

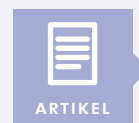
Ouderen met complexe, gecombineerde problemen: noodzaak tot samenwerken op maat

J. COLLET, N.J.J.A. ENGELEN, J.M.G.A. SCHOLS, M.E. DE VUGT, F.R.J. VERHEY

SAMENVATTING Oudere patiënten met een combinatie van psychiatrische, somatische en/of cognitieve problematiek (patiënten die dubbele zorg nodig hebben), zijn gebaat bij integrale zorg. Aan de hand van een casus beschrijven wij kenmerken van de patiëntengroep, alsmede de problemen die kunnen bestaan in het aanbieden van adequate behandeling en zorg voor deze doelgroep. Het collaborative-caremodel biedt goede aanknopingspunten voor de organisatie van ketenzorg voor deze patiënten met dergelijke complexe problematiek. Per regio dienen voor deze patiëntengroep de samenwerkingsafspraken tussen professionals in de eerste lijn, het ziekenhuis, de ggz en het verpleeghuis verbeterd en liefst duidelijk vastgelegd te worden. Waar 24/7 langdurige intramurale zorg en behandeling noodzakelijk zijn, dient men de kennis en kunde van ggz en verpleeghuis structureel te combineren.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)4, 304-308

TREFWOORDEN collaborative care, dubbele zorg, gecombineerde zorgvragen, integrale zorg, ouderen



De Gezondheidsraad meldde in 2008 al dat binnen de groep ouderen met multimorbiditeit en daarmee gepaard gaande beperkingen in het dagelijks functioneren, specifieke aandacht noodzakelijk is voor patiënten met complexe multimorbiditeit (Gezondheidsraad 2008). Het betreft een groep oudere patiënten met een combinatie van psychiatrische, somatische en/of cognitieve problematiek, van wie we weten dat zij gebaat zijn bij integrale (gecombineerde somatische, psychische en sociale) zorg (Collet e.a. 2010).

Verskillende medische beroepsorganisaties vragen nadrukkelijk aandacht voor de complexe zorg aan deze ouderen met gecombineerde problematiek, getuige recent verschenen richtlijnen (NVKG 2018; KNMG 2010; GGZ Nederland 2019). Toch blijft het daadwerkelijk integraal behandelen van deze patiënten een enorme uitdaging (Van Waarde e.a. 2019).

Beperkte kennis van en ervaring met deze patiëntengroep kunnen leiden tot suboptimale zorg en behandeling (KNMG 2015). In de praktijk hapert of stagneert de aan hen gegeven zorg regelmatig (Sloot 2011). Vooral als er een overlap is tussen somatiek en psychiatrie/gedragsproblemen is het lastig om de patiënt op de juiste plek te krijgen. Er ontstaat

discussie over waar en wie de patiënt de beste zorg en behandeling kan geven. Als de thuissituatie niet meer hanteerbaar is, blijkt het organiseren van een passende opname soms een frustrerende opgave, omdat deze patiënten niet in het 'standaard' zorgindicatiebeeld passen. Het ziekenhuis of verpleeghuis kan de gedragsproblematiek niet hanteren en de geestelijke gezondheidszorg (ggz) kan de benodigde somatische zorg niet bieden. Met een casus willen wij de uitdagingen illustreren die de gecombineerde zorgvragen van deze doelgroep oproepen, om vervolgens aanbevelingen voor meer samenhangende zorg te formuleren.

GEVALSBESCHRIJVING

Patiënt A, een 87-jarige, voormalige landbouwer, werd door zijn familie beschreven als een onevenwichtige, zelfingenomen, rigide, eisende en manipulerend man, die geregeld met suïcide dreigde. De huisarts kende patiënt als een dwarse, eigenzinnige man, die op iedereen wat aan te merken had. Zijn somatische problemen waren atriumfibrilleren, decompensatio cordis, angina pectoris, TIA's en prostaathypertrofie.

De huisarts verwees patiënt naar de ambulante ggz, vanwege achterdocht en verbale agressie naar zijn 85-jarige echtgenote. Patiënt scoorde 29/30 op de *Mini Mental State Examination*. Toenemende gedragsproblemen met weigeren van ADL-zorg, paranoïdie en verbale agressie (nachtelijk roepen) maakten de thuissituatie onhoudbaar en onveilig. Patiënt werd met een rechterlijke machtiging (RM) opgenomen op de afdeling Ouderenpsychiatrie van de regionale ggz-instelling.

