

Richtlijn
Probleemgedrag

met herziene medicatieparagraaf 2008



Inhoud

| | | | |
|--|-----------|---|-----------|
| Preambule | 4 | | |
| 1 Inleiding | 5 | 7 Verantwoording richtlijn 2002 | 17 |
| 1.1 Motivatie voor de richtlijn | 5 | 7.1 Ontwikkelingstraject | 17 |
| 1.2 Doel en reikwijdte van de richtlijn | 5 | 7.2 Participanten | 17 |
| 1.3 Definitie van probleemgedrag | 5 | 7.3 Deskundigen | 17 |
| 1.4 Prevalentie | 5 | 7.4 Ondersteuning | 17 |
| 1.5 Risicofactoren | 5 | 7.5 Gebruik literatuur | 17 |
| 1.6 Opbouw van de richtlijn | 6 | | |
| 2 Richtlijnen diagnostiek | 7 | 8 Verantwoording herziene medicatieparagraaf 2008 | 18 |
| 2.1 Probleembeschrijving en –verheldering | 7 | 8.1 Ontwikkelingstraject | 18 |
| 2.2 Aanvullend onderzoek | 7 | 8.2 Samenstelling werkgroep | 18 |
| 2.3 Oorzaken van het probleemgedrag | 8 | 8.3 Onafhankelijkheid werkgroepleden | 18 |
| 2.3.1 Lichamelijke factoren en medicijngebruik | 8 | 8.4 Wetenschappelijke onderbouwing | 18 |
| 2.3.2 Psychische factoren | 8 | 8.5 Respondenten commentaarfase | 20 |
| 2.3.3 Persoonlijke factoren | 8 | 8.6 Samenstelling projectteam NVVA | 20 |
| 2.3.4 Omgevingsfactoren | 8 | | |
| 3 Richtlijnen probleemdefiniëring en behandeldoelen | 9 | Bijlagen | 21 |
| 3.1 Formuleren probleemdefinitie | 9 | B1 Beschrijving soorten probleemgedrag | 21 |
| 3.2 Vaststellen behandeldoelen | 9 | B2 Adviezen voor medicamenteuze behandeling bij probleemgedrag; dat verklaard kan worden vanuit de aanwezigheid van een psychiatrische aandoening anders dan dementie | 22 |
| 4 Richtlijnen beleid | 10 | B3 Adviezen voor medicamenteuze behandeling bij probleemgedrag; dat verklaard kan worden vanuit de aanwezigheid van neuropsychiatrische symptomen bij dementie | 25 |
| 4.1 Behandeling van lichamelijke factoren of de aanpassing van het medicijngebruik | 10 | B4 Voorstel voor indicatoren | 30 |
| 4.2 Psychosociale begeleiding en behandeling | 10 | B5 Stroomdiagram | 31 |
| 4.3 Behandeling van probleemgedrag met psychofarmaca | 11 | B6 Noten | 32 |
| 4.4 Middelen of maatregelen | 12 | | |
| 5 Evaluatie van het beleid bij de individuele patiënt | 14 | | |
| 6 Richtlijnen preventie | 15 | | |
| 6.1 Beleid van de instelling | 15 | | |
| 6.2 Autonomie en welbevinden | 15 | | |
| 6.3 Veiligheid, woon-/leefomstandigheden en participatie | 15 | | |
| 6.4 Communicatie, informatie en samenhang in de zorg | 16 | | |
| 6.5 Voldoende en bekwaam personeel | 16 | | |
| 6.6 Ondersteuning medewerkers | 16 | | |

Wat biedt deze herziening?

Wijzigingen ten opzichte van de NVVA richtlijn Probleemgedrag 2002

In 2006 is de NVVA richtlijn Probleemgedrag (2002) geëvalueerd, waaruit bleek dat een gedeeltelijke herziening nodig was. De beschreven methodische probleemgeoriënteerde werkwijze uit de verpleeghuisgeneeskunde, die uitgaat van de specifieke problemen die men in het concrete werken met een patiënt tegenkomt, behoefde geen wijziging. Dit betekent dat de verantwoording in noten evenmin is aangepast of aangevuld met recente literatuur.

De herziening betreft inhoudelijk de medicatieparagraaf 4.3 en de bijbehorende bijlagen 2 en 3. De verantwoording van de gevolgde werkwijze is opgenomen in hoofdstuk 8. Op basis van de herziening zijn de indicatoren 9, 10 en 11 toegevoegd.

Daarnaast wordt in hoofdstuk 6 nu verwezen naar het sectorbreed geaccepteerde 'Kwaliteitskader Verantwoorde zorg' (2007), en niet naar het MIK-V zoals gedaan in de oorspronkelijke versie van de richtlijn.

De herziening van de NVVA richtlijn Probleemgedrag maakte deel uit van een project waarbij ook een multidisciplinaire vertaling van de richtlijn is gemaakt. Deze is weergegeven in de NVVA publicatie: Handreiking Multidisciplinair Werken aan Probleemgedrag. Het project vond plaats in het kader van het programma 'Zorg voor Beter'.

Samenstelling werkgroepleden richtlijn Probleemgedrag 2002

- Mevrouw M.E.M. Ypma-Bakker, *verpleeghuisarts - voorzitter van de werkgroep*
- De heer E.R. Glas, *verpleeghuisarts*
- De heer J.H.A.M. Hagens, *verpleeghuisarts*
- De heer J.G.H. Hensels, *verpleeghuisarts*
- De heer A.A.L.M. Rondas, *verpleeghuisarts*
- Mevrouw M.L. Saltet, *verpleeghuisarts*
- Mevrouw L.A. Willemstein, *verpleeghuisarts*

Samenstelling werkgroepleden herziene medicatieparagraaf 2008

- De heer dr. M. Smalbrugge, *verpleeghuisarts-onderzoeker, voorzitter werkgroep*
- Mevrouw dr. F. Boersma, *verpleeghuisarts-epidemioloog*
- De heer B.C. Kleijer, *verpleeghuisarts-onderzoeker*
- De heer dr. R.M. Kok, *ouderenpsychiater namens de NVvP*
- De heer dr. R.C. Sival, *klinisch geriater (en opleider)*
- De heer D. Verburg, *sociaal geriater en verpleeghuisarts*
- De heer prof.dr. F.R.J. Verheij, *hoogleraar neuro- en ouderenpsychiatrie namens de NVvP*
- De heer dr. S.U. Zuidema, *verpleeghuisarts-onderzoeker*

Preambule

De richtlijnen van de Beroepsvereniging van verpleeghuisartsen en sociaal geriaters (NVVA) worden opgesteld in overeenstemming met de binnen de verpleeghuisgeneeskunde gehanteerde methode van werken. Deze is integraal en probleemgeoriënteerd en vindt plaats in multidisciplinair verband. De verpleeghuisarts/sociaal geriater voert de regie ten aanzien van het opstellen van het zorgplan en geeft inhoudelijk leiding aan het multidisciplinaire team.

De medische zorg is gericht op de bevordering, het behoud en het herstel van gezondheid en functioneren evenals op de kwaliteit van leven en sterven. In de medische besluitvorming spelen afwegingen met betrekking tot de zin of zinloosheid van een medische behandeling een belangrijke rol. Niet alleen het afzien van behandeling, maar ook het instellen daarvan verdient een goed beargumenteerde onderbouwing.

Een richtlijn in de verpleeghuisgeneeskunde moet niet worden beschouwd als een gedetailleerd protocol voor goed medisch handelen. Met een richtlijn wordt beoogd een zo volledig mogelijk overzicht te bieden van de op het moment van uitgifte binnen de beroepsgroep geldende inzichten. Deze inzichten hebben betrekking op de mogelijkheden en beperkingen op het gebied van diagnostiek, behandeling en begeleiding met betrekking tot het onderhavige onderwerp.

Afweging door de verpleeghuisarts/sociaal geriater

De richtlijn Probleemgedrag van de NVVA biedt een handreiking voor verantwoord verpleeghuisgeneeskundig handelen op het gebied van probleemgedrag bij verpleeghuispatiënten. De richtlijn is echter niet bedoeld als dwingend keurslijf. De verpleeghuisarts/sociaal geriater geeft aan wanneer en waarom hij van de richtlijn afwijkt. Tevens geeft de richtlijn een overzicht van mogelijke indicatoren waarop de implementatie van de richtlijn kan worden vormgegeven.

Inbreng van de patiënt

NVVA-richtlijnen geven richtlijnen voor het handelen van de verpleeghuisarts/sociaal geriater. Zijn rol staat in de richtlijnen dan ook centraal. Daarbij geldt echter altijd dat factoren van de kant van de patiënt het beleid mede bepalen. Om praktische redenen komt dit uitgangspunt niet telkens opnieuw in de richtlijnen aan de orde, maar wordt het hier expliciet vermeld. In samenspraak met de patiënt of zijn vertegenwoordiger wordt het beleid vastgesteld, met inachtneming van diens specifieke omstandigheden en met erkenning van diens eigen verantwoordelijkheid en autonomie.

Mannelijke vorm

Om stilistische redenen wordt in deze richtlijn steeds de mannelijke vorm gehanteerd. Waar de hij-vorm wordt gebruikt, kan meestal ook de zij-vorm gelezen worden.

Inleiding

1.1 Motivatie voor de richtlijn

Een opname in een instelling stelt hoge eisen aan het aanpassingsvermogen van een patiënt. Deze patiënten lijden vaak aan een ziekte waarbij probleemgedrag een symptoom kan zijn. Bovendien zijn ze vaak maar beperkt in staat tot een reële inschatting van de situatie. De tot dan toe vertrouwde omgangsstijlen van de persoon met zijn omgeving zijn vaak niet meer passend. De zorgzwaarte is dermate hoog geworden dat aandacht voor het behoud van zelfwaarde, zelfredzaamheid en zelfzorg van de patiënt te kort kan schieten. In de wisselwerking tussen de patiënt en het verpleeghuis als zijn directe omgeving, kan gemakkelijk probleemgedrag ontstaan ^{1,2}.

Er zijn veel factoren van invloed op probleemgedrag. Type-rend voor probleemgedrag is het feit dat het in een context plaatsvindt, waarbij juist de interactie tussen de patiënt en zijn omgeving tot problemen leidt. Dat maakt dat probleemgedrag situationeel gebonden, persoonsgebonden en multicausaal van aard is.

De motivatie voor deze richtlijn is gegeven in de behoefte die de leden van de NVVA in 1997 hebben getoond voor een richtlijn voor het handelen bij probleemgedrag van verpleeghuispatiënten.

Voor het ontwikkelen van de richtlijn Probleemgedrag heeft de NVVA medio 1998 een werkgroep in het leven geroepen.

1.2 Doel en reikwijdte van de richtlijn

Het doel van de voorliggende richtlijn Probleemgedrag is verpleeghuisartsen/sociaal geriaters te ondersteunen in hun handelen bij probleemgedrag van patiënten. Deze richtlijn bevat handvatten voor het voeren van de inhoudelijke regie bij probleemgedrag. Het is te verwachten dat het beter hanteren van probleemgedrag een uitstralend effect heeft met als gevolg minder voorkomen van probleemgedrag.

De werkgroep heeft ervoor gekozen een richtlijn te ontwikkelen die zowel van toepassing is op somatische als op psychogeriatrische patiënten. In de praktijk is geen absoluut onderscheid te maken tussen deze patiënten-categorieën ³. De richtlijn is in eerste instantie gericht op patiënten verblijvend in een verpleeghuis. Hij kan echter ook gebruikt worden voor probleemgedrag in een GGZ-instelling, instelling voor verstandelijk gehandicaptenzorg, verzorgingshuis of thuis.

1.3 Definitie van probleemgedrag

De werkgroep hanteert als definitie van probleemgedrag alle gedrag van de patiënt dat door deze patiënt en/of zijn omgeving als moeilijk hanteerbaar wordt ervaren.

De werkgroep heeft voor de term probleemgedrag gekozen en niet voor termen als storend gedrag of gedragsstoornissen.

De term probleemgedrag is in de ogen van de werkgroep neutraler omdat daarmee aangegeven wordt dat het 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. Een uitvoerige, maar niet uitputtende, beschrijving is opgenomen in bijlage 1 bij deze richtlijn. In de literatuur wordt probleemgedrag niet eenduidig gedefinieerd. Het gaat om een bepaald soort probleemgedrag in een bepaalde setting.

1.4 Prevalentie

Vanuit de beroepsgroep is het signaal gekomen, dat probleemgedrag veel voorkomt. Er zijn veel publicaties over probleemgedrag en de behandeling daarvan. Toch blijken er weinig exacte gegevens over de prevalentie van probleemgedrag in het verpleeghuis te vinden ⁴. Bij het zoeken naar deze gegevens, is de werkgroep verschillende knelpunten tegengekomen. Zo zijn studies niet vergelijkbaar omdat uiteenlopende definities van probleemgedrag worden gehanteerd. Patiënten worden dan beschreven op grond van bepaalde gedragskenmerken, zoals agitatie, claimen en zwerven, of worden in kaart gebracht door middel van classificatie van psychiatrische diagnoses. Ook is de inventarisatie van probleemgedrag dikwijls uitsluitend gericht op een bepaalde subgroep van verpleeghuisbewoners, bijvoorbeeld somatisch zieken, dementerenden of bewoners met gerontopsychiatrische problematiek. Veelal is de situatie waarin het onderzoek plaatsvindt niet vergelijkbaar met die van een verpleeghuis in Nederland.

1.5 Risicofactoren

In de richtlijn wordt gedrag opgevat als een poging om over de eigen situatie controle te houden, waarbij gestreefd wordt naar een evenwicht tussen enerzijds de eigen gevoelens en beleving en anderzijds de informatie uit de omgeving. Bij het ontstaan van probleemgedrag spelen zowel factoren bij de patiënt als bij de omgeving een rol ⁵.

Bij de patiënt kan het gaan om factoren van persoonlijke, psychische, sociale, lichamelijke en organisch cerebrale aard. In het verpleeghuis verblijven verschillende groepen van dergelijke patiënten ⁶:

- patiënten die door een somatische oorzaak persoonlijkheidsveranderingen hebben ondergaan en/of verward reageren bijvoorbeeld door een delier, dementie-syndroom, een CVA, multipale sclerose, een hersentrauma, ziekte van Parkinson, ziekte van Huntington,

syndroom van Korsakow

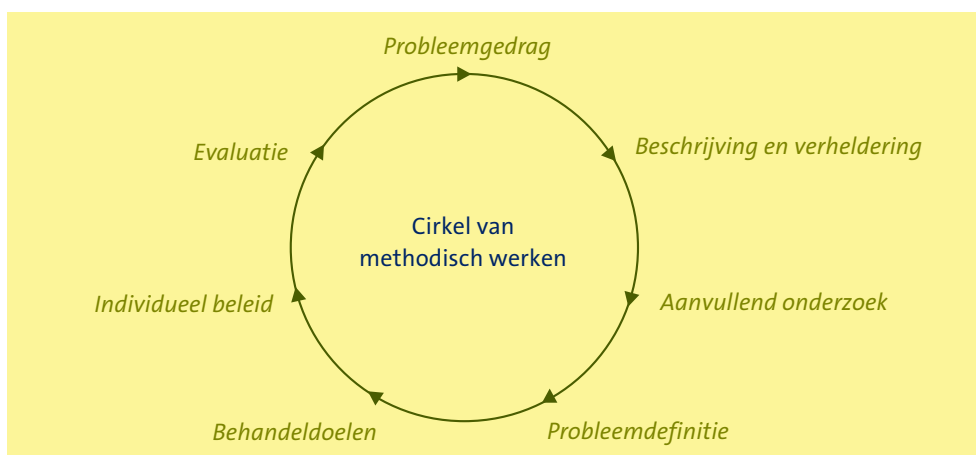
- patiënten die chronische aanpassingsproblemen hebben met consequenties voor het psychisch functioneren en het gedrag, bijvoorbeeld patiënten met persoonlijkheidsstoornissen, manisch depressieve patiënten, schizofrene patiënten, patiënten met een verstandelijke handicap
- patiënten die door een opeenstapeling van belangrijke levensgebeurtenissen, zoals ziekte of verlies, tijdelijk uit evenwicht zijn.

Probleemgedrag lokt reacties van de omgeving uit die erop gericht zijn dit gedrag te beïnvloeden. Niet altijd heeft dit het gewenste effect. De wijze waarop iemand op het probleemgedrag reageert, heeft in hoge mate te maken met zijn tolerantie. Ook spelen bij de acceptatie van probleemgedrag normen en waarden een grote rol. De normen en waarden en de tolerantie kunnen per individu en per instelling verschillen. Ook zijn er grote verschillen tussen de instellingen wat betreft de fysieke leefomgeving.

Bij de omgevingsfactoren denkt de werkgroep aan:

- wijze van omgang van familie met de patiënt bijvoorbeeld betutteling, ontkenning
- gedrag van medepatiënten, zowel het spontane gedrag als de reactie van medepatiënten op het probleemgedrag
- attitude, deskundigheid en gedrag van hulpverleners
- gebrek aan huiselijke sfeer, te grote leefgroepen, dagritme dat niet past bij de behoeften van de patiënt, te weinig mogelijkheden om zich terug te trekken, te weinig ruimte om eigen gewoonten voort te zetten
- bouwkundige beperkingen: te weinig bewegingsvrijheid, gesloten deuren, niet naar buiten kunnen, meerpersoonsslaapkamers.

Schematisch ziet de probleemgerichte benadering er als volgt uit:



1.6 Opbouw van de richtlijn

In de opdracht geformuleerd door de NVVA is gevraagd aandacht te schenken aan vroegdiagnostiek. Het begrip vroegdiagnostiek is een term die vooral past in het ziektekundig model. De werkgroep Probleemgedrag kiest voor een probleemgeoriënteerde aanpak zoals ontwikkeld in de verpleeghuisgeneeskundige zorg in plaats van het ziektekundige model. De werkgroep vindt vroegtijdige signalering van probleemgedrag belangrijk. Het begrip vroegdiagnostiek past daar echter niet in.

Belangrijke elementen in deze richtlijn zijn volgens de NVVA de diagnostiek, de behandeling, de begeleiding en de preventie van probleemgedrag.

Het zijn vooral de verzorgenden die gedrag van een patiënt zullen duiden als probleemgedrag en dit vervolgens aan de verpleeghuisarts/sociaal geriater melden.

Na melding van het probleemgedrag wordt het probleem verhelderd en wordt op een systematische manier naar oorzaken en uitlokkende factoren gezocht.

De wijze waarop het probleemgedrag verhelderd wordt, hangt af van diverse factoren zoals de ernst van het probleemgedrag en het soort probleemgedrag. Ook de bekende diagnoses en de mogelijke oorzaken van het gedrag zijn van invloed.

Na de probleemverheldering schat de verpleeghuisarts/sociaal geriater de ernst, mogelijke oorzaken en behandelbaarheid van het probleemgedrag in. Op basis van deze eerste analyse bepaalt hij of hij zelf verder onderzoek doet of dat hij andere disciplines in de instelling dan wel externe deskundigen inschakelt. Na het onderzoek formuleert hij samen met de leden van het multidisciplinaire overleg de probleemdefinitie en de behandeldoelen en bepaalt hij welke behandeling prioriteit heeft.

Duidelijke criteria voor de volgorde en grondigheid van het onderzoek zijn volgens de werkgroep niet te geven. Soms is aanvullend onderzoek niet geïndiceerd. Wel is het van groot belang een duidelijke omschrijving van het probleemgedrag te maken en het beleid bij de individuele patiënt voortdurend te evalueren en zo nodig bij te stellen. Het is dus noodzakelijk de cirkel van het methodisch werken telkens opnieuw te doorlopen.

Richtlijnen diagnostiek

Dit hoofdstuk bevat richtlijnen voor:

- de probleembeschrijving en -verheldering
- aanvullend onderzoek
- oorzaken van het probleemgedrag

2.1 Probleembeschrijving en -verheldering

De verpleeghuisarts/sociaal geriater vraagt aan de verzorgenden een nauwkeurige beschrijving van het gedrag te geven. Op dit moment kan de psycholoog ingeschakeld worden ⁷. Bij de beschrijving van het gedrag worden de volgende vragen ⁸ beantwoord:

Beschrijving:

- Geef een concrete beschrijving van het gedrag.

Duur en frequentie:

- Sinds wanneer bestaat het gedrag?
- Hoe lang duurt het?
- Hoe vaak komt het voor?
- Op welke tijdstippen komt het voor?

Plaats en omstandigheden:

- Waar vindt het gedrag plaats?
- Onder welke omstandigheden treedt het gedrag op?

Determinanten:

- Zijn er provocerende of escalerende factoren aan te wijzen bij de patiënt en/of in de omgeving?
- Zijn er factoren aan te wijzen waardoor het gedrag afnam of zelfs verdween?

Gevolgen:

- Voor wie is het gedrag een probleem: de patiënt, medepatiënt, medewerkers en/of familie?
- Welk aspect van het gedrag is dan een probleem?
- Welke gevoelens worden losgemaakt?
- Wat zegt de patiënt zelf over het gedrag?
- Wat is positief/aardig aan deze patiënt?

Verklaring:

- Wil de patiënt iets duidelijk maken met het gedrag?
- Is er een verklaring voor het gedrag?

Op basis van deze gegevens maakt de verpleeghuisarts/sociaal geriater, nadat hij zo mogelijk ook zelf het gedrag geobserveerd heeft en overlegd heeft met de patiënt, samen met de verzorgenden een eerste probleemverheldering en zoekt hij mogelijke oorzaken voor het probleemgedrag. Hij overweegt of er voldoende gegevens zijn voor het formuleren van een probleemdefinitie en het vaststellen van een behandeldoel. Zo niet, dan doet hij aanvullend onderzoek.

2.2 Aanvullend onderzoek

Indien de eerste probleembeschrijving daartoe aanleiding geeft, initieert de verpleeghuisarts/sociaal geriater aanvullend onderzoek. Hij voert dit onderzoek zelf uit of vraagt leden van het multidisciplinaire team onderdelen van het onderzoek te verrichten. Bij het inschakelen van andere disciplines formuleert hij een specifieke vraag voor de betreffende discipline.

Op indicatie vraagt hij gericht consult aan bij een medisch specialist. Het is wenselijk dat hij bij de verwijzing de verantwoordelijkheid voor de medische zorg van de patiënt blijft houden.

Aanvullend onderzoek kan bestaan uit:

- nadere anamnese bij patiënt, verzorgenden en familie
- lichamelijk onderzoek
- neurologisch onderzoek
- laboratorium onderzoek
- psychologisch onderzoek: De psycholoog heeft een belangrijke rol bij het onderzoek van het probleemgedrag. De psycholoog kan een gericht psychologisch onderzoek doen naar cognitieve functies, persoonlijkheid, intelligentie, stemming, angst, achterdocht, wanen, hallucinaties en neurotische problematiek. Uitkomsten hiervan zijn van belang, zowel voor de diagnostiek als voor mogelijke interventies. De psycholoog kan zelf het gedrag observeren, waarbij hij zich ook zal richten op de interactie van alle betrokkenen, de bejegening en de luxerende momenten voor het probleemgedrag. Daarnaast kan hij de ziekenverzorgenden een gestructureerde observatie laten maken van de patiënt en zijn omgeving op het moment dat het probleemgedrag zich voordoet.
- onderzoek met observatieschalen: Gedragsobservatieschalen ondersteunen en objectiveren de verpleegkundige observatie. In het verpleeghuis kunnen diverse schalen ⁹ gebruikt worden. De verpleeghuisarts/sociaal geriater behoort globale kennis te hebben van de gebruikte observatieschalen. De psycholoog bepaalt in overleg met de verpleeghuisarts/sociaal geriater en de verzorgenden welke schaal gebruikt wordt en wanneer en met welk doel die ingezet wordt.

