

# Management van probleemgedrag bij dementie

Meer dan 90% van de mensen met dementie krijgt op enig moment in het ziekteproces te maken met onbegrepen gedrag, voorheen probleemgedrag of *behavioural and psychological symptoms of dementia* (BPSD) genoemd.<sup>1</sup> Een veelgebruikte definitie is die van de NVVA richtlijn Probleemgedrag: alle gedrag van de patiënt dat door deze patiënt en/of zijn omgeving als moeilijk hanteerbaar wordt ervaren. De oorzaken van dit onbegrepen gedrag zijn per persoon verschillend. Omgevingsfactoren spelen een grote rol. Wanneer er sprake is van onbegrepen gedrag is het belangrijk eerst lichamelijke oorzaken uit te sluiten.

## Leerdoelen

Na het doornemen van dit artikel

- ◆ heb je kennis over farmacologische en non-farmacologische interventies die ingezet kunnen worden bij onbegrepen gedrag;
- ◆ ken je de nadelen van het voorschrijven van psychofarmaca bij probleemgedrag in het kader van dementie.

## Auteur

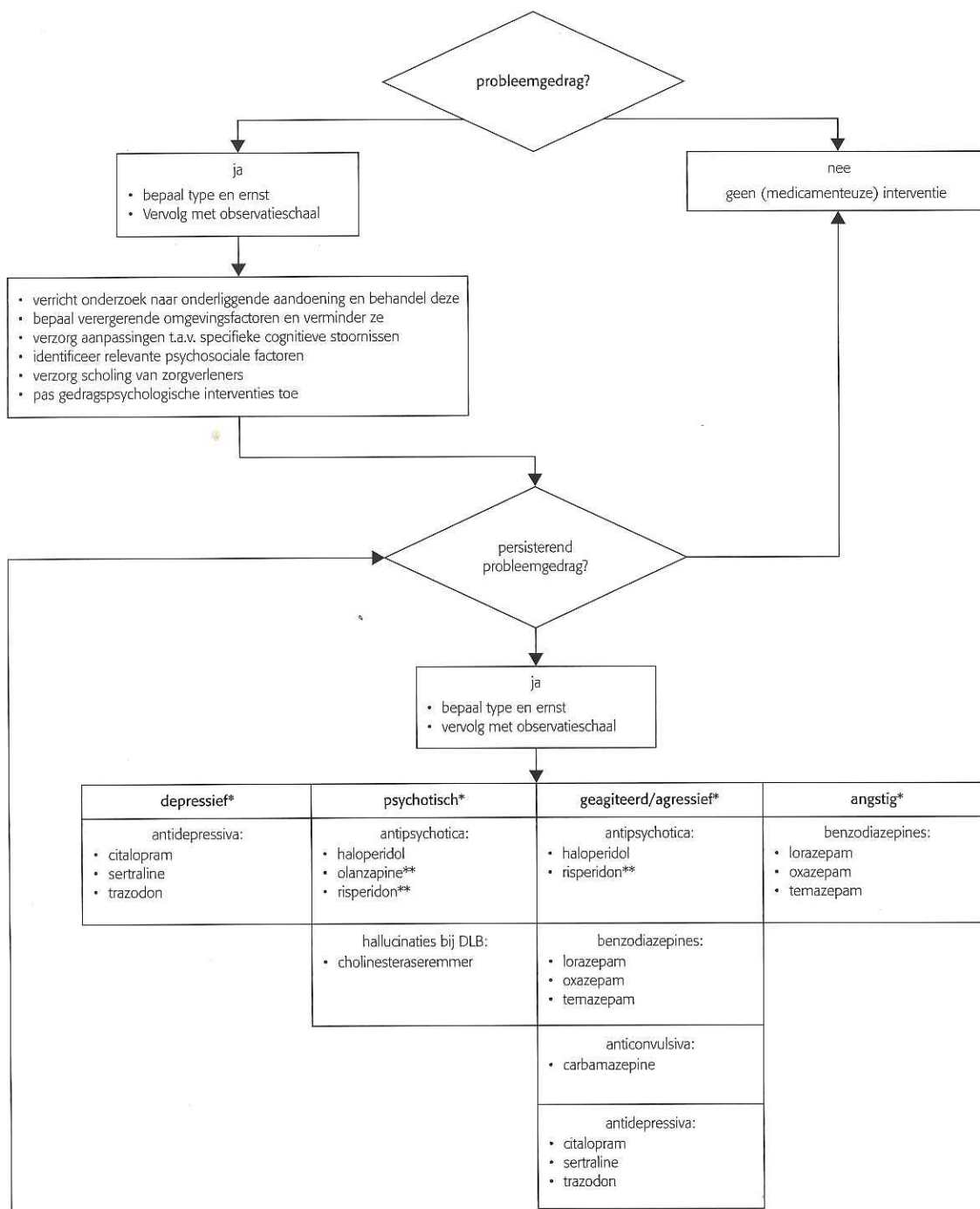
**Paulien Tazelaar**, verpleegkundig specialist,  
SVRZ Middelburg

