

Nijmegen | november 2020 | UKON

Werkwijze specialist ouderengeneeskunde

Analyse en behandeling probleemgedrag bij
thuiswonende mensen met een dementie

UKON | P/A RADBOUDUMC, AFD. ELG-149 | POSTBUS 9101, 6500 HB NIJMEGEN
BEZOEKERSADRES: GEERT GROOTEPLEIN 21 (ROUTE 149) | 6525 EZ NIJMEGEN
TELEFOON: 024-3618181 | E-MAIL: UKON.ELG@RADBOUDUMC.NL
WWW.UKONNETWERK.NL

Inleiding

In deze werkwijze wordt de definitie van probleemgedrag gehanteerd zoals geformuleerd in de richtlijn probleemgedrag van Verenso (1):

Probleemgedrag is alle gedrag dat gepaard gaat met lijdensdruk of gevaar voor de persoon met dementie of voor mensen in zijn of haar omgeving.

Probleemgedrag kan onderverdeeld worden in de volgende veel voorkomende gedragscategorieën (1):

- Psychotisch gedrag
- Depressief gedrag
- Angstig gedrag
- Geagiteerd gedrag (inclusief nachtelijke onrust)
- Apathisch gedrag

Hieronder wordt de werkwijze van de specialist ouderengeneeskunde (SO) in de eerste lijn besproken wanneer een patiënt met dementie wordt verwezen met de vraagstelling analyse en behandeling probleemgedrag. Deze werkwijze kan als leidraad worden genomen, maar aangepast worden naar lokale/regionale afspraken. Met name de taak- en rolverdeling (wie doet wat?) tussen de verschillende professionals kan per huisartspraktijk verschillen.

1. Huisarts

Bij thuiswonende patiënten of patiënten in een woonzorgcentrum ontvangt de huisarts signalen van verschillende kanten, zoals mantelzorg, professionele zorg (thuiszorg, casemanager) of de patiënt zelf. De huisarts inventariseert wat het probleem of de hulpvraag is en voor wie het gedrag een probleem is of belasting vormt. De huisarts kan ervoor kiezen de analyse en behandeling van het probleemgedrag zelf uit te voeren (2), maar kan er ook voor kiezen om te verwijzen naar de SO. In de meest recente NHG standaard dementie (april 2020) is ook een hoofdstuk over probleemgedrag opgenomen (2). Aangezien de aanpak van probleemgedrag bij uitstek een multidisciplinaire benadering vraagt en dit de expertise van de SO is, is het zeker aan te bevelen bij probleemgedrag de SO te consulteren. De huisarts kan dit op 2 manieren doen:

1. Eenmalige consultatie, bijvoorbeeld voor adviezen over psychosociale interventies of medicatie.
2. Verwijzing voor uitgebreide analyse en eventueel (mede)behandeling.

In de volgende situaties kan een huisarts verwijzing naar een klinisch geriater of ouderenpsychiater overwegen:

- Patiënten met tevens (premorbid) psychiatrische problematiek waarbij bijvoorbeeld sprake is van ernstige verwaarlozing, fysieke agressie, grote lijdensdruk of suicidaliteit.
- Diagnostische onduidelijkheid waarbij analyse in een klinische setting/dagbehandeling wenselijk is, zoals op een afdeling klinische geriatric of ouderenpsychiatrie.

2. Analyse, behandeling en evaluatie van probleemgedrag bij mensen met dementie door de SO na verwijzing

Probleemgedrag bij dementie is multifactorieel bepaald en vraagt om een multidisciplinaire aanpak door hulpverleners met verschillen in professionele status, theoretische achtergrond en praktische deskundigheid. De SO begint met het inwinnen van informatie over het probleemgedrag bij de huisarts, indien mogelijk de patiënt zelf, mantelzorg, wijkverpleegkundige, praktijkondersteuner van de huisarts, casemanager dementie of andere hulpverleners betrokken bij de zorg voor de patiënt. Bij voorkeur wordt bij de verdere analyse, behandeling en evaluatie een gedragsdeskundige betrokken, liefst een gezondheidszorg(GZ) psycholoog met deskundigheid op het gebied van dementie. Of en op welke manier dat mogelijk is, is afhankelijk van de beschikbaarheid binnen de betreffende setting en situatie.

Methodisch werken en gebruik van een gezamenlijke visie en denkkader om probleemgedrag te begrijpen zijn belangrijke elementen van een multidisciplinaire aanpak bij probleemgedrag (1). Om dit proces te ondersteunen zijn erkend effectieve programma's ontwikkeld, zoals GRIP (3), STA OP! (4) en Integratieve Reactivering en Rehabilitatie (5).

