

Doelgroep definitie ter beschrijving van bewoners met gerontopsychiatrie in het verpleeghuis en bewoners in een instelling voor verstandelijk gehandicaptenzorg met psychiatrische problematiek

Resultaten van een Delphi-studie



Marjolein Veerbeek
Ankie Lempens
Els Bransen
Elsemieke van Belzen
Janne van Erp
Hans Kroon
Henriëtte van der Roest

Doelgroep definitie ter beschrijving van bewoners met gerontopsychiatrie in het verpleeghuis en bewoners in een instelling voor verstandelijk gehandicaptenzorg met psychiatrische problematiek - Resultaten van een Delphi-studie

Februari 2020

Colofon

Opdrachtgever

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Financiering

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, subsidienummer 329429

Projecttitel

Onderzoek naar kennisinfrastructuur over sectoren heen - Zorg voor ouderen of mensen met een verstandelijke beperking én chronische psychiatrische problematiek die in een woonvoorziening verblijven

Projectleiding

H.G. van der Roest

Projectuitvoering

M.A. Veerbeek

A.L.F. Lempens

E.M. Bransen

D.E. van Belzen

J.H. van Erp

J.D. Kroon

H.G. van der Roest

Omslagontwerp

Canon Nederland N.V.

Beeld

www.istockphoto.com

Personen afgebeeld op de omslag van deze uitgave zijn modellen en hebben geen relatie tot het onderwerp van deze uitgave of ieder onderwerp binnen het onderzoeksdomein van het Trimbos-instituut.

Deze uitgave is te bestellen via www.trimbos.nl/webwinkel met artikelnummer AF1753.

Trimbos-instituut

Da Costakade 45

Postbus 725

3500 AS Utrecht

T: 030-297 11 00

F: 030-297 11 11

© 2020, Trimbos-instituut, Utrecht.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.

Inhoud

Samenvatting	7
1 Inleiding	9
2 Aanpak van de Delphi-studie	11
2.1 Inleiding	11
2.2 Werving	11
2.3 Uitvoering van de Delphi-studie	11
3 Doelgroep gerontopsychiatrie in het verpleeghuis	13
3.1 Beschrijving doelgroep	13
3.2 Respons	13
3.3 Inhoudelijke resultaten	15
3.4 Aanscherping door klankbordgroep	19
4 Doelgroep mensen met een verstandelijke beperking en psychiatrische problematiek in een VG-woonvoorziening	22
4.1 Beschrijving doelgroep	22
4.2 Respons	23
4.3 Inhoudelijke resultaten	24
4.4 Aanscherping door klankbordgroep	29
5 Dankwoord	31
Bijlage 1 Vragenlijsten en terugkoppelingen doelgroep GP	33
Bijlage 2 Vragenlijsten en terugkoppelingen doelgroep VG	34
Bijlage 3 Overzicht voorgelegde begrippen Delphi-studie doelgroep VG	35
Bijlage 4 Literatuur	38

Samenvatting

Deze rapportage bevat de uitkomsten van het eerste deel van het onderzoek naar een optimale kennisdeling en samenwerking in de zorg aan bewoners met (chronische) psychiatrische problematiek in verpleeghuizen (gerontopsychiatrie) en woonvoorzieningen in de verstandelijk gehandicaptenzorg (VG-zorg). Het Trimbos-instituut voert dit onderzoek uit, in samenwerking met de betrokken partijen in het veld. Dit eerste deel betreft een nadere beschrijving en afbakening van de doelgroepen om zo de volgende stappen in het onderzoek te kunnen zetten: een schatting van de omvang van de groepen en het verkrijgen van inzicht in de factoren die de kwaliteit van zorg aan hen beïnvloeden. Als methode voor de nadere doelgroepdefiniëring is gekozen voor een Delphi-studie. De deelnemende experts bereikten in drie - in dit geval digitale - vraagrondes met tussentijdse terugkoppeling van de resultaten consensus (bij tweederde meerderheid, afgerond 67%) over een aantal onderscheidende, veel voorkomende kenmerken en problematieken bij de twee beoogde groepen. Daarbij benadrukten de experts dat het om een heterogene groep gaat en dat stereotypering vermeden moet worden. De uiteindelijke beschrijvingen zijn voorgelegd aan een klankbordgroep in een face-to-face bijeenkomst. Daarbij heeft nadere aanscherping plaatsgevonden.

1 Inleiding

Om een goede kwaliteit van leven te kunnen faciliteren voor bewoners met complexe zorgbehoeften in woonvoorzieningen in de langdurige zorg, is optimale kennisdeling en samenwerking tussen de verschillende sectoren in de zorg een vereiste. Twee van deze doelgroepen zijn bewoners van verpleeghuizen met chronische psychiatrische aandoeningen, ook wel gerontopsychiatrie genoemd, en bewoners van instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg met psychiatrische problematiek. Voor deze doelgroepen gaan de kennisdeling en samenwerking tussen zorgsectoren in de praktijk van alledag niet vanzelf. Het formuleren van concrete aanbevelingen voor een optimale kennisdeling en samenwerking in de ondersteuning en zorg aan de beide doelgroepen, is de centrale doelstelling van het project 'Onderzoek naar kennisinfrastructuur over sectoren heen - Zorg voor ouderen of mensen met een verstandelijke beperking én chronische psychiatrische problematiek die in een woonvoorziening verblijven'. Het Trimbos-instituut voert dit onderzoek uit, in samenwerking met de betrokken partijen in het veld.

De eerste pijler van dit onderzoek betreft een nadere beschrijving van de doelgroepen: om wie gaat het en hoe groot is die groep? Om de omvang van de groep bij de instellingen te kunnen uitvragen, is allereerst een doelgroepafbakening nodig. De doelgroep is bepaald door middel van een Delphi-studie. Deze notitie bevat de resultaten van deze studie.

Woord vooraf

“[de doelgroep..] vormt een boeiende, zeer heterogene groep, die vraagt om een genuanceerde, brede blik. Hen als groep eigenschappen toedichten, proberen te vangen in algemene stellingen zonder ruimte voor nuance of differentiatie, doet geen recht aan hun individualiteit, menselijkheid en ook niet aan het complexe appèl dat deze groep kan doen op de harde werkers in de zorg” (respondent Delphi-studie)

Voorop staat dat iedere cliënt, ieder mens, uniek is. Er is geen profiel te schetsen dat voor elke persoon met gerontopsychiatrie (GP) of met een verstandelijke beperking (VB) en psychiatrische problematiek past: ieder heeft zijn unieke eigen set van kenmerken, vaardigheden en problemen. Een deel van de experts die deelnamen aan deze Delphi-studie uitte hun zorgen over de mogelijke stereotypering van cliëntgroepen die een werkelijk begrip van de situatie en het vraagstuk zou kunnen vertroebelen. Daarnaast plaatst een aantal respondenten vraagtekens bij het feit dat gedragingen of uitingen van cliënten in de vraagstelling van dit onderzoek als 'kenmerken' worden voorgelegd. Dit zou de suggestie wekken dat het gaat om eigenschappen van de persoon, terwijl deze gedragingen of uitingen ook zouden moeten of kunnen worden gezien als symptomen van onder andere overvraging, een slecht passende omgeving, eerdere traumatische ervaringen en/of andere contextuele factoren. Dit zijn belangrijke kanttekeningen en daarvan is notitie genomen. Het gaat in (deze fase van) het onderzoek echter niet om het verklaren, maar om het identificeren van typerende uitingen en gedragingen (die wij 'kenmerken' hebben genoemd) die kunnen helpen om de doelgroep nader te beschrijven en zo een aangrijpingspunt kunnen zijn voor de verbetering van de kennis en expertise. Hiermee wordt de basis gelegd voor een betere aansluiting van de zorg aan de doelgroep.

In deze Delphi-studie is door een breed samengestelde set van experts consensus bereikt over een aantal kenmerken en problematieken die voorkomen bij een groot deel van de twee beoogde cliëntpopulaties en die hen onderscheidt van bewoners in respectievelijk het

verpleeghuis of eeninstelling voor verstandelijk gehandicapten (VG-instelling) *zonder* psychiatrische problematiek. Deze afbakening van de doelgroep was nodig om de volgende stap in het onderzoek te kunnen zetten: een schatting van de omvang van beide cliëntengroepen en het verkrijgen van inzicht in de bevorderende en belemmerende factoren in de zorg aan hen. In deze vervolgstappen zal de diversiteit binnen de cliëntpopulaties nader vorm krijgen in het optekenen van de witte vlekken in kennis, competenties en vaardigheden betreffende hun zorgbehoeften, om zo tot passende aanbevelingen voor de verbetering van de kennisinfrastructuur te komen. En daarmee uiteindelijk tot handvatten voor meer kwaliteit van leven voor de bewoners van verpleeghuizen en VG-instellingen.

Leeswijzer

Het woord vooraf geeft de kanttekeningen weer die de geraadpleegde deskundigen in de Delphi-studie plaatsten bij het proces om tot een definitie te komen. Hoofdstuk 1 beschrijft de gehanteerde aanpak: de opzet en uitvoering van de Delphi-studie. In de hoofdstukken 2 en 3 komen achtereenvolgens de doelgroep gerontopsychiatrie in het verpleeghuis en bewoners van een woonvoorziening in de VG aan bod. In beide hoofdstukken beschrijven we eerst de samengevatte definitie en vervolgens rapporteren we de verschillende uitkomsten van de studie. In bijlagen 1 en 2 zijn voor beide doelgroepen de vragenlijsten die zijn gebruikt in de drie verschillende Delphi-rondes opgenomen, alsmede de integrale terugkoppelingen van de resultaten, een overzicht van de voorgelegde begrippen van de doelgroep VG (bijlage 3) en een bronnenlijst (bijlage 4) van het literatuuronderzoek.

2 Aanpak van de Delphi-studie

2.1 Inleiding

Dit onderzoeksonderdeel is uitgevoerd door middel van een Delphi-studie. Een Delphi-studie is een onderzoeksmethode waarbij de mening en het inzicht van betrokkenen en/of deskundigen over een vraagstuk op systematische wijze wordt verzameld en verwerkt. Op basis van een Delphi-studie ontstaat in een aantal – in dit geval digitale - vraagrondes met tussentijdse terugkoppeling van de resultaten een gezamenlijke mening over een vraagstuk. De deelnemers nemen steeds kennis van elkaars standpunten en kunnen op basis daarvan hun eigen standpunt bijstellen, maar zonder dat zij elkaar spreken of zien, waardoor beïnvloeding op basis van positie of andere factoren niet aan de orde is.

