

# DE 'ONDERSCHATTE' POSITIE VAN HET WOONZORGCENTRUM IN DE ZORG VOOR OUDEREN MET EEN PSYCHIATRISCHE PROBLEMATIEK

Liesbet LOMMELEN en Leen HEYLEN<sup>1</sup>

*Is het haalbaar en wenselijk om ouderen met psychiatrische problemen op te vangen in een woonzorgcentrum (WZC)? Deze vraag stellen in het licht van de vergrijzing is niet onbelangrijk: immers het aantal ouderen met psychiatrische problemen dat nood heeft aan ondersteuning, wordt verwacht in de toekomst in het licht van het toenemende aandeel ouderen in onze samenleving sterk toe te nemen. Bovendien wensen steeds meer ouderen zo lang als mogelijk thuis te wonen. Ook het beleid zet hier in het licht van de vermaatschappelijking van de zorg in het algemeen en de geestelijke gezondheidszorg meer specifiek sterk op in (Vandeurzen, 2010). Deze evolutie brengt met zich mee dat ouderen die uiteindelijk aangewezen zijn op residentiële zorg, een hogere gemiddelde leeftijd kennen en een zwaardere zorgbehoefte, waaronder ook vaak een psychiatrische problematiek.*

*Onder de noemer psychiatrische problematiek vatten we in deze bijdrage in principe alle stoornissen die voorkomen in de bekende diagnosti-*

*sche classificatiesystemen (DSM-V). Het betreft stoornissen variërend van dementie, depressie, psychosen en stemmingsstoornissen tot aanpassings- en persoonlijkheidsstoornissen (Lommelen e.a., 2013).*

*Dit alles maakt dat een steeds toenemende groep ouderen met een psychiatrische problematiek voor zorg komt aankloppen in WZC. Om die reden voerde het Vlaams Onderzoeks- en Kenniscentrum Derde Leeftijd recent een onderzoek uit naar de opvang van deze specifieke doelgroep van ouderen in woonzorgcentra (Lommelen e.a., 2013). Uit dit onderzoek blijkt dat in de WZC deze tendens al duidelijk te merken is. Ze worden vaker geconfronteerd met bewoners met een psychiatrische aandoening en ervaren bovendien in het algemeen een stijgende, meer diverse en meer complexe zorgvraag bij hun bewoners.*

*Kwaliteitsvolle opvang organiseren voor ouderen met een psychiatrische problematiek, die*

---

<sup>1</sup> Liesbet Lommelen is onderzoeker en Leen Heylen is onderzoeksleider bij het Vlaams Onderzoeks- en Kenniscentrum Derde Leeftijd (Vonk3). Beide zijn ook docent in de Banaba ouderencoaching aan Thomas More. Contact: [leen.heylen@khk.be](mailto:leen.heylen@khk.be).

*zowel mentale als fysieke ondersteuning nodig hebben, brengt de nodige uitdagingen met zich mee. In deze bijdrage gaan we op basis van de resultaten van het onderzoek dieper in op de plaats en functie die het WZC vandaag de dag opneemt wat betreft de opvang van ouderen met psychiatrische problemen. Vervolgens staan we stil bij een aantal randvoorwaarden om deze opvang naar de toekomst toe blijvend op een kwaliteitsvolle manier te kunnen organiseren. We eindigen met enkele aanbevelingen voor de praktijk. Maar eerst schetsen we kort de huidige situatie naar ouderenpsychiatrie in Vlaanderen.*

## Ouderenpsychiatrie in Vlaanderen

Ondanks de stappen en intenties vanuit het beleid om de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) meer in de samenleving te verankeren, heeft België nog steeds één van de hoogste ratio's van psychiatrische bedden per aantal inwoners binnen Europa. Het huidige beleid wil echter de kaart van de vermaatschappelijking van zorg trekken. Zo moedigt het beleid met art.107<sup>2</sup> aan om in het kader van de hervormingen binnen de geestelijke gezondheidszorg het aantal bedden binnen de psychiatrie af te bouwen (Vandeuren, 2010).

Vanuit de psychiatrie wordt, wanneer de cliënt een bepaalde leeftijd heeft bereikt, bij stabilisatie van de problematiek gekeken naar een mogelijke herlocatie naar het WZC. Uit de Minimale Psychiatrische Gegevens (MPG)<sup>3</sup> halen we dat 7% van de oudere zorgvrager (65+) na ontslag uit de psychiatrie in de opvang voor bejaarden terecht komt. Voor de doelgroep 80+ is dit 42% (Lommelen e.a., 2013).

