



Alexianen
ZORGGROEP TIENEN



Dementie en gedragsmoeilijkheden

An Haekens en Liet De Wachter

11 december 2024

Olfactorische hallucinaties

Geheugenproblemen

Premorbiede persoonlijkheidsstoornis

Relationele problemen

Ernstige somatische VG (borstCa, ...)

Agressie tov man

Agressie tov buurman ---) Gedwongen opname

Bij opname: “manisch – psychotisch” toestandsbeeld

geagiteerd, slecht slapen, associatief, dysfoor

viel in herhaling, cognitieve problemen

snelle transfer van acute opname-afdeling naar ouderenpsychiatrie

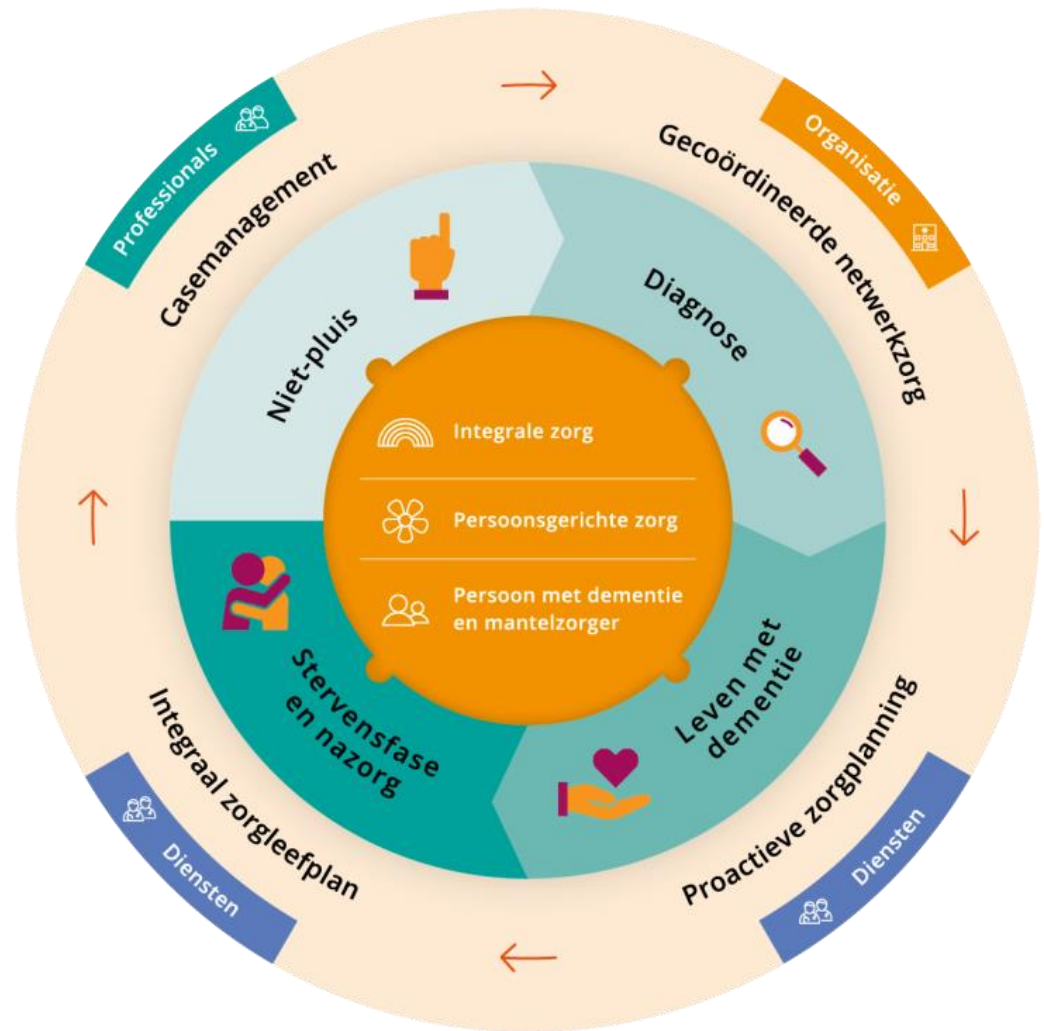
Nederlandse zorgstandaard dementie (2020)

A. CENTRALE BEGRIPPEN

B. RANDVOORWAARDEN

**C. GEDURENDE HET HELE
DEMENTIETRAJECT**

→ DIT ALLES TER
OPTIMALISATIE VAN HET
HELE DEMENTIETRAJECT



1. Niet-pluis fase

Publieksinformatie en individuele voorlichting:

- Cultuursensitief
- In diverse communicatievormen: Taal en beeldgebruik!
- Gericht op vier groepen:
 - personen met dementie zelf en diens mantelzorgers
 - vrijwilligers
 - professionals
 - samenleving



Huisartsen : snel gedragsveranderingen (BPSD) herkennen!

- Zijn vaak al vroeg aanwezig!

- Familiegroepen (jong)dementie
- Praatcafé dementie, Inloophuis dementie
- Expertisecentrum dementie Vlaams-Brabant: Memo – overlegplatform dementie
- Referentiepersonen dementie in de WZC
- **Referentiearts dementie** in de regio



2. Diagnose van dementie

- *Aanbeveling 8 (zorgstandaard) : Het diagnostisch onderzoek bij een vermoeden van dementie omvat zowel ziekte- als zorgdiagnostiek en wordt integraal uitgevoerd, gericht op het lichamelijke, psychische, functionele en sociale domein.*
- De huisarts initieert de ziektediagnostiek en is de spil bij het signaleren van tekenen van dementie en het starten van diagnostiek
- Eerste inschatting: anamnese, MMSE, Kloktest, MOCA
- MRI, Uitgebreid neuropsychologisch onderzoek, Neurologisch nazicht
- Bloedname
- Lumbaalpunctie? Ziekte van Alzheimer & Jong dementie
- FDG-PET?
- Amyloïde PET en Tau – PET? Enkel in onderzoek
- Bloedbiomerkers?

