

Neuropsychologische screening bij psychogeriatrische patienten

Citation for published version (APA):

Ganzevles, P. G. J., Jolles, J., Duchateau, E. G. H. M., & Hamer, A. F. M. (1990). Neuropsychologische screening bij psychogeriatrische patienten. In *Ouderenzorg in Limburg: verslag van het symposium van de Stichting Academisering in de Eerste Lijn (SAEL) en de Rijksuniversiteit Limburg op 8 november 1989 te Maastricht* (pp. 175-182). Thesis Publishers.

Document status and date:

Published: 01/01/1990

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

8.3. Neuropsychologische screening bij psychogeriatrische patiënten

Dr. P.G.J. Ganzevles, prof.dr. J. Jolles, E.G.H.M. Duchateau, drs. A.F.M. Hamer, Vakgroep Neuropsychologie, P.M.S., Vijverdal en RL, Maastricht

Inleiding

Naast de blijvende vraag naar meer middelen en mogelijkheden voor uitbreiding van de zorg voor ouderen en oudere patiënten, is er binnen de diverse instellingen ook voortdurend aandacht voor mogelijkheden die kunnen leiden tot verbetering van de zorg-kwaliteit. Eventuele verbeteringen dienen dan, zoals te begrijpen valt, budgetair neutraal te kunnen worden uitgevoerd. Een belangrijk punt van aandacht en discussie is de kwestie van de samenstelling van groepen op afdelingen in verpleeghuizen of inrichtingen. Hoe moeten de verschillende patiëntengroepen worden samengesteld opdat een optimaal evenwicht tussen somatische en psychische zorg kan worden bereikt. De discussie daarbij gaat in de regel tussen voorstanders van homogene patiëntenpopulaties (de afdeling is bevolkt met patiënten die eenzelfde soort pakket van zorg behoeven) en voorstanders van heterogene populaties (de patiënten verschillen onderling sterk met betrekking tot hun zorgbehoefte).

Om een bijdrage te leveren aan deze kwestie is een onderzoek gedaan op een afdeling voor psychogeriatrische patiënten in het Psycho Medische Streekcentrum Vijverdal. De patiëntenpopulatie (21) van deze afdeling is twee jaar geleden opnieuw samengesteld op basis van een aantal criteria waarbij de BOP en het algemeen oordeel van de verpleegkundige staf doorslaggevend waren. De bedoeling was toen om te komen tot een zo homogeen mogelijke bezetting.

Uitgebreid neuropsychologisch onderzoek is echter veelal een uitputtende bezigheid voor oudere patiënten, vooral omdat zij bij veel van de aangeboden taken al snel overvraagd zijn. Deels om deze reden maar vooral ook uit het oogpunt van tijdsinvestering zijn er pogingen gedaan om met zeer korte testbatterijen een differentieel diagnose tot stand te kunnen brengen. Een voorbeeld daarvan is de Amsterdamse Dementie Screeningstest (Lindeboom e.a., 1979). Het voordeel van dergelijke onderzoeksprocedures is dat, indien uitgebreid normonderzoek is uitgevoerd, met een bekende betrouwbaarheid uitspraken gedaan kunnen worden over de categorie waartoe het ziektebeeld van een bepaalde patiënt behoort. Een nadeel is echter dat de betrouwbaarheid van uitspraken geringer wordt naarmate patiënten zich in het beginstadium bevinden van zich ontwikkelende ziektebeelden. Bovendien kan men met korte onderzoeksprocedures geen antwoord geven op de meestal door de hulpverleners gestelde vraag: wat kan deze patiënt nog wel en wat niet meer? Hoe kan deze patiënt het best behandeld of verzorgd worden? Om antwoord te kunnen geven op juist die vragen die toegespitst zijn op de individuele patiënt is een neuropsychologische screeningsset voor psychogeriatrische patiënten ontwikkeld. Uit een voorstudie met 20 psycho-geriatrische patiënten die voor observatie in het Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis (APZ) werden opgenomen bleek dat bij deze

patiëntengroep, een goede analyse kan worden verkregen van dys- en restfuncties, waarop een behandeling of de wijze van zorg kan worden gebaseerd (Ganzevles e.a., 1988). Naar het neuropsychologisch onderzoek werd door het verplegend personeel van de betreffende afdeling voor elke patiënt een BOP en een GIP gescoord.

