



## D-ZEP zorgt voor zorgvuldige analyse en aanpak

Werken aan een landelijk expertisenetwerk voor zeer ernstig probleemgedrag

Tijdschrift:

[Denkbeeld](#) > [Uitgave 5/2021](#)

Auteurs:

Ate Frans de Bruin, Henriëtte Ettema, Yvonne van Kemenade

[Paginanotities](#)

[» Naar de samenvatting](#)

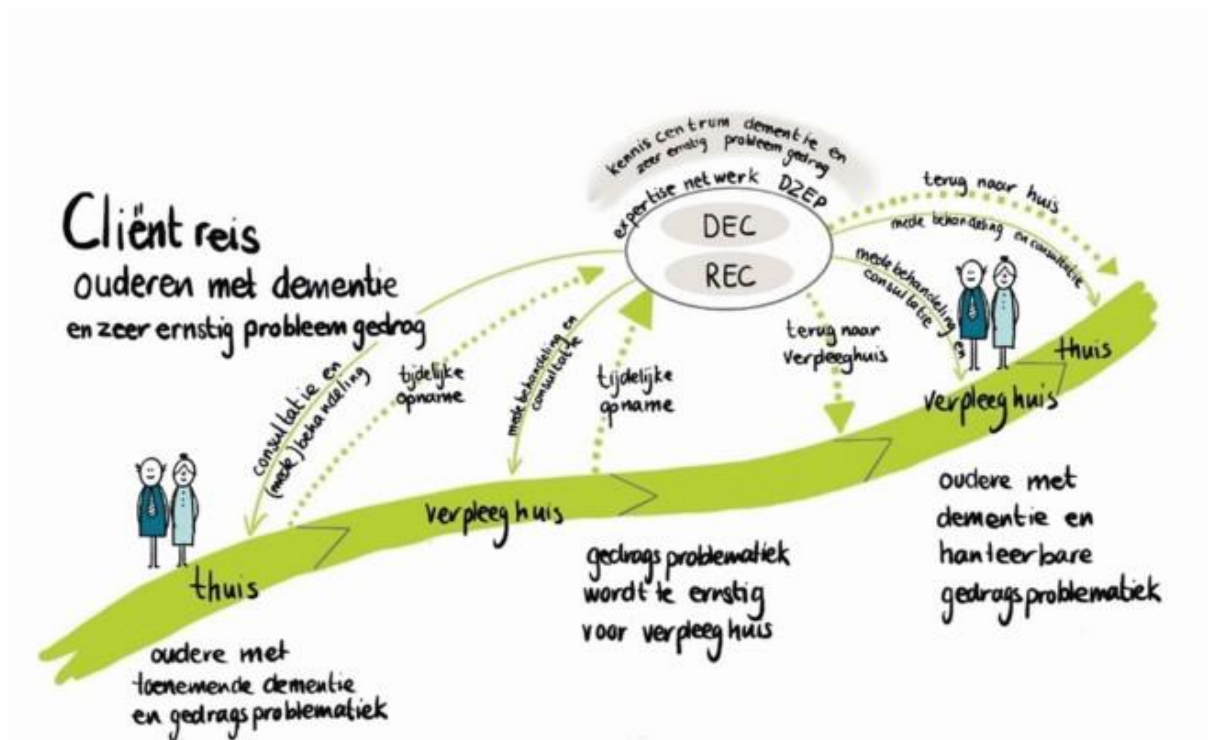
Door de toename van het aantal mensen met dementie wordt verwacht dat er in de toekomst bij zo'n drie- tot vierduizend cliënten in Nederland sprake zal zijn van dementie en zeer ernstig probleemgedrag. Een deel van deze groep heeft behandeling van gespecialiseerde regionale teams nodig die naar verwachting ongeveer duizend behandeltrajecten bieden. Een landelijk expertisenetwerk voor Dementie en Zeer Ernstig Probleemgedrag (D-ZEP) moet zorgen voor een multidisciplinaire aanpak van deze complexe situaties en een landelijk dekkend behandel- en consultatieaanbod. De landelijke richtlijn *Probleemgedrag bij mensen met dementie* hanteert de volgende definitie voor probleemgedrag: "Alle gedrag dat gepaard gaat met lijdensdruk of gevaar voor de persoon met dementie of voor mensen in zijn of haar omgeving". Veel van dit probleemgedrag gaat na verloop van tijd en door goede analyse en aanpak weer over. Op dit moment vertonen ongeveer duizend mensen met dementie zeer ernstig

