

Richtlijn

Omgaan met gedragsproblemen bij patiënten met dementie

(niet-medicamenteuze aanbevelingen)

Richtlijn voor verpleegkundigen en verzorgenden

Deze richtlijn is tot stand gekomen met subsidie van ZON-MW; projectnummer 54010005

Nijmegen
Juni 2008

Inhoud




Samenvatting aanbevelingen	5
Samenstelling werkgroep	9
Samenstelling projectgroep	10
Geconsulteerde experts	10
Deelnemers implementatietraject	10
1 Inleiding	11
1.1 Aanleiding	11
1.2 Doelstelling	11
1.3 Begripsbepaling	11
1.4 Afbakening	12
2 Methodiek van ontwikkeling van de richtlijn	13
2.1 Werkwijze bij totstandkoming van de richtlijn	13
2.2 Wetenschappelijke onderbouwing	14
2.2.1 Risico's en bijwerkingen van de aanbevolen interventies	14
2.3 Implementeerbaarheid	15
2.4 Evaluatie en indicatoren	15
2.5 Herziening	16
3 Begripsbepaling, symptomen en oorzaken	17
3.1 Dementie	17
3.2 Gedragsproblemen bij dementie	17
3.3 Agitatie	18
3.4 Angst	19
3.5 Apathie	19
3.6 Depressie	19
3.7 Hallucinaties en wanen	20
3.8 Ontremming	20
3.9 Slapeloosheid	20
4 Assessment van gedragsproblemen	23
4.1 Visie bij methode van aanpak	23
4.2 Methode van aanpak	23
4.3 Doelen voor de zorg	24
4.4 Voorwaarden voor effectief gebruik van de richtlijn	25
4.5 Meetinstrumenten	25
4.6 Informatie over dementie en aanverwante zaken	26
5 Interventies ter vermindering van gedragsproblemen	27
5.1 Gedragsobservatie en plannen van acties (management)	27
5.2 Agitatie	28
5.3 Angst	30
5.4 Apathie	31
5.5 Depressie / stemming	33
5.6 Hallucinaties en wanen	35
5.7 Ontremming	35
5.8 Slapeloosheid	35
5.9 Gedragsproblemen in het algemeen	37
5.9.1 Interventies gericht op de mantelzorger	40
5.9.2 Preventie van opname in een zorginstelling	41
Bijlage 1 Verantwoording systematisch review	47
Bijlage 2 Samenvattingskaart	53
Bijlage 2A Agitation (Agitatie/agressie)	57
Bijlage 2B Anxiety (Angstig gedrag)	66
Bijlage 2C Apathy (Apathisch gedrag)	67

Bijlage 2D	Depression/ mood (Depressief gedrag/ depressieve stemming).....	69
Bijlage 2E	Disruptive behaviour (Ontremd gedrag)	76
Bijlage 2F	Sleeplessness (Slapeloosheid)	78
Bijlage 2G	Behaviour symptoms (Gedragsproblemen in het algemeen)	80
Bijlage 2H	Caregiver outcomes (Interventies gericht op de mantelzorger)	86
Bijlage 2I	Costs and Institutionalization (Preventie van opname in een zorginstelling).....	87
Bijlage 3	Verantwoording en uitkomsten proefimplementatie	89
Bijlage 3A	Uitkomsten beoordeling door externe experts.....	91
Bijlage 4	Richtlijn: Omgaan met gedragsproblemen bij dementie (niet medicamenteuze aanbevelingen)	93
Bijlage 4A	Plan van aanpak: observatie en omgaan met gedragsproblemen bij dementie	97

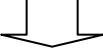
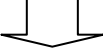
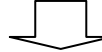
Samenvatting aanbevelingen

- (1) Een eerste aanbeveling voor het omgaan met gedragsproblemen bij dementie is het volgen van het stappenmodel: gedragsobservatie, analyse, het opstellen van acties en evaluatie. Door een grondige analyse van de situatie kan beter bepaald worden wat een haalbaar doel is en welke acties kunnen helpen. Het advies is om dit in (multidisciplinair) teamverband uit te werken.

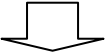


ANALYSE	ANALYSE	ANALYSE	DOEL	ACTIES	EVALUATIE
Stap 1: Wat zie je?	Stap 2: In welke situaties komt het gedrag voor?	Stap 3: Hoe komt het?	Stap 4: Beschrijf het doel	Stap 5: Wat ga je er aan doen?	Stap 6: Heeft het geholpen? Is het doel bereikt?
Welk gedrag vormt een probleem en is het meest opvallend en/of belastend? Hoe vaak is het gedrag de afgelopen 3 dagen/2 weken (afhankelijk van de setting) voorgekomen? Voor wie is het gedrag een probleem? (Nummer ieder gedragsprobleem bij meerdere problemen.)	Waar, in welke ruimte, komt het gedrag voor? Wanneer komt het gedrag voor? Wie is er in de buurt? (bv familie, personeel, andere cliënten) Wat gebeurt er in de directe omgeving? (bv muziek, geluid, iemand die binnenkomt) Wat gebeurde er voordat het gedrag plaatsvond? (bv net aan activiteit deelgenomen)	Mogelijke oorzaken: Lichamelijk: bv pijn, infectie, onvervulde behoefte, honger/dorst, nieuwe of veranderde medicatie Omgeving: bv. verandering, teveel of te weinig prikkels, overvraagd, reactie op gedrag van anderen Vanuit levensgeschiedenis verklaarbaar: trauma, persoonlijkheid Oorzaak onbekend: de cliënt heeft iets anders of geeft iets anders aan, namelijk....	Omschrijf zo specifiek mogelijk het doel: opheffen, verminderen, of leren omgaan met de gedragsproblemen. Is het bespreekbaar met de patiënt? Wat vindt de mantelzorger?	Omschrijf zo specifiek mogelijk de omstandigheden waarin de interventie wordt uitgevoerd en de benaderingswijze van de cliënt. Is het bespreekbaar met de cliënt? Wat vindt de mantelzorger? Wat: (zie aanbevelingen) Wie: Waar: Wanneer: Hoe lang: Evaluatiedatum:	JA / NEE / vervolgactie (begin met stap 1)

AGITATIE / AGRESSIE	ANGST	APATHIE
<p>Agressief gedrag verbaal of fysiek: slaan, schoppen, roepen, schreeuwen.</p> <p>Niet agressief gedrag verbaal of fysiek: continue rondlopen, telkens herhalende gedragingen</p>	<p>Een beklemmende, onaangename emotionele toestand veroorzaakt door sterk negatieve verwachtingen (gevaar).</p>	<p>Initiatiefloos, niet tot activiteiten te bewegen, uit geen emoties</p>
		
<p><u>1^e keus aanbevelingen</u> (2) muziek (3) activiteitenprogramma (4) huiselijke sfeer creëren in zorginstelling</p>	<p><u>1^e keus aanbeveling</u> (6) huiselijke sfeer creëren in zorginstelling</p>	<p><u>1^e keus aanbeveling</u> (7) snoezelen</p>
<p><u>1^e keus aanbeveling voor management</u> (5) trainen zorgverleners</p>		
<p><u>2^e keus aanbevelingen</u> - psychomotorische therapie - snoezelen - handmassage / in combinatie met muziek - aromatherapie - laten horen van rustgevende geluiden</p>	<p><u>2^e keus aanbevelingen</u> - interventie richten op mantelzorger: trainen omgaan met gedragsproblemen, kennisvermeerdering en financieel advies</p> <p><u>2^e keus aanbeveling voor management</u> - trainen zorgverleners</p>	<p><u>2^e keus aanbeveling</u> - gentle care: ondersteunen en faciliteren om bestaand niveau van functioneren en ontwikkeling te handhaven</p>

*Afhankelijk van het niveau van bewijs zijn de uitkomsten van de studies ingedeeld naar '1^e keus aanbevelingen' (bewezen effectief) en '2^e keus aanbevelingen' (er is minder sterk bewijs; mogelijk werkt het). Voor een uitgebreide beschrijving van de interventies wordt verwezen naar H. 5 van deze 'Richtlijn gedragsproblemen bij patiënten met dementie'.

DEPRESSIE	ONTREMD GEDRAG	SLAPELOOSHEID
<p>Stemmingsstoornis die zich kenmerkt door een verlies van levenslust of een zwaar terneergeslagen stemming.</p>	<p>Gedrag gekenmerkt door hyperactiviteit en controleverlies.</p>	<p>Slaapstoornis die bestaat uit moeilijk inslapen of doorslapen. Kort bestaande slapeloosheid: korter dan 3 weken, minstens 2 nachten per week Langer durende slapeloosheid: langer dan 3 weken, minstens 2 nachten per week.</p>
		
<p><u>1^e keus aanbevelingen</u> (8) reminiscentie (bv het levensverhaal) (9) muziek (10) huiselijke sfeer creëren in zorginstelling (11) Interventie voor mantelzorgers: training omgaan met gedragsproblemen/ scholing en feedback op interacties</p>	<p><u>1^e keus aanbevelingen</u> Er is onvoldoende bewijs voor het formuleren van duidelijke 1^e keus aanbevelingen.</p>	<p><u>1^e keus aanbevelingen</u> Er is onvoldoende bewijs voor het formuleren van duidelijke 1^e keus aanbevelingen.</p>
<p><u>1^e keus aanbeveling voor management</u> (12) trainen zorgverleners in communicatie</p>		
<p><u>2^e keus aanbeveling</u> - Plezierige Activiteiten-Methode</p>	<p><u>2^e keus aanbevelingen</u> - huiselijke sfeer creëren in zorginstelling in combinatie met trainen zorgverleners - muziek</p> <p><u>2^e keus aanbeveling voor management</u> - huiselijke sfeer creëren in zorginstelling in combinatie met trainen zorgverleners</p>	<p><u>2^e keus aanbevelingen</u> - muziek - lichttherapie</p>

*Afhankelijk van het niveau van bewijs zijn de uitkomsten van de studies ingedeeld naar '1^e keus aanbevelingen' (bewezen effectief) en '2^e keus aanbevelingen' (er is minder sterk bewijs; mogelijk werkt het). Voor een uitgebreide beschrijving van de interventies wordt verwezen naar H. 5 van deze 'Richtlijn gedragsproblemen bij patiënten met dementie'.

ALGEMENE AANBEVELINGEN	INTERVENTIES GERICHT OP DE MANTELZORGER	PREVENTIE VAN OPNAME IN EEN ZORGINSTELLING
<p>Gedragsproblemen in het algemeen</p>  <p><u>1^e keus aanbevelingen</u> (13) snoezelen (14) lichamelijke oefeningen (min. 2 x pw gedurende 30 min in groepsverband) (15) leefomgeving aanpassen (bv. wegwijzers) (16) ondersteunen mantelzorgers mbt kennis en vaardigheden (17) gesimuleerde aanwezigheid (geluidsband/video)</p> <p><u>2^e keus aanbevelingen</u> - reminiscentie (bv het levensverhaal) - muziek - cognitieve training - therapie gericht op behoud van eigenwaarde - ROT (Realiteit Oriëntatie Training) gecombineerd met reminiscentie of met het aanpassen van de leefomgeving</p>	 <p><u>1^e keus aanbeveling voor management</u> (18) educatie en vaardigheden met betrekking tot dementie en omgaan met gedragsproblemen</p> <p><u>2^e keus aanbeveling</u> - reminiscentie door mantelzorgers</p>	 <p><u>1^e keus aanbevelingen</u> (19) educatie en vaardigheidstraining voor mantelzorgers over dementie en omgaan met gedragsproblemen door wijkverpleegkundige en (zieken)verzorgende</p> <p><u>2^e keus aanbevelingen</u> - realiteit oriëntatie training - realiteit oriëntatie training + validation + ondersteunen mantelzorgers + ontspanning aan cliënt aanbieden - leefomgeving aanpassen (wegwijzers, het bedekken van uitgangen)</p>

*Afhankelijk van het niveau van bewijs zijn de uitkomsten van de studies ingedeeld naar '1^e keus aanbevelingen' (bewezen effectief) en '2^e keus aanbevelingen' (er is minder sterk bewijs; mogelijk werkt het). Voor een uitgebreidere beschrijving van de interventies wordt verwezen naar H5 van deze 'Richtlijn gedragsproblemen patiënten bij dementie'.

Samenstelling werkgroep

Drs. M. (Minke) Nieuwboer (voorzitter)

Beleidsmedewerker staf zorg – Universitair Medisch Centrum St Radboud, Nijmegen

E. (Esther) Manders - Hendriks

Verpleegkundig consulent Ouderenzorg/ Geriatrie – Elkerliek ziekenhuis, Helmond

J. (Jolanda) Uyen

Verpleegkundige, Teamleider Psycho-Geriatrie afdeling – Verpleeghuis Kalorama, Nijmegen

M. (Marcel) Reinhoudt

Verpleegkundig Specialist Geriatrie – Ziekenhuis Walcheren, Vlissingen

J. (Julie) Meerveld

Teamleider Belangenbehartiging en Zorgvernieuwing – Alzheimer Nederland, Bunnik

Dr. M. (Marjolein) de Vugt

Gezondheidszorg Psycholoog, onderzoeker – Academisch Ziekenhuis Maastricht, Universiteit Maastricht

P. (Patricia) Aquirre (vanaf februari 2007)

Ziekenverzorgende (ZZP) – Thuisverpleging Nijmegen, Nijmegen

N. (Nico) Kruiniger

Mantelzorger – LOT (Vereniging van mantelzorgers) deze is januari 2007 overgegaan in MEZZO (landelijke vereniging van Mantelzorgers en Vrijwilligerszorg), Bunnik

Drs. M. (Marieke) Perry

Huisarts, onderzoeker – Universitair Medisch Centrum St Radboud, Nijmegen

Dr. S. (Sytse) Zuidema

Verpleeghuisarts en onderzoeker – Verpleeghuisgeneeskunde, Universitair Medisch Centrum St Radboud (+ Verpleeghuis Kalorama tot 1 augustus 2008), Nijmegen

H. (Hester) Salazar

Verpleegkundige geriatrie – Universitair Medisch Centrum St Radboud, Nijmegen

Drs. R. (Rieneke) Peijnenburg

Onderzoeker – Hogeschool INHOLLAND, Alkmaar

H. (Hetty) Francken (tot september 2006)

Nurse Practitioner Geriatrie – Jeroen Bosch Ziekenhuis, 's-Hertogenbosch

P. (Paula) Rubingh (tot september 2006) via STING

Ziekenverzorgende

Samenstelling projectgroep

Prof. dr. T. (Theo) van Achterberg
Hoogleraar Verplegingswetenschap – Universitair Medisch Centrum St Radboud, Nijmegen
Projectleider ‘richtlijn gedragsproblemen bij dementie’

Drs. R. (Rieneke) Peijnenburg
Onderzoeker – Hogeschool INHOLLAND, Alkmaar
Projectmedewerker ‘richtlijn gedragsproblemen bij dementie’ (augustus – december 2006)

Dr. M. (Monique) van Eijken
Onderzoeker – Universitair Medisch Centrum St Radboud, Nijmegen
Projectmedewerker ‘richtlijn gedragsproblemen bij dementie’

Geconsulteerde experts

Prof. dr. M. (Marcel) Olde Rikkert
Hoogleraar Geriatrie – Kenniscentrum Geriatrie, Universitair Medisch Centrum St Radboud, Nijmegen

Prof. dr. R. (Raymond) Koopmans
Hoogleraar Verpleeghuisgeneeskunde – Universitair Medisch Centrum St Radboud, Nijmegen

Drs. H. (Herbert) Habets
Verpleegkundig specialist geriatrie – Maaslandziekenhuis, Sittard
Seniordocent Master Advanced Nursing Practice – Hogeschool Zuyd, Heerlen

Deelnemers implementatietraject

Woon-zorgcentrum Sonnehaert, Nijmegen

Verpleeghuis Kalorama, Nijmegen

Afdeling geriatrie, UMC St Radboud, Nijmegen

Thuiszorg Verian, Nijmegen

Thuisverpleging Rijk van Nijmegen, Nijmegen

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

De richtlijn 'gedragsproblemen bij dementie' betreft een onderwerp dat raakt aan de zorg die mantelzorgers alsook zorgverleners in het werkveld geven. Het aantal mensen met dementie zal in de komende jaren met tenminste 20% toenemen en steeds meer patiënten met dementie, mantelzorgers en professionals zullen geconfronteerd worden met gerelateerde problemen zoals agressief gedrag, apathie en ontremd gedrag. Deze symptomen komen tot bij 90% van deze doelgroep voor en steeds vaker naarmate het dementieproces vordert.^[5]

De laatste jaren is er een groeiende aandacht voor gedragsproblemen bij dementie en sectorbreed is er een grote behoefte aan methodische toepassing van non-farmacologische interventies. Een optimale begeleiding bij gedragsproblemen is van groot belang voor de kwaliteit van leven van de persoon met dementie en de mensen in zijn omgeving. Om verpleegkundigen en verzorgenden handvatten en handelingsmogelijkheden te kunnen aanreiken in de omgang met deze patiënten is kennis ('evidence') verzameld en getoetst aan, en eventueel aangevuld met, ervaringen of suggesties van de leden van de werkgroep 'Omgaan met gedragsproblemen bij dementie' over werkzame interventies. Deze zijn gebundeld in deze richtlijn.

1.2 Doelstelling

Deze richtlijn moet bijdragen aan het hanteerbaar maken (verminderen, oplossen, accepteren) van gedragsproblemen van mensen met dementie. Meer specifiek richt de richtlijn zich op de volgende gedragingen: agitatie, angst, apathie, depressie, hallucinaties en wanen, ontremming, slapeloosheid en gedragsproblemen in het algemeen.

Het doel van de richtlijn is dat voor zorgverleners (verpleegkundigen en verzorgenden werkzaam in alle zorgsettings van de gezondheidszorg) van mensen met dementie met gedragsproblemen, hun gedrag door non-farmacologische interventies beter hanteerbaar wordt en dat zij mantelzorgers kunnen ondersteunen bij het hanteren van gedragsproblemen. De werkgroep hoopt dat hiermee indirect de kwaliteit van leven van de patiënt en de mantelzorger verbetert.

1.3 Begripsbepaling

In de literatuur komt de internationale term BPSD (Behavioural Problems and Symptoms of Dementia) veel voor als hét containerbegrip voor alle gedragsproblemen bij dementie. Het International Psychogeriatric Association (IPA) heeft in een consensusgroep de symptomen van BPSD geclusterd in gedragssymptomen en psychologische symptomen.^[6] De voor deze richtlijn samengestelde werkgroep ervaart deze invulling niet als allesomvattend; bijvoorbeeld apathie wordt gemist in de symptoombeschrijving. De werkgroep vindt de algemene term BPSD te weinig concreet. In deze richtlijn spreken we over gedragsproblemen bij dementie waarbij nader gedefinieerd dient te worden welke gedragingen we daar onder verstaan.

Definitie gedragsproblemen:

Gedragsproblemen zijn alle gedragingen van de patiënt die door de patiënt en/of zijn omgeving als moeilijk hanteerbaar worden ervaren (afgeleid van de definitie zoals gehanteerd in de NVVA richtlijn probleemgedrag).^[7]

1.4 Afbakening

Richtlijngebruikers

De richtlijn is bedoeld voor verpleegkundigen en verzorgenden werkzaam in alle zorgsettings van de gezondheidszorg. Met betrekking tot de setting van verstandelijke gehandicapten hebben we geen specifieke literatuur gevonden, zodat de geldigheid van de richtlijn voor deze groep onduidelijk is.

Patiëntenpopulatie

Deze richtlijn is van toepassing op patiënten/cliënten (intra-/extramuraal) die gedragsproblemen hebben ten gevolge van dementie.

Probleemomschrijving en uitgangsvragen

Dementie gaat vaak samen met gedragsproblemen. In het belang van het welzijn van de patiënt met dementie en zijn (mantel/professionele)-verzorgers is het belangrijk op de hoogte te zijn en middelen ter beschikking te hebben om deze gedragsproblemen te herkennen en hierop te interveniëren. De meest effectieve aanbevelingen en interventies zijn beschreven in deze richtlijn. Het niet behandelen van gedragsproblemen bij mensen met dementie kan leiden tot vervroegde opname, verhoogde kosten, verminderde kwaliteit van leven en een zware belasting van de mantelzorgers en professionele hulpverleners. In binnen- en buitenland is een aantal recente richtlijnen voor de zorg en behandeling bij dementie beschikbaar.^[7-15] Geen van deze richtlijnen behandelt het thema gedragsprobleem integraal, overtuigend of afdoende. Ongeacht de setting worden verpleegkundigen/ verzorgenden veel met deze problemen van patiënten geconfronteerd en met de machteloosheid van alle betrokkenen (patiënt, mantelzorger en zichzelf). Richtlijnen zijn daarom juist voor deze beroepsgroepen dringend gewenst.

Uitgangsvragen voor deze richtlijn waren:

Welke niet-medicamenteuze interventies zijn effectief in het voorkomen, hanteren of verminderen van gedragsproblemen bij mensen met dementie?

Welke niet-medicamenteuze interventies zijn effectief in het voorkomen, hanteren of verminderen van de negatieve gevolgen van gedragsproblemen bij mensen met dementie?

Afbakening van het onderwerp

De richtlijn gaat primair over gedragsproblemen; de focus ligt niet op stoornissen in gevoelens, gedachten en wilsuitingen maar deze kunnen wel zichtbaar worden in het gedrag. De richtlijn richt zich op het omgaan van gedragsproblemen bij mensen met dementie.

Onafhankelijkheid van de opstellers

De richtlijn is niet beïnvloed door de opvattingen of belangen van de financierende instantie. Bij de totstandkoming van de richtlijn was geen sprake van conflicterende belangen van leden van de werkgroep.

2 Methodiek van ontwikkeling van de richtlijn

2.1 Werkwijze bij totstandkoming van de richtlijn

Het doel van het project was een sector overstijgende richtlijn 'Gedragsproblemen bij dementie' voor verpleegkundigen en verzorgenden te ontwikkelen (looptijd november 2005 – november 2007), met subsidiegelden beschikbaar gesteld door ZonMw. De richtlijn is gemaakt conform de V&VN (Algemene Vergadering Verpleegkundigen en Verzorgenden) criteria voor richtlijnen.

Tijdens het ontwikkelen van de richtlijn is samengewerkt met medewerkers van het project 'Richtlijn Agitatie' van de Hogeschool Inholland te Alkmaar die met subsidie van ZonMw een deelgebied beschrijft. Er is gestreefd naar een zelfde hantering van methodiek en beschrijving zodat de twee eindproducten samen alle deelgebieden van gedragsproblemen bij dementie omvatten.

De hieronder beschreven stappen binnen het project hebben geleid tot deze richtlijn.

Stap I

Voor relevante literatuur voor juli 2001 is de review van Doody et al.^[16] als uitgangspunt genomen. De review dekt het thema voor deze richtlijn.

De search van Doody et al. is integraal herhaald voor de jaren 1999-2006.

De uitkomsten van de reviews van het NIVEL (uitgevoerd in het kader van Tussen Weten en Doen 1) voor de deelonderwerpen 'apathie' en 'depressie' zijn ook beoordeeld en meegenomen in de uiteindelijke aanbevelingen.^[8,9] Voor het onderdeel 'agitatie' was een review uit het project 'Richtlijn agitatie' (Subsidievoorstel Tussen Weten en Doen) beschikbaar.

Deze richtlijn richt zich op zorg door verpleegkundigen en verzorgenden. Interventies buiten het competentiegebied van deze beroepsgroepen zijn niet in het literatuuronderzoek meegenomen. De verantwoording is opgenomen in bijlage 1. De review is uitgevoerd door de projectgroep.

Stap II

In de eerste werkgroepbijeenkomst zijn opzet en reikwijdte van de richtlijn besproken en zijn drie subgroepen samengesteld. Elke subgroep behandelde een deel van de gedragingen die onder 'gedragsproblemen bij dementie' valt. De uitkomsten van het literatuuronderzoek welke resulteerde in conceptaanbevelingen zijn becommentarieerd door de subgroepen. Subgroepen hebben onderling gediscussieerd via de mail, de telefoon of in een vergadering. Reacties van de subgroepen zijn verwerkt in de eerste conceptringrichtlijn met aanbevelingen. In een tweede werkgroepbijeenkomst is deze besproken en zijn de richtlijnteksten meer definitief vastgesteld, waarbij alle besluiten consensusbesluiten waren. Daarnaast zijn hulpmiddelen voor het omgaan met en verspreiding van de aanbevelingen geselecteerd. Aanpassing en herformulering resulteerden in een tweede conceptringrichtlijn, die is voorgelegd aan de V&VN toetsingscommissie.

Stap III

Voor de proefimplementatie zijn vier werkeenheden van verpleegkundigen/verzorgenden (n=40) uit verschillende sectoren in de zorg geselecteerd;

één werkeenheden voor wijkverpleging/ziekenverzorging;

één werkeenheden voor PG-verpleeghuiszorg;

één werkeenheden voor verzorgingshuiszorg;

één werkeenheden voor ziekenhuis-geriatrieverpleging.

De introductie van de richtlijn binnen deze werkeenheden vond in de vorm van een klinische les van 120 minuten plaats. Bevorderende en belemmerende factoren voor implementatie zijn na deze bijeenkomst getoetst door middel van een schriftelijke vragenlijst.

Naast beschikbaarheid van telefonisch advies, heeft de projectmedewerker (MvE) aan het eind van de eerste implementatiemaand contact gehad met de contactpersoon van de instelling. Aan het einde van de implementatieperiode is in een interview met de contactpersoon aan de hand van een schriftelijke vragenlijst over bevorderende en belemmerende factoren de richtlijn geëvalueerd. Naar

aanleiding van deze feedback is de richtlijn aangepast.^[17] In bijlage 2 is een samenvatting gegeven van de uitkomsten van de proefimplementatie.

Stap IV

De tweede conceptversie van de richtlijn en de tussentijdse uitkomsten van de proefimplementatie zijn in een derde werkgroepbijeenkomst besproken, wat resulteerde in een aanpassing van de richtlijn. De uiteindelijke versie is nogmaals voorgelegd aan de werkgroepleden en na goedkeuring voorgelegd aan de V&VN voor definitieve certificering.

2.2 Wetenschappelijke onderbouwing

De richtlijn is gebaseerd op onderzoeksresultaten verkregen uit systematische reviews. Inzicht in de zorgpraktijk, aspecten van belang voor zorgverlener, mantelzorger en patiënt én de vormgeving van de hulpmiddelen is verkregen door een uitgebalanceerde samenstelling van en toetsing door de werkgroep.

