



**DE HOGESCHOOL
MET HET NETWERK**

Dementie en probleemgedrag (BPSD)

Een warme zorg vs. een farmacologisch beleid!

**Afstudeerproject voorgedragen door:
Menten Evelien**

*Promotor: Lieven Vanlangenaeker
Inhoudsdeskundige: Christophe Forier*

**Academiejaar 2014-2015
Bachelor na bachelor opleiding Zorgmanagement**





**DE HOGESCHOOL
MET HET NETWERK**

Dementie en probleemgedrag (BPSD)

Een warme zorg vs. een farmacologisch beleid!

**Afstudeerproject voorgedragen door:
Menten Evelien**

***Promotor: Lieven Vanlangenaeker
Inhoudsdeskundige: Christophe Forier***

**Academiejaar 2014-2015
Bachelor na bachelor opleiding Zorgmanagement**



Woord vooraf

Deze bachelorproef werd geschreven naar aanleiding van het afstudeerproject binnen de opleiding Bachelor na Bachelor Zorgmanagement. Zonder de hulp van sommige mensen had ik dit waarschijnlijk niet tot een goed einde kunnen brengen en daarom zou ik hen hiervoor willen bedanken.

Graag zou ik mijn promotor Lieven willen bedanken voor de verkregen suggesties en feedback over de aanpak van dit project en de aanmoedigende woorden om hiervan een geslaagde bachelorproef te maken! Ook de andere lectoren binnen de opleiding Zorgmanagement, wil ik hiervoor mijn appreciatie tonen.

Mijn inhoudsdeskundige, Christophe zou ik willen bedanken voor de kansen die hij mij geboden heeft op de werkvloer om dit project te mogen uitvoeren en mij hierin ook te steunen.

Mijn collega's – zonder jullie betrokkenheid en inzet had ik dit project nooit kunnen vervolledigen! Ik hoop dat we dit project in de toekomst nog steeds met dezelfde positieve samenwerking kunnen verder zetten. Ook jullie dus: bedankt!

Mijn medestudenten en in het bijzonder Paula voor de tussentijdse feedbackmomenten, die we elkaar hebben kunnen geven om ons eindwerk telkens tot een hoger niveau te brengen!

Tenslotte zou ik graag nog Jeroen, mijn ouders en mijn vriendinnen (in het bijzonder Dorien, voor de statistische bijstand bij de nulmeting en finale spelcontrole!) willen bedanken voor de steun die ze mij gedurende gans de opleiding hebben getoond. Zonder jullie motiverende woorden, was dit nooit gelukt!

Inhoudsopgave

Woord vooraf	4
Inhoudsopgave	5
1. Inleiding	6
2. Probleemstelling	8
3. Inhoud	10
3.1 Plan-fase	10
3.2 Do-fase	10
3.2.1 Nulmeting	10
3.2.2 Literatuur- en veldonderzoek	11
3.2.3 Theoretisch luik	13
3.2.3.1 Niet-farmacologische benadering	13
3.2.3.2 Medicamenteuze benadering	16
3.3 Check-fase	18
3.3.1 Steekproef onder de bewoners i.v.m. activiteiten	18
3.3.2 Steekproef onder het personeel i.v.m. persoonsgerichte zorg en casuïstiek	18
3.4 Act-fase	19
3.5 Financieel luik	23
4. Besluit	24
5. Reflectie – Discussie	25
6. Abstract	28
7. Bibliografie	29

1. Inleiding

De oudere generatie in België wordt alsmaar groter door de vergrijzing van de bevolking. Het kwaliteitsbeleid in de residentiële zorg is dus van groot belang geworden voor het overheidsbeleid! De overheid helpt woon- en zorgcentra in deze kwaliteitswerking en transparantie door tweejaarlijks kwaliteitsindicatoren te meten binnen de woon- en zorgcentra. Deze registratie omvat zorginhoudelijke indicatoren over de kwaliteit van zorg en veiligheid en de kwaliteit van zorgverleners. Wat voor mij interessant is als verpleegkundige, zijn vooral de resultaten i.v.m. het medicatiegebruik binnen de instelling. Dit wordt weergegeven in “percentage bewoners dat 5 tot 9 soorten geneesmiddelen neemt” en “percentage bewoners dat >10 soorten neemt”(Zorg en Gezondheid, 2014). Als verpleegkundige heb ik dagelijks zicht op deze percentages door ons zorgprogramma en ben ik hier toch wel onder de indruk van het hoog medicatiegebruik in onze instelling. Algemeen geweten is dat deze groep van de bevolking wel meer geneesmiddelen neemt dan de jongere bevolking omdat zij vaak ook lijden aan langdurigere en chronische ziekten. (Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, 2006)

Gezien het een problematiek is dat inhoudelijk grotendeels buiten mijn verpleegkundige kennis valt, wou ik in de eerste plaats meer overzicht bekomen over de (poly)farmacologie. Het geneesmiddelengebruik kan opgedeeld worden in 4 groepen; gericht op het cardiovasculaire, zenuw-, gastro-intestinale en luchtwegstelsel. Het meest zorgwekkende resultaat kwam uit de groep, die op het zenuwstelsel inwerkt. Het meest voorgeschreven middel binnen deze groep zijn de antidepressiva en op de tweede plaats staan de antipsychotica. Samen met de benzodiazepines en medicatie tegen alzheimer 's ziekte wordt dit de groep van psychofarmaca genoemd (KCE, 2006).

Antipsychotica zijn geneesmiddelen die gebruikt worden om BPSD (behavioural and psychological symptoms of dementia) of “gedragmatige en psychiatrische symptomen bij dementie” te behandelen. De International Psychogeriatric Association hanteert 5 symptomencusters waarbij deze middelen worden voorgeschreven; psychosen, depressie, slaapstoornissen, agitatie/agressie en angst (IPA, 2002).

Uit een peiling van de Christelijke Mutualiteit (2009) in 1000 voorzieningen bij 60.000 rusthuisbewoners blijkt dat 21,7% van de bewoners antipsychotica neemt. Deze cijfers zijn echter zorgwekkend gezien uit de studie, gedaan door het KCE (2006) gebleken is dat maar 2-3% van de bevolking leidt aan een majeure depressie, 1% aan een psychose. Psychotische symptomen zouden bij 34% tot 90% van dementerenden voorkomen. (Peeters, 2012)

Hieruit kan men concluderen dat er een duidelijk ‘off-label use’ is, d.w.z. medicatiegebruik zonder geregistreerde indicatie. Een doctoraatstudie van Majda Azermaj aan de UGent (2012) bevestigt dit ook nog eens door een onderzoek naar het psychofarmacagebruik in Vlaamse woonzorgcentra. Zij concludeert dat zelfs dat 1 op 3 rusthuisbewoners antipsychotica neemt.

'Antipsychotica horen normaal thuis in de psychiatrie waar ze gebruikt worden om psychoses en schizofrenie te behandelen. Het zijn ingrijpende geneesmiddelen die niet erkend zijn voor het gebruik bij gedragsstoornissen ten gevolge van dementie, en waarvoor vele internationale adviezen waarschuwen voor bijwerkingen en onveiligheid. In de Belgische rusthuizen nemen 33 % van de bewoners antipsychotica, meestal in niet al te hoge dosis en bijna altijd langdurig.' (Azermaj, 2012)

Tevens houdt het gebruik van antipsychotica op lange termijn ook nog eens heel wat gezondheidsrisico's in zoals; een negatief effect op de motoriek, sufheid (heupfracturen), hoger risico op beroerte, pneumonie, hartfalen en overlijden. (Zuidema, 2010)

Ondanks de nevenwerkingen, de hoge kost voor de gezondheidszorg en de twijfel over de doelmatigheid van deze middelen blijft het gebruik van antipsychotica hoog. Onderzoek dat gedaan werd in 3 Vlaamse woonzorgcentra bij 25 residenten werd vastgesteld dat vooral de verpleegkundige hierin een sleutelfiguur vormt. Zij is ook de observator en speelt een cruciale rol in de communicatie naar de huisarts. Ondanks dat de verpleegkundige de situatie kan plaatsen, blijft ze het gedrag vaak vanuit haar standpunt zien. De verpleging voelt zich verantwoordelijk voor de bewoner, één van hen stelt probleemgedrag en we willen hier meteen oplossing voor, wat leidt tot een medicatievoorschrift. Deze stap blijkt cruciaal te zijn voor opbouw! Indien een bewoner op deze moment met de juiste begeleiding door de juiste persoon zou opgevangen worden, is de stap naar medicatie al veel kleiner. Natuurlijk is dit niet vanzelfsprekend en vraagt dit tijd en inzicht van alle betrokken partijen! Tijd- en personeelstekort wordt vaak als tegenwerkende factor aangehaald. (Peeters, 2012)