## Plaats en functie van WZC inzake opvang van ouderen met psychiatrische problemen

Om een antwoord te verkrijgen op de vraag wat de plaats en functie van WZC ten aanzien van opvang van ouderen met psychiatrische zorgnoden is, werd een online bevraging opgesteld. Deze werd verstuurd naar alle WZC in Vlaanderen (749 in 2009). 179 WZC (of 24%) vulden de vragenlijst in<sup>4</sup>. In onderstaande paragrafen zetten we de belangrijkste resultaten op een rijtje.

### Aanwezigheid problematieken en probleemgedrag

De psychiatrische problematieken waarmee WZC het vaakst geconfronteerd worden, zijn dementie (97% van de WZC), depressie (93% van de WZC), verslavingen (67% van de WZC) en Korsakov<sup>5</sup> (61% van de WZC). We bevroegen tevens het aanwezige probleemgedrag dat mogelijk voortvloeit uit de aanwezigheid van ouderen met psychiatrische problematieken in de WZC, en de mate van verstoring dat dit gedrag met zich meebrengt voor het personeel. De top drie van gedrag dat minstens op dagelijkse basis voorkomt binnen de WZC bestaat uit: roepgedrag (82% van de WZC), aanklampend gedrag (67% van de WZC) en depressief gedrag (54% van de WZC).

Roepgedrag wordt bovendien als het meest storend ervaren. 36% van de WZC duiden dit aan in hun top drie van meest storend gedrag. Daarnaast wordt aanklampend gedrag door verscheidene WZC als storend ervaren; 11% plaatste dit in hun top drie. Agressief gedrag

- 
- 2 Art. 107: Artikel uit de federale ziekenhuiswet dat psychiatrische ziekenhuizen flexibeler laat omspringen met middelen, waardoor middelen die normaal voorzien zijn voor een aantal bedden, kunnen worden ingeschakeld om projecten op te zetten die kunnen helpen bij een efficiëntere werking van de GGZ.
  - 3 MPG is een verplichte registratie in alle Belgische psychiatrische ziekenhuizen (PZ) en psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen (PAAZ) sinds 1 juli 1996 en in de initiatieven beschut wonen (IBW) en de psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT) sinds 1 september 1998.
  - 4 Betrouwbaarheid naar representativiteit = 90% bij een foutenmarge van 5%
  - 5 Persistierende amnestische stoornis t.g.v. alcoholgebruik

vervolledigt met 8% de top drie van meest storend gedrag in WZC. Dit impliceert dat depressief gedrag vaak voorkomt, maar als minder storend wordt ervaren. De aanwezigheid van een bepaald type gedrag wordt dus niet noodzakelijk altijd als storend ervaren.

### **Opnamebeleid**

Wat doelgroepen betreft, merken we dat vier op tien van de WZC inspanningen ondernemen inzake de opvang van bewoners met specifieke behoeften. WZC richten zich voor de organisatie van specifieke opvang voornamelijk tot volgende doelgroepen: dementie (28%), Korsakov (12%), schizofrenie (7%) en mentale retardatie (5%). Van de WZC die specifieke opvang voor een bepaalde doelgroep organiseren, doet 55% dit door het inrichten van aparte afdelingen, 21% opteert voor een inclusieve manier, 15% richten leefgroepen op en 9% kiest voor een andere manier van opvang (onder andere kleinschalige woonvormen).

De overige WZC (6 op 10) richten geen specifieke opvang in voor één of meerdere bewonersgroepen, maar geven aan rekening te houden met psychiatrische problemen van bewoners.

### **Samenwerkingsverbanden**

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

In de steekproef geeft 83% van de voorzieningen aan een functionele samenwerking te heb-

ben met andere zorgactoren. Vanuit de wetgeving wordt naar voor geschoven dat WZC een aantal standaard-samenwerkingsverbanden dienen op te zetten. Het feit dat 2 op 10 WZC aangeven dit niet te hebben, toont aan dat zij hun huidige samenwerkingen niet als structureel ervaren of dat het WZC er (nog) geen werk van heeft gemaakt om deze samenwerkingen op te zetten. Structurele samenwerkingsverbanden worden het vaakst opgezet met het algemene ziekenhuis (71%), de thuiszorg (36%) en het psychiatrisch ziekenhuis (25%).

