Alexianen

ZORGGROEP TIENEN

Ouderen

17 maart 2017

Dr. An Haekens

Alexianen Zorggroep Tienen

Age is not a disease.
purpleclover.com

Alexianen
ZORGGROEP TIENEN

Nood aan aparte richtlijnen?

- Gevolgen van veroudering die van invloed zijn op het ontstaan, de aard, de presentatie en de behandeling van psychiatrische stoornissen bij deze groep.

- Aspecten als lichamelijke comorbiditeit, levensfaseproblematiek (verlies), cognitieve stoornissen en functionele veranderingen (bv visus, gehoor) vragen om een specifieke aanpak waarvoor in stoornis specifieke richtlijnen vaak onvoldoende aandacht is.

- Doordat behandelaars onvoldoende kennis hebben van de doelgroep, lopen oudere patiënten het risico op een onjuiste/onvolledige diagnose, wat kan leiden tot onder- of overbehandeling.

- Niet leeftijd is criterium, wel ‘profiel’

Alexianen
ZORGGROEP TIENEN

Richtlijnen Ouderen?

- Depressie
- Angststoornissen
- Psychotische stoornissen
- Delier
- Verslaving
- Neurocognitieve stoornissen
- Persoonlijkheidsstoornissen
- ……

Veel richtlijnen zijn *consensus statements* of *practice policies*, omwille van het gebrek aan '*evidence*' vanuit RCT's en andere studies.

Wie regisseert wat?

- Belangrijke thematiek in ouderen(GGZ)zorg
  - Heeft de oudere de regie? Kan het beter?
  - Is de regisseur de regisseur?
    - ---) Beslissingsbekwaamheid
  - Grenzen van autonomie?
  - Wanneer overnemen? Wanneer ‘bemoeizorg’?
  - Wat is goede zorg?
  - Hersteldenken?

- Maatschappelijk debat over ouderen?
  - In termen van ‘problemen’ en ‘kosten’….
  - *Ageism*
  - Maatschappelijk debat over ‘regie’ is verengd tot discussie over zelfbeschikkingsrecht in levenseindezorg

Alexianen
ZORGGROEP TIENEN

Overzicht

- MDR angststoornissen: addendum ouderen
- Dementie & Herstel? Regie?

Alexianen
ZORGGROEP TIENEN

Guidelines for psychological practice with older adults

http://www.apa.org/pubs/journals/features/older-adults.pdf

Clinical work with older adults may involve a complex interplay of factors, including developmental issues specific to late life, cohort (generational) perspectives and beliefs (e.g., family obligations, perceptions of mental disorders), comorbid physical illnesses, the potential for and effects of polypharmacy, cognitive or sensory impairments, and history of medical or mental disorders. The potential interaction of these factors makes the field highly challenging and calls for psychologists to skillfully apply psychological knowledge and methods.

- *Competence in and attitudes towards working with older adults.*
- *General knowledge about adult development, aging and older adults*
- *Clinical issues*
- *Intervention, consultation and other service provision*
- *Professional issues and education*

1. Angststoornissen

Alexianen
ZORGGROEP TIENEN

Trimbos - instituut

Nederlands kenniscentrum ouderenpsychiatrie

MDR: enkel voor depressie en angststoornissen is er een addendum voor ouderen

In ontwikkeling: generieke module ouderenpsychiatrie

"Huidige richtlijnen (inclusief addenda) sluiten onvoldoende aan op problematiek en behandeling van ouderen met psychiatrische klachten"

In ontwikkeling: inzet ervaringsdeskundigen

ADDENDUM OUDEREN BIJ DE MDR ANGSTSTOORNISSEN – GGZ richtlijnen

Hoge prevalentie en toch worden angststoornissen bij ouderen niet makkelijk herkend

Waar kunnen we nog meer op inzetten? Detectie!

- Ouderen benoemen angst eerder in termen van lichamelijke ziekte
- Ouderen zijn meer terughoudend in het delen van hun problemen
- Angstklachten die al lang bestaan, worden door ouderen als deel van hun persoonlijkheid beschouwd
- Ouderen kunnen makkelijker bepaalde activiteiten vermijden. Bovendien onderhoudt een grote hulpvaardigheid van omgeving de angst/vermijding/maskering van angst.

