



Gemeenschappelijk advies over de geestelijke gezondheid van ouderen*

SAMENVATTING

Op 12 februari 2019 werd Hare Majesteit Koningin Mathilde ingehuldigd als Beschermend erelid van de Franstalige en Nederlandstalige Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België. Bij die gelegenheid vond, op verzoek van de Koningin, een wetenschappelijk symposium plaats over de geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren op 24 juni 2022. Als vervolg hierop en voortbouwend op de thema's uit het eerste symposium, stelde een gezamenlijke commissie van de Academies in samenspraak met Hare Majesteit een voorstel op voor een tweede symposium over de geestelijke gezondheid van ouderen op 2 oktober 2024.

Om dit te realiseren werd intensief overlegd met betrokken belanghebbenden. Een werkgroep met experts op het gebied van geestelijke gezondheidszorg voor ouderen werd samengesteld. De prioriteit was om aanbevelingen te formuleren die in lijn zijn met bestaande beleidsstructuren en huidige praktijkervaringen in de geestelijke gezondheidszorg voor ouderen. De aanbevelingen zijn gebaseerd op een holistische visie, waarbij diverse perspectieven geïntegreerd worden en waarbij multidisciplinair overleg centraal staat, in plaats van losse acties door verschillende partijen.

De aanbevelingen zijn samengevat in vijf thema's:

1. **Hervorming van de gezondheidszorg.**
2. **Ouderen centraal stellen in het zorgtraject.**

* Het symposium en het advies werden voorbereid door een gemeenschappelijke commissie, samengesteld uit Ivan Bautmans, An De Sutter, Mirko Petrovic (coördinator), Theo Van Achterberg en Dirk Van Raemdonck (voorzitter KAGB) voor de Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België, Benoît Boland, Olivier Bruyère, Georges Casimir (vast secretaris ARMB), Eric Constant (coördinator), Didier Giet, Philippe Kohl, Dominique Lamy, Isabelle Salmon (voorzitter ARMB), André Scheen, Anne Spinewine en Thierry Pepersack voor de Académie royale de Médecine de Belgique, en Sandra De Breucker (ULB, Hôpital Erasme), Jan De Lepeleire (KU Leuven, Eerstelijnszone Zuid-Oost Rand Antwerpen), An Haekens (Alexianen Zorggroep Tienen) en Mathieu Vandenbulcke (KU Leuven) als externe experts. De Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België en l'Académie royale de Médecine de Belgique keurden het advies goed op 25 januari 2025.

† Le symposium et l'avis ont été préparé par une commission commune composée de Ivan Bautmans, An De Sutter, Mirko Petrovic (coordinateur), Theo Van Achterberg et Dirk Van Raemdonck (président KAGB) pour la Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België, Benoît Boland, Olivier Bruyère, Georges Casimir (secrétaire perpétuel ARMB), Eric Constant (coordinateur), Didier Giet, Philippe Kohl, Dominique Lamy, Isabelle Salmon (présidente ARMB), André Scheen, Anne Spinewine et Thierry Pepersack pour l'Académie royale de Médecine de Belgique, et Sandra De Breucker (ULB, Hôpital Erasme), Jan De Lepeleire (KU Leuven, Eerstelijnszone Zuid-Oost Rand Antwerpen), An Haekens (Alexianen Zorggroep Tienen) et Mathieu Vandenbulcke (KU Leuven) en tant qu'experts externes. La Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België et l'Académie royale de Médecine de Belgique ont approuvé l'avis en date du 25 janvier 2025.



Avis commun sur la santé mentale des personnes âgées†

RESUME

Le 12 février 2019, Sa Majesté la Reine Mathilde a été intronisée en tant que membre d'honneur de l'Académie royale de médecine de Belgique francophone et néerlandophone. Cet événement festif s'est accompagné d'un symposium scientifique sur la santé mentale des enfants et des adolescents, qui a eu lieu le 24 juin 2022. Suite à ce symposium et en s'appuyant sur les lignes directrices établies lors de la cérémonie d'intronisation, une commission commune des Académies a élaboré en concertation avec Sa Majesté une proposition pour un symposium sur la santé mentale des personnes âgées, prévu pour le 2 octobre 2024.

À cette fin, nous avons engagé une concertation étroite avec les acteurs concernés. Un groupe de travail a été créé avec la participation d'experts du secteur des soins de santé mentale pour les personnes âgées. La priorité était que l'avis soit en adéquation avec les lignes politiques et structures précédemment tracées et avec l'état actuel du domaine des soins de santé mentale pour les personnes âgées. L'avis repose sur une vision holistique d'une véritable intégration des différentes perspectives, qui doivent être abordées simultanément et de manière transdisciplinaire en concertation réelle, et non par une simple addition des actions des différents acteurs.

Cinq thèmes résument les recommandations :

1. **Réforme des soins de santé.**
2. **Les personnes âgées au cœur du projet.**

3. **Een nieuw verhaal over ouder worden in onze maatschappij.**
4. **Toewerken naar gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg voor ouderen.**
5. **Optimaliseren van medicatiegebruik bij ouderen.**

Het advies gaat uit van een doelmatige inzet van publieke middelen op basis van evidence-based protocollen, gebruikmakend van bio-psycho-sociale gegevens voor preventie, diagnose en behandeling. Samengevat adviseren de Academies beleidsmakers en betrokkenen in de geestelijke gezondheidszorg voor ouderen als volgt:

1. **Vorbereitung op toekomstige uitdagingen.** De maatschappij moet voorbereid zijn op de uitdagingen van de gezondheidszorg en het welzijn van ouderen, vooral voor wie kampt met mentale en psychiatrische problemen. Dit vraagt om een volksgezondheidsgerelateerde visie, geïntegreerde zorg, toepassing van het competentiemodel, persoonsgerichte benadering, een territoriale aanpak, passende woonvormen, zorgovergangen en een balans tussen klinische en volksgezondheidsgerelateerde benaderingen binnen de geestelijke gezondheidszorg. Sociale, omgevings- en antropologische factoren zijn cruciaal bij het herdenken van het zorgsysteem, waarbij het paradigma van individuele behandeling en ondersteuning altijd ontoereikend zal zijn
2. **Overbrug de digitale kloof.** Om ouderen actief te laten deelnemen aan online gemeenschappen en zorgdiensten, is het essentieel om hen digitale vaardigheden bij te brengen. Dit verrijkt hun leven en helpt hen verbonden te blijven in een steeds digitalere wereld.
3. **Een nieuw narratief over ouder worden.** Naarmate onze samenleving vergrijst, moet een nieuw verhaal over ouder worden ontwikkeld worden dat zowel de uitdagingen erkent als de positieve aspecten viert. Door stereotypen te doorbreken, een gebalanceerd perspectief te promoten en de bijdragen van ouderen te waarderen, creëren we een samenleving die mensen in elke levensfase ondersteunt en waardeert.
4. **Gespecialiseerde zorg voor ouderen met mentale problemen.** Geestelijke

3. **Vieillir dans notre société : vers un nouveau récit.**
4. **Vers des soins de santé mentale spécialisés pour les personnes âgées.**
5. **Optimisation de l'utilisation des médicaments chez les personnes âgées.**

L'avis part du principe que les ressources mises à disposition par le gouvernement sont consacrées à des actions fondées sur des protocoles basés sur des preuves, et ce, sur la base de données bio-psycho-sociales en matière de prévention, de diagnostic et d'interventions thérapeutiques. En résumé, les Académies conseillent aux décideurs politiques et aux acteurs impliqués dans les soins de santé mentale pour les personnes âgées ce qui suit :

1. **Préparation aux défis futurs**
La société doit être prête à relever les défis en matière de soins de santé et de bien-être pour les personnes âgées dans un avenir proche, en particulier celles ayant des problèmes mentaux et psychiatriques. Cela nécessite une vision de santé publique, des soins intégrés, l'application du modèle de compétences, une médecine centrée sur la personne, une approche territoriale, le logement adapté, les transitions de soins et un équilibre entre les approches cliniques et de santé publique en matière de santé mentale. Les facteurs sociaux, environnementaux et anthropologiques sont cruciaux pour repenser le système, où le paradigme du traitement et de l'accompagnement individuel sera toujours insuffisant.
2. **Comblar le fossé numérique** pour les adultes âgés est crucial pour leur participation active aux communautés en ligne et aux services de santé. Les renforcer avec des compétences en littératie numérique enrichit leur vie en leur permettant de rester connectés dans un monde de plus en plus numérique.
3. À mesure que notre société vieillit, il est essentiel de **développer un nouveau récit sur le vieillissement**. Ce récit doit reconnaître les défis, mais aussi célébrer les aspects positifs du vieillissement. En remettant en question les stéréotypes, en promouvant une perspective équilibrée et en reconnaissant les contributions des adultes âgés, nous pouvons créer une société qui valorise et soutient les individus à toutes les étapes de la vie.
4. **Soins spécialisés pour les personnes âgées souffrant de problèmes mentaux.**

gezondheidsproblemen bij ouderen blijven grotendeels onderbelicht in België, wat betekent dat er geen gevoel van urgentie is om een gespecialiseerde aanpak te ontwikkelen. Om deze ongelijkheid aan te pakken, stellen we een 10-puntenplan voor om de zorg voor ouderen met mentale problemen te verbeteren:

- Bevorder epidemiologisch onderzoek naar de prevalentie en on vervulde behoeften van ouderen met mentale problemen.
- Organiseer campagnes om bewustwording en preventie van mentale problemen bij ouderen te bevorderen.
- Breid de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg uit, inclusief eerstelijnspsychologen met expertise in ouderenzorg.
- Vergroot het aantal mobiele geestelijke gezondheidszorgteams voor ouderen.
- Ontwikkel geïntegreerde zorgnetwerken voor ouderen.
- Richt intensive care-eenheden in voor ouderen met ernstige gedragsproblemen.
- Bouw bruggen tussen algemene en psychiatrische ziekenhuizen.
- Besteed aandacht aan specifieke noden van ouderen in psychiatrische ziekenhuizen, zoals klinische farmacie en meer ondersteuning door huisartsen.
- Stimuleer specifieke opleidingen voor zorgprofessionals over geestelijke gezondheidszorg voor ouderen.
- Creëer gespecialiseerde woonvormen voor ouderen met psychische en somatische zorgbehoeften.

5. **Optimalisatie van medicatiegebruik bij ouderen.** Het verbeteren van medicatiebeheer is een belangrijk onderdeel van het Belgische zorgsysteem. Innovatie en samenwerking zijn nodig om gepersonaliseerde en kwalitatief hoogstaande zorg voor ouderen te garanderen.

Les problèmes de santé mentale chez les adultes âgés restent largement sous-évalués en Belgique, ce qui signifie qu'il n'y a pas de sentiment d'urgence pour développer une approche spécialisée. Pour remédier à cette inégalité, nous proposons un programme en 10 points pour améliorer les soins aux adultes âgés ayant des problèmes de santé mentale :

- Encourager la recherche épidémiologique pour étudier la prévalence et les besoins non satisfaits des adultes âgés ayant des problèmes de santé mentale.
- Organiser des campagnes pour sensibiliser et prévenir les problèmes de santé mentale chez les adultes âgés.
- Élargir les soins de santé mentale de première ligne, y compris les psychologues de première ligne ayant une expertise en adultes âgés.
- Étendre les équipes mobiles de santé mentale pour les adultes âgés.
- Développer des réseaux de soins intégrés pour les adultes âgés.
- Créer des unités de soins intensifs pour les adultes âgés ayant des problèmes de comportement sévères.
- Construire des passerelles entre les hôpitaux généraux et psychiatriques.
- Répondre aux besoins spécifiques des adultes âgés dans les hôpitaux psychiatriques, tels que la pharmacie clinique et un soutien accru des médecins généralistes.
- Encourager la formation spécifique sur les problèmes de santé mentale chez les adultes âgés pour les professionnels de la santé.
- Créer des logements adaptés pour les adultes âgés ayant des besoins en soins psychiatriques et somatiques.

5. **Optimiser l'utilisation des médicaments chez les personnes âgées** est une composante importante du système de santé en Belgique. En transformant la recherche en action, en promouvant l'innovation et en stimulant les partenariats, nous pouvons garantir des soins personnalisés et de haute qualité pour les adultes âgés.

INLEIDING

In de meeste westerse landen wordt aangenomen dat de leeftijd van 65 jaar de overgang markeert van actief volwassen leven naar het beschouwd worden als “oudere volwassene”. Deze drempel, die bepaald wordt op basis van maatschappelijke rollen, houdt echter geen rekening met culturele en functionele aspecten zoals maatschappelijke waarde en autonomie. Veel volwassenen van in de zestig en zeventig zijn nog steeds erg fit, actief en autonoom.

Vanuit medisch perspectief is “oud zijn” tegenwoordig een subjectieve perceptie, gebaseerd op criteria zoals kwetsbaarheid, de combinatie van meerdere aandoeningen (multimorbiditeit) en veranderingen in het metabolisme van geneesmiddelen. Met andere woorden, de groep ouderen is zo heterogeen dat het onjuist zou zijn hen uitsluitend te definiëren aan de hand van een starre leeftijdsgrens.

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) definieert geestelijke gezondheid als “een toestand van welzijn waarin iedereen zijn of haar potentieel kan verwezenlijken, met de normale stress van het leven kan omgaan, productief kan werken en kan bijdragen aan de maatschappij”. Er bestaat echter geen internationaal geaccepteerde definitie van geestelijke gezondheidsproblemen. Terugkerende thema's in huidige definities zijn dat geestelijke gezondheidsproblemen invloed hebben op de persoonlijkheid van een persoon, zijn vermogen om met verschillende aspecten van het dagelijks leven om te gaan, en zijn sociale interacties. Deze definities omvatten zowel psychische stress (onaangename gevoelens en emoties die iedereen in het dagelijks leven kan ervaren en die sociale functies kunnen verstoren) als psychiatrische stoornissen (cognitieve stoornissen, verstoorde regulatie van emoties of gedragsstoornissen die mentale aandoeningen weerspiegelen).

Bij opeenvolgende hervormingen van de geestelijke gezondheidszorg in België wordt de leeftijd van 65 jaar steeds gebruikt als grens tussen “volwassenen” en “ouderen”.

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) publiceerde in 2018 een rapport waarin de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg voor ouderen en de impact ervan op deze doelgroep werd belicht, evenals mogelijke verbeteracties. Dit leidde tot een gezamenlijke verklaring van verschillende overheden voor een nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor ouderen.

Het ouder worden op zich is geen ziekte, maar de gevolgen ervan kunnen de levenskwaliteit en geestelijke gezondheid in verschillende mate

INTRODUCTION

Dans la plupart des pays occidentaux, il est admis que l'âge de 65 ans marque la transition entre l'âge adulte actif et le statut de « personne âgée ». Ce seuil, défini en termes de rôle social, ne tient cependant pas compte des aspects culturels et fonctionnels, tels que la valeur sociale et l'autonomie. En effet, de nombreuses personnes dans la soixantaine et la soixante-dizaine sont encore très en forme, actives et autonomes.

D'un point de vue médical, être « vieux » est aujourd'hui une perception subjective, basée sur des critères tels que la fragilité, une combinaison de pathologies (multimorbidité), et des changements dans le métabolisme des médicaments. En d'autres termes, le groupe des personnes âgées est si hétérogène qu'il serait incorrect de le définir uniquement sur la base d'un seuil d'âge rigide.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) décrit la santé mentale comme « un état de bien-être permettant à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler de manière productive et fructueuse et de contribuer à la communauté. » Cependant, il n'existe pas de définition internationalement acceptée des problèmes de santé mentale. Les thèmes récurrents dans les définitions actuelles indiquent que les problèmes de santé mentale affectent la personnalité d'une personne, sa capacité à gérer divers aspects de la vie quotidienne et ses interactions sociales. Ces définitions englobent à la fois la détresse psychologique (sentiments et émotions désagréables que tout individu peut éprouver dans la vie quotidienne et qui peuvent perturber le fonctionnement social) et les troubles psychiatriques (troubles cognitifs, perturbation de la régulation des émotions ou troubles du comportement reflétant des troubles mentaux).

Lors des réformes successives des soins de santé mentale en Belgique, l'âge de 65 ans a toujours été utilisé pour déterminer la frontière entre les « adultes » et les « personnes âgées ».

Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) a publié en 2018 un rapport pour dénoncer l'organisation des soins de santé mentale chez les personnes âgées - et l'impact que cela a sur elles - et pour formuler des actions d'amélioration. Cela a conduit à une déclaration commune des différents gouvernements en faveur d'une nouvelle politique de santé mentale pour les personnes âgées.

Vieillir n'est pas une maladie en soi, mais ses conséquences peuvent avoir un impact variable sur la qualité de vie et la santé mentale. Les personnes âgées

beïnvloeden. Ouderen worden vaker geconfronteerd met pijnlijke ervaringen zoals verlies, invaliderende situaties, fysieke verwaarlozing of misbruik dan de algemene bevolking. Ze hebben vaak te maken met isolatie, verlies van autonomie en eenzaamheid. Al deze factoren kunnen leiden tot depressie of angst. Terwijl veel ouderen volop en bewust genieten van het leven, worstelen anderen, soms onbewust, met het naderende levenseinde en zeer beangstigende, existentiële vragen. Bovendien zijn geestelijke en lichamelijke gezondheid bij ouderen nauwer met elkaar verbonden dan bij andere leeftijdsgroepen. Geestelijke gezondheidsproblemen bij ouderen leiden vaak tot een slechtere prognose, langere ziekenhuisopnames, sneller verlies van autonomie en een verhoogde kans op institutionalisering. Daarom is het essentieel om zowel de somatische als de psychologische aspecten in overweging te nemen bij het aanpakken van geestelijke gezondheidsproblemen bij ouderen.

Zorgverleners beschouwen geestelijke gezondheidsproblemen vaak als normale tekenen van veroudering en denken daarom dat behandeling niet nodig is. Diagnoses worden ook bemoeilijkt door multimorbiditeit en polyfarmacie, vaak veroorzaakt door een gebrek aan bewustzijn van principes van geriatrie. Ouderen zelf zijn traag in het uiten van klachten over hun geestelijke gezondheid en zoeken vaak geen hulp, mede door het aanhoudende taboe rond geestelijke gezondheidsproblemen.

Begin jaren 2000 kwamen de Belgische federale overheid, de gemeenschappen en regio's overeen om het landschap van psychiatrische zorg te reorganiseren. Het doel was om te evolueren naar steeds meer geïntegreerde zorg in een omgeving die zo weinig mogelijk complex moet zijn. Het doel van deze hervorming was om mensen zo veel mogelijk in hun vertrouwde omgeving te houden. Daarom lag de nadruk op zorg in de leefomgeving in plaats van in een zorginstelling. Deze aanpak, die volledig aansluit bij de principes van het chronische zorgmodel, maakt ook deel uit van een internationale trend.

De vijf basisprincipes van de hervorming van de Belgische geestelijke gezondheidszorg zijn:

1. **Deinstitutionalisering**: het introduceren van intensieve en gespecialiseerde ambulante zorg als alternatief voor ziekenhuisopname.
2. **Sociale inclusie**: revalidatie en re-integratie door samenwerking met onderwijs, cultuur, arbeid, sociale huisvesting, enz.
3. **Decategorisatie**: door zorgcirkels en netwerken samenwerking realiseren tussen de sectoren ouderenzorg, geestelijke

sonst plus souvent confrontées à des expériences douloureuses telles que le deuil, des situations invalidantes, la négligence physique ou la maltraitance que la population générale. Elles font souvent face quotidiennement à l'isolement, la perte d'autonomie et la solitude. Tous ces facteurs peuvent conduire à la dépression ou à l'anxiété. Bien que de nombreuses personnes âgées profitent pleinement et consciemment de la vie, d'autres luttent, parfois inconsciemment, avec la fin de vie imminente et des questions existentielles très angoissantes. De plus, la santé mentale et physique des personnes âgées est plus étroitement liée que dans d'autres groupes d'âge. Les problèmes de santé mentale chez les personnes âgées entraînent souvent une mauvaise évolution, avec des hospitalisations plus longues, une perte d'autonomie plus rapide et une institutionnalisation accrue. Il est donc crucial de prendre en compte à la fois les aspects somatiques et psychiques dans la gestion des problèmes de santé mentale chez les personnes âgées.

Les prestataires de soins considèrent encore souvent les problèmes de santé mentale comme des manifestations normales du vieillissement et pensent donc qu'ils ne nécessitent pas de traitement. Le diagnostic est en outre compliqué par la multimorbidité et la polymédication, souvent causées par une méconnaissance des principes de la gériatrie. Les personnes âgées elles-mêmes se plaignent rarement de leurs problèmes mentaux et sont souvent réticentes à demander de l'aide, en raison des tabous persistants sur les problèmes psychiques.

Au début des années 2000, le gouvernement fédéral belge, les communautés et les régions ont convenu de réorganiser le paysage des soins psychiatriques. L'objectif était d'évoluer vers des soins de plus en plus intégrés dans un environnement adapté, aussi peu complexe que possible. Le but de cette réforme était de maintenir les personnes autant que possible dans leur environnement familial. C'est pourquoi l'accent a été mis sur les soins dans le milieu de vie plutôt que dans un établissement de soins. Cette approche, qui correspond entièrement aux principes du modèle de soins chroniques, fait également partie d'une tendance internationale.

Les cinq principes de base de la réforme des soins de santé mentale en Belgique sont les suivants :

1. **Désinstitutionnalisation** : introduction de formes de soins ambulatoires intensifs et spécialisés comme alternative à l'hospitalisation.
2. **Inclusion sociale** : réhabilitation et réintégration nécessitant une collaboration avec l'éducation, la culture, le travail, le logement social, etc.
3. **Décategorisation** : réalisation d'une coopération via des circuits et des réseaux de

- gezondheidszorg, zorg voor volwassenen met een beperking en justitie.
- 4 **Intensivering:** zorg in ziekenhuizen intensiveren.
 - 5 **Consolidatie:** de verschillende pilootprojecten op federaal niveau en binnen de gemeenschappen en regio's integreren in het algemene concept van geestelijke gezondheidszorg.

In 2002 werd besloten de geestelijke gezondheidszorg te organiseren volgens de principes van doelgroepen en zorgnetwerken. Het doel was om geïntegreerde zorg te bieden, waarbij de patiënt centraal staat en continuïteit van zorg wordt gewaarborgd. Drie doelgroepen werden vastgesteld: kinderen en adolescenten (tot 18 jaar), volwassenen en ouderen.

Deze hervormingen benadrukken dat integrale, persoonsgerichte en inclusieve zorg cruciaal is om tegemoet te komen aan de complexe noden van ouderen.

Vervolgens werden “therapeutische projecten” opgezet om patiëntoverleg binnen de doelgroep en in bepaalde geografische gebieden te organiseren en/of te coördineren. Voor deze pilootprojecten werd een periode van drie jaar uitgetrokken. Ongeveer één op de zes therapeutische projecten richtte zich specifiek op ouderen.

In 2010 werden enkele van deze therapeutische projecten geïntegreerd in de oprichting van de zogenaamde “Artikel 107”-zorgnetwerken. Het doel hiervan was om de middelen van ziekenhuizen en diensten in de onmiddellijke leefomgeving te integreren. Deze netwerken richtten zich primair op zorg voor volwassenen tussen 16 en 65 jaar binnen een bepaalde geografische regio.

De vijf functies van de hervorming op basis van “Artikel 107” omvatten:

1. **Preventie en promotie** van geestelijke gezondheidszorg, vroege detectie, screening en diagnose. Deze functie richt zich op eerstelijnszorg, inclusief thuiszorg en ondersteunende diensten.
2. **Mobiele psychiatrische teams** voor intensieve behandeling van acute en chronische geestelijke gezondheidsproblemen in de thuisomgeving, in lijn met de principes van deinstitutionalisering.
3. **Rehabilitatieteams** die werken aan re-integratie en sociale inclusie. Dit vereist een transversale aanpak, overeenkomstig het inclusieprincipe.

soins entre et avec les secteurs des soins aux personnes âgées, des soins de santé mentale, des soins aux personnes handicapées et de la justice.

4. **Intensification** : intensification des soins au sein des hôpitaux.
5. **Consolidation** : régularisation des différents projets pilotes, tant au niveau fédéral qu'au niveau des communautés et des régions, dans le cadre global des soins de santé mentale.

En 2002, il a été décidé d'organiser les soins de santé mentale selon les principes des groupes cibles et des réseaux de soins. L'objectif était de proposer des soins intégrés, centrés sur le patient et assurant la continuité des soins. Trois groupes cibles ont été déterminés : enfants et adolescents (jusqu'à 18 ans), adultes, et personnes âgées.

Ces réformes soulignent que des soins intégrés, personnalisés et inclusifs sont essentiels pour répondre aux besoins complexes des personnes âgées.

Ensuite, des « projets thérapeutiques » ont été mis en place pour organiser et/ou coordonner la concertation autour du patient au sein de son groupe cible et dans certaines zones géographiques. Une période de trois ans a été prévue pour ces projets pilotes. Environ un sixième des projets thérapeutiques concernaient les personnes âgées.

En 2010, certains des « projets thérapeutiques » ont été intégrés à la création des réseaux de soins dits « article 107 ». L'objectif était d'intégrer les ressources des hôpitaux et des services dans l'environnement de vie direct. Ces réseaux étaient principalement axés sur les soins aux adultes âgés de 16 à 65 ans dans une région géographique définie.

Les cinq fonctions de la réforme de l'« article 107 » comprennent :

1. **Activités de prévention et de promotion** de la santé mentale, de détection précoce, de dépistage et de diagnostic. Cette fonction se concentre sur la première ligne, y compris les soins à domicile et les services d'accompagnement.
2. **Équipes psychiatriques mobiles** pour le traitement intensif des problèmes psychiques aigus et chroniques à domicile, selon le principe de la désinstitutionnalisation.
3. **Équipes de réhabilitation** travaillant à la réintégration et à l'inclusion sociale. Cela nécessite une approche transversale, selon le principe de l'inclusion.
4. **Unités de traitement résidentiel intensif** pour les problèmes psychiques aigus et

4. **Intensieve residentiële behandelafdelingen** voor acute en chronische geestelijke gezondheidsproblemen wanneer ziekenhuisopname noodzakelijk is, conform het principe van intensivering.
5. **Specifieke woonvormen** met zorgdiensten voor situaties waarin zorg in de thuisomgeving of een alternatieve setting niet langer haalbaar is.

chroniques, lorsque l'hospitalisation est nécessaire, selon le principe de l'intensification.

5. **Formes spécifiques de logement** avec soins, lorsque les soins à domicile ou en environnement de substitution ne sont plus possibles.

De therapeutische projecten binnen de geestelijke gezondheidszorg eindigden in 2012 om plaats te maken voor structurele financiering door het RIZIV voor "consultaties betreffende de psychiatrische patiënt aan huis". Hierbij worden geen leeftijdscriteria gehanteerd, maar een van de voorwaarden is dat de patiënt een psychiatrisch, niet-organisch probleem heeft, waarvoor een primaire diagnose is gesteld op basis van DSM-IV of ICD-10-CM. De geïntegreerde thuiszorgdiensten (GDT) spelen hierin een belangrijke rol.

Les projets thérapeutiques en soins de santé mentale ont pris fin en 2012 pour laisser place à un financement structurel par l'INAMI pour les « consultations autour du patient psychiatrique à domicile ». Aucun critère d'âge n'est appliqué, mais l'une des conditions est que le patient ait un problème psychiatrique non organique pour lequel un diagnostic principal a été posé sur la base du DSM IV ou de la CIM 10-CM. Les services intégrés de soins à domicile (SISD) jouent un rôle important à cet égard.

In dezelfde periode kregen verschillende andere therapeutische projecten voor ouderen een nieuwe kans via de "Protocol 3"-projecten, die ook in 2010 van start gingen, maar geen onderdeel waren van de geestelijke gezondheidszorgsector. De "Protocol 3"-projecten zijn bedoeld om innovatieve initiatieven te financieren die institutionalisering van 60-plussers voorkomen door hun levenskwaliteit te verbeteren. Deze projecten richten zich primair op casemanagement, maar kunnen ook andere interventies omvatten.

À la même période, certains autres projets thérapeutiques pour les personnes âgées ont eu une nouvelle chance grâce à l'initiative des projets « Protocole 3 » ciblant les personnes âgées, lancés également en 2010 mais ne faisant pas partie du secteur soins de santé mentale. Les projets « Protocole 3 » visent à financer des initiatives innovantes retardant l'institutionnalisation des personnes de plus de 60 ans en améliorant leur qualité de vie. Ces projets se concentrent principalement sur la gestion de cas, mais peuvent également inclure d'autres interventions.

Ook de sector langdurige zorg voor ouderen met verminderde fysieke en mentale capaciteiten werd herstructureren volgens dezelfde principes als de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg. Het doel was om zorg in de leefomgeving te bevorderen en langdurige ziekenhuisopnames te verminderen. De federale overheid en de gemeenschappen en regio's ondertekenden samenwerkingsprotocollen, waarbij laagintensieve zorgbedden (low care) geleidelijk werden vervangen door hoogintensieve zorgbedden (high care) in zorginstellingen. Dit kan worden gezien als een vorm van "zorgintensivering".

Le secteur des soins de longue durée pour les personnes âgées avec une capacité physique et mentale réduite a également été restructuré selon les mêmes principes que la réforme des soins de santé mentale. L'objectif était de promouvoir les soins dans le milieu de vie et de réduire les hospitalisations de longue durée. Le gouvernement fédéral et les communautés et régions ont conclu des protocoles d'accord permettant de remplacer progressivement les lits de soins à faible intensité (low care) par des lits de soins intensifs (high care) dans les établissements de soins. Cela peut être considéré comme une forme d'« intensification des soins ».

Het eerdergenoemde "Protocol 3" stimuleert de ontwikkeling van diensten die ouderen zo lang mogelijk in hun vertrouwde omgeving houden, zoals thuisinterventies en dagcentra. Dit sluit aan bij het principe van deinstitutionalisering uit de geestelijke gezondheidszorg.

Le « Protocole 3 » susmentionné encourage le développement de services pour maintenir les patients âgés dans leur environnement familial aussi longtemps que possible, tels que les interventions à domicile et les centres de jour. Cela suit le principe de la désinstitutionnalisation des soins de santé mentale.

Deze hervormingen benadrukken het belang van geïntegreerde zorgmodellen die zowel preventief als reactief zijn en zich richten op de specifieke behoeften van ouderen. Ze zetten in op samenwerking tussen verschillende sectoren en de betrokkenheid van de

Ces réformes mettent en avant l'importance de modèles de soins intégrés, à la fois préventifs et réactifs, axés sur les besoins spécifiques des personnes âgées. Elles privilégient la collaboration entre les différents secteurs et l'engagement de la communauté,

gemeenschap, waarbij de autonomie en tout en plaçant l'autonomie et la qualité de vie des
levenskwaliteit van ouderen centraal staan. personnes âgées au cœur des préoccupations

HOOFDSTUK 1

Hervorming van de gezondheidszorg

Jan De Lepeleire, Theo van Achterberg & Dominique Lamy

Het is algemeen bekend dat de Belgische bevolking veroudert: de groep 65-plussers zal groeien van 19,6% in 2022 naar 25,1% in 2050, terwijl de groep 80-plussers in dezelfde periode zal verdubbelen van 5,6% naar 10,1%, wat dan een groep van 1.271.000 personen zal omvatten (1). Hoewel de levensverwachting wordt verlengd, verwacht men een groeiende zorgbehoefte, op verschillende gebieden en niveaus, wegens een stijgende levensduur met ziekte. Vooral mentale problemen, zoals dementie en depressie, kunnen een belangrijke invloed hebben op de nood aan ondersteuning en zorg.

In wat volgt nemen we een inventaris op van de onderdelen van de puzzel die moet worden gelegd voor een gezondheids- en welzijnssysteem dat kan inspelen op de groeiende noden. We eindigen met suggesties over geestelijke gezondheid.

1.1. Geïntegreerde zorg

Het recente KCE-rapport over geïntegreerde zorg in België vermeldt “dat om uitdagingen zoals de vergrijzing en een groeiende prevalentie van chronische aandoeningen het hoofd te bieden, het gezondheidssysteem moet verschuiven van een organisatie van diensten die voornamelijk gericht is op acute episoden en infectieziekten, naar persoonsgerichte zorg. Integratie van diensten wordt gepromoot als een middel om deze transitie te maken en de ‘*Quintuple Aim*’ van verbetering in de gezondheidszorg te bereiken” (2). Al meer dan een decennium is de realisatie van “geïntegreerde zorg” een doel van de Belgische federale en gefedereerde overheden.

Een van de operationele definities in het rapport van geïntegreerde zorg luidt:

“Geïntegreerde gezondheidsdiensten zijn gezondheidsdiensten die worden beheerd en geleverd zodat mensen een continuüm van gezondheidsbevordering, ziektepreventie, diagnose, behandeling, ziektebeheer, revalidatie en palliatieve zorg ontvangen, gecoördineerd over de verschillende niveaus en locaties van zorg binnen en buiten de gezondheidssector, en volgens hun behoeften gedurende de hele levensloop.”

Enkele belangrijke resultaten uit het KCE-rapport:

- Over het algemeen beschouwden de 885 professionals, die deelnamen aan de online

CHAPITRE 1

Réforme des soins de santé

Jan De Lepeleire, Theo van Achterberg & Dominique Lamy

Il est bien connu que la population belge vieillit : la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus passera de 19,6 % en 2022 à 25,1 % en 2050. Pendant la même période, le groupe des 80 ans et plus doublera, passant de 5,6 % à 10,1 %, ce qui représentera alors un groupe de 1.271.000 personnes (1). Bien que l’espérance de vie s’allonge, on prévoit une augmentation des besoins en soins, dans différents domaines et à différents niveaux, à cause d’une augmentation de la durée de vie en « maladie ». En particulier, les problèmes mentaux comme la démence et la dépression peuvent avoir un effet significatif sur la demande de soutien et de soins.

Dans ce qui suit, nous dressons un inventaire des éléments nécessaires pour construire un système de santé et de bien-être capable de répondre aux besoins croissants. Nous terminerons par des suggestions concernant la santé mentale.

1.1. Soins intégrés

Le récent rapport du Centre fédéral d’expertise des soins de santé (KCE) sur les soins intégrés en Belgique indique que « pour relever des défis tels que le vieillissement de la population et une prévalence croissante des maladies chroniques, le système de santé doit évoluer d’une organisation des services centrée principalement sur des épisodes aigus et des maladies transmissibles vers des soins centrés sur la personne. L’intégration des services a été promue comme un moyen de faciliter cette transition et de permettre d’atteindre les « cinq objectifs de l’amélioration des soins de santé » (*Quintuple Aim*) » (2). Depuis plus d’une décennie, la réalisation de « soins intégrés » est et reste un objectif des gouvernements fédéraux et fédérés belges.

L’une des définitions opérationnelles des soins intégrés figurant dans le rapport est la suivante :

« Les services de santé intégrés sont des services de santé qui sont gérés et fournis de manière à ce que les individus reçoivent un continuum de promotion de la santé, de prévention des maladies, de diagnostic, de traitement, de gestion des maladies, de réhabilitation et de soins palliatifs, coordonné entre les différents niveaux et lieux de soins, au sein et au-delà du secteur de la santé, et selon leurs besoins tout au long de leur vie. »

Quelques résultats importants du rapport du KCE :

- Globalement, les 885 professionnels ayant participé à l’enquête en ligne ont estimé que

enquête, geïntegreerde zorg in België als in een beginfase, en beoordeelden zij de maturiteit ervan als vrij laag.

- Wat betreft de maturiteitsscore van verschillende geïdentificeerde beleidsdoelen, beoordeelden de stakeholders deze ook als laag. De beleidsdoelen waarvoor meer dan 30% van de stakeholders aangaf dat er niets is gedaan om deze te bereiken, waren:
 - Het verzekeren van de nodige rekrutering van zorgprofessionals.
 - Het versterken van iemands vermogen tot zelfbeheer of niveau van empowerment door nieuwe financieringsmodellen.
 - Het vereenvoudigen, integreren en verbeteren van de doeltreffendheid van organisaties en structuren,
 - Het ontwikkelen van synergiën tussen federale en regionale niveaus.
- Er werd geen verschil in de maturiteitsscore waargenomen tussen de verschillende regio's voor twee derde van de dimensies.
- Meer dan 60% van de respondenten gaf aan dat ze meestal of altijd tevreden waren over de organisatie van zorg.

Stakeholders stelden een groot aantal acties voor, die werden onderverdeeld in 11 groepen (superclusters):

- Het activeren van patiënten als drijvende kracht achter geïntegreerde zorg.
- Het ontwikkelen van vaardigheden en capaciteit voor geïntegreerde zorg.
- Het definiëren en consolideren van governance, rollen en verantwoordelijkheden voor geïntegreerde zorg.
- Het ontwikkelen van een populatiegerichte aanpak.
- Het ontwikkelen van een visie op geïntegreerde zorg en het bouwen van een platform voor verandering.
- Het faciliteren van interprofessionele, interorganisatorische en intersectorale samenwerking op micro- en mesoniveau.
- Het verbeteren van de toegang tot en uitwisseling van gegevens en het structureren van communicatielijnen.
- Het verbeteren en stroomlijnen van besluitvorming op macroniveau.
- Het bevorderen van een cultuur van evaluatie en kwaliteit.
- Het herstructureren van financiering voor geïntegreerde zorg.
- Het versterken van het platform voor leren en innovatie.

les soins intégrés en Belgique étaient à une phase de genèse, avec une maturité jugée relativement faible.

