

(H)erken de rol van de persoonlijkheid bij probleemgedrag van cliënten in het verpleeghuis en in de thuiszorg

Auteurs: Titia Antheunissen, Ton J. E. M. Bakker, Janine Collet

Samenvatting

In het verpleeghuis en bij de thuiszorg komen veel cliënten met probleemgedrag voor. Met name als hierbij persoonlijkheidsstoornissen of maladaptieve persoonlijkheidstrekken een rol spelen, leidt dit vaak tot een verhoogde en specifieke zorgbehoefte en tot meer psychisch lijden bij zowel de cliënt als de mantelzorger; dit omdat hun gedrag niet altijd als een gevolg of uiting van hun persoonlijkheid wordt gezien. Aan de hand van twee casussen bespreken we de gevolgen van de persoonlijkheidsaspecten voor de multidisciplinaire zorgverlening, de rol van externe ondersteuning in de vorm van psychiatrische consultatie en de noodzaak tot vergroting van kennis en kunde van het verzorgend personeel.

Recognizing the role of personality disorders in problem behavior of elderly residents in nursing home and homecare.

Abstract

Problem behavior is frequently present in older people living in nursing homes or needing home care services. When Personality disorders or maladaptive traits are involved these older people need specific care. In addition, they and their carers might experience psychological suffering as their behavior is not always properly recognized as the result of their personality. The importance of multidisciplinary teamwork, the role of psychiatric consultation given by an elderly psychiatrist as well as the need for upgrading the knowhow within the care sector itself is discussed using 2 vignettes.

Kernwoorden: persoonlijkheidsstoornissen, probleemgedrag, psychiatrische consultatie, thuiszorg, verpleeghuis

Keywords: Home care, Nursing home care, Personality disorders, Problem Behavior, Psychiatric consultation

Inleiding

Probleemgedrag komt veelvuldig voor bij cliënten van verpleeghuis- en thuiszorg (zorgsector).^{1,2,3} De richtlijn van Verenso/NIP 2018 over [Probleemgedrag bij Dementie](#) in de zorgsector besteedt hier gepaste aandacht aan.¹³ Hoewel de aanmeldingsreden van psychiatrische consultatie in de zorgsector regelmatig "probleemgedrag" is, blijken een niet herkende persoonlijkheidsstoornis of de aanwezigheid van maladaptieve persoonlijkheidstrekken veelvuldig de onderliggende oorzaak te kunnen zijn. Het beperkte onderzoek dat beschikbaar is, ondersteunt onze klinische ervaring, namelijk dat de prevalentie van persoonlijkheidsproblematiek bij cliënten in de verpleeghuis- en thuiszorg sector hoog is. In een groep ouderen, die een psychogeriatrisch revalidatieprogramma volgden, had 40% een of meer klinisch relevante stoornissen in de persoonlijkheidsfunctie en 16% een persoonlijkheidsstoornis, conform de DSM-IV-criteria.⁴ In een studie binnen gerontopsychiatrische afdelingen van verpleeghuizen voldeed 23% van de bewoners aan de DSM-IV- criteria voor een persoonlijkheidsstoornis.⁵

Ouderen met een persoonlijkheidsstoornis of maladaptieve persoonlijkheidstrekken kunnen als 'lastig' ervaren worden. Hun persoonlijkheidsdynamiek kan de kwaliteit van het behandel- en zorgproces negatief beïnvloeden en legt een zware druk op het multidisciplinaire team en met name het verzorgend personeel. Zij zijn vaak niet voldoende opgeleid om deze

problematiek te behandelen.^{1,3,5} Het toepassen van psychiatrische expertise (zoals bijvoorbeeld bij psychiatrische consultatie) kan een krachtige interventie zijn om deze zorgproblemen in de dagelijkse praktijk beter aan te pakken.^{4,6} Reguliere psychiatrische consultatie wordt bovendien ook aanbevolen in de richtlijn [Psychische zorg voor ouderen](#) van GGZ Nederland. Het Nederlands kenniscentrum voor Ouderenpsychiatrie (NKOP) benadrukt hierbij de noodzakelijke verbetering in de organisatie van deze consultatie en de samenwerking tussen de zorgsector en GGZ binnen het 'platform gerontopsychiatrie' in de NKOP-dossiers.⁷ Deze aanbevelingen staan in de huidige praktijk echter zwaar onder druk door de verwijdering tussen GGZ en zorgsector mede als gevolg van financiële krapte en van de nieuwe wetgeving rondom gedwongen zorg.

