


Kwetsbaarheid, multimorbiditeit en functieverlies in de ouderenpsychiatrie

Invloed op behandeluitkomsten en vergelijking met het algemeen ziekenhuis.



Disclosure

(potentiële) belangenverstrengeling	Geen
Voor bijeenkomst mogelijk relevante relaties met bedrijven	Geen
<ul style="list-style-type: none">• Sponsoring of onderzoeksgeld• Honorarium of andere (financiële) vergoeding• Aandeelhouder• Andere relatie, namelijk ...	

Waarom relevant

Geriatrische syndromen zijn met name in ziekenhuis- verpleeghuis- en eerste lijns populaties ouderen onderzocht.

In algemene ziekenhuizen is er veel aandacht voor, omdat het relevant is voor uitkomst van de behandeling, maar in de GGz niet.

Hoe zit het eigenlijk met geriatrische syndromen in de Ouderenpsychiatrie?

Hoe is de prevalentie?

Is er een relatie met behandeluitkomsten?

Hoe is de vergelijking met algemene ziekenhuizen?

Sprekers, vragen en onderwerpen

Nicky Laurensen, AIOS klinische geriatrie

- Meten van ernst en uitkomsten van behandeling bij ouderen met verschillende psychiatrische diagnoses: betrouwbaarheid van de Clinical Global Impressions schalen

Carolien Benraad, Klinisch geriater

- Prevalentie van geriatrische syndromen bij oudere patiënten die acuut opgenomen zijn in de ouderenpsychiatrie.
- Zijn het voorspellers voor behandeluitkomsten en mortaliteit?

Max Franken, klinisch Geriater

- Vergelijking van prevalentie van geriatrische syndromen en mortaliteit binnen 3 maanden na opname tussen groep ouderen in de ouderenpsychiatrie en ouderen in een universitair ziekenhuis.

Rob Kok, ouderenpsychiater Parnassia:

- VMS kwetsbare ouderen in de GGZ versus het algemeen ziekenhuis

Drie verschillende onderzoekspopulaties

Pro Persona Nijmegen

- 120 opgenomen patiënten
- Acute opname afdelingen ouderenpsychiatrie
- 2009 – 2010

Wordt vergeleken met

Radboudumc Nijmegen

- 386 opgenomen patiënten
- ≥ 70 jaar
- Afdelingen chirurgie en interne geneeskunde
- 2011 – 2012

Parnassia en Pro Persona

- 126 opgenomen patiënten
- Opname afdelingen ouderenpsychiatrie
- 2016-2017

Clinical global impression schaal

08-02-2018

Nicky Laurensen



Clinical global impression schaal

- Weinig globale meetinstrumenten om verschillende psychiatrische ziektebeelden te vergelijken
- Ontwikkeld voor gebruik in klinische trails (Guy 1976)
- Meet de ernst en verbetering van verschillende psychiatrische ziekten
- Snelle methode op basis van klinische indruk
- Maakt gebruik van alle beschikbare informatie

CGI-severity

Score	Naam	Omschrijving
1	Normaal	Geen symptomen
2	Minimaal ziek	Minimale symptomen, normaal functioneren
3	Milde ziekte	Milde symptomen, Functioneren niet of minimaal beïnvloed
4	Matige ziekte	Prominente symptomen, functioneren matig beïnvloed, medicatie nodig
5	Aanmerkelijke ziekte	Significante symptomen, functioneren substantieel beïnvloed
6	Ernstige ziekte	Ernstige symptomen, functioneren op de meeste domeinen niet mogelijk, hulp van anderen nodig
7	Hele ernstige ziekte	Extreme symptomen, een van de meest ernstig zieke patiënten, opname noodzakelijk

CGI-improvement

Score	Naam	Omschrijving
1	Heel erg verbeterd	Helemaal beter, normaal functioneren, minimale restsymptomen
2	Sterk verbeterd	Significante verbetering van symptomen, niveau van functioneren verbeterd, sommige symptomen blijven
3	Minimaal verbeterd	Kleine verbetering in symptomen, weinig verbetering in functioneren of zorgbehoefte
4	Geen verandering	Symptomen zijn onveranderd
5	Minimaal verslechterd	Kleine verslechtering in symptomen en niveau van functioneren
6	Sterk verslechterd	Significante toename van symptomen, verlies van functioneren
7	Heel erg verslechterd	Ernstige toename van symptomen, verlies van functioneren op verschillende gebieden

Doel:

- De interrater betrouwbaarheid van de CGI-severity en CGI-improvement vaststellen
- Onderzoeken of een panel-bijeenkomst deze betrouwbaarheid verhoogd



Methode

Panel: klinisch geriater, ouderenpsychiater en AIOS klinische geriatrie

CGI-schalen retrospectief gescoord:

- CGI-Severity bij opname ahv intakeverslag
- CGI-Severity en CGI-Improvement bij ontslag ahv ontslagbrief

Definitieve score:

- 0-1 punt verschil: gemiddeld
- 2 punten verschil: beoordeeld door 1 panellid
- > 2 punten verschil: bespreken in consensusbespreking

Intraclass correlatie coëfficiënt (ICC) berekent vóór en na een panelbespreking

Pilot onderzoek

10 patiënten opgenomen in dezelfde periode als de studiepopulatie

Uitkomsten:

- Alleen psychiatrische ziektebeeld telt voor de score
- Gedragsproblemen bij dementie moeilijker te scoren
- Als diagnose tijdens opname wijzigt moeilijker te scoren
- Voorbeelden matrix

Resultaten



ICC	CGI-Severity opname	CGI-severity ontslag	CGI-improvement
Voor bespreking	0.77	0.87	0.91
Na bespreking	0.84	0.90	0.93

Conclusie

De CGI heeft een hoge interrater betrouwbaarheid

Na de panelbespreking verbetert deze voor de CGI-Severity bij opname en ontslag.

De ICC van de CGI-improvement was voor de bespreking hoog en verbetert weinig

CGI is een betrouwbaar meetinstrument waarmee je uitkomsten van verschillende psychiatrische ziektebeelden kunt vergelijken



Kwetsbaarheid, multimorbiditeit, functieverlies bij ouderen die opgenomen zijn in de ouderenpsychiatrie

Carolien Benraad

Luc Disselhorst, Mieke Karlietis, Gerja van Hunen, Jos Vloedmans, Jacques van Limbeek, verpleegkundigen en AIOS Peter Hilderink, Max Franken, Nicky Laurensen,, Richard Oude Voshaar, René Melis, Jan Spijker, Marcel Olde Rikkert

Opzet: n = 120

Baseline

Korte
termijn
uitkomsten

Lange
termijn
uitkomsten

Modellen kwetsbaarheid:

Frailty index

Rockwood

- cumulatie van '**things that individuals have wrong with them**': ziekte, functionele status, afwijkend lab
- uitgedrukt in een getal 0 -1

Bv $10/39 = 0,256$

Physical Frailty

Fried

- **Loopsnelheid**
- **Handknijpkracht**
- **Ondervoeding**
- Vermoeidheid
- Laag activiteitsniveau

Score ≥ 5 frail

Score 3-4 pre-frail or

inter

Score 0-2 just

Baseline

Demografische gegevens
Psychiatrische diagnose
Ernst psychiatrische stoornis: CGI-Sev

Geriatrische karakteristieken:

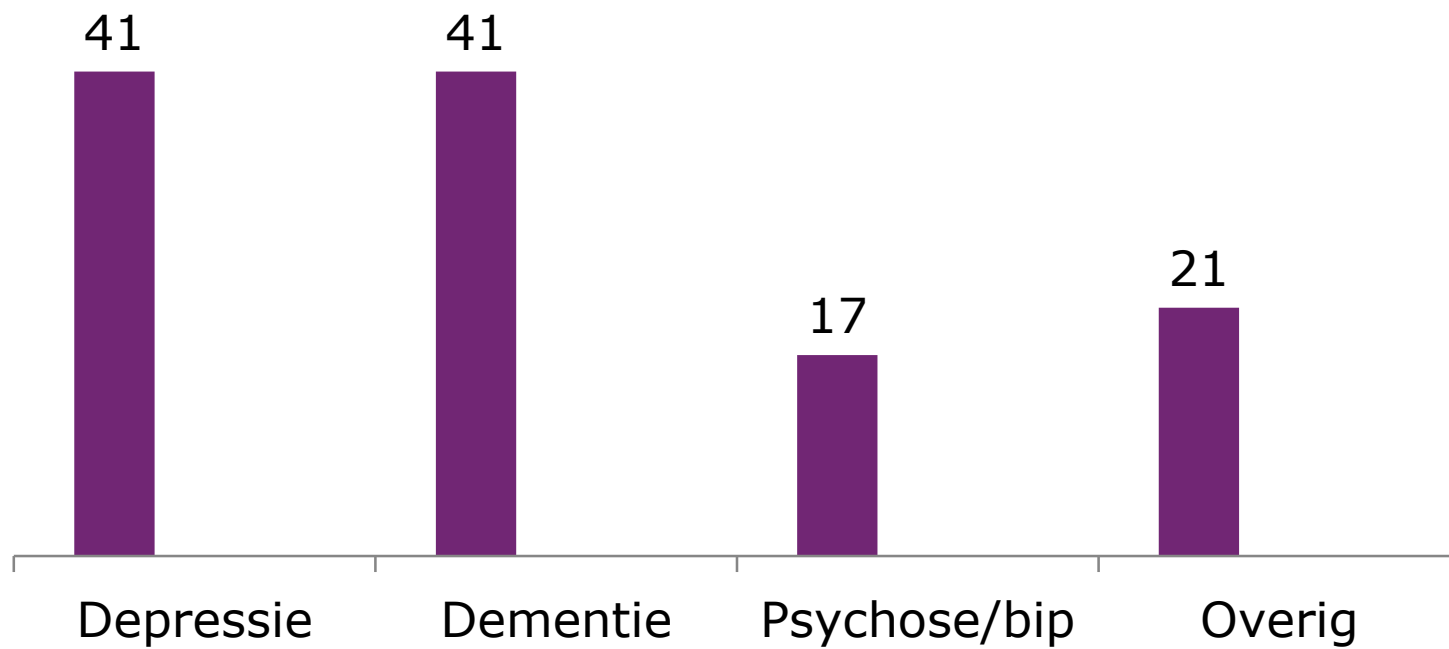
- **Frailty Index FI**
- **Loopsnelheid**
- **Hand Knijp Kracht HKK**
- **Mini Nutritional Assessment MNA**