Overwegingen die bij de keuze voor een bepaalde observatieschaal een belangrijke rol spelen zijn:

- de informatie die de observatieschaal kan geven
- de betrouwbaarheid, validiteit en specificiteit van de observatieschaal
- de benodigde tijdsinvestering

De psycholoog superviseert de uitvoering en interpreteert de gegevens.

2.3 Oorzaken van het probleemgedrag

De oorzaken van het probleemgedrag worden gezocht in één of meer van de onderstaande gebieden:

- lichamelijke factoren en medicijngebruik
- psychische factoren
- persoonlijke factoren
- omgevingsfactoren

2.3.1 LICHAAMELIJKE FACTOREN EN MEDICIJNGEBRUIK

Bij het onderzoek naar lichamelijke factoren en medicijngebruik als oorzaak van het probleemgedrag wordt op de volgende punten gelet:

- bij de patiënt bekende diagnoses
- medicatie¹⁰ die het gedrag van de patiënt kan veroorzaken of beïnvloeden: antihypertensiva¹¹, middelen die de dopamine-acetylcholine balans verstoren¹², pijnstillers¹³, antibiotica¹⁴, antidiabetica¹⁵, hartglycosiden¹⁶, corticosteroiden¹⁷, H2-antihistaminica¹⁸, benzodiazepinen¹⁹
- veranderingen in de lichamelijke toestand van de patiënt die wijzen op infectieziekten, cardiovasculaire aandoeningen, cerebrovasculaire aandoeningen, endocriene aandoeningen, metabole stoornissen, trauma capitis, epilepsie, cerebrale neoplasmata^{20 21}
- overmatig koffie²² en alcohol gebruik²³, nicotine en drugsgebruik en de onthouding daarvan
- bewustzijnsniveau²⁴
- cognitieve functies
- zintuigfuncties²⁵
- ADL-functies en de mobiliteit²⁶
- eet- en drinkgedrag
- mictie en defaecatie²⁷
- pijn²⁸
- slaappatroon

2.3.2 PSYCHISCHE FACTOREN

Bij het onderzoek naar psychische factoren op de aanwezigheid van een psychische stoornis als oorzaak van het probleemgedrag wordt op de volgende punten gelet:

- bij de patiënt bekende diagnoses
- aanwijzingen voor een psychische stoornis in de levensgeschiedenis van de patiënt
- aanwijzingen voor een psychische stoornis in het huidige functioneren van de patiënt²⁹

De verpleeghuisarts/sociaal geriater heeft hierbij aandacht voor het aanwezig zijn van een:

- delier
- stemmingsstoornis
- psychotische stoornis
- angststoornis
- dementiesyndroom
- slaapstoornis
- persoonlijkheidsstoornis

2.3.3 PERSOONLIJKE FACTOREN

Bij het onderzoek naar persoonlijke factoren als oorzaak van het probleemgedrag wordt op de volgende punten gelet³⁰:

- relevante levensloopinformatie die het gedrag kan verklaren dan wel begrijpelijk maken
- copingstrategie van de patiënt
- levensstijl van de patiënt: wordt voldoende met de levensstijl rekening gehouden evenals met het feit dat de patiënt veel heeft moeten inleveren
- stemming van de patiënt
- reacties van de patiënt op zijn lichamelijke en/of psychische afhankelijkheid
- angst voor controleverlies

2.3.4 OMGEVINGSFACTOREN

Bij het onderzoek naar omgevingsfactoren als mogelijke oorzaak van het probleemgedrag wordt op het volgende gelet²⁹:

- hoe medewerkers op de patiënt reageren en de patiënt op de medewerkers reageert
- hoe de tolerantie van de medewerkers ten aanzien van het gedrag van de patiënt is
- of er voldoende aandacht is voor de autonomie van de patiënt en of de patiënt met respect bejegend wordt
- of de patiënt een zinvolle dagbesteding heeft dan wel of er sprake is van verveling
- hoe de medebewoners op de patiënt reageren en de patiënt op de medebewoners
- hoe de familie op de patiënt reageert en de patiënt op de familieleden
- de familieomstandigheden en relaties van de patiënt
- de mate waarin de omgeving herkenbaar en veilig is voor de patiënt
- of de patiënt gelegenheid heeft om zich terug te trekken
- of er teveel of te weinig prikkels zijn
- of de patiënt voldoende bewegingsvrijheid heeft
- of er tijdens de ADL voldoende aandacht is voor de privacy van de patiënt
- of er huisregels zijn die van invloed kunnen zijn op het gedrag van de patiënt
- of het dagritme in de instelling aansluit bij de behoefte van de patiënt
- of er voldoende ruimte is om eigen gewoonten voort te zetten

Richtlijnen probleemdefiniëring en behandeldoelen

3.1 Formuleren probleemdefinitie

De verpleeghuisarts/sociaal geriater analyseert de gegevens uit de probleembeschrijving en het aanvullend onderzoek en formuleert met de leden van het multidisciplinaire team een probleemdefinitie.

De probleemdefinitie omvat de concrete beschrijving van het probleemgedrag. Daarin wordt aangegeven voor wie het gedrag problematisch is, hoe het gemanifesteerd wordt, onder welke omstandigheden het voorkomt, wanneer het optreedt en welke mogelijke oorzaken eraan ten grondslag liggen.

Niet in alle gevallen is voor het probleemgedrag een (behandelbare) oorzaak te vinden.

3.2 Vaststellen behandeldoelen

Als de probleemdefinitie helder is, stelt de verpleeghuisarts/sociaal geriater met de leden van het multidisciplinaire team en, zo mogelijk, met de patiënt en/of diens vertegenwoordiger de behandeldoelen vast.

Hij let daarbij op het zo concreet mogelijk formuleren van deze behandeldoelen en op de haalbaarheid.

Behandeldoelen zijn er op verschillende niveaus:

- het probleemgedrag verdwijnt
- het probleemgedrag vermindert
- het probleemgedrag wordt geaccepteerd
- het probleemgedrag wordt voorkomen

De verpleeghuisarts/sociaal geriater stelt vast hoe en wanneer de verschillende behandeldoelen worden geëvalueerd (hoofdstuk 5 Evaluaties). Aan de hand hiervan wordt het beleid ten aanzien van de patiënt en de omgeving vastgesteld. Dit wordt in overleg met het multidisciplinaire team gedaan.

Richtlijnen beleid

Zoals beschreven in het voorafgaande hoofdstuk, leidt de beschrijving van het probleemgedrag tot een probleemdefinitie en zijn vervolgens behandeldoelen vastgesteld. De verpleeghuisarts/sociaal geriater onderzoekt met de leden van het multidisciplinaire team de mogelijkheden tot begeleiding en behandeling van de patiënt. Het behandelbeleid richt zich op de omgeving indien de oorzaak van het probleemgedrag uit de omgeving van de patiënt komt. In dit beleid worden eerst de interventies geëvalueerd die tot dan toe gedaan zijn.

De probleemdefinitie geeft weliswaar richting aan het behandelbeleid, maar er is niet altijd een (behandelbare) oorzaak en een daarop gerichte behandeling aan te wijzen. Wanneer de oorzaak geen aangrijpingspunt voor het behandelbeleid vormt, kan gekozen worden voor acceptatie van het probleemgedrag. Er zijn dan aanvullende interventies nodig teneinde de omgeving in staat te stellen met het gedrag te kunnen omgaan.

Het behandelbeleid kan worden onderscheiden in:

- behandeling van lichamelijke factoren of aanpassing van het medicijngebruik
- psychosociale begeleiding en behandeling
- behandeling van probleemgedrag met psychofarmaca
- middelen of maatregelen.

Het behandelbeleid zal vaak bestaan uit een combinatie van deze vormen.

In het multidisciplinaire overleg wordt het zorgplan opgesteld. Het zorgplan behoeft de instemming van de patiënt en/of diens vertegenwoordiger (WGBO).

4.1 Behandeling van lichamelijke factoren of de aanpassing van het medicijngebruik

Voor de oorzaken van het probleemgedrag die gevonden zijn bij het onderzoek naar lichamelijke aandoeningen of het medicijngebruik wordt zo mogelijk een behandeling ingesteld (2.3.1).

Zo nodig wordt voor de behandeling van de lichamelijke oorzaken doorverwezen naar relevante medisch specialisten.

4.2 Psychosociale begeleiding en behandeling

Psychosociale begeleiding en behandeling omvatten de afspraken en interventies gericht op het verbeteren van het welbevinden van de in het verpleeghuis opgenomen patiënt. Ze richt zich niet alleen op de patiënt zelf (2.3.2 psychische factoren en 2.3.3 persoonlijke factoren), maar ook op zijn omgeving (2.3.4 omgevingsfactoren). Derhalve is psychosociale hulpverlening een multidisciplinaire aan-

gelegenheid. Ze draagt bij aan het scheppen van een woon- leefmilieu waarin de patiënt met zijn beperkingen en handicaps optimaal kan functioneren en vormt daardoor een belangrijke factor in de preventie van probleemgedrag. Ook bij de begeleiding en behandeling van probleemgedrag spelen psychosociale interventies een belangrijke rol; deze interventies kunnen persoonsgericht of omgevingsgericht zijn, maar zijn in de meeste gevallen een combinatie daarvan.

Bij de behandeling van probleemgedrag zal gebruik gemaakt worden van bepaalde modellen of methodieken. Het is moeilijk een duidelijke onderverdeling te maken in de diverse modellen en methodieken. Een opsomming is terug te vinden in de noten ^{31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45}.

Afhankelijk van de probleemdefinitie en de mogelijkheden van de instelling, kan gebruik worden gemaakt van een of meerdere mogelijkheden, of van elementen van de verschillende methodieken. Om hierin een keuze te maken zal de verpleeghuisarts/sociaal geriater advies vragen aan een ter zake kundige psycholoog. De gekozen methodieken hebben zowel invloed op de patiënt, als op het personeel en de omgeving.

Bij de behandeling van probleemgedrag zullen aspecten welke bedreigend zijn voor het welzijn van de patiënt en voor zijn sociale functioneren, worden behandeld. Samen met de psycholoog wordt ervoor gezorgd dat er specifieke, op de patiënt gerichte omgangsadviezen tot stand komen. Een omgangsadvies is een behandelafpraak, welke goedgekeurd staat in het zorgplan.

De verpleeghuisarts/sociaal geriater draagt er zorg voor dat bij de behandeling en begeleiding van probleemgedrag voldoende aandacht gegeven wordt aan interventies naar medepatiënten, medewerkers en familie, zoals begrip kweken, uitleg geven en coachen. Ook draagt hij er mede zorg voor dat het leefklimaat zo gunstig mogelijk is voor de individuele patiënt. Indien gewenst voert hij individuele gesprekken met de patiënt.

4.3 Behandeling van probleemgedrag met psychofarmaca

Voorschrijven van psychofarmaca voor probleemgedrag door de verpleeghuisarts/sociaal geriater is altijd onderdeel van een bredere aanpak van probleemgedrag, zogenoemde *integrated care* ⁴⁶. Dit is in de voorgaande hoofdstukken (2 en 3) en paragrafen (4.1 en 4.2) uitgewerkt. Voorschrijven van psychofarmaca wordt daarbij toegepast als *aanvulling op/in combinatie met niet medicamenteuze interventies* (waaronder psychosociale interventies) en is geen vervanging van niet medicamenteuze interventies ⁴⁷. Psychosociale interventies dienen eerst te worden toegepast, omdat deze leiden tot een structurele aanpak van gedragsproblemen binnen een systeem (patiënt-mantelzorgver/afdeling), omdat de effecten van medicatie in het algemeen beperkt zijn en omdat de – soms ernstige – bijwerkingen van medicatie in belangrijke mate de toepassing ervan beperken.

Wanneer een gerichte psychosociale behandeling van het probleemgedrag niet, nog niet, of niet voldoende mogelijk is doet zich een aantal medicamenteuze opties voor. De behandeling met psychofarmaca richt zich in deze gevallen op de behandeling van de onderliggende psychiatrische aandoening of, zoals bij dementie, op vormen van probleemgedrag (hallucinaties/wanen, geagiteerd/agressief gedrag, angstig gedrag) waarvoor het effect van behandeling met psychofarmaca is onderzocht ⁴⁸.

Voor een goed onderbouwde behandeling van probleemgedrag met psychofarmaca is derhalve adequate psychiatrische diagnostiek nodig die, bij toepassen van een geïntegreerde multidisciplinaire aanpak, deel uitmaakt van de analyse (diagnostiek) van het probleemgedrag. In schema 1 wordt een systematiek voor deze psychiatrische diagnostiek aangegeven. Bij differentiaaldiagnostische problemen en complexe problematiek (comorbiditeit van psychiatrische aandoeningen; persoonlijkheidsstoornissen) consulteert de verpleeghuisarts/sociaal geriater zo nodig een op dit gebied deskundige specialist uit de GGz.

Het is tevens van belang het probleemgedrag in maat en getal vast te leggen, om het beloop ervan te kunnen bepalen. Een aantal schalen is hiertoe geschikt. De Neuro-

Psychiatric Inventory (NPI), die ook voor het Nederlandse taalgebied is vertaald en gevalideerd, kan bijvoorbeeld worden gebruikt. Bij specifieke vormen van probleemgedrag kunnen meer toegespitste schalen worden gebruikt, zoals de Cohen-Mansfield Agitation Inventory bij patiënten met agitatie.

Voor de medicamenteuze behandeling van veel psychiatrische aandoeningen zijn de laatste jaren goede Nederlandse richtlijnen/standaarden verschenen ^{49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57}.

In deze NVVA-richtlijn Probleemgedrag wordt voor medicamenteuze adviezen zoveel mogelijk gebruik gemaakt van deze verschenen richtlijnen en standaarden. In paragraaf 8.4 wordt deze werkwijze verantwoord.

Voor de leesbaarheid zijn de specifieke medicatieadviezen opgenomen in bijlagen 2 en 3.

Wanneer medicatieadviezen berusten op andere bronnen dan de genoemde Nederlandse richtlijnen en standaarden, wordt dit ook in de tekst van bijlage 2 en bijlage 3 vermeld.

PROBLEEMGEDRAG BIJ DELIER

Voor behandeling met psychofarmaca van probleemgedrag samenhangend met een delier, wordt verwezen naar de voor deze psychiatrische aandoeningen bestaande Nederlandse richtlijnen en/of standaarden. Zie voor de medicatieadviezen **bijlage 2**.

PROBLEEMGEDRAG BIJ DEMENTIE

Voor behandeling met psychofarmaca van probleemgedrag dat verklaard kan worden vanuit de aanwezigheid van een dementie wordt in deze richtlijn gebruik gemaakt van de adviezen die in de richtlijn 'Diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie' zijn verwoord ⁵⁴. Voor een aantal vormen van probleemgedrag bij dementie, die in deze richtlijn niet aan de orde komen, zijn de adviezen gebaseerd op aanvullend literatuuronderzoek. Daar waar dit het geval is, wordt dit vermeld.

Specifieke aandacht wordt geschonken aan de therapieduur/stopcriteria bij gebruik van antipsychotica voor probleemgedrag in het kader van een dementie, gezien de specifieke risico's die kleven aan antipsychotica-gebruik bij dementie. Zie voor de medicatieadviezen **bijlage 3**.

Schema 1

| Psychiatrische diagnostiek bij probleemgedrag |
|--|
| A Kan het probleemgedrag verklaard worden uit aanwezigheid van een delier? |
| B Kan het probleemgedrag verklaard worden vanuit aanwezigheid van een dementie? |
| C Kan het probleemgedrag verklaard worden vanuit aanwezigheid van een andere psychiatrische stoornis: <ul style="list-style-type: none">- Vanuit een psychotische stoornis?- Vanuit een depressie of angststoornis?- Vanuit een slaapstoornis? |
| D Kan het probleemgedrag verklaard worden vanuit aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis? |

PROBLEEMGEDRAG BIJ EEN ANDERE PSYCHIATRISCHE STOORNIS

Voor behandeling met psychofarmaca van probleemgedrag samenhangend met een psychotische stoornis, een depressie, een angststoornis of een slaapstoornis wordt, indien mogelijk verwezen naar de voor deze psychiatrische aandoeningen bestaande Nederlandse richtlijnen en/of standaarden. Waar niet verwezen kon worden naar bestaande richtlijnen, wordt vermeld waarop de adviezen in die gevallen gebaseerd zijn. Zie voor de medicatieadviezen **bijlage 2**.

PROBLEEMGEDRAG BIJ EEN PERSOONLIJKHEIDSTOORNIS

Adviezen inzake de medicamenteuze behandeling van probleemgedrag bij een persoonlijkheidsstoornis worden in deze richtlijn niet gegeven. Benadrukt moet worden dat de bijdrage van psychofarmaca aan de behandeling van gedragsproblemen bij persoonlijkheidsstoornissen zeer bescheiden is, en dat van niet farmacologische interventies het grootste effect verwacht mag worden⁵⁸. Wanneer er desondanks noodzaak tot behandeling met psychofarmaca bestaat, wordt geadviseerd dit te doen in overleg met een op dit gebied deskundig psychiater.

OFF-LABEL GEBRUIK

Met enige regelmaat, en dat geldt met name voor de adviezen t.a.v. medicamenteuze behandeling van probleemgedrag bij dementie, is bij het voorschrijven van psychofarmaca sprake van off-label gebruik van deze middelen⁵⁹. De Geneesmiddelenwet (2007) verbiedt off-label gebruik niet, maar stelt daar wel voorwaarden aan (artikel 68), namelijk dat *"off-label en unlicensed voorschrijven van medicijnen alleen geoorloofd is wanneer daarover binnen de beroepsgroep protocollen of standaarden zijn ontwikkeld. Als de protocollen en standaarden nog in ontwikkeling zijn, is overleg tussen de behandelend arts en apotheker noodzakelijk"*. Off-label gebruik van psychofarmaca door verpleeghuisarts/sociaal geriater voor probleemgedrag is derhalve toegestaan voor de indicaties en onder de voorwaarden die in de richtlijn Probleemgedrag van de NVVA genoemd worden. Overleg met de apotheker is verplicht bij off-label gebruik van psychofarmaca voor probleemgedrag waarover de richtlijn zich niet uitspreekt.

De verpleeghuisarts/sociaal geriater zal bij iedere vorm van off-label gebruik extra aandacht dienen te schenken aan de afweging en de verslaglegging van de therapeutische overwegingen. Ook zal extra aandacht geschonken moeten worden aan een zorgvuldig informeren van de patiënt/vertegenwoordiger en zullen deze expliciet bij de besluitvorming over de behandeling met off-label voorgeschreven psychofarmaca betrokken moeten worden. Zo nodig consulteert de verpleeghuisarts/sociaal geriater inzake de medicamenteuze behandeling van probleemgedrag met psychofarmaca een op dit gebied deskundige specialist en vindt ook overleg met de apotheker plaats.

SPECIFIEKE AANDACHTSPUNTEN

Specifieke aandachtspunten bij het voorschrijven van psychofarmaca aan ouderen zijn dat rekening gehouden moet worden met een veranderd metabolisme en een veranderde

gevoeligheid van ouderen voor psychofarmaca. Zeker bij de doelgroep kwetsbare ouderen is regelmatig sprake van (multipelen) somatische co-morbiditeit met multipelen co-medicatie (somatische medicatie en psychofarmaca) en tevens een verminderde nierfunctie. Het risico op interacties en ongewenste bijwerkingen is daardoor hoog. Laagdrempeligheid ten aanzien van overleg met de apotheker is daarom wenselijk.

Daarnaast dient men belastende en ernstige bijwerkingen (sufheid, extrapyramidale verschijnselen, parasymphatische bijwerkingen) van psychofarmaca specifiek te laten observeren. De belasting en hinder van bijwerkingen dienen, als er geen vervangende farmacologische middelen met minder bijwerkingen voorhanden zijn, in nauwe samenspraak met de patiënt/vertegenwoordiger afgewogen te worden tegen de hinder/ernst van het probleemgedrag.

De startdosering van psychofarmaca is veelal lager dan bij (jong)volwassenen, bijwerkingen kunnen bij lagere doseringen al optreden en in een aantal gevallen is een minder hoge dosering nodig om het gewenste effect te bereiken. Dit is echter zeker niet bij alle ouderen het geval: de inter-individuele spreiding is bij ouderen groot. Er moet daarom ook gewaakt worden voor onderdosering. Ook bij ouderen kan pas van onvoldoende effect van een psychofarmakon gesproken worden als er onvoldoende verbetering is bij gebruik van de maximale dosis (mits bijwerkingen dit toelaten uiteraard).

Bij elke vorm van behandeling van probleemgedrag, en zeker als die behandeling ook uit behandeling met psychofarmaca bestaat, is het van belang het specifieke symptoom of de specifieke symptomen (doelsymptoom) waarvoor medicamenteuze behandeling wordt gestart duidelijk te beschrijven, plus het minimaal gewenste effect dat bereikt dient te worden. Tijdens de behandeling dient men het probleemgedrag (doelsymptoom) systematisch te monitoren om het effect van de behandeling te kunnen beoordelen. Bij voorkeur worden hiervoor gestandaardiseerde onderzoeksinstrumenten (gedragsobservatie-instrumenten) gebruikt, zoals bijvoorbeeld de eerder genoemde NPI.

4.4 Middelen of maatregelen

Middelen of maatregelen worden in het kader van de wet BOPZ⁶⁰ toegepast ter afwending van gevaar voor de patiënt of diens omgeving. Verschillende vormen van probleemgedrag kunnen tot gevaarlijke situaties leiden, zoals bijvoorbeeld zwerfneigingen en fysieke agressie. Gebruikelijke middelen of maatregelen zijn fixatie, afzondering en niet vrijwillige toediening van psychofarmaca. Bij de toepassing van middelen of maatregelen dient er steeds een afweging te worden gemaakt tussen het risico voor de patiënt en diens omgeving en de nadelen van toepassing van middelen of maatregelen. Zo kan fixatie, toegepast om bij een slecht mobiele patiënt het valrisico te verkleinen, leiden tot onrust bij die patiënt. Dit risico is groter wanneer de betrokkene de noodzaak tot fixatie niet begrijpt en zich daartegen verzet. Hoe vrijheidsbeperking wordt ervaren,

kan individueel sterk verschillen. Ook de eventuele negatieve gevolgen van psychofarmaca variëren van patiënt tot patiënt. Het betreft daarom steeds een beslissing waarbij zowel de (mogelijke) consequenties van het gevaar als die van de toepassing van middelen of maatregelen zorgvuldig worden afgewogen. Daarbij kan er ook in overleg met de patiënt en/of diens vertegenwoordiger bewust voor worden gekozen om een bepaald risico te accepteren.

Alvorens tot toepassing van middelen of maatregelen wordt overgegaan, dienen alternatieven om het gevaar weg te nemen, te zijn onderzocht. Zowel bij probleemgedrag als bij de toepassing van middelen of maatregelen is de mate waarin personeel in staat is om toezicht te houden en eventueel in te grijpen van groot belang.

