

University of Groningen

Geriatrische syndromen, multimorbiditeit en ouderenpsychiatrie; een geïntegreerd perspectief

Benraad, C. E.M.; Oude Voshaar, R. C.; Melis, R. J.F.; Olde Rikkert, M. G.M.; Spijker, J.

Published in:
 Tijdschrift voor Psychiatrie

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version
 Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:
 2022

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Benraad, C. E. M., Oude Voshaar, R. C., Melis, R. J. F., Olde Rikkert, M. G. M., & Spijker, J. (2022). Geriatrische syndromen, multimorbiditeit en ouderenpsychiatrie; een geïntegreerd perspectief. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 64(7), 450-456.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Geriatrische syndromen, multimorbiditeit en ouderenpsychiatrie; een geïntegreerd perspectief¹

C.E.M. Benraad, R.C. Oude Voshaar, R.J.F. Melis, M.G.M. Olde Rikkert, J. Spijker

- Achtergrond** Op oudere leeftijd neemt de prevalentie van geriatrische syndromen, kwetsbaarheid en multimorbiditeit toe, waardoor er een hoger risico op negatieve gezondheidsuitkomsten ontstaat. Hierover is weinig bekend bij oudere volwassenen met psychiatrische aandoeningen.
- Doel** Evalueren van de prevalentie van geriatrische syndromen en multimorbiditeit bij oudere volwassenen met psychiatrische aandoeningen én nagaan wat de impact daarvan is op behandeluitkomsten.
- Methode** Wij verrichtten een pilotstudie en een patiënt-controlestudie bij oudere volwassenen met somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK), een prospectieve cohortstudie onder oudere volwassenen die acuut opgenomen waren op afdelingen ouderenpsychiatrie en een systematisch literatuuroverzicht.
- Resultaten** Onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten bij oudere volwassenen gingen gepaard met kwetsbaarheid, multimorbiditeit en psychiatrische stoornissen. Acut opgenomen patiënten in de ouderenpsychiatrie hadden een hoog niveau van multimorbiditeit, de helft van hen bleek kwetsbaar en een derde was ondervoed. Zowel kwetsbaarheid als multimorbiditeit was voorspellend voor het niet terug kunnen keren naar de eigen woonomgeving. Kwetsbaarheid was eveneens sterk voorspellend voor overlijden binnen vijf jaar. Uit de literatuurstudie bleek dat geriatrische syndromen nauwelijks meegenomen werden in de opzet en uitkomsten van onderzoek naar mediceutische behandeling van depressie.
- Conclusie** Geriatrische syndromen en multimorbiditeit komen vaak voor bij oudere volwassenen met psychiatrische aandoeningen en hebben een relevante impact op gezondheidsuitkomsten. De complexiteit van oudere psychiatrische patiënten kan men daarom waarschijnlijk het beste benaderen met geïntegreerde interdisciplinaire diagnostiek- en behandeltrajecten.

In ons centrum voor ouderenpsychiatrie bleken oudere volwassenen met psychiatrische stoornissen vaak meerdere geriatrische syndromen én multimorbiditeit te hebben.

In de periode waarin we onze studies initieerden (vóór 2010) konden we over een mogelijke samenhang met en de gevolgen van deze geriatrische problemen voor psychiatrische aandoeningen bij oudere volwassenen weinig onderzoek vinden. Dit was de aanleiding om zelf interprofessioneel exploratief onderzoek op te starten, gevoed door en uitgevoerd in de klinische praktijk. In dit artikel beschrijven we de belangrijkste bevindingen uit het hieruit voortgekomen proefschrift, dat gericht was op de klinische relevantie van geriatrische syndromen en multimorbiditeit bij verschillende patiëntgroepen in de ouderenpsychiatrie.

We geven eerst een beknopte beschrijving van de theoretische achtergrond van geriatrische syndromen, lichamelijke klachten en multimorbiditeit. Daarna bespreken

we ons onderzoek en sluiten af met conclusies, discussie en aanbevelingen voor de klinische praktijk.

Theoretische achtergrond

Geriatrische syndromen

De term syndroom refereert normaal gesproken aan 'een cluster van symptomen die in relatie tot elkaar optreden'. Een depressieve stoornis is daar een voorbeeld van (APA 2013).

Geriatrische syndromen zijn min of meer het omgekeerde: ze uiten zich als atypische, op het eerste gezicht vaak enkelvoudige symptomen of problemen die frequent voorkomen op oudere leeftijd. Ze worden door verschillende onderliggende factoren veroorzaakt, die regelmatig tegelijkertijd aanwezig zijn. Ze kunnen zowel acuut optreden (delier of syncopie) als meer chronisch (functionele achteruitgang, ondervoeding, cognitieve disfunctie of frequent vallen) (Olde Rikkert 2018).

AUTEURS

Carolien Benraad, klinisch geriater, Radboudumc, Nijmegen, tot 2020 tevens Pro Persona GGZ.

