

# Oud is in: outreachende hulpverlening voor ouderen door de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg

In de omzendbrief van juli 2008 betreffende de uitbreiding van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) in het kader van hulpverlening aan senioren met psychiatrische en/of ernstige psychische problemen worden middelen toegekend aan de CGG voor een personeelsuitbreiding met 15 VTE, specifiek voor ouderen. Elk CGG kreeg minstens een halftijdse functie toegewezen. Daarnaast werd voorzien in een coördinatiefunctie van 1 VTE voor de duur van 1 jaar, de koepels kwamen tot een akkoord om deze begeleidingsfunctie niet volledig zelf uit te voeren, maar voor de inhoudelijk aspecten beroep te doen op het werkveld. De coördinatieopdracht werd ingevuld door Frank Delbeke, psycholoog DAGG Sint-Truiden en Kim Van Beylen, psychologe CGG PassAnt, beiden actief in de doelgroep ouderen. De coördinatoren zijn in hun functie bijgestaan door een voorzitter, Mimi Deboiserie, directeur CGG PassAnt, en organisatorisch ondersteund door Ann Vranckx, stafmedewerker CGG Vlaams-Brabant Oost. Op die manier was de input vanuit de basis verzekerd. Dit team kon rekenen op de expertise van Luc Van de Ven, psycholoog gerontopsychiatrie UZ Leuven, en Roel Van de Wygaert, stafmedewerker ouderenzorg van Zorgnet Vlaanderen.

De toekenning van middelen was een opvolging van de positieve resultaten uit de proefprojecten 'outreach CGG in de rusthuizen' van 2006-2007. Negen CGG namen deel aan deze proefprojecten. Zij stonden in voor directe en indirecte hulpverlening bij ouderen met psychische/psychiatrische problemen die verbleven in een Woon- en Zorgcentrum. De omzendbrief van 2008 stelt dat, met de nieuwe middelen, deze projecten kunnen verder gezet worden. De CGG moeten "in eerste instantie verder werken aan de goede samenwerking met de rusthuizen. Na verloop van tijd dienen de samenwerkingsverbanden voldoende op punt te staan en kan het CGG zich meer inzetten voor de ambulante hulpverlening. De CGG die niet betrokken waren bij de projecten 'outreach CGG in de rusthuizen', krijgen de kans de opdrachten binnen het project alsnog aan te vangen. Daarnaast kunnen zij zich inzetten voor andere activiteiten zoals het zoeken naar andere hulpverleningspartners en ambulante hulpverlening."

Tijdens de eerste maanden van het huidige project besteedden de coördinatoren veel tijd aan het inventariseren van de initiatieven die CGG voor ouderen ontwikkelden. Zij baseerden zich niet alleen op de ingediende plannen van aanpak maar bezochten alle CGG ook persoonlijk. Daarnaast is veel zorg besteed aan de vraagzijde. Onderzoeksrapporten rond ouderen en meer specifiek de zorgnoden zijn doorgenomen en er zijn gesprekken gevoerd met sleutelinformanten. Er zijn twee overlegmomenten georganiseerd met de partners uit deze vraagzijde en vertegenwoordigers van de CGG. Een eerste overlegmoment, toegespitst op de woon- en zorgcentra vond plaats op 28 april, een tweede, gericht op de eerstelijnsdiensten en de oudere zelf, op 26 mei. Op deze momenten zijn de aanwezigen geïnformeerd over de omzendbrief en de CGG-opdrachten in dit kader en is een overzicht gegeven van de ouderenwerking in de CGG in Vlaanderen. Vervolgens zijn de verwachtingen ten aanzien van de CGG rond deze doelgroep uitgebreid bevraagd.

Op 9 juni is er in Brussel een terugkoppeldag georganiseerd. In eerste instantie lichtten de coördinatoren de informatie uit de inventarisronde en de vraagzijde toe aan de CGG. Vervolgens zijn enkele goede praktijken gepresenteerd en zijn een aantal thema's die in de inventarisronde als prioritair werden aangegeven, verder uitgediept. De CGG stelden hun werking aan elkaar voor via een postersessie. Er was tijdens de lunch voldoende tijd voorzien voor kennismaking en informatie-uitwisseling tussen teams.

Dit rapport bevat de belangrijkste bevindingen van de coördinatoren na dit opstartjaar. Wij presenteren een overzicht van de huidige werking van de CGG-ouderenteams. Tevens geven wij de noden op vlak van geestelijke gezondheidszorg voor ouderen weer, zoals die ouderen zelf en andere partners in het werkveld die percipiëren. Het is onze bedoeling met dit rapport een gesprek op gang te brengen over geestelijke gezondheidszorg voor ouderen door het CGG. Wij geven daarom een aantal aanzetten voor verdere dialoog.

*Hoofdstuk 1* geeft, op basis van de verzamelde informatie uit de CGG-bezoeken, een overzicht van de actuele situatie van de ouderenzorg in de CGG. Goede praktijken en knelpunten binnen de CGG rond ouderenzorg zijn beschreven in *hoofdstukken 2 en 3*. *Hoofdstuk 4* bundelt de bevindingen die naar voor kwamen na overleg met de partners uit de vraagzijde. In combinatie met informatie uit eerdere beleidsteksten en gesprekken met experts volgen tenslotte aanzetten tot de verdere organisatie van de ouderenhulpverlening binnen het CGG.

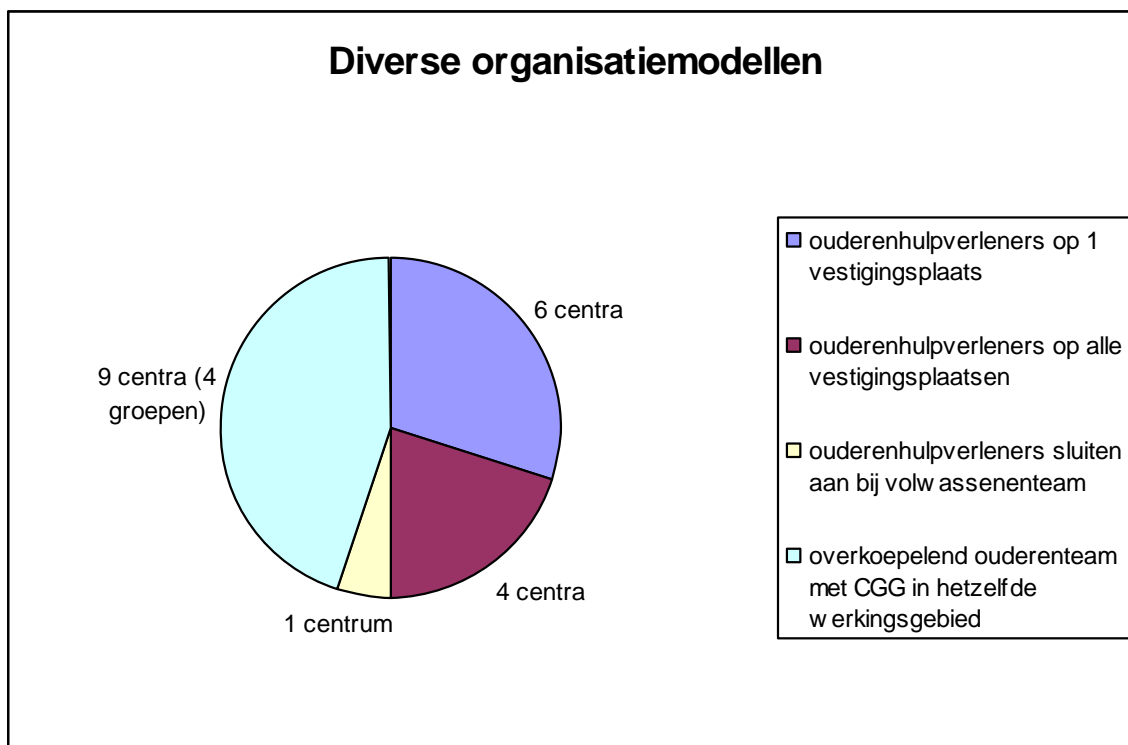
Op basis van de informatie verzameld door de coördinatoren tijdens de CGG-bezoeken, volgt hieronder een overzicht van de manier waarop deze teams georganiseerd zijn. De cijfers zijn een momentopname, gebaseerd op de ons bekende informatie. Vermoedelijk hebben er intussen reeds verschuivingen plaatsgevonden, zijn er nieuwe krachten bijgekomen of anderen vertrokken. Deze cijfers geven wel een indicatie van de manier waarop de ouderenteams georganiseerd zijn.

## 1. Organisatie

### 1.1. Organisatiemodellen

Er zijn 20 CGG. Deze CGG hebben meerdere inplantingspunten (3 tot 7). Zes centra centraliseren hun ouderenteam op 1 plaats. Vier centra zetten hun ouderenhulpverleners op al hun adressen in. Eén centrum kiest er voor de ouderenhulpverleners te laten aansluiten bij het volwassenenteam. Daarnaast zijn er 9 centra die de krachten bundelen en kiezen voor een overkoepelend ouderenteam over 2 of 3 CGG in hetzelfde werkingsgebied heen.

Veel ouderenteams zijn nog in evolutie. Het ligt in de lijn van de verwachtingen dat hulpverleners die nu nog hoofdzakelijk bij het volwassenenteam aansluiten later zullen functioneren binnen een volwaardig ouderenteam. CGG die nu kiezen voor concentratie van hun ouderenhulpverleners op 1 plaats zullen in de toekomst misschien op meerdere plaatsen een ouderenhulpverlener inzetten.



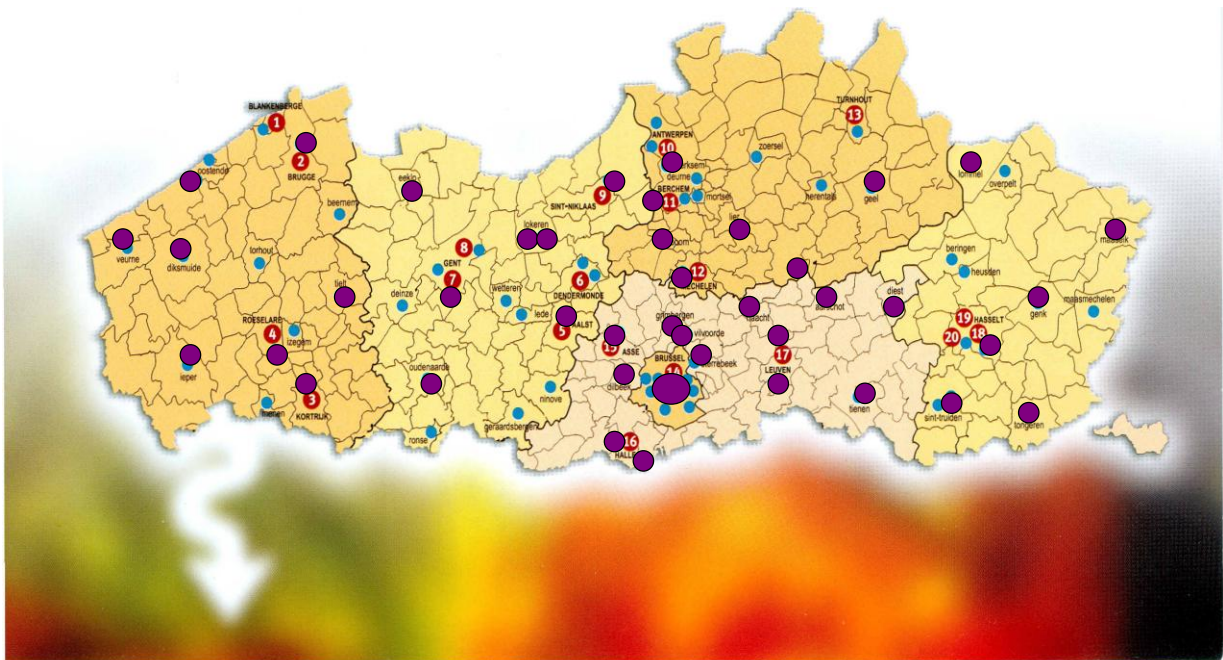
Figuur 1. Diverse organisatiemodellen van de ouderenteams binnen de CGG.

Wij probeerden een beeld te krijgen van het aantal hulpverleners dat specifiek voor ouderen werkt. Dit deden wij aan de hand van de plannen van aanpak die de CGG voor hun ouderenwerking indienden naar aanleiding van de uitbreiding die hen is toegewezen met de omzendbrief van 2008, aangevuld met informatie uit de CGG-bezoeken door de coördinatoren. Op basis hiervan ramen wij het aantal hulpverleners voor ouderen in de CGG op ongeveer 4% van het totale personeelsbestand, voor een doelgroep die 24% van de populatie in Vlaanderen uitmaakt (zie Tabel 1). De 15 bijkomende VTE die de overheid de CGG toekende in de omzendbrief van 2008 zijn inbegrepen, net als sommige medewerkers die de CGG met eigen middelen of met middelen uit bijzondere projecten voor ouderen aanwerfden.

Leeftijdsklasse	n	%
0 – 17 jaar	1.216.791	20%
18 – 59 jaar	3.489.471	57%
60 jaar en ouder	1.455.338	24%
<b>Totaal inwoners</b>	<b>6.161.600</b>	<b>100%</b>

Tabel 1. Leeftijdsstructuur bevolking Vlaanderen op 1 januari 2008<sup>1</sup>.

Aan de hand van de kaart in Figuur 2 wordt een overzicht gegeven van de geografische spreiding van deze VTE. De paarse bolletjes verwijzen naar de aanwezigheid van een ouderenhulpverlener in een bepaalde vestigingsplaats. De blauwe bolletjes wijzen op een CGG-adres zonder ouderenhulpverlener.



Figuur 2. Regionale spreiding van de ouderenhulpverleners binnen de CGG.

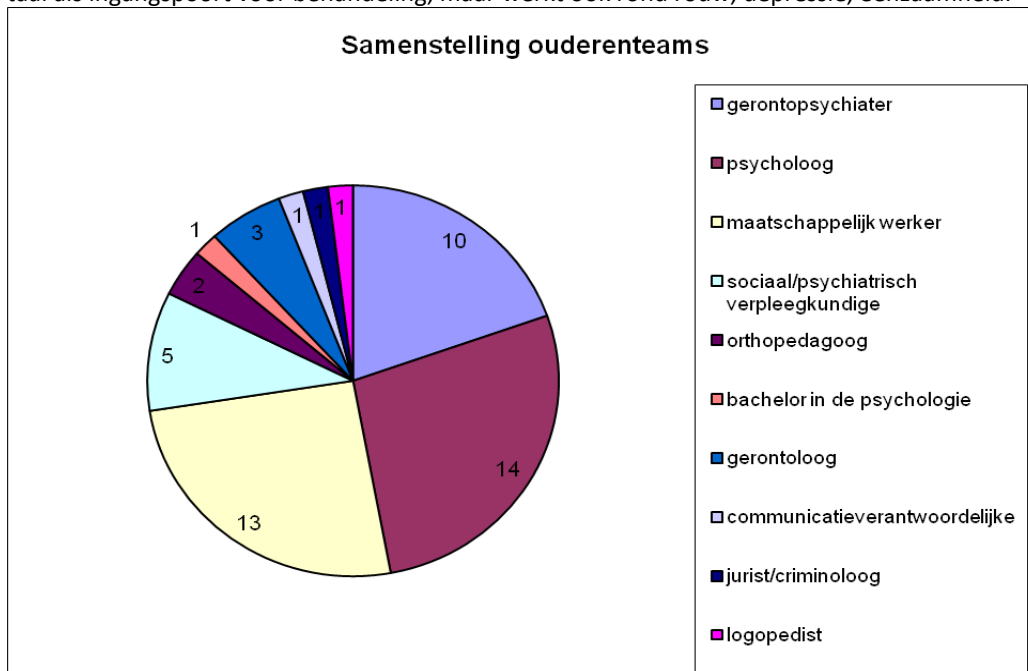
De CGG slagen er in een vrij grote regio te voorzien van een ouderenhulpverlener voor geestelijke gezondheidszorg (GGZ), ondanks de beperkte personeelsequipe. Toch zijn er ook enkele gebieden die niet kunnen beschikken over een ouderenhulpverlener GGZ.

### 1.2. Samenstelling en ervaring teams

Het decreet van 1999 stelt dat de CGG multidisciplinair dienen te werken. Vanuit verschillende disciplines wordt met elkaar samengewerkt en overlegd. De ouderenteams zijn duidelijk op deze wijze georganiseerd. Verschillende expertises zijn vertegenwoordigd. Op 15 ouderenteams beschikken 10 teams over een gerontopsychiater, 14 teams over een psycholoog, 13 over een maatschappelijk werker en 5 over een sociaal of psychiatrisch verpleegkundige. Daarnaast zijn er nog twee teams met een orthopedagoog in hun rangen. Twee teams kunnen beroep doen op een gerontoloog. Eén team beschikt over een bachelor in de psychologie.

<sup>1</sup> Bron: FOD Economie - Afdeling Statistiek, Bevolkingsstatistieken

In 1 team is een communicatieverantwoordelijke werkzaam, die de contacten met andere organisaties en partners onderhoudt en zorgt voor de nodige bekendmaking van het aanbod van het ouderenteam. Eén team kan beschikken over een jurist/criminoloog met bijkomende psychotherapeutische ervaring. Zij werkt in een behandelopdracht in het CGG en niet als juriste/criminoloog. In 1 centrum werkt een logopediste. Zij gebruikt taal als ingangspoort voor behandeling, maar werkt ook rond rouw, depressie, eenzaamheid.



Figuur 3. Samenstelling ouderenteams: aanwezige functies op 15 teams.

De ervaring van de teamleden in het werken met ouderen is uiteenlopend. Er zijn enkele centra die reeds meer dan 30 jaar met ouderen werken. Andere centra zijn startende in het expliciet werken met ouderen. Sommige van deze centra nemen nieuwe werkrachten aan voor hun ouderenteam. Anderen kiezen er voor ervaren medewerkers gedeeltelijk vrij te stellen voor hun taken binnen het volwassenenteam en hen in te zetten in het ouderenteam. Soms worden therapeuten uit het kinderteam gerekruteerd om in het ouderenteam aan de slag te gaan, aangezien zij sterk zijn in het werken met de omgeving van een cliënt. Doorslaggevend voor een keuze voor het ouderenteam is interesse en soms ervaring in het werken met ouderen. Daarnaast wordt ook gekeken naar een bijkomende therapieopleiding en/of opleiding in psychodiagnostiek en neuropsychologie. Een specifieke opleiding voor het therapeutisch werken met ouderen bestaat er tot op heden niet. Hier is wel vraag naar.

### 1.3. Regionale inbedding en samenwerkingsverbanden

De CGG zijn in het algemeen goed ingebed in de zorgsector van hun werkingsgebied. Zij nemen deel aan regionale en provinciale overlegorganen. Er zijn formele of informele samenwerkingsverbanden met WZC, algemene ziekenhuizen en/of psychiatrische ziekenhuizen uit de regio. Ook met sommige thuiszorgdiensten, mutualiteiten en OCMW's bestaan er samenwerkingsverbanden.

Door de therapeutische projecten worden deze banden vaker en op een meer expliciete wijze aangehaald. Naargelang de actieve participatie van de CGG zijn er goede ervaringen in het opzetten van gezamenlijke zorg en werkafspraken in deze therapeutische projecten.

Aan SIT-overleg wordt in het algemeen weinig deelgenomen door de CGG. Met de wijziging van SIT naar SEL wordt deelname van de CGG in de toekomst misschien eenduidiger afgebakend.