De toepassing van middelen of maatregelen dient plaats te vinden in het kader van het zorgplan. Hiervoor is toestemming van de patiënt en/of diens wettelijke vertegenwoordiger vereist. Wanneer er echter sprake is van een ernstig gevaar voor de patiënt of diens omgeving, kunnen toch middelen of maatregelen worden toegepast zonder toestemming van de patiënt of diens vertegenwoordiger, vooruitlopend op het opstellen dan wel aanpassen van een zorgplan ⁶¹.

Bij de toepassing van middelen of maatregelen worden door de verpleeghuisarts/sociaal geriater de volgende richtlijnen in acht genomen:

- bij de toepassing en evaluatie van middelen of maatregelen wordt systematisch de relatie met eventueel probleemgedrag nagegaan. Aan deze samenhang wordt ook in de rapportage en in multidisciplinair overleg aandacht geschonken.
- bij probleemgedrag dat tot gevaar voor de patiënt of diens omgeving leidt, wordt overwogen of er alternatieven zijn voor middelen of maatregelen om het gedrag te beïnvloeden of het gevaar anderszins te beperken.
- er wordt een zorgplan opgesteld over de toepassing van middelen of maatregelen, waarin is vastgelegd welke maatregel om welke reden, op welk tijdstip en hoe lang wordt toegepast. Daarbij wordt het “zonodig” gebruik zo veel mogelijk vermeden en indien het geen vaste tijdstippen betreft, in ieder geval de omstandigheden waaronder de maatregel wordt toegepast duidelijk omschreven.
- er wordt zorg gedragen voor een nauwkeurige registratie van de toepassing van middelen of maatregelen conform de wet BOPZ en -waar vereist- voor melding aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Evaluatie van het beleid bij de individuele patiënt

De verpleeghuisarts/sociaal geriater zorgt ervoor dat het beleid voor de patiënt met probleemgedrag wordt geëvalueerd. Het tijdstip van en de deelnemers aan de evaluatie wordt bepaald bij het opstellen van het zorgplan. Het doel van de evaluatie is te bepalen of de behandel-doelen behaald zijn en of de probleemdefinitie nog juist is (3.1 en 3.2). Bij elk behandelgoal wordt het daarbij afgesproken behandelbeleid bekeken op zijn werkbaarheid en effectiviteit. Zoals in hoofdstuk 4 is aangegeven, worden in het kader van het behandelbeleid de volgende onderdelen besproken:

- behandeling van lichamelijke factoren of aanpassing van het medicijngebruik
- psychosociale begeleiding en behandeling
- behandeling van probleemgedrag met psychofarmaca
- middelen of maatregelen

Voor elk type behandelbeleid wordt bepaald wanneer en met wie geëvalueerd wordt.

Informatie over de effecten van het beleid wordt verkregen door een gesprek met degene die het probleem als zodanig heeft ervaren (de patiënt zelf, zijn omgeving, familie en/of personeel). Dit kan in een persoonlijk gesprek, teamgesprek of een multidisciplinair overleg, waarin centraal staat of het probleemgedrag verdwenen dan wel verminderd is, en in hoeverre nog van een probleem sprake is.

Na het inventariseren van het effect van het behandelbeleid wordt indien nodig een nieuwe probleemdefinitie gemaakt en worden de behandelgoals bijgesteld, of nieuwe doelen opgesteld.

Richtlijnen

preventie

6.1 Beleid van de instelling

Voor het voorkómen van en het adequaat omgaan met probleemgedrag is het noodzakelijk dat de verpleeghuisarts/sociaal geriater betrokken is bij die aspecten van het beleid van de instelling die van invloed kunnen zijn op probleemgedrag van patiënten.

Zoals gesteld in 1.1 is typerend voor probleemgedrag het feit dat het in een context plaatsvindt, waarbij juist de interactie tussen de patiënt en zijn omgeving tot problemen leidt. Mogelijkheden voor preventie van probleemgedrag zijn vooral gelegen in de omgeving van de patiënt. Essentieel is het beleid van de instelling. Eén van de instrumenten om systematisch het beleid te formuleren, te evalueren en bij te stellen en de zorg te verbeteren is het HKZ-I. Het HKZ Keurmerk heeft betrekking op het kwaliteitsmanagementsysteem van de organisatie. Het certificatieschema Thuiszorg, Verpleeghuizen en Verzorgingshuizen (2006) ⁶² bevat een set normen voor externe toetsing van het kwaliteitsmanagementsysteem.

Daarnaast is het sectorbreed geaccepteerde normenkader 'Kwaliteitskader Verantwoorde zorg' (2007) ⁶³ een belangrijk toetsingskader om de kwaliteit van zorg transparant te maken. Het Kwaliteitskader bevat een set van indicatoren en beschrijft de te hanteren meetmethoden. Verschillende indicatoren hebben een raakvlak met 'probleemgedrag'. Zo wordt bijvoorbeeld de patiëntervaring gemeten m.b.t. tot de ervaren veiligheid, het mentaal welbevinden en de samenhang in zorg. De uitkomst van het Kwaliteitskader biedt de professionals, cliëntenraad en het management van een zorginstelling een handvat om de kwaliteit van zorg te verbeteren.

Voor de inhoud en kwaliteit van de zorg is primair (het management van) de instelling verantwoordelijk. De verpleeghuisarts/sociaal geriater heeft wel een signalerende verantwoordelijkheid in de richting van het management. De wijze waarop hij is vertegenwoordigd in het management verschilt, afhankelijk van de organisatiestructuur, per instelling. Eventuele knelpunten dient hij gevraagd en ongevraagd met het management te (kunnen) bespreken ⁶⁴. De belangrijkste beleidsthema's die voor de preventie van probleemgedrag relevant zijn worden in onderstaande paragrafen uitgewerkt.

6.2 Autonomie en welbevinden

De verpleeghuisarts/sociaal geriater is betrokken bij de formulering van de visie op verantwoorde zorg en bij de realisering van deze visie in de dagelijkse praktijk ⁶⁵. Hij bevordert dat:

- naast de autonomie en de eigen identiteit van de

patiënt, de zorg aansluit bij de belevingswereld van de patiënt ^{66,67}.

- zoveel mogelijk rekening wordt gehouden met de privacy van de patiënt ^{68,69}.
- medewerkers het zelfbeschikkingsrecht en de autonomie van de patiënt bewaken ⁷⁰.

Het is noodzakelijk dat de communicatie tussen de medewerkers en de patiënt, alsmede tussen medewerkers onderling zorgvuldig gebeurt ⁶³.

6.3 Veiligheid, woon-/leefomstandigheden en participatie

De verpleeghuisarts/sociaal geriater is betrokken in de wijze waarop patiënten in patiëntengroepen worden gedifferentieerd ⁷¹. Hij bevordert dat het verpleeghuis oog heeft voor de fysieke en sociale omgeving van de patiënt ^{72 73 74 75}.

Het is wenselijk dat de fysieke omgeving ⁷⁶ van het verpleeghuis aan de volgende eisen voldoet:

- voldoende bewegingsruimte waar binnen patiënten zich veilig kunnen bewegen ⁷⁷
- bij voorkeur een wandelcircuit en in de zomer toegang tot een (binnen)tuin ⁷⁹
- zo weinig mogelijk confrontatie met gesloten deuren ⁷⁹
- voorkomen van weglopen ⁸⁰ door direct toezicht, videobewaking ⁸¹ of andere technische hulpmiddelen.

Het is wenselijk dat de sociale omgeving ⁸² van de patiënt zo veel mogelijk aangepast wordt aan diens behoefte.

Hierbij valt te denken aan:

- groepsgrootte bij activiteiten en maaltijden ⁸³
- dag- en weekstructuur ⁸⁴ met een aan de doelgroep aangepast activiteitenprogramma ⁸⁵
- indeling van patiënten in groepen op basis van gedrag, leefstijl, cognitief niveau, zorgbehoefte of gebleken voorkeuren ⁸⁶
- mogelijkheid voor de aanwezigheid en betrokkenheid bij de zorg van partner, familie of andere sociale relaties ⁸⁷.

De verpleeghuisarts/sociaal geriater bevordert dat in het verpleeghuis een patiëntgerichte werkwijze gehanteerd wordt ⁸⁸.

Hij bevordert dat vrijwilligers alleen onder direct toezicht van geschoolde medewerkers bij activiteiten ten behoeve van patiënten met probleemgedrag worden betrokken en dat de beroepskrachten de vrijwilligers bij patiëntgerichte activiteiten aansturen.

6.4 Communicatie, informatie en samenhang in zorg

De verpleeghuisarts/sociaal geriater bevordert de kwaliteit van:

- een open communicatie met de patiënt
- duidelijke en begrijpelijke informatie aan de patiënt
- de observatie en rapportage door de leden van het multidisciplinaire team
- de onderlinge communicatie in het multidisciplinaire team
- het rapportagesysteem en zorgleef(behandel)plan
- de overlegstructuren met de leden van het multidisciplinaire team.

De verpleeghuisarts/sociaal geriater bevordert dat er in het verpleeghuis richtlijnen zijn voor het opnemen, doorverwijzen, overplaatsen en ontslaan van patiënten met probleemgedrag^{89,90} en hij bewaakt dat deze worden uitgevoerd.

Daarnaast bevordert hij dat:

- het verpleeghuis afspraken maakt met andere verpleeghuizen, psychiatrische ziekenhuizen, de ambulante geestelijke gezondheidszorg in de regio en eventueel met de inspectie over het opnemen, doorverwijzen en overplaatsen van patiënten
- het verpleeghuis een procedure heeft voor het gebruik van middelen of maatregelen
- het opstellen van procedures ten behoeve van de veiligheid van patiënten, bijvoorbeeld ter bescherming tegen vallen⁹¹, brand, een te hoge watertemperatuur en de inname van giftige producten.

6.5 Voldoende en bekwaam personeel

De verpleeghuisarts/sociaal geriater bewaakt dat de omvang en samenstelling van de formatie en de deskundigheid, attitude en motivatie van de medewerkers geschikt zijn voor de patiëntenpopulatie⁹².

Hij bevordert de deskundigheid ten aanzien van probleemgedrag van medewerkers die direct betrokken zijn bij de dagelijkse zorg en activiteiten^{93,94}. Hij zorgt ervoor dat daarbij de volgende aspecten aan de orde komen:

- benadering, bejegening en attitude⁹⁵
- verbale en non-verbale communicatie
- kennis van onderliggende ziektebeelden, bijvoorbeeld dementie en CVA
- eigen rol in het ontstaan en voorkomen van storend gedrag
- observatie en rapportage van gedrag in het algemeen en probleemgedrag in het bijzonder
- vroegtijdige herkenning van probleemgedrag
- omgaan met probleemgedrag.

Hij bevordert dat in het verpleeghuis methodieken gehanteerd worden die probleemgedrag kunnen voorkomen dan wel bij probleemgedrag gehanteerd kunnen worden als genoemd in 4.2.

Hij bevordert dat in het verpleeghuis een psycholoog aanwezig is.

Hij bevordert dat het verpleeghuis een vaste consultant psychiater aanstelt. Deze wordt door de verpleeghuisarts/sociaal geriater zonodig geraadpleegd bij complex probleemgedrag. Tevens bevordert hij de inbreng van psychiatrische deskundigheid in het verzorgend team.

6.6 Ondersteuning medewerkers

De verpleeghuisarts/sociaal geriater biedt, zo mogelijk samen met de psycholoog, ondersteuning aan verzorgenden bijvoorbeeld door het organiseren van besprekingen van patiënten met probleemgedrag.

In de besprekingen met de verzorgenden verdient, naast het gezamenlijk zoeken naar oplossingen, ook emotionele steun aandacht, waarbij de verzorgenden uiting kunnen geven aan gevoelens van onmacht en angst die door het probleemgedrag worden opgeroepen. Daarbij zijn belangrijk een luisterend oor en het gevoel dat men serieus genomen wordt. Verder kan de verpleeghuisarts/sociaal geriater in deze besprekingen uitleg geven over ziektebeelden en oorzaken van probleemgedrag. Het team kan begeleid worden in de omgang met patiënten die probleemgedrag vertonen. Daarbij kan ook de psycholoog een belangrijke rol spelen. Naar de mening van de werkgroep hebben beiden bij het omgaan met probleemgedrag een voorbeeld-functie.

Verantwoording richtlijn 2002

7.1 Ontwikkelingstraject

De werkgroep Probleemgedrag van de NVVA is in oktober 1998 van start gegaan met het ontwikkelen van een conceptrichtlijn Probleemgedrag voor verpleeghuisartsen. In september 2000 is deze conceptrichtlijn voor beoordeling toegestuurd aan 18 verpleeghuisartsen at random gekozen uit het ledenbestand van de NVVA. Van hen werden 13 reacties terug ontvangen. Tevens is de conceptrichtlijn toegestuurd aan 8 toetsingsgroepen van verpleeghuisartsen. Van alle 8 toetsingsgroepen is een reactie terug ontvangen. Daarnaast werd commentaar ontvangen van 11 deskundigen.

Naar aanleiding van de reacties is de conceptrichtlijn in de maanden april tot en met oktober 2001 bijgesteld. Vervolgens is de conceptrichtlijn in november 2001 voor een procedurele beoordeling voorgelegd aan de stuurgroep Richtlijnontwikkeling van de NVVA. In januari 2002 is de richtlijn door de Autorisatiecommissie van de NVVA beoordeeld. Op 17 januari 2002 is de richtlijn Probleemgedrag geautoriseerd.

7.2 Participanten

De werkgroep heeft uit de volgende verpleeghuisartsen bestaan:

- mevrouw M.E.M. Ypma-Bakker, *Zorggroep Noorderbreedte, divisie Ouderenzorg te Leeuwarden (inhoudelijk voorzitter van de werkgroep)*
- de heer E.R. Glas, *Zorggroep Tangenborgh, verpleeghuis De Bleerincck te Emmen*
- de heer J.H.A.M. Hagens, *Zorggroep Noord-Limburg te Venlo*
- de heer J.G.H. Hensels, *Stichting Gezondheidszorg Oostelijk Zuid-Limburg, sector Ouderenzorg, verpleeghuis Schuttershof te Brunssum*
- de heer A.A.L.M. Rondas, *Stichting Gezondheidszorg Oostelijk Zuid-Limburg, sector Ouderenzorg, verpleeghuis Schuttershof te Brunssum*
- mevrouw M.L. Saltet, *Parnassia psycho-medisch centrum Circuit Verpleeghuiszorg, verpleeghuis Dorestad te Den Haag*
- mevrouw L.A. Willemstein, *verpleeghuis Bertilla te Drachten.*

7.3 Deskundigen

Tijdens het ontwikkelen van de conceptrichtlijn zijn de volgende deskundigen geconsulteerd:

- mevrouw M.A.J.H. Bogaers, *verpleeghuisarts, verpleeghuis Joachim en Anna te Nijmegen*
- mevrouw dr. R.M. Dröes, *klinisch bewegingswetenschapper, psychogeriatrisch onderzoeker, Afdeling VU Medisch Centrum Psychiatrie te Amsterdam*
- mevrouw dr. P.M.J. Haffmans farmacoloog, *Parnassia psycho-medisch centrum te Den Haag*
- de heer R.M. Kok, *psychiater, Ouderenpsychiatrie Altrecht GGZ te Zeist*
- mevrouw E.G.H.J. Stok-Koch, *psycholoog, UMC St. Radboud, afdeling verpleeghuisgeneeskunde te Nijmegen*
- mevrouw M.T. Vink, *klinisch psycholoog, Zorggroep Almere, GERION te Amsterdam*
- de heer dr. E.J. Vollaard, *ziekenhuisapotheker Apotheek Canisius/Wilhelmina Ziekenhuis te Nijmegen.*

Naamsvermelding als deskundige betekent overigens niet dat iedere deskundige de richtlijn op elk detail onderschrijft.

7.4 Ondersteuning

Het technisch voorzitterschap van de werkgroep is in handen geweest van mevrouw G. Veltkamp, managementadviseur, Veltkamp & Partners te Amersfoort. Voor de begeleiding van de werkgroep en de eindredactie van de richtlijn was tot 1 juli 1999 verantwoordelijk mevrouw M.A.B. Severijns, kwaliteitsfunctionaris van de NVVA. Per 1 juli 1999 heeft mevrouw W.J.F.M. van der Linden-Bollen, kwaliteitsfunctionaris bij de NVVA, dit overgenomen. Bij haar berustte ook de organisatorische ondersteuning van de werkgroep.

7.5 Gebruik literatuur

Bij het ontwikkelen van de richtlijn Probleemgedrag van de NVVA is gebruik gemaakt van een Medline search (1992 - 1998, zoekopdrachten social behavior disorders, social behavior problems, nursing homes/elderly, aged people affective symptoms/syndroms, aggression, social environment, professional patient relations) en literatuur die aangereikt is door de leden van de werkgroep en de deskundigen.

Verantwoording herziene medicatieparagraaf, 2008

8.1 Ontwikkelingstraject

De werkgroep Herziening Medicatieparagraaf richtlijn Probleemgedrag is in juni 2007 van start gegaan op basis van een door de NVVA Werkgroep Richtlijnontwikkeling (WRO) opgestelde taakopdracht.

In februari 2008 is het concept voor beoordeling toegezonden aan verpleeghuisartsen/sociaal geriaters at random gekozen uit het ledenbestand van de NVVA, aan verpleeghuisgeneeskundige toetsingsgroepen en aan externe deskundigen (zie 8.5 Respondenten commentaar-fase).

Naar aanleiding van de reacties is het concept in de maanden mei en juni 2008 bijgesteld. Vervolgens is het concept in juli 2008 voor een procedurele beoordeling voorgelegd aan de WRO en voorts voorgelegd aan de beroepsverenigingen NVvP en NVKG.

Oktober 2008 is de herziene medicatieparagraaf door de Autorisatiecommissie van de NVVA geautoriseerd.

8.2 Samenstelling werkgroep

Voor de herziening van de medicatieparagraaf is een multidisciplinaire werkgroep samengesteld. In de werkgroep participeerden:

De heer dr. M. Smalbrugge, *verpleeghuisarts-onderzoeker, voorzitter werkgroep*

Mevrouw dr. F. Boersma, *verpleeghuisarts - epidemioloog*

De heer B.C. Kleijer, *verpleeghuisarts-onderzoeker*

De heer dr. R.M. Kok, *ouderenpsychiater namens de NVvP*

De heer dr. R.C. Sival, *klinisch geriater (en opleider)*

De heer D. Verburg, *sociaal geriater en verpleeghuisarts*

De heer prof.dr. F.R.J. Verheij, *hoogleraar neuro- en ouderenpsychiatrie namens de NVvP*

De heer dr. S.U. Zuidema, *verpleeghuisarts-onderzoeker*

8.3 Onafhankelijkheid werkgroepleden

Verklaringen van werkgroepleden over mogelijke (financiële) belangen liggen ter inzage bij de NVVA. Er zijn geen bijzondere vormen van belangenverstremming gemeld.

8.4 Wetenschappelijke onderbouwing

Voorafgaand aan het schrijven van de medicatieparagraaf is geïnventariseerd welke Nederlandse evidence-based richtlijnen beschikbaar waren voor de medicamenteuze behandeling van psychiatrische aandoeningen.

Voor de medicamenteuze adviezen in de herziene medicatieparagraaf is zoveel mogelijk gebruik gemaakt van deze recent verschenen richtlijnen en standaarden^{49 50 51 52 53 54 55 56 57}. Deze richtlijnen voldoen aan de kwaliteitseisen van het 'Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation' (AGREE) instrument. Dit instrument is in een Europees verband opgesteld om de procedurele kwaliteit van richtlijnen te kunnen beoordelen.

Een belangrijke beperking bij het gebruik van de geïnventariseerde richtlijnen/standaarden is dat zij meestal niet specifiek voor kwetsbare ouderen zijn ontwikkeld. Hernieuwd literatuuronderzoek zal dit slechts voor een zeer klein deel op kunnen heffen, omdat er maar weinig therapeutisch onderzoek is verricht naar deze problematiek onder de doelgroep.

Dat rechtvaardigt naar het inzicht van de werkgroep de gekozen werkwijze.

Vanwege de genoemde beperking heeft de werkgroep er ook voor gekozen om niet bij elk medicatie-advies, dat berust op een bestaande richtlijn/standaard, een niveau van bewijskracht te formuleren. Dit zou tot schijnzekerheden leiden. De gebruiker van deze richtlijn kan desgewenst de oorspronkelijke richtlijn gebruiken om zich daarover te informeren.

Alleen in bijlage 3 (adviezen voor de medicamenteuze behandeling van Probleemgedrag (neuropsychiatrische symptomen) bij dementie) geven de formuleringen van de aanbevelingen wel de sterkte van de bewijskracht weer (zie tabel 1).

Hiervoor is gekozen omdat, op dit voor de dagelijkse praktijk van de verpleeghuisarts/sociaal geriater belangrijke onderdeel van de medicatieparagraaf, ook gegevens uit de onderzoeksliteratuur verschenen na de publicatie van de richtlijn 'Diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie' gebruikt zijn en omdat er voor een aantal neuropsychiatrische symptomen die in de betreffende richtlijn niet genoemd worden, een aanvullend literatuuronderzoek gedaan is.

Daar waar dit het geval is, is dit gemeld in bijlage 3.

Er is in het aanvullende literatuuronderzoek voor bijlage 3 systematisch gezocht naar relevante artikelen in de volgende elektronische databanken: Medline, Embase en de

Cochrane Library. Daarnaast werden artikelen geëxtraheerd uit referentielijsten van opgevraagde literatuur.

Voor zover het oorspronkelijk onderzoek betreft is gezocht naar (gerandomiseerde) gecontroleerde trials, observatieve studies, case reports. Voorts is gezocht naar systematische reviews of meta-analysen.

Bij het zoeken naar literatuur in genoemde databanken zijn de volgende restricties gehanteerd:

- taal: Nederlands, Engels, Frans en Duits;
- publicatiejaren: 1997 – 2007

De gebruikte trefwoorden voor de patiëntengroep/ setting/ onderwerp zijn:

- > **doelgroep:** Dementia OR Dement* OR Vascular dementia OR Alzheimer OR Alz*

en

- > **therapie:** Treatment OR Medication OR Medic* OR Pharmacotherapy OR Pharmacoth*

in combinatie met

- > **apathie:** Apathy OR Amotivation OR decreased motor activity OR inhibition OR retardation OR negative symptoms OR Avolution OR Bradyphrenia OR Bradyphre* OR Lack of initiativ* OR Lack of drive OR Apath* OR Loss of initiativ* OR Loss of drive OR lack of motivation OR loss of motivation OR motivational disorder OR apathetic behavior OR apathetic behaviour

- > **doelgroep:** Dementia OR Dement* OR Vascular dementia OR Alzheimer OR Alz*

en

- > **therapie:** Treatment OR Medication OR Medic* OR Pharmacotherapy OR Pharmacoth*

in combinatie met

- > **seksueel ontremd gedrag:** inappropriate sexual behaviour OR inappropriate sexual behavior OR sexual disinhibition OR hypersexuality OR sexual disinh* OR hypersexu*

- > **doelgroep:** Dementia OR Dement* OR Vascular dementia OR Alzheimer OR Alz*

en

- > **therapie:** Treatment OR Medication OR Medic* OR Pharmacotherapy OR Pharmacoth*

in combinatie met

- > **roepgedrag:** vocal disruptive behavior OR verbal disruptive behavior OR vocal disruptive behaviour, verbal disruptive behaviour OR vocal agitation OR shouting OR screaming OR making strange noises OR cursing OR disruptive vocalisation OR disruptive vocalization OR Yelling OR disruptive vocalizer

- > **doelgroep:** Dementia OR Dement* OR Vascular dementia OR Alzheimer OR Alz*

en

- > **therapie:** Treatment OR Medication OR Medic* OR Pharmacotherapy OR Pharmacoth*

in combinatie met

- > **constant aandacht vragend gedrag:** constant request for attention OR demanding behaviour OR demanding behaviour OR Claiming OR attention seeking behaviour OR attention seeking behaviour OR attention seeking

- > **doelgroep:** Dementia OR Dement* OR Vascular dementia OR Alzheimer OR Alz*

en

- > **therapie:** Treatment OR Medication OR Medic* OR Pharmacotherapy OR Pharmacoth*

in combinatie met

- > **nachtelijke onrust/omkering dag-nacht-ritme:** disruptive diurnal rhythm OR sleep disturbance OR Insomnia

Van de relevant geachte studies is de volledige tekst opgevraagd. De geselecteerde artikelen zijn beoordeeld op methodologische kwaliteit, kwaliteit van uitvoering, relevantie voor en toepasbaarheid in de Nederlandse gezondheidszorg.

