



De aanpak van moeilijk hanteerbaar gedrag bij ouderen in de dagelijkse praktijk: acute geriatrie

Symposium geriatrie, 30 mei 2018

A. Velghe

Mogelijke oorzaken van moeilijk hanteerbaar gedrag

Fysisch

Psychologisch

Omgeving

Delier

Mogelijke oorzaken van moeilijk hanteerbaar gedrag

Fysisch

Psychologisch

Omgeving

Delier

Diagnostische criteria delier

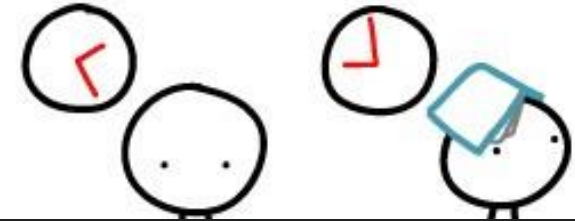
1. Disturbance of **consciousness**
(can't focus or shift attention)



2. Change in **cognition**
(memory, language)



3. Develops over a **short** period of time & **fluctuates**



4. De anamnese, het lichamelijk onderzoek of de labo-uitslagen bevatten aanwijzingen dat de stoornis veroorzaakt is door één of meerdere lichamelijke aandoeningen, geneesmiddelenintoxicatie of onttrekking van medicatie of alcohol



Delier

- Parameters: t°, RR, pols, saturatie
- Labo (labo, inflammatoire parameters, nierfunctie, electrolyten, leverenzymen, cardiale enzymen)
- ECG
- Nazicht medicatie (vooral recente wijzigingen)
- Recente wijzigingen in omgeving, medische toestand, familiale situatie (overlijden), routine
- HK en US/UK, ev. arterieel bloedgas
- Bladder, ev. RX abdomen, ev. RX thorax
- CT hersenen

4. De anamnese, het lichamelijk onderzoek of de labo-uitslagen bevatten aanwijzingen dat de stoornis veroorzaakt is door één of meerdere lichamelijke aandoeningen, geneesmiddelenintoxicatie of onttrekking van medicatie of alcohol

Mogelijke oorzaken van moeilijk hanteerbaar gedrag

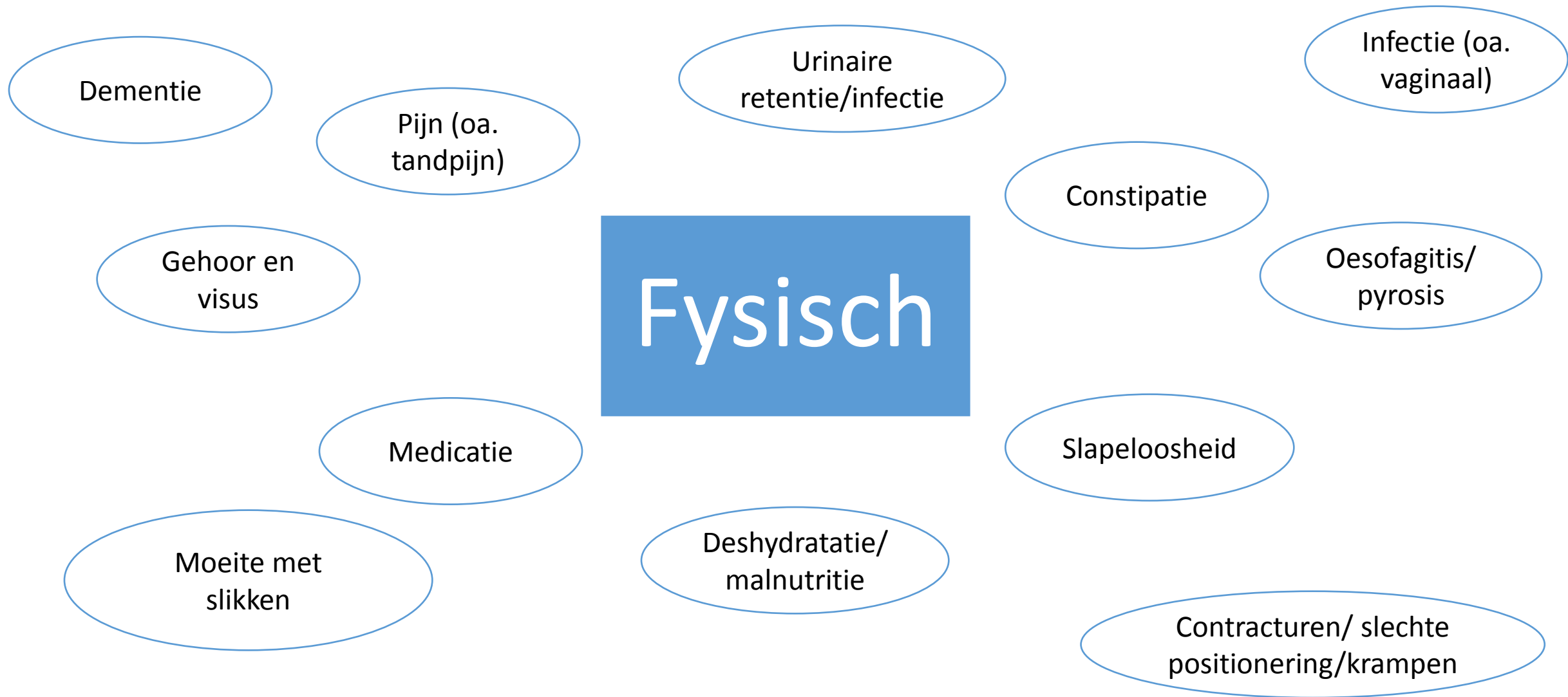


Table 1. Participants' descriptive data.

Dyad	Gender	Age	Subject			Caregiver			
			MMSE	PTA	Medication	Gender/type	Age	MMSE	PTA
1	m	78	18	56.6	Aricept	f/spouse	73	28	38.0
2	f	89	15	50.0	Aricept	f/daughter	66	27	08.3
3	m	71	5	21.7	Aricept	f/spouse	66	29	26.7
4	f	79	12	40.0		m/spouse	79	30	22.0
5	f	82	15	53.3		f/daughter	46	26	10.0
6	m	78	14	28.3	Aricept	f/spouse	70	26	13.3
7	m	76	12	25.0		f/spouse	75	29	20.0
8	m	84	18	48.3	Aricept	m/son	56	30	11.6

Note. PTA = pure tone average (500, 1000, and 2000 Hz). f = female. m = male.

Palmer et al. Journal of Speech, Language, and Hearing Research 1999



Gehoor en gedrag

Table 2. Data related to hearing-aid use, problem behavior identification and change, and reliability.

Subject	Average hours of hearing-aid use	Number of behaviors identified	Number of behaviors changed	Average reliability (%)
1	12	3	3	100
2	13	4	4	89
3	11	3	1	97
4	10	2	2	90
5	7	3	2	87
6	4	3	2	97
7	8	4	3	100
8	8	4	1	97



