

Samenvatting richtlijn Probleemgedrag bij mensen met dementie (2018)

Definitie van probleemgedrag

In deze richtlijn is opnieuw voor de term probleemgedrag gekozen en bewust niet voor 'onbegrepen gedrag', 'moeilijk te begrijpen gedrag' of 'moeilijk te hanteren gedrag' en dergelijke. Het woord probleem (problema = opgave) geeft ons inziens goed aan dat we voor een opgave staan. De onderstaande definitie van probleemgedrag en ook de gepropageerde methodische werkwijze om de onderliggende oorzaken van het probleem te verhelderen (zie module 'Methodisch en multidisciplinair werken bij probleemgedrag bij mensen met dementie'), geven duidelijk aan dat gebruik van de term 'probleemgedrag' niet impliceert dat het probleem 'dus' in de persoon met dementie gezocht moet worden.

Deze richtlijn hanteert de volgende definitie:

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

Visie op probleemgedrag bij dementie

Menselijk gedrag ontstaat vanuit een complexe interactie van biologische, psychologische en sociale en fysieke omgevingsfactoren (bio-psycho-sociaal model). Dit multifactorieel verklarende model is ook van toepassing op gedrag van mensen met dementie.

De bepalende factor of en in hoeverre het gedrag als probleem wordt ervaren, is niet het gedrag zelf, maar het *effect* van het gedrag. Identiek gedrag dat problematisch is in een bepaalde context, hoeft dat niet te zijn in een andere context. Zwerfgedrag kan thuis bijvoorbeeld problematisch zijn, maar hoeft dat in een instelling niet te zijn. In hoeverre gedrag als een probleem wordt ervaren, is afhankelijk van de context en van de waarneming en verwachtingen van de betrokkenen. De emotionele belasting die mantelzorgers en professionele zorgverleners ervaren bij gedrag van een persoon met dementie is niet eenvoudig voorspelbaar en kan bepaald worden door factoren die buiten de persoon met dementie of het gedrag liggen, zoals hun draagkracht, vaardigheden of kenmerken van de omgeving. Ook die factoren bieden aangrijpingspunten voor interventie.

Indeling van probleemgedrag

Gekozen is voor volgende niet-uitputtende en deels overlappende lijst van veel voorkomende gedragscategorieën:

- Psychotisch gedrag
- Depressief gedrag
- Angstig gedrag
- Geagiteerd gedrag, waaronder verschillende vormen van rusteloos, prikkelbaar of agressief gedrag.
Ook gedragingen als roepen, nachtelijke onrust, seksueel ontremd/ongewenst gedrag, veelvuldig aandacht vragend gedrag en niet-coöperatief gedrag, die met enige regelmaat in de praktijk als probleem worden ervaren, krijgen onder deze categorie aandacht.
- Apathisch gedrag.

Deze gedragscategorieën vormen de basis voor de uitgangsvragen over behandeling uitgewerkt in modules. Als bijvoorbeeld pijn of delier een (mede)oorzaak is van het probleemgedrag, dient dit eerst behandeld te worden (zie module 'Methodisch en multidisciplinair werken bij probleemgedrag bij mensen met dementie'). Hiervoor wordt verwezen naar bestaande richtlijnen.

Methodisch en multidisciplinair werken bij probleemgedrag bij mensen met dementie

Wat is een effectieve methode van werken bij probleemgedrag bij mensen met dementie?

Bij signalering van probleemgedrag bij mensen met dementie is probleemverheldering de eerste stap: om welk gedrag gaat het, in hoeverre en op welke wijze is het een probleem, bij wie is sprake van lijdensdruk, is er sprake van gevaar en voor wie.

Analyse van probleemgedrag bij mensen met dementie gebeurt methodisch en multidisciplinair.

De probleemanalyse omvat tenminste een lichamelijk onderzoek met op indicatie verder onderzoek (zoals laboratoriumdiagnostiek, ECG, beeldvormend onderzoek), onderzoek naar psychopathologie anders dan dementie (bijvoorbeeld een delier), neuropsychologische factoren, levensloop, persoonlijkheid en contextfactoren.

Voor het observeren van de frequentie en mate van probleemgedrag wordt aanbevolen gebruik te maken van gevalideerde, Nederlandstalige observatie-instrumenten zoals de CMAI, Cornell-schaal en NPI. Voor analyse van specifiek gedrag wordt aanbevolen gerichte gedragsobservaties in te zetten.

Behandeling wordt op een probleemanalyse gebaseerd. Voorafgaand aan de behandeling wordt een meetbaar behandeldoel vastgesteld.

