

# FEDERALE ADVIESRAAD VOOR OUDEREN

## Advies 2018/07

De Federale Adviesraad voor Ouderen, opgericht krachtens de wet van 8 maart 2007 tot oprichting van een Federale Adviesraad voor Ouderen en waarvan de leden benoemd zijn bij het koninklijk besluit van 13 november 2012 houdende benoeming van de leden van de Federale Adviesraad voor Ouderen, heeft tot taak om op eigen initiatief, op verzoek van de federale regering of op verzoek van een Wetgevende Kamer advies uit te brengen over de tot de bevoegdheid van de federale overheid behorende aangelegenheden met betrekking tot de pensioenen, de gelijkheid van kansen, de sociale integratie en de bestrijding van de kansarmoede, de toegankelijkheid tot de gezondheidszorg en de mobiliteit.

Met toepassing van artikel 3 §3,1° van voormelde wet van 8 maart 2007 brengt de Federale Adviesraad voor Ouderen volgend advies uit:

### **ADVIES VAN DE FEDERALE ADVIESRAAD VOOR OUDEREN BETREFFENDE DE ORGANISATIE VAN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG VOOR OUDEREN EN HOE DIT VERBETEREN.**

#### **SITUERING VAN HET ADVIES**

---

De FAVO wil in eerste plaats verwijzen naar haar advies 2016/7 ivm geestelijke gezondheidszorg, meer bepaald naar de voorafgaande feiten en bedenkingen uit diverse onderzoeken.

De vraag die toen gesteld werd of de Gezondheidszorg klaar is voor de vergrijzing blijft even actueel op vandaag.

Enkele voorafgaande feiten en bedenkingen:

- Wat de psychische gezondheid van onze bevolking betreft wordt gemiddeld 1 op 3 Belgen tijdens zijn leven ooit geconfronteerd met een psychische stoornis. België bevindt zich hiermee in de internationale middenmoot. Doorheen diverse bevragingen blijkt ook dat ongeveer 26% van de Belgen zich slecht in zijn vel voelt. Dit is voor ouderen een gelijkaardig percentage.
- België blijft wereldwijd koploper in het opnemen van patiënten in psychiatrische instellingen. Het aantal gedwongen opnamen is met 42% gestegen tussen 1999 en 2008, nog voorafgaand aan de crisis. In de periode 2004-2008, kenden we een stijging van 10% in aantal opnamen in de psychiatrische ziekenhuizen, vooral in Vlaanderen.
- De psychiatrische ziekenhuizen, vooral in Vlaanderen, kennen een opvallend hoog cijfer heropnames binnen de 30 dagen: 25% bij schizofrenie, 20% bij manische-depressie.
- Psychische stoornissen staan met 34% op nummer 1 als oorzaak van invaliditeit, met depressie, alcohol en dementie in de top 10.
- Psychiatrische patiënten kennen gemiddeld een 15 jaar lagere levensverwachting, hoofdzakelijk als gevolg van lichamelijke oorzaken.
- Het aantal zelfdodingen is gelijk aan respectievelijk 17 per 100.000 inwoners in Vlaanderen, 24 in Wallonië en 14 in Brussel. België zit met drie zelfdodingen per dag in de top drie van Europa. Vlaanderen illustreert echter in positieve zin dat een state-of-the-art plan van beleidsaanpak vruchten kan afwerpen. De vooropgestelde daling van 8% in het eerste suicidepreventieplan werd goed gehaald.
- Opvallend blijven de sterftecijfers door zelfdoding bij oudere mannen. In 2013 bedroeg het aantal zelfdodingen bij Vlaamse mannen van 80 jaar en ouder 51 per 100.000 (uit Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid).
- 30 tot 70% van de kinderen van ouders met een psychische stoornis, ontwikkelen zelf een psychische stoornis. Opvallend is ook dat meer dan 90% personen die overgaan tot zelfdoding vooraf leden aan een psychische stoornis. Bijna de helft van hen werd reeds voordien behandeld. Zelfdoding is dus meestal geen losstaand of geïsoleerd fenomeen.
- Na de cardiovasculaire aandoeningen staat psychisch lijden bij de volwassenen op de tweede plaats met 19,5% van alle gekende "burden of disease".
- Met 19,1% is het gebruik van psychofarmaca opvallend hoog in vergelijking met andere landen. Wat betreft kalmeringsmiddelen en slaapmiddelen is er duidelijk sprake van een overconsumptie.
- Het gebruik stijgt aanzienlijk met de leeftijd. In de leeftijdsgroep van 75 jaar en ouder grijpt ongeveer 40% van de vrouwen en 26% van de mannen naar slaap- en kalmeringsmiddelen