Er zijn raden van bestuur van CGG die inspanningen doen om CGG-aangrenzende zorgvormen te koppelen (bv. psychiatrische thuiszorg, expertisecentrum dementie of een gezamenlijk screeningspunt of geheugenkliniek). Dit zorgt voor een nauwe (organisatorische en inhoudelijke) samenwerking met vruchtbare resultaten voor alle partijen (zie ook hoofdstuk 2: goede praktijken).

## 2. Inhoud

## 2.1. Doelgroep

De zorg voor ouderen met GGZ-problematiek behoort, naast de zorg voor kinderen, jongeren en volwassenen, tot de basiswerking van een CGG. In het decreet van 18 mei 1999 wordt gesteld dat het CGG 'uitdrukkelijk aandacht schenkt' aan ouderen. De meeste centra hanteren de leeftijdsgrens van 60 jaar voor ouderen, zoals in de patiëntenregistratie afgebakend. Enkele centra kiezen er voor om pas vanaf 65 jaar mensen expliciet aan het ouderenteam toe te wijzen.

Ouderen kunnen bij de CGG terecht met uiteenlopende psychische/psychiatrische problemen. Sommige CGG kiezen voor een beperking van de doelgroep. Zij stellen bijvoorbeeld dat zij enkel personen met depressie en/of angststoornissen behandelen of dat zij zich niet bezighouden met organische problematieken (o.a. dementie); dit om te zorgen voor een zo groot mogelijke herkenbaarheid van hun CGG voor ouderen en verwijzers, om zichzelf de kans te geven ervaring met de doelgroep op te doen, wegens de beperktheid van de middelen of door gebrek aan expertise in bepaalde domeinen. Andere CGG daarentegen openen hun deuren voor alle mogelijke problematieken.

Het werken met ouderen kan niet los gezien worden van het werken met hun context: partners, (klein)kinderen of andere familieleden, mantelzorgers en professionele hulpverleners. Zij hebben vragen en behoefte aan ondersteuning en vormen dus ook een belangrijke doelgroep voor de ouderenhulpverleners in het CGG. Bovendien is er, meer dan bij de doelgroepen kinderen en volwassenen, een nauwe verwevenheid tussen ggz- en andere gezondheidszorg- en welzijnsproblemen, zodat samenwerking tussen verschillende sectoren (tegelijk of opéénvolgend) aan de p)roblematiek hier zeer prominent aanwezig is<sup>2</sup>

Van de Wygaert en Nassen vermelden in hun verslaggeving<sup>3</sup> en synthesenota<sup>4</sup> rond de outreachprojecten in de WZC van 2006-2007 eveneens bovenstaande doelgroepen van de CGG-hulpverleners in de WZC: bewoners of gebruikers van het WZC, familieleden en mantelzorgers van de bewoners, medewerkers van het WZC in het kader van de zorg voor de bewoner en de verantwoordelijken van de WZC-voorzieningen. We kunnen stellen dat deze doelgroepen in de huidige samenwerking tussen CGG en WZC nog steeds dezelfde zijn.

## 2.2. Aanbod

Het aanbod van de CGG is gevarieerd. Volgens het decreet van 1999 dienen de CGG volgende elementen aan te bieden: intake, diagnose en indicatiestelling, sociaal-psychiatrische en psychotherapeutische behandeling en begeleiding, informatie- en adviesverstrekking aan verwijzers met betrekking tot hun opdracht, werkingsbeginselen en doelgroepen. Alle ouderenteams vervullen deze taken. De accenten die gelegd worden, verschillen echter per centrum.

De keuze van het aanbod wordt door allerlei factoren bepaald:

- Volgens de noden in het werkingsgebied: in een streek waar een goede geheugenkliniek aanwezig is, zullen de CGG bijvoorbeeld zelf minder geneigd zijn tot het uitgebreid voeren van psychodiagnostische onderzoeken.
- Historisch gegroeid (bv. een activiteitencentrum dat deel uitmaakt van een CGG).
- Praktische redenen: het lijkt onmogelijk alle rusthuizen in de regio te bedienen met de huidige financiële middelen. Daarnaast zijn ook thuiszorgdiensten vragende partij voor ondersteuning door het CGG (zie hoofdstuk 4, 2.1.).
- Erkenning van overheid en directie voor de geleverde prestaties: outreachende hulpverlening werkt drempelverlagend, maar is duur en tijdrovend voor de CGG en heeft een vermindering van het aantal directe patiëntcontacten tot gevolg. Het huidige gezamenlijk registratiesysteem is een elektronisch patiëntendossier en dus niet ontworpen voor deze 'nieuwe' vorm van hulpverlening voor de CGG. Op de werkvloer bestaat nog steeds wat angst voor het niet behalen van de vooropgestelde prestatienorm door het outreachend werken.

<sup>2</sup> zie o.a. Intersectoriële commissie ouderenzorg (2002-2003). Waarden-volle zorg in partnerschap. Krachtlijnen voor een vernieuwend ouderen(zorg-)beleid. Verbond der Verzorgingsinstellingen ( nu Zorgnet Vlaanderen).;

<http://www.zorgnetvlaanderen.be/publicatie/Pages/Waarden-volle.aspx>

<sup>3</sup> Van de Wygaert, R. (2007). Verslag van de vergadering van 20 juni 2007 van de projecten 'outreach vanuit CGG in de residentiële ouderenzorg'.

<sup>4</sup> Nassen, E. Synthesenota projecten 'outreach vanuit CGG en de residentiële ouderenzorg'.

- Aanwezige kennis en ervaring in de CGG.

Het aanbod van de CGG bestaat zowel uit directe hulpverlening (diagnose, begeleiding, psychotherapie, ...) als uit indirecte hulpverlening (casusbesprekingen, vormingen, ...). De invulling van dit aanbod verschilt lichtjes van het aanbod in de volwassenenequipes. We bespreken hieronder de belangrijkste categorieën van taken. Voor een uitgebreide bespreking van de mogelijke taken van een ouderenteam in de CGG verwijzen wij naar de visietekst uit 2006 van CGG Brussel-Oost<sup>5</sup>. Dit CGG heeft op basis van de ouderenbeleidsnota van de FDGG (2000)<sup>6</sup> een heldere visietekst voor zijn regio uitgewerkt.

Aanbod van de ouderenteams in de CGG:

- Intake en oriëntatie: tijdens de intake wordt een inschatting gemaakt van het soort problematiek, de mogelijkheden van de cliënt, zijn sterke kanten en zijn kwetsbaarheden. De sterktes en kwetsbaarheden van de omgeving van de cliënt worden mee in kaart gebracht. Ook de hulpvraag van de cliënt wordt bekeken. Op die manier wordt, in samenspraak met de cliënt en/of zijn omgeving, een indicatiestelling geformuleerd voor behandeling of begeleiding (psychotherapie, farmacotherapie, sociale ondersteuning, ...) voor de cliënt en/of zijn omgeving, waarna de cliënt/omgeving naar deze hulpverleningsvormen wordt georiënteerd.
- (Psycho)diagnostiek: aan de hand van een klinisch interview, screeningslijsten en/of psychodiagnostische tests wordt het cognitief, emotioneel, gedragsmatig en sociaal functioneren van de cliënt in kaart gebracht, alsook zijn copingstrategieën. In de marge van dit psychodiagnostisch onderzoek is ook aandacht voor de fysieke toestand van de cliënt. Hiervoor wordt samengewerkt met een arts of geriater voor de nodige medische onderzoeken.
- Begeleiding en therapie: het CGG biedt psychosociale begeleiding, individuele behandeling en farmacotherapie aan voor 60- of 65-plussers, familie en mantelzorgers. In sommige CGG kunnen zij ook terecht voor groepstherapie.
- Mediatie: veel meer dan in de volwassenenequipe wordt in de ouderenequipe aandacht besteed aan mediërend werken. Verzorgenden en verpleegkundigen in WZC of aan huis vragen om ondersteuning in de omgang met cliënten bij de uitvoering van hun taken. De CGG-medewerker biedt informatie en advies omtrent de problematiek en persoonlijkheid van de cliënt en helpt hen stil te staan bij het eigen functioneren en de relatie met de cliënt. Ook op zorgoverleg wordt aanwezigheid van de CGG-medewerker geapprecieerd.
- Preventie: bovenstaande activiteiten kunnen ook aangewend worden om erger te voorkomen. Cliënten, families, mantelzorgers en professionele hulpverleners worden ondersteund in het omgaan met psychische of psychiatrische problemen. Sommige CGG maken op meer expliciete wijze werk van preventie door het aanbieden van psycho-educatie, vormingen voor personeel van WZC of uit de thuiszorg, of door het afnemen en bespreken van screeningsvragenlijsten rond depressie en angst in WZC.

Deze taken worden uitgevoerd in het CGG zelf of outreachend in het WZC, aan huis, in de thuiszorg, ...

Voor de WZC komen deze taken grosso modo overeen met de activiteiten die tijdens de outreachprojecten in de WZC van 2006-2007 door Van de Wygaert en Nassen zijn omschreven. Zij formuleerden volgende groepen van activiteiten voor de samenwerking CGG-WZC<sup>7</sup>:

- Toeleiding tot het WZC (o.a. psychodiagnostiek, opnameoverleg, opnamevoorbereiding)
- Hulpverlening (o.a. begeleiding, gespreksgroepen, psychotherapie individueel of in groep)
- Psycho-educatie (o.a. coaching en tips, cursus in herkennen van...)
- Vorming en overleg (o.a. casusbespreking, teamoverleg, supervisie, vormingspakket)
- Organisatie: dit hoeft geen taak vanuit het CGG te zijn, maar er is wel nood aan een deskundige ondersteuning van de organisatie binnen het WZC.

### 2.3. Methodiek

<sup>5</sup> Ouderenteam CGGZ Brussel deelwerking Brussel-Oost & Commissie Ouderen CGGZ Brussel (2006). Ontwerp voor een toekomstig ouderenbeleid binnen CGGZ Brussel.

[http://www.cggz-brussel.be/uploads/voor\\_website\\_visietekst\\_ouderenbeleid.pdf](http://www.cggz-brussel.be/uploads/voor_website_visietekst_ouderenbeleid.pdf)

<sup>6</sup> FDGG-werkgroep Ouderen & Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg en stafmedewerkers van de FDGG (2000). CGG-beleidsplan ouderenzorg.

<sup>7</sup> Nassen, E. Synthesenota projecten 'outreach vanuit CGG en de residentiële ouderenzorg'.

Het decreet van 1999 stelt dat de CGG ambulante geestelijke gezondheidszorg verlenen. De term ambulante wordt vandaag meestal gebruikt voor hulpverlening waarbij de cliënt naar het centrum toekomt, de cliënt is ambulante. Echter, de oorspronkelijke betekenis van het woord is veel ruimer. 'Ambulante' komt van het Latijnse 'ambulare', wat wandelen betekent. Van Dale omschrijft ambulante als 'niet bedlegerig, geen vaste standplaats hebbend'. Strikt genomen zou dus ook de CGG-medewerker zich als 'ambulante' hulpverlener moeten verplaatsen.

In de proefprojecten 'outreach in de rusthuizen' van 2006-2007 is 'outreaching' te werk gegaan. Deze outreaching dient nu door de CGG te worden verder gezet met de omzendbrief van 2008.

Outreachinge hulpverlening is het *actief opsporen* van mensen / potentiële patiënten (of organisaties) en het *ongevraagd en onvoorwaardelijk aanbieden van hulp in de thuissituatie*<sup>8</sup>. Outreachinge hulpverlening onderscheidt zich op 4 terreinen van andere hulpverleningsvormen: 1. De verantwoordelijkheid voor het krijgen van hulp ligt niet primair bij de patiënt; 2. De hulpverlening richt zich op de meest kwetsbare groepen en op moeilijk bereikbare en ongemotiveerde doelgroepen; 3. De hulpverlening wordt om de patiënt heen georganiseerd; 4. Ruimere en flexibeler tijdsinvestering naar behoefte van het hulpverleningscontact.

Outreaching wordt door de ouderenhulpverleners van de CGG gedaan aan huis, in woon- en zorgcentra, dienstencentra, groepspraktijken van huisartsen,... Dit gebeurt op een zeer laagdrempelige, maar tegelijkertijd hooggespecialiseerd wijze. In sommige algemene ziekenhuizen bestaat de mogelijkheid dat een CGG-ouderenhulpverlener tot in het ziekenhuis komt, op vraag van het ziekenhuis, voor een intakegesprek met een patiënt in het ziekenhuis; dit om de contactdrempel naar het CGG op te verkleinen voor patiënten.

Opvallend is dat de omzendbrief van 2008 stelt dat de CGG *in eerste instantie* werk moeten maken van een goede samenwerking met de WZC, maar dat de meeste CGG er voor kiezen zowel de WZC te bedienen als in de thuissituatie van de ouderen aan de slag te gaan. Twee CGG kiezen er expliciet voor het accent van hun hulpverlening op de thuissituatie en sleutelplaatsen te leggen in plaats van op de WZC. Deze keuze wordt verantwoord vanuit het gegeven dat 95% van de ouderen zich in de thuissituatie bevindt en slechts 5% van de ouderen verblijft in een WZC. Daarenboven zou de groep mensen die in een WZC woont reeds heel wat algemene omkadering hebben, terwijl sommige ouderen in de thuissituatie het zelfs zonder enige omkadering moeten redden.

---

<sup>8</sup> Bouckaert F. (2009). Werking en organisatie van een ouderenteam vanuit preventieve invalshoek. *Presentatie op de Terugspeeldag van 09/06/2009.*

Bij onze bezoeken aan de centra zijn wij heel wat interessante en zinvolle initiatieven tegengekomen. Het is duidelijk dat de CGG op creatieve wijze zoeken naar oplossingen voor knelpunten. Hieronder willen wij enkele van deze 'goede praktijken' in de verf zetten. Soms noemen wij enkele CGG bij naam (ook in het verdere verloop van deze tekst). Het is niet onze bedoeling deze CGG specifiek naar voor te schuiven. Selectiviteit is echter nodig in dit rapport en "kiezen" is nog steeds tegelijk waardevolle zaken "verliezen". Wij zijn ervan overtuigd dat elk CGG over heel wat troeven beschikt voor de werking naar deze groep.

De goede praktijken zijn te groeperen in een aantal subthema's, die niet los van elkaar gezien kunnen worden: de plaats van de CGG in het werkveld van de geestelijke gezondheidszorg, de identiteit van de CGG en de ouderenhulpverleners, de toeleiding naar de CGG en de samenwerking met andere diensten.

### 1. Plaats van de CGG en identiteit van de ouderenteams in de GGZ

Visieontwikkeling over ambulante geestelijke gezondheidszorg voor ouderen: enkele CGG zijn hier actief mee bezig via

- Raadplegen van wetenschappelijk onderzoek en literatuur en bespreken op team
- Opzoeken van teams met meer ervaring
- Opstellen van een stappenplan voor de ontwikkeling van de ouderenwerking
- Opstellen van strategieën voor de verwezenlijking van de vooropgestelde doelen.

Teamsamenstelling:

- Medewerkers met jarenlange ervaring worden gedeeltelijk vrijgesteld voor hun activiteiten in het volwassenenteam om in het ouderenteam ervaring binnen te brengen
- Kinderhulpverleners scholen om en worden ingezet in het ouderenteam, aangezien kindertherapeuten gewoon zijn om tegelijkertijd ook te werken met de context van de cliënt
- Aansluiten bij volwassenenteam, indien nog geen volwaardig ouderenteam aanwezig is in het centrum
- Multidisciplinaire teamsamenstelling, met oog voor complementariteit. Men zoekt naar de specifieke deskundigheid van elke basisdiscipline.

Registratie: naast de registratie van de patiëntencontacten nemen sommige teams nog andere initiatieven, om hun werk zichtbaar te maken. O.a.:

- Logboek met registratie van *alle* activiteiten
- Excelbestand met aanvullingen op EPD-registraties
- Via verslaggeving weergeven wat men allemaal doet.

### 2. Toeleiding, samenwerking en overleg

De CGG houden rekening met de fysieke en psychische drempels (zie hoofdstuk 3, 3.) voor ouderen om naar het CGG te komen:

- Oprichten van een consultatiepunt op sleutelplaatsen voor ouderen (bv. in een dienstencentrum, in een huisartsengroepspraktijk, in een WZC, ...).
- Samenwerkingsovereenkomst met geriatrie dienst van het algemeen ziekenhuis om een CGG-medewerker al een intake te laten doen bij de oudere *tijdens de opname* van deze oudere in het ziekenhuis.
- Folder met aanbod van de ouderenwerking om aan potentiële verwijzers, zoals huisartsen, dienstencentra, WZC, thuiszorgdiensten, enz. te bezorgen. Dit verhoogt de naambekendheid van het CGG en maakt het aanbod beter toegankelijk.
- Laagdrempelige contactgroep voor ouderen op het CGG, om de 14 dagen: ouderen kunnen over hun dagelijks leven spreken, maar ook over hun bekommernissen en zorgen.
- Activiteitscentrum verbonden aan het CGG.
- Psychiatrische thuiszorg (waar het CGG structureel medeoprichter is) of expertisecentrum dementie (met hetzelfde bestuur als het CGG).
- Competentie in differentiaaldiagnostiek als troef bij de organisatie van goede zorg voor de oudere<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> Van Audenhove, C., e.a. (2009). De zorg voor personen met dementie: perspectieven en uitdagingen, p104.

- Presentie als werkmethode<sup>10</sup>: de relatie staat voorop.
- Vertrekken vanuit een visie waarbij preventie centraal staat: zie o.a. visietekst van CGG Brussel-Oost<sup>11</sup>, combinatie preventie en curatie, projecten ter preventie van depressie bij (toekomstige) rusthuisbewoners, life review voor pas opgenomen rusthuisbewoners of specifiek voor ouderen met beginnende dementie, ...

Ondersteuning professionele hulpverleners via:

- Verwoorden van complexe problemen in eenvoudige taal.
- Specifieke screenings- en observatie-instrumenten voor personeel van WZC en thuiszorgdiensten, als hulp bij het herkennen van signalen van psychische problemen en voor een betere toeleiding naar het CGG.
- Casusbesprekingen in WZC en thuiszorg.

Therapeutische projecten:

Aangezien de erkenning als therapeutisch project structureel de medewerking van een CGG vereiste, zijn vele CGG betrokken in deze projecten: zie bijlage 1.

- Zorgen voor een betere continuïteit en afstemming van de zorgen.
- Knelpunten in de behandeling en bezorgdheden van de betrokken hulpverleners kunnen met elkaar gedeeld worden en samen kan gezocht worden naar een manier om zo kwaliteitsvol mogelijke zorg te verlenen.
- Aanwezigheid van een CGG-medewerker op het zorgoverleg wordt als een meerwaarde beschouwd in de omgang met de psychische problematiek van de cliënt.
- De drempel om hulpverleners te contacteren buiten het zorgoverleg wordt kleiner, aangezien men elkaar al eens ontmoet heeft. Op die manier groeien stevigere netwerken uit.

---

<sup>10</sup> Van Hecke, W. (2009). Naar een present CGG. *Presentie op de Terugspeeldag van 09/06/2009.*

<sup>11</sup> Zie voetnoot 4.

In onze ontmoetingen met de hulpverleners en directies van de CGG, met partners uit de vraagzijde en met onderzoekers op vlak van geestelijke gezondheidszorg voor ouderen en op basis van eerder verschenen beleidsteksten en artikels, kwamen enkele knelpunten naar boven die wij hieronder wensen toe te lichten. Wij bespreken deze knelpunten aan de hand van de thema's die wij gebruikten voor de beschrijving van de goede praktijken van de CGG (zie hoofdstuk 2).