Gehoer en gedrag

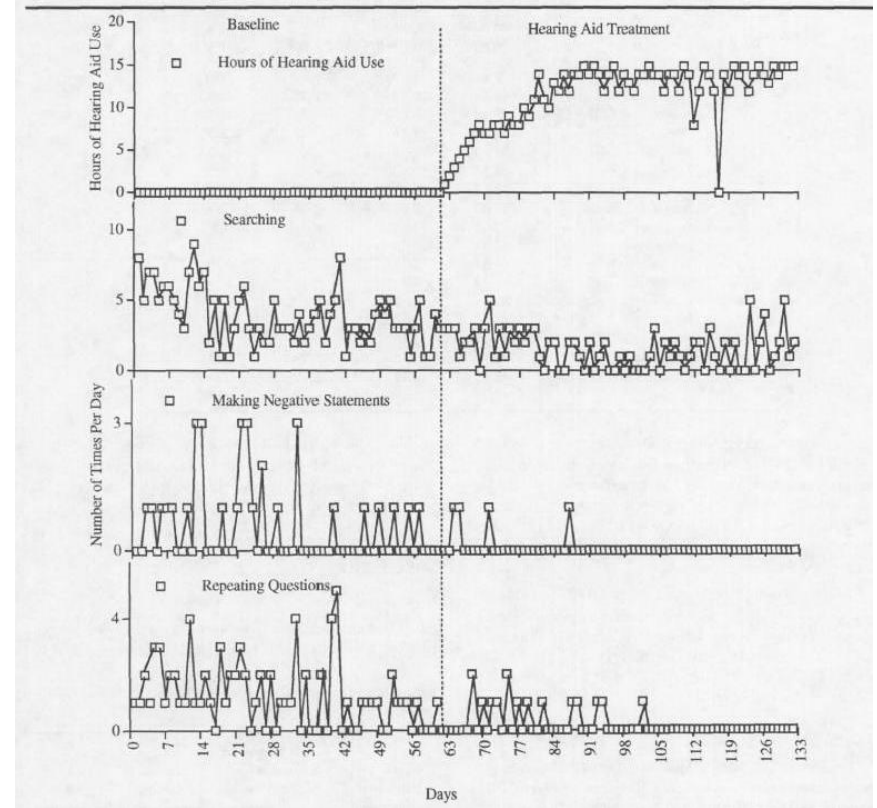
Gehoor en gedrag

... Wanneer haar gevraagd werd welk communicatieprobleem de vrouw hoopte dat vooral zou worden opgelost door het gebruik van een hoorapparaat, antwoordde ze dat ze wilde dat ze niet meer behoefde te **roepen** naar haar echtgenoot. Ze had gemerkt dat dit vaak een **bron van spanning** vormde tussen hen omdat hij niet altijd begreep waarom ze haar stem verhief ...





Figure 2. Baseline and treatment data for Participant 1.



Gehoer en gedrag

Dementie en gedrag

Risico op escalatie

“Elk weekend moet en zal ze naar Oostende gaan. Als ik nee zeg, begint ze te roepen en wordt ze agressief. Dus doe ik elk weekend met haar dezelfde toer in Oostende.”

Met de soepterrine naast het bed

‘Tegen dementie kun je niet vechten’



► Stefan: 'Mijn hart brak toen de dokter mijn vrouw vertelde dat haar hersenen kapot waren.'

“Na een tijd ben ik in de garage gaan slapen. Daar was ik veiliger.”

De vrouw van Stefan* heeft frontotemporale dementie (FTD), een aandoening die haar gedrag volledig heeft veranderd en Stefans leven heeft omgegooid. ‘Ik sliep in de garage uit schrik om *klop te krijgen*.’

Kijk,’ zegt Stefan. ‘Dit zijn de treintickets van onze ritten naar Oostende sinds 2015.’ In zijn hand houdt hij een honderdtal kaartjes vast. ‘Elk weekend moet en zal ze naar Oostende gaan. Als ik *nee* zeg, begint ze te roepen en wordt ze agressief. Dus doe ik elk weekend met haar dezelfde tour in Oostende.’ Stefan houdt alles minutieus bij. De treintickets, de reisprogramma’s van Samana, honderden foto’s van zijn Clementine*. Zo probeert hij haar ziekte van begin tot eind in kaart te brengen.

Lege dozen

‘Op een bepaald moment begon ze dozen te verzamelen’, herinnert Stefan zich. ‘Ze ging lege dozen halen in de winkel, die ze dan voor het raam stapelde. Ik nam op mijn beurt de dozen weg en sneed ze open. Zij sprak er niet over, en ik ook niet. Als ik iets zei, reageerde ze agressief.’ Stefan ging met Clementine naar de huisdokter. Maar in het bijzijn van andere mensen gedroeg ze zich normaal. Stefan begon te twijfelen aan zichzelf. Misschien zag hij dingen die er niet waren. Misschien was hij zelf dement aan het worden.

Slaan met de soepterrine

Maar het werd erger. Clementines remmingen brokkelden helemaal af. ‘’s Nachts

dronk ze zes liter limonade, waarna ze bij mij in bed kroop. Maar die limonade moest er ook uitkomen. Dus deed ze haar behoefte in bed, groot en klein. Een jaar lang moest ik elke ochtend alles opkuisen. Ook Clementine zelf, want zij zat van kop tot teen onder de vuiligheid.’

‘Daarna begon ze met mij te vechten. Als we alleen waren, vloog ze als een razende op mij af. Ze klopte met haar vuisten recht tussen mijn ogen. ‘s Nachts kreeg ik het het zwaarst te verduren. Soms stond ze met een soepterrine naast me om mijn hoofd in te slaan. Na een tijd ben ik in de garage gaan slapen. Daar was ik veiliger.’ ‘Ook op seksueel vlak verloor ze remmingen. Om het uur begon ze me op te vrijen. Weigerde ik, dan gooide ze verwijten naar mijn hoofd. *Dan kun je niet zeggen dat je te klagen hebt*.’

Hersenen zijn kapot

Het duurde lang voordat Stefan hulp vond, omdat alleen hij de problemen zag. Ook zijn dochter geloofde hem eerst niet. ‘Maar op een bepaald moment zag ik Clementine uit de vuilnisbak eten, terwijl mijn dochter er was. Pas vanaf dan geloofde ze me.’ Stefan en zijn dochter namen Clementine mee naar het ziekenhuis, waar ze een scan lieten uitvoeren. ‘De dokter draaide het scherm om naar haar en zei: *Clementine, je voorste hersenen zijn kapot*. Mijn hart brak. Zoiets zeg je niet tegen iemand met dementie. Wie kanker heeft kan er tegen vechten, wie dementie heeft niet. Die begrijpt of gelooft het niet.’ Clementine kreeg haar diagnose: frontotemporale dementie. Dat is een vorm van dementie die je gedrag verandert en mogelijk je taalvaardigheid.

Opluchting

Na drie maanden ging Clementine naar een meer gespecialiseerd ziekenhuis. Daar begeleidden de zorgverleners Stefan in zijn zorgvraagstuk. ‘De dokter raadde me aan om naar het centrum voor geestelijke gezondheidszorg (CGG) te gaan, naar praatcafés en lotgenotengroepen. Eerst moest ik daar niet van weten, maar de dokter bleef erop hameren.’