Richard Oude Voshaar, psychiater, hoogleraar Ouderenpsychiatrie, faculteit Medische Wetenschappen, Rijksuniversiteit Groningen.

René Melis, arts, epidemioloog, senior onderzoeker, afd. Geriatrie, Radboudumc, Nijmegen.

Marcel Olde Rikkert, klinisch geriater, hoogleraar Klinische geriatrie, faculteit Medische Wetenschappen, Radboudumc, Nijmegen.

Jan Spijker, psychiater, Pro Persona GGZ en bijzonder hoogleraar Chronische depressie, faculteit Sociale Wetenschappen, Radboud Universiteit Nijmegen.

Correspondentie

Dr. Carolien Benraad (Carolien.benraad@radboudumc.nl).

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 22-3-2022.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2022;64(7):450-456

Ondervoeding als voorbeeld van een geriatrisch syndroom illustreert het concept: deze kan bijvoorbeeld veroorzaakt worden door verminderde eetlust en verminderde intake bij een depressie, en/of bij een chronische longziekte door verhoogde energiebehoefte, en/of bij cognitieve stoornissen, omdat iemand vergeet te eten. Geriatrische syndromen zijn geassocieerd met chronische ziekten en hebben een negatieve impact op gezondheid, kwaliteit van leven en overleving (Olde Rikkert 2018).

Naast *ondervoeding*, onvoldoende intake van voedingsstoffen, onderzochten wij *functionele achteruitgang*, het verlies van vermogen om dagelijks goed te kunnen functioneren in zelfzorg, huishouden en/of sociale activiteiten en *cognitieve disfunctie*, verminderd cognitief functioneren, zoals achteruitgang in geheugen, taalvaardigheid of planning.

Onze focus lag echter primair op *frailty*, vertaald als kwetsbaarheid. Kwetsbaarheid is het verlies van reservecapaciteit door verminderd functioneren van meerdere fysiologische systemen, waardoor relatief kleine stressoren iemand uit evenwicht kunnen brengen (Clegg e.a. 2013). Kwetsbare ouderen hebben een grotere kans op het ontstaan van acute geriatrische syndromen, bijvoorbeeld frequent vallen of een delier bij een kleine stressor zoals een urineweginfectie of het instellen op een psychofarmakon, maar ook op allerlei negatieve gezondheidssuitkomsten, zoals een ziekenhuisopname en overlijden. Kwetsbaarheid, functionele achteruitgang en multimorbiditeit komen vaak tegelijk voor, maar kunnen ook afzonderlijk optreden (Clegg e.a. 2013).

Van lichamelijke klachten tot multimorbiditeit

De prevalentie van lichamelijke én psychische klachten neemt toe naarmate mensen ouder worden. Zelfstandig wonende volwassenen van 75 jaar en ouder hebben gemiddeld zo'n zes verschillende klachten gedurende

een week. Slechts 3% heeft geen enkele klacht (Visentin e.a. 1998). Het aantal lichamelijke klachten hangt samen met de toename van het aantal chronische ziekten met het stijgen van de leeftijd. Boven de 65 jaar heeft 55-98% van de mensen twee of meer chronische aandoeningen, inclusief psychiatrische stoornissen: multimorbiditeit. Naarmate mensen ouder worden, is multimorbiditeit belangrijker voor de kwaliteit van leven en de kans op overlijden dan afzonderlijke ziekten (Marengoni e.a. 2011).

Lichamelijke klachten zijn niet altijd te verklaren door een somatische ziekte. In een systematische review naar studies onder mensen van 65 jaar of ouder werd gevonden dat 5-18% van lichamelijke klachten onverklaard bleef in de eerste lijn (Hilderink e.a. 2013). In tegenstelling tot wat vaak gedacht wordt, blijkt zowel het aantal onverklaarde als het aantal verklaarde lichamelijke klachten dat iemand heeft, geassocieerd met de aanwezigheid van psychiatrische aandoeningen (Kisely e.a. 1997). De scheiding tussen onverklaarde en verklaarde lichamelijke klachten is minder zwart-wit dan de terminologie doet vermoeden. Feitelijk spreken we van somatisch onverklaarde lichamelijke klachten (SOLK) wanneer na adequaat medisch onderzoek geen onderliggende ziekte gevonden wordt die lichamelijke klachten *voldoende* verklaren (APA 2000; Olde Hartman e.a. 2013). In onderzoek wordt nauwelijks onderscheid gemaakt tussen mensen met volledig onverklaarde en onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten.

METHODEN

Het doel van dit promotieonderzoek was het evalueren van de prevalentie van geriatrische syndromen en multimorbiditeit bij oudere volwassenen met verschillende psychiatrische aandoeningen én de impact ervan op behandeluitkomsten.

Het onderzoek bestaat uit drie delen:

- Het eerste deel bestaat uit twee studies naar oudere volwassenen met SOLK, een observationele en een patiënt-controlestudie.
- Het tweede deel betrof een cohortstudie onder acut opgenomen patiënten met verschillende diagnoses op een opnameafdeling ouderenspsychiatrie met vijf jaar follow-up.
- Het derde deel betrof een literatuurstudie naar behandelstudies onder oudere volwassenen met een depressie.