- Het aantal gebruikers van antidepressiva is in België in de afgelopen 15 jaar toegenomen van 3,9% in 1997 tot 7,6% in 2013.
- Volgens de gezondheidsenquête van het WIV kampt zowat 10% van de volwassenen in België met een problematisch alcoholgebruik, maar slechts één op de twaalf zoekt of vindt hiervoor hulp en gemiddeld gebeurt dat pas na 18 jaar. Als iemand met problematisch alcoholgebruik hulp nodig heeft, moet een gepaste zorg worden aangeboden. Veel zorgverleners hebben het moeilijk om alcoholproblemen te herkennen en bespreekbaar te maken met hun patiënt, waardoor aangepaste hulp uitblijft. Daarom moet er in hun opleiding meer aandacht worden besteed aan het bijbrengen van de nodige communicatievaardigheden. Problematisch alcoholgebruik moet beschouwd worden als een gezondheidsprobleem, dat behandeld kan worden. De zorgverleners gaan daarom best op een niet-veroordelende en empathische wijze om met deze patiënten. Daarnaast zijn regelmatige bevragingen over alcoholgebruik, indien nodig gevolgd door een korte interventie, effectief voor het verlagen van het gebruik. De huisarts is, zeker voor de ouderen, hiervoor de meest logische zorgverlener.
- In België lijden naar schatting 165.000 mensen aan dementie. 5% van de mensen ouder dan 65 zou lijden aan dementie 1. Op de leeftijd van 80 jaar neemt dit percentage toe tot 20%. In zeldzame gevallen (naar schatting 3.000 mensen) komt dementie ook voor het 65ste levensjaar voor. In 2012 schatte een rapport van de WGO dat het aantal dementiegevallen tegen 2050 zou verdrievoudigen, vooral door de veroudering van de bevolking. Bovendien zouden slechts 20 tot 50% van de gevallen gediagnosticeerd worden en dan vaak nog te laat.
- Dementie heeft een enorme impact op het lichamelijk en geestelijk welbevinden van de patiënt en zijn omgeving. Momenteel is het nog niet mogelijk om het dementieel proces te genezen. De huidige geneesmiddelen kunnen hooguit de ziekte afremmen in de beginfase en inwerken op de gedragsproblemen gebonden aan dementie. Bovendien dient men de ongewenste effecten van medicatie, de grote kost en de last van de onderzoeken voor de persoon met dementie en zijn omgeving in rekening te nemen. Naar schatting 65 % van de dementerenden woont nog thuis, waar ze meestal worden geholpen door de mantelzorgers.
- De opstart van professionele zorg komt vaak veel te laat: gemiddeld 1 jaar te laat voor stemmingsstoornissen, 16 jaren voor angststoornissen en 18 jaren voor middelenmisbruik.
- Is de GGZ klaar voor de vergrijzing?
  - Er zijn heel wat redenen om aan te nemen dat de zorgvraag de komende jaren -omwille van de vergrijzing- zal toenemen. Naast de stijging van het aantal ouderen is er een positieve evolutie wat betreft de vroegtijdige herkenning en een betere diagnostiek van psychische stoornissen bij ouderen. Ook dit maakt dat meer mensen in het circuit zullen terechtkomen. De aankomende generaties ouderen zijn hoger opgeleid dan de vorige en ouderen worden mondiger waardoor de stap naar de hulpverlening voor de 'nieuwe' ouderen makkelijker gezet zal worden. Onderzoek toont aan dat er een toename is van alcoholgebruik bij ouderen; we zien nu al de zorgvraag met betrekking tot deze problematiek toenemen. Ook hierdoor zal de zorgconsumptie verhogen. (OZ naar factoren die zorggebruik voorspellen LASA, NEMESIS van Alexianen)
  - Doorheen de jaren is er ook een grondige transformatie van de geestelijke gezondheidszorg ingezet in het kader van de vermaatschappelijking van zorg. Dit vergt dynamiek en flexibiliteit om met de beschikbare mensen en middelen innovatieve en betere antwoorden te bieden op zeer diverse zorgvragen.

Dat de geestelijke gezondheidszorg nadrukkelijk op de politieke agenda staat, is een goede zaak maar vereist een structurele samenwerking en een proactief innemen van beleidsoverschrijdende standpunten.

Het vrij recente en belangrijk onderzoek van het Federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg rond GGZ voor ouderen bevat bezorgdheden, kernboodschappen en interessante aanbevelingen, waar we ons zeker in kunnen vinden.

## ADVIES

---

1. De FAVO is net als de Vlaamse Ouderenraad absoluut niet akkoord dat 65 plussers uit de boot vallen voor de RIZIV terugbetaling voor psychologische hulp. Nochtans is de nood aan deze hulp bij ouderen heel hoog. Deze beslissing is dan ook puur discriminatie. Trouwens de nood aan psychologische hulp verandert niet / stopt ook niet met het bereiken van de leeftijd van 65 jaar, wel integendeel. Een discriminerende beleidsbeslissing mag geen kwestie zijn van budget.