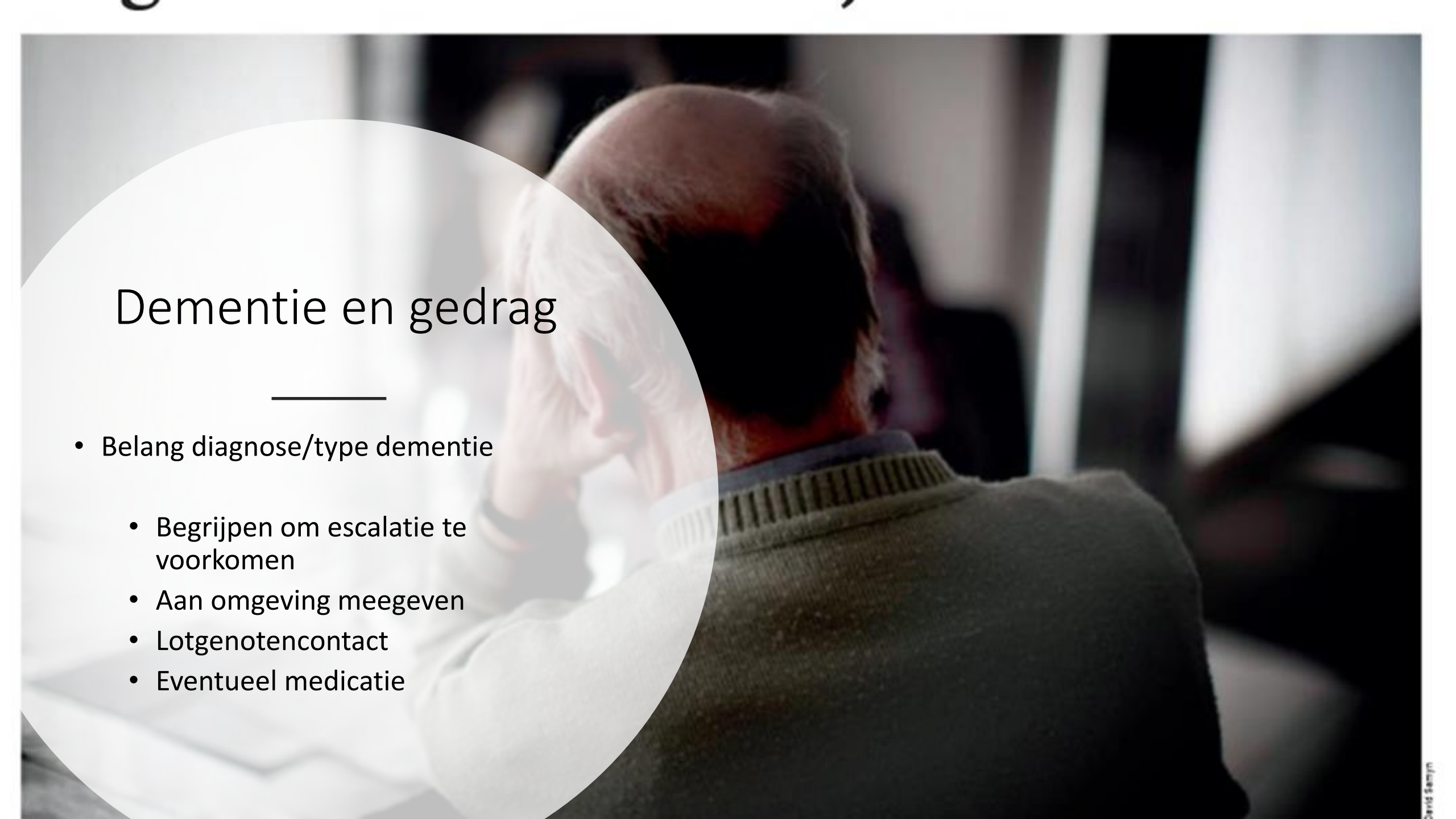
‘Ik ben blij dat ik uiteindelijk die stap heb gezet’, bekent hij. ‘In het CGG hielpen ze me vooruit met een zachte aanpak en praktisch advies. Mijn verhaal kan ik kwijt aan de lotgenotengroep. Dat lucht op. Ik geef de anderen ook raad. Veel lotgenoten komen niet meer buiten. Doe dat niet. Zoek een groep, een vereniging waar je op begrip kunt rekenen.’

Met dat advies heeft Stefan zelf ook ervaring. Hij en Clementine gaan samen naar Okra, Samana en kwb. ‘Ik heb de leden verteld over Clementines situatie. Een verademing.’

Door een aanpassing in de medicatie van Clementine is het voor Stefan wat gemakkelijker om voor haar te zorgen. ‘De scherpe kantjes zijn eraf’, zegt hij. ‘In de week gaat ze ook naar het dagcentrum, waar andere personen met dementie zitten. Ze denkt dat ze daar vrijwilligerswerk doet. Als ze thuiskomt, dan durft ze wel eens zeggen: *Er zit daar nogal wat speciaal volk*.’

Michiel Verplancke

**Stefan en Clementine zijn schuilnamen. Zij wensen anonimiteit te blijven.*



Dementie en gedrag

- Belang diagnose/type dementie
 - Begrijpen om escalatie te voorkomen
 - Aan omgeving meegeven
 - Lotgenotencontact
 - Eventueel medicatie

When you've seen one patient with dementia, you've seen one patient with dementia!

The currently available evidence **supports** the use of **cholinesterase inhibitors** in patients with **PDD**, with a positive impact on global assessment, cognitive function, behavioural disturbance and activities of daily living rating scales.

The effect in DLB remains unclear.



**Cochrane
Library**

Cochrane Database of Systematic Reviews

**Cholinesterase inhibitors for dementia with Lewy bodies,
Parkinson's disease dementia and cognitive impairment in
Parkinson's disease (Review)**

Rolinski M, Fox C, Maidment I, McShane R

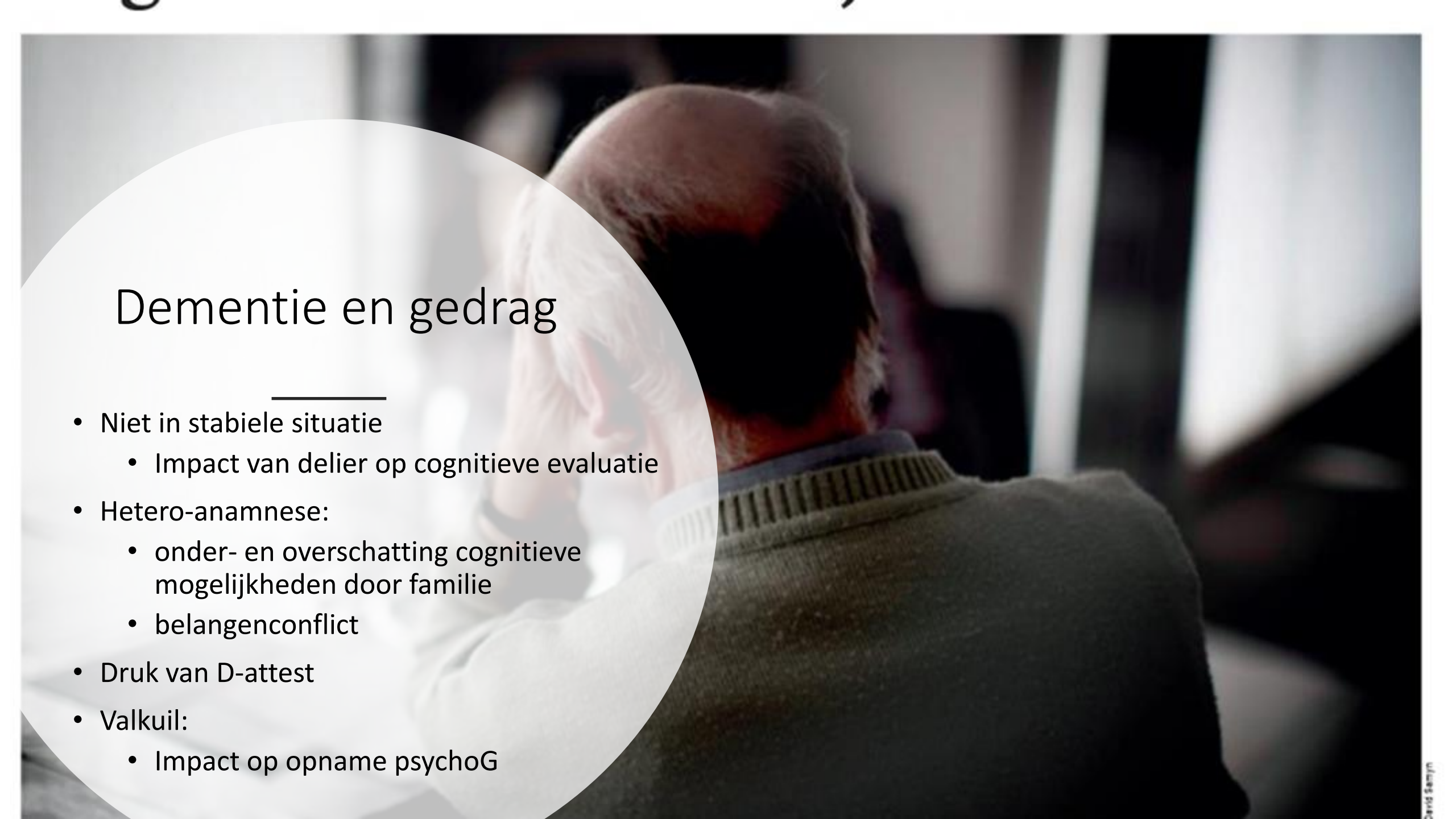
When you've seen one patient with dementia, you've seen one patient with dementia!

- Cholinesterase inhibitors are **not effective in frontotemporal dementia** and may cause **agitation** (A), though **SSRI's** may help behavioural (but not cognitive) features (B).
- AChI should be **used** in people with LBD (both **PDD and DLB**) (A).
- No drugs are clearly effective in vascular dementia, though AChI are **beneficial in mixed dementia** (B).

