

Klinische patiënten met niet-aangeboren hersenletsel in de ggz; inventarisatie van zorgbehoeftes en ontvangen zorg

C.M. VAN HEUGTEN, E.P.J. JANSSEN, A.J.M. VISSCHER, G. WOLTERS
GREGÓRIO, S. SMEETS, R.M.W.J. BERKERS, R.W.M. PONDS

ACHTERGROND Binnen een aantal ggz-instellingen zijn er in de afgelopen jaren specifieke afdelingen neuropsychiatrie opgericht voor patiënten met niet-aangeboren hersenletsel.

DOEL Inventariseren van kenmerken van de groep patiënten met niet-aangeboren hersenletsel in ggz-instellingen.

METHODE Dwarsdoorsnede van de klinisch opgenomen patiënten in de periode augustus 2010-juli 2011. De patiënten met niet-aangeboren hersenletsel werden vergeleken met een steekproef patiënten uit de ggz met behulp van de vragenlijsten uit de Monitor NAH-GGZ.

RESULTATEN De klinische patiënt met niet-aangeboren hersenletsel kon getypeerd worden als een man van 51 jaar of ouder, met een beroerte of hersentrauma, die pas jaren na het letsel ongeveer 6 maanden opgenomen werd. De patiënt kwam meestal vanuit thuis op verwijzing van een arts en er werd verwacht dat de patiënt weer zou terugkeren naar huis. De patiënt had zowel cognitieve als psychische stoornissen. Er waren veel somatische problemen, maar de fysieke gevolgen waren minimaal. Wel was de patiënt beperkt in sociaal-maatschappelijk en cognitief-affectief functioneren. De frequentie van behandelcontacten was relatief laag en deze contacten waren vooral gericht op dagbesteding. De patiënt kreeg als eerste diagnose 'cognitieve stoornis NAO'. Daarnaast was er vooral sprake van prikkelbaarheid, agitatie, apathie en depressie.

CONCLUSIE Deze inventarisatie toont aan dat een hersenletsel patiënt in de ggz specifieke zorg behoeft waarvoor in andere sectoren geen mogelijkheden zijn.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 55(2013)9, 665-675]

TREFWOORDEN hersenletsel, neuropsychiatrie, behandeling

In Nederland krijgen naar schatting jaarlijks 130.000 mensen te maken met hersenletsel als gevolg van bijvoorbeeld een beroerte, ongeval of tumor. Een deel van deze niet-aangeboren hersenletsels (NAH) is matig tot ernstig van aard en heeft negatieve gevolgen op alle gebieden van het menselijk functioneren: lichamelijk, cognitief, emotioneel, gedragsmatig en sociaal. De belangrijkste cognitieve gevolgen zijn stoornissen in geheugen, aandacht, snelheid van informatieverwerking en

planning en organisatie (Christensen e.a. 2008; Rasquin e.a. 2004). Op emotioneel gebied komen depressie, angst en prikkelbaarheid veelvuldig voor. Gedragsmatig is er vaak sprake van 'te weinig' gedrag (apathie, initiatiefverlies) of juist 'te veel' gedrag (agressie, impulsiviteit). Daarnaast kunnen (negatieve) persoonlijkheidsveranderingen optreden zoals extreem egocentrisch gedrag. Het ziekte-inzicht kan verstoord zijn.

Hersenletselafdelingen binnen de ggz

Het is belangrijk dat deze patiënten goed worden gerevalideerd en begeleid. Het leeuwendeel van de patiënten zal tijdelijk klinisch of ambulant worden behandeld in een van de revalidatiecentra in Nederland. Als de gedragsproblemen en emotionele problemen echter op de voorgrond staan, is dit niet mogelijk. De revalidatiecentra kunnen hiervoor onvoldoende behandeling bieden door het ontbreken van psychiatrische deskundigheid. Mede om deze reden zijn er binnen de ggz de afgelopen jaren specifieke hersenletselafdelingen opgericht voor deze patiënten.

De zorg voor deze patiënten binnen de ggz is complex omdat er vaak meer disciplines bij de behandeling zijn betrokken dan gebruikelijk in de ggz. Ook de reguliere verpleegkundige zorg is omvangrijker dan gebruikelijk binnen een psychiatrische afdeling door de combinatie van somatische en neuropsychiatrische problematiek. Dit betekent tevens dat de zorgkosten hoger zullen zijn dan de zorgkosten binnen een andere ggz-afdeling, waarbij nog geldt dat de vergoeding binnen de ggz weer veel lager ligt dan in de revalidatie.

Reden genoeg om zorgvuldig te kijken naar deze groep patiënten die dus om verschillende redenen een bijzondere positie inneemt. Opvallend genoeg is er maar weinig bekend over deze groep: wat zijn bijvoorbeeld de diagnostische classificaties, wat zijn de zorgvragen en wat is het zorgaanbod? Om deze reden is een eenmalige inventarisatie uitgevoerd op basis van een dwarsdoorsnede van de klinisch opgenomen patiënten met niet-aangeboren hersenletsel in de ggz, waarbij de specifieke kenmerken van de patiënt en de gevraagde en de geleverde zorg in kaart zijn gebracht. In dit artikel vatten wij de belangrijkste bevindingen van het onderzoek samen. Het volledige rapport van dit onderzoek (Van Heugten e.a. 2012) kan bij de eerste auteur worden opgevraagd.

METHODE

Procedure

De Zorgmonitor NAH werd in de periode augustus 2010-juli 2011 afgenomen op de klinische (behandel)afdelingen van 6 ggz-instellingen: GGZ Oost Brabant, NAH circuit Huize Padua; GGZ Altrecht Vesalius, Centrum voor Neuropsychiatrie; Pro Persona, Winkler Kliniek; Mondriaan Zorggroep, NAH zorg; Bavo Europort, Neuropsychiatrie; Juliana-oord, GGZ Centraal. De vragenlijsten werden ingevuld door zorgverleners van de betreffende afdelingen met ondersteuning van onderzoekers van de Universiteit Maastricht. De meeste gegevens werden overgenomen uit het medisch dossier of ingevuld door hulpverleners van de betreffende patiënt.