In deze klinische les bespreken we aan de hand van twee casussen hoe een reguliere psychiatrische consultatie door een ouderenpsychiater krachtig kan bijdragen aan 1. een betere herkenning van persoonlijkheidsproblematiek, 2. het formuleren en uitvoeren van een interventieplan, waardoor de interactie tussen het multidisciplinair team (met name verzorgenden en cliënt) én daarmee de kwaliteit van zorg verbeteren en 3. een versterking van de kennis en kunde van de zorgsector zelf. Binnen een psychiatrische consultatie is de gepersonaliseerde Stapsgewijze Integrale Aanpak van Probleemgedrag (STIP) een geschikte methode. STIP bestaat uit vijf klinische redeneer fasen: 1. Detectie; proactieve opsporing van probleemgedrag met behulp van de Neuropsychiatric Inventory (NPI); 2. Bio-psycho-sociale analyse en onderlinge dynamiek; welke bio-psycho-sociale factoren verklaren het gedrag m.b.v. een Dynamische Systeem Analyse-scan, welke zevenlevensdomeinen omvat; 3. Multidisciplinair integraal behandelplan; een gecombineerd behandelplan gebruik makend van een 'Stepped Care' aanpak; 4. Multidisciplinaire monitoring en uitvoering; 5. Heranalyse.⁸

Samengevat worden bij een psychiatrische consultatie, op basis van een brede analyse, de kernbehoeften passend bij de persoonlijkheidstrekken van een cliënt in beeld gebracht. Er wordt hulp geboden bij het opstellen van een integraal multidisciplinair behandelplan met Stepped Care interventies. Daarbij is er steeds aandacht voor de weerbaarheid, deskundigheid en draagkracht van het zorg- /behandelteam en de ondersteuning door het management.^{4,9,10}

Casus 1 (verpleeghuiszorg)

Beschrijving

Mevrouw van Asten is 87 jaar oud. Ze verblijft op een kleinschalige afdeling van een zorginstelling. De reden van consultatievraag door de arts is de onrust die door het gedrag van patiënte is ontstaan op de afdeling. De verzorgenden zijn wanhopig en vragen zich af of patiënte wel binnen de kleinschalige woonvorm kan blijven. Uit informatie van de verzorgenden blijkt dat patiënte erg kritisch is naar de verzorgenden; zij devalueert in hun ogen de zorg. Ze heeft veel commentaar op het schoonmaakpersoneel en op de werkwijze van het zorgteam. Ze heeft ook bezwaar tegen de afdelingsbehandelaar en neemt alleen genoegen met een "echte", bij voorkeur mannelijke dokter. Ze laat niet iedereen binnen in haar kamer en kan dan geagiteerd reageren. In de huiskamer is zij "dominant" aanwezig. Zij geeft aanwijzingen aan medebewoners en verzorgenden. Cognitief is zij wat wisselend, soms meer vergeetachtig en gedesoriënteerd in tijd en plaats dan anders.

Detectie

De psychische problematiek is niet reeds bij opname geïdentificeerd door het interdisciplinaire team; er is geen NPI beschikbaar. De detectie vindt hier reactief pas in het kader van de aanmelding voor de consultatie plaats.

Bio-psycho-sociale analyse

De biografische psychosociale voorgeschiedenis vermeldt het volgende. Cliënte is de jongste van 6 kinderen. Zij kon goed leren. Ze werd verpleegkundige en is lang hoofd van een verpleegafdeling geweest. Ze was tevens docent voor leerling-verpleegkundigen. Zij heeft nooit een relatie gehad en heeft tot hun overlijden bij haar ouders gewoond. Vervolgens bleef ze in het ouderlijk huis tot de huidige overplaatsing. De dichtstbijzijnde familie is een nichtje. Zij kent haar tante als een vriendelijke, wat strenge vrouw. Zij was zeer zelfstandig en wat op zichzelf, maar wel betrokken bij de familie. Zij heeft tot haar pensioenleeftijd gewerkt en vertelt steeds met plezier over het begeleiden en opleiden van jonge verpleegkundigen. Uit de somatische voorgeschiedenis blijkt dat cliënte diverse TIA's heeft meegemaakt. De diagnose vasculaire dementie is, door beeldvormend en neuropsychologische onderzoek gesteund, gesteld door de geriater. In overleg met het interne expertteam bestaande uit psycholoog en specialist ouderengeneeskunde (SO) wordt een multidisciplinaire bijeenkomst belegd door de consultant ouderenpsychiater. Verzorgenden worden hierbij aangemoedigd om hun ervaringen met cliënte

