

CVA-patiënten die aangewezen zijn op langdurige verpleeghuiszorg.

Wie zijn ze? Met welke problemen kampen zij? Welke zorg ontvangen ze?

M. Smalbrugge^a, W.P. Achterberg^b, M.G. Dik^c, C.M.P.M. Hertogh^d,
D.H. Frijters^e

Stroke patients in need of long-term nursing home care. Who are they? What are their problems? Which care do they receive?

Background and objective: Many patients who suffer from an acute stroke, will need long-term nursing home care. We are poorly informed about the demographic and clinical characteristics and about the care problems and received care of these patients. This study aims to provide a first description of these characteristics in this group of patients. *Methods:* Data on demographic and health-related characteristics, social participation and received care were collected with the Minimum Data Set of the Resident Assessment Instrument, from January 2004 - March 2007, in patients who needed long-term nursing home care. Data were collected in eight nursing homes at admission and six months after admission. *Results:* Many patients were functionally impaired, suffered from depressive symptoms and pain, and were cognitively impaired. In addition, decisional capacity was frequently diminished. The majority of patients were residing at somatic wards, even when severe cognitive impairment was present, such as dementia. Several forms of restraints were frequently used, also at somatic wards. About 40% of the patients, mostly residing at somatic wards, received paramedical treatment. Social engagement was low and was correlated with functional impairment. *Conclusions:* Stroke patients who need long-term nursing home care suffer from problems in several domains. The high prevalence of cognitive impairment in stroke patients residing at somatic wards, combined with the ample use of restraints on these wards, raises questions about the appropriateness of the currently delivered care to these patients, considering the problems they have.

Key words: Cerebrovascular accident, long term care, care needs

Tijdschr Gerontol Geriatr 2008; 39: 193-201

Samenvatting

Achtergrond en doel: Een substantieel deel van de patiënten die een acute beroerte doormaken wordt langdurig van verpleeghuiszorg afhankelijk. Weinig kennis is voorhanden over de demografische kenmerken, klinische kenmerken en zorgproblemen van deze patiëntengroep en evenmin over ontvangen zorg in relatie tot de aanwezige zorgproblemen. Deze studie is een eerste aanzet tot nadere beschrijving van deze patiëntenpopulatie.

Methode: In acht verpleeghuizen zijn in de periode januari 2004 – maart 2007 bij bewoners met een beroerte die op langdurige verpleeghuiszorg zijn aangewezen, met de Minimum Data Set van het Resident Assessment Instrument demografische en gezondheidsgerelateerde gegevens verzameld, evenals informatie over sociaal functioneren en ontvangen zorg. Dataverzameling vond plaats rond opname en na een half jaar.

Resultaten: Veel patiënten hebben problemen met zelfredzaamheid, stemming, pijn en cognitie. Regelmatig is ook sprake van verminderde beslisvaardigheid. De meerderheid verblijft op somatische afdelingen, ook wanneer sprake is van ernstige cognitieve problemen zoals dementie. Gebruik van beschermende middelen en maatregelen vindt, ook op somatische afdelingen, veelvuldig plaats. Ongeveer 40%, voornamelijk patiënten op somatische afdelingen, ontvangt paramedische behandeling. Sociale participatie is laag en negatief gecorreleerd met ADL-afhankelijkheid.

Conclusie: Patiënten met een beroerte die op langdurige verpleeghuiszorg zijn aangewezen kampen met problemen op diverse domeinen. De hoge prevalentie van ernstige cognitieve problemen op somatische afdelingen en het

ruime gebruik van beschermende middelen en maatregelen op deze afdelingen, roept de vraag op of het huidige zorgaanbod het meest passend is bij de zorgproblemen van deze patiëntengroep.

Trefwoorden: CVA-problematiek; somatisch verpleeghuis; beschermende maatregelen; cognitieve beperking

Inleiding

Per jaar krijgen in Nederland ongeveer 36.000 mensen een acuut cerebrovasculair accident (CVA).¹ Dit aantal zal in de komende decennia nog toenemen door de vergrijzing. De zorg voor CVA-patiënten is de laatste tien jaar sterk verbeterd, vooral ook door de opbouw van een landelijk netwerk van stroke-services. Dit heeft geresulteerd in een lagere mortaliteit, verbeterde functionele uitkomsten en meer aandacht voor psychosociale problemen bij CVA-patiënten en bij hun mantelzorgers.^{2,3}

Na de initiële behandeling van het CVA op een stroke-unit van een ziekenhuis, wordt 50% van de patiënten ontslagen naar huis. Ongeveer 15-20% overlijdt in het ziekenhuis en ongeveer 30% wordt overgeplaatst voor verdere revalidatie: voor het merendeel naar een afdeling voor CVA-revalidatie van een verpleeghuis (90% van de 30%). Een half jaar na het ontstaan van het CVA verblijft ongeveer 15% (5000 mensen) van de oorspronkelijk naar het ziekenhuis verwezen CVA-patiënten nog steeds in het verpleeghuis.^{4,5} Omdat de kans op verder functioneel herstel na dit eerste half jaar sterk daalt, zal een groot deel van deze patiënten definitief aangewezen blijven op verzorging en behandeling in het verpleeghuis.