Opzet van het onderzoek

Er is gebruik gemaakt van de volgende meetinstrumenten:

1. MNSP; Maastrichtse Neuropsychologische Screeningstest voor de Psychogeriatric (Ganzevles e.a., 1989).
2. BOP; Beoordelingsschaal voor Oudere Patiënten (van der Kan e.a., 1971).
3. GIP; Gedragsobservatieschaal voor de Intramurale Psychogeriatric (Verstraten e.a., 1989).

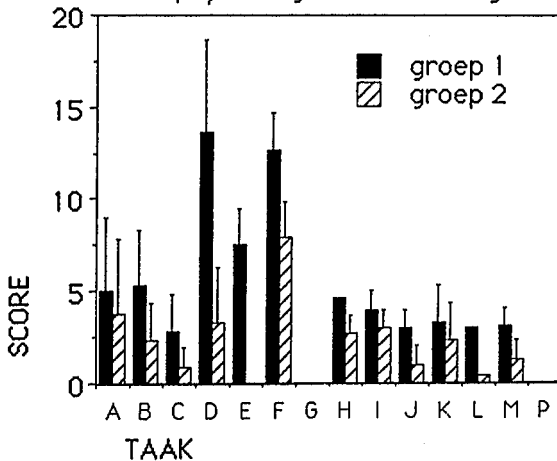
De onderzochte populatie omvat 21 langdurig opgenomen patiënten van een der psychogeriatriche afdelingen van het Psycho Medisch Streekcentrum Vijverdal te Maastricht. Deze afdeling is in principe bedoeld voor patiënten die in cognitief en sociaal opzicht, aandacht en ondersteuning behoeven zonder dat er sprake is van meer intensieve overname van zelfredzaamheidsfuncties. Bij al deze patiënten is bij opname sprake van een dementieel syndroom hetgeen werd vastgesteld op basis van de DSM III criteria. Het leeftijdsdomein van deze populatie is 58 tot 89 jaar ($M=81,4$, $SD=6,8$). De gemiddelde leeftijdsduur is 20,9 maand met een spreidingsdomein van 4 tot 84 maanden.

Resultaten

De te onderzoeken populatie patiënten bleek sterk te variëren met betrekking tot de cognitieve prestaties en de mogelijkheid c.q. bereidheid om aan het onderzoek deel te nemen. Om deze reden kon de populatie in drie groepen verdeeld worden. Bij 7 van de 21 patiënten kon het neuropsychologische onderzoek volledig, zonder aanpassingen worden afgenomen: GROEP I. GROEP II wordt gevormd door 7 patiënten waarbij een of meerdere onderdelen van het neuropsychologisch onderzoek niet, of niet op de standaardwijze, konden worden afgenomen. De overige 7 patiënten bleken niet in staat of werden niet bereid gevonden hun medewerking aan het onderzoek te verlenen: GROEP III.

In Figuur 1 zijn de gemiddelde kwantitatieve gescoorde prestaties op de verschillende taken voor Groep I en II afzonderlijk weergegeven.

FIGUUR 1 Gemiddelde scores neuropsychologische screeningsset



A = percentage spraakverstaan bij 60 dB (max. 100); H = digitspan (max. ca. 8);
 B = tokentaak (max. 11); I = woordspan (max. ca. 7);
 C = begrip van zinnen (max. 5); J = aantal uitgevoerde GVTsubtaken (max. 4.)
 D = fluencytaak (geen max.); K = eenvoudige tekentaak (max. 6);
 E = som onmiddellijke antwoorden 3 trials L = eenvoudige rekentaak (max. 5);
 10-woordbeeldtaak (max. 30); M = vragenlijst oriëntatie (max. 10).
 F = herkenning 10-woordbeeldtaak (max. 20); P = blockdesign (max. 6)