onderling uit te wisselen. Zo komt het team erachter dat sommigen goed met cliënte kunnen omgaan terwijl anderen zich enorm door haar op de vingers gekeken en bekritiseerd voelen. Benoemd wordt hoe eigen karaktertrekken daarbij een rol kunnen spelen. Uitleg wordt gegeven over de mogelijke rol van langer bestaande persoonlijkheidstrekken. Een dominante handelingswijze, in het bijzonder overheersend en sturend, heeft haar in het werk destijds geholpen om een erkende, goede docente en actieve hoofdverpleegkundige te zijn. Een aanwezige kernbehoefte is erkenning van haar plek in de hiërarchie. Daarnaast speelden weinig flexibiliteit en moeite met het onderhouden van intieme relaties. Uiting wordt gegeven aan het vermoeden dat cliënte haar rol als docente nu nog steeds serieus neemt en dus in feite aanwijzingen over werkwijze, hygiëne, schoonmaak enzovoorts geeft. Dit is mogelijk een belangrijke achterliggende factor van haar probleemgedrag.

Multidisciplinair integraal behandelplan

Vanwege het complexe dynamische proces moet behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij kwetsbare ouderen bij voorkeur multidisciplinair plaatsvinden. Uit de richtlijn van Verenso/NIP 2018 over Probleemgedrag bij dementie in de zorgsector weten we immers dat zowel psychofarmaca als psychosociale interventies, alléén gericht op het problematische gedrag (doelsymptoom), nauwelijks enig klinisch relevant effect hebben.¹³ Verder is van belang om met de kwetsbare oudere en de mantelzorger de gewenste en haalbare interventies en doelen gezamenlijk te bepalen met arts en psycholoog. Hierbij is de techniek van 'Shared Decision Making' (SDM) behulpzaam.^{4,8}

Vervolg casus

Door de SO wordt een integraal behandelplan opgesteld samen met patiënte en nichtje (SDM) waarmee de juiste multidisciplinaire behandeling wordt ingezet met Stepped Care interventies.

Een onderdeel hiervan is het omgangsadvies dat de psycholoog en de eerstverantwoordelijk verzorgende van cliënte (EVV) samen maken. Hierbij wordt cliënte in haar rol van ervaren verpleegkundige bevestigd (validatie als omgangsvorm) en gecompimenteerd. Dit alles zonder de lat voor haar te hoog te leggen. Zo ontvangt zij het respect waar ze naar verlangt. Het doel is om hiermee in voldoende mate tegemoet te komen aan deze kernbehoefte van cliënte!

Verder wordt binnen de mogelijkheden van het kleinschalig wonen ruimte gegeven aan de behoefte van cliënte om zich terug te kunnen trekken op haar kamer. Ze heeft immers van oudsher weinig behoefte aan sociale activiteiten met medebewoners. Het nichtje wordt ook betrokken bij de omgang. Na enige tijd ervaren de verzorgenden cliënte duidelijk anders. Ze hebben plezier in het omgaan met de prettige kanten van deze vrouw die nog veel te betekenen heeft binnen het vak. De negatieve opmerkingen van cliënte zijn aanzienlijk in aantal en intensiteit afgenomen.

Heranalyse

Evaluatie van voortgang en aanpassingen vindt plaats onder regie van de SO met cliënte en mantelzorger. Het blijkt dat de interventies in voldoende mate worden uitgevoerd. Het blijft van belang de monitoring en evaluatie van interventies voort te zetten om terugval te voorkomen bij verdere achteruitgang ten gevolge van een voortschrijdende dementie. Hier hebben de SO en psycholoog een belangrijke rol in.

Casus 2 (thuiszorg)

Beschrijving

Meneer van Delft is een 81-jarige man. Cliënt woont in een studio binnen een woonzorgcentrum en krijgt daar thuiszorg in verband met benodigde somatische ondersteuning bij beginnende M Parkinson. Reden van consultatie: cliënt veroorzaakt conflicten waar de thuiszorg zich geen raad mee weet. Het team kan de zorg op deze wijze niet meer aan.

Detectie

De detectie is ook in deze casus reactief en vindt pas plaats in het kader van het uit de hand gelopen probleemgedrag. Dit vormde de directe aanleiding voor de aanvraag van psychiatrische consultatie. De psychische problematiek is niet reeds bij aanvang van de zorg geïdentificeerd door het thuiszorg team of een andere betrokken eerste lijn voorziening zoals huisarts/verpleegkundig praktijkondersteuner; er is geen NPI beschikbaar.