De symptomen van onbegrepen gedrag bij dementie zijn onder te verdelen in verschillende symptoomclusters: affectieve symptomatologie zoals depressie of angst, psychotische stoornissen zoals wanen, hallucinaties en waarnemingsvervalsingen, persoonlijkheidsveranderingen zoals apathie, agressie en ontremming, neurovegetatieve symptomen zoals slaapstoornissen, 'sundowning' waarbij verwarring en agitatie erger worden in de late namiddag en avond, incontinentie, veranderd eetpatroon en psychomotorische symptomen zoals rusteloosheid, roepgedrag, zwerven en/of persevereren.

Er zijn verschillende methoden die gebruikt kunnen worden om onbegrepen gedrag te leren begrijpen, deze zijn te vinden in de NVVA richtlijn Probleemgedrag. Deze richtlijn is opgesteld door de NVVA (huidige naam: Verenso), de vakvereniging van specialisten

ouderengeneeskunde, en vormt de basis voor de werkwijze bij probleemgedrag. Hij bevat richtlijnen voor diagnostiek, behandeling (psychosociaal en medicamenteus), evaluatie en preventie.

Ook al begrijpen we het onbegrepen gedrag, dan nog is het niet altijd te voorkomen of te begeleiden. Een goed voorbeeld is dat van een cliënt die vroeger altijd boer geweest is en wiens leven zich voornamelijk buiten afspeelde. Wanneer hij opgenomen is, is de beschikbare ruimte beperkt, de mogelijkheid om zelfstandig naar buiten te gaan soms niet aanwezig en hij woont met minimaal vijf andere mensen samen die hij niet kent. Als deze cliënt opstandig wordt en naar buiten wil en daarin, om veiligheidsredenen, wordt beperkt, dan is het voorstelbaar dat hij geagiteerd kan raken en dat deze agitatie kan omslaan in agressie. Uit onderzoek blijkt dat de bestaande richt-



**Figuur 1** Stroomdiagram Probleemgedrag.<sup>2</sup>

\* de weergegeven volgorde van medicatie(groepen) is willekeurig; er is onvoldoende bewijs voor een hiërarchische ordening.

\*\* olanzapine en risperidon zijn gecontra-indiceerd bij cardiovasculaire risicogroepen.

lijnen om met dit gedrag om te gaan maar mondjesmaat worden gekend en toegepast.<sup>1</sup> In de verschillende richtlijnen staat dat er, alvorens psychofarmaca voor te schrijven, een analyse van het gedrag moet plaatsvinden en dat lichamelijke oorzaken moeten worden uitgesloten en niet-medicamenteuze interventies moeten worden ingezet. Bij complementaire zorginterventies kan bekeken worden welke niet-medicamenteuze

interventies er zijn. Het Van Praag instituut doet hier gedegen onderzoek naar. Het is belangrijk om het levensverhaal van de cliënt te kennen: je kunt dan aansluiten bij zijn interessewereld en gebruikmaken van zijn copingstrategieën.

**Onbegrepen gedrag en psychofarmaca**

Als de analyse van het gedrag is uitgevoerd en er zijn interventies toegepast maar met

**Casu**

Mevrou... het me... dat de... woonk... Zodra e... medec... negatie... het wijz... compli... Vanweg... resultaat... vraagt o... gebruik... dan me... Dit is ee... Het enig... pas nad... afgelopen... Als ze n... behoefte... mevrou... ochtend... kan ze t...

onvoldoen... medicame... diagram in

Wetenscha... bewijzen d... onbegrepe... effect heel... geval.<sup>3</sup> De... gering; bij... probleemg... Ondanks d... verminder... dementie... het gebrui... met demer... In maart 2... van Rijn ee... gestuurd w... gebruik van... geriatriesch... naar nul.' I... geestelijke... (Wet bijzon... ziekenhuiz... gebruik van... streerd mo...



