgen.

Het concept van mobiele *psychiatrische* teams is zeker niet nieuw in België, maar het is niet de taak van de bestaande teams (PTZ en 'artikel 107') om de zorg voor ouderen op zich te nemen. Toch bestaat er op het terrein een consensus over de noodzaak van psychiatrische mobiele teams gespecialiseerd in de ouderenpsychologie/psychiatrie, hetzij in de vorm van nieuwe diensten, hetzij als een uitbreiding van de bestaande teams. Maar dit zou enorm veel mankracht vergen, vooral om de crisisdienst te bemannen die 24/24 u en 7/7 bereikbaar is. Daarom zijn de buitenlandse voorbeelden, die aantonen dat de crisisteams voor 'volwassenen' ook zorg aan ouderen kunnen verlenen, met de steun van de teams voor 'ouderen', interessant.

**Kernboodschap 5:** Psychiatrische mobiele teams die gespecialiseerd zijn in de ouderenzorg, kunnen een meerwaarde bieden bij de ondersteuning van de bestaande teams voor 'volwassenen'. Ze verbeteren de zorgkwaliteit voor complexe problemen bij ouderen.

### 5.1.3.4. Het aanpakken van het tekort aan bedden in de institutionele zorg

In het buitenland gaat bij ziekenhuiszorg de voorkeur naar zorg door psychogeriatrische diensten. Hier wordt zorg verleend in een multidisciplinaire context, waarbij psychiaters nauw kunnen samenwerken met geriateren en neurologen. De vergrijzing van de bevolking zal de vraag naar dit soort diensten en naar personeel met ervaring in de psychiatrie en geriatrie doen toenemen.

De ziekenhuisdiensten die niet over de gespecialiseerde competenties voor de zorg van oudere patiënten met psychische problemen beschikken, hebben moeite om aan de behoeften van deze patiënten te voldoen. We vonden twee strategieën die dit probleem oplossen: 'somatische' liaisonsteams om psychiatrische diensten voor volwassenen te ondersteunen, en/of gespecialiseerde psychiatrische liaisonsteams in de ouderenpsychiatrie, om de niet-psychiatrische zorgeenheden te ondersteunen.

In ons land lijkt de vraag naar psychiatrische zorg voor ouderen al groter te zijn dan het bestaande aanbod; dat is althans gebleken uit de navraag bij de Belgische stakeholders en de feedback uit verschillende pilootprojecten. De (reeds bestaande) geriatrische liaisonsteams kunnen al ondersteuning bieden aan psychiatrische diensten voor volwassenen, terwijl gespecialiseerde liaisonsteams in de ouderenpsychiatrie opgericht kunnen worden om niet-psychiatrische zorgeenheden te ondersteunen.

Een bijkomend probleem is dat een deel van de beschikbare 'psychogeriatrische' bedden wordt gebruikt voor patiënten die geen acute zorg meer nodig hebben maar die niet terug naar huis kunnen en/of geen andere residentiële zorgplek vinden.

**Kernboodschap 6:** Om aan de acute zorgbehoeften te voldoen van ouderen met geestelijke gezondheidsproblemen die niet (meer) in hun vertrouwde omgeving kunnen worden behandeld, zou een opname in de algemene psychiatrische diensten, de psychogeriatric of de geriatrie (naargelang het profiel van de patiënt) mogelijk moeten zijn.



**Kernboodschap 7:** In de algemene ziekenhuizen zouden 'somatische' liaisonteams ondersteuning kunnen bieden aan psychiatrische diensten voor volwassenen, terwijl gespecialiseerde liaisonteams in de ouderenpsychiatrie opgericht zouden kunnen worden om niet-psychiatrische zorgeenheden te ondersteunen.

#### 5.1.3.5. *Woonvormen op maat van ouderen voorzien, tussen de sector van de GGZ en die van de langdurige zorg*

Net als in andere landen moeten de WZC in België vaak afhankelijke ouderen met geestelijke gezondheidsproblemen opvangen. Zijn deze ouderen daar op hun plaats of worden ze beter opgenomen in een residentiële psychiatrische zorginstelling? In sommige regio's in Canada is het aandeel ouderen met geestelijke gezondheidsproblemen in WZC zo groot, dat deze *de facto* als instellingen voor (langdurige) psychiatrische zorg worden aanzien.

In onze online enquête uitten de stakeholders hun bezorgdheid over de geschiktheid van WZC voor de aanpak geestelijke gezondheidsproblemen van ouderen. Noch het kader, noch de opleiding van het personeel, noch de architecturale normen stellen hen immers in staat om deze bewoners behoorlijk te verzorgen.

