

‘Het verminderen van agitatie bij dementerende ouderen’
Richtlijn voor verpleegkundigen en verzorgenden

Achtergronddocument

INHOLLAND



© 2007

Hogeschool INHOLLAND

Lectoraat GGZ-Verpleegkunde

Postbus 403

1800 AK Alkmaar

072 – 51 83 647

e-mailadres

<http://www.ggzverpleegkunde.nl>

Deze richtlijn komt voort uit een samenwerkingsproject van de Hogeschool INHOLLAND en Stichting Geriant. De projectsubsidie is verstrekt door ZonMw in het kader van het programma 'Tussen Weten en Doen'.

Het verveelvoudigen en openbaar maken van de richtlijn in zijn geheel door middel van fotokopieën, waaronder begrepen het opslaan als PDF-bestand, is toegestaan mits de verantwoordelijke instanties (Hogeschool INHOLLAND/ Stichting Geriant) duidelijk worden vermeld.

Inhoud

Inleiding	4
1 Achtergrond van de richtlijn	5
1.1 Aanleiding	5
1.2 Doelstelling	5
1.3 Richtlijngebruikers	5
1.4 Cliënten	5
1.5 Begrippen	6
1.6 Probleemomschrijving	8
1.7 Voorwaarden voor effectief gebruik van de richtlijn	9
1.8 Implementatieplan	9
1.9 Herziening	10
2 Werkwijze bij de totstandkoming van de richtlijn	11
2.1 Literatuurstudie	11
2.2 Expertbijeenkomst	11
2.3 Pilot-implementatie	11
3 Verantwoording van de richtlijn	13
3.1 Wetenschappelijke onderbouwing	13
3.1.1 Observatie	13
3.1.2 Oorzaken	14
3.1.3 Interventies	16
3.1.4 Evaluatie	17
3.2 Samenvatting aanbevelingen	18
4 Leden & Deelnemers	20
4.1 Leden projectgroep	20
4.2 Leden begeleidingscommissie	21
4.3 Leden expertpanel	21
4.4 Deelnemende verpleeghuizen en teams	22

Literatuurlijst

Bijlage Verantwoording systematische literatuurstudie

Inleiding

In dit document worden de achtergronden van de richtlijn 'Het verminderen van agitatie bij dementerende ouderen' beschreven. Deze beschrijving is bedoeld voor verpleegkundigen, verzorgenden, leidinggevendenden, beleidsmakers en anderen die geïnteresseerd zijn in de achtergronden en de reikwijdte van de richtlijn.

De richtlijn zelf is uitgewerkt in drie boekjes: een Instructieboekje, een boekje met Invulbladen en een boekje met Interventies. Daarnaast is een handzame Interventiekaart ontwikkeld waarop op overzichtelijke wijze beschreven kan worden welke interventies worden uitgevoerd bij de geagiteerde patiënt.

De richtlijn is gericht op verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg en in verpleeg- en verzorgingshuizen.

De richtlijn is ontwikkeld door de Hogeschool INHOLLAND in de periode van november 2005 tot november 2007.

Tijdens de ontwikkeling is samengewerkt met de Stichting Geriant, de afdeling Verplegingswetenschap van het UMC-Utrecht, het NIVEL, het UMC St. Radboud en de Hogeschool Rotterdam. Ook is het projectteam ondersteund door een begeleidingscommissie en een expertpanel.

Dit achtergronddocument is als volgt opgebouwd: in hoofdstuk 1 wordt de achtergrond van de richtlijn beschreven, in hoofdstuk 2 wordt de werkwijze bij de totstandkoming van de richtlijn beschreven, in het derde hoofdstuk komt de verantwoording van de richtlijn aan de orde en tot slot worden in hoofdstuk 4 de betrokken leden en de deelnemers genoemd die betrokken zijn geweest bij de ontwikkeling en toetsing van de richtlijn.

** Overal waar 'zij' en 'haar' staat, kan vanzelfsprekend ook 'hij' en 'hem' worden gelezen.*

1 Achtergrond van de richtlijn

1.1 Aanleiding

Het aantal mensen met dementie zal door de vergrijzing de komende jaren fors stijgen (Gezondheidsraad, 2002). Van de mensen met dementie ontwikkelt 90% na verloop van tijd gedragsproblemen, zoals agitatie, depressie, apathie en angst (Desai & Grossberg, 2001).

De oorzaken van geagiteerd gedrag bij dementerende ouderen lopen sterk uiteen. Het gedrag kan onder meer samenhangen met het ziektebeeld dementie, met somatische problemen of met omgevingsfactoren (Howard et al., 2001).

Deze richtlijn richt zich op het gedragsprobleem agitatie. Voorbeelden van geagiteerd gedrag zijn agressie, dwalen, zoeken en onrust. Agitatie kan belastend zijn voor de dementerende oudere zelf en voor mensen in haar omgeving, zoals familie, medebewoners en personeel. Het kan leiden tot vermindering van de kwaliteit van leven van de dementerende zelf en de mantelzorger. Ook kan het leiden tot een vroegtijdige opname in een zorginstelling (Finkel, 2003).

Geagiteerd gedrag kan met behulp van medicijnen (tijdelijk) verminderen. Het nadeel hiervan is dat medicatie bij dementerende ouderen vaak allerlei bijwerkingen heeft (Borson & Raskind, 1997). Agitatie kan ook verminderen met behulp van niet-medicamenteuze interventies. Van een aantal interventies is de werking wetenschappelijk aangetoond. Niet-medicamenteuze interventies hebben, bij een goede uitvoering ervan, naar verwachting geen negatieve gevolgen voor de dementerende (Cohen-Mansfield, 2001).

Verpleegkundigen en verzorgenden vervullen een belangrijke rol bij het omgaan met geagiteerd gedrag. Zij hebben dagelijks contact met dementerende ouderen. Daarnaast kunnen zij vanuit hun positie mantelzorgers en familieleden ondersteunen in de omgang met geagiteerd gedrag.

1.2 Doelstelling

Het doel van deze richtlijn is agitatie en hiermee samenhangend probleemgedrag bij dementerende ouderen te verminderen. Hiermee wordt naar verwachting een toename van de kwaliteit van leven van de dementerende oudere en haar omgeving gerealiseerd.

1.3 Richtlijngebruikers

De richtlijn is bedoeld voor gediplomeerde verpleegkundigen en verzorgenden werkzaam in de thuiszorg en in verpleeg- en verzorgingshuizen. Verzorgenden en verpleegkundigen van niveau 3 en hoger zijn hierbij verantwoordelijk voor de uitvoering en coördinatie van de richtlijn. Zij voeren de regie over de uitvoering van de richtlijn. Het is van belang dat de teamleider voor tijd en ruimte zorgt en zonodig ondersteuning biedt bij de uitvoering.