Alexianen
ZORGGROEP TIENEN

ADDENDUM OUDEREN BIJ DE MDR ANGSTSTOORNISSEN

34 DE STANDAARD DE STANDAARD

opinie&analyse

JONG VERSUS OUD IS HET NIEUWE WIJ VERSUS ZIJ

We leven in een gerontofobe cultuur en ze willen liever niet geconfronteerd worden met ouderdom, of zich oud voelt, schrijft AN HAEKENS. Maar we kunnen leren van de kracht en veerkracht van senioren.

Wie is er bang van de oude man?

Ook het ouder worden moet na 'succesvol' verlopen, je moet het zelfs na je pensioen druk druk druk hebben

'Kinderen worden nu

- **“Ageism” in de GGZ**:

Angst en vermijdingsgedrag wordt door hulpverleners vaak als normaal of ‘reëel’ geïnterpreteerd en daarom als onbehandelbaar.

> *‘Op een soortgelijke wijze kunnen onze eigen angsten voor wat er met ons zou kunnen gebeuren als we oud worden ons ervan weerhouden om de voortdurende en invaliderende bezorgdheid van een ouder iemand over de mogelijkheid ernstig ziek of dement te worden te duiden als een symptoom van een angststoornis.’*

- Fenomenologische verschillen met jongvolwassenen

  Bang voor andere situaties of stimuli waarvoor diagnostische instrumenten niet zijn aangewezen

ADDENDUM OUDEREN BIJ DE MDR ANGSTSTOORNISSEN

- Is de prevalentie van angststoornissen bij ouderen anders dan bij jongere volwassenen?
  - 10% tav 12% bij jongere volwassenen
  - Vaker gegeneraliseerde angst
- Zijn er verschillen in de classificatie of fenomenologie (specifieke inhoud/kleuring) van angststoornissen bij ouderen t.o.v. jongere volwassenen?
  - Weinig degelijk onderzoek
  - Specifieke angsten: angst voor dement te worden aanzien, vergeetfobie, valangst
- In hoeverre verloopt het diagnostisch proces van angststoornissen bij ouderen anders dan bij volwassenen?
  - Taal aanpassen
  - Specifieke angsten navragen
  - Somatische klachten kunnen angststoornis verhullen