Uit onze internationale vergelijking blijkt het belang van **gespecialiseerde mobiele psychiatrische teams** voor de geestelijke gezondheidsproblemen van ouderen, om het personeel te ondersteunen wanneer nodig, evenals dat van **specifieke psychogeriatrische eenheden in de WZC** (vooral voor ouderen met gedragsstoornissen), eventueel onder toezicht van zorgverleners in de GGZ.

In België is het aantal opnames van ouderen in psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT) en beschut wonen (BW) in het laatste decennium laag gebleven.

Sommige mobiele teams voor GGZ komen naar de WZC en naar zorgeenheden. Daarnaast zijn er ook projecten voor kleinschalig wonen, die aangepaste zorg aan dementerende ouderen met gedragsstoornissen aanbieden.

**Kernboodschap 8:** De gespecialiseerde mobiele teams type 107 moeten in de WZC actief kunnen zijn, om het personeel te ondersteunen en op te leiden in de behandeling van ouderen met geestelijke gezondheidsproblemen. Specifieke eenheden voor ouderen met gedragsstoornissen kunnen de zorg voor deze kwetsbare populatie verbeteren.

## 5.2. Meer algemene overwegingen voor het gehele systeem

### 5.2.1. *Bewustmaking en vroegtijdige detectie*

Het stigma rond leeftijd en mentale aandoeningen werd in alle bestudeerde landen als een probleem geïdentificeerd. De eerste aanbeveling van de Canadese richtlijnen is hieraan gewijd. De verschuiving van GGZ naar de directe leefomgeving helpt weliswaar om foute overtuigingen en culturele barrières te verminderen, maar op het vlak van bewustmaking en informatie is er nog veel werk.

Ook uit de evaluatie van specifieke Belgische initiatieven, gericht op de geestelijke gezondheid van ouderen, blijkt dat het stigma een negatieve invloed heeft op de vraag naar hulp door patiënten en hun familie. Bovendien is het bestaan van GGZ voor ouderen nog niet goed gekend. Er moeten daarom informatiecampagnes opgezet worden, naar het voorbeeld van Engeland.

De bewustmaking rond psychische problemen bij ouderen moet ook gepaard gaan met een betere screening van deze problemen in hoogrisicogroepen. Volgens de literatuur zou een systematische screening in WZC noodzakelijk zijn. Deze aanbeveling komt ook voor in de Canadese richtlijnen, die 'een vroegtijdige identificatie van symptomen en publieke preventie- en screeningsstrategieën' aanbevelen. Een aantal respondenten van onze online enquête pleitten ook voor een dergelijke aanpak.



**Kernboodschap 9:** Extra informatiecampagnes zijn nodig om het publiek en de zorgverleners bewust te maken van de geestelijke gezondheidsproblemen van ouderen. Een systematische screening naar geestelijke gezondheidsproblemen in WZC kan worden overwogen.

### 5.2.2. Actief partnerschap met patiënten en mantelzorgers

De C.A.R.I.T.A.S-principes en de internationale richtlijnen ondersteunen dat mantelzorgers erkend en betrokken moeten worden bij de multidisciplinaire samenwerking rond de oudere met geestelijke gezondheidsproblemen. Het zorgplan moet met de patiënt en familie worden besproken en door hen worden aanvaard, zodat zorg op maat mogelijk wordt. De Belgische stakeholders en de door ons bevroegde actoren van specifieke initiatieven, bevestigen dit.

**Kernboodschap 10:** De oudere met psychische problemen en zijn mantelzorger(s) moeten bij het zorgplan en de behandeling worden betrokken. De mantelzorgers moeten meer worden ondersteund en erkend.

### 5.2.3. Opleiding van professionele hulp- en zorgverleners

De GGZ voor ouderen bevindt zich op de grens tussen psychiatrie en geriatrie, en het is (nog) niet gebruikelijk om in beide domeinen tegelijk competent te zijn. Zowel de literatuur als de analyse van de buitenlandse modellen vestigen aandacht op het feit dat zorgverleners (huisartsen, personeel in de CGG, enz.) hun best doen om geestelijke gezondheidsproblemen bij ouderen te detecteren, te diagnosticeren en te behandelen, maar dat ze vaak niet over de kennis en het zelfvertrouwen beschikken om de zorg voor deze bevolkingsgroep op zich te nemen.

In het buitenland werden specialisaties in de ouderenpsychiatrie ingevoerd, zodat artsen in beide domeinen kennis kunnen vergaren en weten hoe ze de combinatie van psychische en somatische klachten kunnen aanpakken. Ook voor verpleegkundigen is er permanente vorming.

De bevroegde stakeholders in onze online enquête wezen ook op de noodzaak om elementen uit de psychologie/psychiatrie van ouderen aan de zorgverleners en de sociale diensten aan te leren. Gebrek aan kennis kan immers een negatieve impact hebben op de zorgkwaliteit.