Meetinstrumenten

We gebruikten twee soorten relevante meetinstrumenten.

Geriatrische instrumenten

Kwetsbaarheid. Twee modellen van kwetsbaarheid zijn goed gevalideerd. Het eerste is het *Physical Frailty Phenotype* (PFP)-model van Linda Fried. *Frailty* wordt hierbij vastgesteld op basis van vijf fysieke criteria: lage loopsnelheid, verminderde handknijpkracht, vermoeidheid, laag activiteitsniveau en gewichtsverlies. De mate van kwetsbaarheid wordt uitgedrukt in een score van 0 (robuust) tot 5 (heel kwetsbaar) (Fried e.a. 2001).

Het tweede model van kwetsbaarheid is dat van de *'accumulation of deficits'* van Kenneth Rockwood. In dit model worden zo veel mogelijk leeftijdgeassocieerde 'gezondheidsdeficiënties' in kaart gebracht. Hoe meer beperkingen, symptomen, afwijkende bevindingen of ziekten mensen hebben, hoe kwetsbaarder zij zijn. Het aantal 'deficiënties' resulteert in een *Frailty Index* (FI), die van 0: robuust, tot 1 kan lopen: erg kwetsbaar (Rockwood & Mitnitski 2007).

In onze twee SOLK-studies hebben we het PFP-model gebruikt. Voor de studie onder acut opgenomen patiënten stelden we een FI samen die bestond uit 39 items (zonder psychiatrische items) (Searle e.a. 2008) en gebruikten we loopsnelheid, handknijpkracht en voedingsstatus ook separaat.

De functionele status werd middels basale zelfzorg in de klinische cohortstudie met de ziekste patiënten gemeten. In de SOLK-pilotstudie hebben we naast basale ook meer complexe activiteiten van het functioneren gemeten.

Multimorbiditeit. De *Cumulative Illness Rating Scale Geriatrics* (CIRS-G; Miller e.a. 1992) is hét instrument om multimorbiditeit te meten bij psychiatrische patiënten. Deze meet multimorbiditeit aan de hand van ernst scores in 14 orgaansystemen en gebruikten we in de SOLK-pilotstudie en de klinische cohortstudie.

De *voedingsstatus* werd gemeten met de *Mini Nutritional Assessment* (MNA), die een *short form* (MNA-sf) heeft als screening (Rubinstein 2001).

Psychiatrische instrumenten

Psychiatrische stoornissen werden gediagnosticeerd volgens DSM-IV-criteria (APA 2000). De ernst van de psychiatrische stoornissen werd in de klinische cohortstudie

gescoord met *Clinical Global Impressions*schalen (CGI), als overkoepelende maat voor verschillende stoornissen. Bij opname werd de *CGI-Severity at Admission* (CGI-SA) afgenomen en bij ontslag werd als uitkomstmaat de mate van verbetering gescoord met *CGI-Improvement* (CGI-I) (Guy 1976).

RESULTATEN

Pilotstudie en patiënt-controleonderzoek

In twee studies keken we naar geriatrische en psychiatrische kenmerken van oudere volwassenen met SOLK. De eerste studie betrof een *observationele pilotstudie*, waarin 37 oudere volwassenen die verwezen waren naar de gespecialiseerde ggz in verband met SOLK, systematisch in kaart gebracht werden door een interprofessioneel team bestaande uit een psychiater, psycholoog en klinisch geriatr.

Bij 32 van de 37 patiënten werden inderdaad SOLK vastgesteld (bij 3 mensen werd de primaire klacht geheel verklaard door een somatische aandoening, bij 2 mensen verdween de klacht spontaan). Deze 32 mensen hadden een somatoforme stoornis, de helft (56%) een depressieve stoornis en een derde (31%) een angststoornis.

Vanuit geriatrische perspectief vonden wij twee profielen van patiënten. De ene helft van de patiënten had een primaire lichamelijke klacht die gekoppeld kon worden aan een of meer somatische aandoeningen, maar die daardoor niet geheel verklaard werd. Deze patiënten waren ouder (78 jaar), hadden een lagere loopsnelheid, lagere handknijpkracht, een hogere mate van multimorbiditeit (veel ziekten, maar matige ernst) en waren meer beperkt in het dagelijks functioneren dan de patiënten van het tweede profiel.

Bij deze laatste groep patiënten konden we geen enkele somatische verklaring vinden voor de primaire lichamelijke klacht. Zij waren jonger (73 jaar) en opvallend vitaal, maar hadden de neiging zich meer bezorgd te maken over de klachten (Benraad e.a. 2013). Beide groepen verschilden niet qua ernst en het aantal (gemiddeld zes) lichamelijke klachten. Wel bleek dat mensen met een comorbide depressieve stoornis, meer en ernstiger lichamelijke klachten en meer functionele beperkingen hadden dan patiënten zonder depressieve stoornis (Hilderink e.a. 2009).

