



Onbegrepen gedrag bij mensen met dementie

Omgaan met onbegrepen gedrag bij dementie kan zeer uitdagend en complex zijn. De sleutel voor het omgaan met onbegrepen gedrag is het zien van de ander. Proberen te begrijpen wat er omgaat in iemand die onbegrepen gedrag vertoont en u volledig kunnen verplaatsen in zijn of haar belevingswereld. In dit artikel worden factoren die van invloed kunnen zijn op gedrag nader uiteengezet; omgeving, cognitieve factoren, somatische factoren, ervaringen, persoonlijkheid, motivatie en de onvervulde-behoefte theorie en het optimaal stressniveau en het stressdrempelmodel. Deze factoren zijn uitgangspunten voor het vastleggen van doelen en interventies.

JOLANDA DE MOOIJ, verpleegkundige

MILLY VAN DER PLOEG, arts in opleiding tot specialist ouderengeneeskunde

LEERDOELEN

Na het lezen van dit artikel weet/ kunt u:

- onbegrepen gedrag bij dementie stapsgewijs benaderen;
- enkele invalshoeken van waaruit onbegrepen gedrag kan worden gezien;
- oorzaken noemen van onbegrepen gedrag bij dementie;
- welke factoren van invloed zijn op gedrag;
- als verpleegkundig specialist uw leiderschap inzetten om de kennis en betrokkenheid bij uw directe collega's te vergroten omtrent onbegrepen gedrag bij dementie.

TREFWOORDEN

onbegrepen gedrag, dementie, gedrag, niet-medicamenteuze interventies

1 STUDIEPUNT

Casus

Meneer Zwaan, 83 jaar, is sinds een jaar woonachtig op een kleinschalige psychogeriatrische afdeling. Voorgeschiedenis: ziekte van Alzheimer en artrose van de knieën. Weduenaar sinds vijf jaar na een huwelijk van 51 jaar. Meneer heeft vele jaren als postbode gewerkt. Zijn zoon beschrijft hem als een rustige man die ervan houdt op zichzelf te zijn.

Hij is apraktisch en daardoor ADL-afhankelijk. Hij loopt met een rollator. Zijn taalvermogen is beperkt. Steeds vaker komt het voor dat hij in de middag onrustig door de woning loopt en conflict lijkt te zoeken met een vrouwelijke cliënt. De volgende situatie doet zich voor; het is 16.30 uur maan-

dagmiddag, Irene heeft avonddienst. Het is onrustig in de woning. De televisie staat aan, er is bezoek aanwezig en er lopen meerdere bewoners door de kamer. Irene is bezig met de voorbereidingen voor het avondeten als ze plots meneer Zwaan hoort roepen naar mevrouw Laheij. 'Verdomme, verdomme! Blijf hier!' Mevrouw Laheij staat aan het einde van de gang een paar meter voor meneer Zwaan uit en zegt: 'weg jij nare vent!' Als Irene ter plaatse is, heeft meneer Zwaan mevrouw Laheij met zijn rollator tegen de benen gereden. 'Stop daarmee', zegt Irene. Waarop meneer Zwaan zich omkeert en dreigend op haar afkomt. 'Verdomme, verdomme. Weg, weg! rotwijf!' Irene doet geschrokken een stap opzij en meneer Zwaan schiet een openstaande slaapkamer in en trekt de deur met een klap dicht.

ACHTERGROND

Ongeveer 90% van de mensen met dementie vertoont gedurende het ziekteproces wel eens gedragsproblemen. Gedragsproblemen zijn een belangrijke reden voor opname in een verpleeghuis en een bron van stress en overbelasting voor de omgeving.²

Er worden verschillende termen gebruikt om afwijkend gedrag bij mensen met dementie te beschrijven. De laatste jaren wordt er ook wel gesproken over 'onbegrepen gedrag'. In 2013 verscheen een rapport in opdracht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg over de richtlijnen en inzichten rond onbegrepen gedrag bij ouderen met dementie. In dit rapport wordt onbegrepen gedrag gedefinieerd als 'al het gedrag van de persoon met

