



**Project Zorgpad Ouderen GGZ
Bevraging zorgactoren regio Emergo**

Rapport mei 2024

Paul Dierick

Project Zorgpad Ouderen GGZ. Bevraging zorgactoren regio Emergo

Rapport mei 2024¹

Paul Dierick²

Inleiding

De overheden, zowel federaal (FOD Volksgezondheid) als Vlaams (Administratie Welzijn en Gezondheid), denken heel sterk in netwerken, als samenwerkingsverbanden tussen voorzieningen, samenwerkingsverbanden tussen partners binnen samenleving, welzijn, algemene gezondheidszorg en geestelijke gezondheidszorg, en samenwerkingsverbanden tussen ambulante, mobiele en residentiële voorzieningen. Daarbij kan o.a. gedacht worden in tijdlijnen en echelons (nuldelijns, eerstelijns, tweedelijns, derdelijns), en in de vijf functies die binnen de GGZ onderscheiden worden.

De afgelopen jaren hebben er belangrijke evoluties plaatsgevonden met financiële injecties in de GGZ door het beleid van Minister Vandenbroucke.

De overheid vraagt om steeds meer te denken richting zorgpaden: aaneengeschakelde zorg over lijnen en organisaties heen (stepped care/matched care). Het ontwikkelen van een zorgpad is een proces in co-creatie, zowel qua methodiek als qua inhoud. Zorgpaden worden ontwikkeld om duidelijke overzichten, verbinding en samenwerking te bevorderen. Dat is wat we nastreven. Anderzijds merken we dat er vanuit de overheden niet voldoende middelen voorzien worden om netwerken tussen voorzieningen te organiseren en coördineren. Het bestaande GGZ-netwerk is gericht op zorgpartners die werken met volwassenen t.e.m. 65 jaar. Om zorgcontinuïteit voor 65 plussers te kunnen bedienen is een specifiek circuit van partners en expertise nodig. Het beheer en de expertise van het huidige GGZ-netwerk voor volwassenen is hier niet op afgestemd.

Dit project Zorgpad Ouderen GGZ is mogelijk gemaakt door investering vanuit eigen middelen van UPC Duffel. De directie heeft mij gevraagd om in de laatste maanden voor mijn pensionering mij nog in te zetten als coördinator voor dit project binnen Netwerk Emergo. Door nauwe samenwerking met netwerkpartners binnen Emergo is het project Zorgpad Ouderen GGZ tot stand gekomen. In dit rapport kunt u lezen wat we samen met heel wat zorgpartners gedaan en gerealiseerd hebben. Het is een aanzet waar op verder gebouwd kan worden.

Nu dit project afgelopen is, is het aan geëngageerde zorgpartners binnen het werkveld van de zorg voor psychisch kwetsbare ouderen met GGZ-noden om verder op te nemen wat hier vanuit onze co-creatie uitgetekend is. Het is een oproep naar directies en beleidsmedewerkers om in samenwerkingsverbanden te blijven investeren met eigen middelen. Het is een oproep naar collega's in de zorg om zich verder te engageren in samenwerkingsverbanden met zorgpartners in andere voorzieningen en sectoren. We zijn er allen samen nodig om psychisch welzijn en geestelijke gezondheid bij kwetsbare ouderen te bevorderen, om te voorkomen dat problemen gaan escaleren, en om tijdig de gepaste zorg te bieden. Geen enkele zorgpartner kan dat alleen vanuit zijn voorziening doen. Samenwerkingsverbanden zijn daarbij essentieel.

Dit is ook een oproep naar de overheden om meer middelen toe te kennen aan het organiseren en coördineren van de nodige samenwerkingsverbanden, hier dus binnen een Zorgpad voor psychisch kwetsbare ouderen met GGZ-noden.

¹ Bijlagen beschikbaar op www.netwerkemergo.be

² Paul Dierick is dr. in de psychologie, klinisch psycholoog, psychotherapeut. Hij is gedurende 32 jaar werkzaam geweest in PZ / UPC Duffel, waarvan 24 jaar in ouderenpsychiatrie. Van november 2023 tot april 2024 was hij als coördinator voor het project Zorgpad Ouderen GGZ verbonden aan Netwerk Emergo.

Dit rapport met de bijlagen kan gezien worden als een soort naslagwerk dat selectief gelezen kan worden. Men kan zich bijvoorbeeld beperken tot de inleiding, samenvatting, en als besluit geformuleerde aanzetten en aanbevelingen. In de tekst en in de bijlagen kan men gericht zaken opzoeken en doornemen.

We wensen u veel leesplezier, herkenning, inspiratie, en vooral goesting om verder samen te werken met partners in de zorg voor de kwetsbare ouderen die onze samenwerking nodig hebben.

Van harte,

Paul Dierick
Mei 2024

**Project Zorgpad Ouderen GGZ. Bevraging zorgactoren regio Emergo
Rapport mei 2024 – Paul Dierick**

Samenvatting

Met dit project hebben we ons geëngageerd om een concept van zorgpad voor psychisch kwetsbare ouderen met GGZ noden in de regio van Netwerk Emergo uit te tekenen, als antwoord naar de overheid toe bij de bespreking van het zorgvernieuwingsproject Kairos.

We gingen met de volgende methodes te werk: gerichte literatuurstudie van beleidsnota's, overleg met zorgpartners op vergaderingen en in gesprekken, en een vragenlijstonderzoek waar 127 zorgactoren aan meegewerkt hebben, vanuit de 4 lijnen, de 5 functies, en de 5 eerstelijnszones van de Emergo regio.

Verder bouwend op modellen van GGZ binnen een geïntegreerde zorg voor ouderen, ingebed in samenleving, welzijn en zorg, en het piramidemodel dat door de WHO en Zorgnet-Icuro is voorgesteld, tekenden we een piramidemodel uit waarin de zorgactoren die naar voren komen binnen Zorgpad Ouderen GGZ gesitueerd worden. Van de basis tot de top van de piramide onderscheiden we de volgende overkoepelende categorieën (clusters) en hoofdcategorieën van zorgactoren:

- (0) de oudere Zelf en zijn Context;
- (1) Lotgenoten en Mantelzorg (Mantelzorgorganisaties, zelfhulpgroepen, lotgenotencontacten, Inloophuis dementie);
- (2) Samenleving en Buurt (Lokale besturen, Sociale huizen, Mutualiteiten, Lokale dienstencentra, Dagverzorgingscentra, WZC-Kortverblijf, WZC-Residentieel verblijf),
- (3) Welzijn en Gezondheidszorg (Gezinszorg en aanvullende thuiszorgdiensten, Thuisverpleegkundigen, Apothekers, Wijkgezondheidscentra, Huisartsen, Kruispunt, CAW, Herstelacademie, Expertisecentra dementie, Humanistisch consulent waardig levenseinde);
- (4) Ambulante en Mobiele GGZ (Ambulante psychologen, Ambulante psychiaters, CGG Ouderenwerking, Mobiel CrisisTeam Emergo, Kairos, Mobiel Herstel Team);
- (5) (G)GGZ in ziekenhuis (Geriatrische afdelingen in AZ, PAAZ, PZ); en
- (6) GGZ Woonvoorzieningen (Initiatieven Beschut Wonen, PVT).

Op basis van de beschrijving van het “bestaande aanbod voor ouderen en GGZ” in de ‘Beleidsnota Geestelijke gezondheid bij ouderen’ van Zorgnet-Icuro (in voorbereiding) stelden we – in samenwerking met de ELZ-coördinatoren en vanuit onze bevraging – een overzicht op van zorgaanbod binnen de Emergo-regio. Dit overzicht wordt voor verwijzers beschikbaar gemaakt via een speciale pagina in de Sociale Kaart, waar het ook jaarlijks geactualiseerd zal worden.

In het rapport stellen we vervolgens de resultaten van het vragenlijstonderzoek voor, in tekst, tabellen, figuren en bijlagen. Voor elk van de 28 hoofdcategorieën van zorgactoren-respondenten worden de omschrijvingen weergegeven van de (sub)doelgroepen van ouderen en van hun specifieke zorgaanbod. Daarbij zoemen we in op bij welke problematiek of zorgvraag verwijzing naar elk van de 6 types ambulante en mobiele GGZ binnen Zorgpad Ouderen GGZ aangewezen is. De IN-stroom en UIT-stroom verwijzingen worden in kaart gebracht. Voor elk van de 28 hoofdcategorieën van zorgactoren-respondenten en voor elk van de 6 overkoepelende categorieën (clusters) wordt in tabellen en figuren weergegeven in welke mate ze verwijzingen krijgen van elk van de 24 in de vragenlijst overlopen zorgpartners en in welke mate ze naar elk van deze zorgpartners (door)verwijzen. De fiche voor PZ wordt in de tekst besproken.

Overzichten worden weergegeven van knelpunten en tekorten in zorgaanbod en samenwerking die door de zorgactoren in de vragenlijst werden herkend of gesignaleerd. Daarbij wordt onder meer

ingegaan op wachttijden voor elk zorgaanbod. Aansluitend geven we weer welke noden de zorgactoren hebben aangegeven en welke voorstellen ze hebben geformuleerd (als kansen, doelen of andere ideeën om het zorgaanbod voor psychisch kwetsbare ouderen met GGZ noden te verbeteren).

Voortgaande op de bevindingen uit het vragenlijstonderzoek, overleg met zorgpartners en literatuurstudie vatten we in dit rapport een aantal aanzetten samen en formuleren we aanbevelingen naar verder beleid toe. Daarmee komen we tegemoet aan wat aangegeven werd als knelpunten, tekorten, noden en voorstellen.

Met dit project bieden we aanzetten tot overzicht in verwijsmogelijkheden. We stelden een overzicht op van het bestaande zorgaanbod in de regio, dat beschikbaar wordt via de Sociale Kaart. We brengen het recente nieuwe ambulante en mobiele GGZ zorgaanbod voor ouderen, dat wellicht nog onvoldoende bekend is, onder de aandacht. We formuleren een vijftal mogelijke verwijslijnen tussen zorgactoren, bij telkens een bepaalde probleemstelling of vraagstelling, een vijftal zorgpaden binnen 'Zorgpad Ouderen GGZ': Vroege GGZ interventie; GGZ crisisinterventie; GGZ opnametraject (in AZ en/of PZ); Nazorg in thuismilieu; en Thuis-vervangende omgevingen. Op basis van het overleg dat we gefaciliteerd hebben tussen zorgverstrekkers en directies van Kairos en CGG De Pont Ouderenwerking hebben we aanzetten geformuleerd tot afstemming en samenwerking tussen deze zorgpartners.

Ten slotte formuleren we een tiental algemene aanbevelingen naar het beleid toe met het oog op het verder bevorderen van GGZ voor ouderen, een zestal meer concrete suggesties om Zorgpad Ouderen GGZ in de Emergo regio verder te ontwikkelen, en argumenten waarom dit nodig is. Deze suggesties betreffen: overlegtafels op beleidsniveau, een werkgroep / stuurgroep voor zorgpad ouderen GGZ, een netwerkmoment voor alle zorgactoren, verdere afstemming van het ambulante en mobiele GGZ aanbod voor ouderen, de 'intersectoraal consult en liaison'-functie ter ondersteuning van zorgpartners in de clusters 'Welzijn en gezondheidszorg' en 'Samenleving en buurt' (eerste lijn), en oplossingen zoeken voor hiaten in zorgaanbod en samenwerking.

Met het verder ontwikkelen in deze regio van Zorgpad ouderen GGZ in samenwerking met beleidsmakers en vele zorgpartners kunnen we tegemoetkomen aan de prangende noden van zorgactoren die zelf heel wat constructieve voorstellen hebben geformuleerd. Zo kunnen we ook antwoorden bieden op de vele zorgnoden van psychisch kwetsbare ouderen en kunnen we ons er op voorbereiden dat deze doelgroep nog zal toenemen gezien de gekende demografische evolutie.

Dankwoord

Dit project 'Zorgpad Ouderen GGZ' zou niet mogelijk geweest zijn zonder de medewerking van velen. Graag bedanken we alle collega's, contactpersonen en directies die op een of andere manier hun steentje bijgedragen hebben.

In de eerste plaats gaat onze dank naar de directie van het UPC Duffel, in het bijzonder naar algemeen directeur Dirk Broos en zorgdirecteur Katrien Henderickx, die personeelsmiddelen hebben geïnvesteerd en mij hebben aangesteld om gedurende een zestal maanden dit project te trekken. Hierbij willen we ook mevrouw Magda Coture en mevrouw Isabel Moens, de contactpersonen bij de overheid, bedanken voor de aanzet die ze gegeven hebben waar de directie op ingegaan is. Dirk Broos als voorzitter en Katleen Boschmans als coördinator van Netwerk Emergo bedanken we voor de richting gevende ondersteuning en hulp tijdens alle fasen van het project. De directies van de diverse zorgvoorzieningen en leden van het Netwerkcomité Emergo bedanken we voor de beleidsmatige ondersteuning en hulp bij het verspreiden van de vragenlijst.

In het bijzonder willen we alle 127 zorgactoren bedanken die onze vragenlijst ingevuld hebben. Zonder hun goed gestoffeerde respons zouden we deze resultaten niet hebben kunnen presenteren. Heel wat collega's uit verschillende sectoren bedanken we voor hun inbreng in overleg (gesprekken, en vergaderingen):

- Mish Dierckxsens, dr. Cédric van Moorsel, dr. Laurens De Ketelaere, Tom Baeten (namens Kairos en UPC Duffel afdeling Sophia 3); dr. Yamina Madani, Ruth Poortmans, Lily Scheers, Shana Nauwelaerts, Romy Pollmann, Ellen Vanderleyden, Silke Minnebach, Chloë Juchtmans (namens UPC Duffel afdelingen Sophia 1, Sophia 2, Sophia 3 en Sophia 4);
- Ingrid Nolis, Katya Colson, Lieselot Balieu, Maxim De Wispelaere, Florence Meuris (namens CGG De Pont ouderenwerking), en Herman Wauters (mede namens Expertisecentrum Dementie Orion);
- Kato De Ridder, dr. Jan Hoerée, Dirk Opdebeeck (namens Mobiel crisisteam Emergo, MCTE); Ann-Sofie Mareco, Ercia De Meyer, Roel Storms, dr. Stéphane Pirsoul (namens Mobiel herstelteam);
- Bart Jansen (namens Conventie PZEL Netwerk Emergo);
- Britt Van de Voorde (namens ELZ RupeLaar); Lore Tilley, Tine Van Avermaet (namens ELZ Klein Brabant – Vaartland); Vincent Verboven, Carmen Schaalje (namens ELZ Pallieterland); Willy Heylen, Sven De Bakker (namens ELZ Mechelen-Katelijne, Willy Heylen tevens vertegenwoordiger voor de 5 ELZ's binnen de Emergo-regio);
- Dr. Jan De Leppeleire (namens huisartsen);
- Paul Van Tendeloo (namens Woonzorg Emmaüs); Veerle Nys, Greet Volkaerts (namens WZC Ten Kerselaere); Ilse Van Dessel (namens LDC De Pit en LDC De Peerle);
- Kim Van Achteren (namens de afdelingen geriatrie AZ Sint-Maarten).

De collega's van het Algemeen secretariaat van UPC Duffel bedanken we voor allerlei praktische ondersteuning, in het bijzonder Tom Verhaege voor zijn grote hulp bij de technische analyse van het Excel-bestand waarin alle gegevens van het vragenlijstonderzoek opgeslagen zijn. Wim Janssen bedanken we voor methodologisch advies en hulp bij analyses.

Enkele reeds genoemde collega's willen we speciaal bedanken voor hun feedback op het rapport en suggesties tot verbetering: Dirk Broos, Katleen Boschmans, Bart Jansen, Florence Meuris, Mish Dierckxsens, Herman Wauters en Willy Heylen.

Grote dank ten slotte aan Sofie Lenaers die haar rol als projectondersteuner voor dit project meer dan waar gemaakt heeft doorheen alle fasen van het project tot de afwerking van het rapport.