Complicaties

De tweede opnamedag werd patiënt met acute pijn op de borst naar het ziekenhuis gebracht. Hij bleek een myocardinfarct te hebben, waarvoor stentplaatsing noodzakelijk was. Postoperatief was hij verward en onrustig. De geconsulteerde ziekenhuispsychiater adviseerde een antipsychoticum vanwege een delier. Patiënt weigerde noodzakelijke medische controles, was verbaal en fysiek agressief en ontregelend voor medepatiënten en verplegend personeel. Hij werd overgeplaatst naar de Medisch-Psychiatrische Unit (MPU). Patiënt wilde daar weg, weigerde verzorging en maakte medepatiënten onrustig. Aangezien deze MPU geen Bopz-erkende afdeling was, kon patiënt niet onvrijwillig opgenomen blijven. Na overleg kwam patiënt de tweede dag postoperatief terug naar de ggz. Hier werd hij verpleegd in een Posey-tentbed, dat ingezet kan worden als alternatief voor een onrustband bij patiënten met valgevaar, onrust en dwaalgedrag.

Beloop ggz-opname

Patiënt maakte meerdere infecties door en had toenemend hartfalen. Het evenwicht was fragiel, waarbij zelfs gedacht werd dat hij zou overlijden. Onverwacht knapte patiënt toch op en nam zijn onrust af. Met fysiotherapie kwam hij tot veilige mobiliteit en kon hij weer in een normaal bed verpleegd worden. Bij zijn ADL-zorg waren aansturing en hulp bij douchen nodig. Als hij zijn zin niet kreeg, was patiënt eisend, manipulerend, verbaal en dreigend fysiek agressief.

Zes maanden na de ggz-opname toonde psychologisch onderzoek aan dat er sprake was van lichte cognitieve beperkingen en cluster B-persoonlijkheidsproblematiek. De GZ-psycholoog stelde samen met de verpleging een bejegeningplan op, waarmee het gedrag van patiënt steeds verder stabiliseerde. Patiënt had heimwee en wilde terug naar huis. Omdat er geen reden was de RM voort te zetten, werd samen met de familie toegewerkt naar thuisplaatsing met inzet van thuiszorg, dagbesteding en nazorg door de ambulante ggz.

Patiënt werd in het najaar ontslagen. Na vier weken ontstonden opnieuw agressie en afweer van zorg naar thuiszorg en partner. Patiënt weigerde iedere vorm van dagbe-

AUTEURS

JANINE COLLET, specialist ouderengeneeskunde, Ouderenpsychiatrie Mondriaan Heerlen, en Care and Public Health Research Institute (CAPHRI), Department of Family Medicine/ section Elderly Care Medicine and Department of Health Services Research, Maastricht University.

NOUD J.J.A. ENGELEN, vrijgevestigd klinisch psycholoog.

JOS M.G.A. SCHOLS, hoogleraar Ouderengeneeskunde, CAPHRI, Department of Family Medicine/section Elderly Care Medicine and Department of Health Services Research, Maastricht University.

MARJOLEIN E. DE VUGT, gezondheidszorgpsycholoog en hoogleraar Psychosociale innovaties bij dementie, School of Mental Health and Neuroscience, Department of Psychiatry and Psychology, Maastricht University Medical Centre+, Alzheimer Centre Limburg.

FRANS R.J. VERHEY, hoogleraar Ouderenpsychiatrie en Neuropsychiatrie, School of Mental Health and Neuroscience, Department of Psychiatry and Psychology, Maastricht University Medical Centre+, Alzheimer Centre Limburg.

CORRESPONDENTIEADRES

Janine Collet.

E-mail: j.collet@mondriaan.eu

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 18-10-2019.

steding buitenshuis.

Antipsychotische en sederende medicatie werd ingezet. Patiënt raakte incontinent voor urine, weigerde verschooning van kleding en gebruik van incontinentiemateriaal. Hij viel regelmatig, waarop de psychofarmaca, als mogelijke oorzaak voor zijn achteruitgang, weer werden afgebouwd. Vervolgens nam zijn motorische en verbale onrust sterk toe. Zijn echtgenote en familie raakten eind van dat jaar opnieuw in crisis en zij verzochten de huisarts om patiënt op te laten nemen.