TIPS BIJ ONBEGREPEN GEDRAG

- Ga altijd na of er sprake is van een lichamelijke oorzaak.
- Verplaats u zoveel mogelijk in de cliënt om het gedrag zo goed mogelijk te begrijpen.
- Ga eens naast een cliënt zitten; kijk, luister en voel.
- Heb bij uw observaties aandacht voor details.
- Maak gebruik van observatieschalen zoals de BOP, NOSIE of GIP.⁷
- Houd contact met mantelzorgers en maak gebruik van de expertise van een psycholoog en specialist ouderengeneeskunde, zo nodig het centrum voor consultatie en expertise (CCE).
- Evalueer ingezette acties regelmatig, ook als de doelen bereikt zijn.

dementie met nadelige consequenties voor diens kwaliteit van leven, waarbij zorgverleners een rol hebben in het voorkómen of het verminderen ervan. Het positieve van deze omschrijving is dat duidelijk wordt dat er geprobeerd moet worden het gedrag beter te begrijpen en de oorzaken van het gedrag te achterhalen en te behandelen dan wel manieren te vinden om beter om te kunnen gaan met het gedrag.³

KUNNEN ZIEN

We moeten dus proberen onbegrepen gedrag proberen te begrijpen en de oorzaken ervan te achterhalen, maar hoe doe je dat? Onze visie is dat de kern van omgaan met onbegrepen gedrag is dat je kunt zien. Met het begrip zien wordt meer bedoeld dan alleen het zien met de ogen. Om te kunnen zien in de psychogeriatric moet je gebruikmaken van alle zintuigen en tegelijkertijd het empathisch vermogen en de intuïtie inzetten. Iemand kunnen zien betekent hem of haar begrijpen, zijn verlangens en behoeften kennen en zijn ware bedoelingen doorzien.⁴

Door verschillende factoren te kennen aan de hand waarvan u gedrag kunt proberen te verklaren, kunt u leren Zien. In de volgende paragraaf worden de verschillende factoren besproken.

FACTOREN DIE GEDRAG BEÏNVLOEDEN

Omgeving

De omgeving is een zeer belangrijke factor die van invloed is op gedrag. Het is daarom altijd belangrijk in kaart te brengen waar het gedrag optreedt en wie er bij betrokken zijn.

Ogenscheinlijk kleine details kunnen van belang zijn. Zo is de observatie 'het gedrag treedt op in de woonkamer' erg algemeen. Details waar u op kunt letten zijn



bijvoorbeeld: waar bevindt de cliënt zich precies, welke andere mensen zijn er in de buurt, wat ziet hij of zij? Welke geluiden zijn er? Wat doen de andere mensen in de omgeving? Groepsdynamiek kan ook van invloed zijn op onbegrepen gedrag.

Cognitieve factoren

Aan onbegrepen gedrag bij dementie liggen in de hersenen optredende veranderingen ten grondslag. Deze veranderingen tasten de cognitieve functies aan. Naarmate het dementieel proces vordert, raken alle cognitieve functies aangetast.

Wanneer iemand de wereld om hem heen niet meer begrijpt en de controle kwijtraakt, ontstaat vaak angst. De mogelijkheden om deze gevoelens verbaal te uiten zijn op dat moment beperkt. Net als het vermogen zichzelf gerust te stellen met helpende gedachten of door te rationaliseren. Onbegrepen gedrag kan dan de enige manier zijn om deze gevoelens te uiten.

Ook het afnemen van het vermogen zich aan te passen aan verschillende situaties kan aan onbegrepen gedrag ten grondslag liggen. Mensen met dementie houden vaak van routine en hebben moeite met veranderingen. Het is belangrijk dat u als zorgverlener aansluit op het niveau van de cognitieve vermogens van de cliënt. Frustraties kunnen optreden wanneer er te hoge eisen aan een cliënt gesteld worden, maar ook als de cliënt het gevoel krijgt betutteld te worden.