Inhoudstafel

Inleiding	1
Samenvatting.....	3
Dankwoord	5
Inhoudstafel	6
Overzicht van Tabellen en Figuren	8
1. Situering en werkmethodes	10
1.1 Aanleiding van de opdracht.....	10
1.2 Aanpak en Werkmethodes	10
2. Zorgactoren en zorgaanbod voor ouderen met GGZ-noden	11
2.1 Zorgactoren: GGZ ingebed in samenleving, welzijn en zorg	11
2.1.1 Overkoepelende categorieën (clusters) zorgactoren.....	11
2.1.2 Zorgactoren in clusters volgens Piramidemodel	12
2.2 Overzicht bestaand zorgaanbod voor ouderen met GGZ-noden	13
3. Resultaten vragenlijst onderzoek.....	14
3.1 Omschrijving doelgroepen en zorgaanbod voor ouderen	17
3.1.1 Omschrijving (sub)doelgroep en zorgaanbod door zorgactoren	17
3.1.2 Verwijsmogelijkheden naar Ambulante en Mobiele GGZ – Zorgpad Ouderen.....	17
3.2 IN-stroom en UIT-stroom verwijzingen tussen zorgactoren (cascades)	18
3.2.1 Situering en algemene bevindingen	19
3.2.2 Bevindingen IN-stroom en UIT-stroom verwijzingen per zorgactor en per overkoepelende categorie volgens het piramidemodel	20
3.2.3 IN-en UIT-stroom verwijzingen voor UPC Duffel Ouderenpsychiatrie (Zorgactor PZ) ..	21
3.3 Knelpunten en tekorten in zorgaanbod en samenwerking	22
3.3.1 Knelpunten expliciet bevraagd in de vragenlijst	22
3.3.2 Wachttijden	23
3.3.3 Bij de bevraging gesignaleerde tekorten in onze regio (Nood aan ...)	25
3.4 Gesignaleerde noden en voorstellen van zorgactoren	26
3.4.1 Noden expliciet bevraagd in de vragenlijst	26
3.4.2 Voorstellen geformuleerd door zorgactoren-respondenten (Kansen, doelen, ideeën en voorstellen).....	27
4. Aanzetten en aanbevelingen.....	30
4.1 Aanzetten tot overzicht in verwijsmogelijkheden.....	30
4.1.1 Overzicht zorgaanbod voor ouderen met GGZ-noden.....	30
4.1.2 Recent nieuw zorgaanbod voor ouderen met nood aan GGZ-ondersteuning.....	30
4.1.3 Mogelijke verwijslijnen tussen zorgactoren – Meerdere paden binnen ‘Zorgpad Ouderen GGZ’	31
4.2 Aanzetten tot afstemming en samenwerking	36

4.3	Algemene aanbevelingen naar beleid toe: GGZ voor ouderen	36
4.4	Zorgpad Ouderen GGZ: Suggesties voor deze regio.....	37
4.4.1	Overlegtafel(s) op beleidsniveau ter behartiging van psychisch kwetsbare ouderen met GGZ-noden.....	38
4.4.2	Werkgroep / stuurgroep Zorgpad Ouderen GGZ	38
4.4.3	Netwerkmoment organiseren (voor alle zorgactoren)	38
4.4.4	Verdere afstemming Ambulant en Mobiel GGZ aanbod (Ambulante Psychologen, Ambulante Psychiaters, CGG; MCTE, Kairos, MHT).....	38
4.4.5	'Intersectoraal consult en liaison'-functie bekijken en verder uitwerken, ter ondersteuning van zorgpartners in de clusters 'Welzijn en gezondheidszorg' en 'Samenleving en buurt' (eerste lijn).....	39
4.4.6	Oplossingen zoeken voor hiaten in zorgaanbod en samenwerking.....	39
	Tot slot.....	40

Overzicht van Tabellen en Figuren (in volgorde van vermelding in tekst en bijlage)

Ingevoegd in de tekst

Figuur 1. Geestelijke gezondheidszorg binnen een geïntegreerde zorg voor ouderen (nota werkgroep GGOUD, 2019).

Figuur 2. Piramidemodel van GGZ (WHO, 2009; Zorgnet Icuuro: De mythes bevestigd. Resultaten van de Public Mental Health Monitor 2023).

Figuur 3. Piramidemodel Zorgactoren Zorgpad Ouderen GGZ.

Figuur 4. Schermafbeelding pagina Sociale Kaart. “Zorgpad Geestelijke Gezondheid Ouderen Netwerk Emergo. Overzichten zorgaanbod en zorgvoorzieningen.”

Tabel 3. Zorg-Actoren (Respondenten van de vragenlijst). Hoofdcategorieën in Overkoepelende categorieën volgens Piramidemodel.

Figuur 7. X-Y plot van IN-stroom en UIT-stroom verwijzingen voor alle respondenten samen (24 zorgpartners-’verwijzers’ / 127 zorgactoren-respondenten).

Tabel 5.1. Schermafbeelding uit Tabel 5 IN-stroom en UIT-stroom verwijzingen / Fiche Zorgactor PZ.

Tabel 7. Wachttijden voor zorgaanbod van 28 zorgactoren (hoofdcategorieën van respondenten): inschatting van actuele wachttijd op moment van bevraging, en gemiddelde wachttijd (bij mogelijks regelmatige wachtlijst). Bereik en modus over de respondenten heen per categorie van zorgactoren.

Tabel 9. Bevraging vijf mogelijke noden van zorgactoren. Percentages ja-antwoorden.

Tabel 11. Haalbare kansen / bereikbare doelen & Andere ideeën / voorstellen. Overzicht inhoudscategorieën.

Figuur 9.1. Zorgpad Vroege GGZ interventie.

Figuur 9.2. Zorgpad GGZ crisis-interventie.

Figuur 9.3. Zorgpad GGZ Opnametraject (in AZ en / of PZ).

Figuur 9.4. Zorgpad Nazorg in thuismilieu (ondersteuning na opname).

Figuur 9.5. Zorgpad Thuisvervangende omgevingen.

Bijlagen

Tabel 1. Overzicht Zorgaanbod voor ouderen - Zorgpad Ouderen GGZ Netwerk Emergo - Versie 4

Tabel 2. Zorg-Actoren (Respondenten van de vragenlijst). Hoofdcategorieën in volgorde van de vragenlijst.

Tabel 4. Doelgroep en Zorgaanbod Omschrijvingen per Hoofdcategorie van Zorgactoren, in Overkoepelende categorieën volgens Piramidemodel.

Figuur 5. Schermafbeelding Excel-Tabel 2 IN-stroom verwijzingen Hoofdcategorieën.

Figuur 6. Schermafbeelding Excel-Tabel 5 UIT-stroom verwijzingen Hoofdcategorieën.

Tabel 5. IN-stroom en UIT-stroom Verwijzingen (fiche) voor elk van de 28 hoofdcategorieën van zorgactoren-respondenten, in overkoepelende categorieën volgens ons piramidemodel.

Figuren 8.1 tot 8.6. X-Y plots van IN-stroom en UIT-stroom verwijzingen voor elk van de zes overkoepelende categorieën (clusters) van zorgactoren volgens ons piramidemodel.

Tabel 6. Toepasselijkheid van een lijst van knelpunten in het zorgaanbod en bij de oudere zelf en zijn context, expliciet bevraagd in de vragenlijst.

Tabel 8. Knelpunten bij verwijzingen / tekorten in zorgaanbod en samenwerking. Antwoorden op open vragen (bevraagd bij UIT-stroom Toelichting en aanvullingen), geordend volgens hoofdcategorieën van zorgactoren-respondenten binnen de overkoepelende categorieën volgens ons piramidemodel.

Tabel 10 Haalbare kansen / bereikbare doelen & Andere ideeën / voorstellen. Inhoudsanalyse met alle antwoorden.

Tabel 12. Afstemming Kairos – Ouderenwerking CGG De Pont. Op basis van formulering door de zorgpartners en overleg Zorgpad Ouderen GGZ.

Figuur 10.1. Aanmelding en behandeltraject van een cliënt 60+ binnen ouderenteam CGG De Pont (Stroomdiagram, mei 2024).

Figuur 10.2. Aanmelding van een bewoner van een WZC bij de outreach werking van CGG De Pont ouderenteam (Stroomdiagram, mei 2024).

Tabel 13. Intersectoraal consult en liaison. Inspirerende praktijkvoorbeelden in Vlaams-Brabant en aanbod binnen de regio van Netwerk Emergo.

1. Situering en werkmethodes

1.1 Aanleiding van de opdracht

Bij de bespreking van het Kairos project, als outreachende werking vanuit de afdeling Sophia 3 van het UPC Duffel, heeft de overheid gewezen op de noodzaak om dit aanbod te kaderen binnen een zorgpad voor psychisch kwetsbare ouderen in de regio van Netwerk Emergo.

We hebben dit engagement opgenomen om het bestaande zorgaanbod voor ouderen met GGZ-noden binnen de Emergo regio in kaart te brengen, alsook onderlinge verwijzingen, knelpunten en verbetermogelijkheden, waarbij verbinding en samenwerking bevorderd wordt. Het is een tijdelijk project, van november 2023 tot april 2024.

Met dit rapport en de contacten die gelegd zijn, geven we een aanzet tot het verder ontwikkelen van een zorgpad voor ouderen met GGZ-noden binnen onze regio.

1.2 Aanpak en Werkmethodes

In onze benadering staan de zorgvrager en zorgactoren / verwijzers centraal. We richten ons op wat zij nodig hebben.

Er werd overleg georganiseerd met zorgpartners uit verschillende sectoren binnen de zorg voor ouderen, op vergaderingen en in gesprekken. Processen van co-creatie werden gefaciliteerd.

Een gerichte literatuurstudie van beleidsnota's leverde inspiratie op. Meer bepaald werden de volgende teksten benut.

- Geestelijke gezondheid bij ouderen. Beleidsnota Zorgnet-Icuro (in voorbereiding: nog een intern document, niet volledig afgewerkt).
- De mythes bevestigd. Resultaten van de Public Mental Health Monitor 2023. Zorgnet-Icuro (2024).
- Organisatie van GGZ voor ouderen. Ontwerp voor een vernieuwd geestelijke gezondheidsbeleid voor ouderen in de provincie Vlaams-Brabant. Werkgroep GGOUD (2019), binnen overlegplatform VLABO.

Om zoveel mogelijk zorgactoren te bereiken hebben we een brede bevraging georganiseerd binnen de 5 ELZ's, de 4 Lijnen en 5 Functies.

Bevraging Zorgactoren en Analyse van de Gegevens

In co-creatie (overheen 8 versies) werd een vragenlijst opgesteld, waarbij inbreng verwerkt werd vanuit de Netwerkcoördinatie-cel, en vertegenwoordigers van: PZEL, de zorgcoördinatoren ELZ, WZC, GAAZ, en PZ.

De inhoudelijk voorbereide vragenlijst werd vervolgens ontworpen binnen een Google forms, uitgeprobeerd door onszelf en een paar collega's, en aangepast.

We deden een mailing rechtstreeks naar bepaalde zorgactoren en via contactpersonen in alle sectoren. Daarbij werd o.a. beroep gedaan op de leden van het Netwerkcomité Emergo.

127 respondenten / zorgactoren uit alle sectoren hebben de vragenlijst ingevuld via de link naar de Google forms.

Het Excel bestand waarin de antwoorden automatisch opgeslagen zijn, werd technisch bewerkt om de antwoorden gedifferentieerd te kunnen analyseren. Dit omvatte analyse van cijfergegevens en analyse van antwoorden op open vragen.

We bespreken eerst de zorgactoren die binnen het werkveld onderscheiden worden en het zorgaanbod naar ouderen met GGZ-noden toe, dat we in kaart gebracht hebben. Daarna stellen we de resultaten uit het vragenlijstonderzoek voor.

2. Zorgactoren en zorgaanbod voor ouderen met GGZ-noden

Om het overzicht van zorgaanbod dat we opgesteld hebben, te kaderen, stellen we eerst de categorieën van zorgactoren voor die we onderscheiden.

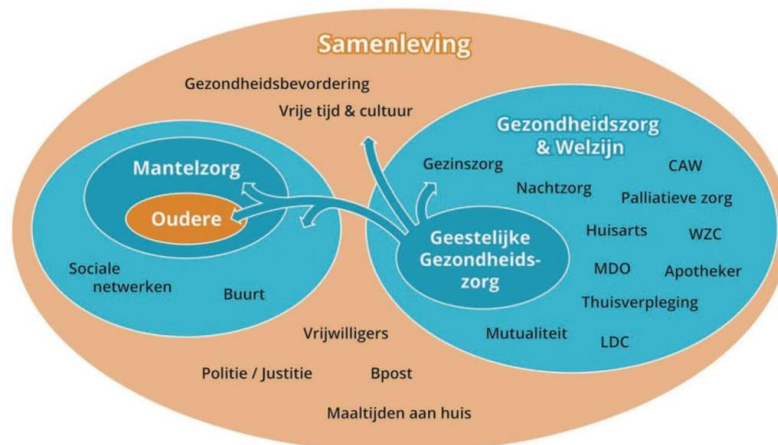
2.1 Zorgactoren: GGZ ingebed in samenleving, welzijn en zorg

Met zorgactoren bedoelen we zorgverstrekkers en informele zorg, zoals mantelzorgorganisaties, gezinszorg en aanvullende thuiszorgdiensten, huisartsen, centrum GGZ, psychiatrisch ziekenhuis.

2.1.1 Overkoepelende categorieën (clusters) zorgactoren

Binnen een geïntegreerde zorg voor ouderen zijn de zorgactoren die een specifiek aanbod op vlak van GGZ bieden, samen met andere zorgactoren ingebed in de context van de samenleving, welzijn en algemene gezondheidszorg. In figuur 1 wordt het verhelderend schema weergegeven dat door de werkgroep GGOUD werd gepubliceerd.

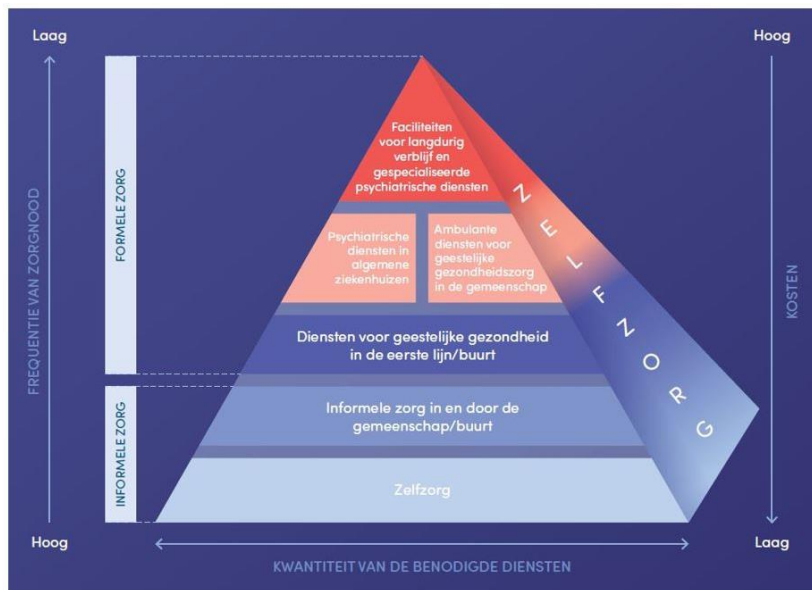
Figuur 1. GGZ binnen een Geïntegreerde zorg voor ouderen



Bron: schema geestelijke gezondheidszorg binnen een geïntegreerde zorg voor ouderen (nota werkgroep GGOUD 2019)

De zorgactoren die in ons overzicht van zorgaanbod en in onze bevraging voorkomen, werden geclusterd in een aantal overkoepelende categorieën, geïnspireerd door het piramidemodel van GGZ (zie Figuur 2) dat reeds in 2009 door de wereld gezondheidsorganisatie werd voorgesteld, en overgenomen werd in de beleidsnota van Zorgnet-Icuro 'De mythes bevraagd. Resultaten van de Public Mental Health Monitor 2023'.

Figuur 2. Piramidemodel GGZ (WHO, Zorgnet-Icuro)



Bron: De mythes bevestigd. Resultaten van de Public Mental Health Monitor 2023 (Zorgnet Icuro)

Het door ons voorgestelde piramidemodel met overkoepelende categorieën van zorgactoren binnen Zorgpad Ouderen GGZ is ook gebaseerd op de samenhang die we in onze analyses vonden (waarover later meer), werd verder getoetst in vergadering met zorgpartners en bijgesteld op basis van de bespreking. Zie figuur 3.