Grensvlak ggz en verpleeghuis

Vanwege de behoefte aan 24-uurszorg en begeleiding binnen een veilige omgeving, leek verpleeghuisopname geïndiceerd. Patiënt weigerde deze opname. Bovendien gaf maatschappelijk werk van de regionale verpleeghuisorganisatie aan dat patiënt alleen passende zorg kon krijgen binnen hun gerontopsychiatrische afdeling, waar het volledige team geschoold was in de omgang met patiënten

met complexe gecombineerde zorgvragen. Daarvoor was een indicatie met dubbele grondslag (somatiek en psychiatrie of psychogeriatric en psychiatrie) noodzakelijk. De somatische zorgvraag werd hiervoor als te gering beoordeeld én de diagnose dementie was tijdens de eerdere ggz-opname niet gesteld. Een verpleeghuisopname was dus vooralsnog niet mogelijk.

De familie was getraumatiseerd en kon patiënt niet meer thuis verzorgen. Heropname met een RM op de ouderenpsychiatrieafdeling van de ggz volgde. Patiënt kwam niet meer terug op zijn niveau van functioneren tijdens de eerste ggz-opname. Hij bleef verbaal en fysiek agressief en had regelmatig individuele begeleiding nodig. Inzet van cameratoezicht, combi-relaxstoel en Posey-tentbed waren nodig om veiligheid bij agressie en valgevaar te garanderen.

Op basis van het klinisch beeld werd nu de diagnose beginnende dementie gesteld, en kon, in combinatie met de persoonlijkheidsproblematiek, een zorgindicatie met dubbele grondslag worden afgegeven. Tot aan het vrijkomen van het juiste verpleeghuisbed (in het voorjaar van het volgende jaar) bleef patiënt opgenomen binnen de ggz. Om de overplaatsing te optimaliseren maakte het verpleeghuisteam al binnen de ouderenpsychiatrieafdeling kennis met patiënt, waarbij ook het gehanteerde bejegningsplan werd toegelicht. Vervolgens ging patiënt met RM naar de gespecialiseerde verpleeghuisafdeling. Hier bleef hij tegendraads, eisend, verbaal en fysiek agressief.

Wekelijks werden zijn gedrag en bejegningsplan door de specialist ouderengeneeskunde, psycholoog en gedragskundige (een psychiatrisch geschoold verpleegkundige) geëvalueerd. Persoonlijke verzorging bleek alleen haalbaar na het geven van sedativa. Recidiverende infecties en toenemend hartfalen bemoeilijkten het somatisch en psychisch functioneren extra. Regelmatig werden zorggesprekken met de familieleden gevoerd, die berustend en verdrietig waren over het blijvend moeilijke gedrag van patiënt.

Patiënt overleed aan een pneumonie, een jaar na opname in het verpleeghuis.

BESCHOUWING

Reflectie op de casus

De casus bevestigt de uitdaging van daadwerkelijk integraal behandelen. De non-compliance van patiënt vraagt bijzonder veel van familie en professionals en is compliceerend in het organiseren van passende zorg. De afdeling cardiologie heeft alleen voldoende kennis om de lichamelijke zorg te bieden. De MPU kan geen onvrijwillige zorg bieden, omdat de afdeling niet Bopz aangemerkt is. De ggz moet een somatisch instabiele patiënt terugnemen. Het

verpleeghuis kan de gedragsproblemen alleen hanteren op een beperkt beschikbare gespecialiseerde afdeling. Patiënt hoort dus overal net niet thuis.

Het systeem, de huisarts, de thuiszorg en de ambulante ggz worden na het opheffen van de RM, opnieuw belast met de zorg voor een nog steeds complexe patiënt. Het ontbreken van een passende zorgindicatie en een tekort aan gespecialiseerde verpleeghuisbedden, zorgen dat patiënt lang (op een verkeerd bed) in de ouderenpsychiatrie moet verblijven.

Typering van de patiëntengroep

13% van de ouderen boven de 65 jaar heeft een combinatie van psychische en fysieke beperkingen. Twee derde van hen krijgt zorg en (mantelzorg)ondersteuning thuis, meestal vanuit de huisartspraktijk, of in combinatie met ambulante ggz. Soms is een kortdurende opname ter diagnostiek en behandeling in de ouderen ggz noodzakelijk. Eén derde van deze ouderen met gecombineerde problematiek maakt gebruik van langdurige verblijfszorg (SCP 2017). In 2017 bestond een capaciteit van 92.000 bedden voor langdurige zorg in verpleeghuizen (CBS 2018). In 2007 werd 8,4% van deze verpleeghuispatiënten aangemerkt als patiënten die dubbele zorg nodig hebben, voor wie de mogelijkheden van het reguliere verpleeghuis tekortschoot (Dorland e.a. 2007). Prevalentiecijfers van patiënten die dubbele zorg nodig hebben in de intramurale ggz ontbreken.

