

Op zoek naar oplossingen

Probleemgedrag in de ouderenzorg

Probleemgedrag in de ouderenzorg moet niet alleen aan de oudere maar ook aan de omgeving toegeschreven worden. Dat betekent een verruiming van de interventies. Ook scholing van verpleegkundigen en verzorgenden leidt tot een afname van probleemgedrag.

De lijst van aanwezigen op het congres 'Probleemgedrag in de ouderenzorg' laat een breed scala van mensen zien. Alle functies in de ouderenzorg lijken vertegenwoordigd. Van verzorgenden (veel evv-ers, eerstverantwoordelijke verzorgenden) tot zorgmanagers, artsen, psychologen, activiteitenbegeleiders, maatschappelijk werkers, orthopedagogen en een enkele bestuurder. Vertegenwoordigers van familie of cliëntenorganisaties ontbreken, terwijl het onderwerp van het congres hen toch ook aangaat. De aanbieder van het congres, het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE), was oorspronkelijk actief in de gehandicaptenzorg maar heeft zijn activiteiten uitgebreid naar andere sectoren: de V&V sector, de thuiszorg en de geestelijke gezondheidszorg. Bij een ingewikkeld probleem rond een cliënt kunnen cliënt, naasten of zorgverleners de hulp inroepen van het CCE. Dan volgt een consultatietraject. De consultants van het CCE komen zelf uit de praktijk, zijn werkzaam in een zorginstelling of als zelfstandige.

Geraldine Raap, regiodirecteur van het CCE Utrecht Noord Holland zei het zo: 'Het CCE is er wanneer de reguliere zorg geen antwoord heeft. We zijn geen concurrenten, we werken met onafhankelijke deskundigen. Het doel is de kwaliteit van leven te verbeteren voor de cliënt.' Nelleke Biemold, projectleider V&V bij het CCE, benadrukt dat 'we het vandaag over de inhoud hebben. En niet over Den Haag, niet over het gebrek aan middelen'.

Eerst kijken we naar de film die Stella Braam over haar dementerende vader maakte. Een jonge verpleeghuisarts vertelt tijdens de lunch dat ze de film twee jaar geleden ook al eens heeft gezien, en dat ze het idee heeft dat de zorg voor ouderen nog schraler is geworden dan het toen al was. Na de film komt er een mooie reactie uit de zaal: 'We luisteren niet meer. We denken dat die man (de vader van Stella Braam) het niet snapt, maar wij snappen die man niet.' Gaat het om de inhoud of de middelen, of beide?

De pillenexpert

Dan is het tijd voor Rob van Marum, die wordt geïntroduceerd als pillenexpert. Hij is als klinisch geriater/farmacoloog werkzaam bij het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMCU). De kern van zijn verhaal is dat in plaats van naar pillen te grijpen, beleid ontwikkeld moet worden voor het omgaan met probleemgedrag en dat verzorgenden daarin geschoold moeten worden. Maar voordat hij tot die kern komt, schetst hij een verontrustend beeld van het gebruik van antipsychotica in de ouderenzorg dat er in feite op neerkomt dat de schade bij gebruik van antipsychotica groot is (kans op overlijden, risico van beroertes), dat dit al jaren bekend is, maar dat het gebruik van deze middelen nog steeds hoog is. Hij laat een grafiek zien uit het *Farmaceutisch Weekblad* van 3 januari 2008 van het aantal gebruikers van antipsychotica per 1000 inwoners, gerangschikt op leeftijdsgroep. Daaruit blijkt dat het aantal gebruikers enorm stijgt vanaf de leeftijd van 75 jaar (zie kader 1 op pagina 21). 'En dat is dus niet omdat het zo geweldig werkt. Het lijkt er meer op dat we vooral bezig zijn met het rustig maken van de populatie.'