Figuur 3. Piramidemodel Zorgactoren Zorgpad Ouderen GGZ



2.1.2 Zorgactoren in clusters volgens Piramidemodel

Aan de basis van de piramide situeren we de oudere zorgvrager zelf en zijn/haar context (familie en ruimer systeem). Gezien 'Zelf & Context' anders gepositioneerd is dan de andere zorgactoren, geven we die (in de overzichten in dit rapport) het opsommingsnummer nul. De zorgvrager heeft geen zorgaanbod naar anderen toe, maar staat wel in voor zelfzorg en mantelzorg, wat centraal staat in het geheel. De zorgvrager als zorgactor vormt de basis waarop men steeds terugvalt en speelt een

cruciale rol in de samenwerking met alle zorgactoren die mogelijks betrokken worden in een bepaald zorgproces. Zorgcontinuïteit wordt daarbij nagestreefd.

Van de basis tot de top van de piramide situeren we de volgende overkoepelende categorieën van zorgactoren.

0. Zelf & Context
1. Lotgenoten en Mantelzorg
2. Samenleving en Buurt
3. Welzijn en Gezondheidszorg
4. Ambulante en Mobiele GGZ
5. (G)GZ in Ziekenhuis
6. GGZ Woonvoorzieningen

Voor een overzicht van de zorgactoren in de clusters volgens het piramidemodel verwijzen we naar Tabel 3, die verderop in het rapport ingevoegd wordt (zie p. 16-17): “Zorg-Actoren (Respondenten van de vragenlijst). Hoofdcategorieën in Overkoepelende categorieën volgens Piramidemodel”.

2.2 Overzicht bestaand zorgaanbod voor ouderen met GGZ-noden

Als vertrekbasis voor het opstellen van dit overzicht werd gebruik gemaakt van de beschrijving van het “bestaande aanbod voor ouderen en GGZ” in de ‘Beleidsnota Geestelijke gezondheid bij ouderen’ van Zorgnet-Icuro (in voorbereiding). In samenwerking met de ELZ-coördinatoren en vanuit onze bevraging (wat verderop besproken wordt) werden de categorieën van zorgactoren reeds gedeeltelijk ingevuld met concrete voorzieningen binnen het werkingsgebied van Netwerk Emergo. Sommige categorieën van zorgactoren blijken niet voor te komen binnen onze regio.

Dit overzicht van zorgaanbod GGZ voor ouderen werd geordend in de ‘zes plus één’ overkoepelende categorieën van zorgactoren (clusters 0 tot 6), gebaseerd op het piramide model dat we hierboven besproken hebben. Het is integraal opgenomen in bijlage: Tabel 1 Overzicht Zorgaanbod voor ouderen met GGZ-noden - Zorgpad Ouderen GGZ Netwerk Emergo - Versie 4.

Beschikbaar stellen van het aanbod voor verwijzers

Met dank aan Willy Heylen, contactpersoon van de 5 ELZ-coördinatoren, vormt dit werkdocument de basis voor het ontwikkelen van een webpagina in de Sociale Kaart, specifiek gewijd aan het Zorgaanbod binnen Zorgpad Ouderen met GGZ-noden voor de regio van Netwerk Emergo. Het aanbod van de zorgactoren die in het overzicht vermeld worden, wordt verbonden met de informatie die deze zorgactor zelf mogelijks reeds heeft aangeleverd aan de Sociale Kaart, zodat men daarnaar kan doorklikken. Via de systematiek van de Sociale Kaart kan dit overzicht en de informatie over het zorgaanbod door de Zorgpartners zelf verder ingevuld en jaarlijks geactualiseerd worden.

Op die manier kan dit een handig werkinstrument worden om doorverwijsmogelijkheden weer te geven en in op te zoeken.

Op deze speciale pagina van de Sociale Kaart zal met een link verwezen worden naar de website van Netwerk Emergo waar men dit rapport kan vinden betreffende Zorgpad Ouderen GGZ voor onze regio.

Zodra deze speciale pagina beschikbaar is op de Sociale Kaart zullen we dit op de website van Netwerk Emergo aankondigen en een link voorzien naar deze webpagina. Voor een eerste indruk geven we hierbij een schermafbeelding weer van hoe de beginpagina betreffende ons zorgaanbod, binnen de Sociale Kaart er uit kan zien.

Figuur 4. Schermafbeelding pagina Sociale Kaart



3. Resultaten vragenlijst onderzoek

In paragraaf 2.1 stelden we de overkoepelende categorieën (clusters) van zorgactoren reeds voor: GGZ ingebed in samenleving, welzijn en zorg. Hier gaan we eerst verder in op de categorieën van zorgactoren-respondenten die in ons vragenlijstonderzoek naar voren kwamen.

Vervolgens stellen we (in paragrafen 3.1 tot 3.4) de resultaten voor vanuit onze analyses van de antwoorden op de vragen die we gesteld hebben.

- 3.1 Omschrijvingen van doelgroepen en zorgaanbod voor ouderen.
- 3.2 Voorstelling van IN-stroom en UIT-stroom verwijzingen tussen zorgactoren (cascades).
- 3.3 Een overzicht van knelpunten en tekorten die aangegeven werden.
- 3.4 Een inhoudsanalyse van geïdentificeerde knopen en voorstellen van zorgactoren.

Categorieën zorgactoren

We verwijzen naar Tabel 2 in bijlage. De 127 respondenten die de vragenlijst hebben ingevuld, werden ingedeeld in 31 categorieën van zorgactoren, op basis van de zorgorganisatie waarbinnen de respondent werkzaam is en het zorgaanbod dat omschreven werd. Daarbij werden principes van pre-categorisering en post-categorisering toegepast. Eerst werd gekeken of de respondent in een van de 23 categorieën van zorgactoren paste, die in de vragenlijst aan bod kwamen als zorgpartners / verwijzers (bij de bevraging van IN-stroom en UIT-stroom verwijzingen). De respondenten die niet tot één van deze vooraf geformuleerde categorieën behoorden, werden toegewezen aan een bijkomende categorie zorgactor.

Tabel 2 in bijlage geeft een overzicht van de aldus geformuleerde hoofdcategorieën van zorgactoren (respondenten van de vragenlijst) in de volgorde waarin de eerste reeks in de vragenlijst voorkomt met toevoeging van de bijkomende categorieën. Voor een goed begrip willen we hierbij de volgende punten opmerken.

- 'Zelf-Context'. De oudere zelf en zijn context (mantelzorger, familie, systeem) werd als zorgpartner in de vragenlijst opgenomen vanuit de visie dat zij rechtstreeks toegang kunnen

hebben tot bepaald zorgaanbod, instaan voor zelfzorg en mantelzorg, en als dusdanig een centrale ‘zorgpartner’ zijn voor de diverse zorgactoren. Anderzijds werd de oudere en zijn context niet bevraagd met onze vragenlijst gezien zij zorgvrager zijn en geen zorgaanbod naar anderen toe hebben.

- WZC, WZC-Kortverblijf en WZC-Residentieel. In de vragenlijst werd een onderscheid gemaakt tussen Woon-Zorg Centrum Kortverblijf en WZC Residentieel verblijf omdat we dit een relevant onderscheid vonden betreffende te bevragen verwijzingen. Als respondent zorgactor bleek WZC een geheel te vormen. In de omschrijving van hun zorgaanbod kwamen vaak zowel kortverblijf als residentieel verblijf voor, naast soms ander aanbod.
- Het Kruispunt werd als ‘verwijzer’ / zorgpartner in de vragenlijst opgenomen, maar er kwamen geen respondenten vanuit deze voorziening voor.
- Aldus onderscheiden we 24 zorgpartners-‘verwijzers’ (die in de vragenlijst overlopen en gescoord werden bij de vraag naar ‘IN-stroom vanwege’ en bij de vraag naar ‘UIT-stroom naar’). En daarop verder gaand onderscheiden we 31 zorgactoren, waarvan 28 zorgactoren-respondenten van de vragenlijst.

In Tabel 3 worden deze 31 zorgactoren weergegeven geordend in de eerder besproken overkoepelende categorieën (clusters) volgens het piramidemodel.

Tabel 3. Zorg-Actoren (Respondenten van de vragenlijst). Hoofdcategorieën in Overkoepelende categorieën volgens Piramidemodel

Hoofdcategorieën

- Dezelfde 24 categorieën als het lijstje van mogelijke verwijzers (bij instroom en uitstroom)
- + 7 Aanvullende categorieën op basis van de antwoorden (zorgaanbod, organisatie)
- Vermeldingen in onderstaand overzicht: Hoofdcategorie afkorting (zoals in analysetabellen en figuren), Functie, Lijn, Omschrijving zorgactor hoofdcategorie.

Overkoepelende categorieën

- Geïnspireerd door het piramide model van GGZ in Vlaanderen (WHO, Zorgnet-Icuro), en door het schema GGZ binnen een geïntegreerde zorg voor ouderen (Werkgroep GGOUD, 2019).
- Ontwikkeld op basis van een inhoudsanalyse van de hoofdcategorieën, om alle zorgactoren een plek in het overzicht te geven en te kunnen groeperen in betekenisvolle clusters.
- Aangepast vanuit de analyses van de vragenlijstantwoorden betreffende de onderlinge verwijzingen.
- Getoetst op een vergadering met zorgpartners ‘Zorgpad Ouderen GGZ: Voorstelling en Bespreking Eerste resultaten Bevraging’ (28/02/2024), en verder aangepast. WZC werden binnen de cluster ‘Samenleving en Buurt’ opgenomen, waar WZC Kort verblijf en WZC Residentieel verblijf aansluiten bij Lokale Dienstencentra en Dagverzorgingscentra (die vaak op eenzelfde campus een geheel vormen). In de top van de piramide zijn specifieke GGZ Woonvoorzieningen gesitueerd: Initiatieven Beschut Wonen (IBW) en Psychiatrisch VerzorgingsTehuis (PVT). Ouderen met psychische kwetsbaarheid en GGZ noden kunnen soms ook in een WZC (langdurig) verblijven. Voor deze specifieke subdoelgroep zouden WZC eveneens in de top van de piramide kunnen gesitueerd worden, en bepaalde WZC profileren zich specifiek naar deze doelgroep toe (de meeste niet), maar omwille van hun meer algemene maatschappelijke integratie werden WZC binnen de cluster ‘Samenleving en Buurt’ opgenomen.

Overkoepelende categorie Zorgactor

Hoofdcateg.	Func.	Lijn	Omschrijving zorgactor hoofdcategorie
-------------	-------	------	---------------------------------------

0. Zelf & Context

Zelf-Con	---	L0	De oudere zelf of zijn context (partner, familie, mantelzorg)
----------	-----	----	---

1. Lotgenoten en Mantelzorg

Ma-Ze-Lo	F1	L	
Inl.HDem	F1F3	L1	InloopHuis Dementie

2. Samenleving en Buurt

Lok.Best	F1	L1	Lokale Besturen
Soc.Hui	F1	L1	Sociale huizen (OCMW) + GBO ³
Mut	F1	L1	Mutualiteiten (Diensten Maatschappelijk Werk of andere) + GBO
LDC	F1	L1	Lokale DienstenCentra
DagVerz	F1F3	L1	Dagverzorgingscentra
WZC Kort	F5	L1	Woon Zorg Centra Kort verblijf
WZC Res	F5	L1	Woon Zorg Centra Residentieel verblijf

3. Welzijn en Gezondheidszorg

Ge-Th.Zo	F1	L1	Gezinszorg en aanvullende thuiszorgdiensten,
Th.VP	F1	L1	Thuisverpleegkundigen
Apo	F1	L1	Apothekers
WijkGC	F1	L1	Wijkgezondheidscentra
HA	F1	L1	Huisartsen
Kruispunt	F1	L1L2L3	Kruispunt
CAW	F1	L1	Centra Algemeen Welzijnswerk + GBO
Herstel	F3	L1	Herstelacademie
Expert. Dem	F1	L2	Expertisecentra Dementie
Human	F1	L1	Humanistisch consultant waardig levenseinde

4. Ambulante en Mobiele GGZ

Am.Psylo	F2	L1L2	Ambulante psychologen
Am.Psyat	F2	L2	Ambulante psychiaters
CGG	F2	L2	CGG Ouderenwerking
MCTE	F2	L1L2	Mobiel CrisisTeam Emergo
Kairos	F2	L2L3	Kairos (Mobiel team outreachend vanuit PZ Sophia 3)
MHT	F2	L2L3	Mobiel Herstel Team

5. (G)GZ in Ziekenhuis

GAAZ	F4	L2L3	Geriatrische afdelingen in Algemeen Ziekenhuis
PAAZ	F4	L2L3	Psychiatrische Afdelingen in Algemeen Ziekenhuis
PZ	F4	L3	Psychiatrische Ziekenhuizen

6. GGZ Woonvoorzieningen

IBW	F5	L3	Initiatieven Beschut Wonen
PVT	F5	L3	Psychiatrisch VerzorgingsTehuis

³ Het Geïntegreerd Breed Onthaal (GBO) omvat een samenwerking tussen drie partners: CAW, OCMW (Sociale huizen) en DMW (Diensten Maatschappelijk Werk) van de Mutualiteiten en houdt een gezamenlijke benadering in, waarbij hun expertise gedeeld wordt, met als doel het niet-opnemen van rechten tegen te gaan en de toegankelijkheid van de dienstverlening te vergroten, in het bijzonder voor kwetsbare doelgroepen.

3.1 Omschrijving doelgroepen en zorgaanbod voor ouderen

De antwoorden op de vraag “Wat is uw zorgaanbod voor ouderen? Voor welke subdoelgroep van ouderen (wie kan bij u terecht, en wie niet)?” werden verwerkt via inhoudsanalyse. Na segmentering van de antwoorden per respondent (opdeling in betekenisvolle eenheden) werden de inhoudsper hoofdcategory van zorgactoren omvattend beschreven binnen de volgende inhoudscategorieën die uit de antwoorden naar voren kwamen: een hoofdopdeling (weergegeven in twee kolommen) betreffende enerzijds omschrijvingen van de doelgroep of subdoelgroep van ouderen en de zorgnoden waarop men zich richt, en anderzijds omschrijvingen van het zorgaanbod. Bij sommige zorgactoren werden binnen die twee hoofdcategoryën bijkomende inhoudscategorieën onderscheiden, zoals:

B.v. bij Mutualiteiten: Algemene situering; Specifieke noden, vragen of problemen / en aansluitend zorgaanbod; Specifieke noden van / zorgaanbod voor zorgbehoevende ouderen en hun mantelzorg.
B.v. bij WZC: Algemeen vermelde doelgroep / zorgaanbod; Specifiek vermelde subdoelgroepen / zorgaanbod; Soms vermelde exclusiecriteria; Soms specifieke profilering naar GGZ zorgnoden.

Bij de WZC merken we op dat er belangrijke verschillen tot uiting komen tussen concrete WZC betreffende de omschreven subdoelgroepen waarop men zich richt of die men niet opneemt. Deze verschillen betreffen voornamelijk psychische en cognitieve zorgnoden bij ouderen, soms een leeftijdsgrens, en soms het wonen in de gemeente.

3.1.1 Omschrijving (sub)doelgroep en zorgaanbod door zorgactoren

Voor een volledig overzicht verwijzen we naar Tabel 4 in bijlage: Doelgroep en Zorgaanbod Omschrijvingen per Hoofdcategory van Zorgactoren, in Overkoepelende categorieën volgens het Piramidemodel.

We geven hier enkele voorbeelden weer van verwijsmogelijkheden naar ambulante en mobiele GGZ voor ouderen met GGZ-noden, op basis van de omschrijvingen van de zorgactoren in onze bevraging.

3.1.2 Verwijsmogelijkheden naar Ambulante en Mobiele GGZ – Zorgpad Ouderen

Bij milde, lichte tot matige psychische problematiek

→ **PZEL, Ambulante psycholoog / psychotherapeut.**

O.a. Stress, depressie, angsten, relationele moeilijkheden, rouw en verlies, trauma, existentiële vragen.

Soms specifiek (b.v. Dementie, Parkinson, levenseinde; verstandelijke beperking; ASS).

In ambulante praktijk (privépraktijk, groepspraktijk, poliklinisch, huisarts, Wijkgezondheidscentrum, LDC, ...). Soms aan huis / in WZC.

Bij (vermoeden van) (matige tot ernstige) (acute) psychiatrische problematiek

→ **Ambulante psychiater.**

O.a. met vraag om medicatiebeleid en psychofarmaca te bekijken.

Soms specifiek (b.v. angst- en stemmingsstoornis, BPSD).

In poliklinische / ambulante praktijk.

Bij GGZ 2de-lijns-problematiek (matige tot ernstige psychische problemen)

→ **CGG Ouderenwerking / psychotherapeutische behandeling.**

O.a. Depressie, angst, psychosomatische klachten; complexe rouw, aanhoudende verwerkingsproblemen, trauma, ...

In de vestigingsplaats van het CGG of in de thuissituatie (thuis, serviceflat, WZC).