Vervolgens konden we een *patiënt-controleonderzoek* uitvoeren, de *Older Persons with Medically Unexplained Symptoms study* (OPUS), waarin 118 ouderen met SOLK werden vergeleken met 154 ouderen met verklaarde lichamelijke klachten. In deze studie werden ouderen met SOLK breed geworven in de algemene bevolking (advertenties), de eerste lijn, en poliklinieken psychiatrie en klinische geriatrie. De mensen met verklaarde klachten werden met name in huisartsenpraktijken gerekruteerd.

De oudere volwassenen met SOLK (n = 118; 70,5 jaar) waren jonger dan de groep met verklaarde klachten (n

= 154; 73,4 jaar). De oudere volwassenen met verklaarde lichamelijke klachten hadden een iets hoger niveau van multimorbiditeit.

In totaal was 9% van de gehele studiebevolking kwetsbaar volgens het PFP-model. Dit is rond of iets boven verwachting gezien de gemiddelde leeftijd van onze populatie. De kans voor mensen in de SOLK-groep om kwetsbaar te zijn (gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht en leefstijlfactoren) was drie maal zo hoog dan voor mensen met verklaarde lichamelijke klachten.

De mensen met SOLK hadden meer lichamelijke klachten én maakten zich ook bezorgder over hun klachten dan de mensen met verklaarde klachten (Arts e.a. 2019).

Cohortstudie

In een cohortstudie keken we naar de prevalentie en de impact van geriatrische syndromen bij acuut opgenomen oudere volwassenen. We volgden daartoe 120 unieke opgenomen patiënten (75 jaar), die op een acute opnameafdeling ouderenpsychiatrie werden opgenomen. Hierbij onderzochten wij naast de prevalentie van de geriatrische karakteristieken bij opname ook de voorspellende waarde hiervan op de psychiatrische uitkomst bij ontslag, de ontslagbestemming én mortaliteit binnen vijf jaar na opname. De ontslagbestemming dichotomiseerden wij als gunstig (in staat om weer terug te keren naar huis of naar het zorgniveau van vóór de opname) of ongunstig (overlijden tijdens de opnameperiode of opgenomen worden in een zorginstelling met een hoger zorgniveau dan vóór de opname).

Opname en uitkomsten bij ontslag

Wij includeerden 41 patiënten met een depressieve stoornis, 41 met een cognitieve stoornis met probleemgedrag, 17 met een psychotische stoornis en 21 met een andere psychiatrische stoornis, bijvoorbeeld een angststoornis, afhankelijkheid van middelen of een persoonlijkheidsstoornis.

Bij opname bleek 53% van de patiënten kwetsbaar te zijn, gemeten met de FI en 49% gemeten met loopsnelheid. 34% van de patiënten was ondervoed en slechts 8% was goed gevoed. 55% had minstens één probleem in de dagelijkse zelfzorg. Het niveau van kwetsbaarheid, multimorbiditeit en ondervoeding was vergelijkbaar met patiënten op geriatrische opnameafdelingen in het algemeen ziekenhuis.

De scores van de geriatrische karakteristieken waren onderling gecorreleerd, maar correleerden niet met de ernst van de psychiatrische aandoening bij opname. Er was geen verschil in gemiddelde scores tussen de vier diagnosegroepen, met uitzondering van voedingsstatus, die het slechtst was bij patiënten met een depressieve stoornis.

Gecorrigeerd voor demografische kenmerken (leeftijd, geslacht, opleidingsniveau) en psychiatrische problematiek (ernst van de psychiatrische stoornis bij opname en diagnose) bleek noch de FI, multimorbiditeit of functionele status voorspellend voor de mate van herstel van de

psychiatrische stoornis (CGI-I).

De FI was wél een sterke voorspeller voor een ongunstige ontslagbestemming. Dit gold ook voor multimorbiditeit, maar niet voor functionele status (Benraad e.a. 2018).

Mortaliteit 5 jaar na opname

Vijf jaar na opname bleek 49% van onze onderzoekspopulatie overleden. Dat betekent dat de levensverwachting van onze populatie veel lager is dan van leeftijdsgenoten in de algemene bevolking. Gecorrigeerd voor dezelfde variabelen als eerder genoemd, maar nu met frailty, multimorbiditeit en functionele achteruitgang in één multivariabel model, bleek de FI zeer voorspellend te zijn: per 0,1 punt stijging van de FI steeg de kans op overlijden binnen 5 jaar met 78%.

Noch de psychiatrische diagnose, noch de ernst van de psychiatrische stoornis bij opname was voorspellend voor de psychiatrische uitkomst bij ontslag, de ontslagbestemming of mortaliteit (Benraad e.a. 2020).

Systematische literatuurstudie

Tot slot keken wij of men in behandelstudies voor depressie rekening houdt met geriatrische karakteristieken.