Het wordt aanbevolen om de richtlijn in overleg met de mantelzorger uit te voeren. Dit om een zo volledig mogelijk beeld van de cliënt te krijgen en de kans van slagen van de uitvoering van de richtlijn te vergroten.

Het multidisciplinaire team kan bij alle stappen betrokken worden. De verpleegkundigen en verzorgenden die de richtlijn uitvoeren beoordelen zelf wanneer ze de hulp van het multidisciplinaire team nodig hebben.

1.4 Cliënten

De richtlijn richt zich op mensen met dementie die geagiteerd gedrag vertonen. Het gaat om mensen van 65 jaar en ouder met de ziekte van Alzheimer en/of vasculaire dementie.

1.5 Begrippen

De begrippen die veelvuldig worden gebruikt in deze richtlijn zijn agitatie, dementie en belevingsgerichte zorg.

Agitatie

De definitie van agitatie die in deze richtlijn wordt gebruikt is die van Cohen-Mansfield en haar collega's (Cohen-Mansfield et al., 1995). Zij onderscheiden vier subtypen van agitatie:

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

Dementie van het Alzheimerstype

De meest voorkomende vorm van dementie is de ziekte van Alzheimer. Naar schatting lijdt 60 tot 70% van de dementerenden aan deze vorm van dementie. De ziekte is een aandoening van de hersenen waarbij de prikkeloverdracht via de zenuwcellen (neuronen) verstoord is. Wat er precies misgaat, is nog onduidelijk. Er wordt de laatste jaren veel onderzoek verricht om hier meer duidelijkheid in te krijgen.

De ziekte van Alzheimer kan per persoon sterk verschillend verlopen wat betreft de aard, de ernst en het tempo van het dementeringsproces. Over het algemeen ontwikkelt de ziekte zich heel geleidelijk. Als de ziekte vordert worden de verschijnselen ernstiger, waardoor de cliënt steeds afhankelijker wordt. De ziekte van Alzheimer begint meestal tussen het 70-ste en 80-ste levensjaar, maar kan in sommige gevallen ook al op veel jongere leeftijd beginnen. Al vroeg ontstaan er problemen met het korte-termijn geheugen. Het opnemen van nieuwe informatie en het onthouden van wat net gezien of gehoord is wordt moeilijker. Er kunnen karakterveranderingen optreden.

Als het dementeringsproces vordert, ontstaan er ook stoornissen in het lange-termijn geheugen. Naast problemen met het aanleren van nieuwe dingen verdwijnt nu ook de kennis die al in het geheugen was opgeslagen. Verder kan de cliënt last krijgen van oriëntatiestoornissen, afasie, agnosie, apraxie, stemmingswisselingen en lichamelijke problemen. In de laatste fase van dementie is de cliënt geheel afhankelijk van anderen. De cliënt praat niet meer, is bedlegerig, is de controle over het lichaam kwijt en heeft vaak last van lichamelijke complicaties. Vaak is de onrust die te zien was in de eerste fasen van het dementeringsproces veranderd in veelvuldig slapen of doezelen (Alzheimer Nederland, 2007). Aanvullende informatie over de ziekte van Alzheimer is te vinden in de CBO-richtlijn 'Diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie'.

Vasculaire dementie

Na de ziekte van Alzheimer is vasculaire dementie de meest voorkomende vorm van dementie. Ongeveer 15% van de dementerenden lijdt aan deze vorm. Bij cliënten met vasculaire dementie zijn de bloedvaten in de hersenen beschadigd. Deze bloedvaatjes gaan stuk of raken verstopt, waardoor hersenweefsel afsterft. Als deze schade ernstig is, kan dementie ontstaan. Veel mensen met vasculaire dementie hebben een voorgeschiedenis van hart-

en vaatlijden. Voordat de dementie begon, hadden zij bijvoorbeeld last van een chronisch hoge bloeddruk, hartritmestoornissen, diabetes, vaataandoeningen of TIA's (tijdelijke verstoring van de hersenfunctie door vermindering of afsluiting van de bloedtoevoer). Ook is het mogelijk dat iemand een of meerdere herseninfarcten (beroertes) heeft doorgemaakt voordat de dementie begon.

Vasculaire dementie begint vaak meer abrupt dan de ziekte van Alzheimer. De verschijnselen nemen in de loop der tijd in ernst toe. De ziekte ontstaat doorgaans tussen het 65-ste en 75-ste levensjaar, maar kan ook al op jongere leeftijd beginnen. Naast de verschijnselen die ook bij de ziekte van Alzheimer voorkomen, kan er een verlamming optreden en/of plotselinge spraak- en slikproblemen. De verschijnselen van dementie zijn afhankelijk van het gebied in de hersenen dat is beschadigd. Er zijn daardoor diverse typen vasculaire dementie, elk met zijn eigen verschijnselen (Alzheimer Nederland, 2007). Aanvullende informatie over vasculaire dementie is te vinden in de CBO-richtlijn 'Diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie'.

Belevingsgerichte zorg

De zorg die aan dementerende ouderen wordt verleend dient belevingsgericht te zijn. Dit betekent dat de belevingswereld van de dementerende centraal staat. De belevingswereld van de dementerende verandert gedurende de ziekte. Er zijn vier fasen te onderscheiden:

1. De fase van het 'bedreigde ik' (beginnende en milde dementie).

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

2. De fase van het 'verdwaalde ik' (matig ernstige dementie).

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

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

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

4. De fase van het 'verzonken ik' (ernstige dementie).

Het geheugen en de communicatie zijn in deze fase ernstig verstoord. De cliënt is volledig gedesoriënteerd en hulpbehoevend. De eigen identiteit is verloren gegaan. De zintuiglijke en motorische prikkels zijn nog het enige contact met de omgeving. De dementerende lijkt volledig in zichzelf gekeerd, afgesloten van zijn omgeving,

verzonken in zichzelf. Reacties en gevoelens van de dementerende kunnen zijn gevoelens van onbehagen, het koesteren van een pop of knuffel en het maken van geruststellende geluiden (Van der Kooij, 2001; Van Willenswaard, 2003b; Van Willenswaard, 2003a; Verdult, 2001).

1.6 Probleemomschrijving

Dementie is een ziekte die geleidelijk ernstiger wordt en niet terug te draaien is. De aandoening is chronisch van aard. Zelfstandig functioneren is op een bepaald moment niet meer mogelijk en de dementerende wordt volledig afhankelijk van anderen.