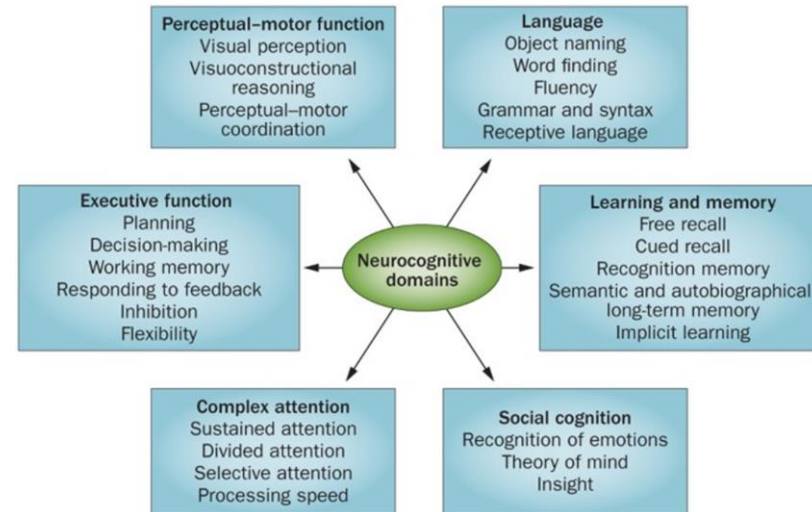


DSM-V: major and mild neurocognitive disorders

Major neurocognitive disorder

1. Evidence of significant cognitive decline from a previous level of performance in one or more cognitive domains (complex attention, executive function, learning and memory, language, perceptual-motor, or social cognition) based on:

- Concern of the individual, an knowledgeable informant, or the clinician that there has been a significant decline in cognitive function
- And a substantial impairment in cognitive performance, preferably documented by standardized neuropsychological testing or, in its absence, another quantified clinical assessment.



DSM-V: major and mild neurocognitive disorders

2. the cognitive deficits interfere with independence in everyday activities
3. the cognitive deficits do not occur exclusively in the context of a delirium
4. the cognitive deficits are not better explained by another mental disorder

Specify whether due to:

- Alzheimer's disease, FTD, Lewy Body, Vascular disease,

Specify

- With behavioural disturbance or withopsychologische
 - Agitation, anxiety, mood symptoms, psychotic disturbances
 - Apathy, aggression, sleep or eating disturbances

Specify current severity

- Mild, Moderate, Severe



- Hyperactiviteit/gedragssymptomen
 - Dolen
 - Agitatie
 - Agressie
 - Ontremming
- Slaapstoornissen
- Affectieve symptomen
 - Depressie
 - Angst
 - Emotionele labiliteit
- Apathie
- Psychotische symptomen
 - Wanen en hallucinaties
 - Misidentificatie - 'Capgras'

BPSD

Behavioural & Psychological Symptoms of Dementia

Who does it impact	The What & Why	Who does it impact
 Prevalence of BPSD in people living with dementia range from 56% to 90%. Some people may experience one or more of the symptoms	Due to the progression of the disease, some people living with dementia may exhibit behavioural or psychological changes. Some causes are due to changes in the: Brain Health Routine Medication Environment	Family members and direct caregiver who experience these changes in behaviour may become stress, when the person becomes confused, agitated or aggressive. Understanding these changes may help them and yourself to cope better with the disease.

What are the Symptoms?

Behavioural Symptoms



Wandering, Shadowing, & Disruptions at night



Agitation & Hoarding



Aggression, Vocal disruption, & other inappropriate behaviors

Psychological Symptoms



Anxiety & Apathy



Depression or Depressive Mood



Hallucination & Delusions

What can you do?



EDUCATION
Go for talks, workshops or training on BPSD to understand how to better cope and learn strategies to work and live better with the person living with dementia



DOCTOR
If behaviours occur, talk to your doctor about it. This also helps to rule out any other physical condition which may contribute to the change such as an infection

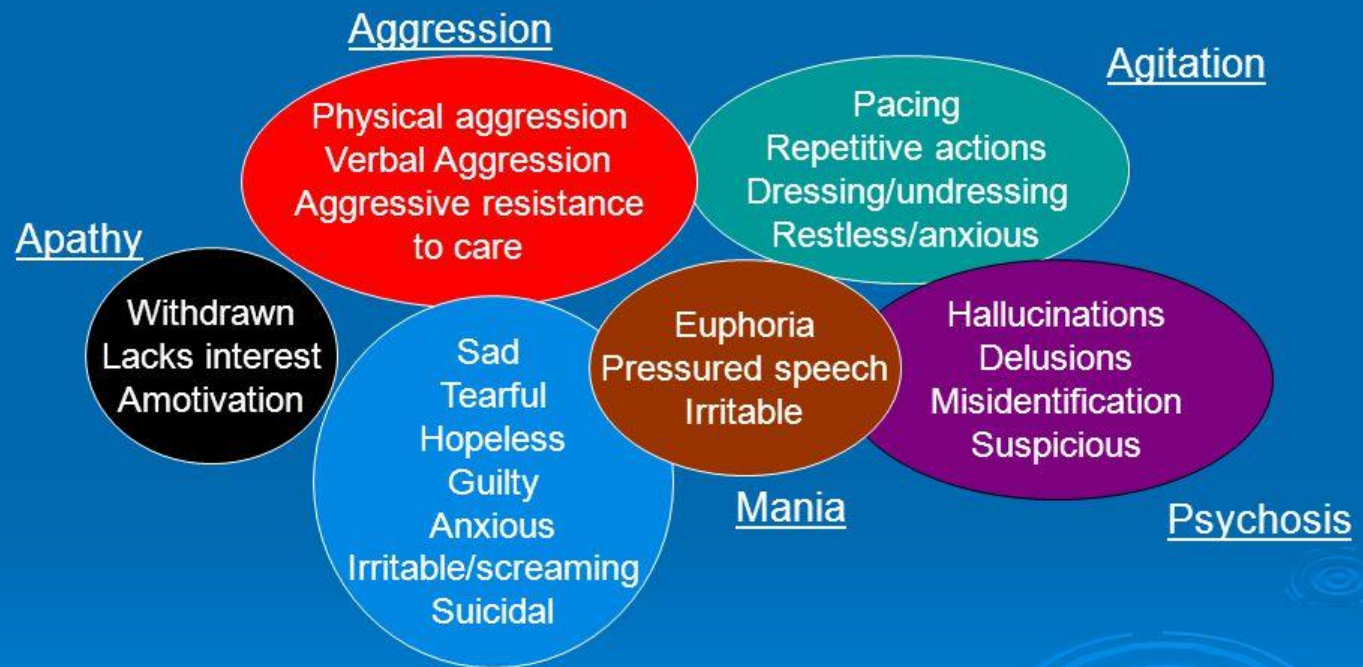


SELF-CARE
Being a caregiver can be stressful. It is important for the caregiver to know that it is okay to seek help when the going gets tough and for us to support them

