



knmg

**Verbetering van
medische zorg voor
kwetsbare ouderen
met psychiatrische
aandoeningen**

*Addendum bij KNMG-standpunt Sterke
medische zorg voor kwetsbare ouderen*

Colofon

Verbetering van medische zorg voor kwetsbare ouderen met psychiatrische aandoeningen.

Addendum bij Standpunt 'Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen'. Publicatie van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) vastgesteld door het Federatiebestuur op 12 maart 2015.

Artsenfederatie KNMG vertegenwoordigt ruim 67.500 artsen en studenten geneeskunde. Van de KNMG maken deel uit: De Geneeskundestudent, Federatie van Medisch Specialisten (FMS), de Koepel Artsen Maatschappij en Gezondheid (KAMG), Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD), de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB), de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG) en Vereniging van Specialisten in Ouderengeneeskunde (Verenso).

www.knmg.nl/publicatie/kwetsbare-ouderen

Tekst dr.mr. Yvonne M. Drewes, arts maatschappij en gezondheid, beleidsadviseur KNMG

Opmaak buro-Lamp, Amsterdam

Foto omslag Stock photo, posed by model

Drukwerk Schotanus & Jens, Nieuwegein

Contactgegevens KNMG Postbus 20051 3502 LB Utrecht - www.knmg.nl

Overname van teksten uit deze publicatie is toegestaan onder vermelding van de volledige bronvermelding:
Verbetering medische zorg voor kwetsbare ouderen met psychiatrische aandoeningen, KNMG, november 2015

OPGESTELD DOOR

*Werkgroep Verbetering van medische zorg voor kwetsbare
ouderen met psychiatrische aandoeningen*

EN

Stuurgroep Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen

VASTGESTELD DOOR HET

*Federatiebestuur van de KNMG
Utrecht, 12 maart 2015*

Verbetering van medische zorg voor kwetsbare ouderen met psychiatrische aandoeningen

***Addendum bij KNMG-standpunt Sterke
medische zorg voor kwetsbare ouderen***

Inhoudsopgave

/ Samenvatting	6
1/ Inleiding	9
2/ Medische zorg aan kwetsbare ouderen met psychiatrische aandoeningen in de thuissituatie	15
2.1 Inleiding	15
2.2 Geïntervieweerde knelpunten	16
3/ Medische zorg aan kwetsbare ouderen met psychiatrische aandoeningen tijdens een ziekenhuisopname	21
3.1 Inleiding	21
3.2 Geïntervieweerde knelpunten	21
4/ Medische zorg aan kwetsbare ouderen opgenomen in een GGZ instelling	25
4.1 Inleiding	25
4.2 Geïntervieweerde knelpunten	25
5/ Medische zorg aan kwetsbare ouderen opgenomen in een verpleeghuis	29
5.1 Inleiding	29
5.2 Geïntervieweerde knelpunten	29
6/ Oplossingen ter verbetering van de medische zorg aan kwetsbare ouderen met psychiatrische aandoeningen	33
6.1 Inleiding	33
6.2 Verbetering van coördinatie van zorg	33
6.3 Verbetering van kennis en ervaring met combinatie van psychiatrische en andere aandoeningen	36
6.4 Verbetering van lokalisatie van zorgvoorzieningen	38
6.5 Verbetering van omgang met gedragsproblemen	38
6.6 Verbetering van financiering	38

7/	Randvoorwaarden realisatie	41
8/	Tot slot	45
/	Bijlagen	47
1	Samenstelling Stuurgroep Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen	47
2	Samenstelling Werkgroep Verbetering van medische zorg voor kwetsbare ouderen met psychiatrische aandoeningen	48
3	Geraadpleegde literatuur	49

Samenvatting

Dit rapport Verbetering van medische zorg voor kwetsbare ouderen met psychiatrische aandoeningen is een addendum bij het KNMG standpunt Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen. In het KNMG standpunt zijn al knelpunten en verbetervoorstellen beschreven voor de zorg aan kwetsbare ouderen. De specifieke problematiek rondom kwetsbare ouderen met psychiatrische aandoeningen was toen niet meegenomen. Voor de totstandkoming van dit addendum hebben vertegenwoordigers van de huisartsgeneeskunde en van de specialismen ouderengeneeskunde, psychiatrie, geriatrie en neurologie knelpunten uit de praktijk en mogelijke oplossingen aangedragen. Hierbij is gekeken naar kwetsbare ouderen met psychiatrische problematiek in vier situaties: thuis, opname in een ziekenhuis, opname in een GGZ instelling en opname in een verpleeghuis.

De knelpunten konden gecategoriseerd worden in vijf aspecten van zorg:

- ▶ Coördinatie van zorg
- ▶ Kennis en ervaring met combinatie van psychiatrische en andere aandoeningen
- ▶ Lokalisatie van zorgvoorzieningen
- ▶ Omgang met gedragsproblemen
- ▶ Financiering

Per situatie zijn in het addendum de knelpunten op basis van bovenstaande indeling beschreven. Ook voor het beschrijven van de oplossingen is bovengenoemde categorisering aangehouden.

KNELPUNTEN

Uit de inventarisatie bleek dat er veel knelpunten zijn, in alle vier de beschreven situaties. Huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde, psychiaters en andere medisch specialisten stemmen onvoldoende af. Oorzaken hiervan zijn gebrek aan kennis over elkaars vakgebied en expertise, waardoor ziektebeelden soms moeilijk herkend worden en het onvoldoende duidelijk is wanneer wie bij de behandeling betrokken moet worden; barrières in financiering, omdat een integrale bekostiging ontbreekt; barrières doordat de zorgvoorzieningen te ver van elkaar verwijderd zijn om met korte lijnen te kunnen samenwerken; tot slot kan het psychiatrische gedrag dat deze groep ouderen kan vertonen het contact met de behandelaar, de diagnostiek en de zorg negatief beïnvloeden.

OPLOSSINGEN

Bij het beschrijven van de oplossingen en oplossingsrichtingen, is dezelfde indeling in vijf categorieën aangehouden. Het verbeteren van de coördinatie van zorg en de afstemming tussen alle betrokken medici en andere betrokken zorgverleners, zoals verpleegkundigen en POH's, kan bevorderd worden door multidisciplinaire samenwerking in netwerken of teams waarin de zorgverleners uit de verschillende instellingen betrokken zijn. Om dit daadwerkelijk te kunnen vormgeven is voorts een integrale bekostiging van de zorg nodig, zonder schotten tussen instellingen en ziektebeelden. Ook is het noodzakelijk dat door middel van scholing en stages de deskundigheid en vaardigheden van alle betrokken zorgverleners zodanig wordt verbeterd dat zij beschikken over basale kennis van de zorg, diagnostiek en behandeling van psychiatrische aandoeningen en van de complexe zorg voor kwetsbare ouderen. Als zorginstellingen dicht bij elkaar gesitueerd worden, wordt de drempel verlaagd voor zorgverleners om elkaar bij de zorg voor een patiënt te betrekken en wordt eveneens de drempel verlaagd om bij de diagnostiek en behandeling van elkaars faciliteiten en expertise gebruik te maken.

SLOT

Dit addendum beoogt een bijdrage te leveren aan de verbetering van zorg voor kwetsbare ouderen met psychiatrische problematiek. In het addendum is een analyse gemaakt van de bestaande knelpunten en worden mogelijke oplossingsrichtingen gegeven, als stip op de horizon. Het is nu aan de partijen die al bezig zijn met de implementatie van het Standpunt Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen om de oplossingen en oplossingsrichtingen uit dit addendum mee te nemen in hun plannen.

1 Inleiding

AANLEIDING

Bij ouderen met multimorbiditeit en beperkingen komen psychiatrische aandoeningen als onderdeel van multimorbiditeit vaak voor.¹⁻³ Bovendien dragen psychiatrische aandoeningen wezenlijk bij aan het ontstaan van multimorbiditeit en kwetsbaarheid.⁴ Deze verwevenheid vraagt om voortdurende afstemming tussen de psychiatrie, de klinische geriatrie, de andere medische specialismen betrokken bij de ouderenzorg, de specialisten ouderengeneeskunde en de huisartsenzorg.

In Nederland is het grootste deel van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) van oudsher afzonderlijk van de overige medische zorg georganiseerd, gefinancierd en gelokaliseerd. Deze compartimentering van de zorg is problematisch als het gaat om het bieden van integrale medische behandeling bij patiënten die zowel psychiatrische zorg als andere medische zorg behoeven. Meer en meer is het besef gerezen dat deze onnatuurlijke tweedeling in de zorg grote groepen patiënten tekort doet. De ouderenpsychiatrie in de GGZ wordt dan ook de laatste decennia toenemend dichtbij ziekenhuizen gelokaliseerd.

Ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft de tekortkomingen als gevolg van deze tweedeling in psychiatrische en overige medische zorg, de laatste jaren als probleem onderkend. De IGZ heeft derhalve in 2013 een thematisch toezicht uitgevoerd op de samenwerking tussen enerzijds algemene ziekenhuizen en anderzijds de GGZ en psychiatrische afdelingen van ziekenhuizen.⁵ Uit de vragenlijst bleek dat circa 33% van de ziekenhuizen en circa 25% van de GGZ instellingen knelpunten ervoeren, vooral in de samenwerking. Zowel bij de ziekenhuizen als bij de GGZ instellingen hadden deze knelpunten in het bijzonder betrekking op wederzijdse afspraken over taken en verantwoordelijkheden, en de informatie-uitwisseling en afstemming over diagnostiek, behandeling en begeleiding van de ouder wordende psychiatrische patiënt.