### **Beroep op externe expertise**

84% van de woon- en zorgcentra geeft aan dat ze beroep doen op expertise van hulpverleners en/of organisaties van buitenaf in functie van de opvang van bewoners met een psychiatrische problematiek. De expertise wordt het vaakst gezocht bij Psychiatrisch Ziekenhuizen (40% van de WZC); 39% doet hiervoor beroep op de huisarts en 26% op het Expertisecentrum Dementie.

**“Wanneer men meer personen met dementie in huis heeft, wordt vaker beroep gedaan op het expertisecentrum dementie.”**

Uit de resultaten komt naar voor dat WZC voor bepaalde problematieken gericht op zoek gaan naar organisaties en expertise die hen het meeste ondersteuning kan bieden. Wanneer men meer personen met dementie in huis heeft, wordt vaker beroep gedaan op het expertisecentrum dementie, voor de CGG geldt dat er meer beroep op hun expertise wordt gedaan naarmate er meer bewoners met angststoornissen aanwezig zijn. WZC met een meer dan gemiddeld aantal personen met Korsakov of schizofrenie doen vaker beroep op de expertise van het psychiatrisch ziekenhuis.

## Personeel

Grotere WZC kennen een grotere verscheidenheid aan problematieken, maar kunnen vaker intern beroep doen op gespecialiseerd personeel. Hierbij denken we aan de (deeltijdse) aanwezigheid van minstens één van volgende hulpverleners: psycholoog, psychiater of psychiatrisch verpleegkundigen. Eén op drie WZC kan geen enkel beroep doen op intern aanwezige expertise. De aanwezigheid van dit gespecialiseerd personeel kan nochtans een positieve invloed hebben op de geleverde kwaliteit van zorg en leven.

“Eén op drie WZC kan geen enkel beroep doen op intern aanwezige expertise.”

Dit merken we aan het feit dat er aangegeven wordt dat men door de aanwezigheid van psychologen minder nood heeft aan vorming. Wanneer er psychiatrisch verpleegkundigen aanwezig zijn, wordt de noodzaak dat de problematiek van de bewoner gestabiliseerd dient te zijn ook minder naar voor gebracht. Voorts heeft de aanwezigheid van gespecialiseerd personeel een 'positieve' invloed op storend gedrag: WZC waar gespecialiseerd personeel aanwezig is, ervaren roepgedrag, aanklampend en agressief gedrag significant minder vaak als storend dan WZC waar geen gespecialiseerd personeel aanwezig is. Hieruit zouden we kunnen opmaken dat de gewone personeelsleden vanwege het aanwezige gespecialiseerde personeel handvatten mee krijgen om hier beter mee om te gaan.

Het is ook dit gespecialiseerde personeel dat het ergst wordt gemist door de WZC. Op de vraag welke personeelsleden het meest ondervetgenwoordigd zijn om de opvang voor ouderen met een psychiatrische problematiek op een kwaliteitsvolle manier te kunnen organiseren,

antwoord men immers psycholoog en psychiatrisch verpleegkundigen. Maar ook gewone verpleegkundigen scoren vrij hoog. De grotere WZC geven vaker aan nood te hebben aan een psycholoog. Bovendien scherpt de aanwezigheid van ander gespecialiseerd personeel deze nood aan.

## Randvoorwaarden

In de enquête peilden we tevens naar de randvoorwaarden voor de opvang van ouderen met psychiatrische problematieken. Als belangrijkste randvoorwaarden komen 'gespecialiseerd personeel binnen het woon- en zorgcentrum', een 'ander financieringsmechanisme', 'bijkomende vorming van het huidige personeel' en de voorwaarde dat 'bewoners een gestabiliseerde problematiek' moeten hebben naar voor.

Deze randvoorwaarden komen in erg grote mate overeen met de randvoorwaarden die vanuit de invalshoek van de psychiatrie aangehaald worden wanneer daar gekeken wordt naar mogelijkheden tot herlocatie van patiënten naar het WZC (Leynen, 2009).

Wanneer we een blik op de toekomst werpen en polsen naar de best mogelijke opvang voor ouderen met een psychiatrische problematiek zijn de meningen sterk verdeeld. WZC zijn het niet eenduidig eens of het WZC de meest geschikte plaats is om deze personen in de toekomst op te vangen. Heel wat WZC (61%) zijn niet akkoord met deze stelling. WZC die het wel eens zijn met deze stelling (14%), zijn opvallend vaker de WZC die reeds inspanningen hebben ondernomen om specifieke opvang voor deze doelgroep te voorzien. Een kwart van de WZC spreekt zich niet uit over deze stelling en antwoordde 'neutraal'.