De aanbevelingen in de richtlijn zijn voorzien van de mate van bewijskracht zoals geformuleerd door het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg (CBO).^[18] De studies in de reviews zijn beoordeeld op hun methodologische kwaliteit met behulp van onderstaande indeling:

- A1 Systematische reviews van tenminste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A2 niveau.
- A2 Gerandomiseerd vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit (gerandomiseerd, dubbelblind gecontroleerde trials) van voldoende omvang.
- B Gerandomiseerde klinische trials van matige kwaliteit of onvoldoende omvang of ander vergelijkend onderzoek (niet-gerandomiseerd, vergelijkend cohortonderzoek).
- C Niet-vergelijkend onderzoek
- D Mening van deskundigen

Uiteindelijk zijn de conclusies van de studies uit de reviews beoordeeld op het niveau van bewijs. Niveaus van bewijs:

- 1 Onderzoek van niveau A1 of tenminste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau A2 (= 1^e keus aanbeveling)
- 2a Tenminste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B (= 1^e keus aanbeveling)
- 2b Een onderzoek van niveau A2 (2^e keus aanbeveling)
- 3 Een onderzoek van niveau B of C (2^e keus aanbeveling)
- 4 Mening van deskundigen (2^e keus aanbeveling)

Afhankelijk van het niveau van bewijs zijn de uitkomsten van de studies ingedeeld naar '1^e keus aanbeveling' (bewijs niveau 1 en 2a) en '2e keus aanbeveling' (bewijs niveau 2b, 3 en 4). Het CBO^[18] deelt de bewijskracht in door de toekenning van 1 t/m 4, waarbij 1 voor het hoogste bewijs staat. In deze richtlijn is bewijskracht 2 opgesplitst omdat één studie, ook al is deze kwalitatief goed uitgevoerd en beschreven, door de werkgroep is beoordeeld als te weinig bewijskracht voor een aanbeveling. Uitkomsten van studies met bewijskracht 2b t/m 4 zijn gebruikt voor minder sterk onderbouwde '2e keus aanbevelingen'.

2.2.1 Risico's en bijwerkingen van de aanbevolen interventies

In de beschrijving van de interventies die resulteerde in aanbevelingen zijn meestal geen bijwerkingen of risico's benoemd. De bronnen die werden gebruikt beschreven in de regel ook geen bijwerkingen of risico's van de interventies. Het zijn niet-invasieve en doorgaans niet riskante interventies, waarbij we wel willen opmerken dat het van belang is dat zorgverleners te allen tijde alert blijft op mogelijke persoonlijke bijwerkingen/risico's, bijvoorbeeld als een patiënt juist onrustiger wordt van een interventie terwijl het tegenovergestelde werd beoogd. Overwegingen van

de werkgroep bij het toepassen van een interventie (en als een mogelijk risico aangemerkt kon worden) zijn beschreven bij 'overige overwegingen' onder de aanbeveling. In alle andere gevallen zijn er geen bekende bijwerkingen of risico's. Dit is niet bij iedere aanbeveling apart genoemd.

2.3 Implementeerbaarheid

Getracht is de implementeerbaarheid van de richtlijn te bevorderen door de volgende activiteiten:

- Evidence verzamelen om aanbevelingen te genereren;
- Raadplegen van een multidisciplinaire werkgroep tijdens de ontwikkeling van de richtlijn;
- Richtlijn voorleggen aan externe deskundigen die een uitspraak doen over de bruikbaarheid van de richtlijn in de praktijk;
- Toevoegen van een handzame samenvattingkaart.

Om de verspreiding verder te bevorderen is de richtlijn in workshop gepresenteerd tijdens het UVNN (Universitair Verpleeghuis Netwerk Nijmegen) symposium (april 2008) en is de richtlijn beschreven in een artikel in het Tijdschrift Voor Verzorgenden (juni 2008) en in Nursing (juli 2008). Een Engelstalige publicatie is in voorbereiding. Na goedkeuring door V&VN wordt contact gezocht met de beroepsvereniging verpleegkundigen Geriatrie voor 'adoptie' van de richtlijn. Ook wordt in samenwerking met Universiteit Maastricht/ Alzheimer Centrum Limburg bekeken hoe en op welke manier kennis en materialen gebundeld kunnen worden om voor mantelzorgers een overzichtelijk en handzaam document te maken over het omgaan met gedragsproblemen bij dementie.

2.4 Evaluatie en indicatoren

Mogelijke indicatoren om het gebruik van de richtlijn in de praktijk te toetsen zijn:

- het aantal systematische beschrijvingen van gedragsproblemen (ten opzichte van het totaal aantal patiënten met gedragsproblemen) is toegenomen;
- verpleegkundigen en verzorgenden brengen gedragsproblemen vaker ter sprake in een (multidisciplinair) overleg;
- het inzetten van interventies om gedragsproblemen te voorkomen, verminderen of hanteerbaar te maken is toegenomen (ten opzichte van de tijd voorafgaand aan het gebruik van de richtlijn);
- mantelzorg en professionals voelen zich beter in staat om te gaan met gedragsproblemen bij mensen met dementie (ten opzichte van de tijd voorafgaand aan het gebruik van de richtlijn);
- de mantelzorger is beter geïnformeerd; op de hoogte van de aanbevelingen bij gedragsproblemen bij dementie;
- het aantal getrainde zorgverleners in het omgaan met gedragsproblemen bij dementie is toegenomen;
- het aantal patiënten met gedragsproblemen bij dementie is afgenomen;
- het aantal interventies dat aangeboden kan worden ter vermindering van gedragsproblemen bij dementie is toegenomen (bv snoezelruimte gemaakt);
- afname van het gebruik van psychofarmaca;
- afname fixatie/ vrijheidsbeperkende maatregelen (afname middel/maatregel);
- afname in valfrequentie (door adequate interventie op bv dwangmatig lopen en vermindering medicatie);
- afname in sufheid (door adequate interventie op bv dwangmatig lopen en vermindering medicatie);
- het managementteam heeft het bevorderen van gebruik van de richtlijn als speerpunt opgenomen in beleidsplan;
- deelname aan zorgverbetertrajecten;
- de mantelzorger is beter geïnformeerd; op de hoogte van de aanbevelingen bij gedragsproblemen bij dementie;
- afname van ervaren belasting gerelateerd aan gedragsproblemen door de mantelzorger;

- afname van ervaren belasting gerelateerd aan gedragsproblemen door de zorgverlener;
- het aantal getrainde zorgverleners in het omgaan met gedragsproblemen bij dementie is toegenomen;
- toename van gevoelens van competentie bij de zorgverlener in het omgaan met gedragsproblemen;
- het aantal patiënten met gedragsproblemen bij dementie is afgenomen;
- het aantal interventies dat aangeboden kan worden ter vermindering van gedragsproblemen bij dementie is toegenomen (bv snoezelruimte gemaakt);
- afname van ernst en/of frequentie van de gedragsproblemen;
- afname van psychofarmaca;
- afname fixatie/ vrijheidsbeperkende maatregelen (afname middel/maatregel);
- afname in valfrequentie (door adequate interventie op bv dwangmatig lopen en vermindering medicatie);
- afname in sufheid (door adequate interventie op bv dwangmatig lopen en vermindering medicatie).

2.5 Herziening

De richtlijn wordt in 2008 gecertificeerd door de V&VN en is geldig voor een periode van drie jaar. Het voornemen van de ontwikkelaars is om de richtlijn hierna te actualiseren aan de hand van recente evidence.

3 Begripsbepaling, symptomen en oorzaken

3.1 Dementie

Definitie

Dementie is een generieke term voor een combinatie van symptomen/stoornissen op het gebied van cognitie, stemming en gedrag (een syndroom). De stoornissen doen zich voor bij een helder bewustzijn en belemmeren het dagelijks functioneren van de patiënt.^[15] Er zijn vier belangrijke typen van dementie: 1. ziekte van Alzheimer (60-70%); 2. vasculaire dementie (15%); 3. Frontotemporale dementie; en 4. Lewy-Body dementie. Dementie kan ook voorkomen bij patiënten met de ziekte van Parkinson.

Oorzaken

Dementie ontstaat waarschijnlijk door een ingewikkeld samenspel van meerdere factoren. Het feitelijke proces van dementie vindt plaats in de hersenen. Bij de ziekte van Alzheimer is de vorming van eiwitplaques een belangrijke factor, maar ook het minder goed functioneren van bloedvaten in de hersenen speelt een rol. Het ontstaan van vasculaire dementie kan het gevolg zijn van een groot CVA of van meerdere kleine herseninfarcten maar ook hier speelt een verminderde bloeddoorstroming in de hersenen een belangrijke rol.

Symptomen

Dementie gaat dikwijls gepaard met persoonlijkheidsveranderingen en met gedragsproblemen zoals episodes van angst, achterdocht, neerslachtigheid, boosheid, rusteloosheid en lusteloosheid. Om de gedragsproblemen te kunnen beïnvloeden is het belangrijk te kijken naar de oorzaken. Er is geen (medicamenteuze) therapie die dementie kan genezen. Juist daarom is de relevantie groot van symptoombestrijding en van interventies die het welbevinden van de patiënt en van de naaste die hem verzorgt op een aanvaardbaar niveau kunnen houden.^[19]

Mantelzorg

Zorgen voor een naaste met dementie is een zware opgave die een forse aanslag kan doen op het welbevinden en de gezondheid van de mantelzorger, zeker als er sprake is van gedragsproblemen. Een groot deel van de patiënten met dementie kan met hulp van mantelzorg en thuiszorg in de eigen leefomgeving blijven wonen. Echter, het heeft veel impact op sociaal, emotioneel en praktisch gebied. Gevoelens van machteloosheid komen veel voor bij mantelzorgers. In de zorg voor de patiënt met dementie vormt de zorg voor de naaste, de mantelzorger, een belangrijk en onmiskenbaar aspect in de totale zorg. Met de groei van het aantal ouderen met dementie zal in toenemende mate een beroep op disciplines in de gezondheidszorg worden gedaan zoals verpleegkundigen en verzorgenden.

3.2 Gedragsproblemen bij dementie

Definitie

Gedragsproblemen zijn alle gedragingen van de patiënt (met dementie) dat door de patiënt en/of zijn omgeving als moeilijk hanteerbaar wordt ervaren (zie paragraaf 1.3.).

Oorzaak

Om het gedrag te kunnen beïnvloeden, moet gezocht worden naar de achterliggende oorzaak of oorzaken van het gedrag. In de literatuur worden verschillende modellen beschreven die de oorzaken van gedragsproblemen proberen te verklaren.^[20]

Volgens het multifactoriële model van Kitwood^[21] zijn vijf factoren van invloed:

1. De lichamelijke gezondheid: pijn kan leiden tot onrust, prikkelbaarheid, aanhoudend roepen. Veranderde medicatie kan van invloed zijn op het gedrag van de patiënt met dementie.

Gehoorproblemen kunnen leiden tot achterdocht en visusproblemen tot onzekerheid en een toename van desoriëntatie.

2. De levensgeschiedenis: traumatische gebeurtenissen kunnen leiden tot angst of verzet bij bepaalde situaties.
3. Persoonlijkheidsfactoren en copingstijl: copingstrategieën zijn ontwikkeld om om te gaan met nieuwe situaties en ook persoonlijkheidsfactoren zoals of men de schuld bij zichzelf zoekt of bij anderen neerlegt.
4. Neurologische schade: het in kaart brengen van de cognitieve functies en neuropathologische veranderingen kan inzicht geven in het functioneren van de patiënt en helpt het huidige gedrag begrijpen.
5. Sociale en omgevingsfactoren: een persoon komt pas tot zijn recht in relatie tot een ander. Met behulp van anderen kan de persoon met dementie zichzelf beleven en zichzelf een persoon voelen.

Het Need Driven Dementia Compromised Behavior Model^[22] beschouwt gedragsproblemen als uitingsvorm van een achterliggende (onvervulde) behoefte van de oudere met dementie. Het Progressively Lowered Stress Threshold Model^[23] heeft als uitgangspunt dat problemen in het gedrag ontstaan door een toenemend verlies van copingvaardigheden van de dementerende oudere. Het adaptatie-coping model van Dröes gaat uit van de problemen of adaptieve taken die een persoon met dementie het hoofd moeten bieden als gevolg van zijn ziekte (zoals 'omgaan met de eigen beperkingen' en 'handhaven van een emotioneel evenwicht') en de (tekortschietende) adaptieve vaardigheden die hiervoor nodig zijn.^[24] De modellen zijn overlappend en aanvullend ten opzichte van elkaar.

3.3 Agitatie

Definitie

Innerlijke rusteloosheid leidend tot ondoelmatig gedrag met een sterk repeterend karakter (richtlijn NVVA).

Er worden vier subtypen van agitatie omschreven:^[25]

1. Fysiek agressief gedrag zoals slaan, schoppen, duwen, bijten en krabben;
2. Fysiek niet-agressief gedrag zoals doelloos rondlopen, voorwerpen verzamelen of verstoppen, en telkens herhalende gedragingen;
3. Verbale niet-agressieve agitatie zoals voortdurend en buitensporig om aandacht of hulp vragen, of het telkens herhalen van zinnen en vragen;
4. Verbale agressie zoals vloeken, gillen en krijsen.

Oorzaken

Om het geagiteerde gedrag te kunnen beïnvloeden, moet gezocht worden naar de achterliggende oorzaak of oorzaken. Mogelijke oorzaken van geagiteerd gedrag zijn: lichamelijk ongemak (zoals pijn), een onvervulde behoefte (bv honger), een bepaalde verandering in de omgeving, overprikkeling (door harde geluiden) of juist onderprikkeling (door gebrek aan prikkels) en moeite met het uiten van gevoelens.^[22-24]

Symptomen

Zie de vier subtypen van agitatie.

3.4 Angst

Definitie

Een beklemmende, onaangename emotionele toestand veroorzaakt door sterke negatieve verwachtingen ('gevaar') leidt tot verhoogde waakzaamheid, een toegenomen activiteit van het autonome zenuwstelsel (hartkloppingen, beven e.d.) en spierspanning. Angst kan zich voordoen uitsluitend in bepaalde omstandigheden (situatiegebonden angst) of ongeacht de omstandigheden als kenmerk van de persoon (persoonsgebonden angst).^[26]

Oorzaak

Iemand met dementie raakt vaak snel overvraagd. Als hij 'faalt' in het uitvoeren van een bepaalde taak, kan hem dit angstig maken. Ook het oriëntatievermogen wordt slechter. De omgeving en de mensen worden niet meer herkend. Iemand weet niet meer waar hij is. Het geheugen gaat steeds verder achteruit. De wereld wordt steeds kleiner en onzekerder.

Angst kan ook ontstaan door spanningen of (negatieve) emoties bij anderen of door het gevoel dat er iets mis is, vaak zonder te weten wat.^[27]

Symptomen

Situaties worden niet goed begrepen. Iemand snapt niet meer wat er van hem verlangd wordt.

Misschien weet hij niet goed meer hoe te reageren in bepaalde situaties. Dit kan tot paniek leiden.^[27]

3.5 Apathie

Definitie

Initiatiefloos gedrag, niet tot activiteiten te bewegen, niet uiten van emoties.^[7] Het onvermogen van mensen (in de laatste fase van dementie) om contact te maken met hun omgeving.^[8]

Oorzaak

Door veranderingen in de hersenen wordt het voor de patiënt met dementie steeds moeilijker om zelf initiatief te kunnen nemen.^[28]

Symptomen

initiatiefloos, passieloos.

3.6 Depressie

Definitie

Een depressie is een stemmingsstoornis die zich kenmerkt door een verlies van levenslust of een zwaar terneergeslagen stemming.^[26] Een klinische depressie moet voldoen aan criteria die zijn vastgelegd in het DSM-IV protocol.^[29]

Oorzaak

Een depressie kent meestal niet één enkele oorzaak; er kunnen vele factoren een rol spelen.

Mogelijke oorzaken zijn: stress (bijvoorbeeld ten gevolge van een groot verlies, chronische ziekte), bijwerking van geneesmiddelen, medische problemen zoals ziekte van schildklier, voedingstekorten zoals laag gehalte aan vitamine B12.

Symptomen

Sombere stemming, geen interesse of plezier meer in activiteiten, meer of minder eten dan voorheen, meer of minder slapen dan voorheen, onrustig gedrag of vertraging van gedrag, vermoeidheid of energieverlies, gevoelens van nutteloosheid of een buitensporig schuldgevoel.

Iemand hoeft niet alle kenmerken te hebben om aan een depressie te lijden. Dit maakt het lastig een depressie bij dementie te herkennen. Voor de diagnostische criteria van een depressie bij dementie

wordt verwezen naar de CBO-richtlijn 'Diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie'.^[15]

3.7 Hallucinaties en wanen

Definitie

Mensen met dementie kunnen last krijgen van hallucinaties. Ze zien of horen dingen die er niet zijn. Wanen zijn ideeën die niet op de werkelijkheid berusten.

Oorzaak

Hallucinaties en wanen worden meestal veroorzaakt door de veranderingen in de hersenen als gevolg van de dementie. Soms is de oorzaak echter een bijwerking van medicatie of een lichamelijke aandoening zoals een infectie, koorts, pijn, obstipatie of uitdroging. Slecht zien en/of horen, een onbekende verzorger of een afwijking van de normale routine, zijn zaken waardoor de hallucinaties en wanen kunnen verergeren.

Symptomen

Het horen van stemmen of denken personen uit het verleden te zien. Soms gaat het ook om proeven, ruiken en/of voelen van dingen. Hallucinaties kunnen het gedrag van iemand met dementie sterk beïnvloeden. Voor hem is wat hij hoort of ziet reëel. Dit kan erg beangstigend zijn, maar niet alle hallucinaties zijn vervelend. Bij Lewy-body dementie komen visuele hallucinaties vaker voor. Wanen zijn ideeën die niet op de werkelijkheid berusten, echter voor de persoon die ze heeft zijn de wanen wel degelijk reëel. In de meeste gevallen kan niets hem van gedachten doen veranderen.

3.8 Ontremming

Definitie

Gedrag gekenmerkt door hyperactiviteit en controleverlies.^[6]

Oorzaak

Niets over bekend

Symptomen

Indien het besef van fatsoen wegvalt, kunnen vervelende situaties ontstaan, die erg pijnlijk zijn voor de familie. De interesse in hoe men er uit ziet vermindert. De persoon gaat zich hierdoor slechter verzorgen en kan ongeschoren en in vieze kleren rond gaan lopen (decorumverlies). Het gevoel van schaamte is er niet meer, waardoor iemand met dementie zich in gezelschap kan gaan ontkleden. Hij kan gaan vloeken en/of gulzig eten. Tevens kan er seksuele ontremming optreden.^[6;30]

3.9 Slapeloosheid

Definitie

Slapeloosheid of insomnia is een slaapstoornis die bestaat uit moeilijk inslapen of doorslapen.^[26] De conceptrichtlijn 'zorg bij een verstoord waak-slaap ritme' classificeert slaapstoornissen, volgens de NHG definitie, op basis van de duur van het slaapprobleem. We spreken van 'kort bestaande slapeloosheid' wanneer het slaapprobleem korter dan drie weken bestaat en er minstens twee nachten per week slaapklachten bestaan. Bij 'langer durende slapeloosheid', welke meestal van toepassing is bij dementie, bestaat de slaapklacht langer dan drie weken, waarbij er ook minstens twee nachten per week slaapklachten zijn. De International Classification of Sleep Disorders (ICSD) heeft in 1990 een classificatiesysteem voor diagnostisch en wetenschappelijk onderzoek van slaapstoornissen. Zij onderscheiden vier categorieën waarin de slaapstoornis ten gevolge van dementie valt in de categorie secundaire slaapstoornissen: slaapstoornissen welke samenhangen

met medische en psychiatrische stoornissen zoals dementie, psychose, paniekstoornis, COPD. De DSM-IV volgt, op een paar verschillen, nagenoeg geheel de classificatie volgens de ICD-10.^[29]

Oorzaak

Slapeloosheid kan worden veroorzaakt door stress, en/of een lichamelijke of psychische oorzaak hebben.^[31]

Symptomen

Een bekend verschijnsel bij dementie is het 'zonsondergangsyndroom.' Hierbij neemt na zonsondergang de onrust en motorische activiteit toe. Soms wordt zelfs het hele dag-/nachtritme omgekeerd. Dit wordt veroorzaakt door beschadiging van de 'biologische klok' in de hersenen.^[32]

4 Assessment van gedragsproblemen

4.1 Visie bij methode van aanpak

Een definitieve diagnose en een klinische, sociale en functionele assessments om de oorzaak van gedragsproblemen te achterhalen zijn essentieel voor iedere patiënt met dementie en zijn mantelzorgers.^[33] De werkgroep gaat er in deze richtlijn vanuit dat goede zorg voor de patiënt met dementie 'belevingsgericht' dient te zijn. Dit betekent dat de belevingswereld van de patiënt centraal staat. Er wordt contact gezocht met de patiënt door aan te sluiten bij zijn beleving, zijn levensgeschiedenis en levensfase, zijn wensen en behoeften. De belevingswereld van de patiënt met dementie verandert gedurende de ziekte en het gedragsbeeld kan ook wisselen per moment of deel van de dag.^[1]

Door de werkgroep werd onderkend dat in de praktijk vaak gewerkt wordt met een indeling van dementie waarbij vier gedragsbeelden of fases van ik-beleving te onderscheiden zijn.^[2-4]

A. 'bedreigde ik' (beginnende en milde dementie)

Het begin van het dementeringsproces wordt door de cliënt als bedreigend ervaren. Het veroorzaakt een beangstigend gevoel van onzekerheid over wat hem in de toekomst te wachten staat. De persoon met dementie heeft moeite met het geheugen, het plannen en vooruit denken, en het hanteren van normen en waarden. Twijfel, onzekerheid en onveiligheid kenmerken deze fase. Reacties en gevoelens kunnen zijn: verlies en rouw, ontkenning, achterdocht en woede. De dementerende zoekt veiligheid bij anderen die wel zeker lijken van zichzelf en van de situatie. Zinnvolle bezigheden en het bieden van structuur kunnen een gevoel van zekerheid bereiken.

B. 'verdwaalde ik' (matig ernstige dementie)

Verwardheid treedt in deze fase steeds meer op de voorgrond. De geheugenproblemen worden erger, de communicatie raakt verstoord en de dementerende raakt gedesoriënteerd in plaats, tijd en persoon. De dementerende verliest de controle over zijn leven en raakt verdwaald in zichzelf. Reacties en gevoelens kunnen zijn angst door controle- en identiteitsverlies, dwalen, het verzamelen van voorwerpen, onbekenden als bekenden zien en leven in het verleden. De dementerende heeft behoefte aan contact, nabijheid en saamhorigheid.

C. 'verborgen ik' (ernstige dementie)

Met het erger worden van de ziekte wordt de cliënt passiever. De dementerende lijkt in zichzelf verzonken en niet meer open voor contact. Maar wie toch probeert contact te maken, merkt dat dit nog altijd mogelijk is. De dementerende is in deze fase afhankelijk van het initiatief en de energie van anderen. Wie de moeite neemt om rustig en uitnodigend te zijn, zal na kortere of langere tijd contact krijgen. Alle manieren om contact te maken moeten afgestemd zijn op de behoefte van de dementerende. Vooral lichamelijk en zintuiglijk contact zijn belangrijk.

D. 'verzonken ik' (ernstige dementie)

Het geheugen en de communicatie zijn in deze fase ernstig verstoord. De cliënt is volledig gedesoriënteerd en volledig hulpbehoevend geworden. De eigen identiteit is verloren gegaan. De zintuiglijke en motorische prikkels zijn nog het enige contact met de omgeving. De dementerende lijkt volledig in zichzelf gekeerd, afgesloten van zijn omgeving, verzonken in zichzelf. Reacties en gevoelens van de dementerende kunnen zijn gevoelens van onbehagen, het koesteren van een pop of knuffel en het maken van geruststellende geluiden.

4.2 Methode van aanpak

In de geselecteerde en geanalyseerde reviews werd beschreven dat 'gedragsobservatie en – management' een mogelijkheid is om tot assessment van gedragsproblemen te komen, die kan resulteren in het verminderen van gedragsproblemen. De werkgroep is ook van mening dat het erg belangrijk is om gedragsproblemen eerst systematisch in kaart te brengen en helder te beschrijven

alvorens interventies toe te passen. De SIGN^[33] en de NVVA^[6] geven in hun richtlijnen een concrete aanpak in het zoeken naar oorzaken van gedragsproblemen. We geven ze hier gecombineerd weer:

1. Het is belangrijk te kijken naar wie er een probleem heeft: de patiënt met dementie, de mantelzorger, een professional of iemand anders uit de omgeving van de patiënt. Het antwoord op deze vraag kan leiden tot de vraag of een interventie nodig is. Indien het gedrag geen gevaar voor de persoon zelf of voor anderen oplevert en geen stress oplevert voor de persoon zelf, dan is mogelijk een minimale interventie nodig of een interventie gericht op anderen dan de patiënt.^[33]
2. Omschrijf gedragsproblemen zo specifiek mogelijk (Wat doet de patiënt? Waar laat de patiënt dit gedrag zien?) met frequentie (hoe vaak en op welke tijden?) en ernst van het probleem. De beschrijving moet zo zijn opgesteld dat deze door verschillende personen niet multi-interpretabel is.^[33] Indien aanwezig worden specifieke meetinstrumenten aanbevolen die gemaakt zijn om gedrag te omschrijven in meetbare termen. Deze moeten (bij voorkeur) specifiek zijn voor mensen met dementie.
3. Waardoor wordt het gedrag veroorzaakt?^[6] Het gedrag wordt in een multidisciplinair overleg besproken of in de thuissituatie met de huisarts of andere betrokken disciplines om de volgende aspecten in kaart te brengen die een mogelijke oorzaak kunnen zijn van gedragsproblemen:
 - A. Onderzoek naar lichamelijke factoren en medicijngebruik
 - B. Psychische factoren (levensgeschiedenis)
 - C. Persoonlijke factoren (relevante levensloopinformatie, copingstrategieën)
 - D. Omgevingsfactoren (bv gedrag van anderen)
4. Bij de keuze van interventies is het belangrijk te bedenken wat de doelen zijn. Het is belangrijk haalbare doelen, in termen van observeerbaar gedrag, te formuleren. Het is niet altijd mogelijk gedragsproblemen (direct) weg te nemen. Gebaseerd op de resultaten van de vorige stappen wordt een specifiek zorgplan voor de patiënt in relatie tot zijn omgeving (met mantelzorg/ professionele zorg) opgesteld. Afspraken over wie het plan coördineert, monitort en evalueert binnen welke tijd, maken deel uit van het plan.^[33]

Deze stappen komen grotendeels overeen met de stappen uit het 'plan van aanpak' (zie aanbeveling 1 richtlijn/samenvattingskaart).

4.3 Doelen voor de zorg

De richtlijn heeft tot doel handvatten te geven om gedragsproblemen bij patiënten met dementie te voorkomen, hanteerbaar te maken of te verminderen.

