

Een multidisciplinaire benadering voor een adequate aanpak van probleemgedrag bij dementie

Auteurs: Henriëtte Ettema

Samenvatting

Probleemgedrag bij dementie komt voor bij vrijwel alle verpleeghuispatiënten in een of meerdere vormen. Het omgaan met probleemgedrag vraagt om medicamenteuze en psychosociale interventies. Door negatieve effecten van medicamenteuze behandeling bij dementie en probleemgedrag komt het psychologisch en psychosociaal perspectief centraler te staan. Deze casus beschrijft de multidisciplinaire aanpak van probleemgedrag bij dementie bij een 85-jarige vrouw in het verpleeghuis. De betrokkenen professionals bij deze patiënte initieerden veranderingen die aanleiding gaven tot een meer adequate behandeling, met vermindering van probleemgedrag als gevolg.

A multidisciplinary approach for the optimal treatment of problem behaviour in dementia

Abstract

Problem behaviours in one form or another are very common in nursing home residents with dementia. In order to manage these challenging behaviours pharmacological and psychosocial interventions are necessary. Psychosocial interventions have gained a more central role due to negative affects of pharmacological treatment. This case study describes the multidisciplinary approach of problem behaviour in an 85 year old nursing home patient with dementia. Those involved in caring for this patient initiated changes that led to a more adequate treatment and ultimately a decrease in the problematic behaviour.

Kernwoorden: dementie, psychosociale interventies, verpleeghuis

Keywords: Behavioural therapy, Dementia, Nursing home

Inleiding

Dementie heeft grote gevolgen voor het cognitief vermogen, de activiteiten en het gedrag in het dagelijks leven en leidt tot een verminderde kwaliteit van leven voor de patiënt. Symptomen, zoals agressie, onrust en dwaalgedrag, zijn belastend voor de verzorgers van de patiënt. In Nederland heeft ongeveer 20% van alle mensen met dementie deze symptomen [¹]. Uit een vier jaar durende vervolgstudie naar neuro-psychiatrische symptomen blijkt dat agitatie en apathie het vaakst geregistreerd worden bij dementerenden in een verpleeghuis [²].

Bij 97% van ouderen met dementie in een verpleeghuis komen deze symptomen gedurende een lange periode voor. Deze variëren van agitatie en prikkelbaarheid tot agressie, ontremd gedrag en hallucinaties. Een kwart van de patiënten heeft meerdere symptomen tegelijk. Het storend gedrag is hardnekkig, complex en moeilijk te behandelen [³]. Internationale en Nederlandse richtlijnen pleiten voor een specifieke benadering van probleemgedrag bij dementie [⁴]. In de richtlijn "Multidisciplinair werken aan probleemgedrag" worden multidisciplinair mogelijke verklarende somatische en psychiatrische ziekten vastgesteld en behandeld [⁵]. Daarbij vindt uitgebreid onderzoek plaats naar beïnvloedende factoren in de omgeving,

de verandermogelijkheden en opvangcapaciteit van deze omgeving [6]. Behandeling van probleemgedrag bij dementerende ouderen met antipsychotica, antidepressiva en benzodiazepines heeft een beperkt positief effect en leidt bovendien tot een hoger mortaliteitsrisico [7]. Het inzetten van psychosociale interventies bij probleemgedrag zijn hierbij een eerste keus en kunnen leiden tot een significante afname van antipsychoticagebruik van 50 naar 23 % [8]. Psychosociale interventies kunnen betrekking hebben op lichaamsbeweging, alle dagelijkse activiteiten (ADL), contacten met anderen, zingeving en cognitieve activiteiten. Een combinatie ervan laat een verbetering in het algeheel functioneren zien van ouderen met dementie [9]. Het grootste effect betreft het verbeteren van sociaal gedrag en praktische vaardigheden in het dagelijks leven. Dit effect wordt versterkt door het aanleren van houdingsaspecten en vaardigheden bij zorgverleners in het omgaan met probleemgedrag, reflectie op het eigen handelen en gerichte aanpassingen in het contact met de dementerende oudere [10]. Daarnaast dragen omgevingsaanpassingen bij aan een herkenbare leefomgeving voor de dementerende [11].