Hieronder is per stap beschreven wat de rol van de SO is in de analyse, behandeling en evaluatie van probleemgedrag bij mensen met dementie. Figuur 1 toont een schema hiervan (zie bijlage) (1).

2.1 Probleemanalyse:

De probleemanalyse bestaat in eerste instantie uit de beschrijving en verheldering van het probleemgedrag. Daarvoor kunnen de formulieren van GRIP gebruikt worden (bijlage 1 en 2) Dit kan onderverdeeld worden in bio-, psycho-, en sociale factoren. Indien nodig volgt aanvullend onderzoek (1). De probleemanalyse kan grotendeels door de SO verricht worden, maar afhankelijk van de lokale mogelijkheden ook deels door de huisarts, een (GZ)-psycholoog (vooral onderzoek naar de psychosociale factoren), andere gedragsdeskundige, verpleegkundig specialist, nurse practitioner, enz.

- Bio: allereerst is het van belang om een lichamelijke oorzaak voor het probleemgedrag aan te tonen of uit te sluiten, zoals bijvoorbeeld een delier, pijn, retentieblaas of obstipatie. Hiervoor is nodig:
 - (Hetero)anamnese (mantelzorger/verzorging/andere hulpverleners, observatie van patiënt), met aandacht voor:
 - Factoren die het gedrag beïnvloeden, zoals pijn en andere lichamelijke ongemakken.
 - Algemeen lichamelijk onderzoek.
 - Oriënterend neurologisch onderzoek.
 - Cognitief onderzoek naar diagnostiek dementie (inclusief type en ernst), indien niet eerder verricht (zie hoofdstuk analyse cognitieve stoornissen).
 - Aanvullend onderzoek:
 - Laboratoriumonderzoek: oriënterend laboratoriumonderzoek (BSE, Hb, kreat, Na/K, TSH, glucose), aangevuld met specifiek laboratoriumonderzoek afhankelijk van voorgeschiedenis, medicatie, anamnese en lichamelijk onderzoek.
 - Urine-onderzoek: bij verdenking urineweginfectie.
 - ECG op indicatie.
 - Aanvullend beeldvormend onderzoek op indicatie.
 - Medicatie en dossieronderzoek (o.a. voorgeschiedenis).
- Psycho:
 - (Hetero)anamnese:
 - Duur en frequentie van probleemgedrag.
 - Gevolgen van het gedrag, risicovol en voor wie?
 - Verwachting/urgentie van het probleem/lijdensdruk.
 - Psychiatrisch onderzoek:
 - Algemeen psychiatrisch onderzoek volgens de handreiking Geriatrich assessment van Verenso (6). Dit kan ondersteund worden door meetinstrumenten.
 - Observatie uiterlijk, maken van contact en houding, klachtenpresentatie.
 - Aandacht en mate van bewustzijn.
 - Stemming (Global Depression Scale (GDS) (7)/Cornell Scale for Depression in Dementia ((CSDD) (8)), affect en angst (bijvoorbeeld Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-A) (9).
 - Waarneming en denken.

- Specifieke vormen van probleemgedrag, d.m.v. Neuropsychiatric Inventory (NPI-Q) (10), of bijvoorbeeld voor agitatie d.m.v. Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI)(11).
- Persoonlijkheid, bijvoorbeeld screenend d.m.v. de Hetero-Anamnestiche Persoonlijheidsvragenlijst (H.A.P.) (12) en zo nodig aanvullend onderzoek door psycholoog.
- Copingstijl.
- Levensloopfactoren.
- Behoeftes.
- Sociaal:
 - Fysieke en sociale omgeving:
 - Plaats.
 - Omstandigheden.
 - Mantelzorgfactoren en mantelzorgbelasting (Caregiver Strain Index (CSI) (13)).

2.2 Probleemdefinitie, doelformulering en opstellen behandelplan:

Het bespreken van de bevindingen van de probleemanalyse leidt tot het vaststellen van een probleemdefinitie. Dit is een gezamenlijk gedeeld beeld van het probleem, met werkhypothesen over oorzaken en in stand houdende factoren met hun onderlinge samenhang en wisselwerking. Bij voorkeur wordt dit besproken in een multidisciplinair overleg (MDO) met alle betrokken partijen. Vanuit dit overleg kan een gezamenlijke keuze gemaakt worden van welk aspect van het probleem (als eerste) wordt behandeld. Hieruit volgt een realistisch en meetbaar behandeldoel. Op grond van de probleemanalyse en het behandeldoel wordt in nauwe afstemming met de patiënt en/of mantelzorg(s) een multidisciplinair behandelplan opgesteld welke vaak zal bestaan uit meerdere interventies die gelijktijdig of gefaseerd worden ingezet. Tevens wordt besproken wanneer het effect van de behandeling wordt gemeten en geëvalueerd en wie waarvoor verantwoordelijk is (1). Om het effect van de behandeling objectief te kunnen beoordelen wordt er voor de behandeling start een 0-meting gedaan. Voorbeelden van meetinstrumenten die hierbij gebruikt kunnen worden staan onder 2.1, afhankelijk van de aard van het probleemgedrag. De NHG standaard adviseert het gebruik van de NPI-Q ook omdat deze in korte tijd is in te vullen (2). Daarna kan per moment van evaluatie dit gekozen meetinstrument opnieuw worden afgenomen om het effect van de interventies te monitoren.

