



Nursing home residents with mental and physical multimorbidity

Characteristics, neuropsychiatric symptoms and needs | ANNE VAN DEN BRINK

SCHIJNDISSERTATIE

ANNE VAN DEN BRINK

Nursing home residents with mental and physical multimorbidity

Characteristics, neuropsychiatric symptoms and needs

Colofon

Nursing home residents with mental and physical multimorbidity

Cover Antony Gormley. FEELING MATERIAL V, 2003. Photograph by Stephen White, London

Tekstredactie Parafraze tekst & advies, Nijmegen

Design/Lay-out Proefschriftenbalie, Nijmegen

Print Ipskamp Printing, Nijmegen

© Anne van den Brink, 2019

Een elektronische versie van het volledige proefschrift is te vinden op
<http://www.ukonnetwerk.nl/mapping> of op <http://repository.ubn.ru.nl/>

Deze studie is mogelijk gemaakt door De Waalboog, Nijmegen, Nederland.

Deze uitgave is mede tot stand gekomen door een financiële bijdrage van:



Radboudumc

zo thuis als
maar kan | **de waalboog**

Nursing home residents with mental and physical multimorbidity

Characteristics, neuropsychiatric symptoms and needs

Proefschrift

ter verkrijging van de graad van doctor
aan de Radboud Universiteit Nijmegen
op gezag van de rector magnificus prof. dr. J.H.J.M. van Krieken,
volgens besluit van het college van decanen
in het openbaar te verdedigen op dinsdag 2 juli 2019
om 12.30 uur precies

door

Johanna Maria Anthonia van den Brink
geboren op 21 mei 1963
te Nijmegen

Promotoren

Prof. dr. R.T.C.M. Koopmans

Prof. dr. R.C. Oude Voshaar (*Universitair Medisch Centrum Groningen*)

Copromotor

Prof. dr. D.L. Gerritsen

Manuscriptcommissie

Prof. dr. A.H. Schene

Dr. J.C.C. Braspenning

Prof. dr. J.P.H. Hamers (*Universiteit Maastricht*)

*Voor alle bewoners, mantelzorgers, verzorgenden en verpleegkundigen
die hebben meegewerkt aan de MAPPING studie*

Samenvatting

Inleiding

Onderzoek wijst uit dat ouderen vaak meerdere chronische aandoeningen tegelijkertijd hebben. Dit wordt multimorbiditeit genoemd. Multimorbiditeit kan bestaan uit verschillende lichamelijke aandoeningen, maar ook uit een combinatie van lichamelijke en psychiatrische aandoeningen. Het aantal ouderen met lichamelijke en psychiatrische multimorbiditeit is de laatste jaren toegenomen. Deze trend zal in de komende jaren doorzetten, onder andere door de dubbele vergrijzing. Het aantal ouderen in de samenleving neemt toe en ze worden bovendien gemiddeld steeds ouder.

Daarnaast is er nog een andere ontwikkeling. Het beleid in de geestelijke gezondheidszorg is vanaf het begin van de jaren tachtig gericht op ambulantisering: de zorg zo veel en zo lang mogelijk organiseren in de directe leefomgeving van cliënten. Veel psychiatrische instellingen hebben daarom hun bedden voor langdurig verblijf fors afgebouwd. Mensen met chronische psychiatrische zorgvragen die moeilijk voor zichzelf kunnen zorgen, zijn veelal aangewezen op beschermde woonvormen waar structuur en begeleiding worden geboden. Wanneer zij ook lichamelijke problemen krijgen en behoefte hebben aan geïntegreerde psychiatrische en lichamelijke zorg, wordt hiervoor steeds vaker een beroep gedaan op verpleeghuizen.

Ook in de ouderenzorg wordt de zorg bij voorkeur thuis of in een kleinschalige woonvorm verleend. Daarom komt het verpleeghuis tegenwoordig pas in beeld wanneer de zorgvraag te ingewikkeld of te zwaar wordt voor ambulante zorg. De complexiteit van de problematiek van mensen die in een verpleeghuis zijn opgenomen, neemt daarmee toe. Om daarop te kunnen inspelen ontwikkelen verpleeghuizen zich in toenemende mate tot specialistische zorg- en behandelcentra. Dit doen zij zowel voor de meest complexe bewoners binnen de traditionele doelgroepen (somatiek en psychogeriatric) als voor relatief nieuwe doelgroepen, zoals bewoners met psychiatrische en lichamelijke multimorbiditeit. De specialistische zorg voor deze groep bewoners wordt ook wel gerontopsychiatrische verpleeghuiszorg genoemd.