Together we can make our community Dementia Friendly!

https://dementiaenvironmentaldesign.wordpress.com/

BPSD Symptom Clusters



Adapted from McShane R. Int
Psychogeriatr 2000;12(suppl 1):



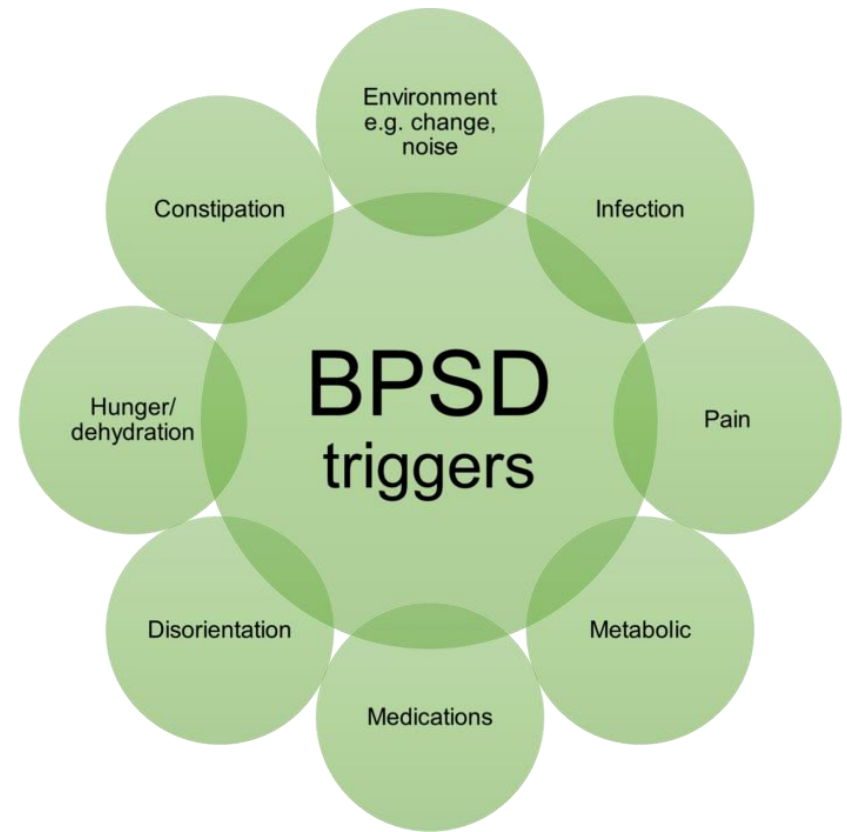
- 90% van patiënten met dementie
- Impact van BPSD
 - Snellere cognitieve achteruitgang
 - Doet QOL afnemen
 - Erg belastend voor context
 - Reden tot opname (WZC, ziekenhuis)
 - Hogere kost aan samenleving (geen versus ernstige agitatie: kost x2)
 - (Prof. Dr. M. Van Den Bossche: agitatie bij dementie: 500 miljoen directe zorgkosten, enkel in Vlaanderen)

BPSD: verklaring

- “De hersenen” : neurobiologische oorzaken
 - Veranderingen in regio’s & circuits belangrijk voor emotieregulatie en gedrag
 - Verstoring van neurotransmittersystemen
 - Inflammatie
- “De omgeving”: psychosociale oorzaken
 - Externe stressoren
 - Gevoeliger voor prikkels – over/onderprikkeling
 - Minder ‘coping’ mechanismen
 - Veranderingen in structuur / routine
 - Betekenis van gedrag?
 - Gedrag om iets te bekomen (dolen -) stimulatie)
 - Gedrag vanuit nood aan communicatie (Repetitief vragen)
 - Gedrag vanuit een onvervulde behoefte (agressie door pijn)

BPSD: verklaring

- “Lichamelijke gezondheid”
 - Delier?
 - Depressie?
 - Medische triggers?
 - Pijn? Tandpijn? Oorpijn?
 - Dorst? Honger?
 - Infectie?
 - Constipatie?
 - Urineretentie?
 - Fractuur, hematomen, letsels?
 - ...
- Medicatie?
- Persoonlijkheid?



Ziekte van Alzheimer: BPSD?

Ongeveer 80% van de patiënten met Alzheimer ontwikkelt BPSD, hoewel dit sterk varieert.

Typische gedragsstoornissen:

- Depressie en angst komen vaak voor
- Irritabiliteit, agressie, wanen, hallucinaties en paranoia
- Sundowning
- Apathie

Wat met ziektebesef?



Vasculaire dementie: BPSD?

- Depressie (vaker dan bij Alzheimer)
- Apathie
- Desinhibitie
- Agitatie
- angst
- Prikkelbaarheid
- Agressie
- Slaapproblemen
- Hallucinatie en wanen

Vasculaire dementie

Start met:

Traagheid in denken, spreken en handelen. Vaak als gevolg van (kleine) beroertes en tia's.

Meeste diagnoses:

Tussen 65 en 75 jaar.

Start in de hersenen:

Verbindingen tussen hersencellen gaan kapot, dit kan op verschillende plekken gebeuren.



In Nederland, geschat:

50.000 patiënten.

Erfelijkheid:

Erfelijke aanleg speelt een kleine rol.