- **Barthel**
- **Multimorbiditeit: CIRS-G 14 items**

Demografie

Demografie	N = 120	%
Leeftijd (mean, sd)	74,6 (sd 7,8)	
Vrouw	74	61,7
Woonsituatie		
Onafhankelijk	94	78,3
Verzorgingshuis	13	10,8
Verpleeghuis	10	8,3
GGZ of Beschermd wonen	3	2,5

Psychiatrische stoornis

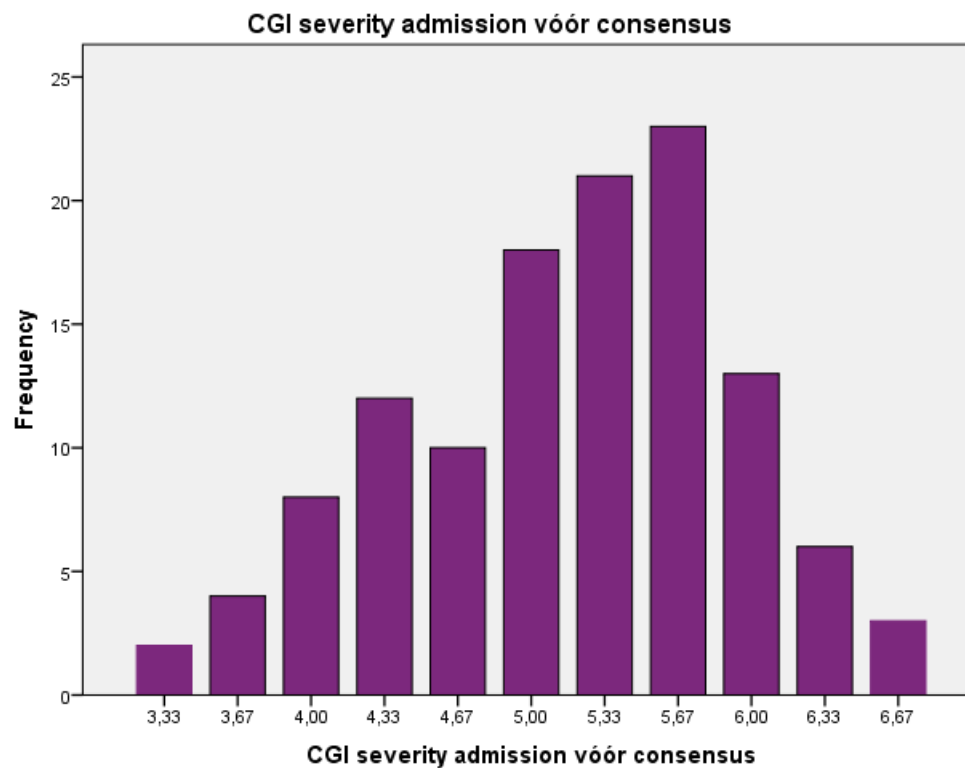


CGI-Severity Admission