Zelf hield Van Marum een enquête onder 27 verpleeghuisartsen, 37 verzorgenden en 32 mantelzorgers. De artsen zeiden dat ongeveer de helft van de voorgeschreven antipsychotica effectief was, vooral bij het verminderen van wanen en hallucinaties. De bijwerkingen, volgens de artsen: vallen, stijfheid, parkinsonachtige verschijnselen. En volgens de verzorgenden: apathie. Het verzoek om medicatie voor te schrijven kwam in bijna 70 procent van de gevallen van de verzorgenden, daarbij was in 16 procent geen toestemming verkregen van de mantelzorgers terwijl dat in die gevallen wettelijk wel moest. Vrijwel altijd werd eerst nagegaan of er een niet-farmacologische oplossing gevonden kon worden, bijvoorbeeld inschakelen van een psycholoog. In 8 procent van de gevallen schreef de arts het antipsychoticum tegen zijn wil voor: 'je offert iemand op voor het welzijn van de groep'.

DEFINITIE VAN PROBLEEMGEDRAG

Probleemgedrag is alle gedrag van de patiënt dat door de patiënt en/of zijn omgeving als moeilijk hanteerbaar wordt ervaren.

Er is gekozen voor de term probleemgedrag – en niet voor storend gedrag of gedragsstoornissen – omdat deze term neutraler is. Er wordt mee aangeduid dat het gedrag zowel een probleem van de patiënt als van de omgeving kan zijn. Termen als storend gedrag en gedragsstoornissen lijken de oorzaak eerder bij de patiënt zelf te zoeken. Bij deze termen wordt het aandeel van de omgeving bij het ontstaan en het in stand houden van probleemgedrag onderschat.

Probleemgedrag kan zich in veel verschillende vormen voordoen. Voorbeelden zijn agressie, claimend gedrag, apathie en zwerfgedrag.

In de literatuur wordt probleemgedrag niet eenduidig gedefinieerd. Het gaat om een bepaald soort probleemgedrag in een bepaalde setting.

Bron: Richtlijn Probleemgedrag Verenso 2008

Geen eenduidige strategie

Van Marum stelt dat probleemgedrag van ouderen een zware belasting vormt voor alle betrokkenen, maar dat er geen eenduidige strategie is om er iets aan te doen. Het gebruik van medicatie bij neuropsychiatrische symptomen heeft volgens hem bijvoorbeeld helemaal geen zin. 'Hersendelen zijn weg en daar helpt geen pil tegen.' Het lijkt er meer op dat de medicalisering van het probleemgedrag ontstaat vanuit de vraag uit de omgeving. 'Om de overlast te beperken. Dat maakt anderen zo onrustig. Maar waarom zou je iemand vastzetten die rondloopt en zich daar goed bij voelt?' Hij stelt de vraag maar beantwoordt die ook meteen. 'Als dokter ben ik zo weer weg, maar familie en verzorgenden kunnen het gedrag niet zo gemakkelijk uit de weg gaan.' Feitelijk kan hij als dokter weinig doen, geeft hij toe. En wát hij kan doen is niet geheel ongevaarlijk. In zijn powerpoint verschijnen de potjes medicijnen op het grote scherm, symptoombestrijding noemt hij het: Exelon, Reminyl, Ebixa, Citalopram, Risperdal, Depakine, Temesta, Haldol. Hij legt uit dat de evidence eigenlijk heel mager is, bijvoorbeeld voor het inzetten van Haldol bij een delirium. Bovendien zijn veel van die middelen getest op en bedoeld voor jongere mensen.

De FDA, de instantie die in de Verenigde Staten toezicht houdt op onder meer de veiligheid van voedsel en medicijnen, waarschuwde in 2008 dat zowel conventionele als atypische antipsychotica een verhoogd risico op sterfte geven bij ouderen die voor dementiegerelateerde psychoses behandeld worden.

Uit een meta-analyse van studies met toepassing van atypische antipsychotica is gebleken dat op elke 9-25 mensen die er baat bij zouden kunnen hebben, er een kan sterven.¹ 'Als ik deze resultaten bij een medicijn tegen cholesterol zou hebben, kwam het nooit op de markt', merkt Van Marum op. Hij concludeert nog maar eens dat het gebruik van antipsychotica grote risico's met zich meebrengt. 'Als je dat inzet, moet je het uitleggen aan de familie. Want soms heb je een goede reden om het te gebruiken, maar dan nog... dat maakt het veelvuldige gebruik (40-50%) niet verdedigbaar.'