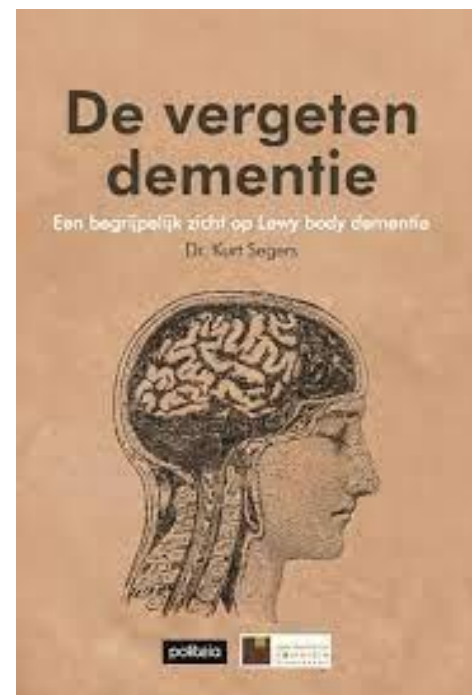
Lewy Body Dementie: BPSD?

Kernsymptomen

- Schommelende cognitieve toestand met opvallende wijzigingen van de aandacht en de alertheid
- **Visuele hallucinaties**
- Parkinsonisme
- Slaapstoornis: Rem slaap gedragsstoornis

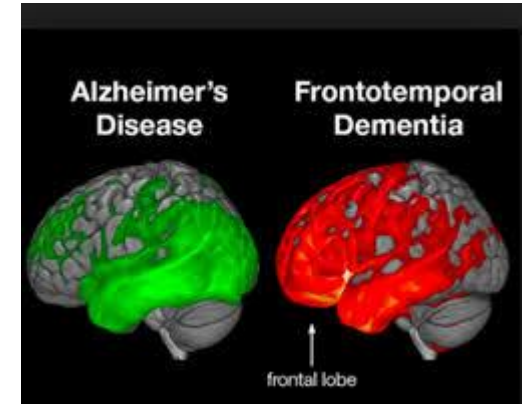
Ondersteunende symptomen

- Overgevoeligheid voor neuroleptica
- Herhaald vallen
- Problemen met autonome zenuwstelsel
 - Bv orthostatische hypotensie



Frontotemporale dementie: BPSD?

- Sluipend begin en geleidelijke progressie
- Vroeg in de ziekte:
 - achteruitgang in sociaal functioneren
 - stoornissen in de gedragsregulatie
 - verlies van inzicht
 - emotionele afvlakking
- Gedragsafwijkingen:
 - afname persoonlijke verzorging
 - mentale rigiditeit / gebrek flexibiliteit
 - afleidbaarheid, gebrek aan volhouden
 - hyperoraliteit en veranderingen eetpatroon
 - persevereren en stereotype gedrag



Frontotemporale dementie

- Spraak en taal afwijkingen:
 - minder spontaan en spaarzamer
 - stereotypiën echolalie perseveraties
 - mutisme of juist spraakdrang



3. Leven met dementie

Niet medicamenteuze behandeling BPSD

Focus op de oorzaak van het gedrag en verbeteren van kwaliteit van leven



Kaders:

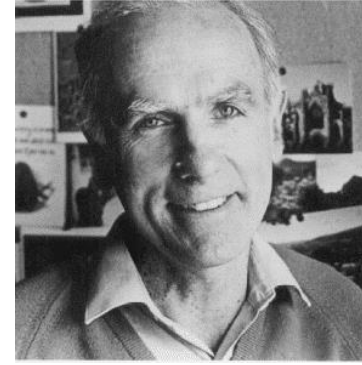
- Referentiekader dementie
- Persoonsgerichte zorg (Kitwood)
- Positieve gezondheid
- Combi Model (Bas van Alphen)



Figuur 2.1 Basisbehoeften à la Kitwood



Persoonsgerichte zorg (Kitwood)



Afgestemde zorg

Mensbeeld ipv ziektebeeld

Patiëntniveau:

- Significante vermindering van BPSD (Chenoweth et al. 2009)
- Positief effect op kwaliteit van leven (Brooker et al. 2016)
- Minder gebruik van antipsychotica (Fossey et al. 2006)

Mantelzorgers:

- Positief effect op relatie met persoon met dementie
- Minder stress + begrip onbegrepen gedrag (Livingston et al. 2014)
- Werktevredenheid, minder burnout (Vandeven et al. 2013)

Persoonsgerichte zorg (Kitwood)

Uitgangspunten:

- Mens staat centraal
- Gedrag als communicatie
- Relatiegerichte zorg
- Context en omgeving

Zo lang mogelijk MENS zijn en in regie blijven, met respect en gezamenlijke besluitvorming voor de eigen wensen en behoeften van de unieke persoon, ook bij gevorderde dementie en comorbiditeit.

Persoonsgerichte zorg (Kitwood)



Liefde:	behoefte aan liefdevolle aandacht en respect
Comfort:	behoefte aan troost en steun
Identiteit:	behoefte aan behoud van identiteit en zelfwaardering
Gehechtheid:	behoefte aan veiligheid en vertrouwddheid
Bezig zijn:	behoefte aan participatie en iets om handen hebben
Erbij horen:	behoefte aan sociale inclusie, erbij horen

Figuur 2.1 Basisbehoeften à la Kitwood

Positieve gezondheid

- Holistisch perspectief op gezondheid
- Versterkt autonomie en eigen regie
- Preventie en participatie
- Vergroot welzijn en veerkracht
- Samenwerking en afstemming