- En ce qui concerne la notation de la maturité des objectifs politiques identifiés, les parties prenantes ont également attribué des scores faibles. Les objectifs pour lesquels plus de 30 % des parties prenantes ont indiqué qu'aucune action n'avait été entreprise sont les suivants :
 - Assurer le recrutement nécessaire des professionnels de santé.
 - Renforcer l'autonomie des personnes ou leur capacité à gérer elles-mêmes leur santé grâce à de nouveaux modèles de financement.
 - Simplifier, intégrer et améliorer l'efficacité des organisations et structures.
 - Développer des synergies entre les niveaux fédéral et régional.
- Pour deux tiers des dimensions, aucune différence dans la notation de maturité n'a été observée entre les différentes régions.
- Plus de 60 % des répondants ont déclaré qu'ils étaient souvent ou toujours satisfaits de l'organisation des soins.

Les parties prenantes ont proposé un grand nombre d'actions regroupées en 11 super-clusters :

- Activer les patients comme moteurs des soins intégrés.
- Renforcer les compétences et les capacités nécessaires aux soins intégrés.
- Définir et consolider la gouvernance, les rôles et les responsabilités des soins intégrés.
- Développer une approche basée sur la population.
- Élaborer une vision des soins intégrés et créer une plateforme de changement.
- Favoriser la collaboration interprofessionnelle, interorganisationnelle et intersectorielle aux niveaux micro et méso.
- Améliorer l'accès et l'échange des données, et structurer les lignes de communication.
- Simplifier et optimiser la prise de décision au niveau macro.
- Nourrir une culture d'évaluation et d'orientation vers la qualité.
- Restructurer le financement des soins intégrés.
- Renforcer la plateforme d'apprentissage et d'innovation.

Omdat de implementatie van geïntegreerde zorg een volledige systeemtransitie vereist, is het formuleren van verschillende geïsoleerde, op zichzelf staande acties onvoldoende om deze transitie te maken. Daarom stelden stakeholders een uitgebreide reeks acties voor, die een breed scala van sectoren bestrijken en ingebed zijn in een overkoepelende visie. De veelheid aan voorgestelde acties benadrukte de noodzaak van een gefaseerde aanpak voor het implementeren van geïntegreerde zorg: een transitiepad met stapsgewijze hervormingen om te voldoen aan de eisen van dit zeer ambitieuze en complexe transitieproces.

De geraadpleegde stakeholders waren het er ook over eens dat een territoriale aanpak noodzakelijk is, met samenhangend gedefinieerde gebieden die verantwoordelijk zijn voor:

- (1) het ondersteunen van de ontwikkeling van een populatiegerichte aanpak, waarin zorgverleners en -organisaties verantwoordelijk zijn voor het organiseren en leveren van zorg over het gehele zorgcontinuüm voor een gedefinieerde populatie;
- (2) het faciliteren van interprofessionele en intersectorale samenwerking; en
- (3) het garanderen van de kwaliteit van zorg.

Ondertussen zijn 12 pilootprojecten aan de gang (www.integreo.be).

1.2. Territoriale aanpak

De territoriale aanpak is een noodzakelijke voorwaarde om persoonsgerichte acties en behandelingen te kunnen organiseren. Dit betekent dat een verschuiving moet plaatsvinden van institutioneel gerichte gezondheidszorg (ziekenhuizen en woonzorgcentra) naar populatiegerichte eerstelijnszorg.

Enkele inspirerende voorbeelden:

- In 2014 werd een nota gepubliceerd over de zogenaamde “zorgzame buurten”. Dit zijn buurten waar mensen comfortabel wonen in hun eigen huis of vertrouwde buurt (3). Het is een buurt waar jong en oud elkaar kennen en helpen. In een zorgzame buurt staan levenskwaliteit en toegankelijkheid centraal. De voorzieningen en diensten zijn toegankelijk voor iedereen. Iedereen voelt zich er welkom en krijgt de nodige hulp, ongeacht de behoefte aan ondersteuning.
- Gefinancierd door het Fonds Wetenschappelijk Onderzoek werd het interuniversitaire D-SCOPE-project uitgevoerd (4). In het kader van een zes-stappenprocedure, met de betrokkenheid van vrijwilligers en lokale adviesraden, werden huisbezoeken afgelegd bij de meest kwetsbare personen om hun onvervulde

La mise en œuvre des soins intégrés nécessite une transition systémique complète. Formuler plusieurs actions isolées et autonomes ne suffira pas à réaliser cette transition. Les parties prenantes ont donc proposé un ensemble d’actions cohérent couvrant un large éventail de secteurs et intégré dans une vision globale. La multitude d’actions suggérées a mis en évidence la nécessité d’une approche progressive pour mettre en œuvre les soins intégrés, un cheminement de transition avec des réformes incrémentielles pour répondre aux exigences de ce processus de transition très ambitieux et complexe.

Les parties prenantes consultées ont également convenu qu’une approche territoriale est nécessaire, avec des territoires définis de manière cohérente et responsables :

- (1) De soutenir le développement d’une approche basée sur la population dans laquelle les prestataires ou organisations de soins de santé sont responsables de l’organisation et de la prestation des soins sur tout le continuum pour une population définie.
- (2) De faciliter la collaboration interprofessionnelle et intersectorielle.
- (3) De garantir la qualité des soins.

Par ailleurs, 12 projets pilotes sont en cours (www.integreo.be).

1.2. Approche territoriale

L’approche territoriale est une condition nécessaire pour pouvoir organiser des actions et des traitements centrés sur la personne. Cela signifie qu’il faut passer d’une organisation des soins de santé centrée sur les institutions (hôpitaux et maisons de repos) à des soins primaires basés sur la population.

Quelques exemples inspirants :

- En 2014, une note a introduit le concept de *quartiers solidaires*. Il s’agit de quartiers où les gens vivent confortablement chez eux ou dans leur quartier familial (3). C’est un lieu où jeunes et vieux se connaissent et s’entraident. Dans un quartier solidaire, la qualité de vie est centrale ; les installations et services sont accessibles à tous. Tout le monde s’y sent bien et est aidé, quel que soit son besoin de soutien.
- Financé par le *Fonds Wetenschappelijk Onderzoek*, une étude interuniversitaire intitulée *D-SCOPE* a été menée (4). Dans le cadre d’une procédure en six étapes impliquant des bénévoles et des conseils locaux, des visites à domicile ont été effectuées auprès des personnes les plus vulnérables pour identifier et résoudre leurs besoins non satisfaits. L’étude quantitative a

behoeften te identificeren en aan te pakken. Uit de kwantitatieve studie bleek dat 83,9% van de deelnemers deze bezoeken nuttig vond. De meest gewaardeerde aspecten waren: de warme doorverwijzingen, interventies op kleine of grote schaal gebaseerd op de wensen van de ouderen, de focus op sterke punten in plaats van tekortkomingen, en de opvolging die werd uitgevoerd.

- Op een soortgelijk idee werd een interventie in Rome met een controlegroep geëvalueerd. De resultaten toonden een lagere sterfte in de interventiegroep (5). In Antwerpen werd dit project onlangs geïmplementeerd in twee buurten, één in het noorden en één in het zuiden.

1.3. Volksgezondheid

Het KCE-rapport adviseert om een populatiegerichte aanpak te ontwikkelen. De Covid-19-pandemie heeft immers duidelijk gemaakt dat we een onvoldoende uitgeruste volksgezondheidsaanpak hebben (6-9). Hoewel deze aanpak nog niet voldoende gefinancierd en georganiseerd is voor dat doel, hebben de “Eerstelijnszones” in Vlaanderen (gestart in juli 2020) het potentieel om een sleutelrol te spelen in die evolutie. In Brussel is er het *Plan Social Santé Intégré* (PSSP), dat de “bassins d’aide et de soins” organiseert. In Wallonië is er sinds maart 2023 de ontwikkeling van de “creatie van lokale en regionale netwerken, de locoregionale gezondheidsorganisaties”.

1.4. Competentiemodel

De WHO introduceerde in 1999-2001 de *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) om de verschuiving te ondersteunen van een invaliditeitsconcept naar een competentiegerichte benadering (10). Gezondheidssystemen moeten mensen helpen en ondersteunen om zo goed mogelijk te functioneren. Het BelRAI-systeem, dat in alle Belgische regio’s zou moeten worden ingevoerd, is een systeem dat (onvervulde) behoeften kwantificeert en detecteert, en is gebaseerd op dit competentiemodel (11). Het doel is om mensen te bieden wat ze nodig hebben om optimaal te functioneren en deel te nemen aan het sociale en gemeenschapsleven (12-14).

1.5. Huisvesting eerst

Een recente publicatie van de Koning Boudewijnstichting schetst een dynamisch beleid rond woonzorg voor ouderen (15). Dit is noodzakelijk, aangezien volgens Vlaams minister van Wonen, Diependaele, slechts 2,39% van de sociale woningen in 2022 geschikt was voor minder mobiele of rolstoelgebonden personen, terwijl 49,2% van de

révélé que 83,9 % des participants ont trouvé ces visites utiles. Les aspects les plus appréciés étaient : les références chaleureuses, les interventions à petite ou grande échelle basées sur les souhaits des personnes âgées, la focalisation sur les forces plutôt que sur les déficits, et le suivi effectué.

- Sur la même idée, une intervention avec un groupe témoin a été évaluée à Rome. Les résultats ont montré une diminution du taux de mortalité dans le groupe d’intervention (5). À Anvers, ce projet a été récemment mis en œuvre dans deux quartiers, un au nord et un au sud.

1.3. Santé publique

Le rapport du KCE conseille de développer une approche basée sur la population. En effet, la pandémie de Covid-19 a clairement montré que nous manquons d’une approche de santé publique suffisante (6-9). Bien qu’encore insuffisamment financées et organisées à cette fin, les « Eerstelijnszones » en Flandre (créées en juillet 2020) ont le potentiel de jouer un rôle clé dans cette évolution. À Bruxelles, il existe le *Plan Social Santé Intégré* (PSSP), qui organise les « bassins d’aide et de soins », et en Wallonie, il y a le développement, depuis mars 2023, de la « création de réseaux locaux et régionaux, les organisations locoregionales de santé ».

1.4. Modèle de compétence

L’OMS a lancé, entre 1999 et 2001, la *Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé* (CIF) pour soutenir le passage d’un concept d’invalidité/incapacité à un concept de fonctionnement basé sur la compétence (10). Les systèmes de soins de santé doivent soutenir et aider les individus à fonctionner de manière aussi performante que possible. Le système BelRAI, qui doit être introduit dans toutes les régions belges, est un système permettant de quantifier et de détecter les besoins (insatisfaits), et il repose sur le concept de compétence (11). L’objectif est d’offrir aux personnes tout ce dont elles ont besoin pour fonctionner de manière optimale et participer à la vie sociale et communautaire (12-14).

1.5. Logement d’abord

Une publication récente de la Fondation Roi Baudouin présente une politique dynamique de soins résidentiels pour les adultes âgés (15). Cela devient nécessaire lorsque l’on constate qu’en 2022, seulement 2,39 % des logements sociaux sont adaptés aux personnes moins mobiles ou en fauteuil roulant, selon le ministre flamand du Logement, Diependaele, en réponse à une

huurdersgroep uit mensen van 60 jaar of ouder bestaat (De Standaard, 8 januari 2024).

De Koning Boudewijnstichting pleit voor de introductie van een gedifferentieerd beleid dat alle kwalitatieve vormen van wonen en zorg voor ouderen ondersteunt: volledig zelfstandig en/of met zorg, individueel en/of in groepen, met of zonder meerdere generaties samen, in een aangepaste (sociale) woning, betaalbaar, aangepast aan achtergronden, noden, pathologieën... Daarbij hoort ook de verdere ontwikkeling van buurtzorgnetwerken en een versterkte aanpak voor aangepaste sociale woonprojecten voor ouderen.

Daarnaast moet de bevolking worden voorzien van transparante en toegankelijke informatie die hen aanmoedigt om zo veel en zo vroeg mogelijk na te denken over woon- en zorgplanning. Lokale autoriteiten en actoren kunnen hierin een rol spelen. Met de juiste prikkels kunnen burgers worden aangemoedigd te investeren in infrastructuur voor de woonzorgomgeving van de toekomst.

1.6. Persoonsgerichte zorg

“Persoonsgerichte zorg” betekent dat de waarden en voorkeuren van individuen worden geëliciteerd en, zodra ze worden uitgedrukt, alle aspecten van hun gezondheidszorg sturen, ter ondersteuning van hun realistische gezondheids- en levensdoelen. Persoonsgerichte zorg wordt bereikt door een dynamische relatie tussen individuen en hun zorgverleners. Het concept heeft zich ontwikkeld en aan kracht gewonnen en wordt nu algemeen beschouwd als de gouden standaard voor gezondheidszorg, zowel in de Verenigde Staten als daarbuiten.

Er is ook een verschuiving gaande naar het gebruik van de term “persoonsgericht” in plaats van “patiëntgericht”, om de volledige behoeften en voorkeuren van een persoon te omvatten, niet alleen de klinische of medische aspecten (16). Persoonsgerichte zorg draait om zorg voor de persoon en het afstemmen op hoe hij zijn gezondheid ziet en ervaart (17). De auteurs stellen dat dit zelfs niet zo moeilijk is: het veronderstelt een basishouding die aandacht heeft voor kleine, soms schijnbaar onbelangrijke elementen.

1.7. Zorgtransities bij ouderen

Door ziekte of toenemende afhankelijkheid kunnen ouderen zorg ontvangen in verschillende zorginstellingen, waarbij zorgtransities plaatsvinden wanneer iemand van de ene zorgsetting naar de andere verhuist.

question parlementaire. Or, les personnes de plus de 60 ans représentent 49,2 % de ce groupe de locataires (De Standaard, 8 janvier 2024).

La Fondation Roi Baudouin plaide pour l'introduction d'une politique différenciée qui soutienne toutes les formes de vie et de soins de qualité pour les personnes âgées : 100 % indépendantes et/ou avec soins, individuellement et/ou en groupe, avec ou sans plusieurs générations ensemble, dans un logement (social) adapté, abordable, et tenant compte des antécédents, des besoins, des pathologies...; soutenant le développement des réseaux de soins de quartier, alléguant la nécessité de projets de logements sociaux adaptés pour les personnes âgées.

De plus, la population doit être informée de manière transparente et accessible pour l'encourager à réfléchir le plus tôt possible à la planification du logement et des soins. Les autorités locales et les acteurs peuvent également jouer un rôle à cet égard. Grâce à des incitations appropriées, les citoyens peuvent être encouragés à investir dans l'infrastructure pour l'environnement de soins résidentiels de demain.

1.6. Soins centrés sur la personne

Les « soins centrés sur la personne » signifient que les valeurs et les préférences des individus sont identifiées et, une fois exprimées, guident tous les aspects de leurs soins de santé, soutenant leurs objectifs de santé et de vie réalistes. Les soins centrés sur la personne sont obtenus grâce à une relation dynamique entre les individus et leurs soignants. Ce concept a évolué et gagné en importance, et il est désormais largement considéré comme la norme d'excellence pour les soins de santé aux États-Unis et à l'étranger.

Il y a également eu un mouvement vers l'utilisation du terme « centré sur la personne », plutôt que « centré sur le patient », pour englober la totalité des besoins et des préférences d'une personne, au-delà des seuls aspects cliniques ou médicaux (16). Les soins centrés sur la personne consistent à se soucier de la personne et à être attentif à la manière dont elle perçoit et vit sa santé (17). Ces auteurs soutiennent que cela n'est même pas très difficile : cela présuppose une attitude de base qui prête attention aux petits éléments, parfois apparemment insignifiants.

1.7. Transitions de soins chez les personnes âgées

En raison de maladies ou d'une dépendance accrue, les personnes âgées peuvent être amenées à recevoir des soins dans différents établissements de soins au fil du temps, et les transitions de soins se produisent lorsqu'une personne passe d'un cadre de soins à un autre.

Echter, sommige zorgovergangen kunnen worden vermeden, bijvoorbeeld wanneer de verwachte voordelen niet duidelijk zijn, wanneer behandelingen en zorg zonder overgang kunnen worden geboden, of wanneer ouderen duidelijke voorkeuren uiten om op hun huidige locatie te blijven. Wanneer overgangen niet vermeden kunnen worden, zouden vlotte zorgovergangen de voordelen voor gezondheid en welzijn moeten optimaliseren.

Cependant, certaines transitions de soins peuvent être évitées, par exemple lorsque les bénéfices attendus ne sont pas clairs, lorsque les traitements et les soins peuvent être offerts sans transition, ou lorsque les personnes âgées expriment des préférences claires pour rester sur place. Lorsque les transitions ne peuvent être évitées, des transitions de soins fluides devraient permettre d'optimiser les bénéfices pour la santé et le bien-être.

Helaas is de zorg tussen verschillende instellingen vaak slecht gecoördineerd. Als gevolg hiervan lopen ouderen het risico om gefragmenteerde zorg te ontvangen en slecht uitgevoerde overgangen te ondergaan, wat leidt tot duplicatie van diensten, hiaten in de informatieoverdracht, ongeschikte of tegenstrijdige zorgaanbevelingen, schade (bijvoorbeeld door medicatiefouten of toenemende verwardheid en stress) en hoge kosten door onnodige ziekenhuisopnames en onterecht gebruik van diensten.

Malheureusement, les soins entre différents établissements sont souvent mal coordonnés. En conséquence, les personnes âgées risquent de recevoir des soins fragmentés et des transitions mal exécutées, entraînant une duplication des services, des lacunes dans la transmission des informations, des recommandations de soins inappropriées ou contradictoires, des préjudices (par exemple à travers des erreurs médicamenteuses, ou une confusion et une détresse accrues), et des coûts élevés dus à des hospitalisations inutiles et à l'utilisation non nécessaire des services.

Aanbevelingen voor goede zorgtransities op basis van het EU-project *Trans-SENIOR* (www.trans-senior.eu):

Sur la base des résultats d'un projet de l'UE sur les soins transitoires pour les personnes âgées (www.trans-senior.eu), les recommandations spécifiques pour de bons soins transitoires comprennent :

- **Persoonsgerichte zorg als fundament:**
Ontwikkel en implementeer gestandaardiseerde protocollen en tools voor persoonsgerichte transitieplanning. Zorg dat zorgtransities noodzakelijk zijn en, indien ze plaatsvinden, afgestemd zijn op individuele behoeften en voorkeuren.
- **Empowerment en betrokkenheid:**
Stel beleid op dat gedeelde besluitvorming geavanceerde zorgplanning en actieve betrokkenheid van ouderen en mantelzorgers bij transitiebeslissingen bevordert. Creëer mechanismen voor voortdurende feedback en bijdragen.
- **Geïntegreerde zorgmodellen:**
Stimuleer de adoptie van geïntegreerde zorgmodellen, zoals reablement en het Transitional Care Model, door financiële prikkels te bieden, zorgprofessionals te trainen en modellen aan te passen aan lokale contexten.
- **Effectieve implementatiestrategieën:**
- **Soins centrés sur la personne comme base :**
Développer et mettre en œuvre des protocoles standardisés et des outils pour la planification des transitions centrées sur la personne. S'assurer que les transitions de soins sont nécessaires et, si elles le sont, qu'elles sont adaptées aux besoins et préférences individuels.
- **Autonomisation et implication :**
Établir des politiques qui favorisent la prise de décision partagée, la planification des soins avancés et l'implication active des personnes âgées et des aidants informels dans les décisions concernant les transitions de soins. Créer des mécanismes pour des retours d'information et des contributions continues.
- **Modèles de soins intégrés :**
Encourager l'adoption de modèles de soins intégrés, tels que le rétablissement et le modèle de soins transitoires, en offrant des incitations financières, en formant les professionnels de santé, et en adaptant les modèles aux contextes locaux.
- **Stratégies de mise en œuvre efficaces :**

Wijs middelen toe voor de implementatie van innovaties in zorgtransities. Ondersteun interdisciplinaire samenwerking, gegevensuitwisseling en doorlopende evaluatie.

- **Kwaliteitsbewaking:**

Implementeer gestandaardiseerde systemen voor kwaliteitsbewaking die verschillende zorginstellingen overspannen. Monitor en evalueer zorgovergangen om te garanderen dat ze voldoen aan de vastgestelde normen voor kwaliteit en efficiëntie.

Allouer des ressources pour la mise en œuvre efficace des innovations en matière de soins transitoires. Soutenir la collaboration interdisciplinaire, le partage des données et l'évaluation continue pour affiner les stratégies.

- **Surveillance de la qualité :**

Mettre en place des systèmes de surveillance de la qualité standardisés qui couvrent différents établissements de soins. Surveiller et évaluer les transitions de soins pour s'assurer qu'elles respectent les normes de qualité et d'efficacité établies.

1.8. Geestelijke gezondheidszorg voor ouderen

Wanneer geïntegreerde zorg voor ouderen op een territoriale basis wordt bereikt, blijft de vraag: hoe helpt dit mensen op leeftijd met mentale en psychiatrische problemen?

Een interessant standpunt is, dat geestelijke gezondheidszorg die gebaseerd is op individuele contacten voor bestaande aandoeningen, belangrijke beperkingen kent. Een bredere populatiegerichte zorgbenadering is nodig, zoals beschreven door Van Os en Guloksuz (18, 19): "Als een gemeenschap problemen zou hebben met wilde honden, is de oplossing niet om groepen chirurgen binnen te halen die gespecialiseerd zijn in 'hondengeïnduceerd wondensyndroom', maar om de honden te beheersen." Dit benadrukt de balans tussen klinische en volksgezondheidsgerelateerde benaderingen, inclusief de *salutogenese* (figuur 1). Het hoofddoel van salutogenese is om gezondheid te bevorderen, te begrijpen wat mensen gezond houdt en deze gezondheidsbevorderende factoren te versterken, in plaats van alleen ziekten te behandelen of oorzaken aan te pakken.

Een holistische benadering van gezondheidszorg benadrukt het begrijpen van omgevingsfactoren en het opbouwen van sociale veerkracht, als aanvulling op de meer op het individu gerichte klinische benadering (19). De bovengenoemde elementen: territoriale benadering, geïntegreerde (geestelijke) gezondheidszorg, persoonsgerichte benadering, "zorgzame buurten", zijn noodzakelijke elementen om deze holistische benadering van gezondheidszorg te ontwikkelen.

Conclusie

Om voorbereid te zijn op de uitdagingen in de gezondheidszorg en het welzijn van ouderen in de nabije toekomst, vooral voor die met mentale en psychiatrische problemen, is een

1.8. Santé mentale des personnes âgées

Lorsqu'on parvient à des soins intégrés pour les personnes âgées sur une base territoriale, la question demeure : comment cela aide-t-il les personnes d'un certain âge souffrant de problèmes mentaux et psychiatriques ?

Un point de vue intéressant est que les soins de santé mentale basés sur des contacts individuels pour des maladies établies présentent des limitations importantes. Un modèle de soins plus large basé sur la population est nécessaire, comme le décrivent Van Os et Guloksuz (18, 19) : « En faisant un parallèle, si une communauté était troublée par des chiens errants, la solution ne consisterait pas à faire venir des groupes de chirurgiens spécialisés dans le « syndrome des blessures causées par des chiens », mais à gérer les chiens. » L'essentiel à retenir est le besoin d'un équilibre entre les approches cliniques et de santé publique, y compris la *salutogenèse* (figure 1). L'idée principale derrière la salutogenèse est de mettre l'accent sur la promotion de la santé, comprendre ce qui maintient les gens en bonne santé, et renforcer ces facteurs de promotion de la santé, plutôt que de simplement traiter les maladies ou d'en traiter les causes.

Une perspective holistique des soins de santé souligne la compréhension des déclencheurs environnementaux et la construction de la résilience sociale, en complément de l'approche clinique plus centrée sur l'individu (19). Les éléments mentionnés ci-dessus : approche territoriale, soins intégrés de santé publique (mentale), approche centrée sur la personne, « zorgzame buurten » (quartiers de soin) sont des éléments nécessaires pour développer cette perspective holistique des soins de santé.

Conclusion

Pour être prêt à faire face aux défis des soins de santé et du bien-être des personnes âgées dans un avenir proche, en particulier celles souffrant de problèmes mentaux et psychiatriques, il est nécessaire d'adopter

volksgezondheidsgerelateerde visie nodig geïntegreerde zorg, toepassing van het competentiemodel, persoonsgerichte zorg, een territoriale aanpak, huisvesting, zorgtransities en een evenwichtig tussen klinische en volksgezondheidsgerelateerde benaderingen binnen de geestelijke gezondheidszorg.

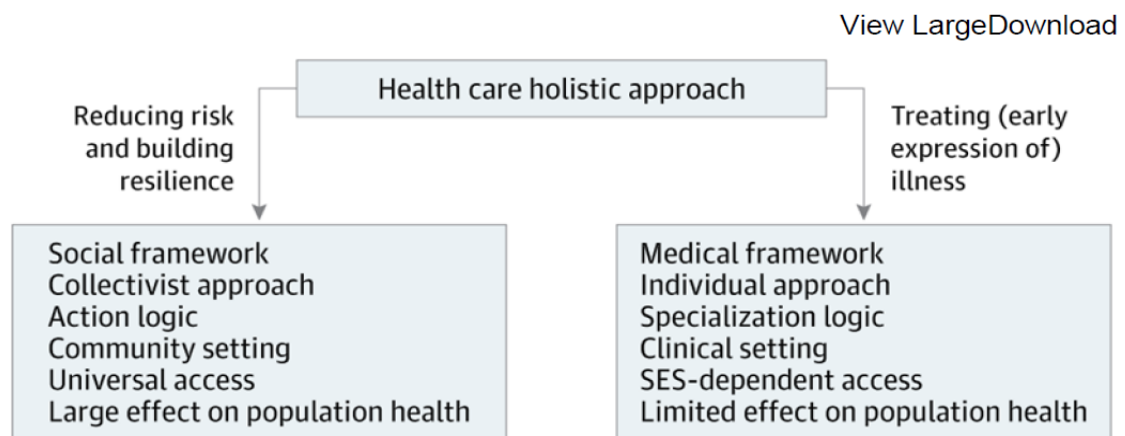
Maatschappelijke, sociale, omgevings- en antropologische factoren zijn cruciaal bij het herdenken van het systeem, waarbij het paradigma van individuele behandeling en begeleiding altijd tekort zal schieten.

une vision de la santé publique, des soins intégrés, l'application du modèle de compétences, la médecine centrée sur la personne, une approche territoriale, le logement, les transitions de soins et un équilibre entre les approches cliniques et de santé publique en santé mentale.

Les facteurs sociétaux, sociaux, environnementaux et anthropologiques sont cruciaux dans la reconsidération du système, où le paradigme du traitement et de l'accompagnement individuel sera toujours insuffisant.

Figuur / Figure 1.

Figure. Balancing Clinical and Public Salutogenic Health Care Approaches in Mental Health Care



Concepts of clinical interventions are shown on the right, and concepts of public health interventions are shown on the left. SES indicates socioeconomic status.

Referenties

1. Bureau_fédéral_du_Plan Statbel. Perspectives de la population 2023.
2. Lambert A, Op de Beeck S, Herbaux D, Macq J, Rappe P, Schmitz O, et al. Towards integrated care in Belgium: stakeholders view on maturity and avenues for further development. . Brussels: Federal_Knowledge_Center_Belgium; 2022. Report No.: KCE Report 359.
3. Vlaamse_Minister_Zorg-en_Welzijn. Conceptnota Vlaams welzijns- en zorgbeleid voor ouderen. Dichtbij en integraal. Visie en veranderagenda. Brussel Vlaamse_regering 2014.
4. Dierckx E, Duppen D, Hoens S, Switsers L, Smetcoren AS, De Donder L, et al. Effectiveness, satisfaction and meaningfulness of a 6-step detection and prevention program for frail community-dwelling older adults: a mixed-method evaluation. BMC Geriatr. 2022;22(1):966.
5. Liotta G, Inzerilli MC, Palombi L, Madaro O, Orlando S, Scarcella P, et al. Social Interventions to Prevent Heat-Related Mortality in the Older Adult in Rome, Italy: A Quasi-Experimental Study. International journal of environmental research and public health. 2018;15(4).
6. Criel B, De Lepeleire J. Van basisarts tot public health: verschillende wegen om naar Rome te reizen. Tijdschr Geneesk Gezondheidszorg. 2021;77(10):815_26.
7. Ravez L. De volksgezondheid heeft specifieke ethische ijkpunten nodig. Tijdschr Geneesk Gezondheidszorg. 2021;77(10):845_51.
8. Ravez L. Introduction à l'éthique de la santé publique. Montpellier Sauramps Médical; 2020.
9. Ravez L. Comment la COVID-19 a sauvé l'éthique des soins de santé In: Byk C, editor. COVID-19 Tome 2 Reconstruire le social, l'humain et l'économique. Paris: MA Editions-Eska; 2020.
10. World_Health_Organization. ICDH-2. International Classification of Functioning and Disability. Beta 2 draft, Full version. Geneva; 1999 1999.
11. Federale_Regering, Vlaamse_Regering. Protocolakkoord BelRAI/ Protocole d'accord BelRAI Brussel 2018.
12. Salahudeen MS, Nishtala PS. A Systematic Review Evaluating the Use of the interRAI Home Care Instrument in Research for Older People. Clin Gerontol. 2019;42(5):463-84.
13. Panza F, Solfrizzi V, Lozupone M, Barulli MR, D'Urso F, Stallone R, et al. An Old Challenge with New Promises: A Systematic Review on Comprehensive Geriatric Assessment in Long-Term Care Facilities. Rejuvenation Res. 2018;21(1):3-14.
14. Berg K, Finne-Soveri H, Gray L, Henrard JC, Hirdes J, Ikegami N, et al. Relationship between interRAI HC and ICF: opportunity for operationalizing the ICF. BMC Health Services Research. 2009;9(47):doi:10.1186/472-6963-9-47.
15. De Rynck P, Dispa M, Tegenbos G. Kiezen moet kunnen. Ook voor ouderen. De woonzorgomgeving van de toekomst. Brussel: Koning_Boudewijn_Stichting; 2022.
16. American_Geriatric_Society. Person-Centered Care: A Definition and Essential Elements. J Am Geriatr Soc. 2016;64(1):15-8.
17. Ravelingien A, Lemiengre J, Malfait S. Persoonsgerichte zorg. 15 hefbomen voor zorgverbeters. Leuven: Lannoo Campus; 2023.
18. Chow EKM, Seah B, Chan JJY, Wang W. Salutogenic-based interventions among community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis. Health promotion international. 2023;38(3).
19. van Os J, Guloksuz S. Population Salutogenesis—The Future of Psychiatry? JAMA Psychiatry. 2023.

HOOFDSTUK 2

Ouderen centraal in het project

Olivier Bruyère & Thierry Pepersack

2.1. Het belang van betrokkenheid van ouderen en hun families bij zorgbeslissingen, zodat zij hun levensplannen en voorkeuren kunnen uiten

Naarmate onze samenleving vergrijst, kan het belang van de betrokkenheid van ouderen en hun families bij zorgbeslissingen niet genoeg benadrukt worden. Deze betrokkenheid is essentieel, niet alleen om ethische redenen, maar ook om de kwaliteit van zorg te verbeteren en de menselijke waardigheid te behouden.

Centraal in dit belang staan de waardigheid en autonomie van ouderen. Door hen te betrekken bij zorgbeslissingen en we hun recht op zelfbeschikking en respecteren we hun levenservaring. Deze betrokkenheid stelt hen in staat om hun voorkeuren, zorgen en levensplannen te uiten en zorgt ervoor dat de zorg in lijn blijft met hun waarden en aspiraties (1).

De betrokkenheid van families fungeert daarbij als ondersteunend systeem. Het biedt emotionele steun aan ouderen en stelt hen in staat om hun behoeften effectiever te communiceren. Deze samenwerkingsgerichte aanpak minimaliseert misverstanden en zorgt ervoor dat iedereen die betrokken is bij de zorg de wensen van de oudere begrijpt, wat potentiële conflicten in de besluitvorming vermindert (2).

Enkele praktische stappen om zinvolle betrokkenheid te realiseren zijn:

- **Vroegtijdige zorgplanning:** Start tijdig gesprekken over zorgvoorkeuren en beslissingen rond het levenseinde (3). Moedig ouderen aan om hun wensen te uiten en faciliteer deze gesprekken met familieleden.
- **Modellen voor gedeelde besluitvorming:** Pas besluitvormingsmodellen toe die input van zowel ouderen als hun families integreren. Zorg voor effectieve communicatiekanalen en een omgeving waar iedereen zich gehoord en gewaardeerd voelt.
- **Educatie en training:** Ontwikkel opleidingsprogramma's voor zorgverleners die het belang van betrokkenheid van ouderen en families benadrukken. De

CHAPITRE 2

Les personnes âgées au centre du projet

Olivier Bruyère & Thierry Pepersack

2.1. L'importance d'impliquer les personnes âgées et leurs familles dans les décisions de soins de santé, leur permettant d'exprimer leurs projets de vie et leurs préférences.

À mesure que notre société vieillit, l'importance d'impliquer les personnes âgées et leurs familles dans les décisions de soins de santé ne saurait être trop soulignée. Cette implication est essentielle, non seulement pour des raisons éthiques, mais aussi pour améliorer la qualité des soins et préserver la dignité individuelle.

Au cœur de cette importance se trouve la préservation de la dignité et de l'autonomie. En impliquant les personnes âgées dans les décisions de soins de santé, nous honorons leur droit à l'autodétermination et respectons leur expérience de vie. Cette implication leur permet d'exprimer leurs préférences, leurs préoccupations et leurs projets de vie, et garantit que les soins sont conformes à leurs valeurs et à leurs aspirations (1).

Impliquer les familles dans ces discussions constitue également un système de soutien. Cela apporte un soutien émotionnel aux personnes âgées et leur permet de communiquer plus efficacement leurs besoins. Cette approche collaborative minimise également les malentendus et garantit que toutes les personnes impliquées comprennent les souhaits de la personne âgée, réduisant ainsi les conflits potentiels dans la prise de décisions (2).

Plusieurs étapes pratiques peuvent être prises pour réaliser une implication significative:

- **Planification anticipée des soins :** Initier des discussions précoces sur les préférences en matière de soins de santé et de soins de fin de vie (3). Encourager les personnes âgées à exprimer leurs souhaits et faciliter ces discussions avec les membres de la famille.
- **Modèles de prise de décision partagée :** Mettre en œuvre des modèles de prise de décision qui incluent les contributions des personnes âgées et de leurs familles. Assurer des canaux de communication efficaces et favoriser un environnement où chacun se sent écouté et valorisé.
- **Éducation et formation :** Fournir des programmes éducatifs pour les prestataires de soins de santé. Ces programmes devraient souligner l'importance d'impliquer les

training moet communicatievaardigheden en ethische overwegingen omvatten.

personnes âgées et les familles dans les processus décisionnels. La formation devrait inclure des compétences en communication et des considérations éthiques.

- **Juridische ondersteuning en documentatie:** Bied juridische hulp bij het opstellen van wilsverklaringen, volmachten of levenstestamenten. Juridische documentatie zorgt ervoor dat hun wensen wettelijk erkend en gerespecteerd worden.
- **Toegankelijke hulpmiddelen:** Ontwikkel gemakkelijk toegankelijke hulpmiddelen zoals handleidingen, online materiaal en workshops die discussies over zorgopties en voorkeuren vergemakkelijken.
- **Regelmatige herziening:** Evalueer en herzie regelmatig de zorgvoorkeuren van ouderen. Gezondheidsomstandigheden veranderen en daarmee kunnen voorkeuren ook evolueren.
- **Een aanspreekpunt aanstellen:** Wijs een referentiepersoon aan, bijvoorbeeld een familielid of een vertrouwenspersoon, om duidelijke communicatie en begrip te bevorderen tussen alle betrokken partijen. Dit versterkt de samenwerking in het besluitvormingsproces (4).
- **Soutien juridique et documentation :** Fournir une assistance juridique en aidant les personnes âgées à remplir des directives anticipées, des procurations ou des testaments de vie. La documentation juridique garantit que leurs souhaits sont reconnus et respectés légalement.
- **Ressources accessibles :** Développer des ressources facilement accessibles telles que des guides écrits, des documents en ligne et des ateliers. Ces ressources devraient faciliter les discussions sur les options de soins de santé et les préférences.
- **Réévaluation continue :** Réévaluer régulièrement les préférences de soins de santé des personnes âgées. Les conditions de santé évoluent et les préférences peuvent changer en conséquence.
- **Nommer un référent :** Désigner un référent - un membre de la famille choisi ou une personne de confiance - pour participer activement à la facilitation de la communication et de la compréhension entre toutes les parties impliquées, améliorant ainsi le processus de prise de décision collaborative (4).

