
Voorwoord

In het kader van onze opleiding Maatschappelijk Werk & Dienstverlening, hebben wij ons laatste studiejaar onder andere gewijd aan de uitvoering van een afstudeerproject. Een afstudeerproject houdt de uitvoering van een onderzoek in, in opdracht van een instelling/organisatie uit het werkveld van de maatschappelijk werker. Ons afstudeerproject heeft betrekking op een beroepsvraagstuk dat wij door middel van praktijkonderzoek hebben geanalyseerd, resulterend in een aantal aanbevelingen. Dit verslag verhaalt over deze opdracht.

Graag danken wij de geënquêteerde medewerkers van de deelnemende instellingen aan het onderzoek, die bereid waren hun inzichten en ervaringen met ons te delen. Voorts danken wij onze projectbegeleider Henk van den Heuvel, docent Haagse Hogeschool, voor zijn begeleiding bij de totstandkoming en uitvoering van ons onderzoek. Als laatste danken wij de opdrachtgever van ons onderzoek, in het bijzonder Kees Lafeber en Yvonne Stumpf, voor hun inzet en kritische noten.

Ellen van Leeuwen

Patricia van de Sande

Den Haag, juni 2004

INHOUDSOPGAVE

1. Inleiding	4
2. De opdrachtgever	5
2.1 Parnassia in het algemeen	5
2.2 GGZ voor Ouderen	6
2.3 TCO West	6
3. Het ontstaan van de opdracht	8
3.1 De signalen	8
3.2 De vraagstelling	9
3.3 Algemeen maatschappelijk werk Segbroek/Loosduinen	10
4. Theorie ouderenpsychiatrie	12
4.1 Inleiding	12
4.1.1 Ouder worden	13
4.1.2 Kwetsbaar worden	13
4.1.3 Aanpassingsstoornis tijdens en na ziekenhuisopname	13
4.1.4. Factoren die psychische ontregeling bij ouderen bevorderen	13
4.2 Depressie	14
4.2.1 Depressie en eenzaamheid	15
4.2.2 Depressie en afhankelijkheid	15
4.2.3 Ziekte en medicijnen	15
4.2.4 Sociale omstandigheden en karakter	15
4.2.5 Verschijnselen die bij een depressie voor kunnen komen	15
4.2.6 Casus Bea	16
4.3 Angststoornissen	16
4.3.1 Paniekaanvallen	16
4.3.2 Fobische verschijnselen	17
4.3.3 Compulsieve verschijnselen	17
4.3.4 Casus Riek	17
4.3.5 Co-morbiditeit	17
4.3.6 Posttraumatische stressstoornis	18
4.3.7 Rouw	18
4.4 Dementie	19
4.4.1 Oorzaken van dementie	20
4.4.2 Vormen van dementie	20
4.4.3 Casus Kees	23
5. De uitvoering van het onderzoek	24
5.1 De doelgroep	24
5.2 Soort onderzoek	24
5.3 Enquêteering TCO West	24
5.4 Enquêteering AMW Segbroek/Loosduinen	25

6. Resultaten van het onderzoek	27
6.1 Resultaten TCO West	27
6.1.1 Kennis over het AMW Segbroek/Loosduinen	27
6.1.2 Contacten met het AMW Segbroek/Loosduinen	27
6.1.3 Doorverwijzen	28
6.1.4 Ervaringen met het AMW Segbroek/Loosduinen	28
6.1.5 Samenwerking tussen het AMW Segbroek/Loosduinen en TCO West	28
6.1.6 Situaties voor doorverwijzing naar het AMW Segbroek/Loosduinen	29
6.1.7 De zienswijze van het AMW Segbroek/Loosduinen op de samenwerking volgens TCO West	30
6.1.8 Opmerkingen	30
6.2 Resultaten AMW Segbroek/Loosduinen	30
6.2.1 Caseload	30
6.2.2 Problematiek bij ouderen	30
6.2.3 Signalering	31
6.2.4 Doorverwijzen	32
6.2.5 Begeleiding van cliënten met psychische problematiek	33
6.2.6 Ervaringen en contacten met TCO West	33
6.2.7 Bereikbaarheid TCO West	34
6.2.8 Behandelaanbod TCO West	34
6.2.9 Samenwerking met TCO West	34
6.2.10 Behoeften AMW Segbroek/Loosduinen	34
6.2.11 Probleemgebieden voor doorverwijzing	35
6.2.12 Opmerkingen	35
7. Conclusie	36
7.1 Gesignaleerde knelpunten bij TCO West	36
7.1.1 Onduidelijkheid hulpverleningsaanbod	36
7.1.2 Verschil AMW Segbroek/Loosduinen en het maatschappelijk werk gebonden aan TCO West	36
7.2 Gesignaleerde knelpunten bij het AMW Segbroek/Loosduinen	36
7.2.1 Begeleiding van cliënten met psychische/psychiatrische problematiek	36
7.2.2 Kennis over het behandelaanbod	36
7.2.3 Bereikbaarheid TCO West	37
8. Aanbevelingen	38
9. Afsluiting	40
Literatuur en bronnen	41
Bijlagen	42
Bijlage 1: Enquête bestemd voor TCO West	42
Bijlage 2: Enquête bestemd voor AMW Segbroek/Loosduinen	46

1. Inleiding

In de regio Haaglanden is er een groot scala aan hulpverleningsorganisaties. Het aanbod van deze instellingen overlapt elkaar op sommige gebieden. Daarnaast kan er sprake zijn van een grijs gebied tussen de instellingen onderling.

Door deze diversiteit aan hulpverleningsorganisaties is het onzes inziens van belang dat de verschillende organisaties onderling contact onderhouden. Op deze manier blijft men op de hoogte van het aanbod van andere organisaties. Profilering speelt hierbij een belangrijke rol. Daarnaast kan het van belang zijn dat het hulpverleningsaanbod op elkaar afgestemd wordt en dat er zo nodig wordt samengewerkt.

Profilering, afstemming van het hulpverleningsaanbod en samenwerking komen ten goede aan de cliënten die een beroep doen op de hulpverlening in het algemeen. Zo kan doorverwijzing bijvoorbeeld sneller en zorgvuldiger plaatsvinden. Cliënten komen eerder op de juiste plek terecht.

Parnassia, een instelling voor geestelijke gezondheidszorg (GGZ) in de regio Haaglanden, is één van deze hulpverleningsorganisaties in Den Haag en tevens de grootste organisatie in deze regio. De grootte van Parnassia kan met zich meebrengen dat voor andere organisaties bijvoorbeeld het hulpverleningsaanbod onoverzichtelijk is. Goede profilering kan dit voorkomen.

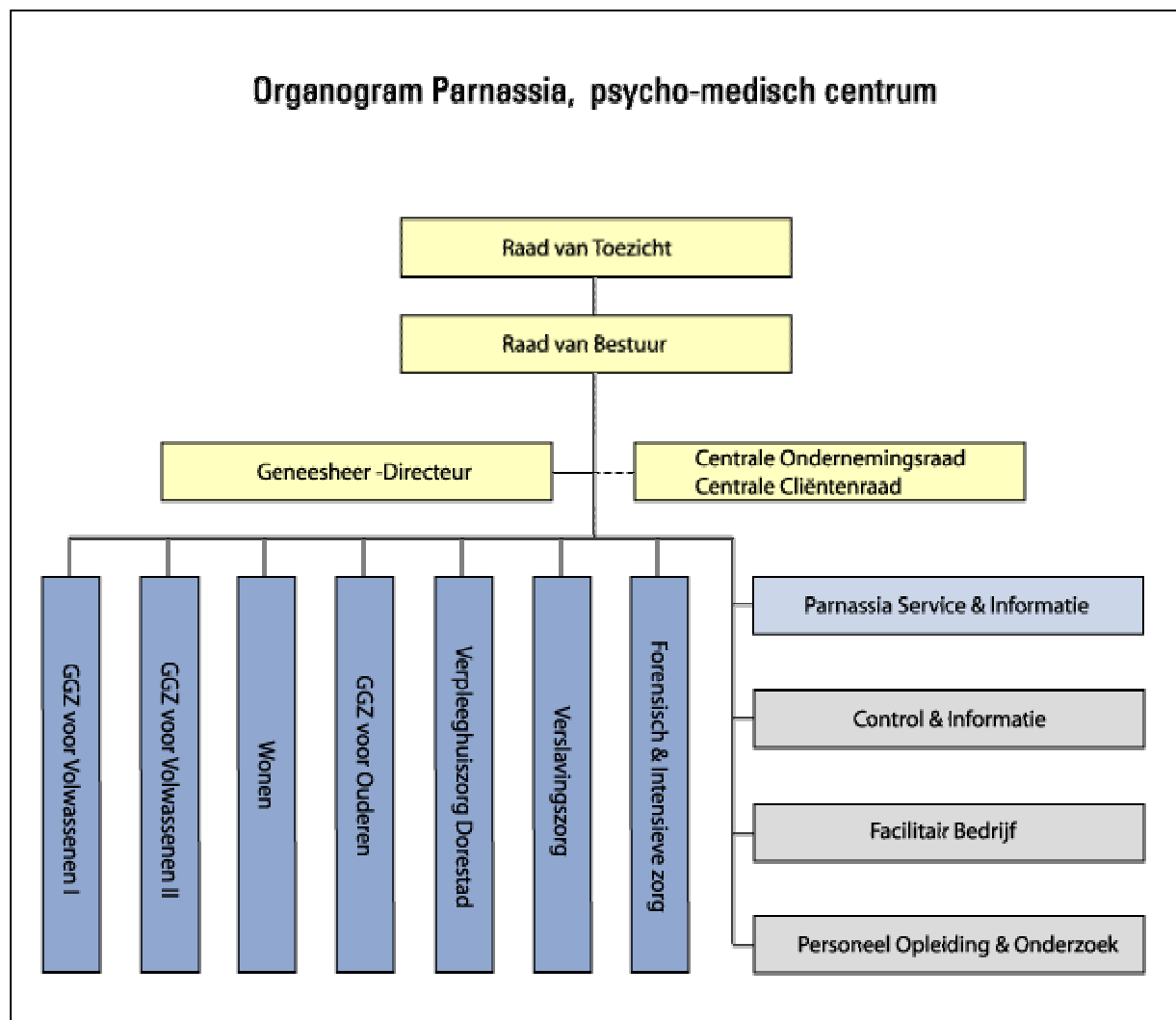
Het werk dat voor u ligt probeert een steentje bij te dragen aan de ontwikkeling van de samenwerking tussen verschillende hulpverleningsorganisaties. In opdracht van Transmurale Centra voor Ouderenpsychiatrie (TCO) West (onderdeel van de GGZ voor Ouderen Parnassia) hebben wij in dit kader een onderzoek uitgevoerd.

Het verslag is als volgt opgebouwd. Hoofdstuk 2 geeft inzicht in de organisatorische opzet van Parnassia. In hoofdstuk 3 beschrijven wij hoe de opdracht tot stand is gekomen. In hoofdstuk 4 is een stuk theorie verwerkt. Hier worden de meest voorkomende psychische problemen en psychiatrische ziektebeelden bij ouderen beschreven. Op de uitvoering van het onderzoek wordt ingegaan in hoofdstuk 5. Hoofdstuk 6 beslaat de uitwerking van de resultaten van het onderzoek, waarna in hoofdstuk 7 naar aanleiding van deze resultaten de conclusie wordt getrokken. Tevens bevat dit hoofdstuk een aantal aanbevelingen naar de opdrachtgever toe. We sluiten het verslag af met de verantwoording van het gehele onderzoek.

2. De opdrachtgever

2.1 Parnassia in het algemeen

Parnassia is in 1999 ontstaan uit een fusie van acht ggz-instellingen. Parnassia begeleidt, behandelt en verpleegt mensen met psychiatrische en psychische problemen in de regio Den Haag. In het hier onderstaande organogram wordt de structuur van deze organisatie weergegeven.



Figuur 1

Parnassia bestaat uit zeven doelgroepgerichte zorgcircuits. Dit zijn de paars gekleurde staven. Een zorgcircuit is een verzameling afdelingen voor mensen met dezelfde soort problematiek. Circuit Haagrand behoort eveneens tot Parnassia. Deze staat echter niet

vermeld in het organogram. Dit circuit opereert in de naastgelegen gemeenten van Den Haag, zoals Zoetermeer en Voorburg en is niet gebonden aan één specifieke doelgroep.

2.2 GGZ voor Ouderen

Eén van de circuits van Parnassia is de GGZ voor Ouderen. Dit circuit behandelt en begeleidt patiënten van 65 jaar en ouder met psychische of psychiatrische problemen (inclusief geheugenstoornissen).

De patiënten ontvangen een doorlopend zorgaanbod vanuit vier Transmurale Centra Ouderenpsychiatrie (TCO)¹, het Klinisch Centrum Ouderenpsychiatrie en het Wooncentrum Ouderenpsychiatrie. Om dit samenhangend te kunnen leveren wordt er nauw samengewerkt met huisartsen, Verzorgings- en Verpleeghuizen en thuiszorg. Ook ondersteunt de GGZ voor Ouderen medewerkers uit gezondheidszorginstellingen door middel van voorlichting, consultatie en scholing. Het gaat hierbij om herkennen van psychiatrisch gedrag en omgaan met probleemgedrag.

In het Klinisch Centrum Ouderenpsychiatrie zijn de geheugenpoli, opname en crisisinterventie, ECT- behandeling en de intensieve vervolgbehandeling gehuisvest, evenals de opleiding voor klinisch geriater.

In de TCO's is een breed scala aan zorgprogramma's² ondergebracht.

Op verschillende locaties kunnen patiënten terecht voor een ambulante behandeling³, deeltijdbehandeling⁴, klinische opname⁵ en intensieve vervolgbehandeling.

GGZ voor Ouderen werkt, onder andere in projecten, intensief samen met Verpleeghuiszorg Dorestad.

2.3 TCO West

De GGZ voor Ouderen streeft ernaar om zorg zo dicht mogelijk bij de eigen woonplek aan te bieden. Hiertoe zijn Den Haag en randgemeenten opgedeeld in verschillende regio's van waaruit de TCO's hun zorg bieden. Dit zijn in Den Haag TCO Noord, TCO West en TCO Zuid en in de randgemeenten TCO Haagrand.