Positieve gezondheid

Dementiezorg

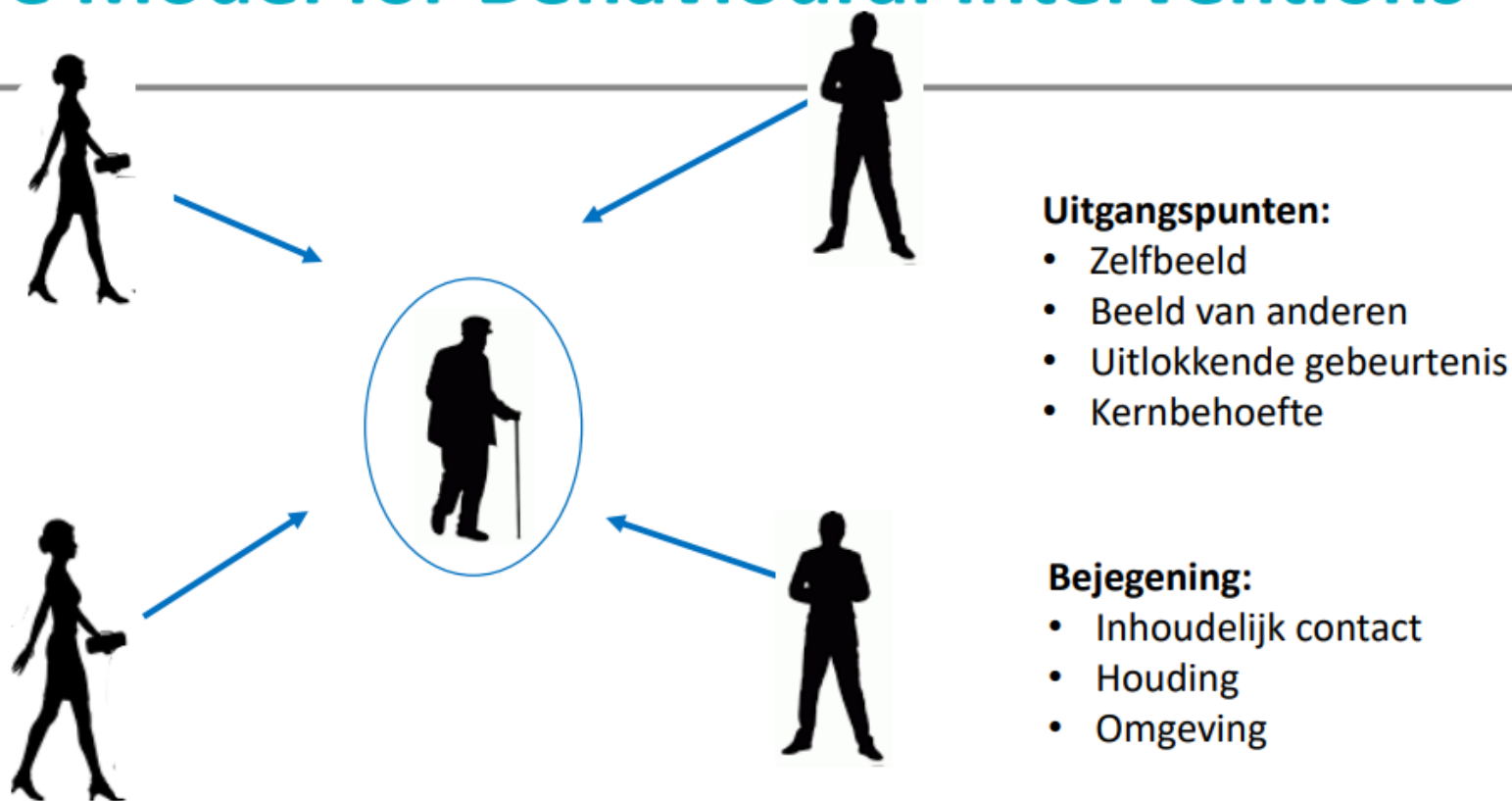
- Mogelijkheden centraal
- Inzetten op verschillende dimensies → BPSD



1. Lichaamsfuncties
 - Beweging – slaaphygiëne – voeding - pijnmanagement
2. Mentaal welbevinden
 - Validatie – ontspanningstechnieken – positieve interacties
3. Zingeving
 - Levensverhalen – betekenisvolle activiteiten - spiritualiteit
4. Kwaliteit van leven
 - Aanpassen omgeving - sociale stimulatie - comfort
5. Meedoen
 - Sociale interactie - dagbesteding – ondersteuning mantelzorgers
6. Dagelijks functioneren
 - hulpmiddelen – zelfstandigheid stimuleren - routine

CoMBI model (Bas van Alphen)

Cognitive Model for Behavioural Interventions



Cognitive Model for Behavioural Interventions (CoMBI)
CoMBI= ABC-methode & cognitieve model van Beck

CoMBI model (Bas van Alphen)

Vertrekpunt is de **persoonlijkheid** van persoon met dementie

- Bepalen van **kernbehoeftes**
- Interventies richten op het tegemoetkomen van deze kernbehoeftes
- **Mediatieve behandeling** - belang van bejegening

Effectiviteit

- Significante afname van BPSD van gemiddeld tot groot effect (Ekiz et al. 2020)
- Meer onderzoek nodig

CoMBI model (Bas van Alphen)