Het was gebleken dat oudere volwassenen, met name degenen die 80 jaar of ouder zijn, minder goed herstellen van een depressieve stoornis dan jongere volwassenen (Tedeschini e.a. 2011). Er waren eveneens associaties gevonden tussen depressie, geriatrische syndromen en specifieke ziekten als cardiovasculaire en cerebrovasculaire aandoeningen of diabetes mellitus (Lenze e.a. 2001; Cole & Dendukuri 2003; Wit e.a. 2009). Daarom verrichtten wij een systematische literatuurstudie waarin wij onderzochten of men in RCT's naar behandeling met antidepressiva bij mensen van 60 jaar of ouder met een depressieve stoornis, geriatrische kenmerken meenam in de opzet of uitkomsten.

In 27 studies die geïnccludeerd waren, bleken kwetsbaarheid en ondervoeding geen enkele rol te spelen in de studieopzet. Functionele status werd meegenomen als uitkomstvariabele in 5 studies. Substantiële multimorbiditeit was reden voor exclusie in 20 studies en in slechts 2 studies includeerde men een populatie met serieuze multimorbiditeit. Enkel de mate van cognitief functioneren werd redelijk onderzocht: als uitgangsvariabele (n = 6), covariabele (n = 3), als stratificatievariabele (n = 1) of als uitkomstvariabele (n = 7). RCT's waarin men oudere ouderen (> 80 jaar) includeerde, bleken ondervetwoordigd te zijn (Benraad e.a. 2016). De resultaten van deze studies zijn dus niet zomaar van toepassing op een groot deel van de patiënten in onze spreekkamers.

DISCUSSIE

In onze studiebevolging kwamen geriatrische syndromen en multimorbiditeit voor. De prevalentie was iets hoger dan verwacht bij mensen in de eerste lijn met

SOLK, duidelijk hoger bij de poliklinische patiënten met SOLK en was het hoogst bij acuut opgenomen patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen. Bij deze groep waren kwetsbaarheid en multimorbiditeit voorspellend voor een ongunstige ontslagbestemming en kwetsbaarheid voor de hoge mortaliteit binnen 5 jaar na opname. Geriatrie karakteristieken werden niet of nauwelijks meegenomen in behandelstudies naar depressie.

Kwetsbaarheid en multimorbiditeit, zeker wanneer deze veel verschillende aandoeningen van matige ernst betreft, maken lichamelijke klachten bij de oudere patiënt lastig te duiden, waardoor deze als onverklaard kunnen worden beoordeeld. Dat zien we bij de oudere groep verwezen patiënten met het geriatrie profiel. De bevindingen van de OPUS-studie sluiten daarbij aan: de mensen met SOLK waren vaker kwetsbaar dan de mensen met verklaarde klachten, die voor huisartsen waarschijnlijk eenduidiger en makkelijker herkenbaar waren.

De somatisch-symptoomstoornis in de DSM-5 sluit goed aan bij de verwevenheid van geriatrie syndromen en multimorbiditeit met SOLK (APA 2013). De focus verschuift immers van het al dan niet voldoende verklaard zijn van klachten naar de respons (gedachten, gevoelens en gedrag) op lichamelijke klachten. Ook de vervanging van het begrip SOLK door aanhoudende lichamelijke klachten (ALK) lijkt ons voor oudere volwassenen heel passend, omdat ook mensen met (een combinatie van onverklaarde en) verklaarde klachten bij somatische ziekten dus een somatisch-symptoomstoornis kunnen hebben.

Onverwacht was dat bij de acuut opgenomen patiënten de hoge prevalentie en onderling sterk gecorreleerde geriatrie karakteristieken noch geassocieerd waren met de ernst van de psychiatrische aandoening bij opname, noch met de psychiatrische uitkomst bij ontslag. De diagnosegroepen waren te klein om mogelijke interacties, die we zouden verwachten op grond van eerdere studies, te kunnen analyseren. Echter, er waren erg weinig mensen die niet kwetsbaar waren of geen multimorbiditeit hadden. Hierdoor zijn associaties mogelijk niet aan het licht gekomen.

De hoge prevalentie van de geriatrie problemen en de impact op de - niet-psychiatrische - behandeluitkomsten wijzen hoe dan ook op de relevantie voor onze patiënten. In hoeverre aandacht voor en het verbeteren van geriatrie karakteristieken ook voor onze patiënten gunstige effecten hebben op behandeluitkomsten in brede zin moet nader onderzocht worden.

Relatie tot ander onderzoek

Onderzoek naar associaties tussen geriatrie syndromen en ouderenspsychiatrie focust zich vooral op depressie. Sinds onze literatuurstudie laat recenter onderzoek, waaronder ook resultaten van de NESDO-studie, zien dat er niet alleen crosssectionele, maar ook longitudinale bidirectionele associaties zijn tussen incidentie van

depressie en kwetsbaarheid (Collard e.a. 2015; Soysal e.a. 2017). Karakteristieken van PFP zijn geassocieerd met een lagere respons en remissie bij behandeling van depressie (Collard e.a. 2015; Brown e.a. 2021).