Deze Zorgmonitor NAH werd opgezet naar analogie van de Zorgmonitor in de ggz (Delespaul e.a. 2008a, 2008b). De Zorgmonitor GGZ werd als basis genomen en aangevuld met specifieke, voor NAH relevante gegevens, zoals kenmerken van het hersenletsel en meetinstrumenten om het functioneren in kaart te brengen op diverse gebieden.

Om een vergelijking te kunnen maken tussen NAH-afdelingen in de ggz en reguliere ggz-afdelingen werd een steekproef van 158 patiënten uit de Zorgmonitor GGZ genomen en vergeleken met de gegevens uit de Zorgmonitor NAH. De steekproef bestond uit patiënten die in de periode vanaf 1 januari 2005 tot en met 31 december 2009 voor de eerste keer werden opgenomen op een klinische afdeling in een ggz-instelling in Limburg.

Specifieke zorgmonitor

Voor de Zorgmonitor NAH werden demografische kenmerken en ggz-kenmerken verzameld, evenals diagnose en gegevens over het hersenletsel. Voorts inventariseerden wij de psychiatrische diagnostiek op basis van de DSM-IV-classificaties: as I (klinische stoornissen), as II (persoonlijkheidsstoornissen en zwakzinnigheid) en as V (algehele beoordeling van het functioneren) (American Psy-

chiatric Association 2000). Daarnaast werden de comorbide diagnose en de differentiaaldiagnose genoteerd.

Verder werden verzameld: de *Global Assessment of Functioning* (GAF; as V) als maat voor het algeheel functioneren van een patiënt over de afgelopen maand (symptoom en handicap/belemmeringsniveau; score tussen 0 en 100; hoe hoger de score, hoe beter het functioneren), de *Clinical Global Impression Scale* (CGI-versie op basis van integratie schizofrenie en bipolaire stoornissen; Guy 1976; Haro e.a. 2003; Spearing e.a. 1997) voor de actuele algemene mentale status (5 items: positieve, negatieve, affectieve symptomen (angst en depressie) en cognitieve en manische symptomen). Hoe hoger de score, hoe ernstiger de symptomen (score van 1: niet aanwezig tot 7: zeer ernstig, ng = niet gemeten).

De actuele behandeling werd geregistreerd op basis van het medisch dossier. De volgende aanvullende NAH-instrumenten werden gebruikt:

- Barthel-index (BI) is een meetinstrument om te bepalen in hoeverre iemand de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) zelfstandig kan uitvoeren (0-20; hoger is onafhankelijker; de Haan e.a. 1993; Mahoney & Barthel 1965);
- Barrow Neurological Institute (BNI) Screen is een screeningsinstrument voor het opsporen van cognitieve stoornissen, wij gebruikten het prescreeningsdeel (Prigatano e.a. 1993; 3-9; hogere score betekent meer stoornissen);
- Mini-Mental State Examination (MMSE 0-30; Folstein e.a. 1975) geeft een globale indruk van het cognitief functioneren waarbij een score lager dan 28 indicatief is voor cognitieve stoornissen bij patiënten met CVA (Bour e.a. 2010);
- Sleutelzoektest is een subtest van de *Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome* (BADS; Wilson e.a. 1997), met een scorebereik van 0 tot 16 en een profielscore van 0 tot 4;
- *Neuropsychiatric Inventory* (NPI; Cummings 1994, 1997) voor het meten van psychopathologische verschijnselen bij patiënten met hersenletsel. De NPI omvat 12 gedragsaspecten; voor elk gedragsaspect wordt de frequentie gescoord van

1 (soms) tot 4 (heel vaak), de ernst van 1 (licht) tot 3 (ernstig) en de emotionele belasting van 0 (in het geheel niet belastend) tot 5 (zeer ernstig/extreem). Een totaalscore kan berekend worden door de frequentie en ernst van elk gedragsaspect te vermenigvuldigen en op te tellen (0-144).

RESULTATEN

Demografische kenmerken en ggz-kenmerken

De Zorgmonitor NAH werd bij 117 patiënten afgenomen. Bij Huize Padua werden 23 zorgmonitors afgenomen, bij Vesalius 22, bij Winkler 19, bij Mondriaan 13, bij Bavo 21 en bij Juliana-oord 19.

Leeftijd, opleiding en geslacht van zowel de patiënten met NAH als de steekproef uit de Zorgmonitor GGZ zijn weergegeven in tabel 1. Het verschil in leeftijd tussen de twee populaties was significant ($\beta = -0,332$; $p < 0,001$), waarbij de patiënten uit de Zorgmonitor NAH gemiddeld ongeveer 10 jaar ouder waren dan de patiënten uit de Zorgmonitor GGZ. Er was een significant verschil in opleidingsniveau met de patiënten met NAH (79% laag en 21% hoog). De patiënten met NAH waren gemiddeld hoger opgeleid dan de patiënten uit de ggz-steekproef ($\beta = -0,215$; $p < 0,01$).

TABEL 1 Kenmerken van patiënten met niet-aangeboren hersenletsel (NAH) (n = 117) en andere ggz-patiënten (n = 158)

	Patiënten met NAH	Ggz-patiënten
Geslacht		
Man	83 (71%)	99 (63%)
Vrouw	34 (29%)	59 (37%)
Gem. leeftijd in j; (SD; bereik)	50,7 (13,0; 22,7-74,6)	40,8 (13,5; 18-76)
Opleiding (n = 115)		(n = 98)
Laag	79%	94%
Hoog (hbo/universitair)	21%	6%

Diagnose en gegevens hersenletsel

De meeste patiënten met hersenletsel hadden een CVA of traumatisch hersenletsel (29 en 24% resp.). Van de traumapatiënten van wie de score op de Glasgow Coma Scale bekend was ($n = 28$), hadden de meesten ernstig hersenletsel ($n = 20$), bij een minderheid was er sprake van een licht/matig hersenletsel ($n = 8$).