De gegevens uit andere landen en de evaluatie van proefprojecten in België wijzen er trouwens op dat klinische expertise en het behoud van hetzelfde personeel sleutelfactoren zijn om de zorgcontinuïteit te waarborgen.

**Kernboodschap 11:** Om een goede zorgkwaliteit te waarborgen, moeten de verschillende hulpverleners over vaardigheden en specifieke competenties in de ouderenpsychiatrie beschikken. Dit betekent dat er specifieke opleidingen moeten georganiseerd worden.

### 5.2.4. Ontwikkeling en verspreiding van praktijken die op wetenschappelijk bewijs zijn gebaseerd (Evidence-based practices)

De Canadese en Britse overheden hebben nationale richtlijnen en evaluatie-instrumenten ontwikkeld om de GGZ voor ouderen beter te organiseren. In onze online enquête merkten ook een aantal respondenten op dat een evidence-based aanpak moet worden gestimuleerd, om de zorg te harmoniseren, vooral bij de beoordeling van de geestelijke gezondheidsbehoeften van ouderen en de kwaliteit van de GGZ in de thuisomgeving.

**Kernboodschap 12:** Aan de specifieke behoeften van oudere mensen kan beter worden voldaan door de ontwikkeling en verspreiding van evidence based-praktijken.



### 5.2.5. *Betere gegevensverzameling in de ambulante zorg*

De respondenten van onze enquête bevestigen dat de gegevensverzameling zeer onvolledig is, vooral in de ambulante zorg. De lopende hervorming van de GGZ biedt een goede gelegenheid om dit te verbeteren en om feedback te geven aan zorgverleners en beleidsmakers. De enige recente en betrouwbare beschikbare gegevens, zijn die van de Gezondheidsenquête van het WIV. Hoewel ze een overzicht geven van de mentale toestand van de bevolking, kunnen ze niet worden gebruikt om de prevalentie van een diagnose vast te stellen. Meer nauwkeurige gegevens over de prevalentie en de ernst van psychische stoornissen zijn dan ook welkom.

**Kernboodschap 13:** De gegevensverzameling m.b.t. GGZ voor ouderen moet worden verbeterd.

## 5.3. Conclusie

### 5.3.1. *Een apart netwerk opzetten of het bestaande netwerk uitbreiden en uitwerken?*

Hierboven hebben we geprobeerd om de vereiste kenmerken voor een kwaliteitsvolle GGZ aan ouderen op te sommen. Maar moet deze zorg worden geïntegreerd in de algemene context van volwassenen of in een apart kader? (zoals voor kinderen en adolescenten). Dze vraag werd nog niet beantwoord.

Een **gespecialiseerd netwerk 'op maat'** voor ouderen zou de **zorgkwaliteit zeker vergroten** voor patiënten met complexe combinaties van psychologische, cognitieve, functionele, gedragsmatige, fysieke en sociale problemen. We identificeren echter **drie belangrijke obstakels** voor de oprichting van een dergelijk netwerk.

- Zeer gespecialiseerde netwerken vereisen **een groot aantal competente (medische en paramedische) zorgverleners**. Maar zowel in het buitenland als in België is er nu al een tekort aan mensen die opgeleid zijn in de zorg voor een steeds toenemende vergrijzende bevolking. In afwezigheid van voldoende personeel riskeert de

oprichting van een hooggespecialiseerd netwerk in de gerontopsychiatrie te zorgen voor extra vertragingen in de screening en behandeling van psychische gezondheidsproblemen bij ouderen.

- Veel 70-plussers verkeren in een uitstekende gezondheid, terwijl sommige mensen van 50 of 60 jaar al een verminderde functionaliteit hebben, met hogere niveaus van comorbiditeit. Deze grote **heterogeniteit binnen de 'oudere' populatie** maakt het moeilijk, of zelfs onmogelijk, om een zorgnetwerk op basis van strikte leeftijdscriteria op te richten. Een dergelijk systeem zou ook de **zorgcontinuïteit** in gevaar kunnen brengen, zodra de patiënten de leeftijdsgrens bereiken. Ten slotte kan na een acute episode met zorg door zeer gespecialiseerde professionals, een bejaarde patiënt worden gestabiliseerd en naar de 'algemene' diensten voor volwassenen worden doorverwezen. De **overgang tussen netwerken** zou dan ook een groot struikelblok zijn in een systeem met afzonderlijke netwerken.
- In een duidelijk apart netwerk kan het stigma van de geestesziekte en ouderdom ook nog eens worden versterkt.