Uit recent onderzoek blijkt nochtans dat een afbouw of stopzetting in antipsychotica mogelijk is bij 3 op 4 bewoners en dat de behandeling na één maand niet hoeft heropgestart te worden. (Azermaj, 2012) Ook een review uit de Cochrane Database bevestigt dat het stoppen bij deze oudere populatie verantwoord is en er geen verslechtering is van de cognitieve of functionele toestand. (Declercq, 2013)

2. Probleemstelling

Gezien het voorschrijfgedrag of het al dan niet afbouwen of stopzetten van antipsychotica behoort tot het domein van de huisartsen, kunnen we niet rechtstreeks gaan naar een antipsychotica-afbouw. Daarom kunnen we beter kiezen voor een aanpak die wel binnen onze eigen verantwoordelijkheid ligt, of die van het team nl. het gedrag goed definiëren, de oorzaak ervan ontdekken en niet-medicamenteuze alternatieven uittesten. We gaan meer “persoons- of belevingsgerichte zorg” geven i.p.v. taakgerichte zorg. Dat wil zeggen het zorgplan meer aanpassen naargelang de behoefte van de bewoner en meer rekening houden met diens persoonlijke voorkeuren. (Peeters 2012) Als we deze aanpak kunnen uitproberen en dit ook werkelijk een positief effect heeft op de bewoners, kunnen we de arts voorstellen dat de indicatie voor het nemen van die medicatie niet langer van dienst is. Een voorwaarde om deze aanpak toe te passen op de afdeling is dat de ganse equipe voldoende vorming en sensibilisering krijgt. Met de ganse equipe bedoelen we niet alleen verplegend en verzorgend personeel, maar ook het KEA-team (Kiné, Ergo, Animatie), CRA-arts, leidinggevenden, poets en logistieke dienst. Onderzoek doet ook de aanbeveling een multidisciplinair orgaan te voorzien dat zich bezig houdt met deze casuïstiek en die het project kan waarborgen binnen de instelling. (KCE, 2006)

De volgende onderzoeksvraag wordt gesteld; *“Hoe gaan we als team naar een beleid dat maximaal inzet op niet-medicamenteuze alternatieven voor probleemgedrag?”*

Wat dit project *inhoudelijk* beoogt als doel is op lange termijn een afbouwend beleid in antipsychotica en op korte termijn bewustwording van het gebruik binnen de eigen instelling en meer aandacht voor de niet-farmacologische interventies voor probleemgedrag.

Wat dit project qua *vormgeving* beoogt; is vooral de aanpak hoe dit op de werkvloer werd vertaald in transformationeel leiderschap. Dit wil zeggen hoe medewerkers betrokken en gemotiveerd werden in dit verhaal om zo ons doel te behalen. De verschillende stappen zijn uitgeschreven volgens de **Plan/Do/Check/Act**-cyclus.

In de PLAN-fase, is er uitgeschreven waaruit het verbeterproject ontstaan is en of er al dan niet een huidige richtlijn is over de (niet-)medicamenteuze behandeling van probleemgedrag bij dementerenden. Is er draagvlak binnen de organisatie om dit project te ondersteunen? Wie zijn dan de stakeholders?

In de DO-fase, is er een nulmeting gebeurd naar het antipsychoticagebruik binnen de instelling op 8 oktober 2014. Daarna is er een literatuuronderzoek gebeurd naar studies, nationaal en internationaal. Ook projecten die buiten onze instelling reeds gebeurd zijn, werden opgezocht en geëvalueerd voor inclusie. Ondertussen werd het project al mondeling aan collega’s doorgelicht om de interesse te toetsen naar dit onderwerp. Bestaande procedures en paden werden ook onder de loep genomen, zoals de residentenbesprekingen met het Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG). Tenslotte vond er een bijeenkomst plaats met het KEA-team om na te gaan welke niet-farmacologische interventies of activiteiten er al gedaan worden om probleemgedrag te behandelen.

Op 27/1/'15 heeft er een teamvergadering plaatsgevonden om het project te kaderen naar het ganse team. Men kon hier suggesties of ideeën vormen naar het project toe en werd de data van de vormingen vastgelegd, op 26/3/'15 en 2/4/'15.

Vervolgens is er een terugkoppeling gebeurd over de vormingen o.a. evaluaties van de vormingen werden besproken, wat het team meeneemt als tip naar de werkvloer, hoe we het project nu verder zien verlopen en welke alternatieven we gaan uitproberen (bv. ABC-schema). Ook de residentenbesprekingen voor casuïstiek worden hier terug opgestart.

In de CHECK-fase, gaan we evalueren of de aanpak die we in de vormingen geleerd hebben, de therapieën die we geprobeerd hebben, ook geholpen hebben en of we eventueel kunnen overgaan tot een afbouw in medicatie. Deze werden besproken op 18/5/'15. Ook het personeel werd bevraagd over veranderingen in eigen gedrag en handelen na de interventieperiode.

In de ACT-fase, wordt het procesverloop en de aanpak vastgelegd in een beleidsplan. Dit om het project te verankeren binnen de instelling. Ook evaluatie en opvolging werden hierin verzekerd.

3. Inhoud

3.1 Plan-fase

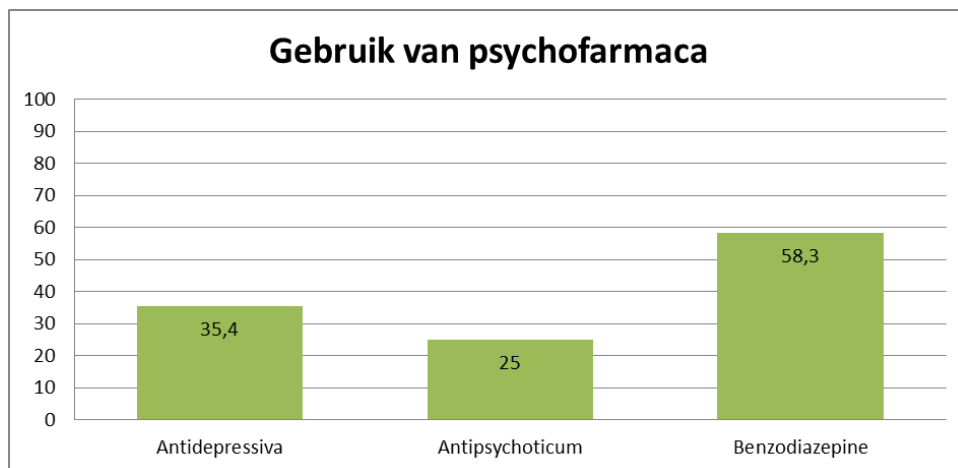
De plan-fase wordt reeds grotendeels gekaderd binnen de inleidende probleemstelling. Het is de fase waarin wordt geconcretiseerd waaruit het probleem ontstaan is en of er voldoende draagvlak is voor een project. Dit laatste werd reeds positief bekrachtigd door het team die mondeling, individueel werden gebriefd over deze probleemstelling en tijdens de grote teamvergadering in januari waar in groep de interesse bevestigd werd. In ons WZC was er duidelijk nog geen uitgestippelde procedure rond dit thema. Zorgpaden of richtlijnen bestaan er in België ook nog niet rond omgaan met BPSD. In 2011 heeft de Hoge Gezondheidsraad (wetenschappelijk adviesorgaan van de FOD Volksgezondheid) wel adviezen geformuleerd over “De impact van psychofarmaca op de gezondheid met een bijzondere aandacht voor de ouderen”. (FOD, 2011) In Nederland beschikt men ook over een Zorgpad dementie en Richtlijn Probleemgedrag. (NVVA, 2006) Er bestaat echter wel veel evidentie omtrent dementie, probleemgedrag en de preventie en behandeling. Het verbeterproject is dus gekomen om de kwaliteit van patiëntenzorg te verbeteren aan de hand van nieuwe wetenschappelijke informatie, en dit volgens een planmatige aanpak. (Vandereycken, 2014)

3.2 Do-fase

3.2.1 Nulmeting

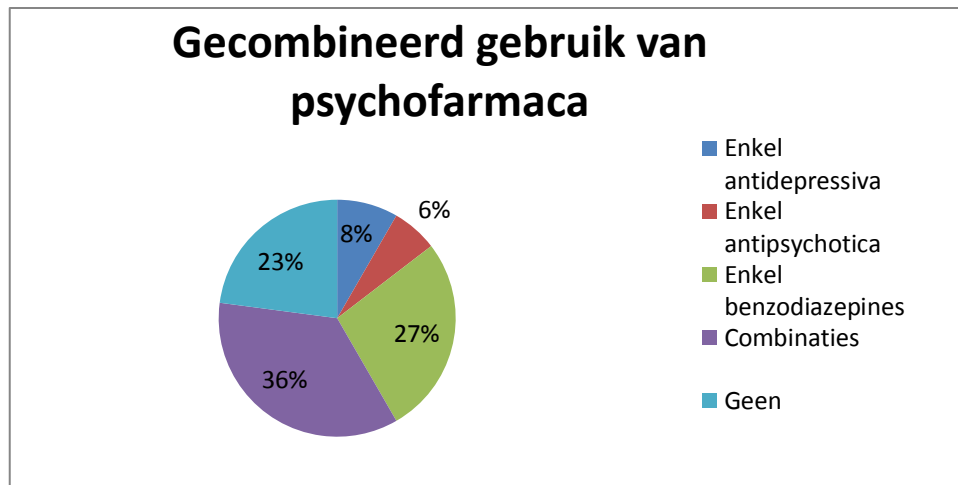
- Antipsychoticagebruik

Op 8 oktober 2014 is er een nulmeting gebeurd naar het antipsychoticagebruik in onze instelling op die dag. Dit is weergegeven aan de hand van onderstaand figuur.