Van de 65-jarigen lijdt bijna 1% aan dementie. Dit percentage loopt op tot ruim 40% bij mensen van 90 jaar en ouder. Aangezien er in de toekomst steeds meer ouderen zullen zijn, en van steeds hogere leeftijd, zal het aantal cliënten met dementie naar schatting oplopen van circa 200.000 in 2005 tot 317.000 in 2030 en 412.000 in 2050 (Gezondheidsraad, 2002). Het overgrote deel van de cliënten wordt thuis verzorgd door mantelzorgers en de thuiszorg. Circa 35% is opgenomen in een zorginstelling (Gezondheidsraad, 2005).

Zoals eerder beschreven krijgt een groot deel van de dementerende ouderen op een gegeven moment gedragsproblemen, waaronder agitatie. De oorzaken van agitatie kunnen divers zijn. Het gedrag heeft grote gevolgen voor het leven van de dementerende oudere zelf, voor mantelzorgers, voor verpleegkundigen en verzorgenden, en voor zorginstellingen.

Gevolgen voor de dementerende oudere zelf

Agitatie beïnvloedt de kwaliteit van leven van de dementerende oudere. Het geagiteerde gedrag kan er onder meer toe leiden dat een dementerende niet meer thuis kan blijven wonen. Het gevolg hiervan is dat de dementerende vroegtijdig en langdurig moet worden opgenomen in een verpleeg- of verzorgingshuis. Ook kan agitatie leiden tot een toename van medicatiegebruik en tot de toepassing van dwangmiddelen.

Gevolgen voor mantelzorgers

Agitatie kan belastend zijn voor mantelzorgers en daarmee hun kwaliteit van hun leven verminderen. De dementerende oudere wordt in de regel steeds afhankelijker van de mantelzorger. Zij zal taken van de dementerende over moeten gaan nemen, bijvoorbeeld in het huishouden. Op emotioneel gebied is het voor de mantelzorger zwaar om de gedragsverandering van de dementerende oudere te accepteren. Gevoelens van machteloosheid komen veel voor. Het sociale leven van de mantelzorger vermindert door de tijd en de aandacht die de dementerende oudere vraagt.

Gevolgen voor verpleegkundigen en verzorgenden

Geagiteerd gedrag kan gevolgen hebben voor de arbeidstevredenheid van verpleegkundigen en verzorgenden. Het ontbreken van voldoende houvast in de omgang met het geagiteerde gedrag van de cliënt kan leiden tot verminderde arbeidstevredenheid. Ook kan de werkdruk toenemen door de aandacht die de geagiteerde cliënt vraagt. Zowel verminderde arbeidstevredenheid als verhoogde werkdruk kunnen leiden tot ziekteverzuim.

Gevolgen voor zorginstellingen

Het geagiteerde gedrag kan ertoe leiden dat een dementerende niet meer thuis kan blijven wonen. De dementerende cliënt kan steeds minder zelf waardoor de belasting van de mantelzorger toeneemt. Mede door de

overbelasting van de mantelzorg kan de dementerende oudere vroegtijdig moeten worden opgenomen in een zorginstelling. Hiermee neemt de druk op zorginstellingen toe.

1.7 Voorwaarden voor effectief gebruik van de richtlijn

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

1. De zorg die verleend wordt, dient belevingsgericht te zijn.
2. De gebruiker van de richtlijn dient zich te realiseren dat de richtlijn geen kant en klare oplossing biedt voor het geagiteerde gedrag van dementerende ouderen. Het is niet meer dan een hulpmiddel. Het geeft dus niet aan wat er precies gedaan moet worden in een bepaalde situatie. Dit moet steeds per cliënt en per situatie bekeken worden. De richtlijn moet dus bij iedere cliënt apart worden uitgevoerd. De richtlijn geeft aanbevelingen voor interventies die afgestemd moeten worden op de individuele cliënt.
3. Verpleegkundigen en verzorgenden dienen, voorafgaand aan het gebruik van de richtlijn, training te hebben gehad. Bij deze richtlijn is een aparte trainingsmodule ontwikkeld.
4. De richtlijn dient bij voorkeur door twee verpleegkundigen of verzorgenden samen te worden uitgevoerd.
5. De organisatie dient het gebruik van de richtlijn te ondersteunen en te stimuleren. Zij kan goede randvoorwaarden creëren door middelen hiervoor beschikbaar te stellen, trainingsfaciliteiten te bieden en leidinggevend te ondersteunen bij de implementatie en uitvoering van de richtlijn.
6. Het is belangrijk dat de richtlijn een duidelijke plaats krijgt in het zorgproces. De teamleider kan daarbij een grote rol spelen. Zij kan tijd en ruimte creëren voor het uitvoeren van de richtlijn, kan ondersteuning bieden en kan teamleden motiveren tot het uitvoeren van de gekozen interventie(s).
7. De interventies die voortkomen uit de richtlijn dienen besproken te worden in het teamoverleg.
8. Het multidisciplinaire team kan een belangrijke rol vervullen bij de uitvoering van de richtlijn. De verpleegkundigen en verzorgenden die de richtlijn uitvoeren beoordelen zelf wanneer ze de hulp van het multidisciplinaire team nodig hebben.
9. De richtlijn zal voortdurend bijgesteld moeten worden op basis van actuele gegevens. Nieuwe situaties leveren nieuwe kennis op die van belang kan zijn bij de uitvoering van de richtlijn.

1.8 Implementatieplan

Voor de implementatie van de richtlijn in de verpleegkundige en verzorgende praktijk is een goed uitgewerkte implementatiestrategie nodig. Deze dient bij voorkeur vastgelegd te zijn in een implementatieplan dat onder de regie van de leidinggevende binnen de organisatie kan worden uitgevoerd. In dit plan dienen in ieder geval de volgende punten uitgewerkt te zijn:

- De doelen die de organisatie wil bereiken met de invoering van de richtlijn.
- De resultaten die de toepassing van de richtlijn voor de organisatie op moet leveren.
- Een sterkte/zwakte-analyse waarin de bevorderende en belemmerende factoren met betrekking tot de invoering van de richtlijn worden geanalyseerd.
- Een plan van aanpak met een tijdschema waarin de invoering van de richtlijn wordt besproken, rekening houdend met de uitgevoerde sterkte/zwakteanalyse. Wellicht moeten vooraf eerst activiteiten worden ondernomen gericht op verandering van belemmerende factoren. Gedacht kan worden aan het bevorderen van

een gemeenschappelijke visie, een draagvlak onder leidinggevenden, motivatie van medewerkers en financiële randvoorwaarden voor de invoering.

- De wijze van evaluatie van de invoering van de richtlijn.