De gemiddelde tijdsduur tussen het ontstaan van het hersenletsel en opname in de kliniek was bekend bij 86 patiënten en bedroeg 4,5 jaar ($SD: 8,5$; mediaan 1,0 jaar). Deze grote spreiding in tijdsduur wordt veroorzaakt doordat bij sommige patiënten de gedragsproblemen direct na het letsel vrij duidelijk zichtbaar en herkenbaar zijn, terwijl dit bij andere patiënten pas in een veel later stadium duidelijk wordt. Deze laatste groep heeft vaak allerlei zorg ontvangen voordat een doorverwijzing naar de ggz plaatsvindt. De gemiddelde opnameduur ($n = 112$) bedroeg 28,0 weken ($SD: 28,8$; mediaan 16,5 weken).

Een derde van de patiënten verbleef vóór opname in de thuisomgeving. De gemiddelde tijd tussen letsel en opname van deze patiënten was 7,3 jaar ($SD: 12,2$). Doorverwijzing vanuit revalidatiecentra en verpleeghuizen vond sneller na het hersenletsel plaats.

Van bijna twee derde van de patiënten (61%) werd verwacht dat ze na opname thuis zouden gaan verblijven (al dan niet met zorg), dan wel begeleid of beschermd zouden gaan wonen. Van bijna een kwart van de patiënten (23%) werd verwacht dat ze naar een verpleeg- of verzorgingshuis zouden gaan en van 12% werd een psychiatrische instelling als vervolgvoorziening verwacht.

De meeste patiënten waren verwezen door een psychiater (28%), gevolgd door een revalidatiearts (15%), een neuroloog (12%) en een huisarts (11%). De meest voorkomende verwijsoordelen waren diagnostiek en behandeling en/of advies over het vervolgtraject. De primaire problematiek die aangewezen werd als reden voor verwijzing waren cognitieve en gedragsproblemen, psychose en psychische klachten zoals stemmingsproble-

men. Meer dan driekwart van de patiënten liet zich vrijwillig opnemen in de centra, 19% van de patiënten werd gedwongen opgenomen.

Bij 23 patiënten werd ten behoeve van de opname beeldvormend onderzoek gedaan (20%). In totaal 71 patiënten hadden een psychiatrische voorgeschiedenis (61%) en 93 patiënten hadden een somatische voorgeschiedenis (80%). Ten slotte hadden 93 patiënten (80%) somatische klachten op het moment van het invullen van de Zorgmonitor NAH.

De rapportage van middelengebruik liet zien dat 60% van alle patiënten middelen gebruikte bij opname, te weten alcohol (14%), nicotine (11%), een ander middel zoals drugs en cafeïne (4%), of een combinatie van deze middelen (31%).

Verder gebruikte maar liefst 40% van de patiënten ($n = 97$) off-labelmedicatie ($n = 39$), medicijnen die geregistreerd zijn voor een andere indicatie dan waarvoor ze worden voorgeschreven. Van 20 patiënten was de verstrekking van off-labelmedicatie niet ingevuld.

Psychiatrische diagnostiek

Meer dan de helft van de patiënten met niet-aangeboren hersenletsel had als eerste of als hoofddiagnose op as I een cognitieve stoornis NAO (53%). Verder kwamen dementie en amnestische stoornis het vaakst voor (11 en 7% respectievelijk). Als tweede diagnose werd alcoholafhankelijkheid (28%), persoonlijkheidsverandering na hersenletsel (18%) en cognitieve stoornis (14%) het meest gerapporteerd. Op as II hadden de meeste patiënten geen of een uitgestelde diagnose (80%), gevolgd door persoonlijkheidsstoornis NAO (7%).

In de steekproef van de Zorgmonitor GGZ ($n = 134$) was de meest voorkomende eerste of hoofddiagnose op as I een psychotische stoornis (28%). Deze werd gevolgd door een depressieve stoornis (14%) en schizofrenie (13%). Als tweede diagnose werd een psychotische stoornis (13%), schizoaffectieve stoornis (10%), alcoholafhankelijkheid (10%) of cannabisafhankelijkheid (10%) vastgesteld. Op as II ($n = 67$) was bij 66% geen diagnose gesteld. Een

persoonlijkheidsstoornis NAO werd daarna het meest gerapporteerd (15%), gevolgd door een borderlinepersoonlijkheidsstoornis (6%).

De gemiddelde GAF-score bij de patiënten met hersenletsel voor de mate van symptomen was 42,1 (SD: 12,3; n = 104); de gemiddelde GAF-score voor de handicap/belemmering was 38,0 (SD: 13,2; n = 60). De gemiddelde GAF-score voor de mate van symptomen in de ggz-steekproef was vergelijkbaar met die van de NAH-populatie (gemiddelde: 42,4; SD: 19,3; n = 140). De gemiddelde GAF-score voor de handicap/belemmering bij de ggz-steekproef was significant hoger, namelijk 44,6 (SD: 15,8; n = 132; $\beta = 0,229$; $p < 0,05$).

De GAF-scores van de patiënten met hersenletsel waren ook lager in vergelijking met een groep klinische patiënten met NAH geselecteerd voor deelname aan een re-integratieprogramma na NAH (gemiddelde GAF-score: 47,5; SD: 6,9). Deze patiënten woonden vooraangaand aan de behandeling voornamelijk thuis (Geurtsen e.a. 2011). Ook hadden ze een lagere gemiddelde leeftijd dan de door ons onderzochte patiënten met NAH (gemiddeld: 25,1 jaar; SD: 7,9) en Geurtsen e.a. excludeerden patiënten met een drugsverslaving.