ADDENDUM OUDEREN BIJ DE MDR ANGSTSTOORNISSEN

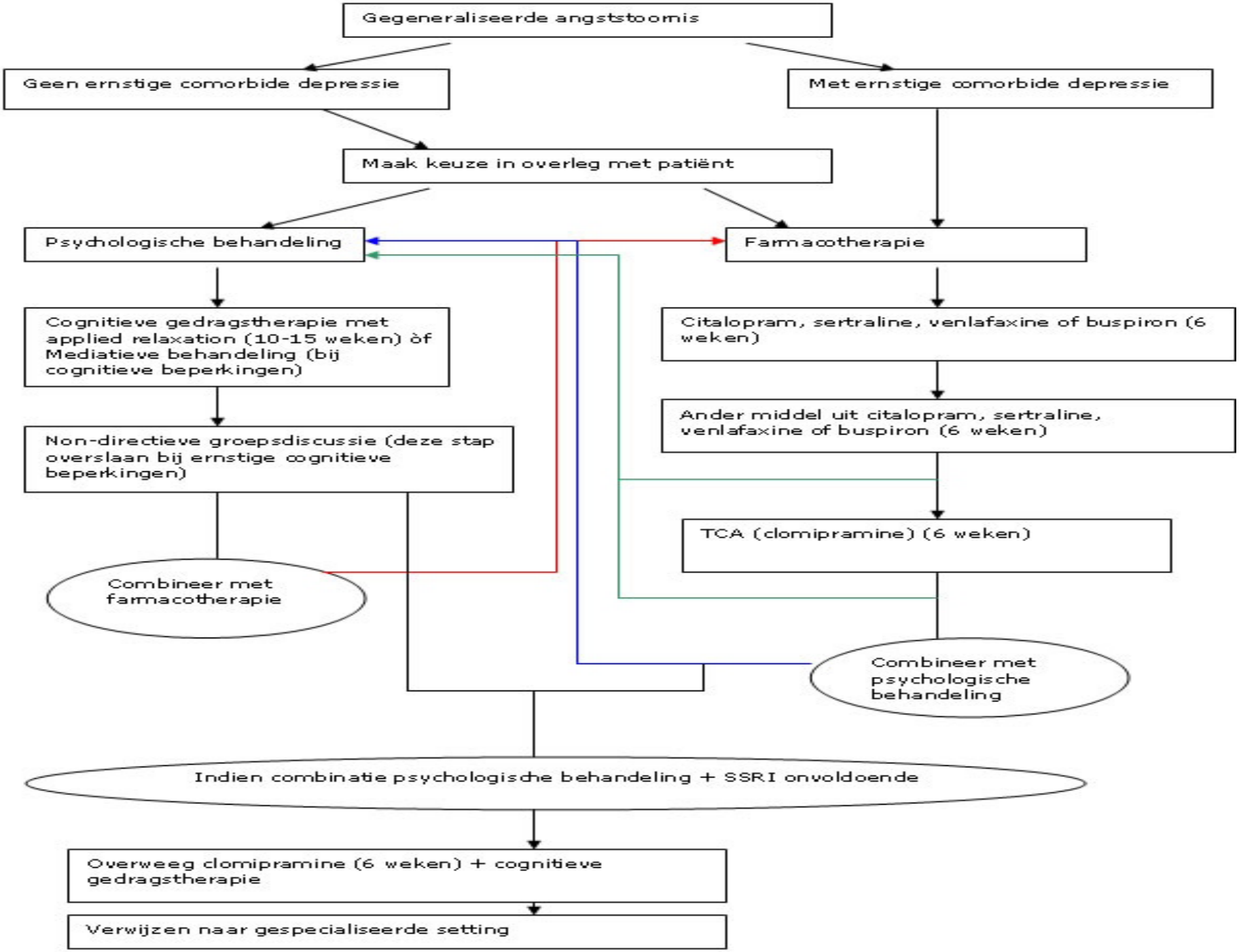
- Welke differentiaal diagnostische overwegingen moet men bij angststoornissen bij ouderen maken?
  - Uitsluiten van somatische aandoeningen en gevolgen van GM
  - DD depressie!! Angststoornis bij ouderen wordt vaak als (ondergeschikt) symptoom gezien van depressie
  - Aanzet van dementie? Indicatie cognitieve screening?

- Welke meetinstrumenten kunnen bij ouderen zinvol zijn?
  - Weinig instrumenten specifiek voor ouderen, vooral vaststellen van ernst. Geriatric Anxiety Inventory
  - NPI: angst bij dementie

ADDENDUM OUDEREN BIJ DE MDR ANGSTSTOORNISSEN

- Is de behandeling bij ouderen anders dan bij volwassenen?

1. Meer aandacht voor psycho-educatie en uitleg over de rationale van de behandeling.
2. Meer aandacht voor motivatie verhogende technieken.
3. Het gebruik van leer- en geheugen steuntjes.
4. Meer zittingen dan gebruikelijk bij bestaande CGT protocollen voor jongere volwassenen.
5. Wekelijks telefonisch contact met de therapeut tussen de zittingen waarin geïnformeerd wordt naar het huiswerk.
6. Indien nodig behandeling thuis of in de huisartspraktijk door een eerstelijnspsycholoog in plaats van in een gespecialiseerde GGZ-instelling.
7. Het gebruik van minder beladen termen; spanning ipv angst, cursus ipv psychotherapie.
8. Het inschakelen van de partner of andere belangrijke personen in de omgeving.
9. Het eventueel aanbieden van extra hulpmiddelen bij de exposure-oefeningen.


