

Ouderen met psychische aandoeningen

1. Inleiding

1.1. Algemeen

Het aantal 65-plussers groeit tussen nu en 2030 van 3 miljoen naar 4,1 miljoen; zij gaan een kwart van de bevolking uitmaken. 27% van deze 65-plussers is kwetsbaar (heeft tekorten in lichamelijk, psychisch en/of sociaal functioneren) en de verwachting is dat zij de komende jaren steeds meer gebruik zullen maken van zorg, onder andere van de geestelijke gezondheidszorg.

Het proces van veroudering brengt met zich mee dat psychische aandoeningen op oudere leeftijd op een andere manier kunnen ontstaan en zich ook anders kunnen presenteren dan op jongere leeftijd, hetgeen vervolgens ook implicaties kan hebben voor de behandeling.

Bron: Heeren TJ, Kat MG, Stek ML (red). Handboek Ouderenpsychiatrie. Utrecht: de Tijdstroom, 1997.

Psychische hulpverlening aan ouderen vraagt een specifieke aanpak aangezien ook andere aspecten zoals bijkomende (comorbide) lichamelijke aandoeningen, levensfaseproblematiek, vermindering van gehoor en visus, cognitieve stoornissen en hieruit voortkomende functionele veranderingen een belangrijke rol kunnen spelen. Omdat niet alle professionals per definitie voldoende kennis van of ervaring met de doelgroep hebben, lopen oudere patiënten het risico op een onjuiste/onvolledige diagnose en onder- of overbehandeling. Daarnaast is de professional zich niet altijd bewust van zijn eigen vooroordelen met betrekking tot de verwachtingen en mogelijkheden van een oudere. Hierbij kan gedacht worden aan de opvattingen over beperkte veranderbaarheid van gedrag van ouderen.

Uit onderzoek weten we dat psychische klachten onder ouderen zeer veel voorkomen en dat er zeer regelmatig sprake is van een onvervulde zorgbehoefte. Daarnaast neemt de somatische zorgbehoefte bij psychisch lijden sterk toe. Meer behandelingen leiden echter niet automatisch tot minder zorgbehoefte of betere kwaliteit van leven.

De rol van een goede herkenning en gerichte behandeling van psychische klachten bij ouderen wordt hierbij steeds meer onderkend. Een toegankelijk en goed afgestemd zorgaanbod waarin deskundigheid voorhanden is inzake psychisch lijden, somatische problemen en zorgbehoefte is niet alleen essentieel voor het welzijn van de patiënt, maar is ook de sleutel tot het betaalbaar houden van zorg in de toekomst.

Zorg voor ouderen met psychische aandoeningen kan niet zonder een integrale visie met aandacht voor de psychische stoornis, de zorgbehoefte en het complex van al dan niet leeftijdsspecifieke factoren dat een rol speelt bij de instandhouding van de klachten. Denk hierbij aan comorbide somatische klachten, cognitieve problemen, leefstijl, levensfase problematiek, persoonlijkheidsstructuur en coping.

1.2. Doelstelling

Het doel van deze module is om zorgverleners die betrokken zijn bij de hulpverlening aan ouderen met psychische aandoeningen (in de gehele keten van huisartsenzorg tot en met zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen), de ouderen met psychische aandoeningen zelf en hun naasten, handvatten te geven voor het bieden en ontvangen van passende zorg bij deze doelgroep. Dat wil zeggen dat de ouderen de juiste hulp, op de juiste plaats en door de juiste zorgverlener(s) krijgen. Hiertoe biedt deze module overzichtsinformatie over kenmerken van de doelgroep, waar in de zorg rekening mee moet worden gehouden en hoe de organisatie van zorg is. Op onderdelen biedt de module concrete aanknopingspunten als aanvulling op de

informatie in de stoornis specifieke zorgstandaarden. Bijvoorbeeld bij vroege onderkenning door de huisarts of algemene aanpassingen in farmacologische en psychotherapeutische behandelingen.

1.3. Doelgroepen

Een uniforme definitie over de oudere met psychische aandoeningen ontbreekt. Echter, met oplopende leeftijd komen leeftijdsspecifieke aspecten naar voren die consequenties hebben voor de (organisatie van) zorg en daarmee specifieke expertise rechtvaardigen voor deze oudere doelgroep.

Bron: Rajenthiran S, Holzer S, Warner J. et al. (2013). Redefining old age psychiatry- a pragmatic approach. *It J Ger Psych* (2013) 28, 987.

De volgende criteria worden gehanteerd om te bepalen of iemand tot de doelgroep 'ouderen met psychische aandoeningen' behoort:

De volgende criteria worden gehanteerd om te bepalen of iemand tot de doelgroep 'ouderen met psychische aandoeningen' behoort:: Gebaseerd op:
Redefining old age psychiatry- a pragmatic approach en Royal college of psychiatrists old age psychiatry faculty „criteria for old age psychiatry services in the UK”; Faculty report 2004.
[Meer informatie](#)

- Mensen met psychische aandoeningen waarbij lichamelijke aandoeningen of kwetsbaarheid meegewogen moeten worden omdat ze deel uitmaken van de behandeling van de psychische aandoening of de behandeling bemoeilijken. Dit kunnen mensen zijn jonger dan 65 jaar, waarbij de afweging gemaakt kan worden of hun behoeften het best vervuld worden bij een voorziening voor ouderen.
- Mensen met psychologische of psychosociale problemen die gerelateerd zijn aan het proces van het ouder worden of het naderende levenseinde of mensen met leeftijd gerelateerde psychologische of psychosociale problemen (zoals verlies van autonomie of naasten) die menen dat hun behoeften het best vervuld worden bij een voorziening voor ouderen. Dit zal doorgaans boven de 70 jaar het geval zijn.
- Mensen bij wie de psychische aandoening zich op relatief oude leeftijd voor het eerst manifesteert (de zogeheten late onset psychische ziekten). Hier is moeilijker een leeftijdsgrens aan te geven.
- Mensen met chronische psychiatrische ziektes (denk aan bipolaire stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, psychotische stoornissen, enzovoort) die ouder worden; zonder/met weinig somatische comorbiditeit en zonder/met weinig leeftijdsspecifieke psychosociale problemen.
- Mensen met een primaire diagnose dementie en andere neurocognitieve aandoeningen.

Overwegingen bij deze criteria zijn terug te vinden in Overwegingen bij de definitie van 'ouderen met psychische aandoeningen'.

Deze criteria laten zien dat mensen met een primaire diagnose dementie of andere cognitieve aandoeningen tot de doelgroep behoren, ongeacht hun leeftijd. Echter, in deze module worden zij niet meegenomen. Voor de beschrijving van de (organisatie van) zorg voor mensen met dementie zijn andere documenten beschikbaar.

Bron: Richtlijn Delier. Volwassenen en Ouderen. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Klinische Zorgstandaard Dementie. Alzheimer NL en Vilans, 2013.

Moll van Charante E, Perry M, Vernooij-Dassen MJFJ, Boswijk DFR, Stoffels J, Achthoven L, Luning- Koster MN. NHG-standaard Dementie (derde herziening). *Huisarts Wet* 2012;55(7) 306-17

Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Dementie. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie, 2014

Boomsma LJ, Boswijk DFR, Bras A, Kleemans, AHM, Schols JMGA, Wind AW, Knuiman RBJ, Vriezen JA, Le Rütte PE, Labots-Vogelansang SM. Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafpraak Dementie. Huisarts Wet 2009;52(3):S1-S5.

Onmiskenbaar is er een wederzijds belang dat de zorg voor ouderen met psychische aandoeningen (anders dan dementie) verbonden is en blijft met de zorg voor ouderen met dementie en andere cognitieve aandoeningen.

Tot slot moet opgemerkt worden dat vrijwel al het onderzoek naar ouderen met psychische aandoeningen is verricht in Westerse landen. Er is helaas weinig bekend op welke manier diagnostiek en behandeling aangepast moeten worden voor ouderen met een migratieachtergrond; daar gaat deze module dan ook niet over.

1.4. Uitgangspunten

De inhoud van deze generieke module is gebaseerd op wetenschappelijke literatuur, gepubliceerde praktijkkennis, ervaringskennis, inbreng vanuit patiënten en naasten en aanbevelingen uit bestaande richtlijnen en standpunten.

1.4.1. Algemeen

Een generieke module beschrijft vanuit het perspectief van patiënten en naasten wat onder goed professional handelen (goede zorg) wordt verstaan. De meest actuele kennis vormt het uitgangspunt. Het gaat over kennis gebaseerd op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek, praktijkkennis en de voorkeuren van patiënten en naasten. De beschreven zorg in de standaarden zijn geen wetten of voorschriften, maar bieden handvatten voor de professional om matched care en gepersonaliseerde zorg te kunnen leveren.

Het werken volgens de kwaliteitsstandaard is geen doel op zich. De combinatie van factoren die tot ziekte hebben geleid en de sociale context waarin de aandoening zich voordoet zijn voor iedere patiënt uniek. Daarnaast heeft iedere patiënt unieke behoeften om regie te voeren over zijn of haar herstel en leven. Zorgprofessionals ondersteunen dit proces vanuit hun specifieke expertise en de kennis die een kwaliteitsstandaard hen biedt. De kwaliteit van een professional kenmerkt zich wellicht meer door de wijze waarop hij of zij in staat is in de juiste gevallen en op het juiste moment (goed beargumenteerd) van een standaard af te wijken. Mede op basis van de kwaliteitsstandaard bepalen de patiënt (en diens naasten) en de professional, ieder met hun eigen expertise, samen wat de gewenste uitkomsten van zorg zijn en welke behandel- en ondersteuningsopties daarbij passend zijn.

Het is voor een succesvolle implementatie van de standaard belangrijk om aandacht te hebben voor de mogelijke benodigde veranderingen in het zorgveld die de standaard met zich meebrengt. Voorbeelden zijn mogelijke effecten op de beschikbare capaciteit van zorgverleners, budgetvraagstukken of ict-aanpassingen. Soms is niet elk onderdeel van deze standaard per direct uitvoerbaar. Bij deze standaard zijn een implementatieplan en de rapportage uitvoerbaarheidstoets opgeleverd. Deze bieden inzicht in hoeverre de standaard uitvoerbaar is. In de komende periode worden de stappen voor implementatie nader uitgewerkt.

2. Patiëntenperspectief

2.1. Algemene uitgangspunten

Deze module houdt zich bezig met psychische aandoeningen bij oudere mensen, waarbij vaak sprake is van toegenomen kwetsbaarheid en kans op verlies van bijvoorbeeld lichamelijke conditie, psychisch functioneren (inclusief cognitieve functies), sociale contacten en het algemeen functioneren. Gezondheid is, zeker voor ouderen, geen statisch concept van optimaal welbevinden zonder ziekten of gebreken, maar een dynamisch vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren in het licht van de sociale, mentale en fysieke uitdagingen van het leven.

Bron: Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M. I., Meer, J. W. van der, Schnabel, P., Smith, R., van Weel, C., & Smid, H. (2011) How should we define health? *British Medical Journal (Clinical Research Ed.)*, 343, d4163. doi: 10.1136/bmj.d4163.

De nadruk ligt op het stimuleren van de eigen kracht en de eigen regie, waar mogelijk. Het gaat in essentie om het bevorderen van de veerkracht en de vitaliteit van mensen zodat ze zoveel mogelijk in staat worden gesteld om hun leven naar tevredenheid te leiden en hieraan zin te geven.

Om bouwstenen voor zorg vanuit patiënten- en familieperspectief te concretiseren heeft Mind Landelijk Platform Psychische Gezondheid het visiestuk Focus op Gezondheid – Zorg voor Herstel en een [Basisset Kwaliteitscriteria GGZ](#) opgesteld. Het visiestuk en de basisset vormen, samen met overwegingen vanuit ervaringsdeskundigheid, de basis voor Patiëntenperspectief.

Het begrip 'kwaliteit van zorg' wordt omschreven als de mate van overeenkomst tussen welke zorg gewenst is en welke zorg geleverd wordt in de praktijk.

Bron: Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment: Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1980.

Het is belangrijk te beseffen dat er een verschil kan bestaan in de kwaliteitsperceptie van patiënt, naasten en professional. Indien de patiënt iets anders verwacht dan de professional beoogt, kunnen de kwaliteitsoordelen tussen patiënt en professional uiteenlopen. In het begin van het zorgtraject is het noodzakelijk om helderheid te krijgen over de verwachtingen van de patiënt en naasten en de bedoelingen van de professional inzake de behandeling. Verder is het belangrijk om aandacht te hebben voor de kwaliteit van de relatie naast de kwaliteit van de interventie.

Het concept kwaliteit van zorg is uitgewerkt in vier domeinen: focus van zorg (kwaliteit van leven en herstel van vitaliteit), vorm van zorg (patiënt centraal en zorg in triade), inhoud van zorg (adequaat en integraal) en eisen aan zorg (professioneel en transparant).

2.2. Generieke en specifieke aandachtspunten

Hieronder worden vier domeinen geconcretiseerd met punten die algemeen geldend zijn en daarnaast specifieke aandachtspunten die voor ouderen met psychische aandoeningen gelden.

Focus van Zorg (uitkomst: kwaliteit van leven en herstel van vitaliteit)

De ouderenzorg is vooral gericht op het bevorderen van de kwaliteit van leven van de patiënt en het herstel van diens veerkracht en vitaliteit. De hulpverlener stimuleert zelfmanagement en zelfredzaamheid van de patiënt, waardoor de patiënt zo veel mogelijk onafhankelijk van hulpverleners verder kan leven en deelnemen aan zijn/haar leefomgeving en de samenleving.

Vorm van Zorg (relaties: patiënt centraal en zorg in triade)

Het persoonlijke verhaal van de patiënt en het verhaal van de impact hiervan op de omgeving, verteld door diens naasten, vormen het startpunt voor de zorg. De patiënt behoudt zo veel mogelijk de regie over de zorg.

Besluiten over het behandelbeleid worden steeds gezamenlijk genomen. De kwaliteit van de relatie met de hulpverlener is belangrijk: goed contact, je gehoord voelen, duidelijkheid over verwachtingen over en weer. Er wordt bij de zorg van de patiënt zoveel mogelijk samengewerkt met zijn of haar naasten. Dit is specifiek van meerwaarde in het geval van cognitieve beperkingen die kunnen bestaan. Ook wordt rekening gehouden met de mogelijke beperkingen van de partner. Indien noodzakelijk krijgen naasten ook zelf ondersteuning.

Inhoud van Zorg (proces: adequate en integrale zorg)

De hulpverlener verleent zorg op maat, afgestemd op de wensen en de behoeften van de patiënt. Tijdens de diagnostiekfase worden de psychische, fysieke en sociale factoren en de functionaliteit (onder andere valgevaar, continëntie, zintuigelijke functies) van de patiënt in kaart gebracht en wordt expliciet gevraagd en geluisterd naar het persoonlijke verhaal van de patiënt. De hulpverlener initieert afstemming en samenwerking met alle bij de zorg betrokkenen.

Eisen aan Zorg (structuur: professionele en transparante zorg)

De hulpverleners beschikken over voldoende kwalificaties en relevante competenties. De hulpverleners leveren maatwerk door richtlijnen en standaarden gericht toe te passen en hebben (over)zicht op het aanbod aan (verwijs)mogelijkheden in zorg en welzijn. Patiënten moeten desgewenst en indien inhoudelijk verantwoord hun hulpverlener kunnen houden wanneer ze tijdelijk meer of minder zorg nodig hebben en bij de overgang van volwassenen- naar ouderenzorg.

2.3. Wensen en ervaringen van patiënten

Om de vier domeinen beschreven in [Generieke en specifieke aandachtspunten](#) verder te concretiseren zijn achterbanraadplegingen gehouden. Hieronder is de methodiek hiervan kort beschreven en is een samenvatting gegeven met de belangrijkste ervaringen, wensen en meningen. Op basis hiervan worden adviezen gegeven die niet uitputtend zijn.

2.3.1. Methodiek

Om de wensen en ervaringen van patiënten en familie in kaart te brengen rondom het onderwerp 'ouderen met psychische aandoeningen' is een spiegelbijeenkomst gehouden en zijn patiënt- en familievertegenwoordigers schriftelijk bevroegd. Beide methoden worden in de [appendix](#) (als document toegevoegd bij deze generieke module) uitgebreid beschreven, inclusief de uitkomsten. Hieronder wordt een samenvatting gegeven van de belangrijkste ervaringen en verbeterpunten die aan de orde zijn gekomen. Deze lijst is een weergave van de punten aangedragen door de aanwezigen en is daardoor per definitie niet compleet. In de praktijk kunnen andere situaties voorkomen die net weer een andere aanpak vragen. Zorg op maat wordt dan ook het belangrijkste gevonden: kijk, luister en voel met de patiënt mee en ga van daar uit een behandeltraject in.

2.3.2. Belangrijkste ervaringen, wensen en meningen

- Leeftijd is niet het belangrijkste criterium om te bepalen of iemand tot de doelgroep ouderen behoort, het hangt ook af van hoe iemand zich voelt en van zijn of haar geestelijke en fysieke conditie. Leeftijden van 50+, 60+, 65+, 70+ zijn genoemd.
- In de communicatie met ouderen moet taal worden gebruikt die afgestemd is op (het niveau van) taalgebruik van de patiënt. Bij het geven van informatie helpt het om verschillende kanalen te benutten om de informatie over te brengen (visueel, mondeling, op papier). Steeds goed navragen of iemand de informatie begrepen heeft en steeds duidelijk maken naar welk einddoel wordt toegewerkt. Hierbij dient aandacht besteed te worden aan het samen met de patiënt - en diens naasten - vaststellen van doelstelling van behandeling.
- Naasten zijn belangrijk in de zorg voor de oudere. Het is belangrijk dat de hulpverlener ook oog heeft voor hen: kan extra informatie hen helpen om nog betere zorg te geven? Houden zij het nog vol en wat hebben zij

eventueel nodig om overeind te blijven? De relatie tussen de naasten en patiënt is niet altijd optimaal – het is goed daar ook oog voor te houden.