Deze casus illustreert hoe met inzet van externe expertise een meer adequate multidisciplinaire benadering en behandeling van een patiënt met dementie mogelijk is.

Casus

Bij een 85-jarige vrouw, die sinds twee jaar in een verpleeghuis woont, is sprake van een gevorderde dementie en agitatie. Haar stemming is somber en zij heeft hallucinaties. Lichamelijk is zij gezond, maar bekend met recidiverende urineweginfecties. In de afgelopen periode is mevrouw tien kilo afgevallen en door motorische rigiditeit zijn er regelmatig valincidenten.

Het zorgteam, bestaande uit verzorgenden en een verpleegkundige, voelt zich vanwege het gedrag van patiënte onmachtig en onvoldoende in staat om zorg te verlenen en vraagt de specialist ouderengeneeskunde medicamenteus in te grijpen. Deze ervaart in het contact met de dochters van patiënte weerstand tegen behandeling met medicatie. Hierop wordt ondersteuning van een extern consultatieteam met een kaderarts psychogeriatric en een verpleegkundig specialist ingeroepen.

Multidisciplinaire aanpak

Op basis van de richtlijn "Multidisciplinaire aanpak van probleemgedrag" initieerden het consultatieteam, de specialist ouderengeneeskunde en de eerstverantwoordelijk verzorgende gezamenlijke activiteiten om op een systematische wijze onderzoek te doen naar somatische en psychiatrische verklaringen voor het probleemgedrag en naar de beïnvloedende factoren in de omgeving en de mogelijkheid tot veranderen in die omgeving [5].

1. Het zorgteam beschrijft het gedrag concreet met duur en frequentie, plaats en omstandigheden, determinanten, gevolgen en verklaringen.
2. Het consultatieteam onderzoekt samen met de specialist ouderengeneeskunde de psychiatrische en fysieke toestand van patiënte, haar voorgeschiedenis en omgevingskenmerken.
3. Het kennis- en vaardigheidsniveau van de medewerkers wordt in kaart gebracht.

Bij het onderzoek treft het consultatieteam patiënte huilend aan. Zij spreekt in zichzelf of tegen iemand die niet zichtbaar is. Haar antwoorden zijn niet adequaat en zij is snel afgeleid door reële en niet-reële zaken. Boosheid, verdriet en doelloze rusteloosheid wisselen elkaar snel af. Patiënte reageert zelf niet of nauwelijks op haar omgeving. Door patiënte gericht aan te spreken is haar aandacht kort te trekken. Hierbij lijkt haar stemming even te verbeteren. Lichamelijk onderzoek laat zij niet toe. Patiënte woont op een gesloten verpleeghuisafdeling samen met 17 andere bewoners. Zij heeft een eigen slaapkamer. Zij maakt weinig gebruik van de afdelingshuiskamer en loopt vaak doelloos rond op de afdelingsgang. Haar loopdrang is sterk en leidt tot meerdere valincidenten. Wanneer verzorgenden haar corrigeren reageert zij boos en afwijzend.

Op de afdeling worden weinig activiteiten aangeboden. Patiënte kan vanwege haar onrust en prikkelbaarheid niet deelnemen aan groepsactiviteiten buiten de afdeling.

Het zorgteam bestaat naast een verpleegkundige uit verzorgenden van niveau 1, 2 en 3. Kennis over dementie, de belevingswereld van dementerenden en daarbij aansluitende psychosociale interventies is beperkt aanwezig. Andere

disciplines zijn de specialist ouderengeneeskunde, de activiteitenbegeleider en de fysiotherapeut.

De familie vindt de psychosociale zorg voor hun moeder onder de maat. Zij vinden dat daar eerst naar gekeken moet worden voordat er medicatie wordt ingezet.

Diagnose en behandeling

Door de zorgsituatie multidisciplinair in kaart te brengen draagt iedere betrokken professional bij aan het stellen van de diagnose, het opstellen van een zorg- en behandelplan en de evaluatie ervan. Alle professionals volgen hierbij de diagnostische procedure vanuit de eigen discipline en stemmen deze met elkaar en op elkaar af om herhaling en onnodige belasting van patiënte te voorkomen [5].