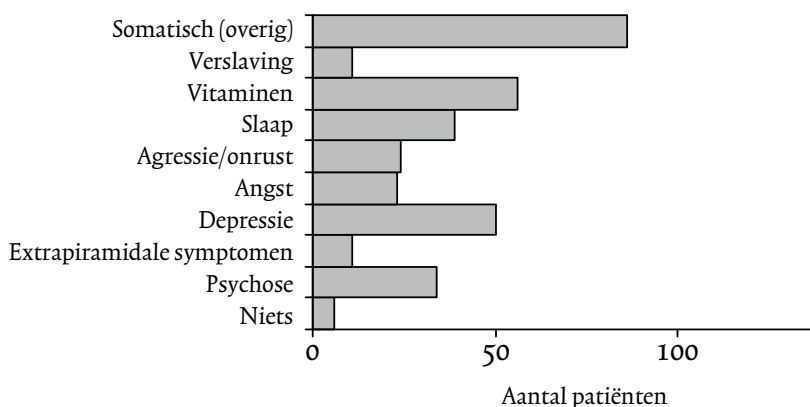
Van de 5 symptomen gemeten met de CGI waren de cognitieve stoornissen het ernstigst bij de patiënten met hersenletsel (gemiddelde: 4,0). Manische en positieve symptomen waren echter niet of in zeer lichte mate aanwezig (beide gemiddeld 1,7). Bij de steekproef uit de Zorgmonitor GGZ

waren positieve en affectieve symptomen als het ernstigst gerapporteerd (gemiddeld 3,1 en 2,9 respectievelijk), gevolgd door cognitieve symptomen (gemiddeld 2,5), negatieve symptomen (gemiddeld 2,2) en manische symptomen (gemiddeld 1,5). Positieve symptomen kwamen in een ernstigere mate voor in de ggz-steekproef dan in de groep met NAH ($\beta = 0,289$; $p < 0,001$), evenals manische symptomen ($\beta = -0,190$; $p < 0,05$), terwijl cognitieve symptomen in ernstigere mate voorkwamen in de groep met hersenletsel ($\beta = -0,427$; $p < 0,001$).

Actuele behandeling

Farmacotherapie Als medicamenteuze behandeling (figuur 1) kreeg driekwart van de patiënten met hersenletsel medicatie gericht op het verlichten van somatische klachten (n = 86). Vitaminen (n = 56), antidepressiva (n = 50) en slaapmedicatie (n = 39) werden ook regelmatig voorgeschreven. Slechts 6 patiënten gebruikten geen medicatie. Het viel op dat 34 patiënten antipsychotica namen, terwijl slechts 14 patiënten een DSM-classificatie hadden die gerelateerd was aan psychotische stoornissen, schizofrenie of schizo-affectieve stoornis. Waarschijnlijk worden deze medicijnen tevens off-label voor andere indicaties gebruikt. In de steekproef van patiënten uit de Zorgmonitor GGZ was er informatie bekend over medicatie van 45 patiënten (28%). Van hen hadden er 43 (96%) medicatie gekregen: 72% medi-

FIGUUR 1 Gerapporteerde voorgeschreven medicatie per categorie (zie tekst) (n = 117)



catie voor psychose, 33% voor angst, 30% voor het verlichten van somatische klachten, 28% voor de depressie en 5% voor extrapiramidale symptomen.

Psychosociale behandeling De psychosociale behandeling richtte zich voornamelijk op het domein wonen (93%), maar er werd ook veel aandacht besteed aan vrije tijd (81%) en arbeid (67%). Ter vergelijking: uit de Zorgmonitor GGZ bleek dat de psychosociale behandeling voornamelijk gericht was op het domein wonen (61%), maar ook op psychische behandeling (46%), sociale behandeling (40%), arbeid (39%) en vrije tijd (26%).

De meerderheid van de patiënten met NAH ($n = 73$) nam deel aan dagbesteding. Per instelling werden verschillende vormen aangeboden. Individuele gesprekken vonden plaats met de behandelend psychiater, psycholoog, verpleegkundige, geestelijk verzorger, arts of andere behandelaar en met de partner en/of familie.

De meeste patiënten ($n = 97$) hadden 2 of meer therapieën per week. Van de overige patiënten namen er 16 deel aan één therapievorm en 3 ontvingen geen therapie. Er werd zowel groepstherapie als individuele therapie aangeboden; groepstherapie nam de meeste tijd in beslag (tabel 1).

Wat verder opviel, was dat er aanmerkelijke verschillen waren in het aantal uren behandeling per centrum. Het centrum met de meeste groepstherapie registreerde gemiddeld 14,6 (SD: 2,8) uur per week aan groepsbehandeling, tegenover 0,9 uur (SD: 2,1) in het centrum met het laagste aantal uren per week. Het centrum met de meeste individuele therapie registreerde gemiddeld 3,5 (SD: 1,4) uur per week aan individuele behandeling, tegen-

over 0,2 uur (SD: 0,5) in het centrum met het laagste aantal uren individuele therapie per week.

Bij het typeren van de therapieduur moeten wij opmerken dat behandelingen onderdeel kunnen zijn van reguliere zorgactiviteiten en daarom niet apart genoemd worden. Zo ondernemen de verpleegkundigen activiteiten met patiënten waarbij gerichte interventies worden ingezet, zoals vormen van gedragstherapie. Deze interventies worden echter niet geregistreerd. Het aantal behandeluren was hierdoor waarschijnlijk hoger dan vermeld.

