



Dr. Martine Burin, Ouderenpsychiater: "Hoe kwetsbaarder mensen worden, hoe moeilijker het wordt om het onderscheid te maken tussen wat somatisch is en wat psychisch. Want het ene heeft automatisch repercussies op het andere."

MULTIDISCIPLINAIR WERKEN IS MET ONZE PATIËNTENPOPULATIE ABSOLUUT NOODZAKELIJK

De ouderenpsychiater behandelt mensen boven de 65 jaar met cognitieve problemen, al dan niet gerelateerd met gedragsproblemen. Het gaat om het hele scala van psychiatrische aandoeningen zoals onder andere delirium, depressie, psychose en dementie. De afdeling psychogeriatric van het ZOL telt dertig bedden en is gelegen op campus Sint-Barbara. Ouderenpsychiater dr. Martine Burin is het medisch diensthoofd.

Dr. Martine Burin: "Op de afdeling psychogeriatric vind je een heel diverse populatie. Cognitieve problemen komen vaak voor maar kunnen heel verschillende oorzaken hebben. Ze komen bij ouderen voor bij een heel breed scala van psychiatrische aandoeningen, uiteraard bij dementie maar ook bij stemmingsstoornissen bijvoorbeeld. Bovendien zijn sommige psychiatrische symptomen zoals wanen en hallucinaties uiting van een onderliggend dementieel beeld. Het is de taak van het multidisciplinair team om te zoeken naar het onderliggende probleem, dus een accurate diagnose te stellen en van daaruit een beleid op te stellen, samen met de patient en zijn of haar familie."

"Hoe kwetsbaarder mensen worden, hoe moeilijker het wordt om het onderscheid te maken tussen wat somatisch is en wat psychisch. Want het ene heeft automatisch repercussies op het andere. Vandaar dat er op de afdeling een medisch co-managment is met de internist-geriater dr. Joris Meeuwissen. Ikzelf ben als ouderpsychiater verantwoordelijk voor de dagdagelijkse aansturing."

"We hebben een algemeen therapieaanbod in groep, zowel ergotherapeutisch als psychomotorisch, maar daarnaast worden de noden specifiek per patiënt bekeken. Daardoor kunnen individuele therapieën heel erg uiteenlopend zijn. Zo maken we regelmatig gebruik van bestaande

on-line psycho-educatie. Daarnaast proberen we ouderen toch te enthousiasmeren voor het gebruik van de computer. Via internet is het voor minder mobiele ouderen toch mogelijk om in contact te blijven met familie en vrienden zonder dat fysieke verplaatsingen nodig zijn. Het vermindert eenzaamheid en optimaliseert de daginvulling. Het zorgt ervoor dat mensen meer betrokken blijven op wat er rondom hen gebeurt. De drempel is hoger maar wanneer ze hun weg gevonden hebben, zijn de meesten wel enthousiast. In de onmiddellijke toekomst is dit een evolutie die dan ook alleen maar aan belang zal winnen, gezien het feit dat onze toekomstige generaties ouderen hiermee al vertrouwd zijn."

De zorgverleners op de afdeling zijn heel specifiek opgeleid om met patiënten met cognitieve problemen te werken?

Dr. Martine Burin: "Onze afdeling was aanvankelijk een chronische zorgafdeling. Het ziekenhuis heeft deze een aantal jaren geleden geconverteerd naar een psychogeriatric-afdeling. Dit omdat daar een heel duidelijk hiaat was in het bestaande zorgaanbod. Het heeft wel aanpassingen gevraagd van de zorgverleners. Zij hadden ervaring met chronische zorg maar niet met psychiatrie."