In een eerder stadium is bij patiënte de ziekte van Alzheimer vastgesteld. De hallucinaties en de valincidenten door rigide motoriek, leiden in dit stadium differentiaal diagnostisch tot het overwegen van Lewy Bodydementie. Fysieke oorzaken worden middels recent laboratoriumonderzoek vooralsnog uitgesloten. Daarnaast zijn er depressieve symptomen en kan pijn niet worden uitgesloten. De motorische en niet-motorische agitatie kan deels endogeen verklaard worden, maar wordt mede in stand gehouden door exogene factoren:

- onoverzichtelijke fysieke omgeving van de afdeling,
- onvoldoende aanbod van individuele activiteiten,
- onvoldoende kennis en kunde bij het zorgteam over dementie en probleemgedrag,
- onvolledig multidisciplinair team door het ontbreken van een psycholoog.

Na het in kaart brengen van het probleemgedrag wordt samen met de specialist ouderengeneeskunde, persoonlijk begeleider en familie het behandelplan opgesteld.

Primair doel is het behandelen van de depressieve symptomen en hallucinaties en het verminderen van de motorische en niet-motorische agitatie met zowel medicamenteuze als psychosociale interventies. Secundaire doelen richten zich op het verminderen en voorkomen van probleemgedrag door deskundigheidsbevordering van het zorgteam en aanpassingen in de fysieke omgeving.

Vanwege de aanwezigheid van depressieve symptomen als medeveroorzaker van de agitatie wordt patiënte in eerste instantie behandeld met Citalopram 10 mg [6]. Na twee weken wordt dit verhoogd naar 20 mg en neemt de agitatie enigszins af. Vanwege dit geringe effect wordt Memantine toegevoegd. Bij een dosering van 15 mg is de agitatie sterk verminderd en verbeteren haar stemming en algeheel functioneren. Het contact verloopt beter doordat zij meer in staat is haar aandacht vast te houden bij aangeboden activiteiten.

Met de Pain Assessment Checklist for Seniors with Severe Dementia (PACSLAC-D) is aan pijngelateerd gedrag gemeten [12]. Omdat pijn niet uit te sluiten is wordt een onderhoudsbehandeling paracetamol ingezet.

Aan de hand van de gedragsobservaties door het zorgteam zijn diverse psychosociale interventies ingezet: het zorgteam leert middels basisinteractieprincipes contactinitiatieven van patiënte waar te nemen, te bevestigen, het contact met patiënte open te houden en op een voor haar begrijpelijke manier af te sluiten [10]. Haar initiatieven tot contact worden door de omgeving niet altijd beantwoord, wat leidt tot onrust en stress bij patiënte. Door een vriendelijke en rustige intonatie van gesproken boodschappen voor patiënte wordt rekening gehouden met haar trage informatieverwerking en wordt een veilige en voorspelbare omgeving gecreëerd.

Uit onderzoek blijkt dat het aanbieden van verschillende (sociale) activiteiten kan leiden tot een verbetering van het algeheel functioneren, vooral een toename van interesse en plezier [13]. Samen met de activiteitenbegeleidster is een individueel activiteitsaanbod opgesteld bestaande uit lichaamsbeweging, cognitieve activiteiten, ADL en zingeving [9]. Daarnaast onderzoekt zij samen met het zorgteam positieve reacties van patiënte op tactiele interventies met beweging, op geluid, licht, geur en kleur ter activering van de zintuigen [11]. Inzet hiervan heeft geleid tot meer afleiding en minder motorische onrust. Het dekbed van patiënte is vervangen door een "verwaringsdeken" waarmee zij meer lichaamsdruk ervaart, zich ontspant en

sneller in een rusttoestand verkeert [¹⁴].