Samenvatting

Voorrang geven aan de betrokkenheid van ouderen en families bij zorgbeslissingen bevordert een meelevende, patiëntgerichte aanpak die autonomie respecteert en empowerment stimuleert. Daarnaast informeert een probleemgerichte aanpak patiënten over hun rol als zelfzorgers en bevordert deze hun actieve deelname aan therapeutische strategieën en welzijn.

2.2. Het belang van educatie

a. Het ontwikkelen van geïndividualiseerde medische educatie voor ouderen, met oog voor hun verschillende behoeften en achtergronden

Binnen het domein van educatie is het ontwikkelen van medische programma's op maat van ouderen van cruciaal belang. Dit houdt rekening met de unieke behoeften en diverse achtergronden van deze doelgroep. Naarmate de bevolking ouder wordt, zal het begrijpen en aanpakken van deze verschillen

Résumé

En résumé, la priorité accordée à l'implication des personnes âgées et de leurs familles dans les décisions de soins de santé favorise une approche compatissante et centrée sur le patient, qui respecte l'autonomie et encourage l'autonomisation. De plus, adopter une approche centrée sur les problèmes informe les patients de leur rôle en tant que soignants autonomes et favorise leur participation active aux stratégies thérapeutiques et au bien-être.

2.2. L'importance de l'éducation, avec:

a. Le développement de programmes éducatifs médicaux individualisés pour les personnes âgées, en tenant compte des différents besoins et antécédents des personnes âgées.

Dans le domaine de l'éducation, le développement de programmes médicaux individualisés pour les personnes âgées est crucial, reconnaissant les besoins uniques et les antécédents diversifiés au sein de cette population. À mesure que la population vieillit, comprendre et répondre à ces différences sera d'une

essentieel zijn om effectief leren en volwaardige gezondheidszorg te waarborgen.

Ouderen vormen een rijke diversiteit aan ervaringen, culturele achtergronden en gezondheidstoestanden. Het is van groot belang deze verschillen te erkennen en aan te pakken om gelijkwaardige en doeltreffende educatie te bieden (5).

Aanpak voor geïndividualiseerde educatie voor ouderen

- **Aangepast leermateriaal:** Ontwikkel educatieve bronnen die rekening houden met verschillende leerstijlen en cognitieve vaardigheden. Gebruik multimedia, eenvoudige taal en interactieve tools om begrip en betrokkenheid te bevorderen.
- **Gezondheidsgeletterdheid bevorderen:** Geef prioriteit aan het onderwijzen van ouderen over gezondheidsinformatie, terminologie en hoe ze in de gezondheidszorg kunnen navigeren. Dit stelt hen in staat weloverwogen beslissingen te nemen over hun welzijn.
- **Persoonlijke benaderingen:** Pas een geïndividualiseerde aanpak toe door rekening te houden met de unieke gezondheidstoestanden, achtergronden en voorkeuren van ouderen (6). Bied gepersonaliseerde leertrajecten en inhoud die op hun specifieke behoeften is afgestemd.
- **Betrokkenheid van gemeenschap en familie:** Betrek gemeenschapsorganisaties en families bij educatieve initiatieven. Dit bevordert een ondersteunende omgeving en zorgt ervoor dat educatie verder reikt dan formele settings en ook in het dagelijks leven wordt versterkt.
- **Voortdurende evaluatie en verbetering:** Evalueer regelmatig de effectiviteit van educatieve programma's door feedback te verzamelen van ouderen. Gebruik hun input om educatieve inhoud en methoden continu te verbeteren.
- **Culturele sensitiviteit:** Respecteer en erken de diversiteit van ouderen, inclusief culturele nuances, overtuigingen en talen. Ontwikkel educatiemateriaal en programma's die deze diversiteit omarmen en inclusiviteit waarborgen.

importance primordiale pour assurer un apprentissage efficace et des soins de santé complets.

Les personnes âgées représentent une grande diversité d'expériences, de contextes culturels et de conditions de santé. Il est vital de reconnaître et de traiter ces différences pour offrir une éducation équitable et efficace (5).

Adapter l'éducation médicale pour les personnes âgées comprend

- **Matériaux d'apprentissage adaptés :** Développer des ressources éducatives qui tiennent compte des différents styles d'apprentissage et des capacités cognitives. Utiliser des supports multimédias, un langage simplifié et des outils interactifs pour faciliter la compréhension et l'engagement.
- **Promotion de la littératie en santé :** Prioriser l'éducation des personnes âgées sur les informations liées à la santé, la terminologie et la navigation dans les systèmes de santé. Responsabiliser pour qu'elles prennent des décisions éclairées concernant leur bien-être.
- **Approches personnalisées :** Adopter une approche individualisée en tenant compte des conditions de santé, des antécédents et des préférences uniques des personnes âgées (6). Offrir des parcours d'apprentissage personnalisés et un contenu adapté à leurs besoins spécifiques.
- **Engagement de la communauté et de la famille :** Impliquer les groupes communautaires et les familles dans les initiatives éducatives. Cet engagement favorise un environnement de soutien et garantit que l'éducation s'étend au-delà des cadres formels, renforçant l'apprentissage dans la vie quotidienne.
- **Évaluation continue et amélioration :** Évaluer régulièrement l'efficacité des programmes éducatifs en recueillant les retours des personnes âgées. Utiliser leurs commentaires pour améliorer et affiner le contenu et les méthodes éducatives.
- **Sensibilité culturelle :** Reconnaître et respecter la diversité des personnes âgées, y compris les nuances culturelles, les croyances et les langues. Créer des matériaux éducatifs et des programmes qui intègrent cette diversité pour garantir l'inclusivité.

- **Prioriteit geven aan preventiestrategieën:** Integreer preventieve gezondheidsmaatregelen in geïndividualiseerde medische programma's voor ouderen. Benadruk het belang van gezondheidsbevordering en ziektepreventie door middel van gerichte educatieve modules. Voorzie ouderen van de kennis en vaardigheden die nodig zijn om hun gezondheid proactief te beheren, en bevorder een preventieve mindset die bijdraagt aan het algehele welzijn.
- **Priorisation des stratégies de prévention :** Intégrer les mesures de santé préventive dans les programmes médicaux individualisés pour les personnes âgées. Souligner l'importance de la promotion de la santé et de la prévention des maladies à travers des modules éducatifs ciblés. Fournir aux personnes âgées les connaissances et les compétences nécessaires pour gérer leur santé de manière proactive, favorisant ainsi un état d'esprit préventif qui contribue au bien-être général.

Door deze strategieën toe te passen, kan geïndividualiseerd medisch onderwijs voor ouderen de educatieve kloof overbruggen, de gezondheidsvaardigheden verbeteren en ouderen in staat stellen actief deel te nemen aan hun zorgbeslissingen.

Samenvatting

Het erkennen van de diverse behoeften en achtergronden van ouderen in medische educatie is essentieel om inclusieve en effectieve leerervaringen te bevorderen. Dit zorgt ervoor dat de educatie is afgestemd op de unieke omstandigheden van elk individu en hen uitrust met de kennis en vaardigheden die nodig zijn om op te komen voor hun gezondheid en welzijn. Door een gezamenlijke inspanning om de educatie af te stemmen op de diversiteit van ouderen, kunnen we hen in staat stellen om zich een weg te banen door de complexiteit van de gezondheidszorg en een gezonder en beter geïnformeerd leven te leiden.

b. Programma's om de digitale geletterdheid van ouderente verbeteren, zodat zij toegang hebben tot online gemeenschappen, telezorgdiensten en sociale platformen

In de verbonden wereld van vandaag is digitale geletterdheid bij ouderen essentieel voor het bevorderen van sociale interactie en het verkrijgen van toegang tot noodzakelijke zorgdiensten. Ouderen voorzien van digitale vaardigheden opent de deur naar tal van mogelijkheden, waaronder online gemeenschappen, telezorgdiensten en sociale platformen (7).

- **Toegang tot telezorgdiensten:** Digitale geletterdheid stelt ouderen in staat om gebruik te maken van telezorgdiensten, wat op zijn beurt op afstand consultaties en medische ondersteuning mogelijk maakt. Met basis digitale vaardigheden kunnen ouderen online navigeren, afspraken plannen en communiceren met zorgverleners vanuit hun eigen huis (8).

En mettant en œuvre ces stratégies, l'éducation médicale individualisée pour les personnes âgées peut combler les lacunes éducatives, améliorer la littératie en santé et permettre aux personnes âgées de participer activement à leurs décisions de soins de santé.

Résumé

En résumé, reconnaître les besoins et les antécédents divers des personnes âgées dans l'éducation médicale est crucial pour promouvoir des expériences d'apprentissage inclusives et efficaces. Cela garantit que l'éducation est adaptée aux circonstances uniques de chaque individu et leur permet de plaider pour leur santé et leur bien-être. À travers un effort concerté pour adapter l'éducation à la diversité des personnes âgées, nous pouvons les autonomiser pour naviguer dans la complexité des soins de santé et mener une vie plus saine et plus informée.

b. Programmes pour améliorer la littératie numérique des personnes âgées, leur permettant d'accéder aux communautés en ligne, aux services de télémédecine et aux plateformes sociales.

Dans le monde connecté d'aujourd'hui, la littératie numérique des personnes âgées est fondamentale pour promouvoir l'engagement social et l'accès aux services de santé essentiels. Autonomiser les personnes âgées avec des compétences numériques ouvre la porte à une gamme d'opportunités, y compris les communautés en ligne, les services de télémédecine et les plateformes sociales (7).

- **Accès aux services de télémédecine :** La littératie numérique permet aux personnes âgées d'utiliser la télémédecine, ce qui facilite les consultations à distance et le soutien médical. Avec des compétences numériques de base, elles peuvent naviguer sur les portails en ligne, prendre des rendez-vous et communiquer avec les prestataires de soins de santé depuis le confort de leur domicile (8).

- **Deelname aan online gemeenschappen:** Digitale geletterdheid stelt ouderen in staat om deel te nemen aan online gemeenschappen die zijn afgestemd op hun interesses en behoeften. Deze gemeenschappen bieden een platform voor sociale interactie, het delen van informatie en emotionele steun, wat helpt om sociale isolatie te bestrijden en een gevoel van verbondenheid te bevorderen.
- **Gebruik van sociale platformen:** Vaardigheid in digitale tools stelt ouderen in staat om te communiceren via sociale platformen en verbinding te maken met familie, vrienden en bredere sociale kringen. Deze verbondenheid helpt eenzaamheid tegen te gaan en maakt het mogelijk om actief deel te nemen aan het digitale tijdperk.
- **Digitale geletterdheidsprogramma's:** Implementeer educatieve initiatieven die specifiek gericht zijn op het verbeteren van de digitale geletterdheid van ouderen. Deze programma's moeten basis computervaardigheden, internetnavigatie, online veiligheid en het gebruik van specifieke platforms die relevant zijn voor gezondheidszorg en sociale verbondenheid behandelen.
- **Gebruiksvriendelijke technologie-interfaces:** Pleit voor het ontwerpen van technologie-interfaces die gebruiksvriendelijk zijn om de toegankelijkheid voor ouderen te bevorderen. Eenvoudige interfaces en intuïtieve ontwerpprincipes verbeteren de bruikbaarheid en versterken het vertrouwen in het gebruik van digitale tools.
- **Gemeenschapssteun en hulpmiddelen:** Zet op gemeenschapsniveau ondersteuningssystemen op die begeleiding en middelen bieden aan ouderen die zich willen ontwikkelen in digitale geletterdheid. Moedig peer-to-peer leren en mentorschapsprogramma's aan om een ondersteunende leeromgeving te creëren.
- **Engagement dans les communautés en ligne :** La littératie numérique permet aux personnes âgées de participer à des communautés en ligne adaptées à leurs intérêts et besoins. Ces communautés offrent une plateforme pour l'interaction sociale, le partage d'informations et le soutien émotionnel, contribuant à lutter contre l'isolement social et à promouvoir un sentiment d'appartenance.
- **Utilisation des plateformes sociales :** La maîtrise des outils numériques permet aux personnes âgées de s'engager avec des plateformes sociales et de se connecter avec la famille, les amis et des cercles sociaux plus larges. Cette connectivité lutte contre la solitude et leur permet de participer activement à l'ère numérique.
- **Programmes de littératie numérique :** Mettre en œuvre des initiatives éducatives adaptées pour améliorer la littératie numérique des personnes âgées. Ces programmes devraient couvrir les compétences de base en informatique, la navigation sur internet, la sécurité en ligne et l'utilisation de plateformes spécifiques liées à la santé et à la connectivité sociale.
- **Interfaces technologiques conviviales :** Plaider pour la conception d'interfaces technologiques conviviales pour garantir l'accessibilité des personnes âgées. Des interfaces simples et des principes de conception intuitifs améliorent la facilité d'utilisation et favorisent la confiance dans l'utilisation des outils numériques.
- **Soutien et ressources communautaires :** Établir des systèmes de soutien communautaire qui fournissent une assistance, des conseils et des ressources aux personnes âgées dans leur parcours de littératie numérique. Encourager l'apprentissage par les pairs et les programmes de mentorat pour créer un environnement de soutien.

Door het belang van digitale geletterdheid te benadrukken en op maat gemaakte programma's aan te bieden, kunnen we ouderen in staat stellen met vertrouwen door het digitale landschap te navigeren. Deze initiatieven verbeteren niet alleen hun toegang tot zorgdiensten, maar bevorderen ook sociale contacten die het mentale welzijn en de algehele levenskwaliteit verbeteren.

En mettant l'accent sur l'importance de la littératie numérique et en offrant des programmes adaptés, nous pouvons permettre aux personnes âgées de naviguer avec confiance dans le paysage numérique. Ces initiatives améliorent non seulement leur accès aux services de santé, mais favorisent également des connexions sociales qui contribuent au bien-être mental et à la qualité de vie globale.

Samenvatting

Het overbruggen van de digitale kloof voor ouderen is van essentieel belang voor hun actieve deelname aan online gemeenschappen en zorgdiensten. Ouderen voorzien van digitale geletterdheid verrijkt hun leven doordat zij in staat zijn technologie te benutten en verbonden te blijven in een steeds digitaal wordende wereld.

2.3. Het belang van meer tijd en middelen besteden aan het bevorderen van oprechte, langdurige relaties tussen zorgverleners en ouderen

Het opbouwen en onderhouden van sterke, langdurige relaties tussen zorgverleners en ouderen is een fundament voor het verbeteren van de zorgkwaliteiten het algehele welzijn van deze groep (9). Deze relaties zijn meer dan enkel professionele interacties; ze vormen de basis van vertrouwen, empathie en gepersonaliseerde zorg.

- **Vertrouwen en comfort:** Het opbouwen van langdurige relaties creëert vertrouwen en comfort tussen zorgverleners en ouderen. Dit vertrouwen bevordert open communicatie, waardoor ouderen zich vrij voelen om hun zorgen, voorkeuren en gezondheidsdoelen zonder terughoudendheid te uiten.
- **Gepersonaliseerde zorg:** Oprechte relaties stellen zorgverleners in staat om meer gepersonaliseerde en effectieve zorg te bieden. Door verleden, waarden en voorkeuren van ouderen beter te begrijpen, kunnen zorgverleners behandelingen en aanbevelingen afstemmen op hun specifieke behoeften.
- **Empowerment en betrokkenheid:** Sterke relaties stellen ouderen in staat actieve deelnemers te zijn in hun zorg. Het gevoel gehoord en gewaardeerd te worden, moedigt hen aan om proactief beslissingen te nemen, wat leidt tot betere gezondheidsresultaten en een gevoel van controle over hun welzijn.
- **Holistisch begrip:** Tijd investeren in het opbouwen van relaties stelt zorgverleners in staat om een holistisch begrip te krijgen van het leven van een oudere, voorbij de medische zorgen. Factoren zoals sociale steun, huisvesting en persoonlijke voorkeuren hebben een aanzienlijke impact

Résumé

En résumé, combler la fracture numérique pour les personnes âgées est essentiel à leur participation active dans les communautés en ligne et les services de santé. Les autonomiser avec des compétences en littératie numérique enrichit leur vie en leur permettant de profiter de la technologie et de rester connectées dans un monde de plus en plus numérique.

2.3. L'importance de consacrer plus de temps et de ressources à la création de relations authentiques et durables entre les prestataires de soins de santé et les personnes âgées.

Établir et entretenir des relations solides et à long terme entre les prestataires de soins de santé et les personnes âgées est un pilier essentiel pour améliorer la qualité des soins et le bien-être général de cette population (9). Ces relations vont au-delà des simples interactions professionnelles; elles sont le fondement de la confiance, de l'empathie et des soins personnalisés.

- **Confiance et confort :** Créer des relations durables favorise la confiance et le confort entre les prestataires de soins de santé et les personnes âgées. Cette confiance encourage une communication ouverte, permettant aux personnes âgées d'exprimer leurs préoccupations, leurs préférences et leurs objectifs de santé sans hésitation.
- **Soins personnalisés :** De véritables relations permettent aux prestataires de soins de fournir des soins plus personnalisés et efficaces. En comprenant l'histoire, les valeurs et les préférences d'une personne âgée, les prestataires peuvent adapter les traitements et les recommandations pour répondre à ses besoins spécifiques.
- **Autonomisation et engagement :** Des relations solides permettent aux personnes âgées de participer activement à leurs soins. Se sentir écoutées et valorisées les incite à être proactives dans la prise de décisions, ce qui conduit à de meilleurs résultats en matière de santé et à un sentiment de contrôle sur leur bien-être.
- **Compréhension holistique :** Consacrer du temps à la création de relations permet aux prestataires de soins de développer une compréhension holistique de la vie d'une personne âgée au-delà des préoccupations médicales. Des facteurs tels que le soutien social, le logement et les préférences personnelles ont un impact significatif sur la

op gezondheid, en deze relaties geven inzicht in deze cruciale aspecten.

- **Betere therapietrouw en tevredenheid:** Wanneer ouderen een oprechte band voelen met hun zorgverleners, is de kans groter dat zij zich aan behandelplannen en aanbevelingen houden. Daarnaast draagt deze band bij tot een hogere tevredenheid over de zorg die zij ontvangen.
- **Middelen toewijzen:** Meer tijd en middelen besteden aan het bevorderen van deze relaties is een investering in betere gezondheidsresultaten. Het vergt toewijding, empathie en actief luisteren, maar de vruchten van deze investering zijn een betere gezondheid, verminderde gezondheidsongelijkheden en verhoogde algehele tevredenheid.

Door het belang van deze relaties te erkennen en middelen te alloceren om ze te ondersteunen, kunnen zorgverleners een omgeving creëren waarin ouderen zich gewaardeerd, begrepen en verzorgd voelen, voorbij hun medische behoeften.

Samenvatting

Het bevorderen van langdurige relaties tussen zorgverleners en ouderen is een fundament van patiëntgerichte zorg. Deze relaties gaan verder dan medische expertise en creëren een zorgzame omgeving die de gezondheid bevordert, vertrouwen opbouwt en het leven van ouderen verrijkt.

2.4. Het belang van culturele sensitiviteit in de zorg voor ouderen, met de nadruk op het respecteren van diverse culturele normen en het opleiden van zorgverleners om met deze verschillen effectief om te gaan

Culturele sensitiviteit is van primair belang in de zorg voor ouderen, omdat het de rijke diversiteit aan overtuigingen, gebruiken en tradities erkent die hun leven vormgeven (10). Het is belangrijk deze verschillen te erkennen en te respecteren om zorg te bieden die respectvol en effectief is, en die is afgestemd op individuele culturele normen (11).

- **Respect voor diversiteit:** Ouderen komen uit diverse culturele achtergronden, elk met unieke waarden, overtuigingen en tradities. Culturele sensitiviteit bevordert een omgeving waarin deze verschillen worden gerespecteerd en gevierd, zodat de zorg

santé, et ces relations offrent un aperçu de ces aspects cruciaux.

- **Amélioration de l'adhérence et de la satisfaction :** Lorsque les personnes âgées se sentent véritablement connectées à leurs prestataires de soins, elles sont plus susceptibles de suivre les plans de traitement et les recommandations. De plus, ces relations contribuent à un niveau de satisfaction plus élevé quant aux soins reçus.
- **Allocation de ressources :** Consacrer plus de temps et de ressources à la création de ces relations constitue un investissement pour de meilleurs résultats en matière de santé. Cela nécessite du dévouement, de l'empathie et une écoute active, mais les dividendes incluent une meilleure santé, la réduction des inégalités en matière de soins de santé et une satisfaction globale accrue.

En reconnaissant l'importance de ces relations et en allouant les ressources nécessaires pour les soutenir, les prestataires de soins de santé peuvent créer un environnement où les personnes âgées se sentent valorisées, comprises et soignées au-delà de leurs besoins médicaux.

Résumé

En résumé, favoriser des relations durables entre les prestataires de soins de santé et les personnes âgées est un pilier des soins centrés sur le patient. Ces relations vont au-delà de l'expertise médicale et créent un environnement nourrissant qui améliore les résultats de santé, favorise la confiance et enrichit la vie des personnes âgées.

2.4. L'importance de la sensibilité culturelle dans les soins aux personnes âgées, en mettant l'accent sur l'importance de respecter les normes culturelles diversifiées et de former les soignants à gérer efficacement ces différences.

La sensibilité culturelle est d'une importance primordiale dans les soins aux personnes âgées, reconnaissant la grande diversité des croyances, des coutumes et des traditions qui façonnent leur vie (10). Il est important de reconnaître et de respecter ces différences afin de fournir des soins respectueux et efficaces, adaptés aux normes culturelles individuelles (11).

- **Respect de la diversité :** Les personnes âgées viennent de milieux culturels divers, chacun ayant des valeurs, des croyances et des traditions uniques. La sensibilité culturelle favorise un environnement où ces différences sont respectées et célébrées,

consistent is met de culturele normen en voorkeuren van de oudere.

garantissant que les soins sont conformes aux normes et aux préférences culturelles de l'individu.

- **Verbeterde communicatie:** Het begrijpen van culturele nuances vergemakkelijkt effectieve communicatie tussen zorgverleners en ouderen. Dit bevordert duidelijkheid, vertrouwen en begrip, vermindert misverstanden en creëert een empathische zorgomgeving.
- **Aangepaste zorgbenaderingen:** Culturele sensitiviteit stelt zorgverleners in staat zorgbenaderingen aan te passen aan specifieke culturele normen en praktijken. Dit kan bijvoorbeeld betrekking hebben op dieetvoorkeuren, religieuze observaties of rituelen die essentieel zijn voor het welzijn van een individu.
- **Opleiding van zorgverleners:** Grondige opleidingsprogramma's zijn essentieel om zorgverleners culturele competentie bij te brengen. Deze programma's moeten educatie over diverse culturen, communicatievaardigheden en strategieën voor het effectief omgaan met culturele verschillen omvatten.
- **Spiritueel welzijn:** Het erkennen en aanpakken van spirituele onrust door diverse spirituele overtuigingen te respecteren. Cultureel gevoelige zorg omvat het begrijpen en reageren op de spirituele behoeften van ouderen, het implementeren van beleidsmaatregelen ter ondersteuning van hun spirituele welzijn en het bieden van toegang tot geschikte middelen.
- **Inclusiviteit bevorderen:** Het creëren van een cultuur van inclusiviteit binnen zorginstellingen is essentieel. Moedig een gastvrije sfeer aan die culturele diversiteit omarmt, zodat ouderen zich gerespecteerd en gewaardeerd voelen voor hun culturele identiteit.
- **Ethische overwegingen:** Culturele sensitiviteit houdt in dat ethische overwegingen worden meegenomen en dat zorgpraktijken de waardigheid en waarden van ouderen uit diverse culturele achtergronden respecteren.
- **Samenwerking en betrokkenheid van de gemeenschap:** Het betrekken van gemeenschapsleiders en middelen uit diverse culturele groepen bevordert samenwerking
- **Amélioration de la communication :** Comprendre les nuances culturelles facilite une communication efficace entre les soignants et les personnes âgées. Cela favorise la clarté, la confiance et la compréhension, minimisant les malentendus et créant un environnement de soins plus empathique.
- **Approches de soins adaptées :** La sensibilité culturelle permet aux soignants d'adapter les approches de soins pour répondre aux normes et pratiques culturelles spécifiques. Cela peut inclure des préférences alimentaires, des observances religieuses ou des rituels qui sont essentiels au bien-être d'une personne.
- **Formation des soignants :** Des programmes de formation complets sont essentiels pour doter les soignants de compétences culturelles. Ces programmes devraient inclure une éducation sur les cultures diverses, des compétences en communication et des stratégies pour gérer efficacement les différences culturelles.
- **Bien-être spirituel :** Reconnaître et aborder la détresse spirituelle en reconnaissant et en respectant les croyances spirituelles diversifiées. Les soins sensibles à la culture incluent la compréhension et la réponse aux besoins spirituels des personnes âgées, la mise en œuvre de politiques pour soutenir leur bien-être spirituel et la fourniture d'accès à des ressources appropriées.
- **Promotion de l'inclusivité :** Créer une culture d'inclusivité au sein des structures de soins est essentiel. Encourager une atmosphère accueillante qui embrasse la diversité culturelle, où les personnes âgées se sentent respectées et valorisées pour leurs identités culturelles.
- **Considérations éthiques :** La sensibilité culturelle implique de naviguer dans les considérations éthiques et de garantir que les pratiques de soins préservent la dignité et les valeurs des personnes âgées issues de milieux culturels divers.
- **Collaboration et implication communautaire :** Impliquer les leaders communautaires et les ressources des groupes culturels divers favorise la

en verrijkt het begrip van diverse culturele praktijken, waardoor zorg beter kan worden afgestemd.

collaboration et enrichit la compréhension des pratiques culturelles diverses, ce qui permet d'améliorer les soins.

Door culturele sensitiviteit te benadrukken en zorgverleners passend op te leiden, kunnen zij meer gepersonaliseerde en respectvolle zorg bieden die diverse culturele perspectieven integreert.

En mettant l'accent sur la sensibilité culturelle et en offrant une formation appropriée, les soignants peuvent fournir des soins plus personnalisés et respectueux qui reconnaissent et intègrent les perspectives culturelles diversifiées.

Samenvatting

Het integreren van culturele sensitiviteit in de zorg voor ouderen is fundamenteel voor het bieden van inclusieve, respectvolle en effectieve zorg. Het opleiden van zorgverleners om culturele verschillen te begrijpen en te waarderen verrijkt de zorgervaring en zorgt ervoor dat ouderen zich begrepen, gewaardeerd en gerespecteerd voelen in hun unieke culturele context.

Résumé

En conclusion, l'intégration de la sensibilité culturelle dans les soins aux personnes âgées est fondamentale pour fournir des soins inclusifs, respectueux et efficaces. Former les soignants à naviguer et à apprécier les différences culturelles enrichit l'expérience des soins et garantit que les personnes âgées se sentent comprises, valorisées et respectées dans leurs contextes culturels uniques.

Referenties

1. Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Soc Sci Med* 1999; 49:651-61. doi: 10.1016/s0277-9536(99)00145-8.
2. Epstein R, Street R. The Values and Value of Patient-Centered Care. *Ann Fam Med*. 2011; 9(2): 100–103. doi: 10.1370/afm.1239
3. Moody S. "Advance" Care Planning Reenvisioned. *J Am Geriatr Soc* 2021;69(2):330-332. doi: 10.1111/jgs.16903.
4. Levine C, Halper D, Peist A, Gould D. Bridging troubled waters: family caregivers, transitions, and long-term care. *Health Aff (Millwood)* 2010;29(1):116-24. doi: 10.1377/hlthaff.2009.0520.
5. Reuben D, Tinetti M. Goal-oriented patient care—an alternative health outcomes paradigm. *N Engl J Med* 2012;366(9):777-9. doi: 10.1056/NEJMp1113631.
6. Cenci C. Narrative medicine and the personalisation of treatment for elderly patients. *Eur J Intern Med* 2016; 32:22-5. doi: 10.1016/j.ejim.2016.05.003.
7. Seifert A, Cotten S, Xie B. A Double Burden of Exclusion? Digital and Social Exclusion of Older Adults in Times of COVID-19. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2021 Feb 17;76(3):e99-e103. doi: 10.1093/geronb/gbaa098.
8. Gokalp H, de Folter J, Verma V, Fursse J, Jones R, Clarke M. Integrated Telehealth and Telecare for Monitoring Frail Elderly with Chronic Disease. *Telemed J E Health* 2018;24(12):940-957. doi: 10.1089/tmj.2017.0322.
9. Kahana E, Bhatta T, Lovegreen L, Kahana B, Midlarsky E. Altruism, Helping, and Volunteering: Pathways to Well-Being in Late Life. *J Aging Health*. 2013; 25(1): 159–187. doi: 10.1177/0898264312469665
10. Betancourt J, Green A, Carrillo J, Ananeh-Firempong O. Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Rep*. 2003; 118(4): 293–302. doi: 10.1016/S0033-3549(04)50253-4
11. Ward K, Hess M, Wu S. Geriatric Assessment in Multicultural Immigrant Populations. *Geriatrics (Basel)*. 2019; 4(3): 40. doi: 10.3390/geriatrics4030040

HOOFDSTUK 3

Ouder worden in onze samenleving: naar een nieuw verhaal

An Haekens

3.1. Inleiding

Nu onze samenleving te maken heeft met snelle demografische veranderingen, met een groeiend aantal oudere volwassenen, is het van cruciaal belang om onze percepties en houdingen ten aanzien van ouderdom opnieuw te onderzoeken. Het heersende verhaal rond ouder worden is vaak negatief, met de nadruk op achteruitgang, verlies en lasten (1).

Deze eendimensionale visie slaagt er echter niet in de diversiteit en het potentieel van oudere volwassenen weer te geven. Het is tijd om een meer genuanceerd en realistisch begrip van ouder worden te ontwikkelen, een begrip dat de uitdagingen erkent, maar tegelijkertijd de positieve aspecten van ouder worden viert. Dit hoofdstuk onderzoekt het veranderende landschap van ouder worden, de behoefte aan een evenwichtige visie, de dynamische aard van ouder worden, de positieve aspecten van ouder worden, de maatschappelijke bijdragen van oudere volwassenen en strategieën om ageïsme uit te dagen en kwetsbaarheid anders te kaderen. We sluiten af met aanbevelingen om een meer inclusieve en ouderenvriendelijke samenleving te bevorderen door middel van effectieve communicatie en een nieuw verhaal over ouder worden.

3.2. Het veranderende landschap van ouder worden

Onze samenleving ondergaat een significante transformatie nu de levensverwachting stijgt en de bevolking verouderd. Deze demografische verschuiving is het gevolg van medische vooruitgangen, verbeterde leefomstandigheden en betere gezondheidszorg. In veel ontwikkelde landen wordt verwacht dat het aantal mensen van 60 jaar en ouder tegen 2050 bijna zal verdubbelen (2).

Ondanks deze opmerkelijke prestatie, wordt de verouderende bevolking vaak gepresenteerd als een probleem in plaats van een succesverhaal. De media en het publieke debat framen de “zilveren tsunami” vaak als een dreigende crisis, waarbij de mogelijke druk op zorgsystemen, pensioenfondsen en sociale diensten wordt benadrukt (3).

Deze negatieve framing is diepgeworteld in stereotypen en misvattingen over oudere volwassenen, die al vanaf jonge leeftijd worden doorgegeven via socialisatie, mediarepresentaties en culturele verhalen (4).

CHAPITRE 3

Vieillir dans notre société: vers un nouveau récit

An Haekens

3.1. Introduction

À mesure que notre société fait face à des changements démographiques rapides, avec une proportion croissante de personnes âgées, il est crucial de réexaminer nos perceptions et nos attitudes envers le vieillissement. Le récit dominant entourant le vieillissement est souvent négatif, se concentrant sur le déclin, la perte et la charge (1).

Cependant, cette vision unilatérale ne parvient pas à saisir la diversité et le potentiel des personnes âgées. Il est temps de développer une compréhension plus nuancée et réaliste du vieillissement, qui reconnaît les défis tout en célébrant les aspects positifs du vieillissement. Ce chapitre explorera le paysage changeant du vieillissement, la nécessité d’une perspective équilibrée, la nature dynamique du vieillissement, les aspects positifs de vieillir, les contributions sociétales des personnes âgées et les stratégies pour lutter contre l’âgeisme et reconsidérer la vulnérabilité. Nous concluons par des recommandations pour favoriser une société plus inclusive et favorable aux personnes âgées à travers une communication efficace et un nouveau récit sur le vieillissement.

3.2. Le paysage changeant du vieillissement

Notre société subit une transformation significative à mesure que l’espérance de vie augmente et que la population vieillit. Ce changement démographique résulte des progrès médicaux, des conditions de vie améliorées et des soins de santé plus efficaces. Dans de nombreux pays développés, la proportion de personnes âgées de 60 ans et plus devrait presque doubler d’ici 2050 (2).

Cependant, malgré cet accomplissement remarquable, la population vieillissante est souvent perçue comme un problème plutôt qu’une histoire de réussite. Les médias et les discours publics présentent fréquemment le « tsunami argenté » comme une crise imminente, mettant en avant la pression potentielle sur les systèmes de santé, les fonds de pension et les services sociaux (3).

Cette vision négative est profondément enracinée dans les stéréotypes et les idées fausses sur les personnes âgées, qui sont perpétuées dès le plus jeune âge par la socialisation, les représentations médiatiques et les récits culturels (4).

3.3. Ageïsme

Volgens de WHO (5) verwijst ageïsme naar het stereotyperen (bijvoorbeeld het aannemen dat alle oudere volwassenen zwak of vergeetachtig zijn), vooroordelen (bijvoorbeeld negatieve gevoelens tegenover oudere mensen) en discriminatie (bijvoorbeeld het ontzeggen van werk of zorg op basis van leeftijd) gericht tegen mensen op basis van hun leeftijd. Het kan institutioneel, interpersoonlijk of zelfgericht zijn. Ageïsme is wijdverbreid en heeft schadelijke effecten op de gezondheid en het welzijn van oudere mensen. Ageïstische houdingen en praktijken kunnen leiden tot discriminatie, marginalisatie en verminderde kansen voor oudere volwassenen op verschillende terreinen van het leven, zoals werk, zorg en sociale participatie (6).

Bovendien is intern ageïsme, of de acceptatie van negatieve ouderdomsstereotypen door oudere volwassenen zelf, in verband gebracht met slechtere gezondheidsresultaten, verminderde zelfeffectiviteit en een kortere levensduur (7). Nu onze samenleving verder vergrijst, is het van essentieel belang dat we deze schadelijke stereotypen uitdagen en een nauwkeuriger en evenwichtiger begrip van het verouderingsproces ontwikkelen.

3.4. De behoefte aan een evenwichtige visie

Mensen praten vaak over “oudere volwassenen” alsof het een homogene groep is, terwijl geen enkele leeftijdsgroep zo divers is als de groep oudere mensen, wat betreft fysieke, psychologische en sociale functies. Hoewel het waar is dat veel oudere volwassenen gezondheidsuitdagingen ondervinden en mogelijk ondersteuning nodig hebben, is dit niet het volledige verhaal. Veel oudere volwassenen leiden actieve, betrokken en vervullende levens tot ver in hun latere jaren.

Het erkennen van de diversiteit en sterkte van oudere volwassenen is essentieel voor het bouwen van een samenleving die mensen van alle leeftijden waardeert en ondersteunt. Dit houdt in dat we erkennen dat ouder worden een multidimensionaal proces is, beïnvloed door een complexe interactie van biologische, psychologische en sociale factoren (8).

Hoewel sommige aspecten van ouder worden achteruitgang kunnen betekenen, kunnen andere aspecten stabiel blijven of zelfs verbeteren in de loop van de tijd. Bijvoorbeeld, studies hebben aangetoond dat emotionele regulatie en wijsheid verbeteren naarmate mensen ouder worden (9). Deze heterogeniteit benadrukt het belang van het vermijden van generalisaties en het erkennen van de unieke

3.3. L'âgisme

Selon l'OMS (5), l'âgisme se réfère aux stéréotypes (par exemple, supposer que toutes les personnes âgées sont fragiles ou oublieuses), aux préjugés (par exemple, ressentir des sentiments négatifs envers les personnes âgées) et à la discrimination (par exemple, refuser un emploi ou des soins de santé en raison de l'âge) à l'encontre des personnes en fonction de leur âge. Il peut être institutionnel, interpersonnel ou dirigé contre soi-même. L'âgisme est répandu et a des effets nuisibles sur la santé et le bien-être des personnes âgées. Les attitudes et pratiques âgistes peuvent conduire à la discrimination, à la marginalisation et à des opportunités réduites pour les personnes âgées dans divers domaines de la vie, y compris l'emploi, les soins de santé et la participation sociale (6).

De plus, l'âgisme intériorisé, ou l'acceptation des stéréotypes négatifs sur le vieillissement par les personnes âgées elles-mêmes, a été associé à des résultats de santé moins bons, à une moindre efficacité personnelle et à une espérance de vie réduite (7). À mesure que notre société continue de vieillir, il est impératif de remettre en question ces stéréotypes nuisibles et de développer une compréhension plus précise et équilibrée du processus de vieillissement.

3.4. La nécessité d'une perspective équilibrée

Les gens parlent souvent des « personnes âgées » comme si elles constituaient un groupe homogène, alors qu'en réalité, aucun groupe d'âge n'est aussi diversifié que celui des personnes âgées, en termes de fonctionnement physique, psychologique et social. Bien qu'il soit vrai que de nombreuses personnes âgées rencontrent des problèmes de santé et peuvent nécessiter du soutien, ce n'est pas toute l'histoire. De nombreuses personnes âgées mènent des vies actives, engagées et épanouissantes bien dans leurs dernières années.