De GGZ is op dit moment fors onderhevig aan bezuinigingen en reorganisaties. Voor kwetsbare ouderen is dat bedreigend. Het aantal kwetsbare ouderen met psychiatrische aandoeningen neemt immers toe en hun problematiek wordt complexer, terwijl de GGZ instellingen door bezuinigingen en reorganisaties op deze groeiende zorgvraag niet voorbereid zijn en de woonfunctie binnen GGZ instellingen zelfs wordt afgebouwd. Wijzigingen in de vergoedingssystematiek leiden tot veranderingen in het zorgaanbod, die voor deze groep ouderen moeilijk te overzien zijn. Bovendien wordt door wijzigingen in de vergoedingssystematiek de continuïteit van goedlopende en efficiënte samenwerkingsprojecten ondermijnd.

DOEL VAN HET ADDENDUM

In 2010 is het KNMG-standpunt 'Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen' verschenen. Dit standpunt betreft de medische zorg voor kwetsbare ouderen in zijn algemeenheid. Met het oog op de uitvoerbaarheid van het project binnen de beschikbare tijd en beschikbare projectfinanciering werd destijds besloten de verpleeghuiszorg en de GGZ buiten het kader van het project te plaatsen.

Omdat de medische zorg voor kwetsbare ouderen met psychiatrische aandoeningen specifieke problemen met zich brengt die extra aandacht behoeven, is besloten een addendum bij het KNMG-standpunt 'Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen' uit te werken voor de medische zorg voor kwetsbare ouderen met psychiatrische aandoeningen. De problemen van deze patiëntengroep en hun zorgverleners worden in dit addendum systematisch beschreven.

Het doel van dit addendum bij het Standpunt is de problematiek in de medische zorg voor kwetsbare ouderen met psychiatrische aandoeningen te agenderen en handvatten te bieden bij het vinden van oplossingen voor de gesignaleerde knelpunten, in nauwe afstemming met andere hulpverleners. Er is gekozen om ook dit addendum te beperken tot de medische zorg, hoewel daarbij zeker niet uit het oog wordt verloren dat de medische zorg in een veel bredere, complexer wordende context wordt verleend. Eigen regie, welzijn en informele zorg zijn in toenemende mate leidende principes in het maatschappelijke debat over de zorg. Het formuleren van een standpunt over de medische zorg heeft als doel om vanuit een duidelijk vertrekpunt te kunnen bijdragen aan deze maatschappelijke ontwikkelingen en aan een versterking van de zorg in het algemeen voor deze kwetsbare groep ouderen met psychiatrische aandoeningen.

DEFINITIE KWETSBAAR OUDEREN MET PSYCHIATRISCHE AANDOENINGEN

In dit addendum worden kwetsbare ouderen met psychiatrische aandoeningen als volgt gedefinieerd: ouderen bij wie een psychiatrische aandoening mede bijdraagt aan het ontstaan of versterken van kwetsbaarheid.

VIJF ASPECTEN VAN MEDISCHE ZORG VOOR KWETSBAAR OUDEREN MET PSYCHIATRISCHE AANDOENINGEN

De werkgroep heeft in de eerste bijeenkomst de problematiek rondom kwetsbare ouderen met psychiatrische aandoeningen verkend. Allereerst heeft een uitgebreide inventarisatie plaatsgevonden van mogelijke knel-

punten in de medische zorg voor kwetsbare ouderen met psychiatrische aandoeningen, die zich kunnen voordoen in de bovengenoemde vier situaties (thuis, ziekenhuis, GGZ instelling en verpleeghuis). Deze knelpunten bleken vervolgens in vijf aspecten van zorg onderverdeeld te kunnen worden:

Coördinatie van zorg
Kennis en ervaring met combinatie van psychiatrische en andere aandoeningen
Lokalisatie van zorgvoorzieningen
Omgang met gedragsproblemen
Financiering

In dit addendum zal aan elk van de vier situaties (thuis, ziekenhuis, GGZ instelling en verpleeghuis) een hoofdstuk gewijd worden. Per situatie worden gesignaleerde knelpunten benoemd, ingedeeld op basis van de bovengenoemde aspecten. Naar aanleiding van deze knelpunten worden in hoofdstuk 6 mogelijke oplossingen voorgesteld.

JURIDISCH KADER GEDWONGEN OPNAME EN BEHANDELING

Onder de huidige Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) is gedwongen zorg alleen mogelijk in een psychiatrisch ziekenhuis of verpleeghuis met Bopz-aanmerking. Daardoor kan een gedwongen opname noodzakelijk zijn om iemand gedwongen te behandelen. Het kabinet is voornemens de Wet Bopz te vervangen door het Wetsvoorstel Verplichte geestelijke gezondheidszorg en het Wetsvoorstel Zorg en dwang, om ervoor te zorgen dat dwang zoveel mogelijk voorkomen wordt en de noodzakelijke verplichte zorg meer op maat gegeven kan worden. De ontwikkeling van een juridisch kader dat passende zorg met zo min mogelijk dwang nastreeft, vindt de werkgroep heel wenselijk. Op welke wijze dit in nieuwe wetgeving vormgegeven zal worden, is echter op dit moment nog niet goed te voorzien. De Eerste Kamer houdt de behandeling van het Wetsvoorstel Zorg en dwang aan in afwachting van het Wetsvoorstel Verplichte geestelijke gezondheidszorg, dat nog in de Tweede Kamer wordt behandeld. De werkgroep heeft derhalve besloten om in dit addendum de juridische kaders verder buiten beschouwing te laten.

ADDENDUM: STIP OP DE HORIZON

De in dit addendum gesignaleerde knelpunten kunnen niet door de hulpverleners alleen opgelost worden. Hier ligt juist ook een taak voor de beleidsmakers, bestuurders, patiëntenorganisaties, zorgaanbieders, gemeenten en verzekeraars. Dat betekent dat het addendum dan ook geen richtlijn of handhavingkader is voor het verlenen van goede zorg, maar als visie een stip op de horizon beschrijft voor de richting waarin deze zorg zich dient te ontwikkelen. Dit addendum zal daarmee bijdragen aan het benadrukken van de urgentie van een 'Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen met psychiatrische aandoeningen'.

REIKWIJDTE ADDENDUM

In dit addendum wordt het Standpunt Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen uitgewerkt voor de kwetsbare ouderen met psychiatrische aandoeningen. Het Standpunt betrof de medische zorg aan kwetsbare ouderen in de *thuissituatie* en in de *ziekenhuissituatie*. In dit addendum worden deze twee situaties uitgewerkt voor kwetsbare ouderen met psychiatrische aandoeningen en worden nog twee situaties toegevoegd, namelijk de medische zorg aan kwetsbare ouderen in GGZ instellingen en in verpleeghuizen. Binnen GGZ instellingen zijn kwetsbare ouderen met chronische psychiatrische aandoeningen soms opgenomen als verblijfscliënten, maar in toenemende mate worden zij ook in ambulante teams behandeld. In sommige instellingen wordt deze chronisch-psychiatrische zorg, ook voor ouderen, buiten het zorgprogramma ouderenpsychiatrie vormgegeven. Dit addendum is evenwel van toepassing op alle kwetsbare ouderen met psychiatrische aandoeningen, ook als de oudere in een GGZ instelling buiten het ouderencircuit in zorg is. In verpleeghuizen zijn er naast ouderen met psychiatrische aandoeningen, ook veel ouderen met psychogeriatrische aandoeningen. Ouderen met psychiatrische aandoeningen en ouderen met psychogeriatrische aandoeningen zijn twee groepen die elkaar overlappen. Dit addendum betreft de kwetsbare ouderen met psychiatrische aandoeningen en op hen ligt dus de nadruk, maar in het document wordt rekening gehouden met het feit dat er overlap is.

TOTSTANDKOMING ADDENDUM

De Stuurgroep Sterke medische zorg voor ouderen, ingesteld door de KNMG, heeft uit haar midden een werkgroep samengesteld die het voorliggende addendum heeft voorbereid. De werkgroep is daarbij ondersteund vanuit het bureau van de KNMG. De werkgroep heeft knelpunten geïnventariseerd die specifiek zijn voor de medische zorg voor kwetsbare ouderen met psychiatrische aandoeningen in de thuissituatie, het ziekenhuis, de GGZ instelling en het verpleeghuis. Vervolgens heeft de werkgroep mogelijke oplossingen geformuleerd bij deze knelpunten. Met deze werkwijze is de systematiek van het KNMG-standpunt 'Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen' gevolgd. Het addendum is vervolgens geaccordeerd door de Stuurgroep Sterke medische zorg voor ouderen en aangeboden aan het federatiebestuur van de KNMG. De KNMG en haar federatiepartners oarmen de bevindingen. Het voorliggende rapport is door het federatiebestuur van de KNMG formeel vastgesteld als addendum bij het KNMG-standpunt 'Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen' op 12 maart 2015.

Met de voltooiing van voorliggend addendum, is de doelstelling van sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen nog niet bereikt. Het Standpunt en het addendum wijzen aan waar de knelpunten zitten en geven beleidsadviezen voor oplossingen. De complexiteit van de problematiek is groot, zowel in medisch opzicht als qua organisatie van zorg. De KNMG wil daarom met dit Standpunt en het addendum de adviesorganen in de zorg (zoals de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving), beleidsmakers, verzekeraars, patiëntenorganisaties, zorgaanbieders en gemeenten het onderwerp laten agenderen voor verdergaand onderzoek, advies en implementatie.

2

Medische zorg aan kwetsbare ouderen met psychiatrische aandoeningen in de thuissituatie

2.1 Inleiding

In het Standpunt Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen wordt de complexiteit beschreven van het vraagstuk wat de juiste inhoud, organisatie en financiering is van de medische zorg voor kwetsbare ouderen. Als kwetsbare ouderen ook nog psychiatrische aandoeningen hebben, wordt de complexiteit van de zorg nog groter. De zorg voor deze groep ouderen kan immers bestaan uit een combinatie van huisartszorg, ambulante psychiatrische zorg (psychiater/specialistische GGZ/basis GGZ/ambulant geriatriesch team vanuit de ouderenzorg/huisarts en POH), poliklinische tweedelijnszorg door de klinisch geriater en andere medisch specialisten en extramurale verpleeghuiszorg. De woonsituatie van ouderen die nog in de thuissituatie verblijven varieert sterk: van zelfstandig wonend in eigen woning zonder hulp tot wonen met ondersteuning in een woonzorgcentrum of een beschermde woonvorm. Dit hoofdstuk betreft ouderen in de thuissituatie, in hoofdstuk 4 wordt de zorg voor kwetsbare ouderen beschreven die in een GGZ instelling verblijven en hoofdstuk 5 de zorg voor kwetsbare ouderen in een verpleeghuis.