Ter voorbereiding aan de Delphi-studie is voor beide doelgroepen een literatuurverkenning uitgevoerd. Dit leverde per doelgroep een overzicht op van veelvoorkomende problematieken en kenmerken, die de basis vormden voor de eerste vragenlijstronde.

2.2 Werving

Bij een Delphi-studie is het van belang een goede, brede vertegenwoordiging van ter zake kundige deelnemers te betrekken. De volgende aanpak is bij de werving gehanteerd.

Een brainstorm in het projectteam op basis van aanwezige kennis en netwerken leverde voor beide doelgroepen een eerste lijst van contactpersonen op vanuit instellingen en (branche-, beroeps- en belangen-) organisaties met expertise op het terrein van de twee doelgroepen. Het gaat daarbij zowel om zelfstandig werkende experts als om mensen die werkzaam zijn bij onderzoeks- en expertisecentra en bij branche-, belangen- en beroepsorganisaties binnen de verpleeghuiszorg, de GGZ en de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Bij al deze bronnen werd ook steeds gevraagd andere experts aan te dragen. Vanuit enkele van de benaderde organisaties werden oproepen geplaatst in nieuwsbrieven. De werving rolde zich zo via de sneeuwbalmethode verder uit. Potentiële deelnemers meldden zich aan en ontvingen voor elke ronde instructies en een persoonlijke inlogcode voor de digitale vragenlijst. Als criterium voor deelname werd de richtlijn gehanteerd dat de deelnemer ten minste vijf jaar ervaring moest hebben met de doelgroep. In enkele gevallen is hierop een uitzondering gemaakt.

2.3 Uitvoering van de Delphi-studie

In Delphi-studies is het gebruikelijk door te gaan met de raadpleging totdat consensus is bereikt over het centrale vraagstuk. We spreken van consensus bij een tweederde meerderheid (dus afgerond 67%). Op basis van de projectplanning is bij deze studie op voorhand gekozen voor een Delphi-studie in drie rondes. Tijdens elke ronde hadden deelnemers zeven dagen de tijd om de vragenlijst in te vullen. De Delphi-studie is uitgevoerd in de maanden oktober en november 2019.

Ronde 1

De circa zeventig kenmerken en problematieken uit de literatuurverkenning zijn in de eerste vragenlijst gerangschikt naar zes inhoudelijke domeinen¹, waarbij werd voorgelegd in

¹ Vijf voor de VG-doelgroep en zes voor de GP-doelgroep

hoeverre zij – op een vierpuntschaal¹ – volgens de deelnemers voorkomen onder de doelgroep. Vervolgens vroegen we per domein aan te geven welke van deze voorgelegde kenmerken ‘typerend’ zijn voor de doelgroep. Ook konden de deelnemers ontbrekende kenmerken en overige opmerkingen toevoegen.

Ronde 2

In ronde twee ontvingen de deelnemers – naast de tweede vragenlijst - een terugkoppeling van de resultaten uit ronde 1, inclusief de (geanonimiseerde) toelichtingen van alle deelnemers. Zij zagen hun eigen antwoorden afgezet tegen de antwoorden van de andere deelnemers. Kenmerken die in de eerste ronde volgens minder dan de helft van de deelnemers (<50%) typerend werden genoemd, vielen af. Kenmerken die door 50-66% van de deelnemers typerend werden genoemd, werden in deze ronde opnieuw voorgelegd. Kenmerken die in ronde 1 aanvullend waren aangedragen door deelnemers, werden in deze vraagronde aan alle deelnemers op dezelfde manier voorgelegd als in de eerste ronde (eerst via de 4-puntschaal, vervolgens de vraag of het kenmerk typerend is). Van de kenmerken die in de eerste lijst meteen al door ten minste 67 % typerend werden bevonden, werd in deze lijst gevraagd bij welk deel van de doelgroep dit kenmerk naar schatting voorkomt (in kwartielen). Opmerkingen die deelnemers plaatsten bij hun antwoorden in de eerste vragenlijst, zijn in de tweede ronde vertaald naar een aantal vragen en stellingen.

Ronde 3

In de derde ronde werd dezelfde aanpak gehanteerd als bij de tweede ronde. De deelnemers kregen een terugkoppeling van de resultaten van ronde 2, en konden hun eigen antwoorden weer afzetten tegen die van de andere deelnemers. Kenmerken die voor de tweede maal geen tweederde meerderheid haalden, vielen af. Er werd nog een klein aantal nieuw toegevoegde kenmerken voorgelegd en (uit ronde 1 nieuw verkregen) kenmerken die in de vorige ronde door 50-66 % van de deelnemers typerend waren bevonden, werden nogmaals voorgelegd. Kenmerken die in de tweede ronde door tweederde meerderheid typerend waren bevonden, werden voorgelegd naar hun mate van voorkomen binnen de doelgroep (in kwartielen). Een aantal opmerkingen uit de tweede ronde werd vertaald naar vragen en stellingen (ja/nee). Aan het eind van de vragenlijst is een samenvatting van de bevindingen waarover tot dusver consensus was bereikt voorgelegd, met de vraag of de deelnemers met dit beeld kunnen instemmen.

Klankbordgroep

De uiteindelijke beschrijvingen van de doelgroepen zoals tot stand gekomen op basis van de drie vragenlijstrondes door de projectgroep zijn voorgelegd aan een klankbordgroep in een face-to-face bijeenkomst. De bijeenkomst was bedoeld om de doelgroepdefinitie te toetsen en aan te scherpen waar de klankbordgroepleden dit nodig achtten. Wanneer de meerderheid van de klankbordgroep voor een door één van de leden voorgestelde aanscherping van de doelgroepdefinitie was, werd dit overgenomen. De klankbordgroep bestond uit vertegenwoordigers van branche- en beroepsorganisaties in zorg en onderwijs, Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), Nederlandse Zorg Autoriteit (NZa), Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd(IGJ), kennisinstituten en cliëntvertegenwoordiging.

¹ Nooit, soms, meestal, altijd

3 Doelgroep gerontopsychiatrie in het verpleeghuis

3.1 Beschrijving doelgroep

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

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

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

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

Bovenstaande beschrijving is gebaseerd op de resultaten van de Delphi-studie. In de rest van dit hoofdstuk is te lezen waarop de beschrijving gebaseerd is.

3.2 Respons

In totaal hebben 46 van de 49 aangeschreven personen meegedaan in minimaal één Delphi-ronde. De helft, 23 personen, heeft deelgenomen aan alle drie de rondes.

De gemiddelde leeftijd van de deelnemers die minimaal één ronde hebben meegedaan is 48 jaar (29-65 jaar). Het merendeel (76%) is vrouw. Het gemiddelde aantal jaren ervaring met de doelgroep is 12 jaar (1-32).

In tabel 1 zijn de achtergrondkenmerken van de respondenten weergegeven per ronde.

Tabel 1 Overzicht van de achtergrondkenmerken van de respondenten per ronde

Achtergrondkenmerk	Ronde 1 n = 34	Ronde 2 n = 38	Ronde 3 n = 34
Geslacht, % vrouw	69,7	78,9	76,5
Gemiddelde leeftijd in jaren (spreiding)	48,3 (29 - 64)	48,2 (29 – 65)	48,1 (29 – 65)
Gemiddeld aantal jaar professionele ervaring met de doelgroep (spreiding)	13,4 (2 - 32)	12,0 (1 - 32)	12,1 (1 - 30)
Huidige functie*, n (%)			
Fysiotherapeut			2 (5,9%)
GZ-psycholoog	3 (8,8%)	6 (15,8%)	4 (11,8%)
Psycholoog	3 (8,8%)	4 (10,5%)	3 (8,8%)
Psychiater	2 (5,9%)	4 (10,5%)	2 (5,9%)
Sociaal psychiatrisch verpleegkundige	1 (2,9%)	1 (2,6%)	1 (2,9%)
Specialist ouderengeneeskunde	6 (17,6%)	7 (18,4%)	6 (17,6%)
Verpleegkundig specialist	1 (2,9%)	1 (2,6%)	
Verpleegkundige niveau 4	4 (11,8%)	4 (10,5%)	4 (11,8%)
Verpleegkundige niveau 5	1 (2,9%)	1 (2,6%)	2 (5,9%)
Verzorgende niveau 1	1 (2,9%)		1 (2,9%)
Verzorgende niveau 3	3 (8,8%)	3 (7,9%)	3 (8,8%)
Wetenschapper/onderzoeker	6 (17,6%)	6 (15,8%)	5 (14,7%)
Anders, namelijk	7 (20,6%)	7 (18,4%)	10 (29,4%)
	- Psycholoog in opleiding tot GZ-psycholoog - Opleider - Projectleider - Zorgregisseur - Contactverzorger - Manager - Beleidsadviseur	- Psycholoog in opleiding tot GZ-psycholoog - Opleider - Projectleider - Contactverzorger - Manager - Coach - Locatieleider	- Psycholoog in opleiding tot GZ-psycholoog - Opleider - Projectleider - Zorgregisseur - Contactverzorger - Manager - Coach - Locatieleider - Klinisch geriater - POH GGZ

* Meerdere antwoorden mogelijk

3.3 Inhoudelijke resultaten

3.3.1 Stapeling van problematiek op meerdere domeinen

Veruit het grootste deel van de deelnemers (92%) geeft aan dat niet de afzonderlijke problemen, maar de stapeling van problemen bepaalt of iemand tot de doelgroep gerontopsychiatrie in het verpleeghuis hoort.

“Het psychiatrische beeld geeft problemen op meerdere levensgebieden.”

“Dit is voor mij de kern.”

“Dit is precies de crux: het gaat om de stapeling van problemen en daardoor de interactie van deze problemen. Dus $1+1=3!$ ”

“Vaak combinatie van psychische problematiek, cognitieve problematiek en lichamelijke problemen.”

