

Nederlandse Vereniging  
voor **Klinische Geriatrie**



**Kwaliteit van geriatrische zorg  
voor kwetsbare ouderen in de GGZ**

**Verslag project, conclusie en aanbevelingen**



Orde van Medisch Specialisten

**Initiatief**

Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG)

**Met ondersteuning van**

Afdeling Ondersteuning Professionele Kwaliteit van de Orde van Medisch Specialisten

**Financiering**

SKMS

**Colofon**

Kwaliteit van geriatrische zorg voor kwetsbare ouderen in de GGZ

© NVKG

Alle rechten voorbehouden.

De tekst uit deze publicatie mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, op openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, of enige andere manier, echter uitsluitend na voorafgaande toestemming van de uitgever. Toestemming voor gebruik van de tekst (of gedeelten) kunt u schriftelijk of per email en uitsluitend bij de uitgever aanvragen.

## Inhoudsopgave

1	Inleiding.....	4
2	Doelstelling van het project .....	5
3	Werkwijze project .....	6
4	Resultaten van het project.....	7
4.1	Algemene ontwikkelingen binnen de GGZ.....	7
4.2	Plaatsbepaling Geriatrie binnen de GGZ.....	7
4.3	Kwetsbare ouderen, somatiek en geriatrie .....	7
4.4	Inhoudelijke aspecten, multidisciplinaire behandeling en taakverdeling .....	8
4.5	Financiering .....	9
4.6	Modellen voor leveren van specialistische somatische expertise binnen de GGZ.....	9
4.6.1	Definiëring van de modellen .....	9
4.6.2	Bespreking van de modellen .....	9
4.6.3	Conclusie .....	11
5	Plaatsbepaling Geriatrie binnen de GGZ.....	13
6	Randvoorwaarden.....	14
6.1	Doelmatigheid, budgetimpact, financiering van de diverse modellen.....	14
6.2	Samenwerking ouderenpsychiaters.....	14
6.3	Kwaliteitsbewaking .....	14
6.4	Opleidingsaspecten.....	14
7	Conclusies .....	15
8	Aanbevelingen .....	16
	Bijlagen .....	17

## 1 Inleiding

Binnen de GGZ wordt een groep kwetsbare ouderen behandeld, bij wie de psychiatrische stoornis in de problematiek op de voorgrond staat. Vooral nog is er, in tegenstelling tot kwetsbare ouderen in het ziekenhuis, nog relatief weinig beleidsmatige aandacht voor de (organisatie van) de somatische en psychiatrische zorg voor kwetsbare ouderen in de GGZ. De in het algemeen ziekenhuis ontwikkelde expertise rond kwetsbare ouderen zou ook beschikbaar moeten komen voor kwetsbare ouderen in de GGZ. Het is belangrijk na te gaan in hoeverre de uitkomsten van het KNMG rapport “Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen”<sup>1</sup> en het Veiligheidsprogramma Kwetsbare Ouderen kunnen worden uitgerold naar de GGZ.

Verder leiden de ontwikkelingen binnen de ouderenpsychiatrie, net als de geriatrie een jong vak, tot herdefiniëren en afstemmen van de rol en taak van de geriater binnen de GGZ. Ook de recente ontwikkelingen binnen de GGZ, zoals ketenvorming, ambulantisering en vermindering van de klinische capaciteit, hebben gevolgen voor de zorg voor kwetsbare ouderen. Ouderenpsychiaters en klinisch geriater zullen samen met andere stakeholders dienen op te trekken om kwalitatief goede zorg te kunnen blijven leveren en waar nodig te verbeteren.

---

<sup>1</sup> Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen, KNMG, maart 2010

NB

-Waar staat (klinisch) geriater kan ook staan: medische specialist met geriatrie competenties zoals Internist Ouderengeneeskunde.

-Waar staat hij/hem is meestal sprake van zij/haar.

-Waar staat algemeen ziekenhuis dient te worden gelezen: algemeen ziekenhuis en/of academisch ziekenhuis.

## **2 Doelstelling van het project**

Doel van dit project is om te komen tot een verdere definiëring van (de organisatie van) medisch specialistische zorg op somatisch gebied bij kwetsbare ouderen binnen de GGZ. Het gaat hierbij om aard en inhoud van de zorg, inclusief de randvoorwaarden en de noodzakelijke geriatische competenties, om te komen tot een standaard voor de medisch specialistische somatische zorg voor kwetsbare ouderen binnen de GGZ. De verwachting is dat dit zal bijdragen aan de verder uniformering van de zorg in de GGZ-instellingen. Afstemming met directies, zorgverzekeraars, patienten, (ouderen) psychiaters en andere betrokken professionals is hierbij noodzakelijk.