Figuur 1: gebruik van psychofarmaca op 18/10/2014

Uit deze figuur kan men concluderen dat 1 op 4 bewoners een antipsychoticum neemt, meer dan 1 op 3 bewoners een antidepressivum en meer dan de helft benzodiazepines. Omdat het nemen van meerdere geneesmiddelen tegelijk nog meer kans geeft op bijwerkingen en interactie is ook het gecombineerd gebruik gemeten binnen de instelling.



Figuur 2: Gecombineerd gebruik van psychofarmaca op 8/10/2014

Uit bovenstaand figuur concluderen we dat meer dan $\frac{3}{4}$ van de bewoner minstens één van de 3 soorten psychofarmaca neemt.

Door deze cijfers was er alsmaar meer interesse naar die problematiek en werd er hier een project aan gekoppeld binnen de instelling. In eerste instantie was het vooral belangrijk om goed op de hoogte te zijn van regelgeving of recente onderzoeksresultaten rond dit thema. Na de nulmeting is er dus overgegaan naar de tweede stap in de DO-fase, nl. literatuur- en veldonderzoek.

3.2.2 Literatuur- en veldonderzoek

○ Literatuuronderzoek

Literatuur werd verzameld via databases zoals Pubmed, Embase en Cochrane. Hierin werd vooral naar wetenschappelijk onderzoek gezocht en indien relevant, geïncorporeerd in de literatuurstudie. Uiteindelijk werden er minimum 10 artikels weerhouden voor dit onderzoek. Ook via de website van de Vlaamse Alzheimers Liga werden folders en brochures verkregen om toch over correct, onderbouwde informatie te beschikken. Het expertisecentrum dementie Vlaanderen heeft net als de Liga een uitgebreide website waar actueel nieuws/onderzoek te vinden is over dementie. Regelgeving en overheidsaanbeveling werd verkregen op de website van het Agentschap Zorg en Gezondheid. Via collega's van het KEA-team (Kiné, Ergo, Animatie) of collega-verpleegkundigen werd er informatie verkregen over o.a. aromatherapie, de week van de valpreventie (medicatie en vallen). Dit via bv. artikels, boeken/brochures/folders.

○ Veldonderzoek

Via een persbericht op 3/12/'14 kwam de gelegenheid om het symposium 'Alle bewoners aan de pillen?' bij te wonen. Op het symposium zelf werden resultaten getoond over een vergelijkend project, dat in een Gents woon- en zorgcentrum (WZC Leiehome) had plaatsgevonden.

Het doel was ongeveer hetzelfde als dit project, namelijk meer aandacht voor alternatieve methode om probleemgedrag te behandelen. Naast deze resultaten waren er ook gastsprekers die o.a. meer uitleg kwamen geven over indicaties voor het voorschrijven van psychofarmaca en over het WZC-formularium.

Gezien het altijd interessant is te weten hoe ze elders een vergelijkend project hadden aangepakt en het symposium niet meer kon bijgewoond worden, werd telefonisch contact opgenomen op 12/12/'14 met de projectleidster, Majda Azermaj. In WZC Leihome werd dus een controlegroep en interventiegroep opgericht van verplegend/verzorgend team, KEA-team en CRA-arts. Beide partijen zouden gesensibiliseerd worden door een psychologe en een psychiatrisch verpleegkundige i.v.m. probleemgedrag, medicatie en alternatieve methoden. Het enige verschil is dat in de interventiegroep ook nog een bijkomend overlegorgaan werd opgericht achteraf om opvolging te garanderen. Dit overleg was multidisciplinair opgesteld, leden vanuit het ganse team van de instelling en onder begeleiding van een psychologe. Nadat deze structuur vastgelegd werd binnen de organisatie, kon men dus gaan naar een afbouw in medicatie. Indien er zich na de afbouw toch opnieuw probleemgedrag zou stellen, werd dit eerst teruggekoppeld naar het overlegorgaan om alternatieve therapieën te bespreken vooraleer men zou overgaan naar een opstart in medicatie. Het overlegorgaan vormde als het ware een controlepost waarlangs het team moest passeren vooraleer de huisarts werd aangesproken over probleemgedrag.

Dit heeft uiteindelijk hun project doen slagen, gezien er in de controlegroep geen sprake was van dit overlegorgaan en er veel vlugger werd overgegaan naar medicatie-opbouw. Majda Azermaj gaf als aanbeveling ook mee om het ganse team erbij te betrekken in het project en ook in het achterhoofd te houden dat er geen nultolerantie mogelijk is van antipsychotica. Hiermee wordt bedoeld dat een kleine 15% binnen een instelling toch altijd nood heeft aan antipsychotica. Dit deel van de bewoners heeft dus een geldige indicatie voor het nemen van antipsychotica. Tenslotte benadrukt ze nog het belang van 'persoons/belevingsgerichte zorg' en de activiteiten of therapieën die op deze moment al gedaan worden binnen de instelling.

Nu het literatuur- en veldonderzoek gebeurd waren, was het belangrijk alle informatie die tot nu toe verzameld werd ook overzichtelijk te maken, gezien het thema verschillende aspecten benadert. Ook informatie die op deze moment niet meer relevant leek, werd geëxcludeerd uit het onderzoek.

3.2.3 Theoretisch luik

Om dit project Evidence Based te laten verlopen, zou de volgende stap in de DO-fase gebeuren aan de hand van de resultaten, die uit de literatuurstudie en het veldonderzoek kwamen. Daarom dit theoretisch luik waar tegelijkertijd de link zal gelegd worden met de uitvoering in praktijk.

- Beschrijving

Het Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) splits BPSD op in enerzijds *de gedragsmatige* en anderzijds de *psychologische* symptomen. Onder de *gedragsmatige* symptomen verstaat men: agressie, roepgedrag, rusteloosheid, agitatie (verbaal en fysiek), doolgedrag, cultureel onaangepast gedrag, seksuele ontremming, vloeken, hamsteren en slapeloosheid. Onder de *psychologische* symptomen verstaat men: wanen, hallucinaties, misidentificaties, depressie, apathie en angst. (CGG, 2015) Over de behandeling van BPSD bestaat echter weinig evidentie, maar in de literatuur worden 2 mogelijkheden omschreven nl. de niet-farmacologische benadering (3.2.3.1) ofwel de medicamenteuze behandeling (3.2.3.2).

3.2.3.1 Niet-farmacologische benadering

De niet-farmacologische benadering zou de eerstelijns strategie moeten zijn naar preventie en behandeling van BPSD. (Liperoti, e.a., 2008) Deze interventie wordt o.a. wordt gebruikt om onderliggende oorzaken van de gedragsstoornis te verkennen en een gepersonaliseerde zorgverlening te geven. (SIGN, 2006) Dit omvat zowel de 'persoons- of belevingsgerichte zorg' als de therapieën of activiteiten, die bijdragen tot een beter kwaliteit van leven. (Peeters, 2012) Deze benadering is ook degene die binnen onze eigen verantwoordelijkheid ligt als team en waar we zeker al aan kunnen werken!

Persoons- of belevingsgerichte zorg

“Deze zorg heeft als doel: een verbetering van het emotionele en sociale functioneren en van de kwaliteit van leven van mensen met dementie. Dementerende begeleiden in het omgaan met cognitieve, emotionele en sociale gevolgen van de ziekte door aan te sluiten bij hun individuele mogelijkheden en subjectieve beleving.” (Van Son, 2015)

Om belevingsgerichte zorg te geven moet men allereerst de bewoner leren kennen, d.w.z. sociale anamnese of voorgeschiedenis kennen. Wat waren de routines of gewoontes van de bewoner? Wat voor iemand is/was de bewoner? Werk? Dagelijkse activiteiten? Belangrijke gebeurtenissen?

Ook een goede communicatie (zowel verbaal als non-verbaal) draagt bij tot deze zorg. Samenvattend stimuleren van de zorg en afstemmen op persoonlijke interesse en noden of zorg op maat geven, maakt dat een team persoons- of belevingsgericht gaat werken.

Onderzoek van de Christelijke Mutualiteit (2009) en het Federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg (2011) geven de aanbeveling om deze benadering via vorming en sensibilisering aan te brengen binnen de ganse equipe. Dit werd ook aanbevolen door Majda Azermaj gezien zij binnen hun instelling zowel de controle- als de interventiegroep hieraan onderworpen hadden en dit de slaagkansen deed verhogen.