Reconnaître la diversité et les forces des personnes âgées est essentiel pour construire une société qui valorise et soutient les personnes de tous âges. Cela implique de reconnaître que le vieillissement est un processus multidimensionnel, influencé par une interaction complexe de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux (8).

Bien que certains aspects du vieillissement puissent impliquer un déclin, d'autres peuvent rester stables voire s'améliorer avec le temps. Par exemple, des études ont montré que la régulation émotionnelle et la sagesse s'améliorent souvent avec l'âge (9). Cette hétérogénéité souligne l'importance d'éviter les généralisations et de reconnaître les forces, les défis et les besoins uniques de chaque personne âgée.

sterkte, uitdagingen en behoeften van elke oudere volwassene.

3.5. De dynamische aard van ouder worden

De dynamische aard van ouder worden komt tot uiting in het idee dat individuen de potentie hebben om te groeien, zich aan te passen en veerkrachtig te zijn gedurende hun hele leven (8). Deze visie erkent dat mensen hun welzijn en levenskwaliteit kunnen behouden en zelfs verbeteren naarmate ze ouder worden, ondanks de uitdagingen die ze kunnen tegenkomen. Ouder worden is een dynamische reis die voor iedereen anders verloopt.

Erik Erikson's theorie van psychosociale ontwikkeling benadrukt de unieke taken en mogelijkheden van de latere levensfasen (10). In de fase van integriteit versus wanhoop reflecteren individuen in hun latere leven op hun leven en de keuzes die ze hebben gemaakt. Degenen die een gevoel van vervulling en tevredenheid ervaren over hun levenservaringen ontwikkelen een gevoel van integriteit, terwijl degenen die spijt of teleurstelling voelen, gevoelens van wanhoop kunnen ervaren. Een succesvolle afronding van deze fase houdt in dat men zich verzoent met het eigen leven, betekenis vindt in het aangezicht van de sterfelijkheid en wijsheid en acceptatie ontwikkelt. Dit proces van levensherziening kan leiden tot persoonlijke groei, zelfacceptatie en een dieper begrip van de eigen plek in de bredere context van het leven.

Voor de alleroudsten die mogelijk kwetsbaarheid, zwakte en existentiële uitdagingen ervaren, biedt het concept van gerotranscendentie een raamwerk om betekenis en doel te vinden ondanks fysieke beperkingen (11). Gerotranscendentie verwijst naar een verschuiving in wereldbeeld en prioriteiten die kan optreden in de latere levensfase, gekarakteriseerd door een beweging naar een meer kosmisch en transcendent begrip van het bestaan. Het houdt een verminderde focus in op materiële bezittingen en egoïsme, een verhoogd gevoel van verbinding met vorige en toekomstige generaties, en een grotere waardering voor de mysteries van het leven. Het omarmen van gerotranscendentie kan oudere volwassenen helpen om betekenis, vrede en acceptatie te vinden in het aangezicht van fysieke en cognitieve beperkingen. Door de spirituele en existentiële behoeften van oudere volwassenen te erkennen en te ondersteunen, kunnen we hun veerkracht en welzijn bevorderen, zelfs in aanwezigheid van kwetsbaarheid en verzwakking.

3.6. De positieve aspecten van ouder worden

Ouder worden brengt een schat aan voordelen met zich mee die vaak over het hoofd wordt gezien in het dominante verhaal. Met de leeftijd komt meer

3.5. La nature dynamique du vieillissement

La nature dynamique du vieillissement se reflète dans l'idée que les individus ont un potentiel de croissance, d'adaptation et de résilience tout au long de leur vie (8). Cette perspective reconnaît que les gens peuvent maintenir et même améliorer leur bien-être et leur qualité de vie à mesure qu'ils vieillissent, malgré les défis auxquels ils peuvent faire face. Le vieillissement est un parcours dynamique qui se déroule différemment pour chaque individu.

La théorie du développement psychosocial d'Erik Erikson met en évidence les tâches uniques et les potentiels des stades de la vie plus avancés (10). Au stade de l'intégrité vs le désespoir, les individus réfléchissent sur leur vie et les choix qu'ils ont faits. Ceux qui ressentent un sentiment de satisfaction et de contentement avec leurs expériences de vie développent un sens de l'intégrité, tandis que ceux qui ressentent des regrets ou de la déception peuvent éprouver des sentiments de désespoir. La résolution réussie de ce stade implique d'accepter sa vie, de trouver du sens face à la mortalité et de développer un sens de la sagesse et de l'acceptation. Ce processus de révision et de réflexion sur la vie peut conduire à une croissance personnelle, à une auto-acceptation et à une compréhension plus profonde de sa place dans le grand contexte de la vie.

Pour les plus âgées qui peuvent expérimenter la fragilité, la vulnérabilité et des défis existentiels, le concept de gérontotranscendance offre un cadre pour trouver du sens et un but malgré les limitations physiques (11). La gérontotranscendance désigne un changement de vision du monde et de priorités qui peut se produire dans la vieillesse, caractérisé par un mouvement vers une compréhension plus cosmique et transcendante de l'existence. Cela implique une réduction de l'importance des possessions matérielles et de l'égoïsme, un sens accru de la connexion aux générations passées et futures, ainsi qu'une plus grande appréciation des mystères de la vie. Adopter la gérontotranscendance peut aider les personnes âgées à trouver du sens, de la paix et de l'acceptation face aux limitations physiques et cognitives. En reconnaissant et en soutenant les besoins spirituels et existentiels des individus âgés, nous pouvons favoriser leur résilience et leur bien-être, même en présence de fragilité et de vulnérabilité.

3.6. Les aspects positifs du vieillissement

Vieillir apporte une richesse de bénéfices qui sont souvent négligés dans le récit dominant. Avec l'âge vient une plus grande sagesse, une meilleure

wijsheid, emotionele regulatie en een dieper begrip van zichzelf en anderen. Studies hebben aangetoond dat oudere volwassenen betere emotionele regulatievaardigheden hebben dan jongere mensen, met een grotere capaciteit om positieve gevoelens te behouden en zich snel van negatieve emotionele ervaringen te herstellen (12).

Deze emotionele veerkracht kan voortkomen uit een combinatie van levenservaring, copingstrategieën en veranderende prioriteiten die met de leeftijd komen. Veel oudere volwassenen melden meer levensvoldoening en welzijn dan hun jongere leeftijdsgenoten (13). Deze “paradox van ouder worden” suggereert dat, ondanks de uitdagingen en verliezen die met ouder worden gepaard kunnen gaan, oudere volwassenen vaak een gevoel van tevredenheid en vervulling ervaren. Dit kan worden toegeschreven aan verschillende factoren, zoals verhoogde zelfacceptatie, een grotere waardering voor het leven, en een focus op betekenisvolle relaties en activiteiten.

3.7. De maatschappelijke bijdragen van oudere volwassenen

Oudere volwassenen spelen een cruciale rol in de structuur van onze samenleving. Ze bieden onschatbare steun aan hun families en gemeenschappen door middel van zorg, vrijwilligerswerk en mentorschap. Veel oudere volwassenen zorgen voor hun kinderen of kleinkinderen. Anderen zorgen voor hun oudere echtgenoten, broers of zussen, of vrienden, en bieden compassie, steun en hulp bij dagelijkse taken.

Vrijwilligerswerk is een ander gebied waarin oudere volwassenen aanzienlijke bijdragen leveren. Studies hebben consequent aangetoond dat oudere vrijwilligers hogere niveaus van levensvoldoening, zelfvertrouwen en fysieke gezondheid melden in vergelijking met hun niet-vrijwilliger leeftijdsgenoten (14). Oudere vrijwilligers brengen een leven lang vaardigheden, kennis en ervaring naar hun rol, of het nu gaat om het geven van bijles aan kinderen, het ondersteunen van culturele of gemeenschapsevenementen, het bieden van steun aan lokale organisaties of helpen in verpleeghuizen.

Oudere volwassenen dragen ook bij aan de economie via hun werk, ondernemerschap en consumentenbestedingen. Veel oudere volwassenen blijven werken ver na de traditionele pensioenleeftijd, hetzij uit keuze, hetzij uit noodzaak. Hun ervaring en expertise kunnen van onschatbare waarde zijn voor werkgevers.

3.8. Ageïsme uitdagen

régulation émotionnelle et une compréhension plus profonde de soi-même et des autres. Des études ont montré que les personnes âgées ont tendance à avoir de meilleures compétences en régulation émotionnelle que leurs homologues plus jeunes, avec une plus grande capacité à maintenir un état affectif positif et à se remettre d'expériences émotionnelles négatives (12).

Cette résilience émotionnelle peut provenir d'une combinaison d'expérience de vie, de stratégies d'adaptation et de priorités changeantes qui accompagnent l'âge. De nombreuses personnes âgées rapportent un plus grand niveau de satisfaction de vie et de bien-être par rapport à leurs homologues plus jeunes (13). Ce « paradoxe du vieillissement » suggère que, malgré les défis et les pertes qui peuvent accompagner le vieillissement, les personnes âgées éprouvent souvent un sentiment de contentement et de satisfaction. Cela peut être attribué à divers facteurs, notamment une plus grande acceptation de soi, une appréciation accrue de la vie et une attention portée aux relations et activités significatives.

3.7. Les contributions sociétales des personnes âgées

Les personnes âgées jouent un rôle essentiel dans le tissu de notre société. Elles apportent un soutien inestimable à leurs familles et à leurs communautés par le biais des soins, du bénévolat et du mentorat. De nombreuses personnes âgées sont des aidants pour leurs enfants ou leurs petits-enfants. D'autres s'occupent de leurs conjoints vieillissants, de leurs frères et sœurs ou de leurs amis, offrant compassion, soutien et aide dans les tâches quotidiennes.

Le bénévolat est un autre domaine où les personnes âgées apportent des contributions significatives. Des études ont montré de manière constante que les bénévoles âgés signalent des niveaux plus élevés de satisfaction de vie, d'estime de soi et de santé physique par rapport à leurs pairs non bénévoles (14). Les bénévoles âgés apportent une vie entière de compétences, de connaissances et d'expérience à leurs rôles, qu'ils soient tuteurs pour des enfants, qu'ils aident à des événements culturels ou communautaires, qu'ils soutiennent des organisations locales ou qu'ils travaillent dans des maisons de retraite.

Les personnes âgées contribuent également à l'économie par leur travail, leur entrepreneuriat et leurs dépenses de consommation. De nombreuses personnes âgées continuent de travailler bien au-delà de l'âge traditionnel de la retraite, soit par choix, soit par nécessité. Leur expérience et leur expertise peuvent être inestimables pour les employeurs.

3.8. Lutter contre l'âgisme

Het bevorderen van intergenerationele verbindingen is een krachtig instrument in de strijd tegen ageïsme en het bevorderen van een positievere kijk op ouder worden (15). Wanneer jongere en oudere generaties met elkaar in contact komen en betekenisvolle relaties opbouwen, doorbreken ze stereotypen, trekken ze aannames in twijfel en krijgen ze een dieper begrip en waardering voor elkaars perspectieven en ervaringen. Intergenerationele programma's, zoals mentorschap, het delen van vaardigheden, verhalen vertellen en gemeenschapsprojecten, bieden waardevolle mogelijkheden voor wederzijds leren, empathie en samenwerking (16).

Favoriser les connexions intergénérationnelles est un outil puissant pour lutter contre l'âgisme et promouvoir une vision plus positive du vieillissement (15). Lorsque les générations plus jeunes et plus âgées interagissent et établissent des relations significatives, elles brisent les stéréotypes, remettent en question les hypothèses et acquièrent une compréhension et une appréciation plus profondes des perspectives et des expériences de l'autre. Les programmes intergénérationnels, tels que le mentorat, l'échange de compétences, la narration et les projets communautaires, offrent des opportunités précieuses d'apprentissage mutuel, d'empathie et de collaboration (16).

Deze verbindingen komen niet alleen de individuen ten goede, maar versterken ook het sociale weefsel van gemeenschappen en bevorderen een inclusieve en leeftijdsvriendelijke samenleving. Door de intergenerationele dialoog te faciliteren en een gevoel van gedeelde verantwoordelijkheid te bevorderen, kunnen we de kloof tussen generaties overbruggen en een cultuur creëren die de bijdragen en wijsheid van oudere volwassenen waardeert.

Ces connexions bénéficient non seulement aux individus mais aussi renforcent le tissu social des communautés, favorisant une société plus inclusive et favorable aux personnes âgées. En facilitant le dialogue intergénérationnel et en cultivant un sentiment de but commun, nous pouvons combler le fossé entre les générations et créer une culture qui valorise les contributions et la sagesse des personnes âgées.

3.9. Inclusieve taal

Ondanks de vele positieve aspecten van ouder worden, blijft leeftijdsdiscriminatie een wijdverspreid probleem in onze samenleving. Om leeftijdsdiscriminatie te bestrijden, moeten we stereotypen uitdagen en een nauwkeuriger en diverser beeld van ouder worden bevorderen. Dit houdt in dat we inclusieve taal gebruiken die de heterogeniteit van oudere volwassenen erkent en "wij versus zij"-dichotomieën vermijdt (17).

3.9. Langage inclusif

Malgré les nombreux aspects positifs du vieillissement, l'âgisme demeure un problème omniprésent dans notre société. Pour lutter contre l'âgisme, il nous faut remettre en question les stéréotypes et promouvoir une représentation plus précise et plus diverse du vieillissement. Cela implique d'utiliser un langage inclusif qui reconnaît l'hétérogénéité des personnes âgées et évite les dichotomies du type « nous vs eux » (17).

In plaats van te verwijzen naar "de ouderen" als een monolitische groep, kunnen we specifiekere en respectvolle termen gebruiken, zoals "oudere volwassenen" of "individuele in hun latere leven". Door de diversiteit binnen de oudere bevolking te erkennen, kunnen we generalisaties vermijden en naar een genuanceerder begrip van de ouderdomservaring streven.

Par exemple, au lieu de se référer aux « personnes âgées » comme à un groupe monolithique, nous pouvons utiliser des termes plus spécifiques et respectueux tels que « adultes âgés » ou « individus en fin de vie ». En reconnaissant la diversité au sein de la population âgée, nous pouvons nous éloigner des généralisations pour parvenir à une compréhension plus nuancée de l'expérience du vieillissement.

In onze communicatie over ouder worden, zouden we de dynamische aard van het proces moeten benadrukken en de collectieve verantwoordelijkheid die we allemaal dragen in het creëren van een leeftijdsvriendelijke samenleving. Dit betekent dat we de vergrijzing van de bevolking moeten zien als een kans voor groei, innovatie en intergenerationele solidariteit, in plaats van als een probleem dat opgelost moet worden of een last die gedragen moet worden. We moeten ook de vele manieren belichten waarop oudere volwassenen bijdragen aan hun families, gemeenschappen en de gehele samenleving.

Dans notre communication sur le vieillissement, nous devons souligner la nature dynamique du processus et la responsabilité collective que nous partageons tous dans la création d'une société favorable aux personnes âgées. Cela signifie présenter la population vieillissante comme une opportunité de croissance, d'innovation et de solidarité intergénérationnelle, plutôt que comme un fardeau ou une crise. Il s'agit aussi de mettre en lumière les nombreuses façons dont les personnes âgées contribuent à leurs familles, à leurs communautés et à la société dans son ensemble.

3.10. Kwetsbaarheid herformuleren

Het dominante verhaal koppelt ouder worden vaak aan kwetsbaarheid en broosheid (18). Hoewel het waar is dat oudere volwassenen gezondheidsproblemen kunnen ervaren, is het belangrijk om deze realiteit met nuance te benaderen. Kwetsbaarheid is een natuurlijk onderdeel van de menselijke ervaring en mag niet gestigmatiseerd of gevreesd worden. Door de mogelijke uitdagingen van ouder worden te accepteren en ons erop voor te bereiden, kunnen we een samenleving creëren die individuen op elk moment van hun leven ondersteunt en waardeert.

Dit vereist open en eerlijke gesprekken over wat het meest belangrijk is naarmate we ouder worden en hoe we betekenis en doel kunnen cultiveren ondanks fysieke beperkingen. Het houdt ook in dat we erkennen dat kwetsbaarheid niet beperkt is tot de oudere leeftijd, maar eerder een gedeelde menselijke toestand is die we allemaal op verschillende momenten in ons leven ervaren. Door kwetsbaarheid te herformuleren als een bron van verbinding, empathie en veerkracht, kunnen we het idee uitdagen dat afhankelijkheid en broosheid inherent negatief of beschamend zijn. Als het gaat om dementie, is het dominante verhaal ook vaak eenzijdig negatief. Ook hier kunnen genuanceerde taal en het gebruik van “tegenkaders” de levenskwaliteit van mensen met dementie helpen verbeteren (19).

3.11. Aanbevelingen voor communicatie

Om een positiever en realistischer verhaal over ouder worden te bevorderen, doen we de volgende aanbevelingen voor communicatie:

- Benadruk de diversiteit van oudere volwassenen en vermijd generalisaties. Gebruik taal die de heterogeniteit van de ouderdomservaring erkent, zoals “oudere volwassenen” of “individuele levensfasen”.
- Gebruik inclusieve taal die “wij versus zij”-dichotomieën vermijdt en een gevoel van gedeelde verantwoordelijkheid bevordert. Presenteer ouder worden als een universele ervaring die ons allemaal aangaat, in plaats van als een probleem dat opgelost moet worden of een last die gedragen moet worden.
- Vermijd alarmistische of dramatische taal wanneer we het over demografische veranderingen hebben. Zie de vergrijzing van de bevolking als een kans voor maatschappelijke groei, innovatie en intergenerationele solidariteit.

3.10. Repenser la vulnérabilité

Le récit dominant associe souvent vieillissement à vulnérabilité et fragilité (18). Bien qu'il soit vrai que les personnes âgées puissent rencontrer des problèmes de santé, il est important d'aborder cette réalité avec nuance. La vulnérabilité fait naturellement partie de l'expérience humaine et ne doit ni être stigmatisée ni être perçue comme une peur. En acceptant et en nous préparant aux défis potentiels du vieillissement, nous pouvons créer une société qui soutient et valorise les individus à tous les stades de la vie.

Cela nécessite des conversations ouvertes et honnêtes sur ce qui est le plus important à mesure que nous vieillissons et sur la manière dont nous pouvons cultiver du sens et un but malgré les limitations physiques. Il s'agit également de reconnaître que la vulnérabilité n'est pas exclusive à la vieillesse, mais qu'elle est une condition humaine partagée que nous vivons tous à différents moments de nos vies. En reconsidérant la vulnérabilité comme une source de connexion, d'empathie et de résilience, nous pouvons remettre en question l'idée que la dépendance et la fragilité sont nécessairement négatives ou honteuses. En ce qui concerne la démence, le récit dominant est également unilatéralement négatif. Là encore, un langage nuancé et l'utilisation de « contre-cadres » peuvent aider à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de démence (19).

3.11. Recommandations pour la communication

Pour promouvoir un récit plus positif et réaliste du vieillissement, nous proposons les recommandations suivantes pour la communication :

- Mettez en avant la diversité des personnes âgées et évitez les généralisations. Utilisez un langage qui reconnaît l'hétérogénéité de l'expérience du vieillissement, comme « adultes âgés » ou « individus en fin de vie ».
- Utilisez un langage inclusif qui évite les dichotomies « nous vs eux » et promeut un sentiment de responsabilité partagée. Présentez le vieillissement comme une expérience universelle qui nous concerne tous, plutôt que comme un problème à résoudre ou un fardeau à supporter.
- Évitez un langage alarmiste ou catastrophique lorsque vous discutez des changements démographiques. Présentez la population vieillissante comme une opportunité de croissance sociétale,

d'innovation et de solidarité intergénérationnelle.

- Benadruk de collectieve verantwoordelijkheid die we allemaal dragen in het creëren van een leeftijdsvriendelijke samenleving. Leg de rol van individuen, gemeenschappen en beleidsmakers uit bij het bevorderen van het welzijn en de inclusie van oudere volwassenen.
- Beeld ouder worden uit als een dynamisch proces met kansen voor groei, leren en bijdragen. Vier de sterktes, wijsheid en veerkracht van oudere volwassenen, terwijl we ook de uitdagingen erkennen waarmee zij mogelijk geconfronteerd worden.
- Gebruik verhalen en voorbeelden die de diversiteit van de ouderdomservaring benadrukken, inclusief positieve verhalen over ouder worden, intergenerationele verbindingen en zelfactualisatie in latere levensjaren.
- Vermijd het gebruik van neerbuigende of infantiliserende taal wanneer we het over oudere volwassenen of leeftijdsgebonden kwetsbaarheden hebben. Behandel oudere volwassenen met hetzelfde respect en dezelfde waardigheid die aan andere leeftijdsgroepen wordt toegekend.
- Moedig open en eerlijke gesprekken aan over ouder worden, inclusief discussies over zorg aan het einde van het leven. Normaliseer deze gesprekken als een natuurlijk onderdeel van de levensloop, in plaats van een taboe of morbide onderwerp.
- Mettez en avant la responsabilité collective que nous partageons tous dans la création d'une société favorable aux personnes âgées. Soulignez le rôle que les individus, les communautés et les responsables politiques peuvent jouer pour promouvoir le bien-être et l'inclusion des personnes âgées.
- Décrivez le vieillissement comme un processus dynamique avec des opportunités de croissance, d'apprentissage et de contribution. Célébrez les forces, la sagesse et la résilience des personnes âgées, tout en reconnaissant les défis auxquels elles peuvent être confrontées.
- Utilisez des histoires et des exemples qui soulignent la diversité de l'expérience du vieillissement, y compris des récits positifs du vieillissement, de la connexion intergénérationnelle et de l'auto-réalisation en fin de vie.
- Évitez d'utiliser un langage condescendant ou infantilisant lorsqu'il s'agit de parler des personnes âgées ou des vulnérabilités liées à l'âge. Traitez les personnes âgées avec le même respect et la même dignité que tout autre groupe d'âge.
- Encouragez des conversations ouvertes et honnêtes sur le vieillissement, y compris des discussions sur les soins de fin de vie. Normalisez ces conversations comme une partie naturelle du parcours de vie, plutôt qu'un sujet tabou ou morbide.

Conclusie

Naarmate onze samenleving vergrijst, is het cruciaal dat we een nieuw verhaal ontwikkelen over ouder worden. Dit verhaal moet de uitdagingen erkennen, maar ook de positieve aspecten van ouder worden vieren. Door stereotypen uit te dagen, een gebalanceerd perspectief te bevorderen en de bijdragen van oudere volwassenen te erkennen, kunnen we een samenleving creëren die individuen in elke levensfase waardeert en ondersteunt.

Ouder worden en kwetsbaarheid zijn inherente onderdelen van de menselijke ervaring en verdienen acceptatie in plaats van angst of vermijding. Door open en eerlijke gesprekken te voeren over wat er het meest toe doet naarmate we ouder worden, kunnen we betekenis, doel en levenskwaliteit voor iedereen cultiveren. Dit houdt in dat we kwetsbaarheid

Conclusion

À mesure que notre société vieillit, il est essentiel de développer un nouveau récit sur le vieillissement. Ce récit doit reconnaître les défis tout en célébrant les aspects positifs du vieillissement. En remettant en question les stéréotypes, en promouvant une perspective équilibrée et en reconnaissant les contributions des personnes âgées, nous pouvons créer une société qui valorise et soutient les individus à tous les stades de la vie.

Le vieillissement et la vulnérabilité sont des parties inhérentes de l'expérience humaine et nécessitent d'être acceptées plutôt que craintes ou évitées. En nous engageant dans des conversations ouvertes et honnêtes sur ce qui est le plus important à mesure que nous vieillissons, nous pouvons cultiver du sens, un but et une qualité de vie pour tous. Cela implique de

herformuleren als een bron van verbinding en veerkracht, en de diversiteit van de behoeften en voorkeuren onder oudere volwassenen erkennen.

Uiteindelijk zal het omarmen van een genuanceerder en realistischer begrip van ouder worden niet alleen oudere volwassenen ten goede komen, maar ook de samenleving als geheel. Door intergenerationele solidariteit te bevorderen, leeftijdsvriendelijke gemeenschappen te creëren en de bijdragen van oudere volwassenen te waarderen, kunnen we een toekomst creëren waarin iedereen met waardigheid, doel en vreugde ouder kan worden. Dit vereist een gezamenlijke inspanning van individuen, families, gemeenschappen en beleidsmakers om leeftijdsdiscriminatie uit te dagen, inclusieve taal en praktijken te bevorderen en de rechten en het welzijn van oudere volwassenen te verdedigen.

Naarmate we op weg gaan naar dit nieuwe verhaal over ouder worden, is het belangrijk om te onthouden dat we allemaal een rol te spelen hebben. Of het nu gaat om persoonlijke interacties, professionele inspanningen of burgerlijke betrokkenheid, we kunnen allemaal bijdragen aan het creëren van een samenleving die de gaven van lang leven viert en de kansen van een vergrijzende bevolking omarmt. Door dit te doen, verbeteren we niet alleen het leven van oudere volwassenen vandaag, maar leggen we ook de basis voor een meer rechtvaardige en compassievolle toekomst voor de komende generaties.

reconsidérer la vulnérabilité comme une source de connexion et de résilience et de reconnaître la diversité des besoins et des préférences des personnes âgées.

En fin de compte, adopter une compréhension plus nuancée et réaliste du vieillissement bénéficiera non seulement aux personnes âgées, mais à notre société dans son ensemble. En favorisant la solidarité intergénérationnelle, en promouvant des communautés favorables aux personnes âgées et en valorisant les contributions des personnes âgées, nous pouvons créer un avenir dans lequel tous les individus vieillissent avec dignité, but et joie. Cela nécessite un effort collectif de la part des individus, des familles, des communautés et des décideurs politiques pour lutter contre les attitudes âgistes, promouvoir un langage et des pratiques inclusives et défendre les droits et le bien-être des personnes âgées.

À mesure que nous nous dirigeons vers ce nouveau récit sur le vieillissement, il est important de se rappeler que chacun de nous a un rôle à jouer. Que ce soit à travers nos interactions personnelles, nos engagements professionnels ou notre participation civique, nous pouvons tous contribuer à créer une société qui célèbre les bienfaits de la longévité et embrasse les opportunités d'une population vieillissante. Ce faisant, nous améliorons non seulement la vie des personnes âgées aujourd'hui, mais nous posons également les bases d'un avenir plus équitable et plus compatissant pour les générations à venir.

Referenties

1. Diehl M, Smyer MA, Mehrotra CM. Optimizing aging: A call for a new narrative. *Am Psychol*. 2020;75(4):577-89.
2. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World population prospects 2019: highlights [Internet]. New York: United Nations; 2019 [cited 2024 Aug 26]. Available from: https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_Highlights.pdf.
3. Lundgren AS, Ljuslinder K. "The baby-boom is over and the ageing shock awaits": Populist media imagery in news-press representations of population ageing. *Int J Ageing Later Life*. 2011;6(2):39-71. doi: 10.3384/ijal.1652-8670.11639.
4. Nelson TD. Promoting healthy aging by confronting ageism. *Am Psychol*. 2016;71(4):276-82. doi: 10.1037/a0040221.
5. World Health Organization (WHO). Ageing and ageism [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [cited 2024 Aug 26]. Available from: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/ageing-ageism>.
6. Levy BR, Macdonald JL. Progress on understanding ageism. *J Soc Issues*. 2016;72(1):5-25. doi: 10.1111/josi.12153.
7. Levy BR. Stereotype embodiment: A psychosocial approach to aging. *Curr Dir Psychol Sci*. 2009;18(6):332-36. doi: 10.1111/j.1467-8721.2009.01662.x.
8. Baltes PB, Baltes MM. Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In: Baltes PB, Baltes MM, editors. *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge: Cambridge University Press; 1990. p. 1-34. doi: 10.1017/CBO9780511665684.003.
9. Grossmann I, Na J, Varnum MEW, Park DC, Kitayama S, Nisbett RE. Reasoning about social conflicts improves into old age. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2010;107(16):7246-50. doi: 10.1073/pnas.1001715107.
10. Erikson EH. *The life cycle completed*. New York: W.W. Norton & Company; 1982.
11. Tornstam L. *Gerotranscendence: A developmental theory of positive aging*. New York: Springer Publishing Company; 2005.
12. Carstensen LL, Turan B, Scheibe S, Ram N, Ersner-Hersfield H, Samanez-Larkin GR, et al. Emotional experience improves with age: Evidence based on over 10 years of experience sampling. *Psychol Aging*. 2011;26(1):21-33. doi: 10.1037/a0021285.
13. Stone AA, Schwartz JE, Broderick JE, Deaton A. A snapshot of the age distribution of psychological well-being in the United States. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2010;107(22):9985-90. doi: 10.1073/pnas.1003744107.
14. Anderson ND, Damianakis T, Kröger E, Wagner LM, Dawson DR, Binns MA, et al. The benefits associated with volunteering among seniors: A critical review and recommendations for future research. *Psychol Bull*. 2014;140(6):1505-33. doi: 10.1037/a0037610.
15. Petersen J. A meta-analytic review of the effects of intergenerational programs for youth and older adults. *Educ Gerontol*. 2022;49(3):175-89. doi: 10.1080/03601277.2022.2102340.
16. Bormans K. From ouch to wow! A warm educational package to thaw frozen mindsets (for students of about 10 years old) [Internet]. Maastricht: Maastricht University; 2021 [cited 2024 Aug 26]. Available from: <https://www.kasperbormans.be/nl/educatief-pakket/>.
17. Reframing Aging. Reframing Aging Initiative; 2021. Available from: <https://www.reframingaging.org/>.
18. Comres S, Ours E. Dominant narratives on ageing [Internet]. London: Centre for Ageing Better; 2020 [cited 2024 Aug 26]. Available from: <https://ageing-better.org.uk/sites/default/files/2020-11/dominant-narratives-ageing-full-report.pdf>.
19. Van Gorp B, Vercruysse T. Frames and counter-frames giving meaning to dementia: A framing analysis of media content. *Soc Sci Med*. 2012 Apr;74(8):1274-81. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.12.045. Epub 2012 Feb 17. PMID: 22386639.

HOOFDSTUK 4

Naar gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg voor ouderen

Mathieu Vandenbulcke & Eric Constant

Samenvatting

In België is er te weinig aandacht voor geestelijke gezondheidsproblemen bij ouderen. Dit blijkt uit een gebrek aan kennis over de prevalentie, onvoldoende aandacht in opleidingen, en een ontoereikend en regionaal sterk verschillend zorgaanbod. In dit hoofdstuk bespreken we de omvang en aard van geestelijke gezondheidsproblemen bij ouderen in België. We zoeken hiaten in de opleidingen voor zorgverleners, en onderzoeken de mogelijkheden voor gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg voor ouderen, met focus op preventie, vroege detectie, behandeling en woonondersteuning. We identificeren goede praktijken en innovatieve initiatieven, en stellen ten slotte een 10-puntenplan voor om de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg voor ouderen in België te verbeteren.

Inleiding

Internationale studies suggereren dat ongeveer 15% van de ouderen (65+) een psychiatrische stoornis heeft (WHO) (1) en een kwart van de ouderen in België psychologische problemen rapporteert. 10% leeft met dementie en 20% met milde cognitieve stoornissen (MCI), waarvan een aanzienlijk deel ook neuropsychiatrische symptomen vertoont (5-jaarsprevalentie: 90% bij dementie, 35-80% bij MCI) (2). In België wordt verwacht dat het aantal 65-plussers zal stijgen van ongeveer 20% nu naar meer dan 25% in 2050 (3).

De prevalentie van geestelijke gezondheidsproblemen bij ouderen in België is helaas slecht gekend. Gebaseerd op internationale studies blijkt dat ouderen slechts beperkt gebruik maken van het aanbod aan geestelijke gezondheidszorg in België (4). Hoewel specifieke expertise over geestelijke gezondheidsproblemen bij ouderen leidt tot betere detectie, diagnose en behandeling - en beter inspeelt op de noden (5) - wordt er in de basisopleidingen voor zorg- en welzijnsberoepen weinig aandacht besteed aan deze doelgroep. Ook is er een groot tekort aan gespecialiseerd aanbod in de geestelijke gezondheidszorg.

Door een gebrek aan inzicht in de werkelijke behoeften en kennis over geestelijke gezondheidsproblemen bij ouderen blijven deze

CHAPITRE 4

Vers des soins spécialisés en santé mentale pour les adultes âgés

Mathieu Vandenbulcke & Eric Constant

Résumé

Il y a trop peu d'attention accordée aux problèmes de santé mentale chez les adultes âgés en Belgique, ce qui se manifeste par un manque de connaissances sur la prévalence, une sous-exposition dans la formation et une offre de soins inadéquate et très différente selon les régions. Dans ce chapitre, nous discutons de l'ampleur et de la nature des problèmes de santé mentale chez les adultes âgés en Belgique. Nous cherchons à identifier les lacunes dans la formation des professionnels de santé. Nous examinons les options pour les soins spécialisés en santé mentale pour les adultes âgés, en mettant l'accent sur la prévention, la détection précoce, le traitement et l'hébergement. Nous identifions des bonnes pratiques et des initiatives innovantes. Enfin, nous proposons un programme en 10 points pour les décideurs afin d'améliorer les soins spécialisés en santé mentale pour les adultes âgés en Belgique.

Introduction

Des études internationales suggèrent qu'environ 15 % des adultes âgés (65 ans et plus) souffrent d'un trouble psychiatrique (OMS) (1) et un quart des adultes âgés en Belgique signalent des problèmes psychologiques. 10 % vivent avec la démence et 20 % avec un trouble cognitif léger (MCI), dont une proportion significative présente également des symptômes neuropsychiatriques (prévalence sur 5 ans de 90 % pour la démence, entre 35 et 80 % pour le MCI) (2). En Belgique, le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus devrait passer d'environ 20 % aujourd'hui à plus de 25 % d'ici 2050 (3).

La prévalence des problèmes de santé mentale chez les adultes âgés en Belgique n'est malheureusement pas bien connue. Les études basées sur des études internationales de prévalence suggèrent qu'il y a une utilisation limitée des soins de santé mentale par les adultes âgés en Belgique (4). Malgré la connaissance que l'expertise spécifique sur les problèmes de santé mentale chez les adultes âgés conduit à une meilleure détection, un meilleur diagnostic et un meilleur traitement, et répond également mieux aux besoins (5), peu d'attention est accordée au groupe cible des adultes âgés dans la formation de base des professions de la santé et du bien-être, et il existe un manque sérieux d'offres spécialisées en soins de santé mentale.

En raison du manque de clarté sur l'étendue des besoins réels et du manque de connaissances sur les problèmes de santé mentale chez les adultes âgés, les

problemen onder de radar en blijft de geestelijke gezondheidszorg voor ouderen onderontwikkeld. In dit hoofdstuk willen we bestaande gegevens over de omvang en aard van geestelijke gezondheidsproblemen bij ouderen in België in kaart brengen. We willen behoeften identificeren op het gebied van gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg voor ouderen in termen van preventie, vroege detectie, behandeling en ondersteuning thuis. Daarnaast willen we hiaten in de basisopleidingen voor zorgprofessionals met betrekking tot geestelijke gezondheidsproblemen bij ouderen benoemen. Ten slotte willen we een 10-puntenplan voorstellen om de geestelijke gezondheidszorg voor ouderen in België te verbeteren.

Discussie

4.1. Prevalentie van geestelijke gezondheidsproblemen bij ouderen en on vervulde behoeften in België

Op jaarbasis rapporteert een kwart van de ouderen in België psychologische problemen (6), en 60% geeft aan ooit emotionele problemen te hebben gehad (4). De meest voorkomende problemen zijn angst, depressie en middelenmisbruik. Ongeveer een tiende tot een kwart van de ouderen heeft in het afgelopen jaar een depressie ervaren, waarbij de prevalentie toeneemt met de leeftijd (7).

Bij depressie voldoen één op de vijf ouderen (65+) aan de diagnostische criteria voor een stemmingsstoornis gedurende hun leven; de jaarprevalentie ligt rond 5% (8-10). De levenslange en jaarlijkse prevalentie van angststoornissen varieert afhankelijk van het type stoornis, met een levenslange prevalentie van 1-6% en een jaarlijkse prevalentie van 1-5% (8, 9). Een op de negen ouderen voldoet aan de criteria voor een alcoholgerelateerde stoornis (8). Het excessieve gebruik/misbruik van benzodiazepines wordt geschat op ongeveer 18% (11, 12). Met een prevalentie van 15-20% moet suïcidaliteit niet worden onderschat, vooral de zogenaamde onderliggende en vaak verborgen doodswens (4).