### 1. Plaats CGG

Het werkveld van de geestelijke gezondheidszorg is gefragmenteerd. Naast de CGG zijn ook tal van andere diensten verantwoordelijk voor de geestelijke gezondheidszorg bij ouderen:

- Psychiatrische ziekenhuizen: artikel 107 laat toe dat zij andere accenten leggen en hun opdracht wijzigen.
- De expertisecentra dementie: verlenen advies en informatie rond dementie. Zij bieden geen geïndividualiseerde hulp aan in het omgaan met dementie.
- De CAW: staan in voor alles wat met welzijn te maken heeft. In sommige CAW lopen projecten rond ouderenmis(be)handeling. In het algemeen werken zij eerder weinig specifiek rond ouderen. De vroegere iCAW (ingebouwde CAW in de mutualiteiten) werken dan weer wel veel met ouderen, maar hoofdzakelijk rond praktische zaken, psychosociale ondersteuning en toeleiding naar gepaste zorg (financiële tegemoetkomingen, verwijzen naar thuiszorg, ...).
- Algemene ziekenhuizen: hebben psychiatrische afdelingen voor volwassenen en/of ouderen en geheugenklinieken. Daarnaast komen ouderen met psychische problemen soms terecht op de gewone geriatrie afdelingen. Sinds 2007, met de in werking treding van het zorgprogramma geriatrie<sup>12</sup>, moet elk ziekenhuis beschikken over een pluridisciplinair geriatrie team, met o.a. een psycholoog.
- Psychiatrische Thuiszorg: houdt zich in sommige regio's enkel bezig met coördinerende activiteiten. Op andere plaatsen doen zij ook begeleidingen aan huis of zijn zij aanwezig op zorgoverleg en ondersteunen zij de andere aanwezige hulpverleners.
- Psychiatrische verzorgingstehuizen en initiatieven beschut wonen zijn bij uitstek GGZ-partners die, uit de aard van hun opdracht, relatief veel ouderen begeleiden. Het samenwerken rond vervolgzorg (PVT), of het aanleveren van de behandelaspecten bij deze patiënten (BW), is een taak waar CGG hun eigenheid relevant kunnen inzetten
- Privépsychologen en -therapeuten: hebben soms een samenwerkingsovereenkomst met enkele huisartsen.

Daarnaast zijn er verschillende projecten lopende rond ouderen en geestelijke gezondheidszorg (bv. de therapeutische projecten, lokale initiatieven, initiatieven vanuit de mutualiteiten, ...).

Breder dan geestelijke gezondheidszorg alleen, zijn ook tal van andere diensten werkzaam rond ouderen, zoals bijvoorbeeld mutualiteiten, thuiszorgdiensten, Wit-Gele Kruis, ...

In deze veelheid van diensten en projecten is het voor buitenstaanders vaak onduidelijk te weten tot wie men zich waarvoor moet richten. Er is daarenboven soms onvoldoende continuïteit van zorg en onvoldoende afstemming tussen deze verschillende diensten en projecten.

Om hieraan tegemoet te komen werkt de GGZ-sector aan modellen voor ketenzorg, waarbij zorgcircuits en netwerken ontstaan om in gezamenlijkheid vanuit de ggz een antwoord te bieden op de verschillende gedetecteerde zorgnoden binnen een activiteitengebied. In de extra-bijlage van Hospitalia 2004-2 "overzicht schema GGZ ouderen" past Nassen de rond zorgcircuits en netwerken ontwikkelde kaders toe op de doelgroep van kwetsbare ouderen met GGZ-behoefte. De CGG krijgen daarin, juist omwille van hun lokale aanwezigheid,

---

<sup>12</sup> Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (2007). Koninklijk besluit houdende vaststelling eensdeels, van de normen waaraan het zorgprogramma voor de geriatrie patiënt moet voldoen om te worden erkend en, anderdeels, van bijzondere aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten.  
[http://www.geriatrie.be/mediastorage/FSDocument/476/AR\\_normes\\_PSG\\_29\\_janvier\\_2007.pdf](http://www.geriatrie.be/mediastorage/FSDocument/476/AR_normes_PSG_29_janvier_2007.pdf)

het ambulante karakter van hun aanbod, de mogelijkheden tot mobiele zorg/zorg aan huis een centrale rol toebedeeld IN de “kern-GGZ”, en kunnen ook duidelijk ondersteunende en faciliterende functies opnemen BUITEN de ggz. Beschikbaarheid van de GGZ-competentie uit de CGG aan de niet-ggz actoren die worden geconfronteerd met ouderen met ggz-noden enerzijds en inschakeling van de CGG-zorg in specialistische GGZ-zorgcircuits voor de doelgroep ouderne met ggz-problematiek anderzijds zijn even belangrijke schakels om zorgcontinuïteit en performatie te organiseren.<sup>13</sup>

Er is niet alleen een verbrokkeling van de dienstverleningsopdrachten in de geestelijke gezondheidszorg voor ouderen maar er is ook een leemte op vlak van het ambulante GGZ-luik. Bob Cools (2006) stelt dat er in de eerstelijnsgezondheidszorg in Vlaanderen weinig GGZ-expertise beschikbaar is. Hij pleit voor een betere integratie van de expertise van de ambulante GGZ in diverse welzijnssectoren, waaronder de ouderenzorg. De outreachprojecten in de WZC zijn hier een stap in de goede richting. Toch ervaren de CGG een ‘missing link’ op de eerste lijn: het CGG biedt hooggespecialiseerde hulp, maar eigenlijk wordt er weinig basis-GGZ beschikbaar gemaakt in de eerstelijnsgezondheidszorg.

## 2. Identiteit van de CGG-ouderenteams

Het aanbod van de CGG maakt deel uit van de identiteit van de CGG. Dit concrete aanbod verschilt van centrum tot centrum (zie hoofdstuk 1, 2.2.), waardoor het voor buitenstaanders soms moeilijk is precies te weten waarvoor men in élk CGG terecht kan.

Aangezien de verschillende CGG niet dezelfde criteria gebruiken voor afbakening van de doelgroep (zie hoofdstuk 1, 2.1.) ontstaan er vreemde situaties. Op de ene plaats zou een oudere bijvoorbeeld wel kunnen geholpen worden door het CGG bij een verslavingsprobleem en op een andere plaats niet. Dit zorgt voor ongelijke zorgtoegankelijkheid in Vlaanderen. Daarenboven draagt dit niet bij tot een duidelijke herkenbaarheid en profilering van de CGG.

Wat betreft dementieproblematiek is het niet altijd helder wat al dan niet een taak is voor een CGG. Een aantal CGG kiezen ervoor om zich niet toe te spitsen op deze problematiek. Ook als de diagnose dementie gesteld is, is er nog een zeer grote variatie in de problematiek. Zo is er beginnende dementie, waarbij angst en onzekerheid in verband met verlies van kennis en vaardigheden nog goed behandelbaar zijn en waarvoor heel wat therapeutische programma’s uitgewerkt zijn. Volgens experts en vertegenwoordigers uit de vraagzijde zouden de CGG een belangrijke rol kunnen opnemen in het stellen van de zorgdiagnose, de begeleiding van de omgeving en het ondersteunen van preventieve initiatieven.

Van Audenhove e.a. (2009)<sup>14</sup> pleiten er voor dat de CGG meer aandacht aan deze problematiek besteden. Als goede praktijk vermelden ze CGG Brussel-Oost en CGG De Pont.

Er lijkt een leemte te zijn ontstaan op dit vlak: expertisecentra dementie geven enkel algemene informatie, maar geen geïndividualiseerd advies of individuele begeleiding. In algemene en psychiatrische ziekenhuizen kunnen ouderen en hun familie/mantelzorgers slechts terecht gedurende de duur van de opname of voor enkele consultaties. Langer durende ambulante begeleiding is vaak niet mogelijk. Het CGG zou hier een meerwaarde kunnen bieden.

## 3. Toeleiding

In het algemeen zijn de middelen van de CGG-ouderenteams beperkt. De uitbreiding in 2008 met 15 VTE zorgde voor een toename van het aantal ouderenhulpverleners in de CGG. Toch is de groep ouderenhulpverleners nog steeds beperkt en kunnen ouderen niet overal in Vlaanderen beroep doen op specifieke CGG-ouderenhulpverlening in hun directe buurt (zie hoofdstuk 1, 1.1.).

De CGG zijn daarenboven bij de ouderen weinig gekend. De drempel om naar de geestelijke gezondheidszorg toe te stappen is voor ouderen groot. Er is een fysieke drempel: sommige ouderen zijn niet zo mobiel, waardoor zij moeilijk tot in het centrum geraken. Daarnaast is er een psychische drempel: sommige ouderen

<sup>13</sup> zie Nassen, E., (2004), “overzicht schema GGZ ouderen: concepten, korte inhoud en concretisering”, in Hospitalia 2004-2

<sup>14</sup> Van Audenhove, C., e.a. (2009). De zorg voor personen met dementie: perspectieven en uitdagingen. *Uitg. Koning Boudewijnstichting* (p100 -103). [http://boudewijnstichting.org/uploadedFiles/KBS-FRB/05\\_Pictures\\_documents\\_and\\_external\\_sites/09\\_Publications/1869-NL.pdf](http://boudewijnstichting.org/uploadedFiles/KBS-FRB/05_Pictures_documents_and_external_sites/09_Publications/1869-NL.pdf)

komen niet zomaar hun huis uit om naar een vreemde plaats te gaan en een vreemde persoon te ontmoeten. Daarnaast bevindt de geestelijke gezondheidszorg zich nog steeds in de taboesfeer. Ook zijn er wachttijden, waar ouderen, maar ook professionele hulpverleners op afknappen. De betaling vormt een bijkomend probleem: voor sommigen vergroot de drempel als voor de psychische hulp betaald moet worden.

Professionele hulpverleners (huisartsen, verzorgenden, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, ...) ervaren soms moeilijkheden bij de herkenning van signalen van psychische en psychiatrische problemen (zie hoofdstuk 4, 2.1.). Hierdoor worden ouderen en familieleden niet steeds naar de CGG doorverwezen wanneer dit geïndiceerd is.

Er is nood aan klinische CGG-hulp die snel in actie kan komen. De CGG zijn volgens de vraagzijde echter niet steeds bereikbaar voor advies of kunnen niet onmiddellijk een begeleiding opstarten.

Ondanks de grote inspanningen van CGG, koepels en overheid, dreigen er groepen ouderen uit de boot te blijven vallen, zoals bijvoorbeeld ouderen die zorg weigeren of ouderen bij wie nooit hulp aan huis komt, zelfs geen huisarts (zie o.a. studie De Witte rond kwetsbaarheid, hoofdstuk 4, 1.4.). Welke rol kunnen de CGG hierin spelen? Is hier een taak weggelegd voor de maatschappij?

#### **4. Samenwerking en overleg**

De voorbije jaren zijn er vanuit de overheid vele beleidsmaatregelen genomen inzake afstemming van zorg en om te komen tot een meer geïntegreerde samenwerking. Dit verloopt echter niet steeds gestroomlijnd. Prof. De Lepeleire wijst in zijn artikelen en toespraken regelmatig op het vastlopen van overleg doordat er zoveel soorten overleg zijn, georganiseerd vanuit verscheidene beleidsniveaus. Zo ontstaan situaties waar overleg van het overleg gecreëerd wordt zodat het niet meer werkbaar is<sup>15</sup>.

De huisarts wordt in vele situaties als centrale persoon gezien in de sturing van de hulpverlening. Ook vanuit de CGG wordt de huisarts als een belangrijke partner in de zorg gezien. De wachttijden in de CGG en het niet aan huis komen van de medewerkers van een CGG waren voor de huisarts een hindernis in het samenwerken met de CGG.

De CGG, die een positie hebben tussen eerste- en derdelijnsdiensten en die zeker baat hebben bij de afstemming van de zorg met deze partners, worden slechts betrokken op vraag van de eerste of derde lijn. Zelf hebben CGG bijna nooit het projectroer in handen. Ze zijn zelden project'houder'. Op die manier kunnen zij zelf té weinig de andere zorgschakels oproepen tot samenwerking. Dit maakt hen een vrij zwakke partner, die enkel kan re-ageren en te weinig zelf de maat kan aangeven. Zo zijn er bij de federaal betoelagde therapeutische projecten samenwerkingsakkoorden afgesloten met hulpverlenende organisaties uit de diverse echelons voor specifieke doelgroepen van zorg. Bij de SIT-vergaderingen (in de toekomst: SEL) zijn de CGG soms betrokken partij op initiatief van de eerste lijn, al dan niet op casusniveau.

Via het outreachend werken komen de CGG vaker in contact met andere sectoren. Zij onderhandelen over het aanbod dat zij kunnen doen en de tussenkomst die zij hiervoor vragen. Onderhandelingen verlopen soms stroef omdat de andere sectoren zich bewust zijn van de verschillen tussen de CGG: het ene CGG vraagt bijvoorbeeld 15 euro per uur consultatie in een WZC, terwijl een ander CGG dit gratis doet. In het ene CGG kan men wel terecht met dementieproblematiek en in het andere CGG niet.

Indien de taken van een CGG-hulpverlener die outreachend werkt in een WZC vooraf onvoldoende helder omschreven zijn, bestaat het gevaar dat men ingeschakeld wordt voor het invullen van andere behoeftes dan deze waarvoor men oorspronkelijk is aangezocht (bijvoorbeeld invullen van behoefte aan middenkader) of loopt men het risico dat er ontevredenheid ontstaat bij beide partijen over de manier waarop gewerkt wordt.

---

<sup>15</sup> De Lepeleire, J. (2009). 't Zit vast. Analyse van de complexe thuis- zorgwereld. *Presentatie op Symposium Thuis-be-zorgd: Gedeelde zorg voor Geestelijke Gezondheid bij Ouderen op 05/09/2009.*

## 1. Richtinggevende info

Er zijn reeds vele teksten geschreven rond de ontwikkeling van de geestelijke gezondheidszorg voor ouderen. Hieronder formuleren wij enkele aandachtspunten uit deze teksten.

### 1.1. Visie op zorg

Het ontwikkelen van een visie over hoe we geestelijke gezondheidszorg willen aanbieden en hoe onze partners zich hierin positioneren zal bepalend zijn voor het grondplan van een geïntegreerde ouderenzorg in de toekomst.

In het algemeen wordt de zorg voor ouderen meer en meer gezien als deel uitmakend van het maatschappelijke leven. Er wordt gepleit voor een zorgzame samenleving (VVI, 2003<sup>16</sup>). Er is een tendens merkbaar naar zorg voor ouderen in hun vertrouwde leefmilieu. De CGG worden aangespoord outreachend te gaan werken. Er wordt gestreefd naar integratie en participatie van ouderen in de samenleving, vanuit een competentiemodel in plaats van een deficitmodel<sup>17</sup>. Ouderen worden niet enkel gezien in hun beperkingen, maar ook in hun mogelijkheden.

In deze zorgzame samenleving werken verschillende voorzieningen en sectoren samen (VVI, 2003). Zij respecteren elkaar, stemmen hun aanbod en werking op elkaar af en zijn complementair. Zij dragen een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de zorgvrager en diens context. Er is ruimte voor informatieoverdracht en onderling overleg teneinde de continuïteit tussen de verschillende vormen van dienstverlening te optimaliseren. Voorzieningen delen hun competenties met elkaar via overleg, uitwisseling, coaching en het geven van opleiding aan elkaar. De GGZ is de oudere helemaal niet vreemd, omdat geestelijke gezondheidszorg integraal deel uitmaakt van de samenleving. Dit betekent dat er linken zijn tussen de sector van de GGZ en andere domeinen in de samenleving, zoals welzijn, cultuur, huisvesting,... Laagdrempelige aanmeldingspunten, toegankelijke, hooggespecialiseerde zorg en gerichtheid op het dagelijks functioneren van de oudere (naast aandacht voor diagnoses en symptoomvermindering) dragen bij tot een verankering van de GGZ in de samenleving, waardoor de drempel verkleint.

De oudere en zijn omgeving staan in dit model centraal. Zij worden in het hulpverleningsproces betrokken als evenwaardige partners. Dit betekent dat met hen overlegd wordt over het hulpverleningsproces en de manier van werken.

De expertise van de GGZ wordt in dit ideale plaatje ook beschikbaar gemaakt op de eerste lijn, zowel voor hulpverleners als cliënten. GGZ-hulpverleners delen hun kennis met andere professionelen (huisartsen, thuiszorg, dienstencentra, WZC, ...) via intervisie, overleg, casusbespreking en opleiding. Zij gaan naar de cliënten op de eerste lijn voor vroegdetectie, indicatiestelling, toeleiding, crisisinterventie en begeleiding. De GGZ neemt dus een actieve rol op zich in plaats van te wachten tot de cliënt van zelf naar haar toekomst.

Inspirerend om te komen tot zo'n samenwerkingsmodel is het artikel van Van Hoof, Vijselaar en Kok (2009)<sup>18</sup>. Zij beschrijven vier mogelijke scenario's voor de toekomstige Nederlandse geestelijke gezondheidszorg. Zij combineren een (inhoudelijke) dimensie van een meer medische of meer contextuele oriëntatie met een tweede (organisatorische) dimensie van samenwerking versus concurrentie.

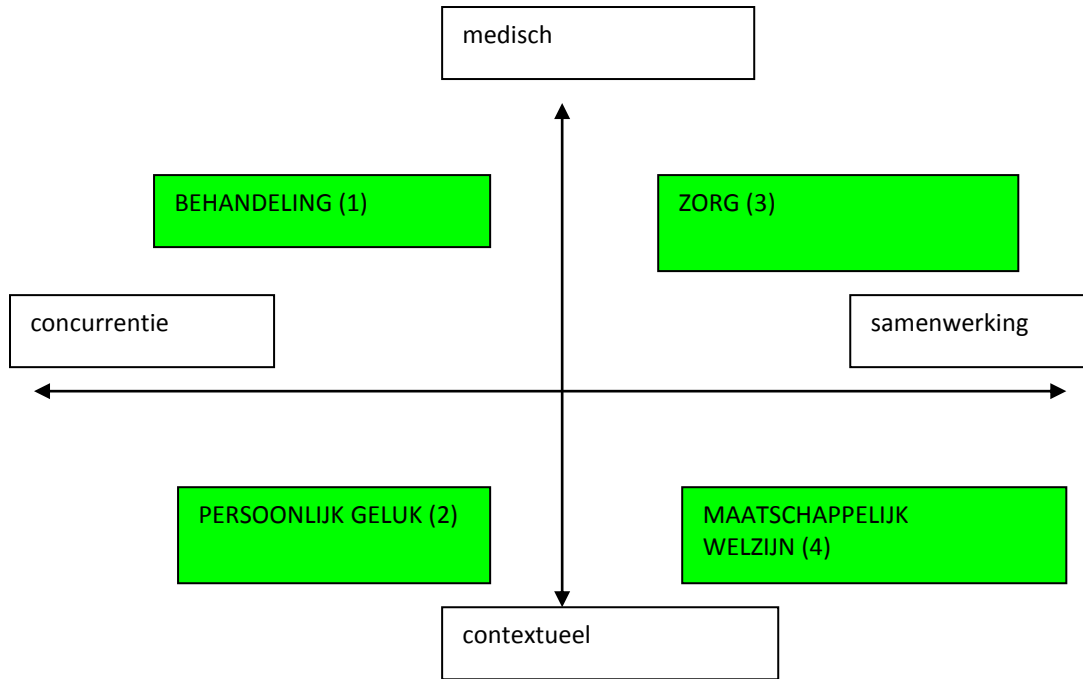
---

<sup>16</sup> Intersectoriële commissie ouderenzorg (2002-2003). Waarden-volle zorg in partnerschap. Krachtlijnen voor een vernieuwend ouderen(zorg-)beleid. Verbond der Verzorgingsinstellingen (Zorgnet Vlaanderen).