De ervaring die in een aantal verpleeghuizen met deze bewoners is opgedaan, wijst er sterk op dat zij niet dezelfde kenmerken en zorgvragen hebben als andere bewonersgroepen in het verpleeghuis. Er is tot nu toe echter geen wetenschappelijk onderzoek dat deze ervaring onderbouwt. Om een passend zorgprogramma te kunnen ontwikkelen voor de gerontopsychiatrische doelgroep in verpleeghuizen is dergelijk onderzoek noodzakelijk. Dit onderzoek kan bovendien helpen om eventuele knelpunten in de uitvoering van zo'n zorgprogramma vast te stellen en om hiervoor oplossingen aan te

dragen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan knelpunten in de wet- en regelgeving en in de financiering.

Met het voorgaande als uitgangspunt hebben wij als onderzoeksgroep vanaf 2011 onder de naam **MAPPING** een studie verricht bij een groep verpleeghuisbewoners met psychiatrische en lichamelijke multimorbiditeit. Mapping staat daarbij voor: *a study in residents with mental and physical problems residing in Dutch nursing homes*. Dit proefschrift is de afsluiting van dat onderzoek.

In Nederland wordt onderscheid gemaakt tussen psychogeriatricie, voor ouderen met dementie, en *gerontopsychiatrie*, voor ouderen met psychische problemen van allerlei aard. De MAPPING-studie richt zich op de bewoners die in een verpleeghuis zijn opgenomen met gerontopsychiatrische zorgbehoeften; bewoners met dementie zijn uitgesloten van het onderzoek.

Hoofdstuk 1 van dit proefschrift beschrijft de achtergrond en de hoofddoelstellingen van het onderzoek. Met de MAPPING-studie willen we op de eerste plaats meer te weten komen over de kenmerken en zorgbehoeften van verpleeghuisbewoners met psychiatrische en lichamelijke multimorbiditeit. Daarnaast willen we meer inzicht krijgen in de bewonersgebonden factoren die van invloed zijn op gedragsveranderingen na opname op een gerontopsychiatrische verpleeghuisafdeling. Bewonersgebonden factoren zijn kenmerken van de persoon zelf, bijvoorbeeld leeftijd en geslacht, maar ook persoonlijke eigenschappen, lichamelijke en psychiatrische aandoeningen, medicijngebruik en de mate van afhankelijkheid van zorg.

Hiertoe hebben wij de volgende vragen geformuleerd:

- 1 Wat zijn de kenmerken en zorgbehoeften van bewoners met psychiatrische en lichamelijke multimorbiditeit die zijn opgenomen op een gerontopsychiatrische verpleeghuisafdeling?
- 2 Welke gedragsveranderingen laten bewoners zien, acht maanden na opname op een gerontopsychiatrische verpleeghuisafdeling en wat is de invloed van verschillende bewonersgebonden factoren op deze veranderingen?

In **hoofdstuk 2** beargumenteren wij vanuit onze praktijkervaring en -kennis waarom verpleeghuisbewoners met psychiatrische en lichamelijke multimorbiditeit als een aparte groep met specifieke kenmerken en zorgbehoeften moeten worden beschouwd. Daarnaast worden de randvoorwaarden geschetst voor passende specialistische verpleeghuiszorg voor deze bewonersgroep.

Dit hoofdstuk gaat in op de gewenste samenstelling en competenties van het multidisciplinaire zorgteam. Daar moeten naar onze mening in ieder geval een specialist ouderengeneeskunde, een GZ-psycholoog en een Hbo-opgeleide verpleegkundige deel van uitmaken. De leden van het multidisciplinaire team moeten beschikken over de specifieke kennis en vaardigheden die nodig zijn om zorgvragen, symptomen en gedrag van bewoners met psychiatrische en lichamelijke multimorbiditeit goed te kunnen interpreteren. Bovendien moeten zij kunnen samenwerken met professionals uit de tweede lijn, zowel voor lichamelijke en/of psychiatrische consultatie als voor medebehandeling. In dit hoofdstuk besteden we ook aandacht aan de woonleefomgeving voor deze groep bewoners. Wij doen suggesties voor de inrichting van een sociotherapeutisch leefmilieu dat enerzijds de eigen verantwoordelijkheid van de bewoner bevordert en anderzijds structuur biedt. Het is belangrijk om te zorgen voor voldoende zinvolle dagbesteding, aangepast aan de wensen en mogelijkheden van de bewoners. Tot slot breken wij een lans voor regelgeving en financiering die consultatie, (psycho)therapie, scholing van medewerkers en de evaluatie van het sociotherapeutische leefmilieu mogelijk maakt.