Gegeneraliseerde angststoornis
Geen ernstige comorbide depressie
Met ernstige comorbide depressie
Maak keuze in overleg met patiënt
Psychologische behandeling
Farmacotherapie
Cognitieve gedragstherapie met applied relaxation (10-15 weken) òf Mediatieve behandeling (bij cognitieve beperkingen)
Citalopram, sertraline, venlafaxine of buspiron (6 weken)
Ander middel uit citalopram, sertraline, venlafaxine of buspiron (6 weken)
Non-directieve groepsdiscussie (deze stap overslaan bij ernstige cognitieve beperkingen)
TCA (clomipramine) (6 weken)
Combineer met farmacotherapie
Combineer met psychologische behandeling
Indien combinatie psychologische behandeling + SSRI onvoldoende
Overweeg clomipramine (6 weken) + cognitieve gedragstherapie
Verwijzen naar gespecialiseerde setting

PTSS bij ouderen

In de klinische praktijk: oorlogs- of incestslachtoffers, die pas op latere leeftijd hieraan gerelateerde angstklachten lijken te ontwikkelen.

- Onderzoek bij oorlogsveteranen: in eerste instantie vrij goed functioneren, vaak later in hun leven PTSS-klachten.

- Verklaring?
  - In de vroegere volwassenheid kunnen herinneringen aan het trauma vermeden worden door afleiding in een druk gezinsleven en in werk.
  - Als dit wegvalt doen oude wonden van zich spreken.
  - Herinnering aan het trauma kan aangewakkerd worden door een ingrijpende gebeurtenis in het heden (bv overlijden van de partner).
  - Cognitieve veranderingen (bv minder goed kunnen focussen op relevante zaken en het minder goed kunnen verplaatsen van de aandacht) kunnen het trauma naar boven halen.