De huisarts is het eerste aanspreekpunt voor zelfstandig wonende ouderen en voor ouderen in bijvoorbeeld woonzorgcentra en beschermde woonvormen, zoals RIBW's. Afhankelijk van de zorgzwaarte,⁶ de complexiteit van de problematiek en de aard van de psychiatrische aandoeningen, werkt de huisarts samen met de praktijkondersteuner GGZ, een specialist ouderengeneeskunde en de psychiater.

In de praktijk zal de huisarts op verschillende manieren geconfronteerd worden met psychiatrische aandoeningen bij hun kwetsbare ouderen. Het kunnen ouderen zijn die reeds langdurig bekend zijn met een (al dan niet behandelde) psychiatrische aandoening, maar de huisarts ziet ook ouderen met een nieuwe psychiatrische aandoening, die niet altijd eenvoudig te diagnosticeren en te behandelen valt. Bijvoorbeeld ouderen met acute verwardheid vormt een goede illustratie van de complexiteit van deze ziektebeelden. Dit beeld betreft immers een acuut probleem, waarbij veelal onduidelijk is welke onderliggende aandoening eraan ten grondslag ligt: is de acute verwardheid een symptoom van een psychiatrische aandoening, ligt er een somatische aandoening aan ten grondslag, of is er sprake van een combinatie in de problematiek?

Een ander beeld waarmee huisartsen regelmatig geconfronteerd worden zijn ouderen met psychogeriatrische aandoeningen. Een groot deel van deze groep ouderen woont nog zelfstandig. Voor hen is de huisarts het eerste aanspreekpunt in de medische zorg. Dit geldt ook voor het merendeel van de ouderen die in een woonzorgcentrum verblijven. Deze ouderen hebben vaak meerdere problemen, waar psychogeriatrische problematiek regelmatig onderdeel van uit maakt. De begeleiding voor het wonen wordt dan verzorgd door de gemeente op basis van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015). Bij ouderen met psychogeriatrische problematiek die nog zelfstandig wonen wordt vaak een vorm van case-management georganiseerd en meestal is er ook mantelzorg. Omdat deze begeleiding voor het wonen door de gemeenten wordt georganiseerd, zijn er regionaal verschillen in de wijze waarop de zorgafstemming wordt vormgegeven. Met de Wet langdurige zorg wordt beoogd om mensen langer in de thuissituatie te laten verblijven. Er zullen dus in toenemende mate kwetsbare ouderen met psychiatrische aandoeningen in de thuissituatie zorg nodig hebben.

Voor de thuiswonende kwetsbare ouderen met een psychiatrische aandoening kan, net als voor alle andere psychiatrisch patiënten, een beroep worden gedaan op de crisisdienst (7 dagen per week, 24 uur per dag).

2.2 Geïntegreerde knelpunten

In deze paragraaf worden knelpunten in beeld gebracht die zich specifiek voordoen in de medische zorg aan kwetsbare ouderen met psychiatrische aandoeningen in de thuissituatie.

KNELPUNTEN IN DE COÖRDINATIE VAN DE ZORG

- ▶ Onvoldoende afstemming tussen huisarts, specialist ouderengeneeskunde, psychiater (al dan niet van de crisisdienst), klinisch geriater en andere medisch specialisten.
- ▶ Onvoldoende prioritering van en integratie tussen psychiatrische en andere medische behandelingen.
- ▶ Gebrekkige of te trage aansluiting vanuit de eerste lijn naar de GGZ en van de GGZ terug naar de eerste lijn.
- ▶ Onvoldoende bewaken van medicatie waardoor schadelijke medicamenteuze interacties kunnen optreden. Afwezigheid van overleg met voorschrijver over het aanbrengen van wijzigingen in de (psychiatrische) medicatie vergroot dit risico.

- ▶ Problemen bij acute verwijzing (bijvoorbeeld vanwege acute verwardheid) vanuit de eerste naar de tweede lijn: omdat in de acute fase de onderliggende oorzaak van de problematiek vaak nog onbekend is, is er een reële kans dat de patiënt in een verkeerde zorgvorm of op een verkeerde afdeling wordt geplaatst. Zo is bijvoorbeeld bij verwardheid veroorzaakt door een (gevoorderde) dementie een opname in een psychogeriatrisch verpleeghuis de geëigende plaats, terwijl verwardheid op basis van een somatische ontregeling (delier) opname in het algemeen ziekenhuis rechtvaardigt. Verwardheid in het kader van een psychiatrische stoornis (zoals een manisch psychotische episode in het kader van een bipolaire stoornis) vraagt juist om verwijzing naar de ouderenpsychiatrie. Het onderscheid tussen deze typen aandoeningen is in de acute fase moeilijk te maken, zeker voor een dienstdoende huisarts die met een dergelijke patiënt geconfronteerd wordt en geen compleet dossier tot zijn beschikking heeft.

KNELPUNTEN IN KENNIS EN ERVARING MET DE COMBINATIE VAN PSYCHIATRISCHE EN ANDERE AANDOENINGEN

- ▶ Diagnostiek kan moeilijk zijn bij verwarde en/of delirante ouderen, doordat de onderliggende problematiek niet altijd snel duidelijk is en de omgang met deze patiënten specifieke competenties vraagt.
- ▶ De prevalentie van psychiatrische aandoeningen en het hogere relatieve risico op (ernstige) comorbiditeit zijn zodanig, dat veel artsen geregeld en in toenemende mate patiënten zien met psychiatrische comorbiditeit. Beperkte kennis van en ervaring met kwetsbare ouderen die zowel psychiatrische als andere medische aandoeningen hebben leidt bij huisartsen en medisch specialisten (niet zijnde psychiaters) tot suboptimale zorg voor de psychiatrische aandoening en bij psychiaters tot suboptimale zorg voor de andere aanwezige medische aandoeningen.

KNELPUNTEN IN OMGANG MET GEDRAGSPROBLEMEN

- ▶ Psychiatrische aandoeningen kunnen gedrag induceren dat de omgang met deze groep patiënten bemoeilijkt. Kwetsbare ouderen met een psychiatrische aandoening kunnen gedragingen vertonen die het contact met de behandelaar, de diagnostiek en de behandeling negatief beïnvloeden. Voorbeelden hiervan zijn:
 - Afwijkende presentatie van de klachten (bijvoorbeeld gemaskeerd of juist teatraal)
 - Therapieontrouw
 - Ongezonde leefstijl (waaronder zelfdestructief gedrag en verminderde zelfzorg)

- Afwijkende omgangsvormen, ook binnen de behandelrelatie (zoals afwerend of claimend gedrag, apathie of onvoorspelbaar gedrag)
- Zorgmijdend gedrag
- ▶ Door stigmatisering krijgen kwetsbare ouderen met psychiatrische aandoeningen vaak niet de medische zorg die ze nodig hebben.

KNELPUNTEN IN FINANCIERING

- ▶ Compartmentering van de wijze van financiering van zorg voor psychiatrische patiënten en ouderen (Zorgverzekeringswet, basisverzekering, Wet langdurige zorg, Wet Maatschappelijke Ondersteuning 2015) is afhankelijk van de duur van de stoornis, het type benodigde zorg en eventuele hulpmiddelen. Dit bemoeilijkt samenwerking in de zorgketen, vooral bij opgenomen kwetsbare patiënten met psychiatrische problematiek, en vraagt voor thuiswonende ouderen om aanzienlijke kennis en organisatiecapaciteit om vanuit verschillende bronnen effectieve passende zorg te krijgen. Deze aanzienlijke kennis en organisatiecapaciteit ontbreekt echter vaak bij kwetsbare ouderen met psychiatrische aandoeningen.
- ▶ Afwijkende vergoedingsregelingen voor de psychiater binnen de GGZ ten opzichte van andere medisch specialisten veroorzaken dat de inzet van psychiaters voor diagnostiek en behandeling binnen geïntegreerde multidisciplinaire zorg wordt belemmerd. Dit komt doordat ouderenpsychiaters over het algemeen niet in een ziekenhuis werken, waardoor er voor het vormen van multidisciplinaire teams een psychiater van buitenaf moet worden aangetrokken. De (on)mogelijkheden hiervoor zijn afhankelijk van de lokale zorgverzekeraar en de financiering door het ziekenhuis, waardoor grote regionale verschillen optreden.
- ▶ De vergoedingssystematiek in de GGZ is sterk aan veranderingen in onderhevig, veel meer dan voor de overige medische zorg, waardoor de continuïteit van goedlopende en efficiënte samenwerkingsprojecten wordt ondermijnd.
- ▶ In de ouderenzorg zijn door wijziging in financiering de laatste jaren de zogenaamde respijtbedden, oftewel huisartsbedden, vrijwel verdwenen. Deze bedden hadden een vangnet functie en konden bijvoorbeeld gebruikt worden bij een tijdelijke terugval, als de oudere kortdurend niet in staat is zelfstandig te wonen. Bovendien hadden deze respijtbedden een logeerfunctie voor ouderen, ter ontlasting van mantelzorgers die chronische zorg verlenen. Veelal waren deze respijtbedden gekoppeld aan een verzorgingshuis. Het afschaffen van respijtbedden heeft ertoe geleid dat er meer ziekenhuisopnames zijn voor ouderen vanwege een tijdelijke terugval en tot overbelasting van de mantelzorgers.