Doelen kunnen zijn:

- gedragsproblemen inzichtelijk maken: beschrijf hoe vaak gedragsproblemen voorkomen, bij wie of in welke omgeving, op welke plaats, tijdstip (Zie hiervoor de invulbladen en instructies.);
- monitoren van gedragsproblemen: regelmatig evalueren kan inzicht geven of gedragsproblemen in dezelfde mate aanwezig blijven met dezelfde consequenties (voor patiënt, mantelzorg, professionals, omgeving van patiënt);
- ondersteunen van betrokkenen (mantelzorg of professioneel) bij het omgaan met gedragsproblemen;
- verminderen van gedragsproblemen;
- hanteerbaar maken van gedragsproblemen: door adviezen, voorlichting, omgevingsaanpassingen;
- voorkomen van recidief: door regelmatig te evalueren kan tijdig ingegrepen worden indien gedragsproblemen zich weer manifesteren;
- op afdelings- of organisatieniveau kan een doel zijn: op de hoogte blijven van (oorzaken van) gedragsproblemen door structureel aandacht hiervoor in (multidisciplinair) overleg.

4.4 Voorwaarden voor effectief gebruik van de richtlijn

De effectiviteit van de richtlijn neemt volgens de werkgroepleden toe wanneer aan een aantal voorwaarden wordt voldaan, namelijk:

1. De premisse is dat de uitgangspunten van belevingsgerichte zorg de zorgverlener beter in staat stelt aan te sluiten bij de belevingswereld van de patiënt met dementie. Dit betekent dat de zorgverlener zich bewust is van de fase van dementie waarin de patiënt zich bevindt, om zo de communicatie en omgang aan te kunnen passen aan diens belevingswereld, die verandert gedurende de ziekte. Een hulpmiddel hierbij kan zijn om de vier gedragsbeelden te onderscheiden (zie paragraaf 4.1).
2. De richtlijn biedt geen kant en klare oplossing maar is een hulpmiddel. Het geeft dus niet aan wat er precies gedaan moet worden in een bepaalde situatie. Dit moet steeds per cliënt en per situatie worden gezien. De richtlijn geeft aanbevelingen voor interventies die afgestemd moeten worden op de individuele cliënt. Een heldere beschrijving van de gedragsproblemen gaan vooraf aan het inzetten van interventies (zie hiervoor de 'invulbladen met instructies').
3. Verpleegkundigen en verzorgenden hebben, voorafgaand aan het gebruik van de richtlijn, instructies te gehad over de werkwijze van de richtlijn.
4. De organisatie dient het gebruik van de richtlijn te ondersteunen en te stimuleren, door middelen hiervoor beschikbaar te stellen, scholingsfaciliteiten te bieden en leidinggevenden te ondersteunen bij de implementatie en uitvoering van de richtlijn.
5. De richtlijn heeft een duidelijke plaats in het zorgproces. Per team of afdeling wordt afgesproken hoe en wanneer overleg plaatsvindt over de uitvoering van de richtlijn.
6. Het multidisciplinaire team kan een belangrijke rol vervullen bij bepaalde onderdelen van de richtlijn. Onder meer bij het nadenken over de oorzaken van gedragsproblemen en bij de keuze voor bepaalde interventies. Als er geen multidisciplinair team is, kan de uitvoering van de richtlijn besproken worden in het verzorgende of verpleegkundige team.
7. Bij een persoon met dementie met gedragsproblemen wordt een eerste verantwoordelijke verzorgende of verpleegkundige (EVV) aangesteld. Deze EVV kan het gedrag monitoren en nagaan welke professional een interventie het beste kan uitvoeren.
8. Na 3 jaar wordt de richtlijn bijgesteld op basis van actuele gegevens. Nieuwe situaties leveren nieuwe kennis op die van belang kunnen zijn bij de uitvoering van de richtlijn.

4.5 Meetinstrumenten

Het omgaan met gedragsproblemen bij dementie is een multidisciplinaire aangelegenheid. Verpleegkundigen en verzorgenden kunnen veel doen (observatie, inventarisatie, psychosociale interventies, veranderen omgeving, muziek etc.), maar vaak zijn ook andere disciplines nodig, zoals de psycholoog of arts, activiteitenbegeleider of fysiotherapeut.

De richtlijn wil uitdrukkelijk niet de indruk wekken dat de verzorgende of verpleegkundige alle gedragsproblemen zelf kan oplossen, maar pleit voor een multidisciplinaire werkwijze, die afhankelijk van de setting, wordt vorm gegeven. Idealiter wordt in een multidisciplinair overleg bepaald of het inzetten van meetinstrumenten zinvol is.

Een meetinstrument kan handvatten geven om het gedrag te observeren en te beschrijven. Het kan een eerste stap zijn om gedragsproblemen in beschrijfbaar termen uiteen te zetten, zodat overleg met psycholoog of arts makkelijker is.

Er zijn verschillende meetinstrumenten beschikbaar voor verpleegkundigen en verzorgenden. Deze zijn te downloaden via www.ouderenpsychiatrie.nl (kies voor 'evidence/practice based' dan voor 'meetinstrumenten' en 'overzicht'). Bij veel instrumenten is een instructie nodig om deze goed te kunnen gebruiken en te interpreteren. Een arts of psycholoog kan daarbij behulpzaam zijn. Als voorbeeld wordt een aantal meetinstrumenten kort beschreven.

Agitatie: CMAI

Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) is een lijst die bestaat uit 29 vragen over gedrag. De CMAI kan door verpleegkundigen worden gebruikt.

Depressie: Cornell en GDS

De Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD) is een beoordelingsschaal voor depressieve symptomen bij een matige tot ernstige dementie. De schaal wordt gescoord door een hulpverlener met informatie die verkregen is door een interview met de patiënt en een observant (verpleegkundige of partner/familielid).

De Geriatric Depression Scale (GDS) is een screeningsinstrument voor depressieve symptomen specifiek ontwikkeld voor ouderen. Deze vragenlijst wordt door ouderen zelf ingevuld of wordt in een interview afgenomen. Er zijn verschillende versies beschikbaar: GDS-30 (oorspronkelijke versie); GDS-15; GDS-10; GDS-8 en GDS-4. De GDS-8 is recent speciaal ontwikkeld voor het verpleeghuis.

Apathie: AES

De Apathie Evaluatie Schaal (AES) bestaat uit een interview gevolgd door een vragenlijst van 18 vragen

De AES is oorspronkelijk ontwikkeld in een onderzoek naar het onderscheid tussen apathie en depressie. Apathie wordt dan gedefinieerd als een tekort in doelgericht handelen.

Mantelzorg: EDIZ

De Ervaren Druk Informele Zorg (EDIZ) is een 9 items vragenlijst voor het meten van subjectieve belasting bij mantelzorgers.

4.6 Informatie over dementie en aanverwante zaken

www.alzheimer-nederland.nl

De website van de organisatie voor mensen met dementie en hun familie.

www.alzheimercentrumnijmegen.nl

Het Alzheimer Centrum Nederland (ACN) is een kenniscentrum dat in 2003 is opgericht. De missie van ACN is kennis over dementie te ontwikkelen en te verspreiden. Het ACN richt zich zowel op lokaal, regionaal, nationaal- en internationaal niveau.

Ziekenhuis/geheugen polikliniek

Meer informatie is ook te vinden bij de geheugenpoliklinieken van ziekenhuizen.

www.mezzo.nl

Mezzo zet zich in voor mensen die langdurig en onbetaald voor een ander zorgen. Als familielid, buur, vriend of 'gewoon' uit solidariteit. Mezzo behartigt hun belangen en geeft ondersteuning, zodat zij hun belangrijke werk kunnen blijven doen.

info@alzheimercentrumlimburg.nl

Het Alzheimer Centrum Limburg heeft een screeningslijst gemaakt voor gedragsproblemen bij dementie (en mantelzorg). Deze is op te vragen via de email of via 043-3874175.

www.dementiegidszuid gelderland.nl

Een digitale informatiegids, met informatie over dementie en over projecten en zorgmogelijkheden in Zuid- Gelderland.

5 Interventies ter vermindering van gedragsproblemen

In dit hoofdstuk worden per gedragsprobleem de 1^e keus aanbevelingen en 2^e keus aanbevelingen, de wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen van de leden van de werkgroep of experts beschreven. Deze aanbevelingen, voor verpleegkundigen en verzorgenden, zijn van toepassing als zij te maken krijgen met gedragsproblemen bij patiënten met dementie.

In de categorie 'gedragsproblemen in het algemeen' (paragraaf 5.10) zijn interventies beschreven voor gedragsproblemen die niet onder te brengen zijn in één van de beschreven categorieën.

De werkgroep is van mening dat interventies zoveel mogelijk toegespitst moeten zijn op specifieke gedragsproblemen. Daarom raadt de werkgroep aan eerst de interventies te proberen die bij specifieke gedragsproblemen beschreven staan en daarna pas de categorie 'gedragsproblemen in het algemeen' te raadplegen. Een hulpmiddel om zo specifiek mogelijk het gedragsprobleem te beschrijven is bijgevoegd in bijlage 4B en meer informatie kan gevonden worden in hoofdstuk 4 waarin beschreven staat hoe de assessment van gedragsproblemen tot stand kan komen.

Deze aanbevelingen zijn beknopt weergegeven op de samenvattingskaart (p 5 – 7).

5.1 Gedragsobservatie en plannen van acties (management)

In de reviews worden zes studies genoemd die het effect van gedragsobservatie en -management op *depressie/ stemming* hebben onderzocht (bewijskracht niveau 1). Gedragsobservatie en -management werd uitgevoerd bij thuiswonende cliënten met diverse typen dementie. Uit de reviews blijkt dat gedragsobservatie en -management waarschijnlijk een positief effect heeft op de depressie/ stemming van ouderen met dementie.

In een review is in elf studies het effect van gedragsobservatie en -management op *agitatie* onderzocht (bewijskracht niveau 2.1). In deze studies heeft dat gedragsobservatie en -management overwegend een positief effect heeft op geagiteerd gedrag van patiënten met dementie.

In een review wordt één studie genoemd die het effect van gedragsobservatie en -management op *angst* heeft onderzocht (bewijskracht niveau 4). Gedragsobservatie en -management heeft in deze studie een positief effect op vermindering van angst bij mensen met dementie.

In een review zijn vijf studies genoemd die het effect van gedragsobservatie en -management op *gedragsproblemen in het algemeen* hebben onderzocht (bewijskracht 2.1). Uit de studies blijkt dat gedragsobservatie en -management overwegend een positief effect heeft op gedragsproblemen bij patiënten met dementie.

Het doel is het verminderen of verbeteren van bepaald gedrag door het analyseren van situaties waarin het gedrag voorkomt en vervolgens hierop te anticiperen. Het gaat om het observeren en precies beschrijven van gebeurtenissen die plaatsvinden voorafgaand aan gedragsproblemen (Wat zie je? In welke situaties komt het gedrag voor?). Analyse van deze gegevens geeft aanwijzingen voor interventies om de gedragsproblemen te verminderen (Hoe komt het?). In een behandelplan worden deze stappen vastgelegd.

Voorbeeld: als problemen bij het douchen ontstaan kan uit observatie blijken waardoor het gedrag begint (hard praten; knuffelbeer wordt weggelegd). Een aanpak kan zijn de situatie in de badkamer rustiger te maken door op ooghoogte contact leggen, normaal te praten, samen de knuffelbeer weg te leggen en dan te beginnen met uitkleden.

Specificaties over type of mate van dementie zijn niet terug te vinden in de reviews.

Aanbeveling 1

1	Bij een persoon met dementie en gedragsproblemen wordt sterk aanbevolen gedragsobservatie en -management toe te passen ^[36-39]
---	---

Overige overwegingen:

Aanbevolen wordt om dit in een multidisciplinair overleg te bespreken of in de thuissituatie dit te bespreken met de patiënt zelf, huisarts, mantelzorgers en/of andere betrokken disciplines.

5.2 Agitatie

Muziek

In reviews worden 21 studies genoemd die het effect van muziek op agitatie hebben onderzocht. In de meeste studies werd muziek aangeboden. Bijvoorbeeld de voorkeursmuziek van de cliënt, ontspannende muziek of achtergrondmuziek tijdens het eten. In sommige studies werd muziektherapie gegeven.

Muziek werd aangeboden aan cliënten met diverse typen en mate van dementie zowel in instellingen als thuis.

De bewijskracht van de interventies uit de studies is hoog (bewijs niveau 1). Uit de reviews kan geconcludeerd worden dat muziek overwegend een positief heeft op geagiteerd gedrag van patiënten met dementie.

Aanbeveling 2

1	Bij een persoon met dementie die geagiteerd is wordt sterk aanbevolen muziek aan te bieden ^[34-37]
---	---

Activiteitenprogramma

In de reviews zijn negen studies genoemd die het effect van een activiteitenprogramma op agitatie hebben onderzocht. Een activiteitenprogramma kan gericht zijn op bijvoorbeeld recreatie of beweging. De bewijskracht van de interventies uit de studies is hoog (bewijs niveau 1). Uit de reviews kan geconcludeerd worden dat activiteitenprogramma's overwegend een positief effect hebben op geagiteerd gedrag van patiënten met dementie.

Aanbeveling 3

1	Bij een persoon met dementie die geagiteerd is wordt sterk aanbevolen een activiteitenprogramma gericht op bijvoorbeeld recreatie of beweging aan te bieden ^[38,39]
---	--

Overige overwegingen:

Een activiteitenprogramma dient aan te sluiten bij de interesses en mogelijkheden van de cliënt met dementie.

Interventies gericht op de omgeving: huiselijke sfeer creëren in zorginstelling

In een review worden dertien studies genoemd die het effect van interventies gericht op de omgeving, op geagiteerd gedrag hebben onderzocht. De interventies bestonden onder andere uit het bedekken van deuren met doeken, schilderijen of spiegels en het creëren van een huiselijke sfeer op de afdeling.

De bewijskracht is van niveau 2.1. Uit de reviews kan geconcludeerd worden dat interventies gericht op de omgeving overwegend een positief effect lijken te hebben op geagiteerd gedrag van patiënten met dementie

Aanbeveling 4

2.1	Bij een persoon met dementie die geagiteerd is wordt aanbevolen de leefomgeving in een zorginstelling aan te passen door het bedekken of beschilderen van deuren en het creëren van een huiselijke sfeer ^[37]
-----	--

Overige overwegingen:

Aanpassingen in de leefomgeving zijn relatief eenvoudig te realiseren en hoeven niet duur te zijn. Het zinvol is aan de mantelzorger te vragen naar de inhoud van een huiselijke sfeer voor de patiënt met dementie.

1^e keus aanbeveling voor management:

Speciale zorgafdelingen gecombineerd met trainen van hulpverleners

In een review worden twee studies genoemd die het effect van speciale zorgafdelingen gecombineerd met het trainen van hulpverleners op geagiteerd gedrag hebben onderzocht. De speciale zorgafdeling is specifiek ingericht voor cliënten met dementie. De specifieke training moet gericht zijn op het vergroten van kennis van vormen van dementie, signaleren van gedragsproblemen, cliëntgericht werken, werken met individuele zorgplannen en manieren om met gedragsproblemen om te gaan (zie aanbevelingen in deze richtlijn). Deze training lijkt de sleutel te zijn en wordt continue aangeboden. Naast het trainen van hulpverleners lijkt het betrekken van familieleden bij de zorg voor naasten met dementie van belang.

De bewijskracht van de interventies uit de studies is van niveau 2.1. Uit de review kan geconcludeerd worden dat speciale zorgafdelingen gecombineerd met het trainen van hulpverleners overwegend een positief effect lijken te hebben op geagiteerd gedrag van patiënten met dementie.

Aanbeveling 5

2.1	Bij een persoon met dementie die geagiteerd is, wordt aanbevolen een verblijf op een speciale zorgafdeling met getrainde hulpverleners aan te bieden ^[38]
-----	--

2e keus aanbevelingen – bewijs niveau 2.2 / 3

Bij een persoon met dementie die geagiteerd is kunnen de volgende interventies worden overwogen:

Psychomotorische therapie (2.2).^[40]

In een review wordt één studie genoemd die het effect van PMT op agitatie heeft onderzocht. Het doel van de therapie is om mensen met dementie te leren omgaan met de gevolgen van hun ziekte. Activiteiten gericht op bewegen spelen hierbij een belangrijke rol. PMT werd toegepast bij cliënten in het verpleeghuis met diverse typen dementie. De bewijskracht is van niveau 2.2. Er kan geen algemene conclusie worden getrokken, aangezien slechts één studie deze interventie heeft onderzocht. Opgemerkt wordt dat PMT waarschijnlijk een positief effect heeft op geagiteerd gedrag van personen met dementie.

Snoezelen (2.2)^[38,39]

In de reviews worden twee studies genoemd die het effect van snoezelen op agitatie hebben onderzocht. Het doel van snoezelen is het leggen van contact met ernstig demente mensen, het creëren van een veilig leefklimaat, en het teweegbrengen van gevoelens van eigenwaarde, ontspanning en rust. Het richt zich specifiek op het stimuleren van de zintuigen.

Van één studie zijn de resultaten niet duidelijk en deze is daarom buiten beschouwing gelaten.

De bewijskracht is van niveau 2.2. Slechts één studie (van Weert, 2005) uit de onderzochte reviews heeft deze interventie goed onderzocht, daarom kan geen algemene conclusie worden getrokken.

Opgemerkt wordt dat snoezelen waarschijnlijk een positief effect heeft op geagiteerd gedrag van personen met dementie. Het effect van snoezelen bij apathie is wel erg effectief (zie 5.4).

Handmassage eventueel in combinatie met muziek (2.2)^[38,39]

In de reviews is één studie gevonden die het effect van muziek, handmassage of beide op agitatie heeft onderzocht. De cliënten kregen 10 minuten rustgevende muziek, handmassage of beide aangeboden. De interventie werd getest bij cliënten met diverse typen en maten van dementie in verpleeghuizen.

De bewijskracht van de interventie uit de studie is van niveau 2.2. Een algemene conclusie is niet mogelijk, aangezien slechts één studie deze interventie heeft onderzocht (met wel positief effect). Opgemerkt wordt dat muziek, handmassage of beide waarschijnlijk een positief effect hebben op geagiteerd gedrag van personen met dementie.

Aromatherapie (2.2)^[41]

In een review wordt één studie genoemd die het effect van aromatherapie op agitatie heeft onderzocht. In deze studie werd een lotion met melisse op armen en gezicht aangebracht. Bij de controlegroep werd zonnebloemolie aangebracht. Aromatherapie werd toegepast bij cliënten met ernstige dementie die in een verpleeghuis verbleven.

De bewijskracht van de interventie uit de studie is van niveau 2.2. Er kan geen algemene conclusie worden getrokken, aangezien slechts één studie deze interventie heeft onderzocht. Wel wordt opgemerkt dat aromatherapie waarschijnlijk een positief effect heeft op geagiteerd gedrag van personen met dementie.

Rustgevende geluiden laten horen (3)^[38]

In een review wordt één studie genoemd die het effect van rustgevende geluiden (white noise) op agitatie heeft onderzocht. White noise is een soort 'ruis' bijvoorbeeld bergstromen en branding van de zee. Deze kunnen via een geluidsband ten gehore worden gebracht.

White noise heeft in deze studie een positief effect op geagiteerd gedrag van cliënten met dementie. Aangezien slechts één studie deze interventie heeft getest en de studie een matige bewijskracht heeft (niveau 3), kan geen algemene conclusie worden getrokken.

5.3 Angst

Interventies gericht op de omgeving

In een review worden twee studies genoemd die het effect van interventies gericht op de omgeving op angst bij personen met dementie hebben onderzocht. De interventies waren gericht op het creëren van een huiselijke sfeer op de afdeling.

De bewijskracht van de interventies uit de studies is van niveau 2.1. Uit de review wordt geconcludeerd dat interventies gericht op de omgeving waarschijnlijk een positief effect hebben op angst bij patiënten met dementie.

Aanbeveling 6

2.1	Bij een persoon met dementie die angstig is wordt aanbevolen een huiselijke sfeer te creëren in de leefomgeving in een zorginstelling ^[38]
-----	---

Overige overwegingen:

Het is zinvol aan de mantelzorger te vragen naar de inhoud van een huiselijke sfeer voor de patiënt met dementie.

2e keus aanbevelingen – bewijs niveau 3

Bij een persoon met dementie die angstig is kan overwogen worden:

Een interventie gericht op de mantelzorger: trainen omgaan met gedragsproblemen, kennisvermeerdering en financieel advies(3)^[38]

In een review wordt één studie genoemd die het effect van een interventie voor mantelzorgers op angst bij mensen met dementie heeft onderzocht. De interventie bestond uit trainingen gericht op onder andere het omgaan met gedragsproblemen, kennisvermeerdering en financieel advies. De interventie voor mantelzorgers heeft in deze studie een positief effect op angst bij personen met dementie.

Slechts één studie heeft deze interventie getest daarom is een algemene conclusie niet mogelijk.

2° keus aanbeveling voor management

Trainen zorgverleners (3)^[38]

In een review wordt één studie genoemd die het effect van trainen van hulpverleners op angst bij mensen met dementie heeft onderzocht. Verzorgenden leerden zich tijdens de verzorging niet alleen te concentreren op de verzorgende handelingen, maar ook op de relatie met de cliënt.

Het trainen van hulpverleners heeft in deze studie een positief effect op angst bij personen met dementie.

Aangezien slechts één studie deze interventie heeft getest kan geen algemene conclusie worden getrokken.

5.4 Apathie

Snoezelen

In de reviews worden drie studies genoemd die het effect van snoezelen op apathie bij patiënten met dementie hebben onderzocht. Het doel van snoezelen is het leggen van contact met ernstig demente mensen, het creëren van een veilig leefklimaat, en het teweegbrengen van gevoelens van eigenwaarde, ontspanning en rust. Het richt zich specifiek op het stimuleren van de zintuigen. In een studie kreeg de controlegroep activiteitentherapie aangeboden. In de andere studies kregen de controlegroepen de gebruikelijke zorg.

Snoezelen werd toegepast bij thuiswonende cliënten en bij cliënten opgenomen in een verpleeghuis met diverse typen dementie.

De bewijskracht van de interventies uit de studies is hoog (niveau 1). Uit de reviews blijkt dat snoezelen waarschijnlijk een positief effect heeft op apathie.

Aanbeveling 7

1	Bij een persoon met dementie die apathisch is wordt sterk aanbevolen om snoezelen aan te bieden ^[39;40]
---	--

Overige overwegingen:

Snoezelen kan van toepassing zijn bij een matig tot ernstig stadium van dementie waarbij er sprake is van een hoge mate van zorgafhankelijkheid. Eerst wordt uitgeprobeerd of de cliënt snoezelen prettig vindt. De mantelzorger wordt hierin betrokken omdat het snoezelen mogelijk het contact tussen de cliënt en de mantelzorger bevordert, daarnaast levert het tijds winst op voor verzorgenden. Een concrete uitgeschreven snoezelactiviteit is de zintuigactiveringsmethode.^[8]

Zintuigactiverings-methode^[8]

In de door het NIVEL ontwikkelde richtlijn voor verzorgenden wordt de zintuigactiveringsmethode aanbevolen. Uitgangspunt van deze methode is het leggen van contact met mensen in het laatste stadia van dementie via de zintuigen. Bij zintuigactivering gaat het om het op een positieve manier prikkelen van de zintuigen van de bewoner. Hiervoor is nodig dat informatie wordt verzameld (via collega's en familie) over de zintuiglijke prikkels die de bewoner als prettig ervaart. Ten tweede moet je de reacties van de patiënt /bewoner op zintuiglijke prikkels observeren. Betrek het aanbieden van deze prikkels in een zorgplan en bespreek dit in het multidisciplinair overleg (en met familie).

De richtlijn is gratis te downloaden via:

www.verpleegkundigenverzorgendennederland.net/uploaded//publicaties/inhoudelijk/Richtlijnen_dementie_apathie_mei2006.pdf

2e keus aanbeveling – bewijs niveau 3

Bij een persoon met dementie die apathisch is kan overwogen worden:

Gentle care (3)^[40]

In een review wordt één studie genoemd die het effect van gentle care op apathie heeft onderzocht. Het doel van gentle care is het creëren van een omgeving waarin de oudere met dementie zich veilig voelt. Nabijheid, waardering en vrijheid zijn hierbij centrale begrippen.

Gentle care werd getest bij cliënten in het verpleeghuis met diverse typen dementie. Gentle care heeft in deze studie een positief effect op apathie. Aangezien slechts één studie deze interventie heeft getest, kan geen algemene conclusie worden getrokken.

Overige overwegingen:

De werkgroep vindt het zinvol te vermelden dat de ervaring is dat de aanwezigheid van dieren en kleine kinderen een positieve (preventieve) werking kunnen hebben op apathisch gedrag van mensen met dementie.

5.5 Depressie / stemming

Reminiscentie

In de reviews worden vier studies genoemd die het effect van reminiscentie op depressie/ stemming hebben onderzocht. Het doel van reminiscentie is het stimuleren van geheugen en stemming door middel van het ophalen van positieve herinneringen, bijvoorbeeld door het bekijken van fotoboeken. Reminiscentie werd toegepast bij cliënten in het verpleeghuis met diverse typen dementie. De bewijskracht van de interventies uit de studies is van niveau 1. Uit de reviews kan geconcludeerd worden dat reminiscentie overwegend een positief effect heeft op de depressie/ stemming van patiënten met dementie.

Aanbeveling 8

1	Bij een persoon met dementie die depressief is wordt sterk aanbevolen reminiscentie toe te passen. Er zijn verschillende vormen van reminiscentie: terugblikken op het leven (life review), de eenvoudige herinnering, het levensverhaal en de levensgeschiedenis ^[38;40;41]
---	---

Muziek

In de reviews worden vier studies genoemd die het effect van muziek op depressie/ stemming hebben onderzocht. In twee studies werd muziektherapie gegeven, in twee studies werd muziek geluisterd.

Muziek als interventie werd bij cliënten in instellingen getest.

De bewijskracht van de interventies uit de studies is van niveau 2.1. Uit de reviews wordt geconcludeerd dat muziek overwegend een positief heeft op de depressie/ stemming van ouderen met dementie.

Aanbeveling 9

2.1	Bij een persoon met dementie die depressief is wordt aanbevolen muziek aan te bieden ^[36;38]
-----	---

Interventies gericht op de omgeving

In een review worden twee studies genoemd die het effect van interventies gericht op de omgeving op depressie/ stemming hebben onderzocht. De interventies gericht op de omgeving bestonden uit het creëren van een huiselijke sfeer in het verpleeghuis.

De bewijskracht van de interventies uit de studies is van niveau 2.1. Uit de review kan geconcludeerd worden dat interventies gericht op de omgeving mogelijk een positief effect hebben op de depressie/ stemming van patiënten met dementie.

Aanbeveling 10

2.1	Bij een persoon met dementie die depressief is wordt aanbevolen een huiselijke sfeer te creëren op de afdeling ^[38]
-----	--

Overige overwegingen:

Het is zinvol aan de mantelzorger te vragen naar de inhoud van een huiselijke sfeer voor de patiënt met dementie.

Interventie aan de mantelzorger

In een review worden twee studies genoemd die het effect van interventies voor mantelzorgers op depressie/ stemming hebben onderzocht. In een studie kregen mantelzorgers training gericht op het omgaan met gedragsproblemen aangeboden, in een andere studie ontvingen mantelzorgers scholing en feedback op interacties.