Ondanks de impact op het dagelijks leven en de aanwezigheid van een geestelijke stoornis, krijgt slechts een zeer klein deel van de ouderen zorg. Slechts 3-4% van de 65-plussers raadpleegt jaarlijks een professionele hulpverlener wegens emotionele problemen (13). Bij ouderen met een stoornis is dit slechts 14%. Het aantal ouderen dat aangeeft behandeling te wensen, ligt echter twee keer zo hoog (4). Hoewel het aandeel ouderen dat jaarlijks hulp zoekt toeneemt (onder meer gestimuleerd door de conventie voor eerstelijnspsychologische zorg), blijft de behandelachterstand groot. Ouderen wachten

problemen restent sous le radar et les soins de santé mentale pour les adultes âgés restent sous-développés. Dans ce chapitre, nous visons à examiner les données existantes sur l'ampleur et la nature des problèmes de santé mentale chez les adultes âgés en Belgique. Nous voulons identifier les besoins en soins spécialisés en santé mentale pour les adultes âgés en Belgique, en termes de prévention, détection précoce, traitement et soutien à domicile. Nous voulons identifier les lacunes dans la formation de base des professionnels de la santé concernant les problèmes de santé mentale chez les adultes âgés. Ensuite, nous aimerions proposer un programme en 10 points pour améliorer les soins de santé mentale pour les adultes âgés en Belgique.

Discussion

4.1. Prévalence des problèmes de santé mentale chez les adultes âgés et besoins non satisfaits en Belgique

Chaque année, un quart des adultes âgés en Belgique signalent des problèmes psychologiques (6) et 60 % indiquent avoir déjà eu des problèmes émotionnels (4). Les problèmes de santé mentale les plus courants sont l'anxiété, la dépression et l'usage de substances. Environ un dixième à un quart des adultes âgés ont souffert de dépression au cours de l'année écoulée, proportion qui augmente avec l'âge (7).

Les estimations concernant la dépression suivent une tendance similaire ; par exemple, une personne âgée sur cinq (65 ans et plus) répond aux critères diagnostiques pour un trouble de l'humeur au cours de sa vie et la prévalence annuelle est d'environ 5 % (8-10). La prévalence à vie et annuelle des troubles anxieux varie davantage et dépend du type de trouble anxieux, avec une prévalence à vie de 1 à 6 % et une prévalence annuelle de 1 à 5 % (8, 9). Une personne âgée sur neuf répond aux critères pour un trouble lié à l'alcool (8). L'utilisation excessive/abus des benzodiazépines est estimée à environ 18 % (11, 12). Avec une prévalence de 15-20%, le suicide ne doit pas être sous-estimé, et surtout pas le soi-disant désir de mort sous-jacent et souvent caché (4).

Indépendamment de la présence d'un trouble mental, ainsi que de l'impact qu'ils génèrent dans la vie quotidienne, les adultes âgés reçoivent des soins très limités. Seulement 3-4 % des adultes âgés (65 ans et plus) consultent un conseiller professionnel chaque année pour des problèmes émotionnels (13). Pour ceux qui ont un trouble mental, ce chiffre est de seulement 14 %. Cependant, la proportion d'adultes âgés qui expriment un désir de traitement est deux fois plus élevée (4). Bien que l'on constate une augmentation de la proportion d'adultes âgés qui cherchent de l'aide chaque année (stimulée, entre autres, par la convention de soins psychologiques primaires), le retard dans le

gemiddeld 10 tot 16 jaar voordat zij stappen ondernemen richting hulpverlening (4, 14).

4.2. Preventie en bewustwording

Het belang van preventie mag niet worden onderschat (15). Nederlands onderzoek toont aan dat geïndiceerde preventie (gericht op ouderen met enkele subsyndromale symptomen) effectief is (16). Een meta-analyse over kortdurende psychotherapeutische interventies voor mensen met subsyndromale depressieve symptomen toont een reductie van 30% in de incidentie van depressie (17). Voor selectieve preventie (gericht op risicogroepen) zijn de resultaten iets minder positief, maar nog steeds waardevol.

Barrières verminderen en een proactieve benadering via sleutelplaatsen die ouderen kennen (zoals dienstencentra, woonzorgcentra, huisartsen en seniorencentra) en sleutelpersonen is de meest geschikte methode.

Een goed voorbeeld van preventief werk is de **Narratieve Zorg-interventie**, ontwikkeld door het ouderen-team van CGG Brussel (Protocol III RIZIV, 2009 - projectnummer 75930115-000). Deze methode, gebaseerd op levensverhalen, richt zich op de unieke levensgeschiedenis van ouderen en benut hun eigen krachtbronnen (18). Zo kan preventief worden gewerkt aan depressieve klachten.

Ook leefstijlinterventies verdienen een plaats in het preventieve en curatieve aanbod voor psychologisch en somatisch kwetsbare ouderen (voldoende beweging, gezonde voeding, stoppen met roken, aandacht voor alcoholgebruik, slaap, enz.). Het aanbieden van cursussen zoals “10 tips voor een goede oude dag” maakt het mogelijk om deze thema’s op een zeer toegankelijke manier te bespreken en te screenen.

Een belangrijk onderdeel van preventiebeleid is bewustwording. Om in te spelen op de beperkte aandacht voor geestelijke gezondheid bij ouderen, plant **Te Gek!?**, een Vlaamse organisatie die geestelijke gezondheid bespreekbaar maakt, een campagne in 2025 gericht op ouderen. De doelen zijn onder meer bewustwording vergroten, kennis verbeteren, barrières verlagen en ouderen betrekken bij de samenleving.

4.3. Eerstelijnszorg

traitement demeure élevé. Les adultes âgés continuent à attendre en moyenne de 10 à 16 ans avant de faire appel à un soutien (4, 14).

4.2. Prévention et sensibilisation

L’importance de la prévention ne peut être sous-estimée (15). Des recherches néerlandaises montrent que la prévention indiquée (c’est-à-dire destinée aux adultes âgés présentant plusieurs symptômes sous-syndromiques) est efficace (16). Une méta-analyse sur les interventions psychothérapeutiques à court terme pour les personnes présentant des symptômes dépressifs sous-syndromiques a montré une réduction de 30 % de l’incidence de la dépression (17). Pour la prévention sélective (destinée aux groupes à haut risque), les résultats sont légèrement moins positifs, mais peuvent encore constituer une alternative appropriée.

Réduire les barrières et une approche proactive via des lieux clés familiaux aux adultes âgés (par exemple, les centres de services, les maisons de repos, les médecins généralistes, les centres pour seniors) et les figures clés est la méthode la plus appropriée.

Un bon exemple de travail préventif est l’**intervention Narrative Care**, co-développée il y a plusieurs années par l’équipe des adultes âgés du CGG Bruxelles (Protocole III RIZIV, 2009 - numéro de projet 75930115-000). L’intervention Narrative Care est une méthodologie basée sur l’examen de la vie et qui travaille sur l’histoire de vie des adultes âgés, puisant dans leurs propres sources de force (18). Ainsi, nous pouvons intervenir sur la prévention des plaintes dépressives.

Bien entendu, les interventions liées au mode de vie doivent aussi avoir leur place et être promues dans l’offre préventive et curative pour les adultes âgés psychologiquement et somatiquement vulnérables (suffisamment d’exercice, alimentation saine, sevrage tabagique, attention à l’abus d’alcool, sommeil, etc.). Proposer des cours comme « 10 conseils pour une bonne vieillesse » permet de discuter et de dépister ces thèmes de manière très accessible.

Un élément clé de la politique de prévention est la sensibilisation. Pour répondre à la faible attention accordée à la santé mentale des adultes âgés, l’organisation flamande **Te Gek!?** prévoit une campagne en 2025 autour des adultes âgés. Les objectifs de la campagne incluent la sensibilisation, l’augmentation des connaissances, la réduction des barrières et l’implication des adultes âgés dans la société.

4.3. Soins primaires

De ondersteuning in de eerstelijnszorg voor oudere volwassenen met geestelijke gezondheidsproblemen is beperkt en bestaat voornamelijk uit ouderenteams binnen de centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG) in Vlaanderen. Ondersteuning in de eerstelijnszorg wordt hier en daar aangeboden in de vorm van mobiele teams voor de doelgroep van oudere volwassenen of samenwerking met (zelfstandige) psychiaters en psychologen die zich richten op deze doelgroep. In thuiszorgomgevingen, zoals woonzorgcentra, is het mogelijk een psycholoog aan te stellen, maar er is geen verplichting of financiering. Er is ook de mogelijkheid tot samenwerking met het CGG, voornamelijk voor opleidingen over geestelijke gezondheidsproblemen bij oudere volwassenen.

Een kans om het aanbod uit te breiden, is de ontwikkeling van eerstelijnspsychologische zorg voor oudere volwassenen (geïntegreerd in het psychologische zorgconvenant voor eerstelijnszorg/gespecialiseerde zorg). De Werkgroep Klinische Psychologie voor Oudere Volwassenen telt momenteel ongeveer 120 leden en groeit elk jaar. Het valt op dat de meeste leden werkzaam zijn in ziekenhuizen en woonzorgcentra. Gelukkig neemt het aantal mobiele operaties voor oudere volwassenen ook toe, zodat outreachwerk kan worden gedaan. Een groot hiaat in het aanbod is echter het aantal eerstelijnspsychologen. Weinig collega's voelen zich geroepen om zelfstandig met oudere volwassenen te werken, omdat ze de nodige expertise missen, deels omdat er vrijwel geen aanbod is in de masteropleidingen klinische psychologie. Met andere woorden, deze mensen zijn terecht voorzichtig in hun aanbod.

Daarnaast is er helaas een aanbod van eerstelijnspsychologen die de expertise nog niet hebben opgebouwd en zich toch profileren als klinisch psycholoog voor oudere volwassenen. Dit is evenzeer problematisch voor oudere volwassenen, die zich in een kwetsbare positie bevinden en niet altijd op de hoogte zijn van het aanbod van geestelijke gezondheidszorg (en de kwaliteitsvereisten voor zorgverleners).

4.4. Mobiele teams voor oudere volwassenen

Psychiatrische mobiele teams bestaan al enige tijd in België, maar de toegang voor oudere volwassenen is relatief nieuw (2021) en cruciaal om minder mobiele mensen ("zorgmislukken") en mensen die zorg nodig hebben maar deze weigeren ("zorgweigeraars") te bereiken. Daarnaast wordt het steeds meer passend om opname te vermijden of in te korten in de dagelijkse context van oudere mensen in te grijpen (19).

Klug *et al.* schrijven dat voor oudere volwassenen met een ernstige psychiatrische aandoening

Le soutien en soins primaires pour les adultes âgés souffrant de problèmes de santé mentale est limité et consiste principalement en des équipes pour adultes âgés au sein des centres de santé mentale (CGG) en Flandre. Un soutien en soins primaires est offert ici et là sous forme d'équipes mobiles pour le groupe cible des adultes âgés ou en collaboration avec des psychiatres et psychologues (indépendants) se concentrant sur ce groupe. Dans les environnements à domicile comme les maisons de repos, il est possible de nommer un psychologue, mais il n'y a aucune obligation ni financement. Il existe également une possibilité de collaboration avec le CGG, principalement sur la formation concernant les problèmes de santé mentale chez les adultes âgés.

Une opportunité d'élargir l'offre est le développement de soins psychologiques primaires pour les adultes âgés (intégrés dans la convention de soins psychologiques primaires/spécialisés). Le Groupe de travail en Psychologie des Adultes Agés compte actuellement environ 120 membres et croît chaque année. Il est frappant de constater que la plupart des membres sont employés dans des hôpitaux et des maisons de repos. Heureusement, les opérations mobiles pour adultes âgés augmentent également, ce qui permet de mener des actions de sensibilisation. Cependant, un grand vide dans l'offre réside dans la psychologie de soins primaires. Peu de collègues se sentent appelés à travailler de manière indépendante avec les adultes âgés, car ils manquent d'expertise, en partie parce qu'il n'y a pratiquement aucune offre dans les programmes de maîtrise en psychologie clinique. En d'autres termes, ces personnes sont légitimement prudentes dans leurs offres.

De plus, il existe malheureusement une offre de psychologues de soins primaires qui n'ont pas encore acquis l'expertise et qui se profilent néanmoins comme des psychologues cliniques travaillant avec les adultes âgés. Cela représente un problème pour les adultes âgés, qui sont dans une position vulnérable et ne sont pas toujours conscients de l'offre de soins en santé mentale (et des exigences de qualité pour les prestataires de soins).

4.4. Équipes mobiles pour les adultes âgés

Les équipes psychiatriques mobiles existent en Belgique depuis un certain temps, mais l'accès pour les adultes âgés est relativement récent (2021) et crucial pour atteindre les personnes moins mobiles (« soins manqués ») et celles qui ont besoin de soins mais qui refusent (« refus de soins »). De plus, éviter ou raccourcir l'admission et intervenir dans le contexte quotidien des adultes âgés est de plus en plus pertinent (19).

Klug *et al.* écrivent que pour les adultes âgés atteints d'une maladie psychiatrique grave, un traitement

multidisciplinaire psychiatrische behandeling in de thuissituatie kan leiden tot betere klinische en sociale uitkomsten (20). Voor oudere volwassenen is hiervoor eigen expertise vereist. Er zijn verschillende goede praktijkvoorbeelden in België, zoals het mobiele outreachteam voor oudere volwassenen (MOTO) van Alexianen Zorggroep Tienen en het Outreach-team van UPC KU Leuven, waarbij een multidisciplinaire benadering (psychiater, psycholoog, verpleegkundige, ergotherapeut, sociaal assistent) gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg aanbiedt voor oudere volwassenen met complexe psychologische en/of neurocognitieve problemen in nauwe samenwerking met verschillende partners uit het zorglandschap.

Terwijl deze gespecialiseerde mobiele interventie de zorgkwaliteit voor oudere volwassenen met geestelijke gezondheidsproblemen aanzienlijk verbetert en de instroomcijfers verhoogt, zijn er verschillende belangrijke uitdagingen. Ten eerste varieert dit aanbod sterk per regio en is het niet overal beschikbaar. Ten tweede is er geen financiering voor begeleiding door mobiele teams in woonzorgcentra, noch voor crisisinterventies, tenzij dit door de psychiatrische ziekenhuizen zelf wordt gefinancierd. Gezien de toenemende vraag naar mobiele interventies voor oudere volwassenen, zijn bijkomende middelen nodig of op zijn minst een systeem dat het mogelijk maakt om personeel soepel te wisselen tussen ziekenhuisafdelingen en mobiele teams, afhankelijk van de behoeften. Aangezien de financiering van een psychiatrisch ziekenhuis afhankelijk is van de bezettingsgraad van het ziekenhuis, en de begeleiding binnen mobiele teams niet wordt meegerekend in de bezettingsgraad, bevordert het systeem opname in plaats van het te vermijden.

4.5. Behoeftte aan geïntegreerde zorg

Gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg kan een relevante bijdrage leveren aan het herstel van oudere volwassenen met geestelijke gezondheidsproblemen, maar dit vereist nauwe samenwerking met de oudere zelf en zijn netwerk, en met andere (zorg)actoren. Het perspectief van positieve gezondheid (21) is hierbij een waardevol uitgangspunt. Immers, oudere volwassenen met psychologische problemen worden vaak gekarakteriseerd door comorbiditeit, verlies van functie en sociale problemen (22). De verbinding tussen psychiatrische en somatische problemen vereist geïntegreerde zorg met verschillende disciplines, gericht op zowel preventieve als curatieve interventies en gericht op sociale, psychologische en somatische levensdomeinen (23).

Het zorglandschap in België heeft veel te bieden, maar is ook een ingewikkeld kluwen van organisaties en zorgaanbieders. De zorg verandert ook door sociale trends. Zorg is bij voorkeur ambulant, klinische zorg

psychiatrische multidisciplinaire à domicile peut conduire à de meilleurs résultats cliniques et sociaux (20). Les adultes âgés nécessitent leur propre expertise pour cela. Il existe plusieurs exemples de bonnes pratiques en Belgique, tels que l'équipe mobile de soutien pour adultes âgés (MOTO) d'Alexianen Zorggroep Tienen et l'équipe Outreach de l'UPC KU Leuven, où une approche de soutien multidisciplinaire (psychiatre, psychologue, infirmier, ergothérapeute, assistant social) met à disposition une expertise en santé mentale spécialisée pour les adultes âgés présentant des problèmes psychologiques et/ou neurocognitifs complexes en étroite collaboration avec divers partenaires du paysage de la santé.

Bien que cette intervention mobile spécialisée améliore considérablement la qualité des soins pour les adultes âgés ayant des problèmes de santé mentale et augmente les taux d'inscription, plusieurs défis importants subsistent. D'abord, cette offre varie considérablement d'une région à l'autre et n'est pas disponible partout. Ensuite, il n'existe aucun financement pour l'accompagnement par des équipes mobiles dans les centres de soins résidentiels, ni pour les interventions de crise, sauf si elles sont financées par les hôpitaux psychiatriques eux-mêmes. Compte tenu de la demande croissante pour des interventions mobiles auprès des adultes âgés, des ressources supplémentaires sont nécessaires ou, du moins, un système permettant de passer facilement du personnel entre les services hospitaliers et les équipes mobiles en fonction des besoins. Étant donné que le financement d'un hôpital psychiatrique dépend du taux d'occupation de l'hôpital, et que l'accompagnement au sein des équipes mobiles n'est pas pris en compte dans le calcul du taux d'occupation, le système favorise l'admission plutôt que de l'éviter.

4.5. Besoins en soins intégrés

Les soins spécialisés en santé mentale peuvent apporter une contribution significative au rétablissement des adultes âgés ayant des problèmes de santé mentale, mais cela nécessite une coopération étroite avec la personne âgée elle-même, son réseau et les autres acteurs (soignants). La perspective de la santé positive (21) constitue un point de départ précieux ici. En effet, les adultes âgés ayant des problèmes psychologiques sont souvent caractérisés par une comorbidité, une perte de fonction et des problèmes sociaux (22). La connexion entre les problèmes psychiatriques et somatiques nécessite des soins intégrés avec différentes disciplines, visant à la fois des interventions préventives et curatives, dans les domaines social, psychologique et somatique (23).

Le paysage des soins de santé en Belgique offre de nombreuses possibilités mais est également un enchevêtrement compliqué d'organisations et d'offres de soins. Les soins sont également en évolution en

is de uitzondering, en men herstelt thuis. Dit maakt het aanbod aan voorzieningen complexer en uitgebreider, en de rol van het informele netwerk en het sociale domein wordt versterkt (24). Individuele interventies van alle verschillende actoren leiden niet automatisch tot herstel van de patiënt, noch leiden ze noodzakelijkerwijs tot een vlot proces. Onterecht lange wachttijden en zorg die niet gecoördineerd is, kunnen de effectiviteit verminderen.

De WHO noemt geïntegreerde zorg als één van de voorwaarden voor goede geestelijke gezondheidszorg en voor het behalen van de mentale gezondheidsdoelen van de WHO: de integratie van de gemeenschap, eerstelijnszorg, geestelijke gezondheidszorg, algemene en gespecialiseerde ziekenhuizen, individuen en gezinnen (25). De OESO (2021) noemt een geïntegreerde en multisectorale benadering als één van de elementen van een goed werkend geestelijk gezondheidszorgsysteem (26). Om geïntegreerde zorg te realiseren, is het van belang dat er samenwerking is op macro-, meso- en microniveau (27, 28).

Netwerken moeten zich richten op een vlotte overgang van complementaire zorgvormen en nauwe samenwerking tussen verschillende betrokken actoren voor oudere volwassenen met psychologische problemen. Dit kan ook leiden tot innovatieve, transmurale zorgvormen. Op dit moment organiseren de geestelijke gezondheidsnetwerken zich voornamelijk rond de doelgroepen van kinderen en jongere volwassenen, met slechts beperkte aandacht voor oudere volwassenen. In dit opzicht zou het ook interessant kunnen zijn om een psychosociale liaisonfunctie te creëren om veranderingen in de woonomstandigheden (bijvoorbeeld van thuis naar woonzorgcentrum) te vergemakkelijken.

Het is ook cruciaal om opnieuw na te denken over de manier waarop het individuele en collectieve werk in de geestelijke gezondheidszorg wordt geëvalueerd door meer kwalitatieve criteria te integreren en het aantal kwantitatieve criteria te verminderen (zorg is niet enkel een kwantificeerbare handeling).

4.6. Intensieve zorg

Een beperkte maar belangrijke groep oudere volwassenen zal tijdens het verouderingsproces intensieve zorg nodig hebben vanwege ernstige acute neuropsychiatrische stoornissen. Dit betreft bijvoorbeeld oudere volwassenen die lijden aan psychotische depressie of dementie met ernstige neuropsychiatrische symptomen (ook wel gedrags- en psychologische symptomen van dementie, of BPSD, genoemd). Er is tijdelijke behoefte aan dergelijke

raison des tendances sociales. Les soins se font de préférence en ambulatoire, les soins cliniques étant l'exception, et le rétablissement se fait à domicile. Cela rend l'offre de services plus complexe et étendue, et l'importance du réseau informel et du domaine social est renforcée (24). Les interventions individuelles de tous les différents acteurs ne conduisent pas automatiquement à la guérison du patient, ni ne mènent nécessairement à un processus fluide. Des délais d'attente inutilement longs et des soins non coordonnés peuvent entraîner une perte d'efficacité.

L'OMS mentionne les soins intégrés comme l'une des conditions pour des soins de santé mentale de qualité et pour atteindre les objectifs de santé mentale de l'OMS : l'intégration de la communauté, des soins primaires, du domaine de la santé mentale, des hôpitaux généraux et spécialisés, des individus et des familles (25). L'OCDE (2021) mentionne une approche intégrée et multisectorielle comme l'un des éléments d'un système de soins de santé mentale bien fonctionnant (26). Pour réaliser des soins intégrés, il est pertinent qu'il y ait une coopération aux niveaux macro, méso et micro (27, 28).

Les réseaux devraient se concentrer sur une transition fluide des formes de soins complémentaires et une coopération étroite entre les différents acteurs impliqués dans les adultes âgés ayant des problèmes psychologiques. Cela pourrait également aboutir à des formes de soins innovantes, transmuraux. Actuellement, les réseaux de santé mentale s'organisent principalement autour des groupes cibles des enfants et des jeunes adultes, avec une attention limitée pour les adultes âgés. À cet égard, il pourrait également être intéressant de créer une fonction de liaison psychosociale pour faciliter les changements de mode de vie (par exemple du domicile vers une maison de repos).

Il est également crucial de repenser la manière dont le travail individuel et collectif en santé mentale est évalué en intégrant davantage de critères qualitatifs et en réduisant le nombre de critères quantitatifs (les soins ne sont pas seulement un acte quantifiable).

4.6. Soins intensifs

Un groupe limité mais important d'adultes âgés nécessitera des soins intensifs hautement spécialisés pendant le vieillissement en raison de troubles neuropsychiatriques aigus graves. Il s'agit par exemple des adultes âgés souffrant de dépression psychotique ou de démence avec des symptômes neuropsychiatriques graves (également appelés symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, ou BPSD). Il existe un besoin temporaire

intensieve supervisie om ernstig letsel aan zichzelf of anderen te voorkomen en/of voor complexe gespecialiseerde behandelingen (zoals ECT of de initiatie van neuroleptica zoals clozapine) die in de thuissituatie niet geboden kunnen worden.

Analoog met de klinische staging van somatische aandoeningen, betreft het patiënten die zich in een hoog stadium van psychopathologie bevinden (29). Eenheden waar dergelijke intensieve zorg geboden kan worden, moeten specifiek aangepast zijn aan oudere volwassenen, zowel wat betreft infrastructuur (onder andere omdat er vaak sterk verminderde zelfredzaamheid is en veel dagelijkse zorg van patiënten overgenomen moet worden, er is vaak verminderde mobiliteit, enz.), bezetting (veel patiënten hebben continu toezicht nodig vanwege ernstig verstoord gedrag, zijn agressief tijdens zorg, enz.) en samenstelling van het team (waarbij ook hoge somatische zorgbehoeften een geriatrische expertise en specifieke verpleegkundige kennis vereisen, een groter beroep op non-verbale therapieën, enz.). Dergelijke afdelingen kunnen klinische resultaten behalen (vaak op korte termijn) (30) waarna patiënten kunnen terugkeren naar de thuissituatie (vervangende zorg).

4.7. Bruggen tussen algemene en psychiatrische ziekenhuizen

Het onderscheid tussen een algemeen ziekenhuis en een psychiatrisch ziekenhuis getuigt van een dualisme dat niet meer van deze tijd is. Lichaam en geest zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden, en de onderlinge invloed is duidelijk merkbaar bij oudere volwassenen. Goede, gespecialiseerde zorg voor oudere volwassenen met psychische problemen vereist een gecoördineerde aanpak van psychiaters en artsen met een meer somatische oriëntatie, zoals geriater.

Om dit te bereiken, moeten er bruggen worden gebouwd tussen algemene en psychiatrische ziekenhuizen. Een wederzijdse liaisondienst is wenselijk, waarbij oudere volwassenen in het algemene ziekenhuis en in het psychiatrische ziekenhuis advies krijgen van respectievelijk een psychiatrisch liaisonteam en een geriatrisch ondersteunend team. Naast een adviserende functie zorgen deze liaisonteams voor de continuïteit van zorg in het geval van heropname. Bovendien zouden geriater, psychiatrische specialisten voor oudere volwassenen en neurologen idealiter ook hun krachten bundelen binnen een multidisciplinaire geheugenkliniek.

Voor complexe gevallen met intensieve somatische en psychiatrische zorgbehoeften zou een co-managementmodel, waarbij ziekenhuisafdelingen

pour une telle supervision intensive pour prévenir les blessures graves envers soi-même ou autrui et/ou pour des traitements spécialisés complexes (comme l'ECT ou l'initiation de neuroleptiques comme la clozapine) que ces soins ne peuvent être prodigués dans un contexte à domicile.

Par analogie avec le stade clinique des troubles somatiques, il s'agit de patients qui sont dans un stade élevé de psychopathologie (29). Les unités où ces soins intensifs peuvent être fournis doivent être spécifiquement adaptées aux adultes âgés, tant en termes d'infrastructure (entre autres en raison de l'autonomie souvent fortement réduite et du fait qu'une grande partie des soins quotidiens doit être assurée par les soignants, avec une mobilité souvent réduite, etc.), de l'occupation (beaucoup de patients nécessitent une surveillance continue en raison de leur comportement gravement perturbé, sont agressifs lors des soins, etc.) et de la composition de l'équipe (notamment des besoins de soins somatiques élevés nécessitant également une expertise gériatrique et des compétences infirmières spécifiques, un plus grand besoin de thérapies non verbales, etc.). De tels services peuvent obtenir des résultats cliniques (souvent en peu de temps) (30) après quoi les patients peuvent retourner dans le contexte à domicile (substitut).

4.7. Ponts entre les hôpitaux généraux et psychiatriques

La distinction entre un hôpital général et un hôpital psychiatrique témoigne d'un dualisme qui n'est plus contemporain. Le corps et l'esprit sont inextricablement liés, et l'influence mutuelle est palpable chez les personnes âgées. Des soins spécialisés de qualité pour les personnes âgées ayant des problèmes de santé mentale nécessitent une approche concertée entre psychiatres et médecins ayant une orientation plus somatique, tels que les gériatres.

Pour ce faire, des ponts doivent être établis entre les hôpitaux généraux et psychiatriques. Un service de liaison mutuelle est souhaitable, par lequel les personnes âgées dans les hôpitaux généraux et psychiatriques bénéficient respectivement des conseils d'une équipe de liaison psychiatrique et d'une équipe de soutien gériatrique. En plus de la fonction consultative, ces équipes de liaison assurent la continuité des soins en cas de besoin de réadmission. De plus, les gériatres, psychiatres pour personnes âgées et neurologues devraient idéalement unir leurs forces au sein d'une clinique mémoire multidisciplinaire.

Pour les cas complexes nécessitant des soins somatiques et psychiatriques intensifs, un modèle de codirection dans lequel les départements hospitaliers

gezamenlijk worden beheerd door geriateren en psychiatrische specialisten voor oudere volwassenen, een grote meerwaarde bieden. Er ontbreken echter zorgpaden voor oudere volwassenen met zowel psychiatrische als somatische zorgbehoeften in België en de samenwerking tussen algemene en psychiatrische ziekenhuizen verschilt sterk per regio en is op verschillende plaatsen structureel afwezig.

4.8. Specifieke behoeften in de zorg voor oudere volwassenen in psychiatrische ziekenhuizen

In tegenstelling tot de situatie bij kinderen en jongeren is er vanuit overheidsperspectief nooit een aparte programmering, financiering of een specifiek beleid ontwikkeld voor psychiatrische zorg voor oudere volwassenen. Dit betekent dat deze doelgroep moet worden opgevangen binnen een psychiatrisch ziekenhuis met dezelfde personeelsnormen als een klassieke afdeling voor volwassenen.

Maar naast psychiatrische begeleiding, is er vaak een vergaande somatische zorgbehoefte, wat een veel grotere personeelsinzet vereist. In het UPC KU Leuven is dit 50% hoger voor de geriatrie-psychiatrie afdeling (0,87 FTE/bed in vergelijking met 0,58 FTE/bed (referentie A-bed excl. zorgpersoneelsfonds)). Een duurzamere oplossing zou zijn om effectief aparte verhoogde financiering en personeelssteun voor een afdeling binnen de geriatrie-psychiatrie te voorzien.

Een andere behoefte is somatische zorg in psychiatrische ziekenhuizen. De huidige financiering voor somatische zorg door huisartsen voor oudere personen met psychische stoornissen die in psychiatrische ziekenhuizen zijn opgenomen, is onvoldoende, zelfs met de recente herziening van de RIZIV-nomenclatuur voor huisartsen die patiënten bezoeken in een psychiatrisch ziekenhuis. De nieuwe nomenclatuur voorziet in een vergoeding voor een opnameonderzoek, een daaropvolgend consult pas na 15 dagen, en dan alleen elke twee maanden. Deze regels komen niet overeen met de werkelijke behoeften, waarbij we zien dat de focus van somatische zorg ligt in de eerste 30 dagen na opname.

De gemiddelde verblijfsduur wordt korter en de doorstroom op de afdelingen is hoger, wat betekent dat somatische zorg geconcentreerd moet worden in die eerste weken. Veel patiënten worden daarom enkele dagen na het opnameonderzoek opnieuw gezien om de resultaten te bespreken (laboratorium, ECG, enz.) en om een somatisch behandelplan op te stellen. Het aantal vervolgsconsulten in de eerste 30 dagen van opname wordt bepaald door de somatische behoeften van de patiënt en varieert sterk per behandelproces.

sont gérés conjointement par des gériatres et des psychiatres pour personnes âgées apporterait une grande valeur ajoutée. Cependant, les parcours de soins pour les personnes âgées ayant des besoins à la fois psychiatriques et somatiques sont inexistantes en Belgique, et la coopération entre hôpitaux généraux et psychiatriques varie considérablement selon les régions, parfois de manière structurellement absente dans diverses zones.

4.8. Besoins spécifiques dans les soins aux personnes âgées en hôpitaux psychiatriques

Contrairement aux enfants et aux jeunes, aucune programmation, financement ou politique séparée n'a jamais été développée, du point de vue gouvernemental, pour les soins psychiatriques aux personnes âgées. Cela implique que ce groupe cible doit être accueilli au sein d'un hôpital psychiatrique avec les mêmes normes de personnel qu'un service adulte classique.

Mais en plus de l'accompagnement psychiatrique, il existe souvent un besoin de soins somatiques très important, ce qui nécessite un déploiement du personnel bien plus élevé. À l'UPC KU Leuven, ce besoin est 50 % plus élevé pour le service de psychiatrie gériatrique (0,87 ETP/lit contre 0,58 ETP/lit (référence A-lit excluant le fonds de personnel soignant)). Une solution plus durable serait de fournir un financement et un soutien en personnel séparés et augmentés pour un département de psychiatrie gériatrique.

Un autre besoin est celui des soins somatiques en hôpitaux psychiatriques. Le financement actuel des soins somatiques par les médecins généralistes pour les personnes âgées ayant des troubles mentaux admises dans les hôpitaux psychiatriques est insuffisant, même avec la révision récente de la nomenclature INAMI pour les médecins généralistes qui visitent les patients dans un hôpital psychiatrique. La nouvelle nomenclature prévoit le remboursement pour un examen d'admission, une consultation suivante uniquement après 15 jours, puis tous les deux mois. Ces réglementations ne correspondent pas aux besoins réels, où l'on constate que l'essentiel des soins somatiques se concentre sur les 30 premiers jours après l'admission.

La durée moyenne des séjours est de plus en plus courte et le roulement dans les services plus important, ce qui signifie que les soins somatiques doivent être concentrés durant ces premières semaines. De nombreux patients sont ainsi revus quelques jours après l'examen d'admission pour discuter des résultats (analyses, ECG, etc.) et établir un plan de traitement somatique. Le nombre de consultations de suivi durant les 30 premiers jours d'admission dépend des besoins somatiques du patient et varie considérablement d'un

Met de nieuwe RIZIV-nomenclatuur kunnen huisartsen gemiddeld 70% van de verleende diensten binnen de eerste 30 dagen na opname niet in rekening brengen.

Daarnaast verschilt de duur en complexiteit van een consult in een psychiatrisch ziekenhuis sterk van de gemiddelde consultatie in de huisartsenpraktijk. Verschillende factoren dragen hieraan bij, zoals een vaak uitdagende voorgeschiedenis bij iemand met een acute psychiatrische aandoening (bijv. acute psychose), het afhandelen van veel losse eindjes bij (onbekende) patiënten die vaak slechte zelfzorg vertonen en een inadequaat medisch dossier hebben, weigering van of gevoeligheden tijdens het klinisch onderzoek, complexe problemen waarbij psychiatrische en somatische aandoeningen elkaar beïnvloeden, polyfarmacie met de bijbehorende bijwerkingen en interacties, slechte therapietrouw, enz.

Een belangrijke aanvullende behoefte is klinische farmacologie in psychiatrische ziekenhuizen. De discipline klinische farmacologie heeft tot doel verantwoorde farmacotherapeutische zorg te bieden waarin de patiënt centraal staat, en de efficiëntie, effectiviteit en veiligheid van farmacotherapie naadloos gewaarborgd zijn door een multidisciplinair en globaal zorgbeleid (31). Gezien de hoge prevalentie van zowel algemene polyfarmacie als polyfarmacie binnen psychotrope geneesmiddelen (32), zijn oudere volwassenen met psychische problemen een specifieke doelgroep die baat zou kunnen hebben bij deze expertise. In tegenstelling tot de VS, waar klinische farmacologie al meer dan 50 jaar bestaat (33), werd het in België pas begin 2000 algemeen ingevoerd (34).

Klinische farmacologie in de geestelijke gezondheidszorg is nog niet breed geaccepteerd op Europees niveau, maar er is wel bewijs van verminderde medicatiegerelateerde problemen, evenals medicatiebeoordelingen die de therapietrouw en klinische uitkomsten verbeteren (35, 36). Klinische farmacologie werd ook als kosteneffectief beschouwd vanuit economisch perspectief (37, 38). Een gedeelde expertise in klinische psychopharmacologie tussen psychiater en klinisch apotheker, met speciale aandacht voor de specifieke zorgbehoeften van deze kwetsbare patiëntengroep, is van groot belang (39).

De financiering van klinische farmacologie in België gebeurde aanvankelijk via projectfinanciering, voordat het in 2014 overging naar structurele financiering van deze activiteit via het BFM van het ziekenhuis (40). Het Koninklijk Besluit van 08/01/2015 (art. 14) voorziet deze financiering echter alleen voor niet-psychiatrische ziekenhuizen, en dit op

proces van behandeling tot het andere. Met de nieuwe nomenclature INAMI, les médecins généralistes ne pourront pas facturer en moyenne 70 % des services rendus durant les 30 premiers jours d'admission.

De plus, la durée et la complexité d'une consultation dans un hôpital psychiatrique diffèrent considérablement d'une consultation classique en médecine générale. Divers facteurs contribuent à cela, tels qu'un antécédent souvent complexe chez une personne souffrant d'une maladie psychiatrique aiguë (par exemple, une psychose aiguë), le fait de boucler de nombreux fils avec des patients (inconnus) souvent en mauvais état de santé et avec un dossier médical inadéquat, le refus ou les sensibilités durant l'examen clinique, des problèmes complexes dans lesquels des troubles psychiatriques et somatiques coexistent et s'influencent mutuellement, la polypharmacie avec les effets secondaires et interactions associés, une mauvaise observance thérapeutique, etc.

Un besoin supplémentaire important est la pharmacie clinique en hôpitaux psychiatriques. La discipline de la pharmacie clinique vise à fournir des soins pharmaceutiques responsables, dans lesquels le patient est au centre, et l'efficacité, l'efficience et la sécurité de la pharmacothérapie sont assurées de manière transparente grâce à une politique de soins multidisciplinaire et globale (31). Compte tenu de la forte prévalence de la polypharmacie en général, et de la polypharmacie au sein des médicaments psychotropes, les personnes âgées souffrant de problèmes de santé mentale constituent un groupe particulier qui pourrait bénéficier de cette expertise en pharmacie clinique. Contrairement aux États-Unis, où la pharmacie clinique est établie depuis plus de 50 ans (33), elle ne l'a été en Belgique qu'au début des années 2000 (34).