Wij hebben in opdracht van TCO West een onderzoek uitgevoerd.

De behandeling binnen TCO West is bedoeld voor cliënten met psychische problemen van uiteenlopende aard, zoals ernstige somberheid, angst- of spanningsklachten, een onverwerkt rouwproces, contact- of relatieproblemen, geheugenklachten. De zorg kan bestaan uit:

1. ambulante begeleiding en behandeling, waarbij mensen zonodig thuis bezocht worden
2. het volgen van een intensief behandelprogramma binnen de deeltijdbehandeling
3. consultatie aan medewerkers van andere dienstverlenende instellingen
4. het organiseren en uitvoeren van klinische lessen voor medewerkers van verzorgings- en verpleeghuizen en thuiszorg.

De behandeling is gericht op resocialisatie (het optimaliseren van de eigen zelfstandigheid), het in stand houden van de gezondheid en het zoveel mogelijk terugbrengen of wegnemen van klachten.

Het behandelteam is multidisciplinair. De volgende disciplines maken hier deel van uit:

- verpleegkundigen
- sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (SPV)
- ambulante verpleegkundigen
- PAZT-verpleegkundigen (psychiatrische aanvullende zorg thuis)
- artsen
- psycholoog
- psychotherapeut
- maatschappelijk werker
- activiteitenbegeleider

Behandeling en begeleiding kunnen individueel of in een groep plaatsvinden. Vaak is er sprake van een combinatie, waarbij de cliënt individuele gesprekken heeft en tevens deelneemt aan één of meer groepen. Soms worden de partner, kinderen of een goede kennis bij de behandeling betrokken.

In principe is de huisarts degene die de cliënt doorverwijst naar Parnassia. Dit kan echter ook een specialist in het ziekenhuis of een psychiater zijn.

Noten

¹ Transmuraal betekent letterlijk "door de muren heen". Dat wil zeggen dat steeds dezelfde hulpverleners de zorg aanbieden daar waar de patiënt verblijft; thuis, in deeltijdbehandeling of opgenomen in de kliniek.

² Een zorgprogramma bestaat uit een aantal activiteiten ten behoeve van de behandeling van een bepaalde groep patiënten. De patiënt maakt samen met de hulpverlener een keuze uit het beschikbare aanbod. Die keuze wordt vastgelegd in een behandelplan.

³ Ambulant wil zeggen dat de patiënt, die niet is opgenomen, met de hulpverlener afspraken maakt over de tijdstippen waarop zij elkaar spreken. Binnen de GGZ voor Ouderen spreken hulpverlener en patiënt elkaar over het algemeen bij de patiënt thuis. Afhankelijk van de problemen zien zij elkaar meer of minder regelmatig.

⁴ Bij een behandeling in deeltijd doet de patiënt een of meerdere dagdelen in de week mee aan diverse vormen van individuele- en groepsbehandeling binnen één van de TCO's.

⁵ Klinische opname betekent dat een patiënt 24 uur per dag opgenomen is op een afdeling en daar begeleiding en behandeling aangeboden krijgt.

3. Het ontstaan van de opdracht

De vraagstelling van ons onderzoek is niet zonder meer ontstaan. Hier zijn verschillende stappen aan vooraf gegaan. In dit hoofdstuk geven wij inzicht in het ontstaan van de opdracht en de daarbij behorende vraagstelling.

3.1 De signalen

Tijdens onze stage gedurende het derde schooljaar, waarvan één van ons werkzaam was bij het algemeen maatschappelijk werk (AMW) Escamp en de ander binnen de GGZ voor Ouderen van Parnassia (waaronder TCO West), hebben wij verschillende zaken gesignaleerd betreffende de samenwerking tussen het algemeen maatschappelijk werk in Den Haag en Parnassia.

Vanuit het AMW Escamp waren dit onder andere de volgende signalen:

- Er is geen duidelijk beeld over Parnassia en de mogelijkheden van Parnassia.
- Problemen met doorverwijzen, o.a. onduidelijkheid over waarheen door te verwijzen.
- Vanuit het algemeen maatschappelijk werk cliënten te snel doorsturen naar Parnassia, bijv. al bij telefonische aanmelding.
- Grote verschillen tussen de AMW-bureaus wat betreft (structurele) contacten met Parnassia. Waar deze contacten wel zijn, lijkt het beter te gaan.
- Groot verschil in psychiatrische kennis onder de AMW-bureaus, maar ook onder de maatschappelijk werkers zelf.
- Psychiatrische ziektebeelden worden niet herkend, waardoor doorverwijzing naar Parnassia (te) lang op zich laat wachten.

Vanuit Parnassia, GGZ voor Ouderen:

- Relatief weinig samenwerking met het algemeen maatschappelijk werk.
- Onbekendheid met de verschillende instellingen, waaronder het algemeen maatschappelijk werk.
- Sterk afgebakende gebieden tussen de verschillende hulpverleningsinstanties.
- Groot grijs gebied tussen de hulpverleningsinstanties, er is sprake van overlap in het hulpverleningsaanbod.

Naar aanleiding van deze signalen zijn wij tot de conclusie gekomen dat het de moeite waard is onderzoek te doen naar de samenwerking tussen Parnassia en andere hulpverleningsinstanties. Doel hiervan is een betere samenhang te verkrijgen tussen de verschillende vormen van zorg bestemd voor de doelgroep ouderen.

Bij het formuleren van de vraagstelling hebben wij, naast bovenstaande signalen, ook de relevantie voor het beter afstemmen van deze zorg in ogenschouw genomen. De relevantie hiervan hebben wij bekeken op verschillende gebieden. Hieronder zullen wij dit kort opsommen.

- Relevantie voor de doelgroep
Cliënten komen nu wellicht niet bij de juiste instelling terecht, waardoor zij een

passende behandeling mislopen. De hulpverlening zou verder geoptimaliseerd kunnen worden, wanneer cliënten juist terechtkomen.

- Relevantie voor het werkveld
Wij zijn van mening dat door samenwerking een transfer van kennis plaatsvindt, waardoor de maatschappelijk werker zijn kennis kan verbreden. Ook ontstaat hierdoor meer en beter inzicht in de mogelijkheden van andere hulpverleningsinstanties.
- Maatschappelijke relevantie
Cliënten komen door een betere samenwerking eerder bij de juiste instellingen terecht, waardoor mogelijk wachtlijsten verkort worden. Hierdoor worden wellicht verdere maatschappelijke problemen voorkomen.

3.2 De vraagstelling

Bovenstaande signalen hebben de basis gevormd voor ons afstudeerproject. Samen met TCO West, onze opdrachtgever, hebben wij gekeken hoe wij deze signalen in een relevant onderzoek konden gieten. Na uitvoerig overleg met de opdrachtgever hebben wij ervoor gekozen om het onderzoek te richten op de samenwerking tussen TCO West en het AMW Segbroek/Loosduinen. Wij hebben voor dit AMW-bureau gekozen, omdat dit grotendeels het verzorgingsgebied van TCO West overlapt.

In de vorige paragraaf hebben wij de relevantie voor het verbeteren van de samenwerking tussen hulpverleningsinstanties al aangehaald. TCO West heeft echter ook andere voordelen bij een verbetering van de samenwerking met het AMW Segbroek/Loosduinen. Hieronder zullen wij hier kort op ingaan.

Het AMW Segbroek/Loosduinen is een laagdrempelige, eerstelijns instelling. Oudere cliënten zullen eerder het algemeen maatschappelijk werk bereiken dan de GGZ, wat een tweedelijns instelling is. Het AMW Segbroek/Loosduinen heeft dan ook een belangrijke taak wat betreft de signalering van psychische en geheugenproblematiek bij ouderen. Uit onderzoeken⁶ is gebleken dat veel ouderen kampen met depressieve klachten of een depressie. Door in een vroeg stadium een behandeling te starten, kan erger voorkomen worden. Wat betreft geheugenproblematiek komen er steeds meer mogelijkheden om in een vroeg stadium maatregelen te nemen, bijv. het nemen van medicatie (o.a. Exelon), waardoor het proces wellicht minder snel verloopt.

Door een betere samenwerking met het AMW Segbroek/Loosduinen volgen wellicht meer en snellere doorverwijzingen naar TCO West waardoor cliënten eerder bereikt worden. Dit betekent dat TCO West in een vroeger stadium een behandeling kan starten, wat erger kan voorkomen.

De signalen en de voordelen van een verbeterde samenwerking hebben ons tot de volgende vraagstelling gebracht:

Hoe kan de samenwerking tussen Parnassia, GGZ voor Ouderen TCO West en het AMW Segbroek/Loosduinen verbeterd worden?

3.3 Algemeen maatschappelijk werk Segbroek/Loosduinen

In Den Haag zijn zeven algemeen maatschappelijk werk (AMW) teams werkzaam. Elk team maakt deel uit van de decentrale welzijnsorganisatie voor het betreffende stadsdeel. Een van deze teams is het AMW Segbroek/Loosduinen.

Bij het AMW werken beroepskrachten die zijn opgeleid om mensen met problemen op weg te helpen. Ze bemiddelen als het nodig is of verwijzen naar andere instanties. Samen met de cliënt wordt gezocht naar een oplossingsrichting, die voldoende houvast biedt om weer zelfstandig verder te kunnen.

Kort gezegd biedt het AMW Segbroek/Loosduinen laagdrempelige hulpverlening aan ieder die hulp nodig heeft binnen het stadsdeel Segbroek/Loosduinen. Dit houdt zowel psychosociale hulpverlening als praktische hulpverlening in.

Binnen het AMW Segbroek/Loosduinen zijn de verschillende aandachtsgebieden verdeeld over de maatschappelijk werkers die daar werkzaam zijn. Eén van die aandachtsgebieden is de doelgroep ouderen. Dit is een apart aandachtsgebied, omdat bij ouderen specifieke problemen kunnen spelen, de zogenoemde derde levensfaseproblematiek. Derde faseproblematiek staat voor problemen die mensen (kunnen) ondervinden in de laatste fase van hun leven. Deze problemen kunnen samenhangen met lichamelijke en/of geestelijke achteruitgang, het verlies van de partner en/of andere dierbaren, het verlies van autonomie enz. In het volgende hoofdstuk, hoofdstuk 4, zullen wij uitgebreid ingaan op de meest voorkomende psychische en psychiatrische problemen bij ouderen.

Over de doelgroep ouderen zegt het AMW Segbroek/Loosduinen in hun folder het volgende:



" Bij het ouder worden vinden er ingrijpende veranderingen in het leven plaats. Met het klimmen der jaren verandert meestal de gezondheidstoestand. Stoppen met werken heeft grote gevolgen voor het levensritme. Ook de financiële situatie kan veranderen. Bekenden kunnen wegvallen door overlijden of het wordt onmogelijk nog bij elkaar te komen. Dit alles vergt aanpassing aan de nieuwe

levensomstandigheden. Soms biedt dit nieuwe uitdagingen en mogelijkheden, aan de andere kant kan dit ook zwaar vallen.

Wij kunnen een luisterend oor bieden, helpen bij het verwerken (ook opnieuw of alsnog verwerken van gebeurtenissen uit het verleden), helpen bij het zoeken naar een nieuwe levensindeling en levensinhoud, en helpen bij het zoeken naar oplossingen voor praktische problemen. Daarbij kan ook horen de weg wijzen naar andere instanties. Bij dit alles werken wij, waar het zinvol is, samen met het ouderenwerk.

Ook kinderen of anderen die zich zorgen maken over hun bejaarde ouder(s) kunnen bij ons terecht om te praten over hun zorgen en de mogelijke oplossingen.

Een heel specifieke zaak is het, als ouderen verward en vergeetachtig worden. Partners, kinderen en burens weten vaak niet hoe dementie te herkennen en hoe erop te reageren. Behandeling van demente ouderen is geen taak van het algemeen maatschappelijk werk. Wel kunnen wij partner en kinderen helpen bij het maken van keuzen en bij het verwerken van de onmacht."

Noten

⁶ Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA), Erasmus Rotterdam Gezondheid en Ouderenstudie (ERGO), Amstel-studie & Beekman, A.F.T. e.a. 2002.

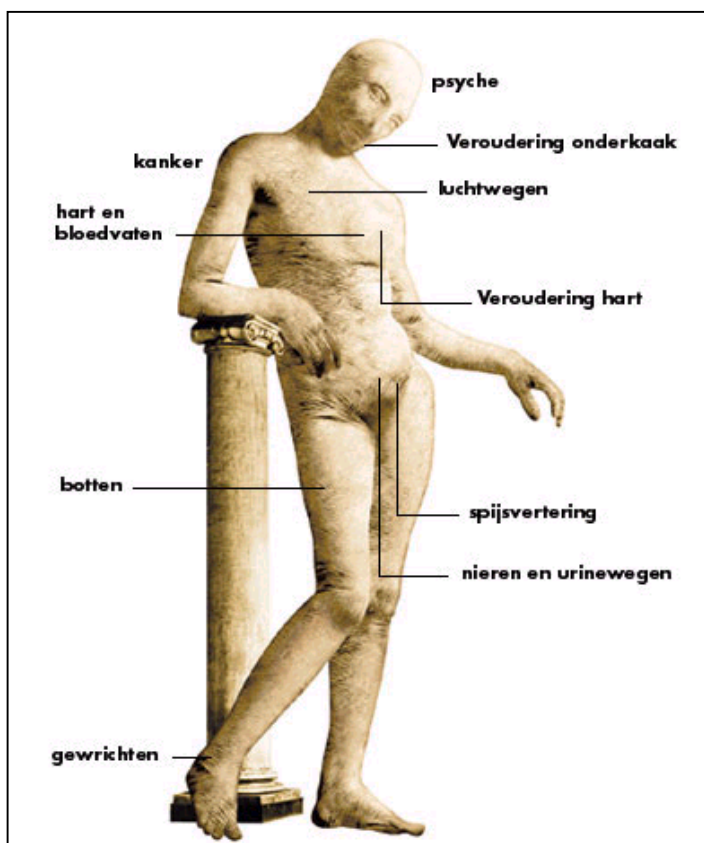
4. Theorie ouderenpsychiatrie

Tot op heden ontbreekt landelijk onderzoek naar psychische en psychiatrische stoornissen bij ouderen. De informatie die beschikbaar is, richt zich slechts op drie typen ziektebeelden. In dit hoofdstuk beschrijven wij dan ook deze drie psychiatrische ziektebeelden bij ouderen. Achtereenvolgens komen depressie, angststoornissen en dementie aan bod. Ter verduidelijk hebben wij casuïstiek verwerkt. Hiermee schetsen wij geen compleet beeld van voorkomende psychische problemen en psychiatrische ziektebeelden. Andere psychiatrische ziektebeelden komen bij ouderen ook zeker voor.