De bewijskracht van de interventies uit de studies is van niveau 2.1. Uit de review kan geconcludeerd worden dat interventies voor mantelzorgers mogelijk een positief effect hebben op de depressie/ stemming van ouderen met dementie. (zie ook 5.9)

Aanbeveling 11

2.1	Bij een persoon met dementie die depressief is wordt aanbevolen een interventie aan de mantelzorger aan te bieden: training omgaan met gedragsproblemen/ scholing en feedback op interacties ^[38]
-----	--

1^e keus aanbeveling voor management

Trainen van hulpverleners

In een review worden vier studies genoemd waarin het effect van het trainen van hulpverleners op depressie/ stemming is onderzocht. De training kan gericht zijn op bijvoorbeeld communicatie of benaderingswijzen.

De bewijskracht van de interventies uit de studies is van niveau 2.1. Uit de review kan geconcludeerd worden dat het trainen van hulpverleners overwegend een positief effect heeft op de depressie/ stemming van dementerende ouderen.

Aanbeveling 12

2.1	Bij een persoon met dementie die depressief is wordt aanbevolen een training te verzorgen voor zorgverleners gericht op de communicatie. ^[38]
-----	--

2e keus aanbeveling – bewijs niveau 4

Bij een persoon met dementie die depressief is kan worden aangeboden:

de Plezierige-Activiteiten-Methode

In de NIVEL richtlijn voor verzorgenden ' het begeleiden van mensen met dementie die depressief zijn' wordt de Plezierige-Activiteiten-Methode aanbevolen.^[9] Het belangrijkste uitgangspunt is dat de depressie van een cliënt zal verminderen, wanneer hij weer plezierige activiteiten onderneemt en hij minder piekert of tobt. In een multidisciplinair overleg wordt besproken of deze methode geschikt is voor de patiënt. Hiervoor is informatie nodig (via intake, collega's en familie) over de activiteiten die de patiënt (in het verleden of tot voor kort) prettig vond en over situaties waarin de patiënt piekert. Piekersituaties worden concreet beschreven: a. waarschijnlijke aanleiding voor het piekeren; b. wat doet de bewoner als hij piekert; c. reactie van patiënt, familie, collega's en anderen op het piekeren. Na bespreking in een multidisciplinair overleg (en met familie) hoe piekermomenten te verminderen (door het aanbieden van mogelijke plezierige prikkels) kan deze methode in het zorgplan vorm krijgen.

De richtlijn is gratis te downloaden via:

www.verpleegkundigenverzorgendennederland.net/uploaded//publicaties/inhoudelijk/Richtlijnen_dementie_apathie_mei2006.pdf

5.6 Hallucinaties en wanen

Met betrekking tot deze categorie kunnen uit de literatuur geen aanbevelingen worden gedaan. Er zijn geen studies gevonden die verpleegkundige interventies beschrijven ten aanzien van het omgaan met hallucinaties en wanen bij mensen met dementie. (Een geraadpleegde expert voegt toe dat hallucinaties en wanen in engere zin ook geen gedragsproblemen hoeven op te leveren.)

5.7 Ontremming

Met betrekking tot deze categorie kunnen uit de literatuur geen 1^e keus aanbevelingen worden gedaan.

2^e keus aanbeveling voor management – bewijs niveau 3

Bij een persoon met dementie die ontremd is kan overwogen worden:

Huiselijke sfeer creëren op de afdeling in combinatie met het trainen van zorgverleners (3)^[38]

In een review wordt één studie genoemd die het effect van een interventie gericht op de omgeving gecombineerd met het trainen van hulpverleners heeft onderzocht. De interventie heeft in deze studie een positief effect op ontremd gedrag van ouderen met dementie.

Aangezien slechts één studie deze interventie heeft getest kan geen algemene conclusie worden getrokken.

Overige overwegingen:

Het is zinvol te vragen naar de inhoud van een huiselijke sfeer voor de patiënt met dementie.

2e keus aanbeveling – bewijs niveau 4

Bij een persoon met dementie die ontremd is kan aangeboden worden:

Muziek (4)

In een review wordt één studie genoemd die het effect van muziektherapie op ontremd gedrag heeft onderzocht.

Muziek heeft in deze studie een positief effect op ontremd gedrag van patiënten met dementie.

Aangezien slechts één studie deze interventie heeft getest is een algemene conclusie niet mogelijk.

5.8 Slapeloosheid

Met betrekking tot deze categorie kunnen uit de literatuur geen 1^e keus aanbevelingen worden gedaan.

Bij een persoon met dementie die last heeft van slapeloosheid kan overwogen worden:

2e keus aanbeveling – bewijs niveau 2

Lichttherapie (2)

In de reviews worden zestien studies genoemd die het effect van lichttherapie op slapeloosheid hebben onderzocht. In de studies werd gebruik gemaakt van een lichtbox, lichtmasker, sfeerlicht of een gesimuleerde zonsopgang en zonsondergang.

Lichttherapie werd uitgevoerd bij mensen met diverse typen dementie die thuis wonen of in een instelling verblijven. De bewijskracht van de interventies uit de studies is van niveau 2.1. Uit negen studies komt een duidelijke verbetering van slapeloosheid en uit zeven studies is dit bewijs niet te achterhalen. Door de tegenstrijdige resultaten is er geen algemene conclusie te trekken. Een werkgroep lid en een expert gaven aan dit wel een belangrijke aanbeveling te vinden (oa op grond van bewijs van meer recentere studies) en daarom is besloten hier een tweede keus aanbeveling van te maken.

2e keus aanbeveling – bewijs niveau 3

Muziek (3)

In een review wordt één studie genoemd die het effect van muziek op slapeloosheid heeft onderzocht. In deze studie werd rond bedtijd ontspannende muziek opgezet.^[1]

Muziek heeft in deze studie een positief effect op slapeloosheid bij dementerende ouderen.

Aangezien slechts één studie deze interventie heeft getest kan nog geen algemene conclusie worden getrokken.

Overige overwegingen:

De werkgroep is van mening dat het aanbieden van muziek of rustgevende geluiden een eenvoudige, goedkope interventie zonder bijwerkingen is waarmee meerdere mensen tegelijkertijd bereikt worden.

5.9 Gedragsproblemen in het algemeen

Snoezelen

In de reviews worden zes studies genoemd die het effect van snoezelen op gedragsproblemen hebben onderzocht. Het doel van snoezelen is het leggen van contact met ernstig demente mensen, het creëren van een veilig leefklimaat, en het teweegbrengen van gevoelens van eigenwaarde, ontspanning en rust. Het richt zich specifiek op het stimuleren van de zintuigen. De controlegroepen kregen de gebruikelijke zorg.

Snoezelen werd toegepast bij zowel verpleeghuizen als poliklinische cliënten met diverse typen dementie.

De bewijskracht van interventies uit de studies is van niveau 1. Uit de reviews wordt geconcludeerd dat tijdens het snoezelen de gedragsproblemen naar verwachting verminderen. Het effect van snoezelen na de sessies is niet eenduidig ten aanzien van gedragsproblemen in het algemeen.

Aanbeveling 13

1	Bij een persoon met dementie en gedragsproblemen wordt sterk aanbevolen snoezelen aan te bieden ^[38;39;43]
---	---

Overige overwegingen:

Snoezelen kan van toepassing zijn bij een matig tot ernstig stadium van dementie waarbij er sprake is van een hoge mate van zorgafhankelijkheid.

De werkgroep is van mening dat eerst wordt uitgetoetst of de persoon met dementie snoezelen prettig vindt. De mantelzorger dient betrokken te worden bij het snoezelen. Het bevordert mogelijk het contact tussen de patiënt met dementie en de mantelzorger en levert daarnaast tijdswinst op voor verzorgenden.

Lichamelijke oefeningen

In de reviews worden elf studies genoemd die het effect van lichamelijke oefeningen op gedragsproblemen hebben onderzocht. De interventies bestonden o.a. uit oefeningen gericht op kracht, conditie, mobiliteit en lenigheid.

De bewijskracht van de interventies uit de studies is hoog (niveau 1). Uit de reviews kan geconcludeerd worden dat lichamelijke oefeningen overwegend een positief effect hebben op gedragsproblemen van patiënten met dementie.

Aanbeveling 14

1	Bij een persoon met dementie en gedragsproblemen wordt sterk aanbevolen te stimuleren tot het doen van lichamelijke oefeningen gericht op kracht, conditie, mobiliteit en lenigheid. De lichamelijke oefeningen worden minimaal twee keer per week gedurende minimaal 30 minuten in groepsverband uitgevoerd ^[38;44]
---	---

Overige overwegingen:

De werkgroep verwacht dat het doen van lichamelijke oefeningen ook een positief effect zal hebben op de mobiliteit en de sociale contacten van de persoon met dementie en is van mening dat in overleg wordt besproken welke hulpverleners de aanbeveling het best kunnen uitvoeren.

Interventies gericht op de omgeving

In een review worden zes studies genoemd die het effect van interventies gericht op de omgeving, op gedragsproblemen hebben onderzocht. De interventies bestonden onder andere uit het plaatsen van wegwijzers én tijdelijk openen van deuren.

De bewijskracht van de interventies uit de studies is van niveau 2.1. Uit de review kan geconcludeerd worden dat interventies gericht op de omgeving over het algemeen een positief effect lijken te hebben op gedragsproblemen van patiënten met dementie.

Aanbeveling 15

2.1	Bij een persoon met dementie en gedragsproblemen wordt aanbevolen de leefomgeving aan te passen door het plaatsen van wegwijzers en het bedekken of beschilderen van uitgangen ^[38]
-----	--

Interventies voor mantelzorgers

In een review worden vijf studies genoemd die het effect van interventies voor mantelzorgers op gedragsproblemen van personen met dementie hebben onderzocht. De interventies bestonden onder andere uit training gericht op het omgaan met gedragsproblemen en scholing. Naast het geven van informatie over het dementieproces en gedragsproblemen werd ook (uitvoerig) gevraagd naar (veranderbare en niet veranderbare) stressfactoren met betrekking tot de zorg aan de persoon met dementie. In een vaardigheidstraining (van meerdere sessies) leerden mantelzorgers omgaan met deze stressfactoren.

De bewijskracht van de interventies uit de studies is van niveau 2.1. Uit de review kan geconcludeerd worden dat interventies voor mantelzorgers mogelijk een positief effect hebben op gedragsproblemen van ouderen met dementie.

Aanbeveling 16

2.1	Bij een persoon met dementie en gedragsproblemen wordt aanbevolen om de mantelzorgers te ondersteunen in het vergaren van kennis en vaardigheden in het omgaan met gedragsproblemen ^[38]
-----	---

Overige overwegingen:

De werkgroep is van mening dat verpleegkundigen en verzorgenden informatie aan mantelzorgers moeten verstrekken over organisaties bij wie ze terecht kunnen voor steun en/of advies. Omgekeerd kunnen mantelzorgers verpleegkundigen en verzorgenden ook adviseren.

Gesimuleerde aanwezigheid

In een review worden twee studies genoemd die het effect van gesimuleerde aanwezigheid op gedragsproblemen hebben onderzocht. In de ene studie werd een (door een familielid ingesproken) geluidsband gedraaid, in de andere studie werd een videoband met beelden van familieleden getoond.

De bewijskracht van de interventies uit de studies is van niveau 2.1. Uit de review kan geconcludeerd worden dat gesimuleerde aanwezigheid mogelijk een positief effect heeft op gedragsproblemen van patiënten met dementie.

Aanbeveling 17

2.1	Bij een persoon met dementie en gedragsproblemen wordt aanbevolen gesimuleerde aanwezigheid aan te bieden. Hiertoe kan een door een familielid ingesproken geluidsband gedraaid worden of videobeelden van familieleden worden vertoond ^[38]
-----	---

Overige overwegingen:

De werkgroep is van mening dat gesimuleerde aanwezigheid een eenvoudige en goedkope interventie is die het proberen waard is.

Bij een persoon met dementie met gedragsproblemen kan aangeboden worden:

2e keus aanbevelingen – bewijs niveau 2.1

Reminiscentie (2.1)

In de reviews worden drie studies genoemd die het effect van reminiscentie op gedragsproblemen hebben onderzocht. Het doel van reminiscentie is het stimuleren van geheugen en stemming, door middel van het ophalen van positieve herinneringen, bijvoorbeeld door het bekijken van fotoboeken. Reminiscentie is toegepast in het verpleeghuis en thuis bij mensen met diverse typen en mate van dementie.

De bewijskracht van de interventies uit de studies is van niveau 2.1, maar omdat deze interventie in twee studies een positief resultaat geeft en in één studie geen resultaat is besloten om er een tweede keus aanbeveling van te maken.

2e keus aanbevelingen – bewijs niveau 3

Muziek (3)

In een review wordt één studie genoemd die het effect van muziek op gedragsproblemen heeft onderzocht. De interventie bestond uit het draaien van muziek tijdens het eten.

Muziek heeft in deze studie een positief effect op gedragsproblemen ouderen met dementie.

Aangezien slechts één studie deze interventie heeft getest en de studie een matige bewijskracht heeft (niveau 3), kan is een algemene conclusie niet mogelijk.

Overige overwegingen:

Het aanbieden van muziek is een eenvoudige en goedkope interventie zonder bijwerkingen, waarmee meerdere mensen tegelijkertijd worden bereikt.

Cognitieve training (3)

In een review wordt één studie genoemd die het effect van cognitieve training op gedragsproblemen heeft onderzocht. Het doel van de training is het herstellen van cognitieve achterstand door middel van het activeren van de overgebleven cognitieve functies.

Cognitieve training werd gegeven bij thuiswonende ouderen met diverse typen dementie.

Cognitieve training heeft in deze studie effect op gedragsproblemen van ouderen met dementie.

Aangezien slechts één studie deze interventie heeft getest kan geen algemene conclusie worden getrokken.

Therapie gericht op het behoud van eigenwaarde (3)

In een review wordt één studie genoemd die het effect van therapie gericht op behoud van eigenwaarde onderzocht. De therapie heeft tot doel het gevoel van eigenwaarde van de cliënt te handhaven.

De therapie werd gegeven aan thuiswonende ouderen met dementie en hun mantelzorgers en heeft in deze studie een positief effect op gedragsproblemen van ouderen met dementie. Aangezien slechts één studie deze interventie heeft getest en de studie een matige bewijskracht heeft (niveau 3), is een algemene conclusie niet mogelijk.

Realiteit Oriëntatie Training (ROT) gecombineerd met reminiscentie of aanpassing van de leefomgeving (3)

ROT is gebaseerd op het idee dat mensen met dementie gehinderd worden in het optimaal functioneren door beperkingen in hun oriëntatie (dag, datum, weer, tijd, personen). Uitgangspunt is dat reminders dit functioneren kunnen verbeteren. ROT alleen als interventie laat geen eenduidige resultaten zien. In één studie geeft de interventie ROT gevolgd door reminiscentie minder gedragsproblemen ten opzichte van de cliënten die beide interventie in omgekeerde volgorde kregen aangeboden (eerst reminiscentie gevolgd door ROT). Ook de combinatie van ROT en het aanpassen van de leefomgeving liet een vermindering in gedragsproblemen zien; deze effecten waren tot drie maanden na het inzetten van de interventie meetbaar.

Overige overwegingen bij de interventie Therapeutic Touch

Het toepassen van Therapeutic Touch is bij de ontwikkeling van de richtlijn uitgebreid bediscussieerd. Hoewel voor Therapeutic Touch bescheiden evidence werd gevonden die tot een tweede keus aanbeveling zou kunnen leiden, is hiertoe niet besloten. Bij de bespreking is ingebracht dat Therapeutic Touch omstreden is en er geen evidence bestaat voor het veronderstelde werkingsmechanisme -het beïnvloeden van het energieveld van een persoon- en dat effecten moeilijk van placebo-effecten zijn te onderscheiden. Vooral door de 'onzichtbaarheid' van de interventie, (assessment van) energievelden en het manipuleren ervan zijn niet objectief waar te nemen, is het niet mogelijk zicht te krijgen op het al dan niet plaatsvinden van de interventie en/of de kwaliteit van de uitvoering.

5.9.1 Interventies gericht op de mantelzorger

Scholing van de mantelzorger

In een review worden drie studies genoemd die het effect hebben onderzocht van het scholen van mantelzorgers. De scholingen richtten zich op kennisvermeerdering en het trainen van vaardigheden in de omgang met gedragsproblemen van personen met dementie.

De bewijskracht van de interventies uit de studies is van niveau 2.1. Uit de review kan geconcludeerd worden dat scholing van mantelzorgers waarschijnlijk een positief effect heeft op de kennis, coping, depressie en belasting van de mantelzorger.

Aanbeveling 18

2.1	Bij een persoon met dementie en gedragsproblemen wordt aanbevolen de mantelzorger van thuiswonende patiënten met dementie educatie en vaardigheden over dementie en het omgaan met gedragsproblemen aan te bieden, met als doel het verbeteren van de copingvaardigheden en de preventie van depressie en overbelasting van de mantelzorger ^[42]
-----	---

2e keus aanbeveling – bewijs niveau 2.2

Bij een persoon met dementie met gedragsproblemen kan overwogen worden:

Reminiscentie (2.2)

In een review wordt één studie genoemd die heeft onderzocht welke effecten het uitvoeren van reminiscentie personen met dementie heeft op de mantelzorger. Het doel van reminiscentie is het stimuleren van geheugen en stemming, door middel van het ophalen van positieve herinneringen, bijvoorbeeld door het samen bekijken van fotoboeken. Reminiscentie is toegepast bij cliënten met matige dementie.

De bewijskracht van de interventie uit de studie is van niveau 2.2. Er kan geen algemene conclusie worden getrokken, aangezien slechts één studie deze interventie heeft onderzocht. Opgemerkt wordt dat reminiscentie mogelijk leidt tot minder spanningen bij de mantelzorger.

Overige overwegingen:

Een subgroep is van mening dat reminiscentie positieve gevolgen zal hebben voor de mantelzorger.

Overige overwegingen

De werkgroep gaf aan dat er een specifiek project is om de positie van mantelzorgers te versterken. Doel van het project 'De zorg gaat door!' is de positie van mantelzorgers in verpleeg- en verzorgingshuizen te versterken. Omdat mantelzorgers daar niet vanzelfsprekend een plaats hebben, wil het PON samen met mantelzorgers instrumenten ontwikkelen waarmee zij invloed uit kunnen oefenen in verpleeg- en verzorgingshuizen. In acht landelijke pilotprojecten werd met mantelzorgers daaraan gewerkt. Inmiddels is het project afgerond en zijn er publicaties uitgebracht, die bij het PON te bestellen zijn: a. Een hand-out van mantelzorgers voor mantelzorgers; b. Een brochure voor gemeenten; c. Een handleiding voor verpleeg- en verzorgingshuizen (www.ponbrabant.nl)

5.9.2 Preventie van opname in een zorginstelling

Interventies voor mantelzorgers

In een review worden twee studies genoemd die het effect van interventies voor mantelzorgers, op opname in een zorginstelling hebben onderzocht. De interventies richtten zich onder andere op het ondersteunen van de mantelzorg in het omgaan met gedragsproblemen en kennisvermeerdering. De support was in beide studies langdurig: 2 jaar en 3,5 jaar, de intensiteit verschilde. De interventie met 6 sessies (individueel en groepsessies) in 4 maanden en daarna regelmatig een terugkombijeenkomst was het meest effectief bij patiënten met milde vorm van dementie. In de tweede studie ondersteunde een verpleegkundige de mantelzorger en patiënt waarbij zij naast educatie, adviezen, huisbezoeken en zorgmanagement ook altijd bereikbaar was voor advies. Deze interventie was het meest effectief bij mensen met ernstige dementie en bij patiënten waarbij de zorg niet optimaal geregeld was.

De bewijskracht van de interventies uit de studies is van niveau 1. Uit de review kan geconcludeerd worden dat interventies voor mantelzorgers waarschijnlijk ertoe zal leiden dat een oudere met dementie langer thuis kan blijven wonen.

Aanbeveling 19

1	Bij een persoon met dementie en gedragsproblemen wordt sterk aanbevolen wijkverpleegkundigen en wijkzickenverzorgenden educatie en vaardigheidstraining over dementie en het omgaan met gedragsproblemen aan te laten bieden aan mantelzorgers, met als doel het langer in staat zijn van de mens met dementie om in het eigen huis te blijven wonen ^[38]
---	--

Overige overwegingen:

De belasting van dit soort trainingen voor de mantelzorger moet afgewogen worden tegen de opbrengst. Soms kan ontlasting van de mantelzorger nodig zijn door bijvoorbeeld aanvullende hulp te regelen.

2e keus aanbevelingen – bewijs niveau 3

Bij een persoon met dementie met gedragsproblemen kan overwogen worden:

Realiteit oriëntatie training (ROT)(3)

In een review is één studie genoemd die het effect van ROT op opname in een zorginstelling heeft onderzocht. ROT heeft als doel het proces van dementie te vertragen door cliënten te stimuleren en te activeren om het verloren contact met de werkelijkheid terug te vinden.^[1] De therapie richt zich vooral op waarnemen, geheugen, aandacht en concentratie.

ROT heeft in deze studie tot gevolg dat een oudere met dementie langer thuis kan blijven wonen. Aangezien slechts één studie deze interventie heeft getest kan geen algemene conclusie worden getrokken.

Realiteit oriëntatie training (ROT) in combinatie met validation, begeleiden van familie en recreatie therapie(3)

In een review is één studie genoemd die het effect van ROT, validation, begeleiden van familie en recreatie therapie op opname in een zorginstelling heeft onderzocht.^[1] Validation is gebaseerd op het principe dat communicatie met ouderen met dementie gericht moet zijn op het erkennen en ondersteunen van hun gevoelens, ongeacht het realiteitskarakter ervan. Doel is het herstellen van de eigenwaarde van de persoon met dementie. Technieken zijn bijvoorbeeld aanraken, oogcontact en spiegelen.

ROT in combinatie met validation, begeleiden van familie en recreatietherapie heeft in deze studie tot gevolg dat een oudere met dementie langer thuis kan blijven wonen. Aangezien slechts één studie deze interventie heeft getest kan geen algemene conclusie worden getrokken.

Leefomgeving aanpassen (3)

In een review wordt één studie genoemd die het effect heeft onderzocht van een interventie gericht op de omgeving op de (zorg)kosten. De interventie bestond uit het creëren van een huiselijke sfeer in het verpleeghuis.^[1]

De interventie heeft in deze studie een positief effect op de (zorg)kosten. Aangezien slechts één studie deze interventie heeft getest kan geen algemene conclusie worden getrokken.

Referenties

- [1] Kooij Cora van der. De belevingswereld van dementerende verpleeghuisbewoners. Gewoon lief zijn? Utrecht, Lemma BV, 2003: p. 79-115.
- [2] Van Willenswaard H. Belevingsgerichte zorg in een notedop. 2003. (niet gepubliceerd werk)
- [3] Van Willenswaard H. Belevingsgerichte benadering, bijeenkomst 7. 2003. (niet gepubliceerd werk)
- [4] Verdult R. Dement worden: een kindertijd in beeld. Belevingsgerichte begeleiding van dementerende ouderen. 3 ed. Baarn: HBuitgevers, 2001.
- [5] Finkel SI. The signs of the behavioural and psychological symptoms of dementia. Clinician 1998;16(1):33-42.
- [6] IPA (International Psychogeriatric Association). BPSD: educational pack introduction to behavioral and psychological symptoms of dementia. 2002.
- [7] Ypma-Bakker MEM, Glas ER, Hagens JHAM, et al. Richtlijn Probleemgedrag. NVVA, 2002.
- [8] NIVEL. Het begeleiden van mensen met dementie die apathisch zijn. Richtlijn voor verzorgenden. 2004.
- [9] NIVEL. Het begeleiden van mensen met dementie die depressief zijn. Richtlijn voor verzorgenden. 2004.
- [10] RNAO (Registered Nurses Association of Ontario). Caregiving strategies for older adults with delirium, dementia and depression. Ontario, 2004.
- [11] UI-GNIRC (University of Iowa- Gerontological Nursing Interventions Research Centre. Evidence Based Protocol 'wandering'. UI Iowa; 2001.
- [12] Wind AW, Gussekloo J, Vernooij-Dassen MJFJ, Bouma M, Boomsma LJ, Boukes FS. NHG-Standaard Dementie (tweede herziening). Huisarts en Wetenschap 2003;46(13):754-67.
- [13] Ypma Bakker MEM, Glas ER, Hagens JHAM, Hensels JGH, Rondas AALM, Saltet ML. Richtlijn Probleemgedrag. Tijdschrift Verpleeghuisgeneeskunde 2002;26:5-31.
- [14] KITZZ. Concept wijkverpleegkundige standaard dementie. Groningen; 2004.
- [15] CBO. Richtlijn Diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementia. Utrecht; 2005.
- [16] Doody RS, Stevens JC, Beck C, et al. Practice parameter: management of dementia (an evidence based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. 2001.
- [17] Implementatie. Effectieve verandering in de patientenzorg. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2001.
- [18] CBO. Richtlijnontwikkeling binnen het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Handleiding voor werkgroepleden. Utrecht; 2000.
- [19] Ministerie van VWS. Gezondheidsraad. 2002.

- [20] Vink Marja, Ekkerink John. Gedrag. In: Pot AM, Kuin Y, Vink M, editors. Handboek ouderenpsychologie. 1 ed. Utrecht, De Tijdstroom, 2007: p. 151-71.
- [21] Kitwood T. Dementia reconsidered: the person comes first. Buckingham: Open Univerity Press; 1997.
- [22] Kolanowski AM, Whall AL. Toward holistic theory-based intervention for dementia behavior. *Holist Nurs Pract* 2000;14(2):67-76.
- [23] Hall GR. Caring for people with Alzheimer's disease using the conceptual model of progressively lowered stress treshold in the clinical setting. *Nurs Clin North Am* 1994;29(1):129-41.
- [24] Drees RM. In beweging: over psychosociale hulpverlening aan demente ouderen. Utrecht: De Tijdstroom 1991.
- [25] Cohen-Mansfield J, Werner P, Watson V. Agitation among elderly persons at adult day-care centers: the experiences of relatives and staff members. *International Psychogeriatrics* 1995;7:447-58.
- [26] Coelho. Zakwoordenboek der Geneeskunde. 2007.
- [27] medicinfo [computer program]. 2007.
- [28] Janzig JG, Zitman FG. Depressie bij dementie. *Tijdschrift voor psychiatrie* 2002;44(4):265-73.
- [29] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
- [30] Trias Gezondheidsverzekeraar. Gezond blijven met trias. Trias Gezondheidsverzekeraar 2007
- [31] Wikipedia. Medische encyclopedie. Wikipedia 2007
- [32] Internationale stichting Alzheimer onderzoek. Internationale stichting Alzheimer onderzoek 2007
- [33] Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Interventions in the management of behavioural and psychological aspects of dementia. A national clinical guideline recommended for use in Scotland. Scotland; 1998.
- [34] Vink AC, Birks JS, Bruinsma MS, Scholten RJS. Music therapy for people with dementia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003;(4).
- [35] Lou MF. The use of music to decrease agitated behaviour of the demented elderly: the state of the science. *Scand.J.Caring.Sci* 15, 165-173. 2001.
- [36] Sherratt K, Thornton A, Hatton C. Music interventions for people with dementia: a review of the literature. *Aging Ment.Health* 8[1], 3-12. 2004.
- [37] Sung HC, Chang AM. Use of preferred music to decrease agitated behaviours in older people with dementia: a review of the literature. *J Clin Nurs* 2005 Oct;14(9):1133-40.

