

# Gastredactioneel

## Intramurale verpleeghuiszorg voor cliënten met psychiatrisch-somatische multimorbiditeit: specialistische zorg of cliënten tussen wal en schip?

Anne M.A. van den Brink · Debby L. Gerritsen · Richard C. Oude Voshaar · Raymond T.C.M. Koopmans

Twee voorbeelden van cliënten met psychiatrisch-somatische multimorbiditeit die zijn aangemeld voor verpleeghuiszorg

Een 63-jarige vrouw is gediagnosticeerd met een depressie, paniekaanvallen, een gemengde persoonlijkheidsstoornis met afhankelijke en theatrale kenmerken en multipale sclerose. Zij was immobiel en volledige ADL-afhankelijk, doch kon zelfstandig wonen dankzij intensieve mantel- en thuiszorg. Na het overlijden van haar mantelzorger begon zij, ook buiten de geplande zorgmomenten, toenemend een beroep te doen op de thuiszorg. Hieruit bleek dat mevrouw meer continuïteit in de zorgverlening nodig had dan door de thuiszorg geboden kon worden. Daarom werd een indicatie aangevraagd voor opname in een verpleeghuis

Het tweede voorbeeld betreft een 72-jarige, gehuwde man met een recidiverende psychotische depressie, tardieve dyskinesie en ernstige diabetes insipidus. Hij werd opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis in verband met suicidaliteit, nihilistische wanen en een delier. Het delier was het gevolg van uitdroging door slecht drinken en de diabetes insipidus. Na rehydratie en met intensieve psychiatrische behandeling knapte hij goed op, maar om herhaling van een dergelijke ontsporing te voorkomen, bleef psychiatrische en somatische begeleiding noodzakelijk. Vanwege deze zorgbehoefte, die voor zijn echtgenote een te grote belasting betekende, was ontslag naar huis niet mogelijk en verhuisde hij naar een verpleeghuis

### Inleiding

Hoewel onderzoek uitwijst dat multimorbiditeit bij ouderen eerder regel dan uitzondering is, ontbreken exacte cijfers over de combinatie van psychiatrische en somatische aandoeningen, zogenaamde psychiatrisch-somatische multimorbiditeit [1].

Cliënten met psychiatrisch-somatische multimorbiditeit zijn gebaat bij een geïntegreerde benadering van hun zorgvragen. Daarvoor zijn dan ook verschillende zorgmodellen ontwikkeld [2]. In de eerste lijn bestaat bijvoorbeeld een groeiende belangstelling voor *collaborative care* programma's, waarin professionals, al dan niet uit verschillende sectoren en/of van verschillende organisaties hun activiteiten zo veel mogelijk op één lijn brengen, resulterend in samenhangende zorg die is afgestemd op de individuele behoeften van de cliënt [3]. In de tweede lijn is geïnte-

---

A. M.A. van den Brink (✉) · D. L. Gerritsen · R. T.C.M. Koopmans  
Afdeling Eerstelijngeneeskunde,  
Radboud universitair medisch centrum,  
Nijmegen, Nederland  
e-mail: anne.vandenbrink@radboudumc.nl

A. M.A. van den Brink · D. L. Gerritsen · R. T.C.M. Koopmans  
Specialistisch Zorg- en Behandelcentrum Joachim en Anna,  
Stichting De Waalboog,  
Nijmegen, Nederland

R. C. Oude Voshaar  
Universitair Centrum Psychiatrie,  
Universitair Medisch Centrum Groningen,  
Groningen, Nederland

DOI: 10.1007/s12439-015-0138-0

Published online: 13 May 2015

greerde zorg voor dergelijke cliënten beschikbaar op geriatrieafdelingen en medisch-psychiatrische units in algemene, psychiatrische en academische ziekenhuizen.

Deze modellen passen in het beleid voor de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ), dat al vanaf begin jaren tachtig gericht is op ambulantisering [4]. Voor langdurig verblijf zijn cliënten sindsdien vooral aangewezen op beschermde woonvormen, waar structuur en begeleiding geboden wordt. Wanneer cliënten tevens geconfronteerd worden met complexe somatische problemen, wordt voor het bieden van geïntegreerde psychiatrisch-somatische zorg toenemend een beroep gedaan op verpleeghuizen.

In Nederland hebben de verpleeghuizen een lange traditie in het huisvesten van cliënten in units voor specifieke doelgroepen, zoals psycho-geriatrie of somatische units. Op deze manier kunnen zorg, behandeling, wonen en welzijn geïntegreerd en afgestemd op de doelgroep worden geboden.

Nu steeds meer zorg thuis en in kleinschalige woonvormen geboden wordt, veranderen de doelgroepen in verpleeghuizen naar cliënten met de meest complexe zorgvragen. Om deze zorgvragen adequaat te kunnen beantwoorden, is het noodzakelijk dat verpleeghuizen zich ontwikkelen tot specialistische zorg- en behandelcentra, deels voor de meest complexe cliënten van de traditionele doelgroepen en deels voor relatief nieuwe doelgroepen, waaronder cliënten met psychiatrisch-somatische multimorbiditeit.