probleemgedrag waarvoor opname op een specialistische afdeling nodig is. Het kan dan gaan om ernstige agressie, constant claimgedrag, roepen, dwangmatig gedrag, etc. Ook kan er sprake zijn van handelingsverlegenheid bij professionals, onvoorspelbaarheid en/of moeilijk beïnvloedbaar en hanteerbaar gedrag, zoals angst, wanen en hallucinaties, (met als gevolg) fysiek en verbale agressie. De ernst van probleemgedrag hangt ook samen met hoe de omgeving dit beleeft. Probleemgedrag wordt gezien als een negatieve interactie tussen de cliënt en diens omgeving. Het gaat dan bijvoorbeeld niet alleen om de bejegening van een cliënt of de inrichting van de woning of afdeling, maar ook om voldoende mogelijkheid voor multidisciplinair samenwerken en bewonersbesprekingen.

## De huidige situatie

Mensen met zeer ernstig probleemgedrag zijn tegenwoordig steeds vaker in beeld bij verpleeg- en verzorgingshuizen. Het totale aantal mensen met dementie neemt toe, waardoor ook de frequentie van het voorkomen van zeer ernstig probleemgedrag toeneemt. Daarnaast speelt de afbouw van klinische bedden in de GGZ mee, waar mensen met dementie en zeer ernstig probleemgedrag voorheen werden opgenomen. Ook blijven mensen met dementie steeds langer thuis wonen, waardoor de concentratie van zeer ernstig probleemgedrag binnen het verpleeghuis toeneemt. Bovendien richten verpleeghuizen hun afdelingen steeds vaker in met kleinschalige voorzieningen. In deze 'huiselijke' setting is probleemgedrag al snel storend en dat werkt verergering in de hand. Bij mantelzorgers en zorgverleners leidt dit tot onwenselijke en onveilige situaties. Bij naasten kan het leiden tot schaamte, overbelasting door te veel inzet, verstoorde rouw en een verstoorde relatie met de zorgverlener.

Eén procent van de mensen met dementie kampt met zeer ernstig probleemgedrag waarvoor een specialistisch zorgaanbod nodig is. Daarom worden er in Nederland steeds meer D-ZEP (Dementie en Zeer Ernstig Probleemgedrag) afdelingen opgericht om deze mensen te behandelen. Afbakening van de doelgroep is niet eenvoudig, omdat het ervaren probleemgedrag ook afhankelijk is van de omgeving waarin de cliënt verblijft. Dit vraagt om meer onderzoek naar deze groep cliënten en hun omgeving. De groep mensen met dementie en zeer ernstig probleemgedrag is een van de tien doelgroepen die het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) in de langdurige zorg heeft aangewezen waarvoor extra geld beschikbaar is. Met dit geld wordt de kennisinfrastructuur versterkt.



Wetenschappelijk onderzoek naar dementie en zeer ernstig probleemgedrag is nog maar beperkt gedaan. Goede praktijkvoorbeelden, scholingen en trainingen zijn onderling niet verbonden en deze kennis is moeilijk beschikbaar voor professionals. De *Waalbed IV*-studie is het eerste onderzoek dat cliëntkenmerken, -definitie en voorspellers van succesvolle behandeling en organisatorische kenmerken van behandelafdelingen voor mensen met dementie en zeer ernstig probleemgedrag in kaart brengt. Met dit onderzoek wordt een volgende stap gezet om te komen tot een betere definitie van dementie en zeer ernstig probleemgedrag, het vaststellen van kaders voor succesvolle behandelingen en de organisatorische voorwaarden om dit behandel aanbod te realiseren.