In het CVA-onderzoek was deze groep CVA-patiënten tot nu toe niet vertegenwoordigd. Dat lijkt niet terecht. Verwacht mag namelijk worden dat veel van deze patiënten, behalve functionele beperkingen, ook stemmingsproblemen en cognitieve problemen zullen hebben, omdat een CVA daarvoor een belangrijke risicofactor is.^{3,6,7,8} Deze problemen en daaraan gerelateerde gevolgen zoals verminderde sociale participatie, verminderde beslisvaardigheid en gedragsproblemen, stellen hoge eisen aan de zorg, begeleiding en behandeling van deze patiënten.^{9,10,11,12}

De precieze aard en omvang van de genoemde problematiek bij deze groep CVA-patiënten is echter onbekend. Ook is onbekend welke zorg deze groep patiënten in het verpleeghuis ontvangt en of en in welke mate daarbij psychofarmaca en (beschermende) middelen en maatregelen ingezet worden. Daarom is een descriptieve,

^a Verpleeghuisarts, Afdeling verpleeghuisgeneeskunde/EMGO, VU medisch centrum, Amsterdam

^b Verpleeghuisarts, epidemioloog, Afdeling verpleeghuisgeneeskunde/EMGO, VU medisch centrum, Amsterdam

^c Epidemioloog, Afdeling verpleeghuisgeneeskunde/EMGO, VU medisch centrum, Amsterdam

^d Verpleeghuisarts, ethicus, Afdeling verpleeghuisgeneeskunde/EMGO, VU medisch centrum, Amsterdam

^e Senior onderzoeker, Afdeling verpleeghuisgeneeskunde/EMGO, VU medisch centrum, Amsterdam

Correspondentie: Dr. M. Smalbrugge, verpleeghuisarts, afdeling verpleeghuisgeneeskunde/EMGO, VU medisch centrum, van der Boechorststraat 7, 1081 BT, Amsterdam. T: 020-4449686; F: 020-4448231; E: m.smalbrugge@vumc.nl

exploratieve studie verricht met als vraagstellingen:

Wat zijn de demografische en klinische kenmerken van patiënten die chronische (langer dan zes maanden) verpleeghuiszorg behoeven vanwege een CVA?

Welke problemen (functioneel, stemming, cognitief, gedrag, sociale participatie) zijn er, rond opname en na een half jaar, en hoe is hun onderlinge relatie?

Welke zorg ontvangen deze bewoners, rond opname en na een half jaar?

Hoe is de relatie tussen problemen op gebied van cognitie en gedrag en het gebruik van beschermende middelen en maatregelen en van psychofarmaca?

Methode

Onderzoekspopulatie

Uit 8 Nederlandse verpleeghuizen die het Resident Assessment Instrument (RAI) gebruiken voor probleem- en zorgregistratie, werden, retrospectief, patiënten geïncludeerd die van januari 2004 tot en met september 2006 met de diagnose CVA waren opgenomen en van wie minimaal twee metingen beschikbaar waren (0-45 dagen (rond opname) en 180-270 dagen (6 maanden na opname)). Dit zijn de CVA patiënten die naar alle waarschijnlijkheid langdurig op verpleeghuiszorg zijn aangewezen.

Meetinstrumenten

Met behulp van de Minimum Data Set (MDS) versie 2.1 van het RAI (Resident Assessment Instrument) werden gegevens verzameld over demografie, gezondheid en sociaal functioneren en ontvangen zorg.

De MDS van het RAI is een observatie-instrument dat uit diverse secties is opgebouwd (bijvoorbeeld 'cognitief functioneren', 'stemming', 'gedragsproblemen', 'pijn') en waarmee op gestandaardiseerde wijze inzicht in de zorgproblemen en het zorgaanbod van de bewoner verkregen wordt.¹³ De observaties worden verricht door direct bij de zorg betrokken zorgverleners, in de Nederlandse situatie door verzorgenden en verpleeghuisartsen. De betrouwbaarheid van de geobserveerde items is in verschillende landen vastgesteld.^{14,15,16} Ook in Nederland heeft voor een aantal secties valideringsonderzoek plaatsgevonden.^{17,18} De observaties vinden plaats bij opname en vervolgens op vaste tijden, veelal gekoppeld aan multidisciplinaire zorgbesprekingen.

Demografische gegevens

Geslacht, leeftijd, burgerlijke staat en verblijfplaats voor opname in het verpleeghuis werden rond opname vastgelegd.

Gezondheidsgerelateerde gegevens en sociaal functioneren

Comorbide diagnoses werden rond opname bepaald d.m.v. een uitgebreide diagnoselijst, waarvan de belangrijkste hoofdgroepen hier gebruikt worden (cardiovasculair, pulmonaal, neurologisch, metabool, gewrichtsaandoeningen).