Samenvatting van de bevindingen

In **hoofdstuk 3** doen we verslag van ons systematische onderzoek van de wetenschappelijke literatuur. We hebben zeventien relevante artikelen gevonden en bestudeerd om antwoord te krijgen op drie vragen:

- 1 *Hoe vaak is er in verpleeg- en verzorgingshuizen sprake van multimorbiditeit van lichamelijke en psychiatrische aandoeningen (zonder dementie)?*

Deze vraag levert zeer uiteenlopende antwoorden op, omdat verschillende combinaties van lichamelijke en psychiatrische aandoeningen zijn onderzocht. Twee voorbeelden: van de bewoners die suikerziekte hebben, heeft bijna een derde ook een depressie en van de bewoners met een psychiatrische ziekte heeft ruim een op de vijf ook chronische longaandoeningen.

- 2 *Welke kenmerken en welke zorgvragen hebben verpleeg- en verzorgingshuisbewoners met een combinatie van lichamelijke en psychiatrische problemen (zonder dementie)?*

In vergelijking met de gemiddelde somatische verpleeg- of verzorgingshuisbewoner blijken de onderzochte bewoners jonger, vaker van het mannelijk geslacht en ongetrouwd te zijn. Daarnaast is er volgens de literatuur vaker sprake van probleemgedrag en zijn er meer cognitieve problemen, terwijl op het gebied van de *algemene dagelijkse levensverrichtingen* (ADL) de hulpbehoevendheid vaak minder groot is. We hebben

geen studies gevonden waarin de zorgvragen van deze specifieke groep bewoners is onderzocht.

3 *Zijn er risicofactoren voor de multimorbiditeit van lichamelijke en psychiatrische aandoeningen?*

In vijf van de zeventien artikelen is hier iets over te vinden. In alle vijf gaat het over het verband tussen lichamelijke aandoeningen en depressie. In deze onderzoeken komen de volgende vijf risicofactoren naar voren: pijn, een beroerte, het aantal lichamelijke aandoeningen (hoe meer aandoeningen, des te groter het risico op een depressie), functionele beperkingen en een negatieve gezondheidsbeleving.

In **hoofdstuk 4** beschrijven we het onderzoeksprotocol van de MAPPING-studie. Om antwoord te kunnen geven op de vraag naar kenmerken en zorgbehoeften van bewoners met psychiatrische en lichamelijke multimorbiditeit, werden gegevens vastgelegd van bewoners die minimaal zes maanden waren opgenomen op een gerontopsychiatrische verpleeghuisafdeling.

De gegevens werden verkregen uit de dossiers en met (korte) neuropsychologische testen, semi-gestructureerde interviews en zelfrapportage-vragenlijsten. De gegevens betreffen demografische variabelen, de psychiatrische voorgeschiedenis en actuele psychiatrische diagnoses, neuropsychiatrische symptomen, persoonlijkheidskenmerken, het cognitief functioneren, de chronische somatische aandoeningen, de zorgbehoeften en de kwaliteit van leven van de bewoners.

Bij ongeveer de helft van de deelnemers aan ons onderzoek zijn deze gegevens ook vastgelegd twee maanden na de opname op de gerontopsychiatrische verpleeg-huisafdeling. Hierdoor kunnen we vaststellen welke gedragsveranderingen (zoals de af- of toename van prikkelbaarheid, agressie, somberheid, angst en apathie) zich in een periode van zes maanden hadden voorgedaan en welke bewonersgebonden factoren van invloed zijn op deze veranderingen.

Hoofdstuk 5 beschrijft de kenmerken, het gedrag en de zorgafhankelijkheid van de 142 onderzochte bewoners. De groep die door de geestelijke gezondheidszorg is doorverwezen (de GGZ-groep) is vergeleken met de groep die is doorverwezen vanuit thuis, een verzorgingshuis, een verpleeghuis of een ziekenhuis (de VVT-groep).