Zorgverbetering

Van Marum pleit voor niet medicamenteuze interventies: 'School de verzorgenden en maak beleid op probleemgedrag in plaats van naar de pillen te grijpen'. Hij laat een grafiek

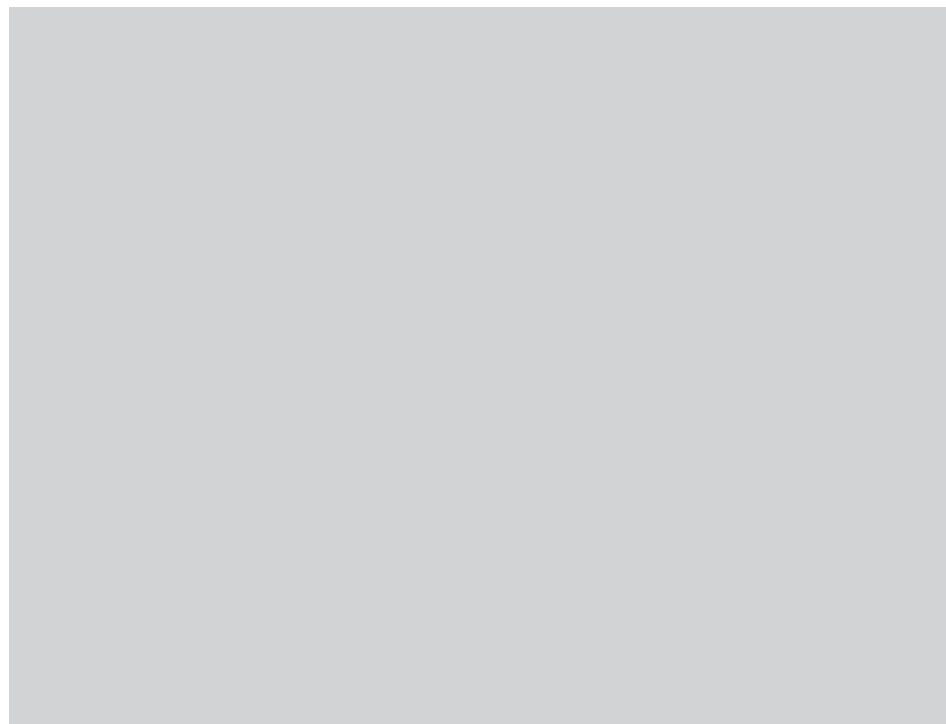


Foto: HH/Charlotte Bogaert

zien waaruit blijkt dat het gebruik van anti-psychotica sterk afneemt als het personeel goed getraind wordt. Eigenlijk komt het neer op wat die persoon in de zaal zei als reactie op de film van Stella Braam. 'We luisteren niet meer'. Van Marum zegt het zo: 'We moeten aanvaarden dat de patiënt met dementie niet aan onze normen kan voldoen. We moeten de omgeving aanpassen aan de patiënt en niet andersom. Zij die dagelijks voor hem zorgen, moeten we scholen op herkenning van de signalen, inzicht ook in eigen motieven, en leren maatwerk te leveren, het is niet *one size fits all*.'

Hij wijst op de richtlijn voor probleemgedrag, ontwikkeld door Verenso (voorheen NVVA), de vereniging van specialisten ouderengeneeskunde en sociaal geriateren. Bij de richtlijn is een multidisciplinaire handreiking verschenen voor de toepassing ervan. 'Het is niet alleen het probleem van de dokter.' Van Marum raadt ook aan normen voor deskundigheid van het personeel op te nemen in de scholingsplannen. En om naar de rol van de familie te kijken, want uit zijn enquête kwam naar voren dat de familie vaak uit schaamte vraagt om medicijnen en niet omdat ze dat graag willen. Van belang is ook het medicijngebruik te evalueren om te voorkomen dat patiënten maandenlang doorgaan met slikken, zonder enige verbetering.