Instellen van behandeling dient geëvalueerd te worden aan de hand van de vastgestelde behandeldoelen.

Bij onvoldoende effect van de ingezette behandeling of bij zeer complexe situaties, dient consultatie (van kaderarts psychogeriatric, ouderensychiater of van het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE)) overwogen te worden.

Behandeling van psychotisch gedrag bij mensen met dementie

Welke psychosociale of psychologische interventies, lichttherapie of psychofarmaca zijn werkzaam bij psychotisch gedrag bij mensen met dementie?

Doe een zorgvuldige multidisciplinaire probleemanalyse bij mensen met psychotisch gedrag en dementie en stem de interventies hierop af.

Geef bij psychotisch gedrag psycho-educatie aan de patiënt met dementie zelf, diens mantelzorger(s) en behandelend zorgverleners.

Zorg voor een dagritme met structuur en regelmaat en geef gedragsadviezen aan teamleden en verwanten, om te komen tot een eenduidige benaderingswijze met een goede balans tussen onder- en overprikkeling.

Overweeg het gebruik van haloperidol bij de behandeling van (ernstig) psychotisch gedrag bij mensen met dementie. Houdt hierbij rekening met bijwerkingen (startdosering: 0,5 mg; maximale dosering: 3 mg; probeer uiterlijk na drie maanden af te bouwen).

Overweeg bij ernstig psychotisch gedrag bij mensen met dementie en een contra-indicatie voor haloperidol zoals extrapiramidale stoornissen, het gebruik van risperidon (startdosering: 0,5 mg; maximale dosering: 2 mg; probeer uiterlijk na drie maanden af te bouwen).

Wees zeer terughoudend, beschrijf het behandeldoel concreet, monitor het effect en de bijwerkingen systematisch en stop als binnen enkele weken geen klinisch relevant effect optreedt.

Gebruik geen anxiolytica/hypnotica, antidepressiva, melatonine, anti-epileptica of cannabinoïden bij de behandeling van psychotische symptomen bij mensen met dementie.

Gebruik geen cholinesteraseremmers voor psychotisch gedrag bij mensen met dementie, uitgezonderd gebruik van rivastigmine bij mensen met Lewy body-dementie en ernstig psychotisch gedrag (startdosering: 4,6 mg; maximale dosering: 13,3 mg; continueer op basis van effect en staak bij bijwerkingen).

Overweeg clozapine voor de behandeling van ernstig psychotisch gedrag bij mensen met de Ziekte van Parkinson en dementie (startdosering: 6,25 mg; maximale dosering: 50 mg; probeer uiterlijk na drie maanden af te bouwen). Het gebruik van clozapine vergt regelmatige bloedcontroles om het eventuele optreden van agranulocytose te detecteren.

Behandeling van depressief gedrag bij mensen met dementie

Welke psychosociale, psychologische interventies, lichttherapie of psychofarmaca zijn werkzaam bij depressief gedrag bij mensen met dementie?

Doe een zorgvuldige multidisciplinaire probleemanalyse bij mensen met dementie en depressief gedrag en stem de interventie hierop af.

Geef psycho-educatie aan mensen met dementie en depressief gedrag, aan hun naasten en aan de zorgverleners.

Overweeg (mediatieve) cognitieve gedragstherapie als psychologische behandeling voor depressief gedrag bij mensen met dementie.

Stel bij depressief gedrag bij mensen met dementie een activerend programma op dat aansluit bij de voorkeuren en huidige mogelijkheden van de persoon met dementie. Daarbij dienen reminiscentietherapie, activiteitentherapie en bewegingsprogramma's in overweging te worden genomen.

Gebruik geen antidepressiva of andere psychofarmaca voor depressief gedrag van lichte tot matige ernst bij mensen met dementie, maar start met niet-farmacologische interventies.

Overweeg alleen bij depressief gedrag in het kader van een ernstige depressie met grote lijdensdruk een behandeling met een antidepressivum conform de multidisciplinaire richtlijn Depressie (3e revisie, 2013). Een SSRI is dan het middel van eerste voorkeur. Indien na zes weken geen of onvoldoende effect: overweeg dan een ander niet-tricyclisch antidepressivum of nortriptyline.
Indien nortriptyline na zes weken onvoldoende effect heeft bij adequate spiegel: overweeg een ouderenpsychiater te raadplegen.

Behandeling van angstig gedrag bij mensen met dementie

Welke psychosociale en psychologische interventies, lichttherapie en psychofarmaca zijn werkzaam bij angstig gedrag bij mensen met dementie?

Biedt als onderdeel van goede zorg ondersteuning bij het leren leven met dementie. Zorg voor houvast en herkenbaarheid. Identificeer strategieën die het gevoel van veiligheid en controle voor het individu versterken.

