

Risico op mishandeling van demente mensen
door mantelzorgers en het verband met
overbelasting

Onderzoek wijst uit dat bij bijna een kwart van de kwetsbare, zorgafhankelijke ouderen het risico bestaat op mishandeling, waarbij mishandeling gedefinieerd is als een enkele of herhaalde daad of gebrek aan actie binnen een vertrouwensrelatie, leidend tot schade bij de oudere persoon (Cooper e.a. 2010).

Cooper e.a. (2010) onderzochten in hoeverre mishandeling van demente mensen door hun mantelzorgers toenam in de tijd en in hoeverre dit samenhangt met overbelasting van deze mantelzorgers. Zij verrichtten een longitudinaal onderzoek onder 131 mantelzorgers van thuiswonende mensen met dementie. Met de 'Modified Conflict Tactics Scale' (MCTS) werd beoordeeld in hoeverre tijdens de laatste 3 maanden sprake was van psychologische of lichamelijke mishandeling. Psychologische mishandeling omvatte o.a. schreeuwen, gebruik van een harde stem, schelden of dreigen met stop van zorg of plaatsing in een verzorgingstehuis. Fysieke mishandeling omvatte o.a. angst om de oudere pijn te doen, onthouding van eten, slaan of het ruw behandelen van de oudere. Vragenlijsten werden bij aanvang en na 1 jaar afgenomen. De 'Hospital Anxiety and Depression Scale' (HADS) werd afgenomen om een indruk te krijgen van de mate van angstklachten en depressieve klachten bij de mantelzorger.

Bij aanvang rapporteerde bijna de helft (48%) van de mantelzorgers enige vorm van mishandeling en bij 32% was sprake van aanmerkelijke mishandeling. Na een jaar was dit toegenomen tot maar liefst 62 respectievelijk 34%. Psychologische mishandeling, vooral schreeuwen, vond vaker plaats dan fysieke mishandeling: 33 versus 4% (Cooper e.a. 2009). Minder zorg aan huis hing samen met een groter risico op mishandeling, een hogere opleiding van de mantelzorger met een kleiner risico. Vooral angstklachten of depressieve

klachten bij de mantelzorger voorspelden mishandeling.

De auteurs stellen dat als eenmaal sprake is van mishandeling, dit vaak blijvend is en zelfs toeneemt. Het verband tussen angstklachten of depressieve klachten bij de mantelzorger en mishandeling van de zorgafhankelijke oudere kan samenhangen met het gevoel de zorgafhankelijke oudere te verliezen. Ook bestaat mogelijk een relatie met de onmacht die de zorg voor de oudere met zich meebrengt of met de onmacht door de angstklachten of depressieve klachten.

Interessant is echter ook de bevinding van Steadman e.a. (2007) dat een slechte relatie tussen de mantelzorger en de zorgafhankelijke oudere vóór het ontstaan van de dementie samenhangt met minder goede zorg door de mantelzorger en een grotere ervaren last. Mogelijk bepaalt de basis van de eerder bestaande relatie tussen mantelzorger en zorgafhankelijke oudere in hoeverre de mantelzorger angst/depressieve klachten ervaart. Als dit het geval is, bestaat er een direct verband tussen de relatie van de mantelzorger met de zorgafhankelijke oudere voor het ontstaan van dementie, en het risico op mishandeling daarna. Tijdige psychologische begeleiding aan de mantelzorgers waarbij onder andere copingstrategieën aangeleerd worden, kan leiden tot een afname van mishandeling. Ook zou dit kunnen leiden tot minder verpleeghuisopnames.

Een belangrijke beperking van de studie is dat mishandeling gerapporteerd werd door de mantelzorgers zelf. Eveneens bestaat de kans dat mantelzorgers met meer klachten minder geneigd waren om deel te nemen aan het initiële of het follow-uponderzoek. Zo weigerden 99 mantelzorgers op voorhand deelname en vielen 52 mantelzorgers om onbekende reden bij follow-up uit. Beide kunnen leiden tot onderrapportage en het probleem van ernstige mishandeling is hierdoor waarschijnlijk danig onderschat.

Desondanks lijken mantelzorgers geneigd om open over mishandeling te spreken. Het thema krijgt tot dusver te weinig aandacht. Het artikel maakt duidelijk dat het belangrijk is dat hulpver-

leners dit onderwerp bespreekbaar maken, zodat samen met de mantelzorger gekeken kan worden naar mogelijkheden om de zorglast te verminderen en op deze manier mishandeling terug te dringen.

LITERATUUR

- Cooper C, Selwood A, Blanchard M, Walker Z, Blizard R, Livingston G. Abuse of people with dementia by family carers: representative cross sectional study. *BMJ* 2009; 338: 155.
- Cooper C, Blanchard M, Selwood A, Walker Z, Livingston G. Family carers' distress and abusive behaviour: longitudinal study. *Br J Psychiatry* 2010; 196: 480-5.
- Steadman PL, Tremont G, Davis JD. Premorbid relationship satisfaction and caregiver burden in dementia caregivers. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2007; 20: 115-9.

AUTEURS

M.J.A. TIJSSSEN is psychiater, afdeling Psychiatrie, South Limburg Mental Health Research and Teaching Network, EURON, Maastricht University.

