

Doelgroepdefinitie gerontopsychiatrie

Vastgesteld door de transitiewerkgroep op 03-05-2022

1. Inleiding

In de reactie op het adviesrapport gerontopsychiatrie d.d. 3 maart 2021 concludeert het CELZ t.a.v. de doelgroepdefinitie dat er gezien de heterogeniteit van de doelgroep goed aan gedaan is de doelgroep te definiëren middels een Delphi-studie. “Qua methodologie is dat een prima insteek en dat heeft tot een goede definitie geleid.” Wel vraagt het CELZ om een verdere afbakening. De doelgroep GP in de WLZ/VVT groeit mede vanwege gewijzigde wetgeving en bekostiging in de GGZ. Dit brengt het risico met zich mee dat de doelgroep (te) groot wordt en daarmee de laag-volume norm van 1500 cliënten overschrijdt. Het CELZ is van mening dat t.b.v. deze afbakening het begrip ‘complexiteit’ nader gedefinieerd zou moeten worden en te gebruiken als criterium voor de afgebakende groep.

Deze notitie geeft de gevraagde afbakening weer door toevoeging van een aantal extra criteria op basis van complexiteit. Het begrip ‘complexiteit’ wordt hiertoe nader omschreven (paragraaf 2). De Delphi-studie¹ naar de doelgroepdefinitie vormt het uitgangspunt. De Delphi-studie is uitgevoerd met inbreng van veel inhoudsdeskundigen met verschillende professionele achtergronden en werkzaam in diverse organisaties (o.a. VVT-organisaties, GGZ-organisaties en UMC’s). Hiermee krijgt deze doelgroepdefinitie legitimiteit. Ter aanvulling op de Delphi-studie is niet alleen de complexiteit verder uitgewerkt, maar is ook aangegeven op welke situaties de cliënt niet (meer) past binnen een gespecialiseerde GP-afdeling in het verpleeghuis.

Tenslotte wordt aangegeven op welke wijze binnen het doelgroepennetwerk gerontopsychiatrie omgegaan wordt met de doelgroepdefinitie (paragraaf 3).

2. Doelgroepdefinitie

2.1. Definitie Delphi-studie

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

¹ Trimbos (2021), Doelgroep definitie ter beschrijving van bewoners met gerontopsychiatrie in het verpleeghuis en bewoners in een instelling voor verstandelijk gehandicaptenzorg met psychiatrische problematiek. <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2022/02/AF1753-Doelgroepdefinitie-ter-beschrijving-van-bewoners-inclusief-vragenlijsten.pdf>

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.

Inclusiecriteria:

- Aanwezigheid van chronische psychiatrische problematiek (gediagnosticeerd 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 stoornis staat op de voorgrond²;
- Ontbrekende behoefte aan (i)ADL ondersteuning of problemen met lichamelijke gezondheid.

2.2. Onderscheid cliënten GP en GP+

In deze nadere afbakening maken we onderscheid tussen cliënten GP en GP+.

2.2.1. Cliënten GP

Hier gaat het over alle mensen die voldoen aan het beeld geschetst in bovenstaande doelgroepdefinitie. Inherent aan deze definitie verblijven deze cliënten intramuraal binnen de VVT. Dit kan in verschillende settingen, al dan niet geclusterd (bijvoorbeeld een kleinschalige GP-woning (geclusterd) of een zorgappartement (niet-geclusterd (n=1))). Daarnaast zijn er cliënten die voldoen aan de doelgroepdefinitie (incl. de inschatting dat de verpleeghuissetting het best passend zou zijn) die elders verblijven, bijvoorbeeld thuis of in een woonvorm voor beschermd of begeleid wonen vanuit de GGZ.

De zorgvraag van deze cliënten, die voortkomt uit de stapeling van psychiatrische, gedragsmatige, cognitieve, lichamelijke en/of sociale problemen, vraagt om een specifieke benadering³, die anders is dan voor verpleeghuiscliënten bij wie de psychiatrische problematiek niet op de voorgrond staat (o.a. 'reguliere' somatiek, psychogeriatric).

Als in de praktijk blijkt, dat een dergelijke cliënt dankzij deze specifieke benadering redelijk goed in balans blijft in de (verpleeghuis)setting waarin hij/zij verblijft, rekenen we deze cliënt tot de doelgroep GP.

² DSM-5 maakt onderscheid tussen beperkte en uitgebreide neurocognitieve stoornis. Het betreft hier de uitgebreide neurocognitieve stoornis (meestal dementie).

³ Waaruit deze specifieke benadering bestaat en wat hiervoor de randvoorwaarden zijn, zal worden uitgewerkt in het zorgprogramma GP (werkgroep 3)

2.2.2. Cliënten GP+

Daarnaast is er een groep GP-cliënten die 24/7 specialiseerde zorg nodig heeft. Het gaat hierbij om geïntegreerde zorg/behandeling/begeleiding/welzijn/wonen in een voor de doelgroep specifiek therapeutisch klimaat.