- Een klik en vertrouwensrelatie met de hulpverlener zijn essentieel voor herstel. Iemand die respectvol is, goed luistert, aandacht heeft voor een mogelijk leeftijdsverschil, veel geduld en aandacht heeft, zich goed kan verplaatsen in de patiënt en die ervaring met- en kennis heeft over het werken met de doelgroep is daarbij bevorderend.
- Ouderen kunnen het lastig vinden om hulp te aanvaarden en geven zich niet snel bloot wat betreft hun psychische aandoeningen. Dit kost tijd; heb geduld.
- Ouderen zijn over het algemeen wat minder mobiel, dus is het belangrijk na te gaan of iemand de locatie van de zorgaanbieder wel kan bereiken.
- Rust en regelmaat, een duidelijke structuur, zijn belangrijk in de zorg voor ouderen.
- Intramuraal is het belangrijk dat er voldoende passende activiteiten zijn voor patiënten en dat deze ook afwisselend zijn.
- Het is belangrijk om ouderen te activeren en aan te spreken op dingen die ze nog wel kunnen.
- Niet te snel of te veel (verschillende) medicijnen inzetten.
- Internet of andere moderne technologie wordt nog niet veel ingezet in de behandeling en begeleiding van ouderen. Sommige ouderen hebben op dit punt een kennis- en ervaringsachterstand, dus het middel is ook niet altijd geschikt.
- Ouderen ervaren in wisselende mate eigen regie over de behandeling.
- Ouderen ervaren dat de zorg nu onvoldoende op maat wordt geboden, in veel gevallen omdat hulpverleners hier geen tijd voor hebben.

2.3.3. Adviezen

- Continuïteit van zorg: behoud van dezelfde hulpverlener is wenselijk. Indien toch wordt gewisseld is het belangrijk dat iedereen duidelijk weet wat er gaat gebeuren en duidelijk heeft wat zijn of haar rol in het geheel is.
- Hulpverleners moeten voldoende tijd nemen om te kijken en te luisteren zodat goede zorg op maat geleverd kan worden. Indien nodig komt de hulpverlener bij de oudere thuis om te zien hoe het thuis gaat.
- Communicatie met de ouderen dient op maat uitgevoerd te worden: afgestemd op het niveau van de patiënt. Steeds goed navragen of iemand de informatie begrepen heeft en steeds duidelijk maken naar welk einddoel wordt toegewerkt.
- Er kan in de behandeling en ondersteuning meer aandacht zijn voor de levensfase waarin ouderen zich bevinden, bijvoorbeeld doordat er aandacht is voor zingeving.
- Signalen die door naasten worden gegeven moeten in een vroeg stadium serieus genomen worden. Niet pas als het te laat is en de naaste de zorg niet meer kan volhouden of de aandoening te erg uit de hand is gelopen.
- Zorg dat de ouderen zoveel mogelijk eigen regie kunnen houden in de behandeling.
- Bied zorg op maat, neem de tijd om er achter te komen wat deze specifieke patiënt nodig heeft en pas de behandeling/behandeldoelstelling hierop aan.

3. Zorg voor ouderen met psychische aandoeningen

3.1. Inleiding

Deze module hanteert geen indeling in diagnose-gerelateerde zorgprofielen omdat de patiëntengroep te heterogeen is en er geen bewijs is dat een dergelijke indeling bijdraagt aan een effectievere behandeling of begeleiding. De zorg bij deze patiënten varieert van enkelvoudig tot complex waarbij altijd zorg op maat gewenst is.

3.1.1. Overwegingen bij de definitie van 'ouderen met psychische aandoeningen'

Leeftijd

De kalenderleeftijd is doorgaans niet leidend voor het bepalen wanneer iemand wel of niet beschouwd moet worden als oudere. Ouderen percipiëren zichzelf niet altijd als oud, maar begrijpen de indeling naar leeftijd wel.

Ouderen percipiëren zichzelf niet altijd als oud, maar begrijpen de indeling naar leeftijd wel.: Blijkt uit de spiegelbijeenkoms.

Van belang is: welke voorziening heeft de meeste deskundigheid en affiniteit voor de aanwezige zorgvragen en zorgbehoeften. Het uitgangspunt is de wens van de patiënt te respecteren in welke voorziening (voor jongere of oudere volwassenen) hij of zij behandeld wil worden, mits inhoudelijk passend of pasbaar te maken.

Kwetsbaarheid

(Risico op) kwetsbaarheid is het kernthema bij de zorg voor ouderen met psychische aandoeningen. Kwetsbaarheid heeft voor veel ouderen een negatieve lading. Zij ervaren hun gezondheidstoestand niet als kwetsbaar en associëren kwetsbaarheid vaak met verlies van sociale contacten. In deze module wordt kwetsbaarheid gebruikt als neutrale term in de volgende betekenis: een proces van het opeenstapelen van psychische, lichamelijke en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidssuitkomsten (zoals functiebeperkingen, opname en overlijden).

Bron: van Campen C (red). Kwetsbare Ouderen. Den Haag: SCP, 2011.

Kwetsbaarheid beslaat niet enkel het lichamelijke domein (multimorbiditeit) maar ook het psychische (bijvoorbeeld cognitief, persoonlijkheid, coping), functionele (gezichtsvermogen, gehoor, mobiliteit, continentie of iemand hulp nodig heeft bij zaken van het dagelijkse leven) en sociale (rolverandering, toegenomen zorgafhankelijkheid, levensfase, zingeving), die bovendien onderling en wederkerig met elkaar kunnen samenhangen. Met name ook de grote sociale veranderingen in de vierde levensfase (bijvoorbeeld verlies van naasten, mobiliteit en dergelijke) zijn belangrijke bijdragende factoren voor psychische problematiek bij ouderen. In een breder perspectief kan kwetsbaarheid gezien worden als een risico op vermindering van het vermogen eigen regie te kunnen voeren.

In de praktijk wordt herkend dat er een groep kwetsbare ouderen is met meervoudige problemen tegelijkertijd waarbij de diversiteit van somatische, cognitieve en andere psychische kenmerken gezamenlijk en multi- dan wel interdisciplinair aangepakt dienen te worden, aangezien de interactie tussen deze kenmerken niet van meet af aan duidelijk is. Op deze groep ouderen is deze module nu niet specifiek gericht.

3.1.2. Algemene implicaties van de definitie 'ouderen met psychische aandoeningen'

De oudere populatie is een zeer heterogene groep omdat (het risico op) vermindering van capaciteit in meerdere systemen (psychisch, lichamenlijk en/of sociaal) bij deze populatie centraal staan. De implicaties hiervan voor zorg, werkwijze, competenties en eigen regie worden verder uitgewerkt in [Zorg voor ouderen met psychische aandoeningen](#) en in [Organisatie van zorg voor ouderen met psychische aandoeningen](#). Belangrijke elementen, van verschillende orde, die daarbij aan bod komen zijn:

- Aanbevelingen uit bestaande ziektegerichte richtlijnen passen vaak minder goed bij de (kwetsbare) ouderen of zijn voor de kwetsbare groep onvoldoende onderzocht.
- Kwetsbaarheid is geen statisch gegeven en met name de huisarts of specialist ouderengeneeskunde is doorgaans in de gelegenheid het gehele traject van zijn patiënt te overzien. Dit biedt kansen om bijvoorbeeld

bij belangrijke transities (zoals verweduwing, verhuizing, ziekenhuisopnames) de kwetsbaarheid in te schatten en proactief passende maatregelen te nemen.

- Vroegtijdige herkenning van genoemde kwetsbaarheid (psychisch, fysiek en sociaal) en de risicofactoren daarvan is essentieel om samen met de patiënt het niveau van functioneren en de kwaliteit van leven te optimaliseren.
- De mate waarin de verschillende professionals de regie in de behandeling hebben bij een oudere patiënt verschilt per verblijfs-setting (bijvoorbeeld thuis, woon-zorgcomplex, algemeen ziekenhuis, ggz-instelling, verpleeg- en verzorgingshuis) en functie (diagnostiek, behandeling, revalidatie) en dat vereist afstemming.
- Goed functionerende netwerken die niet gehinderd worden door financiële schotten en/of lange lijnen en/of krapte qua voorzieningen en waarbij professionals elkaar goed weten te informeren zijn essentieel.
- Interdisciplinaire of multidisciplinaire samenwerking in netwerkverband is een absoluut vereiste. Dat geldt temeer bij de hoog complexe geriatrische patiënt.
- Gelet op de sociale kwetsbaarheid is het samenwerken met de naasten en het systeem in de behandeling belangrijk.
- Bij de doelgroep ouderen is de kans groter dat de partner of mantelzorger zelf ook ouder en kwetsbaar is.
- De mogelijkheid van huisbezoeken heeft meerwaarde.
- Er moet bij ouderen niet alleen ziektegericht maar ook herstel- en functiegericht gedacht worden. Er spelen immers doorgaans vele factoren een rol die elkaar wederkerig beïnvloeden en die door het geringere reservevermogen kunnen leiden tot functieverlies.

3.1.3. Samenvatting

Met het oplopen van de leeftijd komen leeftijdsspecifieke aspecten naar voren (zoals somatische comorbiditeit, toegenomen kwetsbaarheid, zorgafhankelijkheid, rolverandering, rouw en levensfase) die consequenties hebben voor de (organisatie van) zorg en daarmee de definitie van een 'eigen doelgroep' rechtvaardigen.

Op basis van de gehanteerde criteria van de doelgroep ouderen met psychische aandoeningen dient de zorg en behandeling van deze doelgroep georganiseerd te worden in een model waarbij vooral bij complexe zorgvragen aandacht nodig is voor geïntegreerde zorg en behandeling in goed functionerende netwerken. De kracht van goede zorg aan ouderen met psychische aandoeningen uit zich in intensieve samenwerking, het eenvoudig kunnen opschalen van zorg en schakelen tussen verschillende disciplines, ook bij schijnbaar enkelvoudige problematiek.

3.2. Vroege onderkenning en preventie

In vroege onderkenning en preventie wordt ingegaan op vroege onderkenning en preventie bij ouderen met psychische aandoeningen. Zie ook de generieke module Vroege opsporing van psychische klachten in de huisartsenpraktijk. Vroege onderkenning is natuurlijk bij alle stoornissen van belang. Echter in deze module ligt de nadruk op depressie en angststoornissen omdat hierover, mede uit onderzoek, het meest bekend is bij ouderen. Overigens geldt voor vrijwel alle psychische aandoeningen dat overwegend dezelfde uitgangspunten als bij jongere volwassenen kunnen worden gehanteerd, zoals indicatie stellen voor specifieke behandelingen. Hierbij moet wel rekening gehouden worden met leeftijdsspecifieke aanpassingen; deze worden verderop toegelicht.

3.2.1. Vroege onderkenning en preventie bij thuiswonende ouderen

Ouderenwerk

Voor vroege onderkenning of preventie van psychische aandoeningen bij ouderen kan samenwerking gezocht worden met het ouderenwerk, al dan niet als onderdeel van de wijkteams. Ouderenwerk heeft als doel de zelfstandigheid, maatschappelijke integratie en het welzijn van alle oudere inwoners in de gemeente te bevorderen of te handhaven. Dit doen zij op allerhande manieren, zoals het organiseren van cursussen,

voorlichtingsbijeenkomsten en belangenbehartiging. Ouderenadviseurs werkzaam bij het ouderenwerk kunnen ouderen zelf of hun naasten op allerlei terreinen adviseren of hen verwijzen naar de juiste organisatie voor hun vraag of probleem. Zij komen ook bij de mensen thuis alwaar zij een signalerende en screenende functie kunnen hebben. Ouderen hebben geen verwijzing van een huisarts nodig om contact op te nemen met het ouderenwerk. Ben alert op eventuele onderherkenning en onderbehandeling, omdat ouderen die dat nodig hebben niet altijd of niet tijdig verder worden verwezen door het ouderenwerk. Er bestaat regionale variatie in het ouderenwerk. In sommige gemeenten is ouderenwerk onder deze naam actief, maar in andere gemeenten is een vergelijkbare functie ondergebracht in wijkteams, maatschappelijk werk of doen ouderenbonden hier veel in.

Naast signalen vanuit het ouderenwerk kunnen bijvoorbeeld ook huishoudelijke hulp, thuiszorg of vrijwilligersorganisaties signalen oppikken en doorgeven over de aanwezigheid van mogelijke psychische aandoeningen bij de ouderen waar zij over de vloer komen. Maak hier regionaal goede organisatorische afspraken over die voldoen aan de uitgangspunten gegevens uitwisseling zoals omschreven in de Handreiking Gegevensuitwisseling in de bemoeizorg zodat van alle signalen over vroege onderkenning van psychische aandoeningen bij ouderen actief gebruik gemaakt kan worden. Informeer de patiënt en/of wettelijke vertegenwoordiger over deze vaak noodzakelijke handelwijze.

Signalering door de huisarts

Voor de huisarts kunnen signalen voor een psychische aandoening bij ouderen onder andere zijn:

- vaak of vaker dan gebruikelijk op het spreekuur komen;
- vage psychosomatische klachten/ onvoldoende begrepen lichamelijke klachten;
- slaapproblemen;
- verminderde zelfzorg;
- gewichtsverlies (slecht eten wordt niet makkelijk verteld);
- mantelzorger maakt overbelaste indruk;
- terugtrekken / toenemend sociaal isolement;
- zorgmijding;
- frequent bezoek aan huisartsenpost of spoedeisende hulp van het ziekenhuis;
- signalen van het sociale netwerk/mantelzorg;
- signalen van thuiszorg;
- signalen van assistente, niet meer bellen of vaak bellen;
- signalen van praktijkondersteuner;
- het plaatsvinden van ingrijpende levensgebeurtenissen (life-events).

De huisarts kan niet alleen signalen voor psychische aandoeningen van de oudere zelf krijgen maar ook van partner, familie, burens, wijkverpleging of anderen. Vooral de oudste ouderen kunnen wat vaker dan jongere volwassenen de neiging hebben hun psychische klachten pas te uiten bij herhaaldelijk en gericht navragen. In de huisartsenpraktijk is het inzake signalering van psychische aandoeningen bij ouderen belangrijk dat er aandacht is voor de interactie tussen somatische en psychische aandoeningen en functieniveau. De huisarts werkt hierin samen met de praktijkondersteuners (POH's) en eventueel de specialist ouderengeneeskunde.

Te nemen stappen bij de signalering zijn: Sluit eerst somatische oorzaken voor psychische klachten uit.

Gebruik de standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) die betrekking hebben op (psychiatrische) problematiek:

- Angst
- Delier
- Dementie
- Depressie
- Problematisch alcoholgebruik
- Slaapmiddelen en slaapproblemen
- Ziekte van Parkinson
- Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK)

Maar ook somatische richtlijnen waarin angst- en depressie benoemd worden zoals:

- COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease)
- CVA (Cardiovasculair risicomanagement)
- DM (Diabetes Mellitus)
- Hartfalen
- Pijn

Meetinstrumenten om te screenen

Een screeningsinstrument kan goed ingezet worden bij bovengenoemde signalen of als de huisarts een 'niet plus' gevoel heeft. Alleen screenen met een meetinstrument is zelden zinvol gebleken; screenen moet bij een afwijkende score gevolgd worden door verdere diagnostiek en eventuele behandeling (case-finding).

Bij ouderen kan - in aanvulling op de in de [generieke module Psychische klachten in de huisartsenpraktijk](#) beschreven instrumenten voor het screenen op psychische aandoening bij mensen in de algemene bevolking - de Geriatric Depression Scale (GDS) gebruikt worden voor het screenen op depressieve klachten. [Zowel de oorspronkelijke GDS van 30 items als de verkorte variant van 15 items \(GDS-15\) is hiervoor geschikt.](#)

Bij twijfel over de cognitieve functies is de Mini-Mental State Examination (MMSE) de meest gebruikte en best onderzochte screener.

Bron: Kempken GIJM, Brilman EI & Ormel J. De Mini-Mental State Examination. Normeringsgegevens en en vergelijking van een 12- en 20- item versie in een steekproef ouderen uit de bevolking. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie, 1995, 26: 163-172.

Ook de Montreal Cognitive Assessment (MoCa) kan worden gebruikt om cognitieve stoornissen te kwantificeren en om een inschatting te maken van de kans dat psychische klachten door een beginnende dementie worden veroorzaakt.

Bron: MoCA Versie 7.2; Januari 2012 © Z. Nasreddine MD, vertaald naar Nederlands door A.J. Wester en R.P.C. Kessels. www.mocatest.org

Zeker bij psychische aandoeningen die zich voor het eerst op oudere leeftijd manifesteren (bijvoorbeeld depressie, angst, psychose, gedragsverandering) is het zinvol een MMSE af te nemen.