Bij (vermoeden van) crisis van psychische aard, bij psychisch/psychiatrisch (sub)acuut probleem
→ **Mobiel Crisis Team Emergo (MCTE).**

Aanmelding via een arts of GGZ-zorgverlener.

In de thuissituatie (thuis, serviceflat, WZC).

Bij ernstige (of matig-ernstige) cognitieve stoornis en psychische of gedrags-problematiek
→ **Kairos (Mobiel team outreachend vanuit UPC Sophia 3).**

In de thuissituatie (thuis, serviceflat, WZC).

Bij Ernstige Psychiatrische Aandoening, EPA zorgprofiel

→ **Mobiel Herstel Team (MHT).**

Bij chronische / langer aanslepende vragen (o.a. doorverwijzing vanuit MCTE).

3.2 IN-stroom en UIT-stroom verwijzingen tussen zorgactoren (cascades)

Omwillen van de inzichtelijkheid bekijken we de resultaten betreffende de bevraging naar de IN-stroom en de UIT-stroom verwijzingen zoveel mogelijk samen: 'Hoe komt die doelgroep tot bij u?' en 'Naar wie verwijst u door?' Het betreft de antwoorden op de volgende vragen in de vragenlijst:

“(3.1.1) Kunt u voor de volgende mogelijke verwijzers aangeven of en in welke mate u verwijzingen krijgt (relatief gezien)?”

“(4.1) Naar wie / welk ander zorgaanbod verwijst u door of verwijst u verder (mogelijks na tussenkomst, begeleiding of behandeling in uw zorgaanbod)?” En meer bepaald.

“(4.1.1) Kunt u voor de volgende zorgverstrekkers aangeven of en in welke mate u er naar (door)verwijst (relatief gezien)?”

Daarbij werd de lijst van 24 zorgpartners / zorgactoren / 'verwijzers' overlopen, die eerder in dit rapport besproken werden en in Tabel 2 in bijlage weergegeven worden. Bij elke zorgpartner werd door de respondent een van de volgende antwoordmogelijkheden aangekruist:

- (0) Nooit
- (1) Zelden
- (2) Af en toe
- (3) Vaak
- (4) Zeer vaak

De cijfergegevens in deze antwoordschaal (die als een intervallschaal beschouwd wordt) boden de mogelijkheid tot enkele statistische analyses. In het Excel bestand werd vanuit de tabellen met de antwoorden (op deze vijfpuntenschaal) van de 127 respondenten, een hoofdtabel aangemaakt betreffende de IN-stroom verwijzingen en een hoofdtabel betreffende de UIT-stroom verwijzingen, waarin de gemiddelden weergegeven worden voor de 24 zorgpartners die gescoord werden door de 28 hoofdcategorieën van zorgactoren-respondenten. In bijlage geven we schermafdrucken weer van deze hoofdtabellen: Figuren 5 en 6.

Hier geven we in Figuur 7 een X-Y plot weer waarin de gemiddelde resultaten over alle 127 respondenten-zorgactoren heen betreffende de IN-stroom en UIT-stroom verwijzingen samen voorgesteld worden. We lichten te betekenis van de cijfergegevens toe en bespreken de voornaamste bevindingen die hier gezien kunnen worden.

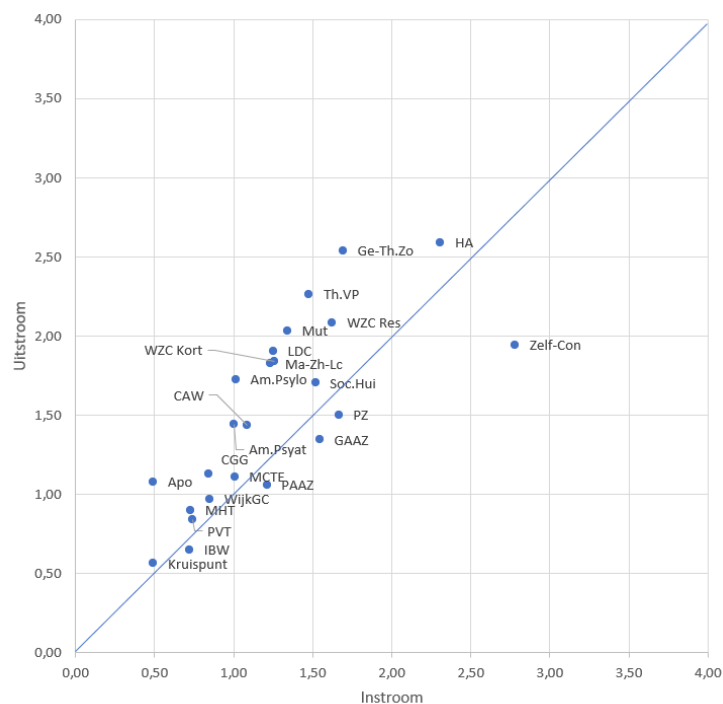
3.2.1 Situering en algemene bevindingen

De getallen van 0,00 tot 4,00 geven een situering weer op de antwoordschaal volgens de bevraging: in welke mate een bepaalde zorgpartner (door de 127 respondenten zorgactoren samen) gemiddeld vermeld /gescoord wordt als IN-stroom ‘verwijzing’ en als UIT-stroom ‘verwijzing’/zorgpartner. Het betreft hier ‘gemiddelden van de gemiddelden’. Er werden (bij het maken van de hoofdtabellen) namelijk eerst gemiddelden berekend voor elke hoofdcategorie van respondenten-zorgactoren, b.v. over de 9 respondenten vanuit de zorgactor Psychiatrisch Ziekenhuis (PZ) heen, of over de 10 respondenten vanuit de zorgactor Gezinszorg en aanvullende thuiszorgdiensten (Ge-Th-Zo) heen. Van deze gemiddelden werd vervolgens een gemiddelde berekend over alle 127 respondenten-zorgactoren heen. Deze methode zorgt ervoor dat elk van de 28 categorieën van zorgactoren-respondenten even veel weegt in de berekening van deze algemene gemiddelden.

Over het algemeen blijken meer UIT-gaande verwijzingen vermeld te worden dan IN-komende. Als algemeen referentiepunt (het totaal gemiddelde van de gemiddelden van de gemiddelden) zien we bij de IN-gaande verwijzingen 1,25 (dichter bij ‘zelden’ dan bij ‘af en toe’) en bij de UIT-gaande verwijzingen 1,52 (dichter bij ‘af en toe’ dan bij ‘zelden’).

De plot laat dat ook zien. We zien dat de zorgpartners over het algemeen als frequenter voorkomend gescoord worden bij de bevraging van de UIT-gaande verwijzingen dan bij de bevraging van de IN-komende verwijzingen (meer aan de bovenzijde van de diagonaal gesitueerd).

Figuur 7. X-Y plot van IN-stroom en Uit-stroom verwijzingen voor alle respondenten samen (24 zorgpartners-‘verwijzers’ / 127 zorgactoren-respondenten)



De oudere zelf en zijn context (Zelf-Context) blijkt het hoogst gescoord te worden als IN-stroom ‘verwijzing’. Dit laat zien dat de rechtstreekse toegankelijkheid van het zorgaanbod voor de zorgvrager over het algemeen groot is. ‘Zelf-context’ wordt ook nog hoog gescoord bij de UIT-stroom verwijzingen maar minder hoog dan sommige andere zorgpartners. Dit kan begrepen worden als dat er weliswaar beroep gedaan wordt op de eigen krachten van de oudere en zijn context (zelfzorg en

mantelzorg), maar dat zij bij ontslag ook omkaderd worden door zorgpartners die verdere ondersteuning en begeleiding kunnen bieden.

De huisarts komt duidelijk naar voor als een centrale zorgpartner en zeer grote ‘verwijzer’: over alle respondenten-zorgactoren heen het meest vermeld zowel bij de IN-stroom als bij de UIT-stroom verwijzingen.

Verder zien we dat de volgende zorgpartners als grote IN-stroom ‘verwijzers’ naar voor komen (frequent vermeld als van wie men verwijzingen krijgt): Gezins- en aanvullende thuiszorg, Sociaal Huizen, WZC-Residentieel, Psychiatrisch Ziekenhuis, Geriatrische afdelingen in Algemeen Ziekenhuis (GAAZ).

Sommige van deze zorgpartners worden ook frequent vermeld bij de UIT-stroom verwijzingen (Gezins- en thuiszorg, WZC-Residentieel, Soc.Huizen), naast anderen: Thuisverpleging, Mutualiteiten, LDC, Ma-Ze-Lo, WZC-Kortverblijf, Ambulante Psychologen. Dit laat zien welke belangrijke ondersteuning er in de woonomgeving aangeboden wordt.

Tenslotte merken we op dat het Kruispunt zeer weinig vermeld wordt als zorgpartner. Dit is begrijpelijk gezien het Kruispunt slechts in één van de vijf eerstelijnszones (Mechelen-Katelijnne) reeds een tijd werkzaam is, en in een tweede (Pallieterland / Lier) pas opgestart. Ook dienen de verbanden met de partners betreffende zorgaanbod voor ouderen met GGZ-noden nog gelegd of versterkt te worden en expertise op dat vlak opgebouwd te worden.

3.2.2 Bevindingen IN-stroom en UIT-stroom verwijzingen per zorgactor en per overkoepelende categorie volgens het piramidemodel

De gegevens werden verder verwerkt zodat we zicht kunnen krijgen op de verwijsstromen per zorgactor-respondent en voor elk van de zes overkoepelende categorieën (clusters) van zorgactoren volgens het piramidemodel wat we besproken hebben. We verwijzen naar de volgende tabellen en figuren in bijlage.

- Tabel 5 IN-stroom en UIT-stroom verwijzingen (fiche) voor elk van de 28 hoofdcategorieën van zorgactoren-respondenten, in overkoepelende categorieën volgens ons piramidemodel.
- Figuren 8.1 tot 8.6. X-Y plots van IN-stroom en UIT-stroom verwijzingen voor elk van de zes overkoepelende categorieën (clusters) van zorgactoren volgens het piramidemodel.
 1. Lotgenoten en Mantelzorg
 2. Samenleving en Buurt
 3. Welzijn en Gezondheidszorg
 4. Ambulante en Mobiele GGZ
 5. (G)GZ in Ziekenhuis
 6. GGZ Woonvoorzieningen

Hierboven bij de algemene bevindingen merkten we reeds op dat de oudere zelf en zijn context (Zelf-Context) het hoogst gescoord blijkt te worden als IN-stroom ‘verwijzing’. In de meer gedifferentieerde gegevens zien we dat ‘Zelf-Context’ het meest frequent bij IN-stroom vermeld wordt door:

- Mantelzorgorganisaties – zelfhulpgroepen – lotgenotencontacten (Ma-Ze-Lo), Inloophuis Dementie, Lokale-Besturen., Thuisverpleging, en PAAZ (4,00).
- Mutualiteiten, Gezinszorg en aanvullende thuiszorgdiensten (Ge-Th-Zo), Wijkgezondheidscentra (WijkGC), Huisartsen (HA), en Geriatrische afdelingen in Algemene ziekenhuizen (GAAZ) (3,50 – 4,00).

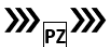
Deze zorgactoren met hun zorgaanbod blijken dus het meest rechtstreeks toegankelijk te zijn voor de zorgvrager, wat ons ook logisch lijkt en een goede zaak is.

Voor elke zorgactor-respondent kan in Tabel 5 gezien worden welke de belangrijkste 'verwijzingen' zijn naar het zorgaanbod (IN-stroom) en naar welke zorgpartners deze zorgactor-respondent vooral (door)verwijst (UIT-stroom).

In de X-Y plots kan men dit ook bekijken voor elk van de zes overkoepelende categorieën (clusters) van zorgactoren.

Als voorbeeld bespreken we hier de belangrijkste resultaten betreffende de IN-stroom en UIT-stroom verwijzingen die tot uiting komen in de antwoorden van de respondenten vanuit het UPC Duffel Ouderenpsychiatrie (zorgactor PZ): zie Tabel 5.1 hieronder (schermafbeelding uit Bijlage Tabel 5).

3.2.3 IN-en UIT-stroom verwijzingen voor UPC Duffel Ouderenpsychiatrie (Zorgactor PZ)

(0) Nooit / (1) Zelden / (2) Af en toe / (3) Vaak / (4) Zeer vaak			(0) Nooit / (1) Zelden / (2) Af en toe / (3) Vaak / (4) Zeer vaak	
IN-str. Verwijz.	(1,81)		UIT-str. Verw.	(2,01)
PAAZ	(3,56)	Zorgactor (N=9)  Psychiatrisch Ziekenhuis	WZC Resid. verblijf	(3,56)
WZC Resid. Verblijf	(3,44)		Zelf-Context	(3,33)
GAAZ	(3,33)		Gezins-ThuisZorg	(3,22)
HuisArtsen	(3,11)		Ambulant.Psychiaters	(3,11)
Ambulant.Psychiaters	(2,78)		ThuisVerpleging	(2,89)
PZ	(2,78)		WZC Kort verblijf	(2,67)
Zelf-Context	(2,67)		LDC	(2,56)
WZC Kort verblijf	(2,44)		Ambulant.Psycholog.	(2,44)
MCTE	(1,89)		HuisArtsen	(2,33)
Ambulant.Psycholog.	(1,78)		MHT	(2,33)
CGG	(1,78)		CGG	(2,33)
Gezins-ThuisZorg	(1,67)		Ma-Ze-Lo	(2,11)
IBW	(1,56)		PVT	(1,89)
MHT	(1,44)		IBW	(1,78)
ThuisVerpleging	(1,33)		MCTE	(1,78)
PVT	(1,33)		Mutualiteiten	(1,67)
Sociaal Huizen	(1,11)		Sociaal Huizen	(1,67)
Mutualiteiten	(1,11)		PZ	(1,56)
Ma-Ze-Lo	(1,11)		GAAZ	(1,22)
CAW	(0,78)		CAW	(1,00)
WijkGezondh.Centr.	(0,67)		Apothekers	(1,00)
Kruispunt	(0,67)		WijkGezondh.Centr.	(0,89)
LDC	(0,56)		Kruispunt	(0,67)
Apothekers	(0,44)		PAAZ	(0,33)

- De meeste IN-stroom verwijzingen (vaak tot zeer vaak) komen van de PAAZ, WZC-Residentieel, Geriatrische afdelingen in een algemeen ziekenhuis, en huisartsen.
 - Uitstroom verwijzingen stromen praktisch nooit terug naar de PAAZ, wat logisch is, en zelden naar geriatrische afdelingen.
 - Naar WZC-Residentieel daarentegen wordt zeer frequent (terug) verwezen vanuit UPC ouderenpsychiatrie.
 - Naar de huisarts wordt vrij vaak terug verwezen na ontslag uit het PZ.
- Ambulante psychiaters zijn een belangrijke verwijzer en er wordt vaak tot zeer vaak naar verwezen voor verdere ambulante GGZ.
 - Van de zes types ambulante en mobiele GGZ zijn zij de belangrijkste zorgpartner voor het UPC Ouderenpsychiatrie.
 - Naar Ambulante psychologen, CGG ouderenwerking en MHT wordt af en toe tot vaak verwezen voor verdere ambulante GGZ.
 - In vergelijking met de andere types ambulante en mobiele GGZ wordt MCTE logischerwijze relatief meer vermeld bij de IN-stroom verwijzingen dan bij de UIT-stroom verwijzingen.

- De meeste andere UIT-stroom verwijzingen betreffen de oudere zelf en zijn context, gezins- en aanvullende thuiszorgdiensten, thuisverpleging, en Lokale dienstencentra (LDC). Deze zorgpartners spelen een belangrijke rol als ondersteuning in de thuissituatie.

3.3 Knelpunten en tekorten in zorgaanbod en samenwerking

In onze vragenlijst werden meerdere vragen gesteld om zicht te krijgen op knelpunten bij verwijzingen en tekorten in het zorgaanbod. We geven hier de belangrijkste resultaten uit deze bevraging weer, beginnend bij de lijst van knelpunten die expliciet bevestigd werd in de vragenlijst. Vervolgens gaan we in op het vaak aangehaalde knelpunt betreffende wachtlijsten, en tenslotte geven we een overzicht van tekorten in het zorgaanbod en in de samenwerking binnen onze regio die door de respondenten-zorgactoren aangebracht werden.

