



## Doelgroep: Gerontopsychiatrie

Maart 2020

Advies expertisecentra Wlz

## Inhoud

Status van dit document.....	4
<b>1. Definitie en omvang van de doelgroep .....</b>	<b>5</b>
1.1. Definitie en omvang van de doelgroep.....	5
1.2. Patiëntreis.....	7
1.3. Omvang van de doelgroep.....	7
<b>2. Schets van het huidige zorglandschap.....</b>	<b>10</b>
2.1. Overzicht huidige zorgaanbod.....	10
2.2. Samenwerking VVT en GGZ.....	11
2.3. Zorgstromen.....	12
2.4. Overzicht VVT-organisaties met zorgaanbod voor bewoners met gerontopsychiatrische problematiek (voorjaar 2020) .....	12
2.4.1. Topcare.....	12
2.5. Overzicht huidig kennisnetwerk .....	13
2.5.1. Betrokken partijen .....	13
2.5.2. Beschikbaarheid en centralisatie kennis.....	13
2.6. Meest relevante knelpunten voor de doelgroep .....	14
2.6.1. Perspectief cliënten en naasten .....	15
2.6.2. Perspectief van zorgverleners.....	16
2.6.3. Financiering.....	17
2.6.4. Maatschappelijk perspectief .....	18
2.6.5. Kennisperspectief .....	18
<b>3. Schets van het toekomstig zorglandschap.....</b>	<b>20</b>
3.1. Schets zorglandschap 2030.....	20
3.1.1. Samenwerking zorg .....	21
3.1.2. Samenwerking kennis.....	21
3.1.3. Capaciteit.....	22
3.1.4. Standaarden en richtlijnen .....	23

3.1.5. Ambulante component.....	23
3.1.6. Domein overstijgend.....	24
3.1.7. Bekostiging.....	25
3.1.8. Continu werken aan verbetering van zorg.....	26
<b>4. Opgestelde criteria.....</b>	<b>27</b>
4.1. Basiscriteria: de criteria waar zowel het DEC als de REC minimaal moet voldoen.....	27
4.2. Aanvullende criteria: de criteria waarmee het DEC zich onderscheid van het REC.....	32
4.3. Criteria voor het kenniscentrum.....	37
4.4. Concretisering toekomstschets.....	40
<b>5. Benodigde vervolgstappen.....</b>	<b>41</b>
5.1. Toelichting.....	41
5.2. Processtappen.....	41
<b>Bijlagen.....</b>	<b>44</b>
Bijlage 1 Casuïstiek patient journey.....	44
Casus 1.....	44
Casus 2.....	45
Casus 3.....	45
Bijlage 2 Deelnemerslijst werkgroep.....	46
Bijlage 3 Activiteiten om veld te informeren.....	47
Bijlage 4 Korte beschrijving totstandkoming advies.....	48
Betrokken partijen.....	48
De opdracht.....	48
Werkwijze.....	48

## Status van dit document

Datum	Status	Opmerkingen
31 januari 2020	Conceptversie 1.0	Dit concept is een werkdocument. De informatie is in veel secties nog niet volledig. Het concept is met name bedoeld om de CELZ de criteria voor te leggen als nu geformuleerd door de werkgroep GP.
27 maart 2020	Versie 2.0	Versie ter onderbouwing van het advies van CELZ aangaande de inrichting van de transitieperiode van de kennisinfrastructuur van laag volume, hoog complexe doelgroepen in de WLz.
3 maart 2021	Definitieve versie	Definitieve versie van het adviesrapport van de werkgroep GP, ingediend met het transitieplan GP bij de CELZ ter onderbouwing en accordering voor het verkrijgen van een voorlopige aanwijzing en formele toetreding tot de transitieperiode van de kennisinfrastructuur van laag volume, hoog complexe doelgroepen in de WLz.



# 1. Definitie en omvang van de doelgroep

## 1.1. Definitie en omvang van de doelgroep

### Doelgroepdefinitie gerontopsychiatrie in het verpleeghuis

Mensen die tot de doelgroep gerontopsychiatrie in het verpleeghuis behoren, hebben chronische psychiatrische problematiek, die reeds aanwezig was vóór opname in het verpleeghuis en al dan niet formeel is vastgesteld volgens de DSM classificatie. Deze bewoners hebben vaak beperkt ziekte-inzicht m.b.t. hun psychiatrische problematiek en er is sprake van verlies van zelfregie.

Kenmerkend voor mensen die tot de doelgroep gerontopsychiatrie in het verpleeghuis behoren, is dat er sprake is van een stapeling van problemen. Dat wil zeggen dat naast de psychiatrische problematiek op nog minimaal twee, maar meestal meer, andere domeinen problemen zijn: gedrag, cognitie, lichamelijke gezondheid, (i)ADL en/of sociale betrokkenheid.

De bijkomende gedragsproblemen zijn met name onderscheidend t.o.v. andere verpleeghuisbewoners. Deze gedragsproblemen komen niet voort uit neurocognitieve aandoeningen, maar uit de psychiatrische problematiek. Er kan bij bewoners die tot de doelgroep gerontopsychiatrie behoren sprake zijn van neurocognitieve stoornissen, er moet echter wel sprake zijn van voorliggende psychiatrische problematiek.

De behoefte aan ondersteuning bij (i)ADL en problemen met lichamelijke gezondheid, bovenop de psychiatrische- en gedragsproblemen, maakt dat verblijf in een verpleeghuis de best passende setting is voor deze mensen.

Om de juiste zorg te kunnen bieden en om een solide kennisinfrastructuur gerontopsychiatrie op te zetten en te kunnen borgen, is een goede doelgroep afbakening van belang. Bovenstaande doelgroep definitie is het resultaat van een Delphi-studie naar de afbakening van de doelgroep gerontopsychiatrie in het verpleeghuis. Het onderzoek is uitgevoerd in het laatste kwartaal van 2019 door het Trimbos-instituut in opdracht van het Ministerie van VWS (Veerbeek et al, 2020<sup>1</sup>). In drie Delphi-rondes is op zes inhoudelijke domeinen nagegaan welke problematiek, gedragingen en kenmerken het meest typerend zijn voor de doelgroep. De uitgevraagde domeinen zijn geestelijke gezondheid, gedrag, cognitie, lichamelijke gezondheid, ADL, iADL en sociale betrokkenheid. In totaal hebben 46 experts met een professionele achtergrond in gerontopsychiatrie in het verpleeghuis geparticipeerd.

---

<sup>1</sup> Veerbeek M, Lempens A., Bransen E., van Belzen E., van Erp J., Kroon H., van der Roest H. (2020). Doelgroep definitie ter beschrijving van bewoners met gerontopsychiatrie in het verpleeghuis en bewoners in een instelling voor verstandelijk gehandicaptenzorg met psychiatrische problematiek Resultaten van een Delphi-studie. Utrecht, Trimbos-instituut.

Advies expertisecentra WLz, doelgroep Gerontopsychiatrie

Een eerste definitie gevormd op basis van het Delphi-onderzoek is daarnaast voorgelegd aan een klankbordgroep bestaande uit vertegenwoordigers van elf brancheorganisaties en opleidingsinstellingen. Tijdens de discussie met de klankbordgroep is een aantal punten specifiek besproken. Voorop staat dat de psychiatrische problematiek chronisch van aard dient te zijn en er werd aangegeven dat de psychiatrische problematiek niet altijd formeel vastgesteld is, hierin ligt dan ook een impliciete hulpvraag voor verdere diagnostiek. Ook werd aangegeven dat bepaalde psychiatrische problematiek op de werkvloer niet altijd juist wordt herkend, zo wordt een ontwikkelingsstoornis soms aangezien voor een persoonlijkheidsstoornis.

Er is uitgebreid stilgestaan bij het wel of niet includeren van dementie binnen de doelgroep afbakening. In de praktijk blijkt dat dementie een exclusiecriteria wordt op het moment dat de cognitieve problematiek op de voorgrond gaat staan en er een andere benaderingswijze en omgeving voor de bewoner nodig is vanwege de dementie. Psychiatrische problematiek dient op de voorgrond te (blijven) staan, ook wanneer er sprake is van cognitieve stoornissen, om tot de doelgroep gerontopsychiatrie te behoren.

Aandacht is besteed aan het wel of niet opnemen van een leeftijdscriterium in de doelgroepomschrijving. Hierover bestond overeenstemming dit niet te doen. Leeftijd is een relatief begrip bij mensen met chronische multi morbiditeit. De gemiddelde leeftijd van de doelgroep is lager dan de gemiddelde leeftijd van de reguliere verpleeghuispopulatie. Kenmerkend is echter dat ouderdomsproblematiek wordt ervaren. Daarom is ouderdomsproblematiek opgenomen in de doelgroep afbakening.

Naar aanleiding van de gevoerde discussie met de klankbordgroep, is eerste definitie aangescherpt tot bovenstaande doelgroep beschrijving. Met de uiteindelijke definitie van de doelgroep gerontopsychiatrie is het mogelijk om een heterogene groep verpleeghuisbewoners af te bakenen, bij wie chronische psychiatrische problematiek op de voorgrond staat met een stapeling van problematiek op andere domeinen en bij wie de gedragsproblematiek sterk onderscheidend is ten

#### BOX 1 SAMENVATTING IN- EN EXCLUSIECRITERIA DOELGROEP GERONTOPSYCHIATRIE IN HET VERPLEEGHUIS

##### Inclusiecriteria:

- Aanwezigheid van chronische psychiatrische problematiek (gediagnostiseerd of sterk vermoeden);
- Psychiatrische problematiek staat op de voorgrond;
- Beperkt ziekte inzicht;
- Aanvullend op psychiatrische problematiek is sprake van problemen op minstens twee van de volgende domeinen: gedrag, cognitie, lichamelijke gezondheid, (i)ADL en/of sociale betrokkenheid;
- Gedragsproblemen worden veroorzaakt door psychiatrische problematiek.

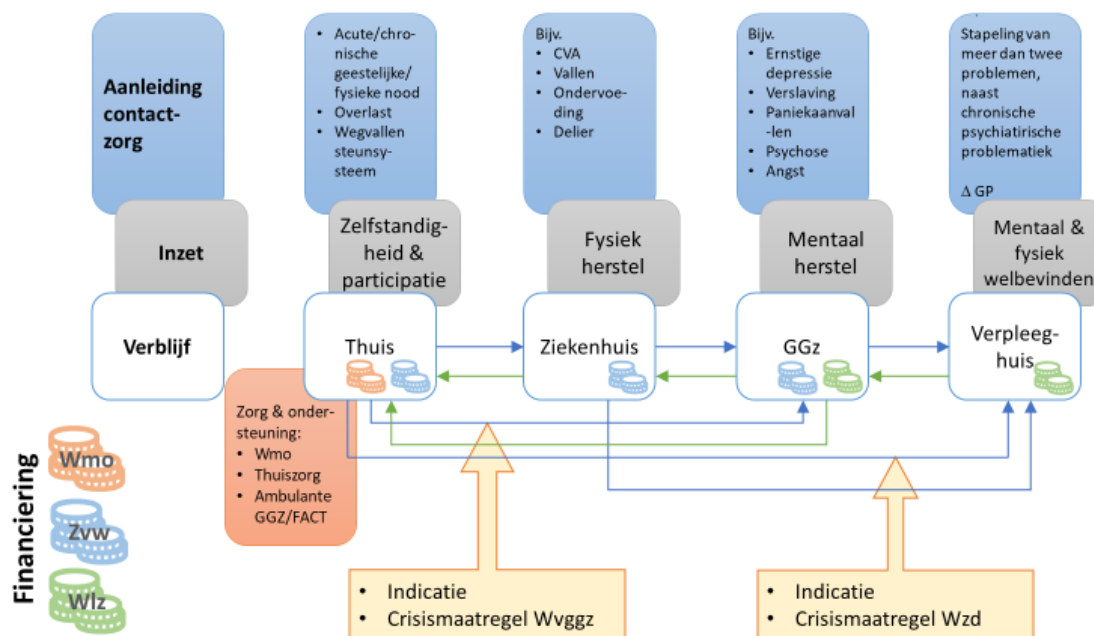
##### Exclusiecriteria:

- Afwezigheid psychiatrische problematiek;
- Neurocognitieve stoornissen staan op de voorgrond;
- Ontbrekende behoefte aan (i)ADL ondersteuning of problemen met lichamelijke gezondheid.

opzichte van overige verpleeghuisbewoners. Juist de combinatie van deze complexe problemen vereist een specifieke benaderingswijze en zorgaanbod voor de doelgroep.

## 1.2. Patiëntreis

De toeleiding van mensen met chronische psychiatrische problematiek naar het verpleeghuis is heel divers, vanwege de multi-problematiek. Naast de psychiatrie kan op elk van de domeinen van gedrag, cognitie, lichamelijke gezondheid, (i)ADL en/of sociale betrokkenheid decompensatie optreden, waardoor de cliënt tijdelijk of permanent niet meer in de thuissituatie kan verblijven. Hierbij kan ook sprake zijn van crisismaatregelen. In Figuur 1 worden de belangrijkste routes en financieringen schematisch weergegeven. Een persoon behoort tot de doelgroep gerontopsychiatrie wanneer deze problemen van dergelijke mate zijn dat verblijf in een verpleeghuis nodig is om de best mogelijk zorg te kunnen bieden. Ter illustratie zijn in Bijlage 1 drie casussen opgenomen.



Figuur 1 Patient journey gerontopsychiatrie

## 1.3. Omvang van de doelgroep

Een indicatie van de omvang van de doelgroep gerontopsychiatrie in het verpleeghuis wordt gedaan op basis van verschillende schattingen, twee schattingen worden in de huidige versie van deze rapportage beschreven, een derde en vierde schatting zullen in het definitieve advies worden beschreven. In de rapportage Expertisecentra langdurige zorg (Wlz), (KPMG, 2019<sup>2</sup>), is een schatting

<sup>2</sup> KPMG (2019). Expertisecentra langdurige zorg (Wlz). Rapportage voor het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Online: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2019/05/21/expertisecentra-langdurige-zorg-wlz>

Advies expertisecentra Wlz, doelgroep Gerontopsychiatrie

gemaakt op basis van expert opinion met een beperkte groep. De omvang van de doelgroep gerontopsychiatrie in het verpleeghuis werd geschat op minder dan 1000 bewoners in Nederland.