Tabel 1

| Sterkte van bewijs | Formulering van de aanbeveling |
|--|----------------------------------|
| Sterk - Niveau 1 Minimaal 1 systematische review of 2 goede RCT's | Het is aangetoond dat... |
| Matig sterk - Niveau 2 Tenminste 2 RCT's van matige kwaliteit of onvoldoende omvang | Het is aannemelijk dat... |
| Zwak - Niveau 3 Tenminste 1 RCT van goede of matige kwaliteit of 1 niet-vergelijkend onderzoek | Er zijn aanwijzingen dat... |
| Geen - Niveau 4 Mening werkgroepleden | ...kan/kunnen worden gebruikt... |

8.5 Respondenten commentaarfase

Het concept is becommentarieerd door:

- 9 verpleeghuisartsen/sociaal geriaters, gerandomiseerd uit het NVVA ledenbestand
- 9 verpleeghuisgeneeskundige toetsingsgroepen ('t Gooi, Den Bosch, Arnhem/Nijmegen, Kennemerland Zuid, Utrecht, Zuid-Laren, Emmen e.o., Groningen/Drenthe, Friesland)
- DVG Nederlands Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik, de heren J. Akkermans & R.T.G.M. Essink, MPH
- LOC, Landelijke Organisatie Cliëntenraden, mevrouw Y. van Gilse
- NHG, Nederlands Huisartsen Genootschap, de heren H. Folmer en dr. A.N. Goudswaard
- NVAVG, Nederlandse Vereniging Artsen Verstandelijk Gehandicapten, het bestuur
- NVKG, Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie, de Werkgroep Klinische Geronto Farmacologie, de heren dr. R.J. van Marum en dr. P.A.F. Jansen en A.J. Arends en de dames W. Knol en C.M.J. van der Linden.
- NVvP, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, sector Ouderenpsychiatrie
- VUmc Amsterdam, mevrouw prof. dr. A.M. Pot, hoogleraar ouderenpsychologie, afdeling klinische psychologie
- UMC St. Radboud Nijmegen, de heer prof. dr. P.M. Moleman, bijzonder hoogleraar 'biologische aspecten van de psychopathologie, Faculteit der Sociale Wetenschappen
- UMC St. Radboud Nijmegen, de heer prof. dr. M.G.M. Olde Rikkert, hoogleraar geriatrie

De werkgroep heeft het commentaar van de respondenten verwerkt in de richtlijn. Naamsvermelding van een respondent betekent overigens niet dat deze de richtlijn inhoudelijk op elk detail onderschrijft.

8.6 Samenstelling projectteam NVVA

De werkgroep werd ondersteund door een projectteam van het bureau van de NVVA:

Mevrouw drs. I. van der Stelt, *projectleider*

De heer P.E. le Rütte, *projectmedewerker*

Mevrouw J. Heidstra-Wolke, *projectassistent*

Bijlage 1

Beschrijving soorten probleemgedrag⁹⁶

Agitatie

Innerlijke rusteloosheid leidend tot ondoelmatig gedrag, met een sterk repeterend karakter

Subtypen

- *Motorische agitatie: continu rondlopen, niet stil kunnen zitten of liggen, rammelen aan deuren, tikken op tafel, alles overhoop halen*
- *Verbale agitatie: continu praten, mompelen*
- *Vocale agitatie: jammeren, schreeuwen, roepen, zingen, (stereotiepe) geluiden maken*

Agressie

Gewelddadig gedrag

Subtypen

- *Verbale agressie: schelden, vloeken, beschuldigen, dreigen*
- *Handelende agressie: slaan, duwen, schoppen, vernielen, met voorwerpen gooien, dreigende gebaren maken, automutilatie*

Negativisme

Gerichte afweer of verzet, tegenwerken bij de verzorging (situationeel), (alle) hulp afwijzen, medicatie en voeding weigeren, altijd klagen, nergens tevreden over zijn, altijd kritiek hebben

Omkering van het dag- en nachtritme

Slaapprobleem of agitatie tijdens avond en nacht in combinatie met overmatige slaperigheid, sufheid, apathie of initiatiefloosheid overdag

Claimend gedrag

Zodanig aandacht en hulp vragen dat dit leidt tot irritatie bij hulpverleners

Prikkelbaarheid

Zeer snel boos, geïrriteerd of ontstemd zijn

Ontremming

Gedrag gekenmerkt door hyperactiviteit en controleverlies

Subtypen

- *Ontremming bij eten: gulzig eten, vraatzucht, eten zolang er eten is*
- *Seksuele ontremming: handtastelijk gedrag, seksuele intimidatie, obscene gebaren maken, steeds masturberen*

Zwerfgedrag

Continu (rond)lopen met een doel, steeds op zoek of op weg zijn naar een bepaalde plaats, persoon of bezigheid

Verzamelwoede

Verzamelen van voorwerpen, alles meenemen in rollator of verstoppertje in tasje

Decorumverlies

Onaangepast, schaamteloos gedrag, uitkleden in het openbaar, er onverzorgd bijlopen, boeren, winden laten, overal urineren, grof taalgebruik, knoeien met eten

Apathie

Initiatiefloos gedrag, niet tot activiteiten te bewegen, niet uiten van emoties

Overmatig oninvoelbaar huilen of lachen

Spontaan of na geringe emotie onbedwingbaar huilen of lachen dat vaak in elkaar over gaat

Bijlage 2

Adviezen voor medicamenteuze behandeling

bij probleemgedrag dat verklaard kan worden vanuit de aanwezigheid van een psychiatrische aandoening anders dan dementie

2.1 Probleemgedrag verklaard vanuit aanwezigheid van delier (gebaseerd op de NVvP-richtlijn delier en de NHG standaard delier bij ouderen) ^{50,51}

1^e keuze

Haloperidol: startdosering 0,5 mg per os; dosering kan op geleide van de symptomen à 1 uur opgehoogd worden; onderhoudsdosering 1-2 dd 0,5 mg; streefdosering: laagste werkzame dosis; maximumdosering: 10 mg ⁹⁷.

Bij ernstig delier/als snelle werking gewenst is: 2,5-5 mg intramusculair (of subcutaan) ⁹⁸.

Therapieduur

Een week nadat de patiënt symptomvrij is proberen te stoppen

Co-medicatie

Bij onvoldoende sedatie/ernstig delier kan lorazepam (oraal, i.m of i.v.) 0,5-2,0 mg per 24 uur worden bijgegeven ⁹⁹.

Delier bij een patiënt met parkinsonisme (M. Parkinson)

1^e keuze

Clozapine: startdosering 1 dd 6,25 mg; streefdosering: laagste werkzame dosis; maximumdosering: 50 mg ¹⁰⁰.

Therapieduur

Een week nadat de patiënt symptomvrij is proberen te stoppen.

Tevens is overleg met een deskundig specialist over sanering Parkinsonmedicatie wenselijk bij gebruik van Parkinson medicatie.

Bij gebruik van clozapine is wekelijks controle van het leukocytental noodzakelijk (de 1^e 18 weken), daarna maandelijks. In gevallen waar wekelijkse controle van het leukocytental op onoverkomelijke bezwaren stuit kan gekozen worden voor quetiapine.

Rivastigmine kan gebruikt worden wanneer alternatieve therapieën falen, gezien de effectiviteit van dit middel bij visuele hallucinaties bij patiënten met Lewy Body dementie. In acute gevallen, bijvoorbeeld bij hevige onrust, of wanneer parenterale toediening gewenst is, is het mogelijke effect op de motoriek ondergeschikt aan het beoogde klinische effect. In deze gevallen kan haloperidol als voorkeursbehandeling overwogen worden.

2.2 Probleemgedrag verklaard vanuit aanwezigheid van een psychotische stoornis

Er is geen Nederlandse evidence-based richtlijn over de behandeling van een psychotische stoornis. Wel is er een Nederlandse evidence-based richtlijn over schizofrenie, die zich echter niet op ouderen richt ⁵⁵.

In het buitenland ontbreken eveneens dergelijke richtlijnen. De behandelingsadviezen in deze paragraaf zijn daarom gebaseerd op de adviezen voor de behandeling van oudere patiënten met schizofrenie en oudere patiënten met een waanstoornis zoals die geformuleerd zijn in een consensus guideline betreffende het voorschrijven van antipsychotica bij ouderen, afkomstig uit de Verenigde Staten van Amerika ^{101,102}.

1^e keuze

Risperidon: startdosering: 0,5 mg per os per dag; streefdosering: laagste werkzame dosis; maximum: 3,5 mg per dag.

Therapieduur

6 maanden

2^e keuze

Quetiapine: startdosering: 50 mg per os per dag; streefdosering: laagste werkzame dosis; maximum: 300 mg per dag.

Therapieduur

6 maanden

2.3 Probleemgedrag verklaard vanuit aanwezigheid van een van depressie (gebaseerd op het addendum ouderen bij de multidisciplinaire richtlijn depressie en op de multidisciplinaire richtlijn depressie) ^{52,57}

Bij bewoners met depressieve symptomen, zonder dat sprake is van 'major depression' of een 'minor depression', is er geen indicatie voor antidepressiva.

Bij een 'minor depression' wordt aanbevolen te kiezen uit maximaal 2 maanden 'watchful waiting' of niet-farmacologische interventies. Pas als niet-farmacologische interventies geen effect hebben zijn farmacologische interventies aangewezen, al dan niet in combinatie met gerichte niet-farmacologische interventies.

Bij een 'major depression' zijn gerichte niet-farmacologische interventies (op advies of onder begeleiding van een psycholoog) of antidepressiva aangewezen, of de combinatie hiervan.

Bij de keus van een antidepressivum geldt dat de nieuwe generatie antidepressiva zoals SSRI's de voorkeur hebben boven de tricyclische antidepressiva als middel van 1^e keus. Dit geldt niet bij ernstige depressies (psychotisch, suïcidaal, voedselweigerings), dan dient in overleg met een consultant psychiater meteen nortriptyline te worden overwogen (en soms ECT).

1^e keuze

Citalopram¹⁰³: startdosis: 1 dd 10 mg, na 1 week ophogen tot 20 mg, tenzij bijwerkingen dit belemmeren. Bij onvoldoende effect na 4 weken kan eventueel opgehoogd worden tot maximaal 40 mg.

Indien na 6 weken onvoldoende effect, evt. ander SSRI/NSRI overwogen of over naar 2^e keuze.

Therapieduur

Bij een succesvolle behandeling:

- 1 jaar onderhoudstherapie indien 1e depressie, daarna afbouwen medicatie in stappen van 10 mg per 1-2 maanden
- bij recidief depressie levenslang onderhoudsbehandeling overwogen.

2^e keuze

Nortriptyline: startdosis 10-25 mg a.n., binnen 2 weken ophogen tot 50-75 mg. Bij onvoldoende effect na 4 weken op geleide van spiegel en bijwerkingen eventueel verder ophogen. Indien na 6 weken onvoldoende effect en spiegel minimaal 100 microgram/ml, consult psychiater overwegen.

Therapieduur

Bij een succesvolle behandeling:

- 1 jaar onderhoudstherapie indien 1^e depressie, daarna afbouwen medicatie instappen van 10 mg per 2-4 weken
- bij recidief depressie levenslang onderhoudsbehandeling overwogen.

N.B. Bij het starten van tricyclische antidepressiva is het tevoren afnemen van een ECG geïndiceerd. Voor het starten van een SSRI wordt aanbevolen het serumnatriumgehalte te bepalen en dit te herhalen na 2 weken.

2.4 Probleemgedrag verklaard vanuit aanwezigheid van een angststoornis (gebaseerd op het addendum ouderen bij de multidisciplinaire richtlijn angststoornissen en op de multidisciplinaire richtlijn angststoornissen)^{53,56}

In het addendum worden medicamenteuze behandelingsadviezen gegeven voor een zestal angststoornissen (gegeneraliseerde angststoornis, paniekstoornis, sociale angststoornis, specifieke fobie, posttraumatische stressstoornis, obsessief-compulsieve stoornis) en hypochondrie.

Veel van de adviezen berusten op onderzoek verricht bij volwassenen jonger dan 65 jaar.

Als gekozen wordt voor een medicamenteuze behandeling van deze angststoornissen, heeft een antidepressivum uit de groep van de selectieve serotonine heropname remmers (SSRI) bij al deze stoornissen de voorkeur.

Gebruik van een benzodiazepine, met korte halfwaardetijd, wordt alleen geadviseerd voor die gevallen van specifieke fobie, waarbij sprake is van onregelmatige confrontaties met de angstverwekkende stimulus die niet te vermijden zijn.

1^e keuze

Citalopram¹⁰³ startdosering 1 dd 10 mg; streefdosering 20-30 mg; maximumdosering 60 mg.

Therapieduur

Na 6-12 maanden proberen af te bouwen.

Afbouwen in stappen van 10 mg per 3 maanden.

2^e keuze

Ander SSRI

Bij (fobische) angst door niet te vermijden angstverwekkende stimuli

1^e keuze:

Lorazepam 0,5-1 mg per os of oxazepam 5-10 mg per os ½ uur-1 uur voor confrontatie met de niet te vermijden stimulus

N.B. Het addendum ouderen bij de multidisciplinaire richtlijn angststoornissen ziet verder geen plaats voor benzodiazepines bij de medicamenteuze behandeling van angststoornissen bij ouderen, vanwege het ontbreken van effectstudies bij ouderen en vanwege de grote nadelen van de bijwerkingen van deze middelen bij ouderen.

2.5 Probleemgedrag verklaard vanuit aanwezigheid van een slaapstoornis (gebaseerd op de NHG standaard slaapproblemen en slaappmiddelen)⁴⁹

1^e keuze

Temazepam: startdosering 1 dd 10mg; streefdosering 10mg; maximumdosering 20mg. Liefst intermitterend geven. Therapieduur bij dagelijks gebruik: maximaal 2 weken.

2^e keuze

Zolpidem: startdosering 1 dd 5 mg; streefdosering 5 mg; maximumdosering 5mg. Liefst intermitterend geven. Therapieduur bij dagelijks gebruik: maximaal 2 weken.

N.B. Voor medicamenteuze behandeling van omkering dag-nacht-ritme en nachtelijke agitatie bij dementie wordt verwezen naar de adviezen die in bijlage 3 gegeven worden voor de medicamenteuze behandeling van probleemgedrag bij dementie.

Tabel behorend bij bijlage 2

Schematisch overzicht medicatieadviezen bij probleemgedrag verklaard vanuit delier, psychotische stoornis, depressie, angststoornis of slaapstoornis.

| 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 10mg. 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 1 ^e keuze. Controle van leucocytenaantal is dan noodzakelijk. |
| | rivastigmine | Startdosering 2 dd 1,5 mg. Te verhogen in 2-wekelijkse stappen van 2 dd 1,5 mg tot maximaal 2 dd 6 mg. | Bij delier bij een patiënt met Parkinsonisme (M.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: 40 mg | Natrium bepalen voor en na starten. Bij ontbreken van effect na 6 weken: citalopram vervangen door een 2 ^e SSRI/NSRI of over gaan 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 van effect, bijwerkingen en spiegel (minimaal 100 microgram/ml) verder ophogen. | ECG maken voor starten. Nortryptiline is 1 ^e keus bij ernstige depressies (psychotisch; suïcidaal; voedselweigerings). Therapieduur antidepressiva: minimaal 12 maanden bij 1 ^e episode; levenslang bij recidief. |
| Angststoornis | citalopram | Startdosering: 1 dd 10 mg p.o.; streefdosering: 20-30 mg; maximumdosering 60 mg. | Natrium bepalen voor en na starten. Bij ontbreken van effect na 6 weken: citalopram vervangen door een 2 ^e SSRI. Therapieduur na 6-12 maanden proberen citalopram/2 ^e 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 | 5-10 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. | |

Bijlage 3

Adviezen voor de medicamenteuze behandeling

bij probleemgedrag (neuropsychiatrische symptomen) bij dementie (gebaseerd op Richtlijn diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie) ⁵⁴

Psychofarmaca dienen voor de behandeling van neuro-psychiatrische symptomen bij dementie pas te worden gebruikt wanneer psychologische interventies en interventies in de omgeving onvoldoende effectief zijn gebleken. Het nu volgende overzicht beschrijft de aanbevelingen voor de medicamenteuze behandeling van agitatie/ agressie, hallucinaties/ wanen, angst, depressie, apathie, roepen, constant aandacht vragend gedrag, seksueel ontremd gedrag en nachtelijke onrust bij dementie. Voor de behandeladviezen van de meeste symptomen wordt aangesloten bij de adviezen van de richtlijn Diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie. Voor zover er nieuwe literatuur is verschenen na het gereedkomen van deze richtlijn, is deze toegevoegd. Over de symptomen roepen, constant aandacht vragend gedrag, seksueel ontremd gedrag en nachtelijke onrust doet de richtlijn Diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie geen uitspraak en wordt het advies geformuleerd op basis van het niveau van bewijskracht van de relevante onderzoeken ¹⁰⁴. Wanneer meerdere middelen uit een groep gekozen kunnen worden en een duidelijke voorkeur voor een geneesmiddel ontbreekt, wordt dit weergegeven met bolletjes (•). De volgorde waarin de verschillende groepen geneesmiddelen worden besproken en weergegeven in tabel 3 weerspiegelt geen volgorde van voorkeur.

Overwegingen bij het maken van een keuze tussen klassieke en atypische antipsychotica

Antipsychotica zijn beperkt werkzaam en hebben een grote kans op bijwerkingen, vooral extrapyramidale bijwerkingen en sufheid.

Deze bijwerkingen zijn bij 20 % van de patiënten een reden om de behandeling te staken ¹⁰⁵.

Voor de atypische antipsychotica olanzapine en risperidon is een verhoogd risico op CVA en mortaliteit vastgesteld. Het risico op CVA stijgt van 0,8% naar 3,1 % ¹⁰⁶. Dit risico geldt mogelijk voor alle antipsychotica (klasse effect); bij klassieke middelen is bovendien de mortaliteit in het eerste half jaar 30% hoger dan bij gebruik van de atypische antipsychotica ¹⁰⁷.

Op basis van de werkzaamheid kan er voor de behandeling van Alzheimer dementie of vasculaire dementie geen duidelijke voorkeur worden gegeven voor atypische of klassieke antipsychotica. Bij een keuze voor het voorschrijven van atypische of klassieke antipsychotica moeten bij iedere individuele patiënt de voor- en nadelen worden afgewogen. Factoren die hierbij meewegen zijn de verhoogde kans op CVA bij de atypische middelen, vooral bij vasculaire

dementie; de extrapyramidale bijwerkingen bij de klassieke middelen (en atypische middelen in hogere dosering), de kans op tardieve dyskinesie bij langdurig gebruik van de klassieke middelen, het type dementie (klassieke middelen gecontraïndiceerd bij Lewy-body Dementie) en de kostprijs (klassieke middelen zijn goedkoper).

Het verhoogd risico op CVA en overlijden geldt niet alleen voor atypische, maar ook voor typische antipsychotica en zijn een reden om bij patiënten met vasculaire risicofactoren extra terughoudend te zijn met het gebruik ervan.

Afbouwen en stoppen van antipsychotica

Er is in beperkte mate onderzoek gedaan naar effecten van reductie of staken van antipsychotica voorgeschreven voor probleemgedrag bij dementie in verpleeg- en verzorgingshuizen ¹⁰⁸.

Uit de studies blijkt dat staken van antipsychotica bij een aanzienlijk deel van de bewoners van verpleeghuizen die deze middelen al langere tijd gebruiken goed mogelijk is zonder significante toename van probleemgedrag.

De kans op succesvol staken is lager bij patiënten bij wie nog een relatief hoge mate van probleemgedrag aanwezig is, die relatief hogere doseringen antipsychotica gebruiken en die meerdere psychofarmaca gebruiken. Ditzelfde lijkt niet te gelden voor het verlagen van de dosering antipsychotica.

Verder blijkt, dat wanneer naast richtlijnen voor gepast antipsychotica gebruik, scholing en training in het gebruik van omgangstechnieken wordt aangeboden, dit leidt tot reductie van antipsychoticagebruik. Buitenlandse aanbevelingen over gebruiksduur, afbouwen en/of staken van antipsychotica zijn globaal vergelijkbaar ¹⁰⁹. Wanneer probleemgedrag gestabiliseerd is dient periodiek de noodzaak tot voortgezet gebruik van antipsychotica te worden bepaald. Op basis van deze buitenlandse aanbevelingen wordt geadviseerd, als gedragsproblematiek na het starten van de medicamenteuze therapie is afgenomen of gestabiliseerd gedurende 3 maanden, het antipsychoticum geleidelijk af te bouwen en te staken (onder monitoring van gedrag en motoriek). Wat betreft het staken van antipsychotica wordt in navolging van enkele studies en de vigerende praktijk aanbevolen een afbouwschema te hanteren, bijvoorbeeld door iedere week de dosis te halveren. Tijdens het afbouwen kunnen agitatie of slaapproblemen als onttrekkingsymptomen optreden, waarvoor tijdelijk een kortwerkend benzodiazepine op 'zododig' basis kan worden voorgeschreven.

3.1 Adviezen voor medicamenteuze behandeling van agitatie/agressie bij dementie

Anxiolytica

Benzodiazepinen kunnen worden gebruikt bij behandeling van agitatie bij dementie, met name wanneer deze gebaseerd is op angst. Het verdient de voorkeur te kiezen voor een kortwerkend anxiolyticum (zoals lorazepam, oxazepam) voorgeschreven voor een korte periode van hoogstens 2-4 weken. Of er kan gekozen worden voor 'zo nodig'-gebruik. Bij acute behandeling kan worden gekozen voor intramusculaire toediening ¹¹⁰.

- *Kortdurende behandeling*: kortwerkend benzodiazepine, bijvoorbeeld lorazepam 2 dd 0,5 mg of oxazepam 3 dd 5 - 10 mg
- *'Zo nodig'-gebruik*: kortwerkend benzodiazepine, bijvoorbeeld lorazepam 0,5 - 1 mg of oxazepam 5 - 10 mg
- *Acute behandeling*: lorazepam 1 mg i.m.

Antidepressiva

Voor de behandeling van agitatie en agressief gedrag bij dementie is van citalopram een gunstig effect aangetoond bij de behandeling van agitatie. Trazodon kan effectief zijn bij de behandeling van agitatie bij frontotemporale dementie.