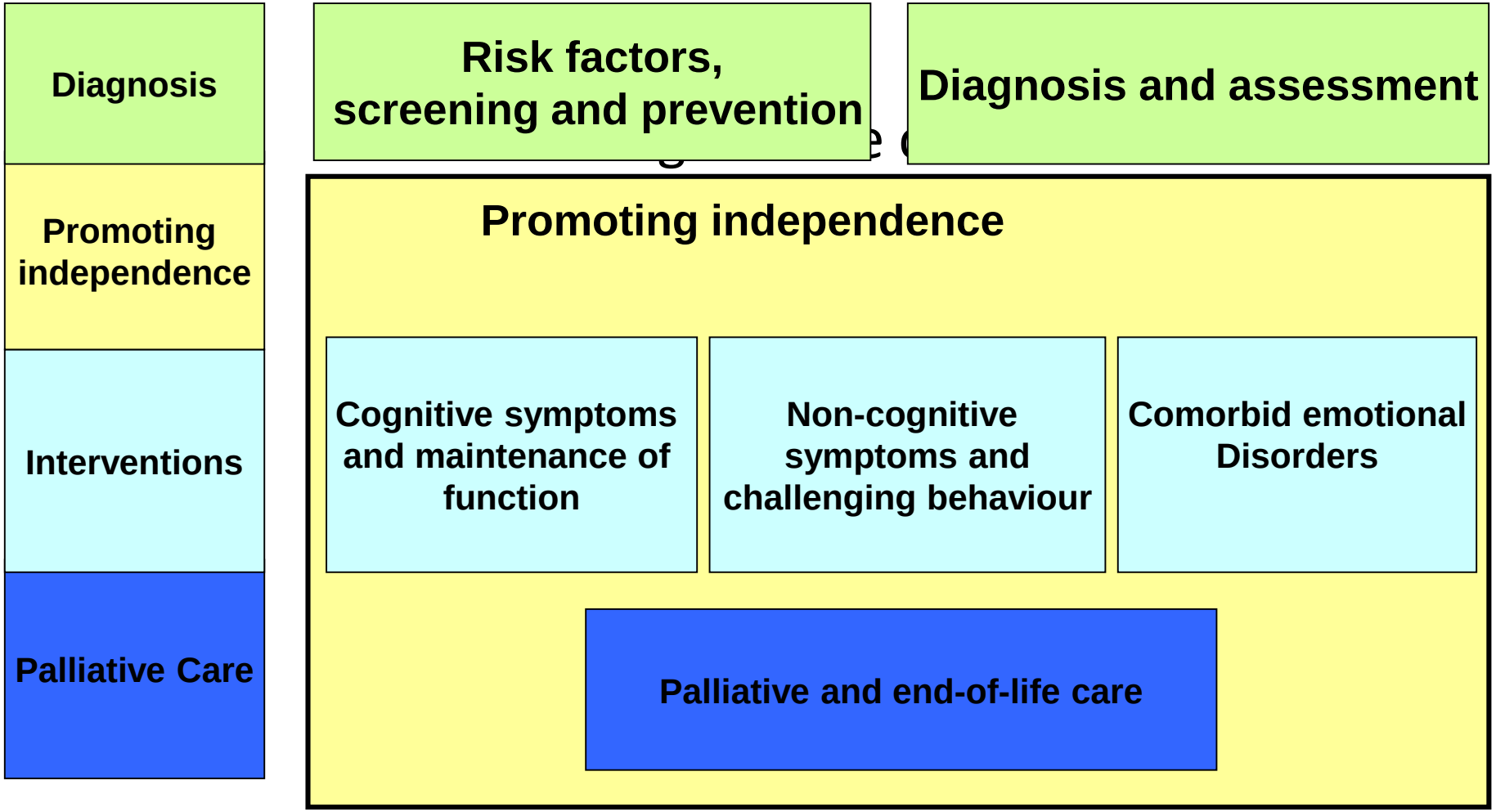
2. Neurocognitieve stoornissen

Wie regisseert wat?

Herstelondersteunende zorg?

NICE guideline: Supporting people with dementia and their carers in health and social care (last updated september 2016)

https://www.nice.org.uk/Guidance/CG42



Alexianen
ZORGGROEP TIENEN

Nl. Richtlijn diagnostiek en behandeling van dementie

- Psychosociale en overige non-farmacologische interventies
  - Adviseer een uit meerdere onderdelen samengestelde interventie ter verbetering van zowel het functioneren van de persoon met dementie als de mantelzorger. Deze interventie dient aan te sluiten op de individuele behoeften van zowel de persoon met dementie als de mantelzorger.
  - Casemanagement

Herstelvisie?

Herstel en dementie?

Jim Van Os

Bij mensen met dementie en schizofrenie wordt er te veel vanuit gegaan dat ze uiteindelijk niks meer kunnen en wegkwijnen.

‘Organisch bio-pessimisme’

‘Je wordt in een biologisch verklaringsmodel geduwd, waarin je vanaf het begin *disempowered* bent.’

Van Os vindt dementie vooral een psychische aandoening. ‘Toch is de zorg afgesplitst van de geestelijke gezondheidszorg.’

‘Psychologen en psychiaters zijn in verpleeghuizen geen structureel onderdeel van een afdeling of van een team’.

Personen met dementie?

Alexianen
ZORGGROEP TIENEN

- Maatschappelijk
  - Samenleving beschouwt mensen met dementie als ‘niet-mensen’, mensen van een andere wereld. Omgeving heeft negatieve beelden en verwachtingen…
    - “dementerenden” ipv personen met dementie
    - “mensonwaardig”

Alexianen
ZORGGROEP TIENEN

Personen met dementie?

Sociale benadering dementie (SBD)

Prof. Anne-Mei The

- Heersende beeld van dementie is de eindfase
- In de praktijk zijn de periode thuis en het psychologische en sociale domein onderbelicht. Daar zijn de zwarte vlekken, de onvervulde wensen, verlangens, behoeften.
- Te veel aandacht gaat naar zorg en medische domein.

Herstel en dementie

"vergeet dementie, onthou mens"

- Focus op verbeteren van leefwereld van een persoon met dementie, niet op de aandoening.
- Mens is meer dan zijn ziekte…

- **Herstel**: opnieuw kwaliteit van leven hervinden, (voortdurende) **adaptatie.**

  "je kan invloed hebben, binnen het gegeven van de tragiek van dementie en de impact op je bestaan"

- ***"weer hoopvol en met goesting bezig zijn in het leven en er terug uwen draai in vinden…" (DENK)***

- Personen met dementie hebben recht op participatie.