Lichtbakken

Een voorbeeld van een niet medicamenteuze therapie gaf dr. Eus van Someren. Hij is neurobioloog en psychofysioloog en werkzaam bij het Nederlands Instituut voor Neurowetenschappen te Amsterdam. Hij onderzoekt de relatie tussen licht en gedragsproblemen en meer specifiek licht als middel om een gestructureerd dag/nachtritme te geven aan ouderen. Uit onderzoek blijkt dat een beter dag/nachtritme een beter cognitief resultaat geeft en leidt tot minder depressieve klachten. Bovendien is nachtelijke onrust van ouderen een van de belangrijkste redenen voor mantelzorgers om de zorg op te geven.

Maar echt bewezen volgens de strenge normen voor evidence based onderzoek is de werkzaamheid niet. Van Someren: 'Ik vind het ook belangrijk dat resultaten evidence based zijn, maar soms zijn de regels daarvoor te streng. Volgens die regels is het ook niet bewezen dat een parachute je leven redt als je uit het vliegtuig springt. Want ze hebben natuurlijk nooit mensen zonder parachute het vliegtuig uit gegooid.'

Maar het effect is ook niet eenvoudig te onderzoeken. Hoe zet je demente ouderen in het licht? In Japan werden mensen voor een lichtbak gezet, maar ze liepen binnen 2 minuten weg. In de Verenigde Staten verzonnen ze de 'gerichair', mensen werden vastgebonden.

In Nederland werd het plafond veranderd in een simulatie van daklichten. Mensen kregen vier weken helder licht uit de lichtbakken boven de tafel. Toen het licht vier weken niet aan was, werden ze weer onrustig. 'Het zijn geen wonderen, maar er gebeurt wel iets', zegt Van Someren.

Het onderzoek dat hij 3,5 jaar lang volhield, kon niet worden gepubliceerd omdat er te veel mensen tussentijds overleden. Doordat het resultaat niet overtuigend is, wordt de effectiviteit van licht niet erg gewaardeerd. 'Dat is jammer'.

Creatief denken

's Middags volg ik twee werkgroepen. Een van psychogerontoloog Magda Hermsen over roepgedrag. Zij laat een videotraining zien die zij heeft gemaakt bij een gehandicapte vrouw. Het is schrijnend om te zien dat de vrouw telkens probeert aandacht te krijgen – en daarom roept – maar dat niemand reageert. Hermsen was als consulente van het CCE erbij gehaald om te zoeken naar een oplossing. Kern van haar betoog was dat je je als team gezamenlijk een beeld moet vormen van de oorzaken van het roepgedrag, dat je de familie daarbij kunt betrekken en dat je het gezamenlijk eens moet zijn over de oorzaken en de aanpak. Een leuke aanpassing die de consulente had voorgesteld was een halve deur maken in de slaapkamer van de vrouw. Eén van de oorzaken

van het roepgedrag bleek namelijk vermoeidheid, maar de vrouw wilde niet 'in' bed. Met de half open deur was de vrouw makkelijker ervan te overtuigen om na het eten even 'op' bed te gaan liggen. 'Creatief denken' was het advies. Inhoud of middelen?

Belevingsgericht

Een tweede werkgroep, onder leiding van Renate Verkaik, had ik op de titel uitgekozen: Richtlijn voor plezierige activiteiten. Het bleek niet te gaan om een richtlijn maar om een methode die Verkaik heeft onderzocht in haar promotieonderzoek 'Depression in dementia: development and testing of a nursing guideline'.² De methode is een combinatie van het herkennen en opsporen door verzorgenden van depressieve dementerenden om vervolgens plezierige activiteiten te verzinnen – vaak in overleg met de familie.

'Mensen denken altijd aan grote activiteiten, maar het gaat vaak om kleine dingen die niet altijd meetbaar zijn, geestelijke liederen zingen bijvoorbeeld. Je moet dan als verzorgende wel dezelfde interesse hebben. En als verzorgenden zeggen dat "ze niks leuk vindt", moet je met de familie gaan praten. Dan blijkt er altijd wel iets te zijn om te doen.'