<http://www.zorgnetvlaanderen.be/publicatie/Documents/Andere/waardenvolle%20zorg.pdf>

<sup>17</sup> Staf GGZ (2009). Basisconcepten van de GGZ-transformatie. Slides Zorgnet Vlaanderen.

<sup>18</sup> Van Hoof F., Vijselaar J. & Kok I. (2009). Van overheidssturing naar marktwerking. Stand van zaken en toekomstscenario's in de GGZ. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* (4), 239-255.



Figuur 4. Vier mogelijke toekomstscenario's voor de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg.

De combinatie van deze twee dimensies leidt tot vier mogelijke scenario's:

**1. Eerste kwadrant : concurrentie in de medische GGZ-dimensie**

kernbegrip = **behandeling**

Geprotocolleerde , **medische behandeling** van GGZ-problemen

- Instellingen bieden behandeling aan voor veel voorkomende psychische klachten in onderlinge concurrentie
- Behandeling is doelmatig, effectief, evidence based, korte wachttijd, snel en kortdurend
- Info+marketing stimuleert zoeken van professionele hulp

**2. Tweede kwadrant : concurrentie in de contextuele GGZ-dimensie**

kernbegrip= **persoonlijk geluk**

■ GGZ-problemen horen bij het leven en hangen samen met levensgebeurtenissen en persoonlijke aspecten

■ Het is normaal dat je GGZ-hulp zoekt

■ GGZ biedt een breed scala van benaderingen en hulpverleningsmethodieken. Deze zijn te vinden in grote concerns en bij vrijgevestigde hulpverleners. Kleine instellingen profileren zich met specifieke hulpvormen die inspelen op specifieke noden (niches)

**3. Derde kwadrant : samenwerking in de medische GGZ-dimensie**

kernbegrip =**zorg**

■ Psychische problemen zijn ziekten die goede **integrale zorg** vereisen

■ Zorgprogramma's, ketenzorg en disease management zijn belangrijke organisatieprincipes voor GGZ

■ Samenwerking tussen de instellingen en ondersteund door de zorgverzekeraars.

■ Samenwerking met andere sectoren (onderwijs, arbeid) blijft beperkt en is consultatief

**4. Vierde kwadrant : samenwerking in de contextuele GGZ-dimensie**

kernbegrip =**maatschappelijk welzijn**

■ GGZ-problemen behoren bij het leven en worden medebepaald door omstandigheden op school, werk, wijk

- In individuele hulpverleningstrajecten worden kennis, info en perspectieven van cliënt, professionals en hulpverleners uitgewisseld
- Op collectief niveau worden programma's ontwikkeld om problemen te voorkomen
- Met het oog op economische voordelen op langere termijn ondersteunen overheid en zorgverzekeraars dit project

Van Hoof e.a. plaatsen deze vier scenario's als evenwaardig naast elkaar, elk met eigen voor- en nadelen. Zij stellen wel dat er geen sprake is van een evolutie naar een niet-concurrentiële samenwerking. Uit de gesprekken met de partners van de vraagzijde menen we echter ook te kunnen afleiden dat er een voorkeur bestaat voor het vierde scenario. Dit scenario sluit goed aan bij de beleidslijn van de Europese Commissie rond het streven naar vermaatschappelijking. Samenwerking en afstemming van zorg zijn belangrijke randvoorwaarden om te komen tot goede zorg bij ouderen. In de meer concurrentiële scenario's is het risico groot dat zorgbehoevende ouderen niet de nodige zorg zullen krijgen omwille van de financiële drempels en de drempel om hulp te zoeken, die nu al hoger ligt bij deze groep. Ook rijst hier de vraag hoe de afstemming van de zorg moet gebeuren tussen diensten met uiteenlopende belangen. Regionale samenwerking zal dan geëvalueerd en georganiseerd worden in functie van win-win scenario's tussen de verschillende partners.

Indien de CGG opteren voor een regionaal samenwerkingsmodel lijkt het voor CGG belangrijk om systematisch en structureel verankerd betrokken te zijn bij het overleg over de ontwikkelingen; dit om samen met de andere GGZ-partners de specifieke kijk op geestelijke gezondheidszorgproblemen bij ouderen en de (ambulante) aanbodszijde te kunnen inbrengen in de organisatie van de zorg.

### 1.2. Relevante items uit het decreet betreffende de GGZ

Het CGG is een erkende gezondheidsvoorziening die op multidisciplinaire wijze ambulante geestelijke gezondheidszorg verleent in een extramuraal GGZ-kader aan personen met ernstige geestelijke gezondheidsproblemen of met geestelijke gezondheidsproblemen die een ernstig risico tot chroniciteit in zich dragen en die in aanmerking komen voor zorgverlening.

Het CGG profileert zich als tweedelijnsgezondheidsvoorziening.

De geestelijke gezondheidszorg heeft als opdracht de verantwoorde zorg aan te bieden met het oog op het herstel van het psychisch evenwicht of het draaglijk maken van psychische stoornissen voor cliënten en hun leefomgeving, opdat aldus cliënten competenties verwerven of ontwikkelen die de basis vormen voor hun emancipatie en hun maatschappelijk geïntegreerd functioneren. De CGG dragen hiertoe bij en doen maximaal een beroep op de medeverantwoordelijkheid en de zelfredzaamheid van de cliënt en zo gebruik maken van de minst ingrijpende behandeling om ten aanzien van de vastgestelde problematiek het gewenste effect zo maximaal mogelijk te bereiken.

De zorg van het CGG bestaat uit onder meer volgende elementen : intake, diagnose en indicatiestelling, sociaal-psychiatrische en psychotherapeutische behandeling en begeleiding, informatie en adviesverstrekking aan verwijzers met betrekking tot haar opdracht, werkingsbeginselen en doelgroepen.

Het CGG is verplicht aan iedere cliënt, zonder onderscheid van leeftijd of geslacht, van ideologische, filosofische of godsdienstige overtuiging en zonder onderscheid van de vermogenstoestand van de betrokkene, verantwoorde zorg te verstrekken en hem op een respectvolle manier te behandelen.

Het CGG schenkt uitdrukkelijk aandacht aan kinderen, ouderen en aan sociaal en financieel zwakkere personen. Het CGG duidt multidisciplinaire teams aan die aan kinderen en aan ouderen geestelijke gezondheidszorg verlenen.

Het CGG werkt interdisciplinair en benadert de cliënten vanuit psychiatrische, psychologische, agogische en sociale disciplines.

Het CGG verleent zijn medewerking aan preventieve acties die kaderen in het verlengde van zijn opdracht en die gericht zijn op specifieke risicogroepen in de bevolking en sluit daartoe samenwerkingsakkoorden met de LOGO's die actief zijn binnen het werkgebied van het centrum voor geestelijke gezondheidszorg.

Het CGG functioneert binnen één of meer psychiatrische netwerken waarin samenwerkingsafspraken en procedures zijn overeengekomen teneinde een voldoende, gedifferentieerd en doelgroepgericht geestelijk gezondheidszorgaanbod te realiseren, zodat cliënten er terecht kunnen voor passende zorg op maat.

Het CGG maakt afspraken met zijn verwijzers en werkt samen met eerstelijnsgezondheids- en welzijnsvoorzieningen binnen zijn werkgebied.

Sleutelwoorden:

- Ernstige geestelijke gezondheidsproblemen
- Ambulant
- Extramuraal GGZ-kader (buiten de muren van het ziekenhuis/van de betrokken instelling)... of zelfs buiten de muren van het CGG
- Multidisciplinair
- Interdisciplinair
- Tweedelijns
- Minst ingrijpend
- Verantwoorde zorg
- Aan iedere cliënt, met uitdrukkelijke aandacht aan kinderen, ouderen, sociaal-zwakkeren
- Intake, diagnose, indicatiestelling, sociaal-psychiatrische en psychotherapeutische behandeling en begeleiding
- Informatie- en adviesverstrekking aan verwijzers
- Doel: herstel van het psychisch evenwicht of het draaglijk maken van psychische stoornissen voor cliënten en hun leefomgeving
- Samenwerking, onder andere inzake preventie

1.3. *visieontwikkeling door beleidsvoorbereidende en middenveldorganisaties: CGG-beleidsplan ouderenzorg FDGG<sup>19</sup>, GGZ-Zorgcircuits en netwerken voor ouderen, visietekst CGGZ Brussel-Oost<sup>20</sup>, advies Vlaamse Gezondheidsraad 2006<sup>21</sup>*

Het CGG-beleidsplan ouderenzorg van het FDGG kwam tot stand met de medewerking van de FDGG-werkgroep Ouderen & Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg en de stafmedewerkers van de FDGG. Deze tekst wordt gedragen door alle ouderenteams die eraan meewerkten. De tekst uit 2000 is een verdere concretisering van een beleidstekst die opgesteld is in 1990: 'Sociaal-psychogeriatrische functie van de centra voor geestelijke gezondheidszorg'. Deze eerste tekst is ontwikkeld in samenspraak met beide koepels en onderschreven door 56 van de 80 centra (voor de fusie van CGG).

In de tekst wordt beschreven vanuit welke context de centra werken en hoe een vraaggestuurd ambulant aanbod kan worden uitgebouwd. Op p. 6-7 vinden we volgende visie op het zorgaanbod en de aard van de activiteiten (onze onderstreping):

*"Het is niet eenvoudig om binnen het GGZ-hulpaanbod voor ouderen specifieke programma's af te bakenen. GGZ voor ouderen vraagt om een complex van benaderingen aangezien de problematiek van deze groep een complex van factoren omvat (vgl. FuGo 1991, p. 21/22):*

- *de problematiek is veelal meervoudig en vraagt om een meervoudig hulpaanbod;*
- *nog sterker dan bij andere volwassenen zijn problemen een gevolg van een combinatie van factoren en is er een grote onderlinge samenhang tussen psyche, relationele en sociale invloeden en het fysische. Lichamelijke en psychische aandoeningen treden vaak tegelijkertijd op en kunnen elkaar versterken c.q. het bestaan van elkaar oproepen;*
- *de doelen die in de hulpverlening worden nagestreefd kunnen veranderen: bijvoorbeeld 'herstellen' kan afwisselen met aspecten van 'draaglijk maken';*
- *het achtereenvolgende of gelijktijdige gebruik van verschillende functies (behandelen, begeleiden, verzorgen, verplegen) is nodig. Bovendien kunnen in de loop van een individuele zorgperiode zowel de benodigde frequentie als de intensiteit variëren;*
- *actief onderling overleg en informatiedoorstroming tussen alle betrokken hulpverlening, de patiënt en zijn naaste omgeving is eveneens een belangrijke factor;*
- *de hulpvraag gaat vaak niet (alleen) van de oudere zelf uit, maar van diens omgeving of andere welzijns- en zorgvoorzieningen;*

<sup>19</sup> FDGG-werkgroep Ouderen & Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg en stafmedewerkers van de FDGG (2000). CGG-beleidsplan ouderenzorg.

<sup>20</sup> Ouderenteam CGGZ Brussel deelwerking Brussel-Oost & Commissie Ouderen CGGZ Brussel (2006). Ontwerp voor een toekomstig ouderenbeleid binnen CGGZ Brussel. [http://www.cggz-brussel.be/uploads/voor\\_website\\_visietekst\\_ouderenbeleid.pdf](http://www.cggz-brussel.be/uploads/voor_website_visietekst_ouderenbeleid.pdf)

<sup>21</sup> Advies van de Vlaamse Gezondheidsraad (2006). Geïntegreerd advies inzake preventie in de GGZ, de toegankelijkheid van de GGZ voor allochtonen, GGZ voor ouderen en de vermaatschappelijking van de GGZ. <http://wvg.vlaanderen.be/vgr/pdf/2006/ggz.pdf>

- er is een grote kans op langdurige of intermitterende zorgbehoefte;
- het optreden van bijkomende stoornissen (en de mate waarin dit het geval is) vormt een extra complicerende factor. Zo hebben oudere patiënten met een depressief syndroom met of zonder een ernstige M. Parkinson verschillende behoeften. Op dezelfde wijze spelen de ernst van het toestandsbeeld, het al dan niet verstoord zijn van de ADL-functies en de draagkracht van het omgevingsnetwerk een belangrijke rol bij de uiteindelijke inzet van een behandel- of zorgplan.

Uit bovenstaande opsomming blijkt dat het aantal combinaties/mogelijkheden in de praktijk van de ouderenzorg oneindig groot is. Rekening houdend met de complexiteit van de problematiek is er echter toch wel een differentiatie aan te brengen in 'categorieën', problemen en hulpvragen van ouderen en een daarbij passend hulpaanbod. Naast het op ouderen zelf gerichte zorgaanbod wordt een aanbod beschreven dat specifiek gericht is op hulpverlening aan het omgevingsstelsel van de ouderen. Het onderscheid tussen het individu en het stelsel is nodig omdat het betrekken van de omgeving van een oudere persoon bij de behandeling of begeleiding vaak van wezenlijk belang is. Naast therapeutische interventies gericht op de als patiënt aangewezen oudere, is vrijwel steeds advisering en ondersteuning van het sociaal netwerk evenzeer noodzakelijk. Soms is zelfs de 'geïdentificeerde cliënt' in het geheel niet betrokken bij de hulpverlening die ten behoeve van hem/haar verstrekt wordt. Voor het formuleren van functionele programma's is dit onderscheid dus zeer relevant."

In "waarden-volle zorg in partnerschap"(2003) en later ook in "overzicht schema GGZ ouderen" 2004 schetst het toenmalige VVI (nu Zorgnet Vlaanderen) de nood aan continuïteit in de zorg, en het belang van transsectorale integratie en zorgafstemming met betrekking tot de zorg voor kwetsbare oudere (met of zonder evidente GGZ-behoeften). Centrale idee in deze publicatie is dat men, wil men tot volwaardige zorg voor deze ouderen komen, dient te vertrekken van een grondige, multimodale en systemische verkenning van zorgvraag en zorgnood, om op basis daarvan en in samenspraak tussen de verschillende aanwezige/betrokken actoren passende antwoorden te bieden, te organiseren vanuit verschillende zorgfuncties in functie van de specifieke nood. De samenwerking tussen de verschillende actoren op het terrein, zowel de specialistische GGZ als de niet-GGZ, is noodzakelijk om vlotte overgangen en continuïteit in het aanbod te borgen. Zo worden zorgcircuits en netwerken gecreëerd binnen de GGZ, en articuleren deze circuits en netwerken duidelijk met de (niet-GGZ) netwerken daarbuiten.

Ook in het deeladvies GGZ voor ouderen van de Vlaamse Gezondheidsraad vinden we dezelfde visie terug. Tevens expliciteren zij dat vele ouderen met GGZ-noden de weg naar een adequate GGZ-zorg niet vinden.

CGG Brussel-Oost kent aan de CGG een scharnierfunctie toe: het CGG legt de link en is indien nodig de filter tussen de eerste- en de derdelijn. Op deze manier kunnen definitieve opnames in de residentiële sector worden uitgesteld of begeleid worden. Dit veronderstelt dat er op de eerste lijn voldoende expertise aanwezig is om geestelijke gezondheidsproblematiek te detecteren en de ernst ervan te kunnen inschatten. De CGG kunnen de eerste lijn hierin ondersteunen.

In alle drie de teksten worden de verschillende zorgfuncties beschreven die mogelijk zijn voor ouderenhulpverlening in de CGG. Al deze functies zijn belangrijk bij de opdracht van de centra in deze . Bij schaarste van middelen moet er echter een keuze gemaakt worden waar men prioritair aandacht aan besteedt. Het is dan ook belangrijk dat, naast de noodzakelijke ruimte voor plaatselijke diversiteit, er voldoende herkenbaarheid is in het aanbod van de sector.

#### 1.4. Ouderenbehoefteonderzoek

Voor de CGG kan het interessant zijn om de lokale noden op het vlak van geestelijke gezondheidszorg beter te leren kennen. De Witte e.a.<sup>22</sup> voeren op dit ogenblik, in samenwerking met een aantal gemeentes, een ouderenbehoefteonderzoek uit naar aanleiding van het decreet op de ouderenbeleidsparticipatie. Een deel van het onderzoek gaat over kwetsbaarheid. Uit het onderzoek blijkt dat de helft van de personen die hulp nodig heeft geen hulp ontvangt. Voor meer informatie over het onderzoek verwijzen wij naar bijlage 1.

<sup>22</sup> De Witte, N., Dury, S., Verté, D. (2009). De detectie van kwetsbare ouderen: een burgerschaps perspectief. *Presentatie op de wintermeeting van de Belgische Vereniging voor Gerontologie en Geriatrie op 06/02/2009.*

## 2. Verwachtingen van de vraagzijde

### 2.1. Overleg met het werkveld

Zoals hoger gesteld hadden we twee overlegmomenten met de partners van de vraagzijde: de Woon- en Zorgcentra en de reguliere thuiszorg enerzijds, en anderzijds de mantelzorg en vertegenwoordigers van de ouderen zelf. Daarnaast hadden we diverse individuele contacten. De ouderenhulpverlening van de CGG maakt immers deel uit van een werkveld waarin vele andere partners actief zijn. De verwachtingen van de vraagzijde kennen draagt bij tot de genuanceerde positionering van de CGG. De namen van de deelnemers aan deze ontmoetingen zijn te vinden in bijlage. Een gedetailleerd verslag van deze activiteiten kan opgevraagd worden.

De verwachtingen van de vraagzijde inzake het CGG-aanbod zijn meervoudig, omvangrijk en hooggespannen. De partners uit de vraagzijde reageerden bijzonder gretig op de uitnodigingen voor de overlegmomenten met de CGG. Het lijkt wel alsof deze uitnodigingen worden aangeklampt om een behoefte op vlak van geestelijke gezondheidszorg in te lossen die veel groter is dan wat de CGG kunnen bieden.

Volgende noden worden aan de CGG gesignaleerd:

1. Er is geen nood aan coördinatie. Er zijn immers reeds verschillende andere diensten die coördinerend werk leveren.
2. De vraagzijde brengt onder de aandacht dat het merendeel van de ouderen thuis woont.
3. Er wordt gevraagd naar afstemming tussen CGG en andere partners die eveneens actief zijn rond ouderen in de eigen buurt.
4. Er is nood aan snel inzetbare interventies ten aanzien van de oudere zelf, de mantelzorgers of de betrokken professionele hulpverleners (in crisissituaties). Er wordt gevraagd naar een hulpverlening die snel optreedt bij melding en die dicht aansluit bij de zorg die net voorafgaat.
5. Er is nood aan gespecialiseerde hulpverlening. CGG-hulpverleners worden verondersteld kennis te hebben van psychopathologie en psychotherapeutische processen. Net deze kennis en vaardigheden maken hun bijdrage zo waardevol, specifiek en onmisbaar voor de andere sectoren in de dagelijkse praktijk.
6. Er is een grote vraag naar individuele therapie en/of begeleiding voor cliënten en/of hun omgeving. Outreachend werken is daarbij soms nodig. Zowel kortdurende als langer lopende begeleidingen/behandelingen zouden mogelijk moeten zijn.
7. Ziektediagnose? Zorgdiagnose?  
Over de rol van psychodiagnostiek, uitgevoerd door een CGG-medewerker, is minder eensgezindheid. Enerzijds is er nood aan een goede inschatting van het probleem en de mogelijkheden van de cliënt en zijn omgeving. Anderzijds vraagt men zich luidop af of psychodiagnostiek *op dit moment* een prioriteit van een CGG-ouderenteam moet zijn, gezien de beperktheid van de huidige middelen. Daarenboven is samenwerking met medische instanties (geriaters, beeldvorming,...) voor psychodiagnostiek nodig, vanwege de complexiteit van de problemen die zich achter een symptoom kunnen verschuilen.  
Het onderscheid tussen 'ziektediagnose' en 'zorgdiagnose' brengt opheldering. De 'ziektediagnose' geeft weer aan welke ziekte de persoon lijdt. Hiervoor wordt beroep gedaan op klinisch interview, beeldvorming, medische onderzoeken en psychologische tests. De 'zorgdiagnose' brengt het functioneren van de oudere en zijn omgeving in kaart op verschillende levensdomeinen. Er wordt onderzocht wat de persoon in zijn omgeving nog kan en waar hij bijkomende zorg nodig heeft. Ook wordt onderzocht wat de mogelijkheden, de draagkracht en de draaglast van de omgeving zijn om met bepaalde beperkingen om te gaan.  
Uit de gesprekken met vertegenwoordigers van de vraagzijde blijkt dat er nood is aan een goede, individueel opgestelde zorgdiagnose met handelingsgerichte adviezen. Mensen krijgen bijvoorbeeld te horen dat zijzelf of hun familielid, kennis, cliënt,... dementie hebben of aan een bepaalde psychiatrische aandoening lijden, maar blijven zitten met de vraag hoe hiermee om te gaan. Hier zouden de CGG een in tijd en opdracht omliggende interventie kunnen uitvoeren, in samenwerking met de andere zorgactoren.
8. Mediërend werken. Er is een grote vraag naar ondersteuning voor de professionele hulpverleners in de omgang met ouderen met psychische problemen, zowel in het WZC als in de thuissituatie (o.a.

aanwezigheid op casusgebonden multidisciplinair SIT/SEL-overleg<sup>23</sup>). De expertise van de CGG-medewerker zou gewaardeerd worden bij de herkenning van signalen van psychische aandoeningen en als ondersteuning bij complexe cliëntsituaties.