- ▶ Of een oudere in aanmerking komt voor zorg en begeleiding, hangt onder meer af van de invulling van het basispakket van de Zorgverzekeringswet, de wijze waarop de oudere aanvullend verzekerd is en van de wijze waarop de gemeente invulling geeft aan de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015. Zowel bij hulpverleners als bij de ouderen zelf ontbreekt het regelmatig aan kennis over de mogelijkheden en onmogelijkheden.

3

Medische zorg aan kwetsbare ouderen met psychiatrische aandoeningen tijdens een ziekenhuisopname

3.1 Inleiding

In het Standpunt Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen wordt al beschreven dat veel oudere patiënten tijdens het verblijf in het ziekenhuis een verhoogde kans hebben op complicaties zoals een infectie, ondervoeding, doorligwonden, delier, bijwerkingen van medicatie of een val. Veel van deze complicaties hebben lichamelijke en geestelijke achteruitgang van de oudere patiënt tot gevolg. Een ziekenhuisopname is een risicovolle gebeurtenis voor oudere patiënten: 30%-60% ontwikkelt een blijvend functieverlies.^{7,8} Psychiatrische aandoeningen bij ouderen voegen nog een extra dimensie toe aan deze complexiteit.

3.2 Geïntegreerde knelpunten

In deze paragraaf worden aanvullende knelpunten in beeld gebracht die zich specifiek voordoen in de medische zorg aan kwetsbare ouderen met psychiatrische aandoeningen in de ziekenhuissituatie. Dit betreft zowel ouderen met reeds bij opname aanwezig psychiatrische aandoeningen als ouderen bij wie tijdens de ziekenhuisopname een psychiatrische aandoening ontstaat.

KNELPUNTEN IN DE COÖRDINATIE VAN DE ZORG

- ▶ Verkeerde bed problematiek: het onnodig worden opgenomen of verblijven in een ziekenhuis vanwege een zorgprobleem. Als een kwetsbare oudere met een psychiatrische aandoening in het ziekenhuis is opgenomen, is het vaak niet eenvoudig om deze patiënt door te plaatsen naar een meer geschikte (vervolg)zorgvoorziening, zoals een revalidatieafdeling, het verpleeghuis of een GGZ instelling. De zorg voor deze patiëntencategorie is immers complex en tijdstintensief, waardoor afdelingen vaak terughoudend reageren bij een verzoek tot overplaatsing.
- ▶ Er zijn nauwelijks opnameafdelingen die zijn berekend op langer durende geïntegreerde zorg voor kwetsbare oudere patiënten met een zware somatische zorgvraag en een psychiatrische zorgvraag. De complexiteit van de gecombineerde somatische en psychiatrische zorgvraag, samen met een langere behandelduur, maakt dat voor een groeiende groep

ouderen geen geschikt zorgaanbod bestaat. Vaak wordt deze groep kwetsbare ouderen heen en weer verhuisd tussen het ziekenhuis en de psychiatrische afdeling, waarbij de locatie van opname afhankelijk is van de fluctuatie in het ziektebeeld: als de psychiatrische aandoening op de voorgrond staat, vindt opname op de psychiatrische afdeling plaats en als de somatische problematiek het meeste aandacht behoeft, vindt weer overplaatsing naar het ziekenhuis plaats. De opnameduur op Psychiatrisch Medische Units (PMU's) zijn vaak van beperkte omvang, waardoor deze afdelingen niet geschikt zijn voor deze langer durende zorg, terwijl deze langer durende zorg noodzakelijk is om een evenwicht te bereiken in de nieuwe situatie van de patiënt.

- ▶ Kwetsbare ouderen die reeds bekend zijn met psychiatrische aandoeningen bij opname, hebben een verhoogd risico op psychiatrische ontregeling tijdens de ziekenhuisopname, doordat de psychofarmaca aangepast of gestaakt (moeten) worden. Deze wijzigingen in psychofarmaca vinden bijvoorbeeld plaats vanwege operaties, interacties met andere medicatie of vanwege metabole ontregeling. In niet alle ziekenhuizen is geborgd dat, indien noodzakelijk, bij wijzigingen van psychofarmaca voldoende afstemming plaatsvindt met de (behandelend) psychiater.

KNELPUNTEN IN KENNIS EN ERVARING MET COMBINATIE VAN PSYCHIATRISCHE EN ANDERE AANDOENINGEN

- ▶ Kwetsbare ouderen hebben tijdens een ziekenhuisopname een verhoogd risico op het ontstaan van psychiatrische comorbiditeit (zoals delier en depressie). De behandelend medisch specialist heeft niet altijd voldoende kennis en ervaring om het ziektebeeld te herkennen en te behandelen: soms is de ontstane psychiatrische comorbiditeit een gevolg van het ingezette medisch beleid en herstelt het psychiatrisch beeld door het medisch beleid aan te passen, andere keren is nadere psychiatrische diagnostiek en behandeling noodzakelijk. Het onderscheid tussen deze situaties kan moeilijk zijn. Door deze problemen op het gebied van diagnostiek en behandeling van de kwetsbare ouderen met bijkomende psychiatrische aandoeningen, lopen deze ouderen het risico op een langere ligduur, een minder goed herstel en op (blijvend) functieverlies.

KNELPUNTEN IN OMGANG MET GEDRAGSPROBLEMEN

- ▶ Psychiatrische aandoeningen kunnen gedrag induceren dat de omgang met deze groep patiënten bemoeilijkt. Kwetsbare ouderen met een psychiatrische aandoening kunnen hierdoor gedragingen vertonen die het contact met de behandelaar, de diagnostiek en de behandeling negatief beïnvloeden. Voorbeelden hiervan zijn:
 - Afwijkende presentatie van de klachten (bijvoorbeeld gemaskeerd of juist teatraal)
 - Therapieontrouw
 - Ongezonde leefstijl (waaronder zelfdestructief gedrag en verminderde zelfzorg)
 - Afwijkende omgangsvormen, ook binnen de behandelrelatie (zoals afwerend of claimend gedrag, apathie of onvoorspelbaar gedrag)

In afdelingen die niet zijn ingericht op patiënten met psychiatrische problematiek, bestaat het risico dat dit gedrag als lastig wordt ervaren en niet zozeer als een symptoom van een ziekte. Deze patiëntengroep wordt dan als minder aantrekkelijk ervaren met het risico dat zij niet de zorg ontvangen die zij nodig hebben.

KNELPUNTEN IN FINANCIERING

- ▶ De meeste ziekenhuizen hebben zelf geen (ouderen)psychiaters in dienst. Hierdoor moet voor kwetsbare ouderen met psychiatrische aandoeningen soms een psychiater van een GGZ instelling in consult gevraagd worden. Deze consultatie bij een andere instelling moet extern gefactureerd worden, wat vaak duurder is dan interne consultatie. Dit veroorzaakt een drempel om de psychiatrie in consult te vragen, waardoor de patiënt niet de zorg krijgt die noodzakelijk is.

4 Medische zorg aan kwetsbare ouderen opgenomen in een GGZ instelling

4.1 Inleiding

Binnen GGZ instellingen wordt een groep kwetsbare ouderen behandeld, bij wie de psychiatrische stoornis in de problematiek op de voorgrond staat. Vooral nog is er, in tegenstelling tot kwetsbare ouderen in het ziekenhuis, nog relatief weinig beleidsmatige aandacht voor de (organisatie van) de somatische en psychiatrische zorg voor kwetsbare ouderen in GGZ instellingen. De recente ontwikkelingen binnen de GGZ instellingen, zoals ketenvorming, ambulantisering en vermindering van de klinische capaciteit, hebben gevolgen voor de zorg voor kwetsbare ouderen. Ouderenspsychiaters, specialisten ouderengeneeskunde en andere medisch specialisten (zoals klinisch geriaters) zullen samen moeten optrekken om kwalitatief goede zorg te kunnen blijven leveren en waar nodig te verbeteren.⁹

4.2 Geïnterviewde knelpunten

In deze paragraaf worden aanvullende knelpunten in beeld gebracht die zich specifiek voordoen in de medische zorg aan kwetsbare ouderen met psychiatrische aandoeningen opgenomen in GGZ instellingen. De huidige trend in de maatschappij om de intramurale zorgvoorzieningen af te bouwen, betekent dat de druk op het hele zorgsysteem steeds groter wordt: de zorgvraag voor kwetsbare ouderen met psychiatrische problemen neemt toe, doordat deze groep door de vergrijzing in aantal toeneemt, terwijl de intramurale voorzieningen voor hen in omvang afnemen.

KNELPUNTEN IN DE COÖRDINATIE VAN DE ZORG

- ▶ De informatie uitwisseling tussen psychiaters, klinisch geriaters, specialisten ouderengeneeskunde en andere medisch specialisten schiet tekort. Psychiaters en medisch specialisten koppelen vaak informatie terug aan de huisarts, maar onvoldoende aan elkaar als zij naar elkaar verwijzen. Ook afstemming met de specialist ouderengeneeskunde vindt onvoldoende plaats. Hierdoor ontbreekt het een verwijzend psychiater, die hoofdbehandelaar is in de GGZ instelling, aan essentiële uitslagen of aan informatie over wijzigingen in de behandeling van andere medisch specialisten.

- ▶ Zorgverleners buiten GGZ instellingen zijn onvoldoende bekend met de zeer beperkte mogelijkheden voor somatische verpleging in GGZ instellingen, doordat de kennis en ervaring van verpleegkundigen en verzorgenden op dit terrein tekort schiet. Dit leidt ofwel tot wrijving tussen disciplines als de GGZ een patiënt weigert vanwege de complexe somatische problematiek, ofwel tot een medisch onverantwoorde situatie als de GGZ instelling een patiënt accepteert terwijl de somatische zorg onvoldoende geleverd kan worden.
- ▶ Door de fysieke afstand tussen instellingen en financiële belemmeringen, vindt er onvoldoende consultatie plaats tussen psychiaters, specialisten ouderengeneeskunde en andere medisch specialisten. Dit beïnvloedt de kwaliteit van zorg in negatieve zin.