Somatische factoren

Lichamelijke klachten (zeker in combinatie met de uitingbeperkingen), zoals pijn, obstipatie, afname van de werking van de zintuigen zijn een belangrijke oorzaak van onrust en agressie. In het algemeen geldt dat u altijd alert moet zijn op een mogelijk lichamelijke oorzaak van onbegrepen gedrag. Denk hierbij ook aan psychiatrische aandoeningen zoals een delirium, de-

pressie of symptomen als hallucinaties. Ook medicatiegebruik kan een oorzaak van onbegrepen gedrag zijn.

Ervaringen

Het gedrag van mensen wordt beïnvloed door hun persoonlijke geschiedenis. Zo wordt iemand gevormd door de gebeurtenissen in de jeugd, het gezin waarin hij opgroeit en andere definiërende ervaringen zoals een jarenlang huwelijk, verlieservaringen etc. In sommige gevallen liggen trauma's of nare gebeurtenissen uit het verleden ten grondslag aan onbegrepen gedrag.

Persoonlijkheid

Samenhangend met de persoonlijke geschiedenis speelt iemands persoonlijkheid ook een rol in de manier waarop hij of zij zich gedraagt. Sommige mensen zijn van huis uit meer gewend zich terug te trekken en houden van rust, andere voelen zich het prettigst in een groep. Ook de manier waarop mensen met problemen en tegenslagen omgaan is verschillend. Sommige mensen zijn eerder geneigd de confrontatie aan te gaan, andere zijn meer vermijdend van aard.

Motivatie en onvervulde behoeften

Volgens de 'motivatie en onvervulde behoefte' theorie⁵ is gedrag te verklaren op basis van universele menselijke behoeften. Het idee is dat gedrag vrijwel nooit betekenisloos is, maar bijna altijd een functie heeft. Gedrag wordt gedreven door universele behoeften zoals veiligheid, de mogelijkheid hebben vrij te bewegen, te eten, te slapen, geliefd te worden, pijnvrij te zijn, deel te nemen aan activiteiten, sociale interactie en te begrijpen wat er om je heen gebeurt. Mensen streven deze behoeften bewust of onbewust na. Door het ziekteproces in de hersenen verliezen mensen die aan dementie lijden de mogelijkheden om zelf in hun behoeften te voorzien of deze aan anderen (zoals zorgverleners) duidelijk te maken. Probleemgedrag is volgens deze theorie een symptoom van onvervulde behoeften.

Optimaal stressniveau en het stressdrempelmodel

Stress beïnvloedt de manier waarop mensen zich gedragen. Er bestaan verschillende definities van stress. Volgens de meest enge definitie is stress een biologische reactie op dreigend gevaar. Er zijn ook bredere definities, waarbij iedere prikkeling of stimulatie die tot een fysieke of emotionele reactie leidt als een vorm van stress wordt beschouwd. Geluiden, licht, pijn of aanrakingen zijn volgens deze definities voorbeelden van stressoren. Hier wordt de brede definitie bedoeld. Bij een optimaal stressniveau voelen mensen zich het prettigst en functioneren optimaal. Bij dementie kan agitatie worden veroorzaakt door een tekort aan prikkels uit de omgeving. Mensen gaan bijvoorbeeld roepen, tikken, wiebelen of lopen om zelf prikkels te genereren. De bovengrens van de hoeveel-

heid stress die we kunnen tolereren wordt de stressdrempel genoemd. Wanneer deze drempel wordt overschreden, voelen we ons niet prettig en reageren we sneller kortaf of boos. De hoogte van deze drempel verschilt per persoon, maar er zijn ook variabele factoren van invloed zoals vermoeidheid. Als we vermoeid zijn, is onze stressdrempel verlaagd. Dementie is ook een van de factoren die de stressdrempel kan verlagen.

STAPSGEWIJZE BENADERING

De V&VN richtlijn *Omgaan met gedragsproblemen bij patiënten met dementie* uit 2008 beveelt aan om een stappenmodel te volgen bij het omgaan met gedragsproblemen bij dementie.⁶ In tabel 1 is een samenvatting van dit stappenmodel weergegeven. Belangrijk is onbegrepen gedrag systematisch te benaderen en de verschillende stappen te volgen.