Clinical practice with anti-dementia drugs: A revised (third) consensus statement from the British Association for Psychopharmacology

John T O'Brien, Clive Holmes, Matthew Jones, Roy Jones, Gill Livingston, Ian McKeith, Peter Mittler, Peter Passmore, Craig Ritchie, Louise Robinson, Elizabeth L Sampson, John-Paul Taylor, Alan Thomas, Alistair Burns

First Published January 20, 2017; pp. 147–168



Dementie en gedrag

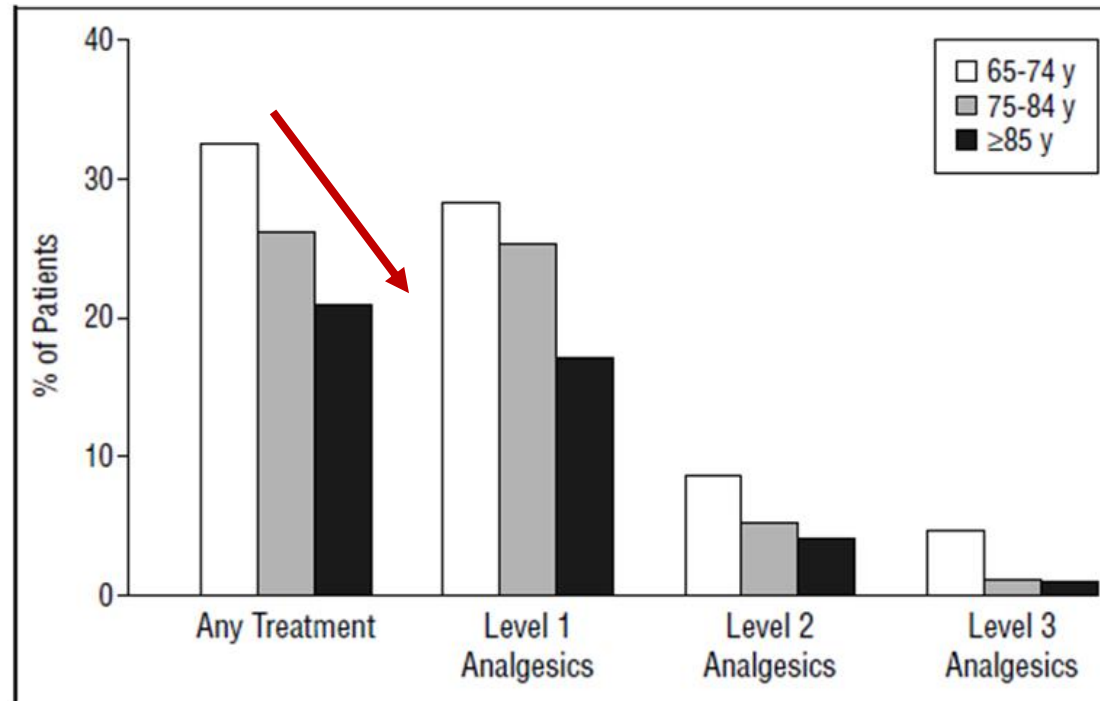
- Niet in stabiele situatie
 - Impact van delier op cognitieve evaluatie
- Hetero-anamnese:
 - onder- en overschatting cognitieve mogelijkheden door familie
 - belangenconflict
- Druk van D-attest
- Valkuil:
 - Impact op opname psychoG

... en gedrag

- Man, 85 jaar
- Hemiplegie > 10 jaar
- Progressief minder interactie, nagenoeg volledig zorgafhankelijk, bed-rolstoelgebonden
- Sinds enkele weken lichamelijk agressief, vooral tijdens ochtendverzorging



Pijn en gedrag



Pharmacologic treatment of the 1341 patients with daily pain according to the 3-level ladder of the World Health Organization. Level 1 includes nonnarcotic analgesics; level 2, weak opiates; and level 3, morphine and potent opiates. The 3 levels are described in detail in the “Assessment of Pain and Analgesia” subsection of the “Subjects and Methods” section. Patients are grouped by age.

Pijn en gedrag

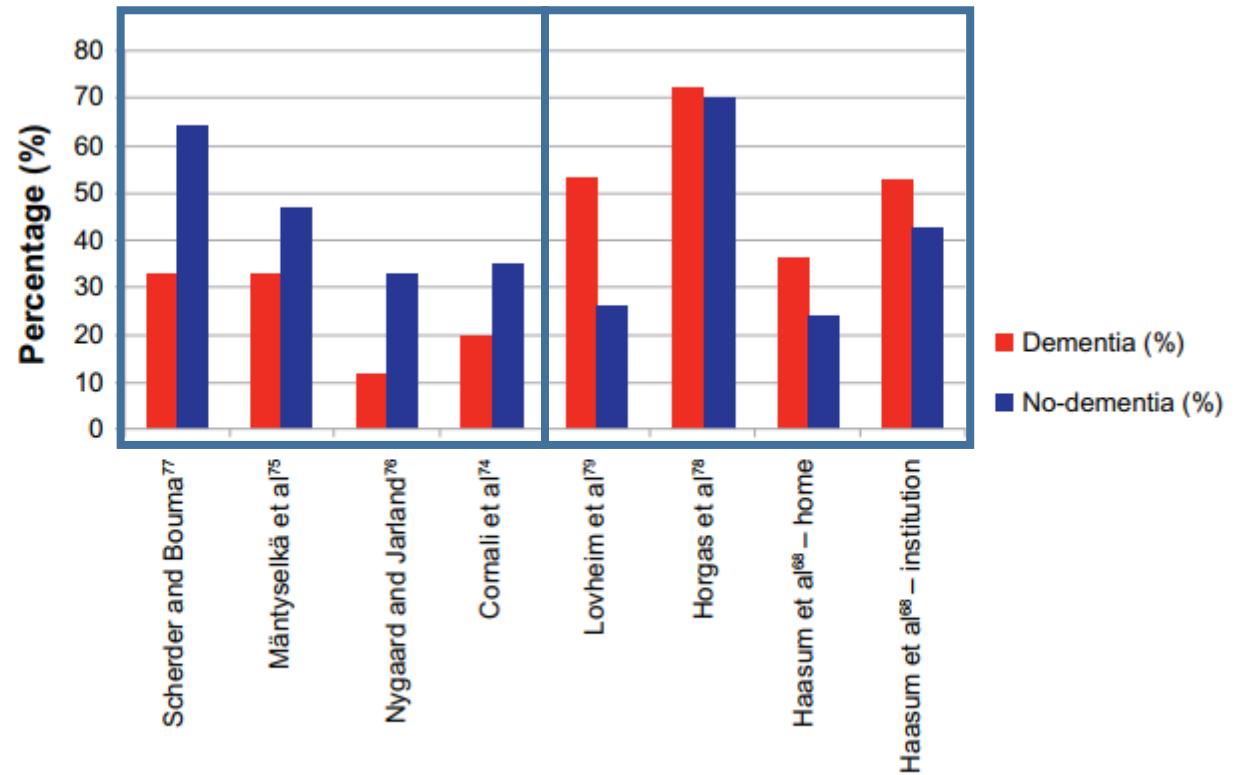


Figure 2 Studies on the prevalence (in %) of analgesic use in patients with dementia compared with in cognitively unimpaired patients (no dementia).