KNELPUNTEN IN KENNIS EN ERVARING MET COMBINATIE VAN PSYCHIATRISCHE EN ANDERE AANDOENINGEN

- ▶ Door de beperkte aandacht in de opleiding psychiatrie voor somatische aandoeningen, beschikken op dit moment niet alle psychiaters over voldoende kennis en vaardigheden op het gebied van somatische zorg, om de somatische problematiek tijdig te herkennen en de benodigde medische zorg voor kwetsbare ouderen met multimorbiditeit voldoende in te schatten en te coördineren. Momenteel worden de opleidingseisen voor de specialisatie tot psychiater herzien. In de vernieuwde opleidingseisen (nog concept) die per 1 januari 2016 gaan gelden zijn de competenties met betrekking tot de somatische vaardigheden van psychiaters in het aandachtsgebied ouderenpsychiatrie nadrukkelijk aangescherpt.

KNELPUNTEN IN LOKALISATIE VAN ZORGVORZIENINGEN

- ▶ Veel GGZ instellingen waarin kwetsbare ouderen met psychiatrische problematiek zijn opgenomen, bevinden zich op afstand van het ziekenhuis. Daardoor kan vertraging ontstaan in de aanvullende somatische diagnostiek en daaruit volgende behandeling. Indien de aanvullende diagnostiek in het ziekenhuis moet plaatsvinden, zijn hieraan extra kosten verbonden zoals vervoerskosten en eventuele extra inzet van personeel ter begeleiding. Dit betekent ook een hogere belasting voor de patiënt, omdat vervoer per ambulance naar een ziekenhuis voor een MRI meer belastend is dan een verplaatsing in bed binnen het ziekenhuis.
- ▶ Fysieke scheiding tussen de GGZ instelling en het ziekenhuis vormt een drempel, organisatorisch en inhoudelijk overleg vindt hierdoor minder plaats, wat resulteert in suboptimale afstemming van de zorg.

- ▶ Wanneer een medisch specialist uit een ziekenhuis in consult gevraagd wordt bij een patiënt opgenomen in een GGZ instelling, wordt voor de patiënt meestal een afspraak gemaakt op de polikliniek van het ziekenhuis. Een medisch specialist mag geen consult buiten het ziekenhuis verrichten. Deze polikliniekbezoeken worden door het ziekenhuis vaak volgens de reguliere logistiek voor polikliniekbezoeken ingeboekt, met bijbehorende wachttijden. Dit kan de ligduur in de GGZ instelling aanzienlijk verhogen, met name wanneer de somatische en psychiatrische problematiek samenhang vertoont. Een langere ligduur gaat bij kwetsbare ouderen over het algemeen gepaard met toegenomen functieverlies en hogere kosten.

KNELPUNTEN IN FINANCIERING

- ▶ Somatische diagnostiek en behandeling is in GGZ instellingen niet gefinancierd, omdat zij deze handelingen niet mogen declareren bij de zorgverzekeraar. GGZ instellingen mogen namelijk geen somatische DOT's (DBC's Op weg naar Transparantie) openen. Dit geeft financiële problemen omdat binnen GGZ instellingen wel degelijk somatische diagnostiek, behandeling en zorg plaatsvindt. Dit betreft zowel medische zorg als ADL zorg voor oudere psychiatrisch patiënten. Om deze reden worden kwetsbare ouderen soms kortdurend overgeplaatst vanuit de GGZ instelling naar een ziekenhuisafdeling van de te consulteren specialist, louter om een DOT te kunnen openen ter financiering van de zorg.
- ▶ Op een afdeling ouderenpsychiatrie in een GGZ instelling zijn de kosten door een hogere somatische zorgbehoefte relatief hoog ten opzichte van die van een afdeling volwassenenpsychiatrie, terwijl de zogenaamde bedprijs soms zelfs lager ligt dan op een volwassenenafdeling. De zorg voor de kwetsbare oudere die in een GGZ instelling moet worden opgenomen is daarom relatief duur en soms moeizaam te organiseren.
- ▶ Er is geen financiering voor het in consult vragen van een medisch specialist in een GGZ instelling. Een patiënt moet daarom veelal onder begeleiding naar de polikliniek van een ziekenhuis gebracht worden, wat extra personele inzet vergt. Dit vormt een drempel voor het consulteren van een medisch specialist, waardoor de patiënt niet de zorg krijgt die nodig is.
- ▶ De toegankelijkheid van de Wlz-zorg is afhankelijk van de beoordeling door het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ). De bureaucratie bij het centrum en de lange ingewikkelde formulieren die moeten worden ingevuld leveren vertraging, onduidelijkheid en onzekerheid op over de aard en de omvang van de zorg waarop aanspraak gemaakt kan worden.

5

Medische zorg aan kwetsbare ouderen opgenomen in een verpleeghuis

5.1 Inleiding

In verpleeghuizen wordt intramurale ouderenzorg verleend aan ouderen aan wie in de thuissituatie niet meer adequaat of doelmatig samenhangende zorg geleverd kan worden. De druk op de intramurale ouderenzorg zal in de toekomst verder toenemen. Er wordt een toename verwacht in de zorgvraag waarbij het beschikbare arbeidspotentieel niet evenredig zal toenemen. Het opleidingsniveau van medewerkers in verpleeghuizen is over het algemeen laag, terwijl de complexiteit van de zorgvraag verder toeneemt. Zorgproblemen zoals pijn, decubitus, incontinentie en ondervoeding komen veel voor in de intramurale zorg en hebben, indien niet deskundig aangepakt, een zeer negatieve invloed op de kwaliteit van leven van ouderen. Ten slotte is er een toename in complexiteit als gevolg van de toename van het aantal ouderen die meerdere ouderdomsziekten tegelijk hebben.¹⁰

5.2 Geïventariseerde knelpunten

In deze paragraaf worden aanvullende knelpunten in beeld gebracht die zich specifiek voordoen in de medische zorg aan kwetsbare ouderen met psychiatrische aandoeningen opgenomen in verpleeghuizen. De huidige trend in de maatschappij om de intramurale zorgvoorzieningen af te bouwen, betekent dat de druk op het hele zorgsysteem steeds groter wordt: de zorgvraag voor kwetsbare ouderen met psychiatrische problemen neemt toe, doordat deze groep door de vergrijzing in aantal toeneemt, terwijl de intramurale voorzieningen voor hen in omvang afnemen.

KNELPUNTEN IN DE COÖRDINATIE VAN DE ZORG

- ▶ De informatie uitwisseling tussen specialisten ouderengeneeskunde, psychiaters, klinisch geriateren en andere medisch specialisten schiet tekort. Psychiaters en medisch specialisten koppelen vaak informatie terug aan de huisarts, maar onvoldoende aan de specialist ouderengeneeskunde. Hierdoor ontbreekt het de specialist ouderengeneeskunde, als hoofdbehandelaar in het verpleeghuis, aan essentiële uitslagen of aan informatie over wijzigingen in de behandeling van andere medisch specialisten.

- ▶ In de regio zijn er onvoldoende crisisbedden beschikbaar voor acute behandeling en opname in GGZ instellingen en in verpleeghuizen. Bovendien ontbreekt regionale afstemming over het gebruik van deze bedden.
- ▶ Door de fysieke afstand tussen instellingen en financiële belemmeringen, vindt er onvoldoende consultatie plaats tussen specialisten ouderengeneeskunde, psychiaters en andere medisch specialisten. Dit beïnvloedt de kwaliteit van zorg in negatieve zin.

KNELPUNTEN IN KENNIS EN ERVARING MET COMBINATIE VAN PSYCHIATRISCHE EN ANDERE AANDOENINGEN

- ▶ Het opleidingsniveau van medewerkers in verpleeghuizen is over het algemeen laag, terwijl de complexiteit van de zorgvraag verder toeneemt.
- ▶ Het personeel is niet opgeleid voor behandeling, verpleging en verzorging van ouderen met psychiatrische aandoeningen.

KNELPUNTEN IN LOCATIE VAN VOORZIENINGEN

- ▶ Oudere patiënten met psychiatrische aandoeningen die aangewezen zijn op verblijf in een instelling, werden in het verleden veelal opgenomen in GGZ instellingen. Tegenwoordig zijn zij in toenemende mate aangewezen op verblijf in verpleeghuizen met specifieke gerontopsychiatrische of psychogeriatrische afdelingen. Deze trend is ingang gezet in de grote steden en langzaam worden de gevolgen in het land zichtbaar. Verpleeghuizen krijgen steeds vaker te maken met grotere aantallen oudere psychiatrische patiënten. De accommodatie van het verpleeghuis is echter een geheel andere dan die van een GGZ instelling. Ruimtelijk en bouwkundig is het verpleeghuis ingericht op mensen met lichamelijke beperkingen en dementiële ziektebeelden en sluit niet aan bij deze relatief nieuwe groep patiënten.

KNELPUNTEN IN ONGANG MET GEDRAGSPROBLEMEN

- ▶ De aanwezigheid van ouderen met psychiatrische aandoeningen, al dan niet met gedragsproblemen, heeft invloed op de sfeer van de woongemeenschap in een instelling. In een verpleeghuis wordt een vorm van samenleving nagestreefd die een beroep doet op de sociale omgang tussen de bewoners. Met de komst van een substantiële groep kwetsbare ouderen met psychiatrische aandoeningen verandert de aard van de woongemeenschap, doordat gedragsproblemen de sociale omgang tussen bewoners kan bemoeilijken.