### **3 Werkwijze project**

Er werd een werkgroep van geriateren samengesteld (C. van Rijn, voorzitter, K. Dermout, M. Karlietis, E. van Melick, A. V.d. Molen, F. van Schendel, H. Kruithof) met ondersteuning van de Afdeling Ondersteuning Professionele Kwaliteit van de Orde van Medisch specialisten (Ir. T. van Barneveld, senior adviseur en J. Wammes, stagiair Gezondheidswetenschappen). De werkgroep kwam tot een beschrijving van knelpunten vanuit de visie van geriateren rond de zorg van kwetsbare ouderen binnen de GGZ. Er werden knelpunten gepercipieerd ten aanzien van zowel organisatie van zorg, medisch inhoudelijke onderwerpen, financiering, alsmede positionering. Overleg met andere partijen had tot dusver weinig plaatsgevonden en er ontbrak dan ook inzicht in probleemdefiniëring en oplossingsrichtingen vanuit de andere stakeholders. Beleid kan alleen succesvol worden geïmplementeerd wanneer dit draagvlak heeft bij de verschillende stakeholders. Wanneer de probleemdefiniëring niet goed begrepen wordt ontstaat het gevaar op fouten van de derde orde (men bedenkt de goede oplossing voor het verkeerde – slecht gedefinieerde - probleem). Dit was reden om de voornaamste betrokken partijen (Raden van Bestuur van GGZ instellingen, NVvP Afdeling Ouderenpsychiatrie, IGZ, GGZ Nederland, VWS, Verenso, NHG, ANBO, Zorgverzekeraars UVIT en CZ) te interviewen omtrent hun visie. De meningen van de stakeholders werden samengebracht en geanalyseerd en vervolgens in de werkgroep besproken, hetgeen leidde tot aanpassing van probleemstellingen en tot definiëren van oplossingsrichtingen. In een invitational conference met geriateren betrokken bij de GGZ, vertegenwoordigers vanuit het bestuur, de Commissie Kwaliteitszaken en de COW en andere betrokkenen binnen de NVKG in januari 2011, werden de tussentijdse resultaten besproken en er bleek draagvlak te bestaan voor de gekozen oplossingsrichtingen. Dit leidde tot een aantal aanbevelingen van de werkgroep die in hoofdstuk 8 worden weergegeven.

Een volledig verslag van het project door J.Wammes, verricht in het kader van een afstudeerscriptie Radboud Universiteit te Nijmegen, richting Gezondheidswetenschappen/MTA, is opvraagbaar.

## **4 Resultaten van het project**

### **4.1 Algemene ontwikkelingen binnen de GGZ**

Het is belangrijk te benadrukken dat de GGZ zich momenteel in een transformatiefase bevindt. Extern wordt intensievere samenwerking gezocht met het verpleeghuis, de huisarts en het algemeen ziekenhuis. Intern wordt het aantal klinische bedden sterk afgebouwd. De financieringsstructuur en omgeving (collega aanbieders) zorgen ervoor dat de GGZ zich steeds meer als een ketenpartner gaat positioneren en zich beperkt tot haar kerntaken. De financiële situatie maakt, dat binnen de GGZ de taken van de professionals verder worden gedifferentieerd. Ook de klinisch geriater zal meer en meer op zijn kerncompetenties worden aangesproken. Mede in het licht van de ontwikkelingen binnen de ouderenpsychiatrie zal de geriater in de GGZ naar verwachting steeds meer somatische en steeds minder psychiatrische zorg gaan verlenen dan nu het geval is.

Er bestaan aanzienlijke verschillen in snelheid van deze ontwikkelingen tussen instellingen onderling. Belangrijk hierin is de verstandhouding en de relatie tussen de GGZ en het algemeen ziekenhuis en de beschikbaarheid van ouderenpsychiaters. Ook de fysieke afstand tussen de aanbieders en de bestaande wijze waarop geriatrie wordt aangeboden kan bepalend zijn. Idealiter ligt de GGZ-instelling aanpalend aan het algemeen ziekenhuis. Er bestaat een aanzienlijke verscheidenheid in hoe de ketenzorg rond de kwetsbare oudere in de GGZ georganiseerd zijn. De klinisch geriater kan met zijn deskundigheid in zowel de somatiek als de psychiatrie een brugfunctie vervullen tussen GGZ enerzijds en algemeen ziekenhuis, verpleeghuis en huisarts anderzijds.