De doelgroep is heel divers en rijkgeschakeerd. De heterogeniteit van de doelgroep dient dan ook benadrukt te worden volgens deelnemers. Alle aspecten die zijn uitgevraagd komen voor en zijn relevant voor de doelgroep. Daarbij gaat het er meestal niet om óf iets er is, maar hoe het eruit ziet. En het gaat er niet per se om of de individuele problemen aanwezig zijn, maar om de combinatie en complexiteit van het geheel.

55% van de deelnemers geeft aan dat een typische bewoner met GP in het verpleeghuis op alle zes de uitgevraagde domeinen (geestelijke gezondheid, gedragsproblemen, cognitie, lichamelijke gezondheid, (i)ADL, sociale betrokkenheid) **tegelijkertijd** problemen heeft.

De domeinen geestelijke gezondheid (82%) en gedrag (88%) worden als meest **onderscheidend** ten opzichte van andere verpleeghuisbewoners gezien en ook als meest bepalend voor een verpleeghuis om te bepalen of iemand tot de doelgroep gerontopsychiatrie behoort.

3.3.2 Typerende kenmerken

Hoewel door de meerderheid van de deelnemers is aangegeven dat de stapeling van problemen bepaalt of iemand tot de doelgroep gerontopsychiatrie hoort, geven we in tabel 2 een overzicht van de afzonderlijke kenmerken per domein waarover consensus is bereikt onder de deelnemers dat deze typerend zijn voor de doelgroep. Daarbij plaatsen we dus de kanttekening dat de aanwezigheid van één van deze kenmerken, of kenmerken op één domein, niet maakt dat een bewoner tot de doelgroep gerontopsychiatrie behoort.

Tabel 2 Kenmerken waarover consensus is dat deze typerend zijn voor bewoners met gerontopsychiatrie (GP) in het verpleeghuis, uitgesplitst naar domein

Kenmerken die typerend zijn voor doelgroep GP in het verpleeghuis	n	% 'ja' ronde 1	n	% 'ja' ronde 2	n	% 'ja' ronde 3	Veel* voorkomend
Geestelijke gezondheid							
- Persoonlijkheidsstoornis	23	71,9					
- Psychiatrische diagnose die is vastgesteld vóór opname in het verpleeghuis			31	81,6			✓
- Beperkt ziekte-inzicht m.b.t. hun psychiatrische diagnose(s)			31	81,6			✓
- Verlies van zelfregie			31	81,6			✓
- Meerdere psychiatrische diagnoses volgens de DSM					34	70,6	?
Gedragsproblemen							
- Gedragsproblemen	26	81,3					✓
- Ongeremd gedrag			32	84,2			
- Geagiteerd of agressief			30	78,9			
Cognitie							
- Cognitieve stoornis, anders dan dementie	29	90,6					
Lichamelijke gezondheid							
- Meerdere chronische gezondheidsproblemen	29	87,9					✓
- Lage lichamelijke belastbaarheid			32	84,2			✓
(i)ADL							
Hulp nodig bij:							
- zichzelf wassen en aankleden	22	66,7					✓
- zelf medicijnen trouw innemen	23	69,7					✓
- ondernemen zinvolle activiteiten			32	84,2			✓
- dagstructuur			38	100			✓
- onderhouden sociale contacten			37	97,4			✓
- onder de douche of in bad gaan			28	73,7			✓
- eigen kamer schoonhouden			32	84,2			✓
- met geld omgaan			29	76,3			?
- aansporing nodig bij uitvoeren van taken			33	86,8			✓
Sociale betrokkenheid							
Sprake van:							
- sociaal isolement	27	81,8					✓
- verstoorde relaties met familie of vrienden			34	89,5			✓

*Meer dan 75% van de deelnemers heeft aangegeven dat het kenmerk bij meer dan 50% van de verpleeghuisbewoners met gerontopsychiatrie voorkomt

? Bij dit kenmerk kon het percentage voorkomend niet meer worden uitgevraagd

Met betrekking tot het domein 'geestelijke gezondheid' is ook consensus (76,5%) over de stelling dat de psychiatrische problematiek chronisch moet zijn om te behoren tot de doelgroep gerontopsychiatrie in het verpleeghuis.

Daarnaast is door een aantal deelnemers opgemerkt dat er niet altijd sprake is van een formeel vastgestelde DSM diagnose. Er is dan bij deze bewoners overduidelijk sprake van psychiatrische problematiek, maar dit is niet officieel gediagnosticeerd. Bij nadere uitvraag gaf het merendeel van de deelnemers aan dat zij inschatten dat hiervan sprake is bij 25-50% van de bewoners met gerontopsychiatrie. In de toelichting gaven zij aan:

- PTSS en persoonlijkheidsproblematiek zijn m.i. vaak gemist.

- Regelmatig worden mensen opgenomen die diagnostiek weigeren maar waarbij wel duidelijk sprake is van psychiatrische problematiek en daarom niet passend zijn op een somatische afdeling.
- Deze groep neemt toe.
- Het gaat om cliënten die bij wegvallen van het sociale netwerk ontsporen en bij ons worden opgenomen zonder duidelijke diagnose.

3.3.3 Dementie

Er is consensus bereikt onder de deelnemers (68%) dat dementie een exclusiecriteria is voor de doelgroep gerontopsychiatrie in het verpleeghuis. Toelichtingen van de deelnemers die het met deze stelling eens zijn, zijn:

- In de zin dat de psychiatrie op de voorgrond dient te staan. Staat de dementie op de voorgrond, dan is een andere benaderingswijze en invulling van de omgeving van belang.
- Onze ervaring is dat de combinatie niet werkt. Mensen met dementie worden overvraagd, krijgen veel commentaar van medebewoners en zijn bijvoorbeeld bedreigend voor andere bewoners als zij zomaar de kamer van een ander binnenlopen en spullen pakken.
- Vanuit de visie van mijn afdeling is dementie een uitsluitingscriterium. Zodra een cliënt verschijnselen van dementie gaat vertonen, wordt er toegewerkt naar overplaatsing.
- Bij het voorkomen van een dementieel beeld kijken we of de psychiatrische aandoening nog op de voorgrond staat. Mocht de dementie meer op de voorgrond staan dan proberen we overplaatsing naar een passende afdeling.
- Er worden zelden mensen met MCI opgenomen.
- Voor de doelgroep waarbij dementie al in een vergevorderd stadium is (fase 6/7 van de GDS).
- Zij geven escalaties en onbegrip wat de veiligheid van degene met dementie niet waarborgt.
- Vind ik van groot belang!
- Tot op zekere hoogte, er wordt wel per persoon beoordeeld. We maken ons vooral zorgen of iemand zich nog (verbaal) kan verweren.

De deelnemers die het niet met deze stelling eens zijn benoemen:

- Patiënten met een gekende psychiatrische diagnose, die gaan dementeren passen m.i. zeker bij de doelgroep gerontopsychiatrie in het verpleeghuis.
- Ik geloof niet dat dit soort exclusiecriteria werken.
- Wel 'dementie' als primaire / dominante diagnose, want dan is het 'psychogeriatric' (eventueel met); GP-clients hebben wel vaak cognitieve stoornissen (die soms ook wel aan de criteria van dementie voldoen).
- Vaak zal het een chronische psychiatrische stoornis zijn, met cognitieve defecten. De vraag is of dan de diagnose dementie wel of niet gesteld moet worden. Vaak functioneren mensen op dementieel niveau.
- Mits de dementie prominent op de voorgrond staat.
- Kan tijdens opname naar voren komen.

Nagenoeg alle deelnemers (91%) geven aan dat een verpleeghuisbewoner met dementie en ernstige gedragsproblemen niet tot de doelgroep gerontopsychiatrie behoort. Hierbij wordt o.a. aangegeven door deelnemers:

- Dementie in combinatie met ernstige gedragsproblemen vraagt een andere structuur en begeleiding dan cliënten enkel met psychiatrische problematiek.
- Dat is en blijft een andere tak van sport en hoort op de psychogeriatric thuis.
- Een verpleeghuisbewoner met dementie heeft vaak andere gedragsproblemen, waarbij de benadering anders is.

- Deze doelgroep heeft behoefte aan een eigen setting. Er is regelmatig negatieve interactie tussen bewoners met gerontopsychiatrie en psychogeriatric. De verblijfsduur is zeer verschillend.

3.3.4 Reden voor verblijf in verpleeghuis

De belangrijkste oorzaken die worden genoemd waarom iemand met GP wordt opgenomen in het verpleeghuis zijn:

- Wegvallen sociaal netwerk: netwerk in thuissituatie valt weg en somatische klachten nemen toe.
- Verwaarlozing: door psychiatrische achtergrond zoveel zelfverwaarlozing dat er structuur en begeleiding in het verpleeghuis geboden moet worden.
- Gedrag: probleemgedrag waardoor zelfstandig wonen niet mogelijk is.
- Lichamelijke gezondheid: toename van benodigde lichamelijke zorg, in combinatie met psychiatrie en/of probleemgedrag maakt dat dit niet thuis of in de GGz geboden kan worden.
- Cognitie: toename van cognitieve problemen, waardoor zelfredzaamheid vermindert en zelfstandig wonen niet meer lukt. Vaak in combinatie met somatische achteruitgang.
- Behandeling in de GGz is afgerond c.q. er is geen uitzicht meer op verbetering of herstel van de psychiatrische klachten: daarmee verdwijnt noodzaak van verblijf in de GGz, hoewel de psychiatrische problematiek blijft en daarmee noodzaak voor 24-uurs nabijheid en begeleiding en noodzaak voor een veilige woonomgeving.

Daarbij worden 'gedrag' en 'lichamelijke gezondheid' als meest voorkomende oorzaken voor opname aangemerkt door de deelnemers.

Verder is er consensus onder de deelnemers (77%) dat de behoefte aan ondersteuning bij (i)ADL en lichamelijke gezondheid, bovenop de gedrags- en psychiatrische problemen, maakt dat een bewoner het best op zijn plek is in het verpleeghuis i.p.v. in een GGz-instelling.