9. Net zoals in de outreachprojecten van 2006-2007 werd ervaren (zie verslaggeving Van de Wygaert<sup>24</sup>), zeggen de partners uit de vraagzijde niet zozeer nood te hebben aan theoretische lessen door de CGG over depressie, rouw, dementie, ... , maar wel aan praktijkgerichte vorming met ruimte voor modellerend werken en oefenen aan de hand van echte casusvoorbeelden. Andere sectoren, zoals bijvoorbeeld de sector van het sociocultureel vormingswerk, zouden kunnen instaan voor het geven van theoretische lessen.
10. Er is grote vraag naar meer zorg voor de mantelzorgers. In het algemeen is dit een groep die tot nu toe weinig aan bod komt, maar die toch heel wat noden heeft.
11. Hulpverlening aan ouderen met (beginnende) dementie en aan mantelzorgers en professionele thuiszorgmedewerkers bij de omgang met mensen met dementie wordt eveneens gevraagd.
12. Er is vraag naar samenwerking tussen de (eventueel aanwezige) interne rusthuispsycholoog en de externe CGG-medewerker. Ondanks een gelijke achtergrond, kunnen zij elkaar toch aanvullen. De rusthuispsycholoog heeft het voordeel dat hij veel aanwezig is in het WZC en zodoende talrijke formele en informele contacten kan hebben met bewoners, families, personeel en directie. Hij kan daarenboven gemakkelijker inspelen op het beleid en werken naar een klimaatverandering in het WZC als dat zou nodig zijn. De CGG-hulpverlener is daarentegen een buitenstaander. Deze positie heeft het voordeel dat hij aanzien wordt als een onafhankelijke derde. Dit verhoogt het vertrouwen en de veiligheid. Van buitenaf worden anderzijds ook dingen anders gezien dan van binnenuit. Het nadeel voor de externe CGG-medewerker is dat hij minder op het beleid kan inspelen en afhankelijk is van de vragen en de goodwill van het WZC en zijn werknemers. Van de Wygaert doet daarenboven in zijn verslaggeving van de outreachprojecten de suggestie dat de interne rusthuispsycholoog best een breed extern steunnetwerk heeft door bijvoorbeeld ingebed te zijn in een CGG-team. Bijkomende ruggensteun voor de psycholoog die in het WZC werkt, of dit nu een interne of externe hulpverlener is, is noodzakelijk, gezien de complexiteit van zijn opdracht en de eenzame plaats die hij inneemt in een setting die nog hoofdzakelijk sociaal-somatisch georiënteerd is.
13. Als mogelijk model voor de samenwerking met de CGG brengt de vraagzijde de werking van de palliatieve netwerken naar voor (zie hoofdstuk 4, 2.2.).

## 2.2. Goede praktijken van de vraagzijde

Het is duidelijk dat ook de partners uit de vraagzijde belang hechten aan geestelijke gezondheidszorg voor ouderen. Zo wordt er bijvoorbeeld nagedacht rond klinische paden in de geestelijke gezondheidszorg voor ouderen of wordt er door sommige partners gewerkt met referentiepersonen psychische zorg.

Vanuit de vraagzijde wordt er meerdere keren verwezen naar de organisatie van de palliatieve netwerken als mogelijk model voor de ouderenteams van de CGG. De palliatieve netwerken:

- kunnen snel interveniëren
- bieden gespecialiseerde hulpverlening aan
- werken mediërend, ter ondersteuning van de hulpverleners op het werkveld
- hechten veel belang aan een goede samenwerking met de huisarts.

Een boeiend initiatief van samenwerking waar het CGG LITP aan meewerkt is het **project Menos** in Genk. Doelstelling is de ontwikkeling van een keten van zorg die de oudere met een psycho-organische stoornis, psycho-sociale problemen of dementie zo lang mogelijk ondersteunt en dit met een zo specifiek mogelijke zorg, die toelaat om dicht bij de belevingswereld van de oudere te blijven.

---

<sup>23</sup> Het aantal ouderen in de WZC en in de thuiszorg met een psychiatrische problematiek neemt toe. De plaatselijke professionele hulpverleners zijn meestal onvoldoende opgeleid om met deze problematieken om te gaan. Zij vragen ondersteuning van de CGG-medewerkers. Deze vragen stemmen overeen met de noden in de WZC die reeds werden gedetecteerd tijdens de outreachprojecten van 2006-2007. Van de Wygaert en Nassen formuleerden in hun verslaggeving<sup>23</sup> eveneens dat de complexiteit van de hulpvraag is toegenomen en dat de medewerkers van de WZC vooral vertrouwd zijn met een somatisch referentiekader en met hygiënezorg, maar veel minder met het referentiekader van geestelijke gezondheidszorg.

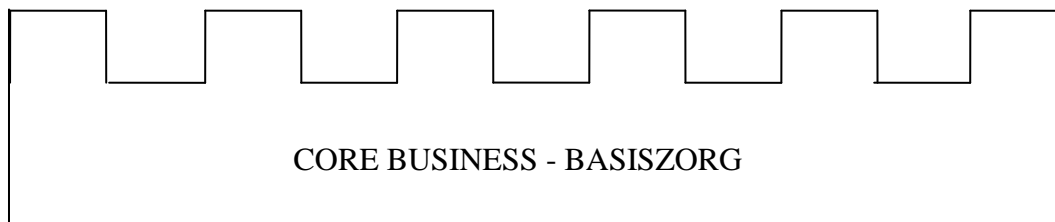
<sup>24</sup> Van de Wygaert, R. (2007). Verslag van de vergadering van 20 juni 2007 van de projecten 'outreach vanuit CGG in de residentiële ouderenzorg'.

De meerwaarde van het initiatief Menos ligt in het samengaan van de specialistische kennis en de expertise van de verschillende zorgpartners. Door de functionele samenwerkingsverbanden tussen de verschillende zorgpartners kan men deze expertise en kennis tot in de thuissituatie brengen. Daarnaast kunnen hulpverleners en mantelzorgers die betrokken zijn in het zorgtraject ondersteuning krijgen door gerichte vorming of begeleiding.

### 3. Aanzetten voor de ontwikkeling van volwaardige ouderenteams in de CGG

#### 3.1. Kantelenmodel

Het kantelenmodel dient als basis voor deze discussie. De dikke, onderste doorlopende blok stelt de basiszorg, de kernactiviteiten van het CGG voor. Dit is het basisaanbod dat men in elk CGG vindt en die de business vormen voor deze doelgroep. De 'kantelen' stellen de specialisaties of de beleidsaccenten voor, die individuele CGG leggen. Deze kunnen onderling verschillen.



Figuur 5. Kantelenmodel.

#### 3.2. Core business: gespecialiseerde psychotherapeutisch georiënteerde interventies

De core business van de CGG-werking voor ouderen kan worden gedefinieerd op basis van een aantal begrippen uit het decreet betreffende de geestelijke gezondheidszorg:

- a. Ambulant: is per definitie op verplaatsing, waarbij verplaatsing van en naar de cliënt alsook door de cliënt bedoeld wordt. Consultatie buiten het CGG is op dit ogenblik slechts zelden opgenomen als basiszorgmodaliteit. Met de outreachingsprojecten spreekt de overheid nu niet enkel een woordje mee over wat er moet gebeuren voor welke (sub)doelgroep, maar ook de modaliteit van de zorgverlening is omschreven. De outreachingsprojecten vragen een proactieve houding van het CGG met het oog op doelgroepen die om diverse redenen zelf de stap niet zetten. Outreaching bij senioren is een taak voor alle CGG, ook voor degenen die middelen poolen en de concretisering ervan toewijzen aan één CGG. Ook voorbereidende stappen, die niet automatisch leiden tot een behandeling in het eigen centrum, maar toeleiden tot correcte zorg, zijn onderdeel uit van het basispakket. Outreachende hulpverlening staat voor een sterk naar buiten gerichte, niet-afwachende en ambulante werkwijze waarbij potentiële cliënten worden opgezocht en hulp en diensten actief worden aangeboden. Dit kan zowel gericht zijn naar de eigen leefsituatie van de oudere (thuis, bij familie of in het WZC) of gericht op sleutelplaatsen waar ouderen naar toe komen, zoals dienstencentra en aanloophuizen of consult in de huisartsenpraktijk.
- b. Multidisciplinair: de teams voor de ouderenwerking in de CGG bestaan uit een psychiatrische, een psychologische, een sociale en eventueel een agogische functie (bv. sociaal agoog, seniorenconsulent, ergotherapeut...).
- c. Gespecialiseerde psychotherapeutisch georiënteerde interventies: de CGG verrichten interventies van allerlei aard, die op psychotherapeutische principes gebaseerd zijn. Ouderenhulpverleners verrichten zeer vakkundig werk. Zij beoefenen 'de kunst van het haalbare' via interventies die afhankelijk zijn van de noden en de mogelijkheden van de cliënt en het cliëntsysteem. Deze interventies zijn zo kort als mogelijk, zo lang als nodig.
- d. Stabiliserende, op herstel en rehabilitatie gerichte GGZ-begeleiding. Deze begeleiding is gericht op het hervinden en bewaren van een levensevenwicht met een voldoende graad van levenskwaliteit (waar geen echte genezing meer mogelijk is).

### 3.3. Kantelen

Naast de core business profileren de CGG zich tussen andere zorgactoren in hun regio. Men legt eigen accenten in zijn werking.

- preventie als ingangspoort om ouderen op laagdrempelige wijze te bereiken
- differentiële diagnostiek als aanbod in de regio, indien een meer specifiek aanbod voor diagnostiek in de regio ontbreekt
- presentie als werkmethode
- enz...

Een aantal van deze accenten kwam reeds ter sprake bij de beschrijving van de goede praktijken in de CGG (zie hoofdstuk 2).

### 3.4. Organisatie en inhoud van CGG-ouderenteams in de toekomst

Wij willen hieronder enkele aanzetten doen voor de organisatie en inhoud van de ouderenteams in de CGG. Dit zijn voor ons geen gebetonneerde stellingen, maar aanzetten tot verdere discussie. Wij gaan daarbij uit van een groeiscenario: er is tijd nodig om te komen tot een weldoordachte en goed onderbouwde ouderenwerking door de CGG.

#### 1. Volwaardige multidisciplinaire CGG-ouderenteams

Redenerend vanuit objectieve criteria zoals bevolkingscijfers (zie Tabel 1) zouden de ouderenteams minstens naar eenzelfde grootte-orde moeten groeien als de kinder- en jongerenteams. Dit is tot nu toe niet het geval. De toekenning van de 15 VTE ouderenhulpverleners aan de CGG in 2008 was dus een zeer welkome aanzet.

In Nederland heeft volgens het Nationaal Kompas Volksgezondheid<sup>25</sup> een kwart van de 60-plussers psychische moeilijkheden. Als we deze cijfers toepassen op Vlaanderen<sup>26</sup> zouden ongeveer 370.000 Vlaamse ouderen psychische moeilijkheden hebben. Volgens dit Nationaal Kompas komen angststoornissen het vaakst voor (10%), gevolgd door dementie (6.8%) en depressieve stoornissen (2.3%). Dit gaat om een aanzienlijk aantal ouderen. De CGG kunnen een belangrijk zorgsegment opnemen bij de zorg voor deze ouderen, indien zij voldoende bestaft zijn om aan deze vragen tegemoet te komen.

Uit de kaart in Figuur 2 blijkt dat er nog een aantal deelgebieden in Vlaanderen zijn, waar er geen specifieke CGG-hulpverlening voor ouderen in de directe omgeving beschikbaar is. Experts en partners uit de vraagzijde vragen naar toegankelijkheid van de CGG voor de ouderen op lokaal niveau. Idealiter betekent dit dat in elke vestigingsplaats van een CGG multidisciplinaire ouderenhulpverlening beschikbaar is. De partners uit de vraagzijde vragen daarnaast dat CGG die werkzaam zijn in dezelfde regio de handen in elkaar slaan om een aanvullend aanbod uit te bouwen en te zorgen voor een goede bereikbaarheid van een ouderenhulpverlener op elke plaats in de bediende streek.

Ervan uitgaand dat de GGZ-hervorming in netwerken voor de nabije toekomst is, willen we stellen dat de netwerkzorg voor ouderen de facto op korte afstand bereikbaar moet zijn, en waarbinnen een ambulante basisteam (psychiatrische, psychologische, sociale en/of agogische functie) voor ouderenggz voorzien is. Er kan daarbij gestreefd worden naar een evenwichtige samenstelling van de teams met aanwezigheid van voldoende psychiatrische, psychotherapeutische en psycho- en sociaaldiagnostische expertise. Er is een gezonde mix van ervaren teamleden en jonge medewerkers nodig.

#### 2. Regionale inbedding en samenwerking

##### a. Plaats van de CGG-ouderenteams in bestaande netwerken

Zoals gesteld komen de CGG in een hulpverleningsveld waar vele actoren aanspraken maken op coördinatie, diagnostiek,... Voor een goede verstandhouding en samenwerking is het wezenlijk dat de CGG zich inpassen in het reeds bestaande aanbod in een regio.

<sup>25</sup> www.nationaalkompas.nl

<sup>26</sup> Van de Wygaert, R. (2009). Outreachend werken vanuit de CGG voor de doelgroep ouderen: een verkenning vanuit de vraagzijde. Presentatie op de Terugspeeldag van 09/06/2009.

De CGG werken steeds in een welomschreven sociale omgeving, in een *netwerk* met andere diensten, centra en individuen. Voor een goede hulpverlening is het belangrijk dat het CGG actief naar buiten treedt, dat men goede contacten onderhoudt, afspraken maakt en men, samenwerkt in het belang van de cliënt. De verschillende hulpverleners hebben een gedeelde verantwoordelijkheid.

Ook de partners uit de vraagzijde dringen aan op samenwerking tussen de CGG en andere actoren uit de gezondheidszorg en uit de andere betrokkenen. Men vraagt om een netwerk uit te bouwen rond de oudere, waarbij de verschillende dienstverleningen vlot in elkaar overvloeien en de oudere zonder veel hindernissen beroep kan doen op de zorgverlening die hij nodig heeft.

In dit kader merken we dat CGG inspelen op projecten, waarbij de verschillende partners een samenwerkingsverband vormen (protocol 3 – projecten, nieuw project lokaal ouderenbeleid). Op deze manier genereren zij *bijkomende middelen* voor hun werking. Voor meer uitleg: zie bijlage 2.

#### *b. Mogelijke partners in het netwerk en toeleiding*

Bij de uitbouw van een zorgnetwerk voor ouderen zijn de partners uit de (geestelijke) gezondheidszorg uiteraard evident. Naast aspecten van gezondheid spelen ook andere aspecten een rol bij het welbevinden van de oudere: sociale integratie, participatie, activering, leefomgeving, wonen,... Het is belangrijk de actoren uit het brede maatschappelijke en welzijnsveld te betrekken bij de ontwikkeling van een geestelijke gezondheidszorgnetwerk voor ouderen.

In "Overzicht schema GGZ en ouderen" (2004)<sup>27</sup> benadrukt Nassen het belang van transsectorale netwerken voor de doelgroep kwetsbare ouderen met GGZ-noden. Hij maakt daarbij een onderscheid tussen enerzijds de interne organisatie van de verschillende GGZ-actoren in GGZ-zorgcircuits en -netwerken (met daarin o.a. CGG, PAAZ, psychiatrische diensten, PVT, BW, ...) en anderzijds de linking tussen deze "essentiële"<sup>28</sup> partners en de "niet-GGZ-actoren" uit gezondheidszorg (bv. de huisarts, de diensten voor thuisverpleging, de dagverzorgingscentra), het welzijnsdomein (de CAW, de diensten gezinszorg, ...) en evt. andere belangrijke "belendende percelen" zoals wonen, ...

De beleidstekst van de FDGG (2000)<sup>29</sup> zegt over deze netwerken (p13):

*"Netwerking veronderstelt tevens expliciete netwerksamenwerking besloten in samenwerkingsovereenkomsten of -protocollen. In de praktijk zullen partners gevonden worden uit de onderstaande niet-limitatieve lijst: huisartsen, geriaters, privépsychiaters, thuiszorg, OCMW, algemeen welzijnswerk, dienstencentra, RVT, rusthuizen, PVT, PAAZ, ziekenhuizen, revalidatiecentra, gerontopsychiatrische teams, vrederechters, vrijwilligersorganisaties, etc ..."*

Uit de praktijk weten we dat de mutualiteiten en de ingebouwde CAW eveneens onmisbare partners zijn. Vaak zijn dit natuurlijke contactpersonen van de thuiswonende oudere, die ook om andere dan zorgredenen langsgaan bij de oudere. Dit maakt hen tot ideale signaaldetectoren van GGZ-noden.

Ook aan het officieel advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen inzake de opname van ouderen in de geestelijke gezondheidszorg<sup>30</sup> (2003) vanuit de permanente werkgroep psychiatrie werkten zowel Zorgnet Vlaanderen als FDGG actief mee. Hier vinden we een omschrijving van de verscheidene partners waarmee het ambulante CGG-ouderenteam een zorgnetwerk kan uitbouwen. Zij geven aan waar de knelpunten liggen en waar het komen tot een goede samenwerking en netwerking een antwoord kan bieden.

Volgende diensten worden besproken:

- psychogeriatrische SP-ziekenhuisdienst
- A-diensten
- T-diensten in PZ
- Geriatrische diensten

---

<sup>27</sup> zie Nassen, E., (2004), "overzicht schema GGZ ouderen: concepten, korte inhoud en concretisering", in Hospitalia 2004-2

<sup>28</sup> "essentieel": vanuit het GGZ perspectief dan; de noodzakelijke constituenten van een GGZ-netwerk of zorgcircuit

<sup>29</sup> FDGG-werkgroep Ouderen & Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg en stafmedewerkers van de FDGG (2000). CGG-beleidsplan ouderenzorg. P13.