Wanneer sprake is van ernstig en hardnekkig probleemgedrag in combinatie met aanzienlijke functiebeperkingen en beperkte zelfregie, is intensieve langdurige 24-uurszorg noodzakelijk. Onderzoek toont aan dat deze groep van intramuraal verblijvende patiënten zeer heterogeen is, ernstige neuropsychiatrische gedragsstoornissen en een hoge zorgzwaarte heeft (Collet e.a. 2016; Van den Brink e.a. 2017). Net als bij de door ons beschreven patiënt zorgt de interactie tussen psychiatrische, somatische en/of cognitieve problematiek (complexe multimorbiditeit) voor een fragiel evenwicht met onvoorspelbare wendingen. De mate van (in)stabiliteit, (non-)compliance en (on)voorspelbaarheid van het gedrag bepalen de keuze voor plaatsing in een verpleeghuis of de ggz. Zowel binnen de ggz als binnen het verpleeghuis is dan 24-uursinzet van multidisciplinaire expertise, met geïntegreerde kennis van psychiatrie én somatische en/of cognitieve problematiek noodzakelijk (Collet e.a. 2016; Van den Brink e.a. 2017).

Aanbevelingen voor samenhangende zorg

Patiënten die dubbele zorg nodig hebben, vragen intensieve samenwerking tussen professionals van de eerste lijn, de ggz, de somatische gezondheidszorg en de verpleeghuiszorg. Het collaborative-caremodel, dat uitgaat van

multidisciplinaire benadering van patiëntenzorg, gestructureerde zorgplannen, monitoring door casemanagers en interprofessionele communicatie, biedt goede aanknopingspunten voor de organisatie van deze netwerkachtige zorg (Archer e.a. 2012). De bewijskracht voor dit model is groot, maar kennis over de implementatie ontbreekt (Katzelnick 2015). Een systematische review laat zien dat vooral interprofessionele communicatie een veelvoorkomende barrière vormt (Woods e.a. 2017). Casemanagers kunnen de sleutel zijn tot het faciliteren van succesvolle implementatie van dit type zorg, omdat zij vanuit hun regievoering de interprofessionele communicatie juist kunnen verbeteren (Ivezic e.a. 2011).

Per regio dienen de samenwerkingsafspraken (transmuraal en intramuraal) tussen eerstelijnszorg, ziekenhuis, ggz en verpleeghuis voor deze doelgroep verbeterd en niet vrijblijvend vastgelegd te worden. Daarbinnen moet er aandacht zijn voor:

- hoe de juiste zorg op elk moment, en door wie, geboden kan worden;
- wie zich waarin bekwaamt om in de zorgvraag te kunnen voorzien;
- structurele deskundigheidsbevordering;
- de noodzakelijke bedden capaciteit;
- hoe de instroom naar die bedden verloopt;
- waar en hoe de ggz intramurale behandeling biedt aan patiënten met gecombineerde zorgvragen, die vanwege gedragsescalaties (tijdelijk) niet thuis, in verpleeghuis of in het ziekenhuis te verzorgen zijn.

Praktijkvoorbeelden voor het inrichten van dergelijke samenwerkingsketens zijn beschikbaar (Stuurgroep Gerontopsychiatrie 2012; SIGRA 2017).

Besluit

De Nederlandse gezondheidszorg is nog steeds sterk gecompartmenteerd. Schotten binnen de huidige zorgfinanciering, maar ook de 1 januari dit jaar in werking getreden wetswijziging waarbij de wet Bopz is vervangen door de Wet zorg en dwang en de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg, vormen een extra uitdaging om de best passende zorgmodellen in de praktijk vorm te geven. Voor complexe patiënten als patiënt A kan als onderdeel van het collaborative-caremodel per regio een interprofessioneel 'expert-transferteam' samengesteld worden. Dit team bespreekt de zorgvragen van de patiënt en doet niet alleen een voorstel tot beste plaatsing, maar realiseert deze plaatsing ook. Daarmee kan de best passende zorg op de best passende plek geboden worden (Van Straten e.a. 2006). Dit transferteam kan een zorgindicatie onderbouwen, met toetsing achteraf, waardoor men niet gehinderd wordt door eerder genoemde schotten.

Waar langdurige intramurale 24-uurszorg en -behandeling noodzakelijk zijn voor patiënten die dubbele zorg nodig hebben, dienen de complementaire kennis en kunde van ggz en verpleeghuis dus structureel gecombineerd te worden. Zowel in de (ouderen)psychiatrie als het verpleeghuis moet voldoende somatisch en psychiatrisch geschoold personeel beschikbaar zijn. Er zijn koplopers in de zorg, die al gekozen hebben om het 'beste van twee werelden' te combineren. Zij kunnen mogelijk als inspiratiebron fungeren (Coole 2018; Verpleeghuis Dorestad, www.parnassia.nl).