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

Over de stelling *'De huidige infrastructuur is onvoldoende afgestemd op bewoners met een psychiatrische problematiek'*, zijn de meningen verdeeld. 36% geeft aan het helemaal tot eerder oneens te zijn met de stelling dat de huidige infrastructuur deze opvang niet toe laat. 43% zegt het eerder tot helemaal eens te zijn met de stelling. We merken in de vragenlijst op dat een groot aantal WZC verbouwingswerken uitvoert of wenst uit te voeren. Hierbij wil men ook rekening houden met de noden en behoeften van hun toekomstige bewoners. Verschillende WZC zien in dat hierbij een groot aandeel bewoners zit met psychiatrische zorgnoden en bijhorende specifieke behoeften.

67% van de WZC is het eens met volgende stelling *'Om de opvang van bewoners met een psychiatrische problematiek te organiseren, gebeurt dit best in leefgroepen'*. Hiermee samenhangend merken we dat de WZC die reeds een specifieke opvang voorzien (dit is vier op tien), voornamelijk werken met aparte afdelingen (56%) of leefgroepen (15%). Anderen verkiezen een inclusieve werking (21%) waarbij de bewoners door elkaar wonen.

Het merendeel (negen op tien) van de voorzieningen is het ermee eens dat de psychiatrische problematiek van bewoners dient gestabiliseerd te zijn om kwaliteitsvolle opvang te kunnen garanderen. Ongeveer acht op tien is het eens met de stelling dat voor de opvang van bewoners met een psychiatrische problematiek de aanwezigheid van personeel met een psychiatrische opleiding een voorwaarde is.

## Aanbevelingen voor de praktijk

Uit voorgaande blijkt dat het woonzorgcentrum vandaag een belangrijke plaats inneemt wat betreft de opvang van ouderen met psychiatrische problemen. De resultaten tonen aan dat een structurele aanpak betreffende opvang van ouderen met psychiatrische problemen nodig is. In het licht van de vergrijzing is dit des te meer van belang. Op basis van de resultaten, formuleren we hieronder een aantal aanbevelingen voor de praktijk.

### Visie

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

**“ De tendens richting een meer normaliserende benadering van zorg is reeds in verschillende WZC ingezet. ”**

Los van het feit of de bewoner geestelijke gezondheidsproblemen heeft, is het goed om bij de visie op zorg af te wijken van het medische zorgmodel, en de geestelijke gezondheid en de betrokkenheid van de bewoners meer centraal te stellen. De tendens richting een meer normaliserende benadering van zorg is reeds in verschillende WZC ingezet. Het blijft echter belangrijk om hier aandacht voor te hebben, zeker ook in het licht van de vermaatschappelijking van de zorg (Vandeurzen, 2010).

## **Personeelsbeleid**

We merken een positieve invloed van bepaald specifiek opgeleid personeel op de aangeboden zorg. Het WZC kan trachten bij de selectie van het personeel rekening te houden met hulpverleners die zowel goed scoren op de verpleegtechnische en verzorgende handelingen als op de ondersteuning van ouderen met psychische of psychiatrische problemen. Hierbij kan de gerontopsychiatrische verpleegkundige veel bijdragen. De aanwezigheid van een psycholoog heeft een meerwaarde op het vlak van ondersteuning van de familie, alsook bij de bespreking van het zorgplan van de bewoner.

Een multidisciplinaire benadering verdient de voorkeur voor de ondersteuning en vorming van hulpverleners. Deze kan worden bekomen door het verder uitbouwen van structurele samenwerkingverbanden en een beroep te doen op expertise vanuit psychiatrische zorgvoorzieningen. Dit kan mogelijk via detachering, waarbij de expert (gedeeltelijk) op de loonlijst van het WZC staat ingeschreven en gedeeltelijk binnen de psychiatrie is tewerkgesteld (Depla, 2004). Via consultatie, intervisie en vorming kan expertise binnen de organisatie worden opgebouwd en verspreid. Het overleg en de coördinatie dient zich te organiseren binnen het kader van een te ontwikkelen netwerking en een specifiek zorgcircuit rond deze doelgroep.

