



GGZ Rivierduinen

Vakmanschap - Vertrouwen - Verbinden



VISIE OP OUDERENPSYCHIATRIE

December 2018

rivierduinen.nl





GGZ Rivierduinen

Vakmanschap - Vertrouwen - Verbinden

Ouderenpsychiatrie GGZ Rivierduinen in de komende 5 jaar

Het aantal kwetsbare ouderen en hun zorgvraag groeit sterk en zal de komende jaren alleen maar verder stijgen. Alle zorginstellingen worden daarmee geconfronteerd en dus ook de GGZ en specifiek de ouderenpsychiatrie. Vast staat dat continuering van het huidige zorgaanbod niet toereikend is. Hoe moet het dan wel? Welke kant moet het op met de ouderenzorg en met de ouderenpsychiatrie? Welke rol pakt de GGZ? Voor u ligt de visie op Ouderenpsychiatrie voor de komende vijf jaar. Het uitgangspunt van Rivierduinen is dat elke behandeling of zorg ondersteunend is aan het eigen herstelproces van de cliënt, met een zwaar accent op verbetering van kwaliteit van leven en waarbij naasten optimaal betrokken worden.

1. Demografische ontwikkelingen, wie zijn de toekomstige ouderen?

Het aantal ouderen groeit de komende vijf jaar verder en die groei zet daarna voort (zie bijlage: Impact van de vergrijzing). Deze verandering is structureel: de bevolkingspiramide (veel jongeren, relatief weinig ouderen) van Nederland verandert naar een bevolkingskolom (net zoveel ouderen als jongeren). Deze toekomstige ouderen zijn anders dan de ouderen van nu. Ze bereiken een hogere leeftijd en wonen langer alleen. Het aantal ouderen met meerdere ziekten, beperkingen in het functioneren en afhankelijkheid van informele en professionele zorg neemt toe. Onder hen vermeerdert het aantal dementerende ouderen sterk. Kortom, de groep kwetsbare ouderen, met complexe aandoeningen op biologisch, psychologisch en sociaal terrein wordt steeds groter. Deze ouderen wonen zo lang mogelijk thuis en doen een steeds groter beroep op ambulante en mantelzorg. Wij gebruiken in deze notitie de term Frailty: *'Een syndroom met een zodanige interactie*

tussen ziekten, psychosociale stressoren en subklinische ziektelast dat iemand vatbaar wordt voor ongewenste gezondheidsuitkomsten.'

In grote lijnen kun je ouderen indelen in een aantal clusters (bron: J. Slaets.) De complexiteit neemt toe per cluster en daarmee ook de kwetsbaarheid van de oudere.

1. Vitale ouderen: weinig beperkingen, weinig complex, lage kwetsbaarheid en hoog welbevinden.
2. Zelfstandige ouderen: chronische aandoeningen, soms last van geheugen, redden zich prima, weinig kwetsbaar, hoog welbevinden.
3. Lichamelijk hulpbehoevende ouderen: lichamelijke complexiteit en kwetsbaarheid, matig welbevinden.
4. Ouderen met multidomein-problematiek: hoge complexiteit met psychosociale problemen en



GGZ Rivierduinen

Vakmanschap - Vertrouwen - Verbinden

kwetsbaarheid, verminderd welbevinden en somatische aandoeningen.

5. Kwetsbare ouderen: hoge complexiteit en hoge kwetsbaarheid in verschillende domeinen, sterk verminderd welbevinden.

De verschillende profielen vragen om verschillende zorg- en welzijnsarrangementen. De ouderen in cluster 3, 4 en 5 zijn de *frail* ouderen die nagenoeg allemaal gebruik maken van de (hoog)specialistische zorg van de ouderenpsychiatrie/ggz. De ouderen uit cluster 2 komen daar ook terecht als er niet vroeg genoeg zorg in het reguliere circuit op gang komt. Dat laatste is een belangrijk punt. Naarmate de kwetsbaarheid verder is gevorderd, neemt de kans af dat het nog omkeerbaar is. In cluster 2 moet de nadruk om die reden liggen op preventie, case-finding, vroegdetectie en vroegbehandeling.