Kunnen zien en de besproken factoren die gedrag beïnvloeden hebben betrekking op de analysefase.

	STAP	VRAGEN
analyse	1	Wat Ziet u?
	2	In welke situaties komt het gedrag voor?
	3	Hoe komt het?
doel	4	Beschrijf het doel
acties	5	Wat gaat u er aan doen?
evaluatie	6	Heeft het geholpen? Is het doel bereikt?

Tabel 1 Stappenmodel Omgaan met gedragsproblemen bij dementie.⁶

TOEPASSING OP DE CASUS

Analyse

In overleg met de arts en psycholoog wordt besloten het gedrag van meneer Zwaan beter in kaart te brengen door zijn gedrag twee weken lang nauwlettend te observeren.

Dit zijn de observaties van Irene van maandagmiddag. 15.15 u *dagdienst* gaat naar huis. Zegt de cliënten gedag. Meneer Zwaan staat op en zegt: 'nou dag, ik denk dat ik ook maar eens ga.' Loopt wat door de woning, rammelt aan deuren. 15.45 u meneer Zwaan vraagt naar zijn vrouw. Mevrouw LaHeij ziet hem vanaf de bank en roept 'daar heb je hem weer die "rare vent"' en wijst naar hem. 16.15 u mevrouw LaHeij staat op, meneer Zwaan ziet haar en roept 'Rie! Rie!Wacht!' Mevrouw LaHeij reageert boos en loopt weg. Meneer Zwaan probeert haar achterna te lopen en trekt een pijnlijk gezicht. 16.30 u confrontatie tussen meneer Zwaan en mevrouw Laheij
Achtergrondgeluiden: tv met journaal.



Vergelijkbare situaties doen zich meerdere keren in de observatieperiode voor.

Hoe komt het?

De arts doet nader onderzoek en vindt geen aanwijzingen voor een delirium.

Irene bespreekt stap 2 met de psycholoog, samen komen ze tot de volgende conclusies.

- Het gedrag komt altijd aan het eind van de middag voor, meestal rond de wisseling van de diensten. Ook is de indruk dat vermoeidheid de onrust versterkt.
- Meneer Zwaan is op zoek naar zijn vrouw, maar verwacht haar soms met mevrouw LaHeij. Meneer Zwaan denkt dus zijn vrouw te zien, maar in plaats van toenadering te zoeken loopt zij van hem weg en reageert afwijzend en boos.
- Door de artrose in zijn knieën heeft meneer Zwaan pijn bij het lopen.
- Meneer Zwaan heeft het grootste gedeelte van zijn leven met zijn vrouw samengewoond. Hij mist haar in zijn dagelijkse routine.
- Meneer Zwaan heeft waarschijnlijk nog steeds de behoefte om zich af en toe terug te trekken zoals hij dit vroeger vaak deed, maar weet nu niet meer hoe hij dit moet doen.
- De onrust op de woning verhoogt het stressniveau. Denk aan de geluiden van de televisie en de hoe-

veelheid en de activiteiten van anderen in de woning.

- Het gedrag van meneer Zwaan begint met onrust, zich uitend in lopen, zoeken en rondvragen. Dit escaleert uiteindelijk in een confrontatie. De interne onrust (behoefte aan zijn vrouw, onbegrip over de situatie, pijn in de knieën) en de omgeving (omgevingsgeluiden, onrust op de woning door lopende mensen) dragen bij aan deze escalatie.
- Het gedrag van mevrouw LaHeij speelt ook een rol in het geheel; zij begint al te wijzen en roepen als ze meneer in de verte ziet.

Doelen

De volgende doelen worden gesteld:

1. Meneer Zwaan heeft geen pijn meer in zijn knieën.
2. De beginnende onrust escaleert niet tot agressie.
3. Fysieke confrontaties tussen meneer Zwaan en mevrouw Laheij worden voorkomen.
4. Meneer Zwaan raakt niet oververmoeid, maar krijgt tijdig rust aangeboden.