Bewoners met dementie waren zoals vermeld uitgesloten van het onderzoek. Desondanks blijkt een meerderheid van de onderzochte bewoners cognitieve beperkingen te hebben. Met name de aanwezigheid (70%) en de ernst van functiestoornissen in

de voorhoofdskwabben van de hersenen scoren hoog. Bij 90% van de bewoners zijn klinisch relevante neuropsychiatrische symptomen gevonden.

De vergelijking tussen de GGZ-groep en de VVT-groep laat zien dat de GGZ-groep jonger is, meer chronische psychiatrische stoornissen heeft en meer medicijnen tegen wanen en hallucinaties (antipsychotica) gebruikt dan de VVT-groep. Bewoners in de VVT-groep hebben meer hulp nodig bij aan- en uitkleden, hebben vaker een negatieve houding en vertonen meer steun zoekend gedrag. Hieruit trekken wij de conclusie dat de twee subgroepen weliswaar verschillen in de wijze waarop de multimorbiditeit vorm krijgt, maar dat zij min of meer gelijk zijn als we kijken naar de gevolgen die deze aandoeningen hebben voor gedrag en zorgafhankelijkheid. Het is dus niet nodig voor deze twee subgroepen aparte afdelingen of specifieke zorgprogramma's te ontwikkelen.

Hoofdstuk 6 doet verslag van de (zorg)behoeften van de deelnemers. Verpleeghuizen willen met persoonsgerichte zorg een bijdrage leveren aan de kwaliteit van leven van de bewoners. Dat kan alleen wanneer de individuele behoeften van de bewoners bekend zijn. Van 142 bewoners hebben we de behoeften in kaart gebracht met de *Camberwell Assessment of Need for the Elderly* (CANE). Met deze vragenlijst zijn de zorgbehoeften op 23 levensdomeinen geïnventariseerd. Een paar voorbeelden van deze domeinen: woonsituatie, huishouden, persoonlijke verzorging, eten/drinken, recreatie, mobiliteit, gezelschap, intieme relaties, gedrag en psychische stress.

Voor het inventariseren van de zorgbehoeften van een bewoner, hebben we zowel de betreffende bewoner als een direct betrokken verzorgende afzonderlijk van elkaar geïnterviewd. De bewoners geven gemiddeld aan behoeften te ervaren op bijna twaalf domeinen, waarvan nagenoeg een kwart onvervuld is. De inschatting van de verzorgenden wijkt daar iets van af. Zij denken dat bewoners gemiddeld op bijna vijftien gebieden één of meer behoeften hebben, waarvan naar hun idee iets meer dan één tiende onvervuld is.

Over de *vervulde* behoeften zijn bewoners en verzorgenden het aardig met elkaar eens. De geboden ondersteuning in het verpleeghuis blijkt goed tegemoet te komen aan behoeften rond het huishouden, medicatie, geld, voeding en zelfzorg.

De opvallendste verschillen in visie tussen bewoners en verzorgenden blijken te bestaan op de domeinen gedrag en wonen. Bijna de helft van de bewoners geeft aan geen problemen te ervaren op het gebied van het eigen gedrag, terwijl de verzorgenden aangeven dat deze bewoners hierbij wel degelijk begeleiding nodig hebben. De verzorgenden zien het verblijf in het verpleeghuis in alle gevallen als een vervulde behoefte van de bewoners op het domein van wonen. Ruim een kwart van de bewoners

geeft echter aan onvervulde behoeften te hebben op dit gebied. Zo laten bewoners zich soms ontvallen dat ze hun kamer te klein vinden, of dat ze het vervelend vinden douche en toilet met iemand anders te moeten delen.

Er bestaat dus op sommige gebieden een verschil tussen de ervaring van behoeften door de bewoners zelf en de visie daarop van de verzorgenden. Dat is niet verbazingwekkend. De behoeften van de bewoners zijn reëel, maar niet altijd even realistisch of aanvaardbaar binnen de context van multimorbiditeit en verblijf in het verpleeghuis. In de persoonsgerichte zorg gelden de behoeften van de bewoners als uitgangspunt. Maar soms moeten die behoeften, of de vervulling daarvan, worden aangevuld of gecompenseerd door professionele interventies die zowel voor de bewoner als voor de zorgverlener aanvaardbaar zijn. Om dergelijke interventies te bespreken en acceptabel te maken, moeten de zorgverleners over vaardigheden beschikken op gebieden als gespreksvoering, leiderschap en coaching. Voor een goede uitvoering van hun taak is het van belang dat medewerkers in de langdurige zorg deze vaardigheden regelmatig trainen.