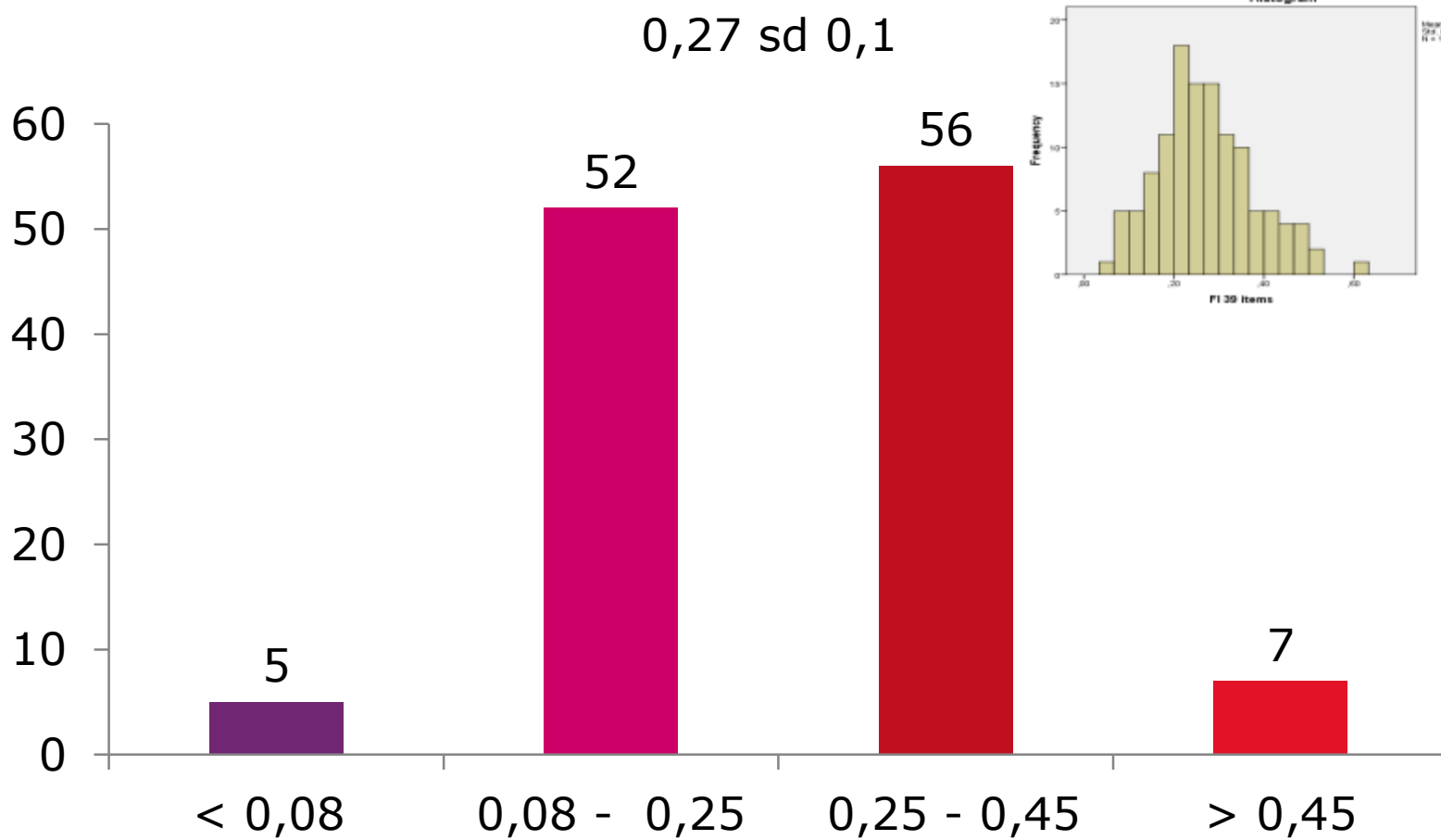
Ernst stoornis

CGI-severity opname

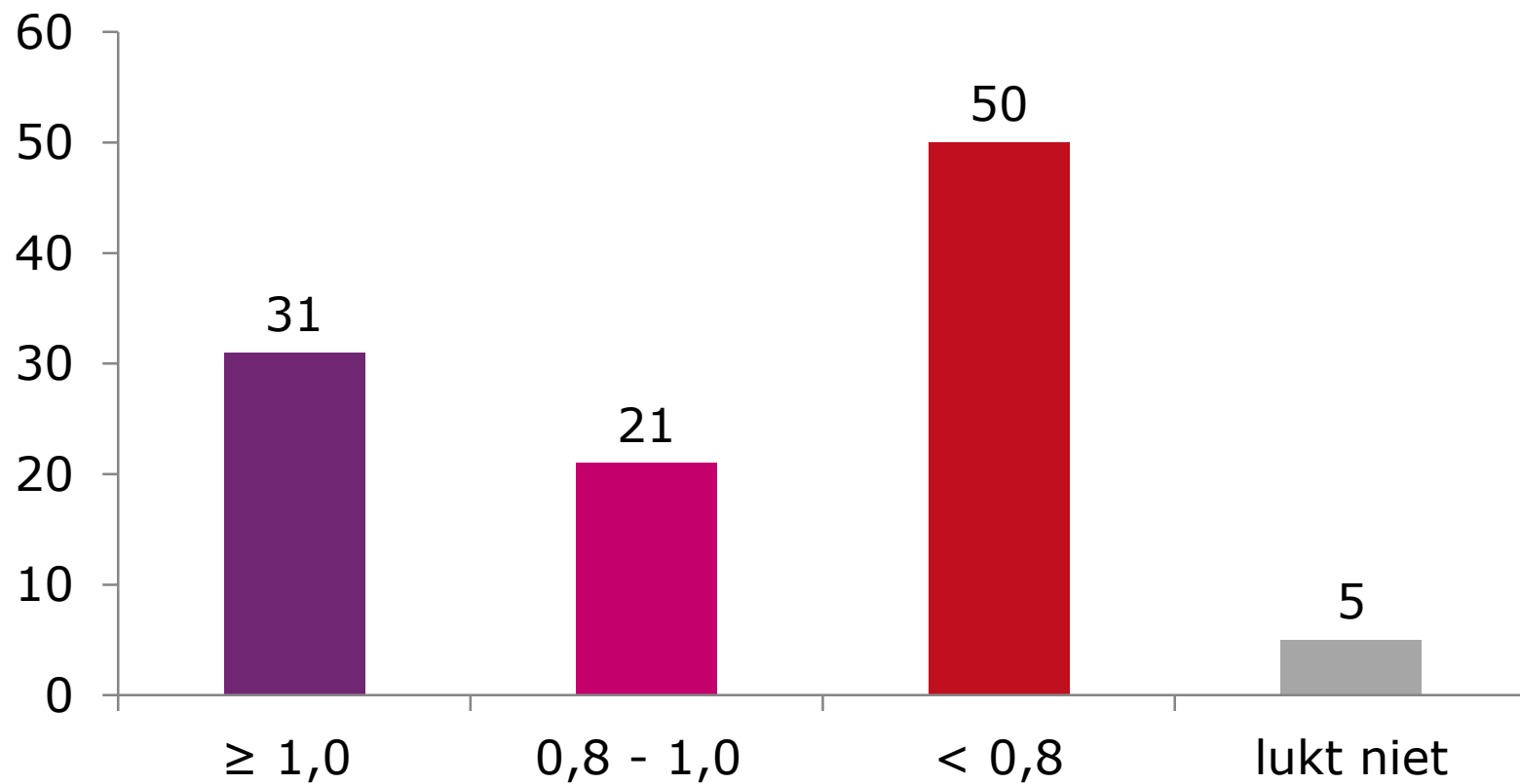
5,12 (0,76)



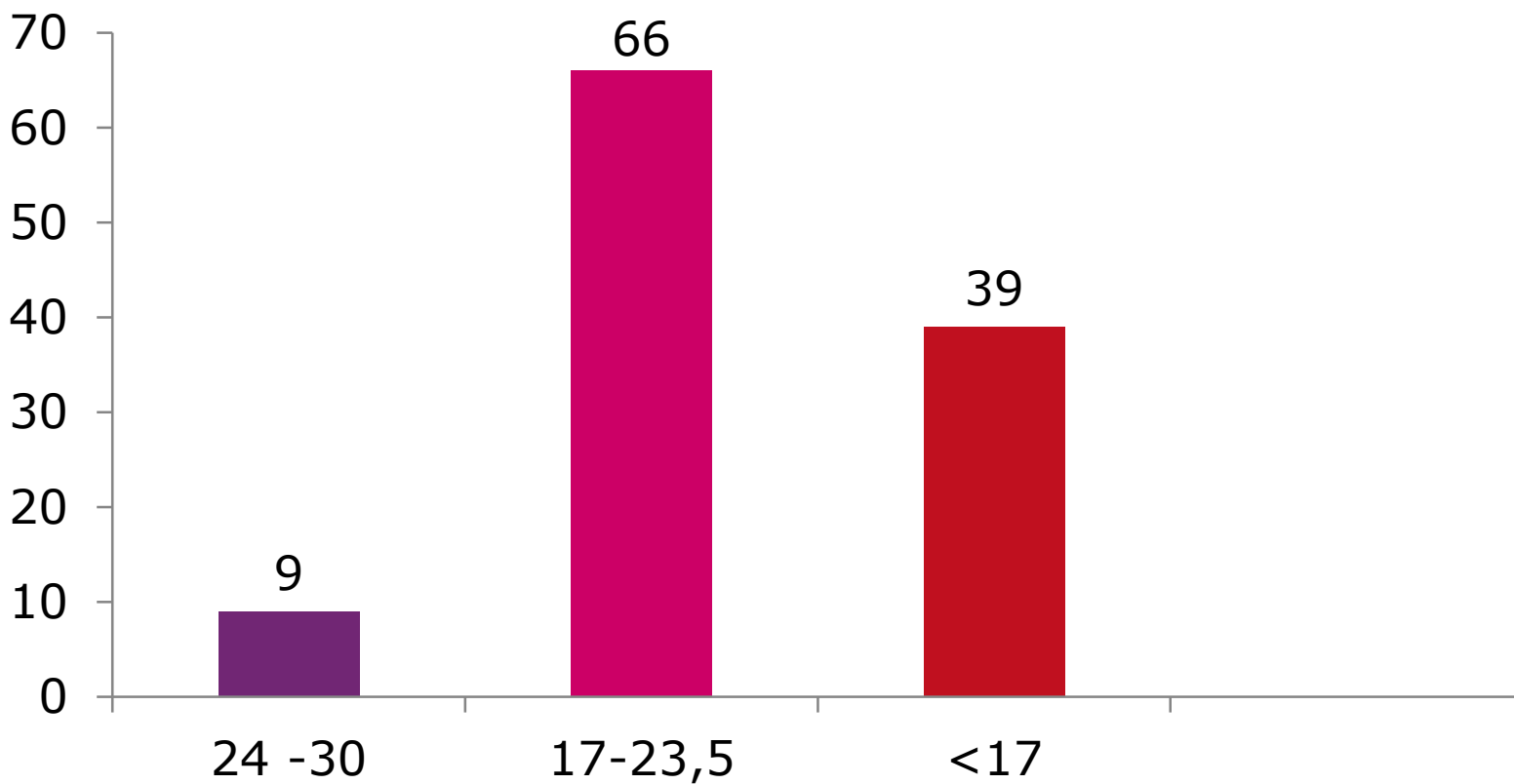
Baseline: Frailty Index



Loopsnelheid (m/sec) n = 107



Mini Nutritional Assessment n = 114



Functionele status en comorbiditeit

Functionele status (n = 116)

ADL Barthel index (0 - 20)