2.3 Behandeling (duur afhankelijk van situatie):

Voor specifieke informatie over de behandeling van probleemgedrag, onderverdeeld naar gedragscategorieën, verwijzen we naar de richtlijn probleemgedrag bij mensen met dementie van Verenso (1).

De betrokkenheid van de SO in deze fase is afhankelijk van gemaakte afspraken met de huisarts. Er kan sprake zijn van een eenmalige consultatie waaruit adviezen voortvloeien m.b.t. de behandeling, maar die de huisarts zelf uitvoert. Er kan ook gekozen worden voor medebehandeling waarbij de SO de behandeling start en verder vervolgt in samenwerking met de huisarts en andere betrokken hulpverleners. Hierbij bestaat er een belangrijke rol voor de psycholoog voor o.a. het schrijven van een omgangsplan met psychosociale

interventies. Daarnaast is het betrekken van mantelzorg in de behandel fase van belang. Gedrag en bejegening van mantelzorg kan probleemgedrag op positieve, maar ook negatieve manier beïnvloeden. Psychoeducatie en intermediaire gedragstherapie kan nodig zijn. Naast een psycholoog kan de casemanager dementie daarin een rol spelen.

2.4 Evaluatie:

Op verschillende momenten zal het effect van de ingezette behandeling(en) worden geëvalueerd en bijgesteld. Bijvoorbeeld door nieuwe observatie en gebruik van meetschalen. Dit kan in verschillende samenstellingen wat betreft mantelzorg en hulpverleners. Er kan opnieuw een multidisciplinair overleg worden gepland, maar er kan ook gekozen worden voor een kleiner overleg tussen enkele betrokkenen. Bij voorkeur heeft de SO in dit proces de regie, om zo overzicht te houden van de voortgang van de behandeling.

3. Referenties

1. Richtlijn probleemgedrag bij mensen met dementie. Verenso 2018, <https://www.verenso.nl/kwaliteit-en-richtlijnen/richtlijnendatabase/probleemgedrag-bij-mensen-met-dementie>.
2. NHG-standaard Dementie, <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/dementie#volledige-tekst-probleemgedrag-bij-dementie>
3. Zwijsen SA, Smalbrugge M, Eefsting JA, et al. Coming to grips with challenging behavior: a cluster randomized controlled trial on the effects of a multidisciplinary care program for challenging behavior in dementia. J Am Med Dir Assoc. 2014;Jul;15(7):531.e1-531. Zie ook: www.zorgvoorbeter.nl/dementie/erkende-interventies
4. Pieper MJC, Francke AL, van der Steen JT, et al. Effects of a stepwise multidisciplinary intervention for challenging behavior in advanced dementia: a cluster randomized controlled trial. J Am Geriatr Soc. 2016 Feb;64(2):261-269.
5. Bakker TJEM, Duivenvoorden HJ, van der Lee J, et al. Integrative psychotherapeutic nursing home program to reduce multiple psychiatric symptoms of cognitively impaired patients and caregiver burden: randomized controlled trial. Am J Geriatr Psychiatry, 2011 Jun;19(6):507-20.
6. Handreiking Geriatrisch assessment voor de specialist ouderengeneeskunde. Verenso 2014: https://www.verenso.nl/asset/public/Richtlijnen_kwaliteit/VER-003-36_handrGeriatrischAssesement_v5.pdf
7. GDS, <https://www.nkop.nl/praktijk/meetinstrumenten/details/?instrument=20>
8. Cornell, <https://www.nkop.nl/praktijk/meetinstrumenten/details/?instrument=14>
9. HADS-A, <https://www.nkop.nl/praktijk/meetinstrumenten/details/?instrument=23>
10. NPI-Q, https://www.psychiatrienet.nl/system/subcategories/pdf1s/000/053/419/original/NPI-Q_N_M_toelichting_en_vragenlijst.pdf?1396886408
11. CMAI, <https://www.nkop.nl/praktijk/meetinstrumenten/details/?instrument=13>
12. H.A.P., <https://www.nkop.nl/praktijk/meetinstrumenten/details/?instrument=22>
13. CSI, <https://www.vilans.nl/docs/producten/Care%20giver%20strain%20index.pdf>