Een tweede schatting is gedaan op basis van een inventarisatie van zorgaanbieders in Noord Nederland die specialistische zorg bieden. De inventarisatie is uitgevoerd door Noorderbreedte en betreft organisaties in Friesland, Groningen en Drenthe (van Dijk, 2016<sup>3</sup>). Vijf zorgorganisaties in de V&V bieden in totaal plaats aan 120 bewoners met gerontopsychiatrische problemen. Wanneer dit aantal wordt geëxtrapoleerd voor Nederland, uitgaande van eenzelfde prevalentie nationaal en dat het totaal aantal bewoners in Noord Nederland 9,9% van de totale bevolking is, wonen er naar schatting ongeveer 1200 bewoners met gerontopsychiatrische problemen in Nederlandse V&V instellingen.

Van 55 V&V locaties is bekend dat zij voornamelijk geclusterde zorg voor mensen met gerontopsychiatrische problemen bieden. Van een deel van de locaties heeft de werkgroep voor maart 2020 kunnen inventariseren hoeveel gerontopsychiatrische bewoners op deze locaties verblijven. Het aantal plaatsten in de inventarisatie tot nu toe per locatie loopt uiteen van 9 tot en met 80. De inventarisatie uitgevoerd door de werkgroep is niet gevorderd genoeg om een redelijke schatting te kunnen weergeven. Vanwege de aanhoudende Corona-uitbraak is de inventarisatie niet verder voortgezet.

Een betrouwbaardere schatting kan worden gedaan door een algehele inventarisatie. Een dergelijke inventarisatie zou vanaf maart 2020 uitgevoerd worden binnen het project 'Kennisinfrastructuur over sectoren'. In dit onderzoek worden alle verpleeghuizen en woonzorgcentra die psychogeriatrische, somatische en gecombineerde zorg en verblijf bieden uitgenodigd een vragenlijst in te vullen. Met dit onderzoek wordt meer inzicht verkregen in de omvang van ook bewoners met gerontopsychiatrische problemen die niet-geclusterde zorg ontvangen (n=1). Dit onderzoek is naar verwachting in het eerste kwartaal van 2021 gereed en biedt een representatiever schatting van de doelgroep omvang in het verpleeghuis. In verband met COVID-19 is dit onderzoek niet in het voorjaar van 2020 gestart, maar uitgesteld. Begin oktober 2020 is het onderzoek daadwerkelijk van start gegaan, dit was echter vlak voor de tweede COVID-19 golf. Doordat instellingen voor verpleging en verzorging wederom volop hun prioriteiten bij COVID-19 en interne processen moesten leggen, verwachten de onderzoekers dat dit nadelige gevolgen zal hebben voor de respons en representativiteit. De resultaten kunnen leiden tot nieuwe inzichten, waarbij wel een kritische beschouwing in het licht over de invloed van corona op de dataverzameling nodig is.

De inschatting van de omvang van de doelgroep in instellingen voor verpleging en verzorging is lastig. Enerzijds vanwege de versnippering van verblijf van cliënten over verschillende afdelingen, anderzijds ook doordat de afbakening van de doelgroep volgens de definitie van Veerbeek et al. (2020)<sup>4</sup> nog niet is geïmplementeerd in de praktijk en mogelijk niet als zodanig worden herkend. Deze uitdaging is zo mogelijk nog groter om de omvang van de doelgroep in de thuissituatie en op wachtlijsten in te schatten. Om een beeld te krijgen van de te verwachtte instroom in de Wlz is het belangrijk om inzicht te krijgen in het aandeel mensen met chronische psychiatrische problematiek in andere settingen dan

---

<sup>3</sup> Van Dijk G. (2016). De schakels in de keten in Noord Nederland. Noorderbreedte en GGZ Friesland.

<sup>4</sup> Veerbeek M, Lempens A., Bransen E., van Belzen E., van Erp J., Kroon H., van der Roest H. (2020). Doelgroep definitie ter beschrijving van bewoners met gerontopsychiatrie in het verpleeghuis en bewoners in een instelling voor verstandelijk gehandicaptenzorg met psychiatrische problematiek Resultaten van een Delphi-studie. Utrecht, Trimbos-instituut.  
Advies expertisecentra Wlz, doelgroep Gerontopsychiatrie



de Wlz, dat een stapeling van ouderdomsproblematiek ontwikkelt in die mate dat een verpleeghuissetting passend is (conform de doelgroepdefinitie). Deze taak is qua complexiteit, belasting en door gebrek aan middelen niet uit te voeren door de werkgroep in het kader van dit advies. Gedurende de transitiefase zal het doelgroepnetwerk zich verder inspannen om beter inzicht in te kunnen bieden.

## 2. Schets van het huidige zorglandschap

### 2.1. Overzicht huidige zorgaanbod

Door een aantal grote zorgaanbieders wordt in Nederland gespecialiseerde zorg voor gerontopsychiatrie geclusterd aangeboden. Binnen deze organisaties, die zijn verenigd in het NKOP, verblijven relatief grote bewonersgroepen van 30 tot 80 bewoners met gerontopsychiatrische problematiek (Amsta, Archipel Zorggroep, Atlant, Hilverzorg, Laurens, Noorderbreedte, Het Parkhuis, De Waalboog, ZorgAccent). Deze organisaties hebben in de afgelopen jaren veel expertise opgebouwd op het gebied van GP en onderling veel expertise en kennis gedeeld. Noorderbreedte is de enige organisatie in het bezit van het predicaat Topcare voor de doelgroep Gerontopsychiatrie (zie 2.4.1). Maar alle genoemde organisaties kunnen, gezien hun ervaring en expertise, een rol als Doelgroep Expertise Centrum (DEC) of Regionaal Regionaal Expertise Centrum (REC) vervullen. In hoofdstuk 4 wordt uitgewerkt welke organisaties een rol als DEC of REC op zich willen nemen.

Er zijn meer organisaties in Nederland die binnen de Wlz verblijf bieden aan een relatief groot aantal bewoners met gerontopsychiatrische problemen. Landelijk ontbreekt een volledig overzicht van het zorgaanbod voor gerontopsychiatrie in de Wlz. De werkgroep GP heeft een overzicht samengesteld van 55 locaties, die voornamelijk geclusterd wonen aanbieden voor bewoners met gerontopsychiatrische problemen, waarmee een voorlopig overzicht wordt verkregen van het huidige zorgaanbod (zie voor verdere toelichting 2.3 *Overzicht VVT-organisaties met zorgaanbod voor bewoners met gerontopsychiatrische problematiek (voorjaar 2020)*).



Daarnaast zijn er ook veel verpleeghuizen met één of een aantal bewoners met deze problematiek. Ofwel op een afdeling geclusterd, ofwel verspreid over verschillende afdelingen (n=1). Onbekend is om hoeveel bewoners dit gaat, het project 'Kennisinfrastuur over sectoren' biedt hier mogelijk meer inzicht in, de resultaten zullen naar verwachting in Q1 van 2021 gepubliceerd worden. De locaties waar geclusterde zorg voor bewoners met GP problematiek wordt aangeboden zullen zo

mogelijk online worden gepubliceerd. In eerste instantie via de dossierpagina van het onderzoek<sup>5</sup>, in een later stadium zullen deze gegevens beschikbaar worden gemaakt via de website van het doelgroepnetwerk. Waarschijnlijk zullen de inzichten over in welke organisaties één of een aantal bewoners met GP problematiek verblijven niet uitputtend zijn. Wanneer het doelgroepnetwerk gevormd en operationeel is, zullen de REC's en DEC's, maar ook het KC, deze organisaties meer in beeld kunnen krijgen als deze het doelgroepnetwerk actief benaderen wanneer zij behoefte hebben aan kennis en expertise.

Er bestaan regionale verschillen in het zorgaanbod voor gerontopsychiatrie in het verpleeghuis. In regio's waar verslavingszorg- of GGZ-instellingen een langdurige verblijfsafdeling hebben, verblijft mogelijk een relatief groot aantal mensen met gerontopsychiatrische problemen in deze instellingen en niet in een verpleeghuis.

## 2.2. Samenwerking VVT en GGZ

Er zijn regionale verschillen in de samenwerking tussen de VVT- en de GGZ-instellingen, waar in sommige regio's weinig tot geen structurele samenwerking bestaat, is deze andere regio's bestendiger. Een inventarisatie van het NKOP uit 2018<sup>6</sup> onderscheidt drie typen van samenwerkingsvormen. 1) Integraal samenwerken in de zorgverlening, gekenmerkt door kennisuitwisseling tussen teams, samenwerking en het hebben van een gezamenlijke (of deel van een) afdeling; 2) Samenwerking met afzonderlijke taken, waarbij de ene organisatie zorgt voor wonen en welzijn (via Wmo) en de andere organisatie zorgdraagt voor behandeling (via Zvw); en 3) Consultatiemodel, zo nodig wordt op consultbasis behandeling ingeschakeld vanuit de GGZ, waarbij de inzet door de VVT-instelling wordt vergoed aan de GGZ-instelling. Deze financieringsvorm liep in sommige regio's goed, maar niet overal waren de middelen toereikend om deze consultaties te betalen. Voordeel van dit model is dat in crisissituaties snelle doorplaatsing mogelijk was.

Deze inventarisatie is inmiddels verouderd. Samenwerkingsvorm 1 is inmiddels lastiger te realiseren en bestaat soms niet meer. Beleidsmatig is de GGZ meer op ambulante zorg gaan richten, waardoor bedden worden afgebouwd, en ook de invoering van de Wzd en Wvvgz kan in de weg staan, net als de financieringsvorm. Bij minstens één van deze voorheen samenwerkingsverbanden zijn de bedden overgenomen door de VVT-instelling en is een pilot gestart met structurele kennis- en expertise uitwisseling met een psychiater.

Wat onder andere genoemd wordt als knelpunt in de samenwerking is de afstemming op bestuurlijk niveau. Inhoudelijk vinden de behandelaars elkaar, maar op een hoger niveau staan de schotten tussen de verschillende wetten soms in de weg. Gedurende de transitiefase is samenwerking een punt van aandacht en zullen bestaande vormen binnen het netwerk gedeeld worden.

---

<sup>5</sup> Dossierpagina Kennisinfrastructuur verbeteren bij psychiatrische problematiek in de langdurige zorg. <https://www.trimbos.nl/kennis/kennisinfrastructuur>

<sup>6</sup> NKOP (2018). Samenwerking GGZ en VVT. <https://www.trimbos.nl/actueel/nieuws/bericht/analyse-geeft-inzicht-in-samenwerkingskansen-vvt-en-ggz-advies-expertisecentra-WLz-doelgroep-Gerontopsychiatrie>

### 2.3. Zorgstromen

Bewoners met gerontopsychiatrische problemen is een relatief jonge doelgroep in het verpleeghuis. In tegenstelling tot de zorg voor mensen met dementie in het verpleeghuis zijn voor gerontopsychiatrie nog niet veel zorgstromen te onderscheiden. Veelal wordt er gewerkt met een therapeutisch leefmilieu. Hierin wordt door de fysieke inrichting, specifiek activiteitsaanbod en de wijze van persoonlijke benadering, tegemoet gekomen aan de individuele behoeftes bewoners om een optimale kwaliteit van leven te kunnen bieden. In een recent uitgevoerd actie-onderzoek waarin sociotherapeutische leefmilieus werden geïmplementeerd in twee verpleeghuislocaties, werd geconcludeerd dat deze wijze veelbelovend is voor de zorg<sup>7</sup>. Met name de specifieke (arbeidsmatige) dagbesteding is onderscheidend in de zorg voor mensen met gerontopsychiatrische problemen ten opzichte van een reguliere verpleeghuissetting en kan het best gerealiseerd worden middels grootschaligheid.

### 2.4. Overzicht VVT-organisaties met zorgaanbod voor bewoners met gerontopsychiatrische problematiek (voorjaar 2020)

De werkgroep heeft 55 locaties in beeld die voornamelijk geclusterde specialistische zorg voor mensen met gerontopsychiatrische problematiek bieden. Een deel van de organisaties heeft de werkgroep kunnen benaderen in het kader van de schatting van de doelgroep omvang. Vanwege de focus op corona in het afgelopen jaar en de hierdoor verlegde prioriteiten, heeft de werkgroep de resterende organisaties niet meer kunnen contacteren. Omdat het overzicht niet volledig is, is ervoor gekozen om dit overzicht niet in deze rapportage te vermelden. Binnen de tot nu toe benaderde organisaties varieert het aantal bewoners met gerontopsychiatrische problematiek van 9 tot 80 per locatie. Meer dan de helft van de tot nu toe benaderde locaties biedt geclusterde zorg aan minder dan 30 bewoners, ongeveer 10% biedt zorg aan 60 bewoners of meer. Middels het onderzoek 'Kennisinfrastructuur over sectoren heen', zal een beter beeld verkregen kunnen worden van het aantal zorgorganisaties dat specifiek zorgaanbod heeft voor de doelgroep. Een onderdeel van dit onderzoek is het in kaart brengen van de omvang van de doelgroep in de Wlz en het verkrijgen van inzicht in het bestaande zorgaanbod. Naar verwachting zijn de resultaten van dit deelonderzoek in Q1 van 2021 beschikbaar. Gedurende de transitieperiode zal hierover een steeds beter beeld ontstaan.