### **4.2 Plaatsbepaling Geriatrie binnen de GGZ**

Geriateren zijn als medisch specialist geschoold in zowel somatische, psychiatrische als functionele en sociale problematiek en hebben een meerwaarde bij de behandeling van oudere patiënten waarbij sprake is van interferentie tussen deze domeinen. Geriateren hebben zich onder andere toegelegd op diagnostiek en behandeling van neurodegeneratieve aandoeningen en cognitieve stoornissen, alsmede gedragsstoornissen bij dementie. Bij oudere psychiatrische patiënten komt frequent (ernstige) somatische of cognitieve comorbiditeit voor, waarbij de geriater als consulent of medebehandelaar een noodzakelijke expertise inbrengt. De gedeeltelijke overlap in kennis met de ouderenpsychiaters, geeft bij een goede samenwerking tussen deze twee specialisten een synergistische meerwaarde. Beschikbaarheid (of niet) van ouderenpsychiaters is in de lokale situatie van belang geweest voor invullen van de taken vanuit de geriatrie. Ongeveer 1 op de 8 geriateren is in dienstverband werkzaam binnen de GGZ, veelal met een eigen klinische afdeling (volgens model 1). Hoeveel geriateren vanuit het algemeen ziekenhuis gedetacheerd zijn in de GGZ volgens model 2 of 3 wordt nog onderzocht.

### **4.3 Kwetsbare ouderen, somatiek en geriatrie**

Kwetsbare ouderen in de GGZ worden door beleidsorganen veelal niet als specifieke groep gezien. Er is erkenning dat deze doelgroep integrale zorg behoeft. De geriater als professional binnen de GGZ is weinig of niet bekend bij de meeste stakeholders. Indien de geriater echter bekend is, wordt deze zeer gewaardeerd en wordt er meerwaarde gezien, waarbij genoemd worden somatiek, specialistische diagnostiek bij cognitieve stoornissen en complicaties bij dementie zoals gedragsstoornissen. Door de ouderenpsychiaters wordt gesteld dat de psychiater

in de lead moet zijn, ook bij kwetsbare ouderen met somatische co-morbiditeit. De geriater kan hierbij als poortwachter en medebehandelaar fungeren.

Leveren van adequate somatische zorg is een belangrijk aandachtspunt binnen de GGZ en de meerwaarde van de geriater op dit gebied is onomstreden. Op dit moment worden echter nog niet alle patiënten die baat zouden hebben bij een geriater door een geriater gezien. Faciliteiten voor de somatische zorg voor kwetsbare ouderen binnen de GGZ zijn ontoereikend, mede t.g.v. onvoldoende financiering en de meeste stakeholders menen dat de somatische faciliteiten vanuit de somatische keten aangeboden dienen te worden. Nauwe samenwerking met algemene ziekenhuizen die deze faciliteiten kunnen bieden is daarbij essentieel.

#### **4.4 Inhoudelijke aspecten, multidisciplinaire behandeling en taakverdeling**

Bij verwijzing dient triage te worden verricht o.b.v. aard en complexiteit van de zorgvraag. Het is belangrijk hier op te merken dat gevalideerd instrumentarium op dit vlak node ontbreekt. Het is voorts noodzakelijk te komen tot differentiatie van taken van de verschillende betrokken (medische en andere) disciplines (en deze ook vast te leggen), zowel i.v.m. optimaal benutten van een ieders expertise als vanuit efficiëntie. Met name bij de ambulante GGZ is de taakverdeling niet altijd helder.

Behandeling van kwetsbare ouderen dient ook binnen de GGZ plaats te vinden vanuit het biopsychosociale model en door een medisch specialistisch multidisciplinair team, waar zowel ouderenpsychiater en klinisch geriater deel uitmaken, aangevuld met andere specialisten zoals bijvoorbeeld een neuroloog. Uitgangspunt is aanbieden van behandeling vanuit gezamenlijke verantwoordelijkheid/expertise. Na een eerste diagnostische fase moet vanuit de problematiek van de patiënt besloten worden wie de hoofdbehandelaar is en wie in consult/medebehandeling komt. In de regel zal een ouderenpsychiater hoofdbehandelaar zijn. Voor specifieke doelgroepen kan ook een geriater hoofdbehandelaar zijn. Bij opnameafdelingen voor kwetsbare ouderen binnen de GGZ is er geen belangrijke rol voor huisartsen of specialisten ouderengeneeskunde gezien de zeer complexe problematiek.

Ook door de ambulante GGZ dient bij kwetsbare ouderen integrale behandeling te worden aangeboden, waarbij de somatische problematiek ofwel door de eigen huisarts/medisch specialist in nauwe samenwerking met de GGZ-behandelaar kan worden behandeld, ofwel (deels) kan worden overgenomen door een medisch specialist vanuit het multidisciplinaire team binnen de GGZ. Er ligt een taak voor de ambulante GGZ om noodzakelijke somatische zorg te (laten) bieden aan zorgmijders en patiënten die t.g.v. gedragsstoornissen onvoldoende toegang krijgen tot het algemeen ziekenhuis. Indien bij ambulante ouderen de psychiatrische problematiek niet op de voorgrond staat, dient de geriatrische diagnostiek en behandeling vanuit het algemeen ziekenhuis plaats te vinden.