Gehoor is met een vierpunts en *visus* met een vijfpunts ordinale schaal gescoord rond opname. Beide zijn gedichotomiseerd weergegeven (geen of gering probleem; matig tot ernstig probleem).

Onderstaande variabelen werden zowel rond opname als zes maanden na opname gemeten.

Pijn is in drie klassen weergegeven, waarbij de MDS items die pijnfrequentie en pijnintensiteit meten gecombineerd werden: geen pijn, enige pijn (minder dan dagelijks of dagelijks pijn en licht qua intensiteit), substantiële pijn (dagelijks pijn en matig tot ernstig qua intensiteit).¹⁹

Incontinentie voor urine en faeces zijn met een vijfpunts ordinale schaal bepaald en gedichotomiseerd weergegeven ((meestal) continent;(vaak) incontinent).

Communicatiemogelijkheden werden bepaald met twee MDS-items die ordinaal het vermogen om zichzelf duidelijk te maken en het vermogen anderen te begrijpen meten op een vierpuntschaal. De vierpuntsschalen zijn gedichotomiseerd (wordt altijd/gewoonlijk begrepen versus wordt soms/zelden of nooit begrepen en begrijpt anderen altijd/gewoonlijk versus begrijpt anderen soms/zelden of nooit).

ADL afhankelijkheid is gemeten en gebaseerd op een hiërarchische ADL-index, bestaande uit zeven categorieën.^{17,20} De index werd trichotoom gehanteerd (geen/geringe afhankelijkheid (0-1); matige afhankelijkheid (2-3); sterke afhankelijkheid (4-6)).

Stemmingsproblemen (depressieve symptomen) zijn bepaald met de MDS-Depression Rating Scale (DRS), bestaande uit 7 items en een scorebereik van 0-14. De schaal heeft een goede tussenbeoordelaarbetrouwbaarheid en, bij gebruik van een afkapwaarde van 2/3, een hoge sensitiviteit en redelijke specificiteit voor de diagnose depressie volgens DSM-IV criteria.^{15,17,21} Herstel respectievelijk ontstaan van depressieve symptomen werden gedefinieerd als passeren van afkappunt 2/3 en een minimaal verschil van een halve standaarddeviatie (2 punten: sd 2.8) op de MDS-DRS.

Cognitief functioneren werd gemeten met de MDS-Cognitive Performance Scale (CPS), een index die uit 7 categorieën bestaat en gebaseerd is op 5 MDS items.^{17,22} De index werd trichotoom gehanteerd (geen/geringe cognitieve beperkingen (0-1); matige cognitieve beperkingen (2-3); ernstige cognitieve beperkingen (4-6)). De schaal komt redelijk overeen met de Mini Mental Status Examination (MMSE) als instrument om cognitieve beperkingen op het spoor te komen.²³

Een indruk van de *beslisvaardigheid* werd verkregen uit het item 'cognitieve vaardigheden voor de dagelijkse besluitvorming'. Door middel van een vierpunts ordinale schaal werd rond opname en 6 maanden na opname beoordeeld in welke mate een bewoner in staat werd geacht zelfstandig beslissingen over het dagelijks leven te nemen.

Gedragsproblemen werden rond opname en zes maanden na opname geregistreerd door middel van het item gedragsproblemen, dat het voorkomen van vijf verschillende problematische gedragingen vastlegt. Het item werd dichotoom gehanteerd: gedrag kwam niet voor/ gedrag kwam meer dan 1 dag voor in de week voor registratie.

Sociaal functioneren is gemeten met de MDS Index of Social Engagement (ISE). De ISE meet participatie aan activiteiten in het verpleeghuis en verschilt van de MDS meetinstrumenten voor stemming en gedragsproblemen.^{18,24}

Ontvangen zorg

Rond opname en zes maanden na opname werd vastgelegd of de patiënt op een somatische afdeling dan wel op een psychogeriatrische afdeling zorg ontving. Daarnaast werd rond opname en zes maanden na opname verleende paramedische zorg (fysiotherapie (FT), ergotherapie (ET), logopedie (LP)) geregistreerd. Deze zorg werd gedichotomiseerd weergegeven: ja/nee. Er was sprake van ontvangen paramedische zorg als minimaal 15 minuten paramedische therapie in de afgelopen week was ontvangen.

Gebruik van beschermende middelen en maatregelen gedurende de laatste zeven dagen voor meting, die gepaard gingen met lichaamsfixatie/ beperking van de bewegingsvrijheid, werd rond opname en zes maanden na opname geregistreerd. Per middel/maatregel werd gebruik gedichotomiseerd (geen/wel).

Daarnaast werd medicatiegebruik (totaal aantal verschillende medicijnen; psychofarmaca) rond opname en zes maanden na opname bepaald.

Analyses

Prevalentie van patiëntproblemen (functioneel, stemming, cognitief, gedrag, sociale participatie) en soort en mate van zorggebruik rond opname en zes maanden na opname worden beschreven met behulp van beschrijvende statistiek.