De kamer van patiënte wordt ingericht met haar eigen spullen die aansluiten bij haar belevingswereld [¹¹]. De voor haar niet meer herkenbare foto van haar overleden echtgenoot wordt vervangen door foto's uit vroegere jaren. Door in de huiskamer de aanwezige prikkels van medebewoners en medewerkers en de inrichting van de ruimte anders te verdelen verblijft patiënte vaker in de huiskamer, zonder overprikkeld te worden door interacties tussen medebewoners en medewerkers of televisie en radio.

Het zorgteam is geschoold op het gebied van dementie, probleemgedrag en eigen invloed op de interactie met patiënte [¹⁵]. Met meer kennis over dementie en de gevolgen voor iemands functioneren, kunnen zorgverleners beter aan sluiten bij de mogelijkheden en belevingswereld van de dementerende. Met de beschikking over verschillende in te zetten interventies voelen zij zich nu beter in staat om patiënte te begeleiden. De multidisciplinaire samenwerking is geïntensiveerd door casuïstiekbespreking en evaluatie van het zorgbeleid [¹⁶].

Psycho-educatie aan en intensieve betrokkenheid van familie bij de zorg leidt tot meer begrip en een betere samenwerking. De zorgverleners ervaren minder druk van de familie op hun handelen [¹⁷].

Na drie maanden is de situatie van patiënte verbeterd. Zij laat zich makkelijker begeleiden. Met de Cohens-Mansfield-Agitation-Inventory-Dutch version (CMAI-D), afgenomen in de eerste week en na drie maanden, wordt een afname van motorische en niet-motorische agitatie vastgesteld [¹⁸].

Beschouwing

Bij de aanpak van probleemgedrag bij dementie is het belangrijk om vanuit een duidelijke visie op probleemgedrag, methodisch en multidisciplinair te werken [¹⁹]. Deskundigheidsbevordering en structurele casuïstiekbesprekingen dragen bij aan de inzet van meer psychosociale interventies. Door de beperkte beschikbaarheid van een multidisciplinair team blijft dit in deze casus uit.

Met inzet van externe expertise kon op een systematische wijze multidisciplinair onderzoek gedaan worden naar verschillende factoren die probleemgedrag bij dementie uitlokken of in stand houden. Het verzoek voor een medicamenteuze interventie van het zorgteam aan de specialist ouderengeneeskunde is deels te verklaren vanuit onvoldoende kennis en kunde van het zorgteam over dementie en probleemgedrag en onwetendheid over verschillende psychosociale interventies [²⁰]. Door afwezigheid van een psycholoog was uitwisseling van kennis en toepassing ervan in de praktijk onmogelijk. Aan de wens van de familie voor deze interventies kon daarom niet worden voldaan. Met hulp van het consultatieteam en het versterken van de multidisciplinaire inzet zijn uiteindelijk verschillende interventies systematisch en integraal ingezet.

Conclusie

Het risico op een eenzijdige medicamenteuze behandeling en inadequate behandeling van probleemgedrag bij dementie door een beperkte psychosociale perceptie is groot en kan voorkomen worden. De multidisciplinaire aanpak heeft geleid tot verbetering in de situatie van patiënte, vermindering van onmacht bij zorgverleners en toename van familieparticipatie. Een dergelijke aanpak van probleemgedrag vraagt naast de aanwezigheid van een voltallig multidisciplinair team en zorgvuldig richtlijngebruik vooral een omslag in de manier waarop professionals, interdisciplinair, naar het zorgproces en hun eigen rol daarin kijken.

Auteurs

Henriëtte Ettema

Centrum voor Consultatie en Expertise, Utrecht/Zwolle
Centrum voor Consultatie en Expertise, Utrecht/Zwolle,