3.3.5 Herkenning van het overall beeld van de doelgroep

Aan het eind van de laatste vragenlijst is aan deelnemers gevraagd of we, alles overziend, volgens hen een goed beeld hebben gekregen van de doelgroep gerontopsychiatrie in het verpleeghuis. De meerderheid (85%) antwoordde hierop bevestigend. In de toelichting werd onder meer door hen aangegeven:

- Zoals het is beschreven, is het kloppend met de zorg die wij bieden.
- Ik zou erbij willen zeggen dat dementie niet beperkend zou moeten zijn voor een GP plek, indien deze niet op de voorgrond staat.
- Mensen met een psychiatrische problematiek hebben veelal de hele dag begeleiding en sturing nodig, hebben veel behoefte aan duidelijkheid. Ook als dat niet altijd prettig is, blijkt later dat men er toch wel blij mee is.
- Afzonderlijke kenmerken zijn los niet typerend voor een GP afdeling, maar vooral de combinatie van psychiatrische/gedrags-/ADL/cognitieve problemen.
- Ze mogen dementie hebben, mits gedragsproblemen tgv van de psychiatrische aandoening op de voorgrond staat.
- Soms is er geen psychiatrische diagnose vooraf gesteld, dan kan de cliënt alsnog in aanmerking komen voor de opname.
- de GP groep is een zeer diverse groep bewoners in het verpleeghuis, die behoefte heeft aan structuur ook qua activiteiten die geboden worden.

De vijf deelnemers die zich nog niet helemaal konden vinden in het geschetste beeld gaven aan:

- Ik mis bij geestelijke gezondheidszorg de andere DSM diagnoses: angst, stemming, psychose, autisme spectrum stoornis. Persoonlijkheidsstoornissen is maar een onderdeel. Veelal zie ik ook psychiatrische stoornissen zoals schizofrenie, stemming/ angststoornissen (met name bipolaire stoornissen), autisme spectrum stoornissen, dissociatieve identiteitsstoornis, vaak ook in combinatie met LVB.
- Ik ben het met alles eens, maar niet met het sociale isolement. Dat komt wel veel meer voor dan op andere afdelingen, maar is lang niet altijd het geval.
- Probleem is dat het zo breed is, dat we wel een goed beeld krijgen van de gemiddelde groep, maar dat elk afzonderlijk probleem slechts bij een minderheid voorkomt. Daarom blijft het een zeer heterogene groep. Stapeling van problemen is wel bepalend.
- Een psychiatrische stoornis is een belangrijke nevendiagnose die het functioneren van de cliënt op cognitief, gedragsmatig, sociaal en somatisch domein bepaalt.
- Juist de diversiteit in stoornissen en in uitingen in gedrag kenmerkt de GP. Het benoemen van bijvoorbeeld een persoonlijkheidsstoornis of bepaalde gedragingen zorgt ervoor dat het beeld vertekent en niet volledig is.

De 'overige opmerkingen' die aan het eind van de laatste vragenlijst gemaakt zijn betreffen:

- In mijn praktijk is er vaak sprake van veel meer dan alleen persoonlijkheidsstoornissen, dat zou ik graag verbreed zien. Een notitie over de hoge prevalentie van een licht verstandelijke beperking hoort daar ook bij, daar kan je niet om heen. Wij hebben plek voor mensen met een ZZP 7 GP met neurocognitieve functiestoornissen (NAO meestal agv de psychiatrische aandoening/ langdurig psychofarmaca gebruik / of levensstijl) of dementie. Wij includeren hen als de psychiatrie op de voorgrond staat nog of gelijk op loopt met dementie. Verbleekt de psychiatrie, dan plaatsen we iemand naar reguliere pg. ZZP 6 GP behoeft is er ook.
- Niet alles is in hokjes te plaatsen.
- Het is vaak lastig om de juiste leefomgeving voor een cliënt te vinden, daar de psychische problemen erg complex kunnen zijn. Psychische problematiek moet wel op de voorgrond staan.

3.4 Aanscherping door klankbordgroep

Tijdens de klankbordgroepbijeenkomst waarin de conceptbeschrijving van de doelgroep gerontopsychiatrie werd besproken, gaven de klankbordgroepleden een aantal commentaren en aanbevelingen. Op basis van dit commentaar is de doelgroepbeschrijving aangepast. De commentaren zijn genummerd met hetzelfde nummer in de corresponderende passages in de eerste versie van de doelgroepbeschrijving.

[1a] Wat betreft psychiatrische diagnoses, is nu alleen persoonlijkheidsstoornis als typerend kenmerk eruit gekomen. Dit kan ermee te maken hebben dat op de werkvloer een ontwikkelingsstoornis nog wel eens als persoonlijkheidsproblematiek wordt aangemerkt. Bij bewoners die tot de doelgroep gerontopsychiatrie in het verpleeghuis behoren, is sprake van psychiatrische diversiteit, zolang de psychiatrische aandoening maar chronisch is. Door de opname van een aantal voorbeelden van stoornissen in de beschrijving, lijkt er een beperking te worden opgelegd waarbij bijvoorbeeld verslavingsproblematiek of ontwikkelingsstoornissen worden uitgesloten. Dit is niet te bedoeling. Daarom worden de voorbeelden verwijderd uit de beschrijving. [1b] Tevens wordt gesproken over een 'DSM classificatie' i.p.v. een 'DSM diagnose'.

[2] In plaats van benoemen dat de psychiatrische aandoening vóór opname is vastgesteld, kan beter worden gesproken over het feit dat de psychiatrische problematiek voor opname aanwezig is. Dit omdat er niet altijd een formele diagnose is.

[3] Ook met betrekking tot problemen op het gebied van (i)ADL wordt aanbevolen geen voorbeelden op te nemen, omdat je daar als lezer gauw overheen leest, en dan denkt dat het alleen om die problemen m.b.t. (i)ADL gaat. Ook zonder voorbeelden zal de groep waarvoor de definitie bedoeld is een duidelijk beeld hebben bij de problematiek.

[4] De klankbordgroep adviseert om de term 'dementie' te vervangen door de term 'neurocognitieve stoornis', zodat wordt aangesloten bij de DSM. Daarnaast is de meerderheid van de aanwezigen ervoor om een neurocognitieve stoornis niet als exclusie criterium te hanteren, zolang de psychiatrische problematiek maar voorliggend is.

[5] De term 'verpleeghuis' wordt beperkend gevonden, omdat mensen dan kunnen denken aan een traditioneel grootschalig verpleeghuis, terwijl er alternatieve woonvormen bestaan waar verpleeghuiszorg/Wlz-zorg wordt geboden. Voor de leesbaarheid, wordt toch de term verpleeghuis behouden.

[6] In plaats van leeftijd is het hebben van ouderdomsproblematiek een beter passend criterium om tot de doelgroep gerontopsychiatrie te behoren. Ook op jongere leeftijd kan iemand al ouderdomsproblemen hebben. Aangezien deze problemen vaak betrekking hebben op de gebieden 'cognitie', 'lichamelijke gezondheid', '(i)ADL' en/of 'sociale betrokkenheid' die al in de beschrijving staan, worden ouderdomsverschijnselen niet apart opgenomen.

[7] Een bewoner heeft geen gerontopsychiatrie, maar behoort tot de doelgroep gerontopsychiatrie.

Conceptbeschrijving doelgroep gerontopsychiatrie voorgelegd aan klankbordgroep GP:

Bewoners met gerontopsychiatrie [7] in het verpleeghuis hebben over het algemeen een chronische psychiatrische aandoening, die vóór opname in het verpleeghuis is vastgesteld [2]. Er kan bij bewoners sprake zijn van meerdere psychiatrische diagnoses tegelijkertijd. Het gaat daarbij om een diversiteit aan psychiatrische stoornissen, waaronder persoonlijkheidsstoornissen, stemmingsstoornissen, angststoornissen en schizofrenie [1a]. Het kan voorkomen dat een psychiatrische diagnose niet formeel volgens de DSM is vastgesteld bij een bewoner [1b], maar dat er overduidelijk sprake is van psychiatrische problematiek. Bewoners hebben vaak beperkt ziekteinzicht m.b.t. hun psychiatrische diagnose(s) en er is sprake van verlies van zelfregie.

Naast één of meer psychiatrische diagnoses, hebben bewoners met gerontopsychiatrie tegelijkertijd op nog minimaal twee, maar meestal meer, andere domeinen problemen: gedrag, cognitie, lichamelijke gezondheid, (i)ADL en/of sociale betrokkenheid [6]. De bijkomende gedragsproblemen zijn met name onderscheidend voor verpleeghuisbewoners met gerontopsychiatrie t.o.v. andere verpleeghuisbewoners. Deze gedragsproblemen komen niet voort uit dementie. Hoewel verpleeghuisbewoners met gerontopsychiatrie bijkomende cognitieve problemen kunnen hebben, is dementie een exclusie criterium om tot de doelgroep gerontopsychiatrie gerekend te worden [4]. Naast de psychiatrische diagnose(s) is er geregeld sprake van meerdere chronische lichamelijke aandoeningen en een lage lichamelijke belastbaarheid. Met betrekking tot (i)ADL hebben bewoners met gerontopsychiatrie bij diverse taken hulp en aansporing

nodig, zoals medicijnen trouw innemen, dagstructuur, met geld omgaan en ondernemen van zinvolle activiteiten [3]. Sociaal isolement en verstoorde relaties met familie of vrienden zijn ook bijkomende problemen waarvan geregeld sprake is bij bewoners met gerontopsychiatrie.

De behoefte aan ondersteuning bij (i)ADL en problemen met lichamelijke gezondheid, bovenop de psychiatrische- en gedragsproblemen, maken dat een bewoner met gerontopsychiatrie het best op zijn plek is in het verpleeghuis [5].

4 Doelgroep mensen met een verstandelijke beperking en psychiatrische problematiek in een VG-woonvoorziening

4.1 Beschrijving doelgroep

Typerend voor bewoners van een VG-instelling die ook kampen met psychiatrische problematiek is het tegelijkertijd voorkomen van problemen op meer leefdom-einen. In combinatie met het lagere verstandelijke en adaptieve niveau van functioneren en de psychiatrische aandoeningen, komen problemen op het gebied van gedrag en sociaal functioneren het meeste voor. Deze bewoners onderscheiden zich het meest van andere bewoners van een VG-woonvoorziening door hun psychiatrische problematiek en hun gedrag.

Het gaat hierbij om mensen met een lichte, een matige of een ernstige verstandelijke beperking maar ook om mensen met zwakbegaafdheid. De definitie 'verstandelijke beperking' waarmee de studie werd gestart, is daarom niet dekkend voor de beoogde doelgroep. In samenhang met het beneden gemiddeld niveau van verstandelijk functioneren (en in wisselwerking hiermee) is bij hen veelal sprake van een lage sociaal emotionele ontwikkeling, een disharmonisch profiel en moeite met het uitvoeren van executieve functies.