"In overleg met onze ziekenhuisdirectie en met de toenmalige KHLim hebben we een volledig opleidingstraject met specifieke topics voor



het team uitgeschreven. We hebben ervaren opleiders gezocht en daarna zijn alle zorgverleners op stage geweest in het zorg-ethisch lab Stimul in West-Vlaanderen, omdat zorgethiek een van de specifieke klemtonen was binnen het opleidingstraject. Zorgverleners krijgen bij Stimul de kans om zich in te leven in de rol van zorgontvanger. Als je met patiënten werkt die erg kwetsbaar geworden zijn, wordt goede zorg een manier om hun zelfbeeld te versterken en dan wordt ethiek zo belangrijk. Je moet beseffen wat de impact is van de zorg die je verleent aan personen met dementie bijvoorbeeld. Bovendien moeten we soms beslissingen nemen tegen de wil van patiënten in omdat ze vanuit hun dementie niet meer in staat zijn om gevaarlijke situaties correct in te schatten. Het komt er dan op aan om mensen toch nog zoveel mogelijk in hun gevoel van zelfwaarde te respecteren..”

“Als mensen zich erkend voelen, zien we dat moeilijk hanteerbaar gedrag afneemt waardoor ook de noodzaak tot het gebruik van sederende psychofarmaca vermindert.”

Jullie team een ervaringsgerichte opleiding geven bij Stimul maakte van jullie trouwens pioniers. Intussen is er ook een Stimullab in Leuven bijgekomen.

Dr. Martine Burin: “De omschakeling voor het verpleegkundig team naar psycho-geriatrie is inderdaad zeer goed verlopen door de goede voorbereiding. De opleiding

heeft zeker bijgedragen aan de kwaliteit van de zorg. We merken dat we soms nog op specifieke problemen vastlopen maar we leiden de zorgverleners systematisch en progressief verder op via regelmatige interviews met de hoofdverpleegkundige en de psychologen. Daarnaast zijn we nog steeds op zoek naar geschikte bijscholingen extern. Intussen beschikt het team toch over heel wat expertise. En nieuwe verpleegkundigen die het opleidingstraject niet doorlopen hebben, vinden snel aansluiting bij de groep en doorlopen de stage in het ‘nieuwe’ Stimul.”

Het is vaak toch een moeilijke patiëntenpopulatie waarmee jullie werken?

Dr. Martine Burin: “Onze patiëntenpopulatie is zeer specifiek. Niet iedereen heeft affiniteit met onze doelgroep. Ofwel hou je van werken op psycho-geriatrie, ofwel helemaal niet. Bovendien is dit werk zwaar en confronterend. Onze groepsleden hebben een bewuste keuze gemaakt, zijn erg geëngageerd en betrokken en dat maakt dat we een sterk gemotiveerd team hebben. We krijgen van onze patiënten en hun familie dan ook veel positieve reacties. Er is veel bewondering voor onze verpleegkundigen die erg geduldig blijven ondanks de moeilijke situaties waarin ze dagdagelijks terecht komen. Bovendien worden ze regelmatig met boosheid en agressie geconfronteerd maar ze kunnen dit goed kaderen en weten dat dit niet naar hen persoonlijk bedoeld is.”

“Wij richten ons in eerste instantie op mensen die cognitief toch nog mogelijkheden hebben, we verwachten dat ze in groep kunnen functioneren. Hiervoor gebruiken we de mini-mental state examination (MMSE) als screeningsinstrument. Mensen moeten hier toch nog minstens 18 op 30 scoren om bij ons opgenomen te kunnen worden. Onze infrastructuur is niet aangepast aan de noden van mensen die cognitief zwakker zijn. Bovendien kunnen ze dan ook niet meer aan het groepsprogramma participeren waardoor ze zich overbevraagd en gefaald voelen en dat willen we uiteraard helemaal vermijden. Mensen met erg storend gedrag vanuit hun ernstige dementie hebben nood aan een specifieke, aangepaste en vaak beveiligde omgeving. Initieel opteren we ervoor om deze doelgroep op een gesloten geriatrie afdeling te behandelen. Wanneer dit niet lukt verwijzen we door naar het psychiatrisch ziekenhuis.”

Jullie hebben een groot netwerk. Met wie of welke instanties wordt er samengewerkt?

Dr. Martine Burin: “Ons netwerk, zeker voor mensen met cognitieve problemen, is zeer uitgebreid. Het traject start wanneer patiënten door de huisarts naar het geheugencentrum gestuurd worden voor een diagnose. De patiënt wordt geëvalueerd door het multidisciplinair team op de geheugenraadpleging van de dienst Geriatrie.



Na de diagnose zijn verschillende begeleidingstrajecten mogelijk.”