Kortom, meer ouderen, meer zieke ouderen en meer ouderen met frailty. De trechter van de reguliere zorg naar de GGZ wordt groter en dus neemt de druk op de GGZ sterk toe in de komende jaren. Temeer omdat er in de hele ouderenzorg sprake is van knelpunten en die zijn niet van vandaag op morgen opgelost.





GGZ Rivierduinen

Vakmanschap - Vertrouwen - Verbinden

2. Knelpunten in het aanbod van de ouderenzorg

De vraag naar zorg voor ouderen wordt zo groot, dat het huidige zorgaanbod (in brede zin) de totale groep nooit kan bedienen als dat op de huidige manier gebeurt. De schijnbaar simpelste oplossing: meer van hetzelfde, is geen optie. Bij deze optie lopen we aan tegen grenzen van voldoende personeel en voldoende geld. Dat vraagt om scherpe – misschien wel pijnlijke – keuzes en een andere manier van werken. Of beter: een andere manier van organiseren. Wat zijn in grote lijnen de grootste knelpunten als het gaat om groeiende ouderenzorg?

1. *De oudere woont steeds langer thuis, is minder zichtbaar en er is steeds vaker sprake van sociale deprivatie en uitholling van het natuurlijk netwerk.*
2. *Er zijn onvoldoende voorzieningen voor ouderen die lang zelfstandig willen wonen en onvoldoende voorzieningen voor ouderen die niet meer op zich zelf kunnen wonen.*
3. *Complexe problemen bij frailty worden regelmatig monodisciplinair aangevlogen in plaats van multidisciplinair, waardoor de effectiviteit van de zorg laag is.*
4. *Het netwerk van instellingen (ziekenhuis, huisarts, V&V, thuiszorg, ggz, mantelzorg) rond de kwetsbare ouderen werkt (nog lang) niet optimaal: verschillende instellingen, verschillende belangen, verschillende geldstromen.*
5. *Er is grote behoefte aan acute intensieve zorgplaatsen voor dementerende mensen met ernstige gedragsproblemen.*



3. Specifieke knelpunten in het aanbod van de ouderenpsychiatrie

1. Een groeiend groep kwetsbare ouderen heeft hoogspecialistische zorg nodig en er zit nauwelijks ruimte in het aanbod. Dat gaat knellen. Vanuit huisartsen zijn er nu al signalen dat verbetering van de bereikbaarheid en beschikbaarheid van GGZ expertise gewenst is. Ook zoeken we naar oplossingen voor praktische en financiële hobbels, om zo samen sneller te kunnen handelen.
2. Er is een toenemende druk op de psychiatrie om de demente oudere cliënten acuut op te nemen vanwege het gegeven dat zij thuis of in het verpleeghuis niet meer te hanteren zijn. Deze druk komt van huisartsen, verpleeghuizen en algemene ziekenhuizen. Duidelijk moet worden welke klinische setting bij welke opname-indicatie het beste past.
3. De GGZ krijgt de oudere cliënt in een steeds later stadium te zien, vaak als de crisis al daar is. Dit vraagt om een pro-actieve behandelorganisatie, gericht op activiteiten vóór in de keten gericht en op preventie van decompensatie.
4. De GGZ maakt niet altijd voldoende duidelijk waar haar mogelijkheden en onmogelijkheden liggen, wat kan leiden tot onterechte verwijzingen. Veel tijd en administratieve last gaat zitten in het herplaatsen of overdragen van patiënten waarvoor het aanbod van de GGZ niet geschikt is.
5. De kennis en ervaring van de GGZ komt slechts in beperkte mate bij de andere instellingen, niet in het minst door financiële belemmeringen. De kennis en ervaring van andere specialismen, met name de somatische, komt in beperkte mate bij de GGZ terecht.