In de praktijk blijkt dat deze gerontopsychiatrische cliënten andere zorgvragen hebben dan cliënten met dementie of met uitsluitend somatische aandoeningen [5]. Hoewel er nog geen wetenschappelijk onderzoek verricht is naar de zorgbehoeften van cliënten met psychiatrisch-somatische multimorbiditeit [6], kan op basis van praktijkervaring een beeld geschetst worden van de randvoorwaarden voor specialistische verpleeghuiszorg voor deze doelgroep [7].

### Randvoorwaarden

Een gerontopsychiatrische verpleeghuisafdeling, waar specialistische verpleeghuiszorg van goede kwaliteit geleverd wordt, zou er als volgt uit moeten zien: de afdeling beschikt over een gespecialiseerd multidisciplinair team, waar in ieder geval een specialist ouderengeneeskunde, een GZ-psycholoog en een HBO-opgeleide verpleegkundige met kennis over en ervaring met de doelgroep deel van uitmaken. Naast onderzoek, behandeling en begeleiding van cliënten zijn de genoemde

professionals in staat om de overige leden van het team te ondersteunen en te begeleiden.

Specifieke kennis en vaardigheden zijn nodig om zorgvragen, symptomen en gedrag goed te kunnen interpreteren. Dit kan ingewikkeld zijn vanwege de manier waarop cliënten klachten en zorgvragen uiten, maar ook omdat somatische en psychiatrische aandoeningen vrijwel dezelfde symptomen kunnen geven. Zo kunnen neurologische symptomen, zoals verminderde alertheid en gebrek aan energie, verward worden met de symptomen van een psychiatrische aandoening, zoals anhedonie en apathie bij een depressie.

Daarnaast zijn de professionals getraind in voor deze doelgroep en setting bruikbare begeleidingsstrategieën waarmee zij invloed kunnen uitoefenen op de interactie tussen cliënt en diens omgeving. De professionals weten hoe hun eigen gedrag van invloed is op de reactie van de cliënt en kunnen dit inzetten om gedrag van cliënten positief te beïnvloeden.

Er zijn goede afspraken met collega's uit de tweede lijn, voor zowel somatische als psychiatrische consultatie en medebehandeling. Verschillende disciplines uit de GGZ zijn laagdrempelig te benaderen voor advies. Als de situatie dat noodzakelijk maakt, kan er opgeschaald worden naar intensievere zorg bij voorkeur in het verpleeghuis met ondersteuning vanuit de GGZ, maar als dat niet haalbaar blijkt, wordt (kortdurende) opname in de GGZ soepel geregeld (ketenzorg).

Daarnaast is het belangrijk dat gekwalificeerde medewerkers vanuit de GGZ met een vaste regelmaat de afdeling bezoeken, onder andere voor educatie van het team en om doelgroepspecifieke adviezen te geven met betrekking tot de woonleefomgeving in het verpleeghuis [8].

Deze woonleefomgeving, die zowel de fysieke als de sociale en organisatorische omgeving omvat, vraagt bijzondere aandacht. De in de literatuur beschreven uitgangspunten voor bijvoorbeeld de woonleefomgeving voor psychogeriatrische cliënten [9] zijn naar verwachting niet optimaal voor cliënten met psychiatrisch-somatische multimorbiditeit. Er bestaat een reëel risico dat het sterk op ondersteuning gerichte klimaat binnen het verpleeghuis het functioneren van deze groep cliënten negatief beïnvloedt. Een therapeutisch milieu is waarschijnlijk passender.

Voor de inrichting hiervan kan gebruik gemaakt worden van de inzichten uit de intramurale geestelijke gezondheidszorg [10, 11]. Dit therapeutisch milieu zou er als volgt uit moeten zien: enerzijds biedt de zorgverlener vanuit een respectvolle, gelijkwaardige en vriendelijke basishouding lichamelijke en psychische ondersteuning die gericht is op het bevorderen van eigenwaarde,

controle en veiligheid. Nadrukkelijk wordt de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt bevorderd. Anderzijds biedt de zorgverlener structuur waarbij rollen en verantwoordelijkheden voorspelbaar zijn, waarin gedragsregels gelden en stelt deze, als dat nodig is, eenduidige grenzen. Er wordt actief gewerkt aan het bevorderen van de betrokkenheid van de cliënt op zijn of haar sociale omgeving. Bovendien zijn er voldoende mogelijkheden voor een zinvolle dagbesteding, toegesneden op de wensen en mogelijkheden van deze cliënten, die over het algemeen wat jonger zijn dan de overige cliënten in verpleeghuizen [6].

### Benodigde ontwikkelingen

De zorg en behandeling voor deze doelgroep moeten zich ontwikkelen van “good practices” naar “best practices” met evidence-based interventies. Daartoe dienen richtlijnen ontwikkeld te worden die toegesneden zijn op de specifieke kenmerken en zorgvragen van deze groep cliënten.

