

ONDERZOEK

Integratief reactiverings- en rehabilitatieprogramma voor psychogeriatrische patiënten

GUNSTIG EFFECT, OOK OP DE MANTELZORGERS*

Ton J.E.M. Bakker, Hugo J. Duivenvoorden, Jacqueline van der Lee, Marcel G.M. Olde Rikkert, Aartjan T.F. Beekman en Miel W. Ribbe

- DOEL** De effectiviteit onderzoeken van een integratief reactiverings- en rehabilitatie(IRR)-programma op de ernst van multiple neuropsychiatrische symptomen bij psychogeriatrische patiënten en op de belasting van hun mantelzorgers.
- OPZET** Open RCT.
- METHODE** Van de 168 deelnemers ontvingen 81 het IRR-programma en 87 reguliere zorg. Inclusiecriteria waren: a) een dementie, een amnestische of een andere cognitieve stoornis (DSM-IV); b) score ≥ 3 op de 'Neuropsychiatric Inventory' (NPI); c) Mini-mental state examination-score ≥ 18 en ≤ 27 ; d) Barthel-index ≥ 5 en ≤ 19 . Primaire uitkomstmaten waren het aantal en de ernst van multiple neuropsychiatrische symptomen, gemeten met de NPI. Van de mantelzorgers werden de belasting en competentie gemeten. Metingen vonden plaats bij inclusie (T1), aan het eind van de behandeling (T2) en 6 maanden daarna (T3). Cohen's d (Cd) werd berekend voor gemiddelde verschillen en er werd 'random regression modelling' (RRM) toegepast.
- RESULTATEN** Aan het eind van de behandeling (T2) waren de symptomen sterker afgenomen in de IRR-groep dan in de controle-groep, zowel in aantal (verschil in NPI-score: 1,31; Cd: -0,53) als in ernst (11,16; Cd: -0,53). De algemene belasting en emotionele belasting van de mantelzorgers waren statistisch significant lager en in de IRR-groep was hun competentie sterker toegenomen. 6 maanden na het einde van de behandeling (T3) was het effect op de patiënten nog wel meetbaar, maar na correctie niet langer statistisch gecorrigeerd significant; de effecten bij de mantelzorgers waren verder toegenomen. Dit werd bevestigd met RRM.
- CONCLUSIE** IRR was effectiever dan reguliere belevingsgerichte zorg in het verminderen van zowel multiple neuropsychiatrische symptomen als de belasting van mantelzorgers. De competentie van mantelzorgers in de IRR-groep nam significant sterker toe. Wij bevelen aan om integratieve psychotherapeutische behandelmethoden op te nemen in de reguliere verpleeghuiszorg.

**Dit onderzoek werd eerder gepubliceerd in American Journal of Geriatric Psychiatry (2011;19:507-20) met als titel 'Integrative psychotherapeutic nursing home programme to reduce multiple psychiatric symptoms of psychogeriatric patients and caregiver burden: a randomized controlled trial'. Afdrukt met toestemming.*

*Verpleeg- en Reactiveringscentrum DrieMaasStede, Argos Zorggroep, Schiedam.
Dr. T.J.E.M. Bakker, psychogeriatrische specialist ouderengeneeskunde (tevens afd. Verpleeghuisgeneeskunde, EMGO Instituut, Amsterdam); dr. H.J. Duivenvoorden, psycholoog-methodoloog-statisticus (tevens afd. Medische Psychologie en Psychotherapie, Erasmus Universiteit Rotterdam); drs. J. van der Lee,*

De prevalentie van psychiatrische symptomen als depressie, angst, paranoia en agressie is hoog onder psychogeriatrische patiënten. Van de patiënten die naar trans- of intramurale verpleeghuiszorg worden verwezen, heeft 80% 2 of meer neuropsychiatrische symptomen, gemeten met de 'neuro-psychiatric inventory' (NPI).⁴⁻³ Multiple neuropsychiatrische symptomen hebben een ongunstige invloed op de patiënten zelf, maar ook op de competentie van hun mantelzorgers, die extra belast worden.^{4,5} Binnen de verpleeghuiszorg worden psychofarmaca, zoals antipsychotica, ondanks hun beperkte werkzaamheid en potentieel schadelijke bijwerkingen, veelvuldig gebruikt als therapie voor multiple neuropsychiatrische symptomen.^{2,6}

Grootschalig gerandomiseerd en gecontroleerd onderzoek (RCT) naar de effecten van psychotherapeutische interventies is schaars.^{7,8-10} Argos Zorggroep heeft een psychotherapeutisch programma ontwikkeld, het integratieve reactiverings- en rehabilitatie(IRR)-programma.

Wij rapporteren hier de resultaten van een RCT waarin wij de effectiviteit van het IRR-programma op de multi-pele neuropsychiatrische symptomen van psychogeriatrische patiënten en op de belasting en de competentie van hun mantelzorgers onderzochten.