Activiteiten en therapieën

Naast deze persoons- of belevingsgerichte zorg bestond er ook nog evidentie dat bepaalde activiteiten of therapieën, ertoe zouden bijdragen om gedragsstoornissen af te zwakken. Het KCE maakt in 2011 een rapport op over de werkzaamheid van alle niet-farmacologische interventies bij dementie.

Deze worden opgedeeld in 8 groepen; nl. cognitief- en emotiegericht, sensorische stimuli, dagelijkse activiteiten, fysieke activiteiten, omgevingsgerichte veranderingen, voeding en interventies gericht op zorgverleners. Vooral onder het luik sensorische stimuli wordt evidentie bewezen bij snoezelen, massage en aromatherapie (Ballard, et.al., 2002) , muziektherapie en lichttherapie. (Casby & Holm, 1994) Huisdiertherapie wordt ook aangegeven als positieve invloed op dementerenden. (Azermaj, 2012)

Aan de hand van deze resultaten over de niet-farmacologische benadering, hebben we dus volgende stappen ondernomen in praktijk.

Om de persoons- of belevingsgerichte zorg te kaderen werd er een vorming georganiseerd binnen onze instelling. Rond deze vorming werden de volgende vragen gesteld; Wie zou dit geven? Wanneer en waar zou dit plaatsvinden? Wie is de doelgroep? Wie moet zijn fiat hierover geven?

Nadat de goedkeuring gebeurde door de verantwoordelijke over het VTO-beleid om een vorming te organiseren, werd op zoek gegaan naar een organisatie die dit kon geven. Als instelling waren we al vertrouwd met het Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg via residentenbesprekingen. Hierin zou telkens een psychologe zetelen om ons met raad en daad bij te staan in casussen. Via de hoofdverpleger werd het adres gegeven van één van deze psychologen om zo tot een eerste kennismaking te komen. Nadat er na verloop van tijd dus ook een lesgeefster was vastgelegd, was het nu enkel nog de data vastleggen en de doelgroep bepalen. Via een grote teamvergadering werd in januari het project in groepsverband naar het team geïntroduceerd door een presentatie en werd de interesse naar zo een themavorming gepeild. Deze vraag werd positief beantwoord waardoor nu ook de data konden vastgelegd worden. De vormingen zouden best doorgaan buiten een verlofperiode (voor de opkomst te verzekeren) maar ook nog binnen de periode van het project. Daarom werd de vorming vastgelegd op 26/3/'15 en 2/4/'15. De vorming moest op 2 dagen doorgaan telkens een voormiddag of namiddag, naargelang de groepen verdeeld waren. Hierin werden de volgende personen bij betrokken; verplegend/verzorgend team (zowel dag als nachtdienst), KEA-team, CRA-arts, leidinggevend en poets/logistieke dienst. Het onderwerp van deze vormingen waren dus 'BPSD en dementie' en werden gegeven door Kirsten Van Son van het CGG. In deze vormingen werd ook nogmaals het belang gekaderd van de bewoner leren kennen, via de sociale anamnese o.a. Dit is iets wat door de animatiedeskundige/ergo bij het begin van de opname wordt genoteerd in het bewonersdossier zodat elke medewerker dit kan lezen.

Andere thema's die aan bod kwamen tijdens de vormingen waren: dementie (theorie), probleemgedrag (oorzaken, preventie en behandeling), gedragsmatige principes, het ABC-schema (Bijlage 1), persoon- en belevingsgerichte zorg.

Na de vormingen is er nog een terugkoppeling gebeurd waarin de evaluaties van de vormingen werden besproken en het verdere verloop van dit project werd vastgelegd. De vorming werd over het algemeen goed-zeer goed gescoord. Uit de evaluatie is gebleken dat men als team, door deze vormingen, het gedrag van (dementerende) bewoners beter heeft leren begrijpen en meer begrip toont. Ook dat we bewuster zullen omgaan, met 'hoe we reageren op dit gedrag' en niet meer zozeer zullen handelen uit gewoonte. Hieronder hoort o.a. "actief luisteren" naar de bewoner. Verder werd aangegeven dat het ABC-schema als positief en werkbaar werd ervaren en ook communicatie hierin belangrijk is; "goede afspraken maken als team" en "het ganse team de afspraken naleeft", kortom alle neuzen in dezelfde richting. In deze terugkoppeling werd ook het verdere verloop van dit project vastgelegd en hieruit is zijn o.a. de residentenbesprekingen met het CGG heropgestart. Zoals eerder vermeld, is het belangrijk om achteraf na afbouw van medicatie of opbouw van alternatieven een multidisciplinair overlegorgaan te hebben waarin het gedrag van de bewoner kritisch kan bekeken en opgevolgd worden door een professioneel team.

Daarom werd er na de vormingen 1 bewoner gekozen om rond het probleemgedrag te werken en werd er een eerste bijeenkomst gepland op 7/5/'15. In dit overleg werd het gedrag geanalyseerd volgens het ABC-schema en werden oplossingen gezocht om het probleemgedrag aan te pakken. Ook de familie en huisarts werden hiervan op de hoogte gesteld. Op 18/5/'15 werd er opnieuw een moment ingepland, ter evaluatie voor deze interventies. Tussentijds was het vooral de bedoeling haar aandachtig te observeren en deze observaties ook te rapporteren.

Na de vorming en terugkoppeling vond er dan nog een bijeenkomst plaats met het KEA-team om de activiteiten te overlopen.

Er werd met het KEA-team besproken wat er momenteel al op het activiteitenprogramma stond en deze bespreking werd geleid aan de hand van het KCE-rapport uit 2011.

De 8 groepen (zie boven) werden één voor één overlopen en men kon hier telkens over zeggen wat zij hiermee deden of waar nog potentieel in zat.

Zo was bv. aromatherapie nog niet opgestart maar had de animatiedeskundige wel al een vorming vastgelegd om deze te gaan volgen en dus ook uit te proberen binnen de instelling. Dit is toch wel een must als men met aromatherapie wil beginnen. Snoezelbaden werden al gegeven binnen onze instelling en worden ook als positief bevonden door het KEA-team op gedrag bij dementerenden en worden zeker verder gezet!

Muziektherapie wordt in de groepjes van 3-4 bewoners gedaan, waarbij liedjes van vroeger worden opgezocht en afgespeeld om contact te zoeken met bewoners. Hierbij wordt ook rekening gehouden met voorkeur van bewoners (sociale anamnese).

Naast de groepswerking werd het gebruik van klankschalen benoemd, die nog niet van toepassing waren bij ons maar waar het KEA-team zich wel voor wilt engageren om opzoekwerk te doen. Uiteindelijk zou dit ook doorheen het project plaatsvinden en worden er positieve bevindingen gedaan op het moment zelf, door personeel en bewoners. Deze observaties werden ook genoteerd in het verpleegdossier. Tenslotte de huisdiertherapie. Een huisdier was praktisch gezien niet haalbaar binnen onze organisatie maar wel komt er sinds kort een snoezelhond langs! Over het algemeen konden we na dit overleg besluiten dat er al zéér veel binnen de instelling gebeurt om bewoners te animeren en therapiegericht bezig te zijn bij dementerenden.

3.2.3.2 Medicamenteuze benadering

Zoals eerder vermeld, wordt er in België een hoog antipsychoticagebruik vastgesteld binnen de residentiële zorg, om probleemgedrag bij dementerenden aan te pakken. Dit wordt bevestigd door onderzoek van de Christelijke Mutualiteit in 2009 en uit de PHEBE-studie van het KCE in 2011 naar het psychofarmacagebruik. Bijna 1 op 3 bewoners neemt antipsychotica en dit ook nog eens te langdurig (>3 maanden). (Azermaj, 2012)

Het hoge gebruik is o.a. te wijten aan het 'off labe use' van deze middelen. Vaak worden antipsychotica voorgeschreven voor probleemgedrag bij dementerenden, terwijl deze hier niet voor geïndiceerd zijn. Onderzoek toont aan dat de doeltreffendheid enkel bewezen wordt bij ernstige agressie/agitatie en psychotische symptomen. De werkzaamheid van deze middelen is dus niet aangewezen bij andere symptomen van BPSD, terwijl dit wel vaak voor ook deze symptomen wordt gegeven. (Claes, 2010) Anderzijds is het chronisch gebruik en gebrek aan afbouw een reden tot bezorgdheid. De Hoge Gezondheidsraad (HGR FOD) geeft de aanbeveling antipsychotica niet langer dan 3 maanden toe te dienen. Zij beschrijven in deze aanbeveling de weinige studies die langer liepen dan 6 maanden en die geen effect meer konden bewijzen van antipsychotica. (Lon S. Schneider & al., 2006; Ballard & al., 2005; Ballard & al., 2008)

Eenmaal opgestart dient men systematisch af te bouwen. Dit geldt uiteraard niet voor psychosen en schizofrenie. (BCFI, 2010; Farmaka, 2010; Whitaker, 2004)

Vervolgens is er nog het ongewenst bijwerkingenprofiel die het gebruik bij ouderen overschaduwen. VZW Farmaka omschrijft verscheidene neveneffecten zoals; plotse hartdood, heupfracturen, veneuze trombosen, CVA, pneumonie, epileptische aanvallen, type 2 diabetes en gewichtstoename. (Farmaka, 2014) Ouderen zijn dan ook nog eens gevoeliger aan deze bijwerkingen gezien de veranderingen in farmacokinetiek en de sedatie dus sneller gebeurt (hoger risico op vallen).