Uit het onderzoek van Verkaik blijkt dat de richtlijn werkt. Succesfactoren zijn: een stabiel team, een motivator, bij voorkeur iemand van buiten de afdeling die de teamleider kan on-

dersteunen, en de familie erbij betrekken. 'Dat laatste is cruciaal. De familie kan achtergrondinformatie geven en doordat je de familie ook bij de uitvoering betrekt wordt deze enthousiast en dat stimuleert en motiveert de verzorgenden weer. Dan heb je eindelijk eens iets positiefs om samen over te praten.'

Een andere belangrijke succesfactor is een belevingsgerichte zorgvisie. Bij het onderzoek weigerde een afdeling mee te werken. Deze verzorgenden zagen plezierige activiteiten niet als werk. Het deed Verkaik opmerken dat er nog veel moet gebeuren in de basisopleiding. De zaal was somber. 'De zorg komt niet eens aan de basiszorg toe! Hoe moeten ze dan plezierige activiteiten gaan opzetten.'

Verkaik stelde ze een beetje gerust. 'Je moet juist die dingen doen die je kunt combineren met zorg.' Ik moet denken aan de mevrouw die bij mijn moeder op de afdeling woont. Ze is een grote fan van het lied 'In dat kleine café aan de haven'. Onlangs hebben we dat samen in de lift gezongen. Ik bracht haar weer naar haar etage nadat we gezamenlijk mijn moeders 94^{ste} verjaardag hadden gevierd. Het gezang duurt maar heel even, want ze kent niet meer dan twee regels, en het klinkt heel erg vals, vooral als ik zelf ook meezing, maar ze wordt er heel erg gelukkig van. Dat kost geen geld, hoogstens een lichte gehoorbeschadiging. ■

Nawoord

Het congres 'Probleemgedrag in de ouderenzorg' werd op 15 december 2009 gehouden in Amersfoort.

Mieka Vroom, journalist en vaste medewerker van TvZ, heeft speciale belangstelling voor de psychogeriatric omdat haar moeder is opgenomen in een verzorgingshuis. Zie www.zorgenvoormijnmoeder.blogspot.com

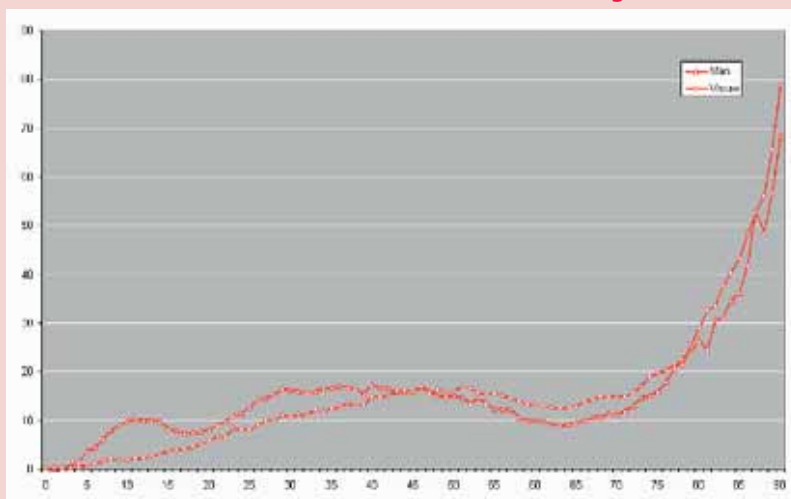
Noten

- Schneider, L.S., Dagerman, K.S. & Insel, Ph. (2005). Risk of death with atypical antipsychotic drug treatment for dementia. Meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *JAMA*. 294 (15), 1934-1943.
- Verkaik, R. (2009). *Depression in dementia: development and testing of a nursing guideline*. Utrecht: NIVEL. Proefschrift Universiteit Utrecht.



Zie www.tvzdirect.nl/TvZ voor aanvullende informatie over diverse richtlijnen.

AANTAL GEBRUIKERS VAN ANTIPSYCHOTICA PER 1000 INWONERS IN DE BETREFFENDE LEEFTIJDGROEP



3 januari 2008, Pharmaceutisch Weekblad, Jaargang 143 Nr 1

Kader 1. Gebruik van antipsychotica naar leeftijdsgroep