Met een globaal netwerk voor 'volwassenen' zonder leeftijdsbeperking kunnen we deze obstakels vermijden. Tegelijkertijd ontstaan er dan wel andere uitdagingen:

- Een **holistisch en geïntegreerd zorgmodel** voor ouderen kan alleen worden opgezet met een GGZ die **geïntegreerd is in de algemene zorg** (somatische, psychische en sociale aspecten) en met continuïteit in het huisvestings-/langdurige zorgsysteem voor ouderen. De **coördinatie** tussen de verschillende sectoren (gezondheidszorg, langdurig verblijf en sociale diensten) blijft een lastig probleem, in het buitenland en in België. Een versterkte eerstelijnszorg is hierin cruciaal.
- Om aan de specifieke behoeften van alle ouderen zonder uitzondering tegemoet te komen, moet een netwerk zonder leeftijdsgrens **multidisciplinaire teams** bevatten die **gespecialiseerd zijn in de GGZ voor ouderen**. Uiteraard blijft het bovengenoemde tekort aan gekwalificeerd personeel hier nog een probleem. Uit een aantal voorbeelden van de samenwerking tussen gespecialiseerde en 'algemene' teams blijkt echter dat het mogelijk is om deze personeelsdruk te verminderen. Deze gespecialiseerde hulpverleners





spelen een dubbele rol, nl deze van opleiding én van gespecialiseerde ondersteuning op het terrein, wanneer de algemene teams met complexe gevallen worden geconfronteerd. In een dergelijk systeem bestaat de uitdaging in het vinden van het juiste evenwicht, om met succes te voldoen aan de behoeften van de meest kwetsbare patiënten met de beperkte personele middelen. Het gebruik van procedures en duidelijke richtlijnen en transparantie bij het beheer van de middelen zijn dan essentieel.

- Een uniek netwerk van zorgverleners met verschillende achtergronden, die elkaar kennen en transparant samenwerken, zorgt ook voor een **afname van de stigmatisering** van ouderen en verbetert hun toegang tot de zorg. In een uniform systeem is er immers geen onderscheid tussen 'volwassenen op arbeidsgeschikte leeftijd' en oudere patiënten.

**Kernboodschap 14:** Sinds 2010 komen ouderen niet meer aan bod in de lopende hervormingen. Een netwerk voor GGZ, gescheiden van dat voor 'volwassenen' lijkt meerdere problemen te veroorzaken, die opgelost kunnen worden met een 'globaal' zorgnetwerk zonder leeftijdsgrens. Dergelijk uniform netwerk brengt echter ook een aantal uitdagingen met zich mee.

### 5.3.2. Naar een zorg in de directe leefomgeving

Zowel in België als in het buitenland is het principe van deïstitutionalisering de leidraad geweest bij de hervorming van de GGZ en van de sector van langdurig verblijf. De geïstitutionaliseerde aanpak van de GGZ - voor ouderen en de gehele bevolking – wordt verlaten ten gunste van zorg dicht bij de vertrouwde leefomgeving van de patiënten.

Verschiedende elementen van dit rapport wijzen erop dat **de versterking en verduidelijking van de rol van de eerstelijnszorg** (conform de eerste functie van de hervorming) en **de toegang tot gespecialiseerde (acute en chronische) mobiele thuiszorg** (conform de tweede functie van de hervorming) twee noodzakelijke stappen zijn voor een systeem dat afgestemd is op de behoeften van ouderen.

De actoren in de eerste lijn (huisarts, thuiszorg,...) zijn ideaal geplaatst om de preventie, screening en diagnose van geestelijke gezondheidsproblemen voor hun rekening te nemen. Zij moeten dus over de nodige competenties en/of ondersteuning beschikken om een passend antwoord te bieden op de specifieke problemen van deze bevolkingsgroep, maar moeten ook de zorgcontinuïteit kunnen waarborgen. Dit zorgt voor vele uitdagingen die alleen kunnen worden overwonnen door **de samenwerking met andere zorglijnen te versterken** en door **toegankelijke opleidingen** te organiseren waarin de screening, diagnose, behandeling en follow-up van geestelijke gezondheidsproblemen van ouderen aan bod komen.

Door de intensieve en niet-intensieve ambulante zorg in de vertrouwde omgeving van de patiënt te verstrekken, wordt deze zorg toegankelijker en beter aanvaard. Het voorstel om de **interventies aan huis vanuit de GGZdiensten** en van de **mobiele teams** ('artikel 107') te versterken en uit te breiden, lijkt ons dan ook een adequaat antwoord op de specifieke behoeften van ouderen. De combinatie van deze twee benaderingen zou efficiënt gericht kunnen zijn op patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen en op personen in psychische nood (bv. sociaal isolement, rouw) die een impact kunnen hebben op hun mentale gezondheid. In beide gevallen moet er binnen deze teams expertise in de psychologie/psychiatrie van ouderen aanwezig zijn.