METHODE

PATIËNTEN

De patiënten werden geïncludeerd na verwijzing door de ambulante geestelijke gezondheidszorg (n = 9; 5,4%), een algemeen ziekenhuis (n = 23; 13,5%), een geheugenpoli (n = 10; 6%) en huisartsen of andere eerstelijns zorgverleners (n = 126; 75,1%). Vóór inclusie ondergingen alle patiënten een complete geriatrische analyse ('comprehensive geriatric assessment', CGA) door een multidisciplinair team, bestaand uit een specialist ouderengeneeskunde, een psycholoog en een maatschappelijk werker. De inclusiecriteria waren (a) een dementie, een amnestische stoornis of een andere cognitieve stoornis volgens DSM-IV-classificatie; (b) leeftijd \geq 65 jaar; (c) 3 of meer neuropsychiatrische symptomen op de Neuropsychiatrische vragenlijst (NPI); (d) score voor cognitief functioneren \geq 18 en \leq 27 op de 'Mini-mental state examination' (MMSE) en een score \geq 5 en \leq 19 op de Barthelindex, een schaal voor zelfzorg; (e) het geven van informed consent. Exclusiecriteria waren (a) delirium; (b) levensbedreigende somatische comorbiditeit; (c) gerechtelijke dwangopname (inbewaringstelling of rechterlijke machtiging) en (d) onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal.

OPZET

Het onderzoek was een open RCT met 2 parallele groepen, een interventiegroep en een controlegroep. De patiënten (n = 168) werden gerandomiseerd en blind toegewezen aan het IRR-programma (n = 81) of de gebruikelijke

zorg (n = 87). De primaire uitkomstmaat werd gevormd door de multi-pele neuropsychiatrische symptomen van de patiënt; de belasting en de competentie van de mantelzorger waren de secundaire uitkomstmaten. De eerste metingen vonden plaats binnen 2 weken na inclusie (T₁), vervolgens aan het einde van de interventie, gemiddeld 3 maanden na inclusie (T₂) en 6 maanden na beëindiging van de interventie (T₃). De data werden verzameld door getrainde interviewers. Voor de RCT was toestemming verleend door de Medisch-Ethische Toetsingscommissie van de Erasmus Universiteit Medisch Centrum Rotterdam.

INTERVENTIE

Het IRR-programma werd uitgevoerd tijdens een klinische opname op een gespecialiseerde verpleeghuisafdeling van 15 bedden met psychiatrisch geschoolde professionals. Dit programma duurde gemiddeld 13 weken. Naast de reguliere multidisciplinaire verpleeghuiszorg bestond het programma uit integratieve psychotherapeutische interventies ter behandeling van de multi-pele psychiatrische symptomen van de patiënt en systeemtherapie, gericht op de mantelzorger. Het cognitief en lichamelijk functioneren van de patiënt werd geoptimaliseerd. Het IRR-team bestond uit het verplegingsteam, een psychogeriatr, een klinisch psycholoog, een maatschappelijk werker, een muziektherapeut, een psychomotorisch therapeut, een creatief therapeut, een fysiotherapeut, een ergotherapeut, een logopedist, een diëtist en een activiteitenbegeleider.¹¹

Voor iedere patiënt en mantelzorger werd een persoonlijk interventieplan samengesteld, bestaand uit gemiddeld 5 thema's, verdeeld over verschillende van de volgende 6 dimensies: beleving (bijvoorbeeld depressie, angst of agressie), persoonlijkheid (bijvoorbeeld narcistische, borderline of afhankelijke trekken), levensgebeurtenissen (bijvoorbeeld traumatische ervaringen door oorlog, incest of het overlijden van een partner), sociaal functioneren (bijvoorbeeld relatieproblemen met partner of kinderen of verlies van sociale contacten), cognitief functioneren (bijvoorbeeld geheugenproblemen of verlies van zelfredzaamheid) en functiebeperkende somatiek (bijvoorbeeld vallen, polyfarmacie of ondervoeding).¹¹ De psychotherapeutische interventies – gebaseerd op een probleemoplossend theoretisch kader – waren voor alle professionals in een richtlijn vastgelegd.

Tabel 1 geeft een overzicht van de toegepaste interventies, ingedeeld naar de fase in het programma: diagnostiek (100%), counseling (79,5%), verwerkingsgerichte therapie van levensgebeurtenissen (2,6%), inzichtgevende therapie (48,7%), cognitieve gedragstherapie (57,7%), gedragstherapie (94,9%), begeleiding bij acceptatie van gedrag en beperking van de negatieve gevolgen ervan

psycholoog-onderzoeker

(tevens afd. Verpleeghuisgeneeskunde, EMGO

Instituut, Amsterdam).

Universitair Medisch Centrum St. Radboud, afd.

Geriatie, Nijmegen.

Prof.dr. M.G.M. Olde Rikkert, klinisch geriatr.

VU Medisch Centrum en EMGO Instituut,

Amsterdam.

Afd. Psychiatrie: prof.dr. A.T.F. Beekman,

psychiater (tevens GGZ Buitenamstel).

Afd. Verpleeghuisgeneeskunde: prof.dr. M.W.