Onafhankelijk van de setting waarin de patiënt verblijft (ambulante GGZ, opnamekliniek of long-stay kliniek) dient er toegang te bestaan tot geriatrische expertise. Binnen elke regio moet er een voorziening zijn, waar ouderen met een combinatie van zowel ernstige psychiatrische als ernstige somatische klachten behandeld kunnen worden. Het is belangrijk dat in elke regio heldere afspraken worden gemaakt welke patiënten in het algemeen ziekenhuis behandeld dienen te worden en welke patiënten in de GGZ.

De conclusies van het KNMG rapport "Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen"<sup>2</sup> met betrekking tot de ouderen opgenomen binnen het algemeen ziekenhuis, zouden door middel van een vervolgotraject dienen te worden doorgetrokken naar de GGZ.

---

<sup>2</sup> Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen, KNMG, maart 2010

## 4.5 Financiering

Financiering is een probleem waar alle stakeholders mee kampen. De huidige bekostigingsmethodiek is ongeschikt voor het realiseren van kwalitatief goede (somatische) ketenzorg aan kwetsbare ouderen binnen de GGZ. Het ontbreken van specifieke psychiatrische DBCs voor ouderen en het ontbreken van een somatische component binnen die DBCs zijn hierbij een van de hoofdoorzaken. Dit staat los van welke discipline hoofdbehandelaar is (ouderenpsychiater of geriater).

## 4.6 Modellen voor leveren van specialistische somatische expertise binnen de GGZ

### 4.6.1 Definiëring van de modellen

#### **Model 1**

##### **Geriatricie vanuit afdeling geriatricie binnen de GGZ**

De klinisch geriater heeft een eigen geriatricie klinische afdeling binnen de GGZ. Hij is hoofdbehandelaar van cliënten met cognitieve stoornissen, gedragsproblematiek en oudere psychiatrische cliënten met ernstige somatische comorbiditeit.

Daarnaast doet hij consultaties/medebehandelingen bij ouderen met somatische comorbiditeit waar de psychiater hoofdbehandelaar is. In dit model is de geriater veelal in dienst van de GGZ-instelling.

#### **Model 2**

##### **Detacheringsmodel vanuit vakgroep geriatricie van het algemeen ziekenhuis**

In het tweede model wordt somatische expertise vanuit de somatische keten geleverd d.m.v. detachering van een geriater vanuit de vakgroep in het algemeen ziekenhuis. Idealiter organiseert men rond de patiënt een behandelteam, bestaande uit ouderenpsychiater, klinisch geriater en neuroloog. Participatie in dit team is niet vrijblijvend: de geriater en neuroloog vanuit het algemeen ziekenhuis zijn laagdrempelig beschikbaar en vormen een vast onderdeel van het behandelteam. Hoofdbehandelaarschap van de klinisch geriater (d.w.z. eigen bedden) is binnen dit model mogelijk.

#### **Model 3**

##### **Consulentmodel**

In dit model wordt de geriatricie expertise aangeboden als consultfunctie vanuit het algemeen ziekenhuis. Op afroep komt de consulent-geriater naar de GGZ om daar zijn dienst te verlenen.

### 4.6.2 Bespreking van de modellen

#### **Bespreking model 1 - Geriatricie vanuit afdeling geriatricie binnen de GGZ**

##### **Voordelen**

- Dit model is van oudsher binnen de NVKG gezien als het meest wenselijke en heeft als belangrijkste voordeel dat somatische en geriatricie deskundigheid direct of vast aanwezig is binnen de GGZ, zodat intensieve samenwerking met behandelteams binnen de GGZ gewaarborgd is en de geriatricie diagnostiek en behandeling als onlosmakelijk onderdeel van de psychiatrische zorg voor ouderen

is gepositioneerd. Het model is uitermate geschikt als expertise centrum, waar onderzoek naar specifieke kennis van de geriatrische problemen in de GGZ kan worden gedaan.

#### Nadelen

- Biedt geen oplossing voor het geconstateerde gebrek aan voorzieningen (bijvoorbeeld somatische faciliteiten) en de financiering om op specialistisch niveau somatische zorg te bieden.
- Er is sprake van geringe omvang van de formatie geriater, waardoor de continuïteit (zowel binnen als buiten kantooruren) van zorg op specialistisch niveau c.q. door klinisch geriater kwetsbaar is
- Afzonderlijke afspraken rond verwijzing en afbakening van doelgroepen met het algemeen ziekenhuis zijn noodzakelijk.
- Doordat de geriater in dienst is van de GGZ heeft hij te maken met een organisatie die zich vrijwel uitsluitend richt op de psychiater als hoofdbehandelaar.
- Het model is relatief onbekend bij stakeholders en vindt bij hen onvoldoende draagvlak.

#### **Bespreking model 2 - Detacheringsmodel vanuit vakgroep geriatrie van het algemeen ziekenhuis**

##### Algemeen

Dit model bestaat al op een aantal plaatsen en het aantal GGZ-instellingen waar dit wordt toegepast neemt toe. In bijlage 2 is een beschrijving van de taken van de geriater gegeven in een detacheringsmodel, hetgeen als onderlegger kan dienen bij werkafspraken. De randvoorwaarden zijn bij dit model essentieel.