F.R.J. VERHEY was als zenuwarts en hoogleraar Neuropsychiatrie/Ouderenpsychiatrie verbonden aan het Maastricht Universitair Medisch Centrum (MUMC).

Correspondentieadres: prof.dr. F.R.J. Verhey, Alzheimer Centrum Limburg, School of Mental Health and Neuroscience, afd. Psychiatrie en Psychologie, MUMC, Postbus 5800, 6202 AZ Maastricht.

E-mail: f.verhey@np.unimaas.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Welke patiënten verlaten assertive community treatment en waarom?

Assertive community treatment (ACT) wordt aangeboden aan patiënten met ernstige en complexe psychiatrische aandoeningen, die niet gemotiveerd zijn voor behandeling en langdurig zorg behoeven. ACT heeft een outreachend karakter met als doel deze patiënten in zorg te krijgen en ambulante hulpverlening aan te bieden. Buitenlands onderzoek toont aan dat ACT opnameduur vermindert, zorgt voor stabiele huisvesting, levensomstandigheden en kwaliteit van leven verbetert en succesvol is in het in zorg behouden van patiënten (Bond e.a. 2001). Voor de Nederlandse situatie ligt de meerwaarde ten opzichte van reguliere zorg met name in het langer in zorg behouden van patiënten (Sytema e.a. 2007).

Hoewel ACT langdurige bemoeizorg inhoudt, is uitval volgens Mohamed e.a. (2010) een veelvoorkomend gegeven. Daarom hebben zij onderzoek gedaan naar uitval in een Mental Health Intensive Case Management (MHICM)-team dat volgens de auteurs op grond van de ACT-principes werkt. Aan deze studie namen veteranen deel die vanaf 2002 tot 2004 werden gevolgd. Bij hen werden naast allerlei sociodemografische en diagnostische gegevens ook klinisch relevante uitkomstmaten verzameld. Om meer te weten te komen over de achtergronden van het drop-outproces, werden alle verzamelde gegevens over drie groepen met elkaar vergeleken: patiënten die korter dan een jaar in zorg waren, patiënten die na het eerste, maar voor het derde jaar zorg verlieten en degenen die na 3 jaar nog steeds gebruikmaakten van zorg.

De bevindingen lieten een totale drop-out zien van 42% binnen 3 jaar, 16% verliet het zorgprogramma binnen 1 jaar en 26% in het 2de jaar. Drop-out bleek hoofdzakelijk samen te hangen met een matige therapeutische alliantie en relatief minder intensieve zorg in de eerste 6 maanden. Verder viel op dat patiënten met de diagnose schizofrenie vaker in zorg bleven, in tegenstelling tot de patiënten die drugsgebruik als hoofddiagnose hadden.

Naar onze mening is dit onderzoek relevant omdat er weinig bekend is over drop-out in de context van ACT. Wellicht kan het de kwaliteit van de outreachende hulpverlening verbeteren aangezien het informatie verschaft over die groep patiënten die ongewenst uit het zicht kunnen raken. Een kanttekening bij het onderzoek betreft het zeer exploratieve karakter, wat geresulteerd heeft in een grote hoeveelheid analyses. Ook hadden onderzoeksgegevens over drop-out buiten ACT wellicht besproken kunnen worden, waardoor enige speculatie mogelijk was. Eveneens is de casemix opvallend te noemen: slechts 44-57% van de patiënten had schizofrenie. Hetzelfde geldt voor patiënten met een dubbele diagnose; dit waren er slechts 14-22%. Dit doet vermoeden dat de veteranen uit het MHICM-team wellicht niet geheel vergelijkbaar zijn met een ACT-patiëntenpopulatie. Bovendien laat Nederlands onderzoek naar de effecten van ACT superieure resultaten zien bij het percentage patiënten dat de zorg verlaat (Sytema e.a. 2007). Uit ROM-data van ACT-teams uit Rotterdam blijkt dat in totaal 34% om enige reden ACT verlaat, waarvan 22% binnen 1 jaar, 9% in het 2de jaar en 3% na het 3de jaar. Al met al lijkt drop-out bij het MHICM-team relatief vaker voor te komen en is het maar de vraag of de casemix overeenkomt met die van een Nederlands ACT-team.

LITERATUUR

- Bond GR, Drake RE, Mueser KT, Latimer E. Assertive community treatment: Critical ingredients and impact on patients. *Dis Manag Health Out* 2001; 9: 141-59.
- Mohamed S, Rosenheck R, Cuerdon T. Who terminates from act and why? Data from the national VA mental health intensive case management program. *Psychiatric Services* 2010; 61: 675-83.
- Sytema S, Wunderink L, Bloemers W, Roorda L, Wiersma D. Assertive community treatment in the Netherlands: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatr Scand* 2007; 116: 105-12.

AUTEURS

H.E. KORTRIJK is psycholoog en onderzoeker bij Bavo-Europoort, Rotterdam.

C.L. MULDER is psychiater aan Bavo-Europoort, Rotterdam en hoogleraar Openbare Geestelijke Gezondheidszorg, O3 Research Centre, Erasmus UMC, Rotterdam.

Correspondentieadres: H.E. Kortrijk, Bavo-Europoort, Prins Constantijnweg 48-54, 3066 TA Rotterdam.

E-mail: h.kortrijk@parnassiabavogroep.nl.

Geen strijdige belangen meegegeeld.