4.1 Inleiding

De geestelijke gezondheidszorg voor ouderen wordt onderverdeeld in de gerontopsychiatrie en psychogeriatrie. Gerontopsychiatrie richt zich op ouderen met psychiatrische problemen zonder dat geheugenproblemen een rol spelen. De psychogeriatrie richt zich op de zorg voor ouderen met geheugenproblemen en psychiatrische problemen.

Bij oudere mensen (60 jaar en ouder) is ernstige somberheid (depressie) een veelvoorkomend probleem. Eenzaamheid, het verlies van een partner en lichamelijke achteruitgang kunnen daarbij een rol spelen. Ook kunnen problemen voorkomen met het geheugen en de oriëntatie. Soms worden psychische problemen vertaald in lichamelijke problemen, ofwel psychosomatische klachten.



Figuur 2

Ouder worden brengt veel gebreken met zich mee. In dit figuur de belangrijkste doodsoorzaken bij ouderen.

4.1.1 Ouder worden

In de derde levensfase, als men meestal geen baan meer heeft en ook geen vaste taak meer heeft waarvoor men verantwoordelijk is, kunnen mensen depressief worden. Ze missen de verantwoordelijkheid en de structuur van het dagelijkse werk.

Men kan ook depressief worden na een traumatische ervaring, bijvoorbeeld het overlijden van de partner of het te horen krijgen dat men ongeneselijk ziek is.

Ouderen die met geweld op straat te maken hebben gekregen of beroofd zijn, zijn na deze gebeurtenis vaak angstig. Hier is sprake van een posttraumatische stressstoornis welke maanden kan duren en soms nog een vervolg krijgt in de vorm van een langdurige depressie.

4.1.2 Kwetsbaar worden

Oudere mensen die sociaal geïsoleerd leven, hebben vaak problemen omdat niemand naar hen omziet. Ze voelen zich kwetsbaar en zijn dat meestal ook. Ze zouden wel hulp willen, maar dat mag niet betekenen dat alles wordt overgenomen. Men vindt het vernederend en deprimerend om vanwege fysieke en/of psychische handicaps afhankelijk te worden. Ouderen zijn bang en voelen zich kwetsbaar voor inmenging van anderen.

Depressieve mensen zijn vaak wanhopige mensen die het gevoel hebben dat ze in de val gelopen zijn. Ze voelen zich gedwongen om hun zelfstandigheid op te geven. Er zijn mensen die hulpverleners dwarsliggen en het hen vaak onmogelijk maken om hun werk goed te doen. Deze mensen vechten nog voor hun zelfstandigheid.

Mensen die eerder in hun leven psychische moeilijkheden hebben meegemaakt, zijn erg kwetsbaar. Het is niet de hoge leeftijd die hen kwetsbaar maakt, maar de levensstijl die men gewend is. Vaak is dit een angstig afwerende levensstijl. Ingrijpende gebeurtenissen die mensen in hun vroege jeugd hebben meegemaakt of gemist, hebben een blijvende invloed en werken door in de psychische problematiek van oudere mensen.

4.1.3 Aanpassingsstoornis tijdens en na ziekenhuisopname

Veel oudere mensen komen wel eens in het ziekenhuis terecht. De meeste van hen doorstaan al het onderzoek en de onaangename ingrepen zonder problemen, maar er zijn ook mensen die het niet kunnen bijbenen en in paniek raken. Deze mensen zijn emotioneel geschokt en kunnen het paniekgevoel niet meer kwijtraken. Uit de verwardheid die in het ziekenhuis ontstond, kan een aanpassingsstoornis met angstige en depressieve stemming ontstaan.

4.1.4 Factoren die psychische ontregeling bij ouderen bevorderen

Hieronder volgt een opsomming van factoren die een psychische ontregeling bij ouderen kunnen bevorderen.

- Persoonlijkheid
- Vooral mensen die hun hele leven weinig plooibaar waren en een wat dwangmatige persoonlijkheidsstructuur vertoonden, zullen het bij het ouder worden moeilijk krijgen, omdat zij, om in evenwicht te blijven, juist altijd alles keurig op orde en precies geregeld moesten hebben. Vergeetachtigheid wordt een ramp voor deze mensen en zij raken hier van in paniek.

-
- Mensen met een afhankelijke persoonlijkheidsstoornis, die een voortdurende steun niet kunnen missen, zullen het wegvallen van de steunfiguren die hen overeind hielden niet verdragen.
 - Mensen met een narcistische persoonlijkheid zullen niet kunnen verwerken dat zij de greep op hun leven dreigen te verliezen. Zij vechten voor het behoud van hun zelfstandigheid en proberen soms een claim op anderen te leggen. Deze mensen hebben wel relaties, maar die zijn vaak problematisch. In wezen hoeft de persoon van hen weinig of geen effectieve steun te verwachten.
 - Ingrijpende gebeurtenissen
 - Schokkende gebeurtenissen kunnen het zelfvertrouwen sterk ondermijnen. Hieronder valt alles wat van levensbedreigende en/of angstaanjagende aard is.
 - Het lijden aan een chronische ziekte kan iemand wanhopig maken, zodat hij er psychisch niet meer tegen op kan.
 - Een beginnende vergeetachtigheid maakt men onzeker. Ook maakt het dat men in emotioneel opzicht het overzicht dreigt te verliezen.
 - Voorgeschiedenis van psychische problemen
 - Als men ouder wordt en op zichzelf wordt teruggeworpen, kan oud zeer weer boven komen. Wie al eens een depressie heeft gehad, loopt meer risico om in de derde levensfase nogmaals depressief te raken.

4.2 Depressie

"Dat najaar, toen de ziekte langzamerhand volledig greep had gekregen op mijn systeem, begon ik door te krijgen dat mijn geest leek op zo'n ouderwetse telefooncentrale van een klein stadje, dat geleidelijk wordt overstroomd. Een voor een kwamen de normale verbindingen onder water te staan, waardoor een aantal van de lichaamsfuncties en bijna alle functies en intellect langzaam uitvielen. Ik zal wel nooit weten wat mijn depressie heeft veroorzaakt. Waarschijnlijk zijn het verschillende factoren die een rol spelen."
Styron 1990.

Depressie staat op het punt om volksziekte nummer twee te worden. Ongeveer 15 % van de ouderen in Nederland heeft last van depressieve klachten⁷. Toch worden maar weinig ouderen voor hun depressieve klachten behandeld. Eén van de redenen hiervoor is dat depressie bij ouderen minder vaak worden (h)erkend door de betrokkenen zelf, maar ook door hun omgeving. Er wordt vaak gedacht dat een depressie bij het ouder worden hoort. Dat is spijtig, omdat aan depressieve klachten of aan een depressie wel iets te doen valt.

Een depressie kan vele oorzaken hebben en kan langzaam, maar ook plotseling ontstaan. Meestal gaat het om een combinatie van factoren die leidt tot een depressie, maar ook kan de oorzaak van de depressie onduidelijk zijn. Hieronder volgen enkele mogelijke oorzaken van het ontstaan van een depressie.

4.2.1 Depressie en eenzaamheid

Alleen zijn is nooit gemakkelijk, men moet leren om zichzelf te vermaken. Kwetsbare mensen die altijd last hebben gehad van angstgevoelens en die angst hebben bezworen met steun van anderen, kunnen als hoogbejaarden panisch worden omdat ze noodgedwongen een groot deel van de dag alleen doorbrengen. Mensen die nog thuis wonen zullen een groot beroep doen op hun kinderen, burens of kennissen. Deze ervaren dit vaak als een grote belasting.

4.2.2 Depressie en afhankelijkheid

Sommige ouderen zijn zeer afhankelijk van de zorg van hun partner. Er zijn mannen waarbij de echtgenote er voor heeft gezorgd dat zij op hun voetstuk bleven staan. De echtgenote heeft het succes in zijn leven mogelijk gemaakt doordat zij zich altijd belangeloos heeft opgeofferd. Als deze vrouw weg valt, stort zijn leven in. Uit machteloosheid en wanhoop kan hij ernstig depressief worden. De verkropte woede over het verlies richt hij tegen zichzelf. Hij eet niks meer, verzorgt zichzelf niet meer en wijst alle hulp af. Vaak gaat het hier om een ernstige depressieve reactie en gevaar voor suïcide is aanwezig.

Omgekeerd kan ook een zeer afhankelijke vrouw depressief worden, omdat ze een man heeft gehad die alles voor haar deed. De vrouw zal na het wegvallen van haar man in paniek achterblijven. Als haar paniek aanhoudt ontstaat een ernstige geagiteerde depressie. De vrouw loopt radeloos rond en weet niet waar ze het moet zoeken.

4.2.3 Ziekte en medicijnen

Een chronische of plotselinge ziekte kan een reden zijn voor het ontstaan van een depressie. Er zijn ook ziekten die met een depressie kunnen samenhangen, zoals een hersenbloeding of infarct, bepaalde vormen van kanker, suikerziekte, de ziekte van Parkinson en schildklierstoornissen.

Er zijn ook medicijnen die depressieve klachten geven als bijwerking. Dit geldt bijvoorbeeld voor medicijnen tegen een hoge bloeddruk en slaapstoornissen. Soms is de combinatie van verschillende medicijnen of alcohol met medicijnen de boosdoener.

4.2.4 Sociale omstandigheden en karakter

Iemand met een laag inkomen, financiële problemen of relatieproblemen of iemand die zich niet meer nuttig voelt in de maatschappij (na pensionering) kan depressief worden. Iemand die geen hechte vertrouwensband heeft met een ander, loopt een grotere kans om depressief te worden. Er zijn ook mensen die weinig waardering voor zichzelf hebben, die pessimistisch van aard zijn. Deze mensen lopen ook risico om depressief te worden.

4.2.5 Verschijnselen die bij een depressie voor kunnen komen

Depressies zijn bij ieder mens anders. Niet iedereen heeft dezelfde klachten of evenveel klachten. Enkele verschijnselen zijn:

- Een groot deel van de dag een leeg of somber gevoel hebben.
- Een paniekgevoel hebben.
- Prikkelbaar of geërgerd zijn, wat kan leiden tot ruzie of klagen.
- Interesse of plezier in bijna alle activiteiten opvallend verliezen.

-
- Duidelijke toename van gewicht of juist het verliezen van gewicht zonder dat een dieet gevolgd wordt.
 - Problemen hebben met slapen (te veel of te weinig, vaak of vroeg wakker worden).
 - Rusteloos heen en weer lopen of juist veel stil zitten.
 - Vermoeid zijn en futloos zijn.
 - Gevoelens van waardeloosheid of schuld.
 - Vergeetachtig zijn en moeite hebben met nadenken, concentreren en besluiten nemen.
 - Denken aan de dood of zelfdoding.
 - Minder seksuele gevoelens hebben.
 - Gevoelens van hopeloosheid hebben.
 - Niet kunnen huilen of juist voortdurend huilen.
 - Vage lichamelijke klachten hebben die niet overgaan en waarvoor geen oorzaak kan worden gevonden.
 - Veel piekeren over de toekomst en het verleden.
 - Het leven zinloos of doelloos vinden.
 - Lichaam, huis of contacten met familie en vrienden verwaarlozen.

Bij ernstige depressies kan er sprake zijn van:

- Hallucinaties: dingen zien, horen of voelen die voor anderen niet waarneembaar zijn.
- Wanen: gedachten hebben die niet waar zijn.

4.2.6 Casus Bea

Bea is een vrouw van 69 jaar. Zij was bijna 50 jaar getrouwd met Klaas. Klaas deed letterlijk alles voor haar. Hij droeg haar op handen tijdens al haar ups en downs. Klaas is kort geleden onverwachts overleden. Bea staat nu met twee linkerhanden in het leven. Na het heengaan van Klaas is zij in paniek achtergebleven, vruchteloos wacht ze op de redding die niet meer mogelijk is. De paniek houdt aan. Bea loopt radeloos en handwringend door het huis, niet wetend waar ze het moet zoeken. Dit is het begin van een ernstige geagiteerde depressie.

4.3 Angststoornissen

Recente onderzoeken onder de oudere bevolking laten zien dat ook angststoornissen tot de meest voorkomende psychiatrische aandoeningen bij ouderen behoren.

Uit onderzoeken onder Nederlandse ouderen blijkt dat ruim 10 % van de ouderen tussen de 55 en 85 jaar last van een angststoornis⁸. Ook hier geldt dat maar weinig ouderen voor hun angstklachten worden behandeld. Ondersignalering speelt hierbij een belangrijke rol.

4.3.1 Paniekaanvallen

Mensen die vroeger betrekkelijk rustig van aard waren, blijken op hun oude dag soms erg nerveus te worden. Het zelfvertrouwen is verdwenen. Oudere mensen kunnen paniekaanvallen krijgen bij de gedachte dat er gevaar dreigt. Die gevaren zijn vaak reëel, maar men hoeft en moet er niet de hele dag aan denken. Het moet geen obsessie worden. Zenuwachtige mensen halen zich van alles en nog wat in hun hoofd en kunnen

die gedachten niet meer van zich afzetten. Het is een obsessie geworden, die kan uitmonden in het voortdurend vragen om hulp. Men gaat de familie en vrienden opbellen vanwege vage klachten. De familie kan het claimende gedrag als erg vervelend ervaren, omdat zij zich vaak niet voldoende realiseren dat paniek de oorzaak is. Door boos te reageren kan de familie het gedrag verergeren.

4.3.2 Fobische verschijnselen

Een voorbeeld van een fobisch verschijnsel is de claustrofobie die vooral bewoners van een verzorgingshuis soms vertonen. Ze zijn angstig en klagen erover dat 'de muren op hen afkomen'. Ze kunnen het niet langer uithouden in hun kamer en gaan uit wanhoop op de gang heen en weer lopen.