Het meeste onderzoek zou ook gebeuren naar haloperidol en risperidon. In België is vanuit het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en gezondheidsproducten (FAGG) enkel Risperidon geregistreerd voor een kortdurende behandeling (tot 6 weken) van aanhoudende agressie bij patiënten met matige tot ernstige ziekte van Alzheimer, die niet reageren op niet-farmacologische methodes en als er gevaar is voor de patiënt of anderen. (KCE, 2011)

Om het probleem aan te pakken was een niet onbelangrijk deel in dit verhaal, te bekijken waarom er nu net zoveel psychofarmaca wordt voorgeschreven? Enerzijds door het 'off label use' maar literatuur beschrijft ook nog aspecten die vooral de verpleegkundigen en huisartsen aanduiden als cruciale factoren in dit proces.

De verpleegkundige is de observator en speelt een grote rol in de communicatie naar de huisarts. Het verplegend/verzorgend team, familie en bewoner zelf zijn degene die het meeste te maken hebben met dit gedrag wat leidt tot extra werkdruk en werkbelasting. Ondanks dat de verpleegkundige de situatie kan plaatsen, blijft ze het gedrag vaak vanuit haar standpunt zien en dat in naam van het team. De verpleging voelt zich verantwoordelijk voor de bewoner, één van hen stelt probleemgedrag en we willen hier meteen oplossing voor, wat leidt tot een medicatievoorschrift. Deze stap blijkt cruciaal te zijn voor opbouw! Indien een bewoner op deze moment met de juiste begeleiding door de juiste persoon zou opgevangen worden, is de stap naar medicatie al veel kleiner. Natuurlijk is dit niet vanzelfsprekend en vraagt dit tijd en inzicht van alle betrokken partijen!

Naast de verpleegkundige speelt ook *de huisarts* hier een belangrijke rol. Waar de verpleegkundige vragende partij is voor opbouw, stelt de huisarts zich eerder teruggetrokken op in de afbouw. Onderzoek toont ook aan dat dit o.a. bepaald wordt door de plaats waar de medicatie aanvankelijk werd opgestart. Een onderzoek dat gebeurde in 3 Vlaamse woonzorgcentra (2012), geeft aan dat antipsychotica die extern in een ziekenhuissetting werden opgestart na acute verwardheid of delier, bijna nauwelijks worden afgebouwd in het WZC zelfs als de bewoner terug beter is. Dit zou kunnen komen door de gebrekkige kennis van alle partijen, het blind uitvoeren van het advies van de specialist en de gebrekkige communicatie. In ditzelfde onderzoek wordt aangegeven dat men geen risico wilt nemen in het afbouwen van deze medicatie en er het nut niet van inzien.

De criteria voor verpleegkundigen en huisartsen die gebruikt worden om te stoppen zijn ook niet de lange toedieningsduur of de bekomen gedragsverandering, maar wel het optreden van nevenwerkingen zoals apathie en vallen. Maar zelfs hier worden deze laatste symptomen bijna steeds aan de toename van het dementieproces geweten, zonder de medicatie in vraag te stellen. (Peeters, 2012)

Aan de hand van deze resultaten over de farmacologische benadering, hebben we volgende stappen ondernomen in praktijk.

Op de teamvergadering in januari werd er naar het ganse team dit project gekaderd en uitgelegd. Dit omvat zowel de probleemstelling als inhoudelijk kader over wat antipsychotica juist is, de indicaties, de bijwerkingen, etc.

Gezien het een eerste kennismaking was met het project, werd er nog niet teveel informatie op hen losgelaten om hen ook niet af te schrikken. Daarom zou er na vorming van het CGG, in de werkgroep verpleging, dieper ingegaan worden op dit thema. Hierin zouden vooral praktische dingen nagegaan worden zoals bv. worden medicatiefiches voldoende gerevalueerd? Weten we nu na de vormingen wat we als alternatief kunnen inzetten om de stap naar medicatietoediening te verminderen? Kritische reflectie op het thema, etc.

Vervolgens is het thema ook aan de CRA-arts uitgelegd via een werkgroep. Hij heeft de vormingen bijgewoond van het CGG en zou dit project ook toelichten binnen de vereniging van Landense huisartsen.

3.3 Check-fase

In deze voorlaatste fase wil men vooral onderzoeken of de interventies nu daadwerkelijk geholpen hebben en of we het probleemgedrag ook beter op niet-farmacologische manieren kunnen aanpakken.

3.3.1 Steekproef onder de bewoners i.v.m. activiteiten

Gedurende het projectjaar is er dus o.a. gestart met aromatherapie en muziektherapie (klankschalen en groepstherapie) en worden er ook meer snoezelbaden gegeven. In het verpleegdossier worden de observaties van de bewoners genoteerd waaruit blijkt dat deze activiteiten ook hun vruchten afwerpen. Uiteraard geven deze interventies niet bij iedereen hetzelfde, of een even groot effect maar wordt dit wel positief bevestigd door het KEA-team. Naast deze activiteiten worden er ook andere activiteiten gedaan bij de bewoners, die de kwaliteit van leven verhogen, maar het zijn vooral deze activiteiten die door het KCE (2009) ook benoemd worden naar probleemgedrag. Op vlak van activiteiten en therapieën hebben we niet veel moeten veranderen, gezien hier al veel aandacht aan wordt gegeven door het KEA-team binnen onze instelling!

3.3.2 Steekproef onder het personeel i.v.m. persoonsgerichte zorg en casuïstiek

Ook onder het personeel hebben we het effect bevraagd naar de interventies van het afgelopen jaar en wordt er gemeten naar de intentie voor de farmacologische behandeling van BPSD. Via een korte vragenlijst (Bijlage 2) werden de personeelsleden bevraagd over wat ze nu anders deden in hun handelen of in hun denkwijze. Of ze nu ook anders reageren in bepaalde situaties dan vroeger en of dit een positief effect bewerkstelligd? Uit deze steekproef kwam over het algemeen toch een positieve verandering naar boven in eigen gedrag en handelen. Collega's formuleren vooral praktische tips die ze nu meer gebruiken dan vroeger en waar ze bewuster mee omgaan. Ook de interventies die gedaan werden, bij 1 specifieke bewoner (uit de casusbespreking) werden als positief beoordeeld. We merken dat er een afname is in probleemgedrag en dat de situatie meer onder controle is. Uit eigen ervaringen en van de leidinggevende wordt er ook een algemene mentaliteitsverandering gezien binnen het team. Er wordt meer bewust nagedacht over 'wat werkt wel?' en 'waar moeten we meer op inzetten?', of minder vraag om de huisarts te contacteren betreffende probleemgedrag. Ook bij andere bewoners wordt de link vlugger gelegd. De bedoeling van de vragenlijst in deze fase was vooral ook een persoonlijke reflectie op het eigen gedrag en handelen en om terug de tips van enkele maanden geleden uit de vormingen terug te doen leven. Herhaling is echter nodig in deze thematiek.

3.4 Act-fase

Via een beleidsplan, verzekeren we de procedure op organisatieniveau en wordt ook de ganse instelling hierover geïnformeerd in de maandelijkse nieuwsbrief.