Op basis van enkele praktijkervaringen blijkt dat bij specifieke doelgroepen ouderen normaliter goed gevalideerde screeners mogelijk minder werkzaam zijn, bijvoorbeeld bij ouderen met een autismespectrumstoornis, ouderen met laagbegaafdheid of ouderen met laaggeletterdheid.

Zoals eerder beschreven is het van belang om rekening te houden met de kwetsbaarheid in de behandeling van oudere patiënten. Algemene screening van alle ouderen op kwetsbaarheid is echter niet zinvol. Op indicatie valt wel te overwegen een screeningsinstrument te gebruiken, zoals bij hoogbejaarde ouderen (boven de 75 à 80 jaar), ouderen met veel lichamelijke aandoeningen of beperkingen of bij ouderen die vaker medicatie opvallend slecht verdroegen. Voor screening op kwetsbaarheid kunnen de GFI (Groninger Frailty Indicator),

Bron: Steverink N, Slaets, JPJ, Schuurmans H & van Lis M. (2001). Measuring frailty: development and testing of the Groningen Frailty Indicator (GFI). The Gerontologist, 41, special issue 1, 236-237.

de TFI (Tilburg Frailty Indicator)

Bron: Gobbens RJJ, van Assen MALM, Luijkx KG, Wijnen-Sponselee MTh, Schols JMGA. The Tilburg

Frailty Indicator: psychometric properties. J Am Med Dir Assoc 2010; 11(5):344-355.

of Easycare TOS (Tweetraps Ouderen Screening)

Bron: Van Kempen J, Schers H, Jacobs A, Zuidema SU, Ruikes F, Robben SHM, Melis RJF, Olde Rikkert MGM, Development of an instrument for the identification of frail older people as a target population for integrated care. British Journal of General Practice 2013, 63:e225 - e271.

Van Kempen JA, Schers HJ, Melis RJ, Olde Rikkert MG, Construct validity and reliability of a two-step tool for the identification of frail older people in primary care. Clin Epidemiol 2014 Feb;67(2):176-83.

Keiren SM, van Kempen JA, Schers HJ, Olde Rikkert MG, Perry M & Melis RJ. Feasibility evaluation of a stepped procedure to identify community-dwelling frail older people in general practice. A mixed methods study. Eur J Gen Pract 2014, 20(2), 107-113.

gebruikt worden. Of deze screeningslijsten zinvol gebruikt kunnen worden bij psychische aandoeningen is echter nog niet goed bekend. Dit komt omdat nog niet goed bekend is of het meer somatisch gerichte concept van kwetsbaarheid bij psychische aandoeningen onverminderd gebruikt kan worden of dat conceptuele aanpassingen nodig zijn. Het is dus nog te vroeg om een advies te kunnen geven over meetinstrumenten gericht op kwetsbaarheid in deze populatie. Waarschijnlijk voldoet een 'klinisch oordeel' ook.

Drempels in herkenning en doorverwijzing van ouderen met psychische aandoeningen

Er zijn drempels die verhinderen dat ouderen met psychische aandoeningen de hulp krijgen die zij nodig hebben.

Bron: Depla MF. [Filters in mental health care for the elderly. A literature study of the prevalence of psychiatric problems and the utilization of care by the elderly]. 1996;27(5):206-14.

Een eerste drempel zit bij de oudere patiënt zelf. Ouderen onderkennen minder snel dan jongere volwassenen dat zij psychische problemen hebben en zullen daardoor minder snel hulp zoeken voor deze problemen. Een tweede drempel zit bij herkenning van psychische problemen door de huisarts bijvoorbeeld doordat deze onvoldoende kennis heeft van behandelopties of het idee heeft dat psychische problemen onderdeel zijn van het normale verouderingsproces, maar ook doordat de oudere met lichamelijke problemen bij de huisarts komt. Een derde drempel is het verwijzen van ouderen naar meer gespecialiseerde hulpverlening mocht de hulp in de huisartsenpraktijk niet afdoende blijken. Ook hier blijkt dat huisartsen minder geneigd zijn ouderen te verwijzen dan jongere volwassenen, bijvoorbeeld omdat zij niet bekend zijn met alle diverse ketenpartners die zorg aanbieden voor de doelgroep, terwijl zij evenveel baat kunnen hebben bij behandeling van hun psychische problemen.

Bron: Nuijen J (red.). Trendrapportage GGZ 2012. Deel 2A: Toegang en zorggebruik. GGZ in de eerste lijn. De rol van de huisarts en de eerstelijnspsycholoog. Utrecht: Trimbos-instituut, 2012.

Preventieve cursussen

Er bestaan verschillende preventieve interventies specifiek voor ouderen die als doel hebben te voorkomen dat bestaande depressieve of angstklachten zich ontwikkelen tot een depressie of angststoornis. Voorbeelden hiervan zijn de groepscursussen 'Op zoek naar zin' voor ouderen met depressieve klachten en 'Angst de baas 55+' voor ouderen met angstklachten. De eerste is gebaseerd op life review therapie, de laatste op cognitieve gedragstherapie. Meer informatie over preventieve interventies bij ouderen met depressieve of angstklachten staat in de desbetreffende zorgstandaarden. Preventie van depressie en angst bleek bij subsyndromale stoornissen kosteneffectief in de Nederlandse huisartspraktijk. Dat betekent dat de huisartsenpraktijk moet kunnen beschikken over een aantal interventies zoals bibliotherapie, zelfhulpboeken, problem-solving therapy

(PST) en medicatie. Voor andere stoornissen bestaat vrijwel geen onderzoek bij ouderen naar preventieve cursussen.

3.2.2. Vroege onderkenning en preventie in het verpleeg- en verzorgingshuis

Depressie

Bij bewoners op somatische afdelingen van verpleeg- en verzorgingshuizen die net zijn opgenomen komt depressie vaker voor dan bij ouderen in de algemene bevolking.

Bron: - Smalbrugge M, Jongenelis L, Pot AM, Eefsting JA, Ribbe MW, Beekman AT. Incidence and outcome of depressive symptoms in nursing home patients in the Netherlands. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2006;14(12):1069-76.
- Eisses AM, Kluiters H, Jongenelis K, Pot AM, Beekman AT, Ormel J. Risk indicators of depression in residential homes. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2004;19(7):634-40.

Bij verpleeghuisbewoners op een somatische afdeling blijkt het zorgprogramma 'Doen bij depressie' - een direct implementeerbaar werkplan om depressieve klachten en depressies op te sporen en te behandelen in het verpleeghuis - het voorkomen van depressie bij bewoners te verminderen en hun kwaliteit van leven te vergroten.

Bron: Leontjevas R. Doen bij depressie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*. 2013; 55(7)

In het verzorgingshuis kunnen preventieve activiteiten zich onder andere richten op het zoveel mogelijk verminderen van functionele beperkingen door inzet van bijvoorbeeld fysiotherapie, psychomotorische therapie, specialist ouderengeneeskunde of revalidatiearts (bij secundaire preventie).

Om de aanwezigheid van depressieve klachten bij bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen in kaart te brengen en te monitoren, kan de verkorte versie van de Geriatric Depression Scale (GDS-8) gebruikt worden.

Bron: Smalbrugge M, Jongenelis L, Pot AM, Beekman AT, Eefsting JA. Screening for depression and assessing change in severity of depression. Is the Geriatric Depression Scale (30-, 15- and 8-item versions) useful for both purposes in nursing home patients? *Aging Ment Health*. 2008;12(2):244-8.

Er wordt geadviseerd ouderen binnen twee tot vier weken na binnenkomst te screenen op depressie met de GDS en dit elke zes maanden te herhalen.

Bron: Gebaseerd op de richtlijn van de American Geriatrics Society en de American Association for Geriatric Psychiatry, 2003.

Indien sprake is van duidelijke cognitieve stoornissen dan is een zelfinvulvragenlijst zoals de GDS niet meer valide en dient bijvoorbeeld een Cornell Scale for Depression in Dementia gebruikt te worden.

Bron: Nederlandse vertaling: R.M. Dröes, Vakgroep Psychiatrie, Vrije Universiteit, Amsterdam, 1993.

Dit is echter geen screeningsinstrument en invullen vergt ervaring en training.

Angst

Bij verpleeghuisbewoners op somatische afdelingen komen angststoornissen, subthreshold angststoornissen

en angstklachten vaak voor, vooral bij bewoners met depressie, slechtziendheid of een beroerte.

Bron: Smalbrugge M, Pot AM, Jongenelis K, Beekman AT, Eefsting JA. Prevalence and correlates of anxiety among nursing home patients. *J Affect Disord.* 2005 Oct;88(2):145-53.

Bij deze bewoners moeten hulpverleners daarom extra bedacht zijn op (subthreshold-) angststoornissen.

Het gebruik van de Minimale Data Set (MDS) - een instrument waarmee zorgbehoeften en functioneren van een bewoner in kaart wordt gebracht als input voor (bijstelling van) het zorgplan - is niet afdoende voor het monitoren van psychische aandoeningen bij bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen.

Bron: Frijters DHM. 2001. Gebruikershandboek patientberoedelingsinstrument (RAI) voor verpleeghuizen. RAI versie 2.1 van de InterRAI Corporation. Minimum Data Set (MDS), patientanalyseprotocollen (RAP's) en gebruiksrichtlijnen. Utrecht: Prismant.

Hierin moet weliswaar aangekruist worden of er sprake is van bijvoorbeeld depressie of angst bij de bewoner, maar deze beoordeling vindt niet op basis van een valide meetinstrument plaats. Voor het screenen van angstklachten kan de subschaal angst van de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) gebruikt worden.

Bron: Zigmond, A.S. & Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

Verzorgenden in verpleeghuizen zijn vaak onvoldoende geschoold in het omgaan met ouderen met psychische kwetsbaarheid en voelen zich onvoldoende toegerust. Deskundigheidsbevordering van verzorgenden en inzet van psychiatrisch ervaren verpleegkundigen en psychologen is niet alleen helpend bij vroege opsporing van klachten in deze setting maar ook nog eens in de behandeling en verdient dus meer aandacht.

Ook dient elk verpleeghuis afspraken te hebben over consultatie door een (ouderen-) psychiater. Invulling van die afspraken is op maat en toegespitst op de lokale situatie qua voorzieningen in verpleeghuis en ggz.

3.2.3. Samenvatting

Bij de vroege onderkenning en preventie van psychische aandoeningen bij ouderen is het belangrijk dat gebruikt wordt gemaakt van signalen uit alle mogelijk denkbare kanalen (onder andere oudere zelf, naasten, ouderenwerk, thuiszorg, multidisciplinaire team). Verder is het belangrijk dat er, op indicatie, gescreend wordt op psychische aandoeningen met gebruikmaking van daarvoor aangewezen instrumenten en dat er vervolg wordt gegeven aan de resultaten van de screening. Onderkenning van kwetsbaarheid is eveneens van belang bij ouderen omdat somatische aandoeningen en functiebeperking bij ouderen bijdragen aan het risico op psychische aandoeningen.

Adviezen

Maak meer gebruik, op indicatie, van screeningsinstrumenten voor het detecteren van psychische aandoeningen en zet een actief vervolgsbeleid in waarin met de uitkomsten van de screening aan de slag wordt gegaan. Het doen van een (hetero-) anamnese bij naasten wordt gestimuleerd. Ten eerste, zoals eerder genoemd, om ook te vernemen of de naaste (met name mantelzorger) zelf een risico heeft voor ontwikkelen van psychische klachten. Ten tweede in het kader van diagnostiek en behandeling, vooral om in kaart te brengen of er mogelijk sprake is van cognitieve achteruitgang, aangezien vele patiënten zich daar onvoldoende bewust van zijn en deze cognitieve achteruitgang van invloed is op psychische klachten. Ook wordt bijvoorbeeld het vermoeden van ernstig alcoholgebruik vaker door naasten genoemd (zeker als het wordt

gevraagd) en kan een inschatting gemaakt worden van eventuele ouderenmishandeling.

3.3. Diagnostiek

Zie voor het aanpakken van de diagnostiek van specifieke psychische aandoeningen bij ouderen de desbetreffende stoornis specifieke zorgstandaard. De volgende algemene opmerkingen kunnen gemaakt worden over diagnostiek van psychische aandoeningen bij ouderen:

- Onderdiagnostiek en onderbehandeling komen bij ouderen veel voor; terwijl tegelijkertijd psychische aandoeningen veel voorkomen en grote invloed op de kwaliteit van leven hebben. De effectiviteit van behandeling is vaak niet anders dan bij jongere volwassenen mits de behandeling even adequaat/intensief is als bij jongere volwassenen. Percepties van ouderen zelf maar ook die van de hulpverlener over wat aan veroudering toegedicht moet worden, spelen waarschijnlijk een rol bij onderdiagnostiek en onderbehandeling van psychische aandoeningen bij ouderen. Deze percepties (en verwachtingen over en weer) blijven in het contact tussen professional en patiënt niet zelden onbesproken. Zo kan het stigma van ouderdom en suboptimale psychische gezondheid in stand blijven.
- Psychische aandoeningen kunnen zich bij ouderen soms anders en minder specifiek presenteren dan bij jongere volwassenen. Het beste is dit bij depressies onderzocht en dan zijn er aanzienlijk meer overeenkomsten dan verschillen. Ouderen met een depressie of angststoornis zullen zich sneller met lichamelijke klachten presenteren dan jongere volwassenen, maar bij goed doorvragen ontkennen ouderen niet vaker dan jongere volwassenen wat hun klachten zijn.
- Het voorkomen (prevalentie) en ontstaan (incidentie) van klachten van verschillende psychische aandoeningen verschilt met die bij jongere volwassenen. Zo komen ernstige depressies minder vaak voor maar lichte depressies vaker. Cognitieve stoornissen komen vaker bij ouderen voor, evenals specifieke angsten zoals bijvoorbeeld angst om te vallen. Ook de onderliggende risicofactoren kunnen verschillen; denk bijvoorbeeld aan cerebrovasculaire problemen of beginnende cognitieve problemen bij een eerste depressie op latere leeftijd. Ook hier geldt weer dat specifieke kennis en kunde noodzakelijk is.
- Het afnemen van heteroanamnese en familieanamnese in het kader van diagnostiek bij ouderen is belangrijk.
- Bij ouderen moet extra aandacht zijn voor laaggeletterdheid en moet extra aandacht worden besteed aan (licht) verstandelijke beperkingen en autisme. Juist omdat dit chronische aandoeningen betreffen wordt vaak verondersteld dat dit wel bekend zal zijn. Onze ervaring is dat dit vaak niet het geval is en dat soms deze vroege stoornissen pas laat, op oudere leeftijd, tot een eerste contact met de hulpverlening leidt.
- Bij een klinische opname van kwetsbare ouderen kan een multi-domein analyse zoals met het Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) overwogen worden om te bezien op welke fronten (functie)verbetering haalbaar is en kwaliteit van leven te verbeteren is.
- Comorbiditeit en multimorbiditeit kunnen goede diagnostiek en behandeling belemmeren. Bij co- en multimorbiditeit is vaak meer gespecialiseerde diagnostiek nodig om tot een goed behandeladvies te kunnen komen. Bepaalde aandoeningen kunnen onderliggende aandoeningen maskeren. Als gevolg daarvan wordt dan vaak niet de juiste of geen volledige behandeling ingezet waardoor de patiënt onvoldoende reageert op de behandeling.

3.4. Behandeling, begeleiding en terugvalpreventie

3.4.1. Algemene behandelprincipes die van toepassing zijn

Net als bij volwassenen zijn er in de behandeling van ouderen met psychische aandoeningen een aantal principes van belang, namelijk:

- matched care: patiënt komt zo snel mogelijk bij de juiste hulpverlener en krijgt zo snel mogelijk de juiste behandeling (niet minder dan noodzakelijk en niet meer dan nodig). Afstemming van dosering op

patiëntvariabelen zoals ernst van de problematiek, bijkomende lichamelijke ziekten, cognitie, psychologische capaciteiten en sociale rollen.

- collaborative care: intensieve samenwerking tussen huisarts of specialist ouderengeneeskunde, psychiater en andere hulpverleners in de generalistische basis of (hoog)gespecialiseerde ggz.

Deze principes zijn bij de in [Algemene overwegingen en aanpassingen van psychologische/psychotherapeutische interventies](#) en [Algemene overwegingen en aanpassingen van farmacologische interventies](#) genoemde overwegingen en aanpassingen van psychologische/psychotherapeutische en farmacologische interventies expliciet geldend. In [Organisatie van zorg voor ouderen met psychische aandoeningen](#) worden deze principes nader uitgelegd.

3.4.2. Terugvalpreventie

Veel psychische stoornissen zijn chronische aandoeningen met meerdere recidieven en periodes van herstel. Onderhoudsbehandeling met medicatie is voor de meeste stoornissen effectief maar wederom is bij depressie het meeste onderzoek gedaan naar de preventieve toediening van antidepressiva. Ook bij bipolaire stoornissen, psychotische stoornissen en angststoornissen zijn psychofarmaca effectief in het voorkomen van recidieven. Het stoppen of anderszins aanpassen van de dosering van de medicatie, al dan niet in overleg met de behandelend arts, is een van de meest frequente oorzaken van terugval. Goede voorlichting hierover en aanvulling met psychotherapeutische interventies en/of leefstijladviezen zijn vaak minstens even belangrijk; maar deze zijn minder goed onderzocht.

3.4.3. Levensvragen en zingeving

Het omgaan met levensvragen is op oudere leeftijd een belangrijk thema. Termen als laatste levensfase, doodswens, zingeving en spiritualiteit komen dan naar boven.