Vervolgens worden de correlaties tussen een aantal variabelen (tussen ADL-zelfstandigheid, cognitief functioneren, stemming, gedragsproblemen en sociale participatie en tussen cognitief functioneren, gedragsproblemen, gebruik van beschermende middelen en maatregelen, psychofarmaca-gebruik) onderzocht door berekenen van Spearman's rho (p-waarden bepaald met tweezijdige toetsing), zowel rond opname als zes maanden na opname.

Resultaten

Van de CVA patiënten die in de periode januari 2004-september 2006 werden opgenomen in de participerende verpleeghuizen was van 75 patiënten zowel een meting rond opname (0-45 dagen) als zes maanden na opname (180-270 dagen = 6-9 maanden) beschikbaar. Deze groep is naar alle waarschijnlijkheid langdurig op verpleeghuiszorg aangewezen. Een sterke aanwijzing daarvoor was ook dat bij slechts 13 (17%) rond opname en bij 9 (12%) patiënten zes maanden na opname in de RAI MDS data over de ADL zelfstandigheid aangegeven werd dat de patiënt tenminste op enkele ADL-onderdelen nog zelfstandiger zou kunnen worden.

Demografische en klinische kenmerken van de patiënten zijn samengevat in tabel 1.

Cardiovasculaire co-morbiditeit en dementie (8 M. Alzheimer, 21 overige vormen van dementie) komen frequent voor.

In tabel 2 wordt een overzicht gegeven van belangrijke problemen waar patiënten mee kampen rond opname en zes maanden later.

Ruim 75% was matig tot sterk ADL-afhankelijk. Matig tot ernstige cognitieve beperkingen waren bij 56% rond opname aanwezig en dit percentage steeg tot 72% zes maanden na opname (gediagnosticeerde dementie steeg van 29 naar 33 bewoners). Eenzelfde trend werd gezien bij de beslisvaardigheid inzake taken van het dagelijks leven. Zes maanden na opname was slechts 25% zelfstandig in staat beslissingen te nemen.

Gedragsproblemen kwamen bij 16 bewoners (21%) voor rond opname en bij 23 bewoners (30%) zes maanden na opname.

Sociale participatie was laag in een groot deel (ongeveer 40%) van de groep.

Het aantal bewoners met depressieve symptomen nam licht toe tijdens opname (van 28% naar 33%). Dit werd veroorzaakt doordat depressieve symptomen persisteerden bij 17 bewoners (17/21=81%) en nieuwe depressieve symptomen ontstonden bij 8 bewoners (8/52=15%).

Pijnklachten namen eveneens licht toe tijdens opname (van 37% naar 41%).

In tabel 3 zijn gegevens omtrent verleende zorg samengevat.

Het merendeel van de patiënten verbleef op een somatische afdeling. Van de CVA-patiënten met tevens de diagnose dementie verbleef eenderde deel (9/29 rond opname en 10/33 6 maanden na opname) op een somatische afdeling.

Het medicatiegebruik was gemiddeld ruim zes medicamenten en steeg licht tijdens opname. Psychofarmaca werden door bijna de helft van de patiënten gebruikt bij opname en dit percentage steeg licht. Paramedische zorg werd gegeven aan 39% van de patiënten en daalde licht tijdens opname, vooral door stoppen met logopedie en ergotherapie. Beschermende middelen en maatregelen werden bij ruim 75% van de patiënten toegepast, waarbij er geen verschil in toepassing

Tabel 1		Demografische en klinische kenmerken van langdurig op verpleeghuiszorg aangewezen CVA-patiënten (n = 75).	
		<i>n (%)</i>	
Verblijfplaats voor opname:			
- huis		15 (20)	
- verzorgingshuis		10 (13)	
- verpleeghuis		13 (17)	
- algemeen ziekenhuis		29 (38)	
- psychiatrisch ziekenhuis		4 (5)	
- revalidatiecentrum		1 (1)	
- anders		3 (4)	
Geslacht:			
- man		27 (36)	
- vrouw		48 (64)	
Leeftijd:		76,8 (gem.; sd 13,0; range 32-96)	
Burgerlijke staat:			
- ongehuwd		9 (12)	
- gehuwd		28 (37)	
- verweduwd		26 (34)	
- gescheiden		10 (13)	
- onbekend		2 (2)	
Comorbiditeit (meer dan 1 diagnose mogelijk):			
- cardiovasculair		41 (54)	
- pulmonaal		4 (5)	
- endocrien		19 (25)	
- MS, Parkinson		2 (2)	
- dementie		29 (38)	
- spier-/gewrichtsziekten		15 (20)	
Gehör:			
- geen/gering probleem		63 (84)	
- matig-ernstig probleem		10 (13)	
- onbekend		2 (2)	
Visus:			
- geen/gering probleem		60 (80)	
- matig-ernstig probleem		13 (17)	
- onbekend		2 (2)	

bestond tussen somatische en psychogeriatrische afdelingen.