Aanvullende NAH-instrumenten

In tabel 2 zijn de gemiddelde scores op de BI, BNI, MMSE en Sleutelzoektest weergegeven. De scores op de BI lieten zien dat de helft van de patiënten (51%) licht beperkt tot beperkt was, 8% (zeer) ernstig beperkt en 41% zonder beperkingen. De patiënten uit de Zorgmonitor NAH waren minder beperkt dan de revalidatiepatiënten zoals beschreven in de studie van Van de Port e.a. (2006). Deze patiënten, die aan de start van hun klinische revalidatie in een revalidatiecentrum stonden (gemiddeld 45 dagen na CVA), hadden een mediane BI-score van 13 (beperkt), terwijl de patiënten in de Zorgmonitor NAH een mediaan van 19 (licht beperkt) hadden. Op de prescreening van de BNI scoorden bijna alle patiënten boven de grensscore van 6 ('testbaar'). Op de MMSE had 66% een score lager dan 28; bij 37% lag de score lager dan 25. De gemiddelde MMSE-score van 24,3 lag iets hoger dan het gemiddelde van patiënten met NAH in een acute setting (gemiddelde: 22,2) (Penna & Novack

TABEL 2 Neurocognitieve testuitslagen bij patiënten met niet-aangeboren hersenletsel

	Aantal patiënten	Gem. score (SD)	Mediaan	Bereik
BI	109	16,8 (4,5)	19	1-20
BNI	113	8,8 (0,8)	9	3-9
MMSE	109	24,3 (5,9)	26	0-30
Sleutelzoektest ruwe score	105	8,9 (5,0)	9	0-16
Sleutelzoektest profielscore	107	2,0 (1,5)	2	0-4

BI = Barthel-Index; BNI = Barrow Neurological Institute (BNI) Screen; MMSE = Mini-Mental State Examination.

Bereik: een hogere BI-score staat gelijk aan een hogere mate van onafhankelijkheid; een hogere BNI-score, een hogere MMSE-score en een hogere Sleutelzoekscore staan gelijk aan beter functioneren

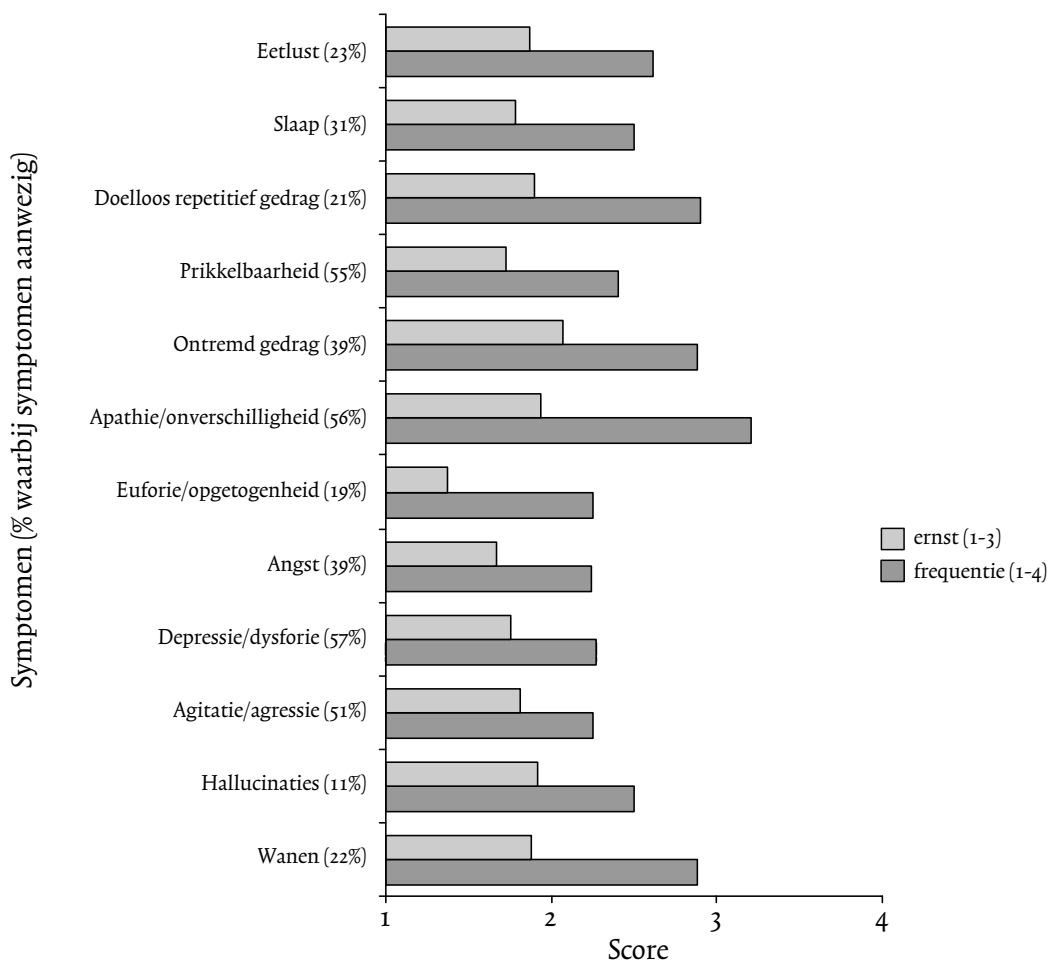
2007), maar lager dan de score van de revalidatiepatiënten (gemiddeld: 27) (van de Port e.a. 2006).

Op de Sleutelzoektest was de profielscore van deze patiëntengroep (gemiddeld: 2,0; SD: 1,5) ongeveer gelijk aan die van de patiëntengroep uit de BADS-handleiding (gemiddeld: 2,2; SD: 2,0) (Wilson e.a. 1997). De profielscore was iets lager wanneer deze werd vergeleken met een patiëntengroep met ernstig hersenletsel (3 jaar na letsel, met name frontaal letsel) doorverwezen voor neuropsychologisch onderzoek. Zij hadden een gemiddelde profielscore van 2,6 (SD: 1,2) (Wood & Liossi 2007).