KNELPUNTEN IN FINANCIERING

- ▶ De toegankelijkheid van de Wlz-zorg is afhankelijk van de beoordeling door het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ). De bureaucratie bij het centrum en de lange ingewikkelde formulieren die moeten worden ingevuld leveren vertraging, onduidelijkheid en onzekerheid op over de aard en de omvang van de zorg waarop aanspraak gemaakt kan worden.
- ▶ De beschikbare middelen binnen verpleeghuizen zijn ontoereikend om adequaat opgeleid personeel aan te trekken. Bovendien is de omvang van de beschikbare formatie in het verpleeghuis niet toereikend voor de in omvang toenemende groep opgenomen kwetsbare ouderen met psychiatrische aandoeningen, die intensieve begeleiding en zorg nodig hebben.
- ▶ Het is financieel niet haalbaar om structureel een consulentenschap van een psychiater met een naburige GGZ instelling te organiseren.

6 / Oplossingen ter verbetering van de medische zorg aan kwetsbare ouderen met psychiatrische aandoeningen

6.1 Inleiding

In het Standpunt Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen is al een aantal oplossingen beschreven. De aldaar beschreven oplossingen, zoals het werken met hometeams in de thuissituatie, het opstellen van zorgbehandelplannen voor ouderen in woonzorgcentra, de beschikbaarheid van een kerndossier, integrale diagnostiek en behandeling van kwetsbare ouderen die worden opgenomen in een ziekenhuis, het instellen van een geriatrieteam, een senior friendly hospital en het maken van transmurale afspraken zijn óók geschikt voor kwetsbare ouderen met psychiatrische aandoeningen als de psychiatrische zorg daarin geïntegreerd wordt.

In de hieronder beschreven oplossingen staat aangegeven op welke wijze de oplossingen uit het Standpunt uitgebreid moeten worden. Omdat de in het Standpunt beschreven ‘stip op de horizon’ nog lang niet altijd binnen bereik ligt, stellen we ook oplossingen voor om de huidige situatie te verbeteren.

Net als in het Standpunt, dragen de oplossingen vaak bij aan meerdere knelpunten. Een één-op-één-koppeling van knelpunten aan oplossingen wordt daarom achterwege gelaten. In plaats daarvan zijn in deze rapportage de oplossingen, net als de knelpunten, gecategoriseerd op basis van de eerder beschreven vijf aspecten van zorg: coördinatie van zorg, financiering, kennis en ervaring met combinatie van psychiatrische en andere aandoeningen, lokalisatie van zorgvoorzieningen en omgang met gedragsproblemen.

6.2 Verbetering van coördinatie van zorg

OPLOSSING 1 SAMENWERKINGSAFSPRAKEN

- Om de huisarts zijn poortwachterfunctie goed te laten uitoefenen bij kwetsbare ouderen met een gedragsstoornis, verwardheid en/of andere psychiatrische klachten, moeten duidelijke afspraken gemaakt worden tussen de huisarts en GGZ instellingen, verpleeghuizen en ziekenhuizen

met betrekking tot verantwoordelijkheden voor diagnostiek, opname en interventie. Deze afspraken moeten inhouden dat zowel een somatische beoordeling, inclusief de mogelijkheid tot eventuele opname en/of behandeling, als een psychiatrische beoordeling (eveneens met de mogelijkheid tot opname en/of behandeling) kan plaatsvinden of dat een psychogeriatrische verwijzing mogelijk is. De hometeams, zoals voorgesteld in het Standpunt, zijn heel geschikt om deze beoordeling uit te (laten) voeren, zo nodig kunnen deze teams hiervoor aangevuld worden met een deskundige op het gebied van psychiatrische aandoeningen bij ouderen (bijvoorbeeld een klinisch geriater, een specialist ouderengeneeskunde of een psychiater).

- ▶ Ziekenhuizen, GGZ instellingen en verpleeghuizen moeten onderling duidelijke samenwerkingsafspraken hebben over diagnostiek en overplaatsing, zodat een eventuele doorstroom naar een andere instelling snel gerealiseerd kan worden. Afstemming en overleg tussen verpleegkundigen, specialisten ouderengeneeskunde, klinisch geriater en psychiaters (al dan niet van de crisisdienst), bijvoorbeeld binnen ambulante geriatrische teams, is hierbij noodzakelijk, zeker in acute situaties (crisisopvang) en bij consultaties. Het is belangrijk dat hierbij de informatie over de kwetsbaarheid en de psychiatrische aandoening gedeeld wordt. Hiermee wordt voorkomen dat het accepteren van acute opnames aangemeld door de huisarts belemmerd wordt door vrees voor onvoldoende uitstroom en bijbehorende verkeerde bed problematiek.
- ▶ Om de opname van een kwetsbare oudere met een psychiatrische aandoening te vereenvoudigen, zou in regio's afgesproken kunnen worden dat als het hometeam (zie Standpunt) een indicatie voor een acute opname in een GGZ instelling, een verpleeghuis of het ziekenhuis stelt, de betreffende instelling deze patiënt accepteert. Dit voorstel is een oplossingsrichting die nader onderzoek en uitwerking behoeft; de haalbaarheid in de praktijk hiervan staat niet vast.
- ▶ Wijzigingen in het farmacotherapeutisch beleid bij kwetsbare ouderen met psychiatrische en andere medische aandoeningen kunnen ingrijpende consequenties hebben. Een beleid inzake het wijzigen en staken van (psycho)farmaca en het hierbij inschakelen van voldoende expertise op het gebied van de psychiatrische en de andere medische aandoeningen, kan voorkomen dat wijzigingen in de farmaca de bestaande problematiek bij de patiënt verergert of uit balans brengt. Het elektronisch voorschrijfsysteem zou hieraan een bijdrage kunnen leveren.
- ▶ Ter verbetering van de afstemming in de zorg, de attitude en de verblijfsomstandigheden van de kwetsbare ouderen zijn afspraken tussen

verpleeghuizen en GGZ instellingen noodzakelijk over de inzet van de psychiater en de specialist ouderengeneeskunde.

- ▶ In de regio dienen er voor acute behandeling en opname crisisbedden beschikbaar te zijn in GGZ instellingen en in verpleeghuizen. Regionaal moet er afstemming plaatsvinden over het gebruik van deze bedden.

OPLOSSING 2 OPNAME CAPACITEIT VOOR LANGER DURENDE OPNAMES

- ▶ Vergelijkbaar met de Psychiatrisch Medische Units (PMU's), die vaak van beperkte omvang zijn waardoor deze afdelingen niet geschikt zijn voor langer durende zorg, zouden units voor langer durende psychiatrische en andere medische zorg ingericht kunnen worden, waar zowel de psychiatrische als andere tweedelijns medische expertise aanwezig is of naar behoefte kan worden ingezet. Gezien de benodigde samenwerking van de diverse medisch specialismen en de benodigde aanvullende diagnostiek, is lokalisatie van een dergelijke unit in of naast een algemeen ziekenhuis het meest wenselijk.

OPLOSSING 3 INFORMATIE UITWISSELING OVER PATIËNTEN

- ▶ Afspraken over samenwerking en informatie uitwisseling tussen aanvragend en geconsulteerde arts uit verschillende zorginstellingen, zorgen ervoor dat de behandelend artsen over de noodzakelijke informatie beschikken en dat de aanvragend arts geïnformeerd wordt over de resultaten van de aangevraagde consultatie.
- ▶ Relevante gegevens worden aangetekend in een dossier betreffende de patiënt. Indien mogelijk is dit een geïntegreerd dossier, dat door alle bij de samenwerking betrokken zorgverleners kan worden geraadpleegd en aangevuld. Zo niet, dan worden afspraken gemaakt over de wijze waarop samenwerkingspartners relevante informatie uit een dossier kunnen verkrijgen.¹¹

OPLOSSING 4 INZICHT IN EN VERSTERKING VAN BEHANDELMOGELIJKHEDEN

- ▶ Duidelijke afspraken zijn nodig over welke somatische zorg op een GGZ afdeling kan worden verleend. Hierbij is gezamenlijk optrekken tussen de betrokken medische disciplines cruciaal voor het verbeteren van de zorg en is uitbreiding van de mogelijkheden om een patiënt ook somatisch te behandelen in een GGZ instelling noodzakelijk.
- ▶ Omdat binnen GGZ instellingen vaak onvoldoende somatische expertise bestaat en binnen ziekenhuizen onvoldoende psychiatrische expertise, moeten in deze intramurale instellingen deze expertises samengebracht worden. Mogelijke oplossingsrichting voor de korte termijn is een vast consulentchap binnen beide instellingen om de kennis te completeren

of het inrichten van een somatisch-psychiatrische afdeling voor deze gemengde complexe problematiek. Voorkomen moet echter worden dat deze oplossing het 'eindstation' vormt, want dat betekent dat de integratie niet wordt vormgegeven. De vervolgstap is de invoering van gemeenschappelijk multidisciplinair overleg en multidisciplinaire (psychosomatische) afdelingen voor combinatieproblematiek. Deze multidisciplinaire benadering draagt bij aan de verbetering van de zorg voor patiënten met ernstige psychiatrische stoornissen en complexe andere medische aandoeningen.

- ▶ Als in de thuissituatie een oudere acuut verward of delirant raakt en de onderliggende problematiek niet duidelijk is, moet de huisarts de mogelijkheid hebben om een multidisciplinaire beoordeling van patiënt te organiseren, waarbij de specialist ouderengeneeskunde, de geriater, de psychiater en overige medisch specialisten uit de tweede lijn laagdrempelig betrokken kunnen worden. In het Standpunt Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen (p. 40) staat al beschreven dat ziekenhuizen hiervoor een klinische afdeling moeten hebben waar een medisch specialist met klinisch en geriatrische competenties de regie voert.
- ▶ In het Standpunt Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen is al voor het ziekenhuis benoemd dat ouderen vanaf 65 jaar bij opname gescreend moeten worden, om kwetsbare patiënten vroegtijdig te herkennen. Ook binnen GGZ instellingen is het zinvol om een dergelijke screening uit te voeren, zodat de kwetsbare ouderen met een psychiatrische aandoening direct worden geïdentificeerd bij opname en volgens protocol behandeld kunnen worden om hen zo goed mogelijk te behoeden voor dreigend functieverlies.