3.3.1 Knelpunten expliciet bevestigd in de vragenlijst

Bij het opstellen van de vragenlijst werden een aantal mogelijke knelpunten geformuleerd die naar voor kwamen in overleg met zorgpartners. Aan de respondenten in de vragenlijst werd gevraagd voor elk van deze punten aan te geven of en in welke mate men het van toepassing vond bij hun (UIT-stroom) verwijzingen, op de volgende vijf-puntenschaal:

- (1) Niet van Toepassing
- (2) weinig van Toepassing
- (3) enigszins van Toepassing
- (4) duidelijk van Toepassing
- (5) zeer duidelijk van toepassing

In de vragenlijst waren deze punten reeds opgedeeld in twee rubrieken: knelpunten in het zorgaanbod, en knelpunten bij de oudere zelf of zijn context. Bij deze tweede reeks merken we op dat dit punten zijn die voor zorgactoren een uitdaging vormen om zo goed mogelijk mee om te gaan, gezien deze knelpunten samenhangen met de moeilijkheden waar de oudere zelf en zijn context mee te kampen hebben.

We geven hier de als meest toepasselijk herkende knelpunten weer (over zorgactoren heen, met tussen haakjes de gemiddelde graad van toepasselijkheid op de vijf-puntenschaal). In bijlage Tabel 6 worden alle beoordeelde knelpunten uit de vragenlijst weergegeven.

Knelpunten in het Zorgaanbod

(2,51) *Te lange wachttijden / wachtlijsten*

(2,50) Er wordt te veel gekeken naar de fysieke zorgnoden (basis ADL gescoord op de Katz-schaal) en te weinig naar de psychische zorgnoden

(2,48) *Tekorten in het zorgaanbod*

(2,28) Alleenstaande ouderen en medioren met ernstige psychische kwetsbaarheid vinden moeilijk een woonplek die voldoende steun biedt om een broos evenwicht te behouden en hervat te voorkomen

(2,10) Te weinig geschikt aanbod voor ouderen

Knelpunten bij de Oudere / Context

(2,50) Te lang gewacht om geschikte hulp in te schakelen

(2,48) Beperkte mobiliteit bij de oudere maken dat hij/zij moeilijk of niet bij het zorgaanbod geraakt

(2,47) Beperkingen in probleembesef bij de oudere maken dat hij/zij moeilijk of niet bij het zorgaanbod geraakt, het zorgaanbod moeilijk of niet toegang krijgt tot de oudere, of hij/zij er moeilijk of niet aan meewerkt

3.3.2 Wachttijden

Dat te lange wachttijden als een belangrijk knelpunt wordt gezien, was geweten en werd bevestigd door onze bevraging. Vanuit de antwoorden op de specifieke vragen die we daarover in de vragenlijst hebben gesteld, kunnen we meer gedifferentieerd weergeven waar zich vooral wachtlijsten met (te) lange wachttijden situeren. In onze vragenlijst werd enerzijds de vraag gesteld of er nu een wachtlijst is voor het zorgaanbod van de zorgactor-respondent, en anderzijds of er regelmatig een wachtlijst is.

Daarbij werd gevraagd een inschatting te geven van de huidige wachttijd en van de gemiddelde wachttijd, door een van tien categorieën van tijdsduur aan te kruisen (die op een ordinale schaal kunnen gesitueerd worden), gaande van 'geen wachttijd' tot 'meer dan 12 maanden'.

- (0) Geen.
- (1) 0 – 1 week.
- (2) 1 – 2 weken.
- (3) 3 – 4 weken.
- (4) 1 tot 2 maanden.
- (5) 2 tot 3 maanden.
- (6) 4 tot 6 maanden.
- (7) 7 tot 9 maanden.
- (8) 10 tot 12 maanden.
- (9) Meer dan 12 maanden.

De resultaten uit deze bevraging worden weergegeven in Tabel 7. Wachttijden voor zorgaanbod van 28 zorgactoren (hoofdcategorieën van respondenten): inschatting van actuele wachttijd op moment van bevraging, en gemiddelde wachttijd (bij mogelijks regelmatige wachtlijst). Bereik en modus over de respondenten heen per categorie van zorgactoren.

Tabel 7. Wachttijden voor zorgaanbod van 28 zorgactoren (hoofdcategorieën van respondenten)

Zorgactor categorie	Aantal/ categorie	Bereik Nu	Bereik Reg	Modus Nu	Modus Reg
0. Zelf & Context					
1. Lotgenoten en Mantelzorg					
Ma-Ze-Lo	2	(0-1) 0-1wk	(0-1) 0-1wk	(0-1) 0-1wk	(0-1) 0-1wk
Inl.HDem	1	(1) 0-1wk	(1) 0-1wk	(1) 0-1wk	(1) 0-1wk
2. Samenleving en Buurt					
Lok.Best	1	(0) Geen	(0) Geen	(0) Geen	(0) Geen
Soc.Hui	7	(0-6) 0-6MA	(0-6) 0-6MA	(0-2) 0-2wk	(1) 0-1wk
Mut	5	(0-3) 0-4wk	(0-3) 0-4wk	(3) 3-4wk	(3) 3-4wk
LDC	5	(0) Geen	(0-1) 0-1wk	(0) Geen	(0) Geen
DagVerz	2	(0) Geen	(0) Geen	(0) Geen	(0) Geen
WZC	17	(0-8) 0-12MA	(0-8) 0-12MA	(5) 2-3MA	(3) 3-4wk

Zorgactor categorie	Aantal/ categorie	Bereik Nu	Bereik Reg	Modus Nu	Modus Reg
3. Welzijn en Gezondheidszorg					
Ge-Th-Zo	10	(0-4) 0-2MA	(0-8) 0-12MA	(0) Geen	(0-2) 0-2wk
Th.VP	3	(0) Geen	(0) Geen	(0) Geen	(0) Geen
Apo	3	(0) Geen	(0-1) 0-1wk	(0) Geen	(0) Geen
WijkGC	2	(2-9) 1wk->12MA	(0-2) 0-2wk	(2-9) 1wk->12MA	(0-2) 0-2wk
HA	2	(0-1) 0-1wk	(0-1) 0-1wk	(0-1) 0-1wk	(0-1) 0-1wk
CAW	4	(0-5) 0-3MA	(0-5) 0-3MA	(0) Geen	(0) Geen
Herstel	1	(0) Geen	(0) Geen	(0) Geen	(0) Geen
Exp.Dem	1	(0) Geen	(0) Geen	(0) Geen	(0) Geen
Human	1	(0) Geen	(0) Geen	(0) Geen	(0) Geen
4. Ambulante en Mobiele GGZ					
Am.Psylo	21	(1-8) 0-12MA	(1-7) 0-9MA	(4) 1-2MA	(3) 3-4wk
Am.Psyat	4	(0-4) 0-2MA	(0-4) 0-2MA	(4) 1-2MA	(3) 3-4wk
CGG	6	(0-6) 0-6MA	(0-5) 0-3MA	(0) Geen	(4) 1-2MA
MCTE	2	(0) Geen	(0) Geen	(0) Geen	(0) Geen
Kairos	1	(0) Geen	(0) Geen	(0) Geen	(0) Geen
MHT	4	(2-4) 1wk-2MA	(3-5) 3wk-3MA	(4) 1-2MA	(4) 1-2MA
5. (G)GGZ in Ziekenhuis					
GAAZ	9	(0-4) 0-2MA	(0-3) 0-4wk	(0) Geen	(0) Geen
PAAZ	1	(1) 0-1wk	(1) 0-1wk	(1) 0-1wk	(1) 0-1wk
PZ	9	(0-3) 0-4wk	(1-3) 0-4wk	(0-1) 0-1wk	(1) 0-1wk
6. GGZ Woonvoorzieningen					
IBW	1	(6) 4-6MA	(6) 4-6MA	(6) 4-6MA	(6) 4-6MA
PVT	2	(9) >12MA	(9) >12MA	(9) >12MA	(9) >12MA

De volgende bevindingen kunnen opgemerkt worden.

- De ingeschatte wachttijden voor de verschillende zorgactoren kunnen afgelezen worden in de tabel. We geven eerst twee keer het bereik weer tussen de respondenten vertegenwoordigers van een zorgactor hoofdcategorie, voor de actuele situatie op het moment van de bevraging, en voor de regelmatige situatie: telkens van de laagste tot de hoogste opgegeven wachttijd. Als tweede index geven we in de tabel de modus weer, d.i. de waarde (opgegeven wachttijd) die relatief het vaakst vermeld wordt door de respondenten vertegenwoordigers van een zorgactor.
- Er komen soms verschillen voor tussen de actuele en de regelmatige situatie. Soms is er nu een wachtlijst en doorgaans niet; soms is er wel regelmatig een wachtlijst maar nu niet.
- De langste wachttijden komen voor bij de GGZ Woonvoorzieningen: PVT (meer dan 12 maanden) en Beschut wonen (IBW 4- 6 maanden).
- Er komen verschillen tot uiting (soms grote verschillen) betreffende de wachttijden tussen respondenten-zorgactoren bij WZC, Gezinszorg en aanvullende thuiszorgdiensten (Ge-Th-Zo), Sociaal Huizen, CGG, Ambulante Psychologen, en Ambulante Psychiaters. Wat de gezinszorg en aanvullende thuiszorgdiensten betreft, wordt vermeld dat het doorgaans de poetsdiensten zijn waar wachtlijsten voorkomen. Wat CGG betreft was er een wachttijd voor psychotherapeutische behandeling vanuit de vestiging Mechelen, geen wachttijd voor psychotherapeutische behandeling vanuit de vestigingen Lier en Boom en ook geen wachttijd voor het zorgaanbod 'ondersteuning voor zorggebruikers en/of medewerkers van WZC' (outreachwerking).

- Bij veel zorgactoren blijkt er geen wachttijd voor te komen of minder dan 1 week, nl. bij: Mantelzorgorganisaties-Zelfhulpgroepen-Lotgenotencontacten (Ma-Ze-Lo), Inloophuis Dementie, Lokale Besturen, Lokale Dienstencentra (LDC), Dagverzorgingscentra, Expertisecentrum Dementie, Herstelacademie, Humanistisch consultant, Thuisverpleging (Th.VP), Apothekers, Huisartsen, Mobiele Crisis Team Emergo (MCTE), Kairos, en PAAZ.

3.3.3 Bij de bevraging gesignaleerde tekorten in onze regio (Nood aan ...)

In bijlage geven we in Tabel 8 de antwoorden weer (op de open vraag naar toelichting of aanvullingen over knelpunten bij de uitstroom), gestructureerd volgens de categorieën van zorgactoren-respondenten; daarin kan men lezen vanuit welke sectoren en zorgactoren bepaalde tekorten gesignaleerd worden.

In onderstaand overzicht ordenen we de aangehaalde tekorten binnen de sectoren in ons piramidemodel van zorgactoren, waar ze betrekking op hebben.

In antwoord op de open vragen hebben de respondenten-zorgactoren – vaak op een gedifferentieerde wijze – heel wat tekorten aangehaald die ze opmerken binnen onze regio. We onderscheiden hierin: tekorten in het zorgaanbod en tekorten in de samenwerking. Met het formuleren van deze tekorten wordt tegelijk aangebracht dat er nood is aan bepaald zorgaanbod en bepaalde samenwerking.

Bij het doornemen van deze tekorten of noden kunt u opmerken dat sommige zaken wel (in zekere mate) aanwezig zijn in het zorgaanbod en in de samenwerking binnen onze regio. Het feit dat het hier door zorgpartners aangehaald wordt, wijst er dan op dat bestaand zorgaanbod en samenwerkingsmogelijkheden misschien nog te weinig bekend zijn, te weinig benut worden, of dat er te weinig van voorhanden is.

Dat gesignaleerde tekorten ook noden betreffen, hebben we hier in de subtitels meteen aangegeven.

Overzicht gesignaleerde tekorten in zorgaanbod in onze regio (Nood aan ...)

Lotgenoten en Mantelzorg

- Mantelzorgpraatgroep / familiegroep

Samenleving en Buurt (→ eenzaamheid en isolement doorbreken)

- Persoonlijke contacten in samenleving en buurt (b.v. banken, mutualiteiten)
- Ontmoetingsplaatsen (vrijtijdsbesteding) voor mensen (algemeen/ specifiek ouderen) met een psychische kwetsbaarheid
- Inloophuis / buurtzorghuis
- Vangnet in de thuissituatie voor ouderen met psychische kwetsbaarheid
- In WZC te weinig:
 - plaatsen (wachtlijsten),
 - betaalbaarheid,
 - personeel,
 - expertise voor GGZ-noden,
 - psychologische ondersteuning

Welzijn en Gezondheidszorg

- Schoonmaakhulp (wachtlijsten)
- Trajectbegeleider / aanspreekpunt
- Capaciteit bij huisartsen (b.v. nemen geen nieuwe patiënten aan)
- Ondersteuning verslavingsproblematiek (wachtlijsten, exclusiecriteria)
- Aanbod voor personen met dementie thuis 's nachts, 's avonds en in het weekend

- Aanbod afgestemd op noden van mensen met jongdementie (scholing, geschikte plek, daginvulling)
- Opleiding gezinszorg-medewerkers voor werken bij mensen met zorgnood op psychisch vlak

Ambulante en Mobiele GGZ

- Outreachende eerstelijns GGZ (weinig ELP aan huis, in WZC, ...)
- Psychologische ondersteuning in LDC, WZC, Wijkgezondheidscentra, Huisartsenpraktijken
- Ondersteuning van mantelzorgers.
- Mobiel team ouderen, opvang van crisissituaties (opname voorkomend, trajectbegeleiding), ook in LDC, WZC
- Ambulant / poliklinisch aanbod psychiaters (snelle verwijzing door huisartsen)

Gesignaleerde tekorten in samenwerking (Nood aan...)

- Luisteren naar de ervaringen van mantelzorgers (bij zorginschatting)
- Aanvraag van sommige tussenkomsten kan enkel via digitale weg → Uit de boot vallen
- Bekend zijn en gemakkelijk te vinden zijn van (vernieuwd) zorgaanbod – verwijsmogelijkheden
- Tijdige aanvraag / aanmelding – voorbereiding verdere zorg → Zorgcontinuïteit
- Doorstroming van signalen (vroegdetectie bij cognitieve en psychische problemen), b.v. vanuit Gezinszorg
- Informatiedoorstroming vanuit GGZ in Ziekenhuis → Zorgactoren in 1ste lijn (o.a. naar Gezinszorg)
- Juiste beeldvorming ouderen (al dan niet met psychische kwetsbaarheid) → Werk aan de winkel om maatschappelijk beeld realistischer te krijgen.

3.4 Gesignaleerde noden en voorstellen van zorgactoren

In onze vragenlijst zijn meerdere vragen gesteld waarbij respondenten konden aangeven wat zij zelf nodig hebben om goede zorg te kunnen bieden en wat ze zouden willen voorstellen om de zorg voor ouderen met een psychische kwetsbaarheid en de samenwerking tussen zorgactoren beter te maken. De antwoorden op deze vragen bekijken we onder één rubriek gezien ze sterk bleken samen te hangen.

We geven eerst de resultaten weer betreffende een vijftal mogelijke noden die expliciet bevraagd werden. Vervolgens bespreken we de voorstellen die de respondenten hebben geformuleerd.

3.4.1 Noden expliciet bevraagd in de vragenlijst

Op basis van wat zorgpartners aangegeven hebben in gesprekken en op vergaderingen hebben we bij het opstellen van onze vragenlijst een vijftal noden geformuleerd waarbij de vraag gesteld werd om aan te geven of men dit nodig heeft (om GGZ voor ouderen nog beter te maken). Men kon antwoorden met ja of nee, en eventueel toelichting geven. In Tabel 9 geven we de percentages ja-antwoorden weer (over alle 127 zorgactoren-respondenten) voor elk van de bevraagde noden, geordend van hoogste naar laagste percentages.

Tabel 9. Bevraging vijf mogelijke noden van zorgactoren. Percentages ja-antwoorden

% Ja-antwoorden (over alle 127 zorgactoren-respondenten) in bevraging: Nood aan ...

- 79% **Helderheid doorverwijsmogelijkheden**, weten naar wie u kan (door)verwijzen binnen het GGZ landschap?
- 77% **(meer) Laagdrempelig werken?**
- 74% **Ontmoetingsmomenten**, zorgpartners leren kennen en overleggen?
- 68% **Vorming en expertisedeling?**
- 54% **Casusbespreking**, aan de hand van een casus in interactie gaan?
 - 0% voor Ma-Ze-Lo, Inloophuis Dementie; Dagverzorgingscentra.; Herstelacademie, Expertise centrum Dementie, Humanistisch consulent.
 - 75-100% voor Lokale Besturen, Mutualiteiten, WZC; Thuisverpleging; CGG, MCTE, Kairos, MHT; PZ; IBW, PVT.

