

Psychologisch

Moeilijk hanteerbaar gedrag

Elke avond opnieuw is het oorlog. Wim wil niet naar bed. Hij slaat, schopt en scheldt erop los. De medewerkers zien als een berg tegen dit avondritueel op en vragen de arts gedragsmedicatie voor te schrijven. Ze vragen de familie in te stemmen met deze aanpak. De kinderen van Wim vertellen dat vader zo lang ze zich kunnen herinneren 's avonds in zijn oude leunstoel in slaap viel. Ook toen hij nog geen dementie had. Zijn voeten op een bankje, zijn oude geruite deken over zijn benen. Ze besluiten opnieuw zo'n stoel aan te schaffen. Het geruite deken is er nog, dat ligt over zijn bed. En het plan werkt. Wim gaat nu probleemloos naar zijn kamer. In zijn stoel leest hij en kijkt hij televisie. Hij valt vanzelf in slaap en wordt pas de volgende ochtend wakker. Uitgerust en monter. [93, p.15]

Inleiding

Roepen, tikken, dwalen, geen andere kledij willen aandoen, weigeren te eten, slaan, voorwerpen verzamelen, willen 'ontsnappen', ijsberen ... Het zijn maar enkele voorbeelden van gedrag dat bij veel mensen met dementie op een bepaald moment in het ziekteverloop voorkomt [94].

Dit 'probleem'-gedrag is vaak het gevolg van een combinatie van factoren. Soms is het een uiting van onderliggende emoties, zoals angst, verdriet of verwarring. Soms is er een lichamelijke oorzaak zoals honger, dorst, pijn, ongemak of naar het toilet moeten. Soms is het gedrag een reactie op iets in de omgeving. De persoon met dementie begrijpt niet wat rond hem gebeurt, ergert zich aan iemand, begrijpt de reactie van een zorgverlener niet, raakt over- of onderprikkeld, heeft moeite om zich aan te passen aan een nieuwe situatie ... In een onbekende omgeving willen mensen met dementie wel eens terug naar huis en ook in hun eigen huis voelen ze zich soms niet geborgen en kan de drang ontstaan om 'thuis' te willen zijn. Omdat men niet meer kan uitleggen hoe men zich voelt, omdat men



die emoties niet meer kan rationaliseren, filteren, temperen of begrijpen, vertalen die zich in gedrag dat de buitenwereld vaak niet begrijpt ^[95].

Voor familieleden en zorgverleners is het een uitdaging om het gedrag van de persoon met dementie te 'lezen' en om een eventuele onderliggende oorzaak te vinden. We spreken daarom liever niet van probleemgedrag, maar wel van 'moeilijk hanteerbaar' gedrag. Anderen geven de voorkeur aan 'onbegrepen' gedrag.

Onderbouwing

Binnen de zorgvoorziening is er aandacht nodig voor het voorkomen van en het correct inspelen op moeilijk hanteerbaar gedrag. Omdat een farmacologische aanpak van het gedrag meestal meer nadelen dan voordelen heeft, is een **non-farmacologische aanpak** altijd de eerste keuze. Daarbij ga je telkens met het zorgverlenende team op zoek naar de noden die aan de basis liggen van het gedrag. We hebben het hier niet enkel over de fysieke behoeften, maar ook – en vooral – over de psychologische behoeften zoals Kitwood in het bloemmodel beschreef: identiteit, gehechtheid, bezigheid, erbij horen, comfort en liefde. De interacties met zorgverleners en familieleden kunnen daarbij versterkend of ondermijnend zijn voor het welbevinden.

Het voorkómen

Een goede basiszorg die inspeelt op de **beleving** en die tegemoetkomt aan de belangrijkste fysieke en psychologische basisbehoeften van de persoon met dementie kan veel moeilijk hanteerbaar gedrag voorkomen. Zorg ervoor dat iemand voldoende steun, houvast en bescherming ervaart. Ga op zoek naar die elementen die bijdragen tot hun kwaliteit van leven en naar wat voor hen 'zinnig' is.