Rond opname werd een significante negatieve correlatie gevonden tussen ADL-afhankelijkheid en sociale participatie (Spearman's rho -0,30; $p=0,011$). Zes maanden na opname werden significante correlaties gevonden tussen ADL-afhankelijkheid en sociale participatie (Spearman's rho -0,30; $p=0,009$); tussen ADL-afhankelijkheid en cognitief functioneren (Spearman's rho 0,45; $p<0,001$) en tussen cogni-

tief functioneren en sociale participatie (Spearman's rho -0,44; $p<0,001$).

Gedragsproblemen, die in 25-30% van de gevallen voorkwamen, waren alleen zes maanden na opname significant gecorreleerd met cognitieve beperkingen (Spearman's rho 0,34; $p=0,003$).

Problemen rond de besluisvaardigheid inzake taken van het dagelijks leven bleken zeer sterk gecorreleerd met cognitieve beperkingen (rond opname: Spearman's rho 0,89; $p<0,001$; zes maanden na opname: Spearman's rho 0,96; $p<0,001$).

Tabel 2	Zorgproblemen rond opname (0-45 dagen na opname) en 6 maanden na opname (180-270 dagen) van langdurig op verpleeghuiszorg aangewezen CVA-patiënten (n = 75).		
		rond opname	6 maanden na opname
		N (%)	N (%)
ADL-functioneren (MDS-ADL):			
- geen/geringe afhankelijkheid (0, 1)		11 (14)	14 (18)
- matige afhankelijkheid (2, 3)		28 (37)	25 (33)
- sterke ADL-afhankelijkheid (4-6)		36 (48)	36 (48)
Vermogen zichzelf duidelijk maken:			
- wordt altijd/gewoonlijk begrepen		62 (82)	59 (78)
- wordt soms/zelden of nooit begrepen		11 (14)	16 (21)
- onbekend		2 (2)	0 (0)
Vermogen anderen te begrijpen:			
- begrijpt altijd/gewoonlijk		61 (81)	61 (81)
- begrijpt soms/zelden of nooit		12 (16)	14 (18)
- onbekend		2 (2)	0 (0)
Incontinentie urine:			
- (meestal) continent		47 (62)	42 (56)
- (vaak) incontinent		28 (37)	33 (44)
Incontinentie feces:			
- (meestal) continent		53 (70)	46 (61)
- (vaak) incontinent		22 (29)	29 (38)
Cognitie (MDS-CPS):			
- geen/geringe cognitieve beperkingen (0, 1)		33 (44)	21 (28)
- matige cognitieve beperkingen (2, 3)		30 (40)	34 (45)
- ernstige cognitieve beperkingen (4-6)		12 (16)	20 (26)
Beslisvaardigheid over taken dagelijks leven:			
- zelfstandig		28 (37)	19 (25)
- verminderd zelfstandig		16 (21)	21 (28)
- matig-ernstig gestoord		29 (38)	34 (45)
- onbekend		2 (2)	1 (1)
Gedragsproblemen:			
- zwerfgedrag		16 (21)	23 (30)
- verbaal lastigvallen		7 (9)	4 (5)
- lichamenlijk lastigvallen		77 (9)	10 (13)
- sociaal onaangepast/storend gedrag		74 (5)	6 (8)
- verzet tegen zorg		77 (9)	14 (18)
		75 (6)	9 (12)
Sociale participatie (MDS-ISE):			
- laag (0, 1)		28 (37)	29 (38)
- gemiddeld (2, 3)		36 (48)	30 (40)
- hoog (4-6)		9 (12)	16 (21)
- onbekend		2 (2)	0 (0)
Depressieve symptomen (MDS-DRS):			
- afwezig (0-2)		52 (69)	50 (66)
- aanwezig (3-14)		21 (28)	25 (33)
- onbekend		2 (2)	0 (0)
Pijn:			
- geen		45 (60)	39 (52)
- enige		18 (24)	18 (24)
- substantiële		10 (13)	13 (17)
- onbekend		2 (2)	5 (6)

Tabel 3 Zorggebruik rond opname (0-45 dagen na opname) en 6 maanden na opname (180-270 dagen na opname) van langdurig op verpleeghuiszorg aangewezen CVA-patiënten (n = 75).		
	<i>rond opname</i>	<i>6 maanden na opname</i>
	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>
Zorgsoort:		
- somatiek	53 (70)	47 (62)
- psychogeriatric	22 (29)	28 (37)
Medicatiegebruik (alle medicatie):		
- rond opname	6,19 (gem.; sd 3,02; range 1-15)	
- 6 maanden na opname	6,48 (gem.; sd 3,33; range 1-15)	
Psychofarmacagebruik:	35 (46)	40 (53)
- antipsychotica	11 (14)	14 (18)
- anxiolytica	6 (8)	6 (8)
- antidepressiva	9 (12)	18 (24)
- hypnotica	15 (20)	15 (20)
Paramedische zorg:	29 (38)	24 (32)
- fysiotherapie	26 (34)	23 (30)
- ergotherapie	11 (14)	7 (9)
- logopedie	10 (13)	4 (5)
Beschermende middelen en maatregelen:	57 (76)	58 (77)
- beddekken volledig	35 (46)	38 (50)
- beddekken eenzijdig	23 (30)	21 (28)
- bovenlichaamfixatie	2 (2)	5 (6)
- ledemaatfixatie	3 (4)	5 (6)
- stoel waaruit patiënt niet kan opstaan	7 (9)	11 (14)