Wij rekenen een cliënt tot de doelgroep GP+ indien die voldoet aan de volgende criteria:

- Aanwezigheid van chronische psychiatrische problematiek (gediagnosticeerd 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

EN WAARBIJ

- de draaglast de draagkracht overschrijdt van de cliënt zelf, professionals en het netwerk,
- zodat de cliënt en zijn directe omgeving een uitzonderlijk en langdurig beroep op meerdere zorgspecialismen moeten doen;
- reguliere zorg niet of niet meer volstaat
- en een specifiek therapeutisch klimaat noodzakelijk is om ernstige ontsporingen te voorkomen.

Multiproblematiek

De doelgroep GP(+) is heel heterogeen. De grens tussen cliënten GP en GP+ is daardoor niet scherp vast te stellen met gangbare diagnostische instrumenten of classificatiesystemen. Er is per definitie sprake van multiproblematiek, zowel bij cliënten GP als in de GP+ groep. Voor de '+' gaat het er niet per sé om óf bepaalde problemen aanwezig zijn, maar om de combinatie en de complexiteit van het geheel. Maar ook de context speelt een rol. GP-cliënten hebben door hun multiproblematiek een verhoogde kans zowel lichamelijk als psychisch uit balans te raken. Voor een deel van de GP-cliënten is de reguliere verpleeghuissetting toereikend om dit te voorkomen. Als de specifieke context van een gespecialiseerde GP-afdeling echter noodzakelijk is om dergelijke disbalans te voorkomen of te herstellen, dan behoort de cliënt tot de GP+ groep.

Wederzijdse beïnvloeding psychiatrische en somatische problemen

De zorgvraag van GP+ cliënten is complex doordat de psychiatrische en somatische problemen elkaar wederzijds beïnvloeden. Hun gedrag, symptomen en beperkingen zijn daardoor multi-interpretabel. Specialistische kennis is nodig om de juiste diagnose en behandelplan op te stellen en telkens te evalueren en zo nodig bij te stellen. Er is een integrale analyse nodig van meerdere specialismen (denk aan: specialist ouderengeneeskunde, GZ-psycholoog, ergotherapeut, fysiotherapeut, HBO-verpleegkundige en agoog). Het beroep dat op deze gespecialiseerde zorgprofessionals wordt gedaan, is langdurig van aard.

Cognitieve stoornissen

De complexiteit neemt verder toe als er tevens cognitieve stoornissen zijn. Onderzoek⁴ heeft aangetoond dat bij ruim twee derde van GP-cliënten die zijn opgenomen op voor de doelgroep gespecialiseerde verpleeghuisafdelingen sprake is van problemen in de executieve functies en gedragsregulatie, waardoor problemen kunnen ontstaan met bijvoorbeeld het plannen en organiseren, het nemen van besluiten, het oplossen van problemen, concentreren en focussen, impulscontrole en het reguleren van emoties. Dit kan leiden tot risicovol gedrag voor de cliënt zelf en/of diens omgeving en soms van (ernstige) gedragsproblematiek die de interactie met de cliënt compliceren.

2.3. Wanneer past een cliënt niet (meer) binnen een gespecialiseerde GP-afdeling?

Er kan een situatie ontstaan waarin de GP+ cliënt (tijdelijk) niet meer past binnen de gespecialiseerde GP-afdeling.

Eenzijds kan er een stabiele situatie zijn ontstaan waarbij de specifieke context van een gespecialiseerde GP-afdeling niet meer nodig is; in een dergelijke situatie kan de cliënt verhuizen naar een andere setting waarbij zowel de cliënt als het nieuwe team ondersteund kunnen worden vanuit de gespecialiseerde GP-afdeling.⁵ Het kan ook zo zijn dat een andere aandoening dan de psychiatrische problematiek (bijvoorbeeld dementie) op de voorgrond komt te staan en de cliënt daardoor beter past op een PG-afdeling.

Anderzijds kan een situatie ontstaan waarin de mogelijkheden van de gespecialiseerde GP-afdeling ontoereikend zijn voor de ontstane problematiek. Dat is bijvoorbeeld aan de hand in onderstaande situaties:

- Als actieve verslavingsproblematiek een grote rol speelt in de totale problematiek en daarmee in begeleiding en behandeling die iemand nodig heeft. Deze persoon verstoort het leefklimaat voor de groep andere bewoners.
- Als intensivering van psychiatrische zorg (tijdelijk) nodig is.
- Als psychiatrische ontregeling leidt tot crisis en/of dermate ernstig is dat zorgen ontstaan over over veiligheid of te grote risico's voor cliënt of zijn omgeving.