3.4.2 Voorstellen geformuleerd door zorgactoren-respondenten (Kansen, doelen, ideeën en voorstellen)

De respondenten-zorgactoren hebben er hun werk van gemaakt als antwoord op de open vragen uit te schrijven wat ze als haalbare kansen of bereikbare doelen zien, en andere ideeën en voorstellen te formuleren. Wij hebben er ons werk van gemaakt een grondige inhoudsanalyse te doen van deze rijke antwoorden.

In bijlage Tabel 10 kan u alle antwoorden lezen, geordend in inhoudscategorieën, en met vermelding van de zorgactor hoofdcategorie en zorgvoorziening van de respondent, zodat u desgewenst kan zien vanuit welke context de voorstellen komen. In Tabel 11 geven we hier het overzicht van de inhoudscategorieën weer, wat we verder bespreken.

Het grootste deel van de voorstellen bleek aan te sluiten bij de vijf noden die eerder in de vragenlijst bevestigd werden, waarvan de resultaten hier in de vorige paragraaf voorgesteld werden. We merken hierin variaties tussen bewerkstelligen van kennis en organiseren van dialoog, en tussen globaal en specifiek.

Helderheid van verwijsmogelijkheden bewerkstelligen wordt in verschillende formuleringen aangebracht en er worden meerdere manieren voorgesteld waarop dit kan bewerkstelligd worden: gaande van een overzicht, helder, zichtbaar, vindbaar en kenbaar maken, tot (een stapje verder) wegwijzers, afstemming en actief kunnen toe-leiden.

Laagdrempelig werken bewerkstelligen kan vorm krijgen in: toegang tot zorgaanbod, snelle zorgverlening, naar de oudere toe gaan, en mentaal welzijn promoten .

De volgende voorstellen (aansluitend bij de expliciet bevestigde noden) houden vormen van verbinding in tussen kennis en dialoog met zorgpartners: **Ontmoetingsmomenten en overleg organiseren**, zodat zorgpartners elkaar en hun zorgaanbod kunnen leren kennen; **Vorming en expertisedeling bewerkstelligen**; **Casusbespreking organiseren**.

De respondenten-zorgactoren hebben nog andere voorstellen aangebracht, die ten dele blijken aan te sluiten bij de knelpunten en tekorten die eerder werden gesignaleerd. In Tabel 11 kunt u concrete voorstellen lezen gericht op: **Betere samenwerking bewerkstelligen**; **Bijkomend of meer van bepaald zorgaanbod voor de oudere en zijn context ontwikkelen**; **Aanbod voor zorgverstrekkers**

ontwikkelen; Betere ondersteuning en investering vanwege overheid en directies van zorgvoorzieningen.

Tabel 11. Haalbare kansen / bereikbare doelen & Andere ideeën / voorstellen
Overzicht inhoudscategorieën

In dit overzicht geven we de inhoudscategorieën weer die geformuleerd werden op basis van de inhoudsanalyse van alle antwoorden van respondenten op de vragen 5.2 “Wat ziet u als haalbare kansen / bereikbare doelen?” en 5.3 “Andere ideeën / voorstellen?” Uit de inhoudsanalyse bleek dat de antwoorden op deze twee vragen best in één categorieënsysteem kunnen opgenomen worden. Als vereenvoudiging spreken we verder over ‘voorstellen’.

1. Voorstellen aansluitend bij de noden die expliciet bevroegd werden

1.1 Helderheid van verwijsmogelijkheden bewerkstellingen (weten naar wie men kan verwijzen binnen het GGZ landschap)

- *Transparantie, duidelijkheid en bekendheid van zorgaanbod bewerkstelligen.*
- *Helder overzicht opstellen van zorgaanbod voor doorverwijsmogelijkheden.*
- *Zichtbaar en kenbaar maken van zorgaanbod.*
- *Informatieplatform ontwikkelen met overzicht zorgaanbod voor doorverwijsmogelijkheden.*
- *Kennismaken met / op de hoogte gehouden worden van (elkaars) zorgaanbod.*
B.v. door webinars, per e-mail, door ontmoeting (infoavond of andere).
- *Wegwijzers in zorgaanbod formuleren.*
Verwijskader, draaiboek, boomstructuur, stroomdiagram, zorgpad; in samenwerking opstellen.
- *Afstemming zorgaanbod bevorderen.*
Door zorgactoren samen te brengen, voor vlottere doorverwijzingen.
- *Ouderen met zorgnoden actief kunnen toeleiden naar gepast zorgaanbod in de woonomgeving.*
Thuis of in WZC.

1.2 Laagdrempelig werken bewerkstelligen

- *Laagdrempelige toegang tot zorgaanbod bewerkstelligen.*
B.v. via website info, via loket waar men naartoe kan gaan.
- *Snelle zorgverlening mogelijk maken waar nodig.*
Consultatie, ondersteuning, crisisinterventie.
- *Naar de oudere in de woonomgeving toe gaan.*
O.a. PZEL; o.a. geïsoleerde ouderen, familie ondersteunen.
- *Promoten mentaal welzijn in LDC en WZC.*

1.3 Ontmoetingsmomenten en overleg organiseren, zodat zorgpartners elkaar en hun zorgaanbod kunnen leren kennen

- *Kennismaking, ontmoeting, uitwisseling om mekaars zorgaanbod beter te leren kennen.*
- *Event (beurs, netwerkmoment, grote vergadering) organiseren om veel zorgpartners samen te brengen, mekaars zorgaanbod beter te leren kennen en ieders netwerken te verruimen.*
- *(Netwerk)overleg organiseren met zorgpartners uit verschillende sectoren (1^{ste} lijn en GGZ).*

1.4 Vorming en expertisedeling bewerkstelligen

- *Vorming, opleiding en bijscholing organiseren.*
Over bevorderen van mentaal welzijn, herkennen van signalen, en omgaan met psychische problemen bij ouderen.
- *Kennis en expertise in het werken met ouderen met GGZ-noden, delen en verhogen.*

- *Intersectorale consultmogelijkheden, intervisie en wissellere organiseren.*

1.5 Casusbespreking organiseren

- *Casusbespreking bevorderen en organiseren.*
B.v. casusoverleg, zorg(netwerk)overleg, overleg apotheker-arts, observatie bewoner en overleg in WZC.
- *Casusgerichte bundeling van expertise bij oriëntering (op niveau ELZ).*
O.a. Meer uitbouw van GBO (Geïntegreerd Breed Onthaal, zie noot in Tabel 3 op p. 17).
- *Netwerktafels benutten of specifiek organiseren voor doelgroep ouderen.*

2. Andere voorstellen

2.1 Betere samenwerking bewerkstelligen

- *Betere samenwerking tussen verschillende zorgactoren algemeen bewerkstelligen.*
O.a. complementariteit, afstemming, samenhangigheid, samenwerking per casus, samenwerking tussen 1^{ste}, 2^{de} en 3^{de} lijn.
- *Betere samenwerking en communicatie tussen 1^{ste} lijn en GGZ bewerkstelligen.*
O.a. huisarts, maatschappelijke diensten, psychologische begeleiding; informatie uitwisseling tussen thuiszorg en GGZ, ontslagmanagement na opname.
- *Betere ondersteuning zorgverleners eerste lijn vanuit GGZ bewerkstelligen.*
O.a. thuisverpleging, huishoudhulp, LDC.
- *Betere samenwerking tussen WZC en GGZ bewerkstelligen.*
O.a. betreffende diagnostisering, begeleiding, mobiele psychologische hulpverlening, snelle interventie of opnamemogelijkheid, wederzijdse verwijzing.
- *Centraal lokaal aanspreekpunt voor zorgactoren van ouderen met GGZ zorgnoden.*
Informatie, oriëntatie, aanmelding, ontmoeting, vorming, ...(Kruispunt?)
- *Zorgpad Ouderen (GGZ) verder uitwerken.*
Algemeen en concreet per ELZ, samenwerkingsverbanden leggen en netwerk-denken versterken.

2.2 Bijkomend of meer van bepaald zorgaanbod voor de oudere en zijn context ontwikkelen

- *Ontmoetingsplaatsen en lotgenotencontact organiseren (o.a. in dorpen) en ervaringsdeskundigheid inzetten.*
O.a. ondersteuning Infopunt ED, Op Wegg, Herstelcafé, zorgaanbod ontwikkelen in co-creatie rond persoonlijk herstel.
- *Zorgaanbod in de buurt en rondom de oudere organiseren*
Vanuit verschillende voorzieningen en invalshoeken, o.a. mininetwerken met zorgcoördinator, dementiecoaches, plaatselijke zittingen OCMW, WZC in vertrouwde buurt; outreachend werken LDC, ambulante psychologen, PZ.
- *Groepsaanbod voor ouderen met GGZ noden meer bekendmaken en laagdrempelig aanbieden.*
Op meerdere plaatsen; o.a. rond verlies, piekeren, stress, eenzaamheid, depressie, angsten, omgaan met (lichamelijke) achteruitgang, enz.
- *Meer psychologische ondersteuning en groepsaanbod in WZC.*
- *Tekorten in zorgaanbod (verder) inventariseren en werken aan oplossingen.*
O.a. aangebracht door Thuiszorg, Wijkgezondheidscentrum, PZ.

2.3 Aanbod voor zorgverstrekkers ontwikkelen

- *Werkinstrumenten om informatie te delen.*
O.a. meer benutten of ontwikkelen van internet toepassingen voor communicatie, zoals digitale nieuwsbrief, digitalisering, platform voor informatie uitwisseling; online tools, webinars.
- *Werkinstrumenten en facilitering om zorgaanbod naar ouderen toe te kunnen bieden.*
O.a. meer benutten of ontwikkelen van internet toepassingen, zoals digitalisering, online sessies.

2.4 Betere ondersteuning en investering vanwege overheid en directies van zorgvoorzieningen

- *Meer investeren in zorgaanbod voor ouderen met GGZ noden.*
O.a. meer zorgpersoneel met de geschikte expertise, betere vergoeding voor huisbezoeken.
- *Minder administratie vereisen, om meer tijd te kunnen geven aan zorgvrager en zorgteam.*
O.a. minder tijd naar dossiervoering, scores, parameters, enz. – meer tijd en kwaliteit in de contacten.
- *Zorg voor de zorgverlener.*
O.a. tegemoetkomingen betreffende werkregelingen.
- *Positieve beeldvorming rond GGZ bij ouderen bewerkstellingen.*
O.a. zodat meer zorgverleners en studenten kiezen om met deze doelgroep te werken; taboe doorbreken.

2.5 Belang van de bevraging en de gelegenheid om feedback te geven

4. Aanzetten en aanbevelingen

In dit rapport hebben we onder meer knelpunten, tekorten, noden en voorstellen die door zorgpartners geformuleerd werden, in kaart gebracht. Aan een aantal belangrijke punten wordt reeds gedeeltelijk tegemoet gekomen. We geven een aantal aanzetten weer, waar we met dit project toe bijdragen: aanzetten tot overzicht in verwijsmogelijkheden en aanzetten tot afstemming en samenwerking. Vervolgens formuleren we een aantal aanbevelingen naar beleid toe betreffende GGZ voor ouderen en suggesties betreffende de verdere ontwikkeling van Zorgpad Ouderen GGZ voor deze regio van Netwerk Emergo.

4.1 Aanzetten tot overzicht in verwijsmogelijkheden

4.1.1 Overzicht zorgaanbod voor ouderen met GGZ-noden

We hebben een overzicht opgesteld van het bestaande zorgaanbod voor psychisch kwetsbare ouderen met GGZ-noden binnen onze Emergo regio. Dit overzicht zal beschikbaar zijn via de website van de Sociale Kaart, waar het vermelde zorgaanbod gekoppeld wordt met de informatie daarover in de Sociale Kaart. Dit zal daar dan ook (jaarlijks) geactualiseerd worden. Dit kan een waardevol gebruiksinstrument worden dat een antwoord biedt op de vraag naar het bewerkstelligen van heldere doorverwijsmogelijkheden.

4.1.2 Recent nieuw zorgaanbod voor ouderen met nood aan GGZ-ondersteuning

De laatste jaren is er een belangrijk nieuw zorgaanbod voor ouderen met nood aan GGZ ondersteuning ontwikkeld, bijkomend aan het zorgaanbod van CGG De Pont dat reeds vele jaren een specifieke ouderenwerking heeft.

- PZEL richt zich nu ook naar ouderen toe.
- De mobiele teams (MCTE, MHT) trekken de leeftijdsgrens op sinds 2021.
- Kairos, outreaching vanuit de ouderenpsychiatrie afdeling Sophia 3 van UPC Duffel, is als zorgvernieuwingsproject gestart in 2023, specifiek gericht naar de doelgroep ouderen met een ernstige cognitieve en psychiatrische problematiek (meestal dementie met BPSD).

Uit onze bevraging blijkt dat niet elke zorgactor dit nieuwe aanbod al goed kent. Anderzijds merken we ook duidelijk dat dit nieuwe aanbod zeer gewaardeerd wordt door zorgpartners en beantwoordt aan belangrijke zorgvragen.

4.1.3 Mogelijke verwijsslijnen tussen zorgactoren – Meerdere paden binnen ‘Zorgpad Ouderen GGZ’

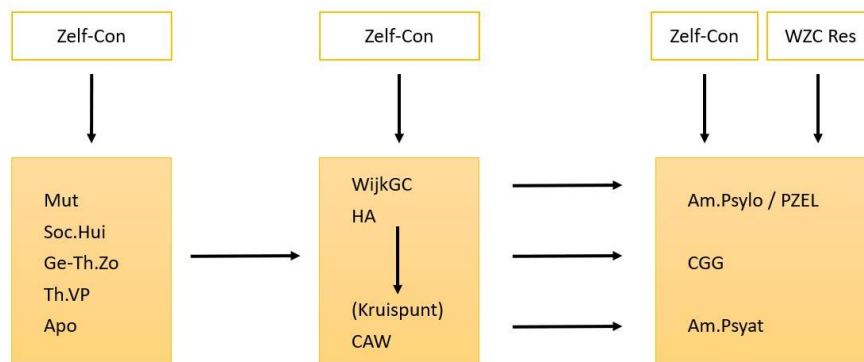
Op basis van onze bevraging hebben we de IN-stroom en UIT-stroom verwijzingen voor elk van de 28 zorgactoren-respondenten in kaart gebracht. Tabel 5 in bijlage geeft daarvan een duidelijk overzicht met een fiche per zorgactor.

Hier willen we verder ingaan op een paar mogelijke trajecten die een oudere zorgvrager met psychische kwetsbaarheid kan doorlopen, bekeken vanuit een vijftal situaties, vragen of problemen die we onderscheiden, en waarbij telkens meerdere zorgpartners ingeschakeld worden. In de figuren 9.1 tot 9.5 geven we een vijftal mogelijke zorgpaden weer. Sommige zorgactoren werden gegroepeerd, voor de overzichtelijkheid of omdat de verwijsslijnen gelijklopend kunnen zijn.

Dat de oudere zelf en zijn context rechtstreeks contact kunnen nemen met heel wat zorgverleners geven we in de figuren weer; voor de duidelijkheid plaatsen we ‘Zelf-Context’ (Zelf-Con) soms meerdere keren in het verwijsschema.

De huisarts speelt vaak een centrale rol. Andere zorgverleners kunnen eerst naar de huisarts verwijzen om een inschatting te maken, eigen interventies te doen, en mogelijks gericht door te verwijzen. Er wordt vaak terug verwezen naar de huisarts voor verdere opvolging. Zo kan de huisarts overzicht behouden over behandeltrajecten voor de oudere patiënt, en voor continuïteit helpen zorgen.

Figuur 9.1. Zorgpad Vroege GGZ interventie



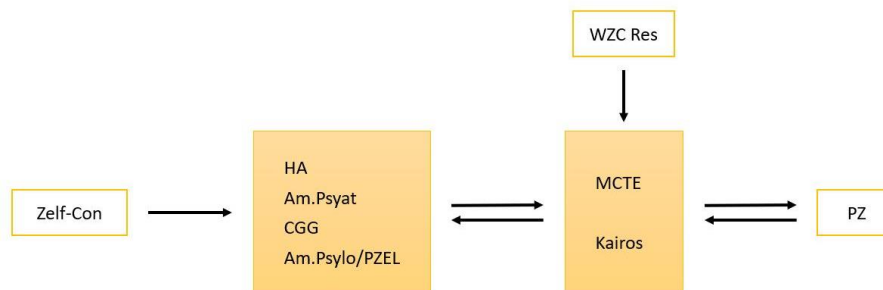
Zorgpad Vroege GGZ interventie. Zie Figuur 9.1

In Figuur 9.1 geven we enkele mogelijke verwijsslijnen weer tussen zorgactoren wanneer GGZ-noden gedetecteerd worden bij een oudere (en zijn context). De hier uitgetekende verwijsslijnen zijn gericht op vroegdetectie en -interventie m.b.t. psychisch welzijn en GGZ zorgnoden.