Vaak proberen oudere mensen door somatische klachten de aandacht van het personeel te trekken. Het gaat dan niet om de pijn in de buik (zenuwen) maar omdat men het niet meer uithoudt. Vaak is er geen tijd om bij de ouderen te gaan zitten totdat de paniek overgaat en wordt het fobische gedrag als 'onrust' geregistreerd.

4.3.3 Compulsieve verschijnselen

Er zijn ouderen die spullen gaan verzamelen onder het motto 'je weet maar nooit waar het goed voor is'. Zo zijn er mensen die etenswaren gaan verzamelen en vergeten waar ze die verstopt hebben. Het gaat hier om een soort verslavingsgedrag dat zijn oorsprong vindt in de behoefte bezit te vergaren. Een echte therapie is hier niet voor. Als het de spuigaten uitloopt moet het huis in overleg met de bewoners weer eens grondig schoongemaakt worden.

Absurde zaken verzamelen is een dwangverschijnsel, ook wel compulsieve stoornis genoemd. De vrektheid van oude mensen en het geobsedeerd worden door het verzamelen van geld, is ook een dwangverschijnsel. Het bezit van geld geeft een veilig gevoel. Dwangmatigheid komt ook naar voren uit de obsessie dat er niets meer veranderd mag worden.

4.3.4 Casus Riek

Riek is 80 jaar oud. Ze woont sinds kort in een rusthuis. Dit omdat haar eigen woning geheel vervuild was. Zoals een eekhoorntje voor de winter zijn hol vol sleept om in de winter niet van de honger om te komen, zo stopte Riek haar hele huis vol.

Ze bewaarde alles, zoals lege flessen, kranten, oude kleren en voedsel.

Dit alles onder het motto: 'je weet toch maar nooit waar het goed voor is'.

Na geklaag van de burens is het huis van Riek schoongemaakt. Riek werd totaal radeloos bij de gedachte dat iemand de bezem door haar spullen had gehaald.

4.3.5 Co-morbiditeit

Combinaties van angst- en stemmingsstoornissen (co-morbiditeit) komen, net als bij jongere volwassenen, ook bij ouderen vaak voor. Recente co-morbiditeitscijfers uit Nederlands onderzoek laten zien dat er bij 36 % tot 47,5 % van de ouderen met een depressieve stoornis ook sprake is van een angststoornis. Omgekeerd liggen de cijfers resp. 13 % tot 26,1 %⁹.

4.3.6 Posttraumatische stressstoornis

Door het overlijden van een partner, vriend of vriendin kunnen er voor afhankelijke mensen veel problemen ontstaan. De zogenaamde steunfiguur valt weg.

Ook een verhuizing uit een vanouds bekende buurt en vertrouwd huis kan een schok teweeg brengen. Mensen die opgenomen worden in een verpleeg- of verzorgingshuis kunnen hierdoor totaal uit balans raken.

Direct na een traumatische gebeurtenis kunnen er allerlei angstverschijnselen en spanningsklachten optreden, vaak gaat dit gepaard met een gevoel van verdoving of vervreemding. Als deze symptomen niet verdwijnen dan spreken we van een posttraumatische stressstoornis. Deze mensen hebben vaak concentratie- en slaapproblemen, zijn schrikachtig, rusteloos en prikkelbaar.

4.3.7 Rouw

Iedereen krijgt op een dag te maken met het verlies van een dierbare. Rouw is daarbij een normale reactie. Rouwverwerking hoeft niet altijd met het overlijden van een persoon te maken hebben. Het kan ook om een ander ingrijpend verlies gaan. Men spreekt van pathologische rouw als de rouwperiode erg lang gaat duren en er sprake is van onmiskenbare depressieve of psychotische verschijnselen.

Verschijnselen van pathologische rouw bij ouderen zijn:

- Ontreddering

Een bejaarde kan door het verlies van een belangrijk steunfiguur totaal ontredderd achterblijven. Zo iemand kan het nergens vinden en is niet in staat om voor zichzelf te zorgen. Ook is deze persoon niet in staat om over het rampzalige verlies te praten met anderen.

- Ontkenning

Vaak is er ontkenning van het gebeurde. Gedachten komen op zoals; 'ze houden me voor de gek' of 'het kan niet waar zijn'.

- Regressie

Mensen die iets vervelends meemaken zijn emotioneel verslagen maar kunnen soms ook reageren met regressief gedrag. Het lijkt of ze niks meer kunnen en zijn hulpeloos. Mensen in een verzorgingshuis die nog wel wat zelfstandig zijn laten zich compleet verzorgen. Iemand geeft soms op de simpelste vragen geen antwoord meer.

- Woede en opstandigheid

Sommige mensen reageren met woede en opstandigheid. Zij kunnen zich niet in het onvermijdelijke schikken en gaan achterdochtig reageren ten opzichte van mensen in hun naaste omgeving. Mensen die goede bedoelingen hebben worden beschuldigd van het najagen van eigen belang.

Het kan voorkomen dat mensen uit woede zich niet meer willen verzorgen. Anderen zwerven doelloos over straat en weer anderen zenden door het voortdurend opbellen van hun kinderen noodsignalen uit.

Al deze emotionele reacties op een ramp kunnen de aanloop zijn tot het doormaken van een langdurige depressieve episode. Na de aanvankelijke radeloosheid of de aanvankelijke boosheid komt de totale machteloosheid. Bij de mensen die zich regressief gedroegen, gaat de hulpeloosheid niet over maar wordt erger. Iemand wil dan soms niet

meer eten en heeft doodswensen.

Percentage ouderen in Nederland met een psychische stoornis*	
Hoofddiagnose	Percentage
Depressie in engere zin	2,0%
Milde depressie	12,9%
Angststoornissen	10,2%
Dementie	6,3%

*Onderzoek uit de jaren '90. De cijfers voor depressie en angst betreffen mensen van 55 tot 85 jaar, die voor dementie mensen van 55 jaar en ouder. Tijdstip of tijdsbestek van het optreden van de stoornis: depressie in engere zin en angst: het afgelopen half jaar; milde depressie: de afgelopen week; dementie: moment van het onderzoek.
Bron: LASA, ERGO, Amstel-studie

Figuur 3

4.4 Dementie

Geheugenklachten komen bij ouderen vaak voor en horen bij het ouder worden; de geheugenfunctie wordt nu eenmaal minder als men ouder wordt. Dementie is echter een ziekte, een verzamelnaam voor verschillende hersenaandoeningen die met elkaar gemeen hebben dat veranderingen in de hersenen ertoe leiden dat bepaalde hersencellen niet goed meer functioneren en uiteindelijk afsterven. Dementie wordt gekenmerkt door cognitieve stoornissen en verandering van de persoonlijkheid. Dementie komt voornamelijk voor op oudere leeftijd, maar kan ook op jongere leeftijd voorkomen. Lang niet iedereen krijgt dementie bij het ouder worden.

Dementie kan reversibel zijn, dat wil zeggen: als de oorzaak weggenomen wordt kunnen de verschijnselen verdwijnen. Zoiets komt bijvoorbeeld voor bij mensen die door een goedaardig hersengezwel dement gedrag vertonen. Echter, meestal heeft het demente gedrag met onherstelbare schade te maken en zal het dus niet meer overgaan.

Omdat de kans op dementie toeneemt met de leeftijd zijn de meeste dementerenden ouder dan 75 jaar. Men schat dat van alle mensen boven de 60 jaar 6 % aan een vorm van dementie leidt¹⁰. Ouderen met dementie vinden we weinig in de GGZ. Slechts 4% van hen bezocht in het half jaar voorafgaande aan een groot bevolkingsonderzoek de ambulante ouderen GGZ¹¹.

Tachtig procent van de ouderen met dementie woont thuis met hulp van familie, al dan niet met ondersteuning van professionele zorg. De informele helpers hebben een zware 24-uurstaak. Als iemand opgenomen wordt in een verpleeghuis is de ziekte vaak al behoorlijk ver gevorderd. Verpleeghuizen hebben vaak aparte afdelingen of opvang voor

bewoners met dementie. De behandeling en zorg zijn gericht op functionele beperkingen en op de emotionele en sociale gevolgen van de ziekte.

4.4.1 Oorzaken van dementie

Oorzaken van dementie kunnen zijn:

- Ongelukken (hersentraumata), door auto- en motorongelukken.
- Langdurige vergiftiging, bijvoorbeeld door giftige stoffen als lood of alcohol.
- Vaatziekten, vaatafsluiting en een of meerdere beroertes.
- Gezwollen (hersentumoren).
- Hersenontstekingen, bijvoorbeeld door virus- of bacteriële infecties.
- Degeneratieve ziekten zoals de ziekte van Alzheimer, de ziekte van Parkinson.

4.4.2 Vormen van dementie

Er zijn verschillende vormen van dementie, te weten:

- Ziekte van Alzheimer, de vroegere en de latere vorm.
- Vasculaire dementie.
- Frontaalkwabdementie.
- Dementie bij de ziekte van Parkinson.

Deze verschillende vormen zullen wij hieronder nader toelichten.

▪ Ziekte van Alzheimer

De ziekte van Alzheimer kan op verschillende tijdstippen beginnen. Het is mogelijk dat iemand al voor het zestigste jaar aangetast wordt, het is ook mogelijk dat de ziekte zich pas na het tachtigste jaar openbaart. Vooral bij de vroege vorm van Alzheimer is er dikwijls sprake van een familiair voorkomen van de ziekte.

Het EEG toont meestal afwijkingen in de zin van een verlaging van het grondpatroon en afwijkende golfvormen. Deze verschijnselen wijzen op een algemene afbraak van hersenweefsel.

Kenmerken van Alzheimer:

- *De persoon verandert.*
Hij is niet meer dezelfde persoon als voorheen. Hij houdt weinig rekening meer met anderen in huis. Bepaalde trekken, zoals dwangmatigheid en egocentriciteit, komen nu steeds meer naar voren.
- *Er zijn aantoonbare stoornissen van zowel het korte- als het langetermijngeheugen.*
Demente mensen kunnen informatie niet meer onthouden en zijn na vijf minuten vergeten wat ze gezien of gehoord hebben. Feiten uit hun levensgeschiedenis, zoals hun geboortedatum, weten ze niet meer. Er is sprake van desoriëntatie in tijd, plaats en persoon. Iemand met dementie kan zijn ziekte soms nog lange tijd verborgen houden voor buitenstaanders. Hij probeert de gaten in zijn geheugen op te vullen door dingen erbij te verzinnen.
- *Het abstracte denken is gestoord.*
Het is niet meer mogelijk om in gedachten een eenvoudig probleem op te lossen. De persoon kan de gelijkenis en het verschil tussen verwante woorden niet meer

bedenken en kan ook niet op de betekenis van woorden komen.

- *Het oordeelsvermogen is gestoord.*

Daardoor merkt de persoon niet dat hij iets onbehoorlijks gezegd of gedaan heeft. Hij zal zomaar een drukke straat oversteken of een brandende lucifer in de prullenmand gooien, omdat gevaar niet meer wordt onderkend.

- *Afasie.*

Door afasie lukt het niet meer om de juiste woorden te vinden of ze te begrijpen, omdat het vermogen om taal te gebruiken gestoord is. Geleidelijk aan wordt de woordenschat steeds kleiner en zinnen worden onsamenhangend.

- *Apraxie.*

Iemand kan, ondanks het feit dat zijn motorische functies ongestoord zijn, allerlei gewone handelingen niet meer uitvoeren. Voorbeelden hier van zijn schoenveters strikken of een bloes dicht maken.

- *Agnosie.*

Een persoon herkent gewone voorwerpen niet meer zoals een vork of een sleutel, dit terwijl hij wel goed kan zien, horen en ruiken.

- Vasculaire dementie

Bij mensen die dementieverschijnselen hebben gekregen door stoornissen in de bloedcirculatie, spreekt men van vasculaire dementie. Soepele bloedvaten kunnen zich niet goed meer verwijden zoals dat bij inspanning direct nodig is. Het gevolg hiervan is dat de hersenen en de zenuwcellen de benodigde zuurstof en voeding niet in voldoende mate krijgen aangevoerd.

Kenmerken van vasculaire dementie:

- *De ernst van de toestand is wisselend, vooral in het begin.*

Voor de familie is dat vaak zeer misleidend omdat men denkt dat het wel meevalt, terwijl het toch om een voortschrijdend proces gaat. Er zijn vrij goede perioden die soms lang kunnen duren en dan weer opgevolgd worden door plotselinge verergeringen.

- *Vrijwel altijd zijn er neurologische verschijnselen te vinden.*

Deze neurologische verschijnselen kunnen reflectieafwijkingen zijn, wat krachtsvermindering in een van de benen of armen kan betekenen. Soms zijn er onmiskenbare verlamingsverschijnselen. Heel vaak heeft iemand moeite met praten (afasie) en zijn er ook slikstoornissen.

- Ook bij vasculaire dementie vormen *geheugenverlies, desoriëntatie* en *onvermogen logisch* te kunnen *denken* op den duur de voornaamste handicaps.

- *Angstig.*

Mensen met deze vorm van dementie zijn vaak zeer angstig. Zij zoeken vaak vruchteloos naar woorden en lijden onder de fysieke handicaps.

- *Er is sprake van wisselende stemming.*

Men is gauw in tranen en ook gauw geïrriteerd en woedend. Vooral mensen die lijden aan afasie en daardoor niet meer goed uit hun woorden kunnen komen, zijn wanhopig als zij zich niet duidelijk meer kunnen maken.

-
- Met een EEG-onderzoek en een CT-scan kan worden aangetoond dat iemand in het verleden één of meerdere keren door een hersenbloeding of een herseninfarct is getroffen.