La pharmacie clinique en santé mentale n'est peut-être pas encore largement adoptée au niveau européen, mais des preuves sont disponibles concernant la réduction des problèmes liés aux médicaments, ainsi que des revues de médicaments avec une meilleure observance thérapeutique et des résultats cliniques (35, 36). Les services de pharmacie clinique se sont également révélés rentables d'un point de vue économique (37, 38). Une expertise partagée en psychopharmacologie clinique entre psychiatre et pharmacien clinique, avec une attention particulière aux besoins spécifiques de ce groupe de patients vulnérables, est d'une grande importance (39).

Le financement de la pharmacie clinique en Belgique a d'abord eu lieu par financement de projet, avant de passer à un financement structurel de cette activité en 2014 par le biais du BFM de l'hôpital (40). L'Arrêté Royal du 08/01/2015 (art. 14) ne prévoit ce financement que pour les hôpitaux non psychiatriques,

basis van het aantal erkende bedden met een maximum van 2 FTE (41).

Er is een grote klinische meerwaarde en behoefte om deze patiëntengroep dezelfde farmaceutische zorg te bieden als een patiënt die in een acuut ziekenhuis is opgenomen. Het financieren van psychiatrische ziekenhuizen naar analogie met acute ziekenhuizen is essentieel om deze ongelijkheid in farmaceutische patiëntenzorg te verhelpen. Het zou ook goed zijn om de oprichting van psychogeriatrische dagziekenhuizen te bevorderen en te financieren als plaatsen van gespecialiseerde zorg.

4.9. Opleiding in geestelijke gezondheidsproblemen bij oudere volwassenen

Binnen de opleiding van de zorg- en welzijnsprofessionals ontbreken specifieke onderwijsprogramma's over geestelijke gezondheidsproblemen bij oudere volwassenen vaak. Dit komt deels doordat dit domein tussen ouderenzorg, die verschillende gerontologische thema's behandelt, en geestelijke gezondheidszorg, die meer gericht is op psychiatrische aandoeningen bij jongere volwassenen, valt.

Een eerste voorbeeld is het beperkte aanbod van geronto-psychologische thema's in masteropleidingen in klinische psychologie. Het aanbod bestaat vaak uit enkele beknopte themalessen als onderdeel van een breder opleidingsaanbod gericht op een bredere groep (jongere) volwassenen. In het beste geval is er een stagebegeleide praktijk in het laatste jaar van de opleiding, zij het zonder de juiste theoretische voorbereiding. Dit resulteert in een (onvermijdelijk) oppervlakkig en onvoldoende systematisch en logisch gestructureerd inhoudsaanbod.

Het gebrek aan mogelijkheden om specifieke expertise op te bouwen als klinisch psycholoog voor oudere volwassenen vanuit de opleidingen staat in contrast met de grote vraag die in de samenleving bestaat, waar het aantal oudere volwassenen blijft toenemen en dus ook vaker vragen om psychologische ondersteuning gesteld worden. Met andere woorden, er is behoefte aan een specifieke opleiding/master in klinische ouderenzorgpsychologie, die naast aandacht voor psychodiagnostisch onderzoek ook de noodzakelijke diepgaande kennis van psychotherapie, die aangepast is aan senioren, biedt. Verplicht in dit verband zijn stages onder begeleiding van een ervaren ouderenzorgpsycholoog.

Een tweede voorbeeld is de opleiding tot specialist in de volwassenenpsychiatrie in België. Volgens de Europese Unie van Medische Specialisten zou geriatrische psychiatrie aangemoedigd moeten worden als een subspecialisatie in de federale staten en zou

basé sur le nombre de lits reconnus, avec un maximum de 2 ETP (41).

Il existe une grande valeur ajoutée clinique et un besoin de fournir à ce groupe de patients les mêmes soins pharmaceutiques qu'à un patient admis dans un hôpital aigu. Le financement des hôpitaux psychiatriques sur la base des hôpitaux aigus est essentiel pour éliminer cette inégalité en matière de soins pharmaceutiques aux patients. Il serait également utile de promouvoir et financer la création d'hôpitaux de jour psychogériatriques comme lieux de soins spécialisés.

4.9. Formation aux problèmes de santé mentale chez les personnes âgées

Dans la formation des professions de la santé et du bien-être, des programmes éducatifs spécifiques sur les problèmes de santé mentale chez les personnes âgées font souvent défaut. Cela est en partie dû au fait que ce domaine se situe entre les soins aux personnes âgées, qui abordent divers thèmes gérontologiques, et les soins de santé mentale, qui sont davantage axés sur les troubles psychiatriques chez les jeunes adultes.

Un premier exemple est l'offre limitée de thèmes géronto-psychologiques dans les programmes de master en psychologie clinique. L'offre prend souvent la forme de quelques leçons thématiques concises dans le cadre d'une formation plus large destinée à un groupe plus vaste d'adultes (jeunes). Dans le meilleur des cas, il existe un stage accompagné dans la dernière année du cursus, mais sans préparation théorique adéquate. Cela aboutit à une offre de contenu (inévitavelmente) superficielle et insuffisamment systématique et structurée logiquement.

Le manque d'opportunités pour développer une expertise spécifique en tant que psychologue clinique pour personnes âgées dans les formations contraste avec la grande demande qui existe dans la société, où le groupe des personnes âgées continue d'augmenter et les demandes de soutien psychologique sont donc également de plus en plus fréquentes. En d'autres termes, il existe un besoin de formation spécifique/master en psychologie clinique des personnes âgées, qui, en plus de l'attention à la recherche psychodiagnostique, fournisse les connaissances approfondies nécessaires à la psychothérapie adaptée aux seniors. Les stages sous la supervision d'un psychologue expérimenté en gérontologie devraient être obligatoires dans ce cadre.

Un second exemple est la formation pour devenir médecin spécialiste en psychiatrie des adultes en Belgique. Selon l'Union européenne des Médecins Spécialistes, la psychiatrie gériatrique devrait être encouragée comme une sous-spécialité dans les États

geriatrische psychiatrie minstens een verplicht onderdeel van de opleiding tot specialist in de volwassenenpsychiatrie moeten zijn. In het Verenigd Koninkrijk is ouderdomspsychiatrie een van de zes specialiteiten binnen de psychiatrieopleiding, en in Nederland is geriatriche psychiatrie een aandachtsgebied naast kinderen en volwassenen. In België is geriatriche psychiatrie geen subspecialisatie of bijzondere professionele titel. In feite is geriatriche psychiatrie geen verplicht onderdeel van de opleiding tot specialist in de volwassenenpsychiatrie.

In de praktijk betekent dit dat iemand als specialist in de volwassenenpsychiatrie erkend kan worden zonder ooit in aanraking te zijn gekomen met psychiatrische aandoeningen bij oudere volwassenen. Gelukkig vallen geriatriche psychiatrie en neurocognitieve stoornissen modules binnen de interuniversitaire opleiding en beschouwen sommige coördinerende stagebegeleiders geriatriche psychiatrie als een verplicht onderdeel van de opleiding.

Een derde voorbeeld is het zeer lage aantal verpleegkundigen dat een stage binnen de geestelijke gezondheidszorg voor oudere volwassenen afrondt. Ondanks de verschillende inspanningen binnen de verpleegscholen om psychologische problemen bij oudere volwassenen te behandelen in zowel het domein van ouderenzorg als geestelijke gezondheidszorg, blijft de grootste uitdaging om verpleegkundigen te motiveren om stages te doen binnen de geriatriche psychiatrie.

De belangrijkste oorzaak is de onaantrekkelijkheid van de ouderenzorgpsychiatrie. Veel studenten associëren dit met een laag prestige, hoge werkdruk, vooral zorgtaken, enz., wat hen ertoe aanzet om deze stages niet spontaan te kiezen. Een oplossing zou kunnen zijn om een interuniversitair certificaat van specialisatie in geestelijke gezondheidszorg voor oudere volwassenen op te zetten, toegankelijk voor iedere psycho-medisch-sociale werker, met als doel psychosociale werkers te trainen in de specifieke aspecten van verouderen en het levenseinde.

4.10. Aangepaste huisvesting voor oudere volwassenen met fysieke en mentale zorgbehoeften

Wanneer wonen thuis niet meer mogelijk is, kunnen oudere volwassenen met fysieke zorgbehoeften naar een rusthuis verhuizen. Oudere volwassenen die permanente psychiatrische zorgnodig hebben, kunnen worden opgenomen in een psychiatrisch zorgcentrum (PVT). Tot op heden is er geen aangepaste woonzorgoptie voor oudere volwassenen met gecombineerde zorgbehoeften. Daarom zijn tussenvormen van huisvesting wenselijk, bestaande uit kleinschalig groepswonen binnen een

fédéraux, et la psychiatrie gériatrique devrait être au moins une partie obligatoire de la formation en psychiatrie adulte. Au Royaume-Uni, la psychiatrie de l'âge avancé est l'une des six spécialités de la formation en psychiatrie, et aux Pays-Bas, la psychiatrie gériatrique est un domaine de spécialisation aux côtés des enfants et des adultes. En Belgique, la psychiatrie gériatrique n'est ni une sous-spécialité ni un titre professionnel spécifique. En fait, la psychiatrie gériatrique n'est pas une partie obligatoire de la formation pour devenir spécialiste en psychiatrie adulte.

Cela signifie qu'en pratique, une personne peut être reconnue spécialiste en psychiatrie adulte sans avoir eu de contact avec les troubles psychiatriques des personnes âgées. Heureusement, la psychiatrie gériatrique et les troubles neurocognitifs sont des modules dans la formation interuniversitaire, et certains superviseurs de stage considèrent la psychiatrie gériatrique comme une partie obligatoire de la formation.

Un troisième exemple est le nombre très faible d'étudiants en soins infirmiers effectuant des stages dans le domaine des soins de santé mentale pour les personnes âgées. Malgré les divers efforts des écoles de soins infirmiers pour aborder les problèmes psychologiques des personnes âgées tant dans le domaine des soins aux personnes âgées que des soins en santé mentale, le plus grand défi reste de motiver les étudiants en soins infirmiers à effectuer des stages dans les services de psychiatrie gériatrique.

La cause principale en est l'attractivité limitée de la psychiatrie des personnes âgées. Beaucoup d'étudiants associent cela à un faible prestige, une pression de travail élevée, des tâches principalement axées sur les soins, etc., c'est pourquoi ils ne choisissent pas spontanément ces stages. Une solution pourrait être de mettre en place un certificat interuniversitaire de spécialisation en santé mentale des personnes âgées, accessible à tout travailleur psycho-médico-social dont l'objectif serait de former les travailleurs psychosociaux aux spécificités du vieillissement et de la fin de vie.

4.10. Logement adapté pour les personnes âgées ayant une vulnérabilité physique et mentale

Lorsque vivre à domicile n'est plus possible, les personnes âgées ayant des besoins de soins physiques peuvent être transférées dans une maison de retraite. Les personnes âgées nécessitant des soins psychiatriques permanents peuvent être admises dans une maison de soins psychiatriques (PVT). À ce jour, il n'existe aucune option de logement résidentiel adapté pour les personnes âgées ayant des besoins combinés. C'est pourquoi des options de logement intermédiaire sont souhaitables, constituées de petits

woonzorgcentrum, waar zowel fysieke zorg als psychiatrische begeleiding geboden kunnen worden.

Dit vereist samenwerking tussen woonzorgcentra en geestelijke gezondheidsinstellingen. De aanwezigheid van psychiatrische expertise helpt psychiatrische crises te voorkomen en onnodige (her)opnames in het psychiatrisch ziekenhuis te vermijden. Het personeelskader moet uiteraard aangepast worden aan de duale zorgbehoeften, maar andere belangrijke voorwaarden zijn een goede mix van competenties, een opleidingsprogramma voor nieuwe medewerkers en samenwerkingsafspraken met algemene en psychiatrische ziekenhuizen.

Wat betreft woonzorgcentra zou het interessant zijn de rol van coördinerend psycholoog hierin te ontwikkelen en te financieren met de volgende opdracht:

- Maak teams en management bewust van de integratie van families in de ondersteuning van bewoners en maak psychosociale ondersteuning beschikbaar voor zorgverleners vanaf het begin.
- Maak teams en management bewust van het feit dat geestelijke gezondheidszorg voor bewoners iedereen aangaat die binnen de organisatie werkt. Promoot de toegankelijkheid van psychiatrische consultaties voor bewoners van woonzorgcentra.
- Bevorder contacten en communicatie met psychogeriatrische ziekenhuisdiensten.
- Integreer geestelijke gezondheidsproblemen in het zorgbehoeftebeoordelingssysteem voor de financiering van personeel in woonzorgcentra. Ten slotte is het ook belangrijk alternatieve huisvesting aan te bieden aan oudere mensen (bijv. intergenerationele huisvesting, gemeenschapswonen, enz.).

Conclusie

Geestelijke gezondheidsproblemen bij oudere volwassenen blijven in België grotendeels onder de radar, wat betekent dat er geen urgentie is om een gespecialiseerde aanpak te ontwikkelen. Om deze ongelijkheid aan te pakken, stellen wij een 10-puntenprogramma voor ter verbetering van de zorg voor oudere volwassenen met geestelijke gezondheidsproblemen:

groupes de vie au sein d'un établissement de soins résidentiels où à la fois des soins physiques et un accompagnement psychiatrique peuvent être offerts.

Cela nécessite une coopération entre les maisons de soins résidentiels et les institutions de santé mentale. La présence d'expertise psychiatrique aide à prévenir les crises psychiatriques et évite des réadmissions inutiles à l'hôpital psychiatrique. Le cadre du personnel doit bien sûr être adapté aux besoins de soins doubles, mais d'autres préconditions importantes sont une bonne mixité de compétences, un programme de formation pour les nouveaux employés et des accords de coopération avec les hôpitaux généraux et psychiatriques.

En ce qui concerne les maisons de soins résidentiels, il serait intéressant de développer et de financer le rôle du psychologue coordinateur avec la mission suivante :

- Sensibiliser les équipes et la direction à l'intégration des familles dans le soutien des résidents et rendre l'accompagnement psychosocial disponible dès le départ.
- Sensibiliser les équipes et la direction au fait que les soins en santé mentale des résidents concernent toutes les personnes travaillant au sein de l'organisation. Promouvoir l'accessibilité des consultations psychiatriques pour les résidents des maisons de retraite.
- Promouvoir les contacts et la communication avec les services hospitaliers psychogériatriques.
- Intégrer les questions de santé mentale dans le système d'évaluation des besoins de soins pour le financement du personnel des maisons de retraite. Enfin, il est également important de proposer des logements alternatifs pour les personnes âgées (par exemple, logement intergénérationnel, logement communautaire, etc.).

Conclusion

Les problèmes de santé mentale chez les personnes âgées restent largement invisibles en Belgique, ce qui signifie qu'il n'y a pas de sentiment d'urgence à développer une approche spécialisée. Pour remédier à cette inégalité, nous proposons un programme en 10 points pour améliorer les soins aux personnes âgées souffrant de problèmes de santé mentale :

1. Stimuleer epidemiologisch onderzoek om de prevalentie en on vervulde behoeften van oudere volwassenen met geestelijke gezondheidsproblemen in België te onderzoeken.
2. Organiseer campagnes om bewustzijn te creëren en geestelijke gezondheidsproblemen bij oudere volwassenen te voorkomen.
3. Breid de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg uit, inclusief eerstelijnspsychologen met expertise in ouderenzorg.
4. Breid mobiele teams voor geestelijke gezondheidszorg voor oudere volwassenen uit.
5. Ontwikkel geïntegreerde zorgnetwerken voor oudere volwassenen.
6. Bouw intensieve zorgunits voor oudere volwassenen met ernstige gedragsproblemen.
7. Bouw bruggen tussen algemene en psychiatrische ziekenhuizen.
8. Pak specifieke behoeften voor oudere volwassenen in psychiatrische ziekenhuizen aan, zoals klinische farmacie en meer steun van huisartsen.
9. Stimuleer specifieke opleidingen over geestelijke gezondheidsproblemen bij oudere volwassenen voor zorgprofessionals.
10. Creëer aangepaste huisvesting voor oudere volwassenen met psychiatrische en somatische zorgbehoeften.

Dankbetuigingen

De auteurs willen Ronny Bruffaerts, Leontien Jansen, Peggy Cools, Lies Van Assche, Kirsten Morris, Filip Bouckaert, Satya Buggenhout, Rembert Maes, Koen Ponsaerts, Belianne De Kock-Versluis, Gert Peeters, Bart De Greef, Mieke Vermandere, Siska Desplenter, Maarten Van Den Bossche, François-Laurent De Winter, Katrin Goedseels en Charline Denys bedanken voor hun bijdrage.

1. Stimuler la recherche épidémiologique pour étudier la prévalence et les besoins non satisfaits des personnes âgées ayant des problèmes de santé mentale en Belgique.
2. Organiser des campagnes de sensibilisation et de prévention des problèmes de santé mentale chez les personnes âgées.
3. Développer les soins de santé mentale primaires, y compris les psychologues de première ligne spécialisés dans les personnes âgées.
4. Étendre les équipes mobiles de santé mentale pour les personnes âgées.
5. Développer des réseaux de soins intégrés pour les personnes âgées.
6. Créer des unités de soins intensifs pour les personnes âgées ayant des problèmes comportementaux graves.
7. Créer des ponts entre les hôpitaux généraux et psychiatriques.
8. Répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées dans les hôpitaux psychiatriques, tels que la pharmacie clinique et un meilleur soutien des médecins généralistes.
9. Stimuler la formation spécifique sur les problèmes de santé mentale chez les personnes âgées pour les professionnels de la santé.
10. Créer un logement adapté pour les personnes âgées ayant des besoins psychiatriques et somatiques.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier Ronny Bruffaerts, Leontien Jansen, Peggy Cools, Lies Van Assche, Kirsten Morris, Filip Bouckaert, Satya Buggenhout, Rembert Maes, Koen Ponsaerts, Belianne De Kock-Versluis, Gert Peeters, Bart De Greef, Mieke Vermandere, Siska Desplenter, Maarten Van Den Bossche, François-Laurent De Winter, Katrin Goedseels et Charline Denys pour leur contribution.

Referenties

1. World Health Organization (WHO). Mental health of older adults. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults#:~:text=Prevalence,%2C%20DALYs\)%20among%20older%20adults](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults#:~:text=Prevalence,%2C%20DALYs)%20among%20older%20adults)
2. Siafarikas N, Papadopoulos S, O'Brien JT, et al. Frequency and subgroups of neuropsychiatric symptoms in mild cognitive impairment and different stages of dementia in Alzheimer's disease. *Int Psychogeriatr*. 2018;30(1):103-13.
3. Zorg voor ouderen. Available from: <https://www.gezondbelgie.be/nl/performantie-van-het-belgische-gezondheidssysteem/specifieke-zorgdomeinen/zorg-voor-ouderen>
4. Bruffaerts R, Heyrman J, Willems B, et al. De mythes bevestigd. Resultaten van de Public Mental Health Monitor. Brussels: Zorgnet-Icuro; 2024.
5. Abdul-Hamid WK, Lewis-Cole K, Holloway F, Silverman AM. Comparison of how old age psychiatry and general adult psychiatry services meet the needs of elderly people with functional mental illness: cross-sectional survey. *Br J Psychiatry*. 2015;207(5):440-3.
6. Gisle L, Drieskens S, Demarest S, Van der Heyden J. Geestelijke gezondheid: gezondheidsenquête; rapportnummer: D/2020/14.440/4. Brussels: Sciensano; 2018.
7. Hu T, Wang J, Wang Y, et al. Prevalence of depression in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res*. 2022;311:114511.
8. Volkert J, Schulz H, Harter M, Włodarczyk O, Andreas S. The prevalence of mental disorders in older people in Western countries - a meta-analysis. *Ageing Res Rev*. 2013;12(2):339-53.
9. Byers AL, Yaffe K, Covinsky KE, Friedman MB, Bruce ML. High occurrence of mood and anxiety disorders among older adults: The National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(5):489-96.
10. Sjöberg L, Stenling A, Lindblom K, et al. Prevalence of depression: Comparisons of different depression definitions in population-based samples of older adults. *J Affect Disord*. 2017;221:123-31.
11. Neutel CI, Skurtveit S, Berg C. What is the point of guidelines? Benzodiazepine and z-hypnotic use by an elderly population. *Sleep Med*. 2012;13(7):893-7.
12. Luijendijk HJ, Tiemeier H, Hofman A, Heeringa J, Stricker BH. Determinants of chronic benzodiazepine use in the elderly: a longitudinal study. *Br J Clin Pharmacol*. 2008;65(4):593-9.
13. Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, et al. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet*. 2007;370(9590):841-50.
14. Jansen L, van S, van WJ, van BJ. Health-economic outcomes in hospital patients with medical-psychiatric comorbidity: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2018;13(6).
15. Plysier S, Bouckaert F. Preventie van depressie bij oudere volwassenen: van theorie tot praktijk. *Tijdschrift Klinische Psychologie*. 2009;39:220-5.
16. Schoevers RA, van Tilburg T, Beekman AT. Prevention of late-life depression in primary care: do we know where to begin? *Am J Psychiatry*. 2006;163(9):1611-21.
17. Cuijpers P, van Straten A, Smit F. Preventing the incidence of new cases of mental disorders: a meta-analytic review. *J Nerv Ment Dis*. 2005;193(5):119-25.
18. Dubois C, Spruytte N, Van Audenhove C. Narratieve zorg voor kwetsbare oudere volwassenen en het profiel van de levensverhaalschrijvers. *Tijdschrift voor welzijnswerk*. 2014;38:24-32.
19. Stobbe J, Mulder NC, Roosenboom BJ, Depla M, Kroon H. Assertive community treatment for elderly people with severe mental illness. *BMC Psychiatry*. 2010;10:84.
20. Klug G, Gallunder M, Hermann G, Singer M, Schuler G. Effectiveness of multidisciplinary psychiatric home treatment for elderly patients with mental illness: a systematic review of empirical studies. *BMC Psychiatry*. 2019;19(1):382.
21. Huber M, Knottnerus JA, Green L, et al. Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. *BMJ Open*. 2016;6(1)
22. Oude Voshaar RC, van der Mast RC, Stek ML, Verhey FR, Vandenbulcke M, eds. *Handboek Ouderenspsychiatrie*. 2nd ed. de Tijdstroom; 2018.
23. de Hert M, Correll CU, Bobes J, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. *World Psychiatry*. 2011;10(2):138-51.
24. Mulder N, van Dijk M, Berg M, et al. *Netwerkpsychiatrie: Samenwerken aan herstel en gezondheid*. Amsterdam: Boom De Tijdstroom; 2020.
25. World Health Organization (WHO). The WHO special initiative for mental health (2019 - 2023). Available from: [https://www.who.int/publications/i/item/special-initiative-for-mental-health-\(2019-2023\)](https://www.who.int/publications/i/item/special-initiative-for-mental-health-(2019-2023))
26. A New Benchmark for Mental Health Systems: Tackling the Social and Economic Costs of Mental Ill-Health. Paris: OECD Publishing; 2021.

27. Valentijn PP, Schepman SM, Opheij W, Bruijnzeels MA. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *Int J Integr Care*. 2013;13
28. Wecare. Eindrapport WeCare: Programma 'interfederaal plan voor geïntegreerde zorg'. Brussels: RIZIV; 2023.
29. Van Den Bossche M, Van Vré A, Van den Bulcke L, et al. Clinical staging of behavioral and psychological symptoms of dementia. *Nat Ment Health*. 2024;2(1):3-5.
30. Graham FA, Kavanagh J, Xie J, et al. The impact of a hospital-based special care unit on behavioural and psychological symptoms in older people living with dementia. *Age Ageing*. 2024;53(1):123-8.
31. Klinische Farmacie in de Belgische ziekenhuizen. Beleidsnota 2015 - 2020. Available from: https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/beleidsnota_kf_2015-2020-juni2015.pdf
32. Govaerts J, Foulon V, Verhaeghe N, et al. Defining polypharmacy: in search of a more comprehensive determination method applied in a tertiary psychiatric hospital. *Ther Adv Psychopharmacol*. 2021;11:20451253211000610.
33. Carter BL. Evolution of Clinical Pharmacy in the USA and Future Directions for Patient Care. *Drugs Aging*. 2016;33(3):169-77.
34. Somers A, Bousbih S, Camus V, et al. Development of clinical pharmacy in Belgian hospitals through pilot projects funded by the government. *Acta Clin Belg*. 2019;74(1):75-81.
35. Stuhec M, Puskaric T, Potocnik M, et al. Clinical pharmacy services in mental health in Europe: a commentary paper of the European Society of Clinical Pharmacy Special Interest Group on Mental Health. *Int J Clin Pharm*. 2023;45(5):1286-92.
36. Richardson TE, O'Reilly CL, Chen TF. A comprehensive review of the impact of clinical pharmacy services on patient outcomes in mental health. *Int J Clin Pharm*. 2014;36(2):222-32.
37. Touchette DR, Williams KN, Dhillon S, et al. Economic evaluations of clinical pharmacy services: 2006-2010. *Pharmacotherapy*. 2014;34(8):771-93.
38. Jermini M, Viala-Danten M, Tardy S, et al. Financial impact of medication reviews by clinical pharmacists to reduce in-hospital adverse drug events: a return-on-investment analysis. *Int J Clin Pharm*. 2024;46(4):496-505.
39. Javelot H, Chassany O, Boughanem A, et al. Clinical Pharmacy in Psychiatry: Towards Promoting Clinical Expertise in Psychopharmacology. *Pharmacy (Basel)*. 2021;9(1):10.
40. Directoraat-Generaal Gezondheidszorg. Optimalisatie van Klinische Farmacologie in de Belgische ziekenhuizen. Available from: [https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/rapport klinische farmacie_2015.pdf](https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/rapport_klinische_farmacie_2015.pdf)
41. Belgisch Staatsblad. Available from: https://www.ejustice.just.fgov.be/mopdf/2015/01/27_1.pdf#page=31

HOOFDSTUK 5

Optimalisatie van medicatiegebruik bij oudere volwassenen in België

Anne Spinewine & Mirko Petrovic

Achtergrond

Het voorschrijven van medicatie blijft een van de meest fundamentele aspecten van de geneeskunde en een van de meest voorkomende interventies in de gezondheidszorg vandaag de dag. Dit is bijzonder relevant voor oudere volwassenen, die vaak meerdere chronische ziektes hebben (ook wel “multimorbiditeit” genoemd), wat vaak leidt tot het voorschrijven en het gebruik van meerdere geneesmiddelen. Hoewel het gebruik van meerdere geneesmiddelen algemeen bekend staat als polyfarmacie, bestaat er geen consensus over het aantal geneesmiddelen dat deze term definieert.

In de literatuur wordt polyfarmacie vaak gedefinieerd als het gelijktijdig gebruiken van minstens vijf geneesmiddelen (1). Recente Belgische gegevens wijzen uit dat 42% van de volwassenen van 65 jaar en ouder het afgelopen jaar vijf of meer geneesmiddelen gebruikte (2). Het gebruik van medicatie is nog hoger bij bewoners van rusthuizen, waar 50% van hen 9 of meer geneesmiddelen neemt. Polyfarmacie verhoogt het risico op bijwerkingen van geneesmiddelen, geneesmiddelinteracties, non-compliance, functionele achteruitgang en fragiliteit (3).

Onveilige medicijnpraktijken en medicatiefouten zijn een belangrijke oorzaak van verwondingen en vermijdbare schade in gezondheidszorgsystemen wereldwijd, en België vormt hierop geen uitzondering. Een recente analyse van de WHO (4) toonde aan dat minstens één op de twintig patiënten wereldwijd getroffen wordt door vermijdbare medicatiegerelateerde schade, waarvan meer dan een vierde ernstig of levensbedreigend is.

Ongeveer de helft (53%) van alle vermijdbare medicatiegerelateerde schade gebeurde tijdens de “voorschrijffase”. De hoogste prevalentie van vermijdbare medicatiegerelateerde schade werd gevonden bij kwetsbare oudere volwassenen (17%). Medicatieschade bij oudere volwassenen omvat vallen, breuken, delirium, geheugenproblemen, verkeersongevallen, vroegtijdig verlies van zelfstandigheid en zelfs de dood. Polyfarmacie, medicatieovergebruik en een lagere sociaaleconomische status verhogen het risico op medicatieschade. Geneesmiddelen voor het cardiovasculaire systeem en het centrale zenuwstelsel verdienen bijzondere aandacht.

CHAPITRE 5

Optimiser l'utilisation des médicaments chez les personnes âgées en Belgique

Anne Spinewine & Mirko Petrovic

Contexte

La prescription de médicaments demeure l'une des pratiques les plus fondamentales en médecine et l'une des interventions les plus courantes dans les systèmes de soins de santé actuels. Cela est particulièrement pertinent pour les personnes âgées qui, en raison de multiples maladies chroniques (également connues sous le nom de « multimorbidité »), ont souvent recours à plusieurs médicaments. Bien que l'utilisation de plusieurs médicaments soit largement appelée polypharmacie, il n'existe pas de consensus sur le nombre de médicaments qui définit ce terme.

Dans la littérature, la polypharmacie est souvent définie comme la prise d'au moins cinq médicaments simultanément (1). Des données récentes en Belgique indiquent que 42 % des adultes de 65 ans et plus ont pris au cours de l'année écoulée cinq médicaments ou plus (2). L'usage de médicaments est encore plus élevé chez les résidents des maisons de repos, 50 % d'entre eux prenant neuf médicaments ou plus. La polypharmacie augmente le risque d'effets indésirables des médicaments, d'interactions médicamenteuses, de non-observance, de déclin fonctionnel et de fragilité (3).

Les pratiques médicamenteuses dangereuses et les erreurs médicamenteuses sont une cause majeure de blessures et de dommages évitables dans les systèmes de soins de santé à l'échelle mondiale, et la Belgique n'échappe pas à cela. Une analyse récente publiée par l'OMS (4) a montré qu'au moins un patient sur 20 dans le monde est affecté par des dommages médicamenteux évitables, et que plus d'un quart de ces dommages sont graves ou menaçant la vie.

Environ la moitié (53 %) de tous les dommages médicamenteux évitables se produisent lors de la phase de prescription. Les taux de prévalence les plus élevés de dommages médicamenteux évitables ont été observés chez les personnes âgées fragiles (17 %). Les dommages liés aux médicaments chez les personnes âgées comprennent les chutes, les fractures, le délire, les problèmes de mémoire, les accidents de la circulation, la perte prématurée d'indépendance et le décès. La polypharmacie, la surutilisation des médicaments et le statut socio-économique inférieur augmentent le risque de dommages liés aux médicaments. Les médicaments pour les systèmes cardiovasculaire et nerveux central nécessitent une attention particulière.

Ongepast medicatiegebruik komt veel voor bij oudere volwassenen en omvat drie verschillende situaties: overgebruik van potentieel schadelijke geneesmiddelen, ondergebruik van effectieve geneesmiddelen en het gebruik van geneesmiddelen die ongepast zijn omwille van verschillende aspecten zoals dosering, geneesmiddelinteracties, toedieningsgemak of kostprijs (5, 6). Medicatieovergebruik heeft de laatste tien jaar steeds meer aandacht gekregen. Het kan gedefinieerd worden als het gebruik van een geneesmiddel dat niet (of niet meer) klinisch geïndiceerd is, niet effectief is, een ongunstige verhouding tussen voordeel en schade heeft en/of niet aansluit bij de behandeldoelen en voorkeuren van de patiënt.

Talrijke Belgische gegevens tonen aan dat medicatieovergebruik veel voorkomt bij oudere volwassenen. Bijvoorbeeld, het KCE-rapport van 2024 over de prestaties van het Belgische gezondheidszorgsysteem rapporteerde overgebruik van anticholinergica, antipsychotica en antidepressiva, vooral in de context van rusthuizen (2). Overgebruik van antidiabetica werd aangetroffen bij meer dan de helft van de kwetsbare oudere volwassenen en werd geassocieerd met een verhoogde mortaliteit (7). Andere geneesmiddelen met bewijs van overgebruik bij Belgische oudere volwassenen zijn slaap- of angstmedicatie (benzodiazepines en Z-geneesmiddelen) en geneesmiddelen voor gastro-intestinale problemen (protonpompinhibitoren).

Stoppen of afbouwen van voorschrijven (deprescribing) richt zich op het aanpakken van het probleem van medicatieovergebruik. Het werd door Reeve *et al.* gedefinieerd als het proces van het stopzetten van een ongepaste medicatie, onder toezicht van een zorgprofessional, met als doel polyfarmacie te beheren en de resultaten te verbeteren (8). Naast de impact van deprescribing op patiëntveiligheid kan het ook bijdragen aan lagere kosten en duurzamere gezondheidszorg (9). De implementatie van deprescribing in de dagelijkse praktijk is een essentieel aspect van het optimaliseren van medicatiegebruik bij oudere volwassenen.

Het verbeteren van medicatiegebruik bij oudere volwassenen vereist meer en betere bewijzen over de effectiviteit en veiligheid van geneesmiddelen voor deze specifieke populatie, die vaak ondervertegenwoordigd is in klinische onderzoeken. Dergelijke gegevens moeten vervolgens vertaald worden naar betrouwbare richtlijnen en hulpmiddelen voor klinici. Daarbovenop zal het verbeteren van medicatiegebruik bij oudere volwassenen aanzienlijke veranderingen vereisen in het gedrag van patiënten, zorgprofessionals en beleidsmakers. Dit sluit volledig aan bij het “Gedragswetenschappen voor een betere

L’utilisation inappropriée des médicaments est très répandue chez les personnes âgées et englobe trois situations différentes : la surutilisation de médicaments potentiellement nuisibles, la sous-utilisation de médicaments efficaces, et l’utilisation de médicaments inappropriée en raison de facteurs tels que la posologie, les interactions médicamenteuses, la facilité d’administration ou le coût (5, 6). La surutilisation des médicaments a suscité une attention croissante au cours de la dernière décennie. Elle peut être définie comme l’utilisation d’un médicament qui n’est pas (ou plus) cliniquement indiqué, inefficace, ayant un rapport bénéfice/risque défavorable, et/ou ne correspondant pas aux objectifs et préférences du patient.

De nombreuses données belges montrent que la surutilisation des médicaments est très courante chez les personnes âgées. Par exemple, le rapport KCE 2024 sur la performance du système de santé belge a signalé la surutilisation de médicaments anticholinergiques, d’antipsychotiques et d’antidépresseurs, principalement dans les maisons de repos (2). La surutilisation des agents antidiabétiques a été observée chez plus de la moitié des personnes âgées fragiles et était associée à une mortalité accrue (7). D’autres médicaments montrant des preuves de surutilisation chez les personnes âgées en Belgique comprennent les médicaments pris pour le sommeil ou l’anxiété (benzodiazépines et Z-médicaments) et pour les problèmes gastro-intestinaux (inhibiteurs de la pompe à protons).

La déprescription vise à résoudre le problème de la surutilisation des médicaments. Reeve *et al.* l’ont définie comme le processus d’arrêt d’un médicament inapproprié, supervisé par un professionnel de la santé dans le but de gérer la polypharmacie et d’améliorer les résultats (8). Au-delà de l’impact de la déprescription sur la sécurité des patients, elle peut également contribuer à la réduction des coûts et à une prise en charge plus durable des soins de santé (9). La mise en œuvre de la déprescription dans la pratique quotidienne est un aspect clé de l’optimisation de l’utilisation des médicaments chez les personnes âgées.

Améliorer l’utilisation des médicaments chez les personnes âgées nécessite davantage de preuves sur l’efficacité et la sécurité des médicaments dans cette population spécifique, souvent sous-représentée dans les essais cliniques. Et ces preuves doivent être traduites en lignes directrices et outils fiables pour les cliniciens. Au-delà de cela, améliorer l’utilisation des médicaments chez les personnes âgées nécessitera des changements substantiels dans les comportements des patients, des professionnels de la santé et des décideurs politiques. Cela s’aligne parfaitement avec l’initiative « Sciences comportementales pour une

gezondheid” initiatief van de WHO in 2023 en zal verder besproken worden hieronder (10).

Doelstellingen

Er zijn de afgelopen 15 jaar steeds meer onderzoek en initiatieven geweest om het medicatiegebruik te optimaliseren in België, maar er is een sterkere aanpak nodig om op grote schaal veranderingen door te voeren. Hier streven we ernaar om vier categorieën van belangrijke acties te beschrijven die de komende 10 jaar in België geïmplementeerd moeten worden om het medicatiegebruik voor oudere mensen te verbeteren.

Voor elke categorie willen we de huidige uitdagingen belichten, recente innovaties uit België en Canada als voorbeelden geven, en belangrijke samenwerkingsacties voorstellen voor de komende 10 jaar op patiënten-, zorgverleners-, organisatie- en beleidsniveau. We hebben ervoor gekozen om enkele voorbeelden van het Canadian Medication Appropriateness and Deprescribing Network (CADeN) te selecteren - een groep van zorgleiders, besluitvormers, klinici, onderzoekers en patiëntenadvocaten - omdat dit netwerk een nationale strategie heeft ontwikkeld die op verschillende gebieden inspirerend kan zijn voor België (11).

Actie 1. Verhogen van het bewustzijn en de betrokkenheid van patiënten en de bevolking rond geschikt medicatiegebruik

Twee belangrijke obstakels voor medicatie-optimalisatie, en voor het aanpakken van medicatieovergebruik, zijn dat (a) mensen zich vaak niet bewust zijn van de gevaren van medicatie, en (b) artsen vaak niet in gesprek gaan over medicatiewijzigingen omdat ze anticiperen op patiëntenweigerachtigheid.