Beleidsplan (actieplan) op organisatieniveau WZC Oleyck 2015/2016

Onderwerp	Probleemgedrag bij dementerenden; Aandacht voor niet-farmacologische alternatieven en inzet voor een medicatie-afbouwend beleid in de instelling.
Probleemstelling	<p>BPSD of 'Behavioural and Psychiatric Symptoms of Dementia' komt ongeveer voor bij 34-90% van de bewoners met dementie. Het begrip omvat gedragsmatige of psychiatrische symptomen, die bij dementerenden voorkomen en zich uiten als probleemgedrag. Dit vormt voor de bewoner, de familie maar ook de zorgverleners een extra werkdruk en werkbelasting. (Peeters, 2012) Uit onderzoek blijkt dat vaak de oplossing wordt gezocht in antipsychotica of geneesmiddelen die dit probleemgedrag kunnen aftoppen. Niet alleen het negatieve bijwerkingenprofiel en het 'off label use' (medicatiegebruik zonder indicatie) overschaduwden het gebruik bij ouderen. Uit een doctoraatstudie, gedaan aan de Universiteit van Gent blijkt dat bijna 1 op 3 bewoners in Vlaamse WZC, een antipsychoticum neemt en dit in 3 op 4 gevallen probleemloos kan afgebouwd worden. (Azermaj 2012) Helaas wordt er eerder opgebouwd dan afgebouwd en liggen de percentagecijfers van 'algemeen medicatiegebruik' voor kwaliteitsindicatoren dus ook vrij hoog. Gezien deze problematiek werd er op zoek gegaan naar projecten buiten onze instelling (veldonderzoek), die dit probleem reeds hebben willen aanpakken. Ook na een zorgvuldig literatuuronderzoek werden volgende vaststellingen gedaan. Alvorens te beginnen aan een psychofarmaca-afbouw, moeten de niet-farmacologische interventies onder de aandacht gebracht worden voor het ganse team zoals 'persoons-en belevingsgerichte zorg', d.w.z. zorg bieden naargelang de noden en behoeften van de bewoners. Ook activiteiten en therapieën die bijdragen tot preventie en behandeling van probleemgedrag zoals muziektherapie, snoezelen en aromatherapie. Deze eerste fase is van groot belang voor het verzorgend/verplegend personeel en KEA-team die in rechtstreeks contact staan met de bewoner. Indien deze alternatieven goed gekaderd worden en er zich nog steeds probleemgedrag stelt, kan ook het Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg ingeschakeld worden om per casus advies te krijgen van psychologen in dit probleemgedrag. Indien deze procedure verankerd kan worden in het belang van een psychofarmaca-afbouw en deze ook toegepast wordt, kan men overgaan tot een medicatie-arme aanpak van antipsychotica. Dit vraagt natuurlijk tijd en inzicht van alle betrokken partijen!</p>

Doelstelling	<p>Alvorens probleemgedrag aan te pakken met antipsychotica, via multidisciplinair overleg meer aandacht hebben voor alternatieve methoden. Het project draagt zo bij tot verschillende afdelingsdoelstellingen waaronder primaire kwaliteit i.k.v. Evidence Based Nursing. Ook secundaire kwaliteit of patiënten tevredenheid kan getoetst worden door kwaliteit van leven te verbeteren.</p> <p>De betrokkenheid van het team, de competenties van elke individu en de autonomie worden aangesproken, in een performant werkende setting.</p>
Stappenplan	<p>Nulmeting binnen de instelling: 1 op 4 bewoner nam op 8/10/2014 een antipsychoticum. Vaak wordt dit in combinatie genomen met andere geneesmiddelen van de psychofarmacagroep (polyfarmaca) wat de kans op interactie en bijwerking alleen nog maar meer vergroot.</p> <p>Draagvlak en betrokkenheid creëren binnen de instelling voor de probleemstelling (alle partijen informeren via communicatiekanalen)</p> <p>Via sensibilisering; het ganse verplegend/verzorgend team, Kiné/Ergo/Animatie, CRA-arts, leidinggevenden en poets/logistiek vorming geven op de niet-farmacologische benadering van probleemgedrag.</p> <p>Multidisciplinair orgaan creëren o.l.v. Centrum Geestelijke Gezondheidszorg voor casuïstiek.</p> <p>Verder werken aan dit proces via werkgroepen verpleging, dementie en briefingmomenten</p> <p>Project waarborgen op organisatieniveau in beleidsplan</p>
Tijdspad	<p>Het project werd opgestart in september 2014 en is tot op heden nog lopende.</p>
Verantwoordelijkheden	<p>Projectleider: Evelien Menten</p> <p>Inhoudsdeskundige: Christophe Forier – Lieven Vanlangenaeker</p> <p>Verantwoordelijke bewonerszorg: Brenda Ladangh – Directie: Ellen Geerts</p> <p>Draagvlak voor uitvoering: verzorgend/verplegend personeel – KEAteam – CRA-arts – poets/logistiek</p>
Evaluatie	<p>Goedkeuring voor de vormingen en evaluatie werd gedaan in april</p> <p>Verder evaluatie van het project wordt verder vastgelegd in overlegmomenten met leidinggevende.</p>
Communicatie	<p>Via teamvergadering</p> <p>Via briefingmomenten</p> <p>Via werkgroepen; dementie en verpleging</p> <p>Via communicatieschrift</p>

	<p>Via affichering in verpleegpost</p> <p>Via verslaggeving</p> <p>Via de maandelijkse nieuwsbrief</p>
--	--

3.5 Financieel luik

Het financieel kader betreft vooral; de vormingen, casusbesprekingen en evaluatiemomenten met het CGG. Financiële afspraken werden vastgelegd in een samenwerkingsovereenkomst.

Algemeen

Voor het kalenderjaar 2015 is er 4000 EUR voorzien voor vorming van woonzorgcentrum-personeel.

Voor bepaalde functies is een minimum aantal uren vorming per jaar verplicht in het kader van de wetgeving op woonzorgcentra. Deze wordt niet afzonderlijk gefinancierd. Maar er is wel een totaal pakket aan subsidies, dat bedoeld is voor alles waartoe men verplicht wordt als WZC. Dat is natuurlijk niet volledig kostendekkend.

Het budget wordt per jaar opgemaakt, maar wel voor meerdere jaren samen, per legislatuur. Nu is dat opgemaakt eind 2013 voor 2014-2019. Directie maakt het budget op voor het woonzorgcentrum. De OCMW-raad keurt dit goed, samen met de andere budgetten van het OCMW. De stad moet tenslotte ook het totaal budget van het OCMW goedkeuren, aangezien zij een jaarlijkse dotatie doen aan het OCMW, en die in hun budget moeten opnemen.

Vormingen 26/3 en 2/4

De kost voor beide vormingen van telkens 3 uur kwam op $200\text{€}/\text{u} \times 12\text{u}$ (2 volledige dagen)= **800€**

Casusbesprekingen + evaluatiemomenten

De casusbesprekingen en evaluatiemomenten werden ook vermeld in de overeenkomst. De kost hiervoor bedraagt **280 EUR** (4 x 70 EUR) + verplaatsingskosten (50 km x 4 x 0,3468 EUR) en zal gefactureerd worden als de casusbespreking en het evaluatiemoment hebben plaatsgevonden.

4. Besluit

Aan het begin van dit project werd de volgende onderzoeksvraag gesteld: *“Hoe gaan we als team naar een beleid dat maximaal inzet op niet-medicamenteuze alternatieven voor probleemgedrag?”*

Volgende resultaten kunnen uit onderzoek afgeleid worden. Een eerste bevinding is dat alle onderzoeken de voorkeur geven aan de niet-medicamenteuze alternatieven. Als een bewoner probleemgedrag stelt, moet er in eerste instantie binnen het team zelf onderzocht worden wat men kan ondernemen om dit probleemgedrag aan te pakken. Dit kan op 2 manieren gebeuren; persoons- of belevingsgerichte zorg en via aanbod van therapie. De eerste keuze betreft vooral (preventief) omgaan met probleemgedrag. Door zorg toe te dienen naargelang de behoeften en noden van de bewoner en de bewoner leren kennen. Het alternatief werkt via therapie zoals muziek- en aromatherapie of snoezelen om probleemgedrag af te toppen. Opdat beiden interventies doorheen de ganse organisatie zouden doorvloeien, werd dit verder uiteengezet in 2 vormen over ‘Dementie en Probleemgedrag’. Het activiteitenprogramma werd verder uitgediept met het KEA-team om te zoeken naar mogelijkheden.

Beide interventies kunnen gesteld worden op vlak van alle (dementerende) bewoners. Indien er zich probleemgedrag blijft stellen op individueel niveau, kan er nog gebruik gemaakt worden van gerichte casusbesprekingen, samen met het CGG. Hierin wordt multidisciplinair nagedacht over mogelijke oplossingen, alternatieven om het gedrag af te toppen, via het ABC-schema. Uiteraard is er vanuit dit overlegorgaan een goede informatiedoorstroom nodig naar het team en worden de adviezen achteraf ook geëvalueerd voor verder gebruik.

Pas als al deze alternatieven overwogen werden, zou men de stap moeten zetten naar de huisarts met de vraag naar antipsychotica. Eens deze opgestart wordt, is ook evaluatie en eventuele afbouw na maximaal 12 weken aangewezen. Voorschrijven voor de juiste indicatie en zo ‘off label use’ vermijden, is primair!

5. Reflectie – Discussie

Een eerste stap in dit project was vooral zelf op zoek gaan naar een thema of onderwerp dat boeiend, interessant maar ook relevant genoeg leek om een jaar lang intensief aan te werken. Als verpleegkundige in een WZC moest ik er dan ook rekening mee houden dat ik dit project vanuit mijn eigen functie als niet-leidinggevende kon realiseren. Al vlug werd dan de keuze gemaakt om te werken rond BPSD en dementie gezien ik hier elke dag mee in contact kom en merk dat we hier als team vaak mee moeten leren omgaan. In het begin wou ik wel vooral de focus leggen op medicatie-afbouw en antipsychotica. De kick-off avond en gesprekken met Lieven en Christophe hebben mij doen inzien dat dit niet tot mijn onderzoeksdomein behoort, omwille van de verantwoordelijkheid die eerder bij de artsen ligt. Daarom moest ik het project op een andere manier gaan bekijken en aanpakken volgens mijn eigen werkdomein!