3. Hantering doelgroepdefinitie binnen het doelgroepnetwerk

Binnen het doelgroepnetwerk wordt deze definitie gebruikt voor

- Selectie expertisecentra - vaststelling landschap REC en DEC.
Hiermee koppelt het doelgroepnetwerk de doelgroepdefinitie aan de ontwikkeling van de REC's en DEC's. Organisaties die zich ontwikkelen tot een REC of DEC passen deze doelgroepdefinitie toe om te beziën in hoeverre zij voldoende cliënten bedienen om zich te kunnen kwalificeren als REC of DEC.
Bij de toetsing van nieuwe toetreders hanteert het doelgroepnetwerk de definitie om te beoordelen in hoeverre de nieuwe toetreders hieraan voldoen.
- Basis voor specifieke eisen zorg deze doelgroep- zorgprogramma
Het doelgroepnetwerk ontwikkelt een zorgprogramma dat zich richt op cliënten die passen

⁴ Brink, A. van den, 2019, Nursing home residents with mental and physical multimorbidity. Characteristics, neuropsychiatric symptoms and needs.

⁵ Uitwerking volgt door werkgroep advies en consultatiefunctie (werkgroep 5)

binnen deze doelgroep. In het zorgprogramma wordt nader uitgewerkt wat deze complexiteit vraagt ten aanzien van zorg, behandeling en begeleiding, diagnostiek, het woon- en leefklimaat, omgang met naasten, vrijheid van cliënten en tenslotte de samenwerking binnen de zorgketen. Daarnaast wordt met het zorgprogramma duidelijk welke expertise en inzet specifiek nodig is voor deze doelgroep.

- **Basis voor nader wetenschappelijk onderzoek ten aanzien van deze doelgroep**
Het doelgroepennetwerk ontwikkelt een onderzoeksagenda als handvat voor doorontwikkeling van (wetenschappelijk) onderzoek voor de bewoners met gerontopsychiatrische problematiek en de zorgprofessionals die werken met deze bewoners. Zowel nationaal als internationaal is er nog relatief weinig onderzoek gedaan naar de doelgroep gerontopsychiatrie binnen de ouderenzorg en Wlz. Kennis en expertise is veelal vanuit de praktijk opgebouwd. Hierbij wordt ook wel gebruikt gemaakt van interventies of instrumenten die feitelijk ten behoeve van andere doelgroepen zijn ontwikkeld. Met de inzet van (wetenschappelijk) onderzoek kunnen we onze kennis en expertise over de doelgroep verder vergroten.
- **Vormgeving consultatiefunctie van deze doelgroep richting VVT-organisaties niet zijnde REC of DEC**
De doelgroepdefinitie maakt duidelijk waarop de consultatiefunctie van de REC's en DEC's zich richt. Het zijn de VVT-organisaties die wel (een of enkele) cliënten uit de doelgroep hebben, maar een beroep doen op een REC of DEC om vanwege de complexiteit van de zorgvragen.
- **Samenwerking en op-/afschalen samenwerkingspartijen zoals GGZ en verslavingszorg**
De doelgroepdefinitie geeft ook een afbakening voor die situaties waarin de gespecialiseerde afdeling in het verpleeghuis (tijdelijk) niet (meer) de juiste plek is voor de cliënt.

Bijlage: Casuïstiek

1.

Voorbeeld 1 betreft een 63-jarige vrouw met een depressie, paniekaanvallen, een gemengde persoonlijkheidsstoornis met afhankelijke en theatrale kenmerken en met multipele sclerose. Zij was immobiel en volledige ADL-afhankelijk. Mevrouw woonde zelfstandig en thuis ontving zij intensieve zorg. Na het overlijden van haar mantelzorger, begon zij toenemend een beroep te doen op de thuiszorg, ook buiten de geplande zorgmomenten. Binnen een paar maanden was er thuis een onhoudbare situatie ontstaan en werd een indicatie aangevraagd voor opname in een verpleeghuis. Op de reguliere somatische afdeling waar mevrouw werd opgenomen, lukte het niet goed om de structuur te bieden die nodig was om het claimende gedrag van mevrouw te beïnvloeden. Daarom is mevrouw vervolgens verhuisd naar de GP-afdeling van het verpleeghuis.

2.

Voorbeeld 2 betreft een 72-jarige man met een recidiverende psychotische depressie, tardieve dyskinesiën en ernstige diabetes insipidus. Meneer werd opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis in verband met suïcidaliteit, nihilistische wanen en een delier.

Na rehydratie en door intensieve psychiatrische behandeling knapte meneer goed op, maar om herhaling van een dergelijke ontsporing te voorkomen, bleef intensieve 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 de GP-afdeling van een verpleeghuis.