Bio-psycho-sociale analyse

De biografische psychosociale voorgeschiedenis vermeldt het volgende. Cliënt is de derde van vier kinderen en jongste zoon uit boerengezin. Na de lagere school en lts is hij vrachtwagenchauffeur geworden en heeft hij veel naar het buitenland

gereden. Dit beroep heeft hij uitgeoefend tot hij 65 was. Daarna heeft hij mooie reizen gemaakt. Hij heeft alleen een nichtje als familie en geen vrienden mede door de verhuizing naar de huidige woning.

De somatische voorgeschiedenis is blanco behoudens de M. Parkinson.

Door de ouderenpsychiater wordt in een multidisciplinair overleg met de vaste verzorgende, de psycholoog en de SO nader geïnventariseerd wat er zich in de voorbijaande periode heeft afgespeeld. Informatie van de verzorgende levert op dat cliënt steeds als eerste en liefst als enige van de gang geholpen wil worden. Als de verzorgende om begrip vraagt en aangeeft dat de buurvrouw eerder hulp nodig heeft in verband met haar suikerziekte, kan hem dat niets schelen. Hij heeft recht op zorg wanneer hij daar om vraagt. Dit betekent dat hij niet wil wachten om de benodigde hulp te krijgen. Regelmatig belt hij om hulp voor onbelangrijke zaken die hij zelf ook kan oplossen. Hij heeft moeite met wachten en belt net zo lang tot er iemand komt. Hij kan dan dwars gedrag vertonen, mokken en hij is bovendien nooit dankbaar voor de hulp die hij krijgt. De verzorgenden krijgen steeds meer moeite met dit gedrag en weten zich geen raad meer met de omgang. Wat ze ook doen, het is nooit goed. Enkele verzorgenden blijken aan te geven eigenlijk nooit moeite te hebben met cliënt, maar de meeste verzorgenden hebben flinke tegenzin om hem te verzorgen. Ze stellen het bij hem naar binnen gaan zoveel mogelijk uit met als nettoresultaat dat cliënt langer moet wachten dan strikt noodzakelijk.

Aangegeven wordt dat het van belang is de kernbehoeften van cliënt na te gaan. Het lukt om binnen dit gesprek helder te krijgen dat cliënt veel moeite heeft met zijn verlies van autonomie. Hij is altijd eigen baas in huis en in zijn vrachtwagen geweest, heeft nooit iemand nodig gehad, maar nu is hij overgeleverd aan de agenda van de zorg. Hij kan niet meer reizen, voelt zich eenzaam en door niemand meer gewaardeerd. Hij heeft moeite met zijn toenemende afhankelijkheid door de M. Parkinson en voelt zich hierin onvoldoende begrepen.

Multidisciplinair integraal behandelplan

De psycholoog maakt samen met de verzorging een omgangsadvies waarin zijn kernbehoeften aan autonomie, begrip en respect een plaats krijgen. Daarbij wordt door de SO en fysiotherapeut uitleg gegeven over en begrip gevraagd voor de wisselende, progressieve beperkingen die cliënt door zijn ziekte van Parkinson ervaart.

Over wie als eerste recht heeft op zorg en wie het meest recht heeft op zorg wordt geen discussie gevoerd. Afspraken over tijdstip van zorg (en mogelijke afwijkingen erin) worden samen met cliënt gemaakt en die afspraken worden ook nagekomen.

Ook wordt met hem regelmatig waarderend gesproken over de belangrijke dingen uit zijn vroegere leven.

Al snel blijkt dat cliënt zich beter begrepen voelt. De thuiszorg heeft weer voldoende zelfvertrouwen om goede zorg te leveren.

Heranalyse

Evaluatie van voortgang en aanpassingen door het team vindt plaats onder regie van psycholoog met cliënt.

Het omgangsadvies voldoet grotendeels behoudens kleine aanpassingen. Een overweging is om een dagactiviteitencentrum ter bestrijding van verveling en eenzaamheid te bezoeken.

Conclusie

Psychiatrische consultatie door een ouderenpsychiater op basis van de STIP-methodiek is een krachtige interventie gebaseerd op systematisch klinisch redeneren en gericht op het in kaart brengen van alle relevante leefdoelgebieden van ouderen bij verpleeghuis- en thuiszorg, daarbij rekening houdend met de (h)erkenning van persoonlijkheidsaspecten als mogelijke achterliggende factor van wat in eerste instantie als probleemgedrag wordt benoemd en gepresenteerd.