Daarom heb ik ervoor gekozen om de nadruk te leggen op de niet-farmacologische interventies om probleemgedrag aan te pakken. Gezien ik hier nog niet veel over wist, wou ik mij dit thema toch eigen maken via literatuur.

Ik ben dan meteen begonnen aan een literatuuronderzoek, waarmee ik al snel vaststelde dat er enorm véél informatie beschikbaar is over dementie in het algemeen, maar ook over probleemgedrag. Ook over antipsychotica (theorie) vond ik heel veel terug, zowel nationale als internationale literatuur. Via de werkgroep dementie in onze instelling, heb ik ook informatie kunnen verkrijgen en verwerken in dit project! Gezien de hoeveelheid van informatie heb ik hier toch heel wat tijd ingestoken, ongeveer 2 à 3 maanden, maar zelf vond ik dit een goede zet. Dit heeft ervoor gezorgd dat hoe meer ik erover las, hoe meer interesse dit in mij opwekte en kreeg ik ook meer zelfvertrouwen om met dit project van start te gaan! Ook de contactopname met Majda Azermaj, heeft mij veel bijgebracht op vlak van praktische uitwerking.

Daarna was het dus vooral het team warm krijgen voor dit project. Eind januari 2015 vond er opnieuw een teamvergadering plaats en graag wou ik dit via deze weg bekend maken omdat alle collega's van VP/VZ hier ook op aanwezig zouden zijn. Achteraf gezien heeft dit er wel voor gezorgd dat mijn project wat moest wachten, gezien ik in december alle informatie al had verzameld en klaar was om met dit project te beginnen op de werkvloer. Toch wou ik hierop wachten om al geen valse start te nemen en ervoor te zorgen dat iedereen op de hoogte was.

Het KEA-team, de poets en de CRA-arts werden hier mondeling al over gebriefd via overlegmomenten.

Op de teamvergadering zelf heb ik via een powerpoint-presentatie het project en de doelstellingen uitgelegd. Erna heb ik ook de interesse getoetst tot dit thema en voor een eventuele vorming. Ik vond het belangrijk om zo betrokkenheid te creëren binnen het team en hen toch autonoom mee te laten beslissen over dit project. Ik wou hier ook een inspirerende leiderschapsstijl in oefenen om zo mijn visie over te brengen over dit thema maar ook mijn enthousiasme en gedrevenheid hierin te tonen naar het team.

Wat ik wel meeneem als tip, is dat de mensen die toen niet op de teamvergadering aanwezig waren niet op tijd genoeg werden geïnformeerd via bijv. verslaggeving wat natuurlijk wel belangrijk is!

Na de informatiedoorstroming naar alle stakeholders werden de vormingen georganiseerd, waar ik toch wel heel wat uit geleerd heb. Ik heb o.a. het financieel luik hierover leren kennen, weten wat er administratief allemaal moet in orde gebracht om dit te organiseren. Ook hoe we dit zouden organiseren, hoeveel personen we hiervoor best nemen, gemengde groepen of alle disciplines apart, wie zijn fiat hierover moet geven, locatie, datum (best buiten verlofperiodes), etc. Het organiseren ging uiteindelijk vrij vlot en heeft ook niet veel tijd in beslag genomen, dankzij mijn inhoudsdeskundige die al vrij snel iemand van het CGG kon aanraden.

Wat in de vormingen vooral naar boven kwam was dan weer de inspirerende stijl maar ook de coachende. Tijdens de lessen kwamen er toch wel veel meningen en ideeën uit de groep, die een moment creëerde voor openheid en ook voor vertrouwen: om te luisteren en begrip te tonen naar zaken waar het team soms tegenaan loopt of net niet! Het zijn die momenten waaruit we het meest leren en onthouden, en dat bleek ook uit de evaluaties van de vormingen achteraf. Dementie was ook een persoonlijk thema voor sommige mensen, waar ik niet genoeg bij stil stond en wat dan tijdens de lessen toch tot uiting kwam. Zoiets neem ik alvast mee als 'reminder' naar een volgende project!

De terugkoppeling na de vormingen gebeurde in kleinere groepen met leidinggevende, waar ik dan merkte dat ik mijzelf hier eerder teruggetrokken in opstelde. De opleiding heeft mij wel handvaten meegegeven om toch sterker en met zelfvertrouwen op te treden en gerust mijn mening te delen.

Na de terugkoppeling was er de start van casusbesprekingen. Hiervoor was het de bedoeling een multidisciplinair team te voorzien, om samen met het CGG een casus uit te werken.

Vanuit de (casus)bijeenkomsten hadden we de opdracht gekregen alles goed te observeren, te rapporteren en te evalueren, wat wel door elk teamlid werd gedaan! Ook de creatieve oplossingen werden door het KEA-team meteen in orde gebracht!

Hierna werd alles vooral mondeling, schriftelijk of via mail doorgecommuniceerd wat ik soms wel storend vond om collega's via hun persoonlijk mailadres te bereiken. Door de deadline van het project was ik toch genoodzaakt om dit via deze weg te doen, om ieders input te kunnen verwerken.

Wat ik hier vooral uit geleerd heb, is dat er naar de toekomst toe best een soort van projectgroep rond gestart wordt, gezien nu iedereen uitgenodigd werd op dit overleg maar de opkomst was wat minder. Ik denk dat dit een gevolg is van de lagere bezetting op dat moment (t.g.v. verhoogd ziekteverzuim) en waardoor het voor mijn collega's een extra belasting was. Er werd aan hen door mijn leidinggevende gevraagd om in te springen voor zieke collega's en ik had dan nog eens een casus bespreking georganiseerd. Ik zat met een dubbel gevoel, ook omdat ik weet vanuit de opleiding dat zelfzorg heel belangrijk is. Wat ik wel positief ervaren heb en ook bekrachtig heb naar het team is dat ondanks de 'magere opkomst' er toch wel heel wat betrokkenheid was. De projectgroep zou ook een logisch, praktisch vervolg kunnen zijn van dit project om zo later snel en eenvoudig tot analyse van probleemgedrag te komen. In het tweede evaluatiemoment met het CGG kwam dit ook al ter sprake door collega's, en hebben enkelen zich al aangeboden om hier ook in mee te gaan!

De verdere stappen om dit tot zijn recht te laten komen, worden nog gezet in de toekomst maar ik denk dat er vanuit dit project toch al een eerste aanzet geweest is.

Tenslotte wil ik nog meegeven dat ik vanuit mijn functie als verpleegkundige heel wat heb mogen uitvoeren binnen de instelling. Dit dankzij de steun van mijn collega's en leidinggevenden die hier ook steeds hun goedkeuring en inzet hebben getoond! Zonder hen was dit nooit gelukt! Dit vind ik ook net het mooiste aan het project. Ik heb nu zelf ondervonden hoe het is om een project te starten, iedereen te sensibiliseren en gemotiveerd te houden. Dit gaf mij voldoening en ik kijk daarom enthousiast mijn toekomst als leidinggevende tegemoet.

6. Abstract

ACADEMIEJAAR: 2014-2015

NAAM: Menten

VOORNAAM: Evelien

CONTACT : evelien_menten091@hotmail.com

INHOUDSDESKUNDIGE: Christophe Forier, hoofdverpleger, WZC Oleyck Landen

TITEL: Dementie en probleemgedrag: een warme zorg vs. een farmacologisch beleid!

ABSTRACT:

BPSD of 'Behavioural and Psychiatric Symptoms of Dementia' komt ongeveer voor bij 34-90% van de bewoners met dementie. Het begrip omvat gedragsmatige of psychiatrische symptomen, die bij dementerenden voorkomen en zich uiten als probleemgedrag. Dit vormt voor de bewoner, de familie maar ook de zorgverleners een extra werkdruk en werkbelasting. Uit onderzoek blijkt dat vaak de oplossing wordt gezien in antipsychotica of geneesmiddelen die dit probleemgedrag kunnen aftoppen. Niet alleen het negatieve bijwerkingenprofiel maar ook het 'off label use' (medicatiegebruik zonder indicatie) overschaduwden het gebruik bij ouderen. Uit een doctoraatsstudie, blijkt dat bijna 1 op 3 bewoners in Vlaamse WZC, een antipsychoticum neemt en dit in 3 op 4 gevallen probleemloos kan afgebouwd worden.

Helaas wordt er eerder opgebouwd dan afgebouwd en liggen de percentagecijfers van 'algemeen medicatiegebruik' voor kwaliteitsindicatoren dus ook vrij hoog.