Deze levensvragen of zingeving hebben een centrale rol in de multidisciplinaire zorg voor de oudere patiënt en zijn systeem. Door het Expertisecentrum Levensvragen en Ouderen is een website ontwikkeld met informatie omtrent dit thema, waaronder de [kwaliteitsstandaard levensvragen](#). In deze kwaliteitsstandaard worden de begrippen 'levensvragen' en 'zingeving' nader uitgelegd, evenals wat 'omgaan met levensvragen' betekent. Laatstgenoemde begrip wordt ruim genomen, van vragen als 'wat maakt de dag de moeite waard?' tot existentiële zingeving. De kwaliteitsstandaard belicht het perspectief van de patiënt, de hulpverlener en de organisatie en geeft handvatten om deze te betrekken in de zorgverlening.

3.4.4. Algemene overwegingen en aanpassingen van psychologische/psychotherapeutische interventies

Na toelichting op het bewijs voor de effectiviteit van psychologische/psychotherapeutische interventies bij ouderen en de niveaus van behandeling waarop kan worden ingestoken worden de voor ouderen benodigde algemene aanpassingen van deze interventies beschreven.

Bewijs voor effectiviteit van psychologische/psychotherapeutische interventies bij ouderen

Bij ouderen met psychische aandoeningen is er redelijk wat onderzoek verricht naar de effectiviteit van psychologische interventies, met name cognitieve gedragstherapie, oplossingsgerichte therapie en life review, en dan vooral bij ouderen met depressie of angst. Bij ouderen zijn cognitieve gedragstherapie (zowel in een groep als individueel), life review therapie en oplossingsgerichte therapie effectief voor de behandeling van depressie.

Er is geen verschil in effectiviteit in vergelijking met jongere volwassenen.

Bron: Cuijpers P, van Straten A, Smit F, Andersson G. Is psychotherapy for depression equally effective in younger and older adults? A meta-regression analysis. *Int Psychogeriatr.* 2009 Feb;21(1):16-24.

Bij ouderen met een angststoornis is met name cognitieve gedragstherapie onderzocht en ook bij deze doelgroep is deze behandeling effectief in het terugdringen van de klachten en is effectiviteit vergelijkbaar met jongere volwassenen.

Bron: - Gonçalves DC, Byrne GJ. Interventions for generalized anxiety disorder in older adults: systematic review and meta-analysis. *J Anxiety Disord.* 2012 Jan;26(1):1-11.
- Gould RL, Coulson MC, Howard RJ. Efficacy of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in older people: a meta-analysis and meta-regression of randomized controlled trials. *J Am Geriatr Soc.* 2012 Feb;60(2):218-29.

In de praktijk is daarnaast veel positieve ervaring opgedaan met Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) bij ouderen met een posttraumatische stressstoornis (PTSS) maar dit is nog niet wetenschappelijk onderzocht. In de generieke module Psychotherapie staan de verschillende psychologische en psychotherapeutische behandelvormen en behandelingen uitgebreid beschreven. Daarnaast dient in de praktijk ook aandacht te zijn voor verpleegkundige of vaktherapeutische interventies op het gebied van herstel.

Bij diverse stoornissen zoals depressie en angststoornissen zijn er geen duidelijke verschillen in effectiviteit tussen psychotherapie en psychofarmaca.

Bron: - Pinquart M, Duberstein PR, Lyness JM. Treatments for later-life depressive conditions: a meta-analytic comparison of pharmacotherapy and psychotherapy. *Am J Psychiatr* 2006;163:1493–501.
- Kok R. 2008. Addendum Ouderen bij de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie. www.ggzrichtlijnen.nl

Belangrijk is dat beide mogelijkheden (indien van toepassing) geboden worden en patiënten vooral niet psychofarmaca krijgen omdat er onvoldoende alternatieven voorhanden zijn (bijvoorbeeld geschoolde psychotherapeuten). Dit betekent ook dat de voorkeur van de patiënt een grote rol speelt bij de keus hiertussen waarbij overigens ook factoren zoals ernst en duur van de klachten, reacties op eerdere behandeling een rol spelen. Bij ernstige (en zeker bij psychotische) depressies hebben antidepressiva de voorkeur. Bij ouderen is electroconvulsieve therapie (ECT) erg effectief. Met name bij psychotische depressies met weigering van eten, drinken en medicatie moet dit als eerste overwogen worden. Bij veel angststoornissen heeft juist psychotherapie de voorkeur, met name cognitieve gedragstherapie (CGT).

Ondanks het gegeven dat ouderen goed kunnen profiteren van psychologische/psychotherapeutische interventies is het aanbod van psychotherapie voor ouderen door onder meer psychotherapeuten of klinisch psychologen werkzaam in de generalistische basis ggz of gespecialiseerde ggz relatief beperkt.

Niveaus van behandeling waarop kan worden ingestoken bij ouderen

Naast interventies zoals 'watchfull waiting' en zelfhulpinterventies kunnen bij ouderen, net als bij jongere volwassenen, drie niveaus van psychologische behandelingen worden onderscheiden:

Bron: van Alphen SPJ, Bolwerk N, Videler AC, Tummers JHA, van Royen RJJ, Barendse HPJ, Penders KAP, Scheepers C, Verheul R. Persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen: delphi-onderzoek onder Nederlandse en Vlaamse experts over specifieke diagnostische en therapeutische aspecten. *Tijdschrift voor Psychiatrie.* 2010; 52(6).

- Een continue steunend-structurende behandeling is vooral gericht op stabiliteit zoals adviseren en ondersteunen van patiënt en familie. Dit niveau is geschikt wanneer de oudere niet in staat is tot verandering of tot psychologische/psychotherapeutische behandeling vanwege ernstige cognitieve beperkingen, ernstige somatische problematiek of inactiviteit of dat het juist om milde psychische problematiek gaat hetgeen goed verholpen kan worden met ondersteunende gespreksvoering en bijvoorbeeld bewegingsinterventies, zoals psychomotore of ontspanningstherapie.
- Een klachtgerichte-adaptatiegerichte behandeling zoals cognitieve gedragstherapie, systeemtherapie, interpersoonlijke therapie of EMDR is geschikt voor ouderen die gemotiveerd zijn hun psychische problemen aan te pakken. Hier kan ook gedacht worden aan mediatietherapie waarbij mantelzorgers of zorgteams als mediator worden ingezet. Mediatietherapie maakt een klachtgerichte behandeling mogelijk bij ouderen waarbij vanwege ernstige beperkingen of gebrekkige motivatie de reguliere psychologische behandeling niet mogelijk is.
- Een persoonlijkheidsveranderende therapie bestaat uit een vorm van inzicht-gevende psychotherapie zoals schematherapie of dialectische gedragstherapie. Deze is doorgaans geïndiceerd bij recidiverende depressies of angststoornissen die ondanks adequate evidence-based behandeling niet opknappen en bij patiënten waar de persoonlijkheidsproblematiek sterk op de voorgrond staat en invaliderend is. De oudere beschikt over voldoende discipline en vasthoudendheid om de therapie vol te houden, is in staat tot zelfreflectie en kan omgaan met de deregulerende effecten die de behandeling kan hebben.

Bij ouderen zullen bij de keuze voor het behandelniveau relevante comorbide cognitieve en/of somatische stoornissen een belangrijke afweging vormen. Het niveau waarop ingestoken wordt is namelijk afhankelijk van de inschatting door de professional waar de oudere het meest van zal profiteren, de behoeften en voorkeuren van de patiënt alsmede de aard, ernst, recidief van de stoornis en comorbide psychische of somatische stoornissen (zie verder ook de generieke module Psychotherapie).

Afhankelijk van de behandelsetting en daarmee samenhangende aard en ernst van de psychische problematiek en somatische comorbiditeit, zal de voorkeur uitgaan naar een specifiek behandelniveau. Zo zal in de huisartsenpraktijk of verpleeghuissetting het accent komen te liggen op een steunend-structurende behandeling en zal in de gespecialiseerde ggz de klachtgerichte en persoonlijkheidsveranderende behandeling centraal staan. Hoewel bij ouderen met ernstige psychiatrische aandoeningen in de gespecialiseerde ggz steunende-structurende behandelingsvormen vaak worden toegepast.

Algemene aanpassingen van psychologische/psychotherapeutische interventies bij ouderen

Hoewel psychologische/psychotherapeutische behandeling bij ouderen goed toepasbaar en even effectief is als bij jongere volwassenen zijn er wel aanpassingen nodig bij ouderen, met name bij het huidige cohort ouderen dat zich in de vierde levensfase bevindt (vanaf 75-80 jaar). De volgende aanpassingen worden in de klinische praktijk en onderzoek veelvuldig naar voren gebracht:

Bron: - Kok R. 2008. Addendum Ouderen bij de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie. www.ggzrichtlijnen.nl
- Schuurmans J, Hendriks GJ, Veerbeek MA. Addendum Ouderen bij de Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen. www.ggzrichtlijnen.nl

- laagdrempelig aanbod van psychologische behandeling aan huis;
- meer aandacht voor psycho-educatie en uitleg over de rationale van de behandeling;
- rekening houden met zintuigelijke beperkingen zoals beperkter gehoor en zicht
- meer aandacht voor motivatieverhogende technieken;
- het gebruik van leer- en geheugensteuntjes;
- aandacht voor de invloed van somatische comorbiditeit, invloed van farmaca en cognitieve beperkingen;
- het gebruik van beeldende taal en audiovisuele hulpmiddelen;
- meer (maar doorgaans kortere) sessies dan gebruikelijk (bij bestaande protocollen) voor jongere volwassenen;
- systeembenadering: zo zijn naastbetrokkenen zoals partner of andere belangrijke personen in de omgeving onderdeel van het behandeling op het gebied van psycho-educatie, ondersteuning en (tussentijdse) evaluatie;
- het gebruik van door de patiënt gekozen termen; bijvoorbeeld spanning in plaats van angst, behandeling in

plaats van psychotherapie;

- aandacht voor leeftijdsspecifieke overdracht- en tegenoverdrachtverschijnselen; de therapeut kan door de oudere patiënt in verschillende rolposities worden aangesproken, afhankelijk van de onderliggende relationele dynamiek zoals die van kind of ouder.

Er is een aantal thema's dat speciale aandacht verdient in de psychologische/ psychotherapeutische behandeling aan ouderen. Het gaat hierbij om:

- Overtuigingen over en gevolgen van somatische aandoeningen; de beleving en de gevolgen van de lichamelijke ziekten kunnen negatieve invloed hebben op het zelfbeeld, het beeld van anderen en het toekomstperspectief (waarbij complicerend is dat er tevens sprake kan zijn van een somatoforme stoornis).
- Cohortgebonden (socioculturele) overtuigingen over psychische aandoeningen; er heerst bij de oudste generatie ouderen bijvoorbeeld nog vaak de opvatting dat 'je je vuile was niet gaat buiten hangen' of er zijn schaamtegevoelens omtrent angstig of depressief zijn. Maar een patiënt kan bijvoorbeeld ook negatief tegenover psychologische behandeling staan vanwege zijn of haar opvatting dat er toch niks meer te veranderen valt.
- Intergenerationele banden; nieuwere generaties kunnen er andere opvattingen op nahouden dan oudere generaties en dit kan wrijving geven met bijvoorbeeld (klein)kinderen.
- Zingeving en levensvragen; belangrijke gesprekstema's die verband houden met de derde en vierde levensfase zijn onder meer:
 - Verlies van sociale rollen; bijvoorbeeld door pensionering of achteruitgang in gezondheid verliezen ouderen bestaande rollen en moeten zij nieuwe betekenisvolle rollen zien te vinden.
 - Veranderend levensperspectief; reminiscentie (het terugblikken op het eigen leven) en life review (het herwaarderen van het eigen levensverhaal) spelen een belangrijke rol bij ouderen.
 - Meer nadruk op existentiële thema's; de dood nadert.
 - De wens voor een zelfgekozen levenseinde.
 - Seksualiteit en intimiteit; een belangrijk gesprekstema maar om diverse redenen voor zowel hulpverleners als patiënten, al zit de schroom met name bij (jongere) hulpverleners, moeilijker bespreekbaar vergeleken met jongere volwassenen. Tevens is er een groot taboe op (spreken over) homosexualiteit bij ouderen.

Het is belangrijk om al tijdens het diagnostisch proces aandacht voor deze thema's te hebben en ze uit te vragen bij de patiënt zelf en zijn of haar naaste. Zo kan meteen bepaald worden of deze thema's spelen en zo ja, of deze een rol in de behandeling moeten krijgen. Daarbij is het van belang dat het met de patiënt vastgestelde einddoel van behandeling niet uit het oog verloren moet worden.

3.4.5. Algemene overwegingen en aanpassingen van farmacologische interventies

Na toelichting op het bewijs voor de effectiviteit van farmacologische interventies bij ouderen en een aantal algemene overwegingen met betrekking tot het voorschrijven van psychofarmaca aan ouderen worden de voor ouderen benodigde algemene aanpassingen beschreven.

Effectiviteit van psychofarmaca bij ouderen met psychische aandoeningen

Het is een wijdverbreid misverstand dat psychofarmaca bij ouderen minder effectief zijn dan bij jongere volwassenen. Vooral antidepressiva zijn uitgebreid onderzocht bij ouderen en vele reviews en meta-analyses benadrukken dat de effectiviteit voldoende is aangetoond.

Bron: - Kok RM Nolen WA, Heeren TJ. Efficacy of treatment in older depressed patients: A systematic review and meta-analysis of double-blind randomized controlled trials with antidepressants. *J Affect Disord.* 2012, 141, 103-115.

- Mottram P, Wilson K, Stobl J. Antidepressants for depressed elderly (Cochrane review). In: the Cochrane Library, Issue 1, 2006. Oxford, Updated Software.

- Wilson K, Mottram P, Sivananthan A e.a. Antidepressants versus placebo for the depressed elderly (Cochrane Review). In: the Cochrane Library, Issue 3, 2001. Oxford: Updated Software.

Bij andere groepen psychofarmaca zijn minder randomised controlled trials (RCTs) beschikbaar maar lijken er eveneens geen verschillen in effectiviteit tussen oudere en jongere volwassenen.

Bron: Mast RC van der et al. (red). Handboek Ouderenpsychiatrie. De Tijdstroom, Utrecht, 2010.

Het grote verschil tussen ouderen en jongere mensen is de frequentie van somatische contra-indicaties voor psychofarmaca en de kans op en gevolgen van bijwerkingen. Een beperking bij de vele onderzoeken naar psychofarmaca is dat vaak de meest kwetsbare ouderen van onderzoek worden uitgesloten. Bij antidepressiva zijn wel veel RCTs en enkele meta-analyses gepubliceerd over de invloed van de aanwezigheid van somatische ziekten en deze blijkt beperkt te zijn.

Bron: Rayner L, Price A, Evans A, Valsraj K, Higginson IJ, Hotopf M. Antidepressants for depression in physically ill people. The Cochrane database of systematic reviews. 2010(3):CD007503.

Bij andere psychofarmaca is de invloed van somatische comorbiditeit of kwetsbaarheid beperkt onderzocht.

Veel ouderen hebben zelf niet de verwachting dat psychofarmaca hun klachten kunnen verhelpen. Bovendien zijn ouderen vaak bang voor bijwerkingen van psychofarmaca en hebben ze regelmatig slechte ervaringen uit de tijd dat psychofarmaca in grotere doseringen en met een veel ruimere indicatie werden voorgeschreven dan nu. Dat betekent dat bij ouderen meer uitleg nodig is over het stigma van een psychische aandoening, over de indicatie en werking van psychofarmaca en over de te verwachten bijwerkingen.

Algemene overwegingen inzake het voorschrijven van psychofarmaca bij ouderen

- Op oudere leeftijd vermindert doorgaans de opname, uitscheiding en het metabolisme van psychofarmaca en verandert het verdelingsvolume (de water- vet verdeling verandert door afname van de spiermassa). Dit heeft invloed op de start- en einddosis van psychofarmaca.
- Ouderen zijn kwetsbaarder dan jongere volwassenen en dat uit zich onder meer in een grotere gevoeligheid voor bijwerkingen en in ernstiger gevolgen van bijwerkingen. Dit heeft te maken met verouderingsverschijnselen in het lichaam, het vaker voorkomen van lichamelijke ziekten en het vaker gebruiken van andere medicijnen. Een jongere volwassene kan bijvoorbeeld ook als bijwerking een valneiging hebben maar zal minder snel een heupfractuur krijgen. Bepaalde ernstige bijwerkingen, zoals een delirium, zijn bij jongere mensen zeldzaam en komen bij ouderen vaak voor.
- Bij ouderen zijn relatief vaak contra-indicaties voor het gebruik van psychofarmaca aanwezig. Het Farmacotherapeutisch Kompas noemt bijvoorbeeld bij veel psychofarmaca contra-indicaties die bij vrijwel alle ouderen voorkomen, zoals aanwezigheid van hart- en vaatziekten, lever- en nierfunctiestoornissen. Het is niet altijd duidelijk dat het om relatieve contra-indicaties gaat en bij welke ernst van de genoemde stoornissen behandeling af te raden is. Er moet daarom voor gewaakt worden dat deze contra-indicaties niet leiden tot onterechte onderbehandeling. Overleg met een apotheker of ouderenpsychiater is in deze een nadrukkelijk advies. Vaak wordt aanbevolen om standaard laboratoriumonderzoek en een electrocardiogram (ecg) te maken bij ouderen. Voor laboratoriumonderzoek verwijzen wij naar bestaande richtlijnen omdat er weinig onderzoek is naar aanpassingen bij ouderen en dit per middel varieert. Een uitzondering is wellicht het bepalen van natrium voor start van selectieve serotonine heropnameremmers (SSRI) omdat hyponatriemie vaker voorkomt bij ouderen. Een ecg is wel te overwegen bij bijvoorbeeld nortriptyline en QTc-tijd verlengende antipsychotica maar voor veel andere psychofarmaca is dit niet zinvol om standaard te verrichten.
- Ouderen gebruiken vaak ook andere medicatie, wat het risico op interacties tussen diverse medicijnen vergroot. Hierbij is het meenemen van het actuele medicatieoverzicht door de oudere zelf van belang, maar ook dat gevraagd moet worden naar zelfmedicatie. Bovendien vermindert toename van het aantal medicijnen dat iemand moet innemen de kans op therapietrouw. Polyfarmacie dient zoveel mogelijk beperkt te worden maar onderbehandeling ook. Farmacotherapie moet rationeel zijn, hetgeen betekent dat reeds voorgeschreven psychofarmaca moeten worden beoordeeld op effect, bijwerkingen en interacties en dat zo mogelijk stoppen moet worden overwogen. Daarnaast moet ook goed overwogen worden of de oudere geen psychofarmaca onthouden wordt.