Vervolgscreening met de Gerontologische Persoonlijkheidsstoornissen Schaal (GPS) en specificering met de Hetero-Anamnestiche Persoonlijkheidsvragenlijst (HAP) zijn in de zorgsector belangrijke instrumenten om te komen tot het onderkennen van de persoonlijkheidsproblematiek.^{11,12} Vervolgens is het van belang om een multidisciplinaire aanpak te bieden die aansluit bij de kernbehoeften van de cliënten.

Auteurs

Titia Antheunissen

GGZ Oost Brabant, locatie Helmond

Ouderenpsychiater GGZ Oost Brabant locatie Helmond

Email: antheuti@xs4all.nl

Ton J. E. M. Bakker

Stichting Wetenschap Balans, Hogeschool Rotterdam

Specialist Ouderengeneeskunde

Directeur Stichting Wetenschap Balans, Rotterdam

Lector Kenniscentrum Zorginnovatie. Lectoraat Functiebehoud Ouderen, Hogeschool Rotterdam, Rotterdam

Janine Collet

GGZ Mondriaan

Specialist ouderengeneeskunde

Specialismeideur neuropsychiatrie Mondriaan GGZ-locaties Heerlen, Maastricht

Literatuurlijst

1. Aalten P, de Vugt ME, Jaspers N, Jolles J, Verhey FR. The course of neuropsychiatric symptoms in dementia. Part I: findings from the two-year longitudinal Maasbed study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2005; 20(6): 523-30.
2. Borsje P. Dementia related problems in primary care of greatest concern. Thesis. Nijmegen. Radboud Universiteit Nijmegen. 2019 <https://www.ukonnetwerk.nl/media/1178/petra-borsje-proefschrift.pdf>
3. Van den Brink AMA, Gerritsen DL, Voshaar RC, Koopmans RT. Residents with mental-physical multimorbidity living in long-term care facilities; prevalence and characteristics. A systematic review. *International psychogeriatrics/IPA*. 2013; 25(4): 532-48. <https://doi.org/10.1017/S1041610212002025>
4. Bakker TJEM. Integrative reactivation and rehabilitation to reduce multiple psychiatric symptoms of psychogeriatric patients and caregiver burdens. Thesis. Amsterdam, VUmc, 2010.
5. Collet J, de Vugt ME, Verhey FRJ, Engelen NJJA, Schols JMGA. Characteristics of double care demanding patients in a mental health care setting and a nursing home setting: results from the SpeCIMeN study. *Aging & Mental Health* 2018; 22: 33-9. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1202891>
6. Psychiatrische consultatie in het verpleeghuis; een beschrijvend onderzoek naar kenmerk en beloop, Steenbeek M., van Baarsen C., Koekoek B. *Tijdschrift voor psychiatrie* 2012; 54: 853-860.
7. NKOP-dossiers: Organisatie van psychiatrische consultatie in VWT. <https://www.trimbos.nl/kennis/ouderenpsychiatrie-nkop/psychiatrische-consultatie-verpleeghuis>
8. Bakker TJEM, Collet J, Van den Brink JMA, Oude Voshaar RC. Kwetsbare ouderen. In: Van Alphen SPJ, Oude Voshaar RC, Bouckaert F, Videler AC (eds.) *Handboek persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen*. Utrecht, De Tijdstroom, 2018
9. Collet J, de Vugt ME, Schols JMGA, Engelen GJJA, Winkens B, Verhey FRJ. Well-being of nursing staff on specialized units for older patients with combined care needs. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2018; 25: 108-118
10. Geelen RJGM., Bakker TJEM, Oude Voshaar RC. Verpleeghuizen, verzorgingshuizen en extramurale thuiszorg. Hoofdstuk 22 In: Van Alphen S.P.J., Oude Voshaar R.C., Bouckaert F., Videler A.C. eds. *Handboek persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen*. Utrecht, De Tijdstroom, 2018
11. Van Alphen SPJ, Engelen GJJA, Kuin Y, Hoijtink HJA, Derksen JLL. A preliminary study of the diagnostic accuracy of the Gerontological Personality disorders Scale (GPS). *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2006; 21: 862-868. doi.org/10.1002/gps.1572
12. Handleiding van de Hetero-Anamnestiche Persoonlijkheidsvragenlijst. Barendse en Thissen HAP uitgeverij 2019. <https://www.hapsite.nl/>

13. Richtlijn over Probleemgedrag bij Dementie, Verenso /NIP 2018. <https://www.verenso.nl/richtlijnen-en-praktijkvoering/richtlijndatabase/probleemgedrag-bij-mensen-met-dementie>