ADL Barthel 1 - 18

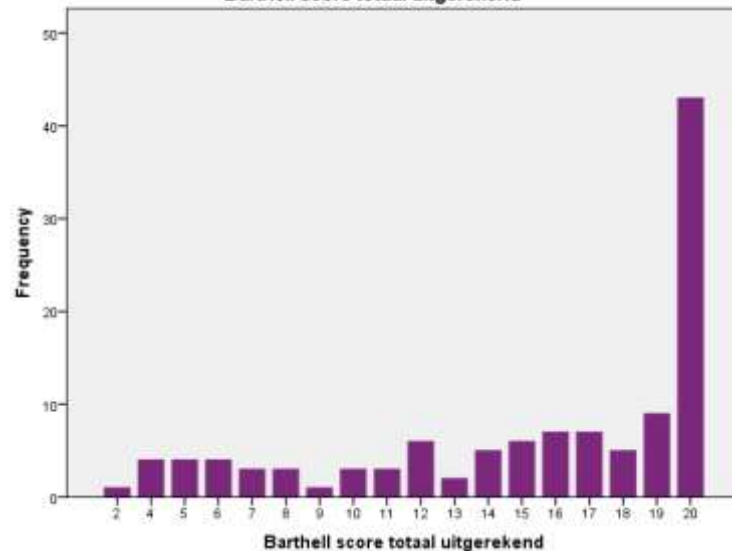
ADL Barthel 19 - 20

Onbekend

Multimorbiditeit

CIRS-G totaal

Barthel score totaal uitgerekend

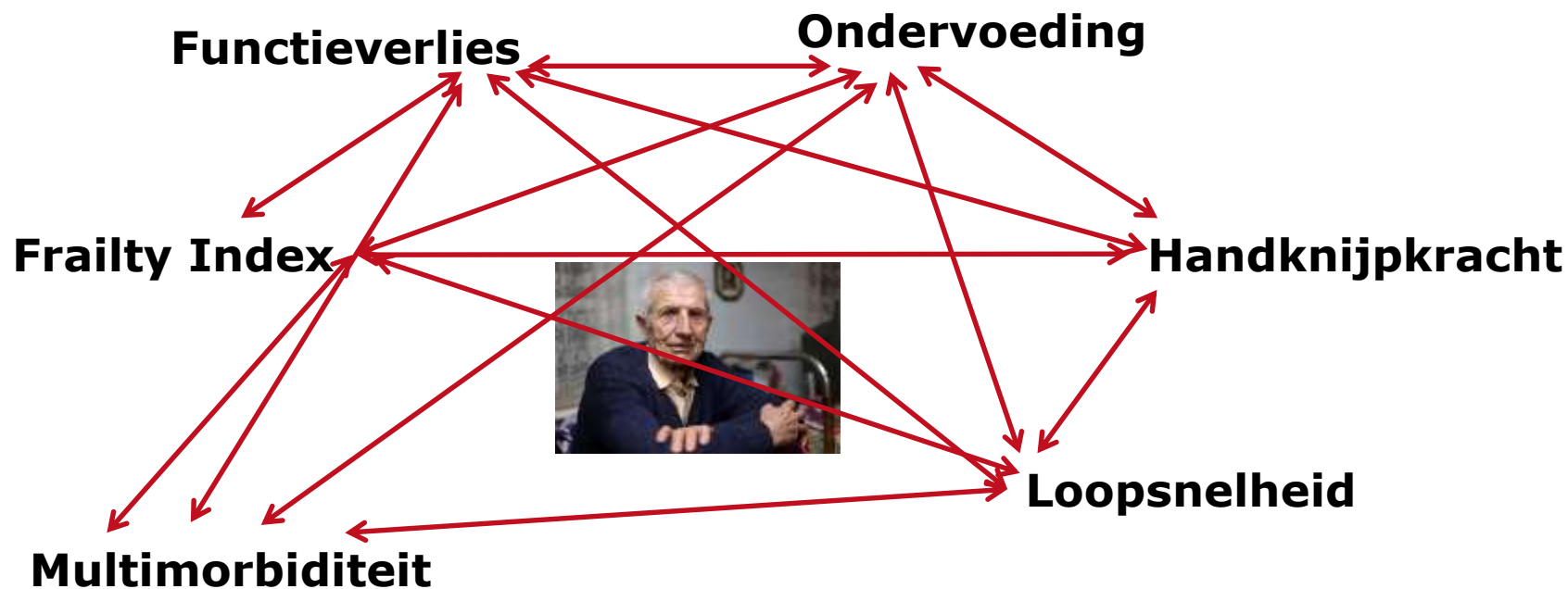


13,5 (5,4)

Verschillen diagnosegroepen

	Studie populatie	Depressieve stoornis	Cognitieve stoornis/dementie	Psychos/bipolaire stoornis	Overig	P*
Frailty Index	0.27 (0.10)	0.26	0.30	0.27	0.22	0.074
Loopsnelheid (m/sec)	0.85 (0.33)	0.88	0.81	0.74	0.94	0.290
Hand Knijp Kracht						
Vrouw (n=72)	19.6 (7.7)	19.2	18.6	18.8	22.1	0.672
Man (n=40)	30.7 (8.7)	31.8	28.7	23.2	40.6	0.034
Mini Nutritional Assessment	18.1 (4,4)	16.6	19.3	19.2	18.1	0.036
Barthel index	15.4	16.7	13.6	14.3	17.4	0.013
CIRS-G total score	13.5	13.7	13.3	14.9	12.4	0.556

Correlaties



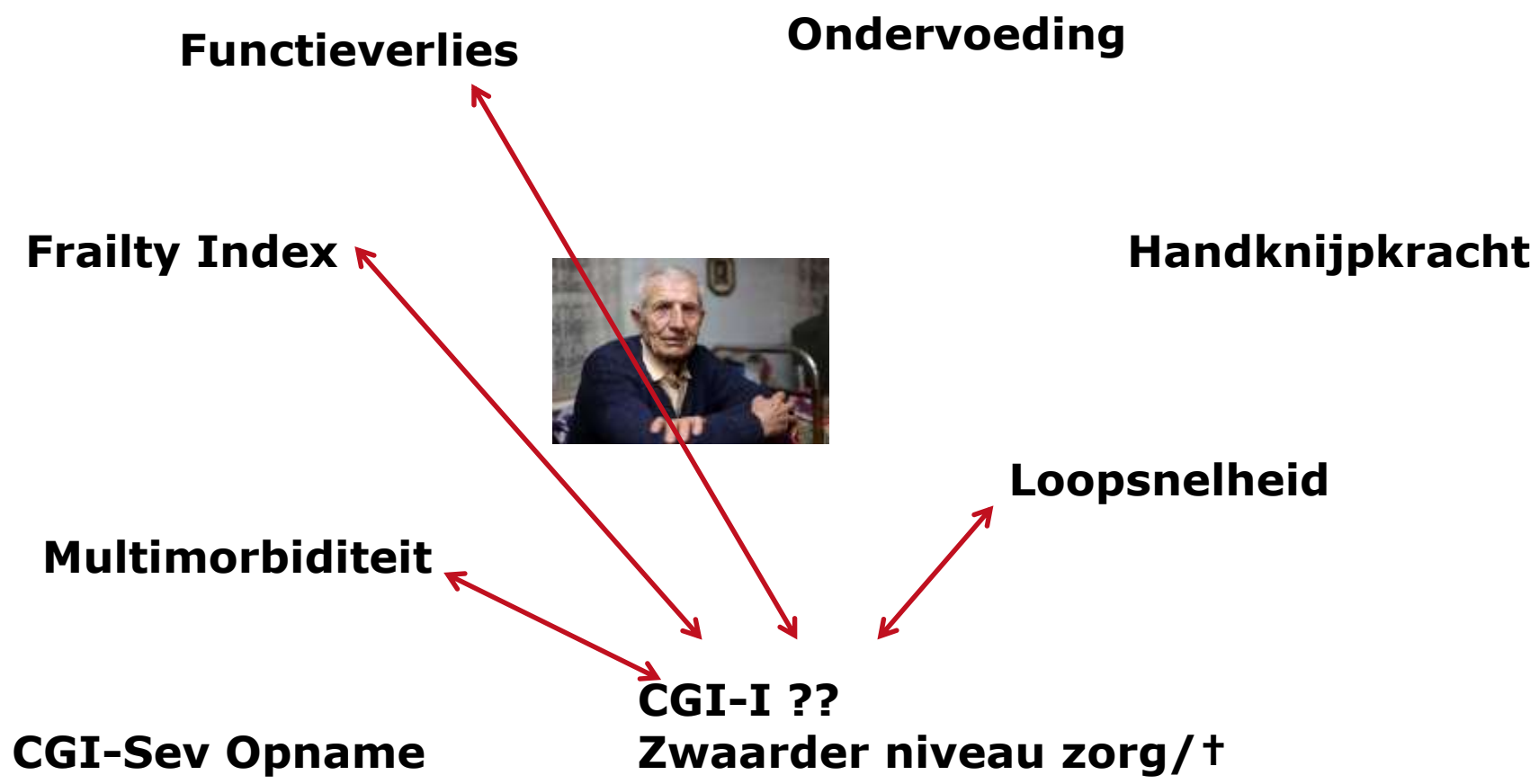
CGI-Sev Opname



Korte
termijn
uitkomsten

Ontslag:

- Clinical Global Impressions of Improvement
- Zwaarder niveau van zorg of overlijden tijdens opname.