Doe een zorgvuldige multidisciplinaire probleemanalyse bij mensen met dementie en angstig gedrag en stem de interventies hierop af.

Bied als basisinterventies psycho-educatie, activering en het tegengaan van vermijding aan bij mensen met dementie en angstig gedrag.

Overweeg op het individu afgestemde muziektherapie bij mensen met dementie en angstig gedrag.

Overweeg bij mensen met dementie en angstig gedrag de gebruikelijke vormen van psychologische behandeling, aangepast aan de cognitieve beperkingen.

Overweeg alleen benzodiazepines bij mensen met dementie bij ernstige (pathologische) angst en spanning die niet reageren op bovengenoemde interventies. Kies in die gevallen voor een kortwerkend benzodiazepine zonder actieve metabolieten, zoals oxazepam (startdosering 5 mg; maximale dosering 30 mg) of lorazepam (startdosering 0,5 mg; maximale dosering 1 mg), voor de duur van maximaal vier weken.

Behandeling van geagiteerd gedrag bij mensen met dementie

Welke psychosociale of psychologische interventies, lichttherapie of psychofarmaca zijn werkzaam voor geagiteerd of agressief gedrag bij mensen met dementie?

Doe een zorgvuldige multidisciplinaire probleemanalyse bij mensen met dementie en geagiteerd gedrag en stem de interventie hierop af.

Geef psycho-educatie aan mensen met dementie en geagiteerd gedrag, aan hun naasten en aan zorgverleners.

Maak bij geagiteerd gedrag bij mensen met dementie een op de persoon en de analyse/hypothese afgestemd interventieplan, gericht op concreet doelgedrag dat ook wordt geregistreerd.

Overweeg als mogelijke onderdelen van een individueel interventieplan:

- activiteiten die aansluiten bij deze persoon met dementie en die positieve reacties teweeg brengen;
- muziekinterventies;
- auditieve prikkels via een koptelefoon, zoals gesimuleerde aanwezigheid van naasten;

- tactiele prikkels, zoals handmassage, acupressuur en aanraking ('therapeutic touch');
- snoezelen;
- aromatherapie met citroenmelisse;
- een op de persoon afgestemd uitgebalanceerd schema van inspanning en rust.
Stel de hypothese of interventies telkens bij. Bied ondersteuning bij het uitvoeren van dit plan aan mantelzorgers en professionele zorgmedewerkers.

Gebruik geen lichttherapie voor geagiteerd gedrag bij mensen met dementie.

Wanneer een medicamenteuze behandeling noodzakelijk is bij mensen met geagiteerd of agressief gedrag en dementie, gebruik dan haloperidol (startdosering 0,5 mg; maximale dosering, 3mg; probeer uiterlijk na drie maanden af te bouwen). Indien sprake is van agressie kan risperidon als middel van tweede keuze ingezet worden. Wees alert op bijwerkingen.

Gebruik geen antidepressiva, anti-epileptica of antidementiemiddelen voor geagiteerd gedrag bij mensen met dementie.

Behandeling van geagiteerd gedrag, subvraag nachtelijke onrust bij mensen met dementie

Welke psychosociale of psychologische interventies, lichttherapie of psychofarmaca zijn werkzaam voor nachtelijke onrust bij mensen met dementie?

Doe een zorgvuldige multidisciplinaire probleemanalyse bij mensen met dementie en nachtelijke onrust en stem de interventie(s) hierop af.

Geef voorlichting over slaapveranderingen bij ouder worden en dementie en over slaaphygiënemaatregelen aan mensen met dementie en (mantel)zorgers.

Overweeg gebruik van toezichthoudende domotica voor signaleren van nachtelijke onrust bij mensen met dementie en het optimaliseren van adequate zorgverlening.

Maak bij nachtelijke onrust bij mensen met dementie een op de persoon en hypothese/analyse afgestemd interventieplan. Overweeg als elementen van dit plan interventies die aansluiten bij slaaphygiëne-aanbevelingen, zoals toename van lichaamsbeweging overdag (wandelen) en hogere blootstelling aan daglicht. Onderzoek welke ontspannende / arousalverlagende interventies voor het slapen gaan bij deze persoon passend zijn en neem deze op in het interventieplan. Bied ondersteuning bij het uitvoeren van dit plan aan (mantel)zorgers.

Gebruik geen lichttherapie bij nachtelijke onrust bij mensen met dementie.