<sup>30</sup> Janssens, J., e.a. (2003). Advies inzake de opname van ouderen in de geestelijke gezondheidszorg. FOD Volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu. <http://www.popovggz.be/documenten/NRZV/advies%20NRZV%20ouderen%20GGZ.pdf>

- Rustoorden en rust- en verzorgingstehuizen
- Dagziekenhuis, dagcentrum en dagverzorgingscentrum
- Thuiszorgdiensten

In het deeladvies ouderen van de Vlaamse Gezondheidsraad<sup>31</sup> wordt ook nog het volgende geëxpliciteerd (p10-11): *“Gezien de meervoudige bepaaldheid en meerlagigheid van de GGZ-problematieken en gezien de sterke lichamelijk/psychologische verwevenheid van determinanten van psychiatrische en psychologische problemen bij deze doelgroep, is naast medisch-psychiatrische ook andere medisch technische expertise vereist wil men de functie ‘ouderen GGZ-hulpverlening’ opnemen (vb. neurologische en beeldvormingexpertises, geriatrie expertise). Wil een CGG deze functies opnemen, zal het naadloos dienen samen te werken met deze medische disciplines om snel en efficiënt tot adviezen en behandelingen te komen.”*

De uitdaging is om een functionele afstemming van de zorg voor de doelgroep ouderen te vinden. Als we de publicaties zien, stellen we vast dat er tal van projecten bestaan die als doel hebben om zorg beter op elkaar af te stemmen. Waar men kiest om bottom-up te werken heeft dit het grote voordeel dat goede praktijken komen bovendien (zie hoofdstuk 2). Deze werkwijze houdt tegelijk ook het risico in op een te grote uiteenlopendheid.

Voor preventieve activiteiten kan het centrum ook samenwerken met het plaatselijk LOGO (Lokaal Gezondheidsoverleg). Voor bepaalde vormen van de logopreventie is immers expertise en ervaring op vlak van hulpverlening essentieel<sup>32</sup>. Preventio, dat instaat voor suïcidepreventie, is bijvoorbeeld zo'n samenwerkingsverband. Preventio bestaat uit de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg van Vlaams-Brabant, het Vlaams-Brabants Overlegplatform Geestelijke Gezondheid (VLABO), de LOGO's van Vlaams-Brabant en de Provincie Vlaams-Brabant. Een ander thema dat samen met het LOGO kan opgenomen worden is het voorkomen van depressie bij vereenzaamde ouderen. Decretaal is hiervoor een instrument voorzien: het samenwerkingsverband tussen het CGG en het plaatselijke LOGO biedt kansen aan het LOGO om de CGG-deskundigheid te contracteren.

Naast het zoeken van de partners voor de uitbouw van een zorgnetwerk voor ouderen met geestelijke gezondheidszorgproblemen is het ook belangrijk uit te zoeken hoe het CGG de ouderen kan bereiken (en dus niet: hoe de ouderen uit zichzelf tot bij het CGG zullen komen) en hoe zij de zorgpartners kunnen ondersteunen in het aanbrenge van mogelijke cliënten. Aanwezigheid van een CGG-hulpverlener op zorgoverleg voor ouderen kan faciliterend werken.

### 3. Laagdrempelig aanbieden van hooggespecialiseerde zorg

#### a. Laagdrempeligheid

Zoals in voorgaande hoofdstukken is beschreven, zetten de CGG hun expertise in op een laagdrempelige wijze om de toegankelijkheid van de CGG voor ouderen te faciliteren.

- Outreaching is de aangewezen methodiek.
- Het CGG gaat actief naar de oudere toe.
- Kortdurende hulpverlening in crisissituaties: huisartsen en thuiszorgdiensten vragen dat een CGG-hulpverlener zo snel mogelijk aan huis kan komen bij ernstige problemen voor uiteenlopende interventies: een inschatting van de problematiek en de situatie, zorgen voor een geschikte doorverwijzing indien nodig, omgangsadviezen formuleren of zelf een kortdurende stabiliserende interventie te doen.
- Preventie kan dienen als schakel om de doelgroep ouderen vanuit een tweedelijnssetting beter te bereiken.
- Van zodra de CGG-sector een gedragen visie heeft over de GGZ voor de doelgroep ouderen en als er consensus is over een minimaal gezamenlijk basisaanbod kunnen zij, in het kader van een goede herkenbaarheid van de CGG-werking, samen naar buiten treden met een folder over het CGG-aanbod voor deze doelgroep.
- Samenwerking met eerstelijnsdiensten:

<sup>31</sup> Advies van de Vlaamse Gezondheidsraad (2006). Geïntegreerd advies inzake preventie in de GGZ, de toegankelijkheid van de GGZ voor allochtonen, GGZ voor ouderen en de vermaatschappelijking van de GGZ.

<http://wvg.vlaanderen.be/vgr/pdf/2006/ggz.pdf>

<sup>32</sup> Idem ref. 27.

- a. De ingebouwde CAW van de mutualiteiten
- b. Aanwezigheid van een CGG-hulpverlener op casusgebonden SIT/SEL-vergaderingen
- c. CAW
- d. Aanwezigheid van een CGG-hulpverlener in (groeps)praktijken van huisartsen gedurende een aantal uren per week voor eerste opvang van mensen, laagdrempelige kennismaking met CGG-hulpverlening, doorverwijzing naar het CGG of elders indien aangewezen.
- e. Samenwerking met de geriatrische diensten van de algemene ziekenhuizen, evt. ook met de mogelijkheid dat de CGG-hulp reeds in het ziekenhuis ingeroepen wordt ter kennismaking en als opstart; dit om de drempel voor hulp door het CGG te verkleinen. (zie hoofdstuk 2)
- f. Samenwerking met minder gebruikelijke toeleidingskanalen, zoals politie, buurtbewoners, pensioensdiensten, facilitaire diensten van bv. een OCMW ( poets, maaltijd...), parochie of sociale huisvestingsmaatschappijen.

#### b. *Hooggespecialiseerde zorg*

Van een CGG wordt verwacht dat het hooggespecialiseerde zorg aanbiedt voor de oudere cliënt en zijn/haar omgeving (familie én professionelen). De CGG beschikken over goede expertise in het ambulant werken met personen met psychiatrische en andere geestelijke gezondheidsproblemen. We constateren echter dat er weinig gerichte navorming en opleiding is over hulpverlening *voor ouderen* voor de CGG-medewerkers zelf. Om gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg voor ouderen aan te bieden is het volgende nodig:

- teamwerking ter ondersteuning en complementariteit van de disciplinaire inbreng van teamleden.
- de mogelijkheid om zich bij te scholen in specifieke domeinen van de ouderen-GGZ.
- het uitwisselen en delen van kennis en expertise met collega's uit andere CGG.
- het organiseren van tijdelijke themaprojecten, het stimuleren van intervisiegroepen en het inrichten van of verwijzen naar specifieke opleidingen voor het werken met ouderen in de (ambulante) geestelijke gezondheidszorg. (Wij willen in dit kader een interessant initiatief vermelden van onze collega-coördinatoren van de themagroep outreachende GGZ voor (ex)gedetineerden. Zij richtten via internet een informatie- en discussieforum op ter ondersteuning van de CGG-teams. Een dergelijk forum zou volgens ons het contact tussen de verschillende CGG-ouderenteams kunnen faciliteren en zo bijdragen aan informatie-uitwisseling over studiedagen, opleidingen,...).

De expertise van het CGG is erg gegeerd door de instanties op het werkveld. Zij dringen aan op het creëren van mogelijkheden tot het inzetten van CGG-expertise, in de schoot van hun eigen werksetting, dus buiten de muren van het CGG.

#### 1. Doelgroep

Zoals hoger beschreven (zie hoofdstuk 4, 2.1.) vragen de partners uit de vraagzijde expliciet aan het CGG om naast de zorg voor de oudere, ook de zorg op te nemen voor familie, mantelzorgers en professionele hulpverleners. Zij behoren allen tot de doelgroep van een CGG-ouderenteam.

Binnen de CGG-sector groeit de onduidelijkheid over de te hanteren leeftijdsgrens: 60 jaar of 65 jaar? Vooral sinds Vlaanderen de leeftijdsgrens voor de sector ouderenzorg optrekt naar 65 jaar, lijkt de vastgelegde ondergrens van 60 jaar voor het CGG stilaan een achterhaald gegeven. Binnen eenzelfde leeftijdsgroep bestaan daarenboven grote verschillen: er zijn de actieve 'jonge' senioren (medioren) en er zijn de veel oudere senioren; er zijn de 'gezonde' soms hoogbejaarde senioren, die met een klein advies zelf opnieuw vooruit kunnen, en er zijn de (soms nog vrij jonge) meervoudig kwetsbare senioren, waarbij de hulpverlener veel meer in een brede dragende rol moet stappen, en zich niet kan beperken tot een psychotherapeutische sessiereeks. Eenduidige definitieve afbakening is echter niet ons ultieme doel; het belangrijkste is dat de zorgvragende oudere terecht kan in de CGG.

Ook rond de afbakening van de doelgroep naar de aard van de problematiek bestaan er verschillen in CGG (zie hoger). Sommige CGG moeten noodgedwongen beperkende keuzes maken in hun aanbod, wegens de beperkte mankracht waarover zij beschikken voor de geestelijke gezondheidszorg voor ouderen. Andere CGG wensen zich te specialiseren in een of meerdere domeinen van geestelijke gezondheidszorg voor ouderen. Dit zijn begrijpelijke keuzes, waardoor echter de algemene outreachfunctie om tweedelijns expertise naar de basissenouderenzorg te brengen niet op de helling mag komen.

Het decreet van 1999 stelt dat in het CGG personen terecht moeten kunnen met ernstige geestelijke gezondheidsproblemen of met geestelijke gezondheidsproblemen die een ernstig risico tot chroniciteit in zich dragen en die in aanmerking komen voor zorgverlening. Er wordt niet nader gespecificeerd welke problemen dit dan mogen zijn. Het gaat dus om een ruime omschrijving van de doelgroep. Ook de actoren uit de vraagzijde maken geen onderscheid in aard van de problematiek.

Volgens de cijfers van het Nationaal Kompas Volksgezondheid (zie hoofdstuk 4, 3.4.1.) komen angststoornissen bij ouderen het meest voor. Uit onderzoek<sup>33</sup> blijkt dat deze angsten vooral te maken hebben met verliesthema's (bv. verlies van autonomie, van fysieke en psychische gezondheid, verlies door overlijden van belangrijke anderen,...). Zij kunnen afwijken van wat gangbaar is bij jongere volwassenen. De CGG schenken best aandacht aan deze problematiek en kunnen hiervoor specifieke (behandel)interventies ontwikkelen.

Wat betreft geestelijke gezondheidszorgproblemen ten gevolge van dementie lijkt er een leemte te zijn ontstaan in het werkveld van de geestelijke gezondheidszorg. Partners uit de vraagzijde spreken over een grote nood op dit vlak en kijken nu opnieuw richting CGG om deze leemte in te vullen. Aangezien het misschien niet zo vanzelfsprekend lijkt dat de CGG hierin een bijdrage leveren, willen we even een zijspiong maken en toelichten hoe de CGG hierin een goedomschreven rol kunnen spelen:

Geheugenproblemen kunnen een normaal verouderingsverschijnsel zijn, maar zij kunnen ook de eerste symptomen zijn van dementie, depressie, persoonlijkheidsveranderingen, minder goed sociaal functioneren, ... De huisarts en de verpleegkundige aan huis (en eventueel ook de maatschappelijk werker van de ziekenfondsen en andere thuisverzorgers) zijn vaak kernfiguren bij symptoomdetectie, eerste screening en verwijzing. Vaak ontstaat een specifieke hulpvraag naar evaluatie van het cognitief functioneren. Vroegdiagnostiek<sup>34</sup> wordt steeds belangrijker omwille van nieuwe farmacotherapeutische perspectieven, betere duiding van symptomen, vroegtijdiger psychosociale interventies en effectievere organisatie van zorg. Hierin spelen naast de poliklinische geheugenkliniek, ook psychogeriatrische en gerontopsychiatrische hospitalisatieafdelingen (waar opname mogelijk is) een belangrijke rol. Men kan er terecht voor uitgebreide diagnostiek. Neurologische, internistische en eventuele psychiatrische aspecten worden geëvalueerd, net als het psychologisch, het sociaal en dagdagelijks functioneren en de impact van de problematiek op de familie. Nadien wordt een behandelingsplan en een follow-up schema opgemaakt en eventueel een strategie aangereikt voor de psychosociale begeleiding met ondersteunende en preventieve maatregelen ter ontlasting van de thuiszorg, indien de patiënt thuis blijft wonen. Indien dit niet meer mogelijk is, zoekt men een gepast woon- en zorgcentrum. De verschillende instanties maken deel uit van een zorgnetwerk, waarin de huisarts meestal een centrale figuur is en kan zorgen voor de coördinatie van de zorg.

De CGG hebben een rol op te nemen in een dergelijk zorgnetwerk op niveau van de individuele patiënt. Zij kunnen bij ontluikende pathologie een rol spelen door outreachende hulp te bieden bij de herkenning en detectie van signalen van mogelijke pathologie, door te verwijzen naar de juiste instanties en ondersteuning te bieden bij het omgaan met deze (ontluikende) pathologie. Zij hebben tevens een taak in de behandeling van de personen met beginnende dementie zelf, meer bepaald bij het eigen verwerkingsproces van deze ziekte en de eventuele GGZ-problemen die ontstaan ten gevolge van de dementie. Het expertisecentrum dementie Foton in Brugge startte met een ontmoetingsgroep voor personen met beginnende dementie<sup>35</sup> (naar het voorbeeld van de KOPP-groepen in Nederland). Dit initiatief kan de CGG mogelijks inspireren bij het zelf vorm geven aan ondersteuning en behandeling van personen met beginnende dementie en hun omgeving. Ook familie en mantelzorgers van personen met dementie verdienen ondersteuning van de CGG, aangezien veel mantelzorgers te kampen krijgen met psychische problemen.

---

<sup>33</sup> Pot, A.M., e.a. (2009). *Emotie en stemming*-Handboek ouderenpsychologie. De Tijdstroom.

<sup>34</sup> Geheugenkliniek AZ Sint-Jan AV (2006). *Een multidisciplinaire polikliniek, voor gespecialiseerde diagnostiek, behandeling, advies en begeleiding van geheugenproblemen bij ouderen*. Folder voor verwijzers.

<sup>35</sup> Bart Deltour, Claire Meire, Lieve Lemey ... [et al.]. (2008) *Een steen in je hand. Dementie bespreekbaar maken*. Uitg. Garant.

De huisartsenkringen hebben van het RIZIV hoge financiële input gekregen om loontrekkenden in dienst te nemen met als doel zorgtrajecten te ontwikkelen voor chronische ziekten<sup>36</sup>. De huisartsenkringen zullen dit in samenwerking doen met de Geïntegreerde Diensten voor Thuisverzorging (GDT). Ze moeten zorgtrajecten ontwikkelen (d.w.z. structureren, organiseren en indien een patiënt in dergelijk zorgtraject gediagnosticeerd is kan men kosteloos materiaal en hulpverlening krijgen) voor diabetespatiënten (eerstkomende 2 jaar), patiënten met nierinsufficiëntie, personen met beginnende dementie (binnen 2 à 3 jaar) en fragiele ouderen. Voor de CGG kan het daarom aangewezen zijn betrokken te zijn in de structuren van het plaatselijk GDT.

## 2. Aanbod en afbakening

Zoals hoger beschreven loopt de concretisering van het CGG-aanbod naar ouderen toe nogal uiteen. Toch is er tegelijk een behoorlijke gemeenschappelijkheid terug te vinden (zie hoofdstuk 4, 3.2.). Wij hebben de afgelopen maanden mensen ontmoet die pleiten voor een herkenbaar basisaanbod van de CGG, en een betere profilering van CGG terzake. Tegelijk dient voldoende rekening gehouden met plaatselijke verschillen en de eigenheid van elk CGG te respecteren. Het werken met enveloppes en onderhandelde contractuele beleidsplannen betekent immers principieel ruimte voor eigen beleidsaccenten van initiatiefnemende besturen

Er duiken een aantal rode draden op in het aanbod van de CGG. Misschien zijn dit aanzetten voor een diepgaander discussie over de kenmerken van het basisaanbod voor de doelgroep ouderen binnen het CGG.

- Slagvaardige, snel inzetbare interventies:  
Wanneer de oudere zelf, zijn omgeving of betrokken professionele hulpverleners vragen hebben rond het omgaan met probleemgedrag wordt geen psychotherapie gebruikt in de enge zin van het woord, maar wordt er wel gewerkt tegen de achtergrond van een psychotherapeutisch en psychodiagnostisch denkkader. De gestelde interventies zijn slagvaardig en snel inzetbaar.
- Psychiatrische en psychotherapeutische expertise: deze deskundigheid schemert door in alles wat het CGG onderneemt. Of het nu gaat om een intake, een casusbespreking of een individuele behandeling, steeds vertrekt de CGG-medewerker vanuit een achtergrond van behandeling. Deze GGZ-expertise is erg gegeerd door de partners van de vraagzijde en vormt een belangrijke meerwaarde voor de mensen op het werkveld.
- Zorgdiagnostisch handelen:  
Vanuit hun expertise en multidisciplinaire verwevenheid kan het CGG-ouderenteam een belangrijke rol op zich nemen in het leren omgaan met de in kaart gebrachte sterke en minder sterke kanten van de oudere en zijn omgeving in al zijn aspecten.
- Mediërend werken:  
Dit is een volwaardige kerntaak van een CGG-ouderenteam. Meer dan in het werken met volwassenen is bij het werken met ouderen het betrekken van de context van belang. Zowel mantelzorgers, familieleden, als betrokken professionele hulpverleners hebben nood aan de ondersteuning van de CGG-hulpverlener. Deze ondersteuning kan op verschillende manieren geboden worden (zie hoofdstuk 1, 2.3.). Mediërend werken is niet zomaar een bijkomstigheid, bijvoorbeeld in het kader van een lopende therapie, maar is een volwaardig basiselement, dat bijdraagt tot een hogere levenskwaliteit van de oudere en zijn/haar omgeving.

Voor de verdere profilering en positionering van de CGG en voor een toegankelijke ambulante hulpverlening voor ouderen is het belangrijk dat de CGG met dit aanbod bijna onmiddellijk en slagvaardig kunnen interveniëren.

## 3. De creatie van een breed draagvlak voor de CGG-ouderenteams

In het licht van de verdere ontwikkeling van de ouderenwerking in de CGG is het nodig dat de visiedialoog over GGZ voor ouderen in de CGG verder gevoerd wordt binnen de CGG- en GGZ-wereld zelf, met werkveld, middenveld, koepels en overheden. Dit alles dient te gebeuren met een uitgewerkte klankbord- en adviesfunctie van betrokken stakeholders van buiten de GGZ-sector. Op die manier kan er een stevig draagvlak gecreëerd worden voor de ambulante hulpverlening aan ouderen en hun context.

---

<sup>36</sup> Informatie uit telefonisch overleg op 07/11/2009 met Bert Van der Stappen, voorzitter GDT GOAL.

De structurele uitbreiding van de centra met 15 VTE voor de outreach opdracht in de woon- en zorgcentra, was een belangrijke stimulans voor de centra om een specifieke werking voor de doelgroep ouderen uit te werken. Met ongeveer 35 VTE hulpverleners voor ouderen in Vlaanderen, hebben de centra tot nu toe een minimale bezetting om de ambulante ouderenzorgopdracht in hun werkingsgebied op te nemen. Het consequent stapsgewijs verder realiseren van de beleidsintenties voor de volledige ontwikkeling van het zorgaanbod van de centra voor deze doelgroep, met de beloofde middelen, en dit alles op een overzichtelijke termijn is o.i. een gerechtvaardigde eis van zowel werkveld, stakeholders, middenveld als niet in het minst de betrokken doelgroep zelf. Dit zal de CGG-besturen de nodige zuurstof geven om een aangepast beleid uit te tekenen, en uiteindelijk ook voor deze laatste leeftijdsdoelgroep een volwaardig zorgteam en basisaanbod uit te bouwen.