- [38] Livingston G, Johnston K, Katona C, Paton H, Lyketsos CG. Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *Am J Psychiatry* 2005;162(11):1996-2021.
- [39] Bharani N, Snowden M. Evidence-based interventions for nursing home residents with dementia-related behavioral symptoms. *Psychiatr Clin North Am* 2005 Dec;28(4):985-1005.
- [40] Verkaik R, Van Weert JCM, Francke AL. The effects of psychosocial methods on depressed, aggressive and apathetic behaviors of people with dementia: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005;20:301-14.
- [41] Thorgrimsen L, Spector A, Wiles A, Orrell M. Aroma therapy for dementia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003;(3).
- [42] Woods B, Spector A, Jones C, Orrell M, Davies S. Reminiscence therapy for dementia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005;(2).
- [43] Chung JCC, Lai CKY. Snoezelen for dementia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002;(4).
- [44] Heyn P, Abreu BC, Ottenbacher KJ. The effects of exercise training on elderly persons with cognitive impairment and dementia: a meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil* 2004 Oct;85(10):1694-704.

Bijlage 1 Verantwoording systematisch review

Vraagstelling

Welke niet-medicamenteuze interventies zijn effectief in het voorkomen, hanteren of verminderen van probleemgedrag bij mensen met dementie?

Welke niet-medicamenteuze interventies zijn effectief in het voorkomen, hanteren of verminderen van de negatieve gevolgen van probleemgedrag bij mensen met dementie?

Uitgangspunt

Het artikel van Doody is als uitgangspunt genomen bij het zoeken van literatuur.

Doody RS; Stevens JC; Beck C; Dubinsky RM; Kaye JA; Gwyther L; Mohs RC; Thal LJ; Whitehouse PJ; DeKosky ST; Cummings JL Practice parameter: management of dementia (an evidence based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology (2001)

Literatuursearch

* Bij een eerst verkennende search vonden we veel relevante reviews, waarop besloten is om de systematische search op literatuur reviews te richten.

* Databases

Web of Science, Cochrane, PsychInfo, CINAHL, Pubmed

* Zoekstrategie

DISEASE

Dementia or Alzheimer's disease or Progressive supranuclear palsy or Dementia with associated parkinsonian disorder or Dementia-Preseñile or Delirium Dementia Amñestic Cognivie Disorders or Dementia semile or Dementia multi infarct or Aids dementia complex or Frontotemporal dementia

AND

INTERVENTION

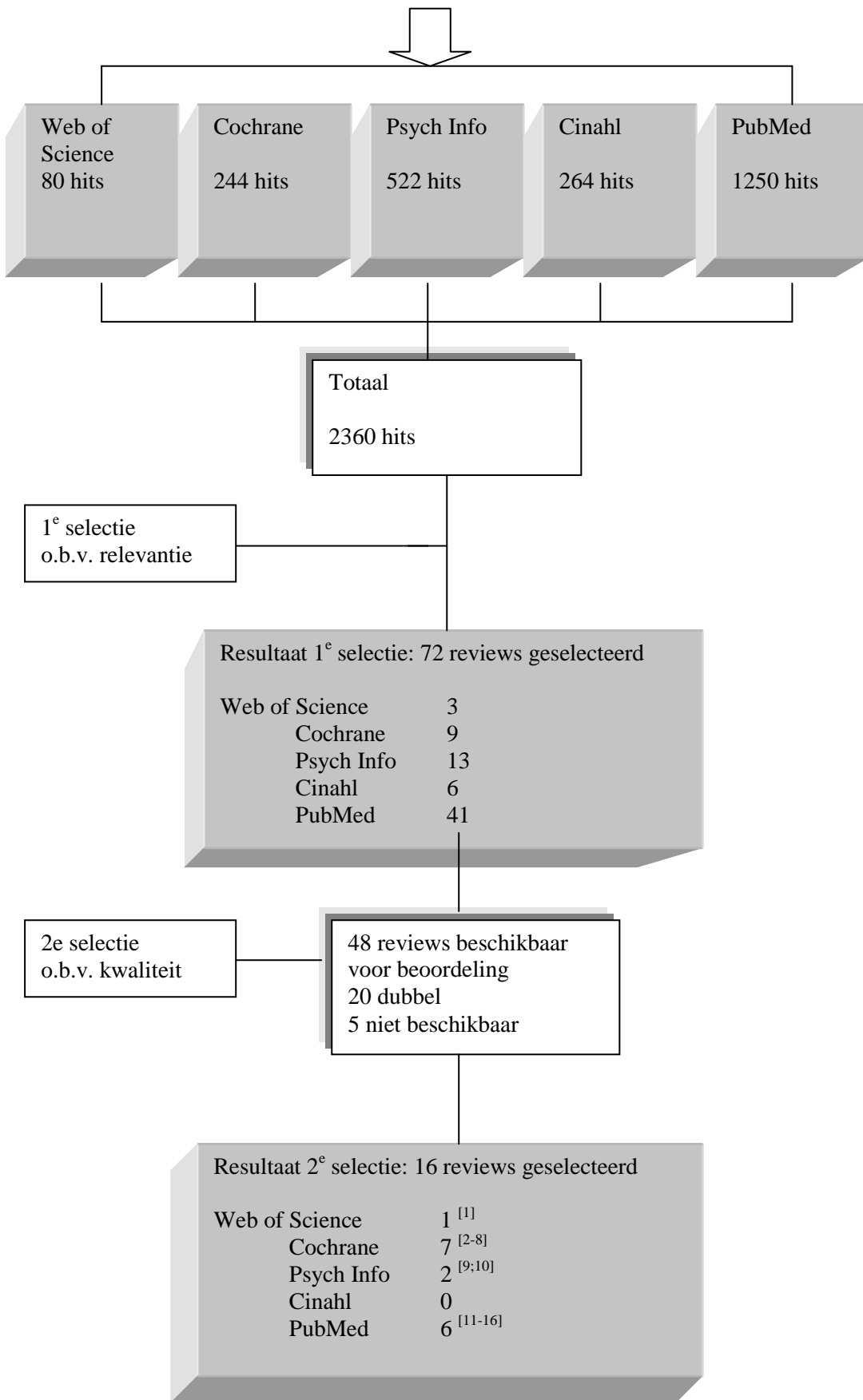
Counseling or patient education or education non-professional or environment or behaviour*manag* or advance directive or rehabilitation or safety behaviour home physical environment Iowa NOC or Home environment or environment- or Terminal care or rehabilitation or advance directive or behaviour modification Iowa NIC or behaviour modification or Behaviour therapy or behaviour- or health behaviour or health promoting behaviour Iowa NOC

AND

(Literature) Review

AND

Limit: 1999 – 2006



Selectie van literatuur

De abstracts zijn beoordeeld aan de hand van de volgende inclusiecriteria:

1^e selectie op basis van abstract en/of titel (en publicatiejaar):

1. Systematisch literatuur review
2. Doelgroep: mensen met dementie, cognitieve beperkingen (>50%)
3. Interventie of assessment gericht op probleemgedrag
4. Gedragsproblemen als uitkomstmaat bij interventieonderzoek

2^e selectie op basis van volledige tekst met behulp van checklist (zie bijlage 1A):

5. Criteria uit 1^e selectie checken
6. Geen major limitations volgens EPOC/Cochrane criteria (zie bijlage 1A)

In totaal waren er drie reviewers (RP, TA, ME). Iedere studie is beoordeeld door twee reviewers die onafhankelijk van elkaar de reviews en richtlijnen beoordeeld hebben op relevantie en kwaliteit aan de hand van selectiecriteria (zie bijlage 1A). Bevindingen werden vergeleken en bij meningsverschil bediscussieerd.

Resultaat

Web of science:	1 studie geselecteerd [1]
Cochrane:	7 studies geselecteerd [2-8]
Psych Info:	2 studies geselecteerd [9;10]
Cinahl:	geen reviews geschikt voor inclusie
Pubmed:	6 studies geselecteerd [12;15;57-60]

De richtlijn is gebaseerd op onderzoeksresultaten verkregen uit systematische reviews. Inzicht in de zorgpraktijk, aspecten van belang voor zorgverlener, de mantelzorger en patiënt en de beschikbare hulpmiddelen is verkregen door een uitgebalanceerde samenstelling van en toetsing door de werkgroep.

De aanbevelingen in de richtlijn zijn voorzien van de mate van bewijskracht zoals geformuleerd door het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg.^[30] De studies in de reviews zijn eerst beoordeeld op methodologische kwaliteit met behulp van onderstaande indeling:

- A1 Systematische reviews van tenminste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A2 niveau.
- A2 Gerandomiseerd vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit (gerandomiseerd, dubbelblind gecontroleerde trials) van voldoende omvang.
- B Gerandomiseerde klinische trials van matige kwaliteit of onvoldoende omvang of ander vergelijkend onderzoek (niet- gerandomiseerd, vergelijkend cohortonderzoek).
- C Niet-vergelijkend onderzoek
- D Mening van deskundigen

Uiteindelijk zijn de conclusies van de studies uit de reviews beoordeeld op het niveau van bewijs.

Niveaus van bewijs:

- 1 Onderzoek van niveau A1 of tenminste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau A2 (=aanbeveling)
- 2a Tenminste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B (=aanbeveling)
- 2b Een onderzoek van niveau A2
- 3 Een onderzoek van niveau B of C
- 4 Mening van deskundigen

Afhankelijk van het niveau van bewijs werden de uitkomsten van de studies ingedeeld naar 'aanbeveling' (bewijs niveau 1 en 2a) en 'praktijksuggestie' (bewijs niveau 2b, 3 en 4). De CBO richtlijn geeft in haar niveau van conclusies een toekenning van 1 t/m 4 voor bewijskracht. In deze richtlijn is bewijskracht 2 opgesplitst omdat 1 studie, ook al is deze goed kwalitatief opgebouwd en beschreven, is beoordeeld als te weinig bewijskracht voor een aanbeveling. Uitkomsten van studies met bewijskracht 2b t/m 4 zijn gebruikt voor minder sterk onderbouwde "praktijksuggesties".

Reference List

- [1] Livingston G, Johnston K, Katona C, Paton H, Lyketsos CG. Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *Am J Psychiatry* 2005;162(11):1996-2021.
- [2] Thorgrimsen L, Spector A, Wiles A, Orrell M. Aroma therapy for dementia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003;(3).
- [3] Forbes D, Morgan DG, Bangma J, Peacock S, Pelletier N, Adamson J. Light therapy for managing sleep, behaviour, and mood disturbances in dementia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004;(2).
- [4] Vink AC, Birks JS, Bruinsma MS, Scholten RJS. Music therapy for people with dementia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003;(4).
- [5] Woods B, Spector A, Jones C, Orrell M, Davies S. Reminiscence therapy for dementia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005;(2).
- [6] Chung JCC, Lai CKY. Snoezelen for dementia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002;(4).
- [7] Price JD, Hermans DG, Grimley Evans J. Subjective barriers to prevent wandering of cognitively impaired people. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001;(1).
- [8] Neal M, Briggs M. Validation therapy for dementia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003;(3).
- [9] Sherratt K, Thornton A, Hatton C. Music interventions for people with dementia: a review of the literature. *Aging Ment.Health* 8[1], 3-12. 2004.
- [10] Lou MF. The use of music to decrease agitated behaviour of the demented elderly: the state of the science. *Scand.J.Caring.Sci* 15, 165-173. 2001.
- [11] Heyn P, Abreu BC, Ottenbacher KJ. The effects of exercise training on elderly persons with cognitive impairment and dementia: a meta-analysis
1. *Arch Phys Med Rehabil* 2004 Oct;85(10):1694-704.
- [12] Verkaik R, Van Weert JCM, Francke AL. The effects of psychosocial methods on depressed, aggressive and apathetic behaviors of people with dementia: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005;20:301-14.
- [13] Sung HC, Chang AM. Use of preferred music to decrease agitated behaviours in older people with dementia: a review of the literature
10. *J Clin Nurs* 2005 Oct;14(9):1133-40.
- [14] Bharani N, Snowden M. Evidence-based interventions for nursing home residents with dementia-related behavioral symptoms
1. *Psychiatr Clin North Am* 2005 Dec;28(4):985-1005, x.
- [15] Acton GJ, Winter MA. Interventions for family members caring for an elder with dementia. *Annu.Rev.Nurs.Res.* 20, 149-179. 2002.

- [16] Skjerve A, Bjorvatn B, Holsten F. Light therapy for behavioural and psychological symptoms of dementia
2. Int J Geriatr Psychiatry 2004 Jun;19(6):516-22.
- [17] CBO. Richtlijnontwikkeling binnen het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Handleiding voor werkgroepleden. Utrecht; 2000.

Bijlage 2 Samenvattingskaart

Gedragsspecifieke aanbevelingen

AGITATIE (innerlijke rusteloosheid; continue rondlopen, tikken op tafel, schreeuwen, roepen)

Aanbevelingen: (1) muziek (2) activiteitenprogramma (3) gedragsobservatie en management (4) huiselijke sfeer creëren in zorginstelling (5) speciale zorgafdeling en trainen zorgverleners	Praktijksuggesties - psychomotorische therapie - snoezelen - handmassage / in combinatie met muziek - aromatherapie - laten horen van rustgevende geluiden
---	--

ANGST

Aanbevelingen: (6) huiselijke sfeer creëren in zorginstelling	Praktijksuggesties - trainen zorgverleners - interventie richten op mantelzorgers - gedragsobservatie en management
---	---

APATHIE (iniatiefloos gedrag, niet tot activiteiten te bewegen, niet uiten van emoties)

Aanbevelingen: (7) snoezelen	Praktijksuggesties - Zintuig Activerings-Methode (contact via zintuigen)
--	--

DEPRESSIE

Aanbevelingen: (8) reminiscentie (bv het levensverhaal) (9) gedragsobservatie en management (10) muziek (11) huiselijke sfeer creëren in zorginstelling (12) trainen zorgverleners in communicatie (13) interventie voor mantelzorgers	Praktijksuggesties - Plezierige Activiteiten-Methode
---	--

ONTREMD GEDRAG (gedrag gekenmerkt door hyperactiviteit en controleverlies)

Aanbevelingen: Er is onvoldoende bewijs voor het formuleren van duidelijke aanbevelingen.	Praktijksuggesties - huiselijke sfeer creëren in zorginstelling in combinatie met trainen zorgverleners - muziek
---	---

SLAPELOOSHEID

Aanbevelingen: Er is onvoldoende bewijs voor het formuleren van duidelijke aanbevelingen.	Praktijksuggesties <ul style="list-style-type: none">- muziek- lichttherapie
---	--

Algemene aanbevelingen

GEDRAGSPROBLEMEN IN HET ALGEMEEN

Aanbevelingen: <ul style="list-style-type: none">(14) snoezelen(15) lichamelijke oefeningen (min. 2 x pw gedurende 30 min in groepsverband)(16) reminiscentie (bv het levensverhaal)(17) leefomgeving aanpassen (wegwijzers, bedekken van uitgangen)(18) gedragsobservatie en management(19) ondersteunen mantelzorgers mbt kennis en vaardigheden(20) gesimuleerde aanwezigheid (geluidsband/video)	Praktijksuggesties <ul style="list-style-type: none">- muziek- cognitieve training- therapie gericht op behoud van eigenwaarde
---	---

INTERVENTIES GERICHT OP DE MANTELZORGER

Aanbevelingen: <ul style="list-style-type: none">(21) educatie en vaardigheden over dementie en omgaan met gedragsproblemen	Praktijksuggesties <ul style="list-style-type: none">- reminiscentie door mantelzorger
--	---

PREVENTIE VAN OPNAME IN EEN ZORGINSTELLING

Aanbevelingen: <ul style="list-style-type: none">(22) educatie en vaardigheidstraining voor mantelzorgers over dementie en omgaan met gedragsproblemen door wijkvpk-vz	Praktijksuggesties <ul style="list-style-type: none">- realiteitoriëntatie training- realiteitoriëntatie training + validation + - ondersteunen mantelzorger + ontspanning aan patiënt aanbieden- leefomgeving aanpassen (wegwijzers, bedekken van uitgangen)
---	--

* Afhankelijk van het niveau van bewijs werden de uitkomsten van de studies ingedeeld naar 'aanbeveling' (bewijs van hoog niveau 1 en matig/hoog niveau 2a) en 'praktijksuggesties' (minder sterk bewijs van niveau 2b t/m 4).

Richtlijn 'gedragsproblemen bij dementie'

Belevingsgerichte zorg

We gaan er in deze richtlijn vanuit dat goede zorg voor mensen met dementie belevingsgericht dient te zijn. Dit betekent dat de belevingswereld van de persoon met dementie centraal staat. Er wordt contact gezocht door aan te sluiten bij zijn beleving, zijn levensgeschiedenis en levensfase, zijn wensen en behoeften. De belevingswereld van de persoon met dementie verandert gedurende de ziekte. Er zijn vier fasen te noemen:

A. De fase van het 'bedreigde ik'

Het begin van het dementeringsproces wordt door cliënten als bedreigend ervaren. Ze hebben een beangstigend gevoel van onzekerheid over wat hen in de toekomst te wachten staat. De dementerende heeft moeite met het geheugen, het plannen en vooruit denken, en het hanteren van normen en waarden. Twijfel, onzekerheid en onveiligheid kenmerken deze fase. Reacties en gevoelens van de dementerende kunnen zijn: verlies en rouw, ontkenning, achterdocht en woede.

B. De fase van het 'verdwaalde ik'

De verwardheid treedt in deze fase steeds meer op de voorgrond. De geheugenproblemen worden erger, de communicatie raakt verstoord en de dementerende raakt gedesoriënteerd in plaats, tijd en persoon. De dementerende verliest de controle over zijn leven en raakt verdwaald in zichzelf. Reacties en gevoelens van de dementerende kunnen zijn angst door controle- en identiteitsverlies, dwalen, het verzamelen van voorwerpen, onbekenden als bekenden zien en leven in het verleden.

C. De fase van het 'verborgen ik' (ernstige dementie)

Met het erger worden van de ziekte wordt de cliënt passiever. De dementerende lijkt in zichzelf verzonken en niet meer open voor contact. Maar wie toch probeert contact te maken, merkt dat dit nog altijd mogelijk is. De dementerende is in deze fase afhankelijk van het initiatief en de energie van anderen. Wie de moeite neemt om rustig en uitnodigend te zijn, zal na kortere of langere tijd contact krijgen. Alle manieren om contact te maken moeten afgestemd zijn op de behoefte van de dementerende. Vooral lichamelijk en zintuiglijk contact zijn belangrijk.

D. De fase van het 'verzonken ik'

Het geheugen en de communicatie zijn in deze fase ernstig verstoord. De cliënt is volledig gedesoriënteerd en volledig hulpbehoevend geworden. De eigen identiteit is verloren gegaan. De zintuiglijke en motorische prikkels zijn nog het enige contact met de omgeving. De dementerende lijkt volledig in zichzelf gekeerd, afgesloten van zijn omgeving, verzonken in zichzelf. Reacties en gevoelens van de dementerende kunnen zijn gevoelens van onbehagen, het koesteren van een pop of knuffel en het maken van geruststellende geluiden.

De richtlijn bestaat uit vijf stappen:

Stap 1: 'Wat zie je?'

In deze stap wordt het probleemgedrag van de cliënt geobserveerd en beschreven.

Onderdeel A: Vul zo concreet mogelijk in welke gedrag een probleem vormt en hoe vaak het de afgelopen twee weken voorkwam.

Onderdeel B: Bepaal welke gedragingen van onderdeel A het meest belastend en/ of opvallend worden gevonden. Denk hierbij aan de belasting voor de cliënt zelf en voor zijn omgeving (familie, medebewoners, personeel).

Stap 2: 'In welke situaties komt het gedrag voor?'

In deze stap wordt bekeken in welke situaties het probleem gedrag voorkomt.

1. Wie is er in de buurt op het moment dat het gedrag voorkomt?
2. Wat gebeurt er in de directe omgeving?
3. Waar komt het gedrag voor?
4. Wanneer komt het gedrag voor?

Stap 3: 'Hoe komt het?'

In deze stap wordt gezocht naar de oorzaak van het probleemgedrag.

Mogelijke oorzaken:

- De cliënt heeft lichamelijke klachten.
- De cliënt heeft een onvervulde behoefte.
- De cliënt heeft te maken met een verandering.
- De cliënt wordt overprikkeld.
- De cliënt wordt onderprikkeld.
- De eisen die aan de cliënt worden gesteld zijn te hoog.
- De cliënt heeft moeite met het uiten van gevoelens.
- De oorzaak is iets anders, namelijk....
- De oorzaak is onbekend

Stap 4: 'Wat ga je er aan doen?'

In deze stap wordt een keuze gemaakt voor één of meerdere interventies en worden deze uitgevoerd.

Plan van aanpak: beschrijf *Wie, Waar, Wanneer, Hoe lang* en plan een evaluatiedatum

Stap 5: 'Heeft het geholpen?'

In deze stap wordt geëvalueerd of de interventie heeft geholpen en het probleem gedrag dus is verminderd. Is het gedrag voldoende verminderd? Maak eventueel nieuw plan van aanpak.

Bijlage 2A Agitation (Agitatie/agressie)

Intervention	Source (review)	Included studies	Type dementia	N	Setting	Outcome measure	Outcome	Level of evidence*	Quality of evidence	Overall effect
Validation	Verkaik, 2005	3	Type of dementia according to DSM-III-R, DSM-IV, ICD-10	385	Outpatient and inpatient	CMAI, subscales VAB and PAB; ASEP	1. No sig. changes 2. Differs 3. No sig. changes	2xA2 B	Level 1	No effect
	Neal, 2003	1	Diagnosed dementia according to ICD-10, DSM-IV or comparable criteria	88	Nursing home, medical centre	CMAI	Differs	B		
	Bharani, 2005	2	Not specified	297	Nursing home	CMAI; BIP	1. No sig. differences 2. No sig. differences	2xA2		
Psychomotor therapy	Verkaik, 2005	1	Type of dementia according to DSM-III-R, DSM-IV, ICD-10	43	Outpatient and inpatient	ASEP	Sig. lower aggression	A2	Level 2.2	Possibly positive effect
Light	Forbes, 2004	2	Alzheimer, Lewy body, Vascular, DSM-III, DSM-IV, NINCDS-ADRDA, ICD-10	105	Nursing home	NPI; CMAI; ABRS	No sig. differences	2xB	Level 1	Inconclusive
	Bharani, 2005	1	Not specified	92	Nursing home	CMAI; ABRS	No sig. effect	A2		
	Skjerve, 2004	7	Alzheimer, Vascular or other diagnoses	145	Institutional setting, at home	BEHAVE-AD; CMAI; ABRS; behaviour log; EBIC; CGI; SDAS	1. No improvement 2. Some improvement in agitation 3. Some improvement in agitation 4. Improvement in agitation 5. Improvement in agitation 6. Some improvement in agitation 7. Improvement in agitation	A2 A2 5xB		
Aroma therapy	Thorgrimsen, 2003	1	Any type of dementia	72	Nursing home, general hospital ward	NPI; CMAI	Sig. positive effect on agitation	A2	Level 2.2	Possibly positive effect
Music	Vink, 2003	3	Type of dementia according to DSM-IV, ICD-10 or other comparable diagnostic criteria	87	Outpatient and inpatient	CMAI; observation	1. Sig. less aggression 2. Sig. less agitation 3. Less wandering	3xA2	Level 1	Positive effect
	Lou, 2001	7	Any type of dementia	96	Institutional setting, day care	Observation; CMAI	1. No sig. effect 2. Sig. decrease in aggression 3. Decrease in agitation 4. Decrease in agitation 5. Decrease in agitation	B A2 5xB		

							6. Sig. decrease in agitation 7. Decrease in agitation			
	Sherratt, 2004	12	Not specified, moderate or severe dementia	220	Dementia care setting	CMAI; own behavioural checklists operational definitions rating scales; ABRS;	1. Decrease in agitation 2. Decrease in repetitive vocalizations 3. No difference 4. Decrease in aggression 5. Decrease in agitation 6. Decrease in agitation 7. Decrease in agitation 8. Decrease in wandering 9. Decrease in agitation 10. No effect on aggression 11. Decrease in agitation 12. Decrease in aggression	12xB		
	Sung, 2005	8	Diagnosed dementia or Alzheimer's disease	120	Long-term care facility	CMAI; self-designed behavioural checklist; SBMI; Video; FACS	1. Decrease in agitation 2. Sig. decrease in repetitive vocalizations 3. No effect on aggression 4. Sig. decrease in aggression. No sig. effect on hoarding and verbally agitated behaviours 5. Decrease in verbal disruptive behaviours 6. Decrease in aggression 7. Sig. reduction in agitation 8. Reduced agitation and shouting	8xB		
	Livingston, 2005	15	See ¹	372	Not specified	Not specified	1. Reduction in agitation 2. Reduction in disruptive vocalization 3. No sig. reduction in agitation 4. Reduction in aggression 5. Reduction in agitation 6. Reduction in wandering 7. Reduction in agitation 8. Reduction in agitation 9. Reduction in agitation 10. Reduction in wandering 11. Reduction in agitation 12. Reduction in agitation 13. Reduction in disruptive vocalizations 14. Sig. reduction in agitation 15. No decrease in aggression	15xB		