Ribbe, specialist ouderengeneeskunde.

Contactpersoon: dr. T.J.E.M. Bakker

(t.bakker@argoszorggroep.nl).

(66,6%), regressiebenadering gericht op het tijdelijk accepteren van regressief gedrag (3,8%), rehabilitatie (47,4%), begeleiding bij ontslag (41,0%), psycho-educatie (6,4%), en systeemtherapie (38,5%).¹¹

Interventies werden voornamelijk in groepsverband aangeboden en waar nodig ook individueel. Gemiddeld werd een patiënt voor 5 functionele problemen behandeld door zorgverleners uit 4 disciplines. Na consultatie in het multidisciplinaire team werden de interventies voorgeschreven door een psychogeriater; dit is een specialist ouderengeneeskunde met ervaring in psychiatrische behandeling. De voortgang bij patiënt en mantelzorger werden wekelijks gemonitord met de gestandaardiseerde methode van 'goal attainment scaling' (GAS).¹² De score op deze schaal loopt van 1-7, waarbij 7 staat voor 'onafhankelijk' (geen hulp nodig). Tijdens de wekelijkse patiëntbespreking werd een consensusscore vastgesteld, gebaseerd op de scores die medewerkers van de betrokken disciplines hadden vastgesteld.

Gebruikelijke zorg De gebruikelijke zorg, geïndiceerd na een complete geriatrische analyse, bestond uit verpleeghuiszorg in verschillende settings: thuis (n = 22; 25,3%), thuis met ambulante geestelijke gezondheidszorg of dagverzorging/-behandeling (n = 14; 15,7%), in een verzorgingshuis (n = 6; 7,2%) of in een verpleeghuis (n = 45; 51,8%). De zorg was multidisciplinair en werd afhan-

kelijk van de problematiek van de patiënt in wisselende intensiteit geboden door een specialist ouderengeneeskunde of sociaal geriater, een psycholoog, paramedische disciplines, een activiteitenbegeleider en het verplegings-team. De gebruikelijke zorg was gebaseerd op een belevingsgericht theoretisch kader; dit houdt in dat zo veel mogelijk werd ingespeeld op de gevoelens en wensen van de patiënt, bijvoorbeeld muziek luisteren, een uitstapje maken, een praatje maken of een spelletje doen.

PRIMAIRE EN SECUNDAIRE UITKOMSTMATEN

De multiële neuropsychiatrische symptomen bij de patiënt vormden de primaire uitkomstmaat. Van deze symptomen werden het aantal (0-12) en de ernst (0-144) gemeten met behulp van de NPI (12-itemsversie), die werd afgenomen bij de mantelzorger.¹³ Secundaire uitkomstmaten waren de belasting van de mantelzorger en diens competenties. De belasting werd gemeten met de NPI-schaal voor emotionele belasting (deze loopt van 0-60; 0 = geen belasting) en de 'Algemene Belasting'-schaal (score 0-100; 0 = geen belasting).^{13,14} De competentie werd gemeten met behulp van de competentieschaal (score 28-112; 112 = optimaal).¹⁵ Het cognitief functioneren van de patiënt werd gemeten met de MMSE (score 0-30; 30 = geen afwijkingen)¹⁶ en de Barthelindex (score 0-20; 20 = geen afwijkingen).¹⁷ De globale-deterioratie-

TABEL 1 Overzicht van de interventies die zijn toegepast in het integratieve reactiverings- en rehabilitatieprogramma (IRR-programma) en van de professionals die hierbij betrokken zijn

interventie	discipline	percentage patiënten*
fase 1		
diagnostiek	multidisciplinair	100
fase 2		
counseling	psychogeriater, psycholoog	79,5
verwerkingsgerichte therapie van levensgebeurtenissen	psycholoog	2,6
inzichtgevende therapie	psycholoog	48,7
cognitieve gedragstherapie	verzorgenden, therapeuten, † psycholoog	57,7
gedragstherapie	verzorgenden, therapeuten †	94,9
begeleiding bij acceptatie van gedrag en beperking van de negatieve gevolgen	verzorgenden, therapeuten, † activiteitenbegeleider	66,6
regressiebenadering, tijdelijk accepteren regressief gedrag	verzorgenden	3,8
systeemtherapie	psycholoog	38,5
psycho-educatie	psychogeriater, psycholoog	6,4%
fase 3		
rehabilitatie	verzorgenden, ergotherapeut, activiteitenbegeleider	47,4
begeleiding bij ontslag	maatschappelijk werker	41,0

* Weergegeven is het percentage patiënten dat van de interventie gebruik maakte; alle patiënten ondergingen diagnostisch onderzoek.

† Bij iedere patiënt zijn in het psychotherapeutisch programma 2 of 3 van de volgende therapeuten betrokken: psychomotorisch therapeut, muziektherapeut, creatief therapeut, fysiotherapeut, ergotherapeut.

schaal (score: 1-7; 1 = niet afwijkend) werd gebruikt om het risico voor opname in een verpleeghuis te meten.¹⁸ Somatische comorbiditeit werd in kaart gebracht aan de hand van de ICD-10 en psychische stoornissen werden door een onderzoekspsychiater geïdentificeerd volgens de DSM-IV-classificatie (as I en II). Daarnaast werden biografische gegevens van patiënt en mantelzorger verzameld.