Vermijd waar mogelijk **uitlokkende factoren**. Zo zijn er mensen die hevig reageren bij een bepaalde zorgverlener, een geur, een geluid ... Er zijn echter ook een aantal algemeen bekende uitlokkende of ondermijnende factoren die je dus beter vermijdt zoals het negeren, beschuldigen en misleiden van de persoon met dementie. Zorg ervoor dat mensen zich thuis voelen, zich vrij kunnen bewegen en de mogelijkheid hebben om zich terug te trekken ^[49].

De aanpak

Is iemand onrustig of overstuurd, dan is een **belevingsgericht gesprek** voeren de eerste stap. De zorgverlener probeert te achterhalen waar die persoon mee zit en gaat na hoe hij de werkelijkheid ziet. Hij leeft mee en spiegelt zijn gevoelens. Hij geeft vervolgens houvast en vertrouwen. Vaak kan dit door er gewoon te zijn en te luisteren, door een alternatief voor te stellen, een herinnering op te roepen of door de persoon af te leiden ^[96].

Als een belevingsgericht gesprek niet meer mogelijk is of niet tot het gewenste resultaat leidt, dan is een **diepgaande analyse van het gedrag** nodig, waarbij men de uitlokkende en versterkende factoren in kaart brengt. De vereiste onderdelen van zo'n analyse zijn beschreven in de Nice-richtlijnen (zie aanvullende literatuur). Een methodiek die licht kan werpen op de uitlokkende factoren is Dementia Care Mapping. Na zes uur observatie heeft de *mapper* doorgaans een goed zicht op het gedrag en het welbevinden van de geobserveerde personen, alsook op de factoren die hierop van invloed zijn.

Het Trimbosinstituut en Vilans vatten de aanpak van moeilijk hanteerbaar gedrag samen in een **stapplan** ^[94]:

1. Signaleer tijdig
2. Maak een gedegen analyse van het gedrag
3. Bespreek het gedrag in een multidisciplinair team
4. Pak de oorzaak van het gedrag aan en niet het gedrag zelf
5. Kies in de eerste plaats voor een psychosociale interventie
6. Kies alleen voor psychofarmaca als andere interventies niet helpen
7. Betrek familie en mantelzorgers bij de analyse en aanpak
8. Evalueer altijd met extra aandacht voor het mogelijk staken van de psychofarmaca

Sommige zorgverleners en naasten willen het storende gedrag zo snel mogelijk onderdrukken met **antipsychotica** of fysieke fixatie. Onderzoek toont aan dat dit niet doeltreffend is ^[97]. Als je niet op zoek gaat naar de oorzaak van het moeilijk hanteerbaar gedrag, brengt dit voor alle partijen (vermijdbare) risico's met zich mee. Voor mensen met dementie is er een negatieve impact op de kwaliteit van leven, op de fysieke en geestelijke achteruitgang, en lichamelijke klachten worden mogelijks onderbehandeld. Dit kan ervoor zorgen dat het moeilijk hanteerbaar gedrag zich nog sterker manifesteert. Ook voor de familie en naasten zijn er grote gevolgen: zij zijn soms ongerust of angstig omdat ze hun familielid verder zien achteruitgaan, wat kan leiden tot wantrouwen en een verstoorde communicatie met de zorgverleners. Het toedienen van psychofarmaca is dus nooit de eerste keuze, behalve in situaties met acuut gevaar. Als je toch psychofarmaca opstart, moet dit zeer bewust gebeuren. Denk al van bij aanvang na over de afbouw. Herevalueer minimaal driemaandelijks, waarbij je ook de persoon met dementie of zijn vertegenwoordiger betreft ^[93]. In de thuiszorg is het de taak en opdracht van de thuiszorgverantwoordelijke om met de huisarts en de mantelzorgers in gesprek te gaan over het al dan niet gebruiken van psychofarmaca in de concrete situatie.

Bij sommige vormen van moeilijk hanteerbaar gedrag stoten familie, thuiszorgverleners of het woonzorgcentrum op hun **grenzen**. Als gedrag tijdelijk gespecialiseerde omkadering vraagt, kan een opname op een psychiatrische afdeling voor mensen met dementie aangewezen zijn.