e-mail: henrietteetema@cce.nl

Literatuurlijst

1. Zuidema SU, Derksen E, Koopmans Verhey FRT. Prevalence of neuropsychiatric symptoms in a large sample of Dutch nursing home patients with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007;22632-638. 10.1002/gps.1722
2. Gonfrier S, Andrieu S, Renaud D, Vellas B, Robert P. Course of neuropsychiatric symptoms during a 4 years follow up in the real-fr cohort. *J Nutr Heal Aging*. 2012;134-137.
3. Wetzels R. Probleemgedrag demente verpleeghuisbewoners stelt arts voor dilemma. Over UMC St Radboud. <http://www.umcn.nl/OverUMCstRadboud/NieuwsEnMedia/archief/Nieuwsarchief%202011/December/Pages/Probleemgedragdement>
Geconsulteerd: 6 december 2011.
4. Nederlandse vereniging voor Klinische Geriatrie. Richtlijn diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie 2005. Alphen aan de Rijn: Van Zuiden Communications; 2005.
5. Verenso. Multidisciplinair werken aan probleemgedrag. Utrecht: Verenso;2008
6. Verenso. Richtlijn Probleemgedrag. Met herziene medicatieparagraaf 2008-2. Utrecht: Verenso; 2008.
7. Huybrechts KF, Brookhart A, Rothman KJ, Silliman RA, Schneeweis S. Risk of death and hospital admission for major medical events after initiation of psychotropic medications in older adults admission to nursing homes. *CMAJ*. 2011;183411-419. 10.1503/cmaj.110029
8. Fossey J, Ballard C, Juszcak E. The effect of enhanced psychosocial care on antipsychotic use in nursing home residents with severe dementia; cluster randomised trial. *BMJ*. 2006;332756-761. 10.1136/bmj.38782.575868.7C
9. Luttenberger K, Donath C, Uter W, Graessel E. Effects of multimodal nondrug therapy on dementia symptoms and need for care in nursing home residents with degenerative dementia: a randomized-controlled study with 6 month follow-up. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60830-840. 10.1111/j.1532-5415.2012.03938.x
10. de Groot A, de Beer A, Meijerink T, Renkens M, Soontiens M. In: Video Interactie Begeleiding in de Ouderenzorg. Tilburg: De Hazelaar; 2005.
11. Verbraeck B, van der Plaats A. In: De wondere wereld van dementie. Amsterdam: Reed Business; 2008.
12. Zwakhalen S, Hamers J, Berger M. Pain in nursing home residents with dementia: developments of the PACSLAC-D. *Gerontologist*. 2007;4729-
13. Cohen-Mansfield J, Marx MS. Thein K en Dakheel-Ali M. The impact of stimuli on affect in persons with dementia. *J Clin Psychiatry*. 2011;72480-486. 10.4088/JCP.09m05694oli
14. Hanning R, Hardeman FL, van Linden B. In: Ruim 50 alternatieven voor vrijheidsbeperking in de zorg. Utrecht: Vilans; 2011.
15. Noguchi D, Kawano Y, Yamanaka K. Care staff training in residential homes for managing behavioural and psychological symptoms of dementia based on differential reinforcement procedures of applied behaviour analysis: a proces research. *Int Psychogeriatr*. 2013;13108-117. 10.1111/psyg.12006
16. Reuther S, Dichter MN, Buscher I. Case conferences as interventions dealing with the challenging behavior of people with dementia in nursing homes: a systematic review. *Int Psychogeriatr*. 2012;241891-1903. 10.1017/S1041610212001342
17. Bramble M, Moyle W, Shum D. A quasi-experimental design trail exploring the effect of a partnership intervention on family and staff well-being in long-term dementia care. *Aging Ment Health*. 2011;15995-1007. 10.1080/13607863.2011.583625
18. de Jonghe JF, Kat MG. Factor structure and validity of the Dutch version of the Cohen-Mainsfield Agitation Inventory (CMAI-D). *J Am Geriatr Soc*. 1996;44888-889. 10.1111/j.1532-5415.1996.tb03762.x
19. Zwijnsen S, de Lange J, Pot AM. In: Omgaan met onbegrepen gedrag bij dementie. Inventarisatie richtlijnen en inzichten rondom onbegrepen gedrag bij ouderen met dementie. Utrecht: Trimbos-instituut en Vilans; 2013.
20. Zuidema SU, de Jonghe JF, Verhey FR, Koopmans RT. Psychotropic drug prescription in nursing home patients with dementia: influence of environmental correlates and staff distress on physicians' prescription behavior. *Int Psychogeriatr*. 2011;231632-1639. 10.1017/S1041610211001438