De bewoners hebben meestal meerdere psychiatrische diagnoses – die zowel formeel vastgesteld als alleen een vermoeden zijn - en daarbij beperkt ziekte-inzicht. Vaak is er sprake van autisme of ASS, PTSS of hechtingsproblematiek. De psychiatrische problematiek is meestal niet acuut. Gedragsproblemen en een geringe impulsbeheersing worden door deskundigen eveneens als typerend genoemd.

Op het domein van lichamelijk functioneren is vooral het gebrek aan beweging en het vaak niet zelfstandig kunnen verrichten van algemene dagelijkse levensverrichtingen typerend, met name omdat hierbij stimulans nodig is. Ook voor de zelfzorg is vaak stimulans nodig.

Bewoners van een VG-instelling die ook kampen met psychiatrische problematiek hebben veelal een geschiedenis van traumatische levenservaringen. Zij hebben problemen met het herkennen en reguleren van emoties en hebben vaak te maken met overvraging. Verder is het kenmerkend dat (de reactie op) verandering in de begeleiding en de interactie met andere bewoners bij hen meer aandacht vragen, in vergelijking met andere bewoners van een VG-instelling. Hun sociaal netwerk is klein en er is daarbij vaak sprake van verstoorde relaties met familie of anderen. Een zinvolle dagbesteding en het invullen van de vrije tijd zijn voor velen van hen moeilijk te realiseren.

Het gaat veelal om mensen die op verschillende plaatsen binnen de VG-zorg zijn verbleven, voorafgaand aan hun verblijf in de huidige woonvoorziening. De belangrijkste reden dat zij gebruik maken van een verblijfsvoorziening in de verstandelijk gehandicaptenzorg is hun grote behoefte aan dagelijkse begeleiding vanwege geringe zelf- en sociale redzaamheid.

4.2 Respons

Er meldden zich 45 deelnemers aan voor deelname aan de Delphi-studie¹. In totaal vulden uiteindelijk 41 van hen één of meer vragenlijsten in (91%), waarvan 31 personen (76%) aan alle drie de rondes deelnamen.

Van de deelnemers zijn er 34 universitair geschoold (87%) en 5 deelnemers Hbo-opgeleid (13%). De gemiddelde leeftijd van de deelnemers is 48 jaar. Gemiddeld had men zestien jaar ervaring met de doelgroep. Zie tabel 3 voor een compleet overzicht.

Tabel 3 Overzicht van de achtergrondkenmerken van de respondenten per ronde

Achtergrondkenmerk	Ronde 1 n=33	Ronde 2 n=38	Ronde 3 n=38
Geslacht, % vrouw	69,7%	70,3%	73,0%
Gemiddelde leeftijd in jaren (spreiding)	48,8 (30-69)	47,8 (30-69)	48,5 (30-69)
Gemiddeld aantal jaar professionele ervaring met de doelgroep (spreiding)	17,1 (2-36)	16,0 (2-36)	16,7 (2-36)
Huidige functie*, n (%)			
AVG	3 (10,3%)	8 (21,6%)	8 (21,6%)
Apotheker	1 (3,4%)	1 (2,7%)	1 (2,7%)
Logopedist			
Psychiater	5 (17,2%)	6 (16,2%)	6 (16,2%)
Orthopedagoog	3 (10,3%)	4 (10,8%)	4 (10,8%)
GZ-psycholoog	6 (20,7%)	5 (13,5%)	6 (16,2%)
Huisarts			
Psycholoog	3 (10,3%)	4 (10,8%)	4 (10,8%)
Ergotherapeut	1 (3,4%)	2 (5,4%)	2 (5,4%)
Verpleegkundig specialist	1 (3,4%)		
Wetenschapper/onderzoeker over deze doelgroep	4 (13,8%)	4 (10,8%)	4 (10,8%)
Anders, namelijk:	7 (24,1%):	8 (21,6%):	7 (18,9%):
- Adviseur		- Adviseur	- Adviseur
- Clusterleider, als achtergrond vaktherapeut en activiteitenbegeleider		- Clusterleider, als achtergrond vaktherapeut en activiteitenbegeleider	- Hoofd behandeling
- Coördinator (2x)		- Coördinator	- Kennismanager
- Hoofd behandeling		- Klinisch psycholoog	- Klinisch psycholoog
- Manager zorg		- Hoofd behandeling	- Manager zorg
- Onafhankelijk specialist zorg en dwang=zelfstandig BOPZ arts in m.n. de verstandelijk gehandicaptenzorg (basisarts met managementervaring)		- Manager zorg	- Onafhankelijk specialist zorg en dwang=zelfstandig BOPZ arts in m.n. de verstandelijk gehandicaptenzorg (basisarts met managementervaring)
- Projectleider kennisprojecten		- Onafhankelijk specialist zorg en dwang=zelfstandig BOPZ arts in m.n. de verstandelijk gehandicaptenzorg (basisarts met managementervaring)	- Projectleider kennisprojecten
- Kennismanager		- Projectleider kennisprojecten	

¹ Na de deadline meldden zich nog 8 experts, die vanwege de tijdslimiet niet meer konden meedoen.

4.3 Inhoudelijke resultaten

4.3.1 Stapeling van problematiek op meerdere domeinen

Veruit de meeste deelnemers (89%) geven aan dat niet de afzonderlijke kenmerken, maar de stapeling van problemen bepaalt of iemand tot de doelgroep hoort.

“Vaak en VB en psychiatrisch en somatisch en sociale, en maatschappelijk en zintuigelijke problemen.”

“Stapeling, maar ook de zwaarte van de verschillende factoren”

“Er is veel meer comorbide problematiek: verslaving, schulden, criminaliteit, schizofrenie, borderline persoonlijkheidsproblematiek, psychose gevoeligheid, psychosomatiek etc.”

Er is bij de doelgroep mensen met psychiatrische problematiek en een verstandelijke beperking (of zwakbegaafdheid) in een VG-woonvoorziening dus bijna altijd sprake van problemen op meerdere terreinen die tegelijkertijd voorkomen, naast de psychiatrische problematiek. Van de vier voorgelegde domeinen – gedrag, lichamelijk functioneren, ADL en sociaal functioneren – onderscheidt de doelgroep zich het meest op ‘gedrag’ en ‘sociaal functioneren’ van de andere bewoners van een VG-instelling.

4.3.2 Zwakbegaafdheid

Hoewel de meeste respondenten een IQ van 50-70 als typerend voor de doelgroep beschouwen, geven veel deelnemers aan dat psychiatrische problematiek kan voorkomen onder alle inwoners van een VG-instelling, ongeacht of zij op een wat hoger of lager verstandelijk niveau functioneren. Voorts geven veel respondenten in de open opmerkingen aan dat alleen het IQ van de persoon niet zoveel zegt, maar dat de mate van functioneren en de ondersteuningsbehoefte altijd voortkomen uit een combinatie van cognitief vermogen, adaptief en sociaal functioneren.

“Dit (lage adaptieve vaardigheden) komt veel voor en maakt dat juist mensen met de hogere IQ's niet zelfstandig of met weinig begeleiding kunnen wonen”

“Lagere cognitieve vermogens zijn dus wel kenmerkend, de IQ scores niet”.

Als verklaring voor het feit dat een IQ tussen de 50-70 door de meeste respondenten als typerend voor de doelgroep wordt gezien, geven respondenten aan dat het vaststellen van psychiatrische problematiek bij de mensen met een IQ onder de 50 ingewikkelder is en dat hun problematiek daardoor wellicht over het hoofd wordt gezien. Verder wordt genoemd dat mensen met een IQ van 70-85 vaak geen Wlz-indicatie krijgen en/of buiten de toelatingscriteria van de eigen instelling vallen. Moet deze laatste groep nu wel of niet binnen de scope van dit onderzoek worden opgenomen?

In de derde en laatste vragenlijst is daarom de volgende stelling voorgelegd:

Cliënten met een IQ (70-85) en psychiatrische problematiek die in een VG-woonvoorziening verblijven zijn een totaal andere groep cliënten dan degenen met een IQ onder de 70 en psychiatrische problematiek die in een VG-instelling verblijven. Cliënten met een IQ (70-85) en psychiatrische problematiek moeten daarom buiten het kader / de definitie van dit onderzoek blijven.

De meerderheid - 29 van de 38 respondenten (76%) - was het oneens met de stelling. Negen deelnemers waren het eens met de stelling (24%). Er is dus consensus bereikt: bewoners van een VG-woonvoorziening die zwakbegaafd zijn en psychiatrische problematiek hebben, worden in het onderzoek geïnccludeerd.

Voorstanders van inclusie van zwakbegaafdheid in het onderzoek

“Regelmatig zie ik cliënten met een wat hoger IQ, maar wel zeer disharmonisch die zeer goed zouden passen in de VG (in plaats van in Beschermd Wonen in de GGz), dus ik hoop dat het afkappunt van 70 niet rigide toegepast gaat worden.”

“Er zijn steeds meer mensen met een IQ tussen 70-85 en bijkomende psychische en verslavingsproblemen die in de Wlz terechtkomen.”

“Vooral als er bijkomende problematiek is, lijken de overeenkomsten tussen beide groepen groter dan verschillen. Dat verschil in IQ doet er dan niet meer zoveel toe.”

Deelnemers die vinden dat zwakbegaafdheid geen exclusie criterium voor het onderzoek moet zijn, vinden dat de overlap tussen mensen met verschillende IQ-niveaus groter is dan de verschillen, vooral als er bijkomende problematiek is. Er wordt verder op gewezen dat het sociaal emotioneel niveau van functioneren meer van belang is dan het IQ voor de zorgbehoefte. Er wordt verder door één deelnemer op gewezen dat deze kwestie een belangenvraagstuk raakt en dat uitsluiting van de doelgroep binnen het project het gevaar inhoudt dat deze groep tussen wal en schip belandt (zie bijlage voor alle toelichtingen).