Gebruik van middelen en maatregelen die gepaard gaan met vrijheidsbeperkingen kwam in ruime mate voor en bleek alleen zes maanden na opname significant gecorreleerd met cognitieve beperkingen (Spearman's rho 0,31; p=0,007). De middelen en maatregelen werden zowel op somatische als op psychogeriatric afdelingen ruim ingezet.

Gedragsproblemen en gebruik van middelen en maatregelen bleken eveneens significant gecorreleerd (Spearman's rho 0,31; p=0,008). Gebruik van psychofarmaca was niet met gedragsproblemen gecorreleerd.

Discussie

Een substantieel deel van de 36.000 patiënten per jaar is na een acute beroerte langdurig, en waarschijnlijk blijvend, op verpleeghuiszorg aangewezen.^{4,5} Tot dusverre is deze groep patiënten in Nederlandse verpleeghuizen niet eerder beschreven: Wie zijn ze? Met welke problemen kampen zij? Welke zorg ontvangen ze?

De resultaten van dit eerste beschrijvende en verkennende onderzoek maken duidelijk dat het om oudere patiënten gaat (gemiddelde leeftijd bijna 77 jaar), in meerderheid alleenstaand (60%). Vergeleken met de gemiddelde verpleeghuispatiënt is de leeftijd iets lager (77 versus 82) en bestaat de groep uit iets meer mannen (36% versus 32%).²⁵ Opvallend is dat een aanzienlijk deel van de opnames niet vanuit het ziekenhuis, maar vanuit de thuissituatie respectievelijk een verzorgingshuis plaatsvindt. In dit onderzoek is niet te achterhalen of het daarbij om mensen gaat die thuis of in het verzorgingshuis een CVA kregen en rechtstreeks in een verpleeghuis opgenomen zijn, of dat het gaat om mensen die al langer geleden een CVA kregen en nu alsnog langdurige verpleeghuis behoeven. Voor een goede planning van voorzieningen zou meer kennis hierover wenselijk zijn.

Meer dan de helft van de onderzochte patiënten heeft cardiovasculaire co-morbiditeit en bij bijna 40% is sprake van een dementiesyndroom. Ook andere co-morbiditeit is niet zeldzaam.

Het gemiddeld aantal medicamenten is ruim

zes per patiënt: dit hangt waarschijnlijk samen met de hoge mate van co-morbiditeit en komt overeen met de percentages die bij niet op de diagnose CVA geselecteerde chronische somatische verpleeghuisbewoners worden gezien.²⁶

Er bestaan ernstige problemen op het gebied van ADL-zelfstandigheid, communicatieve vaardigheden, incontinentie voor urine en faeces, cognitief functioneren, stemming en sociale participatie. In een Zweeds cross-sectioneel onderzoek onder chronische CVA-patiënten in verpleeghuizen (n=40), waarin eveneens de RAI-MDS is gebruikt, werden vergelijkbare percentages gevonden als in ons onderzoek.²⁷

De mate van ADL-zelfstandigheid blijkt positief gecorreleerd met sociale participatie bij opname en na een half jaar. Dit verband is ook in eerder onderzoek in verpleeghuizen in meerdere landen bij algemene verpleeghuispopulaties gevonden.²⁸

Op de meeste van de onderzochte probleemgebieden doet zich geen verbetering voor gedurende het eerste half jaar van opname. Integendeel, behalve op het terrein van de ADL-afhankelijkheid waar een geringe verbetering gezien wordt, is op alle andere terreinen sprake van achteruitgang/verslechtering van het functioneren.

De zorg aan deze patiënten wordt voornamelijk op somatische afdelingen gegeven. Minder dan 30% van de patiënten verblijft op een psychogeriatrische afdeling; dan is bijna altijd ook een dementiesyndroom vastgesteld.