Algemene aanpassingen bij het voorschrijven van psychofarmaca bij ouderen

- Een veelgenoemd adagium bij ouderen is 'start low, go slow'. Dit adagium is afkomstig uit de tijd dat er slechts tricyclische antidepressiva (TCA's), klassieke antipsychotica en benzodiazepines beschikbaar waren. Voor deze psychofarmaca geldt zeker dat een lagere startdosis dan bij jongere volwassenen te adviseren is; in het algemeen 1/3 -1/2 van de dosis bij jongere volwassenen. Bij de nieuwere antidepressiva en antipsychotica is een lagere startdosis bij ouderen vaak niet nodig en het Farmacotherapeutisch Kompas adviseert dit ook niet vaak. Alleen bij hoogbejaarde (boven de 75 à 80 jaar) en kwetsbare ouderen is een lagere startdosis wel te adviseren. Indien echter in de eerste 2-3 dagen weinig bijwerkingen optreden, dan is langzame ophoging geen goed uitgangspunt. Er is weinig literatuur die aantoont dat langzamer ophogen tot minder bijwerkingen aanleiding geeft dan elke 2-4 dagen ophogen op geleide van de bijwerkingen. Langzaam ophogen betekent ook dat het effect later optreedt en dit is van extra belang indien bijvoorbeeld sprake is van suicidaliteit of levensbedreigende somatische aandoeningen die niet optimaal behandeld kunnen worden in de aanwezigheid van een psychiatrische stoornis. Omdat de meeste middelen bij ouderen een langere halfwaardetijd hebben dan bij jongere volwassenen duurt het bereiken van een stabiele spiegel (ook na verlaging van de dosis) ook vaak langer.
- De belangrijkste regel bij het toepassen van psychofarmaca bij ouderen is dat de individuele variatie in start- en einddosis veel groter is dan bij jongere volwassenen. Bij het inschatten van de startdosis kan zowel de leeftijd (60-70 jaar versus 75 jaar en ouder) als de aanwezigheid van somatische ziekten een grote rol spelen. Dat betekent bijvoorbeeld dat een 85-jarige, kwetsbare oudere al na een enkel gift parkinsonistische bijwerkingen kan hebben van 0.5 mg haloperidol en een 66 jarige vitale oudere met een 10 maal hogere dosering nog onderbehandeld wordt. Van enkele psychofarmaca, vooral TCA's en lithium, wordt aanbevolen altijd te doseren op geleide van de serumspiegels. Bij ouderen worden dezelfde therapeutische spiegels gehanteerd als bij jongere volwassenen. Sommige experts bevelen aan lithium bij ouderen lager te doseren als onderhoudsbehandeling (0.4-0.6 mmol/l) maar hiervoor ontbreekt de evidentie. Overigens sluit, net als bij jongere volwassenen, een therapeutische spiegel niet uit dat patiënten ernstige bijwerkingen of zelfs een intoxicatie hebben. Ouderen kunnen wel makkelijker dan jongere volwassenen een spiegel buiten het therapeutisch venster ontwikkelen door comedatie of een acute lichamelijke ziekte.
- Vaak wordt ook een lagere einddosering bij ouderen gehanteerd maar dit is eveneens ongenueanceerd. De meeste moderne antidepressiva en antipsychotica vereisen geen of een beperkte dosisaanpassing bij ouderen. Een lagere einddosis is vooral raadzaam bij kwetsbare ouderen met veel somatische comorbiditeit. Bij (es-)citalopram is bij ouderen wel een lagere toegestane maximumdosering dan bij jongere volwassenen. Een veel voorkomende valkuil hierbij is dat uit voorzichtigheid bij ouderen de dosering vaak minimaal wordt gehouden waardoor sprake is van onderbehandeling. De mythe dat psychofarmaca bij ouderen minder effectief zijn is mogelijk voor een deel hierop gebaseerd.
- Een eveneens veel voorkomend idee is dat ouderen trager op psychofarmaca reageren dan jongere volwassenen. Dit is slechts beperkt onderzocht en vooral bij antidepressiva. De meeste RCTs laten zien dat de snelheid van optreden van effect vergelijkbaar is met die bij jongere volwassenen. Bij veel psychofarmaca (antidepressiva, antipsychotica, stemmingsstabilisatoren) duurt het (ook bij jongere volwassenen) 2-4 weken en soms langer voordat het effect goed zichtbaar wordt. Veel patiënten en wellicht met name de ouderen hebben in die periode al wel bijwerkingen en moeten dus goede uitleg krijgen over het risico van stoppen met psychofarmaca voordat de effectiviteit merkbaar wordt. Een delirium is een uitzondering; vaak zijn al binnen uren effecten van antipsychotica op de agitatie zichtbaar.
- Het is niet goed mogelijk een generaliserende uitspraak te doen over de voorkeur voor specifieke psychofarmaca bij ouderen. Een uitzondering is de voorkeur voor benzodiazepines zonder actieve metabolieten (oxazepam, lorazepam, temazepam) en voor nortriptyline als tricyclisch antidepressivum (vooral vanwege minder cardiovasculaire bijwerkingen). Fluoxetine heeft een erg lange halfwaardetijd en wordt daarom vaak afgeraden bij ouderen. Psychofarmaca met sterke anticholinerge of sterk sederende effecten moeten zoveel mogelijk worden vermeden.

3.4.6. Samenvatting

Uit onderzoek blijkt dat therapeutisch succes van behandeling van psychische aandoening bij ouderen niet onderdoet voor dat bij jongere volwassenen, mits dezelfde inzet geleverd wordt en zolang er in de behandeling

rekening wordt gehouden met een aantal aanpassingen die specifiek zijn voor de doelgroep. Er is dus geen reden voor terughoudendheid in het behandelen van ouderen met psychische aandoeningen. Voor het bepalen welk type interventie bij ouderen met een specifieke aandoening de voorkeur heeft, kunt u de desbetreffende stoornis specifieke zorgstandaard raadplegen.

3.5. Monitoring

Monitoring is een standaard onderdeel van de patiëntenzorg. In elke setting dient er gedurende de behandeling of begeleiding door hulpverlener en patiënt gekeken te worden in hoeverre gezamenlijk opgestelde behandeldoelen gehaald worden en/of bijgesteld zouden moeten worden op basis van de behoeften, situatie, functioneren en klachtenniveau van de patiënt. Men dient niet te voorzichtig te zijn in gebruik maken van meetinstrumenten bij een oudere populatie. Ten onrechte wordt er vaak vanuit gegaan dat oudere patiënten niet in staat zijn tot of afgeschrikt worden door afname van metingen. Gebruik van meetinstrumenten geeft aan de patiënt namelijk ook de boodschap dat zijn/haar problematiek serieus genomen wordt en er ook toegewerkt wordt naar afname of verdwijnen van de problematiek. Zorgvuldige uitleg aan de oudere over het gebruik van de meetinstrumenten en waarom deze herhaaldelijk worden afgenomen zijn daarbij van belang. Meetinstrumenten zijn niet het enige middel om te monitoren, het luisteren naar het verhaal van de patiënt en zijn omgeving zijn minstens even belangrijk.

Binnen de huisartsenpraktijk dient monitoring plaats te vinden middels:

- eerstelijns gestructureerd periodiek overleg (GPO) over ouderen met complexe problematiek;
- follow-up door huisarts of praktijkondersteuner (ggz, ouderen of somatiek);
- eventueel gebruik maken van (zelfbeoordelings-)vragenlijsten zoals de GDS-15;
- contact met familieleden en mantelzorgers;
- aandacht voor het niet meer verschijnen op afspraken door de oudere, waarop pro-actief wordt gehandeld;
- signalering door thuiszorg en wijkverpleging.

De verwachting is dat ouderen met psychische aandoeningen die in behandeling zijn in de generalistische basis ggz vanwege minder complexe problematiek over het algemeen goed in staat zullen zijn om zelf een vragenlijst in te vullen. Het klachtenniveau van de patiënt kan in deze setting gedurende de behandeling dan ook gemonitord worden met zelfbeoordelingsvragenlijsten, bijvoorbeeld de Symptom Questionnaire (SQ-48), Brief Symptom Inventory (BSI) of Outcome Questionnaire (OQ-45). Van deze instrumenten is alleen de BSI bij jongere ouderen op validiteit onderzocht en goed bevonden.

In de gespecialiseerde ggz, waar ouderen met meer complexe problematiek gezien worden, adviseert de Expertraad Routine Outcome Monitoring (ROM) Ouderen het functioneren van een oudere patiënt gedurende de behandeling te monitoren met het door de hulpverlener in te vullen beoordelingsinstrument 'Health of the Nation Outcome Scales 65+' (HoNOS 65+). Indien een oudere in staat is tot het zelf invullen van een vragenlijst zou aanvullend het klachtenniveau gemonitord kunnen worden met dezelfde instrumenten als genoemd onder de generalistische basis ggz.

In het verpleeghuis wordt geadviseerd ouderen binnen twee tot vier weken na binnenkomst te screenen op psychische problemen met een gevalideerd meetinstrument:

gevalideerd meetinstrument:: Bijvoorbeeld de 'Delirium Observatie Screening' (DOS) bij vermoeden van delier of de 'Neuropsychiatrische Vragenlijst' (NPI) bij vermoeden van psychiatrische problemen

en dit elke zes maanden (eerder in geval van mogelijk ontstane problemen), ingebed in de evaluatie-cyclus, te herhalen.

Bron: Gebaseerd op de richtlijn van de American Geriatrics Society en de American Association for Geriatric Psychiatry, 2003.

Het betrekken van familie als informatiebron bij deze evaluatiemomenten is gewenst.

3.6. Herstel, participatie en re-integratie

Herstel betreft het proces (en de uitkomst daarvan) van het vormgeven van het leven met psychische aandoeningen of klachten. Herstel is een individueel proces gericht op het hervinden van de persoonlijke identiteit en het hernemen van de regie op het leven. Herstel verwijst in dit verband naar herstel van identiteit, zelfbeeld, zelfvertrouwen, sociale relaties en rollen die als gevolg van psychische en/of verslavingsproblemen aangetast zijn, en dus niet alleen naar vermindering van ziekteverschijnselen. Hierbij staan de mogelijkheden en krachten van de mens centraal.

Het herstelproces start vanaf het begin van de behandeling van de klachten. Het herstelproces van patiënten hangt met veel factoren samen waaronder de invloed van de klachten, aandoeningen en beperkingen op maatschappelijke of sociale rollen en vaardigheden en, bij met name ouderen, de aanwezigheid van progressieve neurodegeneratieve ziekten.

De persoonlijke context van de patiënt en de positie of rol van de naasten daarbinnen heeft eveneens een belangrijke invloed op het herstelproces. Veel voorkomende thema's in het herstelproces van patiënten zijn rouw en verliesverwerking, zingeving en hoop, en (nieuwe) mogelijkheden voor deelname aan het maatschappelijke en sociale leven.

Bron: - Boevink W. (2012). TREE: towards recovery, empowerment and experiential expertise of users of psychiatric services. In Ryan P, Ramon S, Greacen T. (eds.), Empowerment, lifelong learning and recovery in mental health: towards a new paradigm. Houndmills: Palgrave Macmillan.

- Boumans J, Lichtenberg M. (2013). Op weg naar Ithaka. Reflecties op empowerment binnen zorg en welzijn. Tijdschrift voor Rehabilitatie, 22(2), 4-14.

Zie verder [generieke module Herstelondersteuning](#).

4. Organisatie van zorg

4.1. Betrokken zorgverleners

Aangezien patiënten en hun familie en naasten een essentiële rol hebben in de zorg en het slagen van de aanpak worden zij in deze module ook expliciet benoemd onder het kopje 'betrokken zorgverleners', ook al behoren zij hier strikt genomen niet toe.

4.1.1. Patiënt

Net als in alle andere sectoren van de gezondheidszorg dient het patiëntperspectief als vertrekpunt voor de organisatie van de zorg. De patiënt is degene die ervaart, oordeelt, wenst en doelen heeft. Kwetsbare ouderen zijn door functieverlies vaak niet meer in staat volledig zelfstandig hun zorg te organiseren; hiervoor hebben zij anderen nodig. In de organisatie van de zorg dient hier rekening mee gehouden te worden, opdat de patiënt in staat gesteld wordt om zo veel als mogelijk en gewenst eigen regie te kunnen blijven voeren. De patiënt is deskundig met betrekking tot zijn eigen leven, deze deskundigheid moet benut worden in gezamenlijke besluitvorming maar ook in de inzet van ervaringsdeskundigheid naar anderen. De inzet van ervaringsdeskundigheid is in de zorg voor ouderen nog geen gemeengoed en verdient derhalve specifieke aandacht.

4.1.2. Familie en naasten

Voor de patiënt zijn familie en naasten vaak belangrijk. Zij kennen de levensgeschiedenis en de achtergrond van de patiënt; zij bieden vaak ondersteuning op uiteenlopende vlakken, zowel materieel als emotioneel. Naarmate de zelfredzaamheid van de patiënt afneemt wordt een steeds groter beroep gedaan op ondersteuning door familie en naasten. Omdat ondersteuning meestal langdurig gegeven moet worden en in de loop van de tijd intensiever wordt, kan dit als een zware rol en verantwoordelijkheid worden ervaren. Soms zijn familie en naasten opgebrand en afgehaakt waardoor er feitelijk geen informeel netwerk meer is.

In de organisatie van de zorg dienen de zorgfuncties van familie en naasten onderkend en ondersteund te worden. De krachten en vaardigheden die al aanwezig zijn bij patiënt en zijn omgeving worden ingezet om de gezondheid van de patiënt te verbeteren en hier meer zelf meer regie over te krijgen.

Bron: Jacobs G (2005). Participatie en empowerment in de gezondheidsbevordering. Professionals in de knel tussen ideaal en praktijk? Sociale interventie, 4, 29-39.

Het samenwerken met familieleden en naasten is een essentieel onderdeel van de behandeling binnen de zorg voor ouderen. In de praktijk is daar een aantal punten essentieel in:

- iedere patiënt wordt gevraagd naar betrokken familieleden;
- betrokken familieleden zijn zo mogelijk aanwezig bij de gesprekken;
- familiegegevens worden opgenomen in het dossier;
- er is adequate informatievoorziening voor familie;
- er is een heldere taakverdeling tussen hulpverlener, patiënt en familie vastgelegd in het behandelplan;
- er wordt ondersteuning geboden aan familie op basis van wensen/behoefte;
- familie heeft een vast en toegankelijk aanspreekpunt.

Er kan gebruik gemaakt worden van de [MantelScan](#). De MantelScan is een instrument voor professionals in zorg en welzijn om samen met zorgvragers en mantelzorgers een (mantel)zorgnetwerk in kaart te brengen waarbij aandacht is voor de kracht en risico's van dat netwerk. De scan biedt visuele hulpmiddelen die helpen bij het structureren van alle informatie over een netwerk.

Verdere informatie over de rol van familie en naasten is te vinden in de [generieke module Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek](#).

4.1.3. Multidisciplinaire netwerken rondom patiënt

De zorgverlener werkt vanuit het besef dat er bij de patiënt en zijn omgeving altijd sprake is van onderlinge afhankelijkheid waardoor samenwerking met anderen essentieel is om problemen op te lossen.

Bij de zorg voor kwetsbare ouderen zijn meestal verschillende disciplines, werkend vanuit organisaties of vrijgevestigd, in een multidisciplinair netwerk rondom de patiënt betrokken. Het is daarom belangrijk dat voor iedereen duidelijk is wie de regiebehandelaar (ggz) of hoofdbehandelaar (huisarts, ziekenhuis, specialist ouderengeneeskunde) is en wie de rol heeft van casemanager/persoonlijk begeleider/evv'er (=eerst verantwoordelijk verzorgende). Afhankelijk van de setting en regelgeving daaromtrent wordt het regie- of hoofdbehandelaarschap toebedeeld aan een bepaalde discipline. De regiebehandelaar/hoofdbehandelaar zorgt er onder andere voor dat er één behandel- of zorgplan in samenspraak met patiënt wordt opgesteld, dat er voldoende deskundigheid wordt betrokken bij de zorg en dat het behandel- of zorgplan wordt uitgevoerd zoals gepland. De regiebehandelaar/hoofdbehandelaar draagt niet de eindverantwoordelijkheid voor onderdelen die door anderen worden uitgevoerd. Naast de regiebehandelaar/hoofdbehandelaar kan een casemanager worden aangewezen; gezamenlijk vormen zij de regie-tandem. De casemanager, vaak een (wijk)verpleegkundige of maatschappelijk werker, neemt het meer operationele deel voor zijn/haar rekening en is het eerste aanspreekpunt, in de eerste plaats voor de oudere zelf en verder voor alle andere betrokkenen.

