

Dementie te lijf met psychotherapeutische technieken Hoopvolle resultaten van geïntegreerde benadering

Een nieuw behandelingprogramma waarbij gebruik wordt gemaakt van psychotherapeutische technieken verbetert de kwaliteit van leven bij dementie sterk. Dit blijkt uit het proefschrift van psychogeriatr *Ton Bakker*. Alle reden om in de praktijk aan de slag te gaan met deze kennis, concludeert psycholoog en wetenschapsjournalist Ad Bergsma. Maar volgens Martin Smalbrugge, specialist ouderengeneeskunde en redacteur van DENKBEELD, is eerst meer onderzoek nodig.

door Ad Bergsma

De kwaliteit van leven van mensen met dementie en hun mantelzorgers wordt vaak extra belast door problemen die met de ziekte gepaard kunnen gaan, zoals angst, agitatie/agressie, apathie of depressiviteit. Hoe vaak dergelijke problemen voorkomen blijkt uit de steekproef die in het proefschrift van Bakker is opgenomen. Voor dit onderzoek werden 487 patiënten vanaf 65 jaar bij wie vermoedelijk sprake was van dementie of milde cognitieve stoornissen, met behulp van een neuropsychiatrische vragenlijst onderzocht op psychische problemen. Het percentage patiënten met minimaal één psychiatrische klacht naast de dementie was maar liefst 91,7 procent; depressie, apathie en angst kwamen voor bij ruim veertig procent van de onderzochte personen, agitatie/agressie bij meer dan dertig procent.

In de normale zorg worden deze problemen vaak alleen aangepakt met medicatie, maar de werking van de beschikbare middelen is bij deze patiëntengroep beperkt. Bovendien hebben dergelijke middelen dikwijls bijwerkingen. Psychiatrische problemen bij dit soort patiënten blijken bovendien zo ingewikkeld te zijn, dat ze moeilijk zijn aan te pakken door individuele zorgverleners. Dit komt in de eerste plaats door de complexiteit die inherent is aan de combinatie van psychiatrische aandoeningen en verminderde cognitieve vermogens, maar daarnaast spelen vaak lichamelijke klachten een rol evenals sociale problemen als relatieproblemen en eenzaamheid.

Systematische aanpak

Bakker onderzocht of betere resultaten behaald kunnen worden met een meer systematische aanpak op een gespecialiseerde afdeling met twintig bedden, waarin wordt samengewerkt door een team van behandelaars met verschillende specialismen (specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundige, psycholoog, muziektherapeut, fysiotherapeut en maatschappelijk werker). Het doel van deze brede behandeling, *Integratieve Reactivering en Rehabilitatie (IRR)* genaamd, is het verbeteren of stabiliseren van de autonomie van de patiënt en/of en het verhogen van diens kwaliteit van leven. Ouderen met beginnende dementie die bijkomende psychische klachten hebben, worden in het kader van IRR voor drie maanden opgenomen op een speciale afdeling in het verpleeghuis. Na afloop van deze periode gaan de meeste patiënten naar een zorgcentrum, waar ze al dan niet aanvullende verpleeghuiszorg krijgen.

Aan het begin van de behandeling brengen een arts en een psycholoog aan de hand van zes vragen in kaart hoe de patiënt functioneert. Wat zijn de dominante emoties? Hoe ziet de persoonlijkheid van de patiënt eruit? Wat is zijn of haar levensgeschiedenis? Hoe functioneert de patiënt sociaal? Hoe staat het met het cognitief functioneren? Welke lichamelijke klachten zijn er?

Deze zorgvuldige diagnose wordt gebruikt om de voornaamste functieproblemen in kaart te brengen en te kijken op welke punten praktische verbeteringen mogelijk zijn. Het uitgangspunt is dat de aanpak toegesneden wordt op de mogelijkheden van de individuele

patiënt en diens mantelzorger. Er wordt gewerkt vanuit een optimistische houding die zowel gericht is op de patiënt als op de mantelzorger.

Aandacht voor psychotherapie

Binnen de behandeling is veel aandacht voor technieken uit de psychotherapie, zoals inzicht geven, structuur bieden, voorlichten en begeleiden (zie ook het kader op p. ..). Zo kan een weduwe die sinds de dood van haar man veel in bed ligt vanwege allerlei lichamelijke klachten, gewezen worden op de rol die haar verdriet in haar gedrag kan spelen.