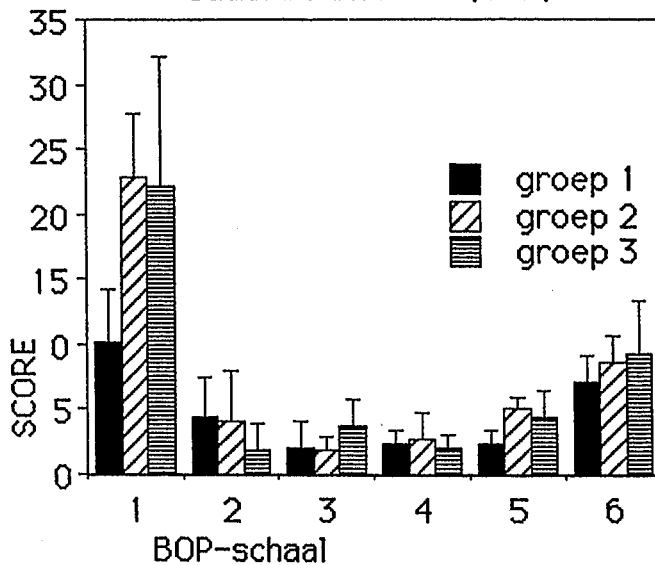
Figuur 1

Met uitzondering van de onderdelen uitgestelde actieve herinnering en blockdesign (figuur 1, kolom G en F) vallen de gemiddelde scores van Groep I in het midden van het schaalbereik van de verschillende taken. De gemiddelde prestaties van groep II zijn in vergelijking met Groep I lager voor alle taken. Met uitzondering van de onderdelen spraakverstaan (kolom A), uitgestelde herinnering (kolom G), eenvoudige tekentaak (kolom K) en blockdesign (kolom P) zijn deze verschillen significant (Toets: $t=2.465$, $df=6$, $p<0.05$). De patiënten uit Groep II presteren niet alleen minder goed op deze taken, op diverse taken zien we ook drempel-effecten optreden. Voor een aantal patiënten uit deze groep zijn de taken dus te moeilijk. Alle patiënten uit Groep II scoorden 0 op het onderdeel spraakverstaan (Figuur 1, kolom A). Voor deze patiënten bleek het kunnen 'afzien' van de spraak een noodzakelijk onderdeel van de spraakwaarneming. Zij konden derhalve niet met de standaardprocedure worden getoetst. Er blijkt echter geen verband tussen de scores op onderdeel A (spraakverstand) en de prestaties op de overige taken. Opvallend is dat naast de ernstige geheugenproblemen die bij alle patiënten duidelijk naar voren treden ook unaniem problemen zijn met het onderdeel blockdesign, welke taak naast het visuoconstructieve element ook planningsaspecten in zich draagt.

Van alle 21 patiënten werden GIP- en BOP-schalen door de verpleegkundigen van de afdeling ingevuld. De resultaten zijn vermeld in Figuur 2a en 2b. De indeling in drie groepen, zoals deze naar voren kwamen uit het onderzoek met de neuropsychologische screeningsset, is ook hier gebruikt. De voornaamste schaal van de BOP: hulpbehoevendheid, is het laagst bij Groep I en het hoogst bij Groep III.

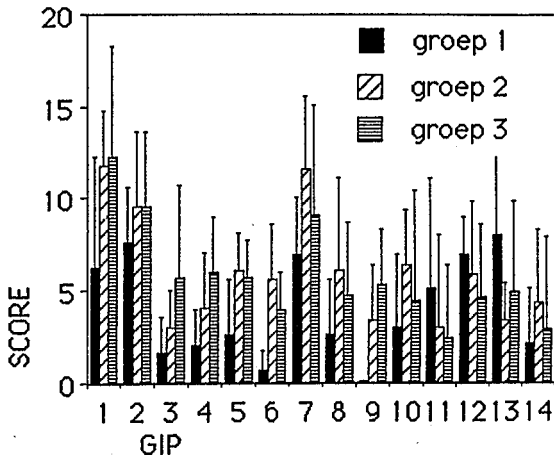
FIGUUR: 2a

Scores Beoordelingsschaal
Oudere Patiënten (BOP)