STATISTISCHE ANALYSES

De data werden geanalyseerd volgens het principe van 'intention-to-treat'. Fishers exacte toets werd gebruikt

voor binominale variabelen en Students t-toets voor continue data. De gemiddelde scoreverschillen tussen personen in het IRR-programma en degenen die gebruikelijke zorg kregen, werden berekend voor elk van de 3 meetmomenten (T1, T2 en T3). Om een onderlinge vergelijking mogelijk te maken en de klinische relevantie te kunnen bepalen werd voor de gevonden verschillen de Cohen's d (Cd) berekend; een waarde van 0,20 betekent een klein effect, 0,50 een gematigd, klinisch relevant effect en een waarde van 0,80 betekent een groot, klinisch relevant effect.¹⁹ Volgens de powerberekening (met een tweezijdige α van 0,05 en een β van 0,20), gebaseerd op een

TABEL 2 Kenmerken van psychogeriatrische patiënten en hun mantelzorgers bij aanvang van een vergelijkend onderzoek naar een integratief reactiverings- en rehabilitatieprogramma (IRR-programma)

kenmerk	IRR-programma		gebruikelijke zorg		p-waarde†
	n (%)	gemiddelde (SD)	n (%)	gemiddelde (SD)	
patiënt	81		87		
geslacht					
♀	54 (66,7)		54 (62,1)		0,63
♂	27 (33,3)		33 (37,9)		
leeftijd in jaren	81	79,8 (6,1)	87	81,5 (7,1)	0,10
alleenstaand	63 (77,8)		70 (80,5)		0,71
laag opleidingsniveau	54 (67,5)		57 (68,7)		0,90
thuiswonend	62 (76,5)		58 (66,7)		0,17
verzorgd door echtgenoot of echtgenote	14 (17,3)		12 (13,8)		0,33
dementie volgens DSM-IV (as I)					
dementie van het alzheimerstype	15 (18,5)		15 (17,2)		0,84
vasculaire dementie	19 (23,5)		22 (25,3)		0,86
dementie door andere somatische stoornissen	13 (16,0)		17 (19,5)		0,69
andere cognitieve stoornissen	31 (38,3)		29 (33,3)		0,88
persoonlijkheidsstoornissen volgens DSM-IV (as II)	13 (16)		8 (9,2)		0,24
NPI-score					
aantal symptomen per patiënt	72	5,92 (2,35)	76	5,23 (2,16)	0,07
ernst	72	35,90 (21,84)	76	29,68 (20,12)	0,07
globale-deterioratieschaal	79	4,2 (0,7)	83	4,3 (0,9)	0,62
MMSE	76	20,04 (4,50)	82	20,58 (3,84)	0,42
Barthel-index	77	15,39 (3,77)	80	14,71 (3,55)	0,25
somatische comorbiditeit*	81	5,6 (2,6)	87	4,5 (2,4)	0,01
mantelzorger	78		81		
geslacht					
♀	55 (70,5)		50 (61,7)		0,32
♂	23 (29,5)		31 (38,3)		
leeftijd in jaren	76	58,6 (11,9)	79	58,9 (12,0)	0,86
NPI-emotionele belasting	72	14,64 (9,22)	76	12,71 (8,96)	0,20
algemene belasting	72	52,47 (25,65)	77	46,69 (27,66)	0,19
gevoel van competentie	72	84,62 (14,24)	77	86,58 (14,46)	0,41

NPI = Neuropsychiatrische vragenlijst.

* Comorbiditeit werd uitgedrukt als het aantal somatische aandoeningen per patiënt volgens de ICD-10-classificatie.

† Berekend met Fishers exacte toets voor binominale kenmerken (zoals geslacht, burgerlijke staat en opleidingsniveau) en met een t-toets voor continue variabelen, zoals leeftijd en testcores; het verschil tussen de IRR-groep en de controlegroep in somatische comorbiditeit was statistisch significant na correctie voor multiple testing ($p < 0,0167$).

evenredige verdeling van de geïncludeerde patiënten over de 2 groepen, was een steekproefomvang van 170 patiënten vereist.

'Random regressie modellering' (RRM) werd gebruikt om te testen op confounding door leeftijd, geslacht, somatische comorbiditeit, scores van de uitkomstvariabelen bij de eerste meting en uitval. Bij de RRM-methode wordt verondersteld dat het ontbreken van data willekeurig is.²⁰ Omdat de uitkomstvariabelen in hoge mate samenhangen, namen wij aan dat de onderliggende structuur van deze variabelen uit 3 dimensies bestond; we deelden de α van 0,05 door 3, leidend tot een gecorrigeerd significantieniveau van 0,0167 (tweezijdig). Statistische analyses werden uitgevoerd met behulp van SPSS (versie 15) en SAS (versie 9.2).