## De praktijk

Bij zeer ernstig probleemgedrag schiet de landelijke richtlijn tekort. Ook de veelgebruikte belevingsgerichte zorg is ontoereikend. Daarnaast is er beperkt bewijs voor het effect van medicamenteuze behandeling van probleemgedrag, waardoor psychosociale interventies nog meer nodig worden. D-ZEP afdelingen gebruiken de gecombineerde kennis en aanpak vanuit zowel de VVT, de GGZ en andere sectoren, omdat dit beter aansluit bij de behoefte van deze cliënten. Er is sprake van integrale diagnostiek: naast multidisciplinair kijken naar lichamelijke- en psychosociale factoren, kijkt men ook of er goed wordt aangesloten bij de cliënt met dit gedrag. Tegelijkertijd wordt expertise op het gebied van dementie en zeer ernstig probleemgedrag overgedragen op de omgeving waarin de cliënt woont (out-reachend werken). Een tijdelijke opname op een D-ZEP afdeling kan deel uitmaken van een behandeltraject.

Voorbeeld 1

Mevrouw Geerts (83) heeft dementie en zoekt weinig contact met anderen. Ze dwaalt over de gangen van het psychogeriatrisch verpleeghuis, loopt verschillende huiskamers binnen en gaat zitten. Ze is incontinent en riekt, waardoor zorgmedewerkers en medebewoners haar wegsturen. Omdat mevrouw zich niet vrijwillig laat verzorgen wordt zij eens in de zoveel dagen door vier verzorgenden onder dwang gedoucht. Dat is zowel voor haar als voor de verzorgenden een kwelling - mevrouw gilt, schopt, krabt en vecht zich hier letterlijk doorheen. De verzorgenden raken niet alleen gewond, maar schamen zich ook voor de manier waarop zij zorg moeten verlenen. De sederende medicatie die ze toedienen heeft weinig effect en zorgt bovendien voor een valrisico. Het (multidisciplinaire) D-ZEP team in de regio wordt gevraagd voor consultatie. Na een uitgebreide analyse van de fysieke, psychische, sociale situatie van mevrouw, samen met het in kaart brengen van haar levensverhaal en de context van het verpleeghuis, wordt duidelijk dat zij als kind een aantal trauma's meemaakte. Mevrouw was ooggetuige van de arrestatie van haar ouders tijdens de oorlog. Alleen haar moeder overleefde het concentratiekamp. Haar latere stiefvader misbruikte haar en haar zusje. Door deze ervaringen voelt mevrouw zich niet vertrouwd bij anderen. Het gedwongen douchen is voor haar een heel onveilige situatie en lijkt haar weerstand te verklaren. Om het douchen minder traumatisch te laten zijn, is met de betrokken professionals een traumasensitief handelingsscenario uitgewerkt. Hierin wordt gebruik gemaakt van de presentiemethode, waarbij contact maken en aanwezig zijn in dat contact voorop staat. Ook wordt mevrouw actief betrokken bij de handelingen. De verzorgende kan haar hierdoor geruststellen zodat het douchen minder traumatisch wordt. De nieuwe werkwijze creëert meer rust in het handelen van de verzorgenden. Het contact voelt veiliger voor mevrouw, waardoor zij de hulp van verzorgenden toestaat. Ook wordt ze niet langer vermeden en is medicatie niet meer nodig.

#### Voorbeeld 2

Meneer Janssen (74) heeft dementie en woont op een psychogeriatrische afdeling van het verpleeghuis. Hij kan uit het niets ontzettend boos en agressief worden, waarbij de fysieke agressie zo heftig is dat het leidt tot dagelijkse worstelingen op de afdeling waar soms de politie aan te pas moet komen. Meneer Janssen krijgt hoge doseringen psychofarmaca en wordt steeds meer afgezonderd op zijn slaapkamer. De incidenten nemen niet af, medebewoners voelen zich onveilig, het zorgteam voelt zich tekortschieten en is uitgeput. Uiteindelijk wordt meneer Janssen overgeplaatst naar de GGZ. Na een paar weken is hij weer terug. Maar ondanks nieuwe medicatie en een uitgerust zorgteam, keert de fysieke agressie terug. Op de D-ZEP afdeling wordt ontdekt dat er bij meneer Janssen ook sprake is van een vorm van epilepsie, die zijn agressieve uitbarstingen mede veroorzaakt. Na het instellen van passende medicatie wordt de sederende medicatie afgebouwd. De benadering werd aangepast van het voorkomen van agressie naar het aansluiten bij meneer Janssen - kijken naar wat hij op dat moment aan kan en op basis daarvan alle activiteiten samen met

hem doen. Vervolgens is er vanuit de D-ZEP afdeling medebehandeling in de woonomgeving geboden, naast uitleg over epilepsie, training over de omgang met meneer en consultatie. Het instellen van de juiste medicatie en dosering ging verder binnen de eigen woonomgeving, waarbij ook de echtgenote betrokken werd. In de zorg wordt vaker en doelmatiger overlegd tussen zorgmedewerkers en behandelaren, nu wordt eerder gereageerd op veranderingen bij meneer Janssen én zijn omgeving.