4. De toekomst: een visie als basis voor een oplossing:

De groei van het aantal kwetsbare ouderen dat een beroep gaat doen op de ouderenpsychiatrie vraagt om scherpe keuzes. Die keuzes lopen langs drie lijnen:

1. De doelgroep is afgebakend en beperkt: de populatie met de ernstige complexe problematiek (Frailty) ofwel behorend tot cluster 3, 4 en 5 van J. Slaets is het domein van ouderenpsychiatrie. De gezonde en vitale oudere wordt behandeld in de volwassenenpsychiatrie.
2. Altijd in samenwerking met partners: Ouderenpsychiatrie wordt een essentieel onderdeel van het ouderenzorg netwerk rond de frailty-populatie. Samenwerking en kennisdeling in dit netwerk op alle terreinen is een must.
3. De ouderenpsychiatrie is onderdeel van GGZ Rivierduinen en borgt op deze wijze state of the art behandelingen, kwaliteitsstandaarden, opleidingen, kennisontwikkeling, onderzoek en de visie op herstelondersteunende zorg.

Daarnaast is het van belang dat er een keuze gemaakt wordt ten behoeve van een toenemende groep dementerende ouderen met ernstige gedragstoornissen.

De onderlinge verbondenheid tussen deze lijnen is groot. Het één kan niet zonder het ander. Scherper gezegd: het is of alle drie of geen van drieën. Dat wordt duidelijker door een beeld te schetsen van hoe het ongeveer gaat werken.

Samenwerken, het netwerk als basis

Zorgaanbieders (huisarts, psychiater, geriater, fysiotherapeut, verpleegtehuis, sociaal wijkteam, etc.) kunnen nog veel beter en intensiever gaan

samenwerken. Bij de *frail* ouderen is de klacht per definitie complex. Het gevaar is dat ouderen nog meer dan anderen worden doorverwezen van de ene naar de andere zorgaanbieder, zonder dat het veel oplevert. In de ideale situatie is de verwijzing scherp, er zijn geen schotten er kan 'drempelloos' en 'traploos' worden opgeschaald en afgeschaald als dat nodig is. De onderlinge samenwerking zou zo goed moeten zijn, dat de oudere het netwerk als zorgaanbieder ervaart. Intensivering van de samenwerking tussen het medisch en het sociaal domein is essentieel om de zelfredzaamheid van ouderen te behouden of te vergroten en om de toenemende stijging van de vraag op te kunnen vangen.

De wijk (of beter 'het netwerk') in

De oudere moet niet de GGZ in, maar de GGZ moet naar de oudere. 'De GGZ gaat de wijk in.' En dan niet zozeer rechtstreeks naar de oudere zelf, maar veelmeer als onderdeel van het netwerk rond die oudere. Dat kan alleen maar als dat netwerk zelf op en top functioneert. De GGZ kan helpen door – naast de behandelende taak - in dat netwerk een consulterende/adviserende rol te vervullen.

De GGZ als kennisdeler

Nog een belangrijke reden om in dat netwerk te opereren is kennisdeling. De GGZ wil en kan kennis veel meer haar kennis beschikbaar stellen aan het netwerk en moet er ook voor zorgen dat die kennis vervolgens wordt onderhouden. Op die manier beschikt iedere deelnemer in dat netwerk – in de ideale situatie – over basiskennis van psychiatrische aandoeningen. Dat is in lijn met het advies van de Gezondheidsraad. Die adviseert om *'vooral te investeren in de ontwikkeling van lerende systemen binnen de extramurale zorg en ondersteuning. Bestaande netwerken verdienen versterking en er zijn betere verbindingen nodig tussen regionale kennis- en zorgnetwerken onderling, met aandacht voor regionale verschillen, en met instellingen op*



GGZ Rivierduinen

Vakmanschap - Vertrouwen - Verbinden

landelijk niveau, om de ontwikkeling van nieuwe kennis te bevorderen en te zorgen voor verspreiding van bestaande kennis.' Daar ligt een grote rol voor de GGZ. De GGZ kan die rol invullen door beschikbaar te zijn voor consultatie in het netwerk. Door trainingen te geven aan spelers in het netwerk. Door casuïstiekbespreking en multidisciplinair overleg. Door tijdig de behandeling over te nemen als dat nodig is en via intensieve behandeling en begeleiding thuis, opname juist te voorkomen.