Daarnaast vormt ook de vergrijzing van de bevolking een aanzienlijke uitdaging voor de **residentiële zorg**. Het tekort aan medisch en paramedisch personeel met een specifieke opleiding in de geriatrie en/of psychiatrie en het tekort aan bedden zijn een reden tot bezorgdheid, zowel in de WZC als in de ziekenhuizen. Wanneer oudere mensen met psychische problemen niet meer thuis kunnen wonen, is de volgende 'logische' stap meestal een opname in een WZC. Dit levert veel problemen op, omdat de behandeling van complexe psychiatrische gevallen te veel beslag legt op de medewerkers van een WZC.



**Kernboodschap 15:** Uit dit rapport blijkt dat het verduidelijken en versterken van de rol van de eerstelijnszorg (conform de 1e functie van de hervorming), het bevorderen van gespecialiseerde mobiele zorgteams (conform de 2e functie van de hervorming) en het versterken van de gespecialiseerde zorg in de WZC (conform de 5e functie van de hervorming) noodzakelijke stappen zijn voor een systeem aangepast aan de behoeften van ouderen.

### 5.3.3. *Verandering brengen in vaste modellen*

Sinds de late jaren 1970 wordt zowel in België als in veel Europese landen de verschuiving van de GGZ naar de directe leefomgeving bepleit. Deze evolutie verloopt traag. Ze vergt geduld en duurzaam overleg tussen de zorgniveaus en - vooral in België - ook de beleidsniveaus. Het vereist ook een andere houding in de samenleving. Voor ouderen komt er nog een extra uitdaging bij, die van de strijd tegen stereotypen, stigmatisering en

leeftijdscriminatie. Om ervoor te zorgen dat ouderen - al dan niet met psychische stoornissen - de zin van het leven nog inzien, het gevoel hebben nog nuttig te zijn en deel blijven uitmaken van de samenleving, moeten we de waarden van onze maatschappij in vraag stellen, en dit gaat veel verder dan enkel het bevorderen van sociale reïntegratie. Volgens de internationale richtlijnen moet GGZ voor ouderen in een geïntegreerde aanpak met de sociale diensten gebeuren en moet dit de sociale integratie en autonomie bevorderen. We mogen immers niet vergeten dat een goede geestelijke gezondheid een belangrijk deel is van 'gezond ouder worden'.

**Kernboodschap 16:** Om ervoor te zorgen dat ouderen (vooral met psychische stoornissen) de zin van het leven blijven inzien, het gevoel behouden nuttig te zijn en deel blijven uitmaken van de samenleving, is er een bewustmaking van de maatschappij nodig.



## ■ AANBEVELINGEN<sup>e</sup>

Door de vergrijzing van de bevolking is er nood aan een coherent en gecoördineerd zorgaanbod voor de aanpak van geestelijke gezondheidsproblemen bij ouderen. Deze zorg moet vooral aandacht hebben voor zorgintegratie en levenskwaliteit, en moet geografisch goed toegankelijk zijn. Dit zorgaanbod moet politieke prioriteit krijgen

*Aanbeveling 1 aan de ministers en de overheidsdiensten bevoegd voor gezondheidszorg:*

De GGZ voor ouderen kan worden geïntegreerd in de huidige werking van de GGZ, als aan alle volgende voorwaarden wordt voldaan:

- gebruiken van andere criteria dan een leeftijdsgrens bij de keuze van de aard van de interventie, en meer bepaald kwetsbaarheid en/of pathologisch profiel;
- de rol van de eerstelijnszorg versterken en verduidelijken;
- de beschikbaarheid van personeel dat gespecialiseerd is in de psychologie/psychiatrie van ouderen, in alle zorginstellingen waarborgen;
- het verlenen van GGZ in de leefomgeving van de ouderen (thuis of in het WZC) vergemakkelijken.

*Aanbeveling 2 aan de ministers en de overheidsdiensten bevoegd voor gezondheidszorg:*

Om de kwaliteit en de continuïteit van de zorg te waarborgen:

- moeten huisartsen ondersteuning krijgen van zorgverleners in de GGZ, met inbegrip van specialisten in de psychologie/psychiatrie van ouderen (3e lijn);
- moeten mechanismen zoals 'thuisoverleg rond de psychiatrische patiënt' en de aanstelling van een 'case manager' worden uitgebreid en vaker worden geactiveerd, om de samenwerking tussen zorgverleners te bevorderen;
- moeten interne liaisonteams in de psychologie/psychiatrie van ouderen worden opgericht, om zorgverleners in niet-psychiatrische diensten te helpen;

---

<sup>e</sup> Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de aanbevelingen.