De oudere en zijn context kunnen zelf rechtstreeks contact nemen met een ambulante psycholoog, met het CGG, of met een ambulante of poliklinisch werkende psychiater. Veelal worden ze echter naar een van deze ambulante GGZ-verstrekkingen verwezen door de huisarts, vanuit een wijkgezondheidscentrum of het CAW. Wanneer de Kruispunten in alle ELZ's operationeel zijn en de nodige expertise naar ouderen toe is opgebouwd, kunnen ze hierbij nuttig ingeschakeld worden. Een vaak voorkomend voortraject is dat de oudere en zijn context eerst met een andere zorgverlener uit de cluster Welzijn en Gezondheidszorg in contact komt vanuit een andere vraag (zoals betreffende lichamelijke gezondheid / ziekte, gezinszorg en aanvullende thuiszorg, medicatieverstrekking). Vroegdetectie van GGZ-noden kan ook gebeuren in de contacten met de mutualiteit of het sociaal huis (of mogelijks nog een andere zorgactor uit de cluster Samenleving en buurt).

Wanneer de oudere in een WZC verblijft, kan van daaruit rechtstreeks een ambulante GGZ-verstrekker ingeschakeld worden. Een WZC kan zelf een psycholoog in dienst hebben of samenwerkingsverbanden hebben met PZEL en/of CGG.

Figuur 9.2. Zorgpad GGZ crisisinterventie



Zorgpad GGZ crisisinterventie. Zie Figuur 9.2

Bij acute problemen, bij een (dreigende of beginnende) crisissituatie, kan het Mobiel crisisteam van Emergo (MCTE) ingeschakeld worden of Kairos (bij ouderen met en ernstige cognitieve en psychiatrische problemen).

Verwijzing naar MCTE of Kairos gebeurt hier vaak door de huisarts of door de ambulante GGZ-verstrekker (psychiater, psycholoog, of CGG) die met de oudere contact heeft.

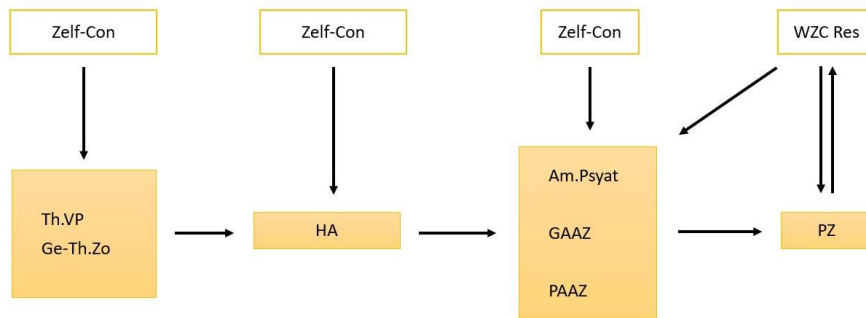
Signalering van de acute problemen of (dreigende of beginnende) crisissituatie kan ook gebeuren door andere zorgverleners uit de clusters Welzijn en gezondheid (Gezins- en aanvullende thuiszorgdiensten, Thuisverpleging, Apothekers) en Samenleving en buurt (Mutualiteiten, Sociaal huizen, Dagverzorgingscentra, Lokale Dienstencentra).

Als de oudere in een WZC verblijft, kan van daaruit rechtstreeks contact genomen worden met MCTE of Kairos.

De GGZ crisisinterventie kan er toe leiden dat de (dreigende of beginnende) crisissituatie niet (verder) escaleert, en dat de problematiek behandelbaar blijft binnen het zorgcircuit van ambulante en mobiele GGZ samen met de eerstelijns zorgverleners.

De inschatting kan ook gemaakt worden dat een opname in het PZ aangewezen is (op een bepaalde afdeling ouderenpsychiatrie van UPC Duffel, volgens de zorgvraag op dat moment). Zelfs als de crisissituatie niet escaleert kan dat een goede optie zijn, om verdere stabilisatie en behandeling te bevorderen. Wanneer een opname tijdig ingeschakeld wordt, kan die soms ook korter gehouden worden, en kan de patiënt terug georiënteerd worden naar zijn thuismilieu.

Figuur 9.3. Zorgpad GGZ Opnametraject (in AZ of PZ)



Zorgpad GGZ Opnametraject (in AZ en / of PZ). Zie Figuur 9.3

Vooraleer het tot een opname komt in het PZ (op een afdeling ouderenpsychiatrie in het UPC Duffel), is het wenselijk dat er eerst andere zorg ingeschakeld is geweest, om te voorkomen dat deze zeer intensieve en specialistische GGZ voorziening overbelast zou worden, en om andere gepaste zorg te benutten.

De huisarts kan b.v., soms op aangeven van andere zorgverleners in de cluster Welzijn en gezondheid, de oudere patiënt verwijzen naar een ambulante of poliklinisch werkende (ouderen)psychiater. Dat kan een (ouderen)psychiater zijn die verbonden is aan het PZ of aan een AZ. De psychiater kan dan via eigen (b.v. medicamenteuze) interventies zorg bieden, een inschatting maken en mogelijks doorverwijzen voor een opname in het PZ (op een specifieke afdeling Ouderenpsychiatrie).

Bij co-morbide somatische problematiek, frailty⁴ profielen en (vermoeden van of beginnende) dementie kan door huisarts of psychiater verwezen worden naar een Geriatrische afdeling in een algemeen ziekenhuis of geriatrische dagkliniek (GAAZ).

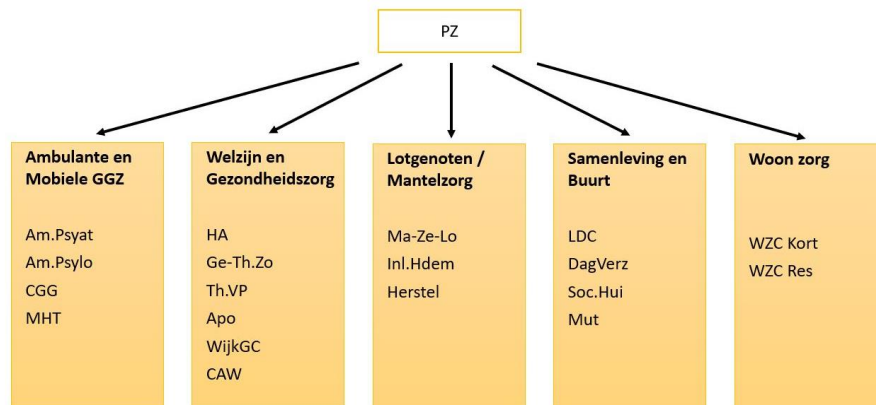
De oudere patiënt kan opgenomen worden in een Algemeen ziekenhuis wegens somatische problemen, waarbij dan belangrijke psychische problemen tot uiting kunnen komen, wat ertoe kan leiden dat de patiënt naar de PAAZ verwezen wordt. Wanneer dan ingeschat wordt dat de patiënt baat kan hebben bij een psychiatrische behandeling op een specifieke afdeling ouderenpsychiatrie kan verwezen worden naar het PZ.

Dezelfde soorten verwijspistes (naar ambulante psychiater, GAAZ, PAAZ en PZ) kunnen ingeschakeld worden wanneer de oudere in een WZC verblijft. Dit gebeurt dan na inschatting door de zorgverleners in het WZC, b.v. door de CRA⁵. Rechtstreekse verwijzing naar het PZ is mogelijk.

⁴ „Frailty” of ouderdomsgebonden broosheid is de (intrinsieke) veroudering van orgaansystemen, met spierverzwakking (of sarcopenie) als een van de typische componenten. De voornaamste gevolgen van frailty zijn functionele beperkingen (waardoor de onafhankelijkheid gevaar loopt) en comorbiditeit (waardoor ziekteverwikkelingen en sterfte dreigen). Frailty kan tot uiting komen in: verminderde mobiliteit, ganginstabiliteit, herhaaldelijk vallen, krachtverlies, uitputtingsgevoel, inactiviteit, bedlegerigheid, afhankelijkheid, verminderde eetlust, ondervoeding, gewichtsverlies, incontinentie, cognitieve achteruitgang, verwardheid, ...

⁵ CRA betekent: Coördinerend en Raadgevend Arts in een woonzorgcentrum.

Figuur 9.4. Zorgpad Nazorg in thuismilieu (ondersteuning na opname)



Zorgpad Nazorg in thuismilieu (ondersteuning na opname). Zie Figuur 9.4

In een afzonderlijk zorgpad stellen we een hele waaier aan zorgmogelijkheden voor die ingeschakeld kunnen worden na opname in het PZ of in het AZ. We geven de verschillende zorgactoren weer waar naar verwezen kan worden als nazorg of continuïteit van zorg. De groepering in clusters, grotendeels volgens ons piramidemodel, geeft inzicht in de aard van de nazorg die geboden wordt.

Het kan gaan om voortgezette GGZ behandeling of ondersteuning bij een ambulante psychiater, ambulante psycholoog, CGG ouderenwerking of Mobiel Herstel team, naar gelang het zorgprofiel en de specifieke GGZ noden.

Zorgactoren uit de cluster Welzijn en gezondheidszorg kunnen ondersteuning bieden in de thuissituatie, elk vanuit hun zorgaanbod: huisarts, gezinszorg en aanvullende thuiszorgdiensten, thuisverpleging, apotheker, wijkgezondheidscentrum, CAW.

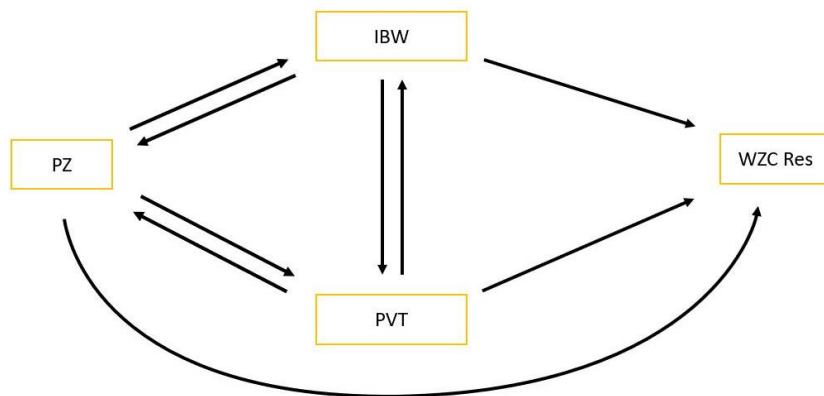
Lotgenotencontacten kunnen belangrijke ondersteuning bieden. Er kan verwezen worden naar: mantelzorgorganisaties, zelfhulpgroepen, lotgenotencontactgroepen; specifiek ook naar het inloophuis dementie en de herstelacademie.

Zorgactoren uit de cluster Samenleving en buurt kunnen b.v. ondersteuning bieden op sociaal (administratief en financieel) vlak (sociaal huis, mutualiteit) en op vlak van daginvulling en contacten (lokaal dienstencentrum, dagverzorgingscentrum).

Wanneer ondersteuning in de eigen thuisomgeving niet voldoende blijkt te zijn om een broos (bio-psycho-sociaal) evenwicht in stand te houden en hervat te voorkomen, kan de oudere verwezen worden naar een woonzorgvoorziening: serviceflat of assistentiewoning, WZC-Kortverblijf, of WZC-Residentieel verblijf. Wanneer zorgnoden veranderen, kan de oudere ook (intern) verhuizen naar de meest geschikte vorm van woonzorgvoorziening.

Al deze zorgactoren kunnen uiteraard ook ingeschakeld worden zonder dat er een opname in het PZ heeft plaatsgevonden. Ze maken deel uit van meer basaal in het piramidemodel gesitueerde zorg en ondersteuning voor psychisch kwetsbare ouderen met GGZ-noden. Tijdige inschakeling van dergelijke gepaste zorg rondom deze ouderen bevordert kwaliteit van leven en kan een opname soms voorkomen.

Figuur 9.5. Zorgpad Thuisvervangende omgevingen



Zorgpad Thuisvervangende omgevingen. Zie Figuur 9.5

Wanneer de psychische kwetsbaarheid en de zorgnoden op vlak van GGZ-ondersteuning in de woonomgeving te groot zijn, en thuis wonen niet meer mogelijk is, kan vanuit het PZ verwezen worden naar specifieke GGZ Woonvoorzieningen: Initiatieven Beschut Wonen (IBW) of Psychiatrisch VerzorgingsTehuis (PVT). Deze thuisvervangende omgevingen bieden intensieve woon-ondersteuning o.w.v. GGZ-noden, en zijn in de top van ons piramidemodel gesitueerd.

Verwijzingen naar IBW en naar PVT gebeuren steeds vanuit het PZ. Heropnames in het PZ en terugkeer naar de woonplek in IBW of PVT zijn mogelijk.

Wanneer de bewoner van IBW nog meer GGZ-ondersteuning in de woonomgeving blijkt nodig te hebben, kan verwijzing van IBW naar PVT plaatsvinden. De omgekeerde weg kan ook (van PVT naar IBW), maar komt zelden voor.

Wanneer bij psychisch kwetsbare ouderen de zorgnoden op lichamelijk vlak groter worden en de zorgnoden op psychisch vlak relatief kleiner worden, wanneer de psychiatrische problematiek voldoende gestabiliseerd blijkt, kan vanuit IBW of PVT verwezen worden naar een WZC. Voor bewoners van IBW kan soms een WZC-Kortverblijf ingeschakeld worden (b.v. in een herstel periode na een somatische ingreep), waarbij terugkeer naar het huis van IBW mogelijk is. Verwijzing naar een WZC voor residentieel verblijf is ook mogelijk.

Voor bewoners van PVT blijkt steeds een residentieel verblijf nodig als verwezen wordt naar een WZC.

Een psychisch kwetsbare oudere kan vanuit het PZ rechtstreeks naar een WZC verwezen worden, wanneer de structuur en omkadering daar belangrijk is om het bereikte psychisch evenwicht te kunnen behouden. Daarbij wordt rekening gehouden met belangrijke verschillen tussen WZC en met wat de oudere nodig heeft; bepaalde WZC richten zich specifiek op ouderen met een psychische kwetsbaarheid, andere niet. Deze verwijspiste is ook weergegeven in Zorgpad 9.4.

Bewoners van IBW kunnen ook gebruik maken van de diensten van andere zorgactoren, voor bepaalde zorgvragen, maar dat hebben we niet in deze figuur opgenomen. Gezien de woonsituatie voor bewoners van IBW nog in de lijn ligt van de thussituatie (wonen in een huis in een buurt) kunnen zorgactoren uit de cluster 'Welzijn en gezondheidszorg' (huisarts, gezinszorg en aanvullende thuiszorgdiensten, thuisverpleging, apotheker) en uit de cluster 'Samenleving en buurt' (sociaal huis, mutualiteit) ingeschakeld worden, alsook de mobiele teams indien nodig (MCTE) of aangewezen (MHT).

Deze figuren en de omschrijvingen van deze zorgpaden kunnen verder aangepast worden in overleg met zorgpartners. Andere verwijspistes blijven uiteraard mogelijk, zoals tot uiting is gekomen in de analyse van de IN-stroom en UIT-stroom verwijzingen.

4.2 Aanzetten tot afstemming en samenwerking

We merken op dat het een terechte vraag was vanwege de overheid om bij het intreden van een nieuwe speler (Kairos) in het zorglandschap dit te bekijken binnen een visie op het zorgpad ouderen voor onze regio en daarbij afstemming en samenwerking te bevorderen. We hebben dit opgenomen en reeds enkele aanzetten kunnen realiseren.

Op een vergadering werden een aantal zorgactoren uit de cluster 'Ambulante en mobiele GGZ' samengebracht (Kairos, CCG Ouderenwerking, MCTE en MHT), waarbij ze elkaar en hun zorgaanbod beter hebben leren kennen.