Tegenstanders van inclusie van zwakbegaafdheid in het onderzoek

“Deze groep komt in de instelling waar ik werk niet voor op de VG-afdeling”

Waarom zou zwakbegaafdheid *niet* moeten worden geïnccludeerd? Een deelnemer geeft aan dat deze doelgroep niet binnen zijn of haar werkscope valt. Anderen noemen als reden dat mensen met zwakbegaafdheid en psychiatrische problematiek beter in de GGz kunnen worden behandeld. Weer andere deelnemers geven aan dat het verschil met normale begaafdheid bij deze groep te klein is en dat zij daarom niet tot de primaire doelgroep van dit onderzoek zouden moeten behoren.

4.3.3 Typerende kenmerken

Het is duidelijk is dat de stapeling / het tegelijkertijd voorkomen van meerdere problemen kenmerkend is voor de doelgroep. Het volgende overzicht laat zien welke kenmerken – per domein - volgens ten minste tweederde deel van de deelnemers typerend zijn. Met hierbij de kanttekening dat het voorkomen van één of meer van deze kenmerken (alleen) niet

maakt dat een bewoner tot de doelgroep van dit onderzoek behoort. Tabel 4 toont de resultaten.

Tabel 4. Kenmerken waarover consensus is dat deze typerend zijn voor de doelgroep bewoners van een VG-instelling met psychiatrische problematiek, uitgesplitst naar domein

Terrein	Typerende kenmerken	n	% ja Ronde 1	n	% ja Ronde 2	n	% ja Ronde 3	Voorkomen
Verstandelijke beperking	IQ 50-70	34	79%					✓
	Lage SEO			38	84%	38		✓
	Moeite met executieve functies			38	55%	38	84 %	
	Laag adaptief vermogen			38	66%	38	95 %	
	Disharmonisch profiel			38	61%	38	79 %	
Psychische problematiek	Meerdere psychiatrische diagnoses (naast de VB)	33	82%					
	Beperkt ziekte-inzicht met betrekking tot deze aandoeningen	33	76%					✓
	Autisme/ASS			38	79%			
	PTSS			38	74%			
	Gehechtheidsproblemen	32	55%	38	87%			
Gedrag	Gedragsproblemen	32	85%					✓
	Weinig impulsbeheersing	33	55%	38	76%			
	Prikkelgevoelig	33	58% ¹	38	49 % ²			✓
Lichamelijk functioneren	Onvoldoende beweging	33	70% ³					✓
	Niet zelfstandig kunnen verrichten van de ADL	33	76%					
Sociaal functioneren	Problemen met het herkennen en reguleren van emoties	33	76%					✓

¹ Dit kenmerk is onder een andere formulering in de tweede ronde meegenomen: er is toen – op basis van enkele commentaren - voor gekozen het begrip te vervangen door de term ‘verhoogde arousal’. Dit kenmerk werd ook niet door meer dan tweederde deel van de deelnemers als typerend voor de doelgroep aangemerkt. Alhoewel hierover dus geen consensus werd bereikt, is het kenmerk ‘prikkelgevoeligheid’ in de derde ronde wel in de percentienvraag meegenomen.

² In de tweede ronde voorgelegd als ‘verhoogde arousal’.

³ In de eerste ronde opgenomen als: ‘zijn lichamelijk actief’, hierop zei 70% nee en 30% ja. Dit kenmerk is in de volgende rondes geherformuleerd tot ‘bewegen onvoldoende’.

Terrein	Typerende kenmerken	n	% ja Ronde 1	n	% ja Ronde 2	n	% ja Ronde 3	Voorkomen
	Traumatische levenservaringen	33	85%					✓
	Stimulans nodig bij zelfzorg/hygiëne			37	78%			
	Stimulans nodig bij het verrichten van ADL			37	73%			✓
	Te maken met overvraging	33	88%					✓
	Problemen met dagbesteding / invullen van vrije tijd	30	73% ¹	37	89%			✓
	Een klein sociaal netwerk	33	85%					✓
	Weinig sociaal redzaam	32	64% ²					✓
	Verstoorde relaties met familie en/of vrienden					38	82 %	?
	Interactie met andere bewoners vraagt meer aandacht dan bij andere bewoners			36	72 %			✓ ³
	Reactie op veranderingen in begeleiding vraagt meer aandacht dan bij andere bewoners			38	78%			✓ ⁴

- ✓ Meer dan 75% van de deelnemers heeft aangegeven dat het kenmerk voorkomt bij meer dan 50% van de mensen in een VG-woonvoorziening met psychiatrische problematiek
- ✓ ? Bij dit kenmerk kon het percentage voorkomen niet meer worden uitgevraagd omdat de consensus pas in de derde ronde werd behaald.

¹ In de eerste lijst was dit kenmerk geformuleerd als 'hebben bij binnenkomst in de woonvoorziening passende dagbesteding. 73% antwoordde hierop 'nee'. In de volgende lijst is de stelling anders geformuleerd voorgelegd.

² Dit kenmerk is per abuis niet voor een tweede keer voorgelegd en heeft dus geen consensus. In de klankbordgroep zal worden voorgelegd of het kenmerk al dan niet wordt meegenomen in de definitie.

³ Deze stelling is later gecombineerd voorgelegd

⁴ Deze stelling is later gecombineerd voorgelegd

4.3.4 Reden voor verblijf

Waar verbleven de cliënten met een psychiatrische aandoening en een VB voordat ze in de huidige VG-instelling zijn komen te wonen? 84% van de deelnemers geeft aan dat de doelgroep al op meer verschillende plekken heeft verbleven.

De meerderheid heeft op meerdere plekken binnen de VG verbleven. Dit wordt als een typerend kenmerk van de doelgroep gezien. Daarnaast komt een (veel kleiner) deel uit de intramurale GGz.

“ (...) hetzij uit voorzieningen voor jeugdzorg, hetzij uit VB-instellingen. Door handelingsverlegenheid en uitputting van teams worden zij vaak doorgeplaatst naar een volgende setting.”

“[...] en dan begint het rondpompen..”

De belangrijkste reden dat de meerderheid van de mensen met een psychiatrische aandoening en een VB in een VG-woonvoorziening verblijft, is volgens de meeste deelnemers (89%) dat hun behoefte aan dagelijkse begeleiding zo intensief is (geworden) dat thuis wonen onverantwoord is. De tweede belangrijke reden die een meerderheid van de respondenten noemt (86%) is dat de verstandelijke beperking inclusief beperkte adaptieve vermogens en geringe zelf- en sociale redzaamheid dit noodzakelijk maken.

4.3.5 Herkenning van het overall beeld van de doelgroep

“Ik denk dat de meerderheid van de mensen goed te vangen is in deze schets. Maar het blijft belangrijk zich te realiseren dat er veel variatie is. [...]”

Aan het slot van de laatste vragenlijst werd een opsomming gegeven van de resultaten tot dan toe, met daarbij de vraag aan de deelnemers of dit een adequaat beeld van de doelgroep schetst. Van de 38 deelnemers aan deze laatste ronde, zeiden er 31 deelnemers ‘ja’ (82%). Zeven deelnemers (18%) onderschrijven het geschetste beeld van de doelgroep niet. Net als degenen die zich wel kunnen herkennen in de beschrijving, benadrukken zij de diversiteit binnen de doelgroep. Deze komt naar hun idee onvoldoende tot haar recht in het beschreven beeld van de doelgroep en het is voor hen ook de vraag of dat überhaupt mogelijk is.

“Ik denk dat je in beeld hebt welke thema's belangrijk zijn [...]. Maar ik denk dat het als 'afbakening' van de doelgroep niet goed werkt. Te veel factoren zijn te moeilijk te operationaliseren”

“Cruciaal voor een helder beeld is dat het onderzoek meerdere clusters van multi-problematiek in beeld brengt en dat gebeurt nu niet”

Hoewel een ruime meerderheid van de respondenten kan instemmen met de beschrijving van de doelgroep zoals die uit deze Delphi-studie naar voren komt, is een genuanceerde toepassing ervan dus noodzakelijk.

“Het is een begin [...]. Het is ontzettend lastig deze groep te definiëren (überhaupt en zeker op basis van de huidige kennis). Ik zou er daarom voor pleiten alles niet te strak dicht te timmeren.”

4.3.6 Discussiepunt

Is er bij de doelgroep al dan niet sprake van een formeel vastgestelde psychiatrische diagnose? De meningen zijn verdeeld over de stelling:

De meerderheid van de mensen met psychiatrische problematiek en een verstandelijke beperking binnen een VG-instelling (Wlz) heeft een formeel vastgestelde psychiatrische diagnose

17 van de 38 respondenten zijn het met de stelling eens (45%) en de overige 21 zijn het ermee oneens (55%).

Er zijn bij deze vraag veel kanttekeningen geplaatst door de deelnemers. Zo geven sommige respondenten aan dat er vaak sprake is van onderdiagnostiek – vooral omdat diagnostiek bij mensen met een VB lastiger kan zijn. Anderen geven aan dat cliënten juist vaak met teveel ‘etiketten’ binnen komen, die bij nader onderzoek niet passend of klopend zouden blijken.

“Praktijk is dat mensen binnenkomen met meerdere diagnoses en dat het aantal na verloop van tijd kan worden bijgesteld.”

“[...] helaas [is er] nog veel onder diagnostiek en onderbehandeling, zeker als je autisme en adhd meetelt.”

Dit discussiepunt is in de klankbordgroep voorgelegd, zie 4.4.

4.4 Aanscherping door klankbordgroep

Tijdens de klankbordgroepbijeenkomst waarin de conceptbeschrijving van de doelgroep centraal stond, gaven de klankbordgroepleden een aantal commentaren en aanbevelingen. Ook werd een discussiepunt voorgelegd. Hieronder noemen we de belangrijkste besprekpunten en de wijze waarop deze zijn verwerkt.

[1] Het volgende discussiepunt werd voorgelegd. Er was in de Delphi-studie verdeeldheid over de stelling: ‘de meerderheid van de mensen met psychiatrische problematiek en een verstandelijke beperking binnen een VG-instelling (Wlz) heeft een formeel vastgestelde psychiatrische diagnose’.

Tijdens de klankbordgroepvergadering is daarop de vraag voorgelegd:

Behoren bewoners van een VG-instelling zonder formeel vastgestelde psychiatrische diagnose ook tot de doelgroep?