- moeten geriatrische liaisonteams een rol blijven spelen in de ondersteuning van de psychiatrische diensten; voor oudere patiënten zonder geriatrisch profiel zouden ook 'somatische' liaisonteams moeten worden voorzien.

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

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

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

*Aanbeveling 4 aan de ministers van de gemeenschappen en gewesten bevoegd voor gezondheidszorg:*

De opdracht van de CGG voor de ouderen moet worden ondersteund door de betrokkenheid van zorgverleners, gespecialiseerd in GGZ voor ouderen, en door meer zorgmobiliteit (bv. meer huisbezoeken volgens het model van de ISPA).

*Aanbeveling 5 aan de federale minister van Volksgezondheid en aan de FOD Volksgezondheid:*

De mobiele psychiatrische teams (Art 107 & PZT) moeten worden versterkt en uitgebreid, om de toegang tot de GGZ voor ouderen in hun eigen leefomgeving (thuis en in het WZC) te vergemakkelijken. Deze mobiele teams moeten geografisch goed gespreid worden en rekening houden met de bestaande initiatieven.



***Aanbeveling 6 aan de federale minister van Volksgezondheid, aan de FOD Volksgezondheid en aan het RIZIV:***

Hooggespecialiseerde mobiele teams in de ouderenpsychiatrie (3e lijn) moeten worden opgericht

- voor de behandeling van ouderen met complexe psychische problemen;
- om hun expertise met andere zorgverleners te delen (eventueel met behulp van nieuwe communicatietechnologieën).

***Aanbeveling 7 aan de ministers van de gemeenschappen en gewesten en aan de overheidsdiensten bevoegd voor ouderenbeleid:***

Specifieke initiatieven voor ouderen met gedragsproblemen zouden moeten worden aangemoedigd. Deze initiatieven moeten worden opgezet in een geschikt architecturaal kader met personeel opgeleid in psychogeriatric, dat therapeutische activiteiten aanbiedt voor het functioneel en cognitief behoud.

***Aanbeveling 8 aan de federale minister van Volksgezondheid, aan de bevoegde ministers van de gemeenschappen en gewesten en aan de FOD Volksgezondheid:***

Er moet voldoende ziekenhuiscapaciteit voorzien worden in de diensten voor psychiatrie, geriatrie en psychogeriatric voor patiënten met acute geestelijke gezondheidsproblemen die niet (meer) in hun vertrouwde leefomgeving kunnen worden behandeld. De voorwaarden voor ziekenhuisopname moeten worden afgestemd op de behoeften van ouderen.

***Aanbeveling 9 aan de federale minister van Volksgezondheid, aan de ministers van de gemeenschappen en gewesten bevoegd voor gezondheidszorg, en aan de FOD Volksgezondheid:***

Specifieke campagnes zijn nodig om zorgverleners én het grote publiek bewust te maken van:

- de specificiteit van geestelijke gezondheidsproblemen bij ouderen;
- erkenning, participatie en ondersteuning van mantelzorgers in de planning en verstrekking van de zorg;
- de toegevoegde waarde van *evidence-based* kennis en een gezamenlijke aanpak



Om ervoor te zorgen dat ouderen (vooral met psychische stoornissen) de zin van het leven blijven inzien, het gevoel behouden nuttig te zijn en deel blijven uitmaken van de samenleving, is er een bewustmaking van de maatschappij nodig.

*Aanbeveling 10 aan de federale minister van Volksgezondheid, aan de ministers van de gemeenschappen en gewesten bevoegd voor gezondheidszorg, aan het RIZIV, aan de FOD Volksgezondheid en aan alle diensten die zorg verlenen aan oudere patiënten met geestelijke gezondheidsproblemen:*

Het verzamelen van gegevens over de geestelijke gezondheid van ouderen moet worden verbeterd, vooral in de ambulante zorg en de WZC.

*Aanbeveling 11 aan de onderzoeksinstellingen:*

Het is noodzakelijk om wetenschappelijke en/of epidemiologische studies uit te voeren over:

- de prevalentie van geestelijke gezondheidsproblemen bij ouderen;
- de voorwaarden voor een uitbreiding van artikel 107 naar ouderen;
- de meerwaarde van een systematische screening naar geestelijke gezondheidsproblemen bij ouderen.