6.3 Verbetering van kennis en ervaring met combinatie van psychiatrische en andere aandoeningen

OPLOSSING 1 KENNISUITWISSELING: SCHOLING EN STAGES IN OPLEIDING

- ▶ Naast formele bijscholing kan meer intensieve samenwerking en het delen van stages en theoretisch onderwijs in opleidingstrajecten van de huisartsgeneeskunde, ouderengeneeskunde, psychiatrie en de andere medisch specialismen kennisuitwisseling op een natuurlijke wijze ondersteunen.

- ▶ Huisartsen en andere medisch specialisten zouden zich moeten bekwaamen in een doelgerichte korte psychiatrische anamnese en onderzoek. Bovendien moet elke psychiater vaardig zijn in het algemeen lichamelijk onderzoek en het neurologisch onderzoek ten behoeve van een correcte vraagstelling en de overdracht naar andere specialisten.

OPLOSSING 2 UITBREIDEN SOMATISCH ONDERDEEL IN OPLEIDING PSYCHIATRIE

- ▶ Om aan de competenties op somatisch vlak te voldoen, dient in de psychiatrie-opleiding, in het bijzonder binnen het aandachtsgebied ouderenpsychiatrie, ruim aandacht te worden besteed aan theoretische en praktische somatische kennis en vaardigheden. Het opnemen van somatische stages in de psychiatrie opleiding, aandachtsgebied ouderenpsychiatrie, draagt hieraan bij. In de vernieuwde opleidingseisen (nog concept) die per 1 januari 2016 gaan gelden zijn de competenties met betrekking tot de somatische vaardigheden van psychiaters in het aandachtsgebied ouderenpsychiatrie nadrukkelijk aangescherpt.

OPLOSSING 3 VERBETEREN KENNIS EN VAARDIGHEDEN MULTIDISCIPLINAIRE TEAM

- ▶ Om binnen GGZ instellingen complexere somatische zorg te kunnen leveren en binnen ziekenhuizen en verpleeghuizen uitgebreidere psychiatrische zorg, is het van belang dat niet alleen de artsen, maar het gehele multidisciplinaire team voldoende kennis en vaardigheden hiervoor hebben. Om dit te realiseren valt te denken aan uitwisselingsprogramma's en aan nascholingsprogramma's voor alle betrokken zorgverleners, zoals somatische scholing in de opleiding van psychiatrisch verpleegkundigen en psychiatrische scholing in de opleiding van algemeen verpleegkundigen werkzaam in de ouderengeneeskunde en verpleeghuizen.
- ▶ Voor kwetsbare ouderen met psychiatrische aandoeningen die niet meer zelfstandig thuis kunnen wonen en dus voor een regulier woonzorgcentrum zoals een verzorgingshuis in aanmerking komen, is het belangrijk dat het niveau en de expertise van de zorgverleners ten aanzien van deze groep ouderen in het woonzorgcentrum zodanig is, dat er minder terughoudendheid bestaat om deze groep ouderen te accepteren.

6.4 Verbetering van lokalisatie van zorgvoorzieningen

OPLOSSING 1 BESCHIKBAARHEID BASALE ZORG, DIAGNOSTIEK EN BEHANDELMOGELIJKHEDEN

- ▶ Afdelingen ouderenpsychiatrie in GGZ instellingen en ziekenhuizen moeten zo dicht mogelijk bij elkaar gelokaliseerd worden, zodat laagdrempelig van elkaars infrastructuur gebruik gemaakt kan worden, zowel voor de reguliere zorg als in acute situaties voor bijvoorbeeld laboratoriumbepalingen, MRI en ander beeldvormend onderzoek.

6.5 Verbetering van omgang met gedragsproblemen

OPLOSSING 1 SCHOLING

- ▶ Verplichte, regelmatig terugkerende scholing van zorgverleners die in aanraking komen met kwetsbare ouderen met psychiatrisch aandoeningen (zoals huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en andere medisch specialisten, maar ook de verpleging en verzorging in ziekenhuizen, verpleeghuizen en verzorgingshuizen) in de omgang met gedragsproblemen, kan drempels in de behandeling en verzorging van deze groep ouderen verminderen en stigmatisering voorkomen.

6.6 Verbetering van financiering

OPLOSSING 1 CONSISTENTE AFSPRAKEN OVER FINANCIERING

- ▶ Consistente afspraken over lange termijn financiering zijn van groot belang voor efficiënte en goede patiëntenzorg.

OPLOSSING 2 INTEGRALE BEKOSTIGING

- ▶ Integrale bekostiging van doelmatige medische zorg voor kwetsbare ouderen met psychiatrische aandoeningen en ondersteuning van zijn/haar systeem, met borging van toereikende financiering van de participerende behandelaars draagt bij aan het verwezenlijken van integrale zorg.

- ▶ Financiering van een consult door medisch specialisten in een GGZ instelling, zoals ook al mogelijk is voor een medisch specialistisch consult in een verpleeghuis, versterkt de integrale zorg. Bovendien is het wenselijk dat er financiering komt voor het in consult roepen van een psychiater in een verpleeghuis of een ziekenhuis. Bovendien zou een consult van een specialist ouderengeneeskunde in het ziekenhuis of een GGZ instelling gefinancierd moeten worden. Hiervoor moet de mogelijkheid komen dat een GGZ instelling somatische DOT's kan openen en dat er financiering komt voor psychiatrieconsulten in verpleeghuizen en ziekenhuizen. De aanstelling van ouderenpsychiaters in ziekenhuizen en geriater/neurologen in GGZ instellingen zou deze samenwerking bevorderen.
- ▶ Een eenduidige financiering zoals het Zorginstituut Nederland (voorheen College voor Zorgverzekeringen) eerder heeft voorgesteld,¹² stelt het veld in staat om vanuit één perspectief het casemanagement bij dementie verder te ontwikkelen. Zorginstituut Nederland adviseert om casemanagement onder bepaalde eisen vanuit de Zorgverzekeringswet te financieren.

OPLOSSING 3 FINANCIERING RESPIJTBEDDEN EN CRISISBEDDEN

- ▶ Het is wenselijk als in woonzorgcentra zoals verzorgingshuizen de zogenaamde respijtbedden, oftewel huisartsbedden, beschikbaar blijven als vangnet in bijvoorbeeld terugvalsituaties.

7

Randvoorwaarden realisatie

De randvoorwaarden die in het Standpunt zijn geschetst zijn ook voor de implementatie van het addendum onontbeerlijk. In het onderstaande overzicht wordt de indeling van het addendum aangehouden en wordt aangegeven waar de nadruk moeten liggen om de medische zorg voor kwetsbare ouderen met psychiatrische aandoeningen te verbeteren:

RANDVOORWAARDEN OP HET GEBIED VAN COÖRDINATIE VAN ZORG

Bij de uitwerking van de randvoorwaarden op het gebied van de inhoud van de zorg moeten ook de psychiaters, specialisten ouderengeneeskunde, GGZ instellingen en verpleeghuizen betrokken worden. Van groot belang is dat de hulpverleners bereid zijn om over de grenzen van bestaande domeinen en disciplines heen te denken en bestaande taakverdelingen ter discussie te stellen (Randvoorwaarde 1, zelf ontschotten). Hierbij zijn duidelijke samenwerkingsafspraken nodig voor diagnostiek, behandeling en overplaatsing, zodat een eventuele doorstroom eenvoudig te realiseren is.

Daarnaast is uitbreiding van de opname capaciteit voor langer durende opnames in het ziekenhuis voor ouderen die zowel psychiatrische als andere medische zorg nodig hebben (Randvoorwaarde 14, Uitbreiding van de geriatrie bedden capaciteit) noodzakelijk.

RANDVOORWAARDEN OP HET GEBIED VAN KENNIS EN ERVARING MET COMBINATIE VAN PSYCHIATRISCHE EN ANDERE AANDOENINGEN

Bij de randvoorwaarden op het gebied van opleiding en nascholing is noodzakelijk dat in de opleiding van artsen die zorg dragen voor kwetsbare ouderen met psychiatrische aandoeningen voldoende opgeleid worden in zowel de somatische als de psychiatrische ouderenzorg (Randvoorwaarde 10, alle aankomende artsen beter opleiden in medische ouderenzorg en Randvoorwaarde 13, alle praktiserende artsen volgen bij- en nascholing in medische ouderenzorg). Dit betekent dat in de opleiding ouderenpsychiatrie meer aandacht komt voor de somatische problematiek van kwetsbare ouderen en in de opleiding van huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en geriateren meer aandacht voor de psychiatrische zorg.

Naast het opleiden van artsen, zal ook de scholing van de verzorgenden in verpleeghuizen, van de algemeen verpleegkundigen in ziekenhuizen en de psychiatrisch verpleegkundigen in GGZ instellingen verbeterd moeten worden, zodat zij de kwetsbare ouderen met zowel somatische als psychiatrische aandoeningen kunnen verplegen en verzorgen. Hierbij gaat het specifiek om somatische scholing van psychiatrisch verpleegkundigen en psychiatrische scholing van algemeen verpleegkundigen.

RANDVOORWAARDEN OP HET GEBIED VAN LOKALISATIE VAN ZORGVORZIENINGEN

GGZ instellingen, ziekenhuizen en verpleeghuizen moeten zo dicht mogelijk bij elkaar gelokaliseerd worden, zodat laagdrempelig van elkaars infrastructuur gebruik gemaakt kan worden.