White noise	Livingston, 2005	1	See ¹	13	Not specified	Not specified	Sig. reduction in agitation	B	Level 3	Possibly positive effect
Staff training	Bharani, 2005	2	Not specified	284	Nursing home	CMAI; DBS	1. No sig. differences 2. Sig. decline in verbal agitation. No change in physical agitation	2xA2	Level 1	Inconclusive, inconsistent effect
	Livingston, 2005	5	Not specified	589	Not specified	Not specified	1. No effect 2. Sig. reduction in aggression 3. Sig. reduction in verbal agitation. Increase in other agitated behaviours 4. Sig. reduction in aggression 5. No effect			
Snoezelen	Bharani, 2005	1	Not specified	129	Nursing home	CMAI	Sig. reduction in aggression		Level 2.2	Possibly positive effect
	Livingston, 2005	1	See ¹	10	Not specified	Not specified	Agitation tended to be lower. No clear results.			
Activities	Bharani, 2005	3	Not specified	196	Nursing home	VAS; CMAI	1. Sig. decline 2. Sig. decrease 3. Sig. reduction		Level 1	Generally positive effect
	Livingston, 2005	6	See ¹	158	Not specified	Not specified	1. No sig. effect 2. Sig. reduction in agitation 3. Increase in agitation 4. No effect 5. No effect 6. Sig. decrease in agitation			
Simulated presence	Bharani, 2005	1	Not specified	54	Nursing home	SOAPD; CMAI	No sig. differences		Level 2	No effect
	Livingston, 2005	3	See ¹	118	Not specified	Not specified	1. No effect 2. Improvement in agitation. No improvement in aggression 3. No effect			
Music or hand massage or both	Bharani, 2005	1	Not specified	69	Nursing home	CMAI	Sig. reduction in agitation for all interventions	B	Level 2.2	Possibly positive effect
	Livingston, 2005	1	See ¹	68	Not specified	Not specified	All groups had reduction in agitation	B		
Massage/ touch	Livingston, 2005	1	See ¹	19	Not specified	Not specified	No change in agitation		Level 3	No effect

Behaviour therapy	Livingston, 2005	11	See ¹	143	Not specified	Not specified	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reduction in aggression and agitation 2. Reduction in aggression 3. Sig. reduction in agitation 4. Disappeared sexually disinhibited behaviour 5. Reduction in agitation 6. Reduction in vocalization 7. reduction in aggression 8. Reduction in disruptive vocalizations 9. Reduction in wandering 10. Reduction in ggression 11. Reduction in agitation and aggression 		Level 2.1	Positive effect
Caregiver intervention	Livingston, 2005	7	See ¹	393	Not specified	Not specified	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reduction in repetitive verbalizations 2. No effect on aggression 3. Reduction in agitation 4. No difference 5. Sig. reduction in agitation 6. Reduction in agitation 7. Reduction in agitation 	6xB 1xA2	Level 2	Inconclusive, inconsistent effect
Environmental manipulation	Livingston, 2005	13	See ¹	397	Not specified	Not specified	<ol style="list-style-type: none"> 1. No sig. decrease 2. Decrease in number of exit attempts 3. Reduction in exiting behaviour 4. Reduction in wandering 5. Sig. fewer door testings 6. Reduction in agitation 7. Sig. reduction in door testing 8. Reduction in door testing 9. No effect 10. Reduction in aggression 11. Increase in aggression 12. Reduction in aggression 13. Sig. increase in aggression 	13xB	Level 2.1	Generally positive effect
Special care unit combined with staff training	Livingston, 2005	2	See ¹	81	Not specified	Not specified	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reduction in agitation 2. Reduction in aggression 	2xB	Level 2.1	Positive effect

(vetgedrukt / bold = aanbeveling)

¹ Dementia, Alzheimer's disease, vascular dementia, multi-infarct, cerebrovascular, fronto-temporal, frontal, Picks, semantic, senile dementia, pre-senile dementia, Huntington's disease, dementia in Parkinson's disease, dementia with Lewy bodies, Lewy body dementia, Creutzfeld-Jakob disease, prion disease, neuroacanthosis, alcohol-related dementia, Korsakoff's disease, progressive aphasia, neurodegenerative disorders, dementia with multiple sclerosis, AIDS dementia complex, bovine spongiform encephalopathy, cortical dementia, subcortical dementia, cognitive impairment, progressive supranuclear palsy, coticobasal degeneration

ABRS= Agitated Behavior Rating Scale
 ASEP= Dutch Assessment Scale for Elderly Patients
 BEHAVE-AD= Behavioral Pathology in Alzheimer Disease Scale
 BIP= Dutch Behavior Observation Scale for Psychogeriatric Inpatients
 CGI= Clinical Global Impression/ Improvement
 CMAI= Cohen-Mansfield Agitation Inventory
 CMAI subscales VAB and PAB= CMAI subscales Verbally Aggressive Behavior and Physically Aggressive Behavior
 DBS= Disruptive Behavior Scale
 EBIC= Environment-Behavior Interaction Code
 FACS= Facial Action Coding System
 GDS= Global Deterioration Scale
 NPI= Neuropsychiatric Inventory
 SBMI= Screaming Behavioural Mapping Instrument
 SDAS= Social Dysfunction and Aggression Scale
 SOAPD= Scale to Assess Observed Agitation in Persons with Dementia of the Alzheimer Type
 VAS= Visual Analog Scale for agitation assessment

Background information Agitation

Intervention	Source (review)	Included studies
Validation	Verkaik, 2005 ?-February 2003?	1. Finnema, 1998, Finnema, 2000, Drees, 1999 2. Toseland, 1997 3. Schrijnemaekers, 2002
	Neal, 2003 Last updated search on Jan. 2003	Toseland, 1997
	Bharani, 2005 Jan. 2000 - March 2005	1. Finnema, 2005 2. Schrijnemaekers, 2002
Psychomotor therapy	Verkaik, 2005 ?-February 2003?	Drees, 1991
Light	Forbes, 2004 Differs-last search was complete on 5 Dec 2005.	1. Ancoli-Israel, 2003 2. Gasio, 2003

	Bharani, 2005 Jan. 2000 – March 2005	Ancoli-Israel, 2003
	Skjerve, 2004 Jan. 1980 – Sept. 2003	1. Lyketsos, 1999 2. Ancoli-Israel, 2003b 3. Satlin, 1992 4. Mishima, 1994 5. Lovell, 1995 6. Thorpe, 2000 7. Haffmans, 2001
Aroma therapy	Thorgrimsen, 2003 Differs-last search was completed on 29 Oct 2002	Ballard, 2002
Music	Vink, 2003 Differs-last search was completed 30 June 2003	1. Clark, 1998 2. Gerdner, 2000 3. Groene 1993
	Lou, 2001 1990 - 2000	1. Clair, 1994 2. Clark, 1998 3. Denney, 1997 4. Gerdner, 1997 5. Gerdner, 1993 6. Goddaer, 1994 7. Ragneskog, 1996
	Sherratt, 2004 Cinahl: 1982-?, Medline: 1984-?, Embase: 1980-?, Psychinfo: 1984-?; Clinpsych: 1985-2000	1. Brotons, 1996 2. Casby, 1994 3. Clair, 1994 4. Clarke, 1998 5. Denney, 1997 6. Gerdner, 2000 7. Gerdner, 1993 8. Groene, 1993 9. Goddaer, 1994 10. Snyder, 1996 11. Tabloski, 1995 12. Thomas, 1997
	Sung, 2005 1993 - 2005	1. Gerdner, 1993 2. Casby, 1994 3. Snyder, 1996 4. Thomas, 1997 5. Cohen-Mansfield, 1997 6. Clark, 1998

		<ul style="list-style-type: none"> 7. Gerdner, 2000 8. Ragneskog, 2001
	Livingston, 2005 Until July 2003	<ul style="list-style-type: none"> 1. Brotons, 1996 2. Casby, 1994 3. Clair, 1994 4. Clark, 1998 5. Denney, 1997 6. Fitzgerald-Cloutier, 1993 7. Gerdner, 2000 8. Gerdner, 1993 9. Goddaer, 1994 10. Groene, 1993 11. Jennings, 2002 12. Remington, 2002 13. Runci, 1999 14. Tabloski, 1995 15. Thomas, 1997
White noise	Livingston, 2005 Until July 2003	Burgio, 1996
Staff training	Bharani, 2005 Jan. 2000 - March 2005	<ul style="list-style-type: none"> 1. Beck, 2002 2. McCallion, 1999
	Livingston, 2005 Until July 2003	<ul style="list-style-type: none"> 1. Cohen-Mansfield, 1997 2. Hagen, 1995 3. Matthews, 1996 4. McCallion, 1999 5. Testad, 2005
Snoezelen	Bharani, 2005 Jan. 2000 - March 2005	Van Weert, 2005
	Livingston, 2005 Until July 2003	Van Diepen, 2002
Activities	Bharani, 2005 Jan. 2000 - March 2005	<ul style="list-style-type: none"> 1. Kovach, 2004 2. Alessi, 1999 3. Rovner, 1996
	Livingston, 2005 Until July 2003	<ul style="list-style-type: none"> 1. Buettner, 2002 2. Fitzsimmons, 2002 3. Kim, 2002 4. Snyder, 2001 5. Holmberg, 1997 6. Namazi, 1994

Simulated presence	Bharani, 2005 Jan. 2000 - March 2005	Camberg, 1999
	Livingston, 2005 Until July 2003	1. Camberg, 1999 2. Woods, 1995 3. Hall, 1997
Music or hand massage or both	Bharani, 2005 Jan. 2000 - March 2005	Remington, 2002
	Livingston, 2005 Until July 2003	Remington, 2002
Massage/ touch	Livingston, 2005 Until July 2003	Snyder, 1995
Behaviour therapy	Livingston, 2005 Until July 2003	1. DeYoung, 2002 2. Hoeffler, 1997 3. Rogers, 1999 4. Alexpoulos, 1994 5. Bakke, 1994 6. Birchmore, 1983 7. Boehm, 1995 8. Buchanan, 2002 9. Heard, 1999 10. Lundervold, 1992 11. Moniz-Cook, 2001
Caregiver intervention	Livingston, 2005 Until July 2003	1. Bourgeois, 1997 2. Gormley, 2001 3. Huang, 2003 4. Teri, 2000 5. Haupt, 2000 6. McCallion, 1999 7. Wells, 2000
Environmental manipulation	Livingston, 2005 Until July 2003	1. Cohen-Mansfield, 1998 2. Dickinson, 1995 3. Hewawasam, 1996 4. Hussian, 1987 5. Kincaid, 2003 6. Kittur, 2001 7. Mayer, 1991 8. Namazi, 1989 9. Chafetz, 1990 10. Annerstedt, 1997

		11. Annerstedt, 1993 12. Namazi, 1992 13. Wimo, 1995
Special care unit combined with staff training	Livingston, 2005 Until July 2003	1. Bellelli, 1998 2. Kovach, 1994

Bijlage 2B Anxiety (Angstig gedrag)

Intervention	Source (review)	Included studies	Type dementia	N	Setting	Outcome measure	Outcome	Level of evidence*	Quality of evidence	Overall effect
Behaviour therapy	Livingston, 2005	1	See ¹	3	Not specified	Not specified	Reduced anxiety	D	Level 4	Possibly positive effect
Caregiver intervention	Livingston, 2005	1	See ¹	14	Not specified	Not specified	Sig. reduction in anxiety	B	Level 3	Possibly positive effect
Environmental manipulation	Livingston, 2005	2	See ¹	113	Not specified	Not specified	1. Reduction in anxiety 2. Slight reduction in anxiety	2xB	Level 2.1	Positive effect
Staff training	Livingston, 2005	1	See ¹	36	Not specified	Not specified	Improved anxiety	B	Level 3	Possibly positive effect

(vetgedrukt / bold = aanbeveling)

¹ Dementia, Alzheimer's disease, vascular dementia, multi-infarct, cerebrovascular, fronto-temporal, frontal, Picks, semantic, senile dementia, pre-senile dementia, Huntington's disease, dementia in Parkinson's disease, dementia with Lewy bodies, Lewy body dementia, Creutzfeld-Jakob disease, prion disease, neuroacanthosis, alcohol-related dementia, Korsakoff's disease, progressive aphasia, neurodegenerative disorders, dementia with multiple sclerosis, AIDS dementia complex, bovine spongiform encephalopathy, cortical dementia, subcortical dementia, cognitive impairment, progressive supranuclear palsy, coticobasal degeneration

*Levels of evidence were rated according to Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO and ranged from A (higher quality) to D (lower quality).

Background information

Intervention	Source (review) Search period	Included studies
Behaviour therapy	Livingston, 2005 Until July 2003	Kipling, 1999
Caregiver intervention	Livingston, 2005 Until July 2003	Haupt, 2000
Environmental manipulation	Livingston, 2005 Until July 2003	1. Annerstedt, 1997 2. Annerstedt, 1993
Staff training	Livingston, 2005 Until July 2003	Brane, 1989

Bijlage 2C Apathy (Apathisch gedrag)

Intervention	Source (review)	Included studies	Type dementia	N	Setting	Outcome measure	Outcome	Level of evidence*	Quality of evidence	Overall effect
Validation	Verkaik, 2005	3	Type of dementia according to DSM-III-R, DSM-IV, ICD-10	385	Outpatient and inpatient	BIP; ASEP; MOSES; GIP; GRS; INTERACT_short; Verbal responses during sessions; Depression in dementia scale	No changes or not mentioned	2xA2 1xB	Level 1	No effect
Reality orientation	Verkaik, 2005	2	Type of dementia according to DSM-III-R, DSM-IV, ICD-10	76 (compl.)	Outpatient and inpatient	BIP; ASEP; MOSES; GIP; GRS; INTERACT_short; Verbal responses during sessions; Depression in dementia scale	1. No changes 2. Sig. lower apathy scores than at pre-test	2xB	Level 1	Inconsistent effect
Snoezelen	Verkaik, 2005	2	Type of dementia according to DSM-III-R, DSM-IV, ICD-10	66 (basel.)	Outpatient and inpatient	BIP; ASEP; MOSES; GIP; GRS; INTERACT_short; Verbal responses during sessions; Depression in dementia scale	Sig. positive effect	A2 B	Level 1	Positive effect
	Bharani, 2005	1	Not specified	129	Nursing home	BIP; CMAI subscale: apathetic behaviour	Sig. positive effect on apathetic behaviour	A2		
Reminiscence	Verkaik, 2005	1	Type of dementia according to DSM-III-R, DSM-IV, ICD-10	15 (compl.)	Outpatient and inpatient	BIP; ASEP; MOSES; GIP; GRS; INTERACT_short; Verbal responses during sessions; Depression in dementia scale	No changes	B	Level 3	Possibly no effect
Psychomotor therapy	Verkaik, 2005	2	Type of dementia according to DSM-III-R, DSM-IV, ICD-10	135 (basel.)	Outpatient and inpatient	BIP; ASEP; MOSES; GIP; GRS; INTERACT_short; Verbal responses during sessions; Depression in dementia scale	No changes	2xA2	Level 1	No effect
Gentle care	Verkaik, 2005	1	Type of dementia according to DSM-III-R, DSM-IV, ICD-10	26 (basel.)	Outpatient and inpatient	BIP; ASEP; MOSES; GIP; GRS; INTERACT_short; Verbal responses during sessions; Depression in dementia scale	Sig. changes in withdrawal change scores	B	Level 3	Possibly positive effect

(vetgedrukt / bold = aanbeveling)

*Levels of evidence were rated according to Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO and ranged from A (higher quality) to D (lower quality).

ASEP= Assessment Scale for Elderly Patients

BIP= Dutch Behavioral Observation Scale for Intramural Psychogeriatrics

CMAI= Cohen-Mansfield Agitation Inventory

GIP= Behaviour Observation Scale for Psychogeriatric Inpatients

GRS= Geriatric Rating Scale

INTERACT_short= Differences in the amount of interaction at 10 min before each session and at 10 min after each session

MOSES=Multidimensional Observation Scale for Elderly Subjects

Background information

Intervention	Source (review) Search period	Included studies
Validation	Verkaik, 2005 ?- february 2003	1. Finnema, 1998, 2000; Droes, 1999 2. Toseland, 1997 3. Schrijnemaekers, 2002
Reality orientation	Verkaik, 2005 ?- february 2003?	1. Hanley, 1981 2. Ferrario, 1991
Snoezelen	Verkaik, 2005 ?- february 2003?	1. Baker, 2001 2. Kragt, 1997; Holtkamp1997
	Bharani, 2005 Jan. 2000-march 2005	Van Weert, 2005
Reminiscence	Verkaik, 2005 ?- february 2003?	Namazi, 1994
Psychomotor therapy	Verkaik, 2005 ?- february 2003?	1. Hopman-Rock, 1999 2. Droes, 1991
Gentle care	Verkaik, 2005 ?- february 2003?	Brane, 1989

Bijlage 2D Depression/ mood (Depressief gedrag/ depressieve stemming)

Intervention	Source (review)	Included studies	Type dementia	N	Setting	Outcome measure	Outcome	Level of evidence*	Quality of evidence	Overall effect
Light therapy	Forbes, 2004	2	Alzheimer, Lewy body, Vascular, DSM-III-R, DSM-IV, NINCDS-ADRDA, ICD-10	28	Nursing home	GDS CSDD	No differences	2xB (Cochrane review)	Level 2	No effect
	Skjerve, 2004	1	Alzheimer, Vascular or other diagnoses	8 (compl.)	Institutional setting, at home	CSDD	No improvement	B		
Validation	Verkaik, 2005	2	Type of dementia according to DSM-III-R, DSM-IV, ICD-10	234	Outpatient and inpatient	CSDD; MOSES; (Modified) Beck Depression Inventory; GDS; BIP; Dutch Depression List; Hamilton Depression Scale; RMBPC	1. No sig. changes 2. Sig. difference after 1 year between validation group and social contact group. No sig. difference between validation group and usual care group	A2 B	Level 2	No effect
	Neal, 2003	1	Diagnosed dementia according to ICD 10, DSM-IV or comparable criteria	88	Nursing home	MOSES	Sig. difference after 1 year between validation group and social contact group	B (Cochrane review)		
	Livingston, 2005	1	See ¹	88	Not specified	Not specified	No change in depression	B		
Reality orientation	Verkaik, 2005	4	Type of dementia according to DSM-III-R, DSM-IV, ICD-10	111	Outpatient and inpatient	CSDD; MOSES; (Modified) Beck Depression Inventory; GDS; BIP; Dutch Depression List; Hamilton Depression Scale; RMBPC	1. No changes 2. Sig. differences in pre-post change score 3. No changes 4. No changes	B A2 B B	Level 2	Inconsistent effect
	Livingston, 2005	2	See ¹	43	Not specified	Not specified	1. Decreased depression 2. Sig. improvement in mood	2xB		

Snoezelen	Verkaik, 2005	1	Type of dementia according to DSM-III-R, DSM-IV, ICD-10	40 (compl.)	Outpatient and inpatient	CSDD; MOSES; (Modified) Beck Depression Inventory; GDS; BIP; Dutch Depression List; Hamilton Depression Scale; RMBPC	No effect	A2	Level 1	No effect
	Chung, 2002	1	Any type of dementia	50 (compl.)	Day hospital	BMD	No effect	A2		
	Livingston, 2005	2	See ¹	79	Not specified	Not specified	1. Improvement in mood did not last to 1 month follow-up 2. Pos. mood in multi-sensory environment	A2 B		
Reminiscence	Verkaik, 2005	1	Type of dementia according to DSM-III-R, DSM-IV, ICD-10	27 (compl.)	Outpatient and inpatient	CSDD; MOSES; (Modified) Beck Depression Inventory; GDS; BIP; Dutch Depression List; Hamilton Depression Scale; RMBPC	Sig. lower self-reported depression score	A2	Level 1	Generally positive effect
	Woods, 2005	2	Diagnosed dementia, cognitive impairment, Alzheimer, organic brain syndrome etc. according to DSM-IV, ICD-10 or comparable	44	Care home, residential home, at home	Beck Depression Inventory; GDS	1. Sig. improvement in depression 2. Sig. increase in depression	2xA2		
	Livingston, 2005	3	See ¹	50	Not specified	Not specified	1. Improvement in depressed mood 2. No effect on mood 3. Sig. improvement in carer-rated mood	A2 2xB		
Psychomotor therapy	Verkaik, 2005	2	Type of dementia according to DSM-III-R, DSM-IV, ICD-10	135 (basel.)	Outpatient and inpatient	CSDD; MOSES; (Modified) Beck Depression Inventory; GDS; BIP; Dutch	No changes	2xA2	Level 1	No effect

						Depression List; Hamilton Depression Scale; RMBPC				
Cognitive skills training	Verkaik, 2005	1	Type of dementia according to DSM-III-R, DSM-IV, ICD-10	53 (compl.)	Outpatient and inpatient	CSDD; MOSES; (Modified) Beck Depression Inventory; GDS; BIP; Dutch Depression List; Hamilton Depression Scale; RMBPC	No changes	B	Level 2	Inconsistent effect
	Livingston, 2005	1	See ¹	27	Not specified	Not specified	Sig. decrease in depression	B		
Behaviour therapy	Verkaik, 2005	1	Type of dementia according to DSM-III-R, DSM-IV, ICD-10	72 (compl)	Outpatient and inpatient	CSDD; MOSES; (Modified) Beck Depression Inventory; GDS; BIP; Dutch Depression List; Hamilton Depression Scale; RMBPC	Sig. lower depression scores	A2	Level 1	Positive effect
	Livingston, 2005	5	See ¹	97	Not specified	Not specified	1. No effect 2. Sig. reduction 3. Reduction immediately after intervention, but increase at follow-up 4. Improved mood 5. 2 of 4 Improved in depression scores	B A2 D D D		
Gentle care	Verkaik, 2005	1	Type of dementia according to DSM-III-R, DSM-IV, ICD-10	26 (basel.)	Outpatient and inpatient	CSDD; MOSES; (Modified) Beck Depression Inventory; GDS; BIP; Dutch Depression List; Hamilton Depression Scale; RMBPC	No changes	B	Level 3	Possibly no effect

Music	Sherratt, 2004	1	Not specified	60	Nursing home, long-term care facility, specialised dementia unit	MTS, own rating scales	Not mentioned	B	Level 2.1	Generally positive effect
	Livingston, 2005	4	See ¹	110	Not specified	Not specified	1. Reduced depressive symptoms during and after, but no lasting effect 2. Improved mood immediately after music session 3. Better mood 4. Reduced depression	4xB		
Caregiver intervention	Livingston, 2005	2	See ¹	219	Not specified	Not specified	1. Reduced depression, but not at 2 years 2. Reduction in depression	A2 B	Level 2.1	Some effect
Activity program	Verkaik, 2005	1	Type of dementia according to DSM-III-R, DSM-IV, ICD-10	15 (compl.)	Outpatient and inpatient	CSDD; MOSES; (Modified) Beck Depression Inventory; GDS; BIP; Dutch Depression List; Hamilton Depression Scale; RMBPC	No changes	B	Level 2	Generally no effect
	Livingston, 2005	3	See ¹	85	Not specified	Not specified	1. Sig. reduction in depression 2. No change 3. No differences	3xB		
Environmental intervention	Livingston, 2005	2	See ¹	113	Not specified	Not specified	1. At 1 year reduced depression 2. Slight reduction in depression	2xB	Level 2.1	Positive effect
Staff training	Livingston, 2003	4	See ¹	173+?	Not specified	Not specified	1. Sig. increase in emotional status 2. Improvement in depressed mood 3. No change in mood 4. Sig. reduction at 6 months	B B B A2	Level 2.1	Generally positive effect

Environmental intervention combined with staff education	Livingston, 2005	2	See ¹	146	Not specified	Not specified	1. Reduction in depression 2. No sig. change	2xB	Level 2	Inconsistent effect
--	------------------	---	------------------	-----	---------------	---------------	---	-----	---------	---------------------

(vetgedrukt / bold = aanbeveling)

¹Dementia, Alzheimer's disease, vascular dementia, multi-infarct, cerebrovascular, fronto-temporal, frontal, Picks, semantic, senile dementia, pre-senile dementia, Huntington's disease, dementia in Parkinson's disease, dementia with Lewy bodies, Lewy body dementia, Creutzfeld-Jakob disease, prion disease, neuroacanthosis, alcohol-related dementia, Korsakoff's disease, progressive aphasia, neurodegenerative disorders, dementia with multiple sclerosis, AIDS dementia complex, bovine spongiform encephalopathy, cortical dementia, subcortical dementia, cognitive impairment, progressive supranuclear palsy, coticobasal degeneration

*Levels of evidence were rated according to Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO and ranged from A (higher quality) to D (lower quality).

BIP= Dutch Behavioral Observation Scale for Intramural Psychogeriatry

BMD=Behaviour and Mood Disturbance Scale

CSDD=Cornell Scale for Depression in Dementia

GDS=Geriatric Depression Scale

MOSES=Multidimensional Observation Scale for Elderly Subjects

MTS= Momentary Time Sampling

RMBPC=Revised Memory and Behavior Problems Checklist

Background information depression/ mood

Intervention	Source (review)	Included studies
Light therapy	Forbes, 2004 Differs. Last search was completed on 5 dec 2005	1. Gasio, 2003 2. Lyketsos, 1999
	Skjerve, 2004 Jan. 1980-Sept. 2003	Lyketsos, 1999
Validation	Verkaik, 2005 ? – February 2003?	1. Finnema, 1998, Finnema, 2000, Drees, 1999 2. Toseland, 1997
	Neal, 2003 Last updated search on Jan. 2003	Toseland, 1997
	Livingston, 2005 Until July 2003	Toseland, 1997
Reality orientation	Verkaik, 2005 ? – February 2003?	1. Scanland, 1993 2. Spector, 2001 3. Baldelli, 1993 4. Ferrario, 1991

	Livingston, 2005 Until July 2003	1. Baldelli, 1993 2. Greene, 1983
Snoezelen	Verkaik, 2005 ? – February 2003?	Robichaud, 1993
	Chung, 2002 Differs, last search was completed on 16 April 2004	Baker, 2001
	Livingston, 2005 Until July 2003	1. Baker, 2001 2. Hope, 1998
Reminiscence	Verkaik, 2005 ? – February 2003?	Goldwasser, 1987 (effect verschilt in reviews (Verkaik, Woods, Livingston), in artikel zelf wordt gezegd: sig. lower self-reported depression score)
	Woods, 2005 Differs, last search on may 2004	1. Morgan, 2000 2. Goldwasser, 1987
	Livingston, 2005 Until July 2003	1. Goldwasser, 1987 2. Korb, 1997 3. Haight, 2003
Psychomotor therapy	Verkaik, 2005? – February 2003?	1. Hopman-Rock, 1999 2. Droes, 1991
Cognitive skills training	Verkaik, 2005 ? – February 2003?	Meier, 1996
	Livingston, 2005 Until July 2003	Spector, 2001
Behavior therapy	Verkaik, 2005 ? – February 2003?	Teri, 1997
	Livingston, 2005 Until July 2003	1. Benedict, 2000 2. Teri, 1997, 1994 3. Carpenter, 2003 4. Kipling, 1999 5. Teri, 1991
Gentle care	Verkaik, 2005 ? – February 2003?	Brane, 1989
Music	Sherratt, 2004 Cinahl: 1982-?, medline: 1984-?, embase 1980-?, psychinfo 1984-?, clinpsych 1985-2000	Lord, 1993
	Livingston, 2005 Until July 2003	1. Ashida, 2000 2. Korb, 1997 3. Lord, 1993 4. Ragneskog, 1996

Caregiver intervention	Livingston, 2005 Until July 2003	1. Teri, 2003 2. McCallion, 1999
Activity program	Livingston, 2005 Until July 2003	1. Buettner, 2002 2. Ishizaki, 2002 3. Orsulic-Jeras, 2000
	Verkaik, 2005 ? – February 2003?	Wilkinson, 1998
Environmental intervention	Livingston, 2005 Until July 2003	1. Annerstedt, 1997 2. Annerstedt, 1993
Staff training	Livingston, 2005 Until July 2003	1. Benson, 1987 2. Brane, 1989 3. Cohen-Mansfield, 1997 4. McCallion, 1999
Environmental intervention combined with staff education	Livingston, 2005 Until July 2003	1. Frisoni, 1998 2. Warren, 2001

Bijlage 2E Disruptive behaviour (Ontremd gedrag)

Intervention	Source (review)	Included studies	Type dementia	N	Setting	Outcome measure	Outcome	Level of evidence*	Quality of evidence	Overall effect
Snoezelen	Livingston, 2005	2	See ¹	152	Not specified	Not specified	1. Reduction in socially disruptive behaviour 2. No sig. reduction in disruptive behaviours	2xB	Level 2	Inconsistent effect
Music therapy	Livingston, 2005	1	See ¹	2	Not specified	Not specified	Reduced disruptive behaviour	D	Level 4	Possibly positive effect
Behaviour therapy	Livingston, 2005	2	See ¹	175	Not specified	Not specified	1. No reduction in disruptive behaviour 2. Reduced disruptive behaviours at 6 months	B B	Level 2	Inconsistent effect
Caregiver intervention	Livingston, 2005	1	See ¹	47	Not specified	Not specified	No effect on disruptive behaviour	B	Level 3	Possibly no effect
Environmental intervention combined with staff education	Livingston, 2005	1	See ¹	63	Not specified	Not specified	Reduction in disruptive behaviour	B	Level 3	Possibly positive effect

(vetgedrukt / bold = aanbeveling)

¹ Dementia, Alzheimer's disease, vascular dementia, multi-infarct, cerebrovascular, fronto-temporal, frontal, Picks, semantic, senile dementia, pre-senile dementia, Huntington's disease, dementia in Parkinson's disease, dementia with Lewy bodies, Lewy body dementia, Creutzfeld-Jakob disease, prion disease, neuroacanthosis, alcohol-related dementia, Korsakoff's disease, progressive aphasia, neurodegenerative disorders, dementia with multiple sclerosis, AIDS dementia complex, bovine spongiform encephalopathy, cortical dementia, subcortical dementia, cognitive impairment, progressive supranuclear palsy, coticobasal degeneration

*Levels of evidence were rated according to Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO and ranged from A (higher quality) to D (lower quality).

