

Visiedocument Specialistische GGZ en Intensieve ambulante behandelmethode voor Ouderen

Als gevolg van de ambulantisering van de Geestelijke Gezondheidszorg ontwikkelen GGZ-instellingen nieuwe 'outreaching' behandelmethoden. Dit geldt ook voor de behandeling van ouderen met psychiatrische problemen.

Om te voorkomen dat instellingen allemaal 'hun eigen wiel uitvinden' heeft het Nederlands Kenniscentrum Ouderen Psychiatrie (NKOP) het initiatief genomen om werkwijzen van verschillende instellingen met elkaar te vergelijken en samen te vatten. Zo is deze notitie tot stand gekomen.

Op hoofdlijnen zal tussen instellingen grote overeenstemming zijn, de daadwerkelijke uitwerking zal altijd op lokaal en/of regionaal niveau moeten worden aangepast.

Auteurs:

- Maddy Blokland (NKOP)
- Simonne de Clercq (GGZ Noord-Holland-Noord)
- Thomas Ehling (GGZ Drenthe)
- Tjitske Koens (Rivierduinen)
- Gieneke Luinge (GGZ Drenthe)
- Willem Mossink (GGNet)
- Daan Verbeeten (GGZ Eindhoven)
- Sanne Wassink (GGNet)

Inleiding

De ontwikkelingen binnen de Geestelijke Gezondheidszorg (met name de ambulantisering) biedt GGZ-instellingen de kans om na te denken over andere vormen van behandeling van patiënten. Behandelingen zullen meer vanuit patiëntenperspectief beschreven gaan worden. Daarnaast moet het aantal klinische opnames worden teruggedrongen (30% beddenreductie), terwijl de psychiatrische problematiek van ouderen niet eenvoudiger blijkt te worden.

GGZ-instellingen ontwikkelen naast poliklinische ook wijkgerichte zorg.

Deze notitie gaat in op de manier waarop wijkgerichte zorg voor de doelgroep Ernstig Psychiatrische Aandoeningen (EPA) bij ouderen georganiseerd kan worden. In de wijkgerichte zorg voor EPA-patiënten wordt gebruik gemaakt van elementen uit de FACT-gerelateerde manier van werken, het is echter nog geen geformaliseerde (d.w.z. gecertificeerde) FACT-methode. In de praktijk worden verschillende termen gebruikt om deze zorg aan te duiden: FACT-Ouderen, FIT, PTZ-plus, OLD-FACT. Hier gaan we in op intensieve ambulante behandeling van ouderen met psychische problemen. Onder de paragraaf 'Behandelmethoden' worden methodieken beschreven die passen binnen de intensieve ambulante behandelmethoden.

Visie

Intensieve ambulante behandeling aan ouderen vindt plaats binnen de gespecialiseerde GGZ en gaat mede uit van basisprincipes van het Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH). SRH ondersteunt mensen met psychische en sociale kwetsbaarheid bij hun herstelproces. SRH werkt vanuit drie theoretische kaders: presentiebenadering, herstelondersteunende zorg en empowerment (Wilken & Den Hollander, 1999; Wilken & Den Hollander, 2005; Den Hollander & Wilken, 2011; Wilken & Den Hollander, 2012). Geïnspireerd op de presentiebenadering is de grondhouding van de professional binnen SRH 'er zijn' voor de patiënt. Invloeden van de herstelbeweging binnen SRH zijn terug te zien doordat de vijf pijlers van het herstelproces centraal staan, namelijk: motivatie, identiteit, kennis en vaardigheden, status en betekenisgeving, sociale en materiële steun (Wilken, 2010). Een uitwerking van de empowerment-gedachte voor rehabilitatie en herstel, die toegepast wordt binnen het SRH, is het Krachtenmodel (Strengths Model) (Rapp & Gosha, 2006; Wilken, 2004; Wilken, Bähler & Van Meel, 2010).



Doel

Het doel van intensieve ambulante behandelmethoden is om oudere mensen met psychische problemen zo lang mogelijk in hun eigen omgeving te laten wonen, met behoud van kwaliteit van leven. Daardoor kan een (onnodige) opname worden voorkomen. De behandelmethoden zijn ook gericht zijn op secundaire preventie (terugvalpreventie),

waarbij het formele en informele steunsysteem betrokken wordt bij het welzijn van de patiënt.