- *1^e keuze*: citalopram, startdosis 10 mg, ophogen op geleide van symptomen tot maximaal 40 mg

Bij agitatie bij frontotemporale dementie kan gekozen worden voor trazodon (startdosis 50 mg, ophogen op geleide van symptomen tot 150-300 mg).

Anticonvulsiva

Indien andere middelen ineffectief zijn of (te) veel bijwerkingen veroorzaken, kan bij agitatie bij dementie carbamazepine worden overwogen. Het is aangetoond dat natriumvalproaat niet effectief is voor agitatie/agressie bij dementie.

Memantine

Over de werkzaamheid van memantine is nieuw bewijsmateriaal beschikbaar, dat niet voorhanden was bij het gereedkomen van de NVKG/CBO richtlijn. Er zijn aanwijzingen dat memantine effectief is bij de behandeling van agitatie/agressie bij matig ernstig-ernstige Alzheimer dementie. Er zijn te weinig gegevens om de werkzaamheid van memantine bij lichtere Alzheimer dementie of andere vormen van dementie te beoordelen ¹¹¹.

Memantine heeft vrijwel geen bijwerkingen. Als de verschijnselen zijn afgenomen of gestabiliseerd, kan worden getracht de medicatie na drie maanden weer te staken, maar naar de gewenste duur van de behandeling zijn nog geen studies verricht.

- Memantine: startdosis 5 mg/dag; per week ophogen op geleide van de symptomen tot maximaal 2 dd 10 mg.

Cholinesteraseremmers

De effectiviteit van cholinesteraseremmers voor de behandeling van agitatie/agressie bij dementie is nog

onvoldoende aangetoond. Bij Lewy Body Dementie zijn er aanwijzingen dat rivastigmine effectief is bij gedragsproblemen in het algemeen, maar dat is op dit moment nog niet specifiek bewezen voor agitatie/agressie.

Antipsychotica

Antipsychotica zijn vooral geïndiceerd voor de behandeling van agitatie, wanneer er ook sprake is agressie. Voor overwegingen voor het maken van een keuze wordt verwezen naar de inleidende tekst van bijlage 3.

- Haloperidol: startdosis: 2 dd 0,5 mg p.o.; ophogen op geleide van symptomen en bijwerkingen tot maximaal 6 mg p.o. per dag
- Risperidon: startdosis 2 dd 0,5 mg p.o.; ophogen op geleide van symptomen en bijwerkingen tot maximaal 6 mg p.o. per dag

Bij Lewy Body Dementie wordt quetiapine of olanzapine geadviseerd als bij deze aandoening gekozen wordt voor behandeling van agitatie/agressie met een antipsychoticum ¹¹².

3.2 Adviezen voor medicamenteuze behandeling van hallucinaties/wanen bij dementie

Voor deze symptomen bij dementie zijn de antipsychotica het best onderzocht op effectiviteit. Er is bewijs dat behandeling een lichte verbetering van deze symptomen geeft, met name in de groep met ernstige symptomen gepaard gaand met agitatie ¹¹³.

- Haloperidol: startdosis: 2 dd 0,5 mg p.o.; ophogen op geleide van symptomen en bijwerkingen tot maximaal 6 mg p.o. per dag
- Risperidon: startdosis 2 dd 0,5 mg p.o.; ophogen op geleide van symptomen en bijwerkingen tot maximaal 6 mg p.o. per dag

In geval van hallucinaties/wanen bij Lewy Body Dementie of Parkinson dementie wordt rivastigmine geadviseerd. Startdosis 2 dd 1,5mg, te verhogen steeds na minimaal twee weken met 2 dd 1,5 mg tot maximaal 2 dd 6mg. De hoogste goed verdragen dosering is doorgaans 3-6 mg 2 maal per dag. Als de verschijnselen zijn afgenomen of gestabiliseerd kan worden getracht de medicatie na drie maanden weer te staken, maar naar de gewenste duur van de behandeling zijn nog geen studies verricht. Sinds kort is ook een transdermale toedieningsvorm van de rivastigmine op de markt. Over de werkzaamheid van deze eenmaal daagse toedieningsvorm voor deze indicatie zijn geen gegevens voorhanden.

3.3 Adviezen voor medicamenteuze behandeling van angst bij dementie

Bij sommige patiënten met probleemgedrag bij dementie waarbij een angstcomponent een rol speelt, kan een benzodiazepine worden gegeven ¹¹⁴.

- 1^e keuze: kortwerkend benzodiazepine, bijvoorbeeld lorazepam 2 dd 0,5 mg of oxazepam 3 dd 5 - 10 mg

3.4 Adviezen voor medicamenteuze behandeling van depressieve symptomen bij dementie

Bij voldoende zekerheid over de aanwezigheid van een depressie wordt voor medicatieadviezen verwezen naar bijlage 2 (paragraaf 2.3) in deze richtlijn. Wanneer er sprake is van depressieve symptomen en aanwezigheid van de dementie de diagnose depressie onbetrouwbaar maakt, is een behandeling met een SSRI een optie. Er zijn aanwijzingen dat een SSRI leidt tot afname van depressieve klachten, tot verbetering van het algemeen dagelijks functioneren en tot vermindering van de belasting van de mantelzorger.

- *Citalopram*: startdosering 1 dd 10 mg; streefdosering 20-30 mg; maximumdosering 40 mg ¹⁰³.

Bij frontotemporale dementie kan ook trazodon worden overwogen, start 50 mg a.n. ophogen tot 1 dd 150- 300 mg a.n.

3.5 Adviezen voor medicamenteuze behandeling van apathie bij dementie

De wetenschappelijk evidence voor medicamenteuze behandeling van apathie bij dementie is uiterst beperkt. Er zijn aanwijzingen dat rivastigmine werkzaam is voor apathie bij Lewy-Body dementie. Dit middel kan overwogen worden als de noodzaak tot medicamenteus behandelen aanwezig is (apathie kan met name voor mantelzorgers van thuiswonende patiënten met lichte dementie een groot probleem vormen) ¹¹⁵. Bij andere vormen van dementie is er onvoldoende bewijs voor medicamenteuze behandeling van apathie ¹¹⁶.

- *Bij Lewy-Body Dementie*: rivastigmine: startdosering 2 dd 1,5 mg, te verhogen steeds na minimaal twee weken met 2 dd 1,5 mg tot maximaal 2 dd 6mg. De hoogste goed verdragen dosering is doorgaans 3-6 mg 2 maal per dag.

3.6 Adviezen voor medicamenteuze behandeling van roepgedrag bij dementie

Roepen kan geassocieerd zijn met pijn en depressie. In die gevallen kan een proefbehandeling met analgetica of antidepressiva (SSRI's) gegeven worden ¹¹⁷. Roepen als symptoom van agitatie, vraagt om een integrale behandeling met een combinatie van psychosociale en medica-

menteuze interventies (zie hiervoor verder 3.1).

Voor roepen als geïsoleerd symptoom is er onvoldoende bewijs voor de effectiviteit van een medicamenteuze behandeling ¹¹⁸.

3.7 Adviezen voor medicamenteuze behandeling van constant aandacht vragend gedrag bij dementie

Constant aandacht vragend gedrag wordt regelmatig door hulpverleners ook omschreven als 'claimend gedrag'. Dit gedrag vraagt om goede diagnostiek en inventarisatie van de achterliggende hulpvraag. Voor claimend gedrag als onderdeel van agitatie wordt verwezen naar 3.1. Voor constant aandacht vragend gedrag als geïsoleerd symptoom is er onvoldoende bewijs voor de effectiviteit van een medicamenteuze behandeling ¹¹⁹.

3.8 Adviezen voor medicamenteuze behandeling van seksueel ontremd gedrag bij dementie

Bij patiënten met seksueel ontremd gedrag bij dementie die dopaminerge medicatie gebruiken (bij patiënten met Lewy Body dementie of patiënten met dementie bij de ziekte van Parkinson) dient afbouwen van de dopaminerge medicatie overwogen te worden.

Er is verder weinig onderzoek gedaan naar de medicamenteuze behandeling van seksueel ontremd gedrag bij dementie. Er is geen onderzoek naar de werkzaamheid van antipsychotica bij seksueel ontremd gedrag bij dementie. Er zijn enkele case reports over een gunstige werking van SSRI's en cyproteron (bij mannen) ¹²⁰.

Cyproteron is formeel geregistreerd voor behandeling van hyperseksualiteit. Naar de mening van de werkgroep zijn de case reports onvoldoende bewijs om cyproteron en SSRI's aan te bevelen bij patiënten met seksueel ontremd gedrag als geïsoleerd symptoom bij dementie.

3.9 Adviezen voor medicamenteuze behandeling van nachtelijke onrust /omkering dag-nachtritme bij dementie

Bij een primair slaapprobleem wordt verwezen naar bijlage 2 (paragraaf 2.5) van deze richtlijn. Bij nachtelijke onrust/omkering dag-nachtritme hebben niet medicamenteuze interventies de voorkeur, zoals bv. ochtend licht therapie ¹²¹ en verlichting op daglicht-sterkte overdag in de woonkamer. Er zijn aanwijzingen dat risperidon effect heeft op nachtelijke onrust ^{122, 123, 124}. Wetenschappelijk onderzoek naar het effect van pipamperon op het slaap/waak ritme en nachtelijke onrust bij dementie ontbreekt. Mogelijk is het effect van risperidon wel een klasse effect van alle antipsychotica, hier is echter geen onderzoek naar verricht. Er is evenmin onderzoek naar het effect van benzodiazepines bij nachtelijke onrust/omkering dag-nachtritme bij dementie. Het is aannemelijk dat melatonine het slaap/

waakritme bij dementie verbetert. Dit is echter alleen aangetoond in combinatie met lichttherapie of versterkt daglicht ¹²⁵.

- *Risperidon*: startdosering 1 dd 0,5 mg p.o. (a.n.); ophogen op geleide van symptomen en bijwerkingen tot 1 dd 3 mg p.o. (a.n.)
- *Melatonine*: 2,5 mg een uur voor het slapen, mits dit gecombineerd wordt met lichttherapie of versterkt daglicht.

Tabel behorend bij bijlage 3

Schematisch overzicht medicatieadviezen bij probleemgedrag (neuropsychiatrische symptomen) verklaard vanuit aanwezigheid van dementie.

NB: de volgorde waarin de verschillende groepen geneesmiddelen worden weergegeven in tabel 3 weerspiegelt geen volgorde van voorkeur. Wanneer meerdere middelen uit één groep gekozen kunnen worden en een voorkeur voor één van de geneesmiddelen ontbreekt, dan worden de geneesmiddelen voorafgegaan door een bolletje (•).

| Probleemgedrag bij dementie | Groep & Middel | Dosering | Opmerkingen |
|-----------------------------|--|---|--|
| Agitatie/agressie | Anxiolytica • oxazepam | Zo nodig: 5-10 mg p.o.; bij dagelijks gebruik : 3 dd 5-10 mg p.o | Therapieduur bij dagelijks gebruik van benzodiazepinen: maximaal 2-4 weken. |
| | • lorazepam | Zo nodig: 0,5-1 mg p.o.; indien snelle werking vereist is: 1 mg i.m.; bij continu gebruik : 2 dd 0,5 mg p.o. | |
| | Antidepressiva citalopram | Startdosering 1 dd 10 mg p.o ; ophogen tot maximaal 40 mg per dag op geleide symptomen | Natrium bepalen voor en na starten. Therapieduur: afbouwen/stoppen bij stabiele situatie gedurende 3 maanden. Bij frontotemporale dementie kan trazodon overwogen worden. Startdosering 1 dd 50 mg p.o ; ophogen tot maximaal 300 mg per dag. |
| | Anticonvulsiva carbamazepine | Dosering conform de behandeling van epilepsie en stemmingsstoornissen | Controles conform de behandeling van epilepsie en stemmingsstoornissen. |
| | memantine | Startdosering 1dd 5 mg; per week ophogen op geleide symptomen tot maximaal 2 dd 10 mg | |
| | Antipsychotica • haloperidol | Startdosering 2 dd 0,5 mg p.o. ophogen op geleide van symptomen en bijwerkingen maximaal tot 2dd 3 mg p.o. per dag. | Therapieduur: antipsychotica afbouwen/stoppen bij stabiele situatie gedurende 3 maanden. Bij Lewy Body dementie kunnen quetiapine of olanzapine overwogen worden. |
| • risperidon | Startdosering 2 dd 0,5 mg p.o. ophogen op geleide van symptomen en bijwerkingen maximaal tot 2 dd 3 mg p.o. per dag. | | |

| Probleemgedrag bij dementie | Groep & Middel | Dosering | Opmerkingen |
|--|--|---|--|
| Hallucinaties/wanen | Antipsychotica • haloperidol | Startdosering 2 dd 0,5 mg p.o.; ophogen op geleide van symptomen en bijwerkingen tot maximaal 2 dd 3 mg p.o. per dag | Therapieduur: antipsychotica afbouwen/stoppen bij stabiele situatie gedurende 3 maanden. |
| | • risperidon | Startdosering 2 dd 0,5 mg p.o.; ophogen op geleide van symptomen en bijwerkingen tot maximaal 2dd 3 mg p.o. per dag | |
| | rivastigmine | Startdosering 2 dd 1,5 mg p.o.; ophogen tot maximaal 2 dd 6 mg. | Bij Lewy Body dementie en Parkinson dementie. |
| Angst | Anxiolytica • oxazepam | Zo nodig: 5-10 mg p.o.; continu gebruik: 3 dd 5-10 mg | Therapieduur bij continu gebruik van benzodiazepinen: maximaal 2-4 weken. |
| | • orazepam | Zo nodig: 0,5-1 mg p.o.; continu gebruik: 2 dd 0,5 mg | |
| Depressieve symptomen | Antidepressiva citalopram | Startdosering 1 dd 10 mg p.o ; ophogen tot maximaal 40 mg per dag | Bij frontotemporale dementie kan trazodon overwogen worden. Startdosering 1 dd 50 mg p.o ; ophogen tot maximaal 300 mg per dag. |
| Apathie | rivastigmine | Startdosering 2 dd 1,5 mg p.o.; ophogen tot maximaal 2 dd 6 mg. | Alleen te overwegen bij apathie bij Lewy Body dementie. |
| Roepgedrag | | | Als geïsoleerd symptoom bij dementie onvoldoende bewijs aanwezig voor aanbeveling over medicamenteuze behandeling. |
| Constant aandacht vragend gedrag | | | Als geïsoleerd symptoom bij dementie onvoldoende bewijs aanwezig voor aanbeveling over medicamenteuze behandeling. |
| Seksueel ontremd gedrag | | | Als geïsoleerd symptoom bij dementie onvoldoende bewijs aanwezig voor aanbeveling over medicamenteuze behandeling. |
| Nachtelijke onrust/ omkering dag-nachtritme | risperidon | Startdosering 1 dd 0,5 mg p.o. (a.n.); ophogen op geleide van symptomen en bijwerkingen tot 1dd 3 mg p.o. (a.n.) | Therapieduur: afbouwen/stoppen bij stabiele situatie gedurende 3 maanden. |
| | melatonine | Start 2,5 mg p.o. (een uur voor het slapen) | Alleen geven als melatonine gecombi- neerd wordt met lichttherapie of versterkt daglicht. |

Bijlage 4

Voorstel voor indicatoren

Deze bijlage bevat een voorstel voor indicatoren aan de hand waarvan de verpleeghuisarts/sociaal geriater haar handelen bij probleemgedrag kan registreren en bijsturen.

Indicatoren voor de richtlijn Probleemgedrag

Donabedian ¹²⁶ heeft drie belangrijke dimensies van kwaliteit van zorg gedefinieerd: structuur, proces en resultaat van zorg.

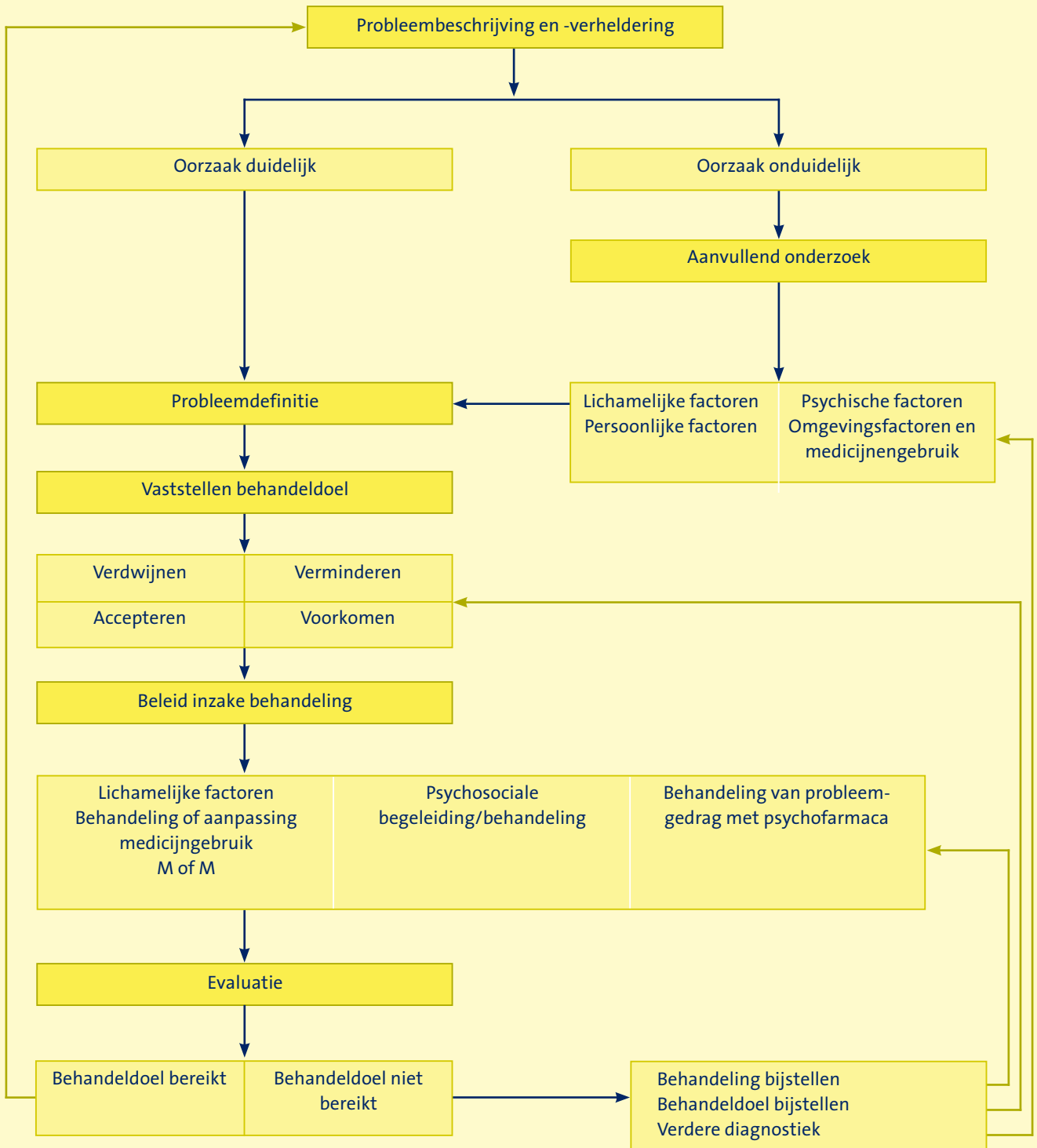
Structuurindicatoren geven informatie over de organisatiestructuur en de zorg die geleverd moet worden. Procesindicatoren worden gebruikt om stappen tijdens de behandeling van de patiënt te volgen. Effectindicatoren geven informatie over het effect van de zorg.

Aan de hand van deze indicatoren kunnen de resultaten van de richtlijn Probleemgedrag en de daaruit voortvloeiende protocollen geregistreerd, getoetst en bijgestuurd worden. Gaandeweg ontstaat de mogelijkheid om extra indicatoren te formuleren of bestaande indicatoren aan te scherpen.

1. De verpleeghuisarts/sociaal geriater heeft lichamelijke oorzaken uitgesloten en dit geregistreerd.
2. In het zorgdossier wordt de probleembeschrijving en -verheldering volgens de systematiek 2.1 probleem-beschrijving en -verheldering vastgelegd.
3. Als de verpleeghuisarts/sociaal geriater de behoefte aan aanvullend onderzoek door een psycholoog vaststelt is deze beschikbaar.
4. De verpleeghuisarts/sociaal geriater bespreekt de probleemdefinitie en het behandeldoel met de patiënt of diens vertegenwoordiger.
5. De probleemdefinitie, behandeldoelen en behandelbeleid zijn opgenomen in het zorgplan.
6. Als de verpleeghuisarts/sociaal geriater vaststelt dat een psychiater geconsulteerd dient te worden is deze beschikbaar.
7. De verpleeghuisarts/sociaal geriater heeft onderzoek gedaan naar a. lichamelijke factoren en medicijngebruik, b. psychische factoren, c. persoonlijke factoren en d. omgevingsfactoren.
8. In het zorgdossier van de patiënt met probleemgedrag zijn op de patiënt gerichte omgangsadviezen opgenomen.
9. Als "zo nodig" medicatie wordt voorgeschreven, wordt daarbij vermeld in welke omstandigheid het gegeven moet worden.
10. Benzodiazepinen worden niet langer dan 4 weken achtereen gegeven voor probleemgedrag.
11. Als het behandeldoel door middel van antipsychotica is gehaald, wordt na 3 maanden afgebouwd of vermeld waarom daarvan wordt afgeweken.
12. Het zorgplan wordt geëvalueerd overeenkomstig de hierover gemaakte afspraken.
13. Is het behandeldoel gehaald?
14. Is de patiënt tevreden over het effect van de ingezette behandeling?
15. Is de familie tevreden over het effect van de ingezette behandeling?
16. Zijn de medewerkers tevreden over het effect van de ingezette behandeling?

Bijlage 5

Stroomdiagram richtlijn Probleemgedrag



Bijlage 6

Noten

NB. De NVVA richtlijn Probleemgedrag (2002) is na evaluatie gedeeltelijk herzien. De beschreven methodische probleemgeoriënteerde werkwijze uit de verpleeghuis-geneeskunde, die uitgaat van de specifieke problemen die men in het concrete werken met een patiënt tegenkomt, behoefde geen wijziging. Dit betekent dat de bijbehorende verantwoording in noten evenmin is aangepast of aangevuld met recente literatuur.

De herziening betreft vooral de medicatieparagraaf 4.3.

De hierbij behorende noten zijn no. 46 tot 60. Voorts zijn bijlagen 2 en 3 gewijzigd.

De hierbij behorende noten zijn no. 97 tot 126.