Bijvoorbeeld, in een recent Belgisch onderzoek naar houdingen ten opzichte van deprescribing van slaapmedicatie bij oudere volwassenen, gaf het merendeel van de deelnemers aan tevreden te zijn met hun huidige slaapmedicatie, en slechts één op de tien dacht dat hun slaapmedicatie bijwerkingen gaf. Twee derden van de oudere volwassenen gaf aan terughoudend te zijn om hun slaapmedicatie te stoppen, maar de helft zou bereid zijn de dosis te verlagen indien dit door hun arts aanbevolen werd. De meeste artsen gaven aan veel druk te voelen van hun patiënten om het voorschrift voor slaapmedicatie te vernieuwen (12, 13).

Het verhogen van het bewustzijn en de betrokkenheid van patiënten en de bevolking rond geschikt medicatiegebruik is een belangrijke kans om het probleem van ongepast medicatiegebruik bij oudere volwassenen aan te pakken. Het verhogen van de

meilleure santé » de l’OMS en 2023, qui sera abordée plus loin (10).

Objectifs

Il y a eu une recherche croissante et des initiatives visant à optimiser l’utilisation des médicaments au cours des 15 dernières années en Belgique, mais une approche plus forte est nécessaire pour provoquer des changements à grande échelle. Ici, nous visons à élaborer quatre catégories d’actions clés à mettre en œuvre en Belgique au cours des 10 prochaines années pour améliorer l’utilisation des médicaments chez les personnes âgées.

Pour chaque catégorie, nous mettrons en évidence les défis actuels, fournirons des exemples d’innovations récentes de Belgique et du Canada, et proposerons des actions collaboratives clés pour les 10 prochaines années au niveau des patients, des prestataires de soins, des organisations et des politiques. Nous avons choisi de sélectionner quelques exemples du Canadian Medication Appropriateness and Deprescribing Network (CADeN) - un groupe de leaders de la santé, de décideurs, de cliniciens, de chercheurs et de défenseurs des patients - car ce réseau a élaboré une stratégie nationale qui peut être inspirante pour la Belgique à plusieurs égards (11).

Action 1. Sensibiliser et engager les patients et le public à l’utilisation appropriée des médicaments

Deux obstacles majeurs à l’optimisation des médicaments, et à la lutte contre la surutilisation des médicaments, sont que (a) les gens ne sont souvent pas conscients des risques des médicaments, et (b) les médecins n’engagent souvent pas de conversations sur les changements de médicaments car ils anticipent une réticence de la part des patients.

Par exemple, dans une enquête récente en Belgique sur les attitudes à l’égard de la déprescription des somnifères chez les personnes âgées, la plupart des participants ont indiqué être satisfaits de leur somnifère actuel, et un sur dix seulement croyait que son somnifère leur causait des effets secondaires. Deux tiers des personnes âgées ont déclaré qu’elles seraient réticentes à arrêter leur somnifère, mais la moitié d’entre elles serait prête à réduire la dose si leur médecin leur en faisait la recommandation. La plupart des médecins ont indiqué ressentir une forte pression de la part de leurs patients pour renouveler l’ordonnance du somnifère (12, 13).

Sensibiliser les patients et le public à l’utilisation appropriée des médicaments est une occasion majeure de lutter contre l’utilisation inappropriée des médicaments chez les personnes âgées. Accroître la littératie en santé sur les risques potentiels et

gezondheidsvaardigheden over mogelijke schade en geschikt medicatiegebruik kan oudere volwassenen helpen om gesprekken met hun zorgverleners te starten over hun medicatie.

Om de kloof in het publieke bewustzijn te overbruggen, lanceerde CADeN een publieke bewustwordingscampagne in samenwerking met tientallen seniorenorganisaties in het hele land. Als onderdeel van de campagne werd een openbare website gelanceerd en een toolkit ontwikkeld om de bevolking te helpen meer te leren over medicatieveiligheid en deprescribing (11).

In België zijn de meeste patiëntenverenigingen georganiseerd vanuit een ziekteperspectief, en het kan een uitdaging zijn om organisaties te vinden die oudere volwassenen als geheel vertegenwoordigen. Tot nu toe richtten de publieke bewustwordingscampagnes over medicatieveiligheid zich voornamelijk op specifieke geneesmiddelklassen (vooral psychotrope geneesmiddelen en antibiotica), met belangrijke boodschappen en formats die mogelijk niet optimaal zijn voor de betrokkenheid van oudere volwassenen. Interessant is, dat er enkele recente initiatieven zijn ontstaan die het bewustzijn van patiënten en hun betrokkenheid rondom het overgebruik van slaapmedicatie vergroten.

Een nationale strategie om de bevolking te betrekken en bewustwordingscampagnes te ontwikkelen die beter aansluiten bij oudere volwassenen en informele zorgverleners is noodzakelijk. Deze strategie vereist samenwerking met gemeenschapsorganisaties die diverse gemeenschappen vertegenwoordigen (wat betreft taal, cultuur, zorgsetting, sociaaleconomische status...) door relevante boodschappen over medicatieveiligheid te delen. Ondersteunend materiaal moet ontwikkeld en beschikbaar gesteld worden in verschillende talen en formats. Het moet makkelijk te gebruiken en te begrijpen zijn voor de bevolking en positief spreken over het optimaliseren van medicatiegebruik. Vorderingen en verwezenlijkingen van publieke bewustwording kunnen gemeten worden via herhaalde metingen in nationale gezondheidsenquêtes.

Daarnaast moeten artsen en andere zorgprofessionals beter getraind worden in waarom en hoe ze patiënten betrekken bij gesprekken over hun medicatie en hoe ze de waarden en voorkeuren van patiënten kunnen meenemen bij het nemen van beslissingen.

Actie 2. Zorgprofessionals en toekomstige zorgprofessionals beter uitrusten en geïntegreerde zorg op grote schaal implementeren

l'utilisation appropriée des médicaments peut aider à motiver les personnes âgées à entamer des conversations avec leurs prestataires de soins de santé au sujet de leurs médicaments.

Pour combler les lacunes dans la sensibilisation du public, le CADeN a lancé une campagne de sensibilisation publique en partenariat avec des dizaines d'organisations communautaires pour les aînés dans tout le pays. Dans le cadre de la campagne, le réseau a lancé un site web public et un kit d'outils pour aider les membres du public à en savoir plus sur la sécurité des médicaments et la déprescription (11).

En Belgique, la plupart des associations de patients sont organisées selon une perspective axée sur les maladies, et il peut être difficile de trouver des organisations représentant les personnes âgées en tant que groupe entier. Les campagnes de sensibilisation publiques sur la sécurité des médicaments menées jusqu'à présent se sont concentrées sur des classes spécifiques de médicaments (principalement les psychotropes et les antibiotiques), avec des messages clés et des formats qui peuvent ne pas être les plus efficaces pour promouvoir l'engagement des personnes âgées. Fait intéressant, quelques initiatives récentes ont émergé pour accroître la sensibilisation des patients et leur engagement concernant la surutilisation des somnifères.

Une stratégie nationale pour engager le public et développer des campagnes de sensibilisation mieux adaptées aux adultes âgés et aux aidants informels est nécessaire. Cette stratégie nécessitera des partenariats avec des groupes communautaires représentant diverses communautés (en tenant compte de la langue, de la culture, du cadre de soins, du statut socio-économique, etc.) à travers le pays pour diffuser des messages pertinents sur la sécurité des médicaments. Il faudra développer du matériel de soutien et le rendre disponible dans plusieurs langues et formats. Ce matériel doit être facile à utiliser et à comprendre pour le public et promouvoir de manière positive l'optimisation de l'utilisation des médicaments. Les progrès et réalisations en matière de sensibilisation publique pourraient être suivis à travers des mesures répétées dans les enquêtes nationales de santé.

De plus, les médecins et autres professionnels de la santé doivent être mieux formés sur les raisons et la manière d'engager les patients dans des conversations sur leurs médicaments, ainsi que sur la façon d'intégrer les valeurs et les préférences des patients lors de la prise de décisions.

Action 2. Mieux équiper les professionnels de la santé (HCP) et les futurs professionnels de la santé, et mettre en œuvre des soins intégrés et fluides à grande échelle

Om effectief in te spelen op de veranderende uitdagingen in de gezondheidszorg, is het van cruciaal belang om de opleiding en middelen voor zorgprofessionals (HCP's) te verbeteren, met nadruk op niet-farmacologische alternatieven, gedeelde besluitvorming en strategieën voor deprescribing. Deze benaderingen stellen zorgprofessionals in staat om chronische aandoeningen beter te beheren, polyfarmacie te verminderen en uiteindelijk de patiëntresultaten te verbeteren (14).

Het versterken van interprofessionele benaderingen is essentieel voor het leveren van uitgebreide zorg. Samenwerking tussen artsen, apothekers, verpleegkundigen en andere zorgprofessionals optimaliseert het medicatiebeheer, minimaliseert fouten en verbetert de patiëntresultaten. Geïntegreerde zorgmodellen vergemakkelijken naadloze overgangen tussen verschillende zorginstellingen, zorgen voor continuïteit van zorg en minimaliseren ongewenste gebeurtenissen (15).

Daarnaast is het versterken van de rol van apothekers binnen de zorgverlening van vitaal belang. Door hun werkingsgebied uit te breiden, kunnen apothekers aanzienlijk bijdragen aan medicatiereconciliatie, medicatiebeoordelingen en nalevingsondersteuning. Dit versterkt niet alleen de patiëntgerichte zorg binnen interdisciplinaire teams, maar verbetert ook de algehele zorgverlening (16, 17).

Er zijn echter verschillende uitdagingen, zoals beperkte middelen en organisatorische obstakels, die de voortgang van deze initiatieven belemmeren. Het overwinnen van deze obstakels vereist innovatieve oplossingen en samenwerking tussen verschillende sectoren binnen de gezondheidszorg (18).

Recente innovaties uit België bieden waardevolle inzichten in het aanpakken van gezondheidszorguitdagingen. Onderzoek belicht succesvolle initiatieven in diverse zorginstellingen, met nadruk op samenwerking, technologische integratie en patiëntbetrokkenheid. Deze initiatieven omvatten het samenstellen, publiceren en verspreiden van richtlijnen voor goede praktijken met betrekking tot naadloze zorg over medicatie, het bevorderen van samenwerking tussen zorgverleners, het onder de aandacht brengen van het belang van medicatiecontinuïteit tijdens overgangen, het elektronisch delen van patiëntgegevens met respect voor veiligheid en vertrouwelijkheid, het formaliseren van procedures voor naadloze zorg bij ziekenhuisopnames en ontslagen, het opnemen van training over naadloze zorg in de opleiding van zorgprofessionals, en het onderwerpen van financieringsinitiatieven aan geloofwaardige evaluaties om de daaropvolgende klinische en economische effecten aan te tonen.

Pour faire face efficacement aux défis évolutifs des soins de santé, il est crucial d'améliorer la formation et les ressources disponibles pour les professionnels de la santé (HCP), en mettant l'accent sur des éléments tels que les alternatives non pharmacologiques, la prise de décision partagée et les stratégies de deprescription. Ces approches permettent aux professionnels de mieux gérer les maladies chroniques, de réduire la polypharmacie et, en fin de compte, d'améliorer les résultats des patients (14).

Renforcer les approches interprofessionnelles est essentiel pour offrir des soins complets. Les efforts collaboratifs entre médecins, pharmaciens, infirmières et autres professionnels de la santé permettent d'optimiser la gestion des médicaments, de minimiser les erreurs et d'améliorer les résultats des patients. Les modèles de soins intégrés facilitent les transitions sans heurts entre différents cadres de soins, assurant la continuité des soins et minimisant les événements indésirables (15).

De plus, renforcer le rôle des pharmaciens dans la prestation des soins de santé est crucial. En élargissant leur champ d'activité, les pharmaciens peuvent contribuer de manière significative à la réconciliation des médicaments, aux revues des médicaments et au soutien à l'observance. Cela renforce non seulement les soins centrés sur le patient au sein des équipes interdisciplinaires, mais améliore également la prestation globale des soins de santé (16, 17).

Cependant, plusieurs défis, tels que les contraintes de ressources et les obstacles organisationnels, freinent les progrès de ces initiatives. Surmonter ces obstacles nécessite des solutions innovantes et une collaboration entre divers secteurs des soins de santé (18).

Les innovations récentes en Belgique offrent des idées précieuses pour relever les défis des soins de santé. Les recherches mettent en lumière des initiatives réussies dans différents cadres de soins, soulignant l'importance de la collaboration, de l'intégration de la technologie et de l'engagement des patients. Ces initiatives comprennent la compilation, la publication et la diffusion de lignes directrices sur les bonnes pratiques concernant les soins sans rupture en matière de médicaments, la promotion de la coopération entre les prestataires de soins de santé, l'attention portée à l'importance de la continuité des médicaments lors des transitions, le partage électronique des données des patients dans le respect de la sécurité et de la confidentialité, la formalisation des procédures de soins sans rupture lors des admissions et sorties d'hôpital, l'intégration de la formation sur les soins sans rupture dans l'éducation des professionnels de la santé, et la soumission des initiatives de financement à des évaluations crédibles pour démontrer les effets cliniques et économiques ultérieurs.

Het ondersteunen van zowel de eerstelijnszorg als de langdurige zorg, maar ook de acute zorg, is cruciaal, vooral voor oudere volwassenen, gezien hun frequente ziekenhuisopnames en het hoge risico op fouten bij ontslag, wat de noodzaak benadrukt om meer middelen te bieden voor de implementatie van klinische farmacie op grote schaal (15, 17).

Vooruitkijkend zijn belangrijke acties voor het komende decennium onder andere het prioriteren van de integratie van medicatiereconciliatieprocessen in de routinematige zorg. Dit fungeert als een belangrijke waarborg tegen medicatiefouten, vooral tijdens zorgovergangen. Daarnaast is het essentieel om de medicatiebeoordelingsprocessen, vooral voor oudere patiënten met polyfarmacie, te verbeteren. Het stroomlijnen van deze processen door middel van software-oplossingen heeft het potentieel om het risico op ongewenste gebeurtenissen en heropnames in ziekenhuizen aanzienlijk te verminderen.

Verder is het essentieel om de voorschrijfpraktijken te verbeteren door middel van verschillende beoordelings- en IT-tools, zoals elektronische medicatiereconciliatiesystemen en systemen voor klinische besluitondersteuning, voor medicatieoptimalisatie. Het aanpakken van nalevingsproblemen bij medicatie, vooral onder oudere volwassenen, vereist ook op maat gemaakte interventies en patiëntgerichte zorgpraktijken (14).

Ter aanvulling van deze inspanningen is het essentieel om een cultuur van continu leren en professionele ontwikkeling onder zorgprofessionals te bevorderen. Het bieden van toegang tot doorlopende opleidings- en vormingsprogramma's zorgt ervoor dat zorgprofessionals up-to-date blijven met de laatste ontwikkelingen en best practices in hun respectieve vakgebieden. Bovendien kan het aanmoedigen van interdisciplinaire samenwerking via fora, workshops en kennisdelingsplatformen de effectiviteit van geïntegreerde zorgverlening verder verbeteren. Deze samenwerkingsaanpak bevordert een ondersteunende omgeving waarin zorgprofessionals van elkaars expertise en ervaringen kunnen leren, wat uiteindelijk leidt tot verbeterde patiëntresultaten en zorgverlening.

Concluderend zijn het beter uitrusten van zorgprofessionals en het implementeren van geïntegreerde zorg op grote schaal van cruciaal belang voor het verbeteren van de zorgverlening en de patiëntresultaten. Door uitdagingen aan te pakken, innovaties te benutten en prioriteit te geven aan belangrijke acties, kunnen zorgsystemen hun capaciteit verbeteren om veilige, effectieve en patiëntgerichte zorg te bieden.

Soutenir non seulement les soins primaires et les soins de longue durée, mais aussi les soins aigus est crucial, en particulier pour les personnes âgées, compte tenu de leurs hospitalisations fréquentes et du risque élevé d'erreurs au moment de la sortie, ce qui souligne la nécessité de fournir davantage de ressources pour mettre en œuvre la pharmacie clinique à grande échelle (15, 17).

À l'avenir, les actions clés pour la prochaine décennie impliquent de prioriser l'intégration des processus de réconciliation des médicaments dans les soins de routine. Cela constitue un garde-fou crucial contre les erreurs médicamenteuses, en particulier lors des transitions de soins. De plus, il est essentiel de se concentrer sur les processus de revue des médicaments, notamment pour les patients âgés sous polypharmacie. La rationalisation de ces processus grâce à des solutions logicielles pourrait réduire de manière significative le risque d'événements indésirables et de réadmissions hospitalières.

En outre, il est vital d'améliorer les pratiques de prescription grâce à divers outils d'évaluation et outils de technologie de l'information (TI), tels que les systèmes de réconciliation des médicaments électroniques et les systèmes de support à la décision clinique, pour optimiser l'utilisation des médicaments. Résoudre les défis liés à l'observance des médicaments, en particulier chez les personnes âgées, nécessite également des interventions ciblées et des pratiques de soins centrées sur le patient (14).

Pour compléter ces efforts, il est essentiel de favoriser une culture d'apprentissage continu et de développement professionnel chez les HCP. Offrir un accès à des programmes d'éducation et de formation continue garantit que les professionnels de la santé restent informés des dernières avancées et meilleures pratiques dans leurs domaines respectifs. De plus, encourager la collaboration interdisciplinaire par des forums, des ateliers et des plateformes de partage des connaissances peut encore améliorer l'efficacité de la prestation des soins intégrés. Cette approche collaborative favorise un environnement de soutien où les professionnels de la santé peuvent apprendre les uns des autres, ce qui conduit finalement à une amélioration des résultats des patients et de la prestation des soins.

En conclusion, mieux équiper les professionnels de la santé et mettre en œuvre des soins intégrés à grande échelle sont essentiels pour améliorer la prestation des soins de santé et les résultats des patients. En relevant les défis, en tirant parti des innovations et en priorisant les actions clés, les systèmes de santé peuvent améliorer leur capacité à fournir des soins sûrs, efficaces et centrés sur le patient.

Actie 3. Bevorderen van patiëntgerichte klinische en implementatieonderzoeken

Hoge kwaliteitsbewijzen over hoe medicatiegebruik bij oudere volwassenen in alle zorginstellingen het beste geoptimaliseerd kan worden, zijn essentieel. Dergelijke bewijzen informeren niet alleen beleidsmakers, maar sturen ook de toewijzing van middelen, zodat de middelen op de meest effectieve manier worden ingezet om de kwaliteit van zorg voor oudere volwassenen te verbeteren.

Hoewel internationale bevindingen waardevolle inzichten bieden, benadrukken de specifieke kenmerken van de lokale context de noodzaak van Belgisch-georiënteerd onderzoek. Verschillende Belgische onderzoeksgroepen werken momenteel aan het meten van kwaliteit, het verkennen van de oorzaken van ongepast medicatiegebruik en het ontwikkelen en testen van interventies voor optimalisatie in verschillende zorginstellingen (19-24). Zo hebben prospectieve trials de effectiviteit van interdisciplinaire benaderingen, de betrokkenheid van apothekers en het gebruik van expliciete hulpmiddelen aangetoond bij het verbeteren van de resultaten van voorschriften (25-28).

Er blijven echter verschillende belangrijke uitdagingen die in de toekomst moeten worden aangepakt. Ten eerste vereist het opschalen van interventies voor medicatieoptimalisatie substantiële ondersteuning. Nieuwe financieringskanalen, specifiek gericht op implementatieonderzoek en multicentrische studies, zijn noodzakelijk. Daarnaast kan het vergemakkelijken van toegang tot gegevens uit de praktijk voor het beoordelen van uitkomsten en het bevorderen van economische evaluaties de implementatie-inspanningen versterken.

Ten tweede moet de betrokkenheid van patiënten en de bevolking bij onderzoeksprojecten worden versterkt. Hun perspectieven kunnen het studieontwerp, de implementatie en de verspreiding verrijken, zodat interventies beter aansluiten bij de behoeften en voorkeuren van de patiënt.

Ten derde is het versterken van de samenwerking tussen universiteiten essentieel voor het bevorderen van onderzoeksagenda's. Het in kaart brengen van bestaande onderzoeksinitiatieven kan helpen bij een betere prioritering en organisatie van toekomstig onderzoek en kan op zijn beurt de verspreiding van onderzoeksresultaten naar besluitvormers verbeteren. Het versterken van banden met internationale netwerken voor deprescribing kan ook bijdragen door kennisuitwisseling, gezamenlijke initiatieven en het vergelijken van best practices wereldwijd te bevorderen.

Action 3. Favoriser la recherche clinique et la recherche sur la mise en œuvre centrée sur le patient

Des preuves de haute qualité sur la manière d'optimiser l'utilisation des médicaments chez les adultes âgés dans tous les cadres de soins sont essentielles. De telles preuves éclairent non seulement les décideurs, mais aussi guident l'allocation des ressources, assurant l'utilisation la plus efficace des ressources pour améliorer la qualité des soins des adultes âgés.

Bien que les résultats internationaux offrent des aperçus précieux, les spécificités du contexte local soulignent la nécessité de recherches axées sur la Belgique. Plusieurs groupes de recherche belges travaillent actuellement à mesurer la qualité, explorer les raisons de l'utilisation inappropriée des médicaments et développer et tester des interventions pour l'optimisation dans différents cadres de soins (19-24). Par exemple, des essais prospectifs ont démontré l'efficacité des approches interdisciplinaires, de l'implication des pharmaciens et de l'utilisation d'outils explicites pour améliorer les résultats des prescriptions (25-28).

Plusieurs défis importants demeurent et doivent être abordés à l'avenir. Premièrement, l'échelle des interventions pour optimiser les médicaments nécessite un soutien substantiel. De nouvelles voies de financement dédiées à la recherche sur la mise en œuvre et aux études multicentriques sont impératives. De plus, faciliter l'accès aux données réelles pour l'évaluation des résultats et encourager les évaluations économiques peut renforcer les efforts de mise en œuvre.

Deuxièmement, l'implication des patients et du public dans les projets de recherche doit être renforcée. Leurs perspectives peuvent enrichir la conception, la mise en œuvre et la diffusion des études, assurant ainsi que les interventions correspondent aux besoins et aux préférences des patients.

Troisièmement, renforcer la collaboration entre les universités est crucial pour faire avancer les programmes de recherche. Cartographier les initiatives de recherche existantes peut aider à mieux prioriser et organiser la recherche future et améliorer le partage des résultats de la recherche avec les décideurs. Renforcer les liens avec les réseaux internationaux de deprescribing peut également faciliter l'échange de connaissances, les initiatives collaboratives et le benchmarking par rapport aux meilleures pratiques mondiales.

Actie 4. Beleidsniveau - Hervormen van gezondheidszorgsystemen en onderzoek omzetten in actie

Het aanpakken van de optimalisatie van medicatiegebruik bij oudere volwassenen binnen het evoluerende zorglandschap van België vereist het vertalen van onderzoeksresultaten naar uitvoerbare beleidsmaatregelen. Dit omvat het verplaatsen van geïsoleerde pilootprojecten naar duurzame, grootschalige veranderingen, het overwinnen van fragmentatie in besluitvorming, het versterken van prikkels voor medicatiebeoordelingen in gevallen van polyfarmacie en het bevorderen van samenwerkingsovereenkomsten tussen zorginstellingen.

Het gefragmenteerde zorgsysteem van België vereist samenhangende beleidsmaatregelen om een uitgebreide patiëntenzorg over de grenzen van zorginstellingen heen te waarborgen. De toenemende prevalentie van polyfarmacie bij oudere volwassenen met meerdere chronische ziekten benadrukt de dringende behoefte aan regelmatige medicatiebeoordelingen om de bijbehorende risico's te beperken. Het balanceren van robuuste zorginterventies met middelenbeperkingen vereist een verstandige verdeling van fondsen voor maximale effectiviteit.

In een recent snel realist review van factoren die de effecten van interventies om het juiste gebruik van geneesmiddelen te bevorderen, beïnvloeden, benadrukte CADeN het belang van duidelijke nationale strategieën die voorschrijvingsinterventies bevorderen, met een zekere mate van centrale coördinatie (29). Vergelijkbaar met de benadering van CADeN, zou er een nationaal strategisch plan moeten worden ontwikkeld en gefinancierd om het medicatiegebruik bij oudere volwassenen in België te optimaliseren. Deze nationale strategie zou moeten worden uitgevoerd door een gecentraliseerde organisatie die verantwoordelijk is voor de coördinatie en ondersteuning van op bewijs gebaseerde interventies in verschillende regio's en zorginstellingen.

Nationale rapporten kunnen waardevolle inzichten bieden in trends van geneesmiddelenclaims in het hele land, wat kan helpen bij het identificeren van gebieden die aandacht behoeven, en tegelijkertijd de inspanningen kan vergemakkelijken om toegang te garanderen tot veiligere geneesmiddelen en niet-geneesmiddelalternatieven als vervangers voor risicovolle geneesmiddelen.

Het recente KCE-rapport van 2024 over de prestaties van het Belgische gezondheidssysteem illustreert dat er aanzienlijke regionale variaties zijn in verschillende

Action 4. Niveau politique - Réformer les systèmes de santé et transformer la recherche en actions

Aborder l'optimisation de l'utilisation des médicaments chez les adultes âgés dans le paysage en évolution des soins de santé en Belgique nécessite de traduire les résultats de la recherche en politiques concrètes. Cela inclut le passage de projets pilotes isolés à des changements durables à grande échelle, en surmontant la fragmentation dans la prise de décision, en améliorant les incitations à la révision des médicaments dans les cas de polypharmacie, et en renforçant les pratiques collaboratives à travers les différents cadres de soins.

Le système de santé fragmenté de la Belgique nécessite des politiques cohérentes pour garantir des soins patients complets au-delà des frontières institutionnelles. La prévalence croissante de la polypharmacie chez les adultes âgés souffrant de plusieurs maladies chroniques souligne l'urgence de procéder à des évaluations régulières des médicaments afin de réduire les risques associés. Trouver un équilibre entre des interventions robustes en matière de santé et les contraintes de ressources nécessite une distribution judicieuse des fonds pour une efficacité maximale.

Dans une récente revue rapide réaliste des facteurs influençant les effets des interventions pour promouvoir l'utilisation appropriée des médicaments, le CADeN a souligné l'importance de stratégies nationales claires favorisant les interventions pour l'adéquation des prescriptions, avec un certain degré de coordination centrale (29). À l'instar de l'approche du CADeN, un plan stratégique national pour optimiser l'utilisation des médicaments chez les adultes âgés à travers la Belgique devrait être développé et financé. Cette stratégie nationale devrait être gérée par une organisation centralisée chargée de coordonner et de soutenir les interventions basées sur des preuves dans les différentes régions et cadres de soins.

Les rapports nationaux pourraient offrir des aperçus précieux sur les tendances des demandes de médicaments à travers le pays, facilitant ainsi l'identification des zones nécessitant une attention particulière, tout en soutenant les efforts visant à garantir l'accès à des alternatives plus sûres, médicamenteuses et non médicamenteuses, comme substituts aux médicaments à haut risque.

Le récent rapport 2024 du KCE sur les performances du système de santé belge illustre qu'il existe des variations régionales importantes dans plusieurs

kwaliteitsindicatoren met betrekking tot medicijngebruik bij oudere volwassenen (2). De toekomstige nationale strategie zou kunnen inhouden dat deze variaties dieper worden onderzocht en mogelijkheden worden geïdentificeerd om ze te verminderen. Gerichtte campagnes die inspelen op de specifieke zorgbehoeften van oudere volwassenen kunnen hen in staat stellen hun gezondheid beter te beheren, hoewel er mogelijk hiaten zijn in de effectiviteit van het bereiken van deze populatie.

Twee belangrijke prioriteiten van het nationale strategische plan zouden de optimalisatie moeten zijn van (a) het gebruik van psychotrope geneesmiddelen en (b) het medicatiegebruik in woonzorgcentra (30). Verschillende initiatieven, zoals die van het RIZIV, tonen de Belgische toewijding aan innovatieve oplossingen in de geriatrie, met schaalbare interventies om het medicatiebeheer te revolutioneren. Bijvoorbeeld, de COME-ON-studie, die bestaat uit een gemengd trainingsprogramma, lokale interdisciplinaire vergaderingen en interdisciplinaire casusbesprekingen in Belgische woonzorgcentra, werd geassocieerd met significante verbeteringen in de geschiktheid van voorschriften (25). Maar de aanbevelingen die aan beleidsmakers zijn gedaan op basis van de resultaten, moeten nog worden geïmplementeerd.

Meer recent heeft een multidisciplinair pilootproject bepaalde personen die chronisch benzodiazepinen of Z-geneesmiddelen gebruiken toegang gegeven tot een afbouwprogramma onder toezicht van een arts en apotheker (31). Deze multidisciplinaire aanpak omvat samenwerking tussen de voorschrijvende arts, apotheker en patiënt, en de afbouw wordt gefaciliteerd door capsules die door de apotheker worden bereid op basis van het voorschrift van de arts. Evaluatie moet toekomstige acties informeren en de mogelijkheid onderzoeken om dergelijke diensten uit te breiden naar de woonzorgcentrumsetting en naar andere geneesmiddelklassen.

Met betrekking tot psychotrope geneesmiddelen en op het niveau van individuele voorschrijvers moet de nadruk liggen op zorgvuldig voorschrijven alleen in gevallen van ernstige symptomen wanneer niet-farmacologische benaderingen zijn mislukt, gebruikmakend van de laagst mogelijke dosis die een klinisch effect biedt en voor een beperkte duur, altijd met een geplande stopdatum. Op het niveau van woonzorgcentra moet er een procedure zijn die ervoor zorgt dat de evaluatie van het psychotrope gebruik op een kritische en multidisciplinaire manier wordt uitgevoerd, waarbij artsen, verpleegkundigen, de apotheker, bewoners zelf of hun families betrokken zijn.

Naast personeelstraining en een persoonsgerichte benadering is de aanwezigheid van een

indicateurs de qualité liés à l'utilisation des médicaments chez les adultes âgés (2). La future stratégie nationale pourrait inclure une exploration plus approfondie de ces variations et l'identification des opportunités pour les atténuer. Des campagnes ciblées, répondant aux besoins spécifiques des adultes âgés, peuvent leur permettre de mieux gérer leur santé, bien qu'il puisse y avoir des lacunes dans la manière de cibler efficacement cette population.

Deux priorités majeures du plan stratégique national devraient être l'optimisation (a) de l'utilisation des médicaments psychotropes et (b) de l'utilisation des médicaments dans les maisons de repos (30). Plusieurs initiatives, comme celles menées par l'INAMI, démontrent l'engagement de la Belgique en matière de solutions innovantes dans les soins gériatriques, offrant des interventions évolutives pour révolutionner la gestion des médicaments. Par exemple, l'étude COME-ON, qui comprend un programme de formation mixte, des réunions interdisciplinaires locales et des conférences de cas interdisciplinaires dans les maisons de repos belges, a montré des améliorations significatives dans l'adéquation des prescriptions (25). Cependant, les recommandations formulées à l'intention des décideurs politiques sur la base des résultats n'ont pas encore été mises en œuvre.

Plus récemment, un projet pilote multidisciplinaire permet à certaines personnes prenant chroniquement des benzodiazépines ou des Z-médicaments d'accéder à un programme de réduction sous la supervision d'un médecin et d'un pharmacien (31). Cette approche multidisciplinaire implique une collaboration entre le médecin prescripteur, le pharmacien et le patient, et la réduction est facilitée par des capsules préparées par le pharmacien sur la base de la prescription du médecin. L'évaluation des résultats devrait informer les actions futures et examiner la possibilité d'étendre de tels services aux maisons de repos et à d'autres classes de médicaments.

En ce qui concerne les médicaments psychotropes et au niveau des prescripteurs individuels, l'accent devrait être mis sur une prescription judicieuse uniquement en cas de symptômes graves lorsque les approches non pharmacologiques ont échoué, en utilisant la dose la plus faible possible offrant un effet clinique et pour une durée limitée, toujours avec une date de cessation planifiée. Au niveau des maisons de repos, il devrait y avoir une procédure garantissant que l'évaluation de l'utilisation des psychotropes soit réalisée de manière critique et multidisciplinaire, impliquant les médecins, les infirmiers, le pharmacien, les résidents eux-mêmes ou leurs familles.

En plus de la formation du personnel et de l'approche centrée sur la personne, la présence d'un référent en

medicatiebeleid-verantwoordelijke persoon ook belangrijk. Het gebruik van elektronische patiëntendossiers en het geneesmiddelenformulier van het woonzorgcentrum kan medische beslissingsondersteuning bieden. Het verstrekken van informatie aan bewoners en hun families volgens het principe van gedeelde besluitvorming is eveneens belangrijk.

Ten slotte is kwaliteitscontrole op beleidsniveau door middel van audits en rapportage noodzakelijk. Het volgen van bestaande aanbevelingen is essentieel. Deze aanbevelingen hebben betrekking op de governance-structuren in woonzorgcentra, die ervoor moeten zorgen dat systemen en diensten worden opgezet om goede praktijken te waarborgen bij het starten, monitoren en stoppen van psychotrope medicatie voor oudere volwassenen (32).

Specifieke aanbevelingen moeten worden afgestemd op de woonzorgcentrumsetting om hun unieke uitdagingen aan te pakken. Deze omvatten:

(a) benut digitale gezondheidstechnologieën, zoals elektronische patiëntendossiers, om de medicatiebeheerpraktijken te verbeteren.

(b) Bevorder multidisciplinaire samenwerking: cultiveer een cultuur van samenwerking tussen zorgprofessionals om medicatiegebruik te optimaliseren, inclusief specifieke vorming en audits voor (psychotrope) medicatiegebruik in woonzorgcentra.

(c) Breid de rol van de (psychotrope) medicatieverantwoordelijke uit: versterk de rol van de medicatieverantwoordelijke voor psychotrope medicatie in woonzorgcentra om training in niet-farmacologische benaderingen en kwaliteitscontrole van medicatiegebruik op te nemen.

(d) Voer regelmatig medicatienazicht uit in woonzorgcentra, met speciale aandacht voor psychotrope geneesmiddelen, met functionele verbindingen naar eerstelijnspsychologen voor ondersteuning bij moeilijke gevallen.

(e) Ontwikkel een visie op medicatiebeleid voor woonzorgcentra: creëer een visie op medicatiebeleid voor woonzorgcentra, inclusief een kwaliteitsmanual voor psychotrope geneesmiddelen, met gestructureerde processen en uitkomstindicatoren, ondersteund door interne audits voor efficiënte implementatie. Het integreren van woonzorgcentra in bredere gezondheidsnetwerken is ook essentieel voor het verbeteren van de medicatieveiligheid en het optimaliseren van de gezondheidsresultaten.

matière de politique médicamenteuse est également importante. L'utilisation des dossiers médicaux électroniques et du formulaire de médicaments des maisons de repos peut fournir un soutien à la décision médicale. Il est également essentiel de fournir des informations aux résidents et à leurs familles selon le principe de la prise de décision partagée.

Enfin, au niveau politique, le contrôle de la qualité par l'audit et la communication des résultats est nécessaire. Suivre les recommandations existantes est essentiel. Ces recommandations portent sur les structures de gouvernance dans les maisons de repos, garantissant que des systèmes et services soient mis en place pour assurer de bonnes pratiques dans l'initiation, la surveillance et l'arrêt des médicaments psychotropes chez les adultes âgés (32).

Des recommandations spécifiques doivent être adaptées au cadre des maisons de repos pour répondre à leurs défis uniques. Celles-ci incluent :

a) l'exploitation des technologies de santé numérique comme les dossiers électroniques des patients pour améliorer les pratiques de gestion des médicaments.

(b) Favoriser la collaboration multidisciplinaire : cultiver une culture de collaboration entre les professionnels de santé pour optimiser l'utilisation des médicaments, incluant une formation spécifique et des audits pour l'utilisation des médicaments (psychotropes) dans les maisons de repos.

(c) Élargir le rôle de la personne référente pour les médicaments (psychotropes) : renforcer le rôle de la personne référente pour les médicaments psychotropes dans les maisons de repos pour inclure la formation sur les approches non pharmacologiques et le contrôle de la qualité de l'utilisation des médicaments.

(d) Mettre en place des revues des régimes médicamenteux : effectuer des revues régulières des régimes médicamenteux dans les maisons de repos, en prêtant une attention particulière aux médicaments psychotropes, avec des connexions fonctionnelles avec les psychologues des soins primaires pour le soutien dans les cas complexes.

(e) Développer une vision de la politique médicamenteuse pour les maisons de repos : créer une vision de la politique médicamenteuse des maisons de repos, y compris un manuel de qualité pour les médicaments psychotropes, avec des processus structurés et des indicateurs de résultats, soutenus par des audits internes pour une mise en œuvre efficace. L'intégration des maisons de repos dans des réseaux de soins de santé plus larges est également essentielle.

pour améliorer la sécurité médicamenteuse et optimiser les résultats de santé.