RESULTATEN

KENMERKEN VAN DE ONDERZOEKSGROEPEN

Van de 336 geschikte patiënten stemden 168 (50%) in met deelname. Tussen de weigeraars en de deelnemers waren geen statistisch significante verschillen in de kenmerken die tot de inclusiecriteria behoorden. De interventiegroep

en de controlegroep verschilden niet significant in het aantal uitvallers. De uitvallers in deze 2 groepen verschilden evenmin van elkaar in patiëntkenmerken bij aanvang of in de duur van deelname aan het programma, vastgesteld met cox-regressieanalyse (hazardratio (HR): 1,21; $p < 0,54$). Alleen in somatische comorbiditeit verschilden de IRR-groep significant van de groep die gebruikelijke zorg kreeg (in de IRR-groep was meer comorbiditeit; tabel 2). 101 patiënten (63%) hadden dementie volgens de DSM-IV-classificatie. Verder wees de gemiddelde score voor globale deterioratie (4,2; SD 0,8) op een verhoogd risico voor verpleeghuisopname.²¹

EFFECTIVITEIT VAN HET IRR-PROGRAMMA

Tabel 3 geeft de resultaten weer van het IRR-programma en gebruikelijke zorg aan het einde van de interventie (T1-T2) en 6 maanden na beëindigen van de interventie (T1-T3). Aan het eind van de behandeling waren het gemiddelde aantal en de ernst van de neuropsychiatrische symptomen sterker afgenomen in de groep die aan het IRR-programma had deelgenomen dan in de groep die gebruikelijke zorg had gekregen. Het verschil tussen de IRR-groep en de controlegroep was 1,31 (SD: 2,47)

TABEL 3 Verschillen in effect van een integratief reactiverings- en rehabilitatieprogramma (IRR) en gebruikelijke zorg (controle) op psychogeriatrische patiënten en hun mantelzorgers

uitkomstmaat*	IRR		controle		scoreverschil controle-IRR;† gemiddelde (SD)	Cohen's d	p-waarde‡
	n	verschil score T1-T2	n	verschil score T1-T2			
einde behandeling (T2)							
NPI-score							
symptomen	62	2,08	66	0,77	-1,31 (2,47)	-0,53	0,003
ernst	62	18,45	66	7,29	-11,16 (21,02)	-0,53	0,003
belasting mantelzorgers							
emotioneel (N-emB)	62	7,37	66	3,59	-3,78 (8,51)	-0,44	0,013
algemeen (CB)	59	17,34	65	-0,35	-17,69 (28,05)	-0,63	0,001
competentie (CCL)	63	-7,92	66	-1,66	6,26 (10,31)	0,61	0,001
6 maanden na einde behandeling (T3)							
NPI-score							
symptomen	49	2,59	51	1,57	-1,02 ((2,32)	-0,44	0,03
ernst	49	21,78	51	11,86	-9,91 (23,51)	-0,42	0,04
belasting mantelzorgers							
emotioneel (N-emB)	49	8,73	51	5,08	-3,66 (9,36)	-0,39	0,06
algemeen (CB)	42	24,76	50	0,00	-24,76 (28,29)	-0,88	0,001
competentie (CCL)	49	-10,35	50	-4,42	5,93 (10,31)	0,58	0,005

CB = Algemene-belastingschaal; CCL = Competentieschaal; IRR = Integratieve reactivering en rehabilitatie; NPI = Neuropsychiatrische vragenlijst; N-emB = NPI-versie voor emotionele belasting;

* Primaire uitkomstmaat: NPI-score, gemeten bij patiënten; secundaire uitkomstmaat: belasting, gemeten bij mantelzorgers. Metingen werden gedaan aan het begin (T1), aan het einde (T2) en 6 maanden na het einde van de behandeling (T3).

† Statistische significantie van het verschil bepaald met t-test voor onafhankelijke steekproeven.

‡ P-waarden zijn rood afgedrukt als het verschil na correctie voor multiple testing statistisch significant was ($p < 0,0167$).

voor het aantal symptomen en 11,16 (SD: 21,02) voor de gemiddelde ernst; deze verschillen waren klinisch matig relevant (Cd: -0,53).

Ook voor de mantelzorgers waren de resultaten van het IRR-programma statistisch significant beter dan gebruikelijke zorg; de score voor algemene belasting was 17,69 lager (SD: 28,05) en die voor emotionele belasting 3,78 lager (SD: 8,51). Deze verschillen waren klinisch matig relevant (Cd algemene belasting: -0,63; Cd emotionele belasting: -0,44). De competentie van de mantelzorgers in het IRR-programma was sterker toegenomen dan in de controlegroep (verschil: 6,26; SD: 10,31; Cd: 0,61).

6 maanden na beëindiging van het IRR-programma was er na correctie niet langer een statistisch significant verschil tussen patiënten in de IRR-groep en de controlegroep in de afname van het aantal neuropsychiatrische symptomen (verschil: 1,02; SD: 2,32; Cd: -0,44) en van de ernst van deze symptomen (verschil: 9,91; SD: 23,51; Cd: -0,42); de effectgrootte was matig.