-
- ¹ In 1992 is in opdracht van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur een uitgebreide literatuurstudie verricht naar gedragsproblematiek in het somatisch verpleeghuis. Bij het opstellen van de richtlijn probleemgedrag is door de werkgroep veelvuldig gebruik gemaakt van deze studie: *Stok-Koch EGHJ, Kuin Y. Gedragsproblematiek bij oudere somatische verpleeghuispatiënten. Een literatuurstudie. Nijmegen/Boxmeer, 1992*
-
- ² *Goffman E. Totale Instituties. Universitaire Pers Rotterdam 1975*
-
- ³
- 1 *Heeren TJ, Lagaay AM, Rooijmans HGM. De prevalentie van het dementiesyndroom bij de oudste bewoners van het somatisch verpleeghuis. NTVG 1992; 136:695-8*
 - 2 *Stok-Koch EGHJ, Kuin Y. Een verkennende literatuurstudie naar gedragsproblematiek bij somatische verpleeghuispatiënten. Vox Hospitii 1995; 19-1:8-15*
 - 3 *Kruit A. Somatiek en psychogeriatric: confectie of maatwerk? Scriptie Opleiding Verpleeghuisarts VU, juni 1994*
-
- ⁴ Stok-Koch en Kuin schatten, op basis van literatuurstudie, de prevalentie van inadequaat gedrag bij somatische verpleeghuisbewoners op 20 - 50%. *Stok-Koch EGHJ, Kuin Y. Gedragsproblematiek bij oudere somatische verpleeghuispatiënten. Een literatuurstudie. Nijmegen/Boxmeer, 1992*
-
- ⁵
- 1 *Godderis J. De psychiatrische verschijnselen bij en na een acuut CVA. Tijdschr Gerontol Geriatr. 1983; 14: 157-64*
 - 2 *Bossers SL, Jansen HJ. Aspecten van beleving en menselijke interactie bij cerebrale hersenletsels. Lezing NIP-sectie ouderen psychologie. Nijmegen, 1990.*
 - 3 *Oorsouw J van, Vonsée KS. Storend gedrag bij ouderen. Deel 4: beleving en verliesverwerking bij ouderen. Tijdschrift voor Verzorgenden. 1990; 38-42*
-
- ⁶ *Stok-Koch EGHJ, Kuin Y. Gedragsproblematiek bij oudere somatische verpleeghuispatiënten. Een literatuurstudie. Nijmegen/Boxmeer, 1992.*
-
- ⁷ Het moment van inschakelen van de psycholoog kan sterk verschillen per verpleeghuis. De beschikbaarheid en mogelijkheden van de psycholoog verschillen per verpleeghuis. Wanneer er sprake is van gedrag met een psychosociale oorzaak of wanneer er sprake is van weinig tolerantie van het team is het zinvol de psycholoog in te schakelen in een vroeg stadium. Soms is de psycholoog betrokken bij alle psychogeriatricische bewoners. Het is voor de hand liggend dat deze dan vanaf het begin betrokken is bij de diagnostiek en de behandeling van probleemgedrag. De werkgroep heeft er bewust voor gekozen het moment van inschakelen van de psycholoog open te laten.
-
- ⁸ De "Concept richtlijn diagnostiek en medicamenteuze behandeling van psychische en gedragsstoornissen bij een dementie" vormt, naast de literatuurstudie genoemd bij noot 1, de belangrijkste basis voor de richtlijnen diagnostiek van probleemgedrag.
- 1 *Bogaers MAJH, Koopmans RCTM, Vollaard EJ. Concept richtlijn diagnostiek en medicamenteuze behandeling van psychische en gedragsstoornissen bij een dementie. VOVA/KUN, 1997.*
 - 2 *Stok-Koch EGHJ, Kuin Y. Literatuuronderzoek naar gedragsproblematiek bij oudere somatische verpleeghuispatiënten. Nijmegen/Boxmeer, 1992.*
 - 3 *Stok-Koch EGHJ. Observatielijst, bewerking volgens Gurland BJ. Disturbed behavior, New York; Awad AG, 1987*
-
- ⁹ Voorbeelden van in het verpleeghuis gebruikte observatieschalen zijn:
- de Beoordelingsschaal voor Oudere Patiënten (BOP) ¹
 - de Observatieschaal Psychogeriatric (OPG) ²
 - de Nurses Observation Scale for Inpatient Evaluation (NOSIE) ³
 - de Gedragsobservatieschaal voor de Intramurale Psychogeriatric (GIP) ⁴
 - de Gedragsobservatieschaal Geriatric (GOS-G) ⁵
 - de Depressielijst ⁶
- ¹ *Kam P van der, Mol F, Wimmers MFHG. Beoordelingsschaal voor oudere patiënten. Deventer: Van Loghum Slaterus. 1971. De schaal is bedoeld voor differentiatie in begeleidingsbehoevende, verzorgingsbehoevende en verpleegbehoevende patiënten.*

- ² Duine TJ. De validiteit van een nieuwe psychogeriatrische gedragsobservatieschaal (OPG) voor toepassing in verpleeg- en verzorgingshuizen. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1991; 22: 228-33
- ³ Dingemans PM, Bleeker JAC, Frohn- de Winter ML. A cross-cultural study of the reliability and factorial dimensions of the Nurses' Observations Scale for Inpatient Evaluation (NOSIE). *Clin Psychol* 1984; 40: 169-72
- ⁴ Verstraten PFI, Eekelen CWJM van. Handleiding voor de GIP. Gedragsobservatieschaal voor Intramurale Psychogeriatric. Deventer: Van Loghum Slaterus. 1987
- ⁵ Gorissen JP. De structuur van de gedragsobservatieschaal Geriatrie (GOS-G) *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1994; 25: 58-62
- ⁶ Diesfeldt HFA. De depressielijst. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1997; 28: 113-8

Een overzicht van observatieschalen wordt gegeven in onderstaande publicatie⁷.

- ⁷ Jonghe JFM de, Pot AM, Teunisse S. Observatie- en beoordelingsschalen. In: Alzheimer en andere vormen van dementie. Jonker C, Verhey FRJ, Slaets JPI (red) 2001. Houten/Diegem. Bohn Stafleu Van Loghum

Naast gedragsobservatieschalen zijn in de verpleeghuizen nog diverse meetinstrumenten in gebruik, die de zorgvragen, zorgplannen en het benodigde zorgaanbod in kaart moeten brengen, zoals SIVIS, LZV, RAI e.d. Deze meetinstrumenten zijn veelal niet specifiek gericht op probleemgedrag en kunnen vooral gebruikt worden om zorgzwaarte en benodigde zorginzet op groepsniveau te meten.

- ¹⁰ Ouderen in het algemeen en zeker ouderen met een dementiesyndroom zijn verhoogd gevoelig voor de psychoxische effecten van geneesmiddelen. Geneesmiddelen of combinaties van geneesmiddelen kunnen een grote verscheidenheid aan psychische verschijnselen veroorzaken, waaronder een delirium. Het is een misvatting te denken dat het optreden van psychoxische verschijnselen altijd een teken van overdosering is. Deze verschijnselen zijn evenzeer mogelijk bij therapeutische doseringen. Daarnaast kan niet alleen het starten met een behandeling of het verhogen van de dosis tot problemen leiden maar ook het plotseling staken van een medicament of het sterk verlagen van de dosis. Zeker bij patiënten die al lijden aan een dementie is het moeilijk om de samenhang tussen de verschijnselen en het gebruik van bepaalde geneesmiddelen hard te maken. Wanneer de gedragsveranderingen optreden direct na het starten met een bepaald middel ligt het voor de hand aan een mogelijke samenhang tussen beide te denken. Sommige geneesmiddelen geven echter pas na langdurig gebruik psychoxische verschijnselen en dan is de relatie veel moeilijker te leggen¹.

- ¹ Bogaers MAJH, Koopmans RCTM, Vollaard EJ. Concept richtlijn diagnostiek en medicamenteuze behandeling van psychische en gedragsstoornissen bij een dementie. VOVA/KUN, 1997.

- ¹¹ Antihypertensiva: deze middelen kunnen zowel een direct toxisch effect geven op het cerebrum als een indirect effect, waarbij psychoxische reacties ontstaan ten gevolge van een insufficiënte cerebrale circulatie door bloeddrukdaling. Reserpine, methyl dopa en bèta-blokkers zijn met name bekend vanwege hun centrale werking en kunnen hierdoor aanleiding geven tot depressieve en/of delirante verschijnselen en slapeeloesheid. Alle andere antihypertensiva kunnen bij een te sterke bloeddrukdaling delirante symptomen geven.

Dit laatste geldt overigens ook voor alle farmaca met een anti-noradrenerg effect, die niet als antihypertensivum worden voorgeschreven, zoals een aantal antipsychotica en tricyclische antidepressiva^{1 2 3}.

- ¹ Jansen PAF. Medicamenten en verwardheid. *Tijdschr v Verpl* 1989; 1: 13-15
- ² Buis WMNJ, Loonen AJM. Door geneesmiddelen veroorzaakte psychopathologie: (differentiële) diagnostiek in de praktijk. *Tijdschr Psychiatr* 1985; 30: 94-104
- ³ Vecht - van den Bergh R. Psychiatrische bijwerkingen van veel gebruikte niet-psychiatrische geneesmiddelen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1983; 127: 2340-6

- ¹² Een overschot aan dopamine of een tekort aan acetylcholine werkt psychose-inducerend. Tot de middelen die de dopamine-acetylcholine balans kunnen verstoren, behoren:
- anticholinerge farmaca: antiparkinson middelen, antipsychotica (met name de fenothiazine derivaten zoals chloorpromazine, levomepromazine en thioridazine), tricyclische antidepressiva, antihistaminica en atropine: deze middelen geven vooral delirante verschijnselen;
 - dopaminerge middelen: antiparkinson middelen zoals levodopa en bromocriptine (parlodol): hierbij kunnen delirante verschijnselen optreden maar ook geïsoleerde wanen en depressieve symptomen^{1 2 3}.

- ¹ Jansen PAF. Medicamenten en verwardheid. *Tijdschr v Verpl* 1989; 1: 13-15
- ² Buis WMNJ, Loonen AJM. Door geneesmiddelen veroorzaakte psychopathologie: (differentiële) diagnostiek in de praktijk. *Tijdschr Psychiatr* 1985; 30: 94-104
- ³ Vecht - van den Bergh R. Psychiatrische bijwerkingen van veel gebruikte niet-psychiatrische geneesmiddelen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1983; 127: 2340-6

- ¹³ NSAID's kunnen depressieve en delirante symptomen veroorzaken en morfinomimetica kunnen psychotische verschijnselen teweegbrengen. Dit geldt met name voor pentazocine (Fortral R), codeïne en morfine bij parenterale toediening^{1 2 3}.

- ¹ Jansen PAF. Medicamenten en verwardheid. *Tijdschr v Verpl* 1989; 1: 13-15
- ² Buis WMNJ, Loonen AJM. Door geneesmiddelen veroorzaakte psychopathologie: (differentiële) diagnostiek in de praktijk. *Tijdschr Psychiatr* 1985; 30: 94-104
- ³ Vecht - van den Bergh R. Psychiatrische bijwerkingen van veel gebruikte niet-psychiatrische geneesmiddelen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1983; 127: 2340-6

- 14 Van de antibiotica kunnen met name de aminoglycosiden neurotoxiciteit geven ^{1,2}.
- 1 Jansen PAF. *Medicamenten en verwardheid. Tijdschr v Verpl 1989; 1: 13-15*
 - 2 Vecht - van den Bergh R. *Psychiatrische bijwerkingen van veel gebruikte niet-psychiatrische geneesmiddelen. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 2340-6*
- 15 Antidiabetica kunnen aanleiding geven tot hypoglycaemiën met delirante verschijnselen als gevolg ¹².
- 1 Jansen PAF. *Medicamenten en verwardheid. Tijdschr v Verpl 1989; 1: 13-15*
 - 2 Vecht - van den Bergh R. *Psychiatrische bijwerkingen van veel gebruikte niet-psychiatrische geneesmiddelen. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 2340-6*
- 16 Hartglycosiden zoals digoxine kunnen delirante verschijnselen geven ^{1,2,3}.
- 1 Jansen PAF. *Medicamenten en verwardheid. Tijdschr v Verpl 1989; 1: 13-15*
 - 2 Buis WMNJ, Loonen AJM. *Door geneesmiddelen veroorzaakte psychopathologie: (differentiële) diagnostiek in de praktijk. Tijdschr Psychiatr 1985; 30: 94-104*
 - 3 Vecht - van den Bergh R. *Psychiatrische bijwerkingen van veel gebruikte niet-psychiatrische geneesmiddelen. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 2340-6*
- 17 Corticosteroiden geven ofwel een affectief syndroom (manie of depressie) ofwel een psychotisch beeld (paranoïde wanen en visuele hallucinaties) ^{1,2,3}.
- 1 Jansen PAF. *Medicamenten en verwardheid. Tijdschr v Verpl 1989; 1: 13-15*
 - 2 Buis WMNJ, Loonen AJM. *Door geneesmiddelen veroorzaakte psychopathologie: (differentiële) diagnostiek in de praktijk. Tijdschr Psychiatr 1985; 30: 94-104*
 - 3 Vecht - van den Bergh R. *Psychiatrische bijwerkingen van veel gebruikte niet-psychiatrische geneesmiddelen. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 2340-6*
- 18 Het H2-antihistaminicum cimetidine (Tagamet R) kan zowel delirante als manische of depressieve verschijnselen geven ^{1,2,3}.
- 1 Jansen PAF. *Medicamenten en verwardheid. Tijdschr v Verpl 1989; 1: 13-15*
 - 2 Buis WMNJ, Loonen AJM. *Door geneesmiddelen veroorzaakte psychopathologie: (differentiële) diagnostiek in de praktijk. Tijdschr Psychiatr 1985; 30: 94-104*
 - 3 Vecht - van den Bergh R. *Psychiatrische bijwerkingen van veel gebruikte niet-psychiatrische geneesmiddelen. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 2340-6*
- 19 Benzodiazepinen kunnen aanleiding geven tot paradoxale reacties in de zin van toename van agitatie en angst, slape-loosheid, nachtmerries, vijandigheid en agressie ^{1,2}.
- 1 Jansen PAF. *Medicamenten en verwardheid. Tijdschr v Verpl 1989; 1: 13-15*
 - 2 Buis WMNJ, Loonen AJM. *Door geneesmiddelen veroorzaakte psychopathologie: (differentiële) diagnostiek in de praktijk. Tijdschr Psychiatr 1985; 30: 94-104*
- 20 Wanneer probleemgedrag optreedt in samenhang met een lichamelijke aandoening, zal dit gedrag zich vaak presenteren in het kader van een delirium. Echter ook wanneer gedragsveranderingen acuut optreden, maar er geen sprake is van een (volledig) delirium, dient altijd aan een somatische oorzaak te worden gedacht.
- 21 De belangrijkste lichamelijke oorzaken van een acuut delirium zijn: ^{1 2 3}
- acute infectieziekten, zoals griep, een pneumonie of een urineweginfectie: delirante verschijnselen kunnen al manifest worden een paar dagen voordat de infectieziekte zich openbaart
 - acute cardiovasculaire aandoeningen die gepaard gaan met een verslechtering van de cerebrale doorbloeding, zoals ritmestoornissen, acute decompensatio cordis en een "silent" hartinfarct
 - acute cerebrovasculaire aandoeningen: de acute fase van een cerebrovasculair incident of 'transient ischemic attack'
 - endocriene aandoeningen: hypoglycaemie (een diabetes met acute gedragsveranderingen heeft een "hypo" tot het tegendeel bewezen is), een dreigend hyperosmolair coma diabeticum, hyper- en hypothyreoïdie, hyperparathyreoïdie
 - metabole stoornissen: uremie en elektrolytstoornissen, meestal op basis van dehydratie, hypercalciëmie en hypernatriëmie
 - trauma capitis: contusio cerebri, subduraal hematoom
 - epilepsie: psychomotore aanvallen, petit-mal status en post-ictale toestanden
 - cerebrale neoplasmata.
- 1 Nieuwkerk JF van. *Lichamelijke oorzaken van verwardheid. Tijdschr v Verpl 1989; 13-1: 16-18*
 - 2 Hertogh CMPM, Eikelboom P. *Delirium bij ouderen en DSM IV: is er nu helderheid over verwardheid? Tijdschr Gerontol Geriatr 1995; 26: 51-61*
 - 3 Mensink HJ, Heeren TJ. *Delier in het verpleeghuis. Ned Tijdschr Geneesk 1995; 139: 257-9*
- 22 Delirante verschijnselen kunnen ook optreden bij overmatig alcohol- en coffeïnegebruik. Met het eerste zal men in het verpleeghuis niet zo gauw worden geconfronteerd, maar koffie, thee en chocolade worden er veelvuldig genuttigd. Overmatig coffeïnegebruik kan aanleiding geven tot het ontstaan of toenemen van prikkelbaarheid, angst, agressie, depressie en psychotische verschijnselen. Ook kunnen coffeïnehoudende geneesmiddelen oorzaak van slaapproblemen zijn ¹.
- 1 Brown SL, Salive ME, Pahor M et al. *Occult caffeine as a source of sleep problems in an older population. J Am Geriatr Soc 1995; 43: 86-4*
- 23 Delirante verschijnselen kunnen zich ook voordoen in het kader van het alcoholonthoudingssyndroom. Wanneer patiënten direct na opname in het verpleeghuis delirante verschijnselen gaan vertonen, dient men altijd aan alcoholgebruik in de thuissituatie te denken ¹. Ook onthouding van nicotine en coffeïne kan aanleiding zijn tot onrust ².

- ¹ Nieuwkerk JF van. *Lichamelijke oorzaken van verwardheid*. *Tijdschr v Verpl* 1989; 13-1: 16-18
- ² Jacobs WMG, Thiesbrummel AWB, Zijlicz Z. *Behandeling van onrust bij stervenden: meer dan sederen alleen*. *NTvG* 1998; 142 (9): 433-436
-
- 24 Onderzoek naar het bewustzijnsniveau is onder meer van belang omdat bij een delier sprake is van een bewustzijnsstoornis met een verminderd vermogen om de aandacht te concentreren, vast te houden of te verplaatsen ¹.
- ¹ Koster-Goos van GAS. *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM IV*. 1995; Lisse: Swets & Zeitlinger
-
- 25 Sensore deprivatie, bijvoorbeeld ten gevolge van visusstoornissen of slechthorendheid, kan leiden tot isolatie, eenzaamheid en een verkeerde interpretatie van signalen uit de omgeving ^{1,2}.
- ¹ Horowitz A. *The relationship between vision impairment and the assessment of disruptive behaviors among nursing home residents*. *Gerontologist*. 1997 Oct; 37 (5): 620-8
- ² Sloane PD, Davidson S, Buckwalter K, Lindsey BA, Ayers S, Lenker V, Burgio LD. *Management of the patient with disruptive vocalization*. *Gerontologist*. 1997 Oct; 37 (5): 675-82
-
- 26 Het afnemen van eigen mogelijkheden op het gebied van de a.d.l. bij verplegingsbehoevende ouderen kan gevoelens van angst, hulpeloosheid en boosheid oproepen. Dit kan vervolgens leiden tot probleemgedrag zoals apathie, agitatie, negativisme, dominantie, claimend gedrag, decorumverlies en ontremming ^{1,2,3}. Immobiliteit door onvermogen of fixatie kan leiden tot roepgedrag ⁴.
- ¹ Stuit HW, Stoop JA. *De betekenis van chronisch ziek zijn, gehandicapt zijn en invaliditeit voor de behandeling in het verpleeghuis*. In: Trommel J, Ribbe MW, Stoop JA (eds). *Capita selecta van de verpleeghuisgeneeskunde*. Utrecht, Bohn, Scheltema & Holkema, 1989.
- ² Stok-Koch EGHJ. *Vorbereidend literatuuronderzoek naar gedragsproblematiek in het verpleeghuis*. Nijmegen, 1990
- ³ Ekkerink JLP, Willekens-Bogaers MAJH. *Gedragsstoornissen in de psychogeriatric*. In: *Psycho-geriatric verpleeghuiszorg in ontwikkeling. 25 jaar Joachim en Anna*. Nijmegen, 1991
- ⁴ Sloane PD, Davidson S, Buckwalter K, Lindsey BA, Ayers S, Lenker V, Burgio LD. *Management of the patient with disruptive vocalization*. *Gerontologist*. 1997 Oct; 37 (5) : 675-82
-
- 28 Pijn en onwelbevinden zijn belangrijke oorzaken van roepgedrag.¹
- ¹ Sloane PD, Davidson S, Buckwalter K, Lindsey BA, Ayers S, Lenker V, Burgio LD. *Management of the patient with disruptive vocalization*. *Gerontologist*. 1997 Oct; 37 (5):675-82
-
- 29 Voor de criteria voor psychische ziektebeelden wordt verwezen naar de DSM IV.¹
- ¹ Koster-Goos van GAS. *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM IV*. 1995; Lisse: Swets & Zeitlinger.
-
- 30
- 1 Bogaers MAJH, Koopmans RCTM, Vollaard E. *Concept richtlijn diagnostiek en medicamenteuze behandeling van psychische en gedragsstoornissen bij een dementie*. VOVA/KUN, 1997
 - 2 Stok-Koch EGHJ, Kuin Y. *Literatuuronderzoek naar gedragsproblematiek bij oudere somatische patiënten*. Nijmegen/Boxmeer, 1992
 - 3 Gurland BJ, Wilder DE, Tuner JA. *A model for multi-dimensional evaluation of disturbed behavior in the elderly*. In: *Disturbed behavior in the elderly*. Toronto, Pergamon Press, Awad AG, Drost (ed), 1987
-
- 31 De gedragstherapeutische benadering is gebaseerd op leertheoretische principes. Bij deze benadering worden stimuli van materiële of sociale aard gehanteerd om gewenst gedrag te belonen ^{1,2}.
- ¹ Beck CK. *Psychosocial and behavioral interventions for Alzheimer's Disease patients and their families*. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 1998; 6, 2 (suppl. 1), S41-8
- ² Dröes RM. *Psychosociale behandeling bij dementie (review)*. *Tijdschr voor Psychiatr* 1995; 37; 3: 235-60
-
- 32 De realiteitsoriëntatie benadering (ROB) wordt met name toegepast bij ouderen met lichte en matige geheugenproblemen en ouderen met gerontopsychiatrische problematiek. Tegenwoordig wordt deze benadering zowel in groepsverband als in de 24-uurszorg toegepast. De benadering blijkt een stabiliserend effect op gedragsproblemen te hebben ¹.
- ¹ Dröes RM. *Omgaan met de gevolgen van dementie*. *Neuropraxis* 4/1998; 146-152
-
- 33 Het is van belang ROB voorzichtig toe te passen omdat bij gebruik van ROB bij dementerende ouderen negatieve psychologische effecten zijn gevonden ¹.
- ¹ Dietch, Hewett, Jones. *Advers effects of reality orientation*. *Journal of the American Geriatrics Association*. 1989; 37(10):974-976.
-
- 34 Psychomotorische therapie is erop gericht om psychische en gedragsmatige problemen te voorkomen of te behandelen. Daarbij wordt gebruik gemaakt van bewegingsactiviteiten en/of lichaamsgeoriënteerde methoden zoals ontspanningsoefeningen. Er werden langdurige positieve effecten aangetoond op het emotionele welbevinden (vermindering van agressie, nachtelijke onrust en

ontevredenheid) en op het interpersoonlijke contact, de mobiliteit en het gebruik van psychofarmaca ¹.

¹ Dröes RM. *In beweging; psychosociale hulpverlening aan demente ouderen. Academisch proefschrift. Intro, Nijkerk, 1991*

² Dröes RM. *Psychosociale behandeling bij dementie. Review Tijdschr voor Psychiatrie. 1995; 37:3:235-60*

³ Hopman-Rock M, Staats PGM, Tak ECPM, Dröes RM. *The effects of a psychomotor activation programme for use in groups of cognitively impaired people in homes for the elderly. Int. J of Geriatric Psychiatry. 1999; 14: 633-642*

35 Validation is een methode van communiceren met gedesorienteerde ouderen. De verbale en nonverbale empathische communicatietechnieken zijn afgestemd op ouderen met een verschillende mate van desoriëntatie ¹.