1.9 Herziening

Iedere twee jaar zal gezocht worden naar nieuw verschenen literatuur. De resultaten daarvan en de mogelijke gevolgen voor de richtlijn zullen in een expertpanel worden bediscussieerd. Op basis hiervan zal de richtlijn waar nodig worden herzien.

2 Werkwijze bij de totstandkoming van de richtlijn

De ontwikkeling van de richtlijn heeft plaatsgevonden tussen november 2005 en november 2007. Er zijn verschillende fasen doorlopen die in de volgende paragrafen beschreven staan.

De richtlijnontwikkeling is uitgevoerd door dr. Berno van Meijel en drs. Rieneke Peijnenburg van de Hogeschool INHOLLAND te Amsterdam in samenwerking met drs. Cindy Brink, Paul-Jeroen Verkade en drs. Pascal Schmitz van Stichting Geriant te Heerhugowaard (zie 4.1). De onderzoeksgroep werd daarbij ondersteund door een begeleidingscommissie en een expertpanel (zie 4.2 en 4.3). Diverse verpleeghuizen en teams uit de regio Alkmaar (zie 4.4) participeerden in de pilot-implementatie van de richtlijn.

2.1 Literatuurstudie

Voorafgaand aan de ontwikkeling van de richtlijn is een systematische literatuurstudie uitgevoerd. Dit is gedaan om te kunnen bepalen welke niet-medicamenteuze interventies effectief zijn in het verminderen van agitatie bij dementerende ouderen. Met een systematische literatuurstudie wordt op basis van eerder verricht onderzoek bepaald hoeveel wetenschappelijk bewijs er is voor de effectiviteit van een bepaalde interventie werkt. In onze literatuurstudie is gezocht naar niet-medicamenteuze interventies die leiden tot een vermindering van agitatie bij dementerende ouderen.

In hoofdstuk 3 wordt verder inhoudelijk ingegaan op interventies waarvoor wetenschappelijk bewijs is gevonden. De complete verantwoording van de literatuurstudie is terug te vinden in de bijlage 1.

2.2 Expertbijeenkomst

Op basis van de literatuurstudie is een conceptrichtlijn ontwikkeld. Deze is vervolgens beoordeeld door een expertpanel. Het panel bestond uit twee verpleegkundigen, twee verzorgenden, een verpleeghuisarts, een psycholoog, cliënten verenigd in een cliëntenraad, twee mantelzorgers, een medewerker van het kenniscentrum van Alzheimer Nederland en een beleidsmedewerker kwaliteit van Sting (landelijke beroepsvereniging verzorging & zorgprojecten).

Het expertpanel heeft de conceptrichtlijn allereerst schriftelijk beoordeeld aan de hand van een vragenlijst. Er is gekeken naar inhoud, vormgeving en bruikbaarheid van de richtlijn. Vervolgens is er een panelbijeenkomst geweest, waarbij het schriftelijk commentaar is besproken. Op basis van de uitkomsten van de panelbijeenkomst is de richtlijn aangepast. Deze is opnieuw aan het expertpanel voorgelegd met het verzoek om schriftelijk of mondeling commentaar. Na verwerking van dit commentaar is de conceptrichtlijn voorlopig vastgesteld voor toepassing in de praktijk.

2.3 Pilot-implementatie

De conceptrichtlijn is getoetst op bruikbaarheid en toepasbaarheid door verpleegkundigen en verzorgenden op zes psychogeriatrische verpleegafdelingen van vier verpleeghuizen en door twee ambulante teams voor psychogeriatricie.

De 18 deelnemende verpleegkundigen en verzorgenden hebben voorafgaand aan de implementatie een training van twee dagdelen gevolgd. De training had tot doel kennisvermeerdering over geagiteerd gedrag bij

dementerende ouderen en het verwerven van vaardigheden voor het uitvoeren van de richtlijn in de dagelijkse praktijk.

De implementatie hield in dat de verpleegkundigen en verzorgenden in een periode van drie maanden de richtlijn elk bij twee geagiteerde cliënten uit zouden voeren. Voorwaarde, naast geagiteerd gedrag, was dat de cliënten dienden te lijden aan de ziekte van Alzheimer of vasculaire dementie en dat zij ouder dienden te zijn dan 65 jaar. Tijdens de pilot-periode heeft de onderzoeker telefonisch contact onderhouden met de verpleegkundigen en verzorgenden. De richtlijn is uiteindelijk bij 18 cliënten uitgevoerd.

Na drie maanden hebben de verpleegkundigen en verzorgenden een enquête ontvangen, gericht op de inhoud, bruikbaarheid en toepasbaarheid van de richtlijn. De gegevens die hieruit voortkwamen zijn geanalyseerd met behulp van SPSS 12.0.1. Ook zijn de verpleegkundigen en verzorgenden samen met de teamleider en een afgevaardigde van het multidisciplinaire team geïnterviewd. Het interview richtte zich met name op de multidisciplinaire samenwerking. De gegevens die hieruit voortkwamen zijn geanalyseerd met behulp van WINMAX Pro '96, dit is een softwareprogramma voor kwalitatieve tekstanalyse.

De resultaten van de enquêtes en interviews zijn beschreven in een verandervoorstel. Dit is ter beoordeling voorgelegd aan het expertpanel. Op basis van hun reacties is de richtlijn een laatste maal aangepast. Deze definitieve richtlijn is ter legitimering aangeboden aan de beroepsvereniging voor verpleegkundigen en verzorgenden V&VN (Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland).

3. Verantwoording van de richtlijn

3.1 Wetenschappelijke onderbouwing

Op basis van de literatuurstudie en meningen van de onderzoeksgroep of het expertpanel zijn conclusies en aanbevelingen geformuleerd. Deze vormden de basis voor de richtlijn. Bij de conclusies is er een literatuurverantwoording aangegeven, evenals het niveau van bewijs. Dit niveau is gebaseerd op de mate van (wetenschappelijke) bewijskracht zoals geformuleerd door het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (2006).

Mate van bewijskracht:

- A1. Systematische review van tenminste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A2-niveau
- A2. Gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit en van voldoende omvang
- B. Vergelijkend onderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 (hieronder valt ook patiëntcontrole onderzoek, cohort onderzoek)
- C. Niet-vergelijkend onderzoek
- D. Mening van deskundigen

Niveaus van bewijs:

- 1. Onderzoek van niveau A1 of tenminste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau A2
- 2. Eén onderzoek van niveau A2 of tenminste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B
- 3. Eén onderzoek van niveau B of C
- 4. Mening van deskundigen

3.1.1 Observatie

In de literatuur wordt benadrukt dat het geagiteerde gedrag van de dementerende eerst zorgvuldig geobserveerd en beschreven moet worden. De Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) (Cohen-Mansfield et al., 1989) is een betrouwbare en valide schaal voor het beschrijven van geagiteerd gedrag.