## Casus

Mevrouw Polak woont in een kleinschalige PG-woning met vijf andere cliënten. Ze heeft dementie van het mengtype (vasculaire dementie met Alzheimer-componenten). Op de woning is het gebruikelijk dat de cliënten, vanaf het moment dat ze wakker zijn totdat ze naar bed gaan, in de gezamenlijke woonkamer verblijven waar alle dagelijkse activiteiten plaatsvinden.

Zodra een andere cliënt aandacht krijgt, gaat mevrouw Polak hard praten. Ze is beledigend naar medecliënten, verzorgenden en bezoek. De verzorgenden hebben al veel geprobeerd, in de hoop haar negatieve gedrag om te buigen: positieve aandacht geven op momenten dat mevrouw stil of aardig is, het wijzigen van de tafelindeling, het aanbieden van extra werkjes ter afleiding en het geven van complimenten.

Vanwege haar deviant gedrag is in het verleden gestart met citalopram 10 mg. Toen dat weinig resultaat gaf, is de dosis verhoogd naar 20 mg. De familie ziet te weinig effect van de medicatie en vraagt om verhoging van de dosering. Mede in het kader van het terugdringen van psychofarmacagebruik bij mensen met dementie, kiest de verpleegkundig specialist liever voor andere interventies dan medicamenteuze. Er wordt geprobeerd of een mp3-speler met een luisterboek effect kan hebben. Dit is een gouden greep: mevrouw luistert dagelijks naar sprookjes, met Hans en Grietje als favoriet. Het enige 'probleem' is dat mevrouw niet wil eten zolang het verhaal niet uit is en daarom eet ze soms pas nadat de anderen klaar zijn óf (indien mogelijk) wordt de maaltijd uitgesteld totdat haar verhaal afgelopen is.

Als ze niet naar de verhalen luistert, is haar gedrag zoals voorheen. Omdat er, naast een grote aandacht-behoefte en mogelijke jaloezie, een probleem lijkt te zijn in de prikkelverwerking, wordt afgesproken dat mevrouw 's middags een tijdje op haar eigen kamer doorbrengt. Ze kan dan de prikkels die ze in de ochtend heeft opgedaan verwerken en energie opdoen voor de overige uren van de dag. Op haar kamer kan ze televisiekijken en af en toe loopt het personeel binnen om een praatje te maken.

onvoldoende effect, dan kan het nodig zijn om medicamenteus in te grijpen. Zie het stroomdiagram in figuur 1.

Wetenschappelijk zijn er geen aantoonbare bewijzen dat het starten van psychofarmaca bij onbegrepen gedrag bij dementie een positief effect heeft. Het omgekeerde is soms wel het geval.<sup>3</sup> De werking van psychofarmaca is gering: bij slechts 20% is het effectief op het probleemgedrag.

Ondanks de toenemende aandacht voor het verminderen van psychofarmacagebruik bij dementie, is er geen sprake van afname van het gebruik van psychofarmaca bij ouderen met dementie in de zorginstellingen.<sup>4</sup>

In maart 2016 heeft staatssecretaris Martin van Rijn een brief naar de Tweede Kamer gestuurd waarin hij schrijft: 'Het oneigenlijk gebruik van psychofarmaca in de psychogeriatrische zorg en gehandicaptenzorg moet naar nul.' In het wetsvoorstel Verplichte geestelijke gezondheidszorg dat de Wet BOPZ (Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen) gaat vervangen, staat dat het gebruik van psychofarmaca beter gereguleerd moet worden.

## Negatieve effecten van psychofarmaca

Bekend is dat psychofarmaca bijwerkingen hebben zoals sedatie, sufheid, stijfheid, bewegingsstoornissen, duizeligheid met hierdoor meer kans op vallen, hoge bloeddruk, longontsteking, gewichtstoename, onrust, agitatie en een verhoogde kans op een beroerte en plotselinge dood.