Alexianen

Vraagstukken in verschillende domeinen

- Medisch domein → er verandert fysiek iets in mij, ik heb medische zorg nodig (breindefect)
- Psychologisch domein → hoe ga ik daarmee om (coping, adaptatie)
- Sociaal domein → hoe vormt dit mijn relaties (sociale context, samenleving)

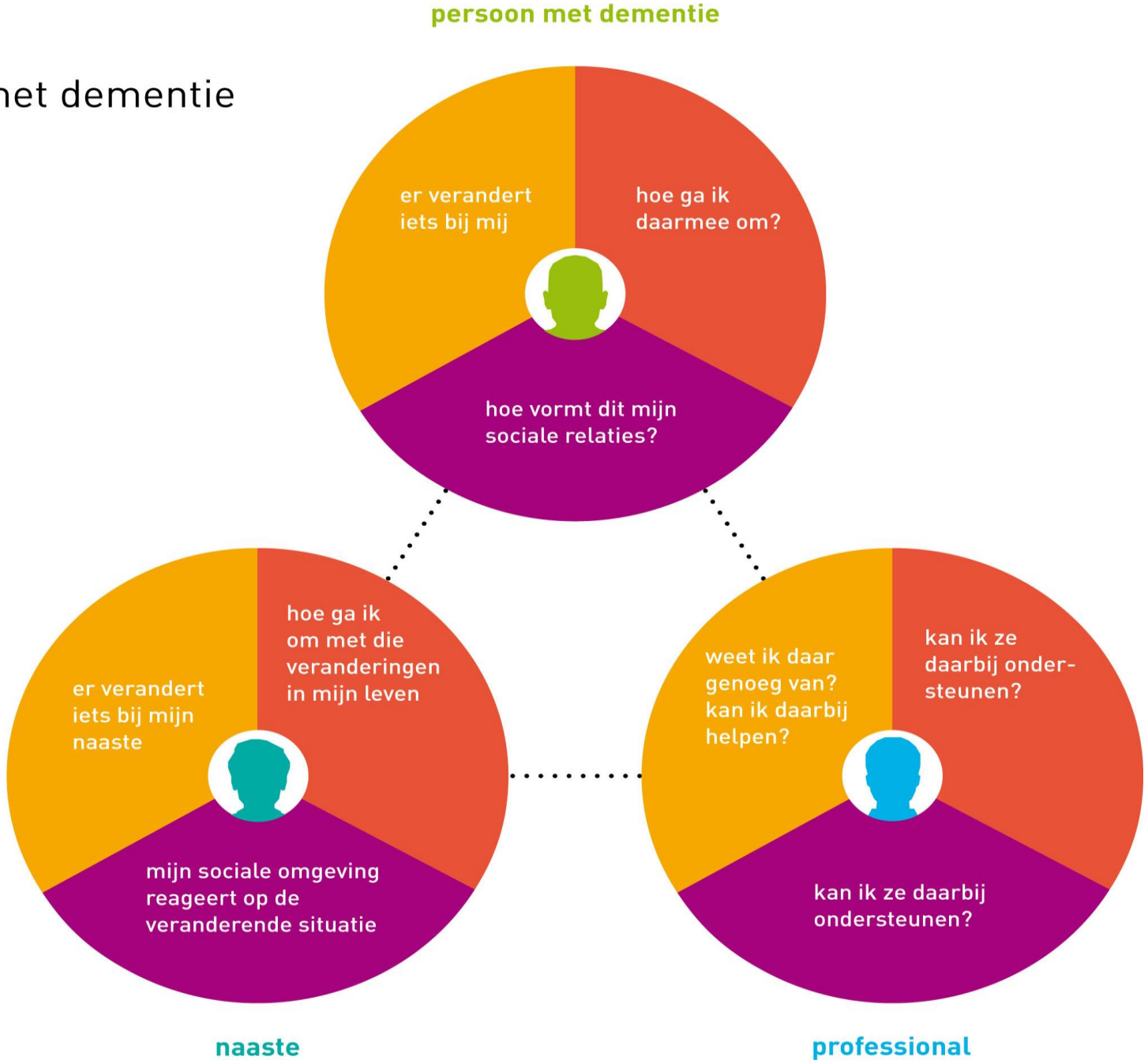
persoon met dementie

- → er verandert fysiek iets bij mijn naaste, hij/zij heeft medische zorg nodig (breindefect)
- → hoe ga ik daarmee om (coping, adaptatie)
- → hoe vormt dit mijn relatie met mijn naaste en de omgeving (sociale context, samenleving)

naaste

Dagelijks leven met dementie

- Medisch domein
- Psychologisch domein
- Sociaal domein



Alexianen
ZORGGROEP TIENEN

SBD: psychologische ondersteuning

- Vraag: Hoe ga ik om met de (voortdurende) veranderingen?
- Houding/visie: laat ik de ziekte overheersen of probeer ik mijn veranderende leven op te pakken op een manier die bij mij past?
- Deze benadering sluit aan bij de **herstelbenadering**