2. Het rapport van het Federaal Kenniscentrum, droeg onze bijzondere interesse mee. Wij onderschrijven de kernboodschap waar voor de geestelijke gezondheidszorg een beleidsvisie moet ontwikkeld worden samen met een actieplan.  
De grote nood aan psychische zorg voor ouderen vereist niet zo zeer een aparte gezondheidszorg maar wel het uitbreiden ervan naar een grotere groep volwassenen – namelijk de ouderen. Daarbij is specifieke zorg en goed opgeleid personeel voor nodig. Het is immers belangrijk dat zorgverleners alert zijn om de eerste symptomen van psychische aandoeningen te herkennen en aangepaste ondersteuning te geven. Daarnaast betekent dit ook dat de beschotten tussen de voorzieningen (Psychiatrisch Verzorgingstehuis, Woonzorgcentrum, voorziening personen met een handicap...) verdwijnen. Niet de leeftijd maar de zorg op maat van het individu bepaalt in welke voorziening iemand best terecht kan.
3. De FAVO vindt die studie heel interessant maar vindt het uiterst belangrijk dat meteen ook de budgettaire consequenties worden bekeken. Goede zorg veronderstelt ook goede omkadering en goed opgeleid personeel in onze eerste lijn , in de geriatrie en de woonzorgcentra.
4. De FAVO pleit in elk geval voor de aanwezigheid van gespecialiseerde expertise (bv mobiele psychiatrische teams gespecialiseerd in ouderenzorg) zowel in de eerstelijnszorg als in de residentiële zorg voor ouderen.  
Het huidige aanbod aan psychologische zorg voldoet niet aan de behoeften en daarenboven is de drempel voor ouderen met psychische problemen vaak te groot.
5. De FAVO vindt dat de psychische problematiek, gekoppeld aan het overdreven gebruik van psychofarmaca in een WZC om gedragsproblemen onder controle te krijgen niet te onderschatten is. Deze kan wellicht efficiënter aangepakt worden mits de nodige expertise aanwezig is voor de ouderen. Psychofarmaca zijn soms mee de oorzaak van valaccidenten bij ouderen. Dit betekent nieuwe bijkomende problemen die de zorgvraag doen toenemen en de kosten verhogen. Ook het coachen van zorgkundigen / verpleegkundigen om specifieke competenties in de ouderen psychiatrie te krijgen, is belangrijk.  
Continue kwaliteitsverbetering, een evenwichtige geografische spreiding en grotere mobiliteit van zorgverleners mogelijk maken, zijn zeer belangrijk voor de ouderenzorg. De aanwezigheid van een psycholoog en / of psychiater op regelmatige tijdstippen in een WZC kan zeker ook een meerwaarde zijn.  
Anderzijds zou een systematische screening van psychische gezondheidsproblemen bij de opname in WZC nuttig kunnen zijn.
6. In die zin wil de FAVO nogmaals de schaarste aan psychiaters en gerieters beklemtonen maar eveneens de onvoldoende aandacht voor de geestelijke gezondheidszorg in de opleiding van huisartsen en andere beroepsgroepen van de eerste lijn. Investeren in vaardigheden en competenties zijn nodig voor goede zorgkwaliteit.  
De FAVO vindt dat specifieke competenties verwerven, bijzondere beroepstitels behalen, opnieuw moet gehonoreerd worden. De werkbelasting in de ouderenzorg is bijzonder zwaar. Een bijkomende vergoeding kan wellicht helpen om het beroep aantrekkelijker te maken en zo het tekort aan geriatrische verpleegkundigen op te lossen.

7. De FAVO onderschrijft het intenser werken aan beeldvorming via infocampagnes in de maatschappij en bij zorgverleners in functie van bewustmaking van psychische en psychiatrische problemen algemeen en in het bijzonder bij ouderen.  
De tijd is er om, voor de grote en groter wordende groep van ouderen, een duidelijke beleidsvisie GGZ te hebben met een concreet actieplan (preventief en curatief) maar zeker ook de nodige financiële middelen hiervoor. Dit is een opdracht voor de diverse beleidsverantwoordelijken.
8. De FAVO wil eveneens de nadruk leggen op het “actief partnerschap met” ouderen met geestelijke gezondheidsproblemen en hun mantelzorgers bij het plannen van zorg en de behandeling zowel in eerste lijn als in de residentiële zorg.
9. De FAVO is echter ook van oordeel dat in de opleiding goede keuzes moeten gemaakt worden voor stage toewijzing in de beginfase van de opleiding. Een goede voorbereiding en goede begeleiding, zeker in de ouderenzorg, zijn daarom enorm belangrijk. De verlenging van de opleiding verpleegkunde moet aangegrepen worden om de interesse voor specialisatie in de ouderenzorg aan te moedigen en de competenties op vererlei vlak aan te scherpen.
10. De werkbelasting is bijzonder zwaar o.a. door complexer wordende bewonersprofielen/ multipathologie. De FAVO vindt het absoluut nodig dat de personeelsnorm herbekeken wordt.

**Goedgekeurd in de algemene vergadering van 11 oktober 2018.**

**Maddie Geerts**  
**De Voorzitter**

**Philippe Andrienne**  
**De Ondervoorzitter**