1 = Hulpbehoevendheid, 2 = Agressiviteit, 3 = Lichamelijke Invaliditeit
4 = Depressief Gedrag, 5 = Psychische Invaliditeit, 6 = Inactiviteit

FIGUUR 2b Scores gedragsobservatieschaal intramurale psychogeriatric (GIP)



1 = niet-sociaal gedrag, 2 = apatisch gedrag, 3 = bewustzijnsstoornissen, 4 = decorumverlies, 5 = opstandig gedrag, 6 = incoherent gedrag, 7 = geheugenstoornissen, 8 = gedesoriëteerd gedrag, 9 = zinloos repetitief gedrag, 10 = rusteloos gedrag, 11 achterdochtig gedrag, 12 = zwaarmoedig/verdrietig, 13 = afhankelijk gedrag, 14 = angstig gedrag.

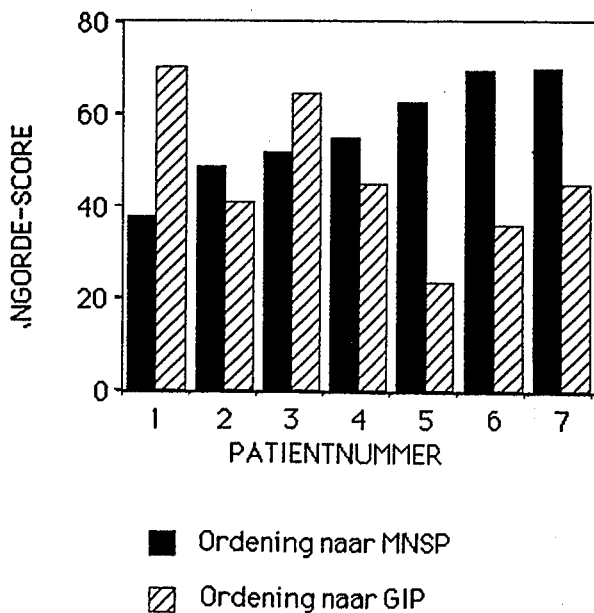
Deze schaal behoort in hoge mate te correleren met de subschalen lichamelijke invaliditeit (B3) en met psychische invaliditeit (B5), hetgeen inderdaad het geval is: $r=0.83$. Bij de Groepen I en III suggereren de beoordelingen een gelijke bijdrage van lichamelijke en psychische invaliditeit aan de hulpbehoefte, terwijl bij Groep II de psychische invaliditeit dominant lijkt te zijn. Uitgaande van de schaal-labels is getracht een vergelijking te maken tussen BOP en GIP. Het blijkt dat een aantal labels niet als identiek kunnen worden beschouwd. Het begrip 'afhankelijk gedrag' (schaal 13 van de GIP) blijkt niet in overeenstemming met de schalen lichamelijke of psychische invaliditeit van de BOP. Op deze schaal scoort Groep I het hoogst en Groep II het laagst.

Er is geen correlatie van betekenis tussen de score en BOP 2 (agressiviteit) en de GIP schalen 1 (niet-sociaal gedrag) $r=0.152$ en de GIP schaal 5 (opstandig gedrag) $r=0.423$ NS. Tussen de GIP schaal 12 (zwaarmoedig en verdrietig) en de BOP schaal 4 (depressief gedrag) is de correlatie wel significant $r=0.50$ $df=19$, $p<0.01$. Een significante correlatie bestaat ook tussen BOP 6 (inactiviteit) en GIP 2 (apatisch gedrag), $r=0.498$, $df=19$, $p<0.01$.

Teneinde de vraag te beantwoorden of een neuropsychologisch onderzoek bij deze populatie patiënten bijdraagt aan de diagnostiek naast gedragsobservatie, zijn

de prestaties op de screeningsset en de beoordelingen op de GIP schalen vergeleken. In verband met de vele drempel-effecten in Groep II zijn de vergelijkingen beperkt tot Groep I. De vergelijking is uitgevoerd door van elke patiënt op elke schaal een prestatierangorde te bepalen. De resultaten zijn weergegeven in Figuur 3.