De resultaten op de NPI lieten zien dat bij meer dan de helft van de patiënten met hersenletsel sprake was van prikkelbaarheid, apathie,

depressie en agitatie (figuur 2). Apathie werd meerdere malen per week gezien, maar niet elke dag. De apathie beïnvloedde de patiënt matig. Als er sprake was van prikkelbaarheid, depressie en agitatie kwamen deze gemiddeld ongeveer één keer per week voor. De ernst van deze symptomen was matig. In vergelijking: resultaten uit een studie met in het ziekenhuis opgenomen patiënten met CVA (2 maanden tot 1 jaar na CVA) (Angelelli e.a. 2004) lieten ook zien dat bij meer dan de helft van de patiënten sprake was van depressieve symptomen (61%). Echter, prikkelbaarheid (28%), apathie (27%) en agitatie (28%) kwamen veel minder vaak voor dan in de door ons onderzochte groep met hersenletsel.

FIGUUR 2 Resultaten op Neuropsychiatric Inventory (NPI); bereik: frequentie van 1 (soms) tot 4 (heel vaak); ernst van 1 (licht) tot 3 (ernstig)



DISCUSSIE

Er is opvallende variabiliteit tussen patiënten van de diverse klinische afdelingen NAH in de ggz. De gemiddelde MMSE-score is bijvoorbeeld ongeveer 24, maar de spreiding rondom dit gemiddelde is groot (SD: 6) en de score omvat het gehele bereik van de schaal (0-30). Met deze kritische kanttekening in het achterhoofd, zou de gemiddelde klinische patiënt met hersenletsel in de ggz als volgt kunnen worden omschreven:

Profiel

Het betreft een man van 51 jaar of ouder, het meest waarschijnlijk getroffen door een CVA of een ernstig hersentrauma, die pas jaren na het letsel (4-5) op vrijwillige basis voor een duur van 6-7 maanden wordt opgenomen. Hij komt overwegend vanuit thuis of een ziekenhuis (algemeen, revalidatie of psychiatrie). De verwachting is dat hij weer terugkeert naar huis of naar een vorm van begeleid/beschermd wonen gaat. Hij is verwezen door een arts, meestal een psychiater, minder vaak een neuroloog, revalidatiearts of huisarts. Er is een combinatie van cognitieve en psychische stoornissen, waarvoor verder geen aanvullend beeldvormend onderzoek wordt verricht. Er is vaak al sprake van een psychiatrische en somatische voorgeschiedenis. De cognitieve stoornissen staan op de voorgrond. Actueel zijn er veel somatische problemen, waarvoor ook veel medicatie wordt voorgeschreven. De feitelijke fysieke beperkingen zijn niettemin beperkt. Wel is de man aanzienlijk beperkt in zijn sociaal-maatschappelijk functioneren (bijv. werk en gezin) en cognitief-affectief functioneren (denken, oordeelsvorming, stemming). Daarnaast gebruikt hij vaak antidepressiva, slaapmedicatie en vitamines. De behandeling is in tijd niet heel intensief: ongeveer 7 uur groepsactiviteiten in de week en slechts 2 uur individuele therapie. Veel van de behandeling en begeleiding richt zich op dagbesteding (bijv. huishouding, tuin, muziek, etc). Ook wordt er veel aandacht besteed aan fysiotherapie en beweging. Er is naar verhouding weinig aandacht voor ergotherapie, cognitieve training en psycho-educatie.

Op as I van de DSM krijgt hij als eerste diagnose 'cognitieve stoornis NAO' (of amnestische stoornis) en als

tweede diagnose alcoholafhankelijkheid of persoonlijkheidsverandering. Op as II is de waarschijnlijkste diagnose 'uitgesteld' of 'geen'. Op de Clinical Global Impression Scale worden vooral verhoogde scores gevonden op cognitieve problemen, en daarnaast op negatieve en affectieve symptomen. Zijn scores op manie en positieve symptomen zijn relatief laag. De man in kwestie is lichamelijk licht beperkt of onafhankelijk in zijn dagelijks functioneren (BI). Op de NPI worden vooral hoge scores gevonden op prikkelbaarheid en agitatie en apathie en depressie.

Vergelijking met ggz-patiënten

Uit de vergelijkende analyses van de Zorgmonitor NAH en de Zorgmonitor GGZ bleek dat er in de groep met hersenletsel meer mannen voorkomen en dat deze gemiddeld zo'n 10 jaar ouder en hoger opgeleid zijn dan de ggz-patiënten. Bij meer dan de helft van de patiënten met hersenletsel was de eerste of hoofddiagnose op as I cognitieve stoornissen NAO, terwijl als tweede diagnose vooral alcoholafhankelijkheid (28%), persoonlijkheidsveranderingen (18%) en cognitieve stoornissen (14%) werden gerapporteerd. Bij de ggz-patiënten was de hoofddiagnose op as I een psychotische stoornis (28%), depressieve stoornis (14%) en schizofrenie (13%). Ook bij deze groep was alcoholafhankelijkheid de tweede diagnose (10%), na psychotische stoornissen (14%) en schizo-affectieve stoornissen (13%).

De mate van handicap/belemmering in het algehele functioneren is in de groep met hersenletsel lager dan in de ggz-populatie. Bij het beoordelen van de actuele mentale status bleken in de hersenletselgroep cognitieve stoornissen het ernstigst, terwijl in de ggz-populatie positieve en affectieve symptomen het ernstigst waren. In beide groepen krijgen veel patiënten medicatie, waaronder medicatie voor lichamelijke klachten, psychose en depressie. In de behandeling wordt in beide groepen relatief veel aandacht besteed aan wonen, arbeid en vrije tijd.

CONCLUSIES

Er bestaat een specifieke doelgroep van patiënten met hersenletsel met complexe meervoudige neuropsychiatrische stoornissen, die jaren na het oplopen van het letsel nog een beroep doen op behandeling binnen de ggz. Meest kenmerkend voor deze groep is, zoals ook verwacht, de combinatie van cognitieve stoornissen met negatieve en affectieve symptomen. Wat verder opvalt, is het therapeutisch optimisme. Van de meeste patiënten wordt verwacht dat zij terugkeren naar huis of in een beschermde woonvorm kunnen verblijven. Deze patiënten met hersenletsel zijn dus zeker niet 'onbehandelbaar en chronisch', een vooroordeel dat we vaak hebben gehoord.