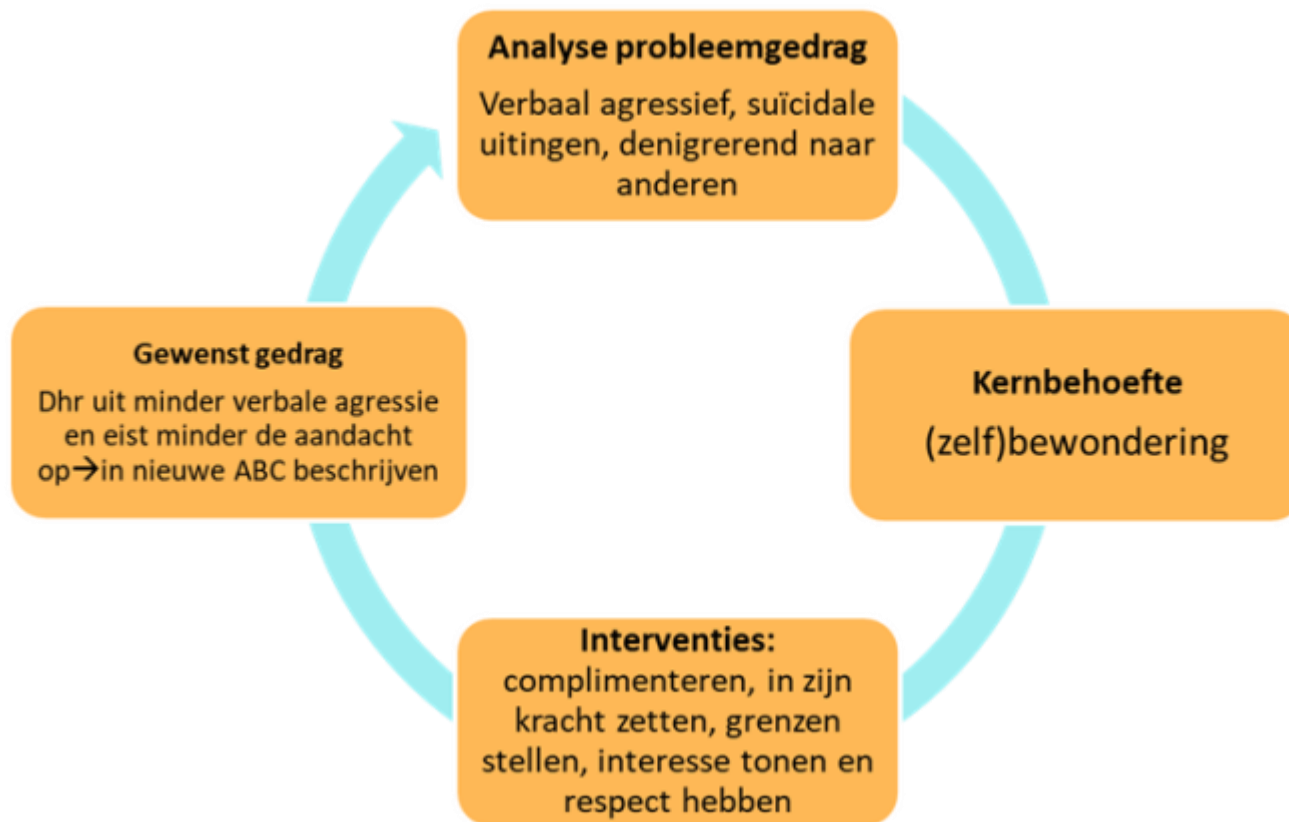
Vier stappen



CoMBI model (Bas van Alphen)