Figuur 3 Rangordevergelijking van de scores op de MNSP en de GIP



Er blijkt een rangorde verschil te zijn tussen de GIP scores en de scores van de screeningsset. De totaalrangorde van de screeningssetprestaties van de patiënten is: nr 7, 2, 13, 6, 4, 1, 3, de totaalrangorde GIP scores is: nr 3, 13, 1, 4, 7, 2, 6, en de rangorde van de scores op de BOP schaal hulpbehoevendheid is: 7, 13, 4, 1, 3, 2, 6. Hieruit blijkt dat de beoordeling op de gedragsschalen deels tegengesteld is aan de beoordeling op de cognitieve screening. De patiënten die relatief goed scoren op de screeningsset scoren op de GIP vooral hoog op de schalen die opstandig, niet-sociaal en apathisch gedrag beschrijven (patnr. 2 en 7), en op schalen die desorientatie, rusteloosheid en zwaarmoedigheid beschrijven (patnr. 6 en 13).

Discussie

De bruikbaarheid van de neuropsychologische screeningsset is getoetst in een vooronderzoek met psychogeriatrische patiënten die voor kortdurende observatie (6 weken) in de kliniek werden opgenomen (Ganzevles e.a., 1988) moeilijkheidsgraad van de taken werd zodanig geconstrueerd dat de gemiddelde prestatie van deze populatie ongeveer in het midden van het scoredomein viel. Voor het merendeel van de patiënten uit Groep II in het huidige onderzoek zijn de meeste taken uit de set te moeilijk. Hierdoor ontstaat een drempel effect. Voor deze groep is verdiepingsonderzoek gewenst met nog eenvoudiger taken, zoals de diaset van Cahn en Diesfeldt (Cahn en Diesfeldt, 1973).

Het prestatieniveau van Groep I daarentegen komt overeen met het gemiddelde niveau van psychogeriatrische patiënten uit de voorstudie, die voor kortdurende observatie waren opgenomen. Het verschil in prestatie tussen Groep I en Groep II kan niet worden toegeschreven aan een leeftijdseffect of aan een invloed die samenhangt met de verblijfsduur in de kliniek. De gemiddelde leeftijd van Groep I bedroeg 84.1 (SD 4.3) en van Groep II 78.3 (SD 10.0). De verblijfsduur van Groep I was 11.6 maand (SD 5.7) en van Groep II 15.9 (SD 9.6). Met de patiënten uit Groep I is in principe d.m.v. training c.q. begeleiding een op enig leren gerichte dagbehandeling of activiteit mogelijk. Hiertoe zou een algemeen programma kunnen worden opgezet waarbinnen voor elke patiënt aanpassingen kunnen worden gemaakt, rekening houdend met de individuele problematiek en gebruik makend van nog intact zijnde functies. De prestaties van Groep II zijn echter van dien aard dat van training of begeleiding niet veel te verwachten kan zijn. Bij deze groep zal de inhoud van de patiëntenzorg voornamelijk op verzorging gericht moeten zijn.

Zulke conclusies over de aard van de patiëntenzorg ten aanzien van behandeling en begeleiding, gebaseerd op de resultaten van het neuropsychologisch onderzoek kunnen niet getrokken worden uit de gegevens die verkregen zijn met gedragsobservaties. Daarnaast suggereren de resultaten van de rangordevergelijking van de BOP, GIP- en screeningscores dat psychogeriatrische patiënten betere cognitieve prestaties kunnen leveren naarmate zij minder hulpbehoevend zijn en meer gedragsproblemen c.q. stemmingsstoornissen op de afdeling vertonen. Op grond daarvan kan de conclusie getrokken worden dat het neuropsychologisch onderzoek andere diagnostische informatie over de patiënt levert dan een gedragsobservatiemethode.