De praktijkervaringen met validation zijn over het algemeen positief. Enkele effectstudies hebben uitgewezen dat onder andere de cognitie, stemming en gedragsproblemen gunstig beïnvloed lijken te worden ^{2,3,4}.

Momenteel wordt in Nederland onderzoek gedaan naar onder meer het effect van validation in de 24-uurs zorg ⁵.

¹ Feil N. *Een nieuwe benadering in de omgang met demente bejaarden. 1989; Almere, Versluys*

² Fine JJ, Rouse-Bane S. *Gebruik van validationstechnieken voor een betere communicatie met cognitief gestoorde ouderen. Verpleegkundig Perspectief. 1985; 6: 13-31*

³ Toseland RW, Diehl M, Freeman K, Manzanaves T, Malappa M, McCallion P. *The impact of a validation group therapy on nursing home residents with dementia. Journal of Applied Gerontology. 1997; 16: 1-31*

⁴ Nooren-Staal WHC, Frederiks CMA, Wierik MJMT te. 1996. *Validation: effecten bij bewoners en personeel in een verzorgingshuis. Tijdschr Geront Geriatr 1995; 26: 117-21*

⁵ Finnema EJ, Dröes RM, Kooij CH van der, Lange J de, Rigter H, Montfort APWP van, Tilburg W van. *The design of a large-scale experimental study into the effect of emotion-oriented care on demented elderly and professional carers in nursing homes. Archives of Gerontology and Geriatrics. 1998; suppl. 6: 193-200*

36 Bij reminiscentietherapie worden met de patiënt zijn levensloop en belangrijke levensgebeurtenissen uit zijn leven doorgenomen. Door herinneringen opnieuw te doorleven, te structureren en te integreren wordt geprobeerd het functioneren van de patiënt te verbeteren ¹. Een effect dat onder andere wordt waargenomen is een verandering in de attitude van de dementerende, die milder wordt omdat hij door het praten over vroeger aandacht voor de eigen waarden en normen ervaart. Een positieve verandering van de attitude treedt met name op bij ouderen wiens normen en waarden niet zijn aangepast aan die van de instelling.

¹ Berghorn FJ, Schäfer DE. *Reminiscence intervention in nursing homes: what and who changes? Int. J. Aging and Human Development. 1987; 25 (2): 113-27*

37 Het begrip snoezelen is een versmelting van de woorden "snuffelen" en "doezelen" en verwijst als activiteit naar het

stimuleren van de zintuiglijke waarneming door middel van licht, geuren, geluid, smaak en tastbare materialen. Het doel van snoezelen is contact met de dementerenden te leggen en gevoelens van ontspanning en rust bij hen teweeg te brengen. Uit recent onderzoek is gebleken dat snoezelen ook het gedrag positief kan beïnvloeden.

Snoezelen kan gebeuren in een sfeervol verlichte en ingerichte ruimte, de zogenaamde snoezelruimte ¹. Demente ouderen blijken minder gedragsproblemen te vertonen wanneer snoezelen plaatsvindt in de snoezelruimte dan wanneer ze in de huiskamer verbleven.

¹ Holtkamp CC, Kragt K, Dongen MCJM van, Rossum E van, Salentijn C. *Effecten van snoezelen op het gedrag van demente ouderen. Tijdschr Gerontol Geriatr 1997; 28: 124-8*

38 Passiviteiten van het Dagelijks Leven (PDL) is een begeleidingsmethodiek voor ouderen met dementie bij wie de zelfzorg niet meer is te activeren. Passiviteit wordt geaccepteerd en ondersteund met hulpmiddelen zoals speciale bedden en matrassen. Ook zijn bepaalde technieken ontwikkeld (zoals schommelen en bewegen van ledematen) voor liggen, zitten, wassen, verschoneren, aan- en uitkleden, verplaatsen en voeden. Rust, aandacht en ontspanning staan daarbij centraal.

¹ Buker, L. *Speciale zorg voor speciale mensen. Denkbeeld 1999 (februari 24-26).*

39 Individuele psychotherapie kan bij somatische patiënten en bij begeleidingsbehoevende psychogeriatrische patiënten toegepast worden ter ondersteuning van emotionele problematiek. Deze vorm van behandeling vindt plaats door middel van gesprekken en/of ontspanningstechnieken. De behandeling wordt uitgevoerd door de psycholoog.

40 Het doel van activiteitenbegeleiding is patiënten door middel van therapeutische groepsactiviteiten te motiveren, stimuleren, socialiseren en leren recreëren. Voorbeelden van therapeutische groepsactiviteiten zijn schilder- en tekengroepen, naai- en handenarbeidgroepen, gymnastiekgroepen, Meer Bewegen voor Ouderen, kookgroepen, muziektherapie en zanggroepen. Het effect van deze groepsactiviteiten is relatief weinig onderzocht met uitzondering van de muziekactiviteiten voor dementerenden. Deze blijken een breed scala van effecten op te leveren, onder andere meer zelfvertrouwen, hogere zelfwaardering, minder agitatie, minder verbaal probleemgedrag en minder dwaalgedrag ¹.

¹ Brotson M, Pickett-Cooper PK. *The effects of music therapy interventions on agitation behaviors of Alzheimer's Disease patients. Journal of Music Therapy. 1996; 33 (1): 2-18*

41 Een prothetische omgeving is een omgeving die aangepast is aan de beperkingen van de patiënt.

42 Essentieel bij warme zorg is dat een veilige en vertrouwde omgeving wordt gecreëerd ¹.

¹ Houweling H. *Warme zorg; een visie op psychogeriatric*

sche zorgverlening. *Tijdschrift voor Bejaarden-, Kraam- en Ziekenverzorgenden*. 1987; 20:39-42

43 Bij genormaliseerd wonen wordt gestreefd naar een veilige en herkenbare woonomgeving ¹.

¹ Hoen MI. *Genormaliseerd wonen; het alledaagse als therapie. Leidraad Psychogeriatric B5*. 1998;6-25

44 Preferenties van dementerenden is een project dat beoogt een methodiek te ontwikkelen waarmee de huidige voorkeuren van ouderen op een systematische gestructureerde wijze in kaart gebracht kunnen worden, waardoor interventies in de zorgverlening mogelijk worden die beter aansluiten bij de wensen van de ouderen ¹.

¹ Hoogeveen FR, Smith J, Koning CC, Meerveld JHCM. *Preferenties van dementerende ouderen*. NZI publicatie 198 Utrecht, April 1998.

45 Bij geïntegreerde belevingsgerichte zorg wordt een aantal belevingsgerichte zorgbenaderingen (b.v. validation, reminiscentie, zintuigactivering, warme zorg, realiteitsoriëntatie, passiviteiten van het dagelijks leven) met elkaar geïntegreerd en op een systematische wijze op een PG afdeling ingevoerd. Dit blijkt wel duurder te zijn dan gangbare zorg, maar zeker ook effectiever ¹.

¹ Dröes RM, Finnema EJ et al. *Geïntegreerde belevingsgerichte zorg versus gangbare zorg voor dementerende ouderen in het verpleeghuis. Een klinisch experimenteel onderzoek naar de effecten en kosten*. Amsterdam/ Utrecht: afdeling psychiatrie VU, Trimbos Instituut, NZI, 1999.

46 Fossey J, Ballard C, Juszcak E, et al. *Effect of enhanced psychosocial care on antipsychotic use in nursing home residents with severe dementia: cluster randomised trial*. *BMJ*. 2006;332:756-761

47 Livingston G, Johnston K, Katona C, Paton J, Lyketsos CG. *Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia*. *Am J Psychiatry* 2005;162:1996-2021.

48 In de richtlijn Behandeling van neuropsychiatrische gevolgen van niet aangeboren hersenletsel (NAH) (CBO, Utrecht, 2007) worden voor een aantal vormen van probleemgedrag die gerelateerd zijn aan NAH specifieke aanbevelingen gedaan. Bij probleemgedrag bij patiënten met NAH kan deze richtlijn gebruikt worden. De NAH-richtlijn verwijst, evenals de voorliggende richtlijn probleemgedrag, bij probleemgedrag dat geassocieerd kan worden aan psychiatrische aandoeningen, naar richtlijnen voor deze psychiatrische aandoeningen.

49 Knuistingh Neven A, Lucassen PLBJ, Bonsema K, Teunissen H, Verduijn MM, Bouma M. *NHG-standaard Slaapproblemen en slaappmiddelen*. *Huisarts Wet* 2005; 48(8): 402-15.

50 Van der Weele GM, Van Dijk A, Eekhof JAH, Olde Rikkert MGM, Scholtes ABJ, Veehof LJG, Janssen PGH, Eizenga WH. *NHG-*

standaard Delier bij ouderen. *Huisarts Wet* 2003; 46(3): 141-6.

51 *Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Richtlijn delirium*. Uitgeverij Boom, Amsterdam, 2004.

52 *Multidisciplinaire richtlijn depressie, addendum ouderen*. Trimbos-instituut, Utrecht, 2008.

53 *Addendum ouderen bij de multidisciplinaire richtlijn angststoornissen*. Trimbos-instituut, Utrecht, 2008.

54 *Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie. Richtlijn diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie*. Van Zuiden communications B.V., Alphen aan den Rijn, 2005.

55 *Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie. Richtlijn voor de diagnostiek, zorgorganisatie en behandeling van volwassen cliënten met een schizofrenie*. Trimbos-instituut, Utrecht, 2005.

56 *Trimbos-instituut. Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen. Richtlijn voor diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen cliënten met een angststoornis*. Trimbos-instituut, Utrecht, 2003.

57 *Multidisciplinaire richtlijn depressie. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen cliënten met een depressie*. Trimbos-instituut, Utrecht, 2005.

58 *Multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen*. Trimbos-instituut, Utrecht, 2008.

59 Off-label gebruik wil zeggen dat de middelen gebruikt worden voor een indicatie anders de indicatie waarvoor het middel geregistreerd is.

60 *Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ)*

¹ *SDU uitgevers Den Haag, 1992*

61 Middelen of maatregelen (M of M) worden onderverdeeld in de volgende categorieën:

- M of M akkoord: De M of M worden toegepast in het kader van het zorgplan, waarmee de patiënt en/of diens vertegenwoordiger akkoord is en de patiënt verzet zich niet tegen de toepassing.
- M of M dwang: De M of M worden toegepast in het kader van het zorgplan, maar de patiënt en/of diens vertegenwoordiger is niet akkoord daarmee en/of de patiënt verzet zich tegen de toepassing, hetzij verbaal, hetzij fysiek. Deze maatregelen dienen zo spoedig mogelijk gemeld te worden aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- M of M nood: De M of M worden toegepast ter afwendig van gevaar, maar dit is (nog) niet in het zorgplan opgenomen. Deze maatregelen dienen zo spoedig mogelijk gemeld te worden aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Binnen maximaal zeven dagen dient de toepassing van de M of M te worden gestaakt of in het zorgplan te worden opgenomen.

- 62 Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ). Certificatieschema Thuiszorg, Verpleeghuizen en Verzorgingshuizen 2006
- 63 Een operationalisering van de visiedocumenten 'Op weg naar normen voor Verantwoorde zorg' en Normen voor verantwoorde zorg Thuis' in een indicatoren set en een sturingsmodel voor langdurige en/of complexe zorg ¹.
¹ *Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg 2007*
- 64 Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen (NVVA). Beroepsprofiel verpleeghuisarts. Utrecht: NVVA, november 2000:16
- 65 De zorgvisie heeft invloed op:
- het normatieve aspect van probleemgedrag: welk gedrag valt wel of niet binnen de norm?
 - het voorkomen van probleemgedrag: werkt het zorgmodel probleemgedrag in de hand of werkt het preventief?
 - het hanteren van probleemgedrag: hoe gaat men met probleemgedrag om?
- 66 Naar de mening van de werkgroep hoort in de zorgvisie het intact laten van de autonomie en de eigen identiteit van de patiënt centraal te staan. Het is noodzakelijk dat de instelling voldoende mogelijkheden biedt voor eigen keuzes en voorkeuren. Voorkomen moet worden dat de knik in de leefstijl door opname in de instelling te groot wordt. Dit vraagt flexibiliteit van de organisatie en medewerkers. In de huisregels dient beschreven te zijn wat wel en niet mogelijk of toegestaan is.
- 67 Een model dat de autonomie en de eigen identiteit van de patiënten bevordert, leidt tot vermindering van depressies en angst bij oudere verpleeghuispatiënten ¹.
¹ *Bråne G, Karlsson I, Kihlgren M, Norberg A. Integrity-promoting care of demented nursing home patients: psychological and biochemical changes. International Journal of Geriatric Psychiatry, 1989; 4: 165-72*
- 68 De privacy wordt in verpleeghuizen onder meer bepaald door de fysieke omgeving. Het is noodzakelijk dat de privacy, die in verpleeghuizen vaak zeer beperkt is, zoveel mogelijk bevordert wordt. Bij voorkeur zijn er in het verpleeghuis alleen een- en tweepersoonskamers. Het is noodzakelijk dat er eenpersoonskamers aanwezig zijn voor patiënten die dit wensen of waarvoor dit wenselijk is. Niet alleen kan de patiënt zich op een eenpersoonskamer afzonderen. Zo'n kamer geeft de verpleging ook de mogelijkheid om meer individuele zorg en aandacht te geven. Daarnaast is het noodzakelijk dat patiënten een tweepersoonskamer kunnen krijgen, bijvoorbeeld omdat dit uit oogpunt van angst, eenzaamheid, relationele of andere redenen wenselijk is. Verder is het noodzakelijk dat er in het verpleeghuis mogelijkheden zijn om zich rustig terug te trekken of met anderen te onderhouden. Ook is het van belang dat patiënten persoonlijke voorwerpen en meubels mee kunnen nemen, zodat zij zich thuis voelen in hun eigen ruimte ¹.
¹ *Lantz MS, Buchalter EN, McBee L. The Wellness Group: a novel intervention for coping with disruptive behavior in elderly nursing home residents. Gerontologist. 1997 Aug; 37 (4) : 551-6*
- 69 Behalve door de fysieke omgeving wordt de privacy bepaald door de consequente aandacht hiervoor door de medewerkers.
- 70 ¹ *Lantz MS, Buchalter EN, McBee L. The Wellness Group: a novel intervention for coping with disruptive behavior in elderly nursing home residents. Gerontologist. 1997 Aug; 37 (4) : 551-6*
² *Ryden MB, Feldt KS. Goal-directed care: caring for aggressive nursing home residents with dementia. J Gerontol Nurs. 1992 Nov; 18(11) : 35-42*
³ *Wojnar J. Prevention in residential and nursing homes. Z Gerontol. 1993 Nov-Dec; 26 (6) : 459-65*
- 71 Differentiatie ten aanzien van omschreven patiëntengroepen kan mogelijkheden bieden om bijvoorbeeld huisvesting, zorgaanbod, personeelsformatie, deskundigheidsbevordering, dagstructuur en activiteiten beter op deze groepen af te stemmen. Wanneer differentiatie is gericht op patiënten met probleemgedrag kan dit tevens leiden tot minder overlast en een beter woon- leefklimaat voor de andere patiënten. Met name in somatische verpleeghuizen kan het zinvol zijn om te differentiëren ten aanzien van patiënten met probleemgedrag ¹.
¹ *Stok-Koch EGHJ, Kuin Y. Literatuuronderzoek naar gedragsproblematiek bij oudere somatische patiënten. Nijmegen/Boxmeer. 1992*
- 72 Het woon- en leefklimaat is in belangrijke mate bepalend voor de kwaliteit van zorg. Huiselijkheid speelt hierin een belangrijke rol. Dit kan worden bereikt door groene planten, een herkenbare inrichting, kleuren in het interieur; huisdieren en muziek die op de betrokken patiënten een rustgevend effect heeft. Geluidsoverlast en lawaai kunnen verminderd worden door gebruik van dempende materialen en onderverdeling van grotere ruimtes. Het is van belang dat de televisie tijdens maaltijden en activiteiten wordt uitgeschakeld ^{1 2 3}.
¹ *White MK, Kaas MJ, Richie MF. Vocally disruptive behavior. J Gerontol Nurs 1996 Nov; 22 (11) : 23-9*
² *Arrett PG, Rockwood K, Mallery L. Behavioral problems in nursing home residents. Safe ways to manage dementia (see comments). Postgrad Med. 1995 May; 97 (5) : 189-91, 195-6*
³ *Wojnar J. Prevention in residential and nursing homes. Z-Gerontol. 1993 Nov-Dec; 26 (6) : 459-65*
- 73 Door de sociale en fysieke omgeving aan te passen aan de behoeften en mogelijkheden van de patiënt kan men voorkomen dat de patiënt overbelast wordt doordat hij voortdurend prikkels krijgt of doordat hij in situaties komt waarmee hij niet weet om te gaan ¹.
¹ *Dröes R.M., Van Tilburg W, Jonker C, Scheltens Ph, Slaets PJ. Klinisch beleid bij dementie. Hoofdstuk 4. Cure & Care Development (publicatie 3-1999)*

- 74 Voorbeelden van beïnvloeding van de omgeving zijn:
- zorgen voor een prothetische omgeving: de omgeving aanpassen aan de beperkingen van de patiënt;^{1 2}
 - bieden van warme zorg; creëren van een veilige en vertrouwde omgeving;³
 - genormaliseerd wonen : streven naar een veilige en herkenbare woonomgeving⁴.
- ¹ Dröes RM. *Omgaan met de gevolgen van dementie. Neuropraxis* 4/1998; 146-152
- ² Stok-Koch EGHJ, Kuin Y. *Literatuuronderzoek naar gedragsproblematiek bij oudere somatische patiënten. Nijmegen/Boxmeer. 1992.*
- ³ Houweling H. *Warme zorg; een visie op psychogeriatrische zorgverlening. Tijdschrift voor Bejaarden-, Kraamen Ziekverzorgenden. 1987; 20: 39-42*
- ⁴ Hoen MI. *Genormaliseerd wonen; het alledaagse als therapie. Leidraad Psychogeriatric B5. 1998; 6-25*
-
- 75 In een vereenvoudigde¹ ofwel prothetische omgeving² wordt actuele en praktisch relevante informatie op een eenvoudige en overzichtelijke wijze aangeboden, bijvoorbeeld door middel van klokken, bewegwijzering en symbolen op deuren. Een dergelijke omgeving stelt lage eisen aan de patiënten en kan daardoor beperkingen compenseren, de psychische belasting verminderen en het onafhankelijk functioneren bevorderen³. Het voorkomen van overprikkeling is daarbij ook een aandachtspunt. Uitgangspunt is dat het optimaal aanpassen van de omgeving aan de patiënt een gunstig effect heeft op het voorkomen van probleemgedrag. Teveel omgevingsprikkelers kunnen onrust en agressie veroorzaken⁴.
- ¹ Jarrett PG, Rockwood K, Mallery L. *Behavioral problems in nursing home residents. Safe ways to manage dementia (see comments). Postgrad Med. 1995 May; 97 (5) : 189-91, 195-6*
- ² Stok-Koch EGHJ, Kuin Y. *Literatuuronderzoek naar gedragsproblematiek bij oudere somatische verpleeghuispatiënten. Nijmegen/Boxmeer. 1992.*
- ³ Maslow K. *Special care units for persons with dementia: expected and observed effects on behavioral symptoms. Alzheimer Dis Assoc Disord. 1994; 8 Suppl 3 : 122-37*
- ⁴ Sloane PD, Davidson S, Buckwalter K, Lindsey BA, Ayers S, Lenker V, Burgio LD. *Management of the patient with disruptive vocalization. Gerontologist. 1997 Oct; 37 (5) : 675-82*
-
- 76 De omgeving van verpleeghuispatiënten kan worden onderscheiden in de fysieke omgeving en de sociale omgeving. De fysieke omgeving wordt gevormd door het gebouw en de ligging, de ruimtelijke indeling en de inrichting daarvan. Aan de wijze waarop invulling wordt gegeven aan de huisvesting behoort de zorgvisie ten grondslag te liggen. De fysieke omgeving wordt in belangrijke mate bepaald door het instellingsbeleid. Ook in dit aspect van het instellingsbeleid dient de verpleeghuisarts een adviserende functie te hebben. Te denken valt onder andere aan de betrokkenheid in bouwcommissies.
-
- 77 Loopgedrag kan een teken van een goede lichamelijke conditie zijn en hoeft niet zonder meer te worden tegengegaan¹.
- ¹ Cohen Mansfield J, Werner P, Marx MS, Freedman L. *Two studies of pacing in the nursing home. J Gerontol. 1991 May; 46(3) : M77-83*
-
- 78 Een parkachtige omgeving kan bij vergevorderde demente patiënten bijdragen aan het verminderen van agressief gedrag¹.
- ¹ Whall AL. *Disruptive behavior in late stage dementia: using natural environments to decrease distress. J Gerontol Nurs. 1995 Oct; 21 (10) : 56-7*
-
- 79 Confrontatie met gesloten deuren veroorzaakt meer zwerfgedrag en agitatie¹.
- ¹ Maslow K. *Special care units for persons with dementia: expected and observed effects on behavioral symptoms. Alzheimer Dis Assoc Disord. 1994; 8 Suppl 3: 122-37*
-
- 80 Cohen Mansfield J, Werner P, Marx MS, Freedman L. *Two studies of pacing in the nursing home. J Gerontol. 1991 May; 46(3) : M77-83*
-
- 81 Videocamerabewaking valt niet onder Middelen of Maatregelen. Het behoort echter aan de patiënt of diens vertegenwoordiger gemeld te worden wanneer het wordt toegepast. Wanneer beelden worden opgenomen en opgeslagen is de Privacy-wet van toepassing.
-
- 82 Onder de sociale omgeving van de patiënt worden verstaan de medepatiënten, medewerkers, vrijwilligers en bezoekers.
-
- 83 Nelson J. *The influence of environmental factors in incidents of disruptive behavior. J Gerontol Nurs. 1995 May; 21 (5) : 19-24*
-
- 84 Stok-Koch EGHJ, Kuin Y. *Literatuuronderzoek naar gedragsproblematiek bij oudere somatische verpleeghuispatiënten. Nijmegen/Boxmeer. 1992*
-
- 85 Muziektherapie, huisdiertherapie, lichamelijke oefeningen en bewegen op muziek kunnen bijdragen aan het voorkomen van verveling, sensore deprivatie en probleemgedrag^{1 2}. Een gericht en intensief activiteitenprogramma onder deskundige begeleiding doet probleemgedrag en daarmee de noodzaak tot beperkende middelen en psychofarmaca afnemen³.
- ¹ Beck CK, Shue VM. *Interventions for treating disruptive behavior in demented elderly people. Nurs Clin North Am. 1994 Mar; 29(1) : 143-55*
- ² Jarrett PG, Rockwood K, Mallery L. *Behavioral problems in nursing home residents. Safe ways to manage dementia (see comments). Postgrad Med. 1995 May; 97 (5) : 189-91, 195-6*
- ³ Rovner BW, Steele CD, Shmueli Y, Folstein MF. *A randomized trial of dementia care in nursing homes (see comments). J Am Geriatr Soc. 1996 Jan; 44 (1) : 7-13*