- Frontaalkwabdementie

Frontaalkwabdementie is een verzamelnaam voor vormen van dementie waarbij afwijkend gedrag en emotionele reacties op de voorgrond staan. Er is sprake van een verschrompeling van de voorkwabben van de hersenen. De frontale kwab is het voorste deel van de hersenen en beslaat circa 30 % van het totale oppervlak van de hersenen. De frontale kwab is onder andere betrokken bij het reguleren van gedrag, bewegen en stemming en is verantwoordelijk voor cognitieve functies (geheugen en taal). Men schat dat er in 10 tot 20 % van het totale aantal dementies sprake is van een frontaalkwabdementie¹². In een op de vijf gevallen gaat het hierbij om de ziekte van Pick. Pick is een vorm van frontaalkwabdementie waarbij de zenuwcellen opgezwollen en ballonvormig zijn. Dit komt niet bij andere vormen van frontaalkwabdementie voor. De persoon die frontaalkwabdementie heeft is nonchalant, grof en trekt zich weinig aan van sociale conventies. Er is dus vooral sprake van een veranderde persoonlijkheid.

Kenmerken frontaalkwabdementie:

- *Onaangepast sociaal gedrag (decorumverlies).*
Er worden ongepaste grapjes gemaakt, kinderlijk gedrag, ontremd (bijvoorbeeld seksueel) en ongecontroleerd gedrag (bijvoorbeeld winkeldiefstal, eten pakken van het bord van een vreemde) vertoond.
- *Dwangmatig gedrag.*
Er is sprake van dwangmatig gedrag en stereotype bewegingen. Eindeloos wederkerend worden handelingen in dezelfde volgorde uitgevoerd.
- *Initiatiefverlies.*
Momenten van motorische onrust en impulsiviteit worden afgewisseld door apathie en verlies van initiatief.
- *Onverzorgd uiterlijk.*
Men heeft een verwaarloosde persoonlijke hygiëne en verzorging.
- *Uitgelaten stemming.*
Men is overdreven vrolijk en opgewekt.
- Cognitieve stoornissen zoals taal, intellect en geheugen treden pas in een later stadium op.

- Ziekte van Parkinson

Bij de ziekte van Parkinson bestaat er een toenemende verstijving van de motoriek omdat de spiertonus niet meer goed beheerst kan worden. De gelaatsmusculatuur wordt strak en onbeweeglijk en het kost grote moeite de ledematen spontaan te bewegen. Men heeft last van beven en trillen in het hele lichaam en kan geen kopje koffie meer vast houden. Lopen wordt moeilijk voor mensen met Parkinson, omdat alleen nog maar schuifpasjes gemaakt kunnen worden.

Als de ziekte ver gevorderd is, wordt de spraak erg zacht en moeilijk te verstaan.

Bijzonder is dat de ernst van de klachten zeer wisselend kan zijn, zelfs in de loop van de dag. De verschijnselen van de ziekte van Parkinson treden op doordat bepaalde cellen in de zwarte kern van de hersenen een bepaalde stof (dopamine) niet meer voldoende aanmaken. Dopamine is een stof die essentieel is voor de overdracht van prikkels van zenuwcel naar zenuwcel.

Bij twintig procent van de lijders aan de ziekte van Parkinson ontstaan echte dementieverschijnselen. Er treden geheugenproblemen en cognitieve stoornissen op. Deze mensen zijn vaak zeer panikerig omdat ze zich niet kunnen bewegen en dus niet kunnen vluchten als er gevaar dreigt.

4.4.3 Casus Kees

Kees (62 jaar) is een forse openhartige man. Hij en zijn vrouw hebben al jaren een eigen bedrijf.

Kees is altijd erg precies en nauwkeurig in het regelen van zijn zaken rondom zijn eigen bedrijf. Op een dag merkt zijn vrouw voor het eerst dat Kees een getal te veel heeft gezet op de lijst van bestellingen. Gelukkig was zij op tijd en was de bestelling nog niet de deur uit. In de daaropvolgende weken bleek dat hij veel meer missers maakte. Zijn volkomen gebrek aan schaamte over de fouten die hij maakte, verbaast haar nog het meest. Kees was toch altijd een zeer precieze man geweest. Ze vond hem erg nonchalant en hij lachte de hele tijd om alles. Haar zorgen namen toe toen zij merkte dat hij slordig ging autorijden. Ook de zorg voor zijn uiterlijk kon hem niets meer schelen. Verder zat hij overdag veel in zijn stoel te suffen. Hij werd prikkelbaar en neigde ertoe agressief te worden.

Deze moeilijkheden waren aanleiding tot een observatie in een psychiatrische kliniek. Na een week na de opname werd zijn manier van lopen wankel, hij liep wijdbeens en moest zich aan de muur vast houden. Ook praten ging steeds slechter.

Na onderzoeken werd aangetoond dat Kees een hersentumor had liggend in de voorhoofdshersenen. Kort daarna werd hij geopereerd.

De goedaardige tumor kon in zijn geheel verwijderd worden en hij herstelde in de weken daarna voorspoedig.

De verschijnselen werden veroorzaakt door een tumor, maar het ziektebeeld leek sprekend op een vroegtijdige dementie, type Alzheimer.

Noten

⁷ Longtudinal Aging Study Amsterdam (LASA), Erasmus Rotterdam Gezondheid en Ouderenstudie (ERGO), Amstel-studie & Beekman, A.F.T. e.a. 2002.

⁸ LASA, ERGO, Amstel-studie & Bremmer e.a. (1997)

⁹ Van Balkon e.a. (2000).

¹⁰ (LASA), (ERGO) en Amstel-studie.

¹¹ www.alzheimer-ned.nl

¹² www.hulpguids.nl/ziektebeelden/dementie_frontaalkwb.htm

5. De uitvoering van het onderzoek

In dit hoofdstuk geven we de onderzoeksopzet van ons praktijkonderzoek weer. In de eerste paragraaf beschrijven wij de doelgroep die centraal staat in het onderzoek. In een volgende paragraaf lichten wij het soort onderzoek toe. In de laatste twee paragrafen wordt ingegaan op het verloop van de enquêtering bij beide instellingen.

5.1 De doelgroep

De GGZ voor Ouderen richt zich op ouderen van 65 jaar en ouder. Deze doelgroep staat dan ook centraal in ons onderzoek. Voor ons onderzoek hebben wij in samenspraak met de opdrachtgever besloten de leeftijdsgrens te verlagen, namelijk 60 jaar en ouder. Wij hebben hiervoor gekozen omdat de meeste andere organisaties onder de doelgroep ouderen 'mensen van 60 jaar en ouder' verstaan, in sommige gevallen is de leeftijdsgrens zelfs 55+.

5.2 Soort onderzoek

De vraagstelling zullen wij trachten te beantwoorden via schriftelijke enquêtering met werkers uit het veld, dus medewerkers van TCO West en het AMW Segbroek/Loosduinen. Wij hebben ervoor gekozen om bij beiden te enquêteren, omdat wij op deze manier verwachten een zo volledig mogelijk beeld te krijgen over de heersende ideeën betreffende de samenwerking.

Wij hebben twee verschillende enquêtes samengesteld (zie bijlage 1 en bijlage 2): één bedoeld voor TCO West, de ander voor het AMW Segbroek/Loosduinen. De vragen in de enquêtes liggen allen ten grondslag aan de samenwerking en wat hiermee samenhangt, maar behoeven voor beiden een andere invalshoek.

In de enquêtes hebben wij een inventariserende component en een behoeftecomponent verwerkt. Inventariserend omdat wij er achter willen komen welke contacten er zijn en welke samenwerking er tot nu toe is. Met een inventariserend onderzoek kunnen wij de huidige stand van zaken in beeld brengen. Door middel van behoefteonderzoek inventariseren wij het verschil tussen een bestaande en gewenste situatie. Dit om inzicht te krijgen in de zienswijze van beide partijen betreffende de samenwerking en welke ideeën zij hierover hebben.

5.3 Enquêtering TCO West

In overleg met de opdrachtgever hebben wij binnen TCO West tien mensen geënuquêteerd¹³. Deze tien mensen zijn werkzaam in verschillende functies, te weten:

- 1 maatschappelijk werker
- 1 sociaal geriater
- 1 PAZT-verpleegkundige
- 1 zorgcoördinator
- 6 sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (SPV)

Wij hebben bewust deze selectie gemaakt, want door mensen uit verschillende disciplines te enquêteren, worden de inzichten verbreed. Twee beroepsgroepen (psychologen en psychotherapeuten) hebben wij achterwegen gelaten, omdat zij vanuit hun functie geen contacten zullen hebben met het AMW Segbroek/Loosduinen. De SPV's zijn binnen TCO West wat functie betreft in de meerderheid. Onder hen is er een verdeeldheid betreffende werkgebied naar de wijken binnen het verzorgingsgebied van TCO West. De zes SPV's die wij geselecteerd hebben, zijn allen werkzaam in de wijken Segbroek en Loosduinen.

Om het onderzoek goed te introduceren bij de medewerkers van TCO West hebben wij in een werkoverleg de gelegenheid gekregen om dit toe te lichten. Tijdens dit werkoverleg hebben wij:

- ons zelf voorgesteld aan de medewerkers
- het principe van het afstudeerproject toegelicht
- onze opdracht, het onderzoek en het doel daarvan toegelicht
- gevraagd of een aantal mensen enquêtes willen invullen

Bij de enquêtes hebben wij een korte toelichting op het onderzoek geschreven en hebben wij een folder over het AMW Segbroek/Loosduinen toegevoegd.

De respons is 100 %, alle enquêtes van de medewerkers van TCO West zijn geretourneerd.

5.5 Enquêtering AMW Segbroek/Loosduinen

De contactlegging met het AMW Segbroek/Loosduinen hebben wij stapsgewijs en zorgvuldig aangepakt. De opdrachtgever heeft eerst zelf telefonisch contact opgenomen met de coördinator van het AMW Segbroek/Loosduinen om TCO West te introduceren en kort het onderzoek toe te lichten, om vervolgens een afspraak te maken bij het AMW Segbroek/Loosduinen. De opdrachtgever heeft toen het onderzoek nader toegelicht en besproken hoe het onderzoek het best geïntroduceerd kon worden bij de maatschappelijk werkers van het team. Er is toen afgesproken dat wij het onderzoek konden introduceren tijdens een teamvergadering.

Tijdens deze teamvergadering, waarbij de opdrachtgever ook aanwezig was, hebben wij ons voorgesteld, het afstudeerproject en ons onderzoek toegelicht. Vervolgens hebben wij alle teamleden gevraagd de enquête in te vullen. De enquête begon met een korte toelichting op het onderzoek en een beknopte beschrijving over de meest voorkomende psychische en psychiatrische problemen bij ouderen. Bij de enquête hebben een informatiefolder over TCO West toegevoegd.

Wij hebben tijdens de vergadering in overleg met het team van het AMW Segbroek/Loosduinen een datum afgesproken waarop wij de enquêtes weer op zouden halen.

Voordat de vergadering plaats had, waren wij al op de hoogte van de samenstelling van het team. Zo wisten wij dat het team bestond uit zeventien maatschappelijk werkers,

waarvan twee met het aandachtsgebied ouderen. Toch hebben wij, in overleg met het team, alle medewerkers gevraagd de enquête in te vullen, daar iedereen cliënten van 60 jaar en ouder in zijn of haar caseload kan hebben.

De respons bij het AMW Segbroek/Loosduinen was echter laag. Van de zeventien medewerkers hebben slechts vijf medewerkers de enquête geretourneerd. De reden hiervoor is onduidelijk gebleven.

Noten

- ¹³ Een selectie die op deze manier tot stand is gekomen, wordt door F. Migchelbrink (2001) een gerichte steekproef genoemd.

6. Resultaten van het onderzoek

In dit hoofdstuk bespreken we achtereenvolgens de resultaten van ons onderzoek bij TCO West en het AMW Segbroek/Loosduinen. Centraal staat de beantwoording van onze vraagstelling: Hoe kan de samenwerking tussen Parnassia, GGZ voor Ouderen TCO West en het AMW Segbroek/Loosduinen verbeterd worden? Gekoppeld aan de beantwoording hiervan komen een aantal andere relevante onderwerpen aan bod.

6.1 Resultaten TCO West

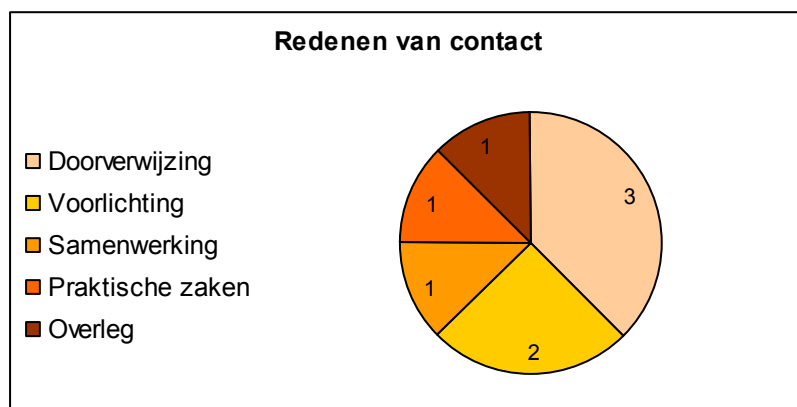
In deze paragraaf komen de resultaten van de enquêtering bij TCO West aan bod. De resultaten zijn gebaseerd op de geretourneerde enquêtes van de tien medewerkers. De uitwerking van deze resultaten volgt de volgorde van de vragen zoals gesteld in de enquête (zie bijlage 1).

6.1.1 Kennis over het AMW Segbroek/Loosduinen

Negen van de tien geënquêteerden zijn op de hoogte van de aanwezigheid van het AMW Segbroek/Loosduinen. Zeven van hen zijn ook daadwerkelijk op de hoogte van het hulpverleningsaanbod, waarvan één respondent aangeeft dat het AMW Segbroek/Loosduinen wellicht meer te bieden heeft dan hij/zij inhoudelijk al weet.

6.1.2 Contacten met het AMW Segbroek/Loosduinen

Uit de enquêtes komt naar voren dat zes van de geënquêteerden wel eens contact heeft gehad met iemand werkzaam bij het AMW Segbroek/Loosduinen. De redenen van het contact zijn verschillend (zie figuur 4). Drie van hen hebben contact gehad in verband met een doorverwijzing van een cliënt. Twee respondenten antwoorden wel eens voorlichting te hebben gegeven over depressie. Een ander heeft wel eens samengewerkt met het AMW Segbroek/Loosduinen aangaande een cliënt met schulden. Een andere reden van contact was het aanvragen van Bijzondere Bijstand en problematiek rond huisvesting. Ook is er contact geweest met het AMW Segbroek/Loosduinen voor overleg.