Bundeling van hoogspecialistische kennis

Het is de opdracht aan de ouderenpsychiatrie om optimaal bij te dragen aan het netwerk zonder dat dit leidt tot fragmentatie en deconcentratie van kennis. Het is juist van belang de specialistische kennis uit te breiden en te verdiepen.

Daarnaast ligt het voor de hand om de klinische zorg voor de meest zieke ouderen - psychiatrisch en somatisch - op één plek samen te brengen. De noodzakelijke bundeling van kennis en zorg, vindt bij voorkeur plaats in het algemeen ziekenhuis. Het ideaal is positionering in één of meerdere 'senior friendly hospital(s)'. De mogelijkheden om diagnostiek en behandeling optimaal, vanuit geïntegreerd perspectief te verlenen zijn daar het grootst. De scheiding tussen somatische en psychiatrische aandoeningen is bij ouderen immers veel moeilijker aan te brengen en zelfs contraproductief. Opgemerkt wordt dat kortdurend verblijf alleen in combinatie met diagnostiek en/of behandeling geboden zou moeten worden als ambulante behandeling niet mogelijk is.

Casefinding

Vroegdetectie is belangrijk (met name voor ouderen in cluster 2 J. Slaets). In de huidige praktijk (van bijvoorbeeld de huisarts) worden psychiatrisch problemen en eenzaamheid vaak niet (voldoende) herkend en als ze herkend worden, wordt er niet

adequate actie op ondernomen. De praktijk wijst uit dat vroegdetectie via signalen vanuit het netwerk (thuiszorg, burens, etc.) veel effectiever is dan algemene screening (bevolkingsonderzoek). Het samenwerkend netwerk heeft hier dus een belangrijke rol. De rol van de psychiatrie in die vroegdetectie ligt niet in eigen programma's maar vooral in het beschikbaar stellen van kennis aan en coaching van andere partijen. Dat vraagt een zeer proactieve rol van de GGZ in het netwerk.

Een scherper profiel

Samenwerken in netwerken, kan alleen functioneren als alle deelnemers aan dat netwerk een helder profiel houden. Hoe duidelijker voor anderen, hoe gemakkelijker om er mee samen te werken. Het is daarom een opdracht om tegelijk aan de intensivering van de samenwerking ook veel scherper het eigen profiel neer te zetten. De ouderenpsychiater gaat zich nadrukkelijker richten op de cluster 3-, 4- en 5-ouderen. Frailty wordt het kerndomein. De medewerker van de ouderenpsychiatrie ziet zichzelf als specialist met een bijzondere manier van kijken: nooit naar een enkele kwaal, maar altijd naar de complete situatie van de oudere. Hij/Zij nodigt nadrukkelijker dan nu uit tot samenwerking met andere partijen en stelt zo doorlopend kennis ter beschikking. Een consultgever wordt meer adviseur en docent en behandelt via anderen. Zijn/Haar kennis komt via de huisarts, de thuiszorg etc. beschikbaar voor de ouderen die nog in cluster 2 zitten en daar hopelijk ook nog heel lang kunnen blijven.