Wij hebben twee kwetsbaarheidsmodellen gebruikt. Het PFP-model is theoretisch gebaseerd op 5 lichamelijke criteria. Het blijkt echter dat 4 van de 5 criteria overlapten met de criteria voor een depressieve stoornis, zoals traagheid, laag activiteitsniveau, gewichtsverlies en vermoeidheid. Mogelijk leidt dit tot een overschatting van kwetsbaarheid bij ouderen met een depressieve stoornis. Dat zou ook voor andere psychiatrische stoornissen kunnen gelden.

In de klinische studie kozen we daarom voor de *Frailty Index* (FI). Echter, ook wanneer geestelijke gezondheidsproblemen niet worden meegenomen in een FI, blijkt ook deze index in enige mate vertekend in het geval van psychiatrische problematiek. Er zijn aanwijzingen dat kwetsbaarheid en depressie bij de oudere volwassenen twee separate, maar vaak tegelijk voorkomende fenomenen zijn, die gerelateerd zijn aan biologische veroudering. Ze zijn wederzijds risicofactoren en bovendien cumulatief voor het risico op negatieve gezondheidssuitkomsten (Brown e.a. 2016; Chang e.a. 2019). Gezien de sterke associaties tussen de FI, loopsnelheid en handknijpkracht die wij vonden, is vervolgonderzoek naar de geschiktste kwetsbaarheidsmaten voor de ggz zinvol. Het is al langer bekend dat het voor mensen met een depressie belangrijk is dat zij niet alleen in remissie komen qua depressieve symptomen, maar ook qua functionele status verbeteren (Zimmerman e.a. 2006). In de NESDO-studie werd gevonden dat oudere volwassenen met een depressie een slechtere functionele status hebben dan mensen zonder depressie en dat dat ook zo bleef nadat de depressie in remissie kwam (Collard e.a. 2018). Slechts 3 van 10 mensen met een depressie, die symptomatisch in remissie kwam, verbeterden ook qua functionele status (Wassink-Vossen e.a. 2019).

In een systematische review vond men dat multicomponent- en collaborative-care-interventies het veelbelovendst zijn om ook functionele status te verbeteren bij ouderen met depressieve symptomen, maar deze zijn nog niet bij ouderen met een depressieve stoornis in de gespecialiseerde ggz onderzocht (Wassink-Vossen 2022). Er bestaat een U-vormige associatie tussen zowel ondervoeding als obesitas met depressieve symptomen (De Wit e.a. 2009), waarbij ondervoeding gepaard gaat met ernstigere depressieve symptomen dan obesitas. In dit licht is het opvallend dat er met name onderzoek gedaan is naar de relatie tussen obesitas en depressie. Daarbij valt bij oudere volwassenen een associatie op tussen 'sarcopene obesitas' (verlies van spiermassa en -functie) met zowel prevalentie (Ishii e.a. 2016) als incidentie (Hamer e.a. 2015) van depressieve symptomen én met non-remissie van depressie (Kokkeler e.a. 2019). Hier wordt dus weer een associatie met kwetsbaarheid gezien.

Aanbevelingen

Voor de dagelijkse praktijk adviseren wij om een aantal geriatrische screeningsinstrumenten te integreren in de ouderenpsychiatrie. Vooralsnog gaat het om loopsnelheid om snel een indruk te krijgen van kwetsbaarheid en daarnaast de *Clinical Frailty Scale*. Dit is een kort screeningsinstrument, gevalideerd ten opzichte van een *Frailty Index*, en vergt ook een indruk van de functionele status (Rockwood 2005). Voedingsstatus zou met de MNA-sf goed gescreend kunnen worden (Rubinstein 2001). Structurele aandacht voor somatische voorgeschiedenis als indicatie voor multimorbiditeit, polyfarmacie en cognitief functioneren is eveneens nodig en wordt wellicht al routinematig toegepast.

Onze adviezen gelden zowel voor patiënten op opnameafdelingen, maar op indicatie ook in de ambulante zorg. Vroege herkenning betekent immers dat interventies gericht op geriatrische problemen om behandeluitkomsten te verbeteren, tijdig ingezet kunnen worden. Een geïntegreerde benadering in interdisciplinaire diagnose- en behandeltrajecten is op zijn plaats voor de meest complexe van onze patiënten, ambulant op indicatie, in de kliniek voor alle opgenomen patiënten. Ons onderzoek ondersteunt dan ook de aanbevelingen in het visiedocument van de NVvP (Geestelijke gezondheid voor alle ouderen 2017), uitgewerkt in de ggz-standaard 'Ouderen met psychische aandoeningen' (ggz-standaarden 2017), én het advies van de Gezondheidsraad (2020). Daarin wordt aanbevolen in de ouderenpsychiatrie structureel aandacht te hebben voor kwetsbaarheid, geriatrische syndromen en multimorbiditeit, respectievelijk in te zetten op meer structurele interprofessionele, geïntegreerde zorg voor de complexe patiënten met een combinatie van geriatrische c.q. somatische en psychiatrische aandoeningen. De structuur en financiering van onze gezondheidszorg belemmeren nog steeds deze gewenste geïntegreerde zorg. Zolang de schotten in ons zorgsysteem niet geslecht zijn, zullen we moeten insteken op het maken van brede regionale samenwerkingsafspraken, het inzetten van geriatrische expertise in de ouderenpsychiatrie, zowel klinisch als ambulant, en omgekeerd ouderenpsychiatrie in het algemeen ziekenhuis, met mogelijkheid van consultatie van beide disciplines in de eerste lijn en verpleeghuizen. Onze patiënten hebben deze geïntegreerde zorg nodig en verdienen die ook.