Fysiotherapie helpt haar om haar lichamelijke klachten beter te duiden en de verpleging beloont positief gedrag, zodat zij haar zelfvertrouwen weet te hervinden. De zoon van de weduwe krijgt voorlichting over de toestand van zijn moeder en krijgt advies over een constructieve omgang met haar problemen.

Een ander voorbeeld. Als vanwege ernstige geheugenzwakte geen inzichtgevende gesprekken meer mogelijk zijn, kan in plaats daarvan bepaald gedrag ingeslepen worden door het voor te doen en het vervolgens heel vaak te laten herhalen. Een patiënt die voorheen negen van de tien keer de eigen slaapkamer niet kon vinden, kan zo bijvoorbeeld leren om dat in acht van de tien gevallen wél goed te doen. Het bieden van structuur die het maken van fouten zoveel mogelijk uitsluit, is hierbij een goede techniek. Dit kan ook erg nuttig zijn bij angstige patiënten.

Een derde voorbeeld is het toestaan van regressie om een patiënt tot rust te laten komen. Dit wordt bijvoorbeeld gebruikt bij patiënten die depressief en uitgeput zijn en die niet meer goed reageren op positieve impulsen als: 'Kom op, morgen is het weer een dag' of 'Kleedt u zich nu even zelf aan.' Als deze goedbedoelde druk averechts werkt, kun je compleet van perspectief wisselen en juist helemaal tegemoetkomen aan de zorgbehoefte van de patiënt. Deze krijgt alle comfort en hoeft even niets meer zelf te doen. Maar als hij toch iets doet, reageert het verzorgende team enthousiast. De patiënt rust uit en krijgt de gelegenheid het eigen initiatief te hervinden.

Positieve resultaten

De effectiviteit van IRR is onderzocht bij 168 patiënten met cognitieve problemen en meervoudige psychiatrische klachten. Op basis van toeval kregen zij ofwel het nieuwe behandelprogramma toegewezen ofwel de gebruikelijke (verpleeghuis)zorg. De meerwaarde van IRR stond daarbij niet op voorhand vast, omdat ook in gewone verpleeghuizen deskundigheid vanuit verschillende disciplines aanwezig is. Toch blijkt het nieuwe behandelprogramma tot betere resultaten te leiden. Driekwart van de patiënten knapt dankzij IRR sterk op. Bij de gewone verpleeghuiszorg neemt het aantal bijkomende psychiatrische klachten gemiddeld met dertig procent af, bij Integratieve Reactivering en Rehabilitatie is die afname twee keer zo sterk.

De aanpak van IRR zet ook zoden aan de dijk voor de mantelzorger. Opname in een gewoon verpleeghuis brengt de belasting voor mantelzorgers niet terug, maar dankzij IRR daalt deze met de helft. Dit komt voor een deel doordat het de patiënt beter vergaat, maar ook doordat de mantelzorgers zelf intensieve begeleiding krijgen en goede uitleg over wat er aan de hand is. Daarnaast besteedt het behandelteam aandacht aan het herstellen van het familiesysteem en indien nodig worden mantelzorgers ook doorverwezen naar therapie buiten de deur van de instelling. Zo ontstaat de rust die voor de mantelzorgers nodig is om het eigen leven weer op te pakken.

De positieve resultaten van het behandelprogramma verdwijnen niet meteen zodra de extra zorg wordt gestaakt. Een half jaar later blijken patiënt en mantelzorger er nog steeds baat bij te hebben.

Een aangename verrassing uit het onderzoek van Bakker is dat de effecten van de behandeling onafhankelijk bleken van de ernst van de cognitieve klachten. Vooraf werd gedacht dat psychotherapeutische technieken minder vruchten af zouden werpen, naarmate de dementie dieper zou zijn. Het onderzoek was gericht op oudere patiënten die wat betreft de ernst van hun klachten uiteenliepen van personen met milde cognitieve problemen tot en met mensen met matig ernstige dementie. Nu al deze patiënten evenzeer van de behandeling blijken te hebben geprofiteerd, lijkt het de moeite waard om te kijken of deze systematiek ook lonend is voor patiënten bij wie de dementie verder is voortgeschreden. Voor de behandeling blijkt het ook niet uit te maken welk soort dementie de patiënt heeft. Geslacht, opleidingsniveau en sociale relaties zijn eveneens niet van invloed op het behandelprogramma. Eigenlijk profiteren alle kwetsbare oudere patiënten met psychiatrische klachten evenzeer van de behandeling, met als enige uitzondering mensen die een delier hebben doorgemaakt. Voor hen is de levensverwachting vaak niet erg gunstig en Integratieve Reactivering en Rehabilitatie blijkt daaraan niets te kunnen veranderen.