#### 2.4.1. Topcare

Topcare is een organisatie voor topzorg voor mensen met complexe aandoeningen die specialistische zorg nodig hebben binnen de VVT en Wlz, waaronder ook de gerontopsychiatrie. Meerdere organisaties in Nederland hebben zich bij Topcare aangesloten. Deze organisaties kunnen door Topcare erkend worden als (landelijk) expertisecentrum door middel van een tweejaarlijkse toetsing van een onafhankelijke visitatiecommissie. Zij ontvangen dan het Topcare-predicaat voor een specifieke doelgroep. De criteria die hiervoor gelden, lopen voor en groot deel parallel met de criteria die in deze notitie genoemd worden bij het DEC. Het Topcare-predicaat helpt hierdoor om ook te kunnen functioneren als DEC.

---

<sup>7</sup> Noordam, H., Gerritsen, D. (2019). De LIVE studie: Een Actie onderzoek naar sociotherapeutische leefmilieus in verpleeghuizen. Nijmegen, Radboud universitair medisch centrum. Advies expertisecentra Wlz, doelgroep Gerontopsychiatrie

Momenteel is Noorderbreedte als enige Nederlandse zorgorganisatie in het bezit van het Topcare-predicaat voor gerontopsychiatrie.

## 2.5. Overzicht huidig kennisnetwerk

### 2.5.1. Betrokken partijen

Het Nederlands Kenniscentrum Ouderen Psychiatrie (NKOP) heeft als missie een partner te zijn voor professionals die werkzaam zijn in de geestelijke gezondheidszorg, alsook voor VVT-organisaties met cliënten met psychiatrische problematiek. Het NKOP is organisatorisch onderdeel van het Trimbos-instituut.

Het NKOP is een betrouwbare partner, neemt in het werkveld het initiatief om de kennisagenda (mede) te bepalen, is een interdisciplinaire werkplaats voor uitwisseling van kennis, draagt bij aan verbetering van kwaliteit van zorg aan ouderen met psychische problemen en gaat ervan uit dat leren niet ophoudt aan het eind van een opleiding, maar dat deskundigheid zich tijdens het werk verdiept en verbreedt.

In samenwerking met het programma Ouderen van het Trimbos-instituut richt het NKOP zich op zowel het implementeren als ook het initiëren van wetenschappelijke inzichten en resultaten, die bijdragen tot kwaliteitsverbetering van behandeling van ouderen met een psychische klachten.

De doelgroep van het NKOP bestaat uit professionals en onderzoekers die werkzaam zijn in de geestelijke gezondheidszorg voor ouderen (psychiaters, psychologen, geriater, verpleegkundigen, preventiewerkers e.a.) en professionals en onderzoekers die werkzaam zijn in de verpleeg- en verzorgingshuissector (specialisten ouderengeneeskunde, geriater, (GZ-)psychologen, verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen, verzorgenden, maatschappelijk werkenden, ouderenwerkers, huisartsen e.a.).

Het NKOP is regisseur van het platform Gerontopsychiatrie in de VVT. Dit platform heeft als doel de kwaliteit van zorg voor ouderen met een psychiatrische achtergrond in de VVT te verbeteren. Het platform is een manier voor professionals om kennis en ervaring uit te wisselen. De bijeenkomsten worden georganiseerd door medewerkers van het NKOP in samenwerking met deelnemers vanuit de adviesraad van het NKOP. Dit zijn zorginhoudelijke medewerkers van de verpleeghuisinstellingen die lid zijn van het NKOP. Op deze halfjaarlijkse open platformbijeenkomsten komen ook veel medewerkers van kleinere afdelingen en instellingen om kennis over deze doelgroep op te doen. Daarbij geven sprekers vanuit de GGZ of onderzoekers regelmatig een lezing. De bedoeling is dat er genoeg ruimte is voor de deelnemers om ervaringen te delen. Het NKOP streeft ernaar een interactief platform te bieden, waar kennisdeling voorop staat. De platformbijeenkomsten zijn bedoeld voor zorgprofessionals met een interesse voor gerontopsychiatrie in de VVT. Middels informatie op de NKOP website wordt tevens kennis verspreid.

### 2.5.2. Beschikbaarheid en centralisatie kennis

Een deel van de kennis is gecentreerd via het NKOP. Op dit moment is een groot aantal van de grotere zorgaanbieders met een gespecialiseerd zorgaanbod voor deze doelgroep, lid van het NKOP, waarvan Archipel Zorggroep, Atlant, Hilverzorg, Laurens en De Waalboog al sinds langere tijd. Recent zijn ook Noorderbreedte, Het Parkhuis en ZorgAccent lid geworden. Het NKOP biedt een netwerk en faciliteert

Advies expertisecentra WLz, doelgroep Gerontopsychiatrie

dat de verbinding over de sectoren heen gevonden kan worden, aangezien er tevens veel GGZ-instellingen NKOP lid zijn (GGZ Eindhoven, GGZ Breburg, GGZ Oost Brabant, GGZ Centraal, Altrecht, GGZ InGeest, Dimence, GGNet, Rivierduinen, GGZ Noord Holland Noord en Parnassia Groep).

Bij zorgorganisaties die gespecialiseerde gerontopsychiatrische zorg aanbieden is veel kennis aanwezig en daarnaast vaak ook scholingsaanbod. Dit aanbod wordt over het algemeen ingezet voor interne scholingsdoeleinden en is niet breed toegankelijk voor zorgprofessionals van andere zorgaanbieders. Een overzicht van beschikbare kennis en scholingsaanbod ontbreekt. Er vindt kennisdeling plaats tussen VVT-organisaties onderling en tussen VVT- en GGZ-organisaties. Maar deze kennisdeling is niet zichtbaar, het is niet bekend welke netwerken zijn gevormd en wat de frequentie, intensiteit en inhoud van de kennisdeling behelst.

In een aantal initiële beroepsopleidingen, zoals HBO-V en de opleiding tot psychiater, is wel aandacht voor gerontopsychiatrie. Voor de Verpleegkundig Specialist GGZ, een 3 jarige route aan de opleidingsinstelling Geestelijke Gezondheidszorg Verpleegkundig Specialist te Utrecht, is er wel sprake van een uitstroomrichting ouderenpsychiatrie. Daarnaast is er ook een 1,8 jarige variant die GP als aandachtsgebied heeft opgenomen (betreft opleiding VS aan hogeschool, Algemene Gezondheidszorg (AGZ) en GGZ). De opleiding differentieert niet naar doelgroep maar naar zorgsoort (acuut, preventief, chronisch of meer op somatiek is gericht).

Kennisdeling over gerontopsychiatrie vindt vooral plaats via een verscheidenheid aan cursussen, trainingen en scholingen, af te nemen bij een gemêleerde groep aanbieders. Dit betreffen verdiepingscursussen vanuit GGZ instellingen gericht op ouderen met psychiatrische problematiek en vergelijkbaar aanbod vanuit particuliere bureaus. De laatste groep aanbieders richt zich met name op zorgprofessionals die, in verband met registratievereisten, geaccrediteerde scholing dienen te volgen. De toekenning van deze accreditatie wordt binnen de individuele beroepsverenigingen geregeld.

Kennisdeling op basis van de kennis uit wetenschappelijk onderzoek vindt vooral plaats binnen de universitaire netwerken en de instellingen die meewerken binnen bepaalde onderzoekslijnen, deze is tot nu toe beperkt tot drie promotieonderzoeken. Naast deze onderzoeken (Van den Brink, 2019<sup>8</sup>; Collet, 2019<sup>9</sup>, Van der Wolf, 2020<sup>10</sup>), is er geen nog geen overzicht voorhanden van kennisinstituten met specialisaties in GP, die bij kunnen dragen in de kennisvergaring (hogescholen, universiteiten).

Tot slot wordt evidence based kennis verspreid via symposia en congressen, welke veelal voor de eigen beroepsgroep georganiseerd worden.

## 2.6. Meest relevante knelpunten voor de doelgroep

Het onderstaande geeft een overzicht weer van de meest relevante knelpunten die worden ervaren in de organisatie van de zorg voor bewoners met gerontopsychiatrische problemen. Hierbij dient opgemerkt te worden dat sommige aanbieders hiervoor ook oplossingen hebben gevonden. De geïdentificeerde knelpunten worden benoemd vanuit verschillende perspectieven.

---

<sup>8</sup> Van den Brink, A. (2019). Nursing home residents with mental and physical multimorbidity. Characteristics, neuropsychiatric symptoms and needs. Nijmegen, De Waalboog, Radboud university medical center.

<sup>9</sup> Collet, A. (2019). Specific Care on the Interface of Mental health and Nursing home. SpeCIMeN. Maastricht, Maastricht UMC+.

<sup>10</sup> Van der Wolf, E. (2020). Well-being in gerontopsychiatric nursing home residents. Heerlen, Open Universiteit. Advies expertisecentra WLz, doelgroep Gerontopsychiatrie

### 2.6.1. Perspectief cliënten en naasten

- 1.1 Het is voor (potentiële) cliënten, naasten en verwijzers veelal onduidelijk welke zorgorganisaties een woon/zorg/behandelaanbod hebben dat is afgestemd op de specifieke zorgbehoefte van een GP-bewoner. Meer duidelijkheid en inzicht in het bestaande zorgaanbod zal leiden tot beter overwogen keuzes voor een zorgaanbieder en passender zorg.
- 1.2 Cliënten die tot de doelgroep behoren bij instellingen met weinig bewoners van deze doelgroep, wonen vaak verspreid op afdelingen waar het woon-leefklimaat en de zorg/behandeling/begeleiding niet op de specifieke zorgvraag van deze cliënten is afgestemd. Om een op de doelgroep afgestemd woon-leefklimaat te realiseren (inclusief dagbesteding, die voor een belangrijk deel van de doelgroep een arbeidsmatig karakter dient te hebben) en om continuïteit van gespecialiseerde medewerkers te kunnen organiseren, is een geconcentreerd minimaal volume van cliënten nodig.
- 1.3 De huidige wachtlijsten en slechte doorstroom leiden tot langer verblijf in het psychiatrisch ziekenhuis of tot ongewenste situaties in de eerste lijn. Door de verkeerde-bed problematiek, worden bewoners soms uiteindelijk op een somatische, revalidatie of ELV plaats opgenomen, waar niet altijd aan de specifieke zorgvraag tegemoetgekomen kan worden en de uitkomst suboptimale zorg is. Door de wachtlijsten ontstaat overbelasting van het sociale systeem, hetgeen kan leiden tot crisisopnames. Zonder adequaat sociaal systeem en zorg raken mensen met gerontopsychiatrische problemen eerder en vaker uit balans dan nodig. Alleen het bieden van de juiste zorg op de juiste plaats voor deze doelgroep kan kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven optimaliseren.
- 1.4 Doordat zorgorganisaties zich (financieel) geen leegstand kunnen permitteren, worden op GP-afdelingen regelmatig cliënten opgenomen die niet tot de doelgroep behoren. Ook het grote aanbod van crisisopnames draagt hieraan bij. Het gemengd verblijf van GP-bewoners met andere doelgroepen heeft een negatief effect op de kwaliteit van de zorg, voor zowel bewoners met GP als 'andere' bewoners die op die specifieke afdelingen meestal niet in een passend klimaat verblijven. Juist GP-bewoners hebben baat bij structuur in hun woon- en leefomgeving voor hun welzijn.
- 1.5 De samenwerking tussen organisaties over verschillende sectoren heen is lang niet overal optimaal. Helaas leidt dit te vaak tot het 'pingpongen' van cliënten. De samenwerking tussen de VVT en de GGZ wordt onder andere bemoeilijkt doordat de beide sectoren te maken hebben met verschillende financieringsstromen en wetten (denk bijvoorbeeld aan de actuele knelpunten ten gevolge van de invoering van de Wet Zorg en Dwang en de Wet Verplichte GGZ per 1 januari 2020). Heldere samenwerkingsafspraken tussen VVT en GGZ-organisaties over verantwoordelijkheden en mogelijkheden om gebruik te kunnen maken van elkaars expertise en financiering hiervan komen de kwaliteit van zorg ten goede.
- 1.6 Apathie, depressie, ernstige mate van irritatie, agitatie en angst worden door mensen met gerontopsychiatrische problemen als zeer belastend ervaren. Dit heeft een negatief effect op hun welzijn. Het besteden van specifieke aandacht aan deze problematiek en het bieden van passende behandeling kan de kwaliteit van leven van bewoners vergroten.
- 1.7 Het betrekken van familie en naasten bij (de zorg voor) een bewoner met gerontopsychiatrische zorgvragen is belangrijk voor diens welzijn. Vaak is de betrokkenheid van het sociale netwerk vanwege de problematiek gering of geheel afwezig. Het bieden van psycho-educatie kan familie en naasten meer inzicht en begrip geven voor het ziektebeeld en daardoor ook voor de bewoner.

Deze informatie is echter niet altijd georganiseerd beschikbaar en zorgaanbieders kunnen dit niet altijd bieden.

- 1.8 Vanwege het ontbreken van een specifieke zorgstandaard voor deze doelgroep, ervaren cliënten en naasten lacunes en doublures in de keten. Dit veroorzaakt onduidelijkheid en dat maakt cliënten onzeker. Een zorgstandaard beschrijft waar kwalitatief goede zorg aan moet voldoen (vanuit cliëntperspectief) en zorgt ervoor dat professionals werkzaam in de verschillende sectoren (eerste lijn, VVT, GGz) kunnen gaan werken vanuit de afspraken die in de zorgstandaard en zorgpaden/-programma zijn vastgelegd, waardoor voor de cliënt meer continuïteit in zijn/haar behandeling ontstaat.

Zorgprogramma's zijn de vertalingen van de zorgstandaard naar de dagelijkse praktijk, toegespitst op de eigen situatie, waardoor de landelijk gedragen norm dagelijkse realiteit wordt. Er is een 'Zorgprogramma Gerontopsychiatrie in het verpleeghuis', gepubliceerd in 2012. In de komende transitieperiode wil de werkgroep dit zorgprogramma aanpassen naar nieuwe inzichten en ontwikkelingen. Op basis van deze activiteiten zullen ook competentieprofielen en een leerlijn vastgesteld worden. De wens bestaat om toe te werken naar een landelijke zorgstandaard Gerontopsychiatrie. Om een dergelijke zorgstandaard als kwaliteitsstandaard te formaliseren, dient de aandoening GP wel erkend te worden door Zorginstituut Nederland, aangezien GP geen diagnose is volgens de DSM-5.