## COLOFON

- Titel: Hoe de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg voor ouderen verbeteren? – Synthese
- Auteurs: Jef Adriaenssens (KCE), Maria-Isabel Farfan-Portet (KCE), Nadia Benahmed (KCE), Laurence Kohn (KCE), Cécile Dubois (KCE), Stephan Devriese (KCE), Marijke Eyssen (KCE), Céline Ricour (KCE)
- External authors contributing: Ronny Bruffaerts (KULeuven): original data ESEMED  
Alan Lovell, Rosie Martin, Nishanthi Talawila (The Economist Intelligence Unit – EIU): International comparison
- Project coordinatoren: Marijke Eyssen (KCE), Els Van Bruystegem (KCE)
- Redactie synthese: Karin Rondia (KCE); Gudrun Briat (KCE)
- Reviewers: Sophie Gerkens (KCE), Sabine Stordeur (KCE)
- Externe experts: Sophie Bavay (SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement – FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu), Christiane Bontemps (Centre de Référence en Santé Mentale (CRéSaM)), Filip Bouckaert (Katholieke Universiteit te Leuven (KULeuven)), Ronny Bruffaerts (UZ Leuven), Isabelle De Brauwier (Société Belge de Gérontologie et de Gériatrie – Belgische vereniging voor gerontology en geriatrie (SBGG – BVGG)), Wouter Decat (Algemene Unie van Verpleegkundigen van België – Union Générale des Infirmiers de Belgique – Allgemeiner KrankenpflegerVerband Belgiens (AUVB – UGIB – AKVB)), Gérald Deschietere (Université Catholique de Louvain (UCL) - Clinique Universitaire Saint Luc), Sebastiaan Engelborgh (Universiteit Antwerpen), Olivier Fourez (Institut National d'Assurance Maladie Invalidité – RijksInstituut voor Ziekte- en InvaliditeitsVerzekering (INAMI – RIZIV)), Pierre Gobiet (Centre de Guidance de Malmedy), An Haekens (Zorg Groep Psychiatrisch Kliniek Broeders Alexianen), Cécile Hanon (Assistance Publique Hôpitaux de Paris (APHP)), Jeroen Knaeps (Thomas More), Christophe Lafosse (BVGG – SBGG), Renaud Laguesse (CRéSaM), Frédéric Limosin (APHP), Koen Lowet (Belgische Federatie van Psychologen – Fédération Belge des psychologues (BFP – FBP)), Chantal Mathy (INAMI – RIZIV), Mary Quentin (Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG), Véronique Tellier (Observatoire wallon de la Santé), Anne-Sophie Seigneurie (APHP), Petra Thewes (Centre de Guidance de Malmedy), Rik Thys (Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten), Robert Van Buggenhout (Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie (VVP)), Ellen Van Leeuwen (Domus Medica), Patrick Vanneste (Agence pour une vie de qualité (AViQ)), Rik Van Nuffel (Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid (VVG)), Vanessa Vanrillaer (Mutualités Libres), Jan Van Speybroeck (VVG), Sylvie Veyt (Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale (LBFMSM))
- Externe validatoren: W.P. Achterberg (LUMC), Stéphane Adam (ULG), Jan De Lepeleire (KULeuven)
- Acknowledgements: We bedanken Ronny Bruffaerts (KULeuven), Alan Lovell en Rosie Martin (EIU) voor hun medewerking aan het rapport. Wij willen ook Brigitte Bouton (AViQ), Annick Dermine (Huis voor Gezondheid), Lieven De Maesschalck



(Thomas More), Frederic Limosin (APHA, France), Anne-Sophie Seigneurie (APHA, France), Cécile Hanon (APHA, France) en Catherine Horel (Institut de Formation, de Recherche et d'Evaluation des Pratiques médico-sociales, France) bedanken om hun kennis met ons te delen en ook de personen en (koepel) organisaties die ons hebben geholpen om de innovatieve projecten in België te identificeren. Tenslotte bedanken wij alle respondenten die aan onze online vragenlijst hebben deelgenomen.

#### Gemelde belangen:

“Alle experts en stakeholders die geraadpleegd werden voor dit rapport, werden geselecteerd omwille van hun betrokkenheid bij het onderwerp van deze studie “Geestelijke gezondheidszorg ouderen”. Daarom hebben zij per definitie mogelijks een zekere graad van belangenconflict”

Lidmaatschap van een belangengroep op wie de resultaten van dit rapport een impact kunnen hebben: Gérald Deschietere (behandeling van doelgroep), An Haekens (VVP), Christophe Lafosse (Belgische Vereniging van Geriatrie en Gerontologie), Chantal Mathy (Verandering nomenclatuur – financiële impact (INAMI – RIZIV)), Mary Quentin (SSMG, FAMGB – GGNO), Véronique Tellier (Mentale gezondheidszorg diensten), Petra Thewes (De specifieke initiatieven voor de oudere personen van het CGG), Rik Thys (Lid Raad van Bestuur centrum GGZ, over wetgeving in Vlaanderen), Robert Van Buggenhout (Vlaamse Vereniging voor psychiatrie, ouderensector psychiatrie), Patrick Vanneste (AViQ), Sylvie Veyt (Invloed op de studie over CGG)