Hoofdstuk 7 beschrijft het natuurlijke beloop van de neuropsychiatrische (gedrags) symptomen van bewoners met psychiatrische en lichamelijke multimorbiditeit in de eerste acht maanden na opname op een gerontopsychiatrische verpleeghuisafdeling. We hebben onderzocht of bepaalde persoonskenmerken samenhangen met verandering in gedrag. Op basis van de gevonden resultaten hebben we daarover geen duidelijke conclusies kunnen trekken.

Neuropsychiatrische symptomen blijken zeer vaak aanwezig te zijn. Vrijwel alle bewoners hebben één of meer klinisch relevante symptomen bij de eerste meting, twee maanden na opname, en de tweede, zes maanden later. Het gaat daarbij om symptomen als wanen, hallucinaties, somberheid, angst, euforie, apathie en ontremming. Prikkelbaarheid is het meest voorkomende symptoom, én het meest volhardende. Prikkelbaarheid ontwikkelt zich bovendien in zes maanden tijd het vaakst als nieuw symptoom.

De ernst van de neuropsychiatrische symptomen neemt toe tussen de eerste en de tweede meting. Deze toename is klein en klinisch niet-relevant. Toch verdient het beloop van neuropsychiatrische symptomen verdere aandacht in nieuw onderzoek, omdat een afname van deze symptomen de kwaliteit van het leven van de bewoners gunstig kan beïnvloeden.

In **hoofdstuk 8** ten slotte, bespreken we de methodologische aspecten van het onderzoek en gaan we in op de mogelijke gevolgen van onze bevindingen voor de praktijk.

Op de eerste plaats adviseren we om ggz-professionals op structurele basis toe te laten treden tot de multidisciplinaire teams van gerontopsychiatrische verpleeghuisafdelingen. Wij denken dat dit kan leiden tot verbetering van de kwaliteit van de (specialistische) zorg aan verpleeghuisbewoners met psychiatrische en lichamelijke multimorbiditeit.

Ook adviseren wij de multidisciplinaire teams om individuele bewoners actief te screenen op depressieve symptomen en onvervulde behoeften en om vervolgens samen met de bewoner te zoeken naar interventies die deze symptomen en gevoelens kunnen afzwakken.

Ten derde doen we de aanbeveling een inter-professionele training te ontwikkelen voor de kerndisciplines die betrokken zijn bij de zorg voor de verpleeghuisbewoners die het onderwerp zijn van deze MAPPING-studie

Ten slotte doen we een aantal suggesties voor relevante onderzoeksthema's, zoals: de invloed van persoonlijkheidskenmerken op het beloop van neuropsychiatrische symptomen en de invloed van psychosociale interventies en dagbesteding op het welbevinden van verpleeghuisbewoners met psychiatrische en lichamelijke multimorbiditeit.

Conclusie

Ons onderzoek laat zien dat verpleeghuisbewoners met psychiatrische en lichamelijke multimorbiditeit een heterogene groep vormen, maar er zijn duidelijke aanwijzingen dat deze groep als geheel verschilt van andere groepen verpleeghuisbewoners wat betreft kenmerken en zorgbehoeften.

Bewoners met psychiatrische en lichamelijke multimorbiditeit hebben een verhoogde kans om zowel lichamelijk als psychisch uit balans te raken als gevolg van hun complexe multimorbiditeit in combinatie met cognitieve functiestoornissen en medicatiegebruik. Daardoor kan probleemgedrag ontstaan of toenemen. Bovendien ervaren deze bewoners meer onvervulde behoeften en hebben zij minder sociale relaties en activiteiten, wat een negatieve invloed kan hebben op hun welbevinden.

Om het welbevinden van deze bewoners te optimaliseren, moeten verpleeghuizen gespecialiseerde zorg bieden die is afgestemd op de specifieke behoeften van verpleeghuisbewoners met psychiatrische en lichamelijke multimorbiditeit. Ons onderzoek wil een stimulans zijn om 1) een zorgstandaard te ontwikkelen voor deze bewoners, 2) een (interprofessionele) training voor zorgprofessionals te ontwikkelen waardoor zij in staat zijn om de gewenste zorg te bieden, en 3) nieuw onderzoek uit te voeren dat gericht is op de verdere professionalisering van de verpleeghuiszorg voor deze bewoners.