- 86 Wat haalbaar en wenselijk is, hangt onder andere af van de zorgvisie, opnamebeleid, instellings- en afdelingsgrootte, somatische- of psychogeriatrische zorg, ruimtelijke indeling en patiëntenpopulatie (doelgroepen). Zorgdifferentiatie is vooral in de somatische setting een voorwaarde om tot een gerichte omgevingsinterventie en deskundigheidsbevordering te komen ¹.
- ¹ Stok-Koch EGHJ, Kuin Y. *Literatuuronderzoek naar gedragsproblematiek bij oudere somatische verpleeghuispatiënten. Nijmegen/Boxmeer. 1992*
- 87 Een goede communicatie met de familie is volgens de werkgroep onmisbaar. De verpleeghuisarts/sociaal geriater hoort, samen met de verpleging, bij de communicatie met de familie een belangrijke rol te spelen. Het is noodzakelijk om bij problemen met de patiënt snel met de familie in gesprek te gaan om hen te informeren en zo mogelijk bij de aanpak te betrekken.
- Wanneer een patiënt zijn voormalige leefstijl, gewoonten en voorkeuren niet goed kenbaar kan maken, is informatie van de familie hierover onmisbaar. Vaak leven er ook bij familieleden vragen over de beste wijze van omgang met de patiënt. Bovendien heeft de familie in het kader van de WGBO recht op informatie over het zorgplan en is instemming met het gevoerde beleid vereist bij wilsonbekwame patiënten.
- De familie kan het gedrag van de patiënt echter ook in negatieve zin beïnvloeden. Meningsverschillen tussen familieleden en verzorgenden, conflicten binnen een familie en verwerkingsproblemen bij familieleden kunnen een ongunstige invloed uitoefenen op het gedrag van de patiënt en verdienen daarom vroegtijdig aandacht.
- 88 Een patiëntgerichte werkwijze is te verkiezen boven een taakgerichte ¹. Patiënttoewijzing leidt tot meer betrokkenheid en verantwoordelijkheidsgevoel van verzorgenden. Zij zijn beter bekend met de patiënt en diens situatie waardoor de communicatie met de patiënt en de continuïteit van de zorg bevorderd worden. Het is dan ook noodzakelijk dat mogelijkheden aanwezig zijn voor individuele zorg en interactie tussen patiënten en medewerkers. Een taakgerichte werkverdeling en specialisatie op de werkvloer kan het best tot een minimum beperkt blijven ².
- ¹ Hoeffler B, Rader J, McKenzie D, Lavelle M, Stewart B. *Reducing aggressive behavior during bathing cognitively impaired nursing home residents. J Gerontol Nurs. 1997 May; 23(5) : 16-23*
- ² Stok-Koch EGHJ, Kuin Y. *Literatuuronderzoek naar gedragsproblematiek bij ouderesomatische verpleeghuispatiënten. Nijmegen/Boxmeer. 1992*
- 89 Een belangrijk onderdeel van de zorgvisie vormt de beschrijving van de doelgroep waarop het verpleeghuis zich richt. Uit deze beschrijving blijkt wat de grenzen van verpleeghuiszorg in de betreffende instelling zijn, dus aan welke criteria de verpleeghuispopulatie moet voldoen. Het opname- en ontslagbeleid behoort op deze criteria gebaseerd te zijn. Zo is het noodzakelijk dat er richtlijnen zijn voor het doorverwijzen of uitplaatsen van patiënten die bijvoorbeeld op basis van gedragskenmerken of zorgbehoefte niet meer tot de doelgroep horen.
- 90 Het is eveneens noodzakelijk om duidelijke criteria en een procedure op te stellen voor een eventuele overplaatsing van somatische patiënten naar psychogeriatrische afdelingen of verpleeghuizen.
- 91 Denk bijvoorbeeld aan vallen door obstakels, vloerbedekking, meubilair en verlichting.
- 92 Medewerkers en patiënten beïnvloeden elkaar wederzijds. Te hoge werkdruk leidt tot gehaaste en gestresste medewerkers, hetgeen bij patiënten probleemgedrag kan veroorzaken. Probleemgedrag van patiënten, en daarbij vooral agressie, leidt tot demotivatie, ziekteverzuim, burnout en verloop bij de medewerkers ¹. Aan fysieke agressie blijken vaak voortekenen vooraf te gaan die door de verpleging kunnen worden opgemerkt. Wanneer de verzorgenden deze hebben leren herkennen, kan er vroegtijdig een interventie plaatsvinden ^{2 3}.
- ¹ Farrell Miller M. *Physical aggressive resident behavior during hygienic care. J Gerontol Nurs 1997; May; 23(5) : 24-39*
- ² Ferguson JS, Smith A. *Aggressive behavior on an inpatient geriatric unit. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 1996; Ma; 34(3) : 27-32*
- ³ Hagen BF, Bayers D. *When caring leaves bruises: the effects of staff education on resident aggression. J Gerontol Nurs. 1995; 21(11) : 7-16*
- 93 Het is noodzakelijk dat met name de medewerkers die direct betrokken zijn bij de dagelijkse zorg en activiteiten adequate kennis en vaardigheden hebben om probleemgedrag te kunnen voorkomen, herkennen, observeren, rapporteren en hanteren.
- 94 Scholing heeft een positieve invloed op de motivatie en arbeidssatisfactie van de medewerkers ^{1 2}.
- ¹ Hagen BF, Bayers D. *When caring leaves bruises: the effects of staff education on resident aggression. J Gerontol Nurs 1995 Nov; 21(11): 7-16*
- ² Moniz Cook E, Agar S, Silver M, Woods R, Wang M, Elston C, Win T. *Can staff training reduce behavioural problems in residential care for the elderly mentally ill? Int J Geriatr Psychiatry. 1998 Mar; 13 (3): 14-58*
- 95 Scholing heeft een positief effect op de attitude van de medewerkers ^{1 2}.
- ¹ Salmon P. *Interventions of nurses with elderly patients: relationship to nurses' attitudes and to formal activity periods. Journal of Advanced Nursing. 1993; 18: 14-9*
- ² Wimo A, Nelvig A, Nelvig J, Adolfsson R, Mattsson B, Sandman PO. *Can changes in ward routines affect the severity of dementia? A controlled prospective study. Int Psychogeriatr. 1993 Fall; 5 (2): 169-80*
- 96 De inhoud van bijlage 1 is gebaseerd op onderstaande literatuur.

- ¹ Bogaers MAJH, Koopmans RCTM, Vollaard EJ. *Concept richtlijn diagnostiek en medicamenteuze behandeling van psychische en gedragsstoornissen bij een dementie. VOVA/KUN, 1997.*
- ² Stok-Koch EGHJ, Kuin Y. *Literatuuronderzoek naar gedragsproblematiek bij oudere somatische verpleeghuispatiënten. Nijmegen/Boxmeer. 1992.*
-
- ⁹⁷ Bij een delier bij mensen met een dementie is de werkgroep van mening dat een lagere maximumdosering gehanteerd moet worden: maximaal 6 mg. Indien hogere doseringen dan de geadviseerde maximale doseringen noodzakelijk zijn, dient naar de mening van de werkgroep consultatie dan wel verwijzing van/naar een deskundige specialist overwogen te worden.
-
- ⁹⁸ Bij de doelgroep kan subcutane toediening overwogen worden naar de mening van de werkgroep, omdat deze toedieningswijze in verpleeg- en verzorgingshuizen veel gebruikt wordt. De snelheid van werking kan hierbij lager zijn dan bij i.m. toediening.
-
- ⁹⁹ In deze gevallen dient naar de mening van de werkgroep consultatie dan wel verwijzing van/naar een deskundige specialist overwogen te worden.
-
- ¹⁰⁰ Bij hogere dosering dient naar de mening van de werkgroep consultatie dan wel verwijzing van/naar een deskundige specialist overwogen te worden.
-
- ¹⁰¹ Alexopoulos GS, Streim J, Carpenter D, Docherty JP. *Expert Consensus Panel for Using Antipsychotic Drugs in Older Patients. Using antipsychotic agents in older patients. J Clin Psychiatry. 2004;65 Suppl 2:5-99.*
-
- ¹⁰² Naar de mening van de werkgroep is de in de Amerikaanse consensus richtlijn aangegeven keuze volgorde arbitrair en meer gebaseerd op ervaring dan op wetenschappelijk onderzoek. Olanzapine als 3e keus is in het advies van de NVVA-richtlijn niet opgenomen in verband met sindsdien ontstane inperkingen van het indicatiegebied.
-
- ¹⁰³ Citalopram heeft naar de mening van de werkgroep een geringe voorkeur door verschillen met andere SSRI's in cytochroom P 450 interacties.
-
- ¹⁰⁴ Er zijn 4 niveaus van bewijskracht. Bij niveau 1 is er minimaal 1 systematische review of twee goede RCT's. Bij niveau 2 zijn er tenminste 2 RCT's van matige kwaliteit of onvoldoende omvang. Bij niveau 3 is er 1 RCT van goede of matige kwaliteit of 1 niet-vergelijkend onderzoek. Niveau 4 verkondigt de mening van de werkgroepleden. De niveaus worden als volgt in de tekst van de aanbevelingen weergegeven: Niveau 1: 'Het is aangetoond dat...', Niveau 2: 'Het is aannemelijk dat...', Niveau 3: 'Er zijn aanwijzingen dat...', Niveau 4: '...kunnen worden gebruikt...'
-
- ¹⁰⁵ Schneider LS, Tariot PN, Dagerman KS, et al. *Effectiveness of atypical antipsychotic drugs in patients with Alzheimer's disease. N Engl J Med 2006;355:1525-1538.*
-
- ¹⁰⁶ Ballard C, Waite J. *The effectiveness of atypical antipsychotics for the treatment of aggression and psychosis in Alzheimer's disease. The Cochrane database of systematic reviews 2006;CD003476.*
-
- ¹⁰⁷ Wang PS, Schneeweiss S, Avorn J, et al. *Risk of death in elderly users of conventional vs. atypical antipsychotic medications. N Engl J Med 2005;353:2335-2341.*
-
- ¹⁰⁸ - Avorn J, Soumerai SB, Everitt DE et al. *A randomized trial of a program to reduce the use of psychoactive drugs in nursing homes. N Engl J Med 1992;327:168-73.*
- Ballard C, Powell I, James I et al. *Can psychiatric liaison reduce neuroleptic use and reduce health service utilization for dementia patients residing in care facilities. Int J Geriatr Psychiatry 2002; 17; 140-145./*
- Ballard CG, Thomas A, Fossey J et al. *A 3-month, randomized, placebo-controlled, neuroleptic discontinuation study in 100 people with dementia: the neuropsychiatric inventory median cutoff is a predictor of clinical outcome. J Clin Psychiatry 2004;65:114-19.*
- Bridges-Parlet S, Knopman D, Steffes S. *Withdrawal of neuroleptic medications from institutionalized dementia patients: results of a double-blind, baseline-treatment-controlled pilot study. J Geriatr Psychiatry Neurol 1997;10:119-26.*
- Cohen-Mansfield J, Lipson S, Werner P, Billig N, Taylor L, Woosley R. *Withdrawal of haloperidol, thioridazine, and lorazepam in the nursing home: a controlled, double-blind study. Arch Intern Med 1999;159:1733-40.*
- Findlay DJ, Sharma J, McEwen J, Ballinger BR, MacLennan WJ, McHarg AM. *Double-blind controlled withdrawal of thioridazine treatment in elderly female patients with senile dementia. Int.J.Geriatr.Psychiatry 1989; 4, 115-120.*
- Fossey J, Ballard C, Juszcak E et al. *Effect of enhanced psychosocial care on antipsychotic use in nursing home residents with severe dementia: cluster randomised trial. BMJ 2006;332:756-61.*
- Horwitz GJ, Tariot PN, Mead K, Cox C. *Discontinuation of antipsychotics in nursing home patients with dementia. J.Geriatric Psychiatry 1995; 3, 290-299.*
- Meador KG, Taylor JA, Thapa PB, Fought RL, Ray WA. *Predictors of antipsychotic withdrawal or dose reduction in a randomized controlled trial of provider education. J Am Geriatr Soc 1997;45:207-10.*
- Ray WA, Taylor JA, Meador KG et al. *Reducing antipsychotic drug use in nursing homes. A controlled trial of provider education. Arch Intern Med 1993;153:713-21.*

- Reekum R van, Clarke D, Conn D et al. A randomized, placebo-controlled trial of the discontinuation of long-term antipsychotics in dementia. *Int Psychogeriatr* 2002; 14:197-210.
- Ruths S, Straand J, Nygaard HA, Bjorvatn B, Pallesen S. Effect of antipsychotic withdrawal on behavior and sleep/wake activity in nursing home residents with dementia: a randomized, placebo-controlled, double-blinded study. *The Bergen District Nursing Home Study. J Am Geriatr Soc* 2004;52:1737-43
- Ruths S, Straand J, Nygaard H, Aarsland D. Stopping anti-psychotic drug therapy in demented nursing home patients: a randomized placebo-controlled study – the Bergen district nursing home study (BEDNURS). *Int J Geriatr Psychiatry* 2008 DOI: 10.1002/gps.1998.
- Thapa PB, Meador KG, Gideon P, Fought RL, Ray WA. Effects of antipsychotic withdrawal in elderly nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 1994;42:280-286.
-
- ¹⁰⁹ - Guidelines for Alzheimer's disease management. California Workgroup on Guidelines for Alzheimer's Disease Management. Final Report. California Version-R 2002. <http://www.alzla.org/medical/FinalReport2002.pdf> (retrieved June 2008)
- Consensus Statement on improving the quality of mental health care in U.S. Nursing homes: Management of depression and behavioral symptoms associated with dementia - American Geriatrics Society and American Association for Geriatric Psychiatry. *J Am Geriatr Soc* 2003;51:1287-1298
- Alexopoulos GS, Strein J, Carpenter D, Dochtery JP. Expert Consensus Guideline Series - Using antipsychotic agents in older patients. *J Clin Psychiatry* 2004;65, suppl 2:4-104
- Management of patients with dementia. A national clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), 2006. <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign86.pdf> (retrieved June 2008)
- Dementia. A NICE-SCIE Guideline on supporting people with dementia and their carers in health and social care. British Psychological Society & the Royal College of Psychiatrists, UK, 2007. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG42/Dementiafinal.pdf> (retrieved June 2008).
- Waldemar G, Dubois B, Emre M, Georges J, Mc Keith IG, Rossor MN, Scheltens Ph, Tariska P, Winblad B. Recommendations for the diagnosis and management of Alzheimer's disease and other disorders associated with dementia: EFNS guideline. *Eur J Neurol* 2007; 14:31-326
- Rabins PV, Blacker D, Rovner BW, Rummans T, Schneider LS, Tariot PN, Blass DM. Practice guideline for the treatment of patients with Alzheimer's disease and other dementias. American Psychiatric Association, 2007.
- http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuide/Topic_3.aspx (retrieved June 2008)
-
- ¹¹⁰ Bij de keuze voor een benzodiazepine wordt het gebruik van kortwerkende middelen (zoals lorazepam en oxazepam) aangeraden vanwege de kortere halfwaardetijd en omdat deze benzodiazepinen niet verder gemetaboliseerd hoeven te worden. In verband met een verhoogd risico op bijwerkingen is terughoudendheid bij het langdurig (= langer dan vier weken) voorschrijven van benzodiazepinen geboden.
-
- ¹¹¹ Bij geen van de RCT's van memantine bij matige tot ernstige dementie is agitatie/ agressie een primaire uitkomstmaat. In 2 post-hoc studies ^{1 2} is memantine werkzaam bij agitatie/ agressie bij matig-ernstige AD. In een gepoolde analyse van het originele materiaal laat memantine een afname zien van agitatie en prikkelbaarheid scores ³ en van het cluster agitatie/ agressie + psychose gemeten met de neuropsychiatrische vragenlijst ⁴.
- ¹ Gauthier S, Wirth Y, Möbius HJ, Effects of memantine on behavioural symptoms in Alzheimer's disease patients: an analysis of the Neuropsychiatric Inventory (NPI) data of two randomised, controlled studies. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005; 20: 459-464
- ² Cummings J, Schneider E, Tariot PN et al. Behavioral effects of memantine in Alzheimer disease patients receiving donepezil treatment. *Neurology* 2006; 67:57-63
- ³ Gauthier S, Loft H, Cummings J. Improvement in behavioural symptoms in patients with moderate to severe Alzheimer's disease by memantine: a pooled data analysis. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008; 23: 537-545
- ⁴ Wilcock GK, Ballard CG, Cooper JA, Loft H. Memantine for agitation/aggression and psychosis in moderately severe to severe Alzheimer's disease: a pooled analysis of 3 studies. *J Clin Psychiatry*. 2008; 69:339-40
-
- ¹¹² Bij Lewy-Body dementie zijn klassieke antipsychotica gecontraïndiceerd, vanwege het gevaar van een negatief effect op de motoriek. Quetiapine en olanzapine hebben dit effect minder. Deze middelen zijn volgens de mening van de werkgroep het meest veilig bij Lewy Body Dementie, vanwege een zwakker effect op de dopaminereceptoren. Ook bij deze middelen blijft terughoudendheid geboden. De effectiviteit van deze middelen specifiek bij Lewy Body Dementie is niet onderzocht.
-
- ¹¹³ Katz I, de Deyn PP, Mintzer J, et al. The efficacy and safety of risperidone in the treatment of psychosis of Alzheimer's disease and mixed dementia: a meta-analysis of 4 placebo-controlled clinical trials. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007; 22:475-84.
-
- ¹¹⁴ Bij de keuze voor een benzodiazepine wordt het gebruik van kortwerkende middelen (zoals lorazepam en oxazepam) aangeraden vanwege de kortere halfwaardetijd en omdat deze benzodiazepinen niet verder gemetaboliseerd hoeven te worden. In verband met een verhoogd risico op bijwerkingen is terughoudendheid bij het langdurig (= langer dan

- vier weken) voorschrijven van benzodiazepinen geboden.
-
- 115 1 Vugt ME. Behavioural problems in dementia. Caregiver issues. Thesis University Maastricht, 2005, Maastricht
2 Gerritsen DE. Quality of life and its measurement in nursing homes. Thesis VU Medical Center, 2004, Amsterdam
-
- 116 RCT's bij andere vormen van dementie dan LBD naar het effect van cholinesteraseremmers zijn niet voorhanden.
-
- 117 Evidence voor het effect van SSRI's en/of analgetica specifiek op roepgedrag ontbreekt voorsnog.
-
- 118 De werkgroep is van mening dat slechts 1 post-hoc analyse met een gunstig effect van risperidon op roepgedrag, als onderdeel van agitatie ¹ geen bewijs is voor de behandeling van roepgedrag als geïsoleerd symptoom bij dementie.
¹ Rabinowitz J, Katz IR, De Deyn PP, et al. Behavioral and psychological symptoms in patients with dementia as a target for pharmacotherapy with risperidone. *J Clin Psychiatry* 2004;65:1329-1334
-
- 119 De werkgroep is van mening dat slechts 1 post-hoc analyse met een gunstig effect van risperidon op constant aandachtvragend gedrag, als onderdeel van agitatie ¹ onvoldoende bewijs is om behandeling van constant aandacht vragend gedrag, als geïsoleerd symptoom bij dementie, met risperidon te rechtvaardigen.
¹ Rabinowitz J, Katz IR, De Deyn PP, et al. Behavioral and psychological symptoms in patients with dementia as a target for pharmacotherapy with risperidone. *J Clin Psychiatry* 2004;65:1329-1334.
-
- 120 Stewart JT, Shin KJ. Paroxetine treatment of sexual disinhibition in dementia. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 1474 / Haussermann P, Goecker D, Beier K et al. Low-dose cyproterone acetate treatment of sexual acting out in men with dementia. *Int Psychogeriatr* 2003; 15: 181-6
-
- 121 Mishima K, Okawa M, Hozumi S, et al. Supplementary administration of artificial bright light and melatonin as potent treatment for disorganized circadian rest-activity and dysfunctional autonomic and neuroendocrine systems in institutionalized demented elderly persons. *Chronobiol Int* 2000;17:4019-432.
-
- 122 Duran JC, Greenspan A, Diago JL, et al. Evaluation of risperidone in the treatment of behavioral and psychological symptoms and sleep disturbances associated with dementia. *Int Psychogeriatr* 2005;17:591-604.
-
- 123 Kurz A, Schwalen S, Schmitt A. Effects of risperidone on behavioral and psychological symptoms associated with dementia in clinical practice. *Int Psychogeriatr* 2005;17:605-616.
-
- 124 Meguro K, Meguro M, Tanaka Y, et al. Risperidone is effective for wandering and disturbed sleep/wake patterns in Alzheimer's disease. *J Geriatr Psychiatr Neurol* 2004;17:61-67.
-
- 125 In twee RCT's met doseringen van 2.5 en 10 mg melatonine en 6 mg slow-release melatonine werden geen significante verbeteringen gezien van de slaapkwaliteit ^{1,2}. Echter, in één van deze studies verbeterde de door de verpleging waargenomen slaapkwaliteit bij gebruik van 2,5 mg melatonine. De duur van de studie van Serfaty ² was twee weken, waardoor een mogelijke effect op langere termijn niet werd onderzocht. Lichttherapie in combinatie met melatonine 5 mg, maar niet lichttherapie alleen, verlengde de dagelijkse periode en mate van activiteit en verbeterde het slaap-waak ritme in een RCT onder 50 patiënten ³. Een RCT onder 189 verpleeghuisbewoners laat eveneens een gunstig effect zien van de combinatie van melatonine (2.5 mg) 's avonds en 'versterkt' daglicht (1000 lux) tussen 9.00 en 18.00 op nachtelijke onrust ⁴.
¹ Singer C, Tractenberg RE, Kaye J et al. A multicenter, placebo-controlled trial of melatonin for sleep disturbance in Alzheimer's disease. *Sleep* 2003;26:893-901.
² Serfaty M, Kennell-Webb S, Warner J et al. Double blind randomised placebo controlled trial of low dose melatonin for sleep disorders in dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002;17:1120-1127.
³ Dowling GA, Burr RL, van Someren EJ et al. Melatonin and bright-light treatment for rest-activity disruption in institutionalized patients with Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc.* 2008; 56:239-46.
⁴ Riemersma-van der Lek RF, Swaab DF, Twisk J, et al. Effect of bright light and melatonin on cognitive and noncognitive function in elderly residents of group care facilities: a randomized controlled trial. *JAMA* 2008; 299:2642-55.
-
- 126 Donebian A. Explorations in quality assesment and monitoring (vol 2): The criteria and standards of quality. Ann Arbor MI: Health Administration Press, 1982.

Colofon

Dit is een uitgave van de NVVA, beroepsvereniging van verpleeghuisartsen en sociaal geriaters. De publicatie is tot stand gekomen in het kader van Zorg voor Beter en is mogelijk gemaakt door ZonMw.

Alles uit deze uitgave mag gebruikt worden met bronvermelding voor publicatie. De publicatie is ook digitaal te raadplegen via www.verpleeghuisartsen.nl.

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden de auteurs en uitgever geen aansprakelijkheid. Aan deze publicatie kunnen geen rechten worden ontleend. Onjuistheden en/of suggesties voor verbeteringen kunt u doorgeven aan de NVVA.

Deze publicatie is te bestellen bij NVVA:

Postbus 20069

3502 LB Utrecht

030 28 23 481

Per fax 030 28 23 494

Per e-mail nvva@verpleeghuisartsen.nl of te downloaden van het internet www.verpleeghuisartsen.nl

UITGAVE

ISBN 978-90-74785-06-8

© NVVA, November 2008

ONTWERP

Het Lab – grafisch ontwerpers BNO, Arnhem

DRUK

Drukkerij Roos en Roos bv, Arnhem