Implicaties voor de zorg

Uit het onderzoek blijkt dat investeringen in de kwaliteit van de zorg wel degelijk kunnen leiden tot duidelijke verbeteringen voor patiënten met dementie en hun mantelzorgers. Dit is opmerkelijk, omdat vaak gedacht wordt dat er aan dementie weinig tot niets te doen is. Deze somberheid blijkt alleen terecht als het gaat om de voortschrijdende geheugenzwakte, maar blijkt niet op te gaan voor de bijkomende psychiatrische problemen die vaak aanleiding zijn voor opname in een verpleeghuis.

De meerprijs van Integratieve Reactivering en Rehabilitatie is betrekkelijk gering. De drie maanden durende IRR-behandeling kost ongeveer 53 euro per dag meer dan de gebruikelijke verpleeghuiszorg. In vergelijking met bijvoorbeeld de zorg voor mensen die een CVA hebben doorgemaakt, is dit bescheiden te noemen (revalidatie op een CVA-unit kost 102 euro per dag extra).

De conclusie van het proefschrift is tweeledig. Ten eerste zijn de resultaten zo gunstig dat het is aan te raden dat andere verpleeghuizen de gebruikte behandeltechniek overnemen. Dit lukt alleen als hiervoor voldoende budget wordt vrijgemaakt en de vergoedingssystematiek wordt aangepast. Ten tweede is het de moeite waard de psychotherapeutische kennis en vaardigheden achter het programma beter te verspreiden in de ouderenzorg. Deze zouden onderdeel moeten gaan uitmaken van de opleidingsprogramma's voor professionals als verzorgenden, artsen, psychologen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten en maatschappelijk werkers. Want het zou zonde zijn als de heilzame psychotherapeutische interventies alleen in verpleeghuizen beschikbaar zouden zijn en bijvoorbeeld niet in ambulante begeleiding van ouderen en hun mantelzorgers.

Dr. Ad Bergsma is psycholoog en wetenschapsjournalist. www.adbergsma.nl

Literatuur:

T.J.E.M. Bakker (2010). Integrative Reactivation and Rehabilitation to Reduce Multiple Psychiatric Symptoms of Psychogeriatric Patients and Caregiver Burden Academisch proefschrift, Vrije Universiteit Amsterdam.

T.J.E.M. Bakker (2011). Integrative Psychotherapeutic Nursing Home Program to Reduce Multiple Psychiatric Symptoms of Cognitively Impaired Patients and Caregiver Burden: Randomized Controlled Trial. *American Journal of Geriatric Psychiatry* (196, June 2011: 507-520)

KADER

Gebruikte psychotherapeutische technieken

Bij Integratieve Reactivering en Rehabilitatie wordt gebruikgemaakt van de volgende interventies:

- consultatie (bijvoorbeeld voor het stellen van diagnoses en het geven van adviezen);
- inzicht geven in de manier waarop bepaald gedrag wortels heeft in de levensgeschiedenis (bijvoorbeeld door counseling, *life review* of interpersoonlijke therapie);
- inzicht geven in de huidige context van gedrag (bijvoorbeeld met behulp van cognitieve gedragstherapie of counseling);
- structuur bieden (bijvoorbeeld door gewenst gedrag te bekrachtigen met behulp van de principes uit de gedragstherapie);
- begeleiding bieden (bijvoorbeeld door bepaald gedrag te accepteren, maar er tegelijkertijd voor te zorgen dat de negatieve effecten zo gering mogelijk zijn);
- regressieve benadering (bijvoorbeeld tegemoetkomen aan de behoeften van de patiënt en tijdelijk een terugval in niveau van functioneren accepteren);
- rehabilitatie (bijvoorbeeld doelen stellen voor de patiënt en diens mantelzorg, waardoor ontslag haalbaar kan worden);
- psycho-educatie (bijvoorbeeld informatie geven over de omgang met specifieke psychiatrische stoornissen, zowel aan de patiënt als diens mantelzorg);
- systeemtherapie van de mantelzorg (bijvoorbeeld de rol van de mantelzorg binnen het systeem onderzoeken en een genogram opstellen).