Acties

De volgende acties worden bedacht;

- Start pijnstilling door arts in verband met artrose knieën.

- Signaleringsplan* met psycholoog opstellen.
- Rustige omgeving creëren door de televisie niet aan te zetten op onrustige tijden (wisseling van diensten, komen en gaan van bezoekers). Tv-programma afstemmen op het niveau van de kijkers.
- Moment van rust in de middag aanbieden; zoals op zijn slaapkamer naar muziek luisteren, eventueel middagdutje.
- Activiteit of afleiding bieden op de momenten dat de conflicten meestal optreden.
- De stoel van meneer Zwaan wordt zo gezet, dat zowel mevrouw LaHeij als de deur niet in zijn blikveld zijn.
- Levensboek met/door zoon laten maken (en dit bijvoorbeeld aanbieden op moment dat meneer op zoek is naar zijn vrouw).
- Alle doelen worden zo veel mogelijk volgens de SMART-methode (specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch, tijdgebonden) verder uitgewerkt in het zorgplan. Voor iedere actie wordt specifiek beschreven door wie, waar, wanneer (en indien van toepassing hoe lang) deze wordt uitgevoerd. Ook wordt er een evaluatiedatum afgesproken.

Evaluatie

Casus (vervolg)

Na twee weken vindt de eerste evaluatie plaats. Nog niet alle doelen zijn bereikt, maar er is duidelijk verbetering. Meneer Zwaan heeft geen pijn meer. Dagelijks geniet hij van een uurtje rust op zijn kamer en doordat zijn stoel in de woning verplaatst is, komt het minder vaak voor dat hij mevrouw LaHeij met zijn vrouw verward.

De rol van medisch behandelaar kan in vergelijkbare casus ook vervuld worden door een verpleegkundig specialist. ■

LITERATUUR

1. Cerejeira J, Lagarto L, Mukaetova-Ladinska EB. Behavioral and psychological symptoms of dementia. *Front Neurol.* 2012 May 7;3:73.
2. Feast A, Moniz-Cook E, Stoner C, Charlesworth G, Orrell M. A systematic review of the relationship between behavioral and psychological symptoms (BPSD) and caregiver well-being. *Int Psychogeriatr.* 2016 Jun 27:1-14. [Epub ahead of print.]
3. Minkman M, Vilans, Trimbos-instituut. Omgaan met onbegrepen gedrag bij dementie. Inventarisatie richtlijnen en inzichten rondom onbegrepen gedrag bij ouderen met dementie; 2013.
4. Ploeg MA van der, Mooi AJ de. Dementie inzicht. Hillegom: Saam Uitgeverij; 2015.
5. Whall AL, Kolanowski AM. The need-driven dementia-compromised behavior model – a framework for understanding the behavioral symptoms of dementia. *Aging Ment Health* 2004 Mar;8(2):106-8.
6. <http://geriatrie.venvn.nl/Portals/27/deskundigheid/dementie/RichtlijnOmgaanMetGedragsproblemenBijDementie.pdf>
7. <http://www.werkenindeouderengeneeskunde.nl/wp-content/uploads/2011/04/NVVA-richtlijn-probleemgedrag.pdf>

* Indien agressie of onrust regelmatig voorkomt bij een cliënt, is het aan te raden in samenspraak met een psycholoog een signaleringsplan maken. Het idee hierachter is dat agressie het hoogste stadium van opwinding is en dat er, voordat dit stadium is bereikt, een aantal voorstadia is. Door de antecedenten (situaties en gedragingen die voorafgaan aan het gedrag) te observeren en in kaart te brengen, kunnen interventies worden gedaan om te de-escaleren (ervoor te zorgen dat de irritatie of onrust niet tot 'uitbarsting' komt, maar dat er in plaats daarvan neutraal (rustig/ontspannen) gedrag plaatsvindt).