RANDVOORWAARDEN OP HET GEBIED VAN OMGANG MET GEDRAGSPROBLEMEN

Voor verbetering van de omgang met gedragsproblemen is regelmatig terugkerende scholing in de omgang met gedragsproblemen noodzakelijk van zowel artsen (Randvoorwaarde 10, alle aankomende artsen beter opleiden in medische ouderenzorg en Randvoorwaarde 13, alle praktiserende artsen volgen bij- en nascholing in medische ouderenzorg) als verpleegkundigen en verzorgenden.

RANDVOORWAARDEN OP HET GEBIED VAN FINANCIERING

De financieringsstructuren voor de totale medische ouderenzorg in de thuissituatie, ziekenhuissituatie, GGZ instelling en verpleeghuis worden zodanig ingericht dat ze de realisatie van het Standpunt en het addendum niet in de weg staan en zo mogelijk zelfs actief stimuleren (Randvoorwaarde 15, belemmeringen in financieringsstructuren wegnemen). Voor de kwetsbare ouderen met psychiatrische aandoeningen is het daarbij van groot belang dat er geen financiële barrières zijn bij het diagnosticeren, behandelen en verplegen van deze patiënten. Omdat de benodigde medische expertise vanuit verschillende instellingen gebundeld moet worden, mogen de verschillende financieringsstructuren binnen deze instellingen geen belemmeringen vormen en moet overplaatsing van een patiënt eenvoudig realiseerbaar zijn. Ook zorgverzekeraars moeten deze drempels niet opwerpen.

8 Tot slot

Dit addendum beoogt een bijdrage te leveren aan de verbetering van zorg voor kwetsbare ouderen met psychiatrische problematiek. Het is nu aan de partijen die al bezig zijn met de implementatie van het Standpunt Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen om de oplossingen en oplossingsrichtingen uit dit addendum mee te nemen in hun plannen.

Naast de voortrekkersrol die al bij standpunt gevraagd is van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Verenso, vereniging van specialisten ouderengeneeskunde, Federatie Medisch Specialisten, Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG) en Nederlandse Internisten Vereniging (NIV), wordt ook de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) nadrukkelijk om een voortrekkersrol gevraagd.

De gesignaleerde knelpunten kunnen niet door de hulpverleners alleen opgelost worden. Hier ligt juist ook een taak voor de beleidsmakers, bestuurders, patiëntenorganisaties, zorgaanbieders, gemeenten en verzekeraars. De steun en inzet van overheidsorganisaties zijn nodig voor het analyseren en wegnemen van juridische en financiële belemmeringen (VWS en NZa) en voor het faciliteren van het benodigde onderzoek (ZonMw). Maar ook de directe betrokkenheid van organisaties zoals GGZ Nederland, Actiz, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) en medische vervolgoopleidingen zijn nodig voor het realiseren van een belangrijk deel van de oplossingen.

Het addendum is dan ook geen richtlijn of handhavingskader voor het verlenen van goede zorg, maar is een visie die een stip op de horizon beschrijft voor de richting waarin de zorg zich dient te ontwikkelen. Dit addendum is bedoeld voor al deze partijen, zodat het voor ieder als startdocument en inspiratiebron kan dienen ter versterking van de medische zorg aan kwetsbare ouderen met een psychiatrische aandoening.

Bijlagen

1 Samenstelling Stuurgroep Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen

DE SAMENSTELLING VAN DE STUURGROEP (ALFABETISCHE VOLGORDE):

- ▶ ir. Teus van Barneveld (*directeur Kennisinstituut van Medisch Specialisten*)
- ▶ dr. Toby Dijkstra, *longarts (NVALT) (tot oktober 2012)*
- ▶ dr.mr. Yvonne Drewes, *arts M&G (KNMG) (vanaf januari 2014)*
- ▶ Nico Eijck, *huisarts (LHV) (vanaf januari 2014)*
- ▶ Prof.dr. Jacobijn Gussekloo, *huisarts, hoogleraar LUMC (NHG)*
- ▶ Mirjam Haverkamp, *cardioloog (NVVC)*
- ▶ dr. Han Hegeman, *chirurg (NVVH)*
- ▶ dr. Hanneke Henselmans, *neuroloog (NVN/gedragsneurologische sectie; LUMC)*
- ▶ drs. Maike Ouwerkerk (*KNMG) (tot april 2013)*
- ▶ Tony Poot, *huisarts (NHG)*
- ▶ Marith Rebel, *huisarts (LHV) (tot september 2013)*
- ▶ drs. Mathijs Romme (*KNMG) (tot januari 2014)*
- ▶ prof.dr. Sophia de Rooij, *internist ouderengeneeskunde en klinisch geriater (NIV)*
- ▶ drs. Franz Roos (*directeur Verenso*)
- ▶ prof.dr. Bert Schadé (*emeritus hoogleraar huisartsgeneeskunde AMC) (voorzitter stuurgroep)*
- ▶ prof.dr. Max Stek, *ouderenpsychiater, hoogleraar VUMC (NVVP)*
- ▶ Ragnhild Vrijaldenhoven-Haitsma, *huisarts (LAEGO) (tot oktober 2012)*
- ▶ dr. Ton Vervest, *orthopeed (NOV)*
- ▶ Liesbeth Vleugel, *ouderenpsychiater (NVVP)*
- ▶ Judith Wilmer, *klinisch geriater (NVKG)*
- ▶ dr. Annet Wind, *huisarts (LAEGO)*

2 Samenstelling Werkgroep Verbetering van medische zorg voor kwetsbare ouderen met psychiatrische aandoeningen

DE SAMENSTELLING VAN DE WERKGROEP (ALFABETISCHE VOLGORDE):

- ▶ ir. Teus van Barneveld (*directeur Kennisinstituut van Medisch Specialisten*)
- ▶ Laura Breuning, *ouderenpsychiater (NVvP)*
- ▶ dr.mr. Yvonne Drewes, *arts M&G (KNMG) (vanaf januari 2014)*
- ▶ Nico Eijck, *huisarts (LHV) (vanaf januari 2014)*
- ▶ Prof.dr. Jacobijn Gussekloo, *huisarts, hoogleraar LUMC (NHG)*
- ▶ dr. Hanneke Henselmans, *neuroloog (NVN/gedragsneurologische sectie; LUMC)*
- ▶ Marith Rebel, *huisarts (LHV) (tot september 2013)*
- ▶ drs. Mathijs Romme (*KNMG) (tot januari 2014)*
- ▶ prof.dr. Sophia de Rooij, *internist ouderengeneeskunde en klinisch geriater (NIV)*
- ▶ drs. Franz Roos (*directeur Verenso*)
- ▶ prof.dr. Max Stek, *ouderenpsychiater, hoogleraar VUMC (NVvP)*
- ▶ Liesbeth Vleugel, *ouderenpsychiater (NVvP)*
- ▶ Judith Wilmer, *klinisch geriater (NVKG)*

3 Geraadpleegde literatuur

- 1 Lambert S, Beld van den A en Lely van der A. *The endocrinology of aging*. Science. 1997; 278:419-424.
- 2 Van de Rijdt-van de Ven A. *Complexe ouderenzorg in verzorgingshuis en thuis. Handreiking samenhangende zorg in de eerste lijn*. LHV, NHG, NVVA, KNMP. Utrecht, 2009 (p.10-11).
- 3 Trimbos instituut. *Psychische problemen en GGZ-gebruik bij ouderen met lichamelijke aandoeningen*. www.trimbos.nl/onderwerpen/feiten-cijfers-en-beleid/psychische-stoornissen/ouderen-monitor/psychische-stoornissen-en-ggz-gebruik (geraadpleegd 12 februari 2015).
- 4 Collard RM, Boter H, Schoevers RA, Oude Voshaar RC. *Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: a systematic review*. J Am Geriatr Soc. 2012; 60(8):1487-1492.
- 5 Inspectie voor de Gezondheidszorg. *Psychiatrie en somatiek erkennen noodzaak tot samenwerking bij psychiatrische patiënten met somatische comorbiditeit*, oktober 2013.
- 6 Landelijke Huisartsen Vereniging. *Aanbod huisartsenzorg voor ouderen*. Vastgesteld in de LHV Ledenraad d.d. 10 december 2013.
- 7 Hoogerduijn JG, Schuurmans MJ, Duijnste MS, de Rooij SE, Grypdonck MF. *A systematic review of predictors and screening instruments to identify older hospitalized patients at risk for functional decline*. J Clin Nurs 2007 01;16(1):46-57.
- 8 Hoogerduijn JG, Schuurmans MJ. *Kwaliteit van zorg voor ouderen thuis en in het ziekenhuis, aanbevelingen vanuit de wetenschap met accent op verpleegkunde*. RVZ advies juli 2011, februari 2012.
- 9 Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG). *Kwaliteit van geriatrie voor kwetsbare ouderen in de GGZ*.
- 10 Hamers JPH. *De intramurale ouderenzorg: nieuwe leiders, nieuwe kennis, nieuwe kansen. Achtergrondstudie geschreven op verzoek van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg*. Maastricht University, juli 2011.
- 11 KNMG, V&VN, KNOV, KNGF, KNMP, NIP, NVZ, NFU, GGZ Nederland, NPCF. *Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg*, januari 2010.
- 12 College voor Zorgverzekeringen. *Standpunt Casemanagement*, op 25 maart 2011 vastgesteld en uitgebracht aan de minister van VWS, volgnummer 2010136155.



Verbetering van medische zorg voor kwetsbare ouderen met psychiatrische aandoeningen is een uitgave van artsenfederatie KNMG © november 2015, Utrecht.

Artsenfederatie KNMG vertegenwoordigt ruim 67.500 artsen en studenten geneeskunde. Van de KNMG maken deel uit: De Geneeskunde-student, Federatie van Medisch Specialististen (FMS), de Koepel Artsen Maatschappij en Gezondheid (KAMG), Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD), de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB), de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG) en Vereniging van Specialisten in Ouderengeneeskunde (Verenso).