Uitkomsten behandeling: CGI-I

	Studie populatie	Depressieve stoornis	Cognitieve stoornis/dementie	Psychose / bipolaire stoornis	Overig	p*
CGI-Improvement (mean)	2.75 (1.00)	2.41	3.22	2.67	2.75	0.006 *

Uitkomst CGI en zwaarder niveau van zorg/†

Multivariabele lineaire regressie analyses: CGI-I

Logistische regressie analyse: ontslagbestemming

Covariabelen

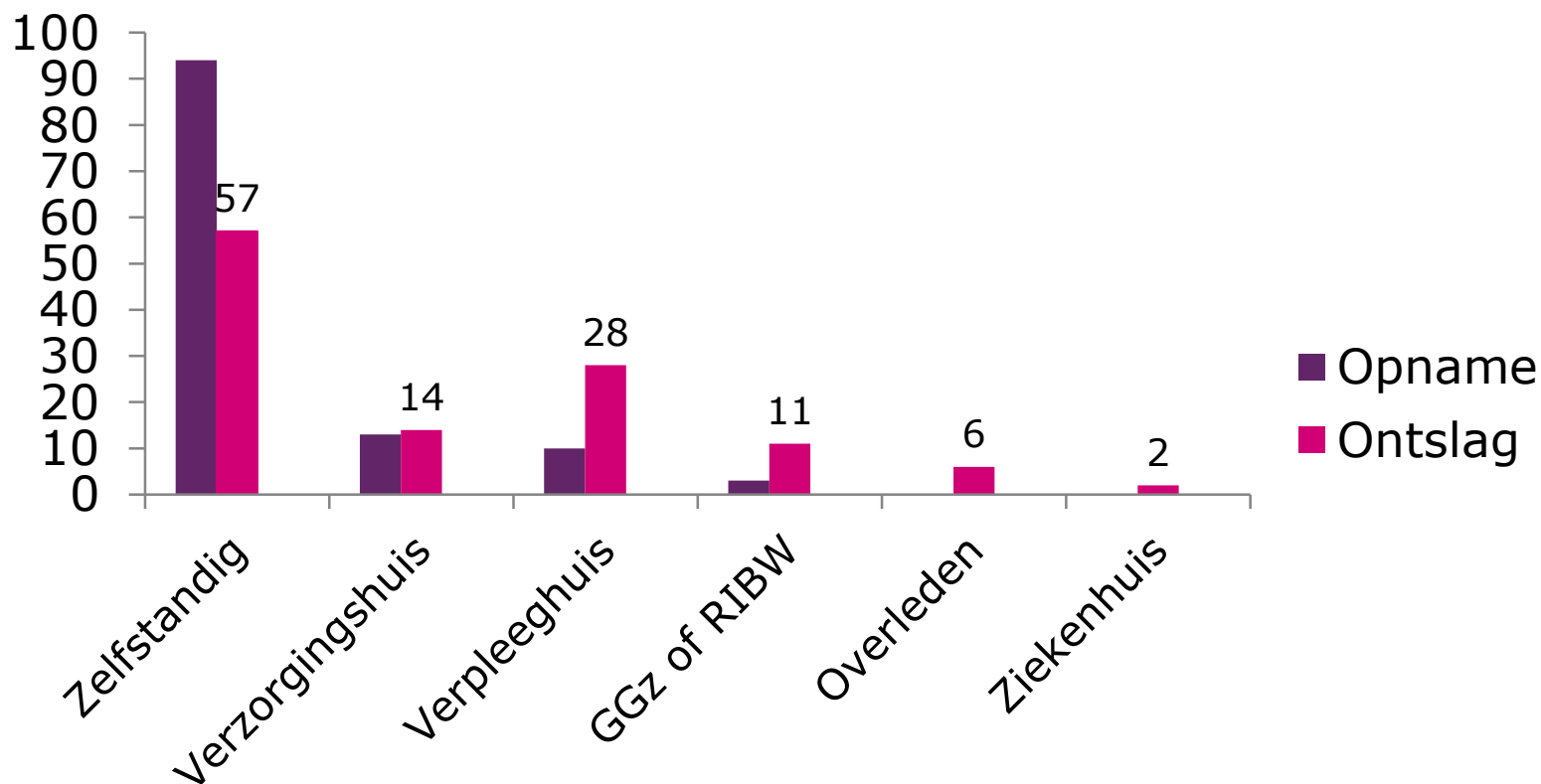
- leeftijd
- geslacht
- opleidingsniveau,
- burgerlijke status,
- woonsituatie bij opname
- CGI-sev opname
- diagnosegroep

Geriatrische karakteristieken en CGI-I

Geriatrische karakteristieken zijn geen voorspellers voor CGI-I in hele populatie.

- Alleen in subgroep **depressie**:
 - **FI per 0,1**: B0 3,273, $b = 0,501$, $p = 0,018$
- In subgroep **cognitieve stoornissen / dementie**
 - **CIRS-G per 1**: B0 2,943, $b = 0.622$, $p = 0.021$.

Uitkomsten: Zwaarder niveau van zorg / †



Zwaarder niveau zorg / †

- **FI per 0,1 stijging:** **OR 1.91** (1.09 – 3.37) **p = 0.025**
- **Loopsnelheid per 0,1 m/s:
langzamer** **OR 1.35** (1.06 - 1.72) **p = 0.015**
- **CIRS-G per punt stijging:** **OR 1.19** (1.06 – 1.34) **p = 0.004**
- Barthel per punt : OR 0.97 (0.87 – 1.08) p = 0.545

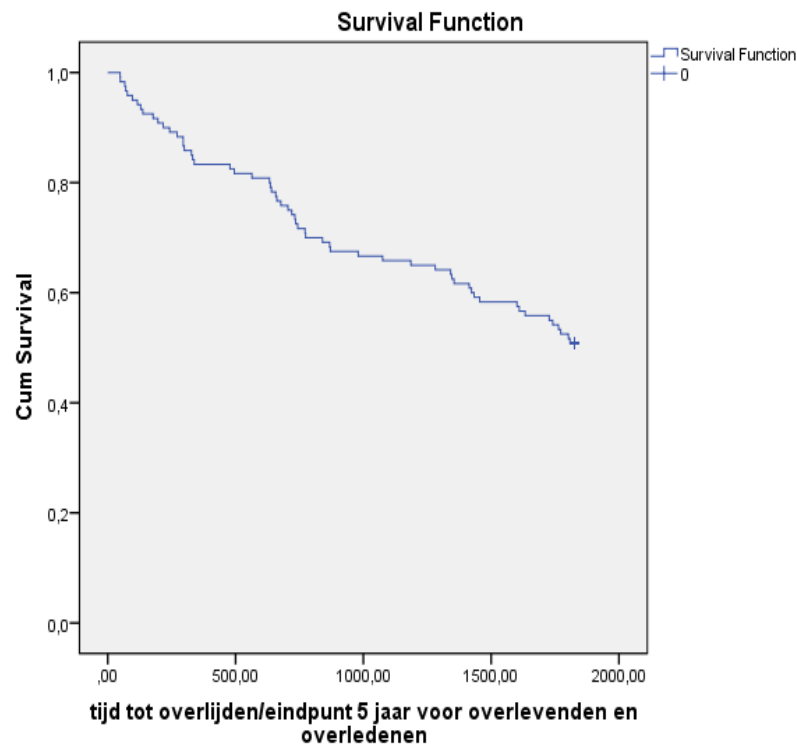


Mortaliteit binnen 5 jaar na opname

Lange
termijn
uitkomsten

Mortaliteit 5 jaar

- Binnen 5 jaar overleden: $n = 59$ (49,2%)
- Gemiddelde levensverwachting van 75 jarige is 12,5 jaar.




5 jaars mortaliteit

Cox Regressie analyse 5 jaars overleving

	Sig.	Exp(B)	95,0% CI for Exp(B)	
			Lower	Upper
Geslacht	,015	2,286	1,173	4,453
Leeftijd	,000	1,103	1,048	1,162
Frailty Index per 0,1	,030	1,776	1,058	2,982
Diagnose dementie	,051	1,983	,996	3,946
Opleidingsniveau laag	,905	1,041	,540	2,007
CGI-severity Opname	,059	1,505	,985	2,300
Barthel	,138	1,055	,983	1,132
CIRSG 14	,156	1,060	,978	1,149

Samenvatting

- Deze populatie is **kwetsbaar**, heeft een hoog niveau van **multimorbiditeit**, is **ondervoed**, maar een redelijk ADL niveau
- Kwetsbaarheid en multimorbiditeit **verschillen niet** tussen de diagnose groepen.
- Deze populatie **knapt psychiatrisch matig op**.
- **Frailty is geen voorspeller** voor de psychiatrische uitkomst, **behalve bij mensen met een depressie**.
- De **levensverwachting is veel lager** dan die van de algemene populatie: de helft van de mensen is overleden na 5 jaar.
- **Frailty is een onafhankelijke voorspeller voor overlijden**.