Pijn en gedrag

Table 1 | Baseline personal and clinical characteristics of nursing home residents assigned to intervention (stepwise protocol for treatment of pain) or continued usual medical care. Values are numbers (percentages) of patients unless stated otherwise

Characteristics	Control group (n=177 residents)	Intervention group (n=175 residents)
No of clusters*	27	33
Median (range) of patients per cluster	7 (3-10)	6 (2-10)
Mean (range) age (years)	87 (67-104)	85 (65-101)
Women	131 (74)	132 (75)
Prescribed drugs:		
Antipsychotics	47 (27)	43 (25)
Anxiolytics or hypnotics	88 (50)	80 (46)
Anti-dementia	44 (25)	53 (30)
Opioid analgesics	32 (18)	35 (20)
Peripheral analgesics	71 (40)	75 (43)
Median (range) Cohen-Mansfield agitation inventory (scores 29-203)†	51 (39-114)	53 (39-126)
Median (range) mini-mental state examination (scores 0-30)‡	8 (0-20)	7 (0-20)
Median (range) functional assessment staging (scores 1-7)§	6 (4-7)	6 (4-7)
Median (range) neuropsychiatric inventory—nursing home version (scores 1-144)¶	29 (0-97)	32 (1-101)
Median (range) MOBID-2 pain scale (scores 0-10)**; pain ≥3	3.0 (0-10); 98 (55)	4.0 (0-10); 103 (59)
Median (range) activities of daily living (scores 0-20)††	8.0 (0-20)	7.00 (0-19)

Table 2| Stepwise protocol for treatment of pain

Step	Pain treatment at baseline	Study treatment	Dosage	No (%) of residents (n=175)
1	No analgesics, or low dose of paracetamol	Paracetamol (acetaminophen)	Maximum dose 3 g/day	120 (69)*
2	Full dose of paracetamol or low dose morphine	Morphine	5 mg twice daily; maximum dose 10 mg twice daily	4 (2)
3	Low dose buprenorphine or inability to swallow	Buprenorphine transdermal patch	5 µg/h, maximum dose 10 µg/h	39 (22)†
4	Neuropathic pain	Pregabalin	25 mg once daily; maximum dose 300 mg/day	12 (7)

*In nine participants an existing low dosage was increased.

†Dosage was increased in eight participants.

Pijn en gedrag

Pijn en gedrag



© Olly/Shutterstock.com

Table 3| Comparison of Cohen-Mansfield agitation inventory (CMAI) total score between control and intervention (stepwise protocol for treatment of pain) groups using repeated measures analysis of covariance (ANCOVA)*

Week	Mean (SD) CMAI total score		Effect of intervention on CMAI total†		Intraclass correlation coefficient‡
	Control group	Intervention group	Estimate (95% CI)	P value	
0	56.2 (16.1), n=177	56.5 (15.2), n=175	---	---	0.162
2	53.9 (17.0), n=161	52.0 (19.5), n=158	-3.6 (-6.5 to -0.7)	0.022	0.261
4	52.5 (16.3), n=160	49.4 (19.0), n=148	-4.1 (-6.9 to -1.4)	0.012	0.231
8	52.8 (16.8), n=157	46.9 (18.7), n=147	-7.0 (-9.7 to -4.3)	<0.001	0.226
12	52.5 (16.0), n=152	50.3 (20.3), n=142	-3.2 (-6.1 to -0.4)	0.058	0.253

*Baseline score as covariate and least squares weighted by number of patients within cluster; P value from multivariate test of intervention was 0.002, and cross effect between week and intervention was <0.001.

†Variable estimate by week of effect of intervention on CMAI score from estimated model.

‡Proportion of total variance between clusters, and measured within framework of ANCOVA.

Table 3| Comparison of mobilisation-observation-behaviour-intensity-dementia-2 (MOBID-2) pain scale total score between control and intervention (stepwise protocol for treatment of pain) groups using repeated measures analysis of covariance (ANCOVA)*

Week	Mean (SD) MOBID-2 total		Effect of intervention on MOBID-2 total†		Intraclass correlation coefficient‡
	Control group	Intervention group	Estimate (95% CI)	P value	
0	3.7 (2.5), n=163	3.8 (2.7), n=164	---	---	0.094
2	3.5 (2.4), n=159	2.9 (2.5), n=152	-0.7 (-0.4 to -1.1)	<0.001	0.070
4	3.3 (2.4), n=155	2.7 (2.2), n=146	-0.9 (-0.4 to -1.2)	<0.001	0.059
8	3.5 (2.6), n=154	2.3 (2.1), n=145	-1.3 (-0.8 to -1.7)	<0.001	0.082
12	3.5 (2.5), n=151	2.9 (2.6), n=140	-0.8 (-0.3 to -1.2)	0.001	0.139

*Baseline score as covariate and least squares weighted by number of patients within cluster; P value from multivariate test of intervention was <0.001, and cross effect between week and intervention was 0.009.

†Variable estimate by week of effect of intervention on MOBID-2 from estimated model.

‡Proportion of total variance between clusters, and measured within framework of ANCOVA.

Table 4| Comparison of neuropsychiatric inventory-nursing home version (NPI-NH) total score between control and intervention (stepwise protocol for treatment of pain) groups using repeated measures analysis of covariance (ANCOVA)*

Week	Mean (SD) NPI-NH total		Effect of intervention on NPI-NH total†		Intraclass correlation coefficient‡
	Control group	Intervention group	Estimate (95% CI)	P value	
0	31.4 (21.4), n=177	34.8 (21.9), n=175	---	---	0.106
2	26.1 (19.2), n=161	26.5 (20.3), n=158	-2.9 (0.03 to -5.9)	0.052	0.129
4	26.0 (20.1), n=160	23.4 (20.0), n=148	-5.7 (-2.3 to -9.1)	0.001	0.116
8	26.9 (20.7), n=157	21.0 (19.3), n=147	-9.0 (-5.5 to -12.6)	<0.001	0.157
12	28.0 (21.1), n=152	23.0 (20.0), n=142	-8.4 (-4.7 to -12.2)	<0.001	0.210

*Baseline score as covariate and least squares weighted by number of patients within cluster; P values from multivariate test of intervention and cross effect between week and intervention were both <0.001.

†Variable estimate by week of effect of intervention on NPI-NH from estimated model.

‡Proportion of total variance between clusters, and measured within framework of ANCOVA.

What this study adds

A standardised protocol to treat pain in residents of nursing homes with moderate to severe dementia significantly improved agitation, aggression, and pain

Improved treatment of pain could help to reduce the unnecessary use of antipsychotics in people with dementia in nursing homes

Standardised assessment and treatment of pain should be an integral part of the clinical management pathway for people with dementia in nursing homes

Pijn en gedrag

Pijn en gedrag

- Trial and error
 - Niet-essentiële medicatie onderbreken
 - Proeftherapie met pijnstillers
 - Voldoende hoog
 - Stoppen
 - Proeftherapie met PPI