##### Voordelen

- Alleen de kerncompetentie/meerwaarde van de klinisch geriater wordt benut.
- Er kan optimaal gebruik gemaakt worden van de faciliteiten van het algemeen ziekenhuis die noodzakelijk zijn voor kwetsbare patiënten en die niet voorhanden zijn binnen een GGZ-instelling.
- Er is een goede continuïteit in de beschikbaarheid van een geriater door waarneming vanuit de vakgroep in het algemene ziekenhuis en de mogelijkheid tot samenwerking in 24-uurs diensten.
- Sluit aan bij verwachtingen van de stakeholders en past goed binnen de begrippen ketenzorg en stepped care.
- Voegt een interessante doelgroep toe aan het werkterrein van de geriater binnen het algemeen ziekenhuis.
- Dit model past goed in het ketenzorg paradigma en stimuleert ook om te komen tot goede ketenafspraken tussen GGZ-instelling en het algemeen ziekenhuis.
- Als sprake is van uitwisseling van uren van geriater en psychiater met gesloten beurzen, is er een goede beschikbaarheid van ouderenpsychiater binnen de geriatrie afdeling van het algemeen ziekenhuis.

##### Nadelen

- Biedt geen oplossing voor het geconstateerde gebrek aan voorzieningen (bijvoorbeeld somatische faciliteiten) en de financiering om op specialistisch niveau somatische zorg te bieden.
- De kwaliteit van zorg komt in het gedrang als niet wordt voldaan aan de randvoorwaarden die dienen te worden gesteld aan dit model.

- Potentieel risico bestaat dat er te weinig uren beschikbaar worden gesteld (inclusief overheaduren) om alle taken goed uit te oefenen, waardoor de rol van de geriater wordt uitgehold en er mogelijk slechtere zorg wordt geleverd.
- Als de zorg door de geriater 'van buiten af' wordt geleverd, wordt mogelijk minder invloed uitgeoefend op beleid binnen de GGZ-instelling, waardoor de 'geriatriëring van de GGZ' mogelijk onvoldoende wordt bevorderd.
- Prioriteit en affiniteit van de vakgroep geriatrie zal mogelijk meer liggen bij taken binnen het algemene ziekenhuis, zodat bij onvoldoende "mankracht" de GGZ-instelling onvoldoende wordt bediend.
- Continuïteit van zorg komt in gedrang als de detachering niet door de gehele vakgroep wordt gedragen.
- Praktische problemen kunnen optreden door verschillende ICT/dossiers, kostenstructuur (reëel aantal uren, reële vergoeding ook m.b.t. waarneming), etc.

### **Bespreking model 3 - Consulente model**

#### Algemeen

Een patiënt binnen de GGZ wordt door de psychiater verwezen naar de geriater van het algemeen ziekenhuis. De geriater is hierbij geen onderdeel van het behandelteam binnen de ouderenspsychiatrie.

#### Voordelen

- Mogelijk goedkoop (maar waarschijnlijk veel extra kosten rond vervoer en toename van opnames in het algemeen ziekenhuis).

#### Nadelen

- Dit model kenmerkt zich vooral door het discontinue karakter waarin de consulenten aanwezig zijn binnen de GGZ. De consulenten hebben op deze manier geen inspraak in het beleid, hun behandeladviezen worden vaak niet opgevolgd, holistisch en pro-actief werken is onvoldoende mogelijk en de (somatische) nazorg is onvoldoende. Dit betekent een aanzienlijk risico op verslechtering van de patiëntenzorg.

NB. Er is ervaring met dit model wat betreft de consultatie van internisten en neurologen. In het verleden waren deze in dienst van GGZ instellingen. Inmiddels is vrijwel overall overgegaan op een consulent-model, waarna gebleken is dat de inbreng van deze consulenten gemarginaliseerd is binnen de GGZ en toegang van patiënten tot internisten en neurologen sterk is verslechterd.

- Dit model heeft niet de voorkeur van de meeste stakeholders.

### **4.6.3**

#### **Conclusie**

Model 1 (Eigen geriatriëring afdeling binnen de GGZ) is traditioneel het model waar de NVKG de voorkeur aan gaf. Het is vanuit kwaliteit van patiëntenzorg en arbeidssatisfactie een goed model, maar er zijn een aantal onoplosbare nadelen aan verbonden, zoals gebrek aan voorzieningen, onvoldoende financiering, onvoldoende continuïteit van zorg en noodzaak tot maken van afzonderlijke ketenafspraken met het algemeen ziekenhuis. Het blijkt geen groeimodel te zijn en het heeft niet de steun van stakeholders. Model 2 (Detachering van geriater vanuit het algemeen ziekenhuis naar de GGZ) is vanuit kwaliteit van patiëntenzorg en arbeidssatisfactie eveneens een goed model. Voornaamste nadeel van dit model is het risico dat het verwatert tot model 3 (consultatie). Het blijkt echter een groeimodel te zijn dat steun krijgt van de meeste stakeholders. Geriaters zouden zich actief voor dit

model dienen in te zetten. Model 3 (Consultatie) is volgens de NVKG geen geschikt model, omdat het risico te groot is dat de kwaliteit van zorg onvoldoende is.