De leden van de klankbordgroep zijn het eens over het feit dat er vaak sprake is van foutieve diagnostiek en onder of overdiagnostiek. Hieruit volgt overeenstemming over de conclusie dat het onderzoek zowel moet gaan over bewoners met een formeel vastgestelde

psychiatrische diagnose als over bewoners waarbij er een sterk vermoeden van psychiatrische problematiek is. Dit nemen we op in de definitie. Verder wordt de conclusie gedeeld dat het wenselijk is met een transdiagnostische¹ blik naar de doelgroep te kijken.

[2] In de eerste versie van de doelgroepbeschrijving komt de volgende passage voor:

“Het gaat veelal om mensen die op verschillende plaatsen binnen de VG-zorg zijn verbleven, voorafgaand aan hun verblijf in de huidige woonvoorziening. De belangrijkste reden dat zij gebruik maken van een verblijfsvoorziening in de verstandelijk gehandicaptenzorg (Wlz) is hun grote behoefte aan dagelijkse begeleiding vanwege geringe zelf- en sociale redzaamheid, **in combinatie met het gegeven dat in het huidig zorglandschap de gehandicaptenzorg de best passende optie is voor deze mensen.**”

De klankbordgroep wijst erop dat dit laatste gegeven geen kenmerk van de doelgroep is, maar een kenmerk van de organisatie van de zorg in Nederland. Er wordt daarom voorgesteld dit gegeven en de overige passages over ‘passendheid van de zorg’ buiten de definitie en deze rapportage te laten.

[3] Er is voorts opgemerkt dat sommige begrippen negatief geformuleerd zijn (‘problemen met’, ‘moeite met’). Voor wat betreft de voorgelegde terminologie in de Delphi-studie kan dit niet meer achteraf worden aangepast. Het advies wordt ter harte genomen om hier voortaan in het onderzoek alert op te zijn en zo mogelijk positieve termen te gebruiken.

[4] Vanuit de klankbordgroep komt de aanbeveling in het vervolgonderzoek nadrukkelijk aandacht te hebben voor de relatie tussen context (woon/verblijfsomgeving) en problematiek: hoe kan het dat de ene persoon die voldoet aan de beschrijving van de doelgroep thuis kan verblijven, en de andere in een woonvoorziening verblijft? In hoeverre is er sprake van een wisselwerking tussen woon/verblijfsomgeving enerzijds en problematiek/gedrag anderzijds?

[5] Een aantal begrippen die met de doelgroep worden geassocieerd, wordt door de klankbordgroepleden in de rapportage gemist (zoals ‘verslaving’ en aspecten van lichamelijke gezondheid). Er was expertise op dit terrein aanwezig onder de deelnemers aan de Delphi-studie, maar veel voorgelegde begrippen scoorden geen tweederde meerderheid als zijnde typerend voor de doelgroep met psychiatrische problematiek. Om zicht te bieden op de begrippen die wel zijn voorgelegd, maar niet als typerend stand hielden, is een totaaloverzicht van alle begrippen als bijlage (3) opgenomen.

[6] Algemeen wordt geconstateerd dat de doelgroep allerm minst homogeen is. Het formuleren van een definitie van ‘de doelgroep’ zou dit kunnen suggereren. De klankbordgroep stelt vast dat het een uitdaging blijft om tot een afbakening van de doelgroep te komen die onderscheidend genoeg is om recht te doen aan alle nuances. Belangrijkste gemeenschappelijke kenmerk is dat zij een complexe hulpvraag hebben.

¹ Transdiagnostisch perspectief verwijst naar een visie op psychopathologie waarbij ervan wordt uitgegaan dat dezelfde onderliggende mechanismen kunnen leiden tot verschillende stoornissen of deze stoornissen in stand houden.

5 Dankwoord

Bij deze spreekt het projectteam haar dank uit aan de vele experts die een bijdrage leverden aan de totstandkoming van deze rapportage.

Delphi-studie

Deelnemende organisaties aan de Delphi studie, doelgroep bewoners van verpleeghuizen (gerontopsychiatrie): Radboud UMC, Amsterdam UMC, Maastricht University, Mondriaan GGZ, Rivas Zorggroep, Atlant wonen zorg welzijn, Florence, UMC Groningen, Liemerij, Laurens, Archipel Zorggroep, GGNet, Altrecht, GGZ inGeest, Noorderbreedte, Hilverzorg, Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), Amsta.

Met speciale dank aan:

prof.dr. D.L. Gerritsen (Radboud UMC); dr. J. Collet (Mondriaan GGZ); drs. K. van Noor-den-Trip (Rivas Zorggroep); J. Koster (Rivas Zorggroep); A. van der Kraan (Rivas Zorggroep); E. Willemse (Atlant wonen zorg welzijn); L. Botter, MSc (Atlant wonen zorg welzijn); S. Blokker-Ammeraal, MSc (Atlant wonen zorg welzijn); Drs. P.A. Simon (Zorggroep Florence); dr. A. van den Brink (Radboud UMC en De Waalboog); prof.dr. R.T.C.M. Koopmans (Radboud UMC); prof.dr. R.C. Oude Voshaar (UMC Groningen); prof.dr. M.E. de Vugt (Maastricht UMC+); prof.dr. F.R.J. Verhey (Maastricht UMC+); A. Swank, MSc (Laurens); H. Koning (Laurens); drs. E.C.P. van den Brand (Archipel Zorggroep); drs. A.F.E. Matser (Archipel Zorggroep en GGZE); N. Kryzhanouskaya (Archipel Zorggroep); M.P.G. van der Steen (Archipel Zorggroep); I. Vogels (Archipel Zorggroep); drs. Lia Schoots (Altrecht); drs. S.E.A.Y. Hoppenreijds (GGZE Nestor: Neuro- en Gerontopsychiatrie); dr. E.M. Hoogenhout (GGZE Nestor: Neuro- en Gerontopsychiatrie); D. van Beek (GGZE); S. Jacobs-Cox (SPV Nestor GGZE); A.J.M.G. Klink (Noorderbreedte); E. Okkema (Noorderbreedte); M. Wypij-Greymans (Amsta).

Deelnemende organisaties aan de Delphi studie, doelgroep bewoners van VG-instellingen waren: Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), Amerpoort & Sherpa, Nederlandse Vereniging van Apothekers voor Verstandelijk Gehandicapten (NVApVG), GRM.Eek (onafhankelijk specialist zorg en dwang), Ipse de Bruggen Kind en Jeugd, Pluryn, 's Heerenloo Wederkom, Koraal, ASVZ, GGNet, Fivoor, Laurens, GGZ Drenthe, Abrona, Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE), Tactus Verslavingszorg, 's Heeren Loo, Prinsensichting, Tilburg University, GGZ Rivierduinen, Novicare, Doenersdreef Zorg, Reinier van Arkel, Ergotherapie Nederland, Radboud Universiteit, Trajectum, De Zijlen.

Met speciale dank aan:

drs. A.C.B. Willems (CIZ); drs. A.P. Cohen (Amerpoort en Sherpa); drs. A. Lenderink (NVApVG); drs. G.R.M. Eek (onafhankelijk specialist zorg en dwang - GRM.Eek); drs. B. ten Cate (Ipse de Bruggen Kind en Jeugd); drs. C. Fonville (Pluryn); drs. D. Peppink ('s Heeren Loo Wederkom); dr. A.P.A.M. Willems (Koraal); dr. S. Mergler (ASVZ); drs. J. Nieuwenhuis (GGNet); drs. S. Kapitein-de Haan (Fivoor); E. van der Wolf, MSc (Laurens); E.P. van Kooten (Pluryn); dr. G. de Kuijper (GGZ Drenthe); H. Ravestein (Abrona); drs. H. van Wouwe (ASVZ); H. Ettema (CCE); dr. J. Coolen (zelfstandig onderzoeker); dr. J.E.L. van der Nagel (Tactus Verslavingszorg); K. Pouls ('s Heeren Loo); K. van Blokland (Prinsensichting); dr. K.J.H.M. van den Bogaard (Tilburg University); drs. M.F. Boon (GGZ Rivierduinen); drs. M.J. van Duinen (Novicare); drs. M. Hagen-Jellesma (Doenersdreef Zorg);

dr. M. Kroezen (Tilburg University); drs. M.R. Jansen (CCE); drs. M. van den Bogaard (Reinier van Arkel); P. Duinkerken-van Gelderen (Ergotherapie Nederland); N.Schers (Plu-ryn); prof.dr. H.C.M. Didden (Radboud Universiteit en Trajectum); drs.ir. S.S. Goren ('s Heeren Loo); drs. A. Smits (De Zijlen).

Klankbordgroep

Deelnemende organisaties aan de klankbordgroep, doelgroep bewoners van verpleeghuizen (gerontopsychiatrie): Actiz, Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE), Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), Nederlandse Zorgautoriteit (Nza), RINO Groep, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), Vereniging Hogescholen, Vilans, Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

Met speciale dank aan:

prof.dr. J.P. Wilken (Hogeschool Utrecht, Kennisplatform Utrecht Sociaal, Tallinn University en Catholic University of Milan); drs. H.A.C. Meeusen (CCE); MA T.K. Kwint (Vilans); L.C. Visser-Derksen, MSc (NIP).

Deelnemende organisaties aan de klankbordgroep, doelgroep bewoners van VG-instellingen: Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN), Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), RINO Groep, Nederlandse Vereniging voor Autisme (NVA), De Zijlen, Ipse de Bruggen, Landelijk Federatie Belangenverenigingen Onderling Sterk (LFB), Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), Nederlandse Zorgautoriteit (Nza).

Met speciale dank aan:

M. Kersten (VGN); drs. A.C.B. Willems (CIZ); R.B.L. Jansen (RINO Groep); drs. W.J. Mulder (NVA); S. De Wit (De Zijlen); T. Kegel, MSc (Ipse de Bruggen); A. Broelman (LFB); dr. J. Wieland (Cordaan); drs. P.W.J.M. Lammers (IGJ); L.G.C. Schol, MSc (IGJ); S.M. Stultiens (CZ Zorgkantoor); drs. M.R. Jansen (CCE); drs. D.J. Schonewille (NZA).

Bijlage 1 Vragenlijsten en terugkoppelingen doelgroep GP

Deze bijlage bevat de vragenlijsten en integrale terugkoppelingen van de doelgroep gerontopsychiatrie in het verpleeghuis.