Figuur 4

6.1.3 Doorverwijzen

In totaal hebben zeven van de geënquêteerden wel eens een cliënt doorverwezen naar het AMW Segbroek/Loosduinen. Dit hoeft echter niet te betekenen dat er altijd contact is geweest met het AMW Segbroek/Loosduinen. Doorverwijzen kan ook in de vorm van advies plaatsvinden, daar een officiële doorverwijzing naar het algemeen maatschappelijk werk niet benodigd is. Dit is namelijk een eerstelijns instelling.

Hieronder volgt een opsomming van de redenen van doorverwijzing:

- er was geen sprake van psychiatrische problematiek, maar wel een indicatie voor het algemeen maatschappelijk werk (2 maal)
- steun bij rouw en beperkte relatieproblematiek (1 maal)
- hulp en/of meer begeleiding bij financiële zaken (3 maal)
- psychosociale begeleiding (1 maal)

Redenen voor het uitblijven van verwijzing naar het AMW Segbroek/Loosduinen hangen samen met het feit dat er binnen TCO West nu ook maatschappelijk werk aanwezig is. Eén iemand geeft aan niet te hebben doorverwezen, omdat hij/zij niet af wist van het bestaan van het AMW Segbroek/Loosduinen.

6.1.4 Ervaringen met het AMW Segbroek/Loosduinen

Over de ervaringen met het AMW Segbroek/Loosduinen zeggen vijf van de tien respondenten dat deze goed waren. Eén van de geënquêteerde geeft aan dat de ervaring matig is. Vier personen geven aan dat deze vraag niet van toepassing is, waarbij meerdere malen als reden gegeven wordt dat het contact te sporadisch is geweest om over te oordelen.

Over de ervaringen melden twee geënquêteerden dat de contacten die er waren, goed waren. Een ander noemt zijn ervaringen met het AMW Segbroek/Loosduinen prettig en adequaat, waarbij wel wordt aangegeven dat het contact incidenteel was en lang geleden was. Weer een ander noemt de samenwerking en de gemaakte afspraken goed en geeft aan dat de medewerker betrokken was. Een geënquêteerde die contact met het AMW Segbroek/Loosduinen heeft gehad betreffende een doorverwezen cliënt, geeft aan dat de overdracht helder en duidelijk was, maar dat het wel lang duurde voordat hij/zij deze ontving.

6.1.5 Samenwerking tussen het AMW Segbroek/Loosduinen en TCO West

Over het verbeteren van de samenwerking heerst nogal wat verschil. Vijf respondenten zijn van mening dat het goed is de samenwerking tussen het AMW Segbroek/Loosduinen en TCO West te verbeteren. Eén iemand vindt dat dit op indicatie dient te gebeuren, omdat het maatschappelijk werk binnen TCO West op zich voorziet in kennis en kunnen. Op de vraag welke mogelijkheden men hieromtrent ziet worden verschillende antwoorden gegeven.

- Eenmaal wordt genoemd dat er meer gebruik gemaakt moet worden van elkaars mogelijkheden.
- Een andere geënquêteerde vindt dat het AMW Segbroek/Loosduinen en TCO West op

de hoogte moeten zijn van elkaars aanbod. Op deze manier kan snellere doorverwijzing plaatsvinden en kan voorkomen worden dat er bijvoorbeeld dezelfde groepen zijn, wat maakt dat het wiel twee keer uitgevonden moet worden.

- Eén iemand noemt de mogelijkheid om het AMW Segbroek/Loosduinen in te schakelen voor begeleiding van ouderen waarbij onvoldoende sprake is van psychiatrie, maar wel van leed en ziekte. Ook noemt deze geënquêteerde dat iemand binnen TCO West behandeld kan worden voor een depressie en begeleid kan worden door het AMW Segbroek/Loosduinen.
- Verder noemt een geënquêteerde dat er momenteel geen samenwerking is tussen het AMW Segbroek/Loosduinen en TCO West. Dit komt enerzijds doordat TCO West slecht op de hoogte is van de dienstverlening van het AMW Segbroek/Loosduinen. Anderzijds profileert het AMW Segbroek/Loosduinen zichzelf niet voldoende. We kunnen van elkaars deskundigheid leren. Ook zou Parnassia ondersteuning kunnen bieden aan het AMW Segbroek/Loosduinen bij complexe psychiatrische problematiek.

Twee van de geënquêteerden zijn van mening dat het niet wenselijk is de samenwerking tussen het AMW Segbroek/Loosduinen en TCO West te verbeteren. Beiden geven hiervoor als reden dat het maatschappelijk werk binnen TCO West momenteel beter wordt vormgegeven en dat deze voorziet in de behoefte. Daarnaast zegt één van hen dat hij/zij wel denkt te weten welke cliënten er wel en niet doorverwezen kunnen worden.

De twee overige geënquêteerden beantwoordden deze vraag niet.

6.1.6 Situaties voor doorverwijzing naar het AMW Segbroek/Loosduinen

Acht respondenten zijn van mening dat er situaties zijn waarbij verwijzing vanuit TCO West naar het AMW Segbroek/Loosduinen nuttig kan zijn. Er worden verschillende situaties genoemd (allen eenmaal):

- wanneer er geen sprake is van psychiatrische problematiek
- bij aanmelding bij TCO West om een andere reden, bijv. regelzaken en financiële zaken
- voor begeleiding van ouderen waarbij onvoldoende sprake is van psychiatrie, maar wel van leed en ziekte
- bij TCO West in behandeling voor bijv. een depressie en bij het AMW Segbroek/Loosduinen in begeleiding
- als er een indicatie is voor algemeen maatschappelijk werk
- financiële problemen
- bij verkeerde verwijzingen naar TCO West
- minder complexe materiele hulpverlening bij ouderen met psychiatrische problematiek
- wanneer er geen sprake is van GGZ problematiek, maar er wel een indicatie is voor (algemeen) maatschappelijk werk

Twee van de geënquêteerden hebben deze vraag niet beantwoord.

6.1.7 De zienswijze van het AMW Segbroek/Loosduinen op de samenwerking volgens TCO West

Op de vraag hoe het AMW Segbroek/Loosduinen de samenwerking ziet en welke kritiekpunten en wensen zij zouden hebben, geven vier mensen inzicht in hun ideeën. Eén van hen noemt dat de samenwerking minimaal is en dat Parnassia groot is, moeilijk te bereiken en een elitaire opstelling heeft.

Een ander denkt dat in de ogen van het AMW Segbroek/Loosduinen Parnassia een medisch bolwerk is.

Ook noemt een respondent dat het AMW Segbroek/Loosduinen onbekend is met de inhoud van Parnassia en dat zij Parnassia ervaren als een gesloten organisatie die veel voor zichzelf wil houden.

De vierde respondent noemt dat er nu geen sprake is van samenwerking. Hij/zij kan zich voorstellen dat het AMW Segbroek/Loosduinen samenwerking prettig zou vinden om complexe psychiatrische problematiek te ondersteunen door middel van consult of deskundigheidsbevordering.

6.1.8 Opmerkingen

Eén van de geënquêteerden maakt aan het einde van de enquête een opmerking: "Ik denk dat zij ons net zo slecht kennen als wij hen."

6.2 Resultaten AMW Segbroek/Loosduinen

In dit tweede deel van dit hoofdstuk zetten wij de resultaten van het onderzoek bij het AMW Segbroek/Loosduinen uiteen, gebaseerd op de vijf geretourneerde enquêtes. Ook hier volgen wij de volgorde van de vragen zoals gesteld in de enquête (zie bijlage 2).

6.2.1 Caseload

Uit de antwoorden kan geconcludeerd worden dat ouderen slechts een klein gedeelte beslaan van de caseloads bij het AMW Segbroek/Loosduinen. Gemiddeld genomen hebben vier respondenten 1 – 5 cliënten van 60 jaar en ouder in hun caseload. Eén respondent heeft gemiddeld 6 – 10 cliënten van 60 jaar en ouder in zijn/haar caseload.

6.2.2 Problematiek bij ouderen

Van de vijf geënquêteerden geven er twee aan vaak psychische problematiek tegen te komen bij ouderen. Twee geënquêteerden komen dit regelmatig tegen en één geënquêteerde soms.

Wat betreft psychische en psychiatrische problematiek komen alle vijf de geënquêteerden depressie bij cliënten in meer of mindere mate tegen in hun werksituatie. Dit is ook niet verwonderlijk daar depressie op het punt staat volksziekte nummer twee te worden. Angststoornissen zien drie van de respondenten bij hun cliënten van 60 jaar en ouder. Dementie/geheugenproblemen komen ook drie van de respondenten tegen. Ook worden er andere problemen genoemd:

- Korsakov
- rouwverwerking

- zeer moeizame verliesverwerking
- eenzaamheid (vaak in combinatie met verlies- en rouwverwerking)
- verslaving aan medicijnen (slaap medicatie en/of kalmerende medicatie)
- persoonlijkheidsstoornissen

6.2.3 Signalering

Wat betreft het signaleren van psychische problematiek geven vier geënquêteerden aan het idee te hebben voldoende kennis in huis te hebben om dit te signaleren, waarvan één persoon aangeeft dat dit altijd beter kan. Eén respondent geeft aan het idee te hebben niet voldoende kennis in huis te hebben om psychische problematiek te (kunnen) signaleren bij ouderen.

Hierna volgt een overzicht van de signalen die genoemd worden door de respondenten:

<i>Signaal</i>	<i>Aantal respondenten</i>
Somberheid	3
Niet goed meer voor zichzelf kunnen zorgen/verwaarlozing, zowel lichamelijk als huishoudelijk	2
Niet (meer) in staat contacten te leggen en onderhoud, o.a. met externe organisaties	2
Geheugenproblemen	2
Weinig zin in het leven hebben / nergens meer zin in hebben	2
Isolement/geen contacten hebben	2
Depressie	1
Angsten	1
Stress	1
(Te) veel verlies opeengestapeld	1
Lichamelijke problemen	1
Bang om alleen dood te gaan	1
Belasting voelen t.o.v. de kinderen, niet te veel willen vragen maar wel de behoefte hebben daaraan	1
Psychosomatische klachten	1
Zich terugtrekken	1
Niet willen praten/ontkennen	1
Emotioneel zijn (huilen, boosheid)	1
Niet meer de deur uit durven/willen	1
Slaapproblemen	1

De respondenten zijn unaniem wat betreft het ondernemen van actie bij het tegenkomen van deze signalen. Vier geënquêteerden geven aan cliënten met deze signalen op te nemen in het eigen hulpverleningstraject. Blijkt dit onvoldoende of niet haalbaar, dan

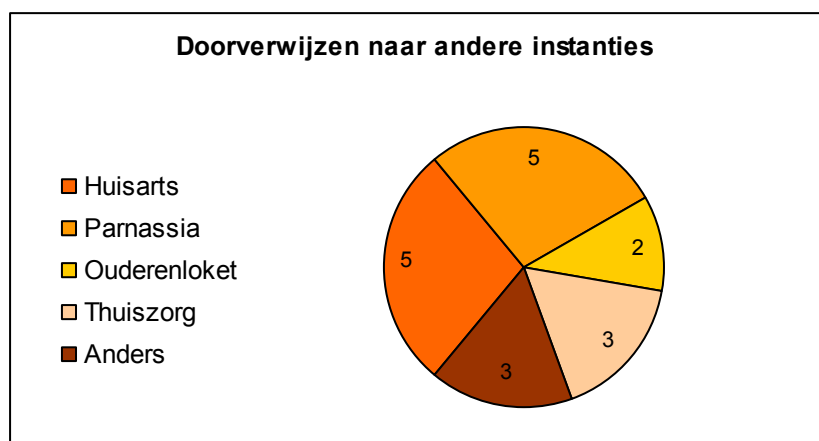
verwijzen alle vijf de respondenten door naar andere instanties of nemen zij contact op met andere instanties voor bijvoorbeeld advies.

Alle geënquêteerden zijn het erover eens dat het AMW Segbroek/Loosduinen een taak heeft op het gebied van signaleren van psychische problematiek bij ouderen. Vier van de geënquêteerden geven hiervoor een reden.

- Eén respondent vindt dat het AMW Segbroek/Loosduinen de cliënt zo moet motiveren, dat specialistische hulp ingezet kan worden en dat tot behandeling overgegaan kan worden.
- Een tweede noemt dat signaleren sowieso een taak van het AMW Segbroek/Loosduinen is en dat ouderen daarbij een belangrijke doelgroep van de caseload vormen.
- Een derde reden is dat het AMW Segbroek/Loosduinen laagdrempelig en bekend is. Er is nauw contact met ouderenwerkers, waardoor er veel ouderen naar het AMW Segbroek/Loosduinen komen. Cliënten komen vaak in eerste instantie met een andere (praktische) hulpvraag. De GGZ is vaak een stap te ver.
- De vierde respondent noemt dat het AMW Segbroek/Loosduinen het als hun taak ziet iets te doen met de signalen die zij tegenkomen.

6.2.4 Doorverwijzen

Figuur 5 geeft inzicht in de doorverwijzingen bij het AMW Segbroek/Loosduinen. De getallen staan voor de hoeveelheid respondenten. Dus vijf respondenten verwijzen zo nodig cliënten door naar de huisarts, vijf naar Parnassia enz.



Figuur 5

Drie geënquêteerden verwijzen naast deze vier instanties, ook cliënten zo nodig door naar anderen. Genoemd worden de ouderenconsulent, ouderenadviseur, Dienst Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Sociale Raad, Advies- en Informatiebalie, Indicatiebureau.

6.2.5 Begeleiding van cliënten met psychische problematiek

De vijf geënquêteerden van het AMW Segbroek/Loosduinen zijn tevreden over de wijze waarop zij cliënten van 60 jaar en ouder met psychische problematiek kunnen begeleiden. Hieronder volgt een opsomming van de antwoorden die de vijf respondenten geven op de vraag waarin die tevredenheid ligt.