Ook het onderzoeken van de situaties waarin het gedrag voorkomt, wordt in de literatuur als belangrijk genoemd. Bijvoorbeeld: waar en wanneer het gedrag voorkomt, wie er in de buurt is en wat er in de directe omgeving gebeurt.

Conclusie

Niveau 3	Het is van belang dat het geagiteerde gedrag zorgvuldig wordt geobserveerd en beschreven. Hierbij kan de Cohen-Mansfield Agitation Inventory behulpzaam zijn. C. McGonigal-Kenney & Schutte, 2004; Cohen-Mansfield & Libin, 2004; Sutor & Rummans, 2001; Cohen-Mansfield et al., 1989; de Jonghe & Kat, 1996
----------	---

Niveau 3	<p>De situaties waarin het geagiteerde gedrag voorkomt kunnen worden geanalyseerd aan de hand van de volgende vragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie is er in de buurt? • Wat gebeurt er in de directe omgeving? • Waar komt het gedrag voor? • Wanneer komt het gedrag voor? <p>C. McGonigal-Kenney et al., 2004</p>
----------	---

Overige overwegingen

Het expertpanel is van mening dat de CMAI bij verzorgenden en verpleegkundigen leidt tot bewustwording van geagiteerd gedrag.

Het expertpanel is van mening dat het geagiteerde gedrag geanalyseerd dient te worden samen met een collega-verpleegkundige of -verzorgende.

Aanbeveling 1

Beschrijf met behulp van de Cohen-Mansfield Agitation Inventory welke geagiteerde gedragingen de afgelopen twee weken voorkwamen en hoe vaak.

Aanbeveling 2

Analyseer de situaties waarin het gedrag voorkomt aan de hand van de volgende vragen:

- Wie is er in de buurt?
- Wat gebeurt er in de directe omgeving?
- Waar komt het gedrag voor?
- Wanneer komt het gedrag voor?

3.1.2 Oorzaken

Om het geagiteerde gedrag te kunnen beïnvloeden, zal gezocht moeten worden naar de achterliggende oorzaak of oorzaken van het gedrag. In de literatuur worden verschillende modellen beschreven die de oorzaken van het probleemgedrag trachten te verklaren. Het biologische model zoekt de oorzaak vooral in defecten en verstoringen in biochemische processen in de hersenen. Het gedragstheoretische model ziet het probleemgedrag als uitgelokt en in stand gehouden door innerlijke en omgevingsstimuli. Het Need Driven Dementia Compromised Behavior Model (Kolanowski & Whall, 2000) beschouwt het probleemgedrag als uitingsvorm van een achterliggende (onvervulde) behoefte van de dementerende oudere. Het Progressively Lowered Stress Threshold Model (Hall, 1994) heeft als uitgangspunt dat problemen in het gedrag ontstaan door een toenemend verlies van copingvaardigheden van de dementerende oudere. De dementerende zal bij toename van stress met angstgevoelens reageren. Een individueel bepaalde drempel wordt overschreden en er ontstaat een 'niet-

functionele' verandering in het gedrag. Tot slot wordt hier genoemd het adaptatie-coping model (Dröes, 1991), dat uitgaat van de problemen die de dementerende het hoofd moet bieden in de loop van de ziekte en de (tekortschietende) adaptieve taken om dit te realiseren. De vijf modellen zijn overlappend en aanvullend ten opzichte van elkaar.

De onderzoeksgroep is van mening dat niet van één enkel model moet worden uitgegaan. Geen enkele oorzaak dient tenslotte uitgesloten te worden. Een oorzaak kan lichamelijk ongemak zijn, bijvoorbeeld pijn. Een onvervulde behoefte, bijvoorbeeld honger, kan ook de oorzaak van agitatie zijn. Ook kan een bepaalde verandering in de omgeving het gedrag veroorzaken. Verder kunnen overprikkeling door harde geluiden of juist onderprikkeling leiden tot geagiteerd gedrag. Tot slot kan moeite met het uiten van gevoelens een oorzaak zijn van agitatie. De onderzoeksgroep denkt hiermee de meest voorkomende oorzaken genoemd te hebben, maar sluit andere oorzaken voor geagiteerd gedrag niet uit.

Conclusie

Niveau 3	<p>Oorzaken van geagiteerd gedrag kunnen zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> • lichamelijk ongemak • een onvervulde behoefte • een verandering waarmee de dementerende te maken heeft • overprikkeling • onderprikkeling • te hoog gestelde eisen • moeite met het uiten van gevoelens • anders <p>C. Kolanowski et al., 2000; Hall, 1994; Dröes, 1991</p>
----------	---

Overige overwegingen

De onderzoeksgroep is van mening dat het in sommige gevallen niet mogelijk is te achterhalen wat de oorzaak van het geagiteerde gedrag is. Ook is de onderzoeksgroep van mening dat in sommige gevallen het geagiteerde gedrag meerdere gelijktijdige oorzaken kan hebben.

Aanbeveling 3

Zoek naar de oorzaak of oorzaken van het geagiteerde gedrag. De mogelijke oorzaken kunnen zijn:

- lichamelijk ongemak
- een onvervulde behoefte
- een verandering waarmee de dementerende te maken heeft
- overprikkeling
- onderprikkeling
- te hoog gestelde eisen

- moeite met het uiten van gevoelens
- anders

3.1.3 Interventies

In de literatuur is geen standaardinterventie gevonden die garant staat voor vermindering van agitatie. De analyse van de individuele situatie van de dementerende is bepalend voor de keuze van een interventie. Blijkt uit de analyse dat de directe oorzaak van het geagiteerde gedrag kan worden weggenomen (bijvoorbeeld het verminderen van storende geluiden in de omgeving van cliënt), dan dient de interventie daarop te worden gericht. In de onderzoeksliteratuur is gevonden dat interventies gericht op factoren in de omgeving van de cliënt de agitatie kunnen verminderen.

Als de oorzaak van het geagiteerde gedrag niet direct kan worden weggenomen, dan zal naar alternatieve interventiemogelijkheden gezocht moeten worden. In de literatuur zijn twee interventies gevonden, die een zekere wetenschappelijke onderbouwing hebben, namelijk:

- activiteiten in de vorm van bewegen: de cliënt krijgt een bewegingsactiviteit aangeboden die aansluit bij de persoonlijke voorkeuren en mogelijkheden,
- muziek ter ontspanning of ter activering: de cliënt krijgt muziek aangeboden die past bij de persoonlijke voorkeur en die aansluit bij het doel ervan: ontspannen of juist activeren.