Het gebruik van psychofarmaca heeft negatieve invloed op de motoriek en bijvoorbeeld het slikken en kan het cognitief verval versnellen. Bij antipsychotica kan orthostatische hypotensie optreden, die kan overgaan in syncope (kortdurend bewustzijnsverlies, flauwvallen). Ouderen zijn hier gevoeliger voor, wat de valincidentie vergroot. Op hogere leeftijd een heup breken kent veel bijkomende complicaties, zo blijkt uit een Belgisch prospectief cohortonderzoek onder ruim 730.000 ouderen. Van de ouderen ( $\geq 50$  jaar) die jaarlijks hun heup breken – dat zijn er in Nederland circa 15.000 – sterft 15-20% binnen een jaar.<sup>5</sup>

Eenmaal voorgeschreven worden psychofarmaca vaak gecontinueerd en niet tijdig geëvalueerd; de geldende richtlijnen worden dikwijls niet opgevolgd waardoor cliënten lang



**Tabel 1** Schematisch overzicht medicatieadviezen bij probleemgedrag verklaard vanuit delier, psychotische stoornis, depressie, angststoornis of slaapstoornis.<sup>3</sup>

psychiatrische aandoening	middel	dosering	opmerkingen
delier	haloperidol	startdosering 1 dd 0,5 mg p.o.; ophogen à 1 uur op geleide van symptomen; streefdosering: laagst werkzame dosis; maximumdosering 10 mg. Indien snelle werking vereist is: 2,5-5 mg i.m./s.c.	medicatie voor delier afbouwen/ stoppen als de patiënt 1 week symptoomvrij is
	lorazepam	0,5-2 mg (p.o.; i.m.; i.v.) als met haloperidol onvoldoende sedatie wordt bereikt	
	clozapine	startdosering 1 dd 6,25 mg p.o.; streefdosering: laagst werkzame dosis; maximumdosering: 50 mg	bij parkinsonisme is clozapine middel van eerste keuze; controle van leukocytental is dan noodzakelijk
	rivastigmine	startdosering 2 dd 1,5 mg; te verhogen in tweewekelijkse stappen van 2 dd 1,5 mg tot maximaal 2 dd 6 mg	bij delier bij een patiënt met parkinsonisme (ziekte van Parkinson, 'Lewy body'-dementie) kan rivastigmine gebruikt worden wanneer alternatieve therapieën falen
psychotische stoornis	risperidon	startdosering 0,5 mg/dag p.o.; streefdosering: laagst werkzame dosis; maximumdosering: 3,5 mg/dag	therapieduur: 6 maanden
	quetiapine	startdosering 50 mg/dag p.o.; streefdosering: laagst werkzame dosis; maximumdosering: 300 mg/dag	therapieduur: 6 maanden
depressie	citalopram	startdosering: 1 dd 10 mg; streefdosering 20 mg; maximumdosering: 20 mg	natrium bepalen voor en na starten; bij ontbreken van effect na 6 weken: citalopram vervangen door een tweede SSRI/SNRI of overgaan op nortryptiline
	nortryptiline	startdosering: 1 dd 10-25 mg p.o. (a.n.); in twee weken ophogen tot 50-75 mg; na 4 weken op geleide van effect, bijwerkingen en spiegel (minimaal 100 microgram/ml) verder ophogen	ECG maken voor starten; nortryptiline is eerste keus bij ernstige depressies (psychotisch; suïcidaal; voedselweigering); therapieduur antidepressiva: minimaal 12 maanden bij eerste episode; levenslang bij recidief
angststoornis	citalopram	startdosering: 1 dd 10 mg p.o.; streefdosering: 20 mg; maximumdosering: 20 mg	natrium bepalen voor en na starten; bij ontbreken van effect na 6 weken: citalopram vervangen door een tweede SSRI; therapieduur: na 6-12 maanden proberen citalopram/2 <sup>e</sup> SSRI af te bouwen/stoppen
	lorazepam	0,5-1 mg p.o. ½-1 uur voor de niet te vermijden stimulus	benzodiazepine alleen incidenteel bij fobische angst door niet te vermijden angstverwekkende stimuli
	oxazepam	0,5-1 mg p.o. ½-1 uur voor de niet te vermijden stimulus	
slaapstoornis	temazepam	startdosering: 1 dd 10 mg; streefdosering: 10 mg; maximumdosering: 20 mg	slaapmiddelen bij voorkeur intermitterend geven; therapieduur bij dagelijks gebruik: maximaal 2 weken
	zolpidem	startdosering: 1 dd 5 mg; streefdosering: 5 mg; maximumdosering: 5 mg	