## **5 Plaatsbepaling Geriatrie binnen de GGZ**

Geriaters zijn als medisch specialist geschoold in zowel somatische, psychiatrische als functionele en sociale problematiek en hebben een meerwaarde bij de behandeling van oudere patiënten waarbij sprake is van interferentie tussen deze domeinen. Geriaters hebben zich onder andere toegelegd op diagnostiek en behandeling van neurodegeneratieve aandoeningen en cognitieve stoornissen, alsmede gedragsstoornissen bij dementie. Bij oudere psychiatrische patiënten komt frequent (ernstige) somatische of cognitieve comorbiditeit voor, waarbij de geriater als consulent of medebehandelaar een noodzakelijke expertise inbrengt. De gedeeltelijke overlap in kennis met de ouderenpsychiaters, geeft bij een goede samenwerking tussen deze twee specialisten een synergistische meerwaarde. Beschikbaarheid (of niet) van ouderenpsychiaters is in de lokale situatie van belang geweest voor invullen van de taken vanuit de geriatrie. Ongeveer 1 op de 8 geriaters is in dienstverband werkzaam binnen de GGZ, veelal met een eigen klinische afdeling (volgens model 1). Hoeveel geriaters vanuit het algemeen ziekenhuis gedetacheerd zijn in de GGZ volgens model 2 of 3 wordt nog onderzocht.

## **6 Randvoorwaarden**

### **6.1 Doelmatigheid, budgetimpact, financiering van de diverse modellen**

Het is onduidelijk welke consequenties de keuze voor een bepaald model heeft in termen van doelmatigheid en budget impact. Het derde model bijvoorbeeld, lijkt op het eerste gezicht verreweg het goedkoopste, maar wellicht maakt de GGZ hierbij veel meer gebruik van de ambulance service en SEH van het algemeen ziekenhuis. Dit is voor de GGZ een goedkopere oplossing dan het inhuren van consultants, maar voor het gezondheidszorgstelsel in het algemeen wellicht niet. Minder goede patiëntenzorg brengt op langere termijn vaak hele hoge (herstel)kosten met zich mee. Goedkoop is vaak duurkoop. Advies van de werkgroep is om de modellen voor zover mogelijk op wetenschappelijke evidentie maar ook op budget impact te analyseren. De financiële problematiek is aanzienlijk en de verwachting is dat deze beslissend is in het besluitingsproces. Overleg met zorgverzekeraars is zeker noodzakelijk.

### **6.2 Samenwerking ouderenpsychiaters**

De NVKG streeft er nadrukkelijk naar om gezamenlijk op de trekken met de Afdeling Ouderenpsychiatrie van de NVvP. De NVKG wil komen tot een gedeelde visie betreffende de zorg aan kwetsbare ouderen in de GGZ. Onderwerpen waar overeenstemming dient te worden bereikt en/of gezamenlijk zou moeten worden opgetrokken zijn:

1. Algemene kwaliteitseisen voor de somatische randvoorwaarden die noodzakelijk zijn voor de zorg voor kwetsbare ouderen binnen de GGZ.
2. Overeenstemming omtrent het model van waaruit somatische/geriatrie zorg geboden moet worden. Het detachingsmodel wordt gezien als groeimodel.
3. Verbetering van kwaliteit van zorg, onder andere door gemeenschappelijke ontwikkeling van protocollen en richtlijnen.
4. Gezamenlijk acties ten aanzien van het realiseren van adequate financiering.
5. Opleiding, nascholing en onderzoek.

### **6.3 Kwaliteitsbewaking**

Er behoren geen verschillen in de werkwijze of de kwaliteitseisen tussen geriatrie zorg in algemeen ziekenhuis en GGZ te zijn. Voor inhoud van de kwaliteitseisen zie onder andere de Richtlijn CGA<sup>3</sup> en Indicatorenset NVKG<sup>4</sup>. Inhoudelijke verbeterpunten voor geriatrie zorg binnen de GGZ zijn de ontwikkeling van inhoudelijke protocollen, screening op kwetsbaarheid, geriatrie van de GGZ, definiëring noodzakelijke somatische faciliteiten, triage voor toegang tot geriater, transparantie. Onderzocht moet worden of het noodzakelijk is te komen tot een specifieke module bij de kwaliteitsvisities.