Background information

<i>Intervention</i>	<i>Source (review) Search period</i>	<i>Included studies</i>
Snoezelen	Livingston, 2005 Until July 2003	1. Baker, 1997 2. Robichaud, 1994
Music therapy	Livingston, 2005 Until July 2003	Gardiner, 2000
Behaviour therapy	Livingston, 2005 Until July 2003	1. Beck, 2002 2. DeYoung, 2002
Caregiver intervention	Livingston, 2005 Until July 2003	Burgener, 1998
Environmental intervention combined with staff education	Livingston, 2005 Until July 2003	Morgan, 1998

Bijlage 2F Sleeplessness (Slapeloosheid)

Intervention	Source (review)	Included studies	Type dementia	N	Setting	Outcome measure	Outcome	Level of evidence*	Quality of evidence	Overall effect
Light**	Forbes, 2004	2	Alzheimer, Lewy body, Vascular, DSM-III-R, DSM-IV, NINCDS-ADRDA, ICD-10	105	Nursing home	WASO; TST; Percent sleep/wake; number and average length of nighttime awakenings; number, duration and length between naps; Sleep logs: time of going to bed and getting up	No change	2xB	Level 2.1	Inconclusive, possibly effective
	Skjerve, 2004	14	Alzheimer, Vascular or other diagnoses	277 (compl.)	Institutional setting, at home	Sleep log, actigraphy, PSG	9x improvement, 3x no-improvement, 2x improvement in some measures but no-improvement in other measures	14xB		
Music	Livingston, 2005	1	See ¹	20	Not specified	Not specified	Improved sleep	B	Level 3	Possibly positive results
White noise	Livingston, 2005	1	See ¹	8	Not specified	Not specified	No immediate effect on sleep	B	Level 3	Possibly no effect
Staff training	Livingston, 2005	1	See ¹	33	Not specified	Not specified	No change in sleep	B	Level 3	Possibly no effect

(vetgedrukt / bold = aanbeveling)

¹Dementia, Alzheimer's disease, vascular dementia, multi-infarct, cerebrovascular, fronto-temporal, frontal, Picks, semantic, senile dementia, pre-senile dementia, Huntington's disease, dementia in Parkinson's disease, dementia with Lewy bodies, Lewy body dementia, Creutzfeld-Jakob disease, prion disease, neuroacanthosis, alcohol-related dementia, Korsakoff's disease,

progressive aphasia, neurodegenerative disorders, dementia with multiple sclerosis, AIDS dementia complex, bovine spongiform encephalopathy, cortical dementia, subcortical dementia, cognitive impairment, progressive supranuclear palsy, coticobasal degeneration

*Levels of evidence were rated according to Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO and ranged from A (higher quality) to D (lower quality).

** This intervention is reflected in the recommendation list as a second choice recommendation, because the evidence is not totally conclusive and is was noted by an expert and a workgroup member that this is nevertheless an important intervention.

PSG= Polysomnography

TST=Total Sleep Time

WASO=Wake After Sleep Onset

Background information

Intervention	Source (review)	Included studies
Light	Forbes, 2004 Differs. Last search was completed on 5 dec 2005.	1. Ancoli-Israel, 2003 2. Gasio, 2003
	Skjerve, 2004 Jan. 1980-sept. 2003	1. Lyketsos, 1999 2. Ancoli-Israel, 2002 3. Gasio, 2003 4. Ancoli-Israel, 2003a,b 5. Okawa, 1991 6. Satlin, 1992 7. Mishima, 1994 8. Colenda, 1997 9. Koyama, 1999 10. Yamandera, 2000 11. Fukuda, 2001 12. Ito, 2001 13. Kobayashi, 2001 14. Fetveit, 2003
Music	Livingston, 2005 Until july 2003	Lindenmuth, 1992
White noise	Livingston, 2005 Until july 2003	Young, 1988
Staff training	Livingston, 2005 Until july 2003	Matthews, 1996

Bijlage 2G Behaviour symptoms (Gedragsproblemen in het algemeen)

Intervention	Source (review)	Included studies	Type dementia	N	Setting	Outcome measure	Outcome	Level of evidence*	Quality of evidence	Overall effect
Snoezelen	Chung, 2002	2	Any type of dementia	66	Nursing home, day hospital	INTERACT; BRS; REHAB; GIP	Sig. positive effect during sessions	A2 B	Level 1	Generally positive effect during sessions Inconsistent effect after sessions
	Bharani, 2005	1	Not specified	129	Nursing home	BIP; CMAI subscale: rebellious behaviour	Sig. positive effect on rebellious behaviour	A2		
	Livingston, 2005	3	See ¹	35	Not specified	Not specified	1. Improvement in behaviour did not last to 1 month follow-up 2. Reduction in challenging behaviours after sessions 3. Improved behavioural rating after treatment and 3 weeks post treatment	A2 D D		
	Livingston, 2005	1	See ¹	29	Not specified	Not specified	Improvement during and for 5 days afterward	B		
Aroma therapy	Thorgrimsen, 2003	2	Any type of dementia	93	Nursing home, general hospital ward	NPI; Video	1. Sig. positive effect 2. No sig. effect	2x A2	Level 1	Inconclusive
Therapeutic touch**	Bharani, 2005	1	Not specified	57	Nursing home	ABRS modified	Sig. decline in total behavioural symptoms	A2	Level 2.2	Possibly positive effect
Music therapy	Sherratt, 2004	2 (2 papers based on the same study)	Not specified	25	Nursing home, long-term care facility, specialised dementia unit	Observer records the occurrence of behaviours; Video-taped observation sessions	Increased food intake and less behavioural symptoms at meal times	B	Level 3	Possibly positive effect
Physical exercises	Heyn, 2004	9	Dementia or cognitive impairment diagnosed by a physician or MMSE<26	919	Not specified	Not specified	Sig. positive summarized effect size	9xA2	Level 1	Generally positive effect

	Livingston, 2005	2	See ¹	254	Not specified	Not specified	1. No sig. change 2. No overall effect	A2 B		
Reminiscence	Woods, 2005	2	Diagnosed dementia according to DSM-IV, ICD-10 or comparable	26	Care home, residential home, at home	CAPE; CAPE-BRS	Sig. improved behavioural functioning	A2 B	Level 2.1	Inconclusive, possibly positive effect
	Livingston, 2005	1		18	Not specified	Not specified	No effect on behaviour at 5 weeks	B		
Reality orientation	Spector, 2000	4	Diagnosed dementia according to DSM-IV, ICD-10 or comparable	57	Not specified	CAPE; MOSES; Crichton	Total result sig. in favour of treatment. All individual studies had insig. results, but the trends were in favour of treatment	4xA2	Level 1	No clear effect
	Livingston, 2005	4	See ¹	169	Not specified	Not specified	1. Some improvement in behaviour 2. No change 3. No change 4. No sig. differences	D B B B		
Reality orientation and reminiscence	Livingston, 2005	1	See ¹	10	Not specified	Not specified	Improved behaviour in group that received rot then reminiscence therapy	B	Level 3	Possibly positive effect
Reality orientation combined with environmental manipulation	Livingston, 2005	1	See ¹	18	Not specified	Not specified	Improved behavioral symptoms	B	Level 3	Possibly positive effect
Environmental manipulation	Livingston, 2005	6	See ¹	194	Not specified	Not specified	1. Reduction in all patients 2. Sig. improvement 3. Sig. reduction 4. Reduction 5. No differences 6. Sig. increase in behavioral disturbances	D B B B B	Level 2.1	Generally positive effect
Validation	Neal, 2003	3	Diagnosed dementia according to ICD 10, DSM-IV or comparable criteria	144	Nursing home, medical centre	BAT; MSBS; GIPB	2x No sig. effect 1x Sig. positive effect	1xA2 2xB	Level 2	Inconsistent effect

	Livingston, 2005	1		5	Not specified	Not specified	No change on behaviour rating scales	D		
Staff training	Bharani, 2005	1	Not specified	120	Nursing home	Crichton	No difference in behaviour change scores	A2	Level 1	Inconsistent effect
	Livingston, 2005	1	See ¹	105	Not specified	Not specified	Sig. reduction at 3 months	A2		
Cognitive stimulation therapy	Livingston, 2005	1	See ¹	78	Not specified	Not specified	Fewer behavioural problems	B	Level 3	Possibly positive effect
Self maintenance therapy	Livingston, 2005	1	See ¹	43	Not specified	Not specified	Sig. decrease in behavioural symptoms	B	Level 3	Possibly positive effect
Behaviour therapy	Livingston, 2005	5	See ¹	182	Not specified	Not specified	1. Reduced bizarre behaviours 2. Sig. reduction in behavioural symptoms 3. Sig. reduction in behavioural symptoms 4. Reduction but no extinguishment 5. Mild behavioral change	B B B D D	Level 2.1	Positive effect
Caregiver intervention	Livingston, 2005	5	See ¹	337	Not specified	Not specified	1. Sig. improvement immediately after intervention but not at 3 months 2. Sig. change 3. Reduction in frequency of problem behaviours 4. Reduced behavioural problems 5. Reduced behavioural problems	5xB	Level 2.1	Generally positive effect
Simulated presence	Livingston, 2005	2	See ¹	41	Not specified	Not specified	1. Improvement 2. Sig. improvement during and after intervention	2xB	Level 2.1	Positive effect
Special care units combined with staff education	Livingston, 2005	5	See ¹	101	Not specified	Not specified	1. Reduction in behavioural disturbances 2. No difference in problem behaviour 3. Sig. reduction 4. No sig. change	4xB	Level 2.1	Inconsistent effect

(vetgedrukt / bold = aanbeveling)

¹ Dementia, Alzheimer's disease, vascular dementia, multi-infarct, cerebrovascular, fronto-temporal, frontal, Picks, semantic, senile dementia, pre-senile dementia, Huntington's disease, dementia in Parkinson's disease, dementia with Lewy bodies, Lewy body dementia, Creutzfeld-Jakob disease, prion disease, neuroacanthosis, alcohol-related dementia, Korsakoff's disease, progressive aphasia, neurodegenerative disorders, dementia with multiple sclerosis, AIDS dementia complex, bovine spongiform encephalopathy, cortical dementia, subcortical dementia, cognitive impairment, progressive supranuclear palsy, coticobasal degeneration

*Levels of evidence were rated according to Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO and ranged from A (higher quality) to D (lower quality).

** This intervention is not included in the general recommendations because there is no knowledge about the (evidence of the) working mechanism of this intervention.

ABRS= Agitated Behaviour Rating Scale

BAT= Behaviour Assessment Tool

BIP= Dutch Behavioral Observation Scale for Intramural Psychogeriatry

BRS=Behaviour Rating Scale

CAPE=Clifton Assessment Procedures for the Elderly

Crichton= Crichton Royal Behavioural rating scale

DSM= Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

GIP=Gedragsobservatieschaal voor de Intramurale Psychogeriatric

GIPB= Geriatric Indices of Positive Behaviour

ICD= International Classification of Mental and Behavioural Disorders

LPRS= London Psychogeriatric Rating Scale

MOSES=Multidimensional Observation Scale for Elderly Subjects

MMSE= Mini Mental State Exam

MSBS= Minimal Social Behaviour Scale

NPI=Neuropsychiatric Inventor

Background information

Intervention	Source (review) Search period	Included studies
Snoezelen	Chung, 2002 Differs, last search was completed on 16 April 2004	1. Baker, 2001 2. Kragt, 1997
	Bharani, 2005 Jan. 2000-march 2005	Van Weert, 2005
	Livingston, 2005 Until July 2003	1. Baker, 2001 2. Spaul, 1998 3. Wareing, 1998
	Livingston, 2005 Until July 2003	Kim, 1999

Aromatherapy	Thorgrimsen, 2003 Differs, last search was completed on 29 oct 2002	1. Ballard, 20002 2. Smallwood, 2001
Therapeutic touch	Bharani, 2005 Jan. 2000-march 2005	Woods, 2005
Music therapy	Sherratt, 2004 Cinahl: 1982-?, medline: 1984-?, embase 1980-?, psychinfo 1984-?, clinspsych 1985-2000	1. Ragneskog, 1996a 2. Ragneskog, 1996b Two papers based on the same study
Physical exercises	Heyn, 2004 Jan 1970- oct 2003	1. Alessi, 1999 2. Buettner, 1994 3. Gillogly, 1991 4. MacRae, 1996 5. McMurdo, 1995 6. McMurdo, 1993 7. Powell, 1974 8. Schnelle, 2002 9. Teri, 2003
	Livingston, 2005 Until july 2003	1. Cott, 2002 2. Hopman-Rock, 1999
Activities	Livingston, 2005 Until july 2003	1. Martichuski, 1996 2. Lawton, 1998 3. Lord, 1993 4. Baker, 1997 5. Okawa, 1991
Walking-talking	Bharani, 2005 Jan. 2000-march 2005	Cott, 2002
Reminiscence	Woods, 2005 Differs, last search on may 2004	1. Baines, 1987 2. Thorgrimsen, 2002
	Livingston, 2005 Until july 2003	Goldwasser, 1987
Reality orientation	Spector, 2000 Start date differs, end data 1997	1. Baines, 1987 2. Ferrario, 1991 3. Wallis, 1983 4. Woods, 1979
	Livingston, 2005 Until july 2003	1. Greene, 1979 2. Hanley, 1981 3. Ishizaki, 2000 4. Quayhagen, 2000
Reality orientation and reminiscence	Livingston, 2005 Until july 2003	Baines, 1987

Reality orientation combined with environmental manipulation	Livingston, 2005 Until July 2003	Reeve, 1985
Environmental manipulation	Livingston, 2005 Until July 2003	1. Hussian, 1988 2. Williams, 1987 3. Bianchetti, 1997 4. Namazi, 1992 5. Wells, 1987 6. Wimo, 1995
Validation	Neal, 2003 Last updated search on Jan. 2003	1. Peoples, 1982 2. Robb, 1986 3. Toseland, 1997
	Livingston, 2005 Until July 2003	Morton, 1991
Staff training	Bharani, 2005 Jan. 2000-march 2005	Proctor, 1999
	Livingston, 2005 Until July 2003	McCallion, 1999
Cognitive stimulation therapy	Livingston, 2005 Until July 2003	Quayhagen, 1995
Self maintenance therapy	Livingston, 2005 Until July 2003	Romero, 2001
Behaviour therapy	Livingston, 2005 Until July 2003	1. Mishara, 1978 2. Suhr, 1999 3. Welden, 1982 4. Jozsvai, 1996 5. Koder, 1998
Caregiver intervention	Livingston, 2005 Until July 2003	1. Marriot, 2000 2. Ghatak, 1994 3. Hebert, 2003 4. Drees, 2000 5. Ferris, 1987
Simulated presence	Livingston, 2005 Until July 2003	1. Woods, 1995 2. Hall, 1997
Special care units combined with staff education	Livingston, 2005 Until July 2003	1. Bellelli, 1998 2. Chafetz, 1991 3. Kovach, 1994 4. Warren, 2001

Bijlage 2H Caregiver outcomes (Interventies gericht op de mantelzorger)

Intervention	Source (review)	Included studies	Type dementia	N	Setting	Outcome measure	Outcome	Level of evidence*	Quality of evidence	Overall effect
Reminiscence	Woods, 2005	1	Diagnosed dementia, cognitive impairment, Alzheimer's disease, organic brain syndrome etc. According to DSM-IV, ICD-10 or comparable	N=11	Living in community	GHQ-12; Relatives Stress Scale	Sig. improvement on caregiver strain	A2	Level 2.2	Possibly positive effect
Education	Acton, 2002	3	Dementia, cognitive impairment, Alzheimer's disease	N=106	At home	Not mentioned	1. Improvement in knowledge 2a. Decrease in emotion-focused coping 2b. Decreased depression 3. Decreased burden	4xB	Level 2.1	Positive effect

(vetgedrukt / bold = aanbeveling)

GHQ-12 = General Health Questionnaire

*Levels of evidence were rated according to Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO and ranged from A (higher quality) to D (lower quality).

Background information

Intervention	Source (review) Search period	Included studies
Reminiscence	Woods, 2005 Until May 2004	Thorgrimsen, 2002
Education	Acton, 2002 Between 1991 and 2001	1. Burgener, 1998 2. Chang, 1999 3. Robinson, 1994

Bijlage 21 Costs and Institutionalization (Preventie van opname in een zorginstelling)

Intervention	Source (review)	Included studies	Type dementia	N	Setting	Outcome measure	Outcome	Level of evidence*	Quality of evidence	Overall effect
Reality orientation	Livingston, 2005	1	See ¹	74	Not specified	Not specified	Remained at home sig. longer	B	Level 3	Possibly positive effect
Reality orientation, validation, family support, recreation	Livingston, 2005	1	See ¹	69	Not specified	Not specified	Reduced institutionalization	B	Level 3	Positive effect
Caregiver training	Livingston, 2005	2	See ¹	292	Not specified	Not specified	1. Reduced institutionalization 2. Time to nursing home placement was 329 days longer	2xA2	Level 1	Positive effect
Environmental manipulation	Livingston, 2005	1	See ¹	57	Not specified	Not specified	Lower costs	B	Level 3	Possibly positive effect

(vetgedrukt / bold = aanbeveling)

¹ Dementia, Alzheimer's disease, vascular dementia, multi-infarct, cerebrovascular, fronto-temporal, frontal, Picks, semantic, senile dementia, pre-senile dementia, Huntington's disease, dementia in Parkinson's disease, dementia with Lewy bodies, Lewy body dementia, Creutzfeld-Jakob disease, prion disease, neuroacanthosis, alcohol-related dementia, Korsakoff's disease, progressive aphasia, neurodegenerative disorders, dementia with multiple sclerosis, AIDS dementia complex, bovine spongiform encephalopathy, cortical dementia, subcortical dementia, cognitive impairment, progressive supranuclear palsy, coticobasal degeneration

*Levels of evidence were rated according to Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO and ranged from A (higher quality) to D (lower quality).

Background information

Intervention	Source (review) Search period	Included studies
Reality orientation	Livingston, 2005 Until July 2003	Metitieri, 2001
Reality orientation, validation, family support, recreation	Livingston, 2005 Until July 2003	Panella, 1984
Caregiver training	Livingston, 2005 Until July 2003	1. Eloniemi-Sulkava, 2001 2. Mittelman, 1996
Environmental manipulation	Livingston, 2005 Until July 2003	Annerstedt, 1997

Bijlage 3 Verantwoording en uitkomsten proefimplementatie

De proefimplementatie van de conceptrichtlijn vond plaats in vier zorgsectoren; thuiszorg, verpleeghuis, verzorgingshuis, ziekenhuis (afdeling geriatrie). De duur van de proefimplementatie was 3 maanden en deze vond (verschillend per sector) plaats in de periode vanaf 15 juni t/m 15 december.

Vragenlijst

Verpleegkundigen en verzorgenden vulden na de eerste bijeenkomst en aan het einde van de implementatieperiode een vragenlijst in. De vragenlijst behandelde bevorderende en belemmerende factoren voor implementatie. Onder andere werd gevraagd:

- Is de scholing duidelijk, voldoet deze aan een behoefte?
- Is de richtlijn bij aanvang en tijdens gebruik duidelijk; zijn de aanbevelingen duidelijk omschreven?
- Is de richtlijn bruikbaar in de praktijk?
- Wat zou verbeterd moeten/kunnen worden zodat de richtlijn beter gebruikt kan worden in de praktijk?

Deelnemers

Alle deelnemende instellingen/afdelingen waren gelegen in Nijmegen. In Verzorgingshuis Sonnehaert heeft de PG afdeling deelgenomen, van het UMCstRadboud de afdeling geriatrie, van Verpleeghuis Kalorama afdeling het Hofke en twee thuiszorginstellingen, Verian en Thuisverpleging Nijmegen hebben deelgenomen.

Evaluatie introductiebijeenkomst van de proefimplementatie

De introductiebijeenkomst werd gehouden in de deelnemende instellingen/afdelingen. De scholing bestond uit eerst een algemene inleiding over gedragsproblemen bij dementie, waarna een video met casussen werd getoond. Vervolgens werd de richtlijn uitgelegd en werd aan de hand van een casus (video) een situatie plenair uitgewerkt. De eerste vragenlijst werd door 22 respondenten ingevuld.

De scholing werd duidelijk gevonden en het werken met een casus werd als prettig en verduidelijkend ervaren. De samenvattingskaart vond men duidelijk en overzichtelijk. Het doorlopen van een stappenplan (methode) om tot een probleemanalyse te komen werd in de scholing door veel verzorgenden en verpleegkundigen als een eye-opener ervaren; de eerste reacties bij de probleemanalyse waren namelijk oplossingsgericht en niet oorzaakgericht.

Evaluatie gebruik van de conceptrichtlijn

De vragenlijst na afloop van de proefimplementatie is door 12 mensen ingevuld. Ook is er op iedere setting met de contactpersoon nog een interview gehouden. Helaas hebben we geen gegevens van de thuiszorg kunnen opnemen in de evaluatie; door grote reorganisatie waren alle leidinggevenden op één locatie weg en werd deze taak vanuit een centraal landelijk punt voortgezet door andere mensen; bij de andere thuiszorgorganisatie was een team aanwezig dat 24 uren zorg leverde bij een mevrouw met dementie en gedragsproblemen, echter zij overleed binnen korte tijd na de introductiebijeenkomst.

Belemmerende factoren voor implementatie

Te weinig tijd om een goede probleemanalyse te maken;

De instructies en invulbladen zijn te uitgebreid beschreven, moet beknopter en overzichtelijker (lieft op 1 A4). Doel moet erbij gezet kunnen worden. Stap 1 onderdeel A en B kunnen worden samengevoegd. Ook moet er een stap zijn die evalueert.;

De richtlijn werd niet gedragen door leidinggevende in het verzorgingshuis, waardoor alleen op de pg afdeling ermee gewerkt werd. Vormde zo geen geïntegreerd geheel. Verpleeghuis gaf aan dat de visie van waaruit dit ingevoerd moet worden door de hele organisatie gedeeld moet worden;

Teveel flexibele krachten, te weinig personeel;

Bouwkundig soms niet mogelijk meer huiselijke sfeer aan te brengen;

Indeling tussen aanbevelingen en praktijksuggesties was niet duidelijk;

Soms moeilijk taalgebruik bv gedragsmanagement;

Niet alle verpleegkundigen in het ziekenhuis willen snoezelen toepassen;

Een huiselijke sfeer creëren bij iemand die dermate onrustig is dat hij niet in de 'huiskamer' van de afdeling kan blijven is beperkt tot zijn ziekenhuiskamer.

Bevorderende factoren voor implementatie

De richtlijn / probleemanalyse werd multidisciplinair gedragen wat maakte dat het stimulerend was voor verzorgenden om er mee te werken (verpleeghuis en ziekenhuis);

Duidelijke handleiding en richtlijn, meetinstrumenten zijn zinvol om gedrag te beschrijven;

Een richtlijn op de afdeling maakt dat er meteen meer aandacht voor is, maakt je bewust van gedrag en dat je dat mogelijk kan beïnvloeden.

Aanpassingen aan de richtlijn naar aanleiding van de resultaten

De vijf invulbladen met uitgebreide instructies zijn ingekort; er is nu één invulblad op 1 A4 en daarachter een ingekorte instructie die men kan raadplegen. Zoveel mogelijk items waaraan gedacht kan worden zijn al vermeld op het invulblad. Ook zijn twee stappen toegevoegd: stap 4 doelbepaling en stap 6 evaluatie.

De samenvattingkaart met aanbevelingen en praktijksuggesties is opgedeeld naar 1^e keus aanbevelingen en 2^e keus aanbevelingen met daarbij een uitleg van wat dat inhoudt.

Taalgebruik is aangepast.

Belang van multidisciplinair uitdragen van de richtlijn bij de implementatie wordt met nadruk onderstreept
Advies om EVVer toe te wijzen is overgenomen; iemand die (mede) verantwoordelijk is voor het omschrijven van probleemgedrag en mee kan kijken wie geschikt is om bepaalde interventies mee uit te voeren

Bijlage 3A Uitkomsten beoordeling door externe experts

Leden geconsulteerde experts

Prof. dr. M. (Marcel) Olde Rikkert

Hoogleraar Geriatrie – Kenniscentrum Geriatrie, Universitair Medisch Centrum St Radboud, Nijmegen

Prof. dr. R. (Raymond) Koopmans

Hoogleraar Verpleeghuisgeneeskunde – Universitair Medisch Centrum St Radboud, Nijmegen

Drs. (H.) Herbert Habets

Verpleegkundig specialist geriatrie – Maaslandziekenhuis, Sittard

Seniordocent Master Advanced Nursing Practice – Hogeschool Zuyd, Heerlen

De geconsulteerde experts hebben in augustus 2007 de concept richtlijn toegestuurd gekregen. Reacties op de concept richtlijn zijn binnen gekomen van eind augustus tot begin oktober 2007.