Gezien deze problematiek werd er op zoek gegaan naar projecten buiten de instelling (via veldonderzoek), die dit probleem reeds hebben willen aanpakken. Ook na een zorgvuldig literatuuronderzoek werden volgende vaststellingen gedaan.

Alvorens te beginnen aan een psychofarmaca-afbouw, moeten de niet-farmacologische interventies onder de aandacht gebracht worden voor het ganse team zoals 'persoons-en belevingsgerichte zorg', d.w.z. zorg bieden naargelang de noden en behoeften van de bewoners. Ook activiteiten en therapieën die bijdragen tot preventie en behandeling van probleemgedrag zoals muziektherapie, snoezelen en aromatherapie. Deze eerste fase is van groot belang voor het verzorgend/verplegend personeel en KEA-team die in rechtstreeks contact staan met de bewoner. Indien deze alternatieven goed gekaderd worden en er zich nog steeds probleemgedrag stelt, kan ook het Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg ingeschakeld worden om per casus advies te krijgen van psychologen in dit probleemgedrag. Als deze procedure verankerd kan worden in het belang van een psychofarmaca-afbouw en deze ook toegepast wordt, kan men overgaan tot een medicatie-arme aanpak van antipsychotica.

TREFWOORDEN: nursing home, antipsychotics, BPSD

COLLATIE: 28 pagina's, met bijlagen 33 pagina's

7. Bibliografie

Artikels

Azermaj, M. (2012). Majda Azermai, Psychofarmacagebruik bij ouderen. Een focus op de antipsychotica voor dementiegerelateerde gedragsstoornissen. *Onderzoek*, 26-27.

Ballard, C.G., O'Brien, J.T., Reichelt, K., & Perry, E.K. (2002). Aromatherapy as a safe and effective treatment for the management of agitation in severe dementia: the results of a double-blind, placebo-controlled trial with Melissa. *Journal Clinical Psychiatry*, 7, 63.

Ballard, C., Lana, M., Theodoulou, M., Douglas, S., McShane, R., Jacoby, R. (2008). A randomised, blinded, placebo-controlled trial in dementia patients continuing or stopping neuroleptics (the DART-AD trial). *PLoS Med*, 5, 76-77.

Ballard, C., Margallo-Lana, M., Juszcak, E., Douglas, S., Swann, A., Thomas A et al. (2005) Quetiapine and rivastigmine and cognitive decline in Alzheimer's disease: randomised double blind placebo controlled trial. *BMJ*, 874.

Casby, J.A., Holm, M.B. (1994). The effect of music on repetitive disruptive vocalizations of persons with dementia. *American Journal Occupational Therapy*, 10, 48.

Claes, S., Danckaerts, M., De Lepeleire J, Demyttenaere K, Laekeman, G. et al. (2010). Het toenemend gebruik van psychofarmaca. Visietekst werkgroep metaforum Leuven. *Metaforum KULeuven*.

Cornege-Blokland E, Kleijer BC, Hertogh CM and van Marum RJ. Reasons to prescribe antipsychotics for the behavioral symptoms of dementia: a survey in Dutch nursing homes among physicians, nurses, and family caregivers. *Journal of the American Medical Directors Association*, 13, 1-6.

Declercq, T., Petrovic, M., Azermai, M. et al. (2013). Withdrawal versus continuation of chronic antipsychotic drugs for behavioural and psychological symptoms in older people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3.

Fossey J. et al. 2006. Effect of enhanced psychosocial care on antipsychotic use in nursing home residents with severe dementia: cluster randomised trial. *BMJ* 332, 751-761.

International Psychogeriatric Association (IPA). Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD), 2002.

Kroes M, Garcia-Stewart S, Allen F, Eysen M, Paulus D. Dementie: welke niet-pharmacologische interventies? *Good Clinical Practice (GCP)*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2011.

Liperoti, R., Pedono, C., & Corsonello, M. (2008). Antipsychotics for the treatment of BPSD. *Current Neuropharmacology*, 6, 117-124.

Lon S. Schneider MD, Pierre N, Tariot MD, Karen S, Dagerman MS & al. (2006). Effectiveness of Atypical Antipsychotic Drugs in Patients with Alzheimer's Disease. *N Eng J Med*, 355, 1525-1538.

Schmidt IK. et al. 2002. Nurse-physician communication and quality of drug use in Swedish nursing homes. *Social Science & Medicine*, 54, 1767-77.

Scotisch Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). (2006). *Management of patients with dementia. A Clinical guideline*, Schotland.

Shorr RI. et al. 1994. Changes In Antipsychotic Drug-Use In Nursing-Homes During Implementation Of The Obra-87 Regulations. *Jama-Journal Of The American Medical Association*, 271, 358-362.

Svarstad BL. et al. 1991. Nursing-Home Resources And Tranquilizer Use Among The Institutionalized Elderly. *Journal Of The American Geriatrics Society*, 39, 869-875.

Vander Stichele, R.H., Van de Voorde, C., Elseviers, M., Verrue C, Soenen K, Smet M, et al. Geneesmiddelengebruik in de Belgische rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen. *Health Services Research (HSR)*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE

Boeken

Meysman, H. & Vanderhoeven, J.L. (2011). *Paper, project of scriptie. Van muisklik tot tekst*. (Derde herziene druk). Leuven/Den Haag: Acco.

Vermeren, P. (2011). *Rond leiderschap, de brug tussen wetenschap en praktijk*. (Tweede herziene druk). Gent: Academia Press.

Digitale bronnen

Stallaert, N. (2014). Vlaams Indicatorenproject Woon- en zorgcentra: meten via indicatoren. *Zorg en Gezondheid*. Geraadpleegd op 2 mei 2015, <http://www.zorg-en-gezondheid.be/indicatorenprojectwzc>.

VZW Farmaka. (S.a.). *Het formularium voor ouderenzorg*. Geraadpleegd op 11 mei 2015, <http://www.farmaka.be/nl/ons-aanbod/formularium>.

Hoorcollegien

Fransen, A. (2014-2015). HRM Groepsgericht leiderschap, motiveren, enthousiasmeren, betrokkenheid creëren. *Hoorcollege Zorgmanagement*. PXL Hasselt.

Fransen, A. (2014-2015). HRM Groepsgericht leiderschap. De kracht van een 'open feedback-cultuur'. *Hoorcollege Zorgmanagement*. PXL Hasselt.

Reckers, S. (2014-2015). Waarderend leiderschap – timemanagement. *Hoorcollege Zorgmanagement*. PXL Hasselt.

Reckers, S. (2014-2015). HRM: groepsgericht leiderschap: Omgaan met weerstand. *Hoorcollege Zorgmanagement*. PXL Hasselt.

Vandereycken, C. (2014, 23 oktober). Coördinatie van verbeterprojecten in de zorg. *Hoorcollege Zorgmanagement*. PXL Hasselt.

Symposium

Azermaj, M. (6 december 2014). Voorstelling resultaten en project psychofarmaca: naar een efficiënter en effectiever gebruik en beleid van psychofarmaca bij bewoners in een woon- en zorgcentrum. Nota's bij het symposium 'Alle bewoners aan de pillen?', Vormingsinstituut Guislain (Gent).

Sturtewagen, J.P. (6 december 2014). Aanwijzingen van het WZC-formularium inzake het gebruik van psychofarmaca. Nota's bij het symposium 'Alle bewoners aan de pillen?', Vormingsinstituut Guislain (Gent).

Zuidema, S. (2 november 2010). Medicatie en probleemgedrag. De zin en onzin van medicamenteuze interventies in de psychogeriatric. Nota's bij het symposium 'Probleemgedrag in de ouderenzorg', Nijmegen.

Bijlagen

Bijlage 1. ABC-schema

Antecedenten (wat gebeurt er van tevoren: waar, wie,...) – extern of intern	Behaviour (welk gedrag stelt de bewoner)	Consequenzen (wat zijn de gevolgen, wat gebeurt er achteraf)

Bijlage 2. Vragenlijst voor personeel (CHECK-fase)

Beste collega's,

Bij deze zou ik jullie een laatste extra inspanning willen vragen voor het project te vervolledigen. Bij dergelijke projecten is het steeds van belang het effect te meten achteraf om daarna ook vast te leggen binnen een soort procedure of kader.

Daarom zou ik jullie mening nog willen weten aan de hand van 3 korte vragen ivm de vormingen 'Dementie en Probleemgedrag':

1. Wat hebben jullie zelf nog onthouden uit de vormingen? Welke invloed heeft dit gehad op jullie gedrag en handelen?

.....
.....
.....
.....

2. Wat doen jullie anders dan vroeger als gevolg van deze vormingen?

.....
.....
.....
.....

3. Sinds jullie gedrag en handelen veranderd is, merken jullie dan ook dit effect? Hebben we bv. ook minder de intentie om naar medicatie te vragen wanneer het gaat over probleemgedrag? Zoeken we nu meer naar niet-medicamenteuze alternatieven?

.....
.....
.....
.....

Alvast bedankt voor jullie inzet gedurende het afgelopen jaar voor dit project!