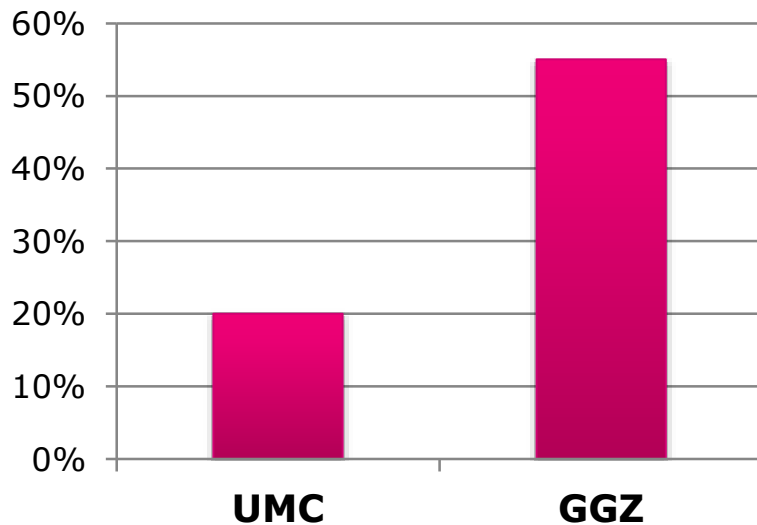
Kwetsbaarheid en sterfte groter op afdeling ouderenpsychiatrie dan in academisch ziekenhuis

Max Franken
Carolien Benraad
Marcel Olde Rikkert

Radboudumc

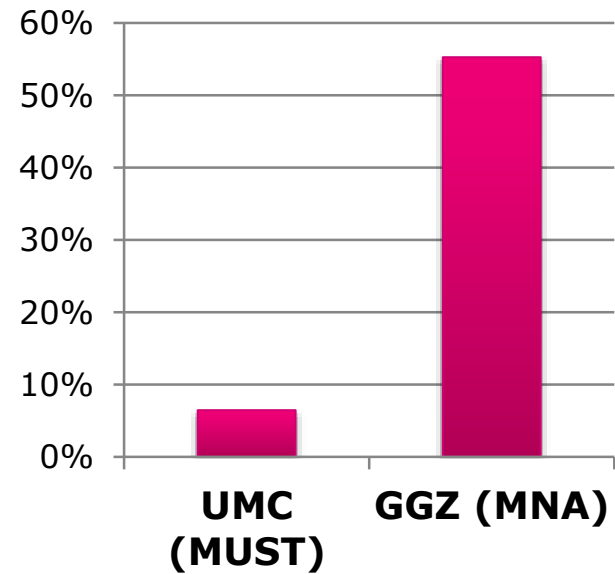
Pro Persona
geestelijke gezondheidszorg

Gevallen in afgelopen 6 mnd

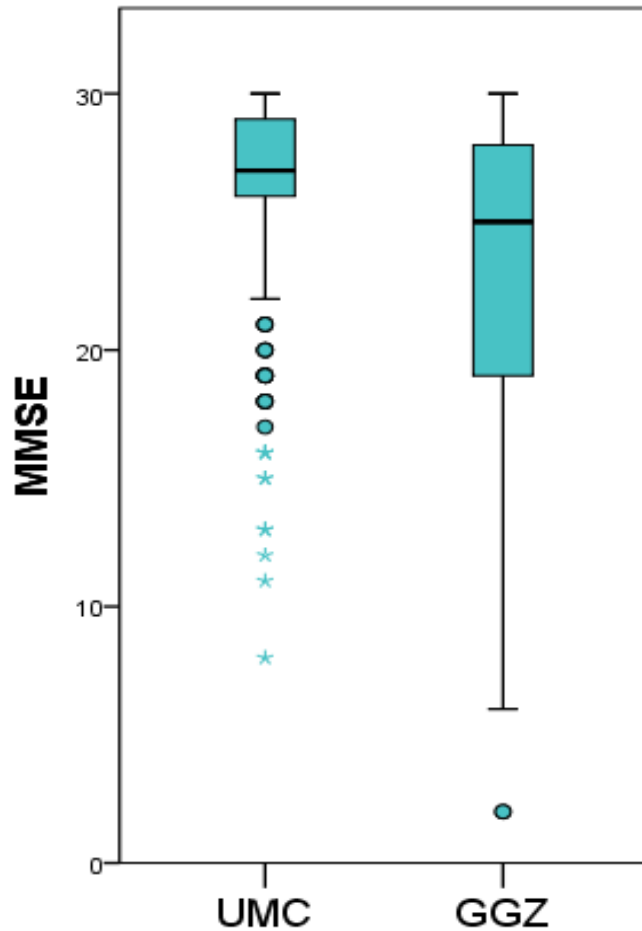


Vallen: $p=0.000$ (χ^2)

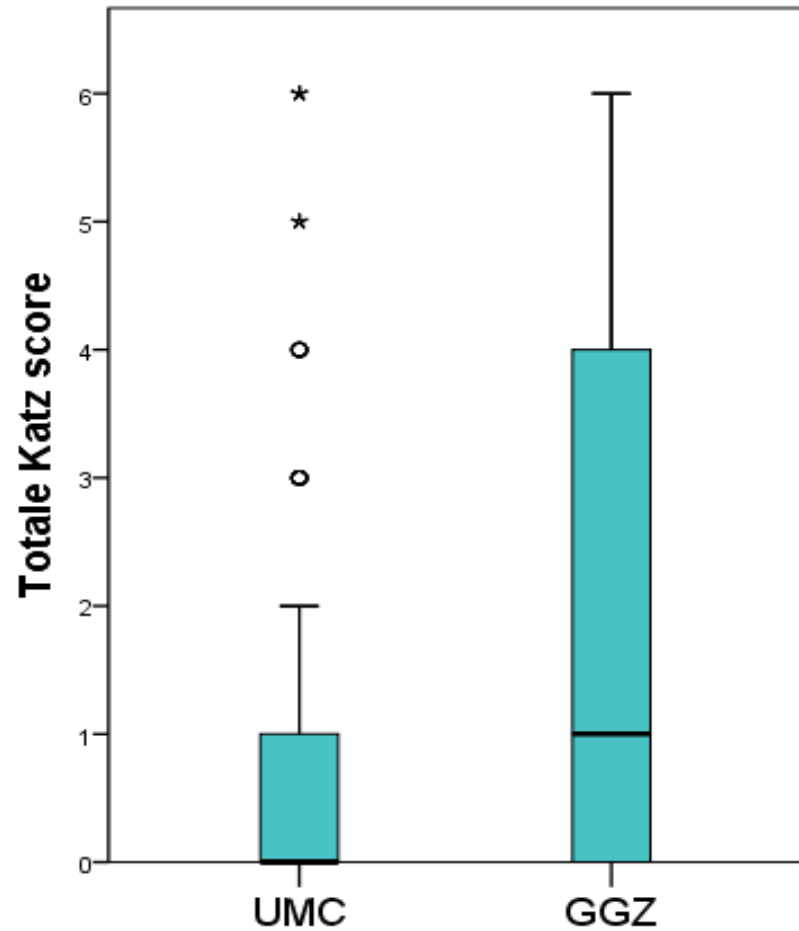
Ondervoeding



Ondervoeding: $p=0.000$ (χ^2)

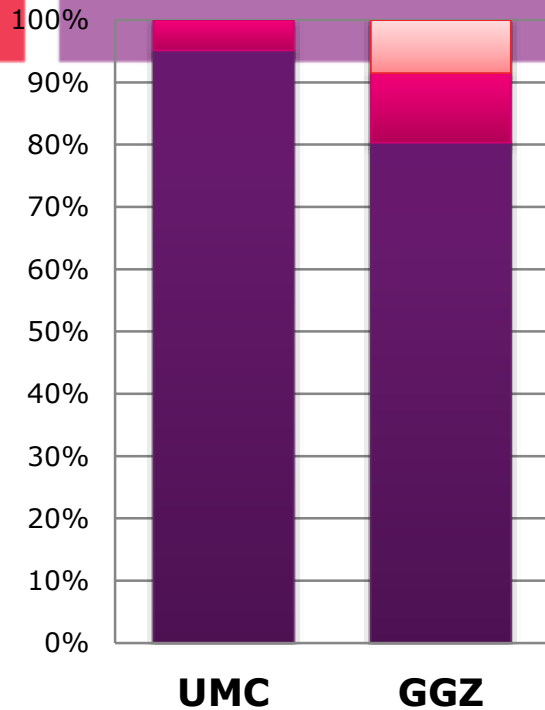


MMSE: $p = 0.000$ (T-test)



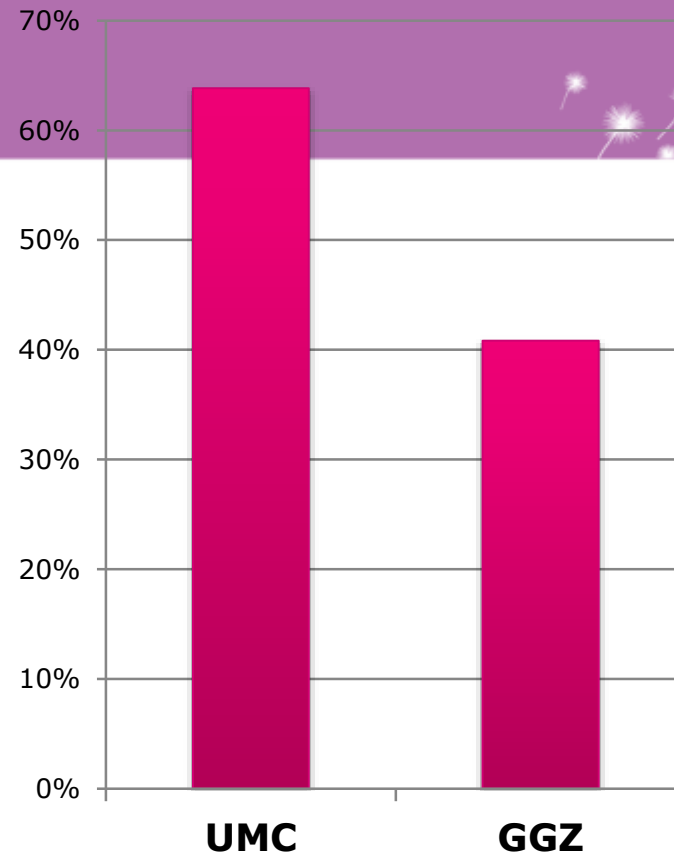
Katz: $p = 0.000$ (T-test)