Bij de mantelzorgers in het IRR-programma was de afname in emotionele belasting 6 maanden na het einde van de behandeling marginaal groter dan in de controlegroep; dit verschil was niet statistisch significant. De gemiddelde afname van de algemene belasting was in het IRR-programma statistisch significant groter dan in de controlegroep, namelijk 24,76 (SD: 28,29); dit was een groot, klinisch relevant effect (Cd: -0,88). De competentie van de mantelzorgers vertoonde een significant grotere toename in de IRR-groep (5,93; SD: 10,31), een matig klinisch relevant verschil (Cd: 0,58).

In de RRM-analyse werden deze resultaten bevestigd

(tabel 4). Ook volgens deze analyse was het effect van het IRR-programma een statistisch significante reductie van het aantal neuropsychiatrische symptomen per patiënt; de ernst van de symptomen nam niet significant af. Bij de mantelzorgers was de score voor emotionele en algemene belasting significant lager in de IRR-groep dan in de controlegroep. Hun competentie nam significant toe ten opzichte van de controlegroep.

BESCHOUWING

Het integratief reactiverings- en rehabilitatie (IRR)-programma liet een significant groter effect zien (tot 34%) dan gebruikelijke zorg op de afname van het aantal en de ernst van multiple neuro-psychiatrische symptomen bij psychogeriatrische patiënten. 6 maanden na beëindiging van het IRR-programma follow-up was het aantal multiple neuropsychiatrische symptomen met 46% afgenomen en de ernst van de psychiatrische symptomen was met 61% afgenomen. Bovendien had het IRR-programma een positiever effect (tot 36%) op de algemene belasting en de competentie van de mantelzorgers aan het einde van de behandeling. 6 maanden later was dit effect op de algemene belasting opgelopen tot 50%, terwijl de reguliere zorg nauwelijks effect liet zien. Dit zijn gematigd tot grote, klinisch relevante effecten bij de psychogeriatrische patiënt en zijn mantelzorgers op problemen die het ziektebeloop en de ziektelast in belangrijke mate bepalen. De patiënten voelden zich beter en konden deels worden ontslagen naar een zorgcentrum. Bovendien voelden de mantelzorgers zich beter toegerust om met de problemen om te gaan.

TABEL 4 'Random regression modelling' (RRM) van de effecten van integratieve reactivering en rehabilitatie (IRR) versus gebruikelijke zorg op psychogeriatrische patiënten en hun mantelzorgers

uitkomstmaat*	tijd†			interventie†		
	effectgrootte	(95%-BI)	p-waarde‡	effectgrootte	(95%-BI)	p-waarde‡
NPI-score						
symptomen	-0,54	(-0,94- -0,14)	0,01	-0,83	(-1,47- -0,18)	0,01
ernst	-2,78	(-5,94-0,37)	0,08	-5,10	(-9,79- -0,40)	0,03
belasting mantelzorgers						
emotioneel (N-emB)	-1,12	(-2,35-0,11)	0,07	-2,48	(-4,62- -0,35)	0,01
algemeen (CB)	-2,56	(-8,07-2,94)	0,36	-16,09	(-24,24- -7,94)	0,01
competentie (CCL)	2,89	(1,26-4,53)	0,01	6,18	(3,41-8,95)	0,01

CB = Algemene-belastingschaal; CCL = Competentieschaal; NPI = Neuropsychiatrische vragenlijst; N-emB = NPI-versie voor emotionele belasting;

* Primaire uitkomstmaat: NPI-score, gemeten bij patiënten; secundaire uitkomstmaat: belasting, gemeten bij mantelzorgers.

Metingen werden gedaan aan het begin (T1), aan het einde (T2) en 6 maanden na het einde van de behandeling (T3).

† RRM-analyse werd uitgevoerd voor het effect van het IRR-programma in de loop van de tijd en voor de interventie versus controle.

‡ P-waarden zijn rood afgedrukt als het effect na correctie voor multiple testing statistisch significant was ($p < 0,0167$).

De kracht van dit onderzoek is dat het een RCT is met een relatief grote steekproefomvang.^{7,10} Verder toonden RRM-analyses aan dat het effect van ‘confounders’ – scores bij aanvang en uitval uit de studie – verwaarloosbaar was. Dit onderzoek had echter ook een aantal beperkingen. Allereerst was de RCT niet geblindeerd. Vanwege de aard van de behandeling was het niet mogelijk om de getrainde interviewers te blinderen voor de onderzoekscondities, omdat zij de patiënten moesten bezoeken (observator bias). Verder werd de therapietrouw in de groep die gebruikelijke zorg kreeg, niet gemonitord. Bij een matig tot slechte therapietrouw in deze groep worden de resultaten van IRR positief vertekend (compliance bias). In de regio Nieuwe Waterweg Noord, waar dit onderzoek werd uitgevoerd, bestaan echter sinds de jaren 90 van de vorige eeuw relatief ruimhartige, AWBZ-gefinancierde voorzieningen voor aanvullende verpleeghuiszorg zowel thuis als in verzorgingshuizen. Nationaal en internationaal vergeleken was de gebruikelijke zorg van een relatief hoog niveau. Bij een dergelijk niveau van gebruikelijke zorg zijn de waargenomen effecten van IRR mogelijk een onderschatting.