KADER

Een stap te ver

Ton Bakker, psychogeriater in Rotterdam, onderzocht in zijn proefschrift de effecten van een geïntegreerd en multidisciplinair klinisch behandelprogramma voor mensen met dementie en hun mantelzorgers. Het gebleken effect van dit behandelprogramma (IRR – Integratieve Reactivering en Revalidatie) is voor Ad Bergsma aanleiding om te pleiten voor brede invoering ervan in Nederland.

Ik denk dat dit nog een stap te ver is. Ten eerste omdat de beschreven effecten, zowel op de neuropsychiatrische symptomen van de persoon met dementie als op de belasting van de mantelzorger, betrekkelijk bescheiden zijn. Bovendien is de klinische relevantie van de gevonden verschillen tussen de behandelgroep en de controlegroep nog onderwerp van discussie.

Een tweede reden is dat in het huidige onderzoek alleen het effect van het totale behandelprogramma is onderzocht is en niet van onderdelen daarvan. Je kunt je dus geen oordeel vormen over de werkzaamheid van de afzonderlijke elementen. Momenteel bestaat het totale programma uit heel veel onderdelen en inperking daarvan tot de delen met bewezen werkzaamheid, zou zeer welkom zijn. Het is bijvoorbeeld goed voorstelbaar dat de toepassing van psychotherapeutische technieken door gekwalificeerde zorgverleners voor een belangrijk deel verantwoordelijk is voor het gevonden effect. Dit verdient zeker nader onderzoek, want versoering van het nu wel zeer uitgebreide behandelprogramma zal invoering makkelijker kunnen maken.

Op de derde plaats wordt het behandelprogramma nu in een klinische setting aangeboden. Dat vergt dus een drie maanden durende opname van mensen met dementie die voor het grootste deel nog thuis woonden. Of dat een wenselijk scenario is, betwijfel ik (en voor veel patiënten en/of mantelzorgers was dit ook een reden om van deelname aan de studie af te zien). Een volgende logische stap zou dan ook kunnen zijn om te bekijken of een (aangepast en versoerd) IRR-behandelprogramma ook in een ambulante setting effectief is.

Ton Bakker heeft terecht de nadruk gelegd op het belang van een geïntegreerde, multidisciplinaire en persoonsgerichte aanpak van de neuropsychiatrische symptomen bij mensen met dementie en van de belasting die mantelzorgers van deze patiënten ervaren. Hij verdient alle lof voor de zorgvuldige uitvoering van zijn onderzoek, maar voor een brede invoering van de huidige IRR-behandeling is de basis van dit onderzoek naar mijn idee te smal. Dit neemt niet weg dat zijn studie goede aanknopingspunten biedt om verder te gaan.

Martin Smalbrugge, redacteur Denkbeeld

Reactie op Smalbrugge van Ad Bergsma

Ik sluit mij graag aan bij de conclusie van Martin Smalbrugge dat de basis voor brede invoering van de IRR-behandeling nog smal is. Er zal eerst bewezen moeten worden dat de methode ook in andere settingen en met andere professionals vruchten afwerpt. Wel mee aan de slag gaan dus en dan onze kennis op de door Smalbrugge voorgestelde manier verdiepen. Wat ik echter niet begrijp is dat Smalbrugge twijfelt aan de klinische relevantie van de gevonden effecten op patiënten en mantelzorgers. Er was sprake van zestig procent minder psychiatrische klachten bij patiënten en een halvering van de belasting bij mantelzorgers. Wie dit soort effecten niet klinisch relevant vindt, heeft in één klap de bezuinigingsdoelstelling van het kabinet mogelijk gemaakt. Dan kan men namelijk morgen de hele ggz opdoeken en stoppen met het vergoeden van vrijwel alle psychofarmaca.

Het aspect van de versobering is een punt van discussie. Ik heb hier met Ton Bakker over gesproken. Hij vergelijkt de extra inspanningen in het IRR programma met die voor CVA patiënten en zegt dan dat ze alleszins acceptabel zijn. Ook wijst hij erop dat patiënten en mantelzorgers voor gemiddeld vijf psychiatrische problemen door slechts vier verschillende disciplines worden behandeld. Het brede scala is volgens Bakker juist nodig om een persoonsgeoriënteerde behandeling te kunnen uitvoeren.