In het algemeen vonden de experts de richtlijn er goed uitzien. Omgang met probleemgedrag is maatwerk volgens de experts, de analyse vormt een erg belangrijk onderdeel van het hele interventieplan, goed om daar veel aandacht aan te schenken.

Meer specifiek gaven zij samenvattend onder andere de volgende verbeterpunten aan:




- Om de implementatiekansen te verbeteren werd aangegeven dat er met name meer aandacht besteed zou moeten worden aan de praktische adviezen en de lay out van de hulpmiddelen.
 - * Hierop zijn de adviezen, zover mogelijk, meer uitgewerkt en zijn deze ook praktischer verwoord op de samenvattingkaart. De samenvattingskaart is aangepast door de aanbevelingen naast elkaar te zetten ipv onder elkaar.
- Advies om naast de gebruikte term 'agitatie', ook te spreken van 'agressie', omdat dat meer specifiek aangeeft wat als grootste probleem wordt ervaren door verzorgenden. Verzorgenden zullen minder snel het woord agitatie in de mond nemen.
 - * In de richtlijn en samenvattingskaart wordt nu bij agitatie ook agressie geschreven.;
- Aanbevolen werd een stroomschema te maken waarin de verschillende onderdelen van de richtlijn met elkaar in verband worden gebracht.
 - * Hiervoor is uiteindelijk niet gekozen omdat tijdens de implementatie al bleek dat een uiteindelijk gekozen interventie zo afhankelijk is van wat uit het analyseplan komt. De methode van analyse heeft wel een prominentere plaats gekregen als eerste aanbeveling, waardoor de te volgen stappen duidelijker en concreter zijn gemaakt.
- Er werd de suggestie tot aanpassen van stappen in 'plan van aanpak' gedaan: de volgorde 1 t/m 4 wijzigen: eerst waar, dan wanneer, wie is er in de buurt, en wat gebeurt er in de buurten bij stap 3 toevoegen dat het gedrag van anderen als mogelijke oorzaak aangemerkt kan worden.
 - * Dit is gewijzigd.
- Men stelde voor duidelijker te vermelden wat het onderscheid is tussen een aanbeveling en praktijksuggestie.
 - * Dit is gewijzigd in 1^e keus aanbevelingen en 2^e keus aanbevelingen.
- Het zou mooi zijn als de aanbevelingen gekoppeld kunnen worden aan de verschillende fasen van dementie. In de praktijk worden vier fasen gehanteerd in plaats van drie (C. van de Kooij).
 - * De fasen zijn nu aangepast in vier fasen. Helaas is het niet mogelijk binnen het kader van deze richtlijn de fasen van dementie te koppelen aan de aanbevelingen. Zover bekend uit de literatuur staat het bij de beschrijving van de aanbevelingen.
- Men gaf aan dat er alleen een verwijzing naar de gevonden reviews werd gegeven; het advies was om ook een overzicht te geven van de originele artikelen waar auteurs van reviews aan refereren op te nemen.
 - * In de bijlage is per gedragsgebied de lijst opgenomen met gevonden reviews en de originele artikelen.

- Men stelde voor meer informatie te geven over waar zorgverleners informatie over dementie en aanverwante zaken kunnen vinden.
 - * Dit is nu beschreven in paragraaf 4.6.




Bijlage 4 Richtlijn: Omgaan met gedragsproblemen bij dementie (niet medicamenteuze aanbevelingen)

1^e Aanbeveling: Een eerste aanbeveling voor het omgaan met gedragsproblemen bij dementie is gedragsobservatie en management ofwel het volgen van het stappenmodel. Door een grondige analyse van de situatie kan er beter bepaald worden wat een haalbaar doel is en welke acties moeten volgen.


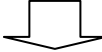
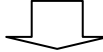
ANALYSE Stap 1: Wat zie je?	ANALYSE Stap 2: In welke situaties komt het gedrag voor?	ANALYSE Stap 3: Hoe komt het?	DOEL Stap 4: Beschrijf het doel	ACTIES Stap 5: Wat ga je er aan doen?	EVALUATIE Stap 6: Heeft het geholpen? Is het doel bereikt?
<p>Welk gedrag vormt een probleem en is het meest opvallend of/en belastend?</p> <p>Hoe vaak is het de afgelopen 3 dagen/2 weken (afhankelijk van de setting) voorgekomen?</p> <p>Voor wie is het gedrag een probleem?</p> <p>(Nummer ieder gedragsprobleem bij meerdere problemen.)</p>	<p>1. Waar, in welke ruimte, komt het gedrag voor?</p> <p>2. Wanneer komt het gedrag voor?</p> <p>3. Wie is er in de buurt? (bv familie, personeel, andere cliënten)</p> <p>4. Wat gebeurt er in de directe omgeving? (bv muziek, geluid, iemand die binnenkomt)</p> <p>5. Wat gebeurde er voordat het gedrag plaatsvond? (bv net aan activiteit deelgenomen)</p>	<p>Mogelijke oorzaken:</p> <p>Lichamelijk: bv pijn, infectie, onvervulde behoefte, honger/dorst, nieuwe of veranderde medicatie</p> <p><u>Omgeving:</u> verandering, over- of onderprikkelend, overvraagd, reactie op gedrag van anderen</p> <p>Vanuit levensgeschiedenis verklaarbaar: trauma, persoonlijkheid</p> <p>Oorzaak onbekend of de cliënt heeft iets anders of geeft iets anders aan, namelijk....</p>	<p>Omschrijf zo specifiek mogelijk het doel:</p> <p>Opheffen van, verminderen van, of leren omgaan met de gedragsproblemen. Is het bespreekbaar met de patiënt? Wat vindt de mantelzorger?</p>	<p>Omschrijf zo specifiek mogelijk de omstandigheden waarin de interventie uitgevoerd wordt en de benaderingswijze van de cliënt. Is het bespreekbaar met de patiënt? Wat vindt de mantelzorger?</p> <p>Wat: (zie aanbevelingen)</p> <p>Wie:</p> <p>Waar:</p> <p>Wanneer:</p> <p>Hoe lang:</p> <p>Evaluatiedatum:</p>	<p>JA / NEE / vervolgactie (begin met stap 1)</p>

AGITATIE / AGRESSIE	ANGST	APATHIE
<p>Agressief gedrag verbaal of fysiek; slaan, schoppen, roepen, schreeuwen. Niet agressief gedrag, verbaal of fysiek; continue rondlopen, telkens herhalende gedragingen</p>	<p>Een beklemmende, onaangename emotionele toestand veroorzaakt door sterk negatieve verwachtingen (gevaar).</p>	<p>Initiatiefloos, niet tot activiteiten te bewegen, uit geen emoties</p>
		
<p>1^e keus aanbevelingen: (2) muziek (3) activiteitenprogramma (4) huiselijke sfeer creëren in zorginstelling 1^e keus aanbeveling voor management: (5) trainen zorgverleners</p>	<p>1^e keus aanbeveling: (6) huiselijke sfeer creëren in zorginstelling</p>	<p>1^e keus aanbeveling: (7) snoezelen</p>
<p>2^e keus aanbevelingen: - psychomotorische therapie - snoezelen - handmassage / in combinatie met muziek - aromatherapie - laten horen van rustgevende geluiden</p>	<p>2^e keus aanbevelingen: - interventie richten op mantelzorger: trainen omgaan met gedragsproblemen, kennisvermeerdering en financieel advies 2^e keus aanbeveling voor management: - trainen zorgverleners</p>	<p>2^e keus aanbeveling - gentle care: ondersteunen en faciliteren om bestaand niveau van functioneren en ontwikkeling te handhaven</p>

*Afhankelijk van het niveau van bewijs werden de uitkomsten van de studies ingedeeld naar '1^e keus aanbevelingen' (bewezen effectief) en '2^e keus aanbevelingen' (er is minder sterk bewijs; mogelijk werkt het). Voor een uitgebreidere beschrijving van de interventies wordt verwezen naar het handboek 'richtlijn gedragsproblemen bij dementie'.

DEPRESSIE	ONTREMD GEDRAG	SLAPELOOSHEID
<p>Stemmingsstoornis die zich kenmerkt door een verlies van levenslust of een zwaar teneergeslagen stemming.</p> <p style="text-align: center;"></p> <p>1^e keus aanbevelingen: (8) reminiscentie (bv het levensverhaal) (9) muziek (10) huiselijke sfeer creëren in zorginstelling (11) Interventie voor mantelzorgers: training omgaan met gedragsproblemen/ scholing en feedback op interacties 1^e keus aanbeveling voor management: (12) trainen zorgverleners in communicatie</p> <p><i>2^e keus aanbeveling</i> - Plezierige Activiteiten-Methode</p>	<p>Gedrag gekenmerkt door hyperactiviteit en controleverlies.</p> <p style="text-align: center;"></p> <p>1^e keus aanbevelingen: Er is onvoldoende bewijs voor het formuleren van duidelijke 1^e keus aanbevelingen.</p> <p><i>2^e keus aanbevelingen</i> - huiselijke sfeer creëren in zorginstelling in combinatie met trainen zorgverleners - muziek</p> <p><i>2^e keus aanbeveling voor management</i> - huiselijke sfeer creëren in zorginstelling in combinatie met trainen zorgverleners</p>	<p>Slaapstoornis die bestaat uit moeilijk slapen of doorslapen. Kort bestaande slapeloosheid: korter dan drie weken, minstens 2 nachten per week Langer durende slapeloosheid: langer dan drie weken, minstens 2 nachten per week.</p> <p style="text-align: center;"></p> <p>1^e keus aanbevelingen: Er is onvoldoende bewijs voor het formuleren van duidelijke 1^e keus aanbevelingen.</p> <p><i>2^e keus aanbevelingen</i> - muziek - lichttherapie</p>

*Afhankelijk van het niveau van bewijs werden de uitkomsten van de studies ingedeeld naar '1^e keus aanbevelingen' (bewezen effectief) en '2^e keus aanbevelingen' (er is minder sterk bewijs; mogelijk werkt het). Voor een uitgebreidere beschrijving van de interventies wordt verwezen naar het handboek 'richtlijn gedragsproblemen bij dementie'.

ALGEMENE AANBEVELINGEN**	INTERVENTIES GERICHT OP DE MANTELZORGER	PREVENTIE VAN OPNAME IN EEN ZORGINSTELLING
<p>Gedragsproblemen in het algemeen</p>  <p>1^e keus aanbevelingen: (13) snoezelen (14) lichamelijke oefeningen (min. 2 x pw gedurende 30 min in groepsverband) (15) leefomgeving aanpassen (bv. wegwijzers) (16) ondersteunen mantelzorger mbt kennis en vaardigheden (17) gesimuleerde aanwezigheid (geluidsband/video)</p> <p>2^e keus aanbevelingen</p> <ul style="list-style-type: none"> - reminiscentie (bv het levensverhaal) - muziek - cognitieve training - therapie gericht op behoud van eigenwaarde - ROT (Realiteits Oriëntatie Training) gecombineerd met reminiscentie of met het aanpassen van de leefomgeving 	 <p>1^e keus aanbeveling voor management: (18) educatie en vaardigheidstraining met betrekking tot dementie en omgaan met gedragsproblemen</p> <p>2^e keus aanbeveling</p> <ul style="list-style-type: none"> - reminiscentie door mantelzorger 	 <p>1^e keus aanbevelingen: (19) educatie en vaardigheidstraining voor mantelzorgers gericht op dementie en omgaan met gedragsproblemen door wijkverpleegkundige en (zieken)verzorgende</p> <p>2^e keus aanbevelingen</p> <ul style="list-style-type: none"> - realiteitoriëntatie training - realiteitoriëntatie training + validation + ondersteunen mantelzorger + ontspanning aan patiënt aanbieden - leefomgeving aanpassen (wegwijzers, het bedekken van uitgangen)

*Afhankelijk van het niveau van bewijs werden de uitkomsten van de studies ingedeeld naar '1^e keus aanbevelingen' (bewezen effectief) en '2^e keus aanbevelingen' (er is minder sterk bewijs; mogelijk werkt het). Voor een uitgebreidere beschrijving van de interventies wordt verwezen naar het handboek 'richtlijn gedragsproblemen bij dementie'.

** Voor hallucinaties en wanen als specifiek gedragsprobleem kunnen geen aanbevelingen uit de literatuur gegeven word

Bijlage 4A Plan van aanpak: observatie en omgaan met gedragsproblemen bij dementie

* te gebruiken tijdens of ter voorbereiding op een patiëntenbespreking aangaande gedragsproblemen

Naam cliënt:

Datum:

Analyse
Stap 1: Wat zie je?
Welk gedrag vormt een probleem en is het meest opvallend of/en belastend voor patiënt/ mantelzorger/zorgverlener Hoe vaak is het de afgelopen 3 dagen/2 weken (afhankelijk van de setting) voorgekomen? Voor wie is het gedrag een probleem? (Nummer ieder gedragsprobleem bij meerdere problemen.)
Analyse
Stap 2: In welke situaties komt het gedrag voor?
1. Wie is er in de buurt? (bv familie, personeel, andere cliënten) 2. Wat gebeurt er in de directe omgeving? (bv muziek, geluid, iemand die binnenkomt) 3. Waar, in welke ruimte, komt het gedrag voor? 4. Wanneer komt het gedrag voor? 5. Wat gebeurde er voordat het gedrag plaatsvond? (bv net aan activiteit deelgenomen)
Analyse
Stap 3: Hoe komt het?
Mogelijke oorzaken: Lichamelijk: bv pijn, infectie, onvervulde behoefte, honger/dorst, nieuwe of veranderde medicatie Omgeving: verandering, over- of onderprikkelend, overvraagd Vanuit levensgeschiedenis verklaarbaar: trauma, persoonlijkheid Oorzaak onbekend of de cliënt heeft iets anders of geeft iets anders aan, namelijk...
Doel
Stap 4: Omschrijf zo specifiek mogelijk het doel: opheffen, verminderen, of leren omgaan met de gedragsproblemen. (Is het bespreekbaar met patiënt? Wat vindt mantelzorger?)
Acties
Stap 5: Wat ga je er aan doen? Omschrijf zo specifiek mogelijk de omstandigheden waarin de interventie uitgevoerd wordt en de benaderingswijze van de cliënt. (Is het bespreekbaar met patiënt? Wat vindt mantelzorger?)
Wat:
Wie:
Waar:
Wanneer:
Hoe lang:
Evaluatiedatum:
Evaluatie
Stap 6: Heeft het geholpen? Is het doel bereikt?
JA / NEE / vervolgactie (vul nieuw formulier in)

Inleiding

Van de mensen met dementie ontwikkelt 90% na verloop van tijd gedragsproblemen zoals agitatie, depressie, apathie en angst. Deze richtlijn richt zich op die gedragsproblemen. Voorbeelden van probleemgedrag zijn agitatie, apathie, angst, depressie, ontremd gedrag en slapeloosheid.

Probleemgedrag is vaak belastend voor de cliënt zelf, voor de mantelzorger, voor medebewoners en voor het personeel. In dit boekje beschrijven we een richtlijn voor het verminderen of hanteren van probleemgedrag bij dementerende ouderen. De richtlijn dient gebruikt te worden zodra iemand last heeft van een bepaald gedrag. Dit kan bijvoorbeeld de cliënt zelf, de mantelzorger, een medebewoner, een collega of jijzelf zijn. Een verpleegkundige of verzorgende kan de richtlijn invullen en uitvoeren. Dit doet ze bij voorkeur met een collega verpleegkundige of verzorgende. Bij bepaalde stappen van de richtlijn dient het multidisciplinaire team betrokken te worden. Als er geen multidisciplinair team is, dient de richtlijn besproken te worden in het verzorgende of verpleegkundige team.

De methode van de richtlijn bestaat uit zes stappen:

Stap 1: 'Wat zie je?' In deze stap wordt het probleemgedrag van de cliënt geobserveerd en beschreven.

Stap 2: 'In welke situaties komt het gedrag voor?' In deze stap wordt bekeken in welke situaties het probleemgedrag voorkomt.

Stap 3: 'Hoe komt het?' In deze stap wordt gezocht naar de oorzaak van het probleemgedrag.

Stap 4: 'Doel' In deze stap wordt gevraagd zo specifiek mogelijk het doel te beschrijven: opheffen, verminderen, of leren omgaan met de gedragsproblemen

Stap 5: 'Wat ga je er aan doen?' In deze stap wordt een keuze gemaakt voor één of meerdere interventies en worden deze uitgevoerd.

Stap 6: 'Heeft het geholpen?' In deze stap wordt geëvalueerd of de interventie heeft geholpen en het probleemgedrag dus is verminderd.

In het volgende hoofdstuk worden de stappen uitgelegd. Bij iedere stap wordt een inleiding gegeven en wordt het doel beschreven. Ook wordt aangegeven wie de stap moet uitvoeren. Daarna worden concrete instructies gegeven om de stap goed uit te voeren. Alle bevindingen kunnen worden beschreven op het invulblad. Naast dit instructieboekje en het invulblad is er een samenvattingskaart en een achtergronddocument beschikbaar. Op de samenvattingskaart vind je de beschrijving van de aanbevelingen per probleemgebied. In het achtergronddocument is informatie te vinden over de totstandkoming van de richtlijn en vind je een uitgebreidere beschrijving van de interventies (aanbevelingen).

Stappenplan

Stap 1 'Wat zie je?'

Inleiding

Je kunt de richtlijn gaan gebruiken als je merkt dat iemand last heeft van een bepaald gedrag van de cliënt. Dit kan de cliënt zelf zijn, maar ook de mantelzorger, een medebewoner, een collega of jijzelf.

Het doel van de richtlijn is het verminderen of hanteren van het probleemgedrag van de cliënt. De eerste stap die je zet om dit doel te bereiken is het observeren van de cliënt. Je gaat het probleemgedrag van de cliënt bekijken en beschrijven samen met de mantelzorger.

Doel

Inzicht krijgen in de meest belastende of opvallende gedragsproblemen van de cliënt.

Wie

De verpleegkundige of verzorgende met de mantelzorger.

Instructie

Vul zo concreet mogelijk in welk gedrag een probleem vormt en hoe vaak het de afgelopen 3 dagen/ twee weken voorkwam.

Bepaal welke gedragingen het meest belastend en/ of opvallend worden gevonden. Denk hierbij aan de belasting voor de cliënt zelf en voor zijn omgeving (familie, medebewoners, personeel).

Schrijf iedere gedraging onder een apart kopje zoals 'Gedrag A, Gedrag B of Gedrag C'. Het kan zijn dat bepaalde gedragingen altijd samen voorkomen. Schrijf deze dan samen onder één kopje.

Stap 2 'In welke situaties komt het gedrag voor?'

Inleiding

In de vorige stap heb je inzicht gekregen in het meest belastende en/ of opvallende probleemgedrag van de cliënt. Om een volledig beeld van het probleemgedrag te krijgen ga je in deze stap 2 beschrijven in welke situaties het gedrag voorkomt. Dit doe je samen met de mantelzorger of een collega.

Doel

Inzicht krijgen in situaties waarin het probleemgedrag voorkomt.

Wie

De verpleegkundige of verzorgende met de mantelzorger.

Instructie

Beantwoord voor het probleemgedrag de volgende vragen:

1. Wie is er in de buurt op het moment dat het gedrag voorkomt?

Bijvoorbeeld een familielid, een medebewoner of een personeelslid.

2. Wat gebeurt er in de directe omgeving?

Bijvoorbeeld iemand komt of gaat weg, een medebewoner begint te schreeuwen of de muziek gaat uit.

3. Waar komt het gedrag voor?

Bijvoorbeeld buiten, op de slaapkamer of op de badkamer.

4. Wanneer komt het gedrag voor?

Bijvoorbeeld tijdens dagelijkse bezigheden, verzorging, activiteiten, in de ochtend, middag, avond.

5. Wat gebeurde er voordat het gedrag plaatsvond? (bv net aan activiteit deelgenomen)

Stap 3 'Hoe komt het?'

Inleiding

In deze stap ga je op zoek naar de oorzaak van het probleemgedrag. Dit doe je in overleg met het multidisciplinaire team. Het vinden van de oorzaak is vaak niet eenvoudig. Het kan zijn dat je niet kunt ontdekken waarom de cliënt probleemgedrag vertoont. Of misschien ontdek je meerdere oorzaken.

Doel

Het vinden van de oorzaak (of oorzaken) van het probleemgedrag.

Wie

De verpleegkundige of verzorgende in overleg met de mantelzorger en het multidisciplinaire team.

Instructie

Beschrijf wat de oorzaak (of oorzaken) van gedrag A, B en C zou kunnen zijn. Kijk hierbij ook naar wat je bij stap 2 hebt ingevuld. Gedrag A, B en C kunnen ook dezelfde oorzaak hebben. Mogelijke oorzaken zijn:

- De cliënt heeft lichamelijke klachten.
Bijvoorbeeld pijn, infectie, ongemak.
- De cliënt heeft een onvervulde behoefte, die hij niet kan aangeven.
Bijvoorbeeld honger of naar toilet moeten.
- De cliënt heeft te maken met een verandering, waar hij niet (goed) mee om kan gaan.
Bijvoorbeeld een verandering in de omgeving, routine of verzorger.
- De cliënt wordt overprikkeld.
Bijvoorbeeld harde geluiden, fel licht of mensen in de omgeving.
- De cliënt wordt onderprikkeld.
Bijvoorbeeld door een gebrek aan afleiding of activiteiten.
- De eisen die aan de cliënt worden gesteld zijn te hoog.
Bijvoorbeeld in ADL, deelname aan activiteiten of het onthouden van dingen.
- Het is vanuit de levensgeschiedenis verklaarbaar:
Bijvoorbeeld: een meegemaakt trauma, persoonlijkheid
- De oorzaak is iets anders, namelijk...
- De oorzaak is onbekend.

Stap 4: 'Doel'

Inleiding

Om je te focussen op wat je precies wilt bereiken is het belangrijk stil te staan wat haalbaar is.

Wil je probleemgedrag verminderen (en hoeveel minder moet het dan worden)?

Wil je probleemgedrag opheffen?

Wil je last door probleemgedrag voorkomen? (bv voor omgeving)

Of is het doel leren omgaan en/of minder belast voelen van zorgverleners?

Doel

Omschrijf zo specifiek mogelijk het doel.

Wie

De verpleegkundige of verzorgende in overleg met een collega of in het multidisciplinaire team. Daarnaast kan de mantelzorger bij het bepalen van een haalbaar doel betrokken worden.

Instructie

Bedenk welk doel haalbaar is en wanneer het ervaren gedragsprobleem als minder belastend (voor patiënt, mantelzorger, zorgverlener, omgeving) wordt ervaren.

Stap 5 'Wat ga je er aan doen?'

Inleiding

In de vorige stap heb je de oorzaak (of oorzaken) van het probleemgedrag beschreven.

In deze stap ga je op zoek naar één of meerdere interventies die het probleemgedrag kunnen verminderen. Vervolgens ga je deze interventie(s) uitvoeren. Dit doe je in overleg met het multidisciplinaire team en met de mantelzorger.

Als de oorzaak van het probleemgedrag kan worden weggenomen, richt je de interventie(s) daar op.

Bijvoorbeeld: een cliënt die probleemgedrag vertoont omdat hij dorst heeft, bied je ieder uur wat te drinken aan. De interventies kunnen zich ook richten op de omgeving van de cliënt.

Kun je de oorzaak van het gedrag niet vinden, kies dan voor een interventie gericht op activiteiten die het specifieke probleemgedrag kunnen verminderen (zie de richtlijn). Het is belangrijk dat je kiest voor een interventie die aansluit bij de behoeften en voorkeuren van de cliënt. Dus bij dat wat de cliënt interesseert en wil. In het Plan van Aanpak beschrijf je hoe je de interventie(s) uit gaat voeren. Je stelt ook een evaluatiedatum vast waarop je gaat kijken of het probleemgedrag is verminderd. Bespreek het plan van aanpak in het team zodat ieder eenzelfde handelingswijze hanteert. In het zorgdossier schrijf je op welke interventie(s) uitgevoerd moet(en) worden en hoe dit moet gebeuren.

Doel

Het kiezen van een geschikte interventie ter vermindering van het probleemgedrag van de cliënt en het uitvoeren van deze interventie.

Wie

De verpleegkundige of verzorgende in overleg met het multidisciplinaire team.

Daarnaast kan de mantelzorger (en zo mogelijk de cliënt) bij de keuze en uitvoering van de interventie(s) betrokken worden.

Instructie

Bedenk in eerste instantie interventies die zich richten op de specifieke oorzaak van het probleemgedrag.

Denk hierbij ook aan interventies die gericht zijn op aanpassing van de omgeving van de cliënt. Bijvoorbeeld het zachter zetten van de tv.

Kun je niets bedenken of wil je nog een interventie uitvoeren, kies dan voor een van de interventies waarvoor het bewijs bijvoorbeeld minder hoog is (zie richtlijn).

Belangrijk bij de keuze voor een interventie is om te bedenken of de cliënt behoefte heeft aan een rustgevende of aan een activerende interventie.

Maak voor de gekozen interventie een Plan van Aanpak. Bedenk wat je precies gaat doen, wie dat gaat doen, waar, wanneer en hoe lang.

Bepaal voor iedere interventie een evaluatiedatum. Dit is 3 dagen/ twee weken na de start van de interventie.

Stap 6 'Heeft het geholpen?'

Inleiding

In de vorige stap heb je de interventie uitgevoerd. Ook heb je de evaluatiedatum vastgesteld. Stap 6 doorloop je op de evaluatiedatum. Je gaat evalueren of de interventie heeft geholpen en het probleemgedrag dus is verminderd.

Je gaat de cliënt observeren op dezelfde manier als bij stap 1. Dit kun je doen samen met de mantelzorger of met een collega.

Als het doel (stap 4) niet bereikt is, ga je de stappen opnieuw doorlopen.

Doel

Het doel is bepalen of de interventie geholpen heeft.

Wie

De verpleegkundige of verzorgende in overleg met het multidisciplinaire team en de mantelzorger.

Instructie

Ga terug naar stap 1, onderdeel A. Lees opnieuw het omschreven probleemgedrag. Beschrijf met een andere kleur pen welk gedrag de afgelopen 3 dagen/twee weken (de periode van de interventie) voorkwam en hoe vaak. Beoordeel vervolgens of het gedrag sinds het uitvoeren van de interventie is verminderd. Is het doel bereikt en/of is het probleemgedrag voldoende verminderd? Streep door wat niet van toepassing is JA of NEEN.

In het Plan van Aanpak beschrijf je hoe je nu verder gaat.

Bijvoorbeeld:

de interventie wordt gestopt

de interventie wordt op dezelfde manier voortgezet

de interventie wordt op een andere manier voortgezet

er wordt een andere interventie uitgevoerd

er wordt een extra interventie uitgevoerd

Bespreek het nieuwe plan van aanpak in het multidisciplinaire team.