### **6.4 Opleidingsaspecten**

Een stagejaar Ouderenpsychiatrie/psychiatrie in de GGZ is onderdeel van de opleiding klinische geriatrie en kan zowel volgens model 1 als model 2 worden ingevuld. Er dient nog te worden onderzocht hoe het stagejaar Ouderenpsychiatrie/psychiatrie binnen de GGZ het beste georganiseerd kan worden indien gewerkt wordt volgens model 2.

<sup>3</sup> Richtlijn Comprehensive Geriatric Assessment, 2010

<sup>4</sup> Indicatorenset Klinische Geriatrie (NVKG)

## **7 Conclusies**

Zowel door geriateren zelf als door de stakeholders wordt bij de diagnostiek en behandeling van ouderen met complexe problematiek binnen de GGZ de geriater als onmisbaar beschouwd. De geriater heeft een rol bij de diagnostiek en behandeling van ouderen bij de ambulante GGZ, bij opnameafdelingen ouderen en bij longstay afdelingen binnen de GGZ. Ontwikkelingen binnen de GGZ (afbouw klinische capaciteit, ketenvorming met algemeen ziekenhuis, verpleeghuizen en anderen, financieringsstructuur) leiden ertoe dat de GGZ zich steeds meer beperkt tot dingen die anderen niet kunnen. De financiële situatie maakt, dat binnen de GGZ de taken van de professionals verder worden gedifferentieerd. Ook de geriater zal op zijn kerncompetenties worden aangesproken. Er bestaat bij stakeholders onvoldoende steun voor zelfstandige afdelingen geriatrie binnen de GGZ. Aanbieden van geriatrie expertise middels detachering vanuit de vakgroep geriatrie van het algemeen ziekenhuis wordt door de meeste stakeholders als het meest wenselijke model beschouwd en dit model moet dan ook gezien worden als groeimodel.

## 8 Aanbevelingen

- De NVKG dient intensieve samenwerking te zoeken met de NVvP afdeling ouderenpsychiatrie en andere stakeholders.
- Het detacheringsmodel dient verder uitgewerkt te worden als het groeimodel binnen de GGZ.
- Het consult model wordt ontraden vanwege negatieve effecten op de kwaliteit van zorg.
- De vakgroep geriatrie in het algemeen ziekenhuis dient de zorg voor kwetsbare ouderen in de GGZ als onderdeel te (gaan) zien van haar core business.
- De klinisch geriater werkzaam binnen de GGZ dient open te staan voor verandering en niet stringent vast te houden aan de huidige organisatievorm. Hij dient actief mee te werken aan de veranderingen binnen de GGZ.
- De klinisch geriater benut zijn meerwaarde voor de GGZ wat betreft somatische expertise, ketenvorming en contacten met algemeen ziekenhuis. Hij moet een overzicht hebben van het zorgnetwerk in zijn regio en zorgt ervoor dat de afstemming met de verschillende partners duidelijk is.
- Er moet binnen elke regio een voorziening zijn waar patiënten met zowel ernstige psychiatrische, als ook ernstige somatische klachten behandeld kunnen worden.
- Een individuele klinisch geriater moet zich bewust zijn van de heterogeniteit van de organisatie van GGZ-instellingen en de regionale verschillen in de organisatie van de ketenzorg en zijn positionering aanpassen aan de lokale situatie.

NB

De NVKG heeft inmiddels de conclusies en de aanbevelingen van de werkgroep overgenomen. Beleid van de NVKG rond de zorg in de GGZ zal erop gericht zijn de aanbevelingen uit te voeren aan de hand van een implementatieplan.

## **Bijlagen (1)**

# Nederlandse Vereniging voor **Klinische Geriatrie**



## **Bijlage 1**

### **Uitwerking detacheringmodel vanuit vakgroep Geriatrie van algemeen ziekenhuis naar GGZ instelling.**

#### Algemeen

Bij detachering van een geriater naar de GGZ vanuit vakgroep geriatrie in een aanpalend algemeen ziekenhuis verklaart de vakgroep zich betrokken bij de werkzaamheden in de GGZ instelling. Dit laatste geldt overigens ook voor het algemeen ziekenhuis als geheel. In de meeste gevallen zal het ook vice-versa werk zijn: de psychiaters voor ouderen verrichten immers ook consultatie ten behoeve van de afdeling geriatrie in het algemeen ziekenhuis.

Invulling door 1 of 2 personen. Voordeel 1 persoon: kent instelling dan beter. Nadeel: continuïteit niet goed gewaarborgd. Kan ondervangen worden door vaste vervanger. Met 2 personen misschien wat minder snel ingebed, maar geeft meer continuïteit, meer betrokkenheid binnen de vakgroep en de mogelijkheid tot onderling overleg met iemand die de instelling ook kent.