4.2. Samenwerking

Voor mensen met psychische aandoeningen is het belangrijk dat er een goed, stevig en gevarieerd zorgaanbod bestaat. Voorwaarde is dat de zorg rond de patiënt georganiseerd wordt. Voor ouderen is dat des te belangrijker omdat vaak sprake is van kwetsbaarheid op meerdere levensgebieden. Als er sprake is van een combinatie van zorgvragen is het wenselijk om een netwerk van zorg en ondersteuning rond de patiënt te vormen, waarbij wordt aangesloten bij de beleving en de leefwereld van de patiënt. Hierdoor zullen dergelijke netwerken rondom de patiënt verschillend zijn qua samenstelling en ook de inhoud van de zorg en ondersteuning zal sterk wisselen. Daarbij is de aanwezigheid van een dergelijk netwerk in het leven van een oudere patiënt in principe van tijdelijke aard.

Er zijn modellen voor de organisatie van zorg beschreven die voor al deze verschillende zorgnetwerken rondom kwetsbare ouderen met psychische aandoeningen waardevolle aanknopingspunten bieden. Het gaat dan om collaborative care en matched care.

4.2.1. Collaborative care

Bij ouderen met psychische aandoeningen is het essentieel ook structureel aandacht te hebben voor de lichamelijke gezondheid. Vooral indien ouderen psychische en lichamelijke aandoeningen hebben die elkaar wederzijds beïnvloeden en die intensief vervolgd moeten worden om te voorkomen dat de patiënt uit balans raakt, moeten professionals vanuit de ggz en de somatische gezondheidszorg met elkaar samenwerken vanuit één gestructureerd plan. Daarom biedt het collaborative care model waardevolle aanknopingspunten voor de organisatie van de zorg.

We spreken van collaborative care wanneer ten minste de volgende vier belangrijke elementen in de zorg aanwezig zijn:

Bron: Archer J, Bower P, Gilbody S, Lovell K, Richards D, Gask L, Dickens C, Coventry P. Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;10:CD006525.

1. Een multidisciplinaire benadering van de zorg voor de patiënt.
2. Een gestructureerd zorgplan, op basis van richtlijnen en/of standaarden.
3. Monitoring.
4. Interprofessionele communicatie.

Indien de inhoudelijke en organisatorische complexiteit de reguliere zorgverlening overstijgt en de regelcapaciteit van de patiënt en zijn systeem laag is, is er een belangrijke rol weggelegd voor de casemanager.

Bron: Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. *JAMA.* 2003;289(23):3145-51.
- VILANS 22-03-2013 / Casemanagement, op weg naar passende zorg en ondersteuning dichtbij

Deze zorgt er voor dat het multidisciplinaire netwerk volgens gemaakte afspraken werkt, helpt de patiënt bij het volhouden van de afspraken, bewaakt de voortgang in de zorgverlening en trekt aan de bel als de behandeling geen resultaat heeft.

4.2.2. Matched care

Behalve de noodzaak om de psychische en somatische zorg zo te organiseren dat deze geïntegreerd wordt aangeboden, dient de zorg ook zo georganiseerd te zijn dat op ieder moment gekozen kan worden voor de

best passende zorg- en behandelopties voor een individuele patiënt. Niet iedere patiënt vraagt in dezelfde fase van zijn ziektebeloop om hulp. Veel ouderen ervaren in vergelijking met jongere generaties hogere drempels om met psychische klachten hulp te zoeken en laten soms kostbare tijd verloren gaan.

Bron: Depla MF. Filters in mental health care for the elderly. A literature study of the prevalence of psychiatric problems and the utilization of care by the elderly. Tijdschr Gerontol Geriatr. 1996 Oct;27(5):206-14.

Voorals er sprake is van ernstige aandoeningen bestaat het risico dat hierdoor de prognose verslechtert. Het model van matched care sluit aan op de hierboven beschreven aspecten en lijkt dan ook een model dat goed past bij de doelgroep van deze generieke module.

Bron: van Straten A, Tiemens B, Hakkaart L, Nolen WA, Donker MC. Stepped care vs. matched care for mood and anxiety disorders: a randomized trial in routine practice. 2006 Jun;113(6):468-76. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16677223>

Bij matched care wordt in de keuze van behandeling rekening gehouden met de ontwikkelingsfase van de aandoening, de ernst van de klachten en met prognostische factoren bijvoorbeeld socio-economische omstandigheden, 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'.

4.2.3. Afspraken over samenwerking

De samenwerking tussen zorgaanbieders gebeurt idealiter volgens een set van afspraken in de regio over:

- interventies (welke interventies, wanneer en door wie);
- collegiaal overleg;
- consultatie;
- een veilig systeem van informatie-uitwisseling;
- monitoring van voortgang in de zorg;
- wie de regie over de behandeling voert en wat de regie inhoudt;
- soepele overgangen van de ene setting naar de andere (thuis – ziekenhuis – GGZ – verpleeghuis);
- crisisplaatsen in de verschillende settings en een crisisprotocol;
- ruimte voor scholing;
- herkennen /vroegsignaleren van problematiek 'op het terrein van de ander' (bijvoorbeeld het herkennen van een depressie door een specialist op somatisch gebied);
- inzet van kaderhuisartsen ggz en kaderhuisartsen ouderengeneeskunde bij scholing en bij het initiëren van lokale samenwerkingsprojecten.

In Nederland is de gezondheidszorg gecompartmenteerd en vormen schotten in de financiering een extra uitdaging om de best passende zorgmodellen in de praktijk vorm te geven. Het gevaar bestaat dat de bestaande schotten de gewenste organisatie van zorg in de weg zitten, met risico's voor de individuele patiëntenzorg. In de nu volgende paragrafen wordt de organisatie van zorg voor ouderen met psychische aandoeningen beschreven in de vier meest voorkomende situaties: thuis, in een algemeen ziekenhuis, in een ggz-instelling en in een verpleeghuis en worden aanbevelingen gedaan.

4.2.4. De organisatie van zorg voor ouderen met psychische aandoeningen in de thuissituatie

Wanneer verschillende zorgverleners bij een patiënt betrokken zijn, dienen hun inzichten en werkwijzen geïntegreerd te worden zodat een multidisciplinaire aanpak ontstaat waarbij behandelstrategieën of werkwijzen elkaar niet overlappen of doorkruisen. Bespreking van behandeldoelen en acties en de

multidisciplinaire afstemming vindt idealiter plaats in een multidisciplinair overleg waarin heel nadrukkelijk de patiënt en alle bij de patiënt betrokken formele en informele hulpverleners betrokken worden.

Gemeente

De meeste ouderen met psychische aandoeningen wonen thuis. Om ervoor te zorgen dat mensen zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen en kunnen participeren in de maatschappij is in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) geregeld dat mensen die niet op eigen kracht zelfredzaam zijn ondersteund worden. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de Wmo. Naast algemene voorzieningen zoals huishoudelijke hulp financiert de Wmo op ggz-gebied voor hun inwoners beschermd wonen, algemene voorzieningen (zoals dagbesteding en inloop-ggz) en maatwerkvoorzieningen (zoals individuele begeleiding).

Iedere gemeente organiseert de toegang tot ondersteuning op zijn eigen manier. Sommige gemeenten kiezen voor een Wmo-loket. Veel gemeenten kiezen voor wijkteams waar mensen terecht kunnen met hun hulpvraag. Mispercepties over en onbekendheid met ouderen met psychische aandoeningen kunnen aanleiding zijn tot gebrekkige indicatiestelling en hulpverlening. Specifieke deskundigheid dient dan ook beschikbaar te zijn voor consultatie en scholing.



Huisartsenzorg, inclusief praktijkondersteunen (POH)

Voor de meeste zelfstandig wonende ouderen en ook voor veel ouderen woonachtig in een woonzorgcentrum levert de huisarts de algemene medische zorg. De huisarts kan hierbij ondersteund worden door een POH-GGZ en/of een POH-ouderenzorg. Soms is ook een specialist ouderengeneeskunde betrokken als consulent of als medebehandelaar voor een patiënt. Dit kan zowel voor thuiswonende ouderen als voor ouderen met psychische aandoeningen die in een verzorgingshuis wonen duidelijke meerwaarde hebben voor het detecteren en beantwoorden van zorgvragen. In beschermde woonvormen, zoals RIBW's, is de huisarts verantwoordelijk voor de somatische zorg en eventueel voor stabiele psychische problemen; de meeste ouderen worden daarnaast door ggz-professionals begeleid en behandeld.

Binnen de huisartsenzorg is consultatie en eventueel kortdurend mee behandelen vanuit de generalistische basis ggz of de gespecialiseerde ggz een waardevolle aanvulling. Denk hierbij ook aan verpleegkundige consultatie vanuit de ggz met betrekking tot bejegening en algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) die door verzorgenden en mantelzorgers geleverd worden aan ouderen met psychiatrische aandoeningen. Bij consultatie en korte medebehandeling zijn korte lijnen, een persoonlijk aanspreekpunt, goede bereikbaarheid en mogelijkheid tot snel advies belangrijk. Dit is niet alleen in belang van goede zorg voor patiënt maar ook kunnen zij hierdoor sneller uit de gespecialiseerde ggz terug naar de zorg van de huisarts, wat kosten bespaart (met name ook voor patiënt gezien eigen risico) besparend is. Deze patiënten hoeven, afhankelijk van lokale situatie, niet altijd te worden ingeschreven voor behandeling, maar blijven onder regie van de huisarts.

Generalistische basis ggz en gespecialiseerde ggz

Afhankelijk van de zorgzwaarte, de complexiteit van de problematiek en de aard van de psychische aandoeningen werkt de huisarts samen met professionals uit de generalistische basis ggz of gespecialiseerde ggz zoals de (ouderen)psycholoog/psychotherapeut, de ouderenpsychiater, de specialist ouderengeneeskunde, diverse somatisch georiënteerde medisch specialisten en verpleegkundigen of verwijst hiernaar door (zie [generieke module Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis ggz en gespecialiseerde ggz](#)).

Behandeling in de generalistische basis ggz is er voor mensen met licht tot matig ernstige psychische problematiek. De duur van de vaak psychotherapeutische klachtgerichte behandeling is kort tot middellang. In het product chronisch van de generalistische basis ggz worden mensen behandeld met gestabiliseerde ernstige of chronische problematiek.

Behandeling in de gespecialiseerde ggz is er voor:

- Oudere patiënten met psychische problematiek die hierbij ernstige beperkingen ervaren in het functioneren op één of meer domeinen.
- Oudere patiënten waarbij de psychische klachten al langere tijd (meer dan drie maanden) aanwezig zijn en hulp van de huisarts en generalistische basis ggz geen verbetering heeft opgeleverd.
- Patiënten waarbij sprake is van: nieuw ontstane psychische problemen op oudere leeftijd en/of diagnostische onduidelijkheid (vermoeden van neurocognitieve problemen, co-morbide somatische problemen).
- Oudere patiënten waarbij sprake is van een stabiele situatie maar waarbij vanwege risico op snelle decompensatie (crisisopnames, suïcidaliteit) laag frequente behandeling door een specialist noodzakelijk is: onder andere bij persoonlijkheidsstoornissen, bipolaire stoornissen en psychotische stoornissen (EPA=ernstige psychische aandoeningen). Deels past deze groep ook binnen de generalistische basis ggz. Bij een goed functionerende op- en afschaling tussen deze echelons kan een deel van de patiënten begeleid worden door bijvoorbeeld een verpleegkundig specialist (product chronisch).

Behandeling in de gespecialiseerde ggz wordt naast de hierboven genoemde disciplines vormgegeven door onder andere vaktherapeuten (zie [generieke module Vaktherapie](#)).

Hoogspecialistische ggz maakt onderdeel uit van de gehele zorgketen en komt in beeld wanneer er sprake is van zeer complexe problematiek en/of wanneer behandeling onvoldoende resultaat heeft opgeleverd en/of wanneer twijfel of onduidelijkheid is over de diagnose en/of het behandeladvies. Bij complexe diagnostische vragen en behandelvragen zou veel vaker gebruik gemaakt moeten worden van second opinions en consultatie bij erkende topexperts op het betreffende gebied.

Na de herschikking van de ggz in de generalistische basis ggz en gespecialiseerde ggz heeft er een verdeling plaatsgevonden van de patiëntengroepen over de echelons.

De indruk bestaat dat deze herverdeling nog niet geheel tot evenwichtige stilstand is gekomen. Gewaakt moet worden voor onderbehandeling van ouderen met psychische aandoeningen in de lichtere echelons en voor overbehandeling in de gespecialiseerde ggz. Gewerkt moet worden aan een adequate op- en afschaling tussen de verschillende echelons. Gezien de hoge prevalentie van comorbiditeit op cognitief en somatisch vlak zal er vaak sprake zijn van een indicatie voor gespecialiseerde ggz.

4.2.5. De organisatie van zorg voor ouderen met psychische aandoeningen opgenomen in een algemeen ziekenhuis

Wat betreft de werkwijze van de medische zorg aan (kwetsbare) ouderen met psychische aandoeningen is een paradigmashift nodig: van aandoeningsgericht naar gerichtheid op functiebehoud.

Bron: Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen. KNMG-standpunt. KNMG: Utrecht, 2010. "Verbetering van medische zorg voor kwetsbare ouderen met psychiatrische aandoeningen".

Dit vraagt een domeinoverstijgende manier van werken. In de kern gaat het om integrale multidisciplinaire samenwerkingsmodellen waarbij 'orgaanspecialisten' en generalisten samenwerken, met een duidelijke omschrijving wie de regie over de behandeling voert. Te denken valt bijvoorbeeld aan de klinisch geriater, ziekenhuisarts of de specialist ouderengeneeskunde. Psychische problematiek komt veel voor of heeft een groter risico te ontstaan bij het 'indexprobleem' respectievelijk als gevolg van het 'indexprobleem' waarmee patiënt opgenomen wordt in het ziekenhuis (denk bijvoorbeeld aan het ontstaan van depressie na CVA, posttraumatische stress ten gevolge van de ervaringen tijdens een delier en angst na een heupfractuur). Dit impliceert dus noodzaak voor goede informatieoverdracht bij transities, aandacht voor screening op en follow-up van psychische problematiek bij risicogroepen. Inbreng van (ouderen)psychiatrische kant in geriatrieteams is essentieel.

Knelpunten die verbeterd dienen te worden om ook voor ouderen met psychische aandoeningen goede 'ziekenhuiszorg' te kunnen bieden zijn vooral: zorgcoördinatie/samenwerking; financieringsschotten; tekort aan kennis en ervaring wat betreft psychische aandoeningen (aan de kant van de somatische professionals) en somatische competenties (aan de kant van de professionals in de psychische hulpverlening); onvoldoende capaciteit om kwetsbare ouderen met psychiatrische (co)morbiditeit langduriger te kunnen behandelen (lieft op een afdeling in of nabij het algemeen ziekenhuis) en omgang met gedragsproblemen.

Bron: Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Verbetering van medische zorg voor kwetsbare ouderen met psychiatrische aandoeningen. Addendum bij KNMG-standpunt Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen. KNMG: Utrecht, 2015.

De knelpunten betreffen dus niet alleen zaken die specifiek het ziekenhuis aangaan (met name kennis, ervaring en omgang met gedragsproblematiek) maar ook de (toeleiding naar de) best passende setting voor diagnostiek en behandeling, en samenwerking en communicatie in de keten. Dit betekent concreet dat er aandacht voor scholing zal moeten zijn, dat er samenwerkingsafspraken moeten zijn, dat helder moet zijn wat samenwerkingspartners wel en niet kunnen bieden (bijvoorbeeld welke somatische zorg kan een ggz-instelling bieden) en dat de medisch en verpleegkundig psychiatrische expertise laagdrempelig beschikbaar moet zijn. Gelet op de ervaringen op andere medisch specialistische terreinen lijkt de sleutel tot succes een intensieve samenwerking tussen specialisten met zowel orgaanspecifieke als generalistische kennis (integrale multidisciplinaire zorg), waarbij er voldoende capaciteit is en ook goede digitale samenwerking (onder andere gedeelde labsystemen en digitaal snel verkrijgen van voorgeschiedenis en medicatielijsten). In deze ligt een taak bij beleidsmakers, patiëntenorganisaties, zorgaanbieders, gemeenten en zorgverzekeraars. Financiële schotten kunnen de ontwikkelingen in een onwenselijke richting beïnvloeden.

4.2.6. De organisatie van zorg voor ouderen met psychische aandoeningen opgenomen in een ggz-instelling

Klinische opname kent grosso modo drie varianten;

- een kortdurende opname als intermezzo in een ambulante behandeltraject
- langer durende opname als voortgezette klinische behandeling
- woonvoorziening

Ouderenspsychiaters, specialisten ouderengeneeskunde, andere medisch specialisten zoals klinisch geriater en disciplines zoals psychologen/psychotherapeuten, vaktherapeuten en verpleegkundigen moeten samen goede zorg leveren in deze setting en waar nodig (bijvoorbeeld de somatische zorg en medicatiebeleid) de zorg verbeteren.