De huisarts houdt een centrale rol, de SOG of een Verpleegkundig specialist triageert en verwijst

De huisarts heeft een centrale rol in ons zorgstelsel. In een goed opererend netwerk kan de huisarts die rol veel scherper invullen. Juist door intensief samen te werken met een specialist ouderengeneeskunde, kan de huisarts de instroom veel



GGZ Rivierduinen

Vakmanschap - Vertrouwen - Verbinden

scherper beoordelen. De Ouderenpsychiatrie streeft er naar aan te sluiten bij de SOG zie centraal in de ambulante zorg van de frailty groep gepositioneerd is. De Ouderenpsychiatrie heeft een belangrijke taak als consulent van de huisarts.

De groep dementerenden met ernstige gedragsstoornissen

De toenemende problemen rond deze groep legitimeert het debat binnen de Ouderenpsychiatrie van Rivierduinen om hiervoor samen met de VV&T sector vormen en oplossingen te vinden. De huidige strakke keuze om dementerenden niet tot de doelgroep van de ouderenpsychiatrie te rekenen wordt verlaten. Gezamenlijk zal gezien worden hoe dit ingevuld wordt.





GGZ Rivierduinen

Vakmanschap - Vertrouwen - Verbinden

5. Slotbeschouwingen

Het ideale netwerk ontstaat pas als alle deelnemers in het netwerk op een andere manier gaan werken. De status van het netwerk en de invulling van de eigen rol beïnvloeden elkaar. Dat roept gelijk een dilemma op. De GGZ kan zijn nek uitsteken en het initiatief nemen om het netwerk te verbeteren. Of de GGZ wacht gewoon tot anderen initiatief nemen. De GGZ is een relatief kleine speler vindt zij zelf, maar dit wordt anders gezien door onze netwerkpartners. Zij zijn zich veel meer bewust van de onderdiagnostisering en onderbehandeling van ouderen met psychiatrische stoornissen. Daarnaast heeft de GGZ specialistische kennis en deskundigheid op het gebied van behandeling in een dwang en drang milieu, wat in de VVT sector steeds minder voor mag komen. Afwachten is dus om meerdere redenen geen goede optie. De huidige manier van werken is al lang tegen zijn eigen grenzen aangelopen.

Vandaar dat GGZ Rivierduinen deze visie op ouderenpsychiatrie als basis hanteert voor de ontwikkeling van concrete samenwerkingsvormen binnen de zorgnetwerken voor de *frail* ouderen.





6. Literatuur

1. Iersel M.B. van e.a. Frailty bij ouderen, Ned.Tijdsch.Geneeskd. 2009;153:A183
2. RIVM Factsheet Impact van de Vergrijzing April 2018
3. Gezondheidsraad. Zelfredzaamheid van ouderen aan Min.VWS Nr 2018/12, Den Haag 13-06-2018
4. Slaets P.J. Commentaar Screening bij ouderen Ned.Tijdschr.Geneeskd. 2012;156:A4771
5. RIVM trendscenario's vergrijzing. <https://vtv2018.nl/trendscenario>
6. Nederlands Kenniscentrum Ouderenpsychiatrie. Visiedocument Specialistische GGZ en intensieve ambulante behandelmethoden voor Ouderen Trimbos Instituut zomer 2014
7. Naarding P e.a.. IPPON Integrale Persoonsgerichte Psychiatrie voor Ouderen. Beleidsnotitie GGNET De Jonge Psychiater 2018