- Eén respondent is tevreden over datgene wat het AMW Segbroek/Loosduinen kan bieden.
- Een andere respondent is tevreden, omdat er volgens hem/haar voldoende kennis in huis is om cliënten van 60 jaar en ouder met psychische problematiek te begeleiden.
- De derde respondent vindt dat de individuele begeleiding goed verloopt en heeft geen negatieve opmerkingen. Als hij/zij niet verder kan met een cliënt, wordt deze doorverwezen naar Parnassia.
- Voor een vierde ligt de tevredenheid in het feit dat er een goede samenwerking is met o.a. de huisarts. En dat er combinaties mogelijk zijn van psychosociale/psychische problemen en werken aan bijv. vrijetijdsbesteding.
- De vijfde geënquêteerde denkt dat het begeleiden van ouderen met psychische problematiek niet anders is dan andere doelgroepen met dezelfde problematiek begeleiden. Volgens hem/haar zijn de methodieken hetzelfde.

Drie van hen geven aan op sommige gebieden in mindere mate tevreden te zijn.

- Eén respondent mist een integraal aanbod van welzijn en zorg t.b.v. bepaalde cliënten. Daarnaast merkt hij/zij dat het door de aard van het ziektebeeld van de cliënt soms niet mogelijk is 'binnen' te komen bij een cliënt.
- Een andere respondent geeft aan affiniteit te missen met de doelgroep ouderen. Ook mist hij/zij de mogelijkheid tot een outreachende aanpak.
- De derde respondent heeft ook aangegeven op sommige gebieden in mindere mate tevreden te zijn, maar geeft hierbij geen toelichting.

6.2.6 Ervaringen en contacten met TCO West

Van de vijf geënquêteerden hebben er vier wel eens contact gehad met TCO West.

Redenen van het contact waren:

- samenwerking betreffende een cliënt
- informatie
- verwijzing

Eén van hen heeft contact gehad met de afdeling geriatrie en een sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV), de tweede respondent tevens met een SPV.

Twee van de geënquêteerden geven aan goede ervaringen te hebben met TCO West. Eén van hen heeft recentelijk een gezamenlijke cliënt gehad. De ander geeft aan TCO West weten te vinden en dat er voor zover nodig overleg plaats kan vinden.

Twee andere geënquêteerden zijn matig tevreden. Eén van hen noemt hiervoor twee redenen. Namelijk dat TCO West zich vaak erg richt op medicijngebruik en dat er voor cliënten zonder 'ziekte-inzicht' beperkte mogelijkheden lijken te zijn; mensen moeten

een hulpvraag hebben. De tweede geënquêteerde geeft geen toelichting. Voor één van de geënquêteerden was deze vraag niet van toepassing. Hij/zij geeft aan niet bekend te zijn met TCO West

6.2.7 Bereikbaarheid TCO West

Wat betreft de bereikbaarheid van TCO West zijn twee geënquêteerden van mening dat deze slecht is. Eén van de geënquêteerden vindt deze niet goed en niet slecht. De overige twee geënquêteerden geven aan dat deze vraag niet van toepassing is op hen.

6.2.8 Behandelaanbod TCO West

Hoewel het merendeel van de geënquêteerden van het AMW Segbroek/Loosduinen wel eens contact heeft gehad met TCO West, is niemand van hen op de hoogte van de behandel mogelijkheden van TCO West. Allen zouden hierover geïnformeerd willen worden.

6.2.9 Samenwerking met TCO West

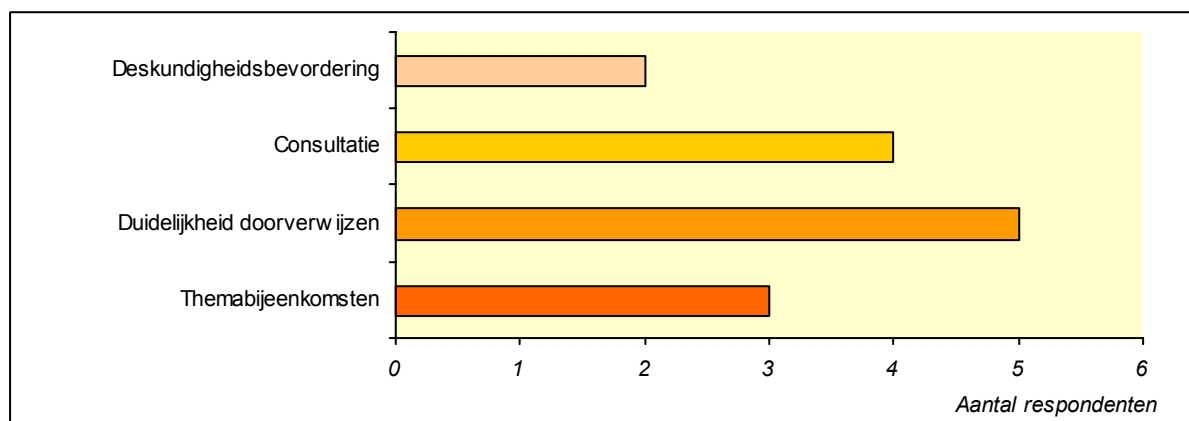
De geënquêteerden vinden het allen wenselijk dat de samenwerking tussen het AMW Segbroek/Loosduinen en TCO West bevorderd wordt.

Drie van hen geven ook inzicht in hun ideeën.

- Contact persoon/personen wederzijds t.b.v. bijvoorbeeld consultatie en samen een cliënt spreken, hulpverleningsplannen afstemmen t.b.v. wederzijdse cliënten, opzetten van een netwerk t.b.v. ouderen met complexe problematiek.
- Meer structureel overleg (nu is dit incidenteel), contactpersonen voor consultatie/overleg, informatie over eventuele groepen c.q. activiteiten voor ouderen.
- Meer kennis over elkaars werkwijze, mogelijkheden en onmogelijkheden, casuïstiekbespreking en onderlinge contactpersonen.

6.2.10 Behoeften AMW Segbroek/Loosduinen

Het hier onderstaande diagram (figuur 6) maakt duidelijk waaraan de vijf geënquêteerden van het AMW Segbroek/Loosduinen vanuit hun huidige werksituatie momenteel behoefte hebben.



Figuur 6

6.2.11 Probleemgebieden voor doorverwijzing

Vier van de geënquêteerden zijn van mening dat er probleemgebieden zijn waarbij TCO West door kan verwijzen naar het AMW Segbroek/Loosduinen. Drie van hen geven inzicht in hun ideeën hieromtrent. Genoemd worden door hen:

- na overleg en afhankelijk van de cliënt: relatieproblematiek, verlies- en rouwverwerking, eenzaamheid, relatie cliënt – derden (incl. maatschappelijk organisatie), echtscheiding, zingeving etc.
- psychosociale problematiek met 'duidelijk aanwijsbare oorzaken', praktische zaken, bijvoorbeeld het zoeken naar vrijetijdsbesteding, verstoorde contacten met familie/kennissen, eenzaamheid
- lichte psychische problemen

Eén geënquêteerde beantwoordde deze vraag niet.

6.2.12 Opmerkingen

Eén van de geënquêteerden plaatst aan het einde van de enquête een opmerking: "Benieuwd naar de ervaringen met allochtone ouderen. Hier vormt taalbarrière een belangrijk aspect om problemen te signaleren (voor de hulpverlener). Eenzaamheid wordt steeds meer een probleem en de verschuiving van rolpatronen."

7. Conclusie

In dit hoofdstuk trachten wij een antwoord te geven op de vraagstelling van ons onderzoek: Hoe kan de samenwerking tussen Parnassia, GGZ voor ouderen TCO West en AMW Segbroek/ Loosduinen verbeterd worden?

Vooraf dient gezegd te worden dat geconcludeerd kan worden dat beide partijen van mening zijn dat een bevordering van de samenwerking wenselijk is.

7.1 Gesignaleerde knelpunten bij TCO West

Deze paragraaf bevat de gesignaleerde knelpunten bij TCO West.

7.1.1 Onduidelijkheid hulpverleningsaanbod

Hoewel de meeste medewerkers van TCO West wel op de hoogte zijn van de aanwezigheid van het AMW Segbroek/Loosduinen, heerst er wel enige onduidelijkheid over het hulpverleningsaanbod.

7.1.2 Verschil AMW Segbroek/Loosduinen en het maatschappelijk werk gebonden aan TCO West

Sinds ongeveer een jaar heeft TCO West een maatschappelijk werker in het team. Het blijkt dat het nog onduidelijk is wanneer het eigen maatschappelijk werk ingeschakeld kan worden en wanneer een doorverwijzing naar het AMW Segbroek/Loosduinen op zijn plaats is.

7.2 Gesignaleerde knelpunten bij het AMW Segbroek/Loosduinen

In deze paragraaf zullen wij ingaan op de bevindingen naar aanleiding van de enquête bij medewerkers van het AMW Segbroek/Loosduinen.

7.2.1 Begeleiding van cliënten met psychische/psychiatrische problematiek

Mensen van 60 jaar en ouder beslaan slechts een klein deel van de caseloads van de maatschappelijk werkers bij het AMW Segbroek/Loosduinen. De mate waarin deze maatschappelijk werkers bij de doelgroep ouderen psychische en psychiatrische problematiek tegenkomt, kan beschreven worden als regelmatig tot vaak. De problematiek is divers.

Over de begeleiding van bovenstaande doelgroep kan gezegd worden dat de medewerkers van het AMW Segbroek/Loosduinen tevreden zijn op een aantal gebieden. In mindere mate zijn zij tevreden over de onmogelijkheid tot een outreachende aanpak. Daarnaast blijkt het soms moeilijk 'binnen te komen' bij een cliënt vanwege de aard van het ziektebeeld.

7.2.2 Kennis over het behandelaanbod

Hoewel er wel contacten zijn geweest vanuit het AMW Segbroek/Loosduinen met TCO West, is het opvallend dat de kennis over het behandelaanbod van TCO West nihil is, of eigenlijk praktisch afwezig. Onduidelijkheid over het behandelaanbod bemoeilijkt de

doorverwijzing naar TCO West.

7.2.3 Bereikbaarheid TCO West

De bereikbaarheid van TCO West kan betiteld worden als slecht. Een slechte bereikbaarheid bevordert contactlegging niet.

8. Aanbevelingen

Dit hoofdstuk bevat aanbevelingen naar TCO West om de samenwerking met het AMW Segbroek/Loosduinen te bevorderen. Puntsgewijs wordt ingegaan op iedere aanbeveling.

1. Profilering

TCO West moet zich beter profileren naar het AMW Segbroek/Loosduinen. Duidelijk moet zijn wat TCO West te bieden heeft. Wat omvat het hulpverleningsaanbod? Dit kan onder andere geschieden door folderverspreiding.

2. Contactpersonen

Binnen het AMW Segbroek/Loosduinen zijn er twee medewerkers die het aandachtsgebied ouderen hebben. Hiermee zouden rechtstreekse lijnen gelegd kunnen worden, om zo een goede communicatie in gang te zetten. In overleg met deze twee contactpersonen kunnen afspraken gemaakt worden over overleg en dergelijke. Evenals bij het AMW Segbroek/Loosduinen, moeten er bij TCO West ook twee contactpersonen zijn. Twee contactpersonen maken dat bij afwezigheid van de ene medewerker, de tweede medewerker aangesproken kan worden. Deze contactpersonen moeten zorg dragen voor het onderhouden van de contacten met het AMW Segbroek/Loosduinen en het maken van afspraken. Dit bevordert tevens de bereikbaarheid van TCO West, omdat zo duidelijk wordt bij wie men moet zijn voor welke vragen.

3. Duidelijkheid probleemgebieden

Vanuit het AMW Segbroek/Loosduinen is duidelijk behoefte aan duidelijkheid over probleemgebieden voor doorverwijzing. Dus bij welke problematiek moet waarnaar verwezen worden. Om dit inzichtelijk te maken zou een concept of protocol doorverwijzing opgesteld moeten worden. Dit kan bijvoorbeeld in de vorm van een schema, waarin de antwoorden op bepaalde vragen gevolgd worden door pijlen die uiteindelijk een uitkomst bieden.

4. Themabijeenkomsten

De medewerkers van het AMW Segbroek/Loosduinen hebben aangegeven behoefte te hebben aan themabijeenkomsten. In deze bijeenkomsten kunnen verschillende thema's aan de orde komen. Er kan bijvoorbeeld een bijeenkomst gewijd worden aan een uitleg over TCO West. Hoe ziet TCO West er organisatorisch uit en wat heeft het te bieden. Ook kunnen onderwerpen aan de orde komen zoals depressie bij ouderen en geheugenproblematiek. Deze themabijeenkomsten kunnen ingevuld worden door medewerkers van TCO West, aangezien binnen TCO West voldoende kennis in huis is over deze onderwerpen. Het is wenselijk om te inventariseren aan welke onderwerpen er behoefte is bij de medewerkers van het AMW Segbroek/Loosduinen.

5. Consultatie

Vanuit het AMW Segbroek/Loosduinen is er tevens vraag naar consultatie vanuit Parnassia. Dit zal vooral plaats moeten vinden in de vorm van casuïstiekbespreking.

6. Deskundigheidsbevordering

Naast de eerder genoemde themabijeenkomsten is er ook behoefte aan deskundigheidsbevordering. De themabijeenkomsten kunnen hier in zekere mate aan bijdragen, maar dit zal moeten worden uitgebreid. Het opzetten van een cursus deskundigheidsbevordering ouderenpsychiatrie kan in deze behoefte voorzien. In deze cursus moeten de verschillende ziektebeelden aan bod komen, waarbij aandacht moet zijn voor het aspect 'hoe te herkennen' en 'hoe hier mee om te gaan'. Belangrijk is het om hierbij casuïstiek te gebruiken ter illustratie.

Als laatste willen wij erop wijzen dat het van belang is dat binnen TCO West duidelijkheid komt over de mogelijkheden en meerwaarde van het 'eigen' maatschappelijk werk, maar ook over de meerwaarde van het algemeen maatschappelijk werk. Duidelijk moet zijn welke criteria er zijn om een cliënt te verwijzen naar het 'eigen' maatschappelijk werk en welke criteria er zijn om een cliënt juist door te verwijzen naar het algemeen maatschappelijk werk, in dit geval het AMW Segbroek/Loosduinen.