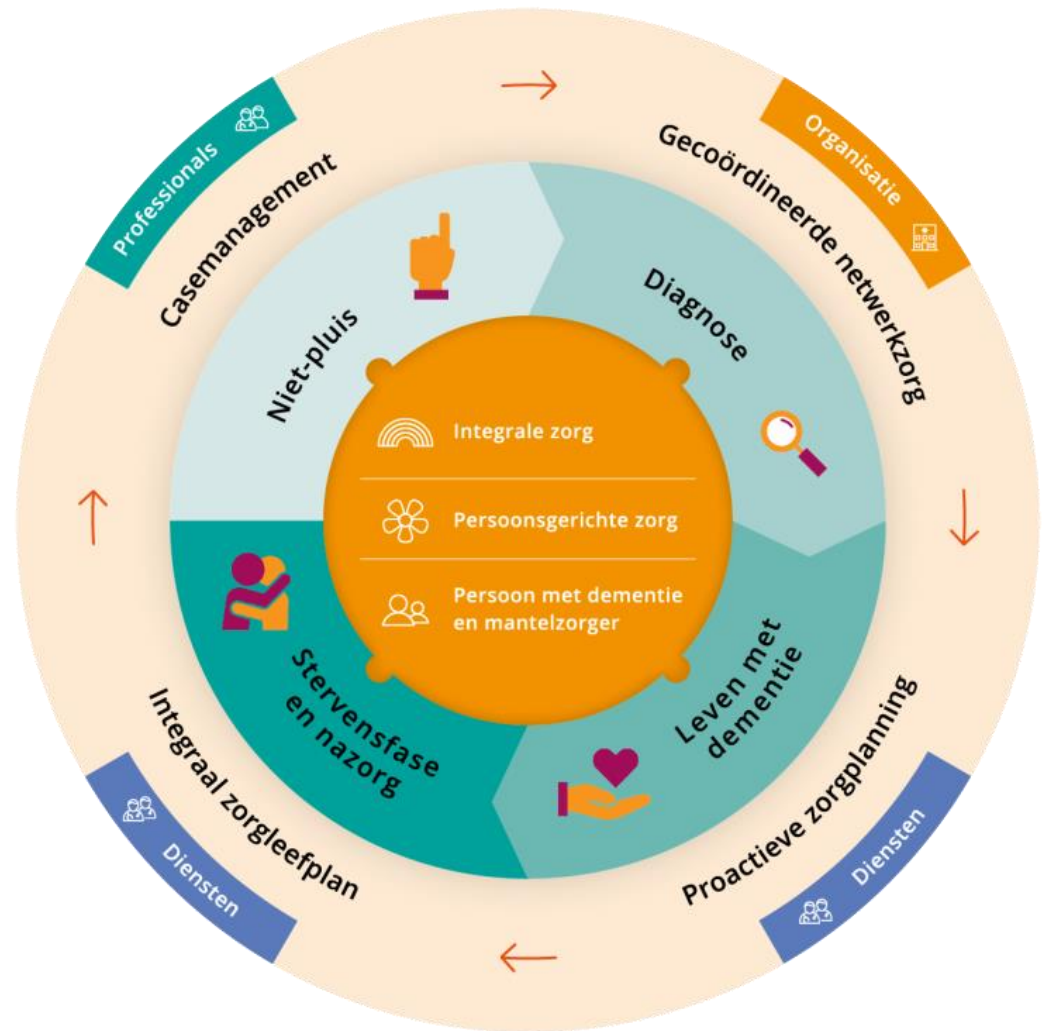
Mondriaan
voor gezondheidszorg

	Zelfbeeld	Beeld van anderen	Uitlokkende gebeurtenis	Probleemgedrag	Kernbehoefte	
Cluster A	Op zijn hoede Paranoïde	Minderwaardig	Gebruikers	Beschuldiging, Verraad	Wantrouwen, Beschuldigen	Veiligheid
	Solist Schizoïde	Eenling	Opdringerig	Intimiteit	Afstand houden	Autonomie
	Eigenzinnig Schizotypisch	Vreemdeling	Bedreigend	Intimiteit, negatief (voor)gevoel	Afzonderen	Veiligheid, angstreductie
Cluster B	Zelfverzekerd Narcistisch	Bijzonder	Inferieur	Kwetsing	Bewondering zoeken	(Zelf)bewondering
	Avontuurlijk Antisociaal	Sterk	Te gebruiken	Frustratie	Intimideren	Overheersing
	Wispelturig Borderline	Slecht	Misbruikend	Machteloos, verlating, intimiteit	Regisseren, tijdelijk intens hechten, terugtrekken	Autonomie & controle, stabiel contact & steun
	Uitbondig Histrionisch	Aantrekkelijk	Verleidbaar	Negering, verlating	Charmeren, overdrijven, amuseren	Bewonderende aandacht
Cluster C	Onzeker Afhankelijk	Hulpeloos	Verleidbaar	Verlating, scheiding	Hechten, aanpassen	Steun
	Gevoelig Vermijdend	Incompetent	Kritisch	Negatieve beoordeling, Negatief gevoel	Sociaal contact vermijden, gevoel vermijden	Acceptatie, vermijden van afwijzing
	Consciëntieus dwangmatig	Verantwoordelijk	Onverantwoordelijk, incompetent	Oncontroleerbaar, falen	Controleren, perfectionisme	Vermijden van falen



Nederlandse zorgstandaard dementie (2020)

- A. CENTRALE BEGRIPPEN**
- B. RANDVOORWAARDEN**
- C. GEDURENDE HET HELE
DEMENTIETRAJECT**

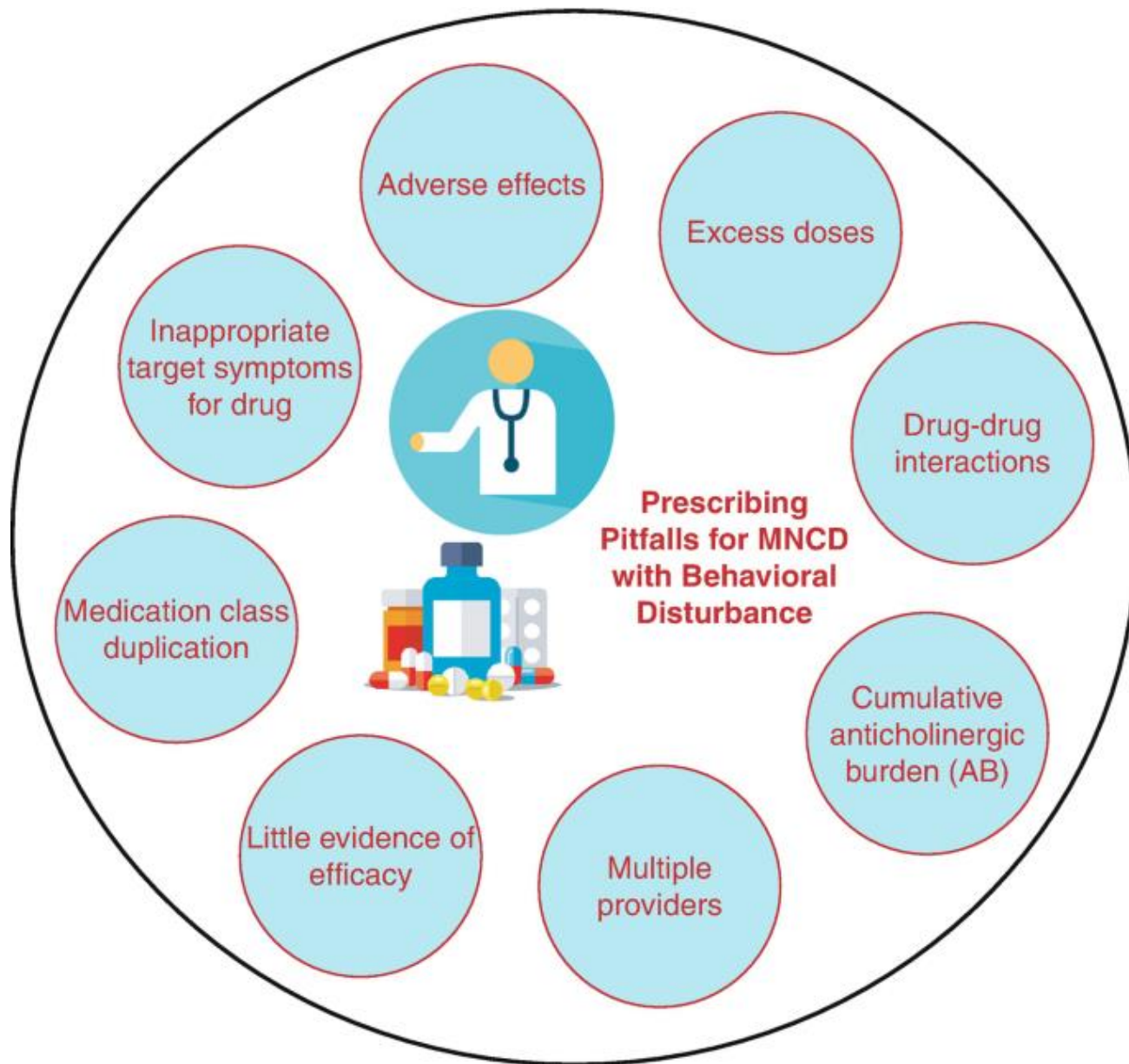


*This overview highlighted that non-pharmacological approaches have similar effect sizes to pharmacological approaches, but with a lower risk of adverse events. This emphasizes the value in the clinical use **of non-pharmacological approaches and these should be used as a first line treatment where possible**. Where these have failed or are not appropriate for the individual, the benefits of cholinesterase inhibitors, not only for management of cognitive symptoms but also for BPSD, and the assessment and treatment of pain should be considered, although evidence supporting this is low.*

[an-overview-of-systematic-reviews-of-pharmacological-and-non-pharmacological-interventions-for-the-treatment-of-behavioral-and-psychological-symptoms-of-dementia.pdf](#)

Toekomst: wearables om agitatie of stemmingsveranderingen tijdig te detecteren?