Opmerkelijk is dat slechts iets minder dan 40% van de patiënten bij opname paramedische therapie ontvangt en dat dit percentage slinkt tot ruim 30% na een half jaar (vooral ergotherapie en logopedie worden gestopt). Met uitzondering van twee patiënten, werd alle paramedische hulp gegeven aan patiënten opgenomen op somatische afdelingen. In eerder onderzoek naar fysiotherapiegebruik in Nederlandse verpleeghuizen werd ook gevonden dat bewoners van somatische verpleeghuisafdelingen beduidend meer fysiotherapie ontvingen dan bewoners op psychogeriatrische afdelingen. Daarnaast bleek het opnamedoel 'revalidatie' een belangrijke voorspeller voor ontvangen van fysiotherapie, een criterium dat voor de door ons onderzochte populatie juist niet van toepassing was.²⁹

Gebruik van middelen en maatregelen die gepaard gaan met bewegingsbeperkingen en vrijheidsbeperkingen komt in ruime mate voor en blijkt significant gecorreleerd met gedragsproblemen (Spearman's rho 0,31; p=0,008). Deze middelen en maatregelen worden zowel op somatische als op psychogeriatrische afdelingen ruim ingezet. Een opmerkelijk gegeven is dat 20% van de patiënten op een somatische afdeling al een dementie heeft bij opname (en 45% cognitieve beperkingen). Dat zoveel CVA-patiënten met cognitieve beperkingen en met een dementie op een somatische afdeling verblijven en dat bij deze patiënten op een somatische afdeling regelmatig vrijheidsbeperkende maatregelen worden toege-

past, werpt vragen op die op basis van dit onderzoek niet beantwoord kunnen worden, maar die wel om nader onderzoek vragen. Krijgen CVA-patiënten met cognitieve beperkingen, of dementie, op een somatische afdeling wel adequate zorg? Hoe vindt besluitvorming over vrijheidsbeperking plaats en is de rechtspositie van patiënten wel in voldoende mate gewaarborgd?

Gewezen moet worden op een aantal beperkingen van dit onderzoek. Ten eerste betreft het een beperkt aantal patiënten uit een beperkt aantal verpleeghuizen. De verpleeghuizen zijn echter wel goed verdeeld over het land, hebben een gemiddelde hoeveelheid bedden (rond de 200) en zijn, net als de meerderheid van de Nederlandse verpleeghuizen, gecombineerde verpleeghuizen (psychogeriatric en somatiek).

Ten tweede is gebruikgemaakt van observatiegegevens verstrekt door direct bij de zorg betrokken verzorgenden en betreft het geen (interview)gegevens die door de patiënt, dan wel door diens vertegenwoordiger, zelf zijn verstrekt. Dat kan zowel tot onder- als tot overrapportage leiden van problemen. De RAI-Minimum Data Set heeft zich echter in eerdere onderzoeken onder verpleeghuisbewoners bewezen als een valide en betrouwbaar meetinstrument voor de gemeten problemen.^{15,16,21,22,23,24}

Concluderend kan op basis van deze descriptieve exploratieve studie gesteld worden dat CVA-patiënten die langdurig aangewezen zijn op verpleeghuiszorg, kampen met problemen in verschillende domeinen die onderling deels met elkaar samenhangen en die in de tijd niet verbeteren. Het paramedisch zorgaanbod richt zich hoofdzakelijk op CVA-patiënten op somatische afdelingen.

De hoge prevalentie van CVA-patiënten met cognitieve problemen op somatische afdelingen en het ruime gebruik van middelen en maatregelen die gepaard gaan met vrijheidsbeperkingen op deze afdelingen is zorgwekkend en vraagt om nader onderzoek naar de problematiek, in het bijzonder naar de verhouding tussen zorgaanbod en zorgbehoefte én naar de besluitvorming over de inrichting van de zorg bij deze tot dusverre weinig onderzochte patiëntengroep. Aspecten als kwaliteit van leven, tevredenheid over het geboden zorgaanbod en ervaren belasting door de mantelzorg dienen in dergelijk onderzoek ook een plek te krijgen.

Vanuit de afdeling Verpleeghuisgeneeskunde van het VU medisch centrum is in samenwerking met Universitair Netwerk Ouderenzorg inmiddels een onderzoek hiernaar gestart, dat naar verwachting bouwstenen zal aandragen voor een zorgprogramma passend bij de behoeftes van deze patiëntengroep.

In dat onderzoek wordt ook de kwaliteit van leven en de tevredenheid over de zorg vanuit het perspectief van de bewoner onderzocht, evenals de zorgbehoefte van de patiënt en de mantelzorger.