Conclusie

Niveau 3	Interventies ter vermindering van geagiteerd gedrag dienen, indien mogelijk, gericht te worden op de directe oorzaak van het gedrag. C. McGonigal-Kenney et al., 2004
Niveau 3	Omgevingsinterventies dienen te worden ingezet wanneer het geagiteerde gedrag voortkomt uit specifieke omgevingsfactoren (overprikkeling vanuit de omgeving, veranderingen in de omgeving et cetera). B. Kincaid & Peacock, 2003 C. Mayer & Darby, 1991; Dickinson et al., 1995
Niveau 2	Geagiteerd gedrag kan worden verminderd door de cliënt activiteiten in de vorm van bewegen aan te bieden. A2. Landi et al., 2004; Alessi et al., 1999 B. Holmberg, 1997; Namazi et al., 1994 C. Kolanowski et al., 2002
Niveau 2	Geagiteerd gedrag kan worden verminderd door de cliënt muziek ter ontspanning of ter activering aan te bieden. A2. Clark et al., 1998; Groene, 1993 B. Burgio et al., 1996; Thomas et al., 1997; Tabloski et al., 1995; Gerdner, 2005;

	Gerdner, 2000 C. Ragneskog et al., 2001; Brotons & Pickett-Cooper, 1996; Casby & Holm, 1994; Gerdner, 1997; Denney, 1997
--	--

Overige overwegingen

De onderzoeksgroep is van mening dat een interventie gericht op de beïnvloeding van de omgeving steeds overwogen dient te worden, aangezien deze doeltreffend kan zijn en met weinig tijd en middelen kan worden ingezet.

Het expertpanel is van mening dat verzorgenden van niveau 2 en activiteitenbegeleiders een belangrijke rol kunnen spelen bij de uitvoering van de genoemde interventies.

Aanbeveling 4

Interventies dienen in eerste instantie op de directe oorzaak van het geagiteerde gedrag gericht te zijn, onder meer door het beïnvloeden van factoren in de omgeving van de cliënt die bijdragen aan het geagiteerde gedrag.

Aanbeveling 5

Aanvullend op of als alternatief voor interventies die gericht zijn op de directe oorzaak van het geagiteerde gedrag, dienen de volgende interventies overwogen te worden:

- Activiteiten in de vorm van bewegen
- Muziek ter ontspanning of ter activering

3.1.4 Evaluatie

Om te beoordelen of de interventie geholpen heeft het geagiteerde gedrag te verminderen, kan de CMAI opnieuw worden gebruikt. De evaluatie vindt in principe twee weken na de start van de interventie plaats.

Naast een eindevaluatie dient ook tussentijds geëvalueerd te worden. Telkens als de interventie wordt uitgevoerd dienen de reacties van de cliënt op de interventie geobserveerd en beoordeeld te worden.

Conclusie

Niveau 3	Het is gewenst twee weken na de start van de interventie met behulp van de Cohen-Mansfield Agitation Inventory te evalueren wat het effect van de interventie is op het geagiteerde gedrag. C. Cohen-Mansfield et al., 1989; de Jonghe et al., 1996
Niveau 4	Het is gewenst het gedrag van de cliënt tussentijds te observeren en te beoordelen telkens wanneer de interventie wordt aangeboden. D. Mening onderzoeksgroep

Aanbeveling 6

Evalueer twee weken na de start van de interventie met behulp van de Cohen-Mansfield Agitation Inventory wat het effect van de interventie is op het geagiteerde gedrag.

Aanbeveling 7

Observeer en beoordeel het gedrag van de cliënt telkens wanneer de interventie wordt uitgevoerd.

2.4 Samenvatting aanbevelingen

Aanbeveling 1

Beschrijf met behulp van de Cohen-Mansfield Agitation Inventory welke geagiteerde gedragingen de afgelopen twee weken voorkwamen en hoe vaak.

Aanbeveling 2

Analyseer de situaties waarin het gedrag voorkomt met behulp van de volgende vragen:

- Wie is er in de buurt?
- Wat gebeurt er in de directe omgeving?
- Waar komt het gedrag voor?
- Wanneer komt het gedrag voor?

Aanbeveling 3

Zoek naar de oorzaak of oorzaken van het geagiteerde gedrag. De mogelijke oorzaken kunnen zijn:

- lichamelijk ongemak
- een onvervulde behoefte
- een verandering waarmee de dementerende te maken heeft
- overprikkeling
- onderprikkeling
- te hoog gestelde eisen
- moeite met het uiten van gevoelens

- anders

Aanbeveling 4

Interventies dienen in eerste instantie op de directe oorzaak van het geagiteerde gedrag gericht te zijn onder meer door het beïnvloeden van factoren in de omgeving van de cliënt die bijdragen aan het geagiteerde gedrag.

Aanbeveling 5

Aanvullend op of als alternatief voor interventies die gericht zijn op de directe oorzaak van het geagiteerde gedrag, dienen de volgende interventies overwogen te worden:

- Activiteiten in de vorm van bewegen
- Muziek ter ontspanning of ter activering

Aanbeveling 6

Evalueer twee weken na de start van de interventie met behulp van de Cohen-Mansfield Agitation Inventory wat het effect van de interventie op het geagiteerde gedrag is.

Aanbeveling 7

Observeer en beoordeel het gedrag van de cliënt telkens wanneer de interventie wordt uitgevoerd.

4 Leden & Deelnemers

4.1 Leden projectgroep

Dr. Berno van Meijel

Lector GGZ-verpleegkunde Hogeschool INHOLLAND (eindverantwoordelijke).

Drs. Rieneke Peijnenburg

Lid kenniskring / lectoraat GGZ-verpleegkunde Hogeschool INHOLLAND (projectleider).

Drs. Cindy Brink

Afdelingshoofd Stichting Geriant, lid kenniskring / lectoraat GGZ-verpleegkunde Hogeschool INHOLLAND (projectmedewerker).

Dhr. Paul-Jeroen Verkade

Case manager Stichting Geriant, lid kenniskring / lectoraat GGZ-verpleegkunde Hogeschool INHOLLAND (projectmedewerker).

Drs. Pascale Schmitz

Preventiemedewerker Stichting Geriant, lid kenniskring / lectoraat GGZ-verpleegkunde Hogeschool INHOLLAND (projectmedewerker).

4.2 Leden begeleidingscommissie

Dr. A.L. Francke

Programmaleider bij het NIVEL / themagebied Verpleging en Verzorging.

Dr. J. de Lange

Lector Transitie in Zorg / Hogeschool Rotterdam en senior-onderzoeker bij het Trimbos-instituut.