Gezien het zorgvernieuwingsaanbod van Kairos het meest verwant bleek te zijn met het bestaande outreach aanbod van de ouderenwerking van CGG De Pont, hebben we in het project ingezet op het bevorderen van afstemming en samenwerking tussen deze twee zorgactoren. We hebben besprekingen gefaciliteerd waar directieleden en hulpverleners bij betrokken waren. Daarbij werden verheldering, complementair werken en onderlinge afspraken bevorderd: wanneer verwijzing naar CGG aangewezen is en wanneer naar Kairos.

Een nota betreffende deze afstemming is te vinden in Bijlage Tabel 12: "Afstemming Kairos - Ouderenwerking CGG De Pont, op basis van formulering door de zorgpartners en overleg Zorgpad Ouderen GGZ."; aangevuld met Figuur 10.1 (Aanmelding en behandeltraject van een cliënt 60+ binnen ouderenwerking CGG De Pont, Stroomdiagram, mei 2024) en Figuur 10.2 (Aanmelding van een bewoner bij de outreach werking van CGG De Pont ouderenwerking, Stroomdiagram, mei 2024). Dit kan in de eerste plaats helpend zijn voor eigen gebruik tussen organisaties.

Het zorgvernieuwingsproject Kairos kan na een jaar werking best geëvalueerd worden. Daarbij kan o.a. ingegaan worden op de vragen waarvoor gecontacteerd wordt, de noden waaraan het aanbod beantwoordt, de meerwaarde die het biedt, samenwerkingsverbanden en netwerk-denken.

Bovendien vergt samenwerking, ook na een opstartperiode van één jaar, voortdurend onderhoud.

4.3 Algemene aanbevelingen naar beleid toe: GGZ voor ouderen

Vanuit wat we in kaart gebracht hebben, overleg met zorgpartners en literatuurstudie kunnen we een aantal aanbevelingen formuleren naar het beleid toe, in het algemeen en specifiek van toepassing voor onze regio. Daarmee sluiten we grotendeels aan bij de strategische doelstellingen die reeds door de Werkgroep GGoud geformuleerd werden.

1. *Een specifieke aanpak en expertise voorzien in het werken met psychisch kwetsbare ouderen met GGZ-noden, leidt tot betere behandelresultaten.*
 - Zorgverleners dienen voldoende weet te hebben van de somatische co-morbiditeiten en functionele veranderingen waar ouderen vaak mee te maken hebben, de invloed ervan op het psychosociaal functioneren en welbevinden, en hoe psychische problemen zich via lichamelijke klachten kunnen aandienen.
 - Voldoende expertise betreffende cognitieve veranderingen, beperkingen en stoornissen, en de gevolgen in beleving, gedrag en interacties, is belangrijk.
 - We dienen antwoorden te bieden voor het vaak verkleinen van het sociale netwerk, (dreigende) eenzaamheid, en (toenemende) nood aan een zorgnetwerk.
 - Empathie voor het eigen perspectief van ouderen is belangrijk: het omgaan met de fysieke veranderingen, zorgafhankelijkheid, eindigheidspectief, verlies en rouw.
 - Bevorderen van autonomie, ook in kleine zaken, en van verbondenheid is zeer belangrijk.
 - Ouderen kunnen te kampen hebben met allerlei psychische en psychiatrische problemen (zoals betreffende angst, depressie, (hypo)manie, psychose, problematisch middelengebruik, persoonlijkheidspatronen, psychotrauma, ...), die specifieke kenmerken kunnen vertonen.

- Belangrijk is zich erop te richten dat deze problemen behandelbaar zijn en het mede vanuit een herstelvisie te benaderen: dat ouderen met psychische, cognitieve en lichamelijke kwetsbaarheden en beperkingen kwalitatief kunnen leven, mits de nodige therapie, begeleiding en ondersteuning.
2. *Een realistische hoopvolle beeldvorming en destigmatisering bevorderen*, is een zorgopdracht voor allen.
 3. *Het informele (niet-professionele) netwerk ondersteunen*, is belangrijk om mogelijk te maken dat de oudere zo lang mogelijk een kwaliteitsvol leven thuis kan leiden, en dat de mantelzorgers zelf niet in problemen geraken.
 4. *Zorgverleners in de clusters 'Welzijn en gezondheidszorg' en 'Samenleving en buurt' (eerste lijn) ondersteunen en versterken*, kan (onder meer) door het verder uitbouwen van consult- en liaison-functies met o.a.: snelle antwoorden op vragen vanuit de eerste lijn, deelname aan intern (zorg)overleg, meelopen met het team, en meer aandacht voor GGZ problemen bij ouderen in opleidingen voor zorgverleners.
 5. *Een GGZ-crisisfunctie dichtbij de oudere voorzien*, kan door ambulante en mobiele GGZ te organiseren i.s.m. PZ, GAAZ en PAAZ.
 6. *Ambulante en mobiele GGZ voor ouderen verder uitbouwen met specifiek (bij)geschoolde teamleden*, kan door vorming en expertisedeling te organiseren.
 7. *Ambulante en mobiele GGZ verder afstemmen*, kan in overleg met deze zorgpartners.
 8. *Gespecialiseerde residentiële GGZ-programma's (PZ, GAAZ) afstemmen*, kan in overleg met deze zorgpartners.
 9. *Sociale en maatschappelijke activatie bevorderen*, kan i.s.m. ELZ's.
 10. *Woon- en leefomgeving aanpassen waar nodig*, kan i.s.m. ELZ's.

4.4 Zorgpad Ouderen GGZ: Suggesties voor deze regio

Gezien de demografische evolutie met de babyboom generaties die tot de ouderen gaan behoren, weten we dat de doelgroep ouderen nog zal toenemen. Zijn wij daar beleidsmatig voldoende op voorbereid? Zorgactoren doen goed werk, ook naar deze doelgroep toe, maar er blijkt nog veel gewerkt te worden vanop aparte eilandjes. Zorgactoren kennen elkaar en elkaars zorgaanbod onvoldoende, afstemming gebeurt nog te weinig, en samenwerking blijft nog te beperkt tot onderlinge verwijzingen.

Vanuit wat zorgpartners hebben aangegeven in overleg en in hun antwoorden op onze vragenlijst, waarover we hier gerapporteerd hebben, is het duidelijk dat het verder ontwikkelen van Zorgpad Ouderen GGZ zeer wenselijk en nodig is voor onze regio. We vatten enkele argumenten samen.

- Het zorgaanbod van zorgpartners (beter) leren kennen voor gerichte (door)verwijzingen, wordt algemeen als zeer belangrijk naar voor geschoven. Dit omvat veel meer dan het kunnen opzoeken via websites.
- Velen wensen elkaar beter te leren kennen, in de ontmoeting elkaars zorgaanbod beter te leren kennen, en samenwerkingsrelaties te ontwikkelen of versterken.
- Dat het belangrijk is zorgaanbod op elkaar af te stemmen, wordt vaak aangehaald; dit vergt overleg tussen zorgpartners. Het is belangrijk dat dit kan georganiseerd worden. Overleg over concrete casussen kan zorgaanbod en de nodige afstemming helpen verhelderen: wat elkeen doet, en wanneer, en hoe dit complementair kan werken.
- Er is een grote nood aan expertise-deling, waarbij meerdere manieren genoemd werden: vorming, intersectorale consultmogelijkheden, intervisie, enz. Dit vergt organisatie en bundeling van krachten.
- De wens en noodzaak tot verbetering van samenwerking tussen zorgactoren is vaak aangehaald.

Daarom stellen we voor binnen Netwerk Emergo in te zetten op de volgende punten, waarbij het Zorgpad voor psychisch kwetsbare ouderen met GGZ-noden verder ontwikkeld kan worden:

4.4.1 Overlegtafel(s) op beleidsniveau ter behartiging van psychisch kwetsbare ouderen met GGZ-noden

Op het Netwerkcomité Emergo kan Zorgpad Ouderen GGZ als prioritaire doelgroep systematisch opgevolgd worden, met als doelstellingen: investeren in beleid rond deze doelgroep, engagement van directies bevorderen, beleidsbeslissingen nemen, opzetten en opvolgen van de hierboven aangegeven zorgpaden en van de hierboven en hieronder weergegeven aanbevelingen,...

In de bestaande overlegorganen binnen Netwerk Emergo kan het beleid betreffende de doelgroep ouderen (verder) opgevolgd en aangestuurd worden, o.a.: op het Functie-2 overleg, op het Functie-4 overleg, op overleg binnen en tussen de eerstelijnszones.

4.4.2 Werkgroep / stuurgroep Zorgpad Ouderen GGZ

Beleidsvoorbereidend en beleidsuitvoerend werk kan best opgenomen worden door een werkgroep / stuurgroep van geëngageerde personen. Voor de samenstelling van die werkgroep kan gekeken worden naar vertegenwoordiging uit verschillende sectoren, naar wie specifiek met ouderen werkt (en vanuit zijn invalshoek expertise en contacten heeft), naar wie reeds op vergaderingen betrokken is geweest (UPC Duffel ouderenpsychiatrie, Kairos, CGG De Pont Ouderenwerking, MCTE, MHT, PZEL, Eerstelijns coördinatoren, WZC, GAAZ) en naar wie graag betrokken wil zijn bij de (verdere) ontwikkeling van Zorgpad Ouderen GGZ en zich wil engageren.

Het zou goed zijn als iemand de rol van coördinator opneemt, en dat taken verdeeld worden, o.a.: initiatief nemen tot mailing, vergaderingen samenroepen, verslag maken, taken bij het organiseren van iets, ...

In de volgende paragrafen gaan we nader in op enkele punten die ons in Zorgpad Ouderen GGZ zeer wenselijk lijken. Daarbij lijkt het ons beter één punt te realiseren en dan een volgend punt te kiezen om op in te zetten, dan alles ineens proberen aan te pakken en onverrichterzake te stranden.

4.4.3 Netwerkmoment organiseren (voor alle zorgactoren)

Een bijeenkomst organiseren waar alle zorgactoren binnen het werkveld voor psychisch kwetsbare ouderen met GGZ-noden op uitgenodigd worden, zou tegemoet komen aan de vraag die door velen is naar voor gebracht elkaars zorgaanbod beter te leren kennen, mekaar als zorgpartners te kunnen ontmoeten en samenwerkingsverbanden te ontwikkelen en bevorderen. Zo'n netwerkmoment zou de volgende punten kunnen inhouden.

- Presentatie Zorgpad Ouderen GGZ: Bevindingen uit bevraging, stand van zaken, en verder perspectief.
- Postersessie: Voorstelling zorgaanbod zorgpartners.
- Gestructureerde overlegmomenten in kleinere groepjes rond bepaalde thema's of vraagstellingen.
- Netwerken, ontmoeting tussen zorgpartners.

4.4.4 Verdere afstemming Ambulant en Mobiel GGZ aanbod (Ambulante Psychologen, Ambulante Psychiaters, CGG; MCTE, Kairos, MHT)

Verdere afstemming binnen deze cluster en afgestemd op de zorgvragen van vnl. zorgpartners uit de clusters 'Welzijn en gezondheidszorg' en 'Samenleving en buurt' (eerste lijn), is eerst onderling nodig. Van daaruit kunnen dan duidelijke boodschappen naar andere zorgactoren toe gegeven worden. Het

overleg dat we reeds hebben gehad en wat we met onze bevraging in kaart hebben gebracht, kan daartoe als aanzet benut worden.

4.4.5 'Intersectoraal consult en liaison'-functie bekijken en verder uitwerken, ter ondersteuning van zorgpartners in de clusters 'Welzijn en gezondheidszorg' en 'Samenleving en buurt' (eerste lijn)

In de beleidsnota van de werkgroep GGOUD wordt deze functie helder omschreven en worden enkele zorgvernieuwingsprojecten als goede praktijkvoorbeelden voorgesteld. In onze Emergo-regio blijkt deze intersectoraal consult en liaison functie voor de doelgroep ouderen slechts beperkt te bestaan. Heel wat van de mogelijkheden die beschreven zijn, zijn hier niet ontwikkeld.

Met de functie 'Intersectoraal consult en liaison' wordt bedoeld: *de uitwisseling van expertise en praktijkervaring van alle betrokken zorgactoren (uit verschillende betrokken sectoren) om zo een betere, meer continue hulpverlening gebaseerd op de noden van de oudere met psychische en of psychiatrische zorgvragen en zijn context, aan te bieden.* Dit is de minst ingrijpende manier om de expertise van de GGZ in te roepen op de eerste lijn. Zorgverleners die een netwerk rond de oudere vormen, kunnen reeds voldoende geholpen zijn met een consult of liaison door een medewerker uit de GGZ.

Deze functie kan op verschillende manieren ingevuld worden: een telefonisch consult bij een specifieke vraag die snel beantwoord kan worden; een eenmalige consultatie van de oudere bij een GGZ-expert, waarbij de expert een advies formuleert naar de zorgpartner zonder de behandeling over te nemen; deelname aan een intern overleg bij een zorgpartner betreffende psychische kwetsbaarheid bij een oudere; deelname aan een zorgoverleg met de oudere, zijn netwerk en zorgpartners.

Men spreekt over liaison als deze functie de vorm aanneemt van een verbinding tussen professionelen en/of organisaties uit twee sectoren die zich in de tijd herhaalt, waarbij een kleine vaste groep deskundigen samenwerkt en expertise doorgeeft.

In bijlage Tabel 13 stellen we praktijkvoorbeelden voor uit Vlaams Brabant, die in de beleidsnota van de werkgroep GGOUD beschreven worden. Het betreft: (1) *Consultdesk Geestelijke Gezondheidszorg voor Artsen en Hulpverleners – Vlaams-Brabant*; (2) *Consult en liaison in de ambulante (of poliklinische) geestelijke gezondheidszorg*; (3) *Overleg rond de psychiatrische patiënt in de thuissituatie*; (4) *Zorg 24 - Thuiszorg een stap verder*; (5) *Project OOTT (Oriëntatie- en OpvolgingsTraject Thuiszorg)*; (6) *Chronic Care Project Tienen-Landen.*

Waar mogelijk hebben we deze informatie geactualiseerd en geven we verwijzingen naar websites. Aansluitend bij elk praktijkvoorbeeld geven we weer welk zorgaanbod binnen onze Netwerk Emergo-regio mogelijks in dezelfde lijn ligt.

Heel wat van het vermelde zorgaanbod op vlak van 'intersectoraal consult en liaison' binnen onze regio blijkt algemeen geformuleerd te zijn voor volwassenen, ouderen inbegrepen.

Er kan best bekeken worden waar en op welke manieren specifieke 'intersectoraal consult en liaison' functies met de nodige expertise vanuit de GGZ naar de doelgroep ouderen toe, verder kunnen ontwikkeld worden. De praktijkvoorbeelden die in Tabel 13 voorgesteld worden, kunnen daarbij inspirerend zijn.

4.4.6 Oplossingen zoeken voor hiaten in zorgaanbod en samenwerking

Dit werd voorgesteld door zorgactoren-respondenten bij de bevraging. Een overzicht van gesignaleerde tekorten in zorgaanbod en samenwerking (die als noden kunnen begrepen worden) werd op pagina 26-27 gegeven, en in Tabel 11 (pagina 29-31) werden heel wat voorstellen weergegeven. Dit kan een aanzet vormen om dit op te nemen.

Het zou goed zijn als er concrete haalbare zaken georganiseerd kunnen worden. Beter kleine stappen vooruit zetten, dan in 'alles of niets' terecht komen.

Tot slot

Laat deze aanzetten en aanbevelingen inspirerend en stimulerend zijn voor verdere ontwikkeling van 'Zorgpad Ouderen GGZ'. We maken er allen samen deel van uit en ieder kan zijn steentje bijdragen. Laat de geesten gaan in de richting van netwerkdenken, verbindingen leggen en geïntegreerde zorg. Investeren in samenwerkingsverbanden met zorgpartners levert win-win situaties op. Het loont voor de zorgpartners die zich gesteund weten door elkaar. Dr. Jan Delepeleire, prof. emeritus huisartsgeneeskunde, zei ons onlangs dat de kwaliteit van de relatie cruciaal is, en hij bedoelde dan de relatie tussen de eerstelijns zorgverlener en collega's uit de GGZ. Als een zorgverlener in de eerste lijn kan terugvallen op expertise deling en ondersteuning vanuit de GGZ, dan kan die zelf ook meer. Goede samenwerkingsrelaties tussen zorgverleners lonen ook vooral voor de kwetsbare oudere zelf en zijn context (familie en ruimer systeem).

Dankjewel voor uw interesse en inzet voor psychisch kwetsbare ouderen met GGZ-noden.