Valkuilen in voorschrijfgedrag



Behandeling van dementie : rol van medicatie?

- Cholinesterase remmers
 - Donepezil, Rivastigmine, Galantamine
 - Beperkt effect
 - Meeste evidentie voor Rivastigmine bij M. Parkinson & LBD
 - Nevenwerkingen
 - Maagdarm, duizeligheid, neusloop, insomnia, toename EPS
 - Geen evidentie voor werkzaamheid bij MCI
 - Wanneer stoppen?
 - Vergeevorderde dementie: geen indicatie
 - Cochrane review (2021): stoppen leidt mogelijk tot slechter cognitief functioneren, toename van neuropsychiatrische symptomen en slechtere functionele status. Echter, de verschillen zijn klein en de bewijskracht is laag.
- Memantine
 - Minder effect dan cholinesteraseremmers
 - Nevenwerkingen: hoofdpijn, duizeligheid

- (Nabije) toekomst?
 - Lecanemab:
 - In november 2024 goedgekeurd door EMA
 - Monoklonaal antilichaam
 - Bindt aan amyloïdeplaques, helpt deze af te breken en te verwijderen
 - Vertraging van cognitieve achteruitgang (27% over 18 maanden) (beter dan Ach-I)
 - Bijwerkingen: hersenoedeem, microbloedingen
 - IV toediening, om 2w
 - Effect op BPSD? Secundair door cognitieve verbetering?

Medicatie bij onbegrepen gedrag (BPSD)

- Depressie
 - Depressie bij dementie: behandelen!
 - SSRI (sertraline en escitalopram),
 - Mirtazapine (15 tot max 45mg)
 - Bij slaap-eetluststoornissen
 - TCA te vermijden
 - Synergetisch effect van SSRI en ACH-I??
- Manie bij dementie
 - Olanzapine (10 – 20mg, evt 30)
 - Zo EPS of CI voor antipsychotica: Lithium (200mg, dag 4 400)
 - Verminderde nierfunctie: depakine chrono 2 maal 300mg (max 900) (spiegel opvolgen)

Medicatie bij onbegrepen gedrag (BPSD)

- Angst
 - Sertraline
 - Add on:
 - Trazodone 12,5
 - Quetiapine 12,5 tot 100mg 3 maal per dag
 - Voor verzorging: lorazepam (benzo's uiteraard liefst vermijden)
- Apathie
 - Rivastigmine pleister
- Slaapstoornissen
 - Oorzakelijk & Slaaphygiëne
 - Sundowning: Melatonine 3 mg
 - Mirtazapine, Trazodone, Zolpidem, Quetiapine

Medicatie bij onbegrepen gedrag (BPSD)

- Psychotische symptomen bij dementie
 - Medicatie die interacties kan geven proberen te stoppen
 - Atypische AP
 - Risperidone (0,5-2mg)
 - Olanzapine (2,5 – 15mg)
 - Aripiprazole?
 - Overweeg Ach-I
- M. Parkinson en LBD
 - Verminderen dopaminerge medicatie?
 - ACH-I
 - Zo antipsychotica noodzakelijk
 - Quetiapine
 - Clozapine (starten met 6,25mg, wekelijks verhogen) labo

Medicatie bij onbegrepen gedrag (BPSD)

- Agitatie bij dementie
 - SSRI
 - Citalopram, Escitalopram, Sertraline
 - Atypische AP
 - Quetiapine, Risperdal, Olanzapine
 - Donepezil, Rivastigmine
 - Trazodone 12,5 tot max 200mg
 - Etumine 5 mg tot max 40
 - Midazolam
- Antipsychotica elke 6 weken evalueren: nog nodig?

Medicatie bij onbegrepen gedrag (BPSD)

- Agressie bij dementie
 - Atypische AP
 - Risperdal (0,25 -2,5mg), Olanzapine (2,5 – 15mg)
 - Bij LBS/PD: Quetiapine
 - Haldol? Eigen ervaring: liever Dipiperon (“zachter”)
 - Etumine?
 - Stemmingsstabilisatoren: carbamazepine?
 - Zo acute interventie:
 - kortdurende benzo’s, etumine, midazolam, olanzapine IM 5mg, aripiprazole 9,75mg IM
- Seksueel ontremd gedrag bij dementie
 - SSRI, Atypische AP
 - Overleg androloog ivm androcur (12,5)
 - Bij FTD: trazodone overdag

Marianne?

- Rustiger met Olanzapine 10 mg
- Inhoudelijke belevingen weinig veranderd
 - “Oplossing is verhuizen”
- Somatische onderzoeken en behandelingen zijn (terug) mogelijk
- Neemt meer en meer deel aan afdelingsgebeuren/ therapieën
- Gedwongen opname is verlengd
- Gesprekken met echtgenoot
- Gesprek met echtgenoot en zoon gepland
- Toekomst?
 - Terug naar huis mits meer omkadering?

Take home messages

- Vroeg herkennen van BPSD
 - Vraag actief naar gedragsveranderingen
- Werken met concept Positieve Gezondheid (spinnenweb)
- Behandeling van BPSD
 - Niet medicamenteus: rol van huisarts
 - Medicamenteus
- Aandacht voor naasten
- Belang van begeleiding doorheen ganse proces
- Vroegtijdige zorgplanning als proces
- Gecoördineerde samenwerking
 - 'geïntegreerde zorg'

Finishing well....



Belang van goede diagnostiek - DD

Belang van goede behandeling – ook op heel oude leeftijd

Belang van goede zorg... met aandacht voor alle domeinen

Ouderen en hun families: niet alleen zinvol werk voor ouderen zelf (“finishing well”) maar zo belangrijk voor de volgende generaties!