9. Afsluiting

Gedurende de uitvoering van het project hebben wij regelmatig contact gehad met de opdrachtgever en onze afstudeerbegeleider. Met beiden hebben wij overlegd over de aanpak, uitvoering en voortgang van het onderzoek. Door deze nauwe samenwerking hebben wij het onderzoek kunnen bijstellen waar nodig was. Wij denken dat alle partijen tevreden zijn over het door ons geleverde onderzoek en het daarbij behorende totale verslag.

Voor een goede uitvoering van onze aanbevelingen is vervolgonderzoek gewenst wat betreft het ontwikkelen van een protocol doorverwijzing en manieren van profilering. Ons onderzoek is niet toereikend genoeg om uitspraak te doen over adequate uitvoering van deze twee aanbevelingen.

Literatuur en bronnen

Blom, M, Boland, G, van den Berg, J, van den Burg, M. & van den Dool, W. (1999)
Niet met zoveel woorden. Depressie bij ouderen. Utrecht: NIZW Uitgeverij.

Buijssen, H. (1996)
Depressie bij ouderen. Baarn: Uitgeverij Intro.

Casti, M, van den Dool, W & Kersten, I. (2001)
Achter een lachend gezicht. Depressie bij ouderen. RS Drukkerij BV.

Migchelbrink, F. (2001)
Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn. Amsterdam: Uitgerij SWP.

Reedijk, J.S. (1996)
Psychiatrie. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.

Vandereycken, W. & van Deth, R. (1997)
Psychiatrie van diagnose tot behandeling. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

1. Folder TCO Noord/West/Zuid
Parnassia, GGZ voor Ouderen
Mei 2002
2. Folder AMW Segbroek/Loosduinen
Stichting welzijnsorganisatie Segbroek Loosduinen
3. www.parnassia.nl
4. www.czmedicinfol.nl
5. www.rivm.nl
6. www.nrc.nl
7. www.trimbos.nl
8. www.nationaalkompas.nl
9. www.nizw.nl

BIJLAGE 1: ENQUÊTE BESTEMD VOOR TCO WEST

In opdracht van TCO West onderzoeken wij hoe de samenwerking met het AMW Segbroek/Loosduinen er momenteel uitziet en hoe TCO West deze samenwerking kan bevorderen.

In Den Haag zijn zeven AMW-teams werkzaam, verdeeld over de verschillende stadsdelen van Den Haag. Het AMW Segbroek/Loosduinen valt binnen het verzorgingsgebied van TCO West.

Bij het AMW werken beroepskrachten die zijn opgeleid om mensen met problemen op weg te helpen. Ze bemiddelen als het nodig is of verwijzen naar andere instanties. Samen met de cliënt wordt gezocht naar een oplossingsrichting, die voldoende houvast biedt om weer zelfstandig verder te kunnen.

Kort gezegd, het AMW Segbroek/Loosduinen biedt laagdrempelige hulpverlening aan ieder die hulp nodig heeft binnen het stadsdeel Segbroek/Loosduinen, dit houdt zowel psychosociale hulpverlening als praktische hulpverlening in.

In het kader van dit onderzoek benaderen wij ook het AMW Segbroek/Loosduinen.

Deze enquête heeft betrekking op dit onderzoek. Het invullen kost u ongeveer 10 minuten.

Bij voorbaat dank.

Ellen van Leeuwen

Patricia van de Sande

4^e jaars studenten maatschappelijk werk & dienstverlening

Functie:

.....

.....

1. Bent u op de hoogte van de aanwezigheid van het AMW in het stadsdeel Segbroek / Loosduinen?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

2. Bent u op de hoogte van het hulpverleningsaanbod van het AMW Segbroek/Loosduinen?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

3. Heeft u wel eens contact gehad met het AMW Segbroek/Loosduinen?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Zo ja, wat was de reden van het contact?

.....

.....

.....

.....

.....

Hoe vaak heeft u contact gehad met het AMW Segbroek/Loosduinen?

- ☐ 1 – 5
- ☐ 6 – 10
- ☐ Anders nl.

.....

.....

.....

4. Heeft u een cliënt wel eens doorverwezen naar het AMW Segbroek/Loosduinen?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Zo ja, wat was de reden van doorverwijzing en hoe verliep deze doorverwijzing?

.....

.....

.....

.....

.....

Zo nee, waarom niet?

.....

.....

.....

.....

.....

5. Hoe zijn uw ervaringen met het AMW Segbroek/Loosduinen?

- ☐ Goed
- ☐ Matig
- ☐ Slecht
- ☐ N.v.t.

Licht uw ervaringen toe.

.....

.....

.....

.....

.....

6. Is het volgens u wenselijk dat de samenwerking tussen het AMW Segbroek/Loosduinen en TCO West bevorderd wordt?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Zo ja, welke mogelijkheden ziet u?

.....

.....

.....

.....

.....

Zo nee, waarom niet?

.....

.....

.....

.....

.....

7. Zijn er volgens u situaties waarbij een verwijzing vanuit TCO West naar het AMW Segbroek/Loosduinen nuttig kan zijn?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Zo ja, welke situaties?

.....

.....

.....

.....

.....

Zo nee, waarom niet?

.....

.....

.....

.....

.....

8. Hoe denkt u dat het AMW Segbroek/Loosduinen de samenwerking ziet? Welke kritiekpunten en wensen zouden zij hebben?

.....

.....

.....

.....

.....

9. Eventuele opmerkingen

.....

.....

.....

.....

.....

BIJLAGE 2: ENQUÊTE BESTEMD VOOR AMW SEGBROEK/LOOSDUINEN

GGZ voor Ouderen

De GGZ voor Ouderen van Parnassia, psycho-medisch centrum behandelt en begeleidt cliënten vanaf 65 jaar met psychiatrische stoornissen (inclusief geheugenstoornissen). Voor behandeling en begeleiding kunnen cliënten op verschillende locaties terecht.

Eén van deze mogelijkheden is behandeling binnen de Transmurale Centra voor Ouderenpsychiatrie (TCO).

Den Haag is in drie regio's opgedeeld van waaruit de TCO's Noord, West en Zuid hun zorg aanbieden. Het algemeen maatschappelijk werk (AMW) Segbroek/Loosduinen valt binnen het verzorgingsgebied van TCO West.

De behandeling binnen TCO West is bedoeld voor cliënten met psychische problemen, zoals ernstige somberheid, angst- of spanningsklachten, een onverwerkt rouwproces, contact- of relatieproblemen, geheugenklachten. De zorg kan bestaan uit:

1. ambulante begeleiding en behandeling, waarbij mensen zonodig thuis bezocht worden
2. het volgen van een intensief behandelprogramma binnen de deeltijdbehandeling
3. consultatie aan medewerkers van andere dienstverlenende instellingen
4. het organiseren en uitvoeren van klinische lessen voor medewerkers van verzorgings- en verpleeghuizen en thuiszorg.

Het ambulante team van TCO West is gehuisvest op het Verhulstplein 14. Dit is de vroegere RIAGG. De deeltijdbehandeling is gehuisvest op het terrein van Parnassia aan de Albardastraat.

Het onderzoek

In opdracht van TCO West onderzoeken wij hoe de samenwerking met het AMW Segbroek/Loosduinen er momenteel uit ziet en hoe TCO West deze samenwerking kan bevorderen.

Deze enquête heeft betrekking op dit onderzoek. Wij willen u vragen deze in te vullen. Het invullen zal u 10 à 15 minuten kosten.

Bij voorbaat dank.

Ellen van Leeuwen

Patricia van de Sande

4^e jaars studenten maatschappelijk werk & dienstverlening

Inleiding

Hieronder volgt een beknopte beschrijving over psychische problemen bij ouderen.

Bij oudere mensen (60 jaar en ouder) is ernstige somberheid een veelvoorkomend probleem. Eenzaamheid, het verlies van een partner en lichamelijke achteruitgang kunnen daarbij een rol spelen. Ook kunnen problemen voorkomen met het geheugen en de oriëntatie. Soms worden psychische problemen vertaald in lichamelijke problemen.

De meest voorkomende psychische problemen bij ouderen zullen wij kort beschrijven.

- **Depressie**

Depressie staat op het punt om volksziekte nummer 2 te worden. Ongeveer 15 % van de ouderen in Nederland heeft last van depressieve klachten. Toch worden maar weinig ouderen voor hun depressieve klachten behandeld. Eén van de redenen hiervoor is dat depressie bij ouderen minder vaak worden (h)erkend door de betrokkenen zelf, maar ook door hun omgeving. Dat is spijtig, omdat aan depressieve klachten of aan een depressie wel iets te doen valt.

- **Angststoornissen**

Recente onderzoeken onder de oudere bevolking laten zien, dat ook angststoornissen tot de meest voorkomende psychiatrische aandoeningen bij ouderen behoren. Uit onderzoeken onder Nederlandse ouderen blijkt dat ruim 10 % van de ouderen tussen de 55 en 85 jaar kampt met een angststoornis. Ook hier geldt dat maar weinig ouderen voor hun angstklachten worden behandeld. Ondersignalering speelt hierbij een belangrijke rol.

- **Co-morbiditeit**

Combinaties van angst- en stemmingsstoornissen (co-morbiditeit) komen, net als bij jongere volwassenen, ook bij ouderen vaak voor. Recente co-morbiditeitscijfers uit Nederlands onderzoek laten zien dat er bij 36 % tot 47,5 % van de ouderen met een depressieve stoornis ook sprake is van een angststoornis. Omgekeerd liggen de cijfers resp. 13 % tot 26,1 %.

- **Dementie**

Geheugenklachten komen bij ouderen vaak voor en horen bij het ouder worden; de geheugenfunctie wordt nu eenmaal minder als men ouder wordt. Dementie is echter een ziekte, een verzamelnaam voor verschillende hersenaandoeningen die met elkaar gemeen hebben dat veranderingen in de hersenen ertoe leiden dat bepaalde hersencellen niet goed meer functioneren en uiteindelijk afsterven. Naar schatting 250.000 mensen in Nederland lijden aan dementie. Omdat de kans op dementie toeneemt met de leeftijd zijn de meeste dementerenden ouder dan 75 jaar. Men schat dat van alle mensen boven de 60 jaar 6 % aan een vorm van dementie lijdt.

1. Hoeveel cliënten van boven de 60 jaar heeft u gemiddeld genomen in uw caseload?

- ☐ 1 – 5
- ☐ 6 – 10
- ☐ 10 – 15
- ☐ Anders, nl.

2. Hoe vaak komt u psychische problematiek bij ouderen tegen in uw werksituatie?

- ☐ Vaak
- ☐ Regelmatig
- ☐ Soms
- ☐ Nooit

3. Welke problematiek komt u tegen? *(zie inleiding)*

- ☐ Depressie
- ☐ Angststoornissen
- ☐ Dementie / geheugenproblemen
- ☐ Anders, nl.

.....

.....

.....

4. Heeft u het idee voldoende kennis in huis te hebben om psychische problematiek te (kunnen) signaleren bij ouderen?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Zo ja, wat zijn de signalen die u tegenkomt?

.....

.....

.....

.....

.....

Wat doet u nu met die signalen?

- ☐ Opnemen in uw hulpverleningstraject
- ☐ Doorverwijzen / contact leggen
- ☐ Anders, nl.

.....

.....

.....

5. Naar welke instanties verwijst u door / met welke instanties legt u contact?

- ☐ Huisarts
- ☐ Parnassia, GGZ voor Ouderen
- ☐ Ouderenloket

-
- ☐ Thuiszorg
 - ☐ Anders, nl.

.....

.....

.....

6. Vindt u dat het AMW Segbroek/Loosduinen een taak heeft op het gebied van signaleren van psychische problematiek bij ouderen?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Zo ja, omdat:

.....

.....

.....

.....

.....

Zo nee, omdat:

.....

.....

.....

.....

.....

7. Bent u tevreden over de wijze waarop u cliënten (60 jaar en ouder) met psychische problematiek kunt begeleiden?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Zo ja, waarin ligt die tevredenheid?

.....

.....

.....

.....

.....

Zo nee, wat mist u?

.....

.....

.....

.....

.....

8. Hoe zijn uw ervaringen met TCO West?

- ☐ Goed
- ☐ Matig
- ☐ Slecht

Licht uw ervaringen toe.

.....

.....

.....

.....

.....

9. Bent u op de hoogte van de behandelmogelijkheden van TCO West?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Zo nee, zou u hierover geïnformeerd willen worden?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

10. Heeft u wel eens contact gehad met TCO West?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Zo ja, omdat:

- ☐ Samenwerking omtrent een cliënt
- ☐ Consultatie
- ☐ Informatie
- ☐ Anders, nl.

.....

.....

.....

Zo ja, met welke disciplines?

.....

.....

.....

.....

.....

Zo nee, omdat:

.....

.....

.....

.....

.....

11. Hoe beoordeelt u de bereikbaarheid van TCO West?

- ☐ Zeer slechte bereikbaarheid
- ☐ Slechte bereikbaarheid
- ☐ Niet goed/niet slecht
- ☐ Goede bereikbaarheid
- ☐ Zeer goede bereikbaarheid
- ☐ N.v.t.

12. Is het volgens u wenselijk dat de samenwerking tussen TCO West en het AMW Segbroek/Loosduinen bevorderd wordt?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Zo ja, welke mogelijkheden ziet u?

.....

.....

.....

.....

.....

Zo nee, waarom niet?

.....

.....

.....

.....

.....

13. Heeft u vanuit uw huidige werksituatie behoefte aan:

- ☐ Themabijeenkomsten, bijv. over specifieke problematiek bij ouderen
- ☐ Duidelijkheid over de probleemgebieden voor doorverwijzing
- ☐ Consultatie
- ☐ Deskundigheidsbevordering
- ☐ Anders, nl.

.....

.....

.....

14. Zijn er probleemgebieden waarbij TCO West cliënten door kan verwijzen naar het AMW Segbroek/Loosduinen?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Zo ja, welke?

.....

.....

.....

.....

.....

Zo nee, waarom niet?

.....

.....

.....

.....

.....

15. Eventuele opmerkingen.

.....

.....

.....

.....

.....