“Dementie op zich is niet behandelbaar, wel kunnen we met medicatie de evolutie afremmen. We proberen de autonomie van mensen met dementie te bevorderen, de zelfredzaamheid zo lang mogelijk te bewaren met de bedoeling om mensen zo lang mogelijk in hun vertrouwde milieu te laten functioneren. Ook mantelzorgers worden ondersteund, hen wordt bijvoorbeeld concreet handvaten aangereikt hoe om te gaan met specifieke situaties of moeilijk hanteerbaar gedrag. Mensen die net de diagnose van dementie gekregen hebben, bieden we het cognitieve revalidatieprogramma aan waar ze door de psycholoog en de ergotherapeut opgevolgd worden. De kosten voor dit individuele cognitieve revalidatieprogramma worden grotendeels gedragen door de ziekteverzekering omdat we officieel door de overheid hiervoor erkend zijn.”

“Daarnaast hebben we het groepsprogramma voor mensen met dementie en hun mantelzorgers. Dat is een traject dat we samen met het Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg organiseren, het is enerzijds de bedoeling om uitgebreid psycho-educatie te verschaffen anderzijds om het lotgenotencontact te versterken. Voor mensen die nood hebben aan meer info is er ons dementie praatcafé het Geheugensteuntje.”

“Patiënten kunnen ook instappen in een thuisbegeleidingstraject dat uitgetekend wordt door Menos, in samenwerking met de huisartsenvereniging Prometheus, het OCMW, het ouderenteam van het Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG), het Wit-Gele Kruis, het Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem en het ZOL. Tijdens een wekelijks gerontopsychiatrisch overleg bespreken we de moeilijke casussen. Hierdoor kunnen we bij crisissituaties snel bijsturen aangezien zowel de thuisverpleegkundigen als de psychologen aan huis gaan. Bedoeling is de patiënt zo lang mogelijk thuis te laten functioneren en de opname in een woonzorgcentrum te vertragen.”

“Ook met het psychiatrisch centrum van Rekem (OPZC) hebben we een

zeer vlotte samenwerking. Bij twijfel over de indicatie kunnen verpleegkundigen van OPZC zelfs patiënten bij ons in het ZOL komen evalueren. Dit werkt duidelijk drempelverlagend als het een opname voorafgaat. De verpleegkundige kan al info verstrekken en de werking van de afdeling verduidelijken waardoor mensen toch meer gerustgesteld zijn als ze er opgenomen worden.”

“Ik ben zelf ook als psychiater verbonden aan het ouderenteam van het CGG. Dat maakt dat de verwijzingen tussen ZOL en CGG zeer vlot verlopen en dat de psychologen van het CGG snel kunnen ingeschakeld worden wanneer nodig.”

“Ook met de collega’s ouderenpsychiaters van het Medisch Centrum St.-Jozef in Munsterbilzen hebben we een zeer vlot contact, ondermeer door de komst van collega dr. Maarten Vandenbossche naar het ZOL.”

Waarom is het netwerk zo belangrijk voor jullie populatie?

Dr. Martine Burin: “De sterkte van een groot netwerk is dat mensen echt zorg op maat krijgen, specifiek aangepast aan hun noden en behoeften. Zo worden mensen met ernstige therapieresistente depressie bijvoorbeeld snel doorverwezen naar MC St.-Jozef omdat ze daar electroconvulsietherapie kunnen krijgen. Korsakowpatiënten kunnen naar het OPZC georiënteerd worden gezien het specifieke behandelaanbod daar. Bovendien moet ook de infrastructuur aangepast zijn aan de noden. Door een aangepaste omgeving kan je het gebruik van sederende psychofarmaca en fixatie drastisch verminderen wat een goede zaak is. Sommige afdelingen hebben een doorgang waar mensen kunnen rondlopen zonder storend te zijn voor medebewoners. Dat is een grote meerwaarde aangezien het onrust vermindert zonder gebruik van medicatie.”

“We proberen er voor te zorgen dat mensen zo snel mogelijk in de voor hen meest geschikte setting terecht komen. Dat kan alleen maar als je een efficiënt werkend netwerk hebt met betrokken en geëngageerde partners.”

Grete Bollen