Mogelijke oorzaken van moeilijk hanteerbaar gedrag

Fysisch

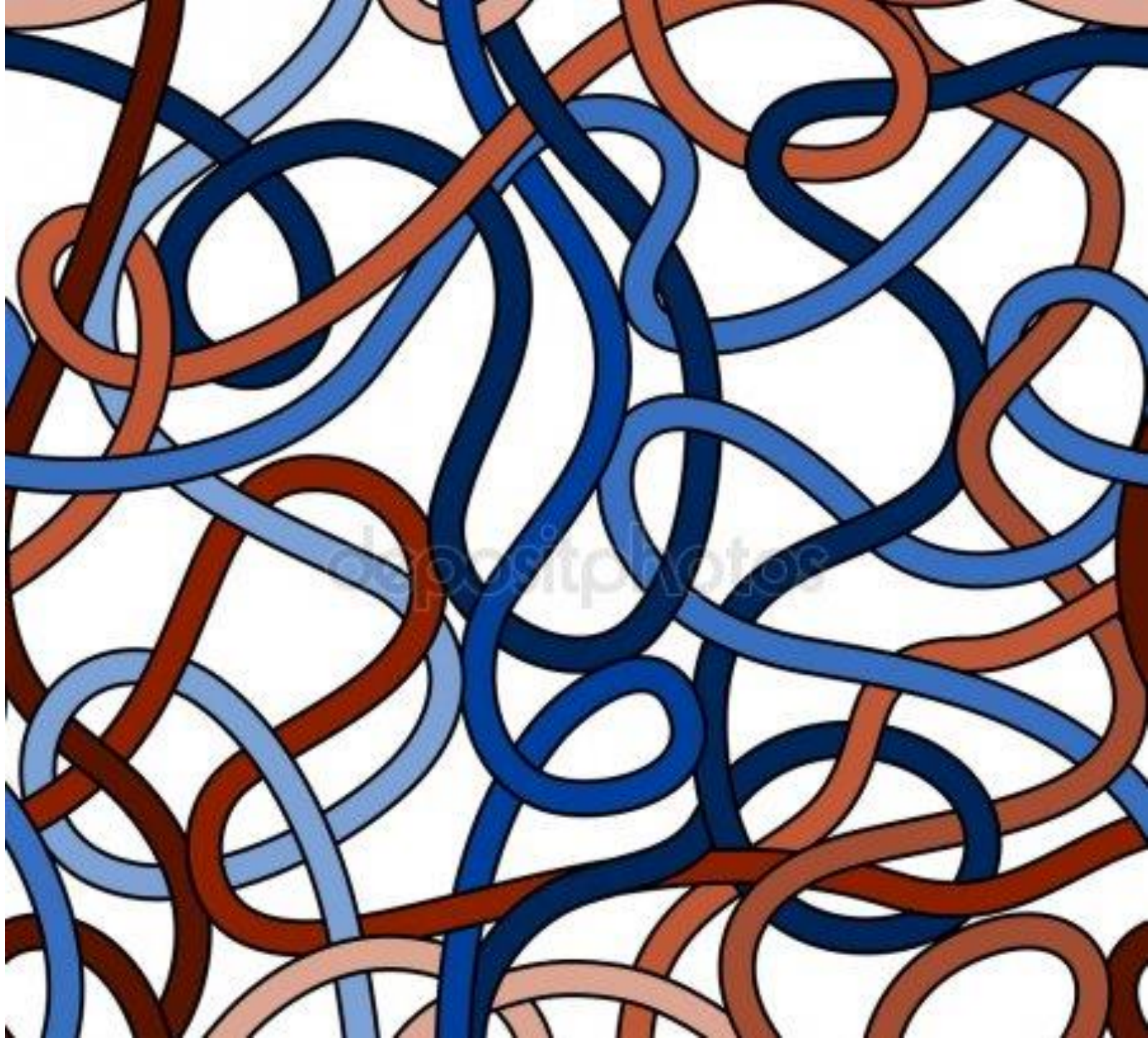
Psychologisch

Omgeving

Delier

Psychologisch

- Depressie
- Angststoornis
- Psychose
- Manie
- Delier
- Bipolaire stoornis
- Persoonlijkheidsstoornis
- Verveling
- Gebrek aan autonomie/privacy



Geriatrische gedragsobservatie- eenheid (GGOE)

Een poging tot meer uitgebreide diagnostiek obv.
gerichte observatie en een meer individuele
benadering



info voor patiënten en familie

UZ metabole en cardiovasculaire aandoeningen
Universitair Ziekenhuis Gent



**Welkom op de
Geriatrische
GedragsObservatie-
Eenheid (GGOE)**



Werking van de GGOE

- Betrek familie en mantelzorg erbij
 - Familie:
 - Kent levensgeschiedenis
 - Weet mogelijk waar gedrag vandaan komt
 - Weet of gedrag zich eerder stelde en hoe er dan mee om werd gegaan
- Vaststelling: betrekken van familie gebeurt te weinig in de praktijk!

Expertisecentra dementie

Werking van de GGOE



- **Een gewone dag voor de patiënt**

"Daarmee heb ik al wat de indruk hoe en door wie [...] omringd is. Voor de zorg kan het helpen als we wat meer inzicht hebben in de gewoontes van [...]. Misschien is het handigst om daarvoor even een gewone dag in het leven van [...] te overlopen." Hier kan aansluitend het ritme van de GGOE uitgelegd worden.

- OCHTEND (denk aan slaapritme, ontbijt/wassen, dagbesteding ochtend)
- MIDDAG (denk aan: middageten, wat vindt hij (niet) lekker, bezigheden, middagdutje, muziek, [TV](#) ...)
- AVOND (denk aan: avondeten, gewoontes slapengaan, gebruik hulpmiddelen zoals [WC-stoel](#), urinaal etc.)

- **De patiënt en zijn interesses, passies**

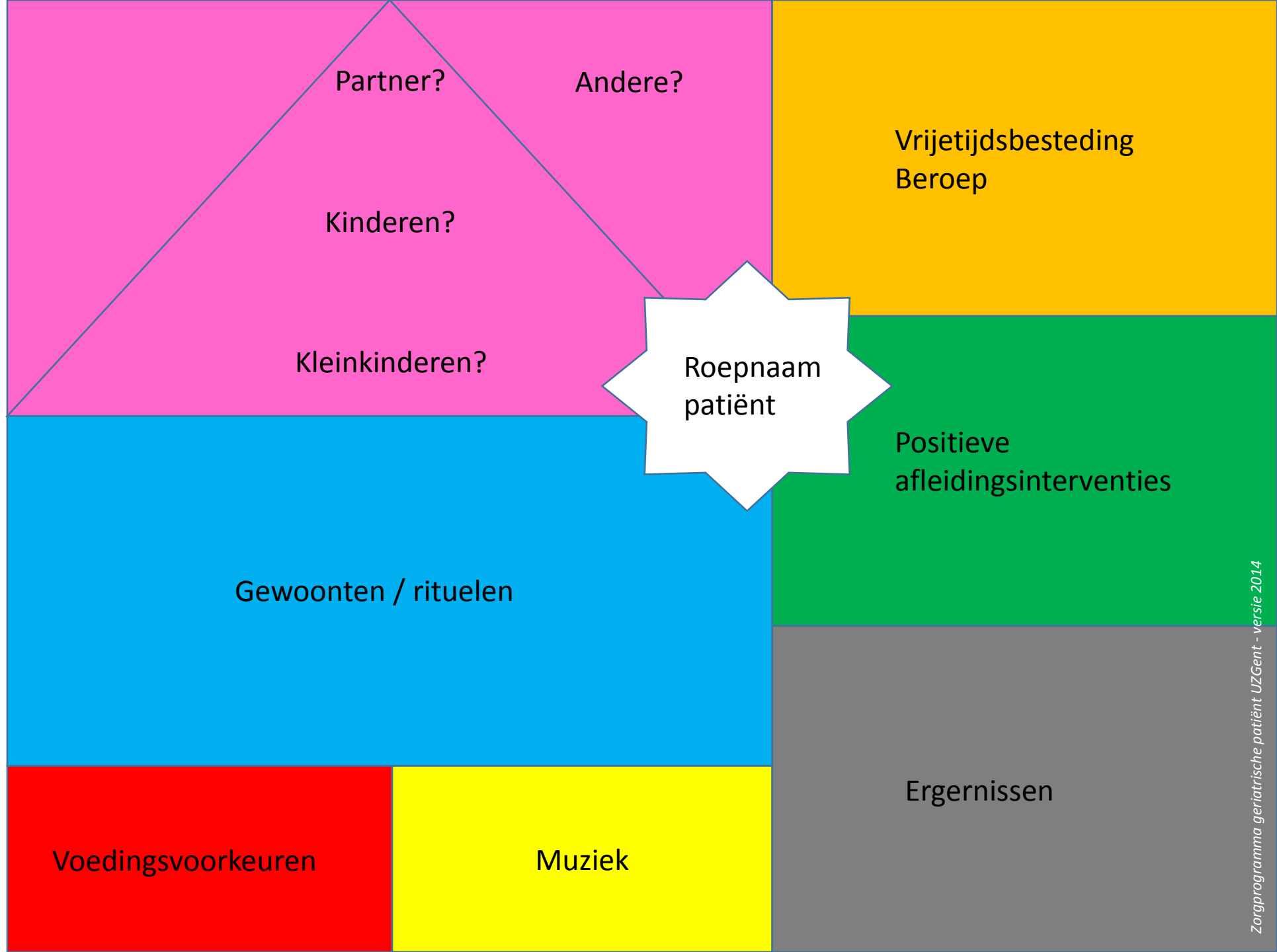
"We hebben de gewoontes al overlopen, wie voor [...] belangrijk zijn. Wat ons ook nog erg interesseert is wat [...] boeit of goed doet voelen en wat [...] irriteert of nerveus maakt".