Doelgroep

De intensieve ambulante behandelmethoden zijn bedoeld voor patiënten waarvan verwacht wordt dat zij vanwege langdurige kwetsbaarheid vanuit een psychiatrische stoornis, met vaak problemen op meerdere levensgebieden, een aanhoudende hulpvraag hebben om stabiliteit te bereiken. Bij deze patiënten is het de verwachting dat zij, gezien de crisisgevoeligheid om op- en afschalen van de behandelmodules zullen vragen.

Patiënten met een Ernstig Psychiatrische Aandoening (EPA)

Intensief ambulant behandelen is bedoeld voor ouderen met een EPA. We spreken van EPA indien (inclusiecriteria)

- Er sprake is van een psychiatrische stoornis, die intensieve behandeling en zorg noodzakelijk maakt
- Er ernstige beperkingen zijn in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren
- De beperking oorzaak of gevolg is van een psychiatrische stoornis
- De patiënt kwetsbaar is door een al geconstateerde psychiatrische stoornis
- De beperking niet van voorbijgaande aard is (structureel en langdurig >2 jaar)
- Patiënten een diagnose hebben die langdurig en ernstig is en op meerdere levensdomeinen problemen geeft
- Patiënten een diagnose in het spectrum van persoonlijkheidsstoornissen (PS) hebben die wel voldoen aan EPA-criteria, maar die géén veranderingsgerichte behandeling meer ontvangen.

We spreken niet van EPA indien (exclusie-/uitstroomcriteria)

- Er een stabiele situatie is ontstaan die kan worden behouden door poliklinische behandeling, eventueel aangevuld met zorg vanuit de eerste lijn of van buiten de GGZ (woonbegeleiding, bewindvoering, verzorgings- of verpleeghuis), of waarbij er geen specialistische (keten)zorg meer nodig is
- Er na 5 jaar sprake is van symptomatische remissie en functioneel herstel.

Bij de intensieve ambulante behandeling kunnen we twee groepen patiënten onderscheiden:

- a. Langdurig zorgbehoefte, waarbij de situatie stabiel te noemen is, maar gecoördineerde zorg van professionele hulpverleners in zorgnetwerken geïndiceerd is om het behandelplan te realiseren en de stabiliteit te borgen.
- b. Patiënten vanuit de polikliniek waarbij sprake is van crisis of terugval, en die extra ondersteund dienen te worden om de situatie hanteerbaar te krijgen.

Kenmerken ouderenpsychiatrie

De behandeling van oudere mensen met psychische problemen vraagt om specifieke hulpverlening. De gevolgen van ouder worden kunnen namelijk sterk van invloed zijn op het ontstaan, de aard, de presentatie en de behandeling van psychiatrische aandoeningen.

Ouderenpsychiatrie kenmerkt zich door:

- hoge prevalentie van syndromen met (bijkomende) cognitieve stoornissen

- lichamelijke co- en multimorbiditeit
- functionele veranderingen/functieverlies
- levensfaseproblemen (derde en vierde levensfase)
- grote inter-individuele variabiliteit
- andere sociale maatschappelijke rol en positie
- andere sociale kaart, grotere kwetsbaarheid van het steunsysteem
- complexiteit van problematiek(grote dossiers!)
- andere 'ketens'
- ontbreken van werkregulering
- groot belang van multidisciplinaire samenwerking, ook met medische disciplines
- kwetsbaarheid op diverse levensdomeinen, zoals zorgmijding, financiën, sociaal netwerk/contacten

Frailty

Problemen in relatie tot veroudering beginnen niet per definitie op hoge leeftijd. Soms kan het al voor het bereiken van het 65ste levensjaar nodig zijn om rekening te houden met biologische, psychologische en sociale veranderingen bij het verouderen. Volwassenen van middelbare leeftijd met veel somatische comorbiditeit zouden mogelijk zelfs eerder intensief ambulant moeten worden behandeld. Andersom kan het voorkomen dat sommige relatief jonge en vitale ouderen beter behandeld kunnen worden vanuit een FACT-team binnen de volwassenenpsychiatrie. Wij bevelen aan om het begrip frailty te hanteren. Frailty is een syndroomdiagnose voor ouderen die beter dan leeftijd de toegenomen kans op functionele achteruitgang, opname in het verpleeghuis en sterfte, voorspelt. Het Frailty-model (zie bijlage) sluit goed aan bij het SRH-gedachtengoed.

Behandelaren

Het behandelteam is per definitie multidisciplinair.