Samenvattend, de optimalisatie van medicatiegebruik bij oudere volwassenen is een belangrijk onderdeel van het Belgische zorgsysteem. Door onderzoek om te zetten in actie, innovatie te bevorderen en samenwerkingsverbanden te stimuleren, kunnen we zorgen voor gepersonaliseerde, hoogwaardige zorg voor oudere volwassenen.

En conclusion, l'optimisation de l'utilisation des médicaments chez les adultes âgés constitue une part importante du système de santé belge. En traduisant la recherche en actions, en favorisant l'innovation et en promouvant des partenariats collaboratifs, nous pouvons garantir des soins personnalisés et de haute qualité pour les adultes âgés.

Referenties

1. Petrovic M, Gnjjidic D, Tommelein E, Boussey K. Pharmacotherapy. In: Roller -Wimsberger R, Singler K, Polidori MC, eds. *Learning Geriatric Medicine: A study guide for medical students*. Springer International Publishing AG, Cham, Switzerland; 2018: 219-235.
2. KCE Belgian Health Care Knowledge Centre, 2024. *Performance of the Belgian health system – Report 2024*. KCE Report 376c. Retrieved from KCE website: <https://kce.fgov.be/en/performance-of-the-belgian-health-system-report-2024>
3. Anrys P, Strauven G, Foulon V, Degryse J, Henrard S, Spinewine A. Potentially Inappropriate Prescribing in Belgian Nursing Homes: Prevalence and Associated Factors? *J Am Med Dir Assoc* 2018; 19(10):884-890. doi: 10.1016/j.jamda.2018.06.010
4. World Health Organization, 2023. *Global burden of preventable medication-related harm in health care: A systematic review*. Retrieved from WHO website: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376203/9789240088887-eng.pdf>
5. Spinewine A, Schmader KE, Barber N, Hughes C, Lapane K, Swine C, Hanlon JT. *Appropriate prescribing in elderly people: how well can it be measured and optimised?* *Lancet* 2007; 370: 173-84.
6. Vander Stichele R, Van de Voorde C, Elseviers M, Verrue C, Soenen K, Smet M, Petrovic M, Chevalier P, De Floor T, Mehuys E, Somers A, Gobert M, De Falleur M, Bauwens M, Christiaens T, Spinewine A, Devriese S, Ramaekers D. *Geneesmiddelengebruik in de Belgische rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen*. KCE-reports Vol. 47A. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, 2006.
7. Christiaens A, Boland B, Germanidis M, Dalleur O, Henrard S. Poor health status, inappropriate glucose-lowering therapy and high one-year mortality in geriatric patients with type 2 diabetes. *BMC Geriatr* 2020; 20: 367.
8. Reeve E, Gnjjidic D, Long J, Hilmer S. A systematic review of the emerging definition of ‘deprescribing’ with network analysis: implications for future research and practice. *Br J Clin Pharmacol* 2015; 80: 1254-68..
9. Gnjjidic D, Johansson M, Meng DM, Farrell B, Langford A, Reeve E. Achieving sustainable healthcare through deprescribing. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2022(10). DOI: 10.1002/14651858.ED000159.
10. World Health Organization, 2023. Behavioural Science for better health. Retrieved from WHO website: <https://www.who.int/initiatives/behavioural-sciences>
11. Canadian Medication Appropriateness and Deprescribing Network. Promoting safe and appropriate medication use for all Canadians. Retrived from CaDeN website: <https://www.deprescribingnetwork.ca/>
12. Shapoval V, de Saint Hubert M, Péteïn C, Viaud C, Adda T, Aubert C, Mooser B, Tsoutsis V, Kollia P, Fernandez L, Castejon J, Wichniak A, Gustavsson K, Wyller T, Callegari E, Grimshaw J, Presseau J, Henrard S, Spinewine A. Barriers to deprescribing benzodiazepine receptor agonists in older adults: a survey of older adults across Europe. BE-SAFE report, manuscript in preparation.
13. Péteïn C. Promoting benzodiazepines and Z-drugs deprescribing in the community setting: adapting tools to better engage older adults and healthcare professionals. PhD thesis, 2024.
14. Petrovic M, Somers A, Marien S, Spinewine A. Optimization of drug use in older people – a key factor for successful aging. In: Fernandez-Ballesteros R, Benetos A, Robine J, eds. *The Cambridge Handbook of Successful Aging*. Cambridge University Press, Cambridge, United Kingdom; 2019: 237-262
15. KCE Belgian Health Care Knowledge Centre, 2010. Seamless care with regard to medications between hospital and home. KCE Report 131c. Retrieved from KCE website: https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/kce_131c_seamless_care.pdf
16. Spinewine A, Byrne S, Dalleur O. The role of pharmacists in optimising drug therapy. In: Cherubini, A., Mangoni, A.A., O’Mahony, D., Petrovic, M. (eds) *Optimizing Pharmacotherapy in Older Patients. Practical Issues in Geriatrics*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-031-28061-0_9
17. Académie Royale de Médecine de Belgique. Le rôle du pharmacien dans les soins de santé. Avis 2017.
18. Verrue C, Petrovic M, Mehuys E, Boussey K, Somers A, Spinewine A, Bauwens M, Gobert M, Elseviers M, Vander Stichele R. Organization of the medication management in Belgian nursing homes. *J Am Med Dir Assoc* 2011; 12: 308-311.
19. Perehudoff K, Azermi M, Wauters M, Van Acker S, Versluys K, Steeman E, Petrovic M. The psychotropic education and knowledge test for nurses in nursing homes: striving for PEAK performance. *Aging Ment Health* 2016; 20:1182-1189.
20. Azermi M, Wauters M, De Meester D, Renson L, Pauwels D, Warie H, Petrovic M. **A quality improvement initiative on the use of psychotropic drugs in nursing homes in Flanders**. *Acta Clin Belg* 2017; 72: 163-171.

21. Wauters M, Elseviers M, Peeters L, De Meester D, Christiaens T, Petrovic M. Reducing Psychotropic Drug Use in Nursing Homes in Belgium: An Implementation Study for the Roll-Out of a Practice Improvement Initiative. *Drugs Aging* 2019; 36: 769-780.
22. Evrard P, Damiaens A, Patey A, Grimshaw J, Spinewine A. Barriers and enablers towards benzodiazepine-receptor agonists deprescribing in nursing homes: A qualitative study of stakeholder groups. *Explor Res Clin Soc Pharm* 2023; 9:100258. doi: 10.1016/j.rcsop.2023.100258
23. Tommelein E, Petrovic M, Somers A, Mehuys E, van der Cammen T, Boussery K. Older patients' prescriptions screening in the community pharmacy: development of the Ghent Older People's Prescriptions community Pharmacy Screening (GheOP³S) tool. *J Pub Health* 2016, 38: 158-170.
24. Van der Linden L, Hias J, Liesenborghs A, Walgraeve K, Van Brantegem P, Hellemans L, et al. The impact of a pharmacist intervention on post-discharge hypnotic drug discontinuation in geriatric inpatients: a before-after study. *BMC Geriatr* 2023; 23: 407.
25. Strauven G, Anrys P, Vandael E, Henrard S, De Lepeleire J, Spinewine A and Foulon V. Cluster-Controlled Trial of an Intervention to Improve Prescribing in Nursing Homes Study. *J Am Med Dir Assoc* 2019; 20: 1404-11.
26. Dalleur, Boland, Losseau C, Henrard S, Wouters D, Speybroeck N, Degryse JM, Spinewine A. Reduction of potentially inappropriate medications using the STOPP criteria in frail older inpatients: a randomised controlled study. *Drugs Aging* 2014; 31: 291-8.
27. O'Mahony D, Cherubini A, Guiteras A, Denkinger M, Beuscart J, Onder G, Gudmundsson A, Cruz-Jentoft A, Knol W, Bahat G, van der Velde N, **Petrovic M**, Curtin D. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 3. *Eur Ger Med* 2023, 14: 625-632.
28. Blum E, Sallevelt B, Spinewine A et al. Optimizing Therapy to Prevent Avoidable Hospital Admissions in Multimorbid Older Adults (OPERAM): cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2021; 374: n1585.
29. Charbonneau M, Morgan SG, Gagnon C, Sadowski CA, Silvius JL, Tannenbaum C, Turner JP. Factors influencing the effects of policies and interventions to promote the appropriate use of medicines in high-income countries: A rapid realist review. *Health Policy* 2024; 142: 105027.
30. VAD. Vlaams expertisecentrum alcohol en andere drugs. Psychofarmaca in woonzorgcentra: samen op weg naar minder. 2018: <https://vad.be/catalogus/psychofarmaca-in-woonzorgcentra-samen-op-weg-naar-minder/>
31. Lancering van een afbouwprogramma voor benzodiazepines en verwante middelen. Retrieved from the BCFI/CIP website: <https://www.bcfi.be/nl/lancering-van-een-afbouwprogramma-voor-benzodiazepines-en-verwante-middelen/>
32. McDonald E, Lundby C, Thompson W, Boyd C, Farrell B, Gagnon C, Herbin J, Khuong N, Moriarty F, Pierson T, Scott S, Scott I, Silvius J, Spinewine A, Steinman M, Tannenbaum C, Trimble J, Turner J, Reeve E. Reducing potentially inappropriate polypharmacy at a national and international level: the impact of deprescribing networks. *Expert Rev Clin Pharmacol* 2024;17(5-6):433-440. doi: 10.1080/17512433.2024.2355270.

CONCLUSIES

De uitdagingen voor de gezondheidszorg en het welzijn van ouderen in de toekomst, vooral voor degenen die lijden aan mentale en psychiatrische problemen, zijn talrijk.

Een van deze uitdagingen is de noodzaak van zorghervorming. Het zorgsysteem moet evolueren van een organisatie van diensten die voornamelijk gericht is op acute episodes en besmettelijke ziekten, naar geïntegreerde, persoonsgerichte zorg. Er zijn verschillende beleidsdoelen die nog verbetering vereisen, zoals de noodzakelijke werving van zorgprofessionals, het versterken van de zelfredzaamheid van mensen door nieuwe financieringsmodellen, integratie en verbetering van de effectiviteit van organisaties en structuren tussen federale structuren en gemeenschappen...

Het is noodzakelijk om patiënten de motor van geïntegreerde zorg te maken en hun vaardigheden en capaciteiten in geïntegreerde zorg te versterken. De territoriale benadering is een noodzakelijke voorwaarde om acties en behandelingen te organiseren die rondom de persoon gecentreerd zijn. Dit betekent de verschuiving van een geïnstitutionaliseerd zorgsysteem (ziekenhuizen en woonzorgcentra) naar een op de bevolking gebaseerde eerstelijnszorg, met de nadruk op een benadering die gericht is op de sterke punten in plaats van op tekortkomingen. Op het gebied van de volksgezondheid betreft dit de "creatie van lokale en regionale netwerken, lokaal-regionale gezondheidsorganisaties". Het competentiemodel zal hierbij het referentiekader zijn, wat betekent dat we van het idee van beperking/invaliditeit naar een concept van competentiegerichte werking moeten gaan. Het doel is om mensen alles te bieden wat ze nodig hebben om zo goed mogelijk te functioneren en deel te nemen aan het sociale en gemeenschapsleven.

De uitdagingen met betrekking tot huisvesting zijn aanzienlijk: de bevolking zal aangemoedigd worden om zo vroeg mogelijk na te denken over de planning van wonen en zorg, zowel individueel als in groepen, al dan niet met meerdere generaties samen, in geschikte (sociale) woningen, aangepast aan achtergrond, behoeften, pathologieën, volledig onafhankelijk en/of met zorg. Wat zorg betreft, moet deze persoonsgericht zijn, met aandacht voor de persoon zelf en hoe deze zijn gezondheid ervaart en beleeft. Een zorgtransitie treedt op wanneer iemand van het ene zorgmilieu naar het andere verhuist. Het is dan ook noodzakelijk om ervoor te zorgen dat zorgtransities worden aangepast aan de behoeften en voorkeuren van iedereen, om beleidsmaatregelen te ontwikkelen die gezamenlijke besluitvorming bevorderen, middelen toe te wijzen voor de effectieve uitvoering van innovaties in overgangszorg.

CONCLUSIONS

Les défis liés à la santé et au bien-être des personnes âgées dans le futur, notamment celles souffrant de problèmes mentaux et psychiatriques, sont nombreux.

Parmi ces défis, il y a la nécessité de réformer le système de santé. Le système de santé doit évoluer d'une organisation des services principalement axée sur les épisodes aigus et les maladies transmissibles vers des soins intégrés centrés sur la personne. Plusieurs objectifs politiques identifiés nécessitent encore des améliorations, notamment en ce qui concerne le recrutement nécessaire de professionnels de la santé, le renforcement de la capacité d'une personne à s'autogérer à travers de nouveaux modèles de financement, l'intégration et l'amélioration de l'efficacité des organisations et des structures entre les structures fédérales et les communautés...

Il est nécessaire de faire des patients les moteurs des soins intégrés, de renforcer les compétences et capacités en matière de soins intégrés. L'approche territoriale est une condition nécessaire pour organiser des actions et traitements centrés sur la personne. Cela signifie passer d'un système de soins institutionnalisé (hôpitaux et maisons de retraite) à un système de soins primaires basé sur la population, en mettant l'accent sur une approche basée sur les forces plutôt que sur les déficits. En termes de santé publique, cela implique la « création de réseaux locaux et régionaux, d'organisations de santé locorégionales ». Le modèle de compétences sera de référence, ce qui signifie passer d'un concept de handicap/incapacité à un fonctionnement basé sur les compétences. L'objectif est de fournir aux personnes tout ce dont elles ont besoin pour fonctionner au mieux et participer à la vie sociale et communautaire.

Les défis liés au logement sont importants : la population sera encouragée à réfléchir le plus tôt possible à la planification du logement et des soins, de manière individuelle et/ou en groupe, avec ou sans plusieurs générations ensemble, dans des logements (sociaux) adaptés aux parcours, aux besoins, aux pathologies, totalement indépendants et/ou avec soins. En ce qui concerne les soins, ils doivent être centrés sur la personne, en prenant soin de la personne et de la manière dont elle perçoit et vit sa santé. Une transition des soins se produit lorsqu'une personne passe d'un environnement de soins à un autre. Il est donc nécessaire de s'assurer que les transitions de soins sont adaptées aux besoins et préférences de chacun, d'établir des politiques favorisant la prise de décision partagée, de consacrer des ressources à la mise en œuvre efficace des innovations en matière de soins de transition, de soutenir la collaboration

interdisciplinair overleg en gegevensdeling te ondersteunen, en voortdurende evaluaties uit te voeren om strategieën bij te stellen.

Wat betreft de geestelijke gezondheid van ouderen zal de focus liggen op gezondheidsbevordering, het begrijpen van wat mensen gezond houdt en het versterken van deze gezondheidsbevorderende factoren, in plaats van alleen het behandelen van ziektes of het aanpakken van hun oorzaken. Een holistische benadering van zorg benadrukt het belang van het begrijpen van omgevingsfactoren en het opbouwen van maatschappelijke veerkracht, ter aanvulling van de meer individueel gerichte klinische benadering. Ouderen moeten centraal staan in het project. Het is dan ook belangrijk om ouderen en hun families te betrekken bij beslissingen over gezondheidszorg, zodat zij hun levensplannen en voorkeuren kunnen uiten. Dit is een manier om hun recht op zelfbeschikking te respecteren en ervoor te zorgen dat de zorg in overeenstemming is met hun waarden en aspiraties. Dit omvat vooruitstrevende zorgplanning, de toepassing van het model van gedeelde besluitvorming, de opleiding van zorgverleners volgens deze visie, het bieden van juridische ondersteuning betreffende de voorafgaande richtlijnen, het aanwijzen van een referentiepersoon, enz.

Op het gebied van educatie is de ontwikkeling van geïndividualiseerde medische programma's voor ouderen van cruciaal belang. Dit zal helpen om educatieve achterstanden in te halen, de gezondheidsgeletterdheid te verbeteren en ouderen in staat stellen actief deel te nemen aan beslissingen met betrekking tot hun zorg. Programma's moeten worden ontworpen om de digitale geletterdheid van ouderen te verbeteren, door hen toegang te geven tot online gemeenschappen, telezorgdiensten en sociale platforms. Ook is het belangrijk om meer tijd en middelen te investeren in het bevorderen van authentieke en duurzame relaties tussen zorgverleners en ouderen, als een hoeksteen van het verbeteren van de kwaliteit van zorg en het algehele welzijn van deze bevolkingsgroep. Het integreren van culturele gevoeligheid in de zorg voor ouderen is essentieel voor het bieden van inclusieve, respectvolle en effectieve zorg. Het opleiden van zorgverleners om met culturele verschillen om te gaan en deze te waarderen, verrijkt de zorgervaringen zorgt ervoor dat ouderen zich begrepen, gewaardeerd en gerespecteerd voelen in hun unieke culturele context.

De vergrijzing van de bevolking wordt vaak gepresenteerd als een probleem in plaats van een succes. Het is tijd om een meer genuanceerd en realistisch begrip van veroudering te ontwikkelen, waarin de uitdagingen worden erkend, maar ook de positieve aspecten van veroudering worden gevierd. Agëisme verwijst naar stereotypering, vooroordelen

interdisciplinaire, le partage des données et une évaluation continue pour affiner les stratégies.

En ce qui concerne la santé mentale des personnes âgées, l'accent sera mis sur la promotion de la santé, sur la compréhension de ce qui maintient les gens en bonne santé et sur le renforcement de ces facteurs favorables à la santé, plutôt que sur le contenu visant à traiter des maladies ou à aborder leurs causes. Une perspective holistique des soins de santé met l'accent sur la compréhension des déclencheurs environnementaux et le renforcement de la résilience sociétale, complétant l'approche clinique plus centrée sur l'individu. Les personnes âgées doivent être au centre du projet. Il est en effet important d'impliquer les personnes âgées et leurs familles dans les décisions relatives aux soins de santé, leur permettant ainsi d'exprimer leurs projets de vie et leurs préférences. Ce faisant, nous honorons leur droit à l'autodétermination et garantissons que les soins sont cohérents avec leurs valeurs et leurs aspirations. Cela passe par la planification des soins anticipés, l'application du modèle de prise de décision partagée, la formation des soignants selon cette vision, la fourniture d'un soutien juridique concernant les directives anticipées, la désignation d'un référent, etc.

Dans le domaine de l'éducation, le développement de programmes médicaux individualisés pour les personnes âgées est crucial. Cela permettra de combler les lacunes éducatives, d'améliorer la littératie en santé et d'aider les adultes âgés à participer activement aux décisions concernant leurs soins de santé. Les programmes doivent être conçus pour améliorer la littératie numérique des personnes âgées, leur offrant un accès aux communautés en ligne, aux services de télésanté et aux plateformes sociales. Il est également important de consacrer plus de temps et de ressources à la promotion de relations authentiques et durables entre les prestataires de soins et les personnes âgées, un élément clé pour améliorer la qualité des soins et le bien-être général de cette population. L'intégration de la sensibilité culturelle dans les soins aux personnes âgées est essentielle pour offrir des soins inclusifs, respectueux et efficaces. Former les soignants à naviguer et apprécier les différences culturelles enrichit l'expérience de soins et garantit que les personnes âgées se sentent comprises, valorisées et respectées dans leur contexte culturel unique.

Le vieillissement de la population est souvent présenté comme un problème plutôt que comme un succès. Il est temps de développer une compréhension plus nuancée et réaliste du vieillissement, qui reconnaît les défis tout en célébrant les aspects positifs du vieillissement. L'agisme désigne les stéréotypes, les préjugés et la discrimination à l'encontre des

en discriminatie van mensen op basis van hun leeftijd. Agëisme is wijdverspreid en heeft schadelijke gevolgen voor de gezondheid en het welzijn van ouderen. Het erkennen van de diversiteit en de sterke punten van ouderen is essentieel voor het opbouwen van een samenleving die mensen van alle leeftijden waardeert en ondersteunt. Dit omvat het erkennen dat veroudering een multidimensionaal proces is, beïnvloed door een complexe interactie van biologische, psychologische en sociale factoren. Veroudering is een dynamische reis die voor iedereen anders verloopt. Het omarmen van gerotranscendentie kan ouderen helpen betekenis, vrede en acceptatie te vinden in het licht van hun fysieke en cognitieve beperkingen. Met de leeftijd komt ook meer wijsheid, emotionele regulatie en een dieper begrip van zichzelf en anderen. Ouderen spelen een essentiële rol in het sociale weefsel van onze samenleving. Ze bieden steun van onschatbare waarde aan hun families en gemeenschappen door zorg, vrijwilligerswerk en mentorschap. Het bevorderen van intergenerationele verbindingen is een krachtig hulpmiddel om agëisme tegen te gaan en een positievere visie op veroudering te promoten. Intergenerationele programma's, zoals mentorschap, het delen van vaardigheden, verhalen vertellen en gemeenschapsprojecten, bieden waardevolle kansen voor wederzijds leren, empathie en samenwerking. Het is belangrijk om inclusieve taal te gebruiken die de heterogeniteit van ouderen erkent. Kwetsbaarheid is een natuurlijk onderdeel van de menselijke ervaring en mag niet gestigmatiseerd of gevreesd worden. Het aannemen van een genuanceerder en realistischer begrip van veroudering zal niet alleen ouderen ten goede komen, maar ook onze samenleving als geheel.

De prevalentie van mentale gezondheidsproblemen bij ouderen in België is helaas onvoldoende begrepen. We moeten vaststellen dat momenteel te weinig aandacht wordt besteed aan de doelgroep van ouderen in de basisopleiding voor gezondheids- en welzijnsberoepen, en er is een ernstig gebrek aan gespecialiseerd aanbod in de geestelijke gezondheidszorg. De meest voorkomende geestelijke gezondheidsproblemen zijn angst, depressie en middelengebruik. Toch ontvangen ouderen zeer beperkte zorg. Het belang van preventie mag niet worden onderschat. Leefstijlinterventies moeten hun plaats hebben en aangemoedigd worden in de preventieve en curatieve zorg die bedoeld is voor psychisch en somatisch kwetsbare ouderen. Een essentieel element van het preventiebeleid is bewustwording. De eerstelijnszorg voor ouderen met mentale gezondheidsproblemen is momenteel te beperkt: hier en daar enkele mobiele teams voor de doelgroep van ouderen, in woonzorgcentra is er de mogelijkheid om een psycholoog aan te stellen, maar zonder verplichting of financiering. Een kans om het aanbod uit te breiden is de ontwikkeling van

personnes en raison de leur âge. L'agisme est très répandu et a des effets néfastes sur la santé et le bien-être des personnes âgées. Il est essentiel de reconnaître la diversité et les atouts des personnes âgées pour construire une société qui valorise et soutient les personnes de tous âges. Le vieillissement est un processus multidimensionnel, influencé par une interaction complexe de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. Le vieillissement est un parcours dynamique qui se déroule différemment pour chacun. Adopter la gérotranscendance peut aider les personnes âgées à trouver du sens, de la paix et de l'acceptation face à leurs limitations physiques et cognitives. Avec l'âge vient une sagesse accrue, une meilleure régulation émotionnelle et une compréhension plus profonde de soi-même et des autres. Les personnes âgées jouent un rôle essentiel dans le tissu social de notre société. Elles apportent un soutien précieux à leurs familles et à leurs communautés par le biais de soins, de bénévolat et de mentorat. Favoriser les connexions intergénérationnelles est un puissant moyen de lutter contre l'agisme et de promouvoir une vision plus positive du vieillissement. Les programmes intergénérationnels, tels que le mentorat, le partage des compétences, le récit et les projets communautaires, offrent des opportunités précieuses d'apprentissage mutuel, d'empathie et de collaboration. Il est important d'utiliser un langage inclusif qui reconnaît l'hétérogénéité des personnes âgées. La vulnérabilité fait partie de l'expérience humaine et ne doit pas être stigmatisée ou redoutée. Adopter une compréhension plus nuancée et réaliste du vieillissement profitera non seulement aux personnes âgées, mais à notre société dans son ensemble.

La prévalence des problèmes de santé mentale chez les personnes âgées en Belgique est malheureusement mal comprise. Il faut noter qu'actuellement, trop peu d'attention est accordée à la cible des personnes âgées dans la formation de base des professions de la santé et du bien-être, et il y a un sérieux manque d'offres spécialisées dans le domaine des soins de santé mentale. Les problèmes de santé mentale les plus courants sont l'anxiété, la dépression et la consommation de substances. Cependant, il est à noter que les personnes âgées reçoivent des soins très limités. L'importance de la prévention ne peut être sous-estimée. Les interventions liées au mode de vie devraient avoir leur place et être encouragées dans l'offre préventive et curative destinée aux personnes âgées vulnérables psychologiquement et somatiquement. Un élément essentiel de la politique de prévention est la sensibilisation. Le soutien en soins primaires pour les personnes âgées ayant des problèmes de santé mentale est actuellement trop limité: ici et là, quelques équipes mobiles pour la cible des personnes âgées, dans les centres de soins résidentiels, il est possible de désigner un

eerstelijnspsychologische zorg voor ouderen. De link tussen psychiatrische en somatische problemen vraagt om geïntegreerde zorg met verschillende disciplines, gericht op zowel preventieve als curatieve interventies, en met aandacht voor de sociale, psychologische en somatische domeinen van het leven. Voor geïntegreerde zorg is samenwerking op het macro-, meso- en microniveau van belang. Een kleine maar belangrijke groep ouderen zal intensieve zorg nodig hebben door ernstige acute neuropsychiatrische aandoeningen. Eenheden waar dergelijke intensieve zorg kan worden geboden, moeten specifiek aangepast worden voor ouderen, zowel qua infrastructuur als teamsamenstelling. Voor complexe gevallen die intensieve somatische en psychiatrische zorg vereisen, zou een co-managementmodel, waarbij ziekenhuisdiensten gezamenlijk worden beheerd door geriateren en ouderenpsychiaters, veel toegevoegde waarde bieden. Ook is het belangrijk de specifieke zorgbehoeften van ouderen in psychiatrische ziekenhuizen te erkennen: personeelsnormen, somatische zorg, klinische farmacie, psychogeriatrische dagziekenhuizen, enzovoort.

In de opleiding van zorg- en welzijnsprofessionals ontbreken vaak specifieke opleidingsprogramma's over geestelijke gezondheidsproblemen bij ouderen. In België is geriatrische psychiatrie geen subspecialisatie of een bijzondere beroepskwalificatie. Dit betekent dat een persoon kan worden erkend als specialist in de volwassenenpsychiatrie zonder ooit met psychiatrische aandoeningen bij ouderen in aanraking te zijn gekomen! Een grote uitdaging is ook het motiveren van verpleegkundestudenten om stages te lopen in de geriatrische psychiatrie. Een oplossing zou kunnen zijn om een interuniversitair certificaat te ontwikkelen in geestelijke gezondheidszorg voor ouderen, toegankelijk voor elke psycho-medisch-sociale werker. Tot op heden is er geen aangepast residentieel zorgaanbod in België voor ouderen met gecombineerde fysieke en mentale zorgbehoeften. Ten slotte is het ook belangrijk om alternatieve huisvesting aan te bieden aan ouderen (bijvoorbeeld intergenerationele woningen, gemeenschapswonen, enz.).

Het laatste, maar niet minst belangrijke aspect betreft het voorschrijven van geneesmiddelen, wat bijzonder relevant is bij ouderen die vaak lijden aan meerdere chronische ziekten. Polyfarmacie verhoogt het risico op ongewenste geneesmiddelreacties, geneesmiddelinteracties, niet-naleving, functieverlies en kwetsbaarheid. Ongepast gebruik van geneesmiddelen is wijdverspreid bij ouderen en omvat

psychologue, mais sans obligation ni financement. Une opportunité d'élargir l'offre est le développement des soins psychologiques primaires pour les personnes âgées. Le lien entre les problèmes psychiatriques et somatiques nécessite des soins intégrés avec différentes disciplines, visant à la fois des interventions préventives et curatives et ciblant les domaines sociaux, psychologiques et somatiques de la vie. Pour atteindre des soins intégrés, il est pertinent qu'il y ait une collaboration aux niveaux macro, meso et micro. Un petit mais important groupe de personnes âgées nécessitera des soins intensifs hautement spécialisés en raison de troubles neuropsychiatriques aigus sévères. Les unités où ces soins intensifs peuvent être fournis doivent être spécifiquement adaptées aux personnes âgées, tant en termes d'infrastructure que de composition de l'équipe. Pour les cas complexes nécessitant des soins somatiques et psychiatriques intensifs, un modèle de co-gestion dans lequel les services hospitaliers sont gérés conjointement par les gériatres et les psychiatres spécialisés en personnes âgées offrirait une grande valeur ajoutée. Il est également important de reconnaître les besoins spécifiques dans les soins des personnes âgées dans les hôpitaux psychiatriques : les normes du personnel, les soins somatiques, la pharmacie clinique, les hôpitaux de jour psychogériatriques, etc.

Dans la formation des professionnels de la santé et du bien-être, des programmes éducatifs spécifiques sur les problèmes de santé mentale chez les personnes âgées font souvent défaut. En Belgique, la psychiatrie gériatrique n'est pas une sous-spécialité ni un titre professionnel particulier. En pratique, cela signifie qu'une personne peut être reconnue comme spécialiste en psychiatrie adulte sans avoir été en contact avec les troubles psychiatriques des personnes âgées ! Un grand défi consiste également à motiver les étudiants en soins infirmiers à effectuer des stages dans les services de psychiatrie gériatrique. Une solution pourrait être de mettre en place un certificat interuniversitaire de spécialisation en santé mentale des personnes âgées, accessible à tout travailleur psycho-médico-social. À ce jour, il n'existe pas d'offre de soins résidentiels adaptée en Belgique pour les personnes âgées ayant des besoins de soins physiques et mentaux combinés. Enfin, il est également important de proposer un logement alternatif pour les adultes âgés (par exemple, le logement intergénérationnel, le logement communautaire, etc.).

Le dernier point, mais non des moindres, concerne la prescription de médicaments, particulièrement pertinente chez les personnes âgées qui souffrent fréquemment de plusieurs maladies chroniques. La polypharmacie augmente le risque d'effets indésirables, d'interactions médicamenteuses, de non-adhérence, de déclin fonctionnel et de fragilité. L'utilisation inappropriée des médicaments est

drie verschillende situaties: overmatig gebruik van mogelijk schadelijke geneesmiddelen, ondergebruik van effectieve geneesmiddelen en ongepast gebruik van geneesmiddelen op verschillende gebieden, zoals dosering, geneesmiddelinteracties, gebruiksgemak of kosten. Deprescriptie heeft als doel het probleem van overmatig gebruik van geneesmiddelen op te lossen. Allereerst is het belangrijk de patiënt en het brede publiek bewust te maken van het juiste gebruik van geneesmiddelen. Dit kan ouderen motiveren om gesprekken te voeren met hun zorgverleners over hun geneesmiddelen. Een nationale strategie om de bevolking te betrekken en bewustmakingscampagnes te ontwikkelen die beter passen bij ouderen en zorgverleners is nodig. Ten tweede is het essentieel zorgprofessionals beter toe te rusten en geïntegreerde zorg op grote schaal in te voeren om de zorgverlening en de patiëntuitkomsten te verbeteren. Door de uitdagingen aan te pakken, innovaties te benutten en belangrijke acties te prioriteren, kunnen zorgsystemen hun vermogen verbeteren om veilige, effectieve, persoonsgerichte zorg te bieden. In het bijzonder is het van vitaal belang de rol van apothekers in de zorg te versterken. Belangrijke acties voor het komende decennium zullen zijn om de integratie van medicatiereconciliatieprocessen in routinematige zorg te prioriteren. Ten derde is het op beleidsniveau essentieel om klinisch onderzoek te bevorderen en dit patiëntgericht te implementeren. Kwalitatief hoogstaand bewijs over hoe geneesmiddelgebruik bij ouderen het beste geoptimaliseerd kan worden in alle zorginstellingen is cruciaal. Tot slot is het belangrijk het zorgsysteem te hervormen en onderzoek om te zetten in actie. Een nationaal strategisch plan voor het optimaliseren van het gebruik van geneesmiddelen bij ouderen in België zou moeten worden ontwikkeld en gefinancierd. Dit nationale plan zou moeten worden beheerd door een gecentraliseerde organisatie die verantwoordelijk is voor het coördineren en ondersteunen van op bewijs gebaseerde interventies in verschillende regio's en zorginstellingen. Twee grote prioriteiten van het nationaal strategisch plan moeten de optimalisatie zijn van (a) het gebruik van psychotrope geneesmiddelen en (b) het gebruik van geneesmiddelen in rusthuizen.

Concluderend kunnen we stellen dat er veel initiatieven in ons land bestaan die het welzijn en de geestelijke gezondheid van ouderen verbeteren. Ze verdienen erkenning. Toch blijft het feit dat de onvervulde behoeften tot op hedendaagsniveau blijven. Deze betreffen onder meer de noodzakelijke hervorming van zorg naar geïntegreerde zorg, waarbij ouderen centraal staan in het project. Er moet meer nadruk worden gelegd op de positieve aspecten van veroudering, om onder andere de stigmatisering van ouderen te verminderen. Wat betreft de geestelijke

fréquent chez les adultes âgés et comprend trois situations différentes : l'utilisation excessive de médicaments potentiellement nuisibles, l'utilisation insuffisante de médicaments efficaces, et l'utilisation inappropriée des médicaments sous divers aspects tels que le dosage, les interactions médicamenteuses, la facilité d'administration ou le coût. La déprescription vise à résoudre le problème de l'utilisation excessive des médicaments. Tout d'abord, il est important d'améliorer la sensibilisation et l'engagement des patients et du public autour de l'utilisation appropriée des médicaments. Cela peut aider à motiver les personnes âgées à entamer des conversations avec leurs prestataires de soins à propos de leurs médicaments. Une stratégie nationale pour engager le public et développer des campagnes de sensibilisation mieux adaptées aux adultes âgés et à leurs aidants est nécessaire. Deuxièmement, mieux équiper les professionnels de la santé et mettre en œuvre des soins intégrés à grande échelle est essentiel pour améliorer la prestation des soins et les résultats pour les patients. En abordant les défis, en tirant parti des innovations et en donnant la priorité à des actions clés, les systèmes de santé peuvent améliorer leur capacité à fournir des soins sûrs, efficaces et centrés sur le patient. Il est particulièrement vital de renforcer le rôle des pharmaciens dans la prestation des soins de santé. Les actions clés pour la prochaine décennie consisteront à prioriser l'intégration des processus de réconciliation des médicaments dans les soins de routine. Troisièmement, au niveau des politiques, favoriser la recherche clinique et sa mise en œuvre centrée sur le patient est essentiel. Des preuves de haute qualité sur la meilleure façon d'optimiser l'utilisation des médicaments chez les personnes âgées dans tous les milieux de soins sont cruciales. Enfin, il est important de réformer les systèmes de santé et de transformer la recherche en action. Un plan stratégique national visant à optimiser l'utilisation des médicaments chez les personnes âgées en Belgique doit être développé et financé. Ce plan stratégique national doit être géré par une organisation centralisée chargée de coordonner et de soutenir les interventions basées sur des preuves dans différentes régions et milieux de soins. Deux priorités majeures de ce plan stratégique national devraient être l'optimisation de (a) l'utilisation des médicaments psychotropes et (b) l'utilisation des médicaments dans les maisons de retraite.

En conclusion, de nombreuses initiatives existent dans notre pays pour améliorer le bien-être et la santé mentale des personnes âgées. Elles doivent être saluées. Cependant, force est de constater que des besoins non satisfaits restent encore importants à ce jour. Ils concernent à la fois la nécessité d'une réforme des soins vers des soins intégrés, en mettant les personnes âgées au centre du projet. Il faut mettre davantage l'accent sur les aspects positifs du vieillissement, afin de réduire, notamment, la stigmatisation des personnes âgées. En ce qui

gezondheid van ouderen, moet eerstelijnszorg verder ontwikkeld worden, zonder de noodzaak voor hooggespecialiseerde intensieve zorg te vergeten. Een van de grootste uitdagingen betreft zeker de opleiding van zorgprofessionals die rekening moeten houden met de bio-psycho-sociale dimensies van veroudering. Ten slotte is bewustwording over en betrokkenheid van patiënten, de bevolking en zorgprofessionals bij het juiste gebruik van geneesmiddelen een essentieel aspect van de zorg voor ouderen in termen van volksgezondheid. Het is pas door de uitvoering van dit ambitieuze beleid dat persoonsgerichte, kwaliteitsvolle zorg, met respect voor iedereen, voor onze ouderen kan worden verzekerd. Ze verdienen het...

concerne la santé mentale des personnes âgées en particulier, les soins primaires doivent être davantage développés, tout en n'oubliant pas les soins intensifs hautement spécialisés. L'un des plus grands défis concerne certainement la formation des professionnels de santé qui doivent prendre en compte la spécificité des dimensions bio-psycho-sociales liées au vieillissement. Enfin, sensibiliser et mobiliser les patients, le public et les professionnels de santé autour de l'utilisation appropriée des médicaments constitue un aspect essentiel des soins aux personnes âgées, en termes de santé publique. Ce n'est que par la mise en œuvre de cette politique ambitieuse que des soins personnalisés, de qualité et respectueux de chacun pourront être garantis pour nos aînés. Ils le méritent...