Een kritische vraag is of de patiënt wel het juiste behandelaanbod en in voldoende omvang ontvangt. Zo valt op dat het aanbod fysiotherapie relatief groot is, terwijl het therapeutisch aanbod voor de dominant aanwezige cognitieve problemen relatief beperkt is. De omvang van de behandeling die aan de patiënt wordt geboden door paramedici (ergotherapie, logopedie, fysiotherapie, cognitieve training) is zeer bescheiden vergeleken met het aanbod bij een klinische opname in een revalidatiecentrum. Het is op basis van ons onderzoek echter niet direct te zeggen of het daarin ook tekortschiet. Wel zal het zeer moeilijk zijn om het paramedische behandelaanbod in de ggz uit te breiden omdat de huidige zorgvergoedingen daarop niet zijn toegesneden.

Wat verder in het oog springt, is de lange tijd tussen het oplopen van het hersenletsel en de opname in de ggz. Dat kan twee dingen betekenen. Door de combinatie van cognitieve, emotionele en gedragsmatige stoornissen hebben deze patiënten niet eerder kunnen revalideren in een revalidatiecentrum. Een tweede verklaring kan zijn dat vooral de emotionele en gedragsmatige stoornissen pas vrij laat na het hersenletsel worden opgemerkt of een last worden, vaak vooral voor de omgeving van de patiënt. Vooral deze groep patiënten kan nergens terecht. Niet in een regulier revalidatiecentrum, dat immers overwegend

gericht is op revalidatie in de directe herstelfase na hersenletsel en ook niet op een reguliere ggz-afdeling vanwege de ernstige cognitieve stoornissen.

Met het openen van speciale neuropsychiatrische afdelingen in de ggz is in elk geval voorzien in zorg voor een groep patiënten met meervoudige neuropsychiatrische problematiek. Kritische vraag blijft daarbij of het paramedische behandelaanbod in de ggz voldoende kan zijn, gegeven het krappe zorgbudget. Een aanvullend alternatief zou ook kunnen zijn dat de revalidatiecentra meer dan nu deze complexe neuropsychiatrische patiënt gaan opnemen en voor de begeleiding van de gedragsproblemen en emotionele problematiek intensief gaan samenwerken met de ggz.



Dit artikel is gebaseerd op het eindrapport Zorgmonitor NAH in de GGZ (Van Heugten e.a. 2012). Dat is totstandgekomen met medewerking van Bert ter Mors, Henk Eilander, Jacqueline van Vlerken, Frans Franssen en Monique van Lanen van NAH-circuit huize Padua GGZ Oost Brabant; Frank Jonker van GGZ Altrecht Vesalius, expertise- en behandelcentrum voor neuropsychiatrie; Klaas Arts, Fridus van der Weijden, Arnoud-Jan de Beaufort en Anne Janas van Pro Persona Winkler kliniek; Esther Steijns en Linda Laheij-Rooijackers van de Mondriaan Zorggroep, afdeling NAH Zorg; Joost Mertens, Cathelijan van den Bulck, Nathan Almekinders en Anton Duivenvorden van Bavo Europaort, Neuropsychiatrie; Anke Loijen en Ingrid van der Schaaf van GGZ Centraal; en Ger Driessen van de Universiteit Maastricht, GGZ zorgmonitor.

LITERATUUR

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental health disorders (4de herz. druk). Washington: APA: 2000.
- Angelelli P, Paolucci S, Bivona U, Piccardi L, Ciurli P, Cantagallo A, e.a. Development of neuropsychiatric symptoms in poststroke patients: a cross-sectional study. *Acta Psych Scand* 2004; 110: 55-63.
- Bour A, Rasquin S, Boreas A, Limburg M & Verhey F. How predictive is the MMSE for cognitive performance after stroke? *J Neurol* 2010; 257: 630-7.
- Christensen B, Coletta B, Inness E, Hebert D, Monette G, e.a. Recovery of cognitive function after traumatic brain injury; a multilevel modeling analysis of Canadian outcomes. *Arch of Phys Med Rehab* 2008; 89: 3-15.