Een andere beperking van dit onderzoek betreft de generaliseerbaarheid van de resultaten. Van de geschikte patiënten was 50% niet bereid tot deelname, hoewel zij op de inclusiecriteria niet significant afweken van de instemmers. Verder omvatte de onderzoeksgroep zowel patiënten met dementie (van het alzheimertype, vasculair en overige typen) als patiënten met lichte cognitieve beperkingen. In een post-hoc-analyse bleken echter noch het type dementie, noch het niveau van cognitief functioneren (MMSE- en BI-scores) een statistisch significante invloed op de resultaten gehad te hebben. Dit betekent dat ook bij relatief matig cognitief functioneren – een MMSE-score van circa 18 – het IRR-programma effectief was. Wellicht zijn de interventies of elementen daarvan dus ook toe te passen bij psychogeriatrische patiënten met ernstigere cognitieve stoornissen.

Een volgend aandachtspunt is het relatief hoge percentage uitvallers (tot 33%), in meerderheid door overlijden. Een hoog percentage uitvallers is evenwel gebruikelijk in geriatrisch onderzoek.²² In deze RCT vonden we geen significante verschillen tussen de 2 groepen wat betreft uitval. Verder was de vertekening door uitval volgens de RRM-analyse zeer beperkt.

De resultaten bevestigden de aanwijzingen in de literatuur dat psychotherapeutische behandeling van psychogeriatrische patiënten en hun mantelzorgers effectief is.^{3,7,10,23-25} Wat vormen nu de belangrijkste effectieve ingrediënten van IRR? Mede op basis van de literatuur denken wij dat ten eerste de gecombineerde toepassing van bekende probleemoplossingsgerichte psychotherapeutische strategieën hiervoor verantwoordelijk is.^{7,10,25} Gedragsthera-

- In de regio Nieuwe Waterweg Noord is een geïntegreerd reactiverings- en rehabilitatieprogramma ontwikkeld voor patiënten met beginnende cognitieve stoornissen of een dementie, lijdend aan stemmings- en gedragsproblemen.
- Dit programma is gebaseerd op bestaande probleemoplossingsgerichte psychotherapeutische strategieën.
- In een open RCT bleek dit programma 2 maal zo effectief als reguliere belevingsgerichte verpleeghuiszorg voor de behandeling van stemmings- en gedragsproblemen bij patiënten met beginnende cognitieve stoornissen of dementie.
- De interventie had ook een gunstig effect op de mantelzorgers van de patiënten: de algemene belasting verminderde en de competentie van de mantelzorgers nam toe.

pie werd het vaakst ingezet, bij 77 patiënten (94,9%), gevolgd door counseling bij 64 patiënten (79,5%) en begeleiding bij 54 patiënten (66,6%). Van de mantelzorgers maakte 38,5% (n = 31) gebruik van systeemtherapie. Ten tweede denken wij dat het van belang is het interventieplan in grote mate op de individuele patiënt toe te snijden; wij deden dit op basis van 6 dimensies. De grote invloed van een persoonsgeoriënteerde benadering wordt in reviews onderschreven.^{7,10} Ook in ons onderzoek bleek dat bij deze persoonsgeoriënteerde benadering een relatief laag niveau van cognitief functioneren geen negatieve invloed had op de effecten van IRR. Als laatste ingrediënt noemen wij de methodische toepassing van het IRR-programma, met wekelijkse monitoring van behandel-effecten door de gestandaardiseerde ‘goal attainment scaling’-methode.¹²

CONCLUSIE

De integratieve psychotherapeutische interventies in het integratief reactiverings- en rehabilitatie(IRR)-programma zijn effectiever dan de reguliere multidisciplinaire belevingsgerichte verpleeghuiszorg zowel bij de behandeling van multiple psychiatrische symptomen van psychogeriatrische patiënten als voor de belasting en competenties van de mantelzorgers. De effecten waren 6 maanden na beëindiging van het programma nog steeds aanwezig en bij de mantelzorgers zelfs toegenomen. De groottes van de verschillen waren van een matige tot grote klinische relevantie; de bewijskracht was matig volgens de ‘GRADE’-methode, die bewijskracht indeelt in de niveaus hoog, matig, laag en zeer laag.

Op grond van de reviews van de literatuur en de resultaten van deze studie, bevelen wij aan integratieve psychotherapeutische interventies meer deel uit te laten maken van psychogeriatrische zorgprogramma’s in en buiten

verpleeghuizen. Vervolgonderzoek is nodig, in de vorm van een geblindeerde RCT met monitoring van zowel de IRR-groep als de controlegroep.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: ZonMW verstrekte subsidie voor dit onderzoek.