Bij onvoldoende effect van niet-medicamenteuze interventies voor nachtelijke onrust bij mensen met dementie en nachtelijke onrust kan gebruik van melatonine (dosering 2 mg; probeer uiterlijk na drie maanden af te bouwen) en trazodon (startdosering 25 mg; maximale dosering 50 mg; probeer uiterlijk na drie maanden af te bouwen) overwogen worden.

Behandeling van apathisch gedrag bij mensen met dementie

Welke psychosociale of psychologische interventies, lichttherapie of psychofarmaca zijn werkzaam voor apathisch gedrag bij mensen met dementie?

Doe een zorgvuldige multidisciplinaire probleemanalyse bij mensen met dementie en apathisch gedrag en stem de interventie(s) hierop af. Maak hierbij expliciet onderscheid in de belasting voor de betrokken patiënt, diens mantelzorgers en zorgverleners.

Geef psycho-educatie en doe aan verwachttingsmanagement bij emotionele belasting van zorgverleners en/of mantelzorgers ten gevolge van apathisch gedrag bij een patiënt met dementie. Overweeg (verwijzing voor) intensievere psychologische interventie voor mantelzorgers als dit te weinig verlichting biedt.

Bied structurele stimulans en op het individu afgestemde activering voor mensen met apathie en dementie. Overweeg daarbij bewegingstherapie, cognitief stimulerende activiteiten, creatieve bezigheden of interventies met (live)muziek.

Wees zeer terughoudend met gebruik van rivastigmine voor de behandeling van apathisch gedrag bij mensen met Lewybodydementie. Overweeg het alleen bij ernstige lijdensdruk van de patiënt door het apathisch gedrag (startdosering: 4,6 mg; maximale dosering: 9,5 mg; duur: continueer op basis van effect en staak bij bijwerkingen).

Geef geen antipsychotica, antidepressiva, anxiolytica/hypnotica, melatonine, anti-epileptica of cannabinoïden voor apathisch gedrag bij mensen met dementie.

Passend gebruik van psychofarmaca voor probleemgedrag bij mensen met dementie

Welke randvoorwaarden gelden bij starten en gebruik van psychofarmaca voor probleemgedrag bij mensen met dementie?

Deze uitgangsvraag naar criteria voor passend gebruik van psychofarmaca voor probleemgedrag bij mensen met dementie is opgedeeld in de volgende drie subvragen:

- Criteria voor starten van psychofarmaca-prescriptie voor probleemgedrag bij mensen met dementie (inclusief zo nodig prescriptie en prescriptie in crisissituaties)
- Criteria voor evaluatie van effect en bijwerkingen tijdens gebruik van psychofarmaca voor probleemgedrag bij mensen met dementie,
- Criteria voor chronisch gebruik van psychofarmaca voor probleemgedrag bij mensen met dementie: afbouw- en stoppogingen en chronisch gebruik

Aanbevelingen m.b.t. criteria voor starten van psychofarmaca-prescriptie voor probleemgedrag bij mensen met dementie (inclusief zo nodig prescriptie en prescriptie in crisissituaties)

Alvorens te starten met een psychofarmacon vergewist de arts zich ervan dat er een goede probleemanalyse van het probleemgedrag heeft plaatsgevonden, dat een daarop gebaseerde behandeling heeft plaatsgevonden die onvoldoende effect had, dat niet-farmacologische behandelingsopties benut zijn en dat dat er bewijs is voor effectiviteit van het voor te schrijven psychofarmacon.
De arts noteert indicatie/doelsymptoom waarvoor het psychofarmacon wordt voorgeschreven en overlegt over het starten van het psychofarmacon met de wettelijk vertegenwoordiger van de patiënt.

'Zo nodig gebruik' van psychofarmaca voor probleemgedrag bij mensen met dementie wordt ontraden. Slechts in uitzonderlijke, nauwkeurig omschreven situaties is er enige ruimte voor prescriptie van een psychofarmacon voor intermitterend gebruik.

In acute crisissituaties (heftige agitatie/agressie/angst) of in situaties met afweer/agressie bij verlenen van noodzakelijke zorg kan, in situaties met gevaar/ernstige lijdensdruk voor de patiënt of gevaar voor anderen, een psychofarmacon worden voorgeschreven ter sedatie (haloperidol; lorazepam). Besluit hiertoe vindt door de arts plaats. Deze informeert de wettelijk vertegenwoordiger van de patiënt, zorgt voor adequate verslaglegging, en handelt conform de wettelijke regels die gelden rond dwangbehandeling. Sedatie vindt zo kort mogelijk plaats.