Aanbevelingen voor de zorgvoorziening

Een goede preventie en aanpak van moeilijk hanteerbaar gedrag slaagt als alle medewerkers binnen dezelfde visie werken. Werk daarom aan een **duidelijk beleid** over het gebruik van psychofarmaca en het toepassen van niet-farmacologische interventies. In woonzorgcentra speelt de coördinerend en raadgevend arts (CRA) hierin een belangrijke rol.

Zorg ervoor dat de **visie gekend is en gedragen** wordt door alle medewerkers ^[93]. Vorming en bijscholing zijn daarom van groot belang ^[97-100], zeker voor nieuwe medewerkers ^[49]. Geef ook informatie aan mantelzorgers over omgaan met veranderend gedrag. Zij begrijpen gedrag dat tegen hen gericht is soms niet, of ervaren een grote belasting door bijvoorbeeld het verstoorde nachtritme. Een voorbeeld van een educatief pakket over dit thema is de *Leermodule voor mantelzorgers* van het Trimbos Instituut.*

Omgaan met moeilijk hanteerbaar gedrag is een complex gegeven. Een beroep kunnen doen op een expert in deze thematiek is daarom van groot belang. In sommige situaties is de referentiepersoon dementie of de psycholoog de aangewezen persoon; soms gaan zorgvoorzieningen met een casus te rade bij de regionale expertisecentra dementie of bij een centrum voor geestelijke gezondheidszorg (CGG). Deze externe experts kunnen een traject aangaan met het zorgverlenende team waarbij ze de meest passende aanpak zoeken. Praktijkvoorbeelden zoals hieronder tonen aan dat (intersectorale) samenwerking een meerwaarde biedt.

* Terug te vinden op <https://dementie.nl/online-training>.

Doelstellingen:

Ik zorg ervoor dat de persoon met dementie die moeilijk hanteerbaar gedrag stelt ...

1. ... omringd wordt door een team dat een **analyse van het gedrag** maakt (uitlokkende, versterkende en beïnvloedende factoren).
2. ... **de beste aanpak** krijgt om het gedrag of de onrust te verminderen.
3. ... **zo weinig mogelijk antipsychotica** krijgt en dat zorgverleners zeer bewust omgaan met de opstart en afbouw van deze medicatie.
4. ... omringd is door zorgverleners die **opgeleid zijn** in de preventie en de persoonsgerichte aanpak van moeilijk hanteerbaar gedrag.

De zorgvoorziening werkt rond het thema 'moeilijk hanteerbaar gedrag' met de zorgrelatie en de zes fundamenteën van goede zorg (hoofdstuk 4) als leidraad.

Nee

Ja

Afbouwen van psychofarmaca (WZC Leiehome, Drogen)

Toen woonzorgcentrum Leiehome in 2013 startte met een project rond psychofarmaca lag er meteen een sterke focus op moeilijk hanteerbaar gedrag bij personen met dementie. In de periode 2013-2017 zag de organisatie het psychofarmacagebruik dalen: in het begin gebruikte 72 procent van de bewoners psychofarmaca; nu nog 48 procent. Dieter Bogaert, stafmedewerker bewonerszorg/psycholoog, licht toe:

'De sterkste niet-medicamenteuze benadering van moeilijk hanteerbaar gedrag wordt eigenlijk gevormd door al onze medewerkers. Leren om samen gedrag te observeren en analyseren, vanuit een belevingsgerichte benadering, leidt tot nieuwe inzichten, openheid en creativiteit bij medewerkers. Het maakt de benadering van moeilijk hanteerbaar gedrag bijna automatisch multidisciplinair. Deze aanpak brengt ook nuance in een verhaal dat soms klinkt als: "Meneer roept altijd." Neen, op deze momenten roept meneer vaak, op andere momenten zelfs niet of heel weinig. Deze nuance geeft meteen ook richting aan de aanpak die het team verder uitstippelt.