Woonsituatie



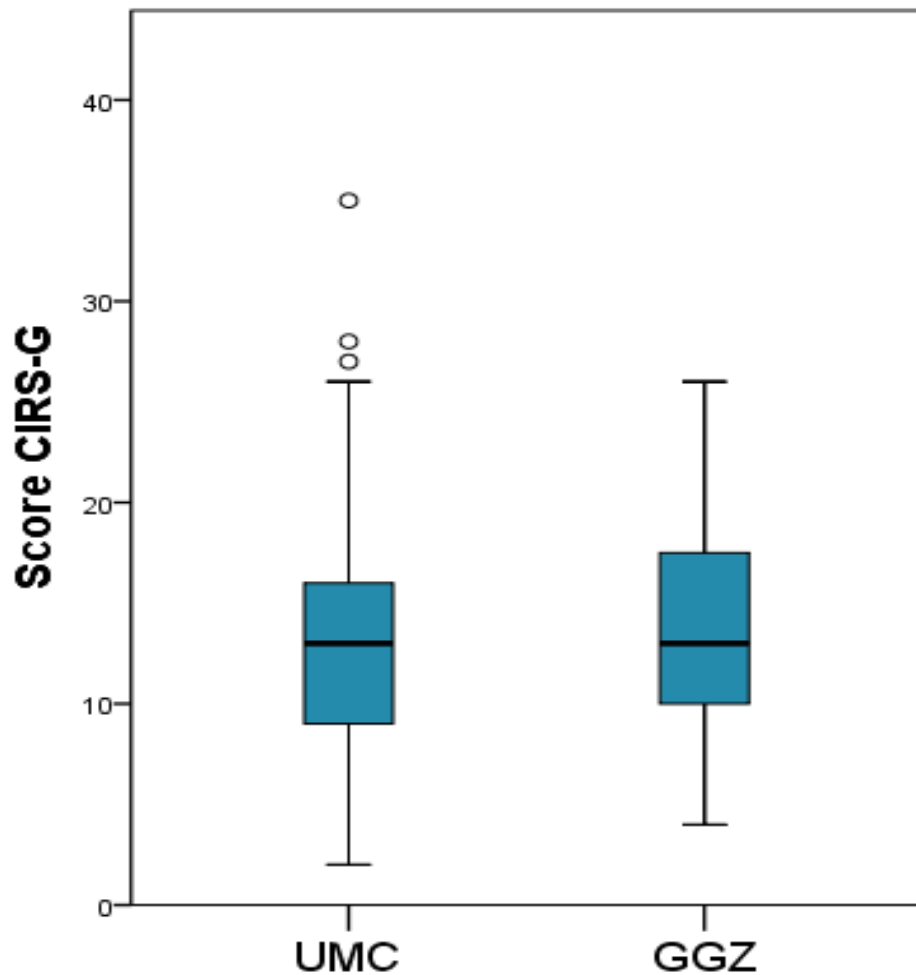
- Verpleeghuis
- Verzorgingshuis
- Eigen woning

Samenwonend



Woonsituatie: $p=0.000$ (χ^2)
Samenwonend: $p=0.000$ (χ^2)

Multimorbiditeit



CIRS-G totaal score:

$p=0,999$ (T-test)

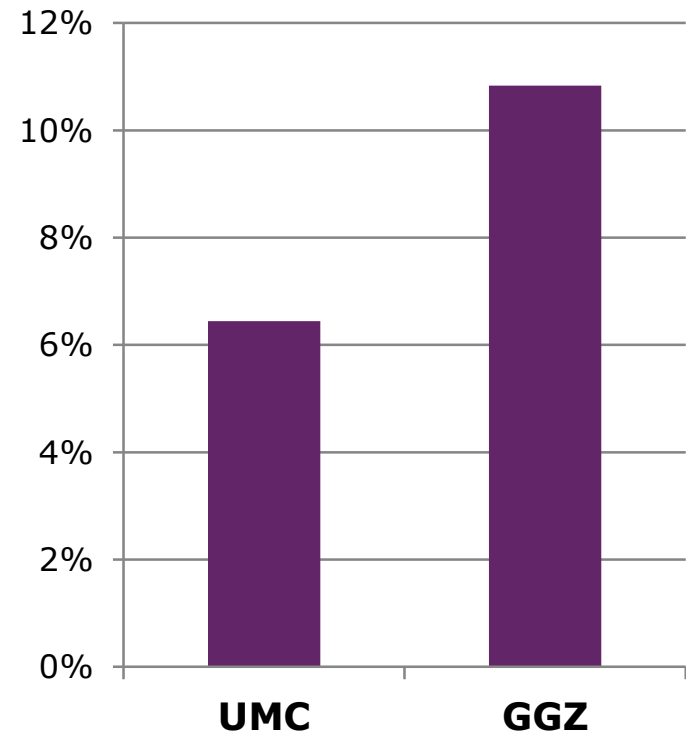
Mortaliteit

Opnameduur + 3 maanden

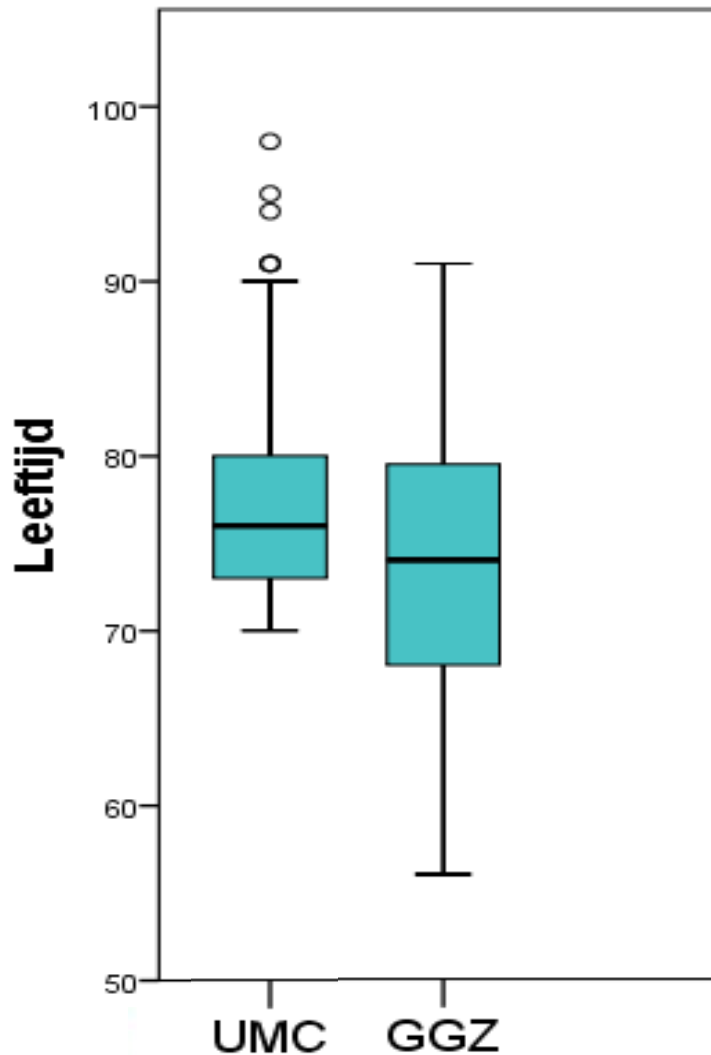
P= 0,115 (χ^2)

	UMC (n=386)	GGZ (n=120)
Overleden	23 (6,4%)	13 (10,8%)
Leeft	334 (93,6%)	107 (89,2%)
Missing	11	0

Mortaliteit



Leeftijd lager in GGZ



GGZ gemiddeld 74 jaar
UMC gemiddeld 77 jaar
 $p=0.000$ (T-test)

Regressie: mortaliteit

Model: leeftijd en instituut

Instituut voorspellend:

Beta 0,76 (SD: 0,37)

P=0,042

OR 2,1 (95% CI: 1,03-4,45)