NOOT

1 Dit artikel is gebaseerd op het proefschrift van de eerste auteur: 'Geriatric syndromes and multimorbidity in older adults with psychiatric disorders. An integrated perspective' (2021; <https://repository.ubn.ru.nl/handle/2066/229976>).

LITERATUUR

- APA. Diagnostic and statistic manual of mental disorders (DSM-IV-TR). Washington: APA; 2000.
- APA. Diagnostic and statistical wmanual of mental disorders (DSM-5). Washington: APA; 2013. p. 161-71.
- Arts MHL, Benraad CEM, Hanssen D, e.a. Frailty and somatic comorbidity in older patients with medically unexplained symptoms. *J Am Med Dir Assoc* 2019; 20: 1150-5.
- Benraad CE, Hilderink PH, van Driel DT, e.a. Physical functioning in older persons with somatoform disorders: A pilot study. *J Am Med Dir Assoc* 2013; 14: 75 e9-13.
- Benraad CE, Kamerma-Celie F, van Munster BC, e.a. Geriatric characteristics in randomised controlled trials on antidepressant drugs for older adults: A systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2016; 31: 990-1003.
- Benraad CEM, Disselhorst L, Laurensen NCW, e.a. Frailty, multimorbidity and functional status as predictors for health outcomes of acute psychiatric hospitalisation in older adults. *Aging Ment Health* 2018; 24: 119-28.
- Benraad CEM, Haaksma ML, Karlietis MHJ, e.a. Frailty as a predictor of mortality in older adults within 5 years of psychiatric admission. *Int J Geriatr Psychiatry* 2020; 35: 617-25.
- Brown PJ, Rutherford BR, Yaffe K, e.a. The depressed frail phenotype: the clinical manifestation of increased biological aging. *Am J Geriatr Psychiatry* 2016; 24: 1084-94.
- Brown PJ, Ciarleglio A, Roose SP, e.a. Frailty worsens antidepressant treatment outcomes in late life depression. *Am J Geriatr Psychiatry* 2021; 29: 944-55.
- Chang HY, Fang HL, Ting TT, e.a. The co-occurrence of frailty (accumulation of functional deficits) and depressive symptoms, and its effect on mortality in older adults: a longitudinal study. *Clin Interv Aging* 2019; 14: 1671-80.
- Clegg A, Young J, Iliffe S, e.a. Frailty in elderly people. *Lancet* 2013; 381: 752-62.
- Cole MG, Dendukuri N. Risk factors for depression among elderly community subjects: A systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 1147-56.
- Collard RM, Comijs HC, Naarding P, e.a. Frailty as a predictor of the incidence and course of depressed mood. *J Am Med Dir Assoc* 2015; 16: 509-14.
- Collard RM, Wassink-Vossen S, Schene AH, e.a. Symptomatic and functional recovery in depression in later life. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2018; 53: 1071-9.
- Fried LP, Tangen CM, Walston J, e.a. Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *J Gerontol Med Sc* 2001; 56A: M146-56.
- Gezondheidsraad. Advies integrale zorg voor mensen met lichamelijke en psychische aandoeningen. Den Haag: Gezondheidsraad; 2020.
- GGZ-standaarden. Generieke module ouderen met psychische aandoeningen. 2017.
- Guy W. Clinical global impressions. In: Guy W, red. ECDEU assessment manual for psychopharmacology. Rockville: SAMHSA; 1976. p. 218-22.
- Hamer M, Batty GD, Kivimaki M. Sarcopenic obesity and risk of new onset depressive symptoms in older adults: English Longitudinal Study of Ageing. *Int J Obes (Lond)* 2015; 39: 1717-20.
- Hilderink PH, Benraad CEM, Driel van D, e.a. Medically unexplained physical symptoms in elderly people: A pilot study of psychiatric geriatric characteristics. *Am J Ger Psychiatry* 2009; 17: 1085-8.
- Hilderink PH, Collard R, Rosmalen JG, e.a. Prevalence of somatoform disorders and medically unexplained symptoms in old age populations in comparison with younger age groups: A systematic review. *Ageing Res Rev* 2013; 12: 151-6.
- Ishii S, Chang C, Tanaka T, e.a. The association between sarcopenic obesity and depressive symptoms in older Japanese adults. *PLoS One*. 2016; 11: e0162898.
- Kisely S, Goldberg D, Simon G. A comparison between somatic symptoms with and without clear organic cause: Results of an international study. *Psychol Med* 1997; 27: 1011-9.