Ouderenspsychiaters, specialisten ouderengeneeskunde, andere medisch specialisten zoals klinisch geriater en disciplines zoals psychologen/psychotherapeuten, vaktherapeuten en verpleegkundigen moeten samen goede zorg leveren in deze setting en waar nodig (bijvoorbeeld de somatische zorg en medicatiebeleid) de zorg verbeteren.: van den Brink AMA, Gerritsen DL, Oude

Voshaar RC, Koopmans RTCM. 2015. Intramurale verpleeghuiszorg voor cliënten met psychiatrisch-somatische multimorbiditeit: specialistische zorg of cliënten tussen wal en schip? Tijdschr Gerontol Geriatr, 46. Er is hiervoor geput uit de volgende bronnen: opleidingsplannen tot specialist ouderengeneeskunde (SOON, 2015), ouderenpsychiater (HOOP 2.0, Braakman e.a., 2016), ouderenpsycholoog (Vink, 2013), en klinisch geriater (NVKG, 2008). Het competentieprofiel huisarts (NHG, 2009). De handreiking 'kwetsbare ouderen' voor professionals & multidisciplinaire teams in de eerste lijn (Vilans, 2014). De competenties zijn als overstijgend betiteld, en dus hier opgenomen, als ze in meerdere bronnen benoemd waren.

Daarbij wakend voor teveel behandelaren rondom één patiënt. Knelpunten in de zorg voor ouderen met psychische aandoeningen in ggz-instellingen zijn onder andere de afbouw van intramurale voorzieningen, beperkte kennis en ervaring op somatisch terrein binnen de ggz, fysieke afstand tussen ggz-instellingen en algemene ziekenhuizen en het ontbreken van financiering voor somatische diagnostiek en behandeling in ggz-instellingen.

Mogelijke oplossingen voor deze knelpunten zijn betere samenwerkingsafspraken rond kwetsbare ouderen; het opzetten van units voor langer durende gecombineerde somatische-psychische zorg; betere informatie-uitwisseling tussen verschillende zorginstellingen; het verbeteren van kennis en ervaring met de combinatie van psychische en somatische aandoeningen en integrale bekostiging van doelmatige medische zorg voor kwetsbare ouderen met psychische aandoeningen.

Dit betekent onder andere dat kwetsbare ouderen met psychische en somatische comorbiditeit in de ggz op afdelingen moeten worden opgenomen waar integrale psychische en somatische expertise aanwezig is. Specifieke ouderenafdelingen zijn hiervoor in principe het beste toegerust, mits dus voldoende somatische expertise van klinisch geriater en/of specialist ouderengeneeskunde en verpleegkundige aanwezig is.

4.2.7. De organisatie van zorg voor ouderen met psychische aandoeningen opgenomen in een verpleeghuis

Verpleeghuizen bieden in toenemende mate ook integrale, multidisciplinaire zorg en behandeling aan kwetsbare ouderen bij wie chronische psychische aandoeningen anders dan dementie op de voorgrond staan.

Bron: Stuurgroep Gerontopsychiatrie. Zorgprogramma voor mensen met gerontopsychiatrische problematiek in het verpleeghuis. Gouda: Landelijke Stuurgroep Gerontopsychiatrie, 2012.

Voor het verpleeghuis is dit een relatief nieuwe doelgroep die andere zorgvragen heeft dan de traditionele doelgroepen (psychogeriatric (PG) / somatiek).

Deze zorgvragen kunnen in de verpleeghuissetting beantwoord worden, mits zorg en behandeling worden uitgevoerd door een multidisciplinair team met specifieke kennis en vaardigheden; alleen dan kunnen zorgvragen, symptomen en gedrag goed geïnterpreteerd worden en kan op een passende manier invloed worden uitgeoefend op de interactie tussen patiënt en diens omgeving.

De woonleefomgeving, die zowel de fysieke als de sociale en organisatorische omgeving omvat, vraagt bijzondere aandacht: van oudsher is het woonleefklimaat binnen het verpleeghuis sterk op het overnemen van zorg gericht en er bestaat een reëel risico dat deze benadering het functioneren van kwetsbare ouderen met psychische aandoeningen negatief beïnvloedt. Over het algemeen zijn zij meer gebaat bij een benadering die gericht is op het bevorderen van eigenwaarde, controle en veiligheid in een omgeving waarin rollen en verantwoordelijkheden voorspelbaar zijn. Daarom heeft een aantal verpleeghuizen ervoor gekozen de psychische verpleeghuiszorg te bieden in aparte gerontopsychiatrische afdelingen. Hierbij is het belangrijk dat gekwalificeerde medewerkers vanuit de ggz (met name psychiater, psychiatrisch verpleegkundige en psycholoog/psychotherapeut) frequent en met vaste regelmaat de afdeling bezoeken om doelgroepspecifieke adviezen te geven over de benadering en de woonleefomgeving.

De financiering van dergelijke gezamenlijke voorzieningen is niet overal vanzelfsprekend maar zou wellicht

een stapeling moeten zijn van financieringsstromen zoals Wlz en Zvw.

De specialist ouderengeneeskunde is meestentijds hoofdbehandelaar in het verpleeghuis. Om deze rol te vervullen is goede informatie-uitwisseling tussen de specialist ouderengeneeskunde, psychiater, klinisch geriater en andere medisch specialisten noodzakelijk, evenals tussen het verplegend en verzorgend personeel, psychologen, verpleegkundigen en vaktherapeuten. Ook moeten er goede afspraken gemaakt zijn over consultatie en medebehandeling, zowel voor somatische als psychische problemen. Onderzoek liet zien dat met een relatief eenvoudige interventie veel vooruitgang kon worden geboekt, met afname van agitatie, prikkelbaarheid, ontremming en psychotische symptomen.

Bron: Steenbeek M, van Baarsen C, Koekkoek B. [Psychiatric consultations for nursing-home residents: aspects and course of such consultations]. Tijdschr Psychiatr. 2012;54(10):853-60.

Een mogelijke verklaring voor het grote effect is de gebruikte consultatievorm: structureel, multidisciplinair en langer durend.

Indien de situatie daarom vraagt maar intensievere zorg in het verpleeghuis met ondersteuning vanuit de ggz niet haalbaar blijkt, dient (kortdurende) opname in de ggz soepel geregeld te worden (ketenzorg). Dit kan alleen indien er goede afspraken gemaakt kunnen worden over het terugplaatsen van de patiënt vanuit de ggz naar het verpleeghuis.

Bron: van den Brink AMA, Gerritsen DL, Oude Voshaar RC, Koopmans RTCM. 2015. Intramurale verpleeghuiszorg voor cliënten met psychiatrisch-somatische multimorbiditeit: specialistische zorg of cliënten tussen wal en schip? Tijdschr Gerontol Geriatr, 46. Er is hiervoor geput uit de volgende bronnen: opleidingsplannen tot specialist ouderengeneeskunde (SOON, 2015), ouderenpsychiater (HOOP 2.0, Braakman e.a., 2016), ouderenpsycholoog (Vink, 2013), en klinisch geriater (NVKG, 2008). Het competentieprofiel huisarts (NHG, 2009). De handreiking 'kwetsbare ouderen' voor professionals & multidisciplinaire teams in de eerste lijn (Vilans, 2014). De competenties zijn als overstijgend betiteld, en dus hier opgenomen, als ze in meerdere bronnen benoemd waren.

4.2.8. Samenvatting

De zorg voor en behandeling van (kwetsbare) ouderen met psychische aandoeningen dient, met name indien sprake is van meervoudige problematiek (bijvoorbeeld met complexe somatische comorbiditeit), te worden georganiseerd in multidisciplinaire netwerken waarin voldoende deskundigheid aanwezig is inzake de specifieke zorgvragen van deze ouderen. De zorg en behandeling dienen tevens te worden ingebed in een zorgketen waarin specifieke voorzieningen zoals klinisch-geriatrische en ouderenpsychiatrische voorhanden zijn.

De modellen van matched care en collaborative care bieden waardevolle aanknopingspunten voor de organisatie van de keten. Samenwerking in de keten is essentieel om een aantal doelstellingen te realiseren die in de praktijk niet vanzelfsprekend blijken te zijn:

- de zorg(voorzieningen) moet(en) voor alle (kwetsbare) ouderen toegankelijk zijn;
- de zorg(voorzieningen) moet(en) laagdrempelig zijn;
- er moet sprake zijn van continuïteit in de zorgverlening;
- er moet een duurzame visie en financiering zijn vanuit overheid en zorgverzekeraar.

Verschillende bronnen van financiering vormen een extra uitdaging om de best passende zorgmodellen in de praktijk vorm te geven.

4.3. Competenties

Iedere beroepsgroep heeft zijn eigen richtlijnen voor handelen die gevolgd moet worden. Deze paragraaf geeft aan welke discipline-overstijgende competenties zorgverleners nodig hebben voor het bieden van goede hulpverlening specifiek aan ouderen met psychische aandoeningen.

Voor het beschrijven van de discipline-overstijgende competenties die specifiek voor hulpverlening aan ouderen nodig zijn, is gekeken naar de zeven CanMEDS (Canadian Medical Education Directives for Specialists) competenties. Deze komen ook in een aantal van de gebruikte bronnen terug:

- medisch handelen;
- communicatie;
- samenwerking;
- kennis en wetenschap;
- maatschappelijk handelen;
- organisatie;
- professionaliteit.

Het blijkt dat met name op de competenties medisch handelen, communicatie, kennis en samenwerking specifieke zaken voor ouderen te noemen zijn. Competenties die voor alle doelgroepen, dus ook voor ouderen, van toepassing zijn worden in deze module buiten beschouwing gelaten.

4.3.1. Medisch handelen

De zorgprofessional:

- Richt zich op het bevorderen van ervaren kwaliteit van leven, behoud of herstel van functionaliteit en zelfredzaamheid van de oudere patiënt in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven, en niet alleen op het behandelen van een ziekte.
- Heeft een pro-actieve houding om problemen te voorkomen en aandoeningen waarbij behandeling of begeleiding mogelijk is (vroeg) te signaleren. Bij ouderen raakt het evenwicht op verschillende terreinen namelijk makkelijk verstoord.
- Kan omgaan met vragen ten aanzien van levenseinde. Maakt afwegingen rond kwaliteit en duur van het leven met patiënt bespreekbaar en helpt patiënt bij het maken van een afweging hieromtrent.
- Houdt zichzelf op de hoogte van relevante ontwikkelingen in de ouderenzorg.

4.3.2. Kennis

De zorgprofessional heeft kennis over:

- Het voorkomen van verschillende aandoeningen tegelijkertijd en hoe deze op elkaar kunnen inwerken (multimorbiditeit). Hierbij gaat het bij de doelgroep ouderen vaak om interactie tussen psychische en lichamelijke aandoeningen.
- De samenhang tussen biologische, psychische (zoals door bepaalde levenservaring en confrontatie met veranderende gezondheid) en sociale aspecten van veroudering.
- Het normale verloop van psychische functies bij het verouderen versus pathologisch verloop.
- Hoe om te gaan met het gebruik van meerdere medicijnen tegelijkertijd en hoe deze elkaars werking beïnvloeden (polyfarmacie).
- Psychische stoornissen (al dan niet samenhangend met een lichamelijke factor) die op oudere leeftijd optreden zoals delier, depressie versus 'normale' veroudering.
- Specifieke of aspecifieke verschijningsvormen en mogelijk ander beloop van psychiatrische stoornissen zoals angsten anders gekleurd of depressie gemaskeerd door lichamelijke klachten.
- De rol van de derde en vierde levensfase op het psychisch functioneren van ouderen en diens systeem.

4.3.3. Communicatie

De zorgprofessional:

- Houdt in de communicatie rekening met eventuele verminderde cognitieve, zintuigelijke en communicatieve functies van ouderen. Hanteert passend taalgebruik in de communicatie met de oudere patiënt en het systeem.
- Ondersteunt de oudere in de besluitvorming en heeft daarbij ook aandacht voor wilsbekwaamheid. Stelt vast in hoeverre patiënt de informatie en advies heeft begrepen en de reikwijdte daarvan kan overzien. Betrekt waar nodig naasten in de besluitvorming als de oudere patiënt wilsonbekwaam is.
- Herkent in hoeverre zijn eigen verwachtingen en vooronderstellingen anders zijn dan die van de oudere patiënt ('expectations of aging').

4.3.4. Samenwerking

De zorgprofessional:

- Heeft kennis van het werk van aangrenzende specialismen aangezien er vaak meerdere specialismen betrokken zijn in de zorg voor ouderen. Onderkent daarbij de grenzen van de professionele rollen en deskundigheid van zichzelf en andere professionals.
- Maakt afspraken met de andere in de zorg betrokken professionals over regievoering, toegankelijkheid, zorginhoud, dossiervoering, samenwerking en communicatie.
- Kan effectief en doelmatig samenwerken in wisselende multidisciplinaire teams. De professionals waarmee wordt samengewerkt kunnen snel wisselen in de zorg voor ouderen.
- Betrekt de naasten in de zorg voor de oudere patiënt en integreert hun mening en ervaring in de individuele zorgplannen.
- Is alert op de draagkracht en draaglast van het systeem.

4.4. Kwaliteitsbeleid

Huisartsen, medisch specialisten, verpleegkundigen en andere BIG (Wet Beroepen individuele gezondheidszorg) geregistreerde hulpverleners zijn verantwoordelijk voor hun eigen professionele handelen conform de eisen die de beroepsverenigingen hiertoe stellen. De BIG-geregistreerde hulpverleners nemen deel aan de visitatie-, toetsing- en nascholingstrajecten van hun beroepsorganisatie die nodig zijn voor de herregistratie.

Niet BIG geregistreerde / CONO beroepsgroepen zoals vaktherapeuten, ouderenwerkers en algemeen maatschappelijk werkers hebben hun eigen erkende kwaliteitsregister. Zo moet een vaktherapeut voor opname in het register minimaal een erkende hbo-opleiding en een supervisietraject hebben afgerond en beschikken over voldoende werkervaring. En daarna bijscholing en intervisie volgen om geregistreerd te kunnen blijven. Inzet van hulpverleners die niet getoetst worden in kader van Wet BIG of ander kwaliteitsregister is een organisatiekeuze die afgezet moet worden tegen de complexiteit van de doelgroep.

Er worden kwaliteitsinstrumenten ingezet om de kwaliteit te borgen en eventueel te verbeteren. Zorgstandaarden, zorgmodules en hiervan afgeleide indicatoren om de kwaliteit van zorg te meten, kunnen worden gebruikt bij visitatie en onderlinge toetsing. Het patiëntenperspectief dient onlosmakelijk onderdeel te zijn van het kwaliteitsbeleid, bijvoorbeeld in de vorm van patiëntervaring-vragenlijsten. Het landelijk vastgestelde ROM-instrumentarium meet resultaten van behandeling op individueel patiëtniveau en kan daarnaast gebruikt worden in het kader van benchmarking.

In de ggz is in 2016 een kwaliteitsstatuut vastgesteld waarin bovenstaande aspecten in hun onderlinge samenhang zijn vastgelegd.

4.5. Kosteneffectiviteit en doelmatige zorg

Kosteneffectiviteitsonderzoek kan pas worden uitgevoerd wanneer kennis aanwezig is over de effectiviteit van interventies. Bij de afbakening van de kosteneffectiviteitsanalyse werd daarom in eerste instantie gekeken naar de beschikbaarheid van evidentie omtrent de effectiviteit van interventies uitgevoerd bij ouderen met psychische aandoeningen. Vanwege deze beschikbaarheid van evidentie en het feit dat er meerdere interventies beschikbaar zijn, werd gekozen om de kosteneffectiviteitsanalyse te richten op de behandeling van ouderen met depressie.

Door de mate van onzekerheid als gevolg van de beschikbare evidentie is het niet mogelijk om met zekerheid vast te stellen of de interventies wel of niet kosteneffectief zijn. De analyses laten wel zien dat problem solving therapie (PST) en life review therapie door de kortere behandelduur maar vergelijkbare effectiviteit meer kosteneffectief lijken dan cognitieve gedragstherapie (CGT). Wanneer CGT wordt aangeboden lijkt het daarnaast vanuit het perspectief van kosteneffectiviteit raadzaam om deze in groepsverband aan te bieden. Zekerheid hierover kan echter pas ontstaan na gecontroleerd onderzoek waarbij deze verschillende opties worden onderzocht in een vergelijkbare oudere populatie met depressie in Nederland.

In het achtergronddocument '[Kosteneffectiviteit](#)' is een uitgebreide beschrijving en onderbouwing te vinden van hetgeen in deze paragraaf beschreven is.

4.6. Financiering

4.6.1. Algemeen

Een kwaliteitsstandaard beschrijft wat goede zorg is, ongeacht de financieringsbron (Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), aanvullende verzekering of eigen betaling door de cliënt/patiënt). Onderschrijving van de kwaliteitsstandaard door een financier, dan wel opname in het Register van Zorginstituut Nederland, betekent niet dat de beschreven zorg per definitie vergoed wordt door een financier.

Voor vergoeding van de beschreven zorg heeft de patiënt/cliënt mogelijk een aanspraak op een van de financiers. In het geval van de Zvw is het echter aan het Zorginstituut Nederland om te duiden wat verzekerde zorg is binnen het basispakket. Hetgeen betekent dat de goede zorg beschreven in de kwaliteitsstandaard niet gelijk staat aan verzekerde zorg conform het basispakket.