### 2.6.2. Perspectief van zorgverleners

- 2.1 Bewoners met gerontopsychiatrische problemen wonen vaak verspreid op afdelingen waar het woon-leefklimaat en de zorg/behandeling/begeleiding niet op de specifieke zorgvraag van deze cliënten is afgestemd. Wanneer het volume van bewoners met GP relatief laag is, bemoeilijkt dit het opleiden en bekwaam houden van medewerkers op het gebied van gerontopsychiatrie. Men kan onvoldoende ervaring opdoen met de doelgroep en de kosteneffectiviteit van scholing voor medewerkers is relatief laag bij een gering aantal GP-bewoners. Zonder aanvullende scholing hebben medewerkers binnen de VVT onvoldoende kennis en vaardigheden over de multi-morbiditeit op verschillende domeinen (somatisch, psychisch/psychiatrisch, gedrag, sociaal) die kenmerkend is voor deze doelgroep; interpretatie en integratie van de diverse signalen/symptomen zijn vaak suboptimaal, waardoor de complexe zorgvraag (te) laat wordt gesignaleerd en cliënten niet altijd (tijdig) de juiste zorg en begeleiding ontvangen. Bij escalatie wordt de zorgvraag nog complexer. Voor de cliënt betekent dit dat hij/zij vaker uit balans zal raken en dat heeft een negatief effect op zijn/haar kwaliteit van leven.
- 2.2 Een competentieprofiel GP ontbreekt, het vastleggen hiervan helpt voor beter inzicht in de benodigde technische en sociaal-emotionele vaardigheden voor professionals en om gepast opleidingsaanbod te kunnen ontwikkelen en aan te bieden.
- 2.3 Gespecialiseerde GP zorg is arbeidsintensief vanwege de gedragsproblematiek en heeft een negatieve impact op de gezondheid en werktevredenheid van verzorgenden en verpleegkundigen. Om te voorkomen dat medewerkers uitvallen, is reflecteren, leren en verbeteren nodig d.m.v. intervisie en lerende netwerken. Lerende netwerken zijn relatief nieuw, maar worden in het Kwaliteitskader Verpleeghuisgeneeskunde essentieel geacht voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Of deze lerende netwerken zijn opgezet en hoe deze functioneren, is niet bekend. Het minimaliseren van personeelsverloop is bevorderlijk voor het welzijn van bewoners en de continuïteit van zorg.



- 2.4 Wanneer medewerkers toegang hebben tot effectieve behandeling en interventies in het bijzonder voor apathie, irritatie, depressie en angst, worden zij in staat gesteld gedragsproblematiek bij bewoners beter te beheersen, wat bijdraagt aan de kwaliteit van leven van bewoners. Nu is er niet altijd voldoende zicht of toegang op welke behandelingen toegepast kunnen worden.
- 2.5 Medewerkers hebben geen beschikking over psycho-educatie en interventies om familieleden en naasten te betrekken bij de zorg voor een bewoner. Dit laatste is wel wenselijk. Het betrekken van het sociale netwerk wordt (incidenteel) wel gedaan, maar is zeer tijdsintensief, waardoor het ook vaak achterwege wordt gelaten.

### 2.6.3. Financiering

- 3.1 De zorgkosten voor de doelgroep zijn hoger dan het reguliere tarief, vanwege de intensiteit van de zorg, maar ook vanwege benodigde psychosociale en farmacologische interventies.
- 3.2 De reguliere zzp-tarieven zijn gebaseerd op de zorgbehoefte van individuele cliënten, maar blijken ontoereikend voor de extra investeringen in o.a. het ontwikkelen en delen van kennis, het ontwikkelen van richtlijnen en voor een structureel scholingsprogramma. Daarnaast bemoeilijkt de huidige financiering het aannemen van gekwalificeerd personeel in hogere functiegroepen en de ontwikkeling van op de doelgroep afgestemde dagbesteding. Een stimulans hierin is nodig.
- 3.3 Er zijn mogelijkheden voor aanvullende financiering, waarvoor soms gebruik wordt gemaakt van de meerzorgregeling en door enkele organisaties van groepsmeerzorgregeling. De aanvraagprocedure is echter complex en de meerzorg is tijdelijk. Er kleven veel nadelen aan de (groeps)meerzorgregeling, zoals hoge administratieve lasten voor aanvraag en verantwoording. De tijdrovende procedure vormt een barrière om van deze regeling gebruik te kunnen maken. Groepsmeerzorg kan tot nu toe alleen als de groep gelijk blijft. In enkele situaties is gezocht naar een dusdanige aanpassing van de regels van de groepsmeerzorg dat een tijdelijke lumpsum financiering is ontstaan. Uniforme en heldere afspraken omtrent de groepsmeerzorgregeling zijn gewenst.
- 3.4 Door een tekort aan financiële middelen en het aantal gespecialiseerde professionals komt consultatie t.b.v. GP-cliënten in andere VVT-instellingen niet goed van de grond, terwijl hier wel behoefte aan is. Financiering van consultatie van het kernteam in andere VVT-instellingen, of bijvoorbeeld in het ziekenhuis of in een RIBW ontbreekt volledig. Ten aanzien van consultatie in de eerste lijn is alleen financiering van de consultatiefunctie van de specialist ouderengeneeskunde mogelijk.  
De bekostiging binnen de Wlz op basis van het zorgprofiel is vaak niet toereikend, laat staan dat deze zou kunnen voorzien in de consultatiefunctie. Dit is te verklaren vanuit de dubbele grondslag (GGZ en V&V) met een noodzaak tot intensieve verpleging en verzorging en intensieve behandeling en begeleiding. Het geïndiceerde zorgprofiel is vaak niet passend. Ook zijn voor deze doelgroep specifieke fysieke voorzieningen nodig (bijvoorbeeld arbeidsmatige dagbesteding).
- 3.5 Als mogelijk gevolg van het huidige financieringssysteem is de aanmelding van GP-cliënten met somatische zorgvraag niet helder en wisselt het plaatsingsbeleid per instelling. Cliënten komen afhankelijk van de financiering op een somatische of PG-afdeling terecht voor verblijf, als in de instelling geen GP-afdeling aanwezig is, met als nadeel dat het woon-leefklimaat op die afdelingen minder passend is voor de specifieke zorgbehoefte van de cliënt.

### 2.6.4. Maatschappelijk perspectief

- 4.1 Door onduidelijkheid over het bestaande zorgaanbod voor GP, worden cliënten soms doorverwezen naar organisaties met aanbod dat niet specifiek is afgestemd op de zorgbehoefte van GP-cliënten. Helderheid in het bestaande zorgaanbod zorgt ervoor dat de juiste zorg op de juiste plaats geboden kan worden en voorkomt onnodig hoge zorgkosten.
- 4.2 De samenwerking tussen de VVT en de GGZ is onder andere moeizaam. Doordat de beide sectoren te maken hebben met verschillende financieringsstromen en wetten, vallen sommige cliënten tussen wal en schip doordat verantwoordelijkheden niet duidelijk zijn, of omdat cliënten van setting naar setting verhuizen. Hierdoor worden mogelijk onnodige zorgkosten gemaakt en blijven cliënten te lang buiten het passende zorgsysteem.
- 4.3 Wanneer medewerkers psycho-educatie en interventies kunnen inzetten om het sociale netwerk rond een bewoner meer te betrekken bij (de zorg voor) de bewoner, leidt dit tot een breder maatschappelijk begrip voor de problematiek veroorzaakt door GP. Deze mogelijkheden ontbreken momenteel.
- 4.4 Er is sprake van een ontbrekende verantwoordelijkheid bij zorgorganisaties voor de ontwikkeling en disseminatie van expertise over GP. Dit heeft verschillende oorzaken waaronder personele krapte of een onzekere financiële situatie. Er is echter een kleine groep die wel een voortrekkersrol wil nemen in het veld en hiermee de kans aanneemt om verder te specialiseren.

### 2.6.5. Kennisperspectief

- 5.1 Een specifieke zorgstandaard en actueel zorgprogramma voor deze doelgroep ontbreken; het veld vindt de ontwikkeling van een zorgstandaard, maar in eerste instantie een zorgprogramma, inclusief de uitwerking in zorgpaden/-programma en protocollen, een randvoorwaarde waar hoge prioriteit aan gegeven dient te worden. Indien in de verschillende sectoren (eerste lijn, VVT, GGZ) de betrokken professionals werken vanuit de afspraken die in de zorgstandaard en zorgpaden/-programma zijn vastgelegd, komt er voor de cliënt meer continuïteit in zijn/haar behandeling.
- 5.2 Daarnaast ontbreekt momenteel ook een vastgesteld competentieprofiel GP voor zorgprofessionals en is er onvoldoende zicht op de benodigde technische en sociaal-emotionele vaardigheden die nodig zijn. Een dergelijk competentieprofiel draagt bij aan (de ontwikkeling van een) passend scholings- en opleidingsaanbod om expertise onder professionals te vergroten.
- 5.3 De ontwikkeling en implementatie van klinisch toepasbare kennis en kunde komen slechts mondjesmaat van de grond, vanwege onvoldoende (financiële) middelen. Hierdoor stagneren structurele verbeteringen: van cursusaanbod tot richtlijnontwikkeling, (academisch) onderzoek en voldoende aandacht in opleidingen voor de doelgroep gerontopsychiatrie. Centralisatie van specifiek zorgaanbod en verblijf en de onlangs opgestelde doelgroep definitie kunnen hier verbetering in bieden.
- 5.4 Het NKOP kan en wil een belangrijke functie vervullen in het regisseren van onderzoek, kennisdeling en informatievoorziening m.b.t. de doelgroep; zij is hiertoe momenteel beperkt toe in staat vanwege zeer beperkte financiële middelen.
- 5.5 Gestandaardiseerde psycho-educatie en interventies om mantelzorgers bij de (zorg voor een) bewoner te betrekken, ontbreken. Wanneer dit aanwezig is, kan kennis gedeeld worden met

mantelzorgers, maar kan het werk van zorgprofessionals ook beter ondersteund worden door een meer betrokken sociaal netwerk rond een bewoner.

### 3. Schets van het toekomstig zorglandschap

#### 3.1. Schets zorglandschap 2030

In deze sectie wordt uiteengezet hoe de toekomstige kennisinfrastructuur Gerontopsychiatrie georganiseerd kan worden om zoveel mogelijk knelpunten op te lossen met betrekking tot kennisdeling en zorg voor mensen met gerontopsychiatrische problematiek.

De DEC's zijn bij voorkeur geografisch verspreid over Nederland en bieden naast een regionale, ook een landelijke dekking. De werkgroep is van mening dat er in de wenselijke situatie landelijk drie DEC's nodig zijn binnen de kennisinfrastructuur Gerontopsychiatrie.

- Wij verwachten dat het door de geografische spreiding bij dit aantal goed mogelijk is multidisciplinaire teams te vormen met professionals die de voor een DEC benodigde kennis en ervaring hebben met de doelgroep en deze teams "op peil" te houden, ondanks de toenemende krapte op de arbeidsmarkt. Door een geografische verspreiding door Nederland wordt de kans grotere geschikte medewerkers aan te trekken en wordt het risico op personele tekorten in een DEC gespreid.
- Wij verwachten dat het bij dit aantal goed mogelijk is om vanuit de DEC's ambulante teams consultaties en scholingen op landelijk niveau te laten uitvoeren.
- Wij verwachten dat dit aantal DEC's voor een spreiding over het land kan zorgen, waarbij cliënten nog binding zullen voelen met de streek waar zij voor opname woonden en waarbij de reisafstand voor naasten nog overbrugbaar is.
- Door dit aantal DEC's is het met betrekking tot de last-resort functie ook mogelijk carrouselzorg aan te bieden voor cliënten die een intensieve zorgbehoefte hebben en voor veel overlast zorgen. Hierdoor wordt de draaglast voor de DEC's verdeeld.

Een DEC biedt hoogwaardige specialistische zorg (knelpunt 1.2). Het volume van het aantal bewoners dat in een DEC verblijft, biedt de zekerheid dat er voldoende financiële, personele en facilitaire middelen beschikbaar zijn om deze zorg te garanderen (knelpunt 2.1). Op de gespecialiseerde afdelingen wonen enkel cliënten binnen deze doelgroep (knelpunt 1.4). Het DEC beschikt over een multidisciplinair team met voldoende ervaring en de juiste scholing (knelpunt 2.1). De continuïteit en de multidisciplinariteit van de zorgprofessionals werkend bij een DEC is gewaarborgd (knelpunt 1.6). Daarnaast geeft het volume van DEC de mogelijkheid om de verantwoordelijkheid voor landelijke scholings- en consultatieactiviteiten te nemen, om de kennis en expertise in de landelijk zorgpraktijk te verbeteren (knelpunt 2.1). Tot slot wordt ook expertise ontwikkeld vanuit een DEC. Het aantal personen dat in een DEC verblijft, is substantieel genoeg om wetenschappelijk en praktijkgericht onderzoek te kunnen initiëren en uitvoeren.

Iedere DEC zal nauw samenwerken met een netwerk van naar verwachting ongeveer tien REC's, die verspreid liggen in de regio van het DEC. De totale capaciteit en de spreiding dienen in lijn te zijn met de opbouw van de bevolking en de demografische ontwikkelingen in de betreffende regio. REC's bieden hoogwaardige specialistische GP zorg in de regio (knelpunt 1.2 en 1.6). Het REC beschikt over een multidisciplinair team met voldoende ervaring en de juiste scholing (knelpunt 2.1). Het volume van een REC is zodanig dat de financiële, personele en facilitaire middelen deze zorg garandeert (knelpunt 2.1). Op de gespecialiseerde afdelingen wonen enkel cliënten binnen deze doelgroep (knelpunt 1.4). Daarnaast heeft een REC een ambulante en consultatieve functie voor de regio. REC's

ondersteunen hiermee n = 1 t/m 8 organisaties, maar kunnen ook (mede)gesprekspartner en adviseur zijn met betrekking tot indicatiestellingen.