Aanvaard op 4 januari 2012

Citeer als: Ned Tijdschr Geneesk. 2012;156:A4049

 Meer op www.nvtg.nl/onderzoek

LITERATUUR

- Bakker TJEM, Duivenvoorden HJ, Van der Lee J, Trijsburg RW. Prevalence of psychiatric function disorders in psychogeriatric patients at referral to nursing home care: the relation to cognition, activities of daily living and general details. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 2005;20:215-24.
- Selbaek G, Kirkevold Ø, Engedal K. The course of psychiatric and behavioral symptoms and the use of psychotropic medication in patients with dementia in Norwegian nursing homes – a 12-month follow-up study. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2008;16:528-36.
- Aalten P, De Vugt E, Jaspers N, Jolles J, Verhey FRJ. The course of neuropsychiatric symptoms in dementia. Part II: Relationships among behavioural sub-syndromes and the influence of clinical variables. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2005;20:531-6.
- Meiland FJ, Kat MG, van Tilburg W, Jonker C, Dröes RM. The emotional impact of psychiatric symptoms in dementia on partner caregivers: do caregiver, patient, and situation characteristics make a difference? *Alzheimer Dis Assoc Disord.* 2005;19:195-201.
- Black W, Almeida OP. A systematic review of the association between the behavioral and psychological symptoms of dementia and burden of care. *Int Psychogeriatr.* 2004;16:295-315.
- Schneeweiss S, Setoguchi S, Brookhart A, Dormuth C, Wang PS. Risk of death associated with the use of conventional versus atypical antipsychotic drugs among elderly patients. *CMAJ.* 2007;176:627-32. Erratum in: *CMAJ.* 2007;176:627-32.
- Livingston G, Johnston K, Katona C, Paton J, Lyketos CG. Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *Am J Psychiatry.* 2005;162:1996-2021.
- Logsdon RG, McCurry SM, Teri L. Evidence-based psychological treatments for disruptive behaviors in individuals with dementia. *Psychol Aging.* 2007;22:28-36.
- Bird M, Llewellyn-Jones RH, Korten A, Smithers H. A controlled trial of a predominantly psychosocial approach to BPSD: treating causality. *Int Psychogeriatr.* 2007;19:874-91.
- Trijsburg RW, Colijn S, Holmes J. *Psychotherapy Integration.* In: Gabbard GO, Beck JS, Holmes J (red). *Oxford Textbook of Psychotherapy.* Oxford: Oxford University Press; 2005. p. 95-107.
- Bakker TJEM. Palliative care in chronic psycho-geriatrics. A case-study. *Patient Educ Couns.* 2000;41:107-13.
- Rockwood K, Joyce B, Stolee P. Use of Goal Attainment Scaling in measuring clinical important change in cognitive rehabilitation patients. *J Clin Epidemiol.* 1997;50:581-8.
- Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein JL. The neuropsychiatric Inventory, comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology.* 1994;44:2308-14.
- Van Exel NJ, Scholte op Reimer WJ, Brouwer WB, van den Berg B, Koopmanschap MA, van den Bos GA. Instruments for assessing the burden of informal caregiving for stroke patients in clinical practice: a comparison of CSI, CRA, SCQ and self-rated burden. *Clin Rehabil.* 2004;18:203-14.
- Teunisse S. *Clinimetrics in dementia [dissertatie].* Enschede: PrintPartners Ipskamp; 1997.
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* 1975;12:189-98.
- De Haan R, 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;137:917-21.
- Reisberg B, Ferris SH, De Leon MJ, Crook T. The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *Am J Psychiatry.* 1982;139:1136-9.
- Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences.* (2e dr) Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum; 1988.
- Hedeker D, Gibbons RD. Application of random-effects pattern-mixture models for missing data in longitudinal studies. *Psychol Methods.* 1997;2:64-78.
- Muskens JB, Noy J, Verburg M. Progressie van dementie en opname. Een exploratief longitudinaal onderzoek. *Huisarts Wet.* 1992;35:490-7.
- Van Gelder BM, Tjhuis MAR, Kalmijn S, Giampaoli S, Kromhout D. Decline in cognitive functioning is associated with a higher mortality risk. *Neuroepidemiology.* 2007;28:93-100.
- Scholey KA, Woods BT. A series of brief cognitive therapy interventions with people experiencing both dementia and depression: A description of techniques and common themes. *Clin Psychol Psychother.* 2003;10:175-85.
- Counsell SR, Holder CM, Liebenauer LL, et al. Effects of a multicomponent intervention on functional outcomes and process of care in hospitalized older patients: a randomized controlled trial of acute care for elders (ACE) in a community hospital. *J Am Geriatr Soc.* 2000;48:1572-81.
- Gaugler JE, Roth DL, Haley WE, Mittelman MS. Can counseling and support reduce burden and depressive symptoms in caregivers of people with Alzheimer's disease during the transition to institutionalization? Results from the New York University caregiver intervention study. *J Am Geriatr Soc.* 2008;56:421-8.