Aanbeveling m.b.t. criteria voor evaluatie van effect en bijwerkingen tijdens gebruik van psychofarmaca voor probleemgedrag bij mensen met dementie

Na starten van een psychofarmacon voor probleemgedrag bij mensen met dementie worden de eerste maand minimaal wekelijks effect en bijwerkingen gemonitord en daarna minimaal maandelijks.

Aanbevelingen m.b.t. criteria voor chronisch gebruik van psychofarmaca voor probleemgedrag bij mensen met dementie: afbouw- en stoppogingen en chronisch gebruik

Uiterlijk drie maanden na starten van een psychofarmacon (antipsychoticum, antidepressivum, cholinesteraseremmer) voor probleemgedrag bij mensen met dementie wordt een afbouw poging gedaan met als doel te stoppen. Geadviseerd wordt om geleidelijk af te bouwen.

Anxiolytica en hypnotica dienen niet langer dan twee tot vier weken te worden gebruikt. Geadviseerd wordt geleidelijk af te bouwen.

Herstarten van een psychofarmacon (antipsychoticum, antidepressivum, cholinesteraseremmer) voor probleemgedrag bij mensen met dementie na stoppen is in uitzonderlijke gevallen mogelijk. Bijvoorbeeld wanneer ernstig probleemgedrag terugkeert na een afbouw-/stoppoging welke plaatsvindt binnen drie maanden na aanvang van de behandeling

Chronisch gebruik van een psychofarmacon (antipsychoticum, antidepressivum, cholinesteraseremmer) voor probleemgedrag bij mensen met dementie is alleen acceptabel wanneer er minimaal twee afbouw/stoppogingen gedaan zijn, psychosociale interventies niet effectief gebleken zijn en externe consultatie door kaderarts PG, ouderenpsychiater of Centrum voor Consultatie en Expertise (bij zeer complexe problematiek) heeft plaatsgevonden.

Organisatie van zorg rondom mensen met dementie en probleemgedrag

Voor de regionale zorgketen is een dekkend behandelings- en begeleidingsaanbod nodig, in aansluiting op behoeften en wensen van patiënten en mantelzorger(s).

Aangesloten wordt bij de algemene aanbeveling uit de richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van dementie' (2014): "Hulpverleners moeten in Nederland per regio, voor patiënten en hun naasten goed vindbare en heldere afspraken maken over hoe en door wie de hulpvragen worden beantwoord van de patiënt met dementie in de verschillende stadia van het ziekteproces."

Hoewel afspraken regionaal gemaakt worden is grote regionale diversiteit voor de kern van de aanpak niet wenselijk. Daarom worden met betrekking tot de behandeling en begeleiding van mensen met dementie en probleemgedrag de volgende aanbevelingen gegeven:

- Laat het principe van 'shared decision making' leidend zijn. De patiënt bepaalt mede welke aanpak (diagnostiek en behandeling) gekozen wordt.
- Zorg voor regie in het traject vanaf het 1^e contact met de patiënt. De functie van zorgcoördinatie is duidelijk toegewezen (extramuraal vaak vallend onder case-management). Hierbij wordt er op gelet dat er zo veel mogelijk een 'vast gezicht/aanspreekpunt' is voor zowel de patiënt als diens mantelzorg(er)s.
- Hanteer een methodische (multidisciplinaire) werkwijze en documenteer deze (zie module 'Methodisch en multidisciplinair werken bij probleemgedrag bij mensen met dementie'). Hiervoor wordt expliciet tijd gereserveerd.
- Werk multidisciplinaire samen in nauwe afstemming met de patiënt en/of mantelzorg(er)s. Een multidisciplinair team bestaat in ieder geval uit een arts, gezondheidszorgpsycholoog en een vertegenwoordiger van de verzorging en verpleging die betrokken is bij de zorg voor de patiënt.
- Zorg voor een structureel terugkerend multidisciplinair overlegmoment.
- Maak afspraken over verantwoordelijkheden van de professionals in de ketenzorg (regiebehandelaar, hoofdbehandelaar, zorgcoördinatie, case-management).
- Zorg voor ondersteuning van mantelzorg(er)s en verzorgenden.
- Ken de sociale kaart: mogelijkheden voor (crisis)opname, dagbesteding, tijdelijk verblijf en consultatiemogelijkheden.

Tracht bij het maken van afspraken in de regio zoveel mogelijk de taken van de betrokken professionals (en de zorginstellingen die zij vertegenwoordigen) complementair aan elkaar te maken om een zo effectief en doelmatig mogelijk zorgaanbod te realiseren.

Ongeacht de setting zijn drie beproefde hulpmiddelen hierbij:

1. Het individueel zorgplan
2. Een vorm van multidisciplinair overleg
3. Het omgangsoverleg