Het zal heel wat creativiteit vergen om met de beperkte middelen een goed aanbod te ontwikkelen. Ook andere sectoren en actoren, die middelen toegewezen kregen voor de uitbouw van een goed ouderenbeleid, zijn voor de CGG belangrijke partners bij het ontwikkelen van gezamenlijke initiatieven. Wij denken bijvoorbeeld aan de middelen voor de uitbouw van een lokaal beleid, waarbij ¾ van de beleidsplannen de facto gericht zijn op het welzijn van ouderen. Het gaat hier zowel om het lokaal sociaal beleid als om het integrale ouderenbeleid waartoe elke gemeente geresponsabiliseerd werd. Ook het woonzorgdecreet biedt hier een nieuwe horizon waartegen de CGG-ontwikkeling zich afspeelt. Verder zijn er beleidsondersteunende initiatieven voor de eerste lijn of derde lijn die nauwe raakvlakken hebben met de kerntaken van de CGG. Tenslotte biedt de evolutie in de federale aansturing van de GGZ een aantal belangrijke (in)schakelmogelijkheden aan CGG.

Bij het ontwikkelen van visie is het belangrijk de beleidsvisie van de overheid te kennen. Zo kunnen toekomstperspectieven realistisch opgesteld worden en kunnen de nodige strategieën worden bedacht om de gewenste doelstelling te bereiken.

In het voorbije jaar werd het outreach-project voor de drie doelgroepen (ouderen, jongeren in bijzondere jeugdzorg, gedetineerden) gecoördineerd door beide koepelorganisaties: Zorgnet Vlaanderen en FDGG. In de loop van de projectuitvoering is regelmatig centraal overlegd (Horizon-Taal) en was er ook driemaal een nieuwsbrief als tussentijdse communicatie over het verloop van het project. Deze werkvorm (centraal bijeenbrengen van wat er leeft in de centra en het bekendmaken naar de brede basis van zorgverleners, directies, besturen en andere stakeholders), laat toe om de werking van de centra zichtbaarder te maken. De andere zorgactoren weten beter waarvoor ze terecht kunnen in de centra.

Voor de verdere ontwikkeling van een kwaliteitsvolle hulpverlening aan ouderen door de CGG blijft een individueel CGG-overstijgende ondersteuning nodig op meerdere terreinen:

- Inhoudelijk: kennisdeling, kennisverruiming, leren van elkaar. Koepels kunnen het methodisch werken bevorderen door het ondersteunen van vorming en intervisie, via werkgroepen, opleiding, nieuwsbrief, ... Er kan gedacht worden aan de structurele verankering van een aantal initiatieven in de reguliere koepelwerking, bijvoorbeeld via een werkgroep voor deze leeftijdsdoelgroep, via deelwerkgroepen ouderen, intervisiegroepen en via de ondersteuning van vorming (eigen organisatie of in samenwerking met vormingsinstituten).
- Beleidsmatig: komen tot gezamenlijke positionering en profilering van de CGG, ontwikkelen en afstemmen van visie in het kader van samenwerking, toekomstplanning, budget, bepalen van de prioriteiten in het aanbod, in overleg met de vraagzijde, overheid en andere zorgactoren<sup>37</sup>.
- Communicatie tussen CGG (bv. via een forum of via het op een centrale plaats weergeven van aankondigingen voor studiedagen, opleidingen,... voor ouderen). Koepelorganen kunnen hierin bij uitstek een mediërende communicatierol opnemen.
- Communicatie van en naar de overheid, met andere sectoren en overheden. De koepels kunnen bijdragen tot een vertaling van de specifieke inbreng van de sector voor de doelgroep ouderen om de herkenbaarheid van de centra in het geheel van gezondheids- én welzijnsdiensten te bevorderen.

---

<sup>37</sup> Hiervoor zijn veel onderzoeks- en beleidsrapporten beschikbaar zoals het ouderenbehoefteonderzoek, studierapporten in opdracht van de overheid, steunpunt welzijn en gezondheid.

## Beleidsaanbevelingen

1. De veroudering van de bevolking zal in de toekomst verder toenemen. In 2025 zal 1 op 3 Vlamingen ouder zijn dan 60 jaar<sup>38</sup>. Deze verhouding moet ook zichtbaar worden in de samenstelling van de teams binnen een CGG.
2. 95% van de ouderen leeft in een thuissituatie. Ook hier stelt zich het probleem van de hulpbehoevende oudere die niet wordt bereikt door de georganiseerde zorg, bovendien mogelijks zonder enige vorm van professionele omkadering. De CGG pleiten bij de overheid voor het ondersteunen van het werken met en in de eerstelijns.
3. De CGG moeten werk maken van verdere visieontwikkeling m.b.t. de zorg aan ouderen. Een duidelijke afbakening van opdrachten, taken die eventueel wel en taken die niet tot de gemeenschappelijke CGG-basisopdrachten behoren is essentieel om op een correcte en duidelijke manier met vragen van stakeholders om te gaan. Gezien de veelheid van noden en de beperkte middelen is een op evidentie- en praktijkgebaseerde keuze aangewezen. Gepleit wordt voor het toegankelijk aanbieden van gespecialiseerde zorg. Kernwoorden hierbij: mediërend, interveniërend, proactief, kort op de bal spelend, aanwezig, beschikbaar, zorg voor de omgeving, zorgdiagnose, directe hulpverlening, langdurige psychotherapie, acute interventies, aandacht voor laagdrempelige communicatie, preventie en vroegdetectie.
4. Zorg voor ouderen is een zaak van velen. Dit moet zich weerspiegelen in de samenstelling van het ouderenteam binnen het CGG alsook in de samenwerking met allerhande derden. Enkel door samen te werken met andere diensten zal de hulpverlening tegemoet kunnen komen aan de vele noden van de vraagzijde.
5. De overheid moet voorzieningen en diensten stimuleren tot samenwerking in een zorgnetwerk. De organisatie van de palliatieve netwerken, de samenwerkingsverbanden rond suïcidepreventie, de piloottrajecten verstandelijke handicap of For-K zijn inspirerende modellen.
6. Ook de mantelzorger, de familie en andere niet-professioneel betrokkenen zijn belangrijke partners die hun plaats verdienen in de zorg voor de oudere. Erkenning van deze rol kan onder meer door erover te waken dat zij gehoord en actief betrokken worden, zowel op individueel niveau als op het niveau van het netwerk.
7. Outreaching werken, netwerkvorming en onderhouden van contacten met partners uit de andere sectoren zijn waardevolle activiteiten die een grotere tijdsinvestering vragen en arbeidsintensiever zijn dan de traditionele manier van werken in de eigen consultatielokalen. Naast de registratie van cliëntencontacten in het EPD zouden ook deze activiteiten meer zichtbaar gemaakt moeten kunnen worden in een registratie van niet-patiëntgebonden zorgwerk en erkend worden als een volwaardigheid zorgluik bij evaluatie.
8. Therapeutisch werken met ouderen vereist een specifieke opleiding. Er wordt gepleit voor de ontwikkeling van een goede vorming alsook voor het stimuleren van de CGG om ouderenteams op te leiden tot experts in ouderenGGZ. Er is onder meer nood aan gerontopsychologen die zowel in de CGG als in de rusthuizen tewerkgesteld worden. Ook werkgroepen voor de doelgroep ouderen, door beide koepels ingericht, kunnen bijdragen aan het verder ontwikkelen van visie en expertise in de GGZ-hulpverlening aan ouderen.

---

<sup>38</sup> <http://www.bouwenenwonen.be/uploads/b3066 Onderzoeksrapportruimtebehoefte voor ouderen103724.pdf>

## Beleidsnota 2009-2014 van Vlaams minister Vandeurzen (Welzijn, Volksgezondheid en Gezin)

Tot slot citeren wij enkele punten uit de beleidsnota 2009-2014 van minister Vandeurzen, minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Deze punten sluiten aan bij onze beleidsaanbevelingen voor de hulpverlening aan ouderen door de CGG-sector:

- **Bevolkingsveroudering:** 'In tijden waarin de bevolking aanzienlijk vergrijsd en deze vergrijzing nog zal toenemen tot 2050, is het belangrijk om als Vlaamse Regering ook de verantwoordelijkheid op te nemen voor deze doelgroep.' (p42)

'Onze aandacht moet sterker uitgaan naar de psychosociale noden van ouderen. De beschikbaarheid van mantelzorg zal in de toekomst erg onder druk komen te staan en het aantal alleenstaande ouderen zal sterk toenemen. Problemen zoals vereenzaming en sociaal isolement dreigen zich nog sterker te manifesteren.' (p43)

- **Aandacht voor ouderen in de thuissituatie:** 'Er bestaat in Europa consensus dat ouderen zo lang als mogelijk zo zelfstandig als mogelijk thuis willen (blijven) leven en volop deel willen blijven uitmaken van de gemeenschap waarin ze verblijven. De beleidsuitdagingen situeren zich dan op het vlak van het maximaal ondersteunen van mensen in hun thuissituatie, het optimaliseren van de woon- en leefomgeving, het inzetten op actieve participatie aan de samenleving en het versterken van het sociale netwerk. Dit noopt tot een geïntegreerd beleid dat de maatschappij zo inricht dat mensen er zich in thuis voelen, zich gewaardeerd voelen en er zinvol aan kunnen bijdragen.' (p9)

'We gaan er echt voor om mensen zo lang als mogelijk zelfstandig te laten leven, binnen de grenzen van wat voor de persoon zelf, voor de mantelzorger en voor de maatschappij draagbaar is. Dat geldt voor ouderen, personen met dementie, personen met een handicap, jongeren in een problematische situatie en psychiatrische patiënten. We zullen de nodige middelen voorzien voor deze ondersteuning, zowel voor de zorgvrager als voor de mantelzorger.' (p24)

- **Visieontwikkeling en lange termijnplanning:** 'Meer dan ooit zijn strategische visieontwikkeling en lange termijnplanning essentieel voor een goed bestuur en voor het behoud van het vertrouwen van de stakeholders.' (p61)

- **Toegankelijkheid van de hulpverlening:** 'We bouwen de hulp- en dienstverlening zo uit dat ze voldoende beschikbaar en toegankelijk is om zorg op maat te kunnen realiseren. De baseline van het regeerakkoord, zeker vanuit het standpunt van ons beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, wordt gevat door de notie "warme samenleving". Centraal staat daarbij het kunnen aanbieden van zorg op maat, geënt op een maximaal beschikbaar en toegankelijk aanbod. Dat wordt in het akkoord geconcretiseerd vanuit verschillende invalshoeken: welzijnszorg, gezinsbeleid, ouderenbeleid, enz.' (p28)

'We willen bij vragen en problemen snel de gepaste hulp inzetten om zo erger te voorkomen. In de eerste plaats willen we komen tot een vlot toegankelijk aanbod van directe hulp en informatie. Die hulp moet zich dicht bij de plaats waar de problemen zich voordoen situeren. Zo creëren we immers een buffer tegen het ontstaan van complexe problemen die meer ingrijpende (en vaak duurdere) interventies vereisen.' (p21)

- **Samenwerking met andere diensten en netwerkvorming:** 'Ten slotte wordt vanuit de vastgestelde beperkingen van een verkokerde hulpverlening de behoefte aan een meer geïntegreerde benadering van zorgvragen aangevoeld. Er worden inspanningen geleverd om dit door middel van verhoogde samenwerking en afstemming tussen verschillende beleidsdomeinen en/of sectoren waar te maken.' (p15)

'We willen dan ook snel een conceptnota ontwikkelen met voorstellen voor een globaal Vlaams beleid inzake geestelijke gezondheidszorg. Dit beleid is gericht op een transformatie van een algemeen, aanbodsgerichte GGZ-hulpverlening van diensten en instellingen naar voorzieningoverschrijdende zorgprogramma's voor leeftijdsdoelgroepen.

De invoering van zorgcircuits en zorgnetwerken in de geestelijke gezondheidszorg is reeds op de sporen gezet door een geheel van therapeutische en transversale projecten, gefinancierd door de Federale overheid. Nieuwe kansen zullen zich voordoen doordat de psychiatrische ziekenhuizen – net als de centra voor geestelijke gezondheidszorg – een deel van hun budget kunnen aanwenden voor een verdere aanpassing van het bestaande aanbod in de geestelijke gezondheidszorg dat meer aangepast is aan de zorgvragen van de personen met psychische en/of psychiatrische problemen. De nadruk zal hierbij liggen op preventie, vroegdetectie, ambulante intensieve behandelteams voor zowel acute als chronische problemen en revalidatieteams die werken rond herstel en sociale inclusie. We hechten hierbij groot belang aan een verbetering van de samenwerking tussen de intramurale en extramurale voorzieningen. Met betrekking tot de centra geestelijke gezondheidszorg zullen we daarnaast verder de nadruk leggen op outreachende zorg, thuiszorg en het inzetten van hun expertise in de welzijns- en gezondheidsdiensten op de eerste lijn. Het aanbod van de CGG moet aangestuurd worden opdat het toegankelijk zou zijn en beschikbaar in een zo vroeg mogelijk stadium van psychopathologie. Een evaluatie hiervan moet leiden tot een vernieuwde programmatie op langere termijn.’ (p40)

- **Mantelzorg:** ‘Om het zorg- en gezondheidsaanbod af te stemmen op de mate van zorgbehoefendheid van de bevolking, willen we in eerste instantie het zelfzorgvermogen van de gebruikers stimuleren, ondersteunen en herstellen. We versterken daartoe de draagkracht van mantelzorgers en vrijwilligers. De mantelzorgers moeten voldoende waardering en ondersteuning krijgen.

We wensen uitdrukkelijk dat de mantelzorger voldoende aandacht krijgt in de processen van zorgverlening, niet alleen als onontbeerlijke informatieverstrekker over de toestand van de zorgbehoevende maar ook als iemand die eigen noden kan hebben. De mantelzorger moet niet alleen in kennis worden gesteld van de voor de mantelzorg noodzakelijke informatie maar ook actief betrokken wordt bij de uitbouw van het zorgproces.’ (p38)

Meer specifiek i.v.m. **dementie**: ‘Een vroegtijdige diagnose is van belang zowel voor de persoon met dementie als voor zijn omgeving. Door een vroegtijdige behandeling en een zorggerichte aanpak kunnen veel problemen vermeden worden.

Twee op drie personen met dementie wonen thuis en doen hoofdzakelijk een beroep op mantelzorg. Ondersteuning van de mantelzorgers vergroot de kans op het volhouden van deze zorg thuis. Daarom is niet enkel het bevorderen van de competenties van professionelen belangrijk, maar ook de ontwikkeling van de competenties van mantelzorgers, familie en vrijwilligers. Thuisbegeleiding is dan ook een belangrijke zorgvorm.

Voor ouderen met dementie waar thuis niet langer meer haalbaar is, dient een voldoende aanbod aan kwalitatief hoogstaande residentiële zorgvormen ter beschikking te staan.’ (p22)

- **Registratie:** ‘De hulpverlening is transparant, multidisciplinair en evidence-based. (...) Het beleids- én het praktijkniveau worden aangespoord om het bestaande hulp- en begeleidingsaanbod stelselmatig te expliciteren, te evalueren, te monitoren en te optimaliseren.’ (p15)

- **Ontwikkelen van expertise:** ‘Deskundigheid in vergrijzing wordt een maatschappelijke noodzaak. Aangepaste hulp- en dienstverlening en het ondersteunen van de maatschappelijke participatie van de sterkst stijgende groep in de samenleving veronderstelt een breed verspreid inzicht in verouderingsverschijnselen en aangepaste hulpverlening en hulptrajecten. Op elk niveau is deskundigheid vereist om de meest gewenste en doelmatige ondersteuning te bieden: van de ouderenbeleidcoördinator op lokaal vlak, over de zorgverlener aan huis, tot de geriatrische coördinator in het ziekenhuis en de expert inzake dementie in het woonzorgcentrum...’ (p10)

‘Zorg voor talent: Innovatie hangt evenwel niet alleen af van technologische keuzes. Ook de kennis, vaardigheden en competenties van de werknemers in de welzijns- en gezondheidsvoorzieningen zijn daarvoor cruciaal. We willen de talenten van de werknemers dan ook maximaal benutten door de zorginstellingen tot een aangepast personeelsbeleid te motiveren. In dat opzicht vinden we het ondermeer belangrijk dat elke werknemer de gelegenheid krijgt om zijn of haar kennis, vaardigheden en competenties verder te ontplooiën en te verruimen.’ (p52)

## Besluit

Via de omzendbrief van juli 2008 zijn aan de CGG bijkomende middelen toegekend voor de hulpverlening aan ouderen met psychische en/of psychiatrische problemen. Ook al waren de middelen voor een specifieke modaliteit toegekend, met name outreachende zorg, toch waren ze tegelijk een belangrijke hefboom voor de organisatie van de werking voor ouderen in de centra. De besturen, die door de algemene ondercapaciteit in de centra, al jaren worstelen met de onmogelijkheid tot reële articulatie van een beleid voor deze doelgroep, zagen de incentive als een stimulans om toch werk te maken van een identificeerbare werking naar de bedoelde leeftijdsdoelgroep.

Geestelijke gezondheidszorg voor ouderen vraagt om goed bereikbare en toegankelijke zorg voor een groep met een kleine actieradius, gedragen door multidisciplinaire ouderenteams die snel kunnen intervenieren en beroep kunnen doen op gespecialiseerde psychotherapeutisch georiënteerde interventies en (geronto)psychiatrische deskundigheid.

Er is duidelijk nood aan deze vorm van hulpverlening voor ouderen. De partners uit de vraagzijde verwachten van de CGG:

- een goede toegankelijkheid
- snelle en gespecialiseerde hulpverlening
- gespecialiseerde psychotherapeutisch onderbouwde interventies
- een interdisciplinaire kijk op problemen
- zorgdiagnoses, handelingsgericht
- ondersteuning voor professionele hulpverleners uit de thuiszorg en de woon- en zorgcentra, voor mantelzorgers en vrijwilligers

Dit aanbod dient gericht te zijn op de directe ondersteuning van de oudere én zijn omgeving.

De werkpunten in de ouderenwerking van het CGG situeren zich op vlak van de plaats van de CGG in dit hulpverleningslandschap, de identiteit van het CGG voor deze doelgroep, de toeleiding naar het CGG van de ouderen met GGZ-problemen en de samenwerking en het overleg met andere actoren uit de welzijns- en gezondheidssector middels trajecten en netwerken.

Het ontwikkelen van een gezamenlijke visie, die uitgedragen wordt door koepelorganisaties en aanvaard wordt door alle overheden, zal noodzakelijk zijn voor de verdere ontwikkeling van de hulpverlening aan ouderen door CGG. Kernbegrippen in de organisatie van de hulpverlening aan ouderen door het CGG zijn onder andere: ambulant, outreachend, bereikbaar, multidisciplinair, gespecialiseerde psychotherapeutisch georiënteerde interventies, mediërend werken, zorgdiagnostisch handelen, samenwerking en overleg met de actoren in het werkingsgebied die betrokken zijn bij hulpverlening aan ouderen met GGZ-problemen, beleidscontacten over sectoren heen.