Honoraria of een andere compensatie voor het schrijven van een publicatie of het deelnemen aan de ontwikkeling ervan: Frederic Limosin (Publicatie van een klinische proef gesponsord door Janssen)

Deelname aan een experiment of wetenschappelijke studie in de hoedanigheid van opdrachtgever, hoofdonderzoeker ('principal investigator') of onderzoeker: Ronny Bruffaerts (PI in verschillende wetenschappelijke experimenten voor projecten in België, EU, wereldwijd, inclusief financiering (EU, FWO)), Jeroen Knaeps (Vank 3 – Thomas More voert enkel onderzoek m.b.t. ouderen en mantelzorgers), Frederic Limosin (Initiator en/of PI van klinische of epidemiologische studies), Patrick Vanneste (Universiteit Bergen – doctoraat psychologie)

Consultancy of tewerkstelling voor een bedrijf, vereniging of organisatie die financieel kan winnen of verliezen door de resultaten van dit rapport: Jan De Lepeleire (Ik werk binnen een zelfstandig statuut aan het universitair psychiatrisch centrum KU Leuven dat erg betrokken is bij art. 107 projecten en zelf 120 bedden gerontopsychiatrie beheert), Frederic Limosin (Consultatie voor farmaceutische bedrijven (Lundbeck, Euthérapie-Servier, Otsuka), Petra Thewes (ISPA met CGG)

Betalingen om te spreken, opleidingsvergoedingen, reisondersteuning of betaling voor deelname aan een symposium: Ronny Bruffaerts (Gastdocent UCLL, John Hopkins), Jan De Lepeleire (In 2016 consultancy voor Lilly over anti Alzheimer product en Astellas over product polyneuropathie), Gérald Deschietere (Frans congres over ouderenpsychiatrie), An Haekens (Lezingen over verschillende problemen bij ouderen), Frederic Limosin (Betalingen om te spreken voor farmaceutische bedrijven (Lundbeck, Euthérapie-Servier, Otsuka), Mary



Quentin (Opleidingssubsidie voor het RIZIV – INAMI, betaling voor een symposium van het SSMG als moderator)

Voorzitterschap of verantwoordelijke functie in een instelling, vereniging, afdeling of andere entiteit waarop de resultaten van dit rapport een impact kunnen hebben: Wouter Decat (AUVB Algemene Unie der Verpleegkundigen van België), Gérald Deschietere (Ondervoorzitter APsy (Association de service de psychiatrie de l'UCL)), An Haekens (Hoofdarts RK Alexianen), Véronique Tellier (Directie van de openbare gezondheidsdiensten van de Provincie Namen), Robert Van Buggenhout (Voorzitter sector ouderen psychiatrie, VVP)

Layout:

Ine Verhulst, Joyce Grijseels

**Disclaimer:**

- **De externe experts werden geraadpleegd over een (preliminaire) versie van het wetenschappelijke rapport. Hun opmerkingen werden tijdens vergaderingen besproken. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk akkoord met de inhoud ervan.**
- **Vervolgens werd een (finale) versie aan de validatoren voorgelegd. De validatie van het rapport volgt uit een consensus of een meerderheidsstem tussen de validatoren. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk alle drie akkoord met de inhoud ervan.**
- **Tot slot werd dit rapport unaniem goedgekeurd door de Raad van Bestuur (zie <http://kce.fgov.be/nl/content/de-raad-van-bestuur>).**
- **Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de eventuele resterende vergissingen of onvolledigheden alsook voor de aanbevelingen aan de overheid.**

Publicatiedatum:

29 maart 2018

Domein:

Health Services Research (HSR)

MeSH:

Aged, Mental Health Services, Health Care Reform

NLM classificatie:

WT 145

Taal:

Nederlands

Formaat:

Adobe® PDF™ (A4)

Wettelijk depot:

D/2018/10.273/28

ISSN:

2466-6432

Copyright:

De KCE-rapporten worden gepubliceerd onder de Licentie Creative Commons « by/nc/nd » <http://kce.fgov.be/nl/content/de-copyrights-van-de-kce-publicaties>.



Hoe refereren naar dit document?

Adriaenssens J, Farfan-Portet M-I, Benahmed N, Kohn L, Dubois D, Devriese S, Eyssen M, Ricour C. Hoe de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg voor ouderen verbeteren? – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2018. KCE Reports 301As. D/2018/10.273/28.

Dit document is beschikbaar op de website van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.