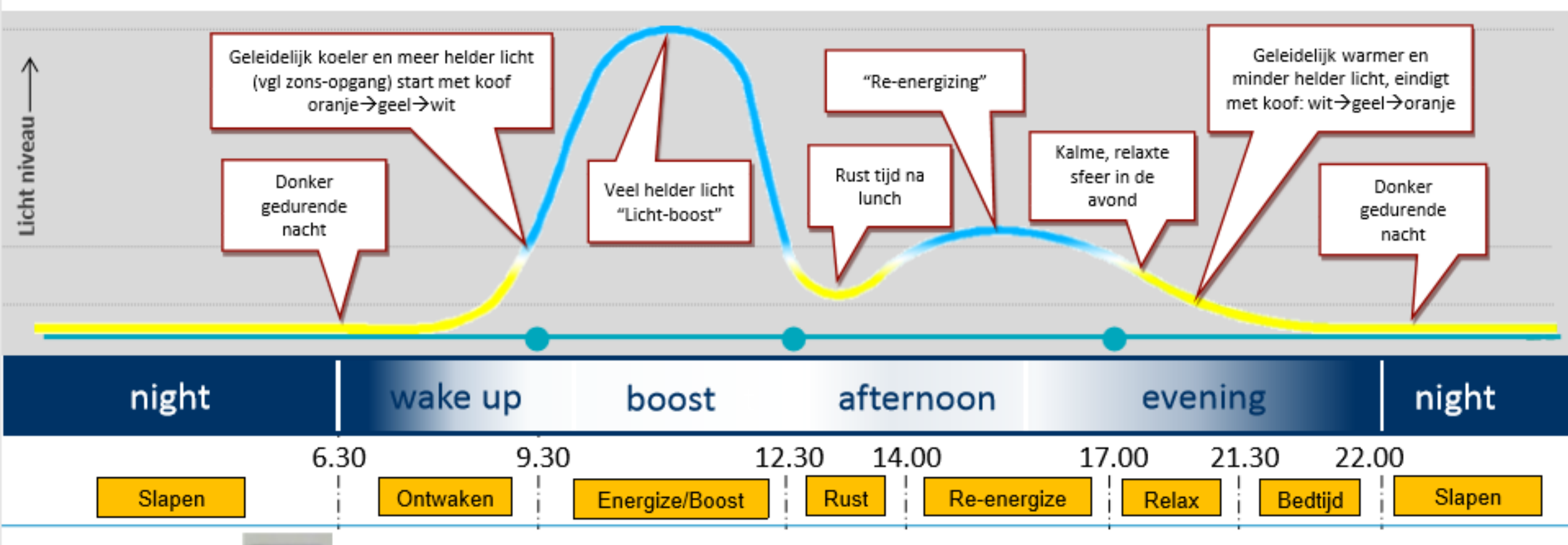
- /
- PASSIE (denk aan: wat boeit, wat doet opfleuren, wat doet plezier)
- IRRITATIE (denk aan: wat ergert, wat maakt onrustig, en wat maakt terug rustig bij onrust)

- **Bekommernissen familielid**

"Nu hebben we vooral gekeken naar wie [...], hebben we de GGOE wat voorgesteld. Als u dat nu even laat bezinken en kijkt naar de opname van [...]."

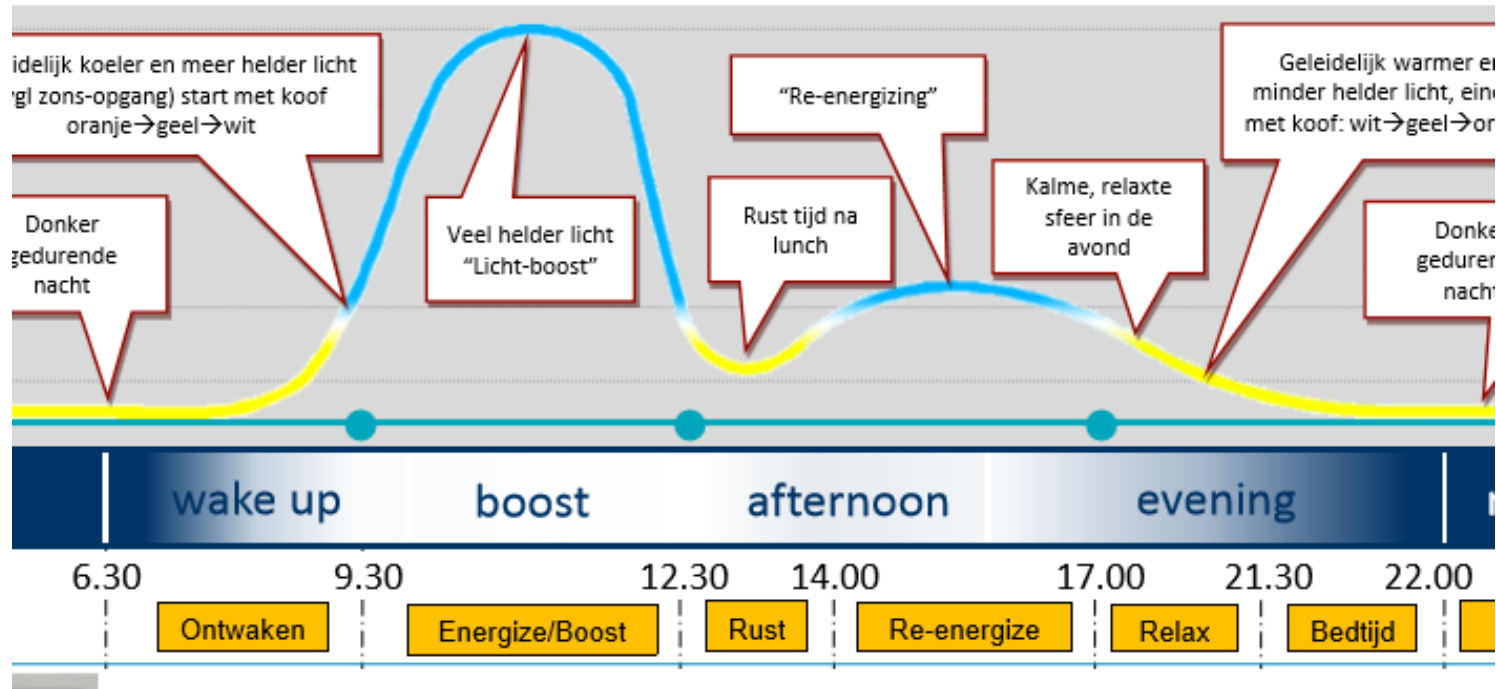
- BEZORGDHEDEN ROND OPNAME (Zijn er bepaalde zaken waar u zich zorgen over maakt mbt de opname van uw naaste? Zijn er zaken waarmee wij u kunnen helpen?)
- ONDUIDELIJKHEDEN of VRAGEN (Heeft u nog vragen?)





Lichttherapie

ne verlichtings schakelaar & dag/nachtrit



Lichttherapie

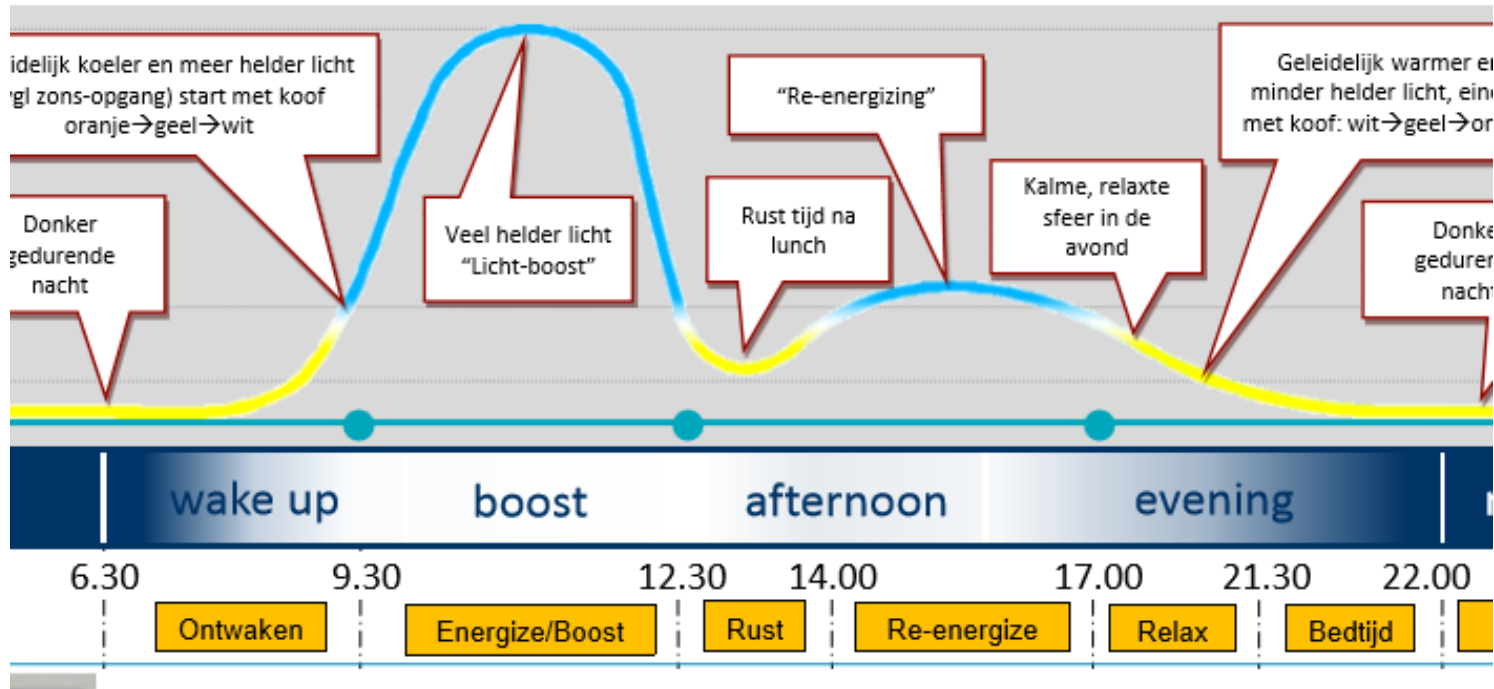
The dynamic lighting in the living room **significantly reduced agitated behaviour** in demented patients, ...