## **Vorming**

Het is een feit dat personeelsleden vaak niet opgeleid zijn om met de verschillende aanwezige problematieken om te gaan. In de praktijk gaat het hierbij vaak om verzorgenden, die vanuit hun opleiding erg geschoold zijn volgens het medische zorgmodel. Een beleid en visie die inspelen

op het feit dat de aanwezigheid van expertise in huis een meerwaarde is, kan deze leemte naar het (algemeen gevormd) personeel opvullen en zo bijdragen aan een kwaliteitsvolle hulpverlening aan deze specifieke doelgroep van bewoners. Het is dan ook belangrijk om het huidige personeel de nodige vorming en ondersteuning te bieden, ook het niet verzorgend personeel. Eveneens is het nodig om dit op een duurzame manier te ondervangen. Een benadering waarbij training, opleiding en bespreking van casussen en de bijhorende feedback centraal staan, geeft een goede basis.

## **Besluit: WZC de beste opvangplaats voor ouderen met psychiatrische problemen!?**

Om een antwoord te bieden op de centrale vraag waarmee we deze bijdrage startten, kunnen we het volgende stellen. Momenteel neemt het WZC een belangrijke plaats in wat betreft opvang voor ouderen met dementie waarvoor opvang thuis niet (meer) mogelijk is. Maar ook naar andere problematieken zien we een tendens dat vanaf een bepaalde leeftijd het WZC een erg belangrijke rol vervult wat betreft de opvang voor deze ouderen.

Problematieken waarvan we kunnen verwachten dat ze in de toekomst zullen toenemen in de WZC zijn deze die vandaag reeds vaker aanwezig zijn: dementie, depressie, Korsakov. Maar ook de problematieken schizofrenie, persoonlijkheidsstoornis en mentale retardatie kunnen een belangrijker plaats gaan innemen. Een groot aantal WZC (4/10) biedt vandaag reeds specifieke opvang voor bepaalde doelgroepen aan en houdt ook in de verbouwplannen rekening met specifieke zorgnoden van deze doelgroep.

“**De problematieken schizofrenie, persoonlijkheidsstoornis en mentale retardatie kunnen een belangrijker plaats gaan innemen.**”

Dat ouderen met psychiatrische problemen hun weg vinden naar de WZC geeft echter nog geen antwoord op de vraag of WZC wel het meest geschikt zijn om in deze opvang te voorzien. In de huidige situatie ziet slechts 14% van de ondervraagde centra het woonzorgcentrum als de meest geschikte opvangplaats voor deze ouderen. Bovendien blijkt dat WZC de overtuiging delen dat de opvang van oudere bewoners met psychiatrische problemen slechts kwaliteitsvol kan worden aangeboden indien aan een aantal belangrijke voorwaarden wordt voldaan. Hierbij komen vooral een aangepaste financiering, de aanwezigheid van expertise, en de vorming van het huidige personeel naar voor.

Kortom, hoewel ouderen met psychiatrische problemen de weg vinden naar WZC, zijn WZC zelf niet van mening dat ze hiervoor noodzakelijk de meest geschikte plaats zijn. WZC die reeds specifieke opvang aanbieden, vinden significant vaker dat ze de meest geschikte opvangplaats zijn dan de WZC die geen specifieke opvang aanbieden. In het licht van de vergrijzing en het toenemende aantal en aandeel ouderen in onze samenleving, ook met psychiatrische problemen, blijft de vraag naar de meest geschikte opvang voor ouderen met psychiatrische problemen dan ook relevant. Wanneer WZC in de toekomst die rol van opvang voor ouderen met psychiatrische problemen zullen blijven spelen, is het belangrijk om de geformuleerde randvoorwaarden ook effectief te vertalen in de praktijk. Enkel zo kunnen we een kwaliteitsvolle zorg voor alle ouderen waarmaken.

## Referenties

- Depla, M. (2004). *Community-based care for older people with severe mental illness. A study on the integration of mental health care into residential homes for the elderly*. Utrecht: Trimbos Instituut
- Leynen, B. (2009). *De samenwerkingsinitiatieven van de Vlaamse geestelijke gezondheidszorg voor de oudere psychiatrische patiënten met gestabiliseerde chronifiërende problematieken: een crosssectionele Survey*. Katholieke Universiteit Leuven
- Lommelen, L., Heuten, K. & De Maesschalck, L. (2013). *Opvang van ouderen met psychiatrische problemen binnen het Woonzorgcentrum*. Onderzoeksrapport. Campinia Media, Geel
- Vandeurzen, J. (2010). *Beleidsplan Geestelijke Gezondheidszorg Vlaanderen*. [http://www.ministerjovandeurzen.be/nlapps/data/docattachments/Nota%20GGZ%20\\_2\\_.pdf](http://www.ministerjovandeurzen.be/nlapps/data/docattachments/Nota%20GGZ%20_2_.pdf)