Het hoofdbehandelaarschap in de GGZ is nog onderwerp van discussie waarbij er toegewerkt wordt naar een algemeen geldende veldnorm. Gezien de complexiteit van de in dit document onderhavige doelgroep lijkt voor deze doelgroep het hoofdbehandelaarschap vooralsnog het meest op zijn plaats bij een psychiater of klinisch psycholoog.

De regievoerder:

- treedt op als de regisseur van de behandeling, bewaakt de continuïteit van de behandeling
- borgt coherentie en consistentie van de bij het behandelplan horende interventies
- is lid van het behandelteam
- is niet per se gebonden aan een specifieke discipline. Voorbehoud is dat alle vereiste capaciteiten voor een goede behandeling in het team aanwezig zijn
- zorgt, zeker bij patiënten met complexe problematiek, altijd voor een reserve regievoerder en een vangnet binnen het behandelteam.

Aanbod

Bij alle behandelingen binnen de gespecialiseerde ouderenpsychiatrie geldt er een zekere

mate van 'stepped care'. Flexibilisering van intensiteit van zorg is afhankelijk van indicatie, doelstelling en problematiek op verschillende levensdomeinen.

Bij de hier omschreven doelgroep, is deze 'stepped care' het hoofdaanbod, omdat continue flexibele behandeling nodig is om stabiliteit te bereiken en te behouden in eigen omgeving. Flexibele behandeling varieert van minder tot zeer intensief (vgl. met FACT/FIT), en moet steeds afgestemd blijven op de specifieke situatie, daarom is het belangrijk dat de behandeling aansluit op de poliklinische en ambulante zorgpaden die binnen de instelling worden gebruikt.

Het opschalen laat zich vertalen in drie niveaus: planbaar, flexibel beschikbaar en crisis afwenden.

Planbaar

Hierbij horen behandelingen die in een relatief rustige fase worden geboden, zoals een combinatie van farmacotherapie en structurerende psychotherapeutische interventies.

Flexibel beschikbaar

Kenmerkend voor deze opschaling is de hoogfrequente inzet van verpleegkundigen (niveau 4 of 5/SPV) bij de patiënt aan huis voor intensieve structurerende en steunende interventies (bijvoorbeeld in combinatie met Telefoon op Recept (TOR)). De behandelaar wordt ondersteund door het multidisciplinaire team vanuit de specialistische GGZ.

Afhankelijk van organisatie, schaalgrootte en setting kan deze behandeling ook door bestaande ambulante behandelteams of aparte wijkteams geboden worden.

24/7 Crisis afwenden

Inzet is alleen gericht op het afwenden van de bestaande crisis zonder het behandeldoel te wijzigen. Dit zal meestal een kortdurende klinische opname betekenen of een BOR-regeling.

Het behandelaanbod in de intensieve ambulante setting wordt op de patiënt, de situatie en de ernst van klachten afgestemd. We onderscheiden behandelmethoden die in de relatief 'rustige fase' gebruikt worden en methoden die tijdens een crisissituatie worden ingezet.

Het is belangrijk dat deze zorg aansluit op de poliklinische en ambulante zorgpaden die binnen de instelling worden gebruikt. Gezien de ernst van de pathologie en de zorgzwaarte wordt hulp binnen de tweede lijn geboden.

Langdurige psychiatrische (intensieve) behandelmethoden:

- *Onderhoudsmedicatie/regelmatige medicatiecontrole*
- *Psychotherapie (cognitieve gedragstherapie etc.)*
- *Casemanagement*
- *Psycho-educatie*
- *Stigmabestrijding/voorlichting*
- *Inzetten ervaringsdeskundigheid*

- Nadruk op secundaire preventie (terugvalpreventie)
- ROM t.b.v. kwaliteitsmeting

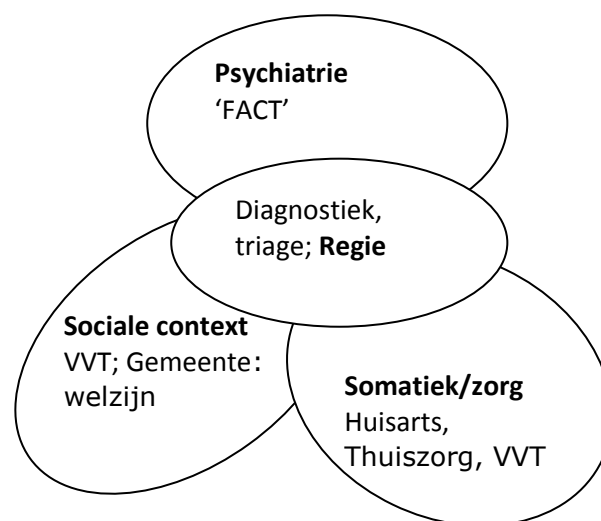
Ambulante psychiatrische crisisinterventie:

- Stabilisatie
- Intensief casemanagement
- (Spoed)medicatie
- Stut, steun en externe structuur
- Systeemondersteuning
- TOR en/of BOR
- Terugvalpreventie

Organisatie

De organisatie van intensieve ambulante behandeling zal per instelling verschillen, maar op hoofdlijnen wordt het volgende geadviseerd:

- Creëer een kernteam waarin in ieder geval de volgende disciplines vertegenwoordigd zijn: psychiater, sociaal psychiatrisch verpleegkundige en verpleegkundigen (niveau 4)
- Creëer daarnaast een flexibele schil met daarin, afhankelijk van de problematiek van de patiënt, de volgende disciplines: GZ-psycholoog, maatschappelijk werker, vaktherapeuten, ervaringsdeskundige, research verpleegkundigen etc.
- Flexibele inzet: bij crisis extra hulp inzetten (opschalen van zorg), als de crisis voorbij is extra hulp afbouwen (afschalen van zorg)
- Flexibele werkplekken: geen vaste kantoren, maar zoveel mogelijk mobiel werken via digitale communicatie, overleg en afstemming (kosteneffectief, hoge productiviteit)
- Samenwerking met andere organisaties: afstemming met basis-GGZ, POH-GGZ, huisarts etc.
- Organiseer in samenwerking met ketenpartners de zorg voor patiënten en bepaal tijdens de diagnostische fase wie in de keten regievoerder is. Dat is afhankelijk van de vraag op welk levensdomein de onderhavige problematiek het meest manifest is.



- Certificering is een doel op termijn gelet op de specifieke disciplinemix en zorgvraag bij ouderen. Betaalbaarheid bij gepaste zorg staat voorop.

Financiering

Veranderingen en bezuinigingen in de GGZ-sector leiden tot een andere indeling van de zorg. Zoveel mogelijk ambulant en een zo laag mogelijke insteek: starten met generalistische basis-GGZ, dan eventueel doorverwijzen naar specialistische GGZ en wanneer noodzakelijk naar topklinische GGZ. Beleid is gericht op zolang mogelijk verblijf thuis. Inzet van intensieve ambulante behandelmethoden ondersteunt deze koerswijziging.

Kostenreductie wordt op verschillende manieren gerealiseerd:

- Door adequate en efficiënte specialistische GGZ-behandeling te bieden blijven patiënten langer stabiel. Hierdoor wordt het risico op terugval gereduceerd.
- Ambulante intensieve behandeling is gericht op het voorkómen van opname of het bekorten van de opnameduur en is daardoor kostenbesparend. Als een crisisinterventie niet goed wordt geregeld, zal dit leiden tot toename van het aantal onnodige en verkeerde opnames in GGZ-instellingen en verzorgings- en verpleeghuizen, foutieve opnames zijn immers belastend voor betrokken partijen en kosten veel tijd en geld.

Bijlage: Individuele segmentatie van frailty

Frailty (of kwetsbaarheid) is een syndroomdiagnose voor ouderen die béter dan leeftijd de toegenomen kans op functionele achteruitgang, opname in het verpleeghuis en sterfte, voorspelt. Het Frailty-model sluit goed aan bij de herstelvisie (meenemen van individu en sociale context). Per patiënt kan men een profiel opmaken (segmentatie) ter bepaling van de frailty afgezet tegen de complexiteit van de zorgvraag.

In de tijd verschuift het profiel heen en weer. Voorbeeld: terwijl de complexiteit (bv. aanhoudende depressieve klachten) onveranderd blijft, kan de kwetsbaarheid ineens significant toenemen omdat een patiënt de zorg voor een dementerende partner moet overnemen, financiële zorgen hem plagen en één van de kinderen alcoholverslaafd of anderszins ernstig ziek is geraakt.

Doel van alle interventies (medisch, psychologisch, sociaal) is de rechthoek (zie hieronder) zo ver mogelijk naar links onder in het diagram te verschuiven, d.w.z. het segment verschuift met de voortgang van de behandeling.