Current Alzheimer research 2017; 14(10): 1076-1083

... preliminary studies demonstrate that timed light exposure can consolidate and **improve nighttime sleep efficiency, increase daytime wakefulness and reduce evening agitation** ...

Neurodegenerative disease management 2017; 7(2): 119-145

ne verlichtings schakelaar & dag/nachtrit



Lichttherapie

..., only bright light therapy seems to be **useful to reduce sleeping problems** in dementia.

Clinical interventions in aging 2017; 12: 543-548

Bright light exposure was associated with **significant improvement in depression and agitation**, while participants receiving low intensity light displayed higher levels of depression and agitation or no significant change.

Issues in mental health nursing 2016; 37: 660-667

<u>Persoon X</u>					
<u>Datum + tijdstip</u>	<u>Naam invuller</u>	<u>Omstandigheden/ Omgeving/ Situatie</u>	<u>Omschrijving van het gedrag</u>	<u>Eigen gevoel/reactie</u>	<u>Resultaat</u>

Analyse van het gedrag



Medicatiegevoelige symptomen

- Angst, agitatie
 - Depressieve stemming
 - Verbale agressie
 - Wanen
 - Hallucinaties
-
- Apathie, negativisme
 - Slaapstoornissen, hyperactiviteit

Een pil tegen roepen

Feiten en fabels rond psychofarmaca
in de ouderen- en gehandicaptenzorg

Anne-Mieke den Ouden & Jeroen Schumacher



Beter af met minder?
Bewust gebruik
psychofarmaca

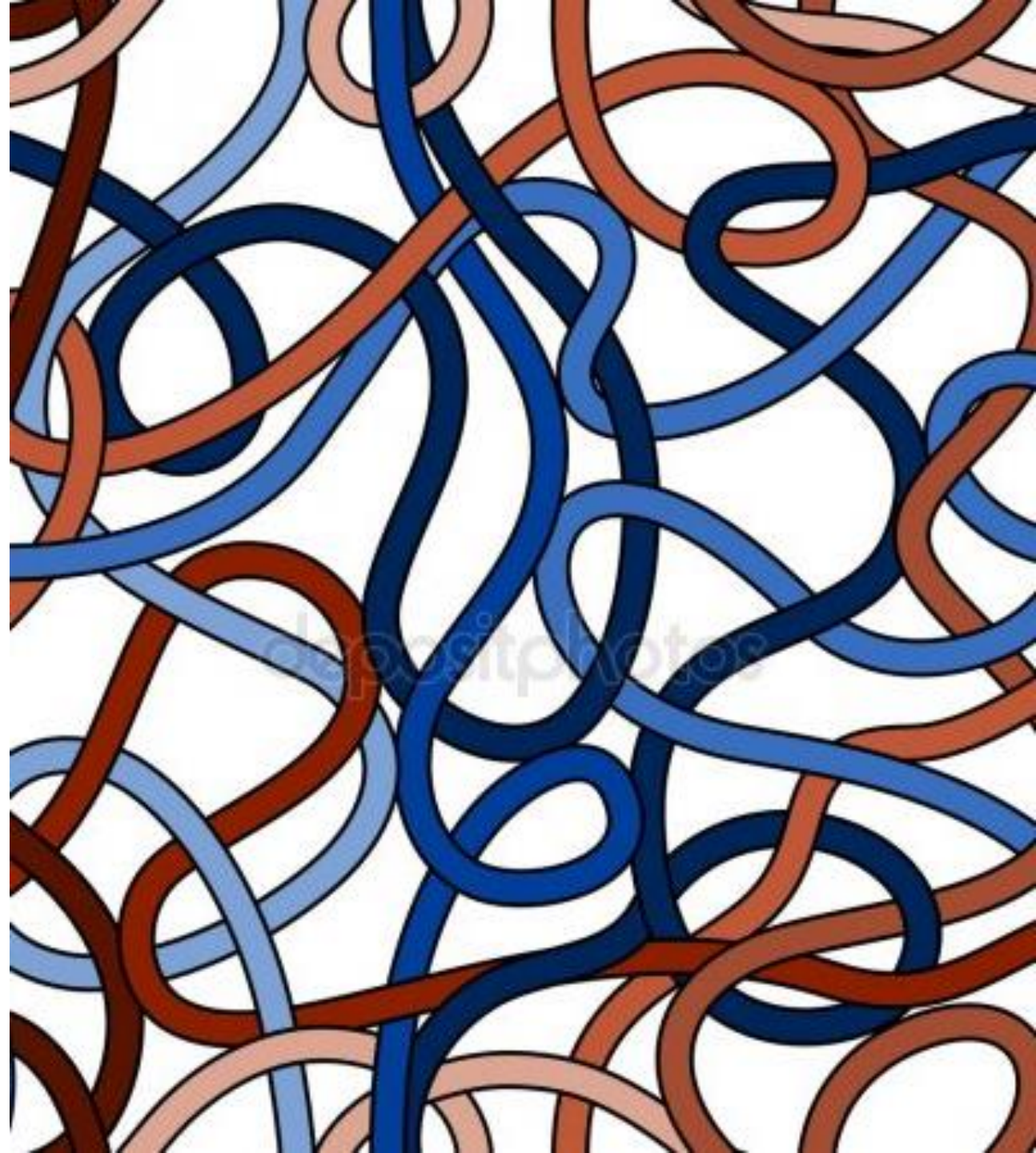


Niet-medicatiegevoelige symptomen

- Dwalen – wegloopgedrag
- Repetitief vragen, roepen
- Aan- en uitkleden
- Polyfagie
- Opdringerig gedrag

Redenen voor doorverwijzing psychoG

- Verdere uitwerking bij vooraf bestaand psychiatrisch probleem
- Differentiaaldiagnose – verdere diagnostiek
- Belang van duur van opname (noodzaak tot verlengde opname gezien herstel soms veel tijd in beslag neemt)
- Problematisch gedrag ondanks meer individuele benadering
- Verwachting/eis van WZC



Moeilijk hanteerbaar gedrag begrijpen

- Man, 78 jaar
- 2015: neurocognitieve stoornis met gedragsproblemen
- Opname vanuit KV owv. aanvallen VPK
- Geen problemen tijdens opname tot





Besluit

- Zeker bij een eerste episode van moeilijk hanteerbaar gedrag is uitgebreid lichamelijk nazicht opportuun.
- Moeilijk hanteerbaar gedrag bij ouderen kan soms een zeer complexe puzzel zijn waarbij huisartsen, geriaters en psychiaters, evenals het team dat de patiënt omringt, moeten samenwerken om tot een oplossing te komen.
- TRIAL AND ERROR!!