Niet alle cliënten die voldoen aan de definitie van de doelgroep GP zullen opgenomen worden in een REC of een DEC. Soms gaat de voorkeur van de cliënt uit naar een andere locatie, soms blijkt pas na opname dat de psychiatrische problematiek van de cliënt een grotere rol speelt op de zorgvraag en het gedrag van de cliënt dan van tevoren was geschat. Indien de zorgvraag niet al te hoog-complex is, kan er sprake zijn van een n=1 organisatie waar deze cliënt kan wonen. Extra expertise kan voor deze cliënt op locatie worden ingebracht vanuit een REC of DEC. Dit geldt ook voor vergelijkbare cliënten die in een andere setting wonen (bijv. Wlz zorg thuis). Het hoofdbehandelaarschap blijft echter altijd bij de zorgorganisatie die ook zorgdraagt voor het verblijf van de cliënt, passend binnen de wettelijke kaders.

De DEC's – REC's – n=1 organisaties volgen het zogenaamde matched-care principe (knelpunt 1.3, 1.5 en 4.2). Bij matched care wordt rekening gehouden met de ontwikkelingsfase van de aandoeningen, de ernst van de klachten en met prognostische factoren zoals cognitie, persoonlijkheid en somatische co-morbiditeit. Het doel van matched-care is dat dit leidt tot 'niet minder zorg dan noodzakelijk en niet meer dan nodig en gewenst'. Hierbij doet het REC of DEC eerst alles om de kennis en expertise naar de n=1 instelling of de thuissituatie te brengen. Daarnaast zou tijdelijk gespecialiseerd personeel gedetacheerd kunnen worden om bepaalde denk- en werkwijzen over te brengen op een minder gespecialiseerd en ervaren team.

### 3.1.1. Samenwerking zorg

Samenwerking tussen DEC's en REC's draagt bij aan de kwaliteit van zorg. DEC's kunnen REC's binnen hun regio bijstaan in de zorgverlening door het bieden van consultatie en scholing. Alle DEC's hebben een ambulante team dat naar de REC's en eventueel naar n=1 organisaties toe kan gaan om ter plekke cliënten en professionals te kunnen ondersteunen. REC's op hun beurt hebben ook ambulante teams ten behoeve van de ondersteuning van n=1 organisaties en Wlz-cliënten thuis.

REC's bieden ook onderling consultatie en hulp en vormen samen lerende netwerken (knelpunt 2.3). Een DEC zal een netwerk vormen met een aantal REC's. De coördinatie van het netwerk zal plaatsvinden vanuit het DEC. Daarnaast zullen de DEC's onderling samenwerken in een landelijk netwerk.

Het REC zorgt voor de samenwerking met zorg- en ondersteuningspartners uit de keten in de regio. De samenwerking met GGZ-instellingen in de regio is structureel van aard, waarbij in ieder geval de psychiatrische consultatiefunctie vanuit de GGZ geborgd is in de keten (knelpunt 1.5 en 4.2). De samenwerking richt zich tenminste op de volgende onderdelen: consultatie op cliëntniveau, op- en afschaling in de keten, onderzoek, scholingsaanbod in samenwerking met het KC en het bieden van stageplekken en uitwisselingsplaatsen voor o.a. specialistisch verpleegkundigen en psychologen. Door de verbeterde samenwerking in de keten vanuit het REC is passend aanbod beter te vinden door verwijzers en de cliënt (knelpunt 1.1, 4.1).

### 3.1.2. Samenwerking kennis

Ten aanzien van zorgaanbod: Naast de structuur van het NKOP, waarvan de leden in verschillende samenstellingen en met verschillende doelen bij elkaar komen om kennis te delen, is er geen Advies expertisecentra Wlz, doelgroep Gerontopsychiatrie

geformaliseerd netwerk van zorgaanbieders. Dat zou in de doorontwikkeling van de kennisinfrastructuur aanzienlijk verbeterd kunnen en moeten worden.

Ten aanzien van het Kenniscentrum: De kennis- en onderzoeksbasis van het KC zal belegd worden bij het NKOP. Via het NKOP zal de verbinding tussen de VVT en GGz blijvend worden gelegd. De leden van het NKOP zijn op dit moment zorgaanbieders uit zowel de VVT als de GGz. De exacte positie van het NKOP ten opzichte van het KC en het doelgroepnetwerk zal gedurende de transitiefase nader bepaald worden. Een belangrijke voorwaarde om het KC efficiënt te laten opereren is dat het KC gebruik kan maken van de infrastructuur van het Trimbos-instituut. De activiteiten van het KC zullen uitsluitend bestaan uit activiteiten t.b.v. het doelgroepnetwerk ter bevordering van de kennis en expertise GP. Via een stuurgroep, later bestuursstructuur bestaande uit vijf vertegenwoordigers van de leden van het doelgroepnetwerk, zullen de activiteiten worden geaccordeerd door het doelgroepnetwerk.

Ten aanzien van het kennisnetwerk: Het kennisnetwerk dient uitgebreid te worden, waarbij de samenwerking met de academische werkplaatsen en universitaire netwerken verder uitgebouwd wordt. In ieder geval dienen alle DEC's en REC's aangesloten te zijn bij het doelgroepnetwerk en het KC. Vanuit het KC zal in samenwerking met de partijen een landelijk zorgprogramma GP ontwikkeld worden (knelpunten 1.8 en 5.1). Het eerder genoemde lopende onderzoek bij het Trimbos-instituut is hier een mooie opmaat toe.

Daarnaast dient de kennisontwikkeling en -verspreiding geoptimaliseerd te worden. Het kenniscentrum stelt samen met het veld een landelijke onderzoeksagenda en een onderzoeksprogramma op, op basis van de kennishiaten en kennisvragen die leven bij de doelgroep betrokken zorgprofessionals en onderzoekers, en actualiseert deze regelmatig. Onderzoek wordt geïnitieerd door DEC's middels de structurele samenwerking met het academisch veld en het KC. Vanuit deze samenwerking kan onderzoek opgestart worden naar bijvoorbeeld passende behandelingen en implementatie van bewezen effectieve interventies (knelpunt 2.4). Op dit moment wordt gewerkt aan het vernieuwen van gerichte scholing voor afdelingen die werken met deze doelgroep. Door gebrek aan tijd bij gespecialiseerd zorgpersoneel (waar de input ook vandaan moet komen) duurt dit proces erg lang (knelpunt 4.4). Het KC draagt zorg voor bekendheid van de REC's en DEC's in de zorgketen en bij cliënten en vertegenwoordigers (knelpunt 1.1 en 4.1). Het KC verzorgt kennisproducten over GP met als doelgroep o.a. zorgprofessionals en het netwerk van de cliënt (knelpunt 1.7). Ook bundelt het KC beschikbare interventies en psycho-educatie en stelt deze waar mogelijk beschikbaar (knelpunt 1.6, 1.7, 2.4 en 2.5). Het KC ontwikkelt samen met het veld een competentieprofiel met aansluitend overzicht voor scholing (knelpunt 2.2 en 5.2)).

### 3.1.3. Capaciteit

REC's en DEC's moeten een zodanig grote, geclusterde bewonersgroep kunnen bedienen, dat het volume groot genoeg is te kunnen investeren in het bevorderen van expertise van medewerkers op het gebied van GP, zodat er altijd voldoende geschoolde medewerkers beschikbaar zijn. Een minimum volumenorm voor REC's van 30 bewoners wordt voorgesteld om dit voldoende te kunnen garanderen. Deze omvang is gebaseerd op het kunnen bieden en borgen van voldoende kennis, expertise en specialisatie. Met een minimum van 30 bewoners kan een multidisciplinaire kernteam en zorgteam zodanig effectief functioneren, dat er voldoende gespecialiseerde capaciteit en deskundigheid beschikbaar is. Alleen dan is de expertiseopbouw en continuïteit van kennis en expertise binnen een kernteam en zorgteam te garanderen. Vanuit efficiency en betaalbaarheid is een bepaald volume aan

cliënten nodig om doelgroepspecifieke dagbesteding, dagbehandeling, vaktherapie, dagactiviteiten en locatievoorzieningen en faciliteiten te organiseren. REC's moet voldoen aan criteria om in aanmerking te komen voor de aangepaste bekostiging voor REC's (Nza beleidsregel wordt hiervoor ontwikkeld). Daarmee kunnen REC's de topzorg, kennis- en organisatietaken van een REC financieren.

Voor DEC's ligt dit aantal substantieel hoger, met 60 bewoners die geclusterd wonen. Dit volume is substantieel genoeg om meer gespecialiseerd en op de persoon afgestemd zorg- en ondersteuningsaanbod vanuit de organisatie aan te kunnen bieden, waarbij ook de gemiddelde zorgkosten per bewoner realistisch blijven. De kenmerken van de bewonerspopulatie zijn in de basis gelijk aan de REC. Doordat het DEC ook (tijdelijk) plaats moet bieden aan 'last resort'-cliënten, is de bewonerspopulatie complexer. De volumenorm van 60 is onderbouwd vanuit het noodzakelijke volume dat het mogelijk maakt (en efficiënt is) voor de inrichting van de fysieke omgeving, de voorzieningen, de benodigde continuïteit in kennis en expertise en de doelgroepgerichte specifieke capaciteit. Daarnaast is de volumenorm van minimaal 60 noodzakelijk vanuit de benodigde concentratie om onderzoek te kunnen doen, een gerichte onderzoekscultuur en -infrastructuur op te bouwen (en te behouden) en bepaalde patronen en zorgknelpunten te herkennen van belang voor praktijkgericht en wetenschappelijk onderzoek. Ook zal het volume voldoende zijn voor expertise-bevorderende activiteiten, zoals het initiëren van onderzoek vanuit de praktijk. Het voorgestelde volume van een DEC zal voldoende moeten zijn om genoeg personeel te hebben, waardoor de continuïteit van zorg gewaarborgd blijft en externe consultaties en scholing uitgevoerd kunnen worden.

#### 3.1.4. Standaarden en richtlijnen

De Zorgstandaard Gerontopsychiatrie en richtlijnen zullen door alle partijen van de kennisinfrastructuur worden ontwikkeld, waarbij ook het aanpassen van het huidige Zorgprogramma Gerontopsychiatrie hoort. Hiermee wordt gestart. Bij deze ontwikkelingen zullen ook andere relevante partijen worden betrokken, zoals brancheorganisaties, academische netwerken en zorgkantoren. De door het veld ingebrachte vragen voor de onderzoeksagenda vormen een basis voor het actueel houden van de standaard, richtlijnen en het programma. De ontwikkelingen en aanpassingen worden gecoördineerd door het KC. Voor de implementatie van de standaard en richtlijnen is het hele veld verantwoordelijk, waarbij het KC een belangrijke rol heeft in het uitvoeren van implementatieonderzoek, om tot een zo optimaal mogelijke implementatie te komen. De toetsing voor het werken volgens deze standaard en richtlijnen is geborgd in de opgestelde criteria en kan plaatsvinden via onderlinge visitaties.

#### 3.1.5. Ambulante component

De intramurale en de extramurale component zijn sterk met elkaar verbonden. Dit is belangrijk om deskundigheid over en weer in te brengen, en bewegingen van de cliënt door de keten heen zo soepel mogelijk te laten verlopen (knelpunt 4.1).

Het DEC en het REC zetten hun expertise zowel intramuraal, als ook extramuraal in, bijvoorbeeld georganiseerd in een expertteam of interventieteam. De extramurale inzet kan zowel plaatsvinden bij andere organisaties, als ook in de thuissituatie/eerste lijn (knelpunt 4.2). Expertise, waaronder advies en deskundigheidsbevordering, wordt gedeeld met andere zorg- en hulpverleners en behandelaren

ten gunste van de oudere met psychiatrische problematiek. Ten aanzien van cliënten die niet intern in de eigen organisatie verblijven, heeft het ambulante team een consulterende functie en wordt eventueel benoemd als medebehandelaar samen met de eerstelijns zorgaanbieder. De ambulante functie zal vanuit de kennisinfrastructuur in de toekomst verder vormgegeven worden en zal ook afhankelijk zijn van de actuele behoefte, de omvang van de doelgroep die al dan niet zorg en ondersteuning ontvangt zonder verblijf.

De bewonerspopulatie die intramuraal verblijft, kan in beeld gebracht worden via het netwerk. Cliënten die niet intramuraal verblijven, kunnen slechts gedeeltelijk in beeld gebracht worden via extramuraal/eerstelijns samenwerkingspartners. Echter, ook bij die partners zijn in de toekomst waarschijnlijk niet alle cliënten bekend. Voor een deel zijn cliënten bekend vanuit consultaties, maar niet alle ouderen met psychiatrische problematiek krijgen ondersteuning of zorg. Denk hierbij aan zorgmijders en ouderen waarbij de psychiatrische problematiek niet als psychiatrie herkend wordt of niet gediagnosticeerd is op psychiatrische problematiek in de eerste lijn of bij andere organisaties. De kennisinfrastructuur zal de doelgroep zoveel mogelijk onder de aandacht brengen, waardoor ketenpartners cliënten beter zullen herkennen, zodat tijdig de juiste zorg kan worden geboden (knelpunt 51).

### 3.1.6. Domein overstijgend

De samenwerking over de verschillende domeinen (somatisch, psychisch, gedrag, sociaal) is van belang aangezien, zoals eerder gezegd, gerontopsychiatrische cliënten gekenmerkt worden door domein overstijgende problematiek (zie definiëring van de doelgroep). Binnen het multidisciplinaire GP team op de de Wlz locatie zijn daarom disciplines met deskundigheid op verschillende domeinen vertegenwoordigd en wordt op die manier intern over verschillende domeinen samengewerkt.