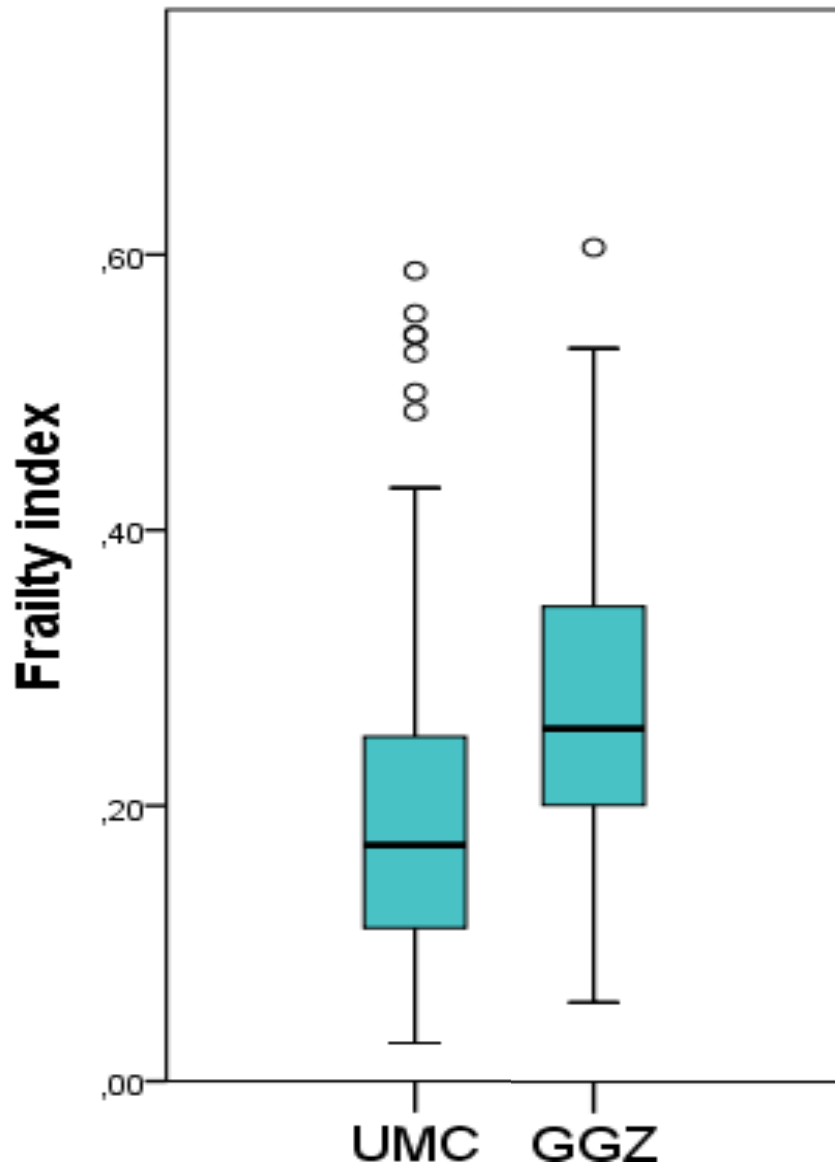
Regressie mortaliteit

+ Frailty Index

→ Frailty index voorspellend:
beta 0,81 per 0,1 FI
(SD 0,16), $p=.000$

Niet (meer) voorspellend:

- instituut
- Leeftijd
- Geslacht
- Multimorbiditeit



Sterkte-zwakte

Zwak

- Twee zeer specifieke settings vergeleken, generaliseerbaarheid onzeker.
- FI's verschillend samengesteld (maar beide wel gevalideerd)
- In UMC voor CIRS G en MMSE vrij veel missings

Sterk

- Eerste vergelijkende studie frailty tussen GGZ en somatisch ziekenhuis
- Duidelijke verschillen, consistent over verschillende aspecten van frailty

Conclusie

- Ouderen in dit GGZ instituut significant kwetsbaarder dan in Radboudumc
- Uitgedrukt in een FI is kwetsbaarheid sterk voorspellend voor overlijden
- Kwetsbaarheid kan de hogere mortaliteit in dit GGZ instituut verklaren

Aanbeveling

- Onderzoek invoering screening op kwetsbaarheid in de GGZ, met bijhorende interventies.
- Meer onderzoek naar de oorzaken van de gevonden grote kwetsbaarheid bij psychiatrisch patiënten.



Parnassia Groep
Specialist in geestelijke gezondheid

Frailty volgens de VMS- screening in de ggz

Rob Kok
psychiater, klinisch epidemioloog
Den Haag

Geriatricdagen 8-2-2018

Wat hebben wij gedaan

VMS screening afgenomen in de ggz :
ProPersona & Parnassia Groep, N = 126

Leeftijd, mediaan (range) 74.2 (60-96)

Vrouw (%) 81 (64.3%)

Psychiatrische diagnose

depressie 34 (27%)

psychotisch 41 (32.5%)

cognitief 34 (27%)

overig 16 (12.7%)

onbekend 1 (0.8%)



deliriumrisico, n (%)	102 (81%)
<i>geheugenproblemen</i>	80 (63.5)
<i>hulp bij zelfzorg</i>	53 (42.1)
<i>ooit in de war geweest</i>	73 (57.9)
valrisico, n (%)	54 (42.9%)
ondervoeding, n (%)	48 (38.1%)
<i>ongewenst gewichtsverlies</i>	46 (36.5)
<i>verminderde eetlust</i>	55 (43.7)
<i>drink- en sondevoeding</i>	14 (11.1)
fysieke beperkingen, n (%)	39 (31%)
<i>hulp bij baden of douchen</i>	49 (38.9)
<i>hulp bij aankleden</i>	39 (31.0)
<i>hulp bij naar toilet gaan</i>	21 (16.7)
<i>gebruik incontinentiemateriaal</i>	31 (24.6)
<i>hulp bij transfer</i>	17 (13.5)
<i>hulp bij eten</i>	7 (5.6)

Vergelijking alg. ziekenhuis

	GGZ ≥ 70 jaar (n=82)	algemeen ziekenhuis (n=688)
deliriumrisico, n (%)	72 (87.8)	284 (41.3)
<i>geheugenproblemen</i>	58 (70.7)	81 (11.8)
<i>hulp bij zelfzorg</i>	34 (41.5)	212 (30.8)
<i>ooit in de war geweest</i>	50 (61)	120 (17.4)
valrisico, n (%)	41 (50.0)	246 (35.8)
ondervoeding, n (%)	36 (43.9)	131 (19.0)
<i>ongewenst gewichtsverlies</i>	35 (42.7)	113 (16.4)
<i>verminderde eetlust</i>	41 (50.0)	208 (30.2)
<i>drink- en sondevoeding</i>	9 (11.0)	65 (9.4)
fysieke beperkingen, n (%)	27 (32.9)	241 (35.0)
<i>hulp bij baden of douchen</i>	36 (43.9)	211 (30.7)
<i>hulp bij aankleden</i>	29 (35.4)	170 (24.7)
<i>hulp bij naar toilet gaan</i>	18 (22.0)	65 (9.4)
<i>gebruik incontinentiemateriaal</i>	20 (24.4)	234 (34)
<i>hulp bij transfer</i>	15 (18.3)	68 (9.9)
<i>hulp bij eten</i>	6 (7.3)	296 (39.1)



4 diagnosegroepen verschillen significant in deliriumrisico en fysieke beperkingen

(cognitief > psychose > depressie > overig)

Correlaties sterkste voor delier – ADL (CC = 0.61, $p < 0.001$), significant maar laag voor leeftijd met alle 4 VMS-thema's (CC = 0.21-0.31)

Regressie-analyse met leeftijd: zelfde significante effecten, alleen vallen is n.s. (OR 1.04, $p = 0.08$)

Conclusie

Screening op kwetsbaarheid bij ouderen in de gzz met de VMS-bundel suggereert een grotere kwetsbaarheid t.o.v. ouderen in het algemeen ziekenhuis. Dit betreft vooral het risico op delirium, vallen en ondervoeding.

Het is echter nog onduidelijk of deze screening geschikt is voor de selectie van de kwetsbare patiënten in de GGZ en wat de voorspellende waarde hiervan is.

Dank



Onderzoeken is teamwerk:

dank aan **Kris Boudestein**, Carolien Benraad, Luc Disselhorst, Saliha el Bouhaddani, Julia van den Berg, Jolanda Hermes, Radboud Marijnissen, Henk Kruithof, Remmo Pameijer, vele aios/anios

Conclusie

- **De CGI schalen zijn betrouwbare meetinstrumenten om ernst en verbetering van verschillende psychiatrische aandoeningen te meten.**
- **Kwetsbaarheid en andere geriatrische syndromen hebben een hoge prevalentie in deze oudere psychiatrische populaties, die opgenomen zijn worden in de GGZ.**
- **Het lijkt erop dat de geriatrische syndromen in de ouderenpsychiatrie een hogere prevalentie hebben dan bij mensen > 70 jaar in het algemeen ziekenhuis**
- **Frailty is evenzeer voorspellend voor slechte gezondheidsuitkomsten als in algemene populaties en ziekenhuis populaties.**

Vragen en discussie

- Screening en behandeling van geriatrische syndromen in de GGZ heeft hoge prioriteit?
- Hoe kan dat gedaan worden?
- Kunnen we de VMS kwetsbare ouderen gebruiken?
- Alle items?