- Kokkeler KJE, van den Berg KS, Comijs HC, e.a. Sarcopenic obesity predicts nonremission of late-life depression. *Int J Geriatr Psychiatry* 2019; 34: 1226-34.
- Lenze E, Rogers J, Martire L, e.a. The association of late-life depression and anxiety with physical disability, a review of the literature and prospectus for future reseach. *Am J Geriatr Psychiatry* 2001; 9: 113-35.
- Marengoni A, Angleman S, Melis R, e.a. Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature. *Ageing Res Rev* 2011; 10: 430-9.
- Miller M, Paradis C, Houck P, e.a. Rating chronic medical illness burden in geropsychiatric practice and research: Application of the Cumulative Illness Rating Scale. *Psychiatry Res* 1992; 41: 237-48.
- Olde Hartman TC, Woutersen-Koch H, Van der Horst HE. Medically unexplained symptoms: Evidence, guidelines, and beyond. *Br J Gen Pract* 2013; 63: 625-6.
- Olde Rikkert MGM. Conceptualizing geriatric syndromes. Oxford textbook of geriatric medicine. (3de ed.). Oxford: Oxford University Press; 2018. p. 355-61.
- Rockwood K, Song X, MacKnight C, e.a. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ* 2005; 173: 489-95.
- Rockwood K, Mitnitski A. Frailty in relation to the accumulation of deficits. *Journal of Gerontology Medical Sciences* 2007; 62A: 722-7.
- Rubenstein LZ, Harker JO, Salvà A, e.a. Screening for undernutrition in geriatric practice: developing the Short-Form Mini-Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001; 56A: M366-72.
- Searle SD, Mitnitski A, Gahbauer EA, e.a. A standard procedure for creating a frailty index. *BMC Geriatr* 2008; 8: 24.
- Soysal P, Veronese N, Thompson T, e.a. Relationship between depression and frailty in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev* 2017; 36: 78-87.
- Tedeschini E, Levkovitz Y, Iovieno N, e.a. Efficacy of antidepressants for late-life depression: A meta-analysis and meta-regression of placebo-controlled randomized trials. *J Clin Psychiatry* 2011; 72: 1660-8.
- Visentin P, Scarafiotti C, Marinello R, e.a. Symptoms as predictors of functioning in the community-dwelling elderly. *Arch Gerontol Geriatr* 1998; 26: 247-54.
- NVvP. Visiedocument Geestelijke gezondheid voor alle ouderen. Utrecht: NVvP 2017.
- Wassink-Vossen S, Collard RM, Wardenaar KJ, e.a. Trajectories and determinants of functional limitations in late-life depression: A 2-year prospective cohort study. *Eur Psychiatry* 2019; 62: 90-6.
- Wassink-Vossen S, Oude Voshaar RC, Naarding P, e.a. Effectiveness of late-life depression interventions on functional limitations: A systematic review. *Int J Ment Health Nurs* 2022; doi: 10.1111/inm.12982.
- Wit LM de, van Straten A, van Herten M, e.a. Depression and body mass index, a U-shaped association. *BMC Public Health* 2009; 9: 14.
- Zimmerman M, McGlinchey JB, Posternak MA, e.a. How should remission from depression be defined? The depressed patient's perspective. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006; 163: 148-50.

SUMMARY

Geriatric syndromes, multimorbidity and geriatric psychiatry; an integrated perspective

C.E.M. Benraad, R.C. Oude Voshaar, R.J.F. Melis, M.G.M. Olde Rikkert, J. Spijker

- Background** The prevalence of geriatric syndromes, frailty and multimorbidity increases in older age, with a negative impact on health outcomes. Little is known on these problems in older adults with psychiatric disorders.
- Aim** To evaluate the prevalence of geriatric syndromes and multimorbidity in older adults with psychiatric disorders and their impact on treatment outcomes.
- Method** We conducted a pilot study and a case-control study on older adults with medically insufficiently explained symptoms, a prospective cohort study in older adults, acutely admitted to psychiatric wards and a systematic review to evaluate whether geriatric syndromes were considered in RCTs on depression treatment.
- Results** Unexplained symptoms were often accompanied by frailty, multimorbidity and psychiatric disorders. Older adults who were acutely admitted to psychiatric wards had a high level of multimorbidity, about half of them were frail, and a third undernourished. Frailty and multimorbidity were independent predictors for not being discharged to their own home. Frailty also strongly predicted the 5-year mortality rate. Geriatric syndromes were hardly considered in study design or as secondary outcome in treatment studies on depression in older adults.
- Conclusion** Overall, geriatric problems are highly prevalent among older adults with psychiatric disorders and have a relevant prognostic impact. The complexity of older psychiatric patients is probably best addressed by interdisciplinary, integrated diagnostic and treatment trajectories.