4.6.2. Specifiek

Huisartsenzorg (inclusief praktijkondersteuner), ggz (generalistische basis ggz en gespecialiseerde ggz) en verpleeghuiszorg worden uit verschillende bronnen gefinancierd. Huisartsenzorg (inclusief zorg door POH's) wordt gefinancierd vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw). Hiervoor geldt geen eigen risico, in tegenstelling tot de generalistische en gespecialiseerde ggz. In veel regio's is een eerstelijnszorggroep gestart met ontwikkeling van zorgprogramma's ouderenzorg. Onderdeel daarvan is vaak dat een POH-ouderenzorg in de huisartsenpraktijk werkzaam is. Daarnaast zijn kaderhuisartsen ouderenzorg vaak betrokken. De laatste jaren kunnen de huisarts en de POH-GGZ gebruik maken van een regeling waarbij een psychiater, specialist ouderengeneeskunde, psycholoog of psychotherapeut kan worden geconsulteerd zonder kosten voor de patiënt. Met name chronisch psychiatrische patiënten met comorbiditeit kunnen hier baat bij hebben.

Verpleeghuispatiënten vallen onder de Wet langdurige zorg (Wlz). Ook hiervoor geldt een eigen bijdrage.

De verschillende financiële systemen worden in de praktijk als belemmerend ervaren in het bieden van zorg.

5. Kwaliteitsindicatoren

5.1. Algemeen

Het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz ontwikkelt een indicatorenset inclusief bijbehorende meetinstrumenten die van toepassing zijn op alle ggz standaarden.

6. Achtergronddocumenten

6.1. Kosteneffectiviteit

6.1.1. Afbakening

Kosteneffectiviteitsonderzoek kan pas worden uitgevoerd wanneer kennis aanwezig is over de effectiviteit van interventies. Bij de afbakening van de kosteneffectiviteitsanalyse werd daarom in eerste instantie gekeken naar de beschikbaarheid van evidentie omtrent de effectiviteit van interventies uitgevoerd in het kader van zorg voor ouderen met psychische aandoeningen. Vanwege deze beschikbaarheid van evidentie en het feit dat er meerdere interventies beschikbaar zijn, werd gekozen om de kosteneffectiviteitsanalyse te richten op de behandeling van ouderen met depressie.

6.1.2. Effectiviteit Interventies

Als uitgangspunt voor de kosteneffectiviteitsanalyse werd gebruik gemaakt van de meta-analyse van Cuijpers e.a. (2014),

Bron: Cuijpers P, Karyotaki E, Pot AM, Park M, Reynolds CF (2014). Managing depression in older age: psychological interventions. *Maturitas* 79(2): 160-169

waarin de effectiviteit in kaart werd gebracht van:

- cognitieve gedragstherapie (CGT),
- life review therapie, en
- problem solving therapie (PST)

Middels een meta-analyse werd de gestandaardiseerde effectgrootte van deze interventies geschat op:

- 0,45; 95% CI: 0,29 – 0,60 voor CGT,
- 0,59; 95% CI: 0,36 – 0,82 voor life review therapie, en
- 0,46; 95% CI: 0,18 – 0,74 voor PST

op langere termijn (6 maanden of langer na stratificatie).

Het Zorginstituut Nederland (2015a)

Bron: Zorginstituut Nederland (2015a). Kosteneffectiviteit in de praktijk. Zorginstituut Nederland, Diemen

stelt dat een interventie kosteneffectief is wanneer de kosten voor het behalen van een gewonnen levensjaar in perfecte gezondheid (een quality adjusted life year, of QALY) lager zijn dan €20.000. Om interventies te kunnen beoordelen in termen van kosteneffectiviteit is het daarom nodig om de uitkomsten uit te drukken in termen van QALYs. Sanderson ea (2004)

Bron: Sanderson K, Andrews G, Corry J, Lapsley H. Using the effect size to model change in preference values from descriptive health status. *Qual Life Res.* 2004;13(7):1255-64

berekenen een conversiefactor waarmee gestandaardiseerde effectgroottes, veelal gerapporteerd in meta-analyses, kunnen worden omgezet naar een overeenkomstige verbetering in utiliteit, die uiteindelijk kunnen worden uitgedrukt in termen van een QALY-verbetering. Deze conversiefactor werd geschat op gemiddeld 0,156, wat betekent dat een effectgrootte van 0,45 (in geval van CGT) correspondeert met een verbetering in utiliteit van $0,45 * 0,156 = \pm 0,07$. Wanneer we veronderstellen dat dit effect, waarvan Cuijpers ea (2014) omschrijven dat dit betrekking heeft op 6 maanden of langer na stratificatie, een jaar lang standhoudt, dan kan gesteld worden dat CGT gemiddeld gepaard gaat met 0,07 QALY-winst.

Wanneer we veronderstellen dat dit effect, waarvan Cuijpers ea (2014) omschrijven dat dit betrekking heeft op 6 maanden of langer na stratificatie, een jaar lang standhoudt, dan kan gesteld worden dat CGT gemiddeld gepaard gaat met 0,07 QALY-winst.: Op basis van correspondentie met de auteurs van Cuijpers ea (2014) werd de gewogen gemiddelde follow-up duur na stratificatie vastgesteld op 7,2 maanden. Veronderstellend dat deze effecten nog enige tijd aanhouden, wordt uitgegaan van een duur van één jaar. In sensitiviteitsanalyses wordt deze aanname gewijzigd.

6.1.3. Kosten interventies

De effecten als gevolg van de interventies moeten worden afgezet tegen de kosten van het aanbieden van de interventies. Hiervoor is informatie nodig over het aantal gevolgde sessies voor elke interventie, alsmede de kostprijs per sessie.

Het Zorginstituut Nederland (2015b) rapporteert integrale kostprijzen voor een breed scala aan zorggebruik. Omdat de beschouwde interventies zowel in de generalistische basis GGZ als in de specialistische GGZ zouden kunnen worden aangeboden, werd gerekend met de gemiddelde prijs van €105 per sessie (€98 per sessie in de generalistische basis GGZ en €112 in de specialistische GGZ, zie Zorginstituut Nederland (2015b)).

Bron: Zorginstituut Nederland (2015b). Kostenhandleiding: methodologie van kostenonderzoek en referentieprijzen voor economische evaluaties in de gezondheidszorg. Zorginstituut Nederland, Diemen

Het aantal sessies in het kader van CGT werd door expert opinion geschat op gemiddeld 18 (range 16 – 20). Voor life review therapie werd dit op basis van expert opinion ingeschat op gemiddeld 10 (range 8 – 12). Voor PST werd het aantal sessies ingeschat tussen de 5 en 12 (gemiddeld 8,5). Op basis van deze informatie kan een beeld worden gevormd van de gemiddelde kosten van het aanbieden van elk van deze interventies:

- gemiddeld €1.890 voor het aanbieden van CGT
- gemiddeld €1.050 voor het aanbieden van life review therapie
- gemiddeld €892,50 voor het aanbieden van PST

6.1.4. Onzekerheid in kosten en effecten

Om de kosteneffectiviteit van de drie interventies in te kunnen schatten dient niet alleen gekeken te worden

naar de gemiddelde kosten en de gemiddelde effecten, maar moet ook rekening gehouden worden met het feit dat er onzekerheid zit om deze schattingen van kosten en effecten, zoals weergegeven in de 95% betrouwbaarheidsintervallen en ranges. Het is daarom gangbaar om de kosteneffectiviteit niet één, maar 1.000 keer uit te rekenen, daarbij elke keer een gebruik makend van een willekeurig trekking uit de verdeling van de effecten en de verdeling van de kosten, zie Drummond ea (2005).

Bron: Drummond MF, Sculpher MJ, ea (2005). Methods for the economic evaluation of health care programmes. Oxford, England, Oxford University Press.

Via deze zogenaamde probabilistische sensitiviteitsanalyse kunnen we uitspraken doen over de kans dat elk van de interventies kosteneffectief is, gebruikmakend van de gangbare grenswaarde van €20.000 per QALY.

6.1.5. Overige sensitiviteitsanalyses

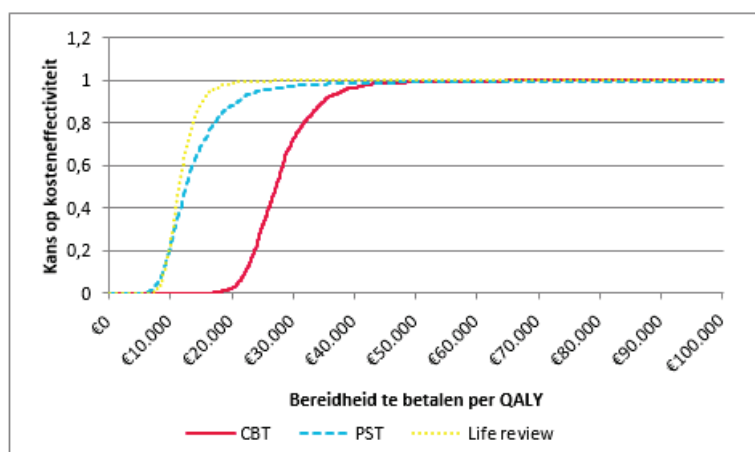
Naast onzekerheid in de parameters rondom kosten en effecten zijn er ook nog andere vormen van onzekerheid waar rekening mee moet worden gehouden. In dit geval zijn er drie keuzes die elk een impact hebben op de uiteindelijk geschatte kosteneffectiviteit:

- Interventies kunnen naast individueel ook in groepsformat worden aangeboden (met name in geval van CGT en life review therapie), waardoor de kosten per deelnemer van het aanbieden van een interventie lager kunnen uitvallen.
- Het daadwerkelijk aantal gevolgde sessies kan in de praktijk lager liggen dan het aantal sessies dat volgens protocol moet worden aangeboden.
- De duur van de effectiviteit wordt ingeschat op een jaar, maar kan in de praktijk ook korter of juist langer zijn.

In de resultatensectie wordt de impact van het maken van andere keuzes op de geschatte kosteneffectiviteit in kaart gebracht.

6.1.6. Resultaten

Het doel is om in te schatten wat de kans is dat elk van de interventies kosteneffectief is, wanneer we de aanbevolen grenswaarde van €20.000 per QALY hanteren. Onderstaande figuur toont deze kans voor elk van de interventies, voor grenswaarden in termen van kosten per QALY tussen €0 en €100.000.



Figuur: Cost-Effectiveness Acceptability Curve, waarin voor verschillende grenswaarden met betrekking tot kosten per QALY wordt weergegeven wat de kans is dat de betreffende interventie kosteneffectief is

Bij de grenswaarde van €20.000 per QALY is de kans dat CGT kosteneffectief is gelijk aan 2,5%, de kans dat life review therapie kosteneffectief is 98,7% en de kans dat PST kosteneffectief is gelijk aan 88,3%.

Voordat we conclusies kunnen trekken, kijken we eerst naar de impact van de onzekerheid rondom het aanbieden van interventies in groepsformat, het effect van een lager aantal sessies dan voorgeschreven in het protocol, en het effect van een kortere of langere duur met betrekking tot de effectiviteit van de interventies.

De effectiviteit van de interventies CGT en life review therapie werd in de meta-analyse van Cuijpers ea (2014) gebaseerd op studies waarin de interventies soms in een individueel format en soms in groepsformat werden aangeboden. Cuijpers ea (2014) lieten daarnaast zien dat de effectiviteit van interventies aangeboden in groepsformat niet significant verschilde van de effectiviteit van interventies aangeboden in een individueel format. Onder de aanname dat groepsinterventies slechts de helft per deelnemer kosten vergeleken met een individueel aangeboden interventie (aangenomen dat een groep bestaat uit gemiddeld acht deelnemers, waarbij twee therapeuten voor de groep staan en een groepssessie twee keer zo lang duurt als een individuele sessie) valt de kosteneffectiviteit voor CGT en life review therapie gunstiger uit. In dit geval is de kans dat de interventie kosteneffectief is in geval van de grenswaarde van €20.000 per QALY gelijk aan 97,8% voor CGT en 100% voor life review therapie en kan elk van de interventies als kosteneffectief worden beschouwd.

De effectiviteit van de interventies in de meta-analyse van Cuijpers ea (2014) was gebaseerd op onderzoeken waarbij gemiddeld genomen niet alle sessies werden uitgevoerd die volgens protocol zouden moeten worden aangeboden. Wanneer we hier rekening mee houden, bijvoorbeeld door slechts met 75% van het aantal sessies te rekenen, verbetert de kosteneffectiviteit ten opzichte van het uitgangsscenario waarin wordt gerekend met het aantal sessies volgens protocol. Rekenend met 75% van het aantal sessies en weer een grenswaarde van €20.000 per QALY, is de kans dat CGT kosteneffectief is gelijk aan 44,7%, is de kans dat life review therapie kosteneffectief is gelijk aan 99,8%, en is de kans dat PST kosteneffectief is gelijk aan 96,1%. In dit geval grenst CGT aan wel of niet kosteneffectief zijn en zijn life review therapie en PST kosteneffectief.

In een laatste sensitiviteitsanalyse wordt gekeken naar de effectiviteit van de interventies. Het is niet precies duidelijk hoe snel het effect van de interventies ontstaat en hoe lang het duurt voor dat deze weer uitdooft. In deze gevoeligheidsanalyse wordt daarom gekeken wat het effect is op de kosteneffectiviteit wanneer de effectiviteit met 50% afneemt of juist met 50% toeneemt.

Wanneer de effectiviteit met 50% afneemt zijn elk van de interventies niet langer kosteneffectief (kans 0,0% voor CGT, 0,1% voor PST en 24,7% voor life review therapie). Wanneer de effectiviteit echter met 50% toeneemt, daarmee veronderstellend dat de effecten niet één jaar maar anderhalf jaar aanhouden, is elk van de interventies weer met grote kans kosteneffectief (kans 73,7% voor CGT, 97,5% voor PST en 99,9% voor life review therapie). De onzekerheid rondom de effectparameter vertaalt zich dus in grote onzekerheid in termen van de kosteneffectiviteit van de beschouwde interventies.

6.1.7. Conclusies

In deze analyse werd de kosteneffectiviteit onderzocht van interventies gericht op de behandeling van depressie bij ouderen. Door de mate van onzekerheid als gevolg van de beschikbare evidentie is het niet mogelijk om met zekerheid vast te stellen of de interventies wel of niet kosteneffectief zijn. De analyses laten wel zien dat PST en life review therapie door de kortere behandelduur maar vergelijkbare effectiviteit meer kosteneffectief lijken dan CGT. Wanneer CGT wordt aangeboden, lijkt het daarnaast vanuit het perspectief van kosteneffectiviteit raadzaam om deze in groepsverband aan te bieden. Zekerheid hierover kan echter pas ontstaan na gecontroleerd onderzoek waarbij deze verschillende opties worden onderzocht in een vergelijkbare, oudere populatie met depressie in Nederland.

6.2. Samenstelling werkgroep

Werkgroep

Werkgroep: Op het moment van publicatie is deze generieke module nog niet geautoriseerd door de LVVP. InEen heeft afgezien van autorisatie.

De prioriteit van Ineen ligt bij onderwerpen die betrekking hebben op bestuurlijke en organisatorische aspecten van eerstelijnszorg. Deze module is vooral zorginhoudelijk. Met de hoeveelheid zorgstandaarden en modules die op dit moment aan ons voorgelegd worden, zijn wij genoodzaakt prioriteiten te stellen. Wij zien daarom af van het beoordelen en autoriseren van deze module.

Organisatie	Vertegenwoordiger
Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)	Ton Dhondt (voorzitter)
Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)	Rob Kok
Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)	Bas van Alphen
Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN)	Dick van Etten
Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG)	Luc Disselhorst
Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)	t/m december 2015 Victor van Duuren, daarna vacature
Vereniging Specialisten in Ouderengeneeskunde (Verenso)	Anne van den Brink
Stichting Labyrint – in Perspectief	Cisca Goedhart
Voorzitter centrale patiëntenraad GGZ Centraal	Piet Kruizinga

Adviesgroep

Organisatie	Vertegenwoordiger
Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB)	Cindy van den Bogert
Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN)	Marian Zegwaard
Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)	Mirella Steenbeek
Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)	Lonneke Arnold
Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)	Joke Stam
Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG)	Brechtje Lubberink
Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP)	Marietta van Mastrigt
Zorgverzekeraars Nederland (ZN)	Peter van Zuidam (Achmea)
Zorgverzekeraars Nederland (ZN)	Marieke Boele van Hensbroek (Achmea)
Persoonlijke titel	Wim Houtjes
Persoonlijke titel	Rosalien Wilting
Persoonlijke titel	Isis Groeneweg-Koolhoven
Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten (LVVP)	Vacature
Nederlandse Vereniging voor Gezondheidszorgpsychologie en haar specialismen (NVGzP)	Vacature
Platform MEER GGZ	Vacature
Verenso	Vacature

Trimbos-instituut is betrokken geweest bij de totstandkoming van deze Generieke Module als uitvoerder (projectleiding en coördinatie).

Nederlands Kenniscentrum Ouderenpsychiatrie (NKOP) is betrokken geweest bij de totstandkoming van deze Generieke Module als trekker van de subsidieaanvraag en door aanwezigheid bij werkgroepbijeenkomsten en het commentariëren van teksten.