medicatie krijgen die mogelijk niet meer nodig is.<sup>1</sup> Zo kan een cliënt met beginnende dementie depressieve symptomen ontwikkelen waarvoor dan een antidepressivum wordt voorgeschreven. Als de dementie voortschrijdt, verdwijnt de depressie en zou het antidepressivum gestaakt kunnen worden, maar dat gebeurt niet altijd. Hetzelfde zien we bij agitatie: als de agitatie verdwenen is, wordt de medicatie niet altijd gestopt, uit angst dat het ongewenste gedrag weer terugkeert.

Het onbegrepen gedrag wordt lang niet altijd geanalyseerd en er wordt niet gezocht naar bestaande alternatieven, waarschijnlijk omdat medicatie sneller effect lijkt te hebben, in de zin van sederend effect, dan alternatieve interventies.

Als verantwoordelijke voor het voorschrijven van de medicatie kun je een grote druk ervaren van familie en verzorgenden, die vaak meer geloof in psychofarmaca hebben dan volgens onderzoek gerechtvaardigd is. Uit de Monitor Woonvormen Dementie blijkt dat de helft van de voorschrijvers van psychofarmaca onder druk voorschrijft, terwijl driekwart vindt dat het gebruik zou kunnen worden teruggedrongen.<sup>6</sup> Die druk ontstaat meestal door het ontbreken van een heldere visie op omgaan met mensen met dementie en onbegrepen gedrag.

### Ondersteunen van de teams

In de praktijk zie je dat teams die door empowerment zekerder van zichzelf zijn en zich gesteund voelen door (para)medici, managers en familie minder vaak om psychofarmaca vragen. Andersom geldt ook dat teams die zich niet gesteund voelen en onzeker zijn, sneller om psychofarmaca vragen en hier meer druk op zullen uitoefenen. In die zin zou een onderzoek naar placebo-effect bij verzorgenden een waardevolle meerwaarde kunnen hebben.

Niet alle verzorgenden zijn opgeleid of capabel om met onbegrepen gedrag om te gaan en de werkdruk is in deze sector erg hoog. Hierdoor is er minder ruimte om onbegrepen gedrag als een uitdaging te zien en wordt het veel meer als een probleem ervaren dat snel opgelost moet worden. De verpleegkundig specialist heeft juist hierin een belangrijke taak: het coachen van het team, zeker wanneer er sprake is van (veel) onbegrepen gedrag. Het is essentieel om als verpleegkundig specialist daarin niet te snel te willen gaan en oog en oor hebben voor het gevoel van onmacht en angst dat de verzorgenden meestal ervaren.



*Deze foto is geplaatst met schriftelijke toestemming. De dame op de foto is niet de patiënte waarover wordt geschreven in de casus in dit artikel.*

### Richtlijnen

Er zijn meerdere richtlijnen voor de farmacologische interventies en in de verpleeghuissector is het gangbaar om de richtlijn van Verenso te hanteren (tabel 1). In 2002 is de richtlijn 'Probleemgedrag' opgesteld waarin in 2008 een aanpassing is gedaan. Een andere richtlijn is die van de Nederlandse Vereniging voor Klinisch Geriatrie.

### Conclusie

De casus in dit artikel geeft aan hoe lastig het is om het vertrouwen van de verzorgenden te krijgen bij verminderen van medicatie die ooit gegeven is bij lastig gedrag. Het feit dat de verzorgenden veelal alleen staan op een woning met zes cliënten en het hun in het algemeen ontbreekt aan adequate informatie over medicatie, maakt het ook lastig om te gaan afbouwen: je weet wat je hebt en niet wat je krijgt.