## De toekomst

Op dit moment is er geen landelijk dekkend specialistisch aanbod voor de mensen met D-ZEP, waardoor er regionaal grote verschillen zijn. Sommige VVT- en GGZ-organisaties ontwikkelden samen een D-ZEP afdeling, andere VVT-organisaties haalden zelf GGZ-expertise binnen de organisatie. Ook wordt er zowel tijdelijke behandeling en begeleiding als verblijf en consultatie geboden. Dit maakt dat hulp variabel beschikbaar is en cliënten en hun naasten soms ver moeten reizen om specialistische zorg te ontvangen. Het doel van het Expertisenetwerk D-ZEP is om in 2030 een landelijk dekkend netwerk te hebben van Regionale Expertise Centra (REC), waarin intra- en extramurale behandeltrajecten zo dicht mogelijk bij de cliënt kunnen worden geboden. Naar verwachting komen er twaalf van deze REC's en twee Doelgroep Expertise Centra (DEC), waar bovenregionale expertise beschikbaar is. Daarnaast zal een landelijk Kenniscentrum D-ZEP gestart worden. De centra zijn verbonden aan een Academische Werkplaats Ouderenzorg, zodat er meer onderzoek naar deze doelgroep kan worden gedaan én om bij te dragen aan het verbinden van wetenschappelijke kennis aan praktijk en onderwijs. Het Kenniscentrum zorgt voor de onderzoeksagenda, ontwikkeling van kennisproducten en scholingen waarmee actuele kennis gedeeld wordt met (aankomende) professionals, naasten en andere belangstellenden die te maken hebben met mensen met dementie en zeer ernstig probleemgedrag. Het totale aanbod zal bestaan uit trajecten waarin behandeling, consultatie en deskundigheidsbevordering beschikbaar is voor alle cliënten en professionals in die regio. Tijdelijke opname in een REC of DEC behoort tot de mogelijkheden als zeer ernstig probleemgedrag niet tot een hanteerbaar niveau terug te brengen is op een reguliere psychogeriatrische afdeling of in de eigen woonsetting. Het streven blijft dat iemand weer terugkeert naar de woonsetting waar de behandeling wordt overgedragen aan het eigen behandelteam, eventueel ondersteund door medebehandeling en consultatie door het D-ZEP Expertisenetwerk. Indien nodig kan een beroep worden gedaan op de DEC's.

## Zorgvuldigheid

De Expertise Centra D-ZEP richten zich met een multidisciplinair en specialistisch aanbod bij zeer ernstig probleemgedrag op het verminderen van lijdensdruk van de persoon met dementie zelf, naasten en betrokken professionals. Dit gebeurt door psychosociale

interventies, farmacotherapie, consultatie en scholing, bij voorkeur op de plek waar de cliënt verblijft om uitplaatsing te voorkomen. Voor deze kwetsbare doelgroep is het belangrijk dat ze niet te ver van hun naasten, die vaak ook op leeftijd zijn, worden geplaatst. De behandeling wordt geboden door een integraal en multidisciplinair werkend team met VVT en GGZ-ervaring, waar nodig aangevuld met andere expertise. Zij zijn, samen met alle betrokkenen bij de cliënt, verantwoordelijk voor een brede en zorgvuldige analyse en aanpak van zeer ernstig probleemgedrag.

Ate Frans de Bruin is manager Behandeling & Begeleiding bij Stichting de Waalboog (reacties: A.deBruin@waalboog.nl), Henriëtte Ettema is verpleegkundig specialist GGZ en Programmaleider VVT bij het Centrum voor Consultatie en Expertise (reacties: henrietteetema@cce.nl) en Yvonne van Kemenade is projectleider van het NZa-project in de regio Utrecht (reacties: yvankemenade@wxs.nl)