1. Link naar **Delphi-vragenlijst GP ronde 1**
2. Link naar **Delphi-vragenlijst GP ronde 2**
3. Link naar **Delphi-vragenlijst GP ronde 3**
4. Link naar **Terugkoppeling GP ronde 1**
5. Link naar **Terugkoppeling GP ronde 2**
6. Link naar **Terugkoppeling GP ronde 3**

Bijlage 2 Vragenlijsten en terugkoppelingen doelgroep VG

Deze bijlage bevat de vragenlijsten en integrale terugkoppelingen van de doelgroep gerontopsychiatrie in het verpleeghuis.

1. Link naar **Delphi-vragenlijst VG ronde 1**
2. Link naar **Delphi-vragenlijst VG ronde 2**
3. Link naar **Delphi-vragenlijst VG ronde 3**
4. Link naar **Terugkoppeling VG ronde 1**
5. Link naar **Terugkoppeling VG ronde 2**
6. Link naar **Terugkoppeling VG ronde 3**

Bijlage 3 Overzicht voorgelegde begrippen Delphi-studie doelgroep VG

Grijs gemarkeerd zijn de begrippen waarover met tweederde meerderheid is bepaald dat ze typerend zijn voor de doelgroep bewoners van een VG-instelling (Wlz) met psychiatrische problematiek.

Verstandelijke beperking

IQ 50-70
Hebben een IQ-score onder de 50
IQ 70-85
Lage SEO
Moeite met executieve functies
Laag adaptief vermogen
Disharmonisch profiel
VB is de primaire diagnose
Diagnose VB is laat gesteld
Hebben VB t.g.v. genetisch syndroom
Hebben VB t.g.v. NAH

Psychische problematiek

Eén psychiatrische diagnose volgens DSM
Meerdere psychiatrische diagnoses (naast de VB) volgens DSM
Beperkt ziekte-inzicht m.b.t. tot deze aandoeningen
Persoonlijkheidsstoornis
Autisme/ASS
Andere psychotische stoornissen
Hallucinaties en/of wanen
Stemmingsstoornissen
Angststoornissen
Dementiesyndroom
Slaapstoornissen
Acute psychiatrische problematiek
Verslavingsproblematiek
Verslavingsproblemen op het gebied van alcohol
Verslavingsproblemen op het gebied van drugs
Verslavingsproblemen op overige gebieden
Schizofrenie
Genetische kwetsbaarheid voor psych. aandoeningen
Psych. diagnose vastgesteld voor 18 jaar
Psych. diagnose vastgesteld voor binnenkomst in woonvoorziening
ADHD/aandachts- en concentratieproblemen
Eetstoornis

Seksuele stoornis
PTSS

Gedrag

Gedrag dat gevaarlijk kan zijn voor anderen
Gedrag dat gevaarlijk kan zijn voor henzelf
Internaliserend gedrag
Beschadigen zichzelf
Suïcidaal gedrag
Onvoorspelbaar gedrag
Agressief gedrag
Destructief gedrag
Manipulatief gedrag
Dwangmatig
Gehechtheidsproblemen
Problemen met herkennen en reguleren van emoties
Te maken met justitiële problemen/criminaliteit
Gedragsproblemen
Weinig impulsbeheersing
Prikkelgevoelig
Verhoogde arousal

Lichamelijk functioneren

Onvoldoende beweging
Niet zelfstandig kunnen verrichten van de ADL
Eén chronisch gezondheidsprobleem
Meerdere chronische gezondheidsproblemen
Hebben (een of meerdere) fysieke beperkingen/handicaps
Hebben (een of meerdere) zintuiglijke beperkingen
Hebben overgewicht
Hebben ondergewicht
Roken
Eten ongezond
Lichamelijk actief
Verstoord dag- en nacht ritme
Problemen op gebied van middelengebruik (alcohol/drugs)
Onderdiagnostiek van lichamelijke problematiek en/of chronische aandoeningen
Onderdiagnostiek van zintuiglijke beperkingen (zicht/gehoor)
SOLK (somatisch onverklaarde lichamelijke klachten)
Epilepsie
Klachten aan het bewegingsapparaat

Sociaal functioneren

Komen in aanraking met (seksuele, financiële) uitbuiting
Hebben traumatische levenservaringen meegemaakt
Stimulans nodig bij zelfzorg/hygiëne
Stimulans nodig bij het verrichten van ADL
Te maken met overvraging
Te maken met onderstimulering
Problemen met dagbesteding / invullen van vrije tijd
Een klein sociaal netwerk
Weinig sociaal redzaam
Verstoorde relaties met familie en/of vrienden
Interactie met andere bewoners vraagt meer aandacht dan bij andere bewoners
Reactie op veranderingen in begeleiding vraagt meer aandacht dan bij andere bewoners
Gebrek aan (toekomst)perspectief
Financiële problemen/schulden

Bijlage 4 Literatuur

Gerontopsychiatrie (GP)

- Akwa GGZ. Generieke module ouderen met psychische aandoeningen. Utrecht: Akwa GGZ, 2019. <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/ouderen-met-psychische-aandoeningen/preview>.
- Coolen, J. (2018). Gerontopsychiatrie: overzicht en ontwikkeling. *Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde*.
- Collet, J., de Vugt, M. E., Verhey, F. R., & Schols, J. M. (2010). Efficacy of integrated interventions combining psychiatric care and nursing home care for nursing home residents: a review of the literature. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(1), 3-13.
- Collet, J., de Vugt, M. E., Verhey, F. R., Engelen, N. J., & Schols, J. M. (2018). Characteristics of double care demanding patients in a mental health care setting and a nursing home setting: results from the SpeCIMeN study. *Aging & mental health*, 22, 33-39.
- Collet, J., de Vugt, M. E., Schols, J. M. G. A., Engelen, G. J. J. A., Winkens, B., & Verhey, F. R. J. (2018). Well-being of nursing staff on specialized units for older patients with combined care needs. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 25(2), 108-118.
- Collet, J., de Vught, M. E., Ackermans, D.F.G., Verhey, F.R.J., Engelen, N.J.J.A., & Schols, J.M.G.A. (2019). Experiences and needs of nursing staff caring for double care demanding patients: A qualitative study. *Journal of Gerontology & Geriatric research*, 8, 501-510.
- Jansen, P., & Bakker, P. (2018). Wlz-GGZ-zorgprofielen. Toetsing en aanscherpingen, resultaten 2^e fase. *Bureau hhm*.
- Landelijke Stuurgroep Gerontopsychiatrie (2012). Zorgprogramma voor mensen met gerontopsychiatrische problematiek in het verpleeghuis. Gouda: Landelijke Stuurgroep Gerontopsychiatrie.
- Smalbrugge, M., Jongenelis, L., Pot, A. M., Beekman, A. T., & Eefsting, J. A. (2005). Comorbidity of depression and anxiety in nursing home patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(3), 218-226.
- Van den Brink, A. M. A., Gerritsen, D. L., Oude Voshaar, R. C., & Koopmans, R. T. C. M. (2013). Residents with mental-physical multimorbidity living in long-term care facilities: prevalence and characteristics. A systematic review. *International Psychogeriatrics*, 25, 531-548.
- Van den Brink, A. M. A., Gerritsen, D. L., Oude Voshaar, R. C., & Koopmans, R. T. C. M. (2015). Intramurale verpleeghuiszorg voor cliënten met psychiatrisch-somatische multimorbiditeit: specialistische zorg of cliënten tussen wal en schip?
- Van den Brink, A. M., Gerritsen, D. L., de Valk, M. M., Voshaar, R. C. O., & Koopmans, R. T. (2017). Characteristics and health conditions of a group of nursing home patients with mental-physical multimorbidity—the MAPPING study. *International Psychogeriatrics*, 29, 1037-1047.
- Van den Brink, A. M., Gerritsen, D. L., de Valk, M. M., Mulder, A. T., Voshaar, R. C. O., & Koopmans, R. T. (2018). What do nursing home residents with mental-physical multimorbidity need and who actually knows this? A cross-sectional cohort study. *International Journal of Nursing Studies*, 89-97.
- Van der Wolf, E., van Hooren, S. A., Waterink, W., & Lechner, L. (2017). Well-being in elderly long-term care residents with chronic mental disorder: A systematic review. *Aging & Mental Health*, 1-10.

Van der Wolf, E., van Hooren, S. A., Waterink, W., & Lechner, L. (2018). Measurement of Well-Being in Gerontopsychiatric Nursing Home Residents: Development of the Laurens Well-Being Inventory for Gerontopsychiatry. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 31, 136-148.

Verstandelijke Beperking en psychiatrie (VG)

De Borg (2018). *Indicatiecriteria behandeling in een SGLVG(+) kliniek*. Geraadpleegd van: <https://www.de-borg.nl/verwijzers/indicatiecriteria>

Didden, R., Troost, P., Moonen, X., & Groen, W. (2016). *Handboek psychiatrie en lichte verstandelijke beperking*. Utrecht: De Tijdstroom.

Dosen, A., et al. (2008). *Richtlijnen en principes voor de praktijk. Beoordeling, diagnose, behandeling en bijbehorende ondersteuning voor personen met verstandelijke beperkingen en probleemgedrag*. Centrum voor Consultatie en Expertise.

Embregts et al. (2019). *Multidisciplinaire Richtlijn Probleemgedrag bij volwassenen met een verstandelijke beperking*. NVAVG, 2019.

IGJ (2019). *Factsheet: Passende zorg voor mensen met een LVB en psychiatrische problematiek*. Geraadpleegd van: <https://www.igj.nl/documenten/publicaties/2019/07/09/passende-zorg-voor-mensen-met-een-licht-verstandelijke-beperking-en-psychiatrische-problematiek>.

Jansen, P., & Bakker, P. (2019). *Beschrijving zorgprofiel VG7. Actualisatie op inhoud en kosten*. Bureau hhm.

Jansen, P., & Bakker, P. (2018). *Wlz-GGZ-zorgprofielen. Toetsing en aanscherping, resultaten 2^e fase*. Bureau hhm.

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

Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ (2018). *Generieke module Psychische stoornissen en Zwakbegaafdheid of Lichte Verstandelijke Beperking*. Geraadpleegd van: <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/psychische-stoornissen-en-zwak-begaafdheid-zb-of-lichte-verstandelijke-beperking-lvb/samenvatting>.