Vier fasen in herstelproces

- Overweldigd zijn door de aandoening
  - Overleven
  - Hopeloosheid, machteloosheid
- Worstelen met de aandoening
  - Hoe kan ik leven met deze aandoening?
- Leven met de aandoening
  - Vertrouwen neemt toe, angst wordt minder
  - Sterke kanten worden ingezet om met moeilijkheden om te gaan
- Leven voorbij de aandoening
  - Men is niet de aandoening
  - ‘ik doe er weer toe’

Persoonlijk Herstel

Ontdekken en koesteren van de eigen kracht

- Bereidheid om regie te nemen over eigen leven: persoonlijke verantwoordelijkheid

- Mogelijks gevaar: Te grote nadruk op individuele autonomie, verantwoordelijkheid, zelfregie?
- Zijn er grenzen aan het "regisseurschap"? Is de regisseur de regisseur?
    - Afnemend of afwezig ziektebesef
    - Beslissingsbekwaamheid?
        - Belang van 'specifieke bekwaamheid'
        - Vroegtijdige zorgplanning

- Toenemende afhankelijkheid van anderen
    - Negatieve perceptie
    - Zou het niet sterker zijn om waarde van een zorgrelatie te valideren?

SBD: ondersteuning vanuit het sociale domein

- Vraag: Hoe ga ik om met de door de ziekte veranderende relaties nabij en verderaf?
- Met het stigma en sociale exclusie rond dementie: niet meer voor vol worden aangezien, er niet meer bij horen?
- Hoe betrek ik mijn omgeving?

Hersteldenken: sociaal netwerk

Personen die belangrijk zijn en steun geven

- Wat betekent deze steun voor jou?
- Wat beteken jij voor deze persoon?
  - Mate van wederkerigheid in relaties!

Sociale benadering dementie

Visie: individualiteitsdenken voldoet niet.

Het gaat ook om omgeving, deze is onlosmakelijk verbonden.

- Zowel naasten als de samenleving kunnen het leven van mensen met dementie negatief en positief beïnvloeden.
- De omgeving heeft ook ondersteuning nodig, met name de primaire mantelzorger.
- Netwerk en relaties moeten worden geactiveerd. Ondersteuning kan worden geboden door in de sociale context veranderingen aan te brengen

Wat met maatschappelijke verantwoordelijkheid?

- Is het niet aan de samenleving om de afbrokkelende identiteit van de persoon met dementie te versterken en te behouden?

Alexianen
ZORGGROEP TIENEN

- Dementieverhalenbank –

  Herstelbenadering: de waarde van ervaringsverhalen

- Trimbos: 4 gesprekken met psycholoog
- “Vergeet dementie, onthou mens”: foto’s, verhalen….
- Dementievriendelijke gemeente
- Proeftuin zorgcirkels jongdementie
- Dementie-transitie plan vlaamse overheid (Competentiedenken, Volwaardige burgers, Eigen zorgregie, Buddywerking….)

- **Presentiebenadering**

- **Inzet van ervaringsdeskundigen**

Besluit: dementie & herstel

Herstelbenadering:

→ veel basisprincipes zijn toepasbaar

→ aandacht voor personen met beginnende dementie: persoon is meer dan de ziekte

→ Zo veel mogelijk autonomie bij de patiënt - VZP

→ Grenzen aan zelfregie

→ Zo veel mogelijk blijven zoeken naar en werken met krachten

→ Presentie als grondhouding

→ Zo veel mogelijk samenwerken met het natuurlijke en professionele netwerk

→ Heraansluiting met het zelf?

→ Burgerschap? Ja, graag, maar vraagt vooral inspanningen van de 'ander'. Belang van maatschappelijke visie en inspanningen…

→ Inzet van ervaringsdeskundigen?