Samenwerking tussen sectoren is ook noodzakelijk voor deze doelgroep. Ten behoeve van intramurale cliënten wordt op het gebied van psychische problematiek samengewerkt met een of meerdere GGZ-organisaties, waarbij specialistische GGZ zorg en ondersteuning kan worden ingezet voor bewoners die dit behoeven of ter deskundigheidsbevordering van zorgprofessionals. Deze zorg en ondersteuning kan in verschillende vormen geboden worden, waaronder consultatie met een psychiater of SPV-er, maar mogelijk ook het tijdelijk inschakelen van een sociaal psychiatrisch verpleegkundige in het verpleeghuis (knelpunt 5.1). Dit is bij de REC's en DEC's vastgelegd in een (of meerdere) formele samenwerkingsovereenkomsten (knelpunt 4.2). Binnen het KC is deze samenwerking over de beide sectoren verankerd in het KC zelf. Sinds lange tijd zijn zowel VVT-organisaties als GGZ-instellingen aangesloten bij het NKOP met het doel deskundigheid en expertise uit te wisselen.

Op het sociale domein vindt samenwerking plaats met sociale teams van gemeenten. REC's spelen een belangrijke rol in deze samenwerking, die vaak gericht is op het realiseren van opname binnen een passende leefomgeving van cliënten die niet meer zelfstandig thuis kunnen wonen, of (sporadisch) het overplaatsen van een bewoner van een Wlz-instelling naar een woning extramuraal. Zie voor een beschrijving van de samenwerking 3.1.5 *Ambulante component*.

Zoals eerder aangegeven, uit de samenwerking op domein overstijgende onderwerpen met de GGZ-organisaties zich onder andere door:



- Consultaties van behandelaren van de GGZ-organisatie bij bewoners met gerontopsychiatrische problematiek in de VVT-instelling, vallend binnen de doelgroepdefinitie gerontopsychiatrie in het verpleeghuis<sup>11</sup>.
- Consultaties van behandelaren van de VVT-organisatie bij cliënten van de GGZ-organisatie.
- Het overplaatsen van cliënten in de WLZ-keten indien zij meer deskundigheid vragen dan de huidige organisatie kan bieden, en welke wel geboden kan worden door de partner in de keten. Hierbij is nadrukkelijke aandacht voor het bewerkstelligen van een stabiele woon-, begeleidings- en behandel situatie van de cliënt, om het voorkomen dat cliënten en cliëntvertegenwoordigers die steeds blijven 'shoppen' waardoor ook de cliënt steeds verhuist.
- Deskundigheidsbevordering over en weer. Zo kan bijvoorbeeld een Sociaal Psychiatrische Verpleegkundige van de GGZ scholing of klinische lessen verzorgen in de VVT-instelling over psychiatrische ziektebeelden en bijbehorend gedrag. Een verpleegkundig specialist van de VVT-organisatie kan datzelfde doen bij de GGZ-instelling ten aanzien van somatische problematiek bij psychiatrische cliënten. Deskundigheidsbevordering tussen de VVT en GGZ vindt ook op landelijk niveau plaats, waarbij het KC een belangrijke verbindende rol speelt tussen beide sectoren. De verantwoordelijkheid voor het kenbaar maken van specifieke behoeften voor kennisdeling en het faciliteren van medewerkers aan deelname aan kennisdeling ligt bij de VVT-instelling.
- Deelname van de psychiater en/of SPV-er aan een multidisciplinair overleg in de VVT-instelling bij een zeer complex ziektebeeld van een cliënt. Indien nodig (tijdelijk) gebruikmaken van de inzet van een SPV-er in de VVT-instelling. Er is een vast consultatieteam betrokken bij de VVT-instelling voor bijvoorbeeld periodieke (anonieme) cliëntbesprekingen, consultatie, ambulante GGZ behandeling of nazorg na GGZ-opname. Dit consultatieteam kan bestaan uit een SO of SPV, waarbij een psychiater zo nodig en laagdrempelig mee kijkt. Deze samenwerking geschiedt op basis van vastgelegde overeenkomsten.
- Gezamenlijk initiëren van, of deelname aan wetenschappelijk en praktijkgericht onderzoek. Dit kan op verschillende thema's en met verschillende intensiteit en zowel kwalitatief als kwantitatief onderzoek betreffen. Enkele relevante thema's van de Kennisagenda NKOP hiervoor zijn samenwerking tussen de GGZ en VVT; de implementatie en het bijstellen van het Zorgprogramma Gerontopsychiatrie; deskundigheidsbevordering; leefmilieus: fysieke en sociale inrichting van woonvoorzieningen. Dit betreft onderzoek op zowel gerontopsychiatrische afdelingen als afdelingen ouderenpsychiatrie en richten zich op behoeftes en eigen regie van cliënten, familieparticipatie, benaderingswijzen of complex gedrag van cliënten. Of aan onderzoek naar kenmerken van ziektebeelden, diagnostiek of meetinstrumenten.

### 3.1.7. Bekostiging

Voor de continuïteit van de kennisinfrastructuur en kwaliteit van zorg is het van belang dat er een structurele bekostiging van de REC's en DEC's wordt gehanteerd (knelpunt 5.3), met heldere afspraken omtrent de inkoop (knelpunt 3.3). Deze bekostiging zal voldoende moeten zijn om de zorgcomponent en de randvoorwaarden die nodig zijn om de activiteiten van de DEC's en REC's uit te kunnen voeren

---

<sup>11</sup> Veerbeek M, Lempens A., Bransen E., van Belzen E., van Erp J., Kroon H., van der Roest H. (2020). Doelgroep definitie ter beschrijving van bewoners met gerontopsychiatrie in het verpleeghuis en bewoners in een instelling voor verstandelijk gehandicaptenzorg met psychiatrische problematiek Resultaten van een Delphi-studie. Utrecht, Trimbos-instituut  
Advies expertisecentra WLZ, doelgroep Gerontopsychiatrie

(knelpunten 3.4 en 53). Ook voor het KC is een structurele financiering noodzakelijk om de basisactiviteiten uit te kunnen voeren (knelpunten 3.1, 3.2, 3.5, 5.3 en 5.4). Voor het uitvoeren van (grote) wetenschappelijke projecten zal de financiering grotendeels gezocht moeten worden via subsidieverstrekkingen als ZonMw. De doelgroep GP is echter klein, waardoor de maatschappelijke relevantie van het onderwerp in reguliere subsidieoproepen veelal niet onderkend wordt. Een landelijk programma voor specifieke doelgroepen zou hiervoor geschikt zijn. Europese subsidies (o.a. Horizon 2020 of 3rd Health Programme) met specifieke thema's kunnen mogelijkheden bieden. Deze subsidies zijn hoog competitief en de honoreringskans is laag. Aanvragen zullen het meest kansrijk zijn als wordt samengewerkt met andere specifieke doelgroepen aan overkoepelende onderwerpen als gedragsproblematiek, diagnostiek of organisatie van zorg.

### 3.1.8. Continu werken aan verbetering van zorg

De nieuwe structuur van kenniscentrum, DEC's, REC's en organisaties met een beperkt of niet-geclusterd zorgaanbod voor ouderen met gerontopsychiatrische problematiek vormt een netwerk rond de doelgroep. Continue verbetering en borging van kwaliteit van zorg zal zowel plaatsvinden binnen de verschillende organisaties zelf, als binnen het netwerk als geheel. Hiervoor zullen verschillende instrumenten gebruikt worden. Naast dat er gewerkt wordt volgens het zorgprogramma GP, zal binnen de instelling onder andere gebruik gemaakt worden van intervisie binnen discipline groepen, multidisciplinaire beleidsoverleggen en intervisie, kwaliteitscirkels en scholing (zowel individueel als in groepsverband) en bij de DEC's en REC's worden onderzoeks- en innovatieprojecten geïnitieerd en uitgevoerd. Om de kwaliteit van leven te optimaliseren zal ook het sociale netwerk waar mogelijk worden betrokken bij de zorg (knelpunt 4.3, 5.5).

Binnen de netwerken wordt ook gebruik gemaakt van instelling overstijgende intervisie, netwerkbijeenkomsten, platformbijeenkomsten, een jaarlijks terugkerend congres, scholing en gezamenlijke onderzoeks- en kwaliteitsverbeteringsprojecten. Hierdoor vindt zowel borging als kwaliteitsverbetering plaats.

Cliënten en hun vertegenwoordigers staan hierbij centraal. Immers, het gaat hierbij niet alleen om wat professionals zien als goede kwaliteit van zorg, maar vooral dat deze aansluit bij de behoeftes en wensen van de cliënten.

## 4. Opgestelde criteria

### 4.1. Basiscriteria: de criteria waar zowel het DEC als de REC minimaal moet voldoen

Domein	Criteria	Concretisering	Onder-scheidend	Meet-baar	Onder-bouwd
1. De kennis over GP door de keten heen	1.1 De werkwijze van de organisatie voor bewoners met GP <b>is conform het actuele zorgprogramma GP</b> in de VV.	Medewerkers kunnen laten zien te werken met de actuele richtlijnen en zorgprogramma's. Ze kunnen dit toetsbaar aantonen.	ja	ja	ja
2. Organisatie van GP zorgketen	2.1 De organisatie <b>initieert en stimuleert samenwerking</b> , zowel regionaal met RECs, GGZ-instellingen en andere ketenpartners, als landelijk met DEC's en het KC.	De organisatie is in de regio herkenbaar als regionaal aanspreekpunt.  De organisatie heeft vastgelegde samenwerkingsovereenkomsten met op regionaal (REC, GGz) en landelijk (DEC's, KC) niveau, welke gericht zijn op de verbetering van kwaliteit voor zorg voor bewoners met GP	ja	ja	ja
	De organisatie beschikt over een <b>vast multidisciplinair team</b> dat gespecialiseerd is in de doelgroep.	Het REC heeft een structurele samenwerking vastgelegd in een schriftelijke samenwerkingsovereenkomst met GGz en ketenpartners in de regio, met vaste contact(en) (psychiater, psychiatrisch verpleegkundige) binnen GGz. Samenwerking	ja	ja	ja

Domein	Criteria	Concretisering	Onder- scheidend	Meet- baar	Onder- bouwd
		tussen partijen wordt minimaal een keer per twee jaar geëvalueerd.			
3. Kennisontwikkeling, wetenschappelijk en praktijkgericht	3.1 De zorginstelling neemt actief deel aan <b>wetenschappelijk onderzoek</b>	De organisatie investeert actief en aantoonbaar in het verwerven van kennis rond de doelgroep in de samenwerking met organisaties binnen het de kennisinfrastructuur GP (DEC's, REC's, KC).  Zij doet dit door deel te nemen aan wetenschappelijk en/of praktijkgericht onderzoek, richtlijnontwikkeling en het meten van uitkomsten t.b.v. wetenschappelijk en praktijkgericht onderzoek.	ja	ja	ja
4. Doelgroep-specifieke kennis en expertise in de zorgpraktijk	4.1 Er is <b>een substantieel volume</b> intramurale cliënten vanuit de doelgroep	Er zijn intramuraal minimaal 30 plaatsen specifiek voor cliënten binnen de doelgroep (in de Wlz). Cliënten zijn geclusterd op één of meerdere afdelingen of woningen.	ja	ja	ja
	4.2 De <b>omgeving is aangepast</b> aan de doelgroep	De afdeling of woning is conform het zorgprogramma GP qua inrichting, faciliteiten	ja	ja	ja

Domein	Criteria	Concretisering	Onder- scheidend	Meet- baar	Onder- bouwd
		afgestemd op de doelgroep.			
		Er is een dagbestedingsaanbod afgestemd op de doelgroep, conform het zorgprogramma GP. Dit kan zowel zelf georganiseerd worden als elders ondergebracht, zolang het voldoet aan de eisen.	ja	ja	ja
	4.3 Er is een <b>multidisciplinair gespecialiseerd</b> GP kernteam	<p>Het team is in vaste dienst, specifiek voor de doelgroep. Het team bestaat minimaal uit:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mix van professionals die zorgdragen voor zorg en ondersteuning en activiteiten en voldoen aan competentieprofiel GP</li> <li>- Specialist ouderengeneeskunde</li> <li>- Psycholoog</li> <li>- Ergotherapeut</li> <li>- Fysiotherapeut</li> <li>- Gespecialiseerde HBO-verpleegkundigen en agogen</li> </ul>	ja	ja	ja

Domein	Criteria	Concretisering	Onder-scheidend	Meet-baar	Onder-bouwd
	4.4 De organisatie <b>waarborgt de continuïteit</b> van zorg op de afdeling/woning.	Het behandelteam GP heeft gedurende het hele jaar voldoende capaciteit om 5 dagen per week en het zorgteam 7 dagen per week beschikbaar te zijn voor de afdeling/woning.	ja	ja	ja
		In het zorgteam en behandelteam is gemiddeld vier jaar ervaring met de doelgroep aanwezig	ja	ja	ja
		Om overbelasting en uitval van medewerkers vanwege de specifieke problematiek van de doelgroep te voorkomen en de best mogelijke zorg en behandeling te kunnen blijven bieden, is voldoende aandacht voor reflecteren, leren en verbeteren t.a.v. de problematiek tijdens intervisie en lerende netwerken en eventueel op andere wijzen.	ja	ja	ja
	4.5 De organisatie <b>waarborgt het kennisniveau</b> van medewerkers.	De organisatie waarborgt de continuïteit van zorg daarnaast door professionals te ondersteunen in het actueel houden van kennis GP door continue bijscholing volgens de	ja	ja	ja

Domein	Criteria	Concretisering	Onder- scheidend	Meet- baar	Onder- bouwd
		leerlijn en kennisuitwisseling middels intervisie, training, nascholing en congres- en symposiabezoek.			
5. Consultatie-functie	5.1 Er is een <b>consultatiefunctie</b> ingericht.	De organisatie ondersteunt organisaties die niet direct deel uitmaken van de kennisinfrastructuur (zoals organisaties die geen geclusterde zorg kunnen leveren) in de regio bij het leveren van passende zorg. Daartoe beschikt de organisatie over voldoende capaciteit en middelen om beschikbaarheid te bieden voor consultatie van alle disciplines uit het kernteam.	ja	ja	ja
6. Ontwikkeling kennis- en kwaliteits-producten	6.1 Er vinden <b>kwaliteitsvisitaties</b> plaats in een vaste frequentie	De organisatie werkt actief mee aan kwaliteitsvisitaties georganiseerd door het Lvhc-netwerk.	ja	ja	ja