#### Uitgangspunt

Uitgangspunt is multidisciplinaire behandeling. De klinisch geriater is vast lid van het multidisciplinaire team en dus aanwezig bij het multidisciplinair overleg betreffende de opgenomen patiënten met complexe problematiek. Bij het werk in de GGZ dient te worden gewerkt volgens de kwaliteitseisen zoals die gelden in het algemeen ziekenhuis. d.w.z. dat er een CGA wordt afgenomen.

#### Doelgroepen en setting

De geriater dient naast de patiënten van de opnameklinieken ook beschikbaar te zijn voor consultatie/medebehandeling op de long stay afdelingen en de ambulante GGZ. Er dienen vaste consultatie tijden te zijn voor ambulante patiënten.

De geriater heeft meerwaarde bij complexe diagnostiek en behandeling van patiënten waarbij sprake is van:

- Somatische comorbiditeit;
- Intercurrente somatische ziekte;
- Delier;
- Polyfarmacie;
- Contraïndicaties en bijwerkingen van psychofarmaca;
- Onbegrepen functionele achteruitgang bij pre-existente psychiatrische ziekte;
- Cognitieve stoornissen, al dan niet in combinatie met pre-existente of actuele psychiatrische problematiek;

- Gedragsstoornissen bij dementie;
- Psychiatrische- en gedragsproblematiek bij neurologische aandoeningen (zoals M. Parkinson, NAH).

De invulling hiervan is afhankelijk van de problematiek die in een bepaalde fase op de voorgrond staat en afhankelijk van regionale afspraken. De geriater kan hoofdbehandelaar, medebehandelaar of consultant zijn.

### Positionering

De geriater maakt deel uit van het artsensberaad/specialisten overleg van het instituut en krijgt daartoe ook alle betrokken beleidsstukken toegestuurd. Hij geeft gevraagd en ongevraagd advies over beleid van het instituut ten aanzien van (inhoud van) de zorg voor ouderen.

Het is aan te bevelen dat de klinisch geriater lid is van de formulariumcommissie van de GGZ, somatische commissie en laboratoriumcommissie.

### Randvoorwaarden

-Er dient goede waarneming geregeld te zijn onder kantooruren. Het verdient aanbeveling dat er buiten kantooruren voor de kwetsbare ouderen opgenomen binnen de GGZ een beroep gedaan kan worden op de bereikbaarheidsdiensten van de vakgroep geriatrie van het algemeen ziekenhuis.

-Er dienen samenwerkingsafspraken te bestaan rond gebruik van de faciliteiten van het algemeen ziekenhuis. Er dient afstemming te zijn omtrent doelgroep voor algemeen ziekenhuis en GGZ. Afhankelijk van de hoeveelheid werk, met name het aantal patiënten op de afdeling(en) voor ouderen en eventueel ambulante werk, moet de hoeveelheid FTE geriater bepaald worden. Dit dient minstens 0.3 FTE te zijn.

-Het takenpakket (zie hieronder) impliceert dat naast geormerkte uren voor patiëntenzorg ook uren beschikbaar dienen te zijn voor spoedconsultatie en overhead taken.

### Kerntaken rond patiëntenzorg

Kerntaken van de klinisch geriater betreffen:

- Diagnostiek en behandeling bij elke patiënt met somatische en cognitieve stoornissen of met functionele achteruitgang die opgenomen wordt op de kliniek ouderen.
- Behandeling van somatische problemen die zich gedurende opname voor doen.
- Beoordeling en medeondertekening van ECG's en (somatische deel van) ontslagbrieven.  
Regelmatig worden van alle betrokken patiënten de medicatie lijsten door de klinisch geriater beoordeeld.
- Deelname aan gezamenlijke werkbegeleiding met psychiater en arts-assistent en multidisciplinair overleg (artsensite), alsmede individuele werkbegeleidingen met arts-assistenten (geriatrie en psychiatrie) met tevens aandacht voor lab- en medicatiegebruik.  
Eens per 3 maanden farmacotherapeutisch overleg

### Opleiding

Geriater behoort tot de opleidersgroep van de assistent geriatrie in opleiding. Psychiater is hoofdopleider. Ten behoeve van opleiding:

- Gezamenlijke/ individuele werkbegeleidingen;
- Gezamenlijk opstellen van leerdoelen;
- Eens per 2 maanden KPB;
- Aanwezigheid bij voortgangsgesprekken;

- Indien gewenst samen beoordelen patiënten ten aanzien van somatiek/ cognitieve problemen;
- Het verdient aanbeveling om vanuit de vakgroep geriatrie een stageplek aan te bieden aan de aios ouderenpsychiatrie.

#### Ketenvorming

De geriater dient een actieve rol te vervullen bij ketenvorming tussen GGZ en algemeen ziekenhuis, V&V sector, huisartsen en andere ketenpartners

#### Onderzoek en onderwijs

- Actieve rol in opzetten en vervolg van projecten betreffende geriatrische onderwerpen.
- Actieve rol in onderwijs aan aios psychiatrie, aios geriatrie en anios onderwijs