De onderzoeksagenda zou zich minimaal moeten richten op de specifieke zorgbehoeften, de meest effectieve zorgmodellen en behandelingen, het therapeutisch milieu, bruikbare screenings- en diagnostische instrumenten en de benodigde kennis en vaardigheden van de verschillende leden van het multidisciplinaire team.

Ten behoeve van deze beide ontwikkelingen zouden de krachten gebundeld moeten worden, het liefst internationaal. Het door de International Psychogeriatric Association (IPA) opgerichte Long-Term Care Shared Interest Forum (SIF) kan hier wellicht een belangrijke rol in vervullen. ([http://www.ipa-online.net/ipaonlinev4/main/programs/sif/sif\\_ltc.html](http://www.ipa-online.net/ipaonlinev4/main/programs/sif/sif_ltc.html))

### Regelgeving en financiering

Regelgeving en financiering mogen het realiseren van bovenstaande randvoorwaarden en ontwikkelingen niet in de weg staan. De financiering

dient toereikend te zijn voor de extra inspanningen ten behoeve van de zorg voor deze doelgroep, zoals specifieke vormen van behandeling (psychotherapie), realisatie en evaluatie van het therapeutisch milieu, consultatie vanuit de GGZ en scholing van het team.

Deze aanbeveling is bijzonder actueel in het kader van de recente hervormingen in de langdurige zorg. Er bestaat namelijk een reëel risico dat met ingang van 1 januari 2015 sommige cliënten met psychiatrisch-somatische multimorbiditeit niet meer opgenomen kunnen worden in een verpleeghuis omdat hun GGZ-indicatie niet meer (administratief) mag worden omgezet in een V&V-indicatie. Indien voor een cliënt met psychiatrisch-somatische multimorbiditeit een indicatie wordt afgegeven die gebaseerd is op de dominante grondslag ‘psychiatrische aandoening of beperking’, wordt deze cliënt uitgesloten van opname in een verpleeghuis. Dit heeft uiteraard ook gevolgen voor de instroom van cliënten op gerontopsychiatrische verpleeghuisafdelingen en daardoor voor de financiering. Afname van financiële middelen zet het realiseren van de randvoorwaarden voor specialistische verpleeghuiszorg onder druk.

### Conclusie

Verpleeghuizen kunnen een belangrijke rol spelen in de zorg voor cliënten met psychiatrisch-somatische multimorbiditeit indien zij zich ontwikkelen tot specialistische zorg- en behandelcentra waarin aan de hierboven beschreven randvoorwaarden is voldaan. Indien dit niet mogelijk is, is de kans groot dat deze cliënten tussen wal en schip vallen.

Dit is een bewerking van het Guest Editorial dat verschenen is in *International Psychogeriatrics*.

van den Brink, A. M., D. L. Gerritsen, et al. (2014). “Patients with mental-physical multimorbidity: do not let them fall by the wayside.” *Int Psychogeriatr* 26(10): 1585–1589.

---

### Literatuur

1. Gezondheidsraad. Ouderdom komt met gebreken. Geneeskunde en zorg bij ouderen met multimorbiditeit. Den Haag: Gezondheidsraad; 2008.
2. Bartels SJ. Caring for the whole person: integrated health care for older adults with severe mental illness and medical comorbidity. *J Am Geriatr Soc.* 2004;52(12 Suppl):249–57.

3. Unützer J, Schoenbaum M, Druss BG. The collaborative care model: an approach for integrating physical and mental health care in Medicaid health homes. Baltimore, 2013.
4. Hoof F van, Knispel A, Erp N van, Overweg K, Place C, Vught M van. Ambulantisering. Trendrapportage GGZ 2012; deel 1: organisatie, structuur en financiering. Utrecht: Trimbosch instituut; 2013.
5. Grabowski DC, Aschbrenner KA, Rome VF, Bartels SJ. Quality of mental health care for nursing home residents: a literature review. *Med Care Res Rev.* 2010;67(6):627–56.
6. Brink AM van den, Gerritsen DL, Voshaar RC, Koopmans RT. Residents with mental-physical multimorbidity living in long-term care facilities: prevalence and characteristics. A systematic review. *Int Psychogeriatr.* 2013;25(4):531–48.
7. Zorgprogramma voor mensen met gerontopsychiatrische problematiek in het verpleeghuis. Gouda: Landelijke Stuurgroep Gerontopsychiatrie in de V & V; 2012.
8. Bartels SJ, Moak GS, Dums AR. Models of mental health services in nursing homes: a review of the literature. *Psychiatr Serv.* 2002;53(11):1390–6.
9. Fleming R, Purandare N. Long-term care for people with dementia: environmental design guidelines. *Int Psychogeriatr.* 2010;22(7):1084–96.
10. Gunderson JG. Defining the therapeutic processes in psychiatric milieus. *Psychiatry.* 1978;41(4):327–35.
11. De Haan E, Olij L. Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap. Visie op de (langdurende) zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen. Amersfoort: GGZ Nederland, 2009.