## 4.2. Aanvullende criteria: de criteria waarmee het DEC zich onderscheidt van het REC

Domein	Criteria	Concretisering	Onder-scheidend	Meet-baar	Onder-bouwd	
1. Kennis-ontwikkeling, wetenschappelijk en praktijkgericht	1.1	De organisatie <b>initieert</b> wetenschappelijk onderzoek en voert wetenschappelijk onderzoek uit.	De organisatie brengt onderzoeksvragen in bij het KC t.b.v. de onderzoeksagenda GP en haalt dit jaarlijks bij de stakeholders op.	ja	ja	ja
		De organisatie heeft een proactieve houding t.o.v. kennisontwikkeling en -deling.	De organisatie beschikt over een eigen onderzoeksinfrastructuur met lopende onderzoeklijnen die inhoudelijk zijn afgestemd met het KC. Zij doet dit door doorlopend praktijk en/of wetenschappelijk onderzoek te initiëren en uit te voeren.	ja	ja	ja
		De organisatie beschikt over een vast multidisciplinair team dat expertise heeft m.b.t. de doelgroep.	De organisatie heeft een samenwerking met wetenschappers (universiteit, academische werkplaats, kennisinstituut of hogeschool). Deze samenwerking is geformaliseerd in een samenwerkingsovereenkomst, waarbij de samenwerking gefocust is op wetenschappelijk en/of praktijkgericht onderzoek en implementatie van resultaten in de praktijk.	ja	ja	ja



Domein	Criteria	Concretisering	Onder-scheidend	Meet-baar	Onder-bouwd	
2. Organisatie van GP in de keten	2.1	De organisatie <b>adviseert en ondersteunt</b> organisaties in de keten	De organisatie (DEC) acteert proactief richting, en is beschikbaar en zichtbaar voor organisaties (zoals GGZ, andere verpleeghuizen, CIZ, de zorgkantoren en het CCE) bij de uitvoering van werkzaamheden, zoals indicatiestellingen en advisering.	ja	ja	ja
		De organisatie biedt plaats aan moeilijk plaatsbare cliënten in afstemming met GGZ-instellingen in de regio en andere DEC's	De organisatie vormt een samenwerkingsverband met aanverwante organisaties, zoals de andere kenniscentra waarin samengewerkt wordt in consultaties, onderzoek, kennis delen en netwerkontwikkeling.	ja	ja	ja
3. Doelgroep-specifieke kennis en expertise in de zorgpraktijk	3.1	Er is een substantieel <b>volume</b> intramurale cliënten vanuit de doelgroep.	Er zijn intramuraal minimaal 60 plaatsen specifiek voor cliënten binnen de doelgroep (in de Wlz).	ja	ja	ja
			De afdelingen / woningen werken als organisatorische eenheid vanuit een gezamenlijke visie.	ja	ja	ja
	3.2	De <b>omgeving</b> is <b>aangepast</b> aan de doelgroep	De afdeling wordt bewoond door enkel bewoners die voldoen aan	ja	ja	ja

Domein	Criteria	Concretisering	Onder-scheidend	Meet-baar	Onder-bouwd	
		de criteria van de doelgroep.				
		De afdeling of woning is conform het meest actuele zorgprogramma qua inrichting, faciliteiten en dagbestedingsaanbod afgestemd op de doelgroep.	ja	ja	ja	
	3.3	Er is een <b>multidisciplinair gespecialiseerd GP kernteam</b>	Het team is in vaste dienst, specifiek voor de doelgroep. Het team bestaat minimaal uit: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Specialist ouderengeneeskunde</li> <li>- Psycholoog</li> <li>- Ergotherapeut</li> <li>- Fysiotherapeut</li> <li>- Gespecialiseerde HBO-verpleegkundigen en agogen</li> <li>- Vaktherapeut</li> <li>- Mix van professionals (V&amp;V) die dagelijkse zorgdragen voor zorg en ondersteuning en activiteiten en voldoen aan competentieprofiel GP</li> </ul>	ja	ja	ja
	3.4	De organisatie <b>waarborgt de continuïteit</b> van	Het behandelteam GP heeft gedurende het hele jaar, 5 dagen in de week (tijdens kantooruren) voldoende capaciteit voor	ja	ja	ja

Domein	Criteria	Concretisering	Onder-scheidend	Meet-baar	Onder-bouwd	
		zorg op de afdeling/woning.	vragen en consultatie (zowel intern als extern).			
			In het zorg- en behandelteam is gemiddeld vier jaar ervaring met de doelgroep aanwezig	ja	ja	ja
	3.5	De organisatie <b>waarborgt het kennisniveau</b> van medewerkers.	De organisatie waarborgt de continuïteit van zorg door professionals te ondersteunen in het actueel houden van kennis GP door continue bijscholing volgens de afgesproken leerlijn en kennisuitwisseling middels bijv. intervisie, training, nascholing en congres- en symposiabezoek.  Minimaal 80 procent van de medewerkers voldoet aan de leerlijn. De overige medewerkers ontwikkelen dit aantoonbaar.	ja	ja	ja
<b>4. Consultatiefunctie</b>	4.1	De organisatie beschikt over een multidisciplinair team dat op alle niveaus <b>consultatie, scholing en training</b> kan bieden.	Zorgmedewerkers en behandelaren van DEC's zijn beschikbaar voor het bieden van scholing en training. Dit is in samenwerking met het KC. Alle expertisecentra leveren hierin een evenredig deel.	ja	ja	ja

Domein	Criteria	Concretisering	Onder-scheidend	Meet-baar	Onder-bouwd
5. Last Resort	5.1 De organisatie biedt plaats aan <b>moeilijk plaatsbare cliënten</b> in afstemming met GGZ-instellingen in de regio en andere DEC's	De DEC's in Nederland hebben gezamenlijke inspanningsverplichtingen m.b.t. zeer complexe cliënten en hebben hier aantoonbare afspraken over gemaakt.	ja	ja	ja
	5.2 <b>Inspanningsverplichting</b> triage en beoordeling in het kader van last resort functie.	Wanneer zorgaanbieders aanspraak maken op de last resort-functie van het DEC, heeft de organisatie de verantwoordelijkheid (inspanningsverplichting) voor het uitvoeren van triage en een beoordeling. Op basis daarvan komt men gezamenlijk tot een passend behandelplan. In dit behandelplan is ook aandacht voor de beste fysieke locatie voor de cliënt (in het DEC of bij de zorgaanbieder, met ondersteuning vanuit het DEC).	ja	ja	ja

### 4.3. Criteria voor het kenniscentrum

Criteria	Uitleg criteria
Het KC is een kennisgerichte organisatie op het expertisegebied GP.	Een KC is een kennisgerichte organisatie op het specifieke kennis- en expertisegebied Gerontopsychiatrie (GP) die vanuit de verbinding met het brede zorgveld samenwerking stimuleert en initieert tussen WLz zorginstellingen, GGz-zorginstellingen, kennisinstituten en kennisnetwerken en opleidingen op het gebied van kennisontwikkeling, kennisdeling en verspreiding, het uitwisselen van expertise en scholing.
Het KC coördineert kennisontwikkeling op het gebied van GP.	Een KC voert aantoonbaar de coördinatie over onderzoek op het kennisgebied GP door gezamenlijk vanuit het zorgveld en de cliëntenvertegenwoordiging volgens een bewezen methode een landelijk gedragen onderzoeksagenda tot stand te brengen en regie te voeren op de implementatie van deze onderzoeksagenda. Het KC zet zich in om hiertoe financiële middelen te werven.
Het KC ontwikkelt in samenwerking landelijk gedragen kennisproducten.	Een KC ontwikkelt aantoonbaar landelijke kennisproducten op het kennisgebied GP in samenwerking met het zorgveld, cliëntenvertegenwoordiging en betrokken partijen binnen de kennisinfrastructuur die gedragen worden door het zorgveld. Het KC stelt met input en nauwe samenspraak uit het veld een kennisagenda op. Hierbij is het KC verantwoordelijk voor de ontwikkeling van het zorgprogramma GP en hieruit voortvloeiende richtlijnen en zorgprogramma, het beheer en actualisatie van de zorgprogramma's/-standaarden/-richtlijnen en organiseert actieve implementatie van de kennisproducten. Het KC zorgt voor draagvlak in het veld, om zodoende de producten aan te bieden aan het Kwaliteitsregister van ZiNL.
Het KC in samenwerking met het veld en brancheorganisaties competentieprofielen en een leerlijn op het gebied van GP.	Een KC ontwikkelt met het zorgveld en brancheorganisaties actuele competentieprofielen en definieert een leerlijn die bijdraagt het scholingsbeleid op het specifieke expertisegebied GP, in aansluiting op de behoeften vanuit de praktijk en practice-based alsook evidence-based ontwikkelde kennis. Op basis van de kennisagenda ontwikkelt het KC trainingen en generieke leermodules en stelt zich ten doel deze zo breed mogelijk beschikbaar en zo laagdrempelig toegankelijk te laten zijn.

Criteria	Uitleg criteria
Het KC zet zich in voor landelijke bekendheid van het kennisnetwerk GP.	Het KC investeert in vindbaarheid en brede bekendheid van het kennis- en expertise netwerk GP binnen de landelijke zorgketen GP en breder (van huisarts tot ziekenhuis en GGZ en verslavingszorg tot zorgkantoren/ zorgverzekeraars/ gemeenten ect): zowel wat betreft de DEC's, REC's, als breder.
Het KC inventariseert en adresseert knelpunten uit het veld.	Het KC investeert in proactief ophalen van knelpunten in het veld en de gehele zorg keten GP. Het KC kan optreden als vertegenwoordiging o.b.v. signalen uit het werkveld naar instanties als VWS en systeempartijen (belangenbehartiger op specifieke kennis en expertisedomein GP)
Het KC werkt samen met partijen actief op het expertisegebied.	Een KC is een actieve partner binnen de kennisinfrastructuur en zoekt proactief samenwerking met, aansluiting bij, en participeert in bestaande kennisnetwerken, zorgnetwerken, opleidingsinstituten (zoals universiteiten, academische centra, academische werkplaatsen, MBO-HBO-WO, beroepsorganisaties etc.) op het specifieke expertisegebied.
Het KC biedt kennis en voorlichting over GP binnen en buiten de zorgketen.	Draagt zorg voor actuele kennis en voorlichting over het expertisegebied aan zorgprofessionals binnen en buiten de zorgketen. Het KC biedt per regio een overzicht van DEC's en REC's, inclusief samenwerkende GGZ-organisaties. Hieronder worden ook het beschikbaar stellen en ontwikkelen van psycho-educatie voor familie en naasten verstaan.
Het KC bevordert de ontwikkeling en implementatie van nieuwe innovaties voor de doelgroep.	Een KC ondersteunt, stimuleert en neemt initiatief in de ontwikkeling van nieuwe innovaties, en implementatie van breed gedragen innovaties (ehealth, slimme technologie, kunstmatige intelligentie), door het delen van succesvolle praktijkervaringen en de leerpunten van (nog) niet geslaagde experimenten.
Het KC stimuleert het gebruik van zorggegevens voor onderzoek en innovatie.	Een KC stimuleert de aanlevering van gegevens en het gebruik van, en beheert een gedeelde database, ten behoeve van onderzoek en innovatie. DEC's en REC's en kennisinstituten worden op een verantwoorde wijze in staat gesteld gebruikt te maken van dit systeem op basis van een gedeelde taal/methodiek.
Het KC waarborgt het cliëntperspectief binnen de kennisinfrastructuur.	Een KC waarborgt het cliëntperspectief in wetenschappelijke kennisontwikkeling, kennisverspreiding en deling en scholing door het actief betrekken van cliëntvertegenwoordiging. Om

Criteria	Uitleg criteria
	cliëntvertegenwoordigers beter te betrekken bij de zorg voor de bewoner, worden interventies geschikt professionals ter stimulering van doel verzameld, ontwikkeld en verspreid.

## 4.4 Concretisering toekomstschets

Bij de indeling van organisaties zoals hieronder beschreven voldoen de meesten aan de geformuleerde criteria. Op details wordt bij sommige organisaties afgeweken. In de volgende fase zal verder uitgewerkt gaan worden welke concrete stappen gezet gaan worden om naar de gewenste situatie te bewegen.

Regionale expertisecentra	Mate waarin organisatie voldoet aan de opgestelde criteria, inclusief (indien van toepassing) uitleg van groeimodel en tijdslijn
Archipel Zorggroep	√
Hilverzorg	√
Laurens	√
Het Parkhuis	√
De Waalboog	√
ZorgAccent	√
Doelgroep expertisecentrum	
Atlant	√
Noorderbreedte	√
Kenniscentrum	
Nederlands Kenniscentrum Ouderenpsychiatrie	√

Advies expertisecentra WLz, doelgroep Gerontopsychiatrie



## 5. Benodigde vervolgstappen

### 5.1. Toelichting

Onderstaand worden processtappen om te komen op hoofdlijnen beschreven, inclusief voorlopige einddata waarop afronding van de specifieke stappen gewenst is om voortgang te houden in de ontwikkeling van de kennisinfrastructuur GP. De beschreven stappen zijn een eerste aanzet en zullen nog nader worden afgestemd met CELZ, toetredende doelgroepen en de werkgroep GP.

Een aantal randvoorwaarden voor dit proces zijn uiterst belangrijk in voorbereiding tot de start van de transitiefase die op 1 januari 2021 ingaat voor toegelaten lvhc-doelgroepnetwerken. Duidelijkheid over toetreding in een vroeg stadium is hiervoor uiteraard nodig. Daarnaast is duidelijkheid over de financiering voorbereidende werkzaamheden en het opstellen ontwikkelplannen is nodig. De financiering van deze zaken is noodzakelijk.