Literatuur

- 1 Factsheet Beroerte 2006. Nederlandse Hartstichting, 2006.
- 2 van Exel NJ, Koopmanschap MA, Scholte op Reimer W, Niessen LW, Huijsman R. Cost-effectiveness of integrated stroke services. *QJM* 2005; 98:415-25.
- 3 Kollen B, Kwakkel G, Lindeman E. Functional recovery after stroke: a review of current developments in stroke rehabilitation research. *Rev Recent Clin Trials* 2000; 1:75-80.
- 4 Krikke-Sjardijn C, Hertogh CPM. Verpleeghuiszorg en –revalidatie. In: Franke CL, Limburg M (Eds.) *Handboek Cerebrovasculaire aandoeningen*. De Tijdstroom, Utrecht: 2006.
- 5 Beroerte, beroering en borging in de keten. Resultaten van de Edisse-studie van drie regionale experimenten met stroke service. Edisse: Evaluation Dutch Integrated Stroke Service Experiments. ZonMW, 2001, Den Haag.
- 6 Jongenelis K, Pot AM, Eisses AMH, Beekman ATF, Kluiter H, Ribbe MW. Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: the AGED study. *J Affect Dis* 2004; 83:135-142.
- 7 Hénon H, Pasquier F, Leys D. Poststroke dementia. *Cerebrovasc Dis* 2006; 22:61-70.
- 8 Leys D, Hénon H, Mackowiak-Cordoliani M-A, Pasquier F. Poststroke dementia. *Lancet Neurol* 2005; 4:752-59.
- 9 Achterberg W, Pot AM, Kerkstra A, Ooms M, Muller M, Ribbe M. The effect of depression on social engagement in newly admitted Dutch nursing home residents. *Gerontologist*. 2003 Apr; 43(2):213-8.
- 10 Lai JM, Karlawish J. Assessing the capacity to make everyday decisions: a guide for clinicians and an agenda for future research. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007; 15:101-11.
- 11 Stewart JT. Psychiatric and behavioral manifestations of vascular dementia. *Am J Geriatr Cardiol* 2007; 16:165-70.
- 12 Moretti R, Torre P, Antonello RM, Cazzato G. Behavioral alterations and vascular dementia. *Neurologist*. 2006; 12:43-7.
- 13 Achterberg WP, van Campen C, Pot AM, Kerkstra A, Ribbe MW. Effects of the Resident Assessment Instrument on the care process and health outcomes in nursing homes. A review of the literature. *Scand J Rehabil Med* 1999; 31:131-7.
- 14 Morris JN, Hawes C, Fries BE. Designing the National Resident Assessment Instrument for Nursing Homes. *Gerontologist* 1990; 30:293-307.
- 15 Morris JN, Nonemaker S, Murphy K, Hawes C, Fries BE, Mor V, Phillips C. A commitment to change: revision of HCFA's RAI. *J Am Geriatr Soc* 1997; 45:1011-1016.
- 16 Sgadari A., Morris J. N., Fries B. E., Ljunggren G., Jonsson P.V., DuPaquier J. N., Schroll M. Efforts to establish the reliability of the RAI. *Age Ageing* 1997; 26(S2):27-30.
- 17 Gerritsen D, Ooms M, Steverink N, Frijters D, Bezemer D, Ribbe M. Drie nieuwe observatieschalen in het verpleeghuis: schalen uit het Resident Assessment Instrument voor activiteiten van het Dagelijks Leven, cognitie en depressie. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 2004; 35:55-64.
- 18 Gerritsen DL, Steverink N, Frijters DH, Hirdes JP, Ooms ME, Ribbe MW. A revised index for social engagement for long-term care. *J Gerontol Nurs* 2008; 34:40-8.
- 19 Sawyer P, Lillis JP, Bodner EV, Allman RM. Substantial daily pain among nursing home residents. *J Am Med Dir Assoc* 2007; 8:158-165.
- 20 Hawes C, Morris JN, Phillips CD, Mor V, Fries BE, Nonemaker S. Reliability estimates for the Minimum Data Set for nursing home resident assessment and care screening (MDS). *Gerontologist* 1995; 35:172-8.
- 21 Burrows AB, Morris JN, Simon SE, Hirdes JP, Phillips C. Development of a minimum data set-based depression rating scale for use in nursing homes. *Age Ageing* 2000; 29:165-172.
- 22 Morris JN, Fries BE, Mehr DR, Hawes C, Phillips C, Mor V, Lipsitz LA. MDS Cognitive Performance Scale. *J Gerontol* 1994; 49:m174 m182.
- 23 Hartmaier SL, Sloane PD, Guess HA, Koch GG, Mitchell CM, Phillips CD. Validation of the Minimum Data Set Cognitive Performance scale: agreement with the mini mental state examination. *J Gerontol* 1995; 50:m128 m133.
- 24 Mor V, Branco K, Fleishman J, Hawes C, Phillips C, Morris J, Fries B. The structure of social engagement among nursing home residents. *J Gerontol* 1995; 50B:P1-P8.
- 25 ActiZ. De branche in cijfers. ActiZ, Utrecht, 2006.
- 26 Dijk KN van, Vries CS de, Berg PB van den, Brouwers JR, Jong de-Berg van den LT. Drug utilization in Dutch nursing homes. *Eur J Clin Pharmacol* 2000; 55:65-71.
- 27 Kumlien S, Axelsson K. Stroke patients in nursing homes: eating, feeding, nutrition and related care. *J Clin Nurs* 2002; 11:498-509.
- 28 Schroll M, Jónsson PV, Mor V, Berg K, Sherwood S. An international study of social engagement among nursing home residents. *Age Ageing* 1997; 26 Suppl 2:55-9.
- 29 De Boer ME, Leemrijse CJ, Van Den Ende CH, Ribbe MW, Dekker J. The availability of allied health care in nursing homes. *Disabil Rehabil* 2007; 29:665-70.