In de beleidsaanbevelingen wordt geijverd voor voldoende capaciteit voor de CGG-ouderenteams, evenredig aan het bevolkingsaantal voor deze doelgroep in de Vlaamse bevolking. Naast geestelijke gezondheidszorg voor ouderen door het CGG in de WZC is ook nood aan GGZ voor ouderen die zich in de thuissituatie bevinden of elders bereikt kunnen worden. Er dient werk gemaakt te worden van genuanceerdere visieontwikkeling, in het licht van de kerntaken van het CGG. Er wordt gepleit voor het laagdrempelig aanbieden van hooggespecialiseerde zorg aan ouderen én hun context. Daarnaast verdienen ook mantelzorgers aandacht van het CGG. Dit alles vereist specifieke expertise. Binnen de centra bestaat er een grote openheid en nieuwsgierigheid naar wat de collega-centra doen. Er is nood aan uitwisseling, bijscholing en ondersteuning. De koepels moeten hiertoe de coördinerende middelen krijgen. Dit vereist de steun van de overheid voor alle aspecten van de verdere realisatie en vooral verdere ontwikkeling van deze ambulante hulpverlening aan Vlaamse ouderen met GGZ-noden.

**Medewerkers:**

Voorzitter: Mimi Deboiserie (directeur CGG PassAnt)

Coördinatoren: Frank Delbeke (psycholoog DAGG Sint-Truiden)

Kim Van Beylen (psychologe CGG PassAnt)

Organisatorische ondersteuning: Ann Vranckx (stafmedewerker CGG Vlaams-Brabant Oost)

Experts: Luc Van de Ven (psycholoog gerontopsychiatrie UZ Leuven)

Roel Van de Wygaert (stafmedewerker ouderenzorg Zorgnet Vlaanderen)

Ondersteuning door de koepels van de CGG:

Ann Moens (Zorgnet Vlaanderen)

Jos Lievens (FDGG)

**Deelnemers vraagzijde**

Overleg met de partners van de vraagzijde uit **de woon- en zorgcentra** op 28 april 2009

**CGG:**

Mimi Deboiserie	Directeur CGG PassAnt Voorzitter outreachproject senioren
Frank Delbeke	Coördinator outreachproject senioren FDGG
Kim Van Beylen	Psychologe ouderen PassAnt Coördinator outreachproject senioren Zorgnet Vlaanderen
Ann Capppaert	Psychologe CGG De Pont, ouderenteam, inhoudelijk coördinator Therapeutisch Project Outreach
Leen Vanoverschelde	Psychologe RCGG Eeklo, ouderen
Ann Vranckx	Stafmedewerker CGG-VBO Coördinator CGG-projecten
Luc Van de Ven	Klinisch psycholoog UZ Leuven, ouderenzorg Inhoudelijk expert outreach ouderen
Bert Allemeersch	CGG VBO – klinisch/psycho

**Andere sectoren:**

Kim	WZC Mater Dei Heikruis, hoofdverpleegkundige
Dr. Martine Burin	Ouderenpsychiater LITP-?
Jan Vandekerckhove	Stafmedewerker OCMW Dilbeek-ouderenzorg
Dr. Jan De Lepeleire	Huisarts – SIT voorzitter – stafid academisch centrum huisartsgeneeskunde – onderzoek rond ouderenzorg
Sara Mahieu	Psycholoog WZC Den Olm
Hilde Verrelst	Sociale Dienst, WZC Den Olm

**CGG-GGZ:**

Mimi Deboiserie	Directeur CGG PassAnt Voorzitter outreachproject senioren
Frank Delbeke	Coördinator outreachproject senioren FDGG
Kim Van Beylen	Coördinator outreachproject senioren Zorgnet Vlaanderen
Luc Van de Ven	Klinisch psycholoog ouderenzorg
Ann Vranckx	Stafmedewerker CGG-VBO Coördinator CGG-projecten

Cindy Baillieu	SPPIT Halle-Vilvoorde
Eveline Eerdekens	Psychologe LITP
Leen Van Assche	CGG Andante
Lynsey Wortmann	SPPIT Halle-Vilvoorde
Lynn Van Kerkhove	Psychologe geriatrie AZ Jan Portaels
Vicky Van Dooren	Suicidepreventie Vlaanderen

**Thuiszorg:**

Inge De Sloovere	MENOS
Dr. Firmin De Brandt	Huisarts
Kathleen Eykelberg	Diensthofd thuishulp Limburg, De voorzorg
Daniël Hanssens	Similes
Christel Helsen	Landelijke thuiszorg
Mie Moerenhout	Vlaamse Ouderenraad
Hilde Vanderlinden	Similes
Kathleen Verkest	Vertegenwoordiger thuiszorg Halle-Vilvoorde

Losse ontmoetingen:

Jan Coel	PANAL
Anja Declercq	LUCAS centrum voor zorgonderzoek en consultancy
Carla Molenberghs	Huis De Perrekes (Geel)
Leen Neirinck	Landelijke Thuiszorg
Jacques Poncelet	Directeur Psychiatrisch ziekenhuis Ziekeren
Bert Vanderstappen	CM Leuven

## Contactpersonen Vraagzijde Outreach ouderen

Adriaens Jan	<a href="mailto:pc.ziekeren@fracarita.org">pc.ziekeren@fracarita.org</a>	Psychiater PZ Ziekeren
Baillieu Cindy	<a href="mailto:cindy.baillieu@fracarita.org">cindy.baillieu@fracarita.org</a>	
Bruyninckx Karolien	<a href="mailto:karolien.bruyninckx@denolm.be">karolien.bruyninckx@denolm.be</a>	
Burin Martine	<a href="mailto:martine.burin@zol.be">martine.burin@zol.be</a>	ZOL
Coel Jan	<a href="mailto:jcoel@panal.be">jcoel@panal.be</a>	
Craeymeersch Mieke	<a href="mailto:Mieke.craeymeersch@similes.be">Mieke.craeymeersch@similes.be</a>	Similes
De Brandt Firmin	<a href="mailto:Firmin.debrandt@skynet.be">Firmin.debrandt@skynet.be</a>	
De Lepeleire Jan	<a href="mailto:Jan.deLepeleire@med.kuleuven.be">Jan.deLepeleire@med.kuleuven.be</a>	
De Sloovere Inge	<a href="mailto:i.desloovere@menosgenk.be">i.desloovere@menosgenk.be</a>	Menos
Declercq Anja	<a href="mailto:Anja.Declercq@med.kuleuven.be">Anja.Declercq@med.kuleuven.be</a>	
Eykelberg Kathleen	<a href="mailto:kathleen.eykelberg@devoorzorg.be">kathleen.eykelberg@devoorzorg.be</a>	mutualiteit
Flamaing Johan	<a href="mailto:johan.flamaing@uzleuven.be">johan.flamaing@uzleuven.be</a>	
Hanssens Daniël		Similes
Helsen Christel	<a href="mailto:chelsen@kvlv.be">chelsen@kvlv.be</a>	KVLV
Mahieu Sara	<a href="mailto:sara.mahieu@denolm.be">sara.mahieu@denolm.be</a>	
Martens Mathieu	<a href="mailto:mathieu.martens@telenet.be">mathieu.martens@telenet.be</a>	
Moerenhout Mie	<a href="mailto:mie.moerenhout@vlaamse-ouderenraad.be">mie.moerenhout@vlaamse-ouderenraad.be</a>	VI. Ouderenraad
Molenberghs Carla	<a href="mailto:perrekes@skynet.be">perrekes@skynet.be</a>	Huize Perrekes
Neirinck Leen	<a href="mailto:lneirinck@kvlv.be">lneirinck@kvlv.be</a>	KVLV
Poncelet Jacques	<a href="mailto:pc.ziekeren@fracarita.org">pc.ziekeren@fracarita.org</a>	PZ Ziekeren St Truiden
Rooijmans Sandra	<a href="mailto:sandra.rooijmans@denolm.be">sandra.rooijmans@denolm.be</a>	
Van Dooren Vicky	<a href="mailto:vicky.vandooren@cggdepont.be">vicky.vandooren@cggdepont.be</a>	CGG
Van Kerkhove Lynn	<a href="mailto:Lynn.VanKerkhove@azjanportals.be">Lynn.VanKerkhove@azjanportals.be</a>	Jan Portael
Vandekerckhove Jan	<a href="mailto:jan.vandekerckhove@ocmw-dilbeek.be">jan.vandekerckhove@ocmw-dilbeek.be</a>	OCMW
Vanderlinden Hilde		Similes
Vanderstappen Bert	<a href="mailto:bert.vanderstappen@cm.be">bert.vanderstappen@cm.be</a>	mutualiteit
Vergauwen Suzanne	<a href="mailto:suzanne.vergauwen@psychogeriatric.be">suzanne.vergauwen@psychogeriatric.be</a>	
Verté Dominique		
Witte Nico		
Verkest	<a href="mailto:sit_netwerk_thuiszorg@scarlet.be">sit_netwerk_thuiszorg@scarlet.be</a>	SIT
Verrelst Hilde	<a href="mailto:hilde.verrelst@denolm.be">hilde.verrelst@denolm.be</a>	
Willy Ooms	<a href="mailto:pc.ziekeren@fracarita.org">pc.ziekeren@fracarita.org</a>	mw PZ ziekeren
Wortmann Linsey		

Overzicht bijlagen:

Bijlage 1: therapeutische projecten voor ouderen

Bijlage 2: ouderenbehoefteonderzoek

Bijlage 3: verwerven van middelen via deelname aan projecten

Bijlage 4: programma Terugspeeldag 9 juni 2009

## BIJLAGE 1: Therapeutische projecten voor ouderen

Een goede manier om te komen tot betere integratie is te werken met casusgebonden overleg. Bijvoorbeeld in de **therapeutische projecten**, waarbij ouderen met bepaalde geestelijke gezondheidszorgproblemen geïnccludeerd kunnen worden voor zorgoverleg. De betrokken zorgactoren, de oudere zelf en eventueel de omgeving van de oudere worden rond tafel gebracht om te komen tot afstemming van zorg. Op regelmatige tijdstippen wordt de zorg geëvalueerd en bijgestuurd.

In de goedgekeurde projecten zijn de CGG initiatiefnemer of medebetrokkene. Volgende informatie is te vinden op <http://www.transversaaloverleg.be/documenten/TP%200.pdf> :

**Project nr. 2** *Outreaching voor ouderen met dementie-depressie in de regio Mechelen*

**Doelstelling:** *Vanuit een goede differentiaal-diagnostische fase een zorgaanbod en zorgtraject op maat uitwerken vanuit de GGZ naar RVT en reguliere thuiszorg*

**Project nr. 3** *Integrale begeleiding van ouderen met ernstige psychiatrische problemen*

**Doelstelling:** *Zorg op maat en continuïteit in de hulpverlening naar ouderen om hen zo goed mogelijk in de eigen thuissituatie in te integreren. Daartoe samenwerking en overleg van diverse partners.*

**Project nr. 4** *Ouderen in hun natuurlijk leefmilieu met ernstige en langdurige stemmings- en angststoornissen*

**Doelstelling:** *Verhoging van de levenskwaliteit van 60-plussers, die nog thuis verblijven en ernstige psychische/psychiatrische problemen hebben, via zorg op maat en door ondersteuning van de thuiszorg*

**Project nr.5** *Zorg voor ouderen regio Gent*

**Doelstelling:** *Netwerk opzetten voor complexe problematiek tussen somatische sector + GGZsector uit de regio.*

**Project nr. 7** *Reïntegratie, rehabilitatie en resocialisatie van oudere psychiatrische patiënten*

**Doelstelling:** *Reïntegratie, rehabilitatie en resocialisatie van oudere psychiatrische patiënten.*

**Project nr. 9** *Onderzoek naar de kritische succesfactoren en de mogelijke ICT-toepassingen bij de uitbouw van een zorgcircuit voor ouderen met ernstige en langdurige stemmingsstoornissen*

**Doelstelling:** *Uitbouw van een zorgcircuit*

## BIJLAGE 2: ouderenbehoefteonderzoek

Een boeiend onderzoek om te weten hoe ouderen zich momenteel voelen en welke noden zij ervaren is het ouderenbehoefteonderzoek van prof D. Verté, van de vakgroep Agogische Wetenschappen aan de VUB. Voor de CGG, die erkend zijn voor een bepaalde regio, kan het interessant zijn om de lokale noden op het vlak van geestelijke gezondheidszorg beter te leren kennen. Het onderzoek sluit aan bij het decreet dat de gemeenten oplegt om een Lokaal Sociaal Beleidsplan op te stellen en een ouderenadviesraad aan te stellen. In driekwart van die plannen bleek ouderenbeleid het belangrijkste thema.

Verté startte op vraag van een aantal gemeentes een ouderenbehoefteonderzoek naar aanleiding van het decreet op de ouderenbeleidsparticipatie. De verschillende betrokken partijen besloten dat de VUB het wetenschappelijke gedeelte in handen zou houden, maar dat de provincies de coördinatie zouden opnemen. Gepensioneerden uit de gemeenten zouden worden opgeleid tot onderzoeksbegeleiders. De bevraging gebeurde door de senioren zelf.

Tot eind 2008 werden ongeveer de helft van de Vlaamse gemeenten ondervraagd over hun behoeften. Opvallend is dat er van gemeente tot gemeente gigantische verschillen zijn, maar dat die wegvallen wanneer de provincies met elkaar vergeleken worden. In de ene gemeente doet 8% van de zestigplussers aan vrijwilligerswerk, in een andere gemeente loopt dat percentage op tot 27%. Uit het onderzoek blijkt dat hoe meer inspanningen geleverd worden om vrijwilligers in te schakelen in lokale initiatieven, hoe groter het rekruteringspotentieel wordt. Hetzelfde geldt voor participatie in het verenigingsleven. Ook wat betreft huisvesting en onveiligheidsgevoelens zijn er grote verschillen.

Een deel van het onderzoek gaat over kwetsbaarheid. De Witte, onderzoeksmedewerker van prof. Verté, besprak op de winterconferentie geriatric van 6 februari 2009 zijn bevindingen in verband met de detectie van kwetsbare ouderen<sup>39</sup>. Belangrijk besluit uit het onderzoek: de helft van de personen die hulp nodig heeft ontvangt geen hulp. Verder komen ze tot enkele algemene bevindingen bij ouderen, die aangeven welke doelgroep een hogere kwetsbaarheid heeft:

- Vrouwen meer kwetsbaar dan mannen
- Als leeftijd stijgt, stijgt kwetsbaarheid
- Ook bij stijgende leeftijd zijn vrouwen kwetsbaarder dan mannen
- Hoe lager de opleiding, hoe kwetsbaarder
- Zonder partner kwetsbaarder dan met
- Huurders kwetsbaarder dan eigenaars
- Hoger inkomen, dalende kwetsbaarheid
- Beter rondkomen, dalende kwetsbaarheid
- Hoe meer contacten, hoe minder kwetsbaar
- Hoe meer tevreden over de contacten, hoe minder kwetsbaar
- Hoe prettiger wonen in de wijk, hoe minder kwetsbaar
- Hoe meer betrokken in de wijk, hoe minder kwetsbaar
- Hoe meer negatieve affecten, hoe kwetsbaarder
- Hoe meer mensen binnen het sociaal netwerk, hoe minder kwetsbaarder
- Hoe meer tevreden men is over het sociaal netwerk, hoe minder kwetsbaar
- Er is een groep die geen hulp krijgt, doch kwetsbaar is

---

<sup>39</sup> De Witte, N., Dury, S., Verté, D. (2009). De detectie van kwetsbare ouderen: een burgerschapspectief. *Powerpointpresentatie op de wintermeeting van de Belgische Vereniging voor Gerontologie en Geriatrie.*

**“Nieuw project lokaal ouderenbeleid: projectmatig werken voor en door ouderen<sup>40</sup>**  
Minister Vanackere geeft opnieuw subsidies voor de ondersteuning van het lokaal ouderenbeleid. In opvolging van het project lokaal ouderenbeleid van 2006-2007 richt de VVSG zich nu naar initiatieven die voor ouderen en samen met ouderen worden georganiseerd. Centraal staat de procesbegeleiding van lokale projecten met daarbij de participatie van de ouderenadviesraad, de lokale ouderenverenigingen of andere geïnteresseerde ouderen. Tijdens het één jaar lopende project wil de VVSG enkele lokale besturen begeleiden bij een communicatie en participatieproject. Een projectmedewerker van de VVSG zal de geselecteerde lokale besturen gratis begeleiden tijdens het hele proces van start tot feitelijke realisatie. Op het einde van het project zal een handleiding worden opgesteld over het realiseren van projecten met ouderen. De projecten kunnen handelen over veiligheid, mobiliteit, diversiteit, vereenzaming, enz. “

Protocol 3<sup>41</sup>

uit

“Aanhangsel nr. 3 bij het Protocolakkoord nr. 3 gesloten op 13 juni 2005 tussen de Federale Overheid en de Overheden bedoeld in artikelen 128,130,135 en 138 van de Grondwet, betreffende het te voeren ouderenzorgbeleid, inzake de alternatieve en ondersteunende zorgvormen wordt overeengekomen wat volgt :

1. Inleiding.

Op de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid van 13 juni 2005 werd voor de derde keer een **protocolakkoord afgesloten tussen de Federale overheid en de Gemeenschappen en Gewesten in het kader van het te voeren ouderenzorgbeleid.** In protocol 3 (1/10/2005 - 1/10/2010) wordt de **uitbouw van alternatieve en ondersteunende zorgvormen verder gestimuleerd.** In samenspraak met de Federale Overheid moeten de Gemeenschappen en Gewesten over de periode van het derde protocolakkoord **20 % van de beschikbare middelen inzetten voor de creatie van alternatieve en ondersteunende zorgvormen.**

**Naar analogie met de therapeutische projecten in de geestelijke gezondheidszorg, heeft de overheid ervoor geopteerd om alternatieve en ondersteunende zorgvormen te laten formuleren vanuit het werkveld** veeleer dan deze vanuit de overheid op te leggen. Zorgvernieuwing krijgt immers een groter draagvlak wanneer dit in een verkennend stadium' wordt geformuleerd vanuit een bottom-up benadering.”

<sup>40</sup> Steven Vanackere, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Beleidsbrief: Beleidsprioriteiten 2008-2009 p33, 29 okt 2008

<sup>41</sup> Federale Overheid Aanhangsel nr. 3 bij het Protocolakkoord nr. 3 gesloten op 13 juni 2005

**PROGRAMMA TERUGSPEELDAG**

---

**vanaf 9u30:      *Ontvangst met koffie***

**Voormiddag**

10u-10u45:      Ervaringen van de coördinatoren: feedback van de kennismakingsronde bij de ouderenteams en actoren uit de vraagzijde  
*Frank Delbeke en Kim Van Beylen*

10u45-11u15:      Hoe kijkt de ouderenzorgsector naar het outreachend werken vanuit de CGG's?  
*Roel Van de Wygaert (stafmedewerker ouderenzorg Zorgnet Vlaanderen)*

11u15-11u45:      Werking en organisatie van een ouderenteam vanuit een preventieve invalshoek  
*Dr. Bouckaert (psychiater CGG Brussel-Oost, UPC K.U.Leuven, campus Kortenberg)*

11u45-12:      Ruimte voor vragen en discussie

**12u-13u30:      *Lunch met mogelijkheid tot bekijken posters***

**Namiddag**

13u30-14u45:      parallelsessie 1: één keuze uit:

A. Mediërend werken in Woon- en Zorgcentra  
*Griet Devisscher (psychologe CGG Waas en Dender)*

**OF**

B. Naar een present CGG: laagdrempelig en outreachend werken  
*Walter Van Hecke (maatschappelijk werker CGG Prisma)*

**14u45-15u15:      *koffiepauze***

15u15-16u30:      parallelsessie 2: één keuze uit:

C. Handelingsgerichte diagnostiek  
*Ann Cappaert en Katya Colson (psychologen CGG De Pont)*

**OF**

D. Regionale samenwerking en intervisie  
*Mimi Deboiserie (directeur CGG PassAnt) en  
Frank Delbeke (psycholoog DAGG Sint-Truiden)*