4.3 Leden expertpanel

Mw. M. Appels
Medewerker kenniscentrum Alzheimer Nederland

Mw. M. de Been
Beleidsmedewerker kwaliteit Sting

Dhr. K. Brühl
Verpleeghuisarts, sociaal geriater
DOC-team Stichting Geriant, Heerhugowaard

Mw. M. Damen
Verzorgende
DOC-centrum Stichting Geriant, Heerhugowaard

Mw. T. Eikenaar
Verpleegdeskundige geriatrie
Polikliniek Medisch Centrum Alkmaar
Afgevaardigde van de Vereniging Verpleegkundigen Vakgebied Geriatrie (VVVG).

Mw. M. Totté
Wijkverpleegkundige, verpleegkundig specialist
Stichting Welzijn Ouderen, Langedijk

Mw. S. Wijngaarden
Ziekenverzorgende
TOP-zorg medewerker DOC-team, Den Helder

Dhr. H. van Willenswaard
Psycholoog
Zonnehuisgroep Amstelland, Amstelveen

Cliëntenraad Stichting Geriant, Heerhugowaard

4.4 Deelnemende verpleeghuizen en teams

Omring Zorggroep
Verpleeghuis Den Koogh Buitenveld, afdeling Heersdiep

Julianadorp

Stichting Omnizorg Noord-Kennemerland
Verpleeghuis Zuyderwaert, afdelingen Westertocht 5 en Til
Heerhugowaard

Stichting Geriant
DOC-team Kop van Noord-Holland
Den Helder

Stichting Geriant
DOC-team Noord-Kennemerland
Heerhugowaard

Verpleeghuis Lauwershof
Afdeling 1
Alkmaar

Zuster Kueter Stichting
Zorgcentrum Magnushof, afdelingen Neskaag Zuid en Neskaag Noord
Schagen

Literatuurlijst

Alessi, C. A., Yoon, E. J., & Schnelle, J. F. (1999). A randomized trial of a combined physical activity and environmental intervention in nursing home residents: do sleep and agitation improve? *Journal of the American Geriatrics Society*, 47[7], 784-791.

Alzheimer Nederland (2007). *Alles over dementie*. <http://www.alzheimer-nederland.nl>

Borson, S. & Raskind, A. (1997). Clinical features and pharmacologic treatment of behavioral symptoms of Alzheimer's disease. *Neurology* 48, S17-S24.

Brottons, M. & Pickett-Cooper, P. K. (1996). The effects of music therapy intervention on agitation behaviors of Alzheimer's disease patients. *Journal of Music Therapy*, 33, 3-18.

Burgio, L., Scilley, K., Hardin, J. M., Hsu, C., & Yancey, J. (1996). Environmental 'white noise': an intervention for verbally agitated nursing home residents. *Journal of Gerontology*, 51B, 364-373.

Casby, J. A. & Holm, M. B. (1994). The effect of music on repetitive disruptive vocalizations of persons with dementia. *American Journal of Occupational Therapy*, 48, 883-889.

Clark, M. E., Lipe, A. W., & Bilbrey, M. (1998). Use of music to decrease aggressive behaviors in people with dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 24, 10-17.

Cohen-Mansfield, J. (2001). Nonpharmacologic interventions for inappropriate behaviors in dementia: a review, summary, and critique. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 9, 361-381.

Cohen-Mansfield, J. & Libin, A. (2004). Assessment of agitation in elderly patients with dementia: correlations between informant rating and direct observation. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 881-891.

Cohen-Mansfield, J., Marx, M. S., & Rosenthal, A. S. (1989). A description of agitation in a nursing home. *Journal of Gerontology*, 44[3], 77-84.

Cohen-Mansfield, J., Werner, P., & Watson, V. (1995). Agitation among elderly persons at adult day-care centers: the experiences of relatives and staff members. *International Psychogeriatrics*, 7, 447-458.

De Jonghe, J. F. & Kat, M. G. (1996). Factor structure and validity of the Dutch version of the Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI-D). *Journal of the American Geriatrics Society*, 44[7], 888-889.

Denney, A. (1997). Quiet music: an intervention for mealtime agitation? *Journal of Gerontological Nursing*, 21, 39-45.

Desai, A. K. & Grossberg, G. T. (2001). Recognition and management of behavioral disturbances in dementia. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 3[3], 93-109.

Dickinson, J. I., McLain-Kark, J., & Marshall-Baker, A. (1995). The effects of visual barriers on exiting behavior in a dementia care unit. *Gerontologist*, 35, 127-130.

Dröes, R. M. (1991). *In beweging: over psychosociale hulpverlening aan demente ouderen* Utrecht: De Tijdstroom.

Finkel, S. I. (2003). Behavioral and psychologic symptoms of dementia. *Clinics in Geriatric Medicine*, 19[4], 799-824.

Gerdner, L. (1997). An individualized music intervention for agitation. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 3, 177-184.

Gerdner, L. A. (2005). Use of individualized music by trained staff and family: translating research into practice. *Journal of Gerontological Nursing*, 31, 22-30.

Gerdner, L. A. (2000). Effects of individualized versus classical "relaxation" music on the frequency of agitation in elderly persons with Alzheimer's disease and related disorders. *International Psychogeriatrics*, 12, 49-65.

Gezondheidsraad (2002). *Dementie* (Rep. No. 2002/04). Den Haag: Gezondheidsraad.

Gezondheidsraad (2005). *Vergrijzen met ambitie* (Rep. No. 2005/06). Den Haag: Gezondheidsraad.

Groene, R. W. (1993). Effectiveness of music therapy 1:1 intervention with individuals having senile dementia of the Alzheimer's type. *Journal of Music Therapy*, 30[3], 138-157.

Hall, G. R. (1994). Caring for people with Alzheimer's disease using the conceptual model of progressively lowered stress threshold in the clinical setting. *The Nursing Clinics of North America*, 29[1], 129-141.

Holmberg, S. K. (1997). Evaluation of a clinical intervention for wanderers on a geriatric nursing unit. *Archives of Psychiatric Nursing*, 11[1], 21-28.

Howard, R., Ballard, C., O'Brien, J. & Burns, A. (2001). Guidelines for the management of agitation in dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16[7], 714-717.

Kincaid, C. & Peacock, J. R. (2003). The effect of a wall mural on decreasing four types of door-testing behaviors. *The Journal of Applied Gerontology*, 22[1], 76-88.

Kolanowski, A. M., Litaker, M. S., & Baumann, M. A. (2002). Theory-based intervention for dementia behaviors: a within-person analysis over time. *Applied Nursing Research*, 15, 87-96.