Voordat de transitiefase start, zullen organisaties hier vanuit eigen middelen aan moeten werken, om de plannen klaar te hebben voor 1 januari 2021. Wanneer het opstellen van een ontwikkelplan niet zal worden meegefinancierd, zal dit waarschijnlijk leiden tot een vertraging in de ontwikkeling van de gehele kennisinfrastructuur, die voor het grootste deel steunt op REC's.

### 5.2. Processtappen

Stap	Verantwoordelijke organisatie(s)	Tijdspad (conceptadvies maart 2020)	Tijdspad (deadlines)
Duidelijkheid over toelating doelgroepen tot transitiefase	CELZ	1 juli 2020	Q1 2021
Duidelijkheid over vorm en hoogte financiering transitiefase	CELZ, NZa, VWS	1 juli 2020	Oktober 2020
Benoemen toetsingscommissie overkoepelende KC's, bestaande uit vertegenwoordigers overkoepelende KC's uit transitiefase	CELZ	1 juli 2020	Q2 2021
Consultatie potentiële DEC's en REC's over	Werkgroep GP	1 oktober 2020	Q2 2020

Stap	Verantwoordelijke organisatie(s)	Tijdspad (conceptadvies maart 2020)	Tijdspad (deadlines)
bereidheid toetreding kennisinfrastructuur en tegemoetkoming criteria			
Opstellen blauwdruk ontwikkelplan	Toetsingscommissie overkoepelende KC's	1 oktober 2020	Q1 2021
Opstellen ontwikkelplan	Organisaties om te voldoen aan criteria voor aanwijzing door commissie	31 december 2020	
Cliëntenpanel samenstellen	KC	31 december 2020	
Opstellen (voorlopig) toetsingskader ontwikkelplannen	Toetsingscommissie overkoepelende KC's, KC (doelgroep specifiek)	1 januari 2021	
Toekenning transitievergoeding kennisinfrastructuur GP	VWS	1 januari 2021	
Toegang doelgroep GP tot ZonMw programma Specifieke doelgroepen	VWS	1 januari 2021	
Zorginkoopbeleid voor DEC's en RKC's bekend	NZa, VWS en aangewezen zorgkantoor voor zorginkoop kennisinfrastructuur	1 juli 2021	
Uitvoering toetsing ontwikkelplannen op basis van voorlopig toetsingskader	CELZ	31 december 2021	
Ontwikkeling zorgprogramma GP gereed	KC, DEC's, REC's	31 december 2021	

Stap	Verantwoordelijke organisatie(s)	Tijdspad (conceptadvies maart 2020)	Tijdspad (deadlines)
Toetreding zorgorganisaties tot kennisinfrastructuur o.b.v. toetsingskader	CELZ	Na transitiefase en formele erkenning kennisinfrastructuur GP	
Ministeriële erkenning DEC's	VWS	Start formele kennisinfrastructuur (na transitiefase)	

## Bijlagen

### Bijlage 1 Casuïstiek patient journey

Casus 1 en 2 beschrijven twee voorbeelden van patiënten met psychiatrisch-somatische multimorbiditeit die zijn aangemeld voor verpleeghuiszorg (Uit: AMA van den Brink, RTCM Koopmans (2019). Patiënten met psychiatrische en somatische multimorbiditeit: Een doelgroep met complexe zorgvragen. *Bijblijven*, Uitgave 2/2019).

In casus 3 is een film te zien over Frank, een bewoner bij Atlant met chronisch psychiatrische problematiek in het verpleeghuis.

#### Casus 1

Het eerste voorbeeld betreft een 63-jarige vrouw met een depressie, paniekaanvallen, een gemengde persoonlijkheidsstoornis met afhankelijke en theatrale kenmerken en multipale sclerose. Zij was immobiel en volledig ADL-afhankelijk, doch kon zelfstandig wonen dankzij intensieve mantel- en thuiszorg. Na het overlijden van haar mantelzorger begon zij, ook buiten de geplande zorgmomenten, toenemend een beroep te doen op de thuiszorg. Hieruit bleek dat mevrouw meer continuïteit in de zorgverlening nodig had dan door de thuiszorg geboden kon worden. Daarom werd een indicatie aangevraagd voor opname in een verpleeghuis.

Zij kon worden opgenomen op basis een somatische indicatie. Door de combinatie met haar psychiatrische problemen heeft het CIZ pakket 7 geïndiceerd.

In de eerste weken na opname ging het moeizaam tussen patiënte en de verzorgenden. Tijdens de zorgmomenten schold ze op de verzorgenden en gaf ze telkens aan dat de collega's het veel beter deden en dat ze de volgende keer niet meer door haar verzorgd wenste te worden. Het team was voorbereid op dit gedrag omdat zij geschoold waren in het omgaan met patiënten met persoonlijkheidsproblematiek. Zij lieten zich niet uit elkaar spelen en begrepsden respectvol het gedrag van patiënte. Ze namen de tijd om patiënte goed te leren kennen en toonden interesse in haar. Ze namen de pijnklachten van patiënte serieus en legden de pijnscore systematisch vast in het dossier. Zij bespraken dit met de specialist ouderengeneeskunde en de fysiotherapeut, die daar hun behandelplannen op bijstelden. Langzaam groeide het vertrouwen van patiënte in het team en werd ze milder in haar uitlatingen.

## Casus 2

Het tweede voorbeeld betreft een 72-jarige, gehuwde man met een recidiverende psychotische depressie, tardieve dyskinesie en ernstige diabetes insipidus. De man werd opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis in verband met suïcidaliteit, nihilistische wanen en een delier. Het delier was het gevolg van uitdroging door slecht drinken en de diabetes insipidus. Na rehydratie en met intensieve psychiatrische behandeling knapte de man goed op, maar om herhaling van een dergelijke ontsporing te voorkomen, bleef psychiatrische en somatische begeleiding noodzakelijk. Vanwege deze zorgbehoefte, die voor zijn echtgenote een te grote belasting betekende, was ontslag naar huis niet mogelijk en verhuisde hij naar een verpleeghuis.

Bij deze man verliep het indicatietraject veel moeizamer. De aanvraag voor een indicatie waarmee deze patiënt opgenomen zou kunnen worden op een gerontopsychiatrische verpleeghuisafdeling werd in eerste instantie afgewezen omdat de psychiatrische diagnose op de voorgrond stond. Nadat een specialist ouderengeneeskunde een behandelplan had opgesteld waarin goed zichtbaar was hoeveel somatische zorg deze man nodig had ten gevolge van zijn psychiatrische aandoening, werd de indicatie alsnog afgegeven.

In het zorgplan hadden twee aandachtspunten prioriteit. Allereerst werd zeer nauwkeurig een vochtlijst bijgehouden en hier werd consequent met patiënt over gecommuniceerd. Hierdoor lukte het de vochtintake rond de twee en halve liter per dag te houden en kon uitdroging worden voorkomen. Ten tweede werd met patiënt en zijn echtgenote gezocht naar mogelijkheden voor een zinvolle daginvulling om te voorkomen dat patiënt te veel last zou hebben van sombere gedachten. De ondersteuning die patiënt hierbij nodig had, werd op basis van heldere afspraken geboden door familie, vrijwilligers en professionals.

## Casus 3

De film “Een eigen Waarheid” over Frank, bewoner bij Atlant:

<https://www.atlant.nl/specialismen/chronisch-psychiatrische-verpleeghuiszorg/een-eigen-waarheid-het-verhaal-van-frank/>

## Bijlage 2 Deelnemerslijst werkgroep

Naam	Functie	Organisatie
Maggy van den Brand	Specialist ouderengeneeskunde	Archipel Zorggroep
Ester Willemse	Programmamanager Expertisecentra	Atlant
Anne van den Brink	Specialist ouderengeneeskunde / Hoofd VervolgOpleiding tot Specialist Ouderengeneeskunde Nijmegen (VOSON)	De Waalboog / Radboudumc
Nancy Langman	Verpleegkundige	Hilverzorg
Sabine Huitema	Verpleegkundig specialist i.o.	Hilverzorg
Angeline Swank	GZ- psycholoog/praktijkopleider GZ-opleiding	Laurens
Gea van Dijk	Adviseur Kwaliteit en Innovatie / Lector Ouderen met psychische problemen	Noorderbreedte
Ina Kerkdijk	Directeur Woonzorg	ZorgAccent
Inge Binnenmars	Coach woonzorg/Cliëntadviseur Gerontopsychiatrie	ZorgAccent
Henriëtte van der Roest	Programmahoofd Ouderen	NKOP / Trimbos-instituut
Lonneke Arnold	Coördinator NKOP t/m januari 2020	NKOP / Trimbos-instituut
Christian Klijs	Coördinator NKOP vanaf januari 2020	NKOP / Trimbos-instituut
Maddy Blokland (voorzitter)	Adviseur ADM-beleid t/m oktober 2020	Trimbos-instituut

### Bijlage 3 Activiteiten om veld te informeren

In maart 2020 was een aantal momenten bekend om het veld breder te informeren over de ontwikkelingen, deze zijn in verband met de maatregelen om verspreiding van het Coronavirus tegen te gaan onder zorgverleners niet doorgedaan:

- NKOP Platformbijeenkomst VVT, 10 maart 2020, Utrecht. Ongeveer 50 deelnemers van zowel VVT als GGz-instellingen. Wordt verplaatst naar later tijdstip in het tweede kwartaal van 2020.
- Landelijke studiedag Ouderen en Psychiatrie, 18 maart 2020, Amsterdam. 56 deelnemers uit de VVT en GGZ. Wordt verplaatst naar najaar 2020.
- Landelijk congres Thuis in het Verpleeghuis, 29 juni 2020, Utrecht. Een parallelsessie over de kennisinfrastructuur GP door het Trimbos-instituut en Noorderbreedte.

Op 5 november 2020 het de platformbijeenkomst GP in de VVT digitaal plaatsgevonden, waarbij de ontwikkelingen tot dan toe met betrekking tot de kennisinfrastructuur GP zijn toegelicht. Voor deze bijeenkomst zijn alle leden van het NKOP uitgenodigd. De bijeenkomst is terug te zien op de [NKOP website](#).

Overige activiteiten:

- Cliënten en cliëntvertegenwoordigers zijn landelijk niet georganiseerd. De cliëntenraden van de aan de werkgroep deelnemende zorgorganisaties worden geïnformeerd over het voorliggende advies.
- De klankbordgroep van het onderzoek 'Kennisinfrastructuur over sectoren' zal worden benaderd over dit advies (zie bijlage 4 voor deelnemende organisaties). Ook zal dit advies worden gepresenteerd in een te organiseren platformbijeenkomst in het kader van bovenstaand onderzoek voor organisaties uit de VVT en GGz zullen worden uitgenodigd.

## Bijlage 4 Korte beschrijving totstandkoming advies

### Betrokken partijen

1. De werkgroep GP  
De werkgroep wordt gevormd door vertegenwoordigers van zorgaanbieders en vertegenwoordigers van het NKOP. Dr. Henriëtte van der Roest (programmahoofd Ouderen van het Trimbos-instituut en eindverantwoordelijke voor het NKOP) en Ester Willemse (programmamanager expertisecentra Atlant en stuurgroeplid van het NKOP) zijn aanspreekpunten voor het Ministerie van VWS.
2. Klankbordgroep en platform zorgaanbieders  
Om een zo optimaal mogelijke verbinding te realiseren tussen de opdracht van de werkgroep en het onderzoek, zal de klankbordgroep die samengesteld wordt voor het onderzoek 'Kennisinfrastructuur over sectoren' uitgevoerd door het Trimbos-instituut ook in dit kader als klankbordgroep benaderd worden. Deze klankbordgroep bestaat uit vertegenwoordigers van Actiz, Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE), Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), Nederlandse Zorgautoriteit (Nza), RINO Groep, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), Vereniging Hogescholen, Vilans, Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Daarnaast zal het platform van zorgaanbieders in de VVT en GGz dat gevormd wordt voor het onderzoek op de hoogte worden gehouden van de ontwikkelingen.

### De opdracht

Aanvankelijke opdracht was het kritisch beschouwen en het aanscherpen van de door KPMG opgestelde criteria om te komen tot een landelijke Kenniscentrum, Expertisecentra en voor Satellieten (later: Regionale Zorg Centra). Vervolgens moesten de criteria vast worden gesteld en zou er een voorstel voor implementatie worden vormgegeven.

Aanvullende opdrachten:

- Criteria beschrijven volgens later aangeleverd format
- schets huidige Zorglandschap
- schets toekomstig Zorglandschap
- consultatie doelgroep
- Overzicht GP zorgaanbieders, volume van doelgroep, en verdeling over NL

### Werkwijze

De werkgroep (samenstelling: zie Bijlage 3) vier keer bij elkaar gekomen (7 oktober 2019, 21 november 2019, 23 januari 2020 en 20 februari 2020), waarbij de eerste twee bijeenkomsten 2 uur en de laatste bijeenkomsten 3,5 uur duurden. Op de eerste bijeenkomst na, hebben er ook twee KPMG medewerkers deelgenomen.

Vooraf hebben de deelnemers steeds informatie ontvangen en verzoek om op bepaalde punten vooraf al input te leveren. Van elke bijeenkomst is een verslag/actielijst gemaakt.

Tussentijds is regelmatig overleg geweest via telefoon en e-mail tussen werkgroepleden en met KPMG. De meeste werkgroepleden hebben substantieel meegeschreven aan dit advies.



Vanwege diverse en legitieme redenen konden veel werkgroep leden de laatste werkgroepbijeenkomst op 9 maart niet bijwonen. Deze bijeenkomst is geannuleerd en wordt verplaatst naar eind april 2020.

Op basis van de feedback van de CELZ (d.d. 4 september 2020) op het conceptadviesrapport, zijn de gevraagde aanpassingen gedaan door de werkgroep.



Da Costakade 45, 3521 VS Utrecht

Postbus 725, 3500 AS Utrecht

[NKOP@trimbos.nl](mailto:NKOP@trimbos.nl)