Uitspraken over de derde groep van 7 patiënten van de onderzochte afdeling kunnen uitsluitend op basis van de BOP en GIP worden gedaan. De gemiddelde GIP- en BOP-scores van Groep II en III komen globaal overeen. Groep I scoort relatief veel lager op de BOP schaal hulpbehoevendheid en op de GIP schalen 1 t/m 10. Op de GIP schalen 11 t/m 13 (achterdochtig, zwaarmoedig, en afhankelijk gedrag) scoort Groep I echter aanzienlijk hoger dan de Groepen II en III. Deze bevinding is in overeenstemming met de bovengenoemde hypothese betreffende de relatie tussen cognitieve functies en gedrags- en stemmingsstoornissen.

In Groep III zijn twee patiënten (nrs. 16 en 18, beiden 84 jaar, verblijfsduur 41 resp. 16 mnd.) die relatief laag scoren op de BOP schaal 'hulpbehoevendheid' en relatief hoog op de GIP schalen 11 t/m 14. Op basis van het profiel van de BOP en

GIP scores zouden deze patiënten bij Groep I moeten worden ingedeeld. Het is derhalve goed mogelijk dat de patiënten 16 en 18 tot een middelmatige prestatie op de screeningsset in staat zijn.

Samenvattend kan geconcludeerd worden dat de populatie patiënten op de onderzochte afdeling veel minder homogeen was dan aanvankelijk werd verondersteld. De neuropsychologische screeningsset blijkt een bruikbare bijdrage te kunnen leveren aan het vaststellen van de individuele zorgbehoeften van de patiënt. De informatie die met de hier besproken neuropsychologische screeningsset kan worden verkregen, betreffen de cognitieve status van een patiënt en kan niet van observatiegegevens van de BOP en of GIP worden afgeleid.

Samenvatting

Er is een neuropsychologische screeningsset ontwikkeld, teneinde psychogeriatrische patiënten met optimale efficiëntie, zo nauwkeurig mogelijk te kunnen diagnostiseren. De set werd toegepast bij een onderzoek naar de samenstelling van een begeleidingsafdeling (21 patiënten) in een psychiatrisch ziekenhuis. De mate waarin het neuropsychologisch onderzoek kan bijdragen aan het inzicht in de cognitieve status van de patiënten werd beoordeeld door vergelijking met resultaten van twee observatieschalen; Beoordelingschaal van Oudere Patiënten (BOP) en Gedragsobservatieschaal voor de Intramurale Psychiatrie (GIP). Geconcludeerd werd dat de neuropsychologische screeningsset goed toepasbaar is in de kliniek bij psychogeriatrische patiënten. De resultaten leveren een bruikbare bijdrage aan het vaststellen van de individuele zorgbehoeften van de patiënt. De met de neuropsychologische screeningsset verkregen informatie kan niet van observatiegegevens van de BOP en of GIP worden afgeleid.

Literatuur

- Cahn L.A., Diesfeldt H.F.A., Psychologisch onderzoek van psychisch gestoorde bejaarden met behulp van diapositieven. Ned. Tijdsch. Geront. 1973, 4, 256-263.
- Ganzevles P.G.J., Duchateau E.G.H.M., Hamer A.F.M., Maastrichtse Neuropsychologische Screeningsset voor de Psychogeriatric. Rijksuniversiteit Limburg/PMS Vijverdal, Maastricht, 1989.
- Kam P. van der, Mol F., Wimmers M.F.H.G., Beoordelingschaal voor Oudere Patiënten. Van Loghum Slaterus, Deventer, 1971.
- Lindeboom J., Wijngaar D. van de, Jonker C., Een neuropsychologische procedure voor dementie-onderzoek. Tijdschrift van Psychiatrie 1979, 21, 241-252.
- Lindeboom J., Jonker C., Een korte versie voor dementie-screening, de ADS3. T. Geront. en Geriatr., 1988, 19, 97-102.
- Ganzevles P.G.J., Hamer A.F.M., Duchateau E.G.H.M., Jolles J., Een neuropsychologische screeningsset ten behoeve van psychogeriatrische patiënten. De Psycholoog, 1988, 9, 503.
- Verstraten P.F.J., Eekelen C.W.J.M., Gedragsobservatieschaal voor de Intramurale Psychogeriatric. Van Loghum Slaterus, Deventer, 1987.