Heel erg belangrijk in het omgaan met het gedrag is niet alleen te focussen op persoon-gedrag zelf maar ook op het versterken van de draagkracht van de omgeving! Dit zijn medewerkers, familie en mantelzorgers maar zeker en vast ook onze medebewoners. Gezien wij in onze voorziening heterogene afdelingen hebben betekent dit ook heel wat ondersteuning bieden aan (wilsbekwame) bewoners die met moeilijk hanteerbaar gedrag geconfronteerd worden. Ondersteunen betekent luisteren, ventileren, informeren en soms zelfs betrekken in onze aanpak. Dit is niet altijd gemakkelijk maar uiteindelijk daagt dit ons uit om onze werking steeds verder af te stemmen op veranderende noden bij personen met dementie en hun omgeving.

Een tip? Hang eens een rood lintje in de deuringang van een kamer om te voorkomen dat een bewoner die dwaalt de kamer binnenkomt.'

Intersectorale casusbespreking 'dementie en psychiatrie' (Limburg)

Tijdens de Limburgse *dementieLinken* (dit zijn overlegplatforms dementie) werden goede praktijken, hiaten en opportuniteiten in de Limburgse zorg voor personen met dementie geïnventariseerd. Een van de vaststellingen was dat steeds meer mensen zowel met dementie als met een

psychiatrische problematiek opgenomen worden in de woonzorgcentra en dat de zorgverleners een gebrek aan kennis en ondersteuning ervaren om deze mensen zorg op maat te bieden. Naar aanleiding van die vaststelling werd een werkgroep opgericht waarin anonieme casussen onder de loep genomen worden. Elke casus gaat over een persoon met dementie en/of een psychiatrische problematiek. Door het engagement van het Ouderenteam Centrum Geestelijke Gezondheidszorg (groep LITP), Psychiatrisch Ziekenhuis Asster, Dienst voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg Maaseik en Vereniging Geestelijke Gezondheidszorg Tongeren, die de coördinatie op zich nemen, gebeurt dit intussen op zeven Limburgse locaties. Niet alleen zorgverleners uit de residentiële sector, die de nood aan ondersteuning oorspronkelijk aangaven, nemen deel. Ook hulpverleners uit onder andere de thuiszorg, dagverzorging, ziekenfondsen en ziekenhuizen participeren. Men engageert zich om deel uit te maken van de groep of meldt zich ad hoc met een eigen casus aan. De eerste evaluatie toont enkel positieve resultaten: de deelnemers ervaren ondersteuning op het vlak van netwerking, samenwerking, casusbespreking, kennisoverdracht en het faciliteren van continuïteit in de zorg.

Samenwerking eerste en tweede lijn (Ouderenteam CGG De Pont, Mechelen)

‘Als bewoners vanuit een woonzorgcentrum bij het CGG aangemeld worden, dan gebeurt dat niet enkel wegens een psychische/psychiatrische problematiek op zich. Soms gaat het ook om gedragsstoornissen en psychische/psychiatrische problemen die voorkomen als gevolg van het dementieel proces, zoals angst, rouw, depressieve stemming of een persoonlijkheidsproblematiek. Dit stelt medewerkers van het woonzorgcentrum voor de uitdaging om op gepaste wijze om te gaan met deze kwetsbare ouderen. Vaak zijn ze hierin echter onvoldoende opgeleid’, zegt Eva Langenus, outreachmedewerker bij het ouderenteam van CGG De Pont.

Sinds enkele jaren werkt dit ouderenteam samen met woonzorgcentra, waarbij ze de zorgvoorzieningen coachen bij moeilijk hanteerbaar gedrag. ‘Als een bewoner bij ons aangemeld wordt met moeilijk hanteerbaar gedrag, trachten we in de eerste plaats de zorgteams aan te leren hoe ze door dit gedrag heen kunnen zien en naar de onderliggende oorzaak kunnen zoeken. We doen teamcoaching en casuïstiek en geven vorming op maat.’

Een dergelijke samenwerking vraagt engagement van zowel het woonzorgcentrum als van het CGG en wordt dan ook vastgelegd in een samenwerkingsovereenkomst. ‘Het gaat hier niet alleen om een financiële investering, maar ook om wederzijds vertrouwen. Deze manier van werken brengt heel wat voordelen met zich mee. Doordat we het woonzorgcentrum door en door kennen, kunnen we gericht inzetten op preventie en op vorming en we kunnen bij onze werking meer rekening houden met de mogelijkheden en draagkracht van de teams.’

Meer lezen?