- Collin C, Wade D T, Davies S & Horne, V. The Barthel ADL Index: a reliability study. *Int Disabil Stud* 1998; 10: 61.
- Cummings J L. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurol* 1994; 44: 2308-14.
- Cummings JL. The Neuropsychiatric Inventory: assessing psychopathology in dementia patients. *Neurol* 1997; 48 (5 Suppl 6): S10-6.
- Haan R de, Limburg M, Schuling J, Broeshart J, Jonkers L, van Zuylen P. Klinimetrische evaluatie van de Barthel-index, een maat voor beperkingen in het dagelijks functioneren. *Ned Tijdschr Geneesk* 1993; 37: 917-21.
- Delespaul P, Gunther N, Drukker M, Commisaris K, Driessen G, Bak M, e.a. Zorgmonitor Zuid-Limburg. Instrument voor vraaggerichte Geestelijke Gezondheidszorg voor de hulpverlening en het management. Maastricht: Provinciale Raad voor de Volksgezondheid Limburg; 2008a.
- Delespaul P, Bak M, van Os J. Handleiding GGZ Monitor Zuid-Limburg 2008 (5de druk). Maastricht: Universiteit Maastricht; 2008b.
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. 'Mini-mental state'; A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psych Res* 1975; 12: 189-98.
- Geurtsen GJ, van Heugten CM, Martina JD, Rietveld AC, Meijer RM, Geurts AC. A prospective controlled study to evaluate a residential community reintegration for patients with chronic acquired brain injury. *Arch Phys Med Rehab* 2011; 92: 696-704.
- Guy W. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology - Revised (pp. 218-222). Rockville: Department of Alcohol, Drugs Abuse, and Mental Health, Education and Welfare; 1976.
- Haro JM, Kamath SA, Ochoa S, Novick D, Rele K, Fargas A, e.a. The Clinical Global Impression-Schizophrenia scale: a simple instrument to measure the diversity of symptoms present in schizophrenia. *Acta Psych Scand* 2003; 107: 16-23.
- Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med J* 1965; 14: 61-5.
- Oliver JPJ, Huxley PJ, Priebe S, Kaiser W. Measuring the quality of life of severely mentally ill people using the Lancashire Quality of Life Profile. *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiol* 1997; 32: 76-83.
- Penna S, Novack A. Further validation of the orientation and cognitive logs: their relationship to the Mini-Mental State Examination. *Arch Phys Med Rehab* 2007; 88: 1360-1.
- Port IGL van de, Kwakkel G, Schepers VPM, Lindeman E. Predicting mobility outcome one year after stroke: a prospective cohort study. *J Rehab Med* 2006; 38: 218-23.
- Prigatano GP, Amin K, Rosenstein L. Validity studies on the BNI Screen for Higher Cerebral Functions. *BNI Quarterly* 1993; 9: 2-9.
- Rasquin SM, Lodder J, Ponds RW, Winkens I, Jolles J, Verhey FR. Cognitive functioning after stroke: a one-year follow up study. *Dement Geriatric Cogn Dis* 2004; 18: 138-44.
- Spearing MK, Post RM, Leverich GS, Brandt D, Nolen W. Modification of the Clinical Global Impressions (CGI) scale for use in bipolar illness (BP): the CGI-BP. *Psych Res* 1997; 73: 159-71.
- Wit L de. Use of time by stroke patients. *Stroke* 2005; 36: 1977.
- Heugten C van, Ponds R, Berkens R, Smeets S, Wolters Gregorio G. Zorgmonitor NAH in de GZ. Een onderzoek naar de zorgbehoeftes en zorgverlening voor klinische patiënten met niet aangeboren hersenletsel in de GGZ. Maastricht: Maastricht University; 2012.
- Wilson BA, Alderman N, Burgess PW, Emslie HE, Evans JJ. Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome. (Ned. vert. L. Krabbendam, A. Kalf). Bury St Edmunds: Thames Valley Test Company; 1997.
- Wood RL, Liossi C. The relationship between general intellectual ability performance on ecologically valid executive tests in a severe brain injury sample. *J Intern Neuropsych Society* 2007; 13: 90-8.

AUTEURS

CAROLINE M. VAN HEUGTEN, bijzonder hoogleraar Klinische Neuropsychologie, i.h.b. de Neuropsychologische Interventies, School for Mental Health and Neuroscience, Maastricht UMC, en Vakgroep Neuropsychologie & Psychofarmacologie, Faculty of Psychology & Neuroscience, Maastricht University, Maastricht.

ELLEN JANSSEN, gz-psycholoog, NAH circuit huize Padua, GGZ Oost Brabant.

ADA VISSCHER, verpleegkundige, teammanager, GGZ Altrecht Vesalius expertise en behandelcentrum voor neuropsychiatrie, Lectoraat GGZ verpleegkunde, Hogeschool Inholland Amsterdam.

GISELA WOLTERS GREGÓRIO, psycholoog, onderzoeker, School for Mental Health and Neuroscience, MUMC, Maastricht.

SANNE SMEETS, psycholoog, onderzoeker, School for Mental Health and Neuroscience, MUMC, Maastricht.

RUUD BERKERS, psycholoog, onderzoeker, Vakgroep Neuropsychologie & Psychofarmacologie, Faculty of Psychology & Neuroscience, Maastricht University, Maastricht, en UMC St Radboud, Donders Institute for Brain, Cognition and Behaviour, Nijmegen.

RUDOLF PONDS, klinisch neuropsycholoog, hoogleraar medische psychologie, School for Mental Health and Neuroscience, MUMC, Maastricht, en Adelante Zorggroep, Hoensbroek.

Correspondentieadres: prof. dr. Caroline M. van Heugten, Universiteit Maastricht, School for Mental Health and Neuroscience, Vakgroep Psychiatrie - Neuropsychologie, Postbus 616, 6200 MD Maastricht.

E-mail: c.vanheugten@maastrichtuniversity.nl

Geen strijdige belangen meegeedeeld

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 3-6-2013.

SUMMARY

Patients with brain injury in a psychiatric setting; assessment of health care needs and received care – C.M. van Heugten, E.P.J. Janssen, A.J.M. Visscher, G. Wolters Gregório, S. Smeets, R.M.W.J. Berkers, R.W.M. Ponds –

BACKGROUND In some Dutch mental health care organisations specific neuropsychiatric departments have been developed for patients with brain injury.

AIM To identify the characteristics of patients with brain injury who form a specific population in mental health care and to determine whether such patients require either specialised care or a special type of care.

METHOD A cross-sectional analysis of typical brain injury inpatients was performed. We noted the age and gender of these patients and recorded any previous periods of inpatient care. We listed patients' impairments, the diagnoses they had been given and the treatment they had received. This inventory formed the basis of our conclusions.

RESULTS The typical clinical patient with brain injury in this setting was a male of 51 years or older, most probably affected by a stroke or traumatic brain injury, admitted for a period of 6 months, many years after the incident. He was mostly referred from home or hospital by a physician and was expected to return home again. A combination of cognitive and psychiatric impairments was often found. Physically the patient had no or only mild disabilities, but societal participation was low and many cognitive-affective disorders were seen. Treatment was relatively infrequent and mostly directed at daily activities. The most frequent diagnosis was 'cognitive deficits not otherwise specified'. Irritability, agitation, apathy and depression were frequent symptoms.

CONCLUSION This inventory suggests that brain injury patients in a mental health care setting need special care which is not available in other health care settings.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 55(2013)9, 665-675]

KEYWORDS brain injury, neuropsychiatry, treatment