Druk van familie, te weinig kennis onder familie en verzorgenden over onbegrepen gedrag en het niet navolgen van bestaande richtlijnen kunnen ervoor zorgen dat er te snel



## Vervolg casus

Mevrouw Polak lijkt het plezierig te vinden op haar kamer. De familie is tevreden met deze daginvulling en -indeling. Desondanks ontstaat er discussie in het team: een aantal medewerkers vindt het lastig om mevrouw 's middags naar haar kamer te begeleiden. Ze ervaren het alsof ze haar straf geven. Ze voelen zich bezwaard om, als jonge meiden, een oudere dame naar haar kamer te sturen. De verpleegkundig specialist investeert extra tijd in het bespreken van de casus binnen het team en geeft uitleg over prikkelverwerking en hoe je op verschillende manieren kunt kijken naar deze interventie. Je kunt naar deze casus kijken en denken dat je mevrouw tekort doet door haar af te zonderen, omdat ze hierdoor groepsactiviteiten misloopt. Maar juist het afzonderen zorgt ervoor dat mevrouw minder snel overprikkeld raakt en blijft. De vraag die opborrelt in het team is: waarom zou een maatregel als iemand naar de kamer begeleiden (een niet-vrijheidsbeperkende maatregel: mevrouw kan zich eventueel zelf weer bij de groep voegen) niet mogen, maar mag je iemand wel 'opsluiten in zichzelf' door het geven van medicatie zonder juiste indicatie? Mevrouw Polak heeft immers geen depressie, de medicatie wordt off-label gebruikt bij agitatie bij dementie.

In samspraak met de familie, die tevreden is over het gedrag van mevrouw omdat ze milder is op de momenten dat ze het luisterboek heeft of op haar kamer zit, wordt citalopram heel langzaam afgebouwd. Vervolgens wordt er overgegaan tot drank om fijnmaziger te kunnen afbouwen. De verzorgenden zijn huiverig over deze stap en lijken vooral te kijken naar gedragingen die erop wijzen dat afbouw niet de juiste weg is.

Vanuit hun standpunt bekeken is het overigens begrijpelijk want ze hebben zwarte sneeuw gezien in de periode dat mevrouw iedereen afsnauwde, kwetste en beledigde. Met veel begrip voor de verzorgenden en de belofte dat citalopram opgehoogd zal worden als zou blijken dat afbouw niet zou lukken, is het uiteindelijk gelukt om met deze medicatie te stoppen. De dochter van mevrouw Polak is hevig geëmotioneerd als ze constateert dat haar moeder zelf de kerstkaarten kan ondertekenen dit jaar, iets dat ze drie jaar niet gekund heeft.

naar medicatie gegrepen wordt. Als verpleegkundig specialist kun je, door middel van psycho-educatie aan familie en verzorgenden, een belangrijke rol vervullen bij het terugdringen van medicatie bij onbegrepen gedrag.

### Literatuur

- Zwijssen S, Lange J de, Pot AM, Mahler M, Minkman M. Omgaan met onbegrepen gedrag bij dementie: Inventarisatie richtlijnen en inzichten rondom onbegrepen gedrag bij ouderen met dementie. Utrecht: Vilans/Trimbos-instituut, 2013.
- Richtlijn Diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie. Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie. Alphen aan den Rijn: Van Zuiden, 2005.
- Zuidema S. Probleemgedrag. Herziening richtlijn Probleemgedrag. Publicatie richtlijn 'Probleemgedrag bij mensen met dementie', eind 2017. <http://www.verenso.nl/wat-doen-wij/vakinhoudelijke-producten/richtlijnen/probleemgedrag/> Geraadpleegd 31 augustus 2017.
- Vrijheidsbeperking: psychofarmaca verminderen. <http://www.zorgvoorbeter.nl/ouderenzorg/vrijheidsbeperking-psychofarmaca-afbouwen.html>. Geraadpleegd 31 augustus 2017.
- Kievits F. Gebroken heup vaak begin van het einde. Ned Tijdschr Geneeskd 2010;14:154:C125.
- Willemsse B, Wessel C, Pot AM. Monitor Woonvormen Dementie. Utrecht: Trimbos-instituut, 2015.
- ECORYS Nederland. Taakherschikking: een toepassing via de opleiding van verpleegkundig specialisten en physician assistants. Eindrapportage beleidsdoorlichting artikel 4.2, thema 3B. Rotterdam; 2016.
- Adriaansen M. Antwoord op toekomstige zorgvragen: Grote behoefte aan verpleegkundig specialisten. Tijdschrift voor verpleegkundigen 2009, nr. 5. Geraadpleegd 31 augustus 2017.