Kolanowski, A. M. & Whall, A. L. (2000). Toward holistic theory-based intervention for dementia behavior. *Holistic Nursing Practice*, 14[2], 67-76.

Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (2006). *Evidence-based richtlijnontwikkeling. Handleiding voor werkgroepleden* (Rep. No. Januari 2006).

Landi, F., Russo, A., & Bernabei, R. (2004). Physical activity and behavior in the elderly: a pilot study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 9, 235-241.

Mayer, R. & Darby, S. J. (1991). Does a mirror deter wandering in demented older people? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 6, 607-609.

McGonigal-Kenney, M. L. & Schutte, D. L. (2004). *Non-pharmacologic management of agitated behaviors in persons with Alzheimer disease and other chronic dementing conditions* Iowa City: University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center.

Namazi, K. H., Gwinnup, P. B., & Zadorozny, C. A. (1994). A low intensity exercise/ movement program for patients with Alzheimer's disease: the TEMP-AD protocol. *Journal of Aging and Physical Activity*, 2, 80-92.

Ragneskog, H., Asplund, K., Kihlgren, M., & Norberg, A. (2001). Individualized music played for agitated patients with dementia: analysis of video-recorded sessions. *International Journal of Nursing Practice*, 7, 146-155.

Sutor, B. & Rummans, T. A. S. G. E. (2001). Assessment and management of behavioral disturbances in nursing home patients with dementia. *Mayo Clinic Proceedings*, 76, 540-550.

Tabloski, P. A., McKinnon-Howe, L., & Remington, R. (1995). Effects of calming music on the level of agitation in cognitively impaired nursing home residents. *American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders and Research*, January/ February, 10-15.

Thomas, D. W., Heitmna, R. J., & Alexander, T. (1997). The effects of music on bathing cooperation for residents with dementia. *Journal of Music Therapy*, 34, 246-259.

Thorne, S. E., & Paterson, B. L. (2000). Two decades of insider research: what we know and don't know about chronic illness experience. *Annual Review of Nursing Research*, 18, 3-25.

Van der Kooij, C. (2001). Wat is belevingsgerichte zorg? Belevingsgerichte zorg bij dementie (2). *Denkbeeld, Oktober*, 16-20.

Van Tulder, M. W., Assendelft, W. J. J., Koes, B. W., & Bouter, L. M. (1997). Method guidelines for systematic reviews in the Cochrane Collaboration Back Review Group for Spinal Disorders. *Spine*, 22, 2323-2330.

Van Willenswaard, H. (2003a). Belevingsgerichte zorg in een notendop.

Van Willenswaard, H. (2003b). Belevingsgerichte benadering, bijeenkomst 7.

Verdult, R. (2001). *Dement worden: een kindertijd in beeld. Belevingsgerichte begeleiding van dementerende ouderen*. (3 ed.) Baarn: HBuitgevers.

Bijlage 1

Verantwoording systematische literatuurstudie

* Uitgangsvraag

Welke niet-medicamenteuze interventies zijn bewezen effectief in het kader van vermindering van geagiteerd gedrag van dementerende ouderen?

* Basisartikel

Artikel dat geldt als informatiebron voor de interventies tot en met 1998:

Opie, J., Rosewarne, R., O'Conner, D. W. (1999). The efficacy of psychosocial approaches to behaviour disorders in dementia: a systematic literature review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 789-799

* Zoeken naar aanvullende literatuur

1. Databases:

Cochrane Central Register of Controlled Trials

Cochrane Database of Systematic Reviews

CINAHL

PsycINFO

PubMed

2. Zoekstrategie:

Dementia AND (agitation OR aggression OR disturb* behav* OR challenging behav* OR inappropriate behav* OR problem* behav* OR behav* problem*)

Limit: publicatiejaar 1999-2005

3. Resultaten:

Ovid: 1473 abstracts, PubMed: 1397 abstracts

Totaal: 2870 abstracts

* Selectie van literatuur

1. Abstracts die betrekking hebben op farmacologische interventies zijn handmatig verwijderd,

2. Beoordeling van de overgebleven abstracts, door 2 onafhankelijke personen, aan de hand van vooraf opgestelde inclusiecriteria.

Inclusiecriteria:

- A. Het betreft onderzoek onder dementerende ouderen
- B. De uitkomstmaat is agitatie of agressie
- C. Het betreft een interventiestudie
- D. Het is een Engels-, Nederlands-, Frans- of Duitstalig artikel

3. Abstracts waar geen eenduidigheid over bestond zijn door 4 personen opnieuw bekeken, bediscussieerd en beoordeeld.

Totaal: 139 abstracts geïncludeerd

4. Van de 139 abstracts zijn de full-text artikelen opgezocht (11 artikelen bleken niet verkrijgbaar). Deze zijn verdeeld over 3 personen en zijn nogmaals beoordeeld aan de hand van de inclusiecriteria. Artikelen waarover twijfel bestond zijn met elkaar besproken met het oog op het bereiken van consensus.

Uiteindelijk zijn nog 15 artikelen verwijderd. Totaal overgebleven artikelen: 113.

*** Beoordelen van literatuur en graderen naar mate van bewijs**

1. De, op basis van full-text, relevant bevonden reviews zijn opgenomen in een tabel. De kwaliteit van de reviews is beoordeeld met behulp van het beoordelingsformulier voor systematische reviews ontwikkeld door het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg, het CBO.

2. De, op basis van full-text, relevant bevonden RCT's, CCT's, Pretest-Posttest- en Cross-over-studies zijn opgenomen in een naar interventietype gerangschikte tabel. De kwaliteit van deze studies is beoordeeld met behulp van de 'Criteria list for the methodological quality assessment of (quasi) experimental studies' ontwikkeld door Van Tulder et al. (1997).

3. De overige, op basis van full-text, relevant bevonden kwantitatieve studies zijn opgenomen in een naar interventietype gerangschikte tabel. De kwaliteit van de studies is op dezelfde manier beoordeeld als onder 2 genoemd.

4. De, op basis van full-text, relevant bevonden kwalitatieve studies zijn opgenomen in een naar interventietype gerangschikte tabel. De kwaliteit van de studies is bekeken aan de hand van een zelf ontwikkelde checklist gebaseerd op criteria van Thorne & Paterson (2000). Ook zijn hierbij betrokken de criteria die de 'British Journal of Psychiatry' en 'Journal of Advanced Nursing' stelt aan kwalitatief onderzoek.

*** Wetenschappelijke bewijskracht**

Per interventietype is de mate van wetenschappelijke bewijskracht beoordeeld. Aan de hand hiervan is binnen de onderzoeksgroep bepaald of een interventie voldoende bewijskracht had om te worden opgenomen in de richtlijn.