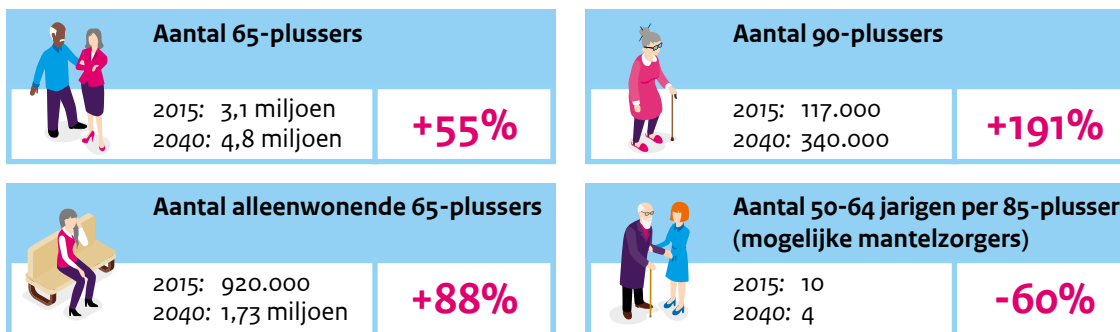


GGZ Rivierduinen

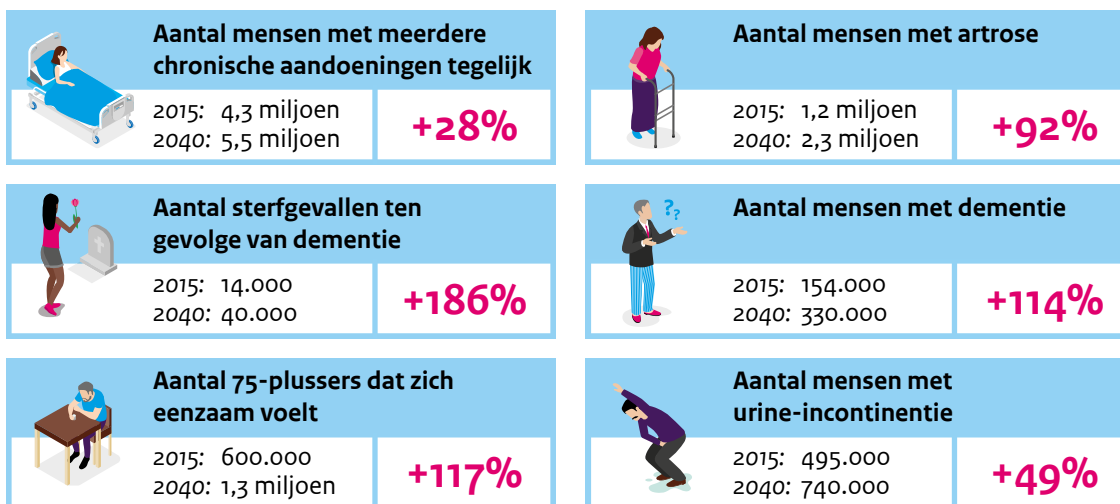
Vakmanschap - Vertrouwen - Verbinden

Impact van de vergrijzing

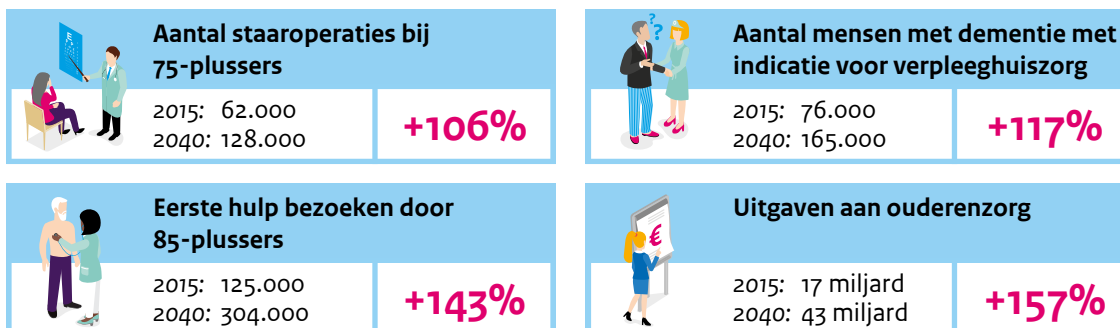
Veranderingen in de bevolking



Gevolgen voor de volksgezondheid



Gevolgen voor de zorg



Deze infographic laat zien hoe onze volksgezondheid en zorg zich ontwikkelen als we als maatschappij op de huidige voet zouden doorgaan en niets extra's zouden doen.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, April 2018