LITERATUUR

- Archer J, Bower P, Gilbody S, Lovell K, Richards D, Gask L e.a. Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 10: CD006525.
- CBS. Stat Line 2018. <https://opendata.cbs.nl>.
- Collet J, de Vugt ME, Verhey FR, Schols JM. Efficacy of integrated interventions combining psychiatric care and nursing home care for nursing home residents: A review of the literature. *Int J Geriatr Psychiatry* 2010; 25: 3-13.
- Collet J, de Vugt ME, Verhey FRJ, Engelen NJJA, Schols JMGA. Characteristics of double care demanding patients in a mental health care setting and a nursing home setting: Results from the specimen study. *Aging Ment Health* 2018; 22: 33-9.
- Coolen J. Gerontopsychiatrie: overzicht en ontwikkeling. *Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde* 2018.
- Dorland LM, Pot A, Veerbeek M, e.a. Psychische hulpverlening aan ouderen in verzorgings- en verpleeghuizen. *Monitor geestelijke gezondheidszorg Ouderen*. Utrecht: Trimbos Instituut; 2007.
- Gezondheidsraad. Ouderdom komt met gebreken. *Geneeskunde en zorg bij ouderen met multimorbiditeit*. Den Haag: Gezondheidsraad; 2008.
- GGZ Nederland. Kwetsbare ouderen met complexe problematiek; de rol van de gespecialiseerde ggz. Addendum bij de generieke module Ouderen met psychische aandoeningen. 2019.
- Ivezic SS, Muzinic L, Filipac V. Case management - a pillar of community psychiatry. *Psychiatr Danub* 2010; 22: 28-33.
- Katzelnick DJ, Williams MD. Large-scale dissemination of collaborative care and implications for psychiatry. *Psychiatr Serv* 2015; 66: 904-6.

- KNMG. Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen. Utrecht: KNMG; 2010.
- KNMG. Verbetering medische zorg voor kwetsbare ouderen met psychiatrische aandoeningen. Utrecht: KNMG; 2015.
- Nederlandse Vereniging Klinische Geriatrie (NVKG). Zorgpad kwetsbare ouderen over de keten en in het ziekenhuis. 2018.
- Samenwerkende Instellingen Gezondheidszorg Regio Amsterdam (SIGRA). Krakende ketens in de zorg voor kwetsbare ouderen. Amsterdam: SIGRA; 2017. <https://www.sigra.nl/stedelijk-advies-doorstroming-patienten>
- Sloot S. Leuren met de lastige patiënt. Medisch Contact 2011; 66: 2884-5.
- Sociaal en Cultureel Planbureau. Gezondheid en zorg. In: De sociale staat van Nederland 2017. Den Haag: SCP; 2017. p. 177-208.
- Stuurgroep Gerontopsychiatrie. Zorgprogramma voor mensen met gerontopsychiatrische problematiek in het verpleeghuis. Gouda; 2012.
- Van den Brink AMA, Gerritsen DL, de Valk MMH, Oude Voshaar RC, Koopmans RTCM. Characteristics and health conditions of a group of nursing home patients with mental-physical multimorbidity - the mapping study. Int Psychogeriatr 2017; 29: 1037-47.
- Van Waarde JA, Van Schijndel MA, Cahn W. Integrale zorg vereist voor patiënten met complexe somatische, psychische en sociale problematiek. Tijdschr Psychiatr 2019; 61: 12-3.
- Woods E, Ohlsena S, Ricketts T, What are the barriers and facilitators to implementing Collaborative Care for depression? A systematic review. J Affect Disord 2017; 214: 26-43.

SUMMARY

Older people with complex, combined care needs: the need for tailored collaborative care

J. COLLET, N.J.J.A. ENGELEN, J.M.G.A. SCHOLS, M.E. DE VUGT, F.R.J. VERHEY

Older patients with combined psychiatric, physical and cognitive health problems – patients who need double care - benefit from integrated medical and psychiatric care. The characteristics of these patients, as well as the problems that may exist in offering them adequate integrated care, are illustrated on the basis of a case description. Improvement of existing regional arrangements, premised on a collaborative care model, and involving hospital care, mental health services, nursing home care and community care services, is recommended. In settings that offer 24 hour long-term residential care and treatment, the expertise of mental health services and nursing homes must be structurally combined.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)4